

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVDN

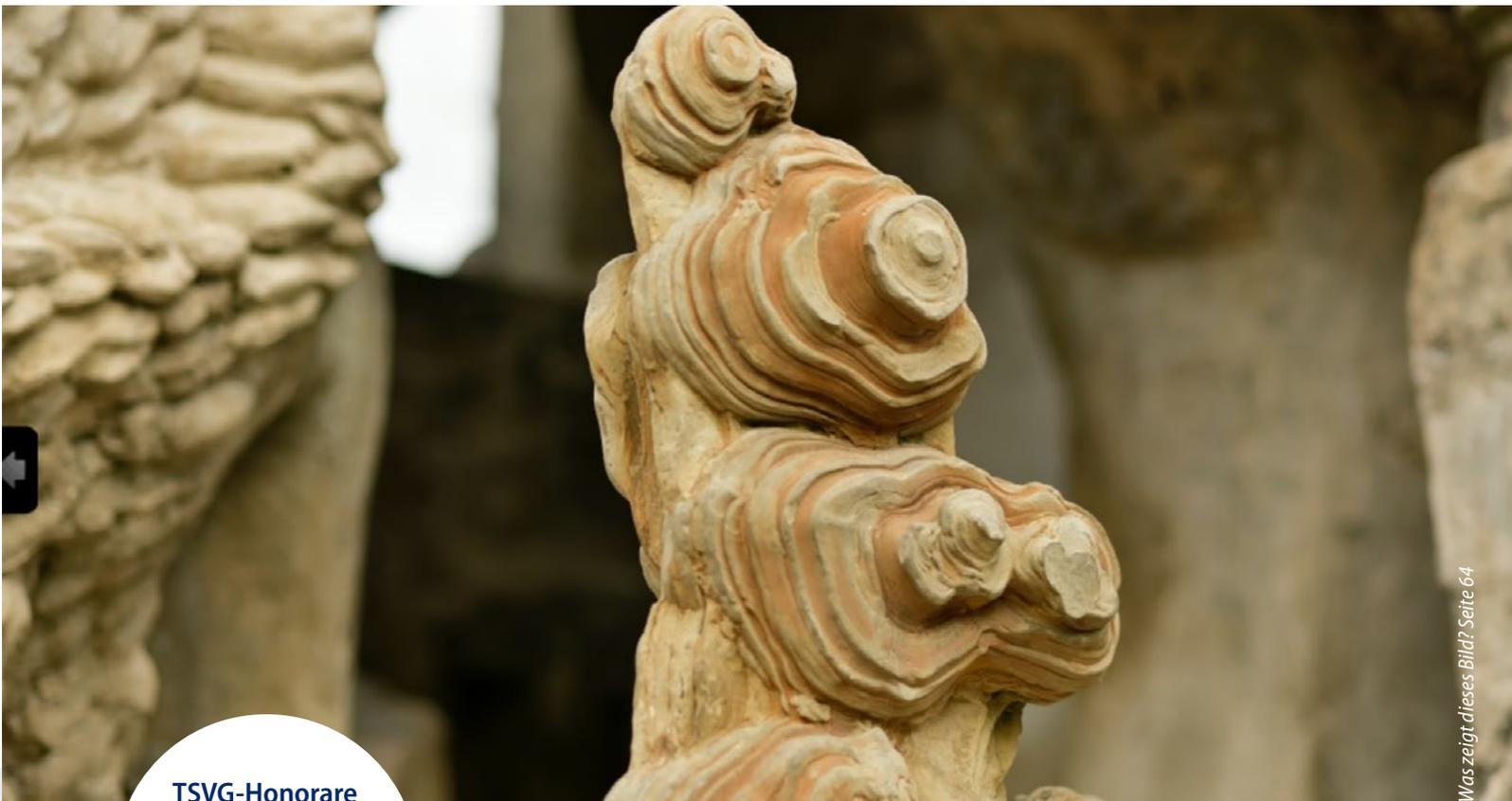


BDN



BVDP

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



Was zeigt dieses Bild? Seite 64

TSVG-Honorare
NEUROTRANSMITTER-
TELEGRAMM
für Mitglieder

Therapiefreiheit in Gefahr? 16

Unser innovationsfeindliches System

CGRP-Antikörper 27

Erfahrungen aus der neurologischen Praxis

Baustelle Maßregelvollzug 32

Novellierung des Rechts der Unterbringung

Lithium in der Psychiatrie 46

Update zu Wirksamkeit und Risiken



Hier steht eine Anzeige.





»Mit der offenen Sprechstunde beim Facharzt wird der gesellschaftliche Trend, die eigene Einschätzung über alles zu stellen, nun auch in das kassenärztliche Gesundheitswesen hineingetragen.«

Dr. med. Klaus Gehring, Itzehoe
Vorsitzender des BVDN

Von Dichtern und Denkern zu Besserwissern und Arztgängern

Evolution hat ihren Preis, gesellschaftliches Leben, Herausforderungen, Wünsche und Begehrlichkeiten wandeln sich. Galten wir in der Vergangenheit als Vorreiter hinsichtlich Kultur, Bildung und Entwicklung, so muss jetzt anderen Qualitäten und Charakterzügen Rechnung getragen werden.

Wahrnehmung versus Fakten

Durch das jüngst umgesetzte Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde endlich die deutsche Volksseele befriedet, bestanden in der Wahrnehmung bisher doch ein Mangel an Facharztterminen, dadurch zu lange Wartezeiten und zu häufig geschlossene Arztpraxen. Dabei stehen diesem Eindruck eindeutige Fakten gegenüber, etwa die jährlichen Erhebungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI), die für die unterschiedlichsten Facharztgruppen, auch die unsrigen, nicht etwa durchschnittliche Wochenarbeitszeiten von weniger als 25, sondern eher mehr als 50 Stunden feststellen. Unsere Arbeitszeit ist daher nicht weiter steigerbar.

Auch hinsichtlich der Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt hatte eine Umfrage des Commonwealth Fund ergeben, dass die Wartezeiten im internationalen Vergleich in Deutschland und in der Schweiz am geringsten sind. Hatten in der Umfrage nur 7 % der befragten Patienten aus Deutschland angegeben, zwei Monate oder länger auf einen Facharzttermin zu warten, waren es in Schweden und Norwegen rund ein Drittel und in Kanada sogar 40 %. Diese Zahlen belegen, dass hierzulande – bei allen strukturellen Problemen angesichts der zu geringen Zahl an ärztlichen Behandlern und Versorgern – offensichtlich effizient gearbeitet wird.

Noch ein weiterer Vergleich mit dem norwegischen Gesundheitswesen ist in diesem Zusammenhang interessant, nämlich die Frage, wie häufig Versicherte im Durchschnitt Ärzte aufsuchen. Waren es dort 2006 durchschnittlich 5,4 Arztkontakte pro Jahr, kamen bundesdeutsche Versicherte im gleichen Zeitraum auf über 17 Arztkontakte [1]. Die im TSVG verankerte und zum 1. September 2019 eingeführte Verpflichtung, fünf „offene Sprechstunden“ pro Woche anzubieten, muss als politisch gewollte Einladung verstanden werden, dieses Inanspruchnahmeverhalten weiter zu fördern. Bestärkt wird damit der Anspruch der Versicherten, die Belange ihrer Gesundheit

im Einzelfall besser einschätzen zu können als ihre Gesundheitsexperten (ihre Hausärzte), und sich ohne deren Lotsenfunktion zu bedienen direkt beim Facharzt vorzustellen. Damit wird der gesellschaftliche Trend, die eigene Einschätzung über alles zu stellen, nun auch in das (kassenärztliche) Gesundheitswesen hineingetragen. Auch viele von uns können sich diesem Trend nicht gänzlich entziehen, ich erinnere nur an die tausenden „Experten“, die sich allsamstäglich vor dem Bildschirm über die Entscheidungen des eingesetzten Schiedsrichters auf dem Fußballplatz ereifern.

Ungezielter Eingriff in die Praxisorganisation

Zurück zur offenen Sprechstunde: Es ist jetzt an den betroffenen Facharztgruppen, also auch an uns, den Versicherten zu vermitteln, dass die Inanspruchnahme eines solchen Termins weniger Komfort und mehr Aufwand bedeutet, im Vergleich zu einem geplanten Termin, der mit konkreter Fragestellung veranlasst worden ist. Die offene Sprechstunde schafft keine zusätzlichen Valenzen, sondern sie kostet durch den ungezielten Eingriff in die Praxisorganisation kostbare Ressourcen. In der Organisation von Praxisabläufen sind wir die Experten, das kann keine Behörde und kein Gesetzgeber besser als wir.

Den Versicherten bleibt somit zu vermitteln, dass es bereits der erste und mitunter entscheidende Beitrag ihrerseits an der Aufklärung und bestenfalls Behebung ihres gesundheitlichen Problems wäre, diese offene Sprechstunde nicht zu nutzen. Wir selbst können uns die Einführung offener Sprechstunden zu Nutze machen, weil damit endlich etwas gefördert wird, was wir seit Jahren schon (in den meisten Fällen innerhalb des Budgets, also unentgeltlich) leisten, nämlich (eigene) Patienten in Erkrankungskrisen ungeplant zu versorgen. Sollte dieser Effekt das Ziel des Gesetzgebers gewesen sein, dürfen wir dem TSVG trotz neu geschaffener Hindernisse teilweise Anerkennung zollen.

Ihr

1. Herrmann W J et al. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2015;109:552–9



27 Migräneantikörper in der Praxis

Mit der Einführung der CGRP-Antagonisten hat in der Behandlung der Migräne eine neue Zeitrechnung begonnen. Diese Wirkstoffe wurden zur Vorbeugung chronischer und episodischer Migräne entwickelt und haben in Studien eine schnelle, signifikante und anhaltende Linderung der Migräne gezeigt – bei geringen Nebenwirkungen. Die praktischen Erfahrungen aus den ersten acht Monaten nach der Zulassung bestätigen bei den bisher therapierefraktären Patienten eine gute Wirkung und Verträglichkeit.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

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

Schriftleitung:

Dr. med. Gunther Carl
Telefon: 09321 5355, Fax: 09321 8930
E-Mail: carlg@t-online.de

Aboservice:

Bei Fragen rund um Abonnement und Postbezug
Telefon: 06221 345-4304; Fax: 06221 345-4229
E-Mail: leserservice@springer.com

3 Editorial

Von Dichtern und Denkern zu Besserwissern und Arztgängern

Klaus Gehring

Die Verbände informieren

6 Gesundheitspolitische Nachrichten

— Neue Finanzierungsvereinbarung für die TI

— Gesundheitswesen Digital

Gunther Carl

8 Recht

— Palliativversorgung – auch hier kann ein Arzt selbstständig tätig sein

— Investigativer Journalismus im Gesundheitswesen: Patientenrecht geht vor Rechercheinteresse

Bernhard Michatz

9 Rote-Hand-Brief: Fingolimod kontraindiziert für Frauen, die nicht sicher verhüten

Markus Weih

10 Erfolgreiche Verbandsarbeit und große Herausforderungen

Neues aus dem BVDN-Landesverband Rheinland-Pfalz

Günther Endrass

12 TSVG-Zusatzhonorare – vorläufiges Fazit

Gunther Carl

13 Qualität bei Gesundheits-Apps gewährleisten

Stellungnahme zu „Digitale Versorgung Gesetz“

Christa Roth-Sackenheim

14 Genderfalle und TSVG-Nebenwirkungen

Neues aus dem Landesverband Hessen

Stefan Specht

Rund um den Beruf

16 Therapiefreiheit zwischen gesetzlichem Rahmen und Zulassungsverfahren

Diskussion über unser innovationsfeindliches System

Thomas Müller

21 Der Grad der Behinderung: Eine gute Gelegenheit für die umfassende Würdigung eines Falls

Markus Weih

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

25 Große Spannweite bei der Qualität der Tremor-Apps im Android Play Store

Markus Weih

27 CGRP-Antagonisten zur Prävention von Migräne

Erfahrungen aus der neurologischen Praxis

Gereon Nelles

30 Praxisliquidität immer ausreichend?

Aus der Serie „Praxisproblem: Sie fragen – wir antworten!“

Gunther Carl

Fortbildung

32 Baustelle Maßregelvollzug

Nach der Novellierung des Rechts der Unterbringung

Jutta Muysers

37 Intelligenzgeminderte Rechtsbrecher im Maßregelvollzug

Längere Unterbringungszeiten trotz ähnlicher kriminogener Bedürfnisse

Beate Eusterschulte, Susanne Pilz, Martin Neumann

43 Rezidivierende lumboischialgiforme Symptomatik Neurologische Kasuistik

Wolfgang Freund

46 CME Lithium heute – ein Update seiner Wirksamkeit und Risiken

Bruno Müller-Oerlinghausen

53 CME Fragebogen

Journal

60 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR

Von Schiller bis T. C. Boyle – sie alle haben nachgeholfen
Stimulanzien als Wegbereiter großer Literatur

Gerhard Köpf

64 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Der Stein des Anstoßes
Ferdinand Cheval und das Palais Idéal

Angelika Otto

31 Kleinanzeigen

36 Buchtipp

56 Pharmaforum

66 Termine

67 Verbandsservice

71 Impressum/Vorschau



32 Baustelle Maßregelvollzug

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes von 2011 zur Unterbringung hat in fast allen Bundesländern zu neuen Regelungen geführt. Auch die Gesetze zum Maßregelvollzug wurden geändert. Dabei ist es aber zu völlig unterschiedlichen, teils auch juristisch fraglichen Regelungen gekommen.



Titelbild (Ausschnitt): „Der Stein des Anstoßes“ von Ferdinand Cheval
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 64.

Die Verbände informieren

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Neue Finanzierungsvereinbarung für die TI

➔ Ende August 2019 hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit den Krankenkassen auf die Weiterführung der Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI) geeinigt. Praxen erhalten auch 2019 weiterhin 1.547 € für den Konnektor erstattet. Erst ab Januar 2020 sinkt diese Erstattung auf 1.014 €. Der Erstattungsbetrag für stationäre Kartenterminals wird ab dem 1. Oktober 2019 auf 535 € angehoben, bisher waren es 435 €. Die KBV geht davon aus, dass bis Ende des Jahres 2019 auch diejenigen Praxen an die TI angeschlossen sein werden, die wegen Installationsengpässen der TI-Anbieter noch keinen Konnektor samt TI-Karten Lesegeräten aktivieren konnten.

Nach Angaben der KBV schreiten außerdem neue Anwendungen der TI weiter voran: der elektronische Medikationsplan (eMP) und das Notfalldatenmanagement (NFDm). Für beide Anwendungen benötigt man zusätzliche Kartenterminals. Diese werden ab Oktober 2019 ebenfalls mit 535 € finanziert. Der Installationsaufwand wird zeitlich befristet mit 60 € unterstützt, und zwar im

Zeitraum vom 1. Oktober 2019 bis zum 30. September 2020.

Kommentar: Begrüßenswert ist die Verlängerung der Förderung für Kollegen, bei denen sich die TI-Installation unverschuldet verzögert hat. Praxen, die sich weiterhin grundsätzlich nicht anschließen lassen möchten, sollen wie gehabt mit 1,5 % Umsatzabzug bestraft werden.

Der Nutzen des eMP ist eher als gering einzuschätzen. Für Fachärzte dürfte es nicht besonders empfehlenswert sein, bei multimorbiden Patienten Änderungen im vom Hausarzt sorgsam ausgeklügelten Medikationsplan vorzunehmen. Dazu ist dieser bundeseinheitliche Medikationsplan von der Anlage her viel zu unübersichtlich. Bei der Neu- oder Weiterverordnung von Neuro- und Psychopharmaka hat es sich bewährt, nach Wechselwirkungs-Check mit den übrigen Arzneimitteln des Patienten ein eigenes Verordnungsmerkblatt mitzugeben, das der Hausarzt dann in den Gesamtmedikationsplan einpflegt.

Die KBV sagt zum Notfalldatenmanagement (NFDm): „(...) geht es darum, Medikation, Diagnosen und Informationen, die bei einem Notfall für die behandelnden Ärzte wichtig sein können, übersichtlich in einem Datensatz darzustellen. Auch Kontaktinformationen für den Notfall können darin hinterlegt werden. Arzt und Versicherter müssen sich darüber einig sein, dass ein solcher Datensatz angelegt werden soll. Dieser wird dann vom Arzt erstellt, elektronisch signiert und auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert.“ Das Ganze setzt natürlich voraus, dass diese Angaben stets aktuell gepflegt sind, womit man realistischere nicht immer rechnen kann. Außerdem muss in einem solchen Notfall der Patient den Arzt elektronisch autorisieren (und dieser muss sich gleichzeitig ebenfalls elektronisch autorisieren), auf diese Daten mit einem geeigneten Gerät zuzugreifen. Ob dies im Ernstfall eine realistische Herangehensweise ist, bleibt der Beurteilung des erfahrenen Vertragsarztes überlassen.



© Trueffelpix / Fotolia

Stolperstein „Gesetz für bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ ...

GESUNDHEITSWESEN DIGITAL

Hurra, wir stolpern in die Zukunft!

➔ Im geplanten „Gesetz für bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ (DVG), das vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Mai 2019 vorgestellt wurde, ist vorgesehen, dass Krankenkassen Gesundheits-Apps für ihre Versicherten selbst ohne ausführlichen Wirksamkeitstest auf den Markt bringen können. Sie sollen als Medizinprodukte registriert werden. Erst nach einem Jahr müssen Wirksamkeit und Schadensfreiheit evaluiert werden. Gleichzeitig ist der Laienpresse zu entnehmen, welche schlechten Vorhersagewerte Schwangerschaftsverhütungs- oder Diabetes-Apps haben, und dass man sich auf Apps

zur Bestimmung von Pilzen nicht verlassen kann.

Die ärztliche Kommunikation mittels Fax will man einschränken, indem im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der GKV für die Übermittlung eines Faxes nur noch die Hälfte bezahlt werden soll. Die Frankfurter Allgemeine Zeitung am Sonntag (FAS) berichtete dagegen am 15. September 2019 ganzseitig über eine Renaissance analoger und PC-gesteuerter Fax-Übermittlung. Faxe sind deutlich sicherer als herkömmliche E-Mails, die zudem oftmals nicht gelesen werden. Wichtige E-Mails gehen häufig in der Flut von (Spam-)Mails unter. Gesicherte

E-Mails sind außerordentlich umständlich und zeitaufwändig zu bedienen. Viele Firmen, Rechtsanwälte und Gerichte kehren zur Fax-Kommunikation zurück. Denn die Zustellung lässt sich durch das Sendeprotokoll beweisen. E-Mail ist zwar modern, aber bei weitem nicht in jedem Fall besser. Die Telematikinfrastruktur (TI) wird forciert ausgebaut. Die Strafe für nicht angeschlossene Ärzte erhöht sich ab dem zweiten Quartal 2019 auf 2,5 %. Diesmal wenigstens nach einer Erprobungsphase soll der elektronische Medikationsplan (eMP) und das Notfalldatenmanagement (NFDm) in die TI eingepflegt werden. Nützlich ist dies allenfalls für Hausärzte. Denn Fachärzte werden die umfänglichen polypharmazeutischen Medikationspläne multimorbider Patienten kaum pflegen wollen – und können. Nach derzeitigem Stand wird die Bedienung eminent umständlich und langwierig sein, sowohl der Patient als auch der Arzt müssen sich bei jedem Änderungsvorgang legitimieren.

Ein Software-Update für die Konnektoren soll die qualifizierte elektronische Signatur (QES) ermöglichen. Die nächste Generation von Konnektoren, also ein Hardware-Ersatz, ist ebenfalls bereits geplant. Denn die bisherigen Konnektoren haben nach fünf Jahren ihre Sicherheitslebensdauer erreicht. Im „Dritten Gesetz zur Entlastung insbesondere der mittelständischen Wirtschaft von Bürokratie“ des Bundeswirtschaftsministeriums ist das elektronische AU-Verfahren für Vertragsärzte vorgesehen. Die Ärzte sollen die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung elektronisch an die Krankenkassen weitergeben; diese wiederum geben die Bescheinigung elektronisch an die Arbeitgeber der Patienten weiter. Vorsicht, kein Scherz: Trotzdem müssen die Vertragsärzte dem Patienten eine schriftliche AU-Bescheinigung auf Papier ausstellen. Diese benötigt der Arbeitnehmer nach wie vor, um in Störfällen das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit nachweisen zu können (Text der Gesetzesbegründung). Wir werden also zu doppelter Arbeit gezwungen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bewertet es in diesem Zusammenhang als positiv,

dass die Krankenkassen und nicht die Vertragsärzte die Arbeitgeber über die AU informieren müssen. Ja geht es noch? Bisher war dies die Pflicht des Patienten und nicht der Ärzte.

Bereits seit Mitte 2018 war das BMG darüber informiert, dass die im DVG geplante elektronische Patientenakte (ePA) kein differenziertes Berechtigungsmanagement vorsieht, wer Einblick in die Akte haben darf. Aus diesem Grund verweigerte das Bundesjustizministerium die Zustimmung. Denn es fehlte ein Beschluss über „fein- und grobgranuläre Zugriffsrechte“. Dies hatte das BMG bis Mai 2019 verschwiegen. Übrigens sollen Vertragsärzte, die den Anschluss an die ePA ab 1. Januar 2021 verweigern, mit zusätzlichem Honorarabzug bestraft werden.

In einem ganzseitigen Artikel der Würzburger Tageszeitung „Main-Post“ vom 20. September 2019 in der Rubrik „Wirtschaft“ brüstet sich das Rhön-Klinikum „Wie Künstliche Intelligenz den Ärzten hilft“. Die medizinische Künstliche Intelligenz (KI) werde durch ein riesiges elektronisches Dokumentationssystem eingescannter Patientendaten gespeist. Der Arzt müsse nur noch die richtigen Filter einstellen und schon wisse er viel besser über den Patienten Bescheid als zuvor. „KI braucht Futter – und zwar riesige Datenmengen, Big Data“. Allerdings, wieder kein Scherz: „Mit C oder mit K: wann KI an ihre Grenzen kommt (...). So muss der Maschine beispielsweise erst beigebracht werden, dass Karzinom sowohl mit K als auch mit C geschrieben sein kann. Andernfalls sucht und findet sie nur eine der beiden Schreibweisen.“

In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass auch die seit etwa einem Jahr ebenfalls obligatorische juristische TI ziemlich künstlich intelligent ist. Wir berichteten im NeuroTransmitter im Frühjahr 2018, dass das besondere elektronische Anwaltspostfach (beA) zur rechtssicheren und fristenwährenden Übermittlung von Anträgen und Klagen bereits im Rahmen der Einführung gehackt wurde, ebenso wie das nachfolgende Sicherheits-Update. Der Bundesfinanzhof (Az.: IX B 121/18) entschied



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

nun, dass einem Anwalt Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand bei einer mittels beA elektronisch versandten Beschwerdebegründung gewährt wird. Denn beA konnte die deutschen Umlaute ä, ö, ü und Sonderzeichen nicht erkennen, die Nachricht wurde nicht übermittelt.

***Kommentar:** Seit vielen Jahren können sich Digitalverwalter im Gesundheitswesen nicht einigen was sie wollen. Und die EDV-Industrie ist seit ebenso langer Zeit nicht in der Lage, dem Gesundheitswesen gebrauchssichere, zweckmäßige, komfortable, standardisierte, interoperable und vor allem zeitsparende und zuverlässige digitale Lösungen mit langer Haltbarkeit preiswert zur Verfügung zu stellen. Nun wird von politischer Seite versucht, uns mit Brachialgewalt Halbfertiges, Unzuverlässiges, Unsicheres und Zeitraubendes aufzudrängen. Und wir sollen auch noch die groß angelegten Subventionen für die medizinische EDV-Industrie bezahlen. Wenn im privaten Smartphone jede Menge „bugs“ versteckt sind, mag das noch angehen. Medizinische EDV-Anwendungen müssen mindestens so zuverlässig und sicher sein wie im Bank- und Finanzbereich. Bis dahin ist es jedoch noch ein weiter Weg. Wenn sich Deutschland nach politischem Willen digitalisieren soll, dann bitte nicht mit uns als Beta-Testern, nur weil das GKV-Gesundheitswesen besonders gut gesetzlich steuerbar ist. Gute medizinische EDV-Lösungen mit immanentem Nutzen werden sich von selbst durchsetzen und brauchen nicht politisch gepusht zu werden.*

FREIBERUFLICHKEIT

Palliativversorgung – auch hier kann ein Arzt selbstständig tätig sein

➔ Das Bayerische Landessozialgericht (LSG) hat am 11. April 2019 entschieden, dass es vom jeweiligen Einzelfall abhängt, ob es sich bei der Zusammenarbeit in der ambulanten Palliativversorgung um eine abhängige Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit der beteiligten Ärzte handelt. Die Klägerin des zugrunde liegenden Verfahrens erbringt als gGmbH Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und rechnet ihre Leistungen mit den Krankenkassen ab. Zur Erfüllung dieses Versorgungsauftrags beschäftigt sie mehrere in Vollzeit angestellte Ärzte sowie Verwaltungspersonal. Außerdem hat sie über Kooperationsverträge ein Netzwerk mit Hausärzten aufgebaut, um Versorgungsleistungen flächendeckend erbringen zu können. Der ebenfalls klagende Arzt ist niedergelassener Hausarzt mit eigener Praxis. Er ist nach entsprechender Fortbildung berechtigt, die Zusatzbezeichnung „Palliativmediziner“ zu führen. Der Arzt wurde für die Klägerin aufgrund eines „Kooperations-

Honorarvertrags“, wonach der Arzt seine Leistungen als Selbstständiger erbringen sollte, gegen Stundenlohn tätig. Der beklagte Rentenversicherungsträger stufte die Tätigkeit des Arztes im Statusfeststellungsverfahren als abhängige Beschäftigung ein. Bei seiner Tätigkeit sei der Arzt in den Betrieb der gGmbH eingebunden und könne nicht frei von Weisungen agieren. Auch seine Vergütung erhalte er nicht direkt von der Krankenkasse, sondern wie ein abhängig Beschäftigter von der gGmbH. Dies beurteilte das LSG anders. Tätigkeiten, wie sie der Arzt für die gGmbH auf Honorarbasis ausübe, könnten sowohl in abhängiger Beschäftigung als auch in selbstständiger Tätigkeit erbracht werden. Maßgebend für die Beurteilung sei die konkrete Ausgestaltung der Tätigkeit, insbesondere deren vertragliche Grundlagen und die tatsächliche Erbringung der Leistungen. Der klagende Arzt sei weder in den Betrieb der gGmbH eingebunden, noch unterliege er Weisungen. Ein unternehmerisches Risiko des Arz-

tes ergebe sich daraus, dass dieser die teure Fortbildung zum Palliativmediziner selbst bezahlt habe. Der Arzt war also selbstständig tätig und unterliegt damit nicht der Sozialversicherungspflicht.

Praxistipp!

Zum Thema „Selbstständigkeit/Freiberuflichkeit“ gibt es laufend wegweisende Urteile aus dem Gesundheitswesen. Die Rechtsprechung entscheidet hier immer wieder im Einzelfall. Feste Kriterien lassen sich nur schwer herausfiltern, da es gerade im Gesundheitsbereich häufig zu neuen Kooperationsmodellen mit ärztlichen und nichtärztlichen Vertragspartnern kommt, die in nächster Zeit aller Voraussicht nach noch zunehmen werden. Kliniken und Praxen sind daher angehalten bei neuen Kooperationen ein gewisses Problembewusstsein zu entwickeln, und diese Fragen nötigenfalls für den konkreten Fall juristisch abklären zu lassen.

INVESTIGATIVER JOURNALISMUS IM GESUNDHEITSWESEN

Patientenrecht geht vor Rechercheinteresse

➔ Jeder Mitarbeiter in Einrichtungen des Gesundheitswesens ist verpflichtet, das Patienten- und Arztgeheimnis zu wahren sowie sensible Daten gemäß der Datenschutzgrundverordnung zu schützen. Dies gilt auch für Journalisten, die für ihre Recherchen verdeckt in einer Klinik oder Arztpraxis tätig werden, wie aus einem aktuellen Beschluss des 15. Zivilsenats des Oberlandesgerichts (OLG) Köln hervorgeht. Der Beschluss hat weitreichende Folgen für Patienten und Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen. Die Entscheidung fiel im Zusammenhang mit verdeckten Recherchen einer Journalistin für das TV-Format „Team Wallraff“. In der im März 2019 ausgestrahlten Sendung wurden durch Undercover-Aufnahmen Missstände in psychiatrischen Kliniken in Deutschland aufgezeigt. Geklagt hatte – noch vor Ausstrahlung – ein Patient, der seit früher Jugend unter Intelli-

genzminderung und einer Autismusstörung leidet. Er war zum Zeitpunkt der Recherchen in der geschlossenen psychiatrischen Abteilung eines Berliner Klinikums untergebracht. Angeklagt waren die Journalistin, die sich unter falschem Namen als Praktikantin anstellen ließ und heimlich Ton- und Bildaufnahmen anfertigte, sowie die Produktionsfirma. Die Aufnahmen wurden in der Sendung nicht ausgestrahlt. In der Mitteilung des OLG Köln heißt es: „Durch die Aufnahmen ist der höchstpersönliche Lebensbereich des Klägers verletzt worden. Zwar sei es wichtig, Missstände aufzudecken, dennoch dürften Patienten nicht heimlich aufgenommen und ihre Daten weitergegeben werden. Im betreffenden Fall habe kein Verdacht bestanden, der die Recherche hätte rechtfertigen können.“ Der Senat weist jedoch darauf hin, dass „investigative Recherchen von Journalisten

grundsätzlich gerechtfertigt sein können, wenn erhebliche Missstände sonst nicht aufzudecken wären und die berechtigten Interessen Dritter jedenfalls im Stadium der Recherche zurücktreten müssen“.

AUTOR

Bernhard Michatz

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

E-Mail: Bernhard.
Michatz@spitzenverband.de



Rote-Hand-Brief

Fingolimod kontraindiziert für Frauen, die nicht sicher verhüten

Mit der Veröffentlichung eines „Rote-Hand-Briefes“ sind die Kontraindikationen für Fingolimod, eine orale Therapieoption bei Multipler Sklerose, erweitert worden.

Am 2. September 2019 hat das Unternehmen Novartis in einem „Rote-Hand-Brief“ darauf hingewiesen, dass das orale MS-Therapeutikum Fingolimod (Gilenya®) bei Frauen im gebärfähigen Alter, die keine wirksame Verhütungsmethode anwenden, ab sofort kontraindiziert ist [1].

Bisherige Kontraindikationen waren neben den üblichen Vorsichtsmaßnahmen (Überempfindlichkeit, infektiologisch-immunologische Probleme, maligne Erkrankungen) zum Beispiel schwere Leberfunktionsstörungen, Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörungen, AV-Block ab II. Grades, Sick-Sinus und ein QTc-Intervall über 500 ms.

Fingolimod ist als orale krankheitsmodifizierende Monotherapie bei trotz Behandlung hochaktiver oder rasch fortschreitender schubförmig remittierender MS seit 2011 auf dem Markt. Wie alle anderen neueren MS-Medikamente wird Fingolimod seither gemäß der GPP-Leitlinien (good pharmacoepidemiology practices) systematisch bezüglich Sicherheit weiterbeobachtet (in Deutschland z. B. in der PANGAEA-Studie). Es zeigte sich nun im Verlauf ein etwa zweifach erhöhtes Risiko für atriale und ventrikuläre Septumdefekte, Fallot-Tetralogien, Nierenfehlbildungen und muskuloskeletale Anomalien.

Fingolimod wurde durch chemische Modifikation aus Myriocin – eine atypische Aminosäure aus bestimmten thermophilen Pilzen mit antibiotischer und immunsuppressiver Wirkung – abgeleitet. Es moduliert den Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptor, der nicht nur im Immunsystem und Herzen, sondern ubiquitär exprimiert ist und auch in der

Embryogenese an der Gefäßbildung beteiligt ist. An Versuchstieren war die Substanz toxisch, mit Fehlgeburten und Organdefekten mit einem persistierenden Truncus arteriosus und ventrikulären Septumdefekten. Im EUROCAT-Register [2] der Europäischen Kommission hatte sich zuvor gezeigt, dass Kinder von Müttern, die mit Fingolimod behandelt worden waren, ein etwa doppelt so hohes Risiko für angeborene Fehlbildungen (atriale und ventrikuläre Septumdefekte, Fallot-Tetralogien, Nierenfehlbildungen und muskuloskeletale Anomalien) haben.

Auch bisher mussten verordnende Ärzte über das Risiko schädlicher Auswirkungen von Fingolimod auf den Fötus informieren und es musste vor dem Therapiebeginn ein negativer Schwangerschaftstest vorliegen. Diese Vorsichtsmaßnahme wurde nun dahingehend verschärft formuliert, als dass der verordnende Arzt das Vorliegen eines negativen Test nun sicherstellen muss.

Die Patientinnen müssen eine zuverlässige Verhütungsmethode anwenden und Fingolimod muss zwei Monate vor einer geplanten Schwangerschaft abgesetzt werden. Tritt trotz dieser Maßnahmen eine Schwangerschaft ein, muss das Präparat natürlich sofort abgesetzt werden. Außerdem muss eine erneute Risikoberatung stattfinden und der Fötus engmaschig überwacht werden, gegebenenfalls mit Ultraschalluntersuchungen. Novartis stellt derzeit neue Checklisten, Ratgeber und weitere Materialien zur Verfügung.

Wir möchten Sie bitten, ihren Beitrag zur Arzneimittelsicherheit zu leisten und schwangere MS-Patientinnen, die Fingo-



© Sven Bähren / Fotolia

Tritt unter Fingolimod trotz Verhütung eine Schwangerschaft ein, muss der Fötus engmaschig überwacht werden.

limod exponiert waren, über die üblichen Wege an Novartis oder an das Gilenya®-Schwangerschaftsregister zu melden.

Quellen

1. www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2019/rhb-gilenya.html
2. European registration of congenital abnormalities and twins: <https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-network>

AUTOR

**Prof. Dr. med.
Markus Weih**

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

E-Mail: markus.weih@gmx.de



BVDN-Landesverband Rheinland-Pfalz

Erfolgreiche Verbandsarbeit und große Herausforderungen

Die positive wirtschaftliche Entwicklung in der Regelversorgung und bezüglich des MS-Selektivvertrags, bei gleichzeitig großen Herausforderungen durch hohen Nachbesetzungsbedarf, sowie die öffentlichkeitswirksamen gesetzgeberischen Aktivitäten bestimmen die Situation in Rheinland-Pfalz.

Mit der wirtschaftlichen Situation der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater im Land ist der BVDN-Rheinland-Pfalz (RLP) zufrieden. Probleme zwischen den Fachgruppen, die zwischenzeitlich zu mehr als zwei Drittel Mitglied in den Verbänden sind, bestehen nicht. Seit 2012 gibt es in RLP keine Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen mehr, sondern dynamische Individualbudgets in Punkten in einem schon 2009 im Konsens etablierten, gemeinsamen

Fachgruppenhonorartopf der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater.

In Verbindung mit dem konsequenten Ansatz der von unseren Berufsverbänden auf Bundesebene erreichten Betreuungsziffern gab es für alle neuropsychiatrischen Praxen einen kontinuierlichen Fallwertanstieg mit nur geringen Unterschieden zwischen den einzelnen Fachgruppen zu verzeichnen. Durch eine konsequente und regelmäßige Informationspolitik konnte erreicht werden, dass zwischenzeitlich jede Praxis die Betreu-

ungsziffern in allen gerechtfertigten Fällen ansetzt. Somit erreichten die Fallwerte im ersten Quartal 2019 bei Nervenärzten 70 €, bei Neurologen 66 € und bei Psychiatern mit weniger als 30 % Psychotherapie 78 €.

Keine Budgetprobleme mit Arzneimitteln

Im Übrigen bestehen derzeit nach den seit 2017 bestehenden Prüfvereinbarungen keine Budgetprobleme im Verordnungsbereich Arzneimittel. Da das vereinbarte Arzneimittelausgabevolumen der KV-RLP 2017 und 2018 nicht überschritten wurde, gibt es derzeit keine Arzneimittelprüfungen nach Durchschnittswerten. Des Weiteren hat der BVDN RLP in Gesprächen mit der KV erreicht, dass zum einen zwei medizinisch nicht nachvollziehbare Zielquoten abgeschafft wurden und zum anderen die problematische Zielquote bei den MS-Therapeutika auf Präparate für die moderate Form spürbar entschärft wurde. Durch engen Kontakt mit der zuständigen Abteilung der KV für Verordnungen und zeitnahe Information der Mitglieder über einen regelmäßig versendeten, eigenen BVDN-RLP-E-Letter zu aktuellen Entwicklungen im Prüfbereich sind nur noch vereinzelt Mitglieder von Off-Label-Use-Prüfverfahren betroffen.

Transparente Situation in Sachen Wirtschaftlichkeitsprüfung

Diese zwischenzeitlich stabile und gute wirtschaftliche Lage sowie eine überwiegend transparente Situation im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen helfen hoffentlich, das Problem des geringen



An einer Niederlassung interessierte Neurologen fürchten oft die „Stroke-Lastigkeit“ ihrer Ausbildung. Hier hilft jetzt die ausgeweitete Förderung der ambulanten Weiterbildung.

© ASDF / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)

Nachwuchses in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zumindest zu lindern.

Neuropsychiatry haben höchsten Nachbesetzungsbedarf

Große Sorgen macht der hohe Nachbesetzungsbedarf unserer Fachgruppen. Nach den Berechnungen der KV müssen bis 2023 rund 66 % aller Sitze neu besetzt werden, um das derzeitige Versorgungsniveau zu erhalten. Wenn es Nachfolger gibt, sind dies derzeit in vielen Fällen reine Neurologen. Nachbesetzungen für den Bereich der Psychiatrie sind demgegenüber rar, weshalb es 2018 erstmalig eine Sonderbedarfszulassung für einen rein psychiatrischen Sitz in RLP gab.

Bis zum Frühjahr 2019 bekamen Neuropsychiatry in RLP nur in den zwei Bedarfsplanungsgebieten mit bestehender oder drohender Unterversorgung eine Vollförderung nach § 75a in Höhe von 4.800 € pro Monat für ambulante Weiterbildungsassistenten. Beim Verhandlungstreffen der KV mit den Krankenkassen zur Festlegung der neuen Förderzahlen und Regionen konnte nach Darstellung der derzeitigen und zukünftigen Versorgungssituation durch den beigelaenen BVDN-Vorsitzenden erreicht werden, dass die Krankenkassen der Förderung von zunächst fünf ambulanten Vollzeitweiterbildungsstellen in Neurologie oder Psychiatrie ohne Gebietsbegrenzung in ganz RLP zustimmten.

Ambulante Weiterbildung hat jetzt wirtschaftliche Grundlage

Mit der Förderung von 4.800 € pro Monat durch KV und Krankenkassen hat die ambulante Weiterbildung eine wirtschaftliche Grundlage, auch um die, wie oben dargestellt, dringend notwendigen Nachfolger in unseren Praxen oder zumindest in der jeweiligen Region, zu gewinnen.

Nach meinen Gesprächserfahrungen als Landessprecher der Neurologen haben an einer Niederlassung grundsätzlich interessierte neurologische Assistenzärzte häufig die Sorge, aufgrund der „Stroke-Lastigkeit“ ihrer Ausbildung die vielfältige ambulante Neurologie nicht zu bewältigen. Durch die jetzt ausgeweitete finanzielle Förderung der ambulanten Weiterbildung besteht die Chance,

den jungen Kollegen in den ein bis zwei letzten Weiterbildungsjahren vor der Facharztprüfung möglicherweise fehlendes fachliches Wissen und Erfahrungen zu vermitteln und ihnen auch nahezubringen, dass die Tätigkeit in der ambulanten Praxis spannend, fachlich erfüllend und lukrativ ist. Wichtig wäre, dass auch eine ausreichende Anzahl von Kollegen die Bereitschaft aufbringt, junge Kollegen zu Fachärzten weiterzubilden, was jetzt wirtschaftlich umsetzbar ist. Darüber hinaus können wir derzeit nur hoffen, dass die neue Bedarfsplanung mit voraussichtlich 29 neuen Sitzen in RLP und Quoten für Neurologen und Psychiatry hier bessere Zulassungsmöglichkeiten bringt, um neben der guten wirtschaftlichen Entwicklung und kaum noch bestehendem Regressrisiko das Problem des geringen Nachwuchses in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in RLP zumindest zu lindern.

Integrierte Versorgung von MS eine Erfolgsgeschichte

Das integrierte Versorgungsmodell (IV) Multiple Sklerose, das der BVDN RLP mit der Vertragsgemeinschaft der regionalen BKKen verhandeln konnte, ist seit 12. April 2010 in Kraft. Vertragspartner sind weiter die vier flächendeckenden ZNS-Netze in Rheinland-Pfalz und die Vertragsgemeinschaft von BKK-Mitte, SVLFG-Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland.

Der IV-Vertrag läuft weiterhin – regional unterschiedlich – sehr gut. Sowohl die Ärzte als auch die Krankenkassen sind zufrieden. Trotz grundsätzlicher Bereitschaft der BKK-Mitte und umfangreicher Vorarbeiten der ZNS-Verantwortlichen, weiterer ZNS-Netz-Verträge zu anderen Indikationen (wie Depression und Parkinson) abzuschließen, sind leider nicht zustande gekommen.

Grund sind die veränderten gesundheitspolitischen Vorgaben, unter anderem die Verpflichtung der Kassen zur organisatorisch aufwändigen Etablierung von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung. Ein Gewinn bleibt aber die seit 2010 auch durch die ZNS-Netze intensivierte Qualitätszirkelarbeit und ZNS-Treffen, die zu einem fachlich und berufspolitisch-strategisch hohen Wissensniveau auch regional geführt haben.

Probleme in der ADHS-Versorgung von Erwachsenen

Im Bereich der ADHS-Versorgung gibt es derzeit noch einige Probleme, insbesondere in der Gestaltung der Transition (Überführung von der Jugend- in die Erwachsenenpsychiatrie), aber auch in der Diagnostik und Behandlung von AD(H)S bei Erwachsenen. In RLP wurde aktuell ein erster interdisziplinärer und KV-anerkannter Online-Qualitätszirkel zum Thema ADHS durch BVDN-RLP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Landespsychotherapeutenkammer gegründet.

Neben krankheitsspezifischen Themen wurde zur konkreten Verbesserung der Transition in kollegialer Abstimmung zwischen dem BVDN RLP, dem Bundesvorsitzenden des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) Dr. Gundolf Berg, Mainz, sowie der BKJPP-RLP Landessprecherin Dr. Gabriele Mathieu-Hörcher, Worms, allen Niedergelassenen die Nutzung des neuen Transitionsbogens des ADHS-Expertenforums empfohlen.

Herausforderung TSVG

Aktuell stellen die zum 1. September 2019 konkretisierten gesetzlichen Vorgaben die Praxen vor große Herausforderungen. Bei den Terminservicestellen (TSS) setzt die KV RLP zunächst weiterhin auf Freiwilligkeit. Die weitaus größte Nachfrage besteht hier nach unseren Fachgebieten und lässt sich bisher nur mit größter Mühe bedienen, was an der mangelnden Bereitschaft vieler Praxen liegt. Wenn jeder nur drei Termine pro Quartal für die TSS bereitstellen würde, wären dies genug gewesen, um die Anfragen der ersten beiden Quartale 2019 abzudecken. Es ist zu befürchten, dass durch die öffentlichkeitswirksamen gesetzgeberischen Aktivitäten unseres derzeitigen ehrgeizigen Gesundheitsministers, die sich jedenfalls beim TSVG weniger am echten medizinischen Bedarf als an populistischer Bedürfnisbefriedigung orientieren, die Nachfrage in der TSS, die bald auch 24 Stunden an sieben Tagen die Woche erreichbar sein muss, erhöht. Für den Fall, dass die TSS die politischen Vorgaben nicht erfüllt, ist des Weiteren zu befürchten, dass die Politik

recht schnell eingreift, indem sie die Aufgabe der TSS den Krankenkassen oder einem aus den ärztlichen Honoraren zu finanzierenden Call-Center überträgt, als auch uns Vertragsärzte verpflichtet, die notwendige Zahl an Terminen bereitzustellen. Da die KV dies unbedingt verhindern will, scheint dort bereits die Entscheidung gefallen zu sein, bei unzureichender Freiwilligkeit die Terminmeldung zur vertragsärztlichen Pflicht zu machen, wie etwa bereits die KV Hessen.

Einen gewissen Anreiz stellen die Zuschläge auf die Grundpauschale von bis

zu 50 % um rund 12 € auf die Grundpauschale dar sowie die extrabudgetäre Honorierung der Quartalsleistungen zum vollen Punktwert. Letzteres wirkt sich vermutlich in KVen mit RLV-Systematik stärker aus als in RLP mit den hier bestehenden Individualbudgets, in dem wir eine durchschnittliche Auszahlungsquote von etwa 90 % haben.

Ein noch größerer Aufreger ist sicher die sogenannte offene Sprechstunde. Nach derzeitigen Kenntnisstand werden die TSVG-Fälle keine Auswirkungen auf die Mengenbegrenzungsregeln des HVM haben.

AUTOR

Dr. med. Günther Endrass

Landesvorsitzender
BVDN Rheinland-Pfalz
Landesprecher BDN
Rheinland-Pfalz
Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie, Klinische Geriatrie
Obersülzer Straße 4, 67269 Grünstadt
E-Mail: g.endrass@gmx.de



Terminservice- und Versorgungsgesetz

TSVG-Zusatzhonorare – vorläufiges Fazit

Die wichtigsten Regelungen des TSVG sind seit dem 1. September 2019 in Kraft. Wie sieht die Lage bei den Zusatzhonoraren aus?

Mitglieder in den Berufsverbänden BVDN, BDN, BVDP erhalten in diesen Tagen das Neurotransmitter-Telegramm 3/2019, in dem sehr ausführlich auf Einzelheiten und Sonderfälle bei den entbudgetierten und im Rahmen des TSVG besonders geförderten Patientenfallgruppen beschrieben sind. Hier die wichtigsten Fakten vorab:

- Besonders gefördert werden seit dem 1. September 2019
- dringende Überweisungen durch den Hausarzt,
- TSS-Vermittlungsfälle,
- Neupatienten und
- Patienten der offenen Sprechstunden.

In fast allen KVen werden jeweils alle Leistungen der betreffenden TSVG-Fälle zusätzlich extrabudgetär honoriert. Zudem werden in den meisten KVen die TSVG-Fälle fachgruppen- und arzt spezifisch bereinigt.

Die PVS-Systeme sollten mittlerweile die verschiedenen TSVG-Konstellationen bei der Schein-Kennzeichnung vorschlagen, ebenso wie die Pseudo-GOP

für die zeitbezogenen TSS-Fälle. Treffen auf ein und denselben Patienten mehrere TSVG-Tatbestände zu, hat der Arzt die Wahl, welche Schein-Art oder Pseudo-GOP er ansetzt, ein Mehrfachansatz ist nicht möglich. Fallzahl- und Fallwertbegrenzungsregelungen im HVM der einzelnen KVen unter TSVG-Bedingungen sind zu beachten. In der Regel wird es so sein, dass TSVG-Fälle ab dem zweiten Gültigkeitsjahr in voller Menge bezahlt werden. Fallzahl- und Budgetbegrenzungsregelungen betreffen dann ausschließlich RLV-Fälle. Hier wird es aber sicher in den Länder-KVen zu unterschiedlichen Maßnahmen kommen.

Kommentar

Wegen der gesetzlichen Bereinigungsvorgaben für das erste Gültigkeitsjahr sollten die Vertragsärzte bis einschließlich drittes Quartal 2020 mit der Abrechnung der TSVG-Fälle eher zurückhaltend sein. Es droht sonst eine Preisminimierung der übrigen RLV-Fälle und eine sockelwirksame Reduktion der MGV. Es handelt sich um einen bürokratischen

NEUROTRANSMITTER TELEGRAMM 3/2019 Ausgabe Okt.
Offizielles Organ der Berufsverbände BVDN – BVDP – BDN

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) – update

Siehe geehrte Kolleginnen und Kollegen Mitglieder in den Berufsverbänden BVDN, BDN und BVDP

wie bereits im Neurotransmitter 2019 seit Frühjahr mehrfach ausführlich berichtet, ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) am 1.5.2019 in Kraft. Das Hauptinteresse der Vertragsärzte richtet sich auf die unmittelbaren Auswirkungen auf die Praxis. Der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) möchte in der Öffentlichkeit damit gliedern, dass auch gesetzlich krankenspezifischer Patienten Zugang zur fachärztlichen Sprechstunde haben. Der Gesetzgeber fördert nun die vertragsärztliche bevorzugte Behandlung von 5 Patientenfallgruppen. Es geht hier um dringende Überweisungen von Hausärzten und der Terminservicefällen (TSS), um neue Patienten und um die Einführung neuer Sprachschlüssel. Bei der geplanten finanziellen Förderung handelt es sich im Wesentlichen um die zusätzliche unbudgetierte Bezahlung der entsprechenden Patientenfälle außerhalb der monatlichen festierten Gesamtvergütung (MGV) der Kassenzustellenden Vereinigungen (KVn). Grundätzlich kann man hier einen Eintrag in die Entlohnung der vertragsärztlichen Honorare sehen. Dies ist positiv zu bewerten. Andererseits sind die Förderung der unten angeführten Patientenfallgruppen wahrscheinlich Fallzahl- und Arztspezifisch und sorgfältig eine erhebliche Zustrom in die Praxis. Insbesondere Fachgruppen mit vielen chronischen Patienten werden bei weitem weniger von den verschiedenen Zusatzhonoraren profitieren als Fachgruppen, die überwiegend Akutfälle behandeln. Die Kassenzustellende Bundesvereinigung (KBV) hat gegen diese Art der Honorarförderung nachdrücklich ausgewartet, dass aber beim Bundesgesundheitsministerium (BMG) nicht durch. Bis auf den TSS-Ansatz (ins. 1.1.2020) gelten die unbudgetierten Zusatzhonorare spätestens ab dem 1.9.2019.

Auf Bundesebene hat Anfang Juli 2019 die Bewertungsmaßstab in Berlin (gültig bis Ende 2019) mit verbindlicher Abrechnungsvorgaben versehen wurden. Viele Sonderfälle und Details müssen im Honorarverteilungsmittel (HVM) geregelt werden. Die meisten Honoraränderungen traten bereits ab dem 1.9.2019 in Kraft. Zudem werden auf gesetzlicher Grundlage im ersten Gültigkeitsjahr die erhöhten Behandlungshonorare

ab dem ausstehenden Arzt auf Fachgruppen- und LAR-Ebene. Dies entspricht auch der KV-Bundesplanung KVn, die auf Arztbene lediglich durchschnittlich bereinigen, sollen davon bestmögliche Kollegen bestmöglich. Erst ab dem zweiten Gültigkeitsjahr müssen die Krankenkassen die bestehenden Fallhonorare zusätzlich zur MGV auszahlen. Daher geben auch wir zusammen mit den KVn den Rat an die Kollegen weiter, im ersten Gültigkeitsjahr zurückhaltend sein mit der Abrechnung der genannten Patiententfälle.

Welche Patiententfälle werden nun nach TSVG besonders honoriert?

Dringender Hausarzt-Vermittlungsfall
Der Facharzt kann seinen vom Hausarzt aus medizinischen Gründen dringend angemeldeten Patienten entbudgetiert abrechnen. Der Termin beim Facharzt muss innerhalb von 4 Werktagen nach dem Anruf der Hausarztpraxis stattfinden. Die Scheinart „Hausarztfall“ muss in der Patientenverwechslung (PVS) markiert sein. Der Facharzt muss in dem meisten KVen eine Sonder-GOP Tag der dringenden Behandlung dokumentieren, in Bayern beispielsweise 8887H. Hat die der Patient im gleichen Quartal den Facharzt bereits zuvor „ohne Dringlichkeit“ besucht, ist für den Hausarzt TSVG-Fall ein zweites Behandlungsscheitern mit Scheinart „Hausarzt Fall“ anzusetzen. Alle Leistungen dieses Patiententfalls werden zusätzlich entbudgetiert und ungekürzt vergütet. Die „Dringlichkeit“ stellt der Hausarzt fest, der Facharzt muss sie nicht selbst nochmals beim Facharzt 10 Euro, auch wenn die Patient dort nicht erscheint. 10 Euro kann der Hausarzt auch mehrfach beim gleichen Patienten abrechnen, falls dieser bei mehreren Fachärzten dringende Termine benötigt. Diese zehn Euro werden nicht befreit. Der Überweisungsschein des Hausarztes muss keine besondere Kennzeichnung enthalten. In den meisten KVen genügt es, wenn die Hausarzt-MFA bei der Facharzt-MFA stellt die erhöhten Behandlungshonorare.

Overkill. Wir empfehlen, die TSVG-Schein-Kennzeichnung und die spezifischen TSVG-Pseudo-GOP direkt bei der ersten Patientennahme am Anmelde-tresen der Praxis zusammen mit dem Einlesen des Versichertenkärtchens zu dokumentieren. Damit hat die MFA zwar anfangs etwas mehr Aufwand, dafür müssen aber nicht im Quartalsverlauf oder bei der Abrechnung die TSVG-Umstände des Patienten nochmals geklärt werden.

Dr. med. Gunther Carl

Hier steht eine Anzeige.



Stellungnahme zu „Digitale Versorgung Gesetz“

Qualität bei Gesundheits-Apps gewährleisten

Im Juli hat das Bundeskabinett den Entwurf von Gesundheitsminister Jens Spahn des „Digitale Versorgung Gesetz“ verabschiedet. Teil des Gesetzes sind Regelungen, wie Ärzte ihren Patienten künftig auch Apps verschreiben können. BVDN und BVDP erneuern ihre Forderung nach der Einhaltung von Qualitätsstandards.

Bereits 2018 haben der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) und der Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) intensiv darin unterstützt, einen Forderungskatalog und Qualitätskriterien zu internetbasierten Selbstmanagementinterventionen bei psychischen Erkrankungen zu formulieren. Die entsprechende Publikation ist im Nervenarzt erschienen [1].

Manche Produkte ohne Nachweis der Wirksamkeit

Angesichts des jüngst verabschiedeten Kabinettsentwurfs des „Digitale Versorgung Gesetz“ (DVG) sei nochmals auf diese Publikation verwiesen. In dem Artikel wird folgendes Fazit gezogen:

- Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit von Selbstmanagementinterventionen, insbesondere in der Behandlung von Depressionen und Angststörungen.
- Auf dem Markt sind jedoch neben den evidenzbasierten Interventionen auch zahlreiche Produkte verfügbar, deren Wirksamkeit nicht in wissenschaftlichen Studien untersucht wurde. Teilweise beruhen diese nicht einmal auf evidenzbasierten Psychotherapieverfahren. Schlimmstenfalls könnten diese Interventionen sogar Schaden anrichten.
- Daher werden dringend Qualitätskriterien benötigt, um Betroffene und Behandler bei der Auswahl sicherer und

wirksamer Interventionen zu unterstützen. Diese Qualitätskriterien könnten auch dazu beitragen, dass diese Interventionen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Regelversorgung verordnet werden können.

Diese Qualitätsanforderungen haben an Spezifität nichts verloren und scheinen aktueller denn je.

Literatur

1. Klein J P et al. Internetbasierte Selbstmanagementinterventionen – Qualitätskriterien für ihren Einsatz in Prävention und Behandlung psychischer Störungen. Der Nervenarzt 2018;89(11):1277–86

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

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

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



Neues aus dem Landesverband Hessen

Genderfalle und TSVG-Nebenwirkungen

Was gibt es Neues aus Hessen? Neben Genderdebatten ist vor allem der Entschluss der KV Hessen zu erwähnen, alle vier Fachgruppentöpfe zu vereinen. Der Grund dafür? Gesundheitsminister Jens Spahn und die Bereinigungsproblematik der TSVG-Leistungen für den Fall einer Sitzweitergabe.

Einmal wollten wir voranschreiten und eine moderne, richtungsweisende Satzung verabschieden und schon wird unsere Dynamik jäh durch das Amtsgericht ausgebremst. Wie viele andere Satzungen der Landesverbände war auch unsere Satzung dringend renovierungsbedürftig. Neben der Möglichkeit zur Einrichtung einer Doppelspitze sowie der Mitgliedschaft angestellter Ärzte und Klinikärzte wollten wir die Gelegenheit nutzen und eine genderkonforme Version ausarbeiten. Nun denn, frisch ans Werk. Hier die erste Version:

„Die Funktion des Vorsitzenden kann auch von zwei Personen gemeinsam wahrgenommen werden, einer Neurologin/einem Neurologen/eines Neurologes beziehungsweise einer Nervenärztin/einem Nervenarzt/eines Nervenarzt oder Doppelfachärztin/Doppelfacharzt/Dop-

pelfacharzt und einer Psychiaterin/einem Psychiater/eines Psychiater (...).“

Naja, lesbar war der erste Versuch wohl nicht.

Nach langem Suchen lesbare Variante gefunden

Was kann also die Lösung sein? Wir verwenden ein Geschlecht und schreiben in die Einleitung der Satzung:

„Im Folgenden wird in der Satzung stellvertretend für jegliches Geschlecht ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit durchgehend die männliche Form verwendet.“

Mit dieser Lösung wird es einigermaßen lesbar:

„Die Funktion des Vorsitzenden kann auch von zwei Personen gemeinsam wahrgenommen werden, einem Neurologen beziehungsweise Nervenarzt oder

Doppelfacharzt und einem Psychiater beziehungsweise Nervenarzt oder Doppelfacharzt.“

Mit dieser Version gingen wir dann in die Mitgliederversammlung. Dort gab es einen Änderungswunsch von Seiten der weiblichen Mitglieder, welche die Streichung der weiblichen Form im Lesetext als falsches Signal in einem immer weiblicher werdenden Verband ansahen. Da wir keinesfalls diskriminierende Absichten verfolgten, kam es zu einer spontanen Änderung des Satzungstexts in:

„Im Folgenden wird in der Satzung stellvertretend für jegliches Geschlecht ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit durchgehend die weibliche Form verwendet.“ Damit lautet der Text dann:

„Die Funktion der Vorsitzenden kann auch von zwei Personen gemeinsam wahrgenommen werden, einer Neurologin beziehungsweise Nervenärztin oder Doppelfachärztin und einer Psychiaterin beziehungsweise Nervenärztin oder Doppelfachärztin.“

Alle waren ein bisschen stolz über unsere moderne zukunftsorientierte neue Landessatzung, die dann auch mit erforderlicher Dreiviertel-Mehrheit der Anwesenden verabschiedet wurde. Alles gut.

Amtsgericht erkannte Satzungsänderung nicht an

Aber weit gefehlt: Die Satzungsänderung wurde vom Amtsgericht nicht anerkannt, weil wesentliche Veränderungen nicht vorab mit der Einladung angekündigt wurden. Also gilt zunächst die neue Satzung noch nicht und wir werden die Satzungsänderung bei der nächsten Mitgliederversammlung nochmal abstimmen. Die Moral von der Geschichte ist wohl, dass juristisch gesehen die Ände-



Eine gendergerechte Lösung zu finden, die gleichzeitig auch noch lesbar ist, war keine leichte Aufgabe.

zung eines Postens von einer männlichen in eine weibliche Form „wesentlich“ ist.

Vereinigung aller vier Fachgruppentöpfe

Zurück zu wichtigeren Themen: Nachdem 2016 unser damaliger Wunsch, die Fachgruppentöpfe der Nervenärzte und Neurologen zusammenzulegen noch in der KV scheiterte und die Fachgruppe der Neurologen bis heute im Bundesvergleich am Ende der KBV-Honorarstatistik liegt, traf uns im Juni dieses Jahr der Vorschlag der KV Hessen völlig überraschend, gleich alle vier Fachgruppentöpfe zu vereinen. Und warum kommt die KV Hessen nun zu diesem Vorschlag? Letztlich ist es erneut Herr Spahn, der das Gesundheitswesen verändert. Juristisch unlösbar schien für die KV Hessen vor allem die Bereinigungsproblematik der TSVG-Leistungen für den Fall einer Sitzweitergabe von einem Nervenarzt beispielsweise auf einen Neurologen im Jahr 2019/2020.

Auch hätten die durch die neue Bedarfsplanung in Hessen im Jahr 2020 erwarteten 44 neuen Sitze in unseren weiterhin gemeinsam beplanten Fächern die Lasten wohl wieder ungleich verteilt. Ein weiteres Argument für einen gemeinsamen Topf, auch wenn es natürlich unser politisches Ziel sein muss, dass dem Bedarf auch Honorar folgt.

Letztlich haben wir der Zusammenlegung zugestimmt, auch weil die Nerven- und Doppelfachärzte bei einer Auszahlungsquote von zuletzt über 99 % ohne Zusammenlegung kaum von den TSVG-Chancen hätten profitieren können. Durch eine für den gemeinsamen Topf zu erwartende Auszahlungsquote von etwa 94 % hingegen müsste durch den dadurch höheren TSVG-„Gewinn“ der für Nervenärzte im Rahmen der Zusammenlegung erwartete durchschnittliche Honorarverlust von etwas unter 3 % gut zu kompensieren sein.

Um weiterhin die unterschiedlichen Versorgungskompetenzen der einzelnen Ärzte zu berücksichtigen, haben wir das qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) Betreuung in zwei QZV-Volumina „Betreuung neurologisch Kranker“ sowie „Betreuung psychiatrisch Kranker“ aufgeteilt, sodass nur die Nerven-

und Doppelfachärzte auf beide QZV Zugriff haben. Letztlich ist als Argument auch zu berücksichtigen, dass sich Nervenarztsitze in Hessen bei perspektivisch gebesserten Honorarerwartungen für einzelfachärztliche Nachfolger wieder besser nachbesetzen lassen sollten.

Fazit: Auch wenn einzelne Kollegen überschaubare Honorarverluste hinnehmen müssen und dies sicher noch etwas Missfallen nach sich ziehen wird, überwiegen die Vorteile für die Zukunft. Gerade im KV-System können wir nun politisch gestärkt unsere gemeinsamen Interessen vertreten.

Kurs für Näpa-Assistentinnen

Last but not least freuen wir uns, dass noch im September 2019 in der Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim der erste fachspezifische Kurs „Neurologie & Psychiatrie“ als Fach-Block der Näpa(Nicht-ärztliche Praxisassistentin)-Ausbildung für unsere medizinischen Fachangestellten begonnen hat. 2018 musste der Kurs noch aufgrund zu geringer Teilnehmerzahlen abgesagt werden. Die Kurse sind auch offen für Teilnehmer aus anderen Bundesländern sowie für MFA aus anderen Fachrichtungen, wobei diese zuvor ein 16-wöchiges Praktikum in einer neurologisch-psychiatrischen Praxis absolviert haben müssen. Insofern eignet sich der Kurs auch sehr gut, um nach Neueinstellung bisher fachfremder, aber erfahrener MFA Wissen über die wesentlichen Erkrankungen und Untersuchungsmethoden unserer Fächer zu erwerben. Wer Interesse hat findet weitere Informationen unter <https://www.laekh.de/mfa/carl-oelemann-schule>.

AUTOR

Dr. Stefan Specht

Facharzt für Neurologie
Landesvorsitzender des BVDN Hessen
Mitglied der KV Hessen Griesheim

E-Mail: Stefan.specht@web.de



Die Verbände informieren

NUP-Tage 2020 mit Fortbildungsakademie

Save the Date

Donnerstag, 26. März bis
Samstag 28. März 2020

Veranstaltungsort: Köln

Seminarthemen

Migräne, ADHS, MS, Gutachten, Depression, Psychose, Praxisstart, kognitive Fallstricke in der Diagnostik, Neuropsychologie

Das Programm

Donnerstag, 26. März 2020

17:00–20:00 Uhr Dinnerseminar

Seminar 1: „Kognitiv-psychologische Fallstricke in der nervenärztlichen Routinediagnostik“ – Prof. Dr. Markus Weih, Nürnberg

Freitag, 27. März 2020

16:30–19:15 Uhr

Seminar 2: „Migräne, trigeminoautonome Kopfschmerzen“ – PD Dr. Charly Gaul, Königstein

Seminar 3: „ADHS“ – Dr. Carolin Zimmermann, München

Seminar 4: „Therapieresistente Depression“ – PD Dr. Mazda Adli, Berlin

Samstag, 28. März 2020

9:00 bis zirka 13:00 Uhr beziehungsweise
17:00 Uhr

Seminar 5 (ganztags): „Gutachten“ – Prof. Dr. Dr. Bernhard Widder, Günzburg, und Richter Dr. Martin Kainz, München

Seminar 6 (halbtags): „Praxisstart in Neurologie und Psychiatrie“ – Dr. Gunther Carl, Kitzingen, und Dr. P. Christian Vogel, München

Seminar 7 (halbtags): „Psychose“ – Prof. Dr. Sibylle C. Roll, Eltville

Seminar 8 (halbtags): „MS“ – Prof. Dr. Joachim Schmidt, Köln

Seminar 9 (halbtags): „Neuropsychologische Diagnostik mit Beispielen (ADS, ADHS, Psychose, MS, Morbus Parkinson, MCI und Demenz)“ – Prof. Dr. Katja Werheid, Berlin

Bei der Ärztekammer Nordrhein werden Fortbildungspunkte beantragt.

Kosten: 150 € für Mitglieder bei Anmeldung bis zum 31. Januar 2020; danach 180 €, 250 € Nichtmitglieder, Tagesticket 150 € für Mitglieder des Berufsverbands

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Vergabe der Seminarplätze nach Eingangsdatum der Anmeldung. **red**

Rund um den Beruf

Diskussion über unser innovationsfeindliches System

Therapiefreiheit zwischen gesetzlichem Rahmen und Zulassungsverfahren

Wie sehen aktuelle Zulassungsverfahren aus? Welche Rolle spielt die evidenzbasierte Medizin? Wie läuft die Finanzierung ab und werden Innovationen akzeptiert? Und wie passt das in unseren engen finanziellen Rahmen? Im Folgenden soll eine Diskussion über unser innovationsfeindliches System in Gang gebracht werden.

Im Jahr 2007 mahnte der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe folgendes

an: „Wenn man die Qualität der Patientenversorgung in Deutschland auf einem hohen Niveau halten will, muss es uns

Ärzten auch möglich sein, den Patienten eine individuelle, auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Behandlung zukommen



Wo Leitlinien mehr und mehr zu Richtlinien werden, bleibt die ärztliche Freiheit auf der Strecke.

© nmann77 / stock.adobe.com

zu lassen. Das setzt Therapiefreiheit ebenso voraus wie die Bereitstellung der notwendigen finanziellen Mittel. Therapiefreiheit ist für uns Ärzte Synonym für die Freiberuflichkeit.“

Realität: Rechtlicher Rahmen wird immer enger

Diesen Spielraum hat das Bundesverfassungsgericht im sogenannten Nikolausurteil aus dem Jahr 2005 festgeschrieben. Aktuell ist die Ärzteschaft mit einem immer enger werdenden rechtlichen Rahmen konfrontiert. Dieser basiert auch auf der evidenzbasierten Medizin. Ein charakteristisches Merkmal davon ist eine Inflation von Leitlinien. Diese Leitlinien werden im Sinne eines schleichenden Prozesses mehr und mehr im Sinne von Richtlinien juristisch verpflichtend.

Evidenz in der Medizin

Wie wird diese Evidenz definiert? Sie basiert zum großen Teil auf der Analyse von Zulassungsstudien. Diese auch als „pivotal“ bezeichneten Phase-II- und III-Studien haben strikte Ein- und Ausschlusskriterien. Letztendlich werden in diesen Zulassungsstudien meist nur „gesunde“ Patienten, beispielsweise ohne Begleiterkrankungen, ausgewählt. Die Studien werden also unter experimentellen Bedingungen durchgeführt. Die Realität der Versorgungsmedizin bilden sie aber nicht ab. Es wird gegen Placebo oder gegen bereits etablierte Medikamente verglichen. Anforderungen der Zulassungsbehörden an diese Studien werden immer detaillierter.

Die Studiendesigns werden immer aufwändiger und komplexer. Diese Vorgaben verlangen beispielsweise auch nach sicheren und nebenwirkungsarmen Medikamenten. Beraten werden Behörden oft von Ärzten, die über die entsprechenden Krankheitsbilder sehr gut Bescheid wissen, aber im Alltag nur noch wenige Patienten versorgen.

So werden gleichermaßen auch Herstellerfirmen beraten. Diese Unterneh-

men führen Studien häufig nicht mehr selbst durch. Sie beauftragen externe „Clinical Research Organisations“. Hier sind die Ansprechpartner methodisch erfahrene Fachleute, aber oft keine in der Versorgung direkt am Patienten tätigen Ärzte mehr. Praktische Aspekte der Durchführung werden so oft außer Acht gelassen.

Um überhaupt Studien durchzuführen, sind hoher Aufwand und Idealismus erforderlich. Zeitaufwändige teure Zertifikate werden eingefordert, um sich als Studienzentrum zu qualifizieren. Dies ist vor allem auch dann der Fall, wenn Ärzte selber Studien, die „Investigator initiated Trials“ initiieren wollen. Die bürokratischen Hürden und der finanzielle Aufwand zur Implementierung (Ethikvotum, Zwangsberatung durch das Bundesministerium für Pharmazie), nehmen zu.

Hinzu kommt, dass zumindest in Deutschland klinische Studien und Forschung sowieso einer kritischen Diskussion unterworfen sind und nicht sehr wertgeschätzt werden. Ferner wird der gelegentlich hohe zeitliche und logistische Aufwand nicht immer angemessen honoriert. Viele Studien sind in der ambulanten Medizin aufgrund ihres Aufwands auch für Patienten kaum noch durchführbar, da der Zeitaufwand hoch ist und Arbeitsausfälle zur Folge hat.

Evidenz durch Metaanalysen?

Ergänzt wird das Konzept der evidenzbasierten Medizin durch die Anfertigung von Metaanalysen. Unter definierten, formalistisch-bürokratischen Kriterien erfolgt die Studien- oder Publikationsselektion beispielsweise für die Beantwortung der Frage, ob eine Therapie wirksam ist oder nicht. Metaanalysen kommt dabei eine sehr hohe Bedeutung zu.

Die Selektionskriterien der dafür akzeptierten Studien sind aber so hoch, dass meist nur noch Zulassungsstudien berücksichtigt werden. Zusammengefasst erfolgt eine Beurteilung und Publi-

kation von klinischen Studien nach vorgefertigten Kriterien in „etablierten“ Zeitschriften, deren Herausgeber oft Vertreter der evidenzbasierten Medizin sind.

Ursprüngliches Konzept der evidenzbasierten Medizin

Bilden diese Zulassungsstudien die wirkliche Effektstärke für die Versorgungsmedizin ab? Erlauben Sie Aussagen über die Wirksamkeit im Behandlungsalltag der realen Welt der Patientenversorgung?

Vergessen wird dabei, dass David Sackett als Initiator und Mentor der Evidenz in der Medizin auf die „Integration individueller klinischer Erfahrung mit den besten zur Verfügung stehenden Nachweisen aus der systematischen (klinisch epidemiologischen) Forschung“ Wert legte [1, 2]. Erwähnenswert ist auch, dass es mittlerweile wissenschaftliche Zeitschriften gibt, die keine Metaanalysen, Leitlinien und dergleichen mehr publizieren.

In der Versorgungsmedizin ist vor allem bei chronischen Erkrankungen jede Therapie beim jedem Patienten eine individuelle Abwägung von Nutzen und Risiko [3, 4]. Ärzte beobachten einen Effekt und setzen deswegen aus ärztlicher Erfahrung Therapie individuell zugeschnitten an.

Evidenz als Mittel zur Preisregulierung

Das Konzept der heutigen evidenzbasierten Medizin ist auch ein wichtiges Instrument des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Hier werden in Kooperation mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) therapeutische Neuentwicklungen im Rahmen des 2011 eingeführten Verfahrens nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AM-NOG) beurteilt. Dies betrifft auch die Preisregulierung innovativer Medikamente in Deutschland. Preise für neue, patentgeschützte Arzneimittel werden

auf Basis einer frühen Zusatznutzenbewertung bestimmt.

Krankenkassen sollen nur so viel zahlen, wie es dem ermittelten zusätzlichen Nutzen der Arzneimittel entspricht. Ziel des Verfahrens ist eine Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit. Abgrenzungsdefinitionen sind „erheblicher“, „beträchtlicher“, „geringer“ und „kein“ Zusatznutzen. Offiziell sind IQWiG und G-BA politische wirksame Institutionen mit einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung. Eigentlich sollten sie somit auch aktiv gesellschaftlich-politische Diskussionen fördern, um Konsens zum Kosten-Nutzen-Verhältnis medizinischer Therapien zu definieren und zu ermöglichen.

AMNOG und die Nutzenbewertung

Die Einführung der frühen Nutzenbewertung neuer Arzneimittel erfordert einen immensen Aufwand für alle Beteiligten. Der Nutzen ist aber seriös nicht quantifizierbar, da überwiegend Zulassungsstudien vor der Markteinführung in der realen Welt der Patientenversorgung herangezogen werden. Besonders problematisch erscheint auch die Klassifizierung auf Stufe 4: „Ein Zusatznutzen liegt vor, ist aber nicht quantifizierbar, weil die wissenschaftliche Datenlage dies nicht zulässt“. Dieser Satz eröffnet alle Möglichkeiten der Willkür der Preisregulierung und beeinflusst die Preisverhandlung durch Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmer nach dem AMNOG-Prozess.

AMNOG und Innovation

AMNOG definiert als Innovation einen neuen Wirkmechanismus. Innovation im Bereich Pharmakokinetik und damit Pharmakodynamik, Patientenakzeptanz, Verträglichkeit oder Einnahmehäufigkeit wird dagegen im Rahmen eines Vergleichs mit schon meist generisch verfügbaren Medikamenten letztendlich im Rahmen der Preisfindung nicht akzeptiert.

AMNOG und die Folgen

AMNOG liefert somit keine objektiv-wissenschaftlich begründete Nutzenbewertung. Durch das Vorgaukeln eines funktionierenden objektiven Entscheidungsprozesses wird die notwendige ge-

sellschaftspolitische Diskussion um die Finanzierbarkeit von Therapien auch blockiert. Rein ökonomisch gesehen ist das AMNOG-Konzept unbestritten ein Erfolg.

Eine Analyse des Zeitraums zwischen 2011 bis 2015 zeigte, dass 43 % der Medikamente in Deutschland weniger kosten als in allen anderen Ländern der EU. 85 % der Medikamente sind billiger als der mittlere Preis in der EU. Dies ist – ironisch gesehen – ein „herausragend positives“ Ergebnis im Rahmen der Ökonomisierung der Medizin. Allerdings hat die mit AMNOG verknüpfte Preisregulierung dazu geführt, dass Firmen auf dem deutschen Markt ein Produkt nicht einführen oder belassen oder zumindest temporär zurückziehen. So wurde beispielsweise Perampnel vom IQWiG ein Zusatznutzen abgesprochen, obwohl sogar führende deutsche Epileptologen die Substanz für wichtig halten.

Innovationsverzögerung und Druck zur Gabe von Generika

Als Langzeitfolge des AMNOG-Verfahrens findet Innovation in Deutschland nur noch in begrenztem Rahmen statt und wird erst mit Ablauf des Patentschutzes mit der Verfügbarkeit als Generikum ermöglicht. Laut Vorgabe können Generika hinsichtlich pharmakokinetischer Parameter erheblich von den Originalpräparaten abweichen, was sich gerade bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen auf die Pharmakodynamik auswirken kann. Allerdings wächst die Erkenntnis, dass Ausnahmen, etwa bei Epilepsie oder Schilddrüsenhormonsubstitution, notwendig und sinnvoll sind. Im Rahmen der allgemeinen schon durch Medien gesteuerten und politisch gewollten gängigen Obsession für billigere Generika ergibt sich, dass in Arztbriefen folgende standardisierte Äußerungen zu lesen sind: „Die bei der Entlassung empfohlenen Medikamente ergeben ... vorhandenen Arzneimittelangebot. Diese können ... durch andere ersetzt werden, die den gleichen Wirkstoff aufweisen und gegebenenfalls preiswerter sind.“ So wird fehlendes Grundverständnis für einfachste pharmakologische Prinzipien dokumentiert.

Ein regional unterschiedliches, mit Krankenkassen verhandeltes, unüber-

sichtliches Wirrwarr von bestehenden Rabattverträgen ermöglicht auch, dass in Apotheken Medikamente ausgetauscht werden. Ärzte können natürlich „Aut-idem“ ankreuzen. Jedoch wächst damit für die in der Versorgung tätigen Ärzte die Gefahr des Regresses oder der Diskussion mit Patienten, die entsprechend ihres Versicherungsstatus Briefe mit Hinweisen über die Effizienz von Generika informiert werden. Es gibt mittlerweile regionale Vorgaben, dass niedergelassene Ärzte zu einem bestimmten Prozentsatz Generika verordnen müssen.

Ein weiteres Instrument sind Regresse, die teilweise auch auf Off-Label-Use basieren. Bewährte Therapiekonzepte, wie etwa die Behandlung von Tremor bei Parkinson-Patienten mit Clozapin, werden wegen fehlender Evidenz trotz guter Publikationslage nicht akzeptiert. Neben der Ignoranz gegenüber einfachen, pharmakologischen Prinzipien wird generell nicht berücksichtigt, dass jeder Mensch und deswegen auch jeder Patient anders ist und eine auf ihn zugeschnittene, personalisierte Therapie benötigt. Diese Sachlage wird bei der Evidenz im Rahmen der Standardisierung der Therapie bei Bürokraten vergessen, aber von in der Versorgung tätigen Ärzten jetzt wieder zunehmend eingefordert.

Folgen: Kostenexplosion und Misstrauen

Mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens, wie etwa der Einführung des DRG-Systems im Krankenhausbereich oder der Implementierung von Qualitätsmanagement mit fragwürdigen, bürokratisch unterlegten, standardisierten Verfahren, ging der gesunde Menschenverstand und die Wertschätzung der ärztlichen Erfahrung mehr und mehr verloren. Der Respekt vor Patienten, vor der mit Patienten arbeitenden Pflege und vor den in der Versorgungsmedizin tätigen Ärzten ist kleiner geworden.

Man kann über Qualität reden, teure Prozeduren implementieren sowie Berichte schreiben und veröffentlichen. Einfacher wäre es, Qualität anzubieten. Dies würde auch vom mündigen Patient akzeptiert werden. Qualität hat aber ihren Preis [5].

Das Konzept Qualität und Qualitätsindikatoren

Stattdessen wird viel über Qualitätsindikatoren diskutiert. Letztendlich wurde aber nur ein Kosten generierender, intensiver Kontrollaufwand zur angeblichen Sicherung der Qualität der Versorgung implementiert und intensiv immer weiter verfeinert. Das System „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser“ hat sich so verselbstständigt.

Ein Instrument ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). Aber selbst MDK-Mitarbeiter stellen mittlerweile bestimmte Vorgaben infrage. Der MDK kann als Kontrollorgan aber auch wichtig sein. Nur mit dem MDK können teilweise ökonomische Forderungen einer am Gewinn orientierten Institution zurückgewiesen werden. So kann bessere Qualität der Versorgung auch unter bestimmten Konstellationen nur mithilfe des Instrumentes MDK bei Ökonomen durchgesetzt werden. Letztendlich ist das Gesundheitssystem aber von einem einschüchternden, bürokratischen Monstrum mit planwirtschaftlicher Struktur überlagert.

Die am Patienten noch selbst tätigen Akteure im Gesundheitswesen sind zum Machterhalt der Bürokratie durch eine Diskussion über Kosten, Qualität und Effizienz unter dem Deckmantel der Wirtschaftlichkeit gegeneinander ausgespielt worden. Instrumente waren und sind aktuell noch immer Leitlinien, Qualitätsmanagement, Ärztekammern, zertifizierte Fortbildungen, realitätsferne, übertriebene, präventive Hygienevorgaben (unter Missachtung der Aufgaben des adaptiven Immunsystems), Beeinflussung der Medien, aufwendige Dokumentationen der Leistungen und Einschüchterung durch Regressandrohungen [6].

Patienten gegenüber werden Regresse in der Regel als Maßnahmen der Sorgfaltspflicht durch Krankenkassen in der Öffentlichkeit dargestellt. Das eingangs erwähnte Nikolausurteil wurde so von Krankenkassen und Gesundheitspolitikern über das Wirtschaftlichkeitsgebot ausgehebelt.

„Regress und Einschüchterung“ oder „Teile und Herrsche“

Patienten gegenüber werden Regresse in der Regel als Maßnahmen der Sorgfaltspflicht dargestellt, denn gemäß SGB V § 12 müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Um dies durchzusetzen, wurde und wird auch die Ärzteschaft selbst gespalten. So gibt es beispielsweise Gruppierungen wie „Mein Essen zahl ich selbst (MEZIS)“ oder „Neurology

» Immer mehr Patienten fragen eher nach den Nebenwirkungen als nach den Wirkungen eines Medikaments. «

first“. Sie vertreten nach außen einen hohen moralischen Anspruch und holen sich Beifall bei Medien und Politikern ab, etwa durch Einfordern von „unabhängigen“ Fortbildungen und Leitlinien [7]. Damit dokumentieren sie allerdings nur, dass sie ihre direkt am Patienten tätigen Kollegen für unmündig und unkritisch halten. Im Rahmen eines persönlichen Narzissmus vertreten sie ihre eigenen Interessen und unterwerfen sich einer ethischen Scheinmoral. Sie haben auch erheblichen Einfluss auf Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern. Beides sind bürokratische Institutionen der sogenannten ärztlichen Selbstverwaltung, die schon lange nicht mehr die Interessen ihrer noch schweigenden (Zwangs-)Mitglieder vertreten und daher auch nicht mehr mit deren Wertschätzung und Unterstützung rechnen dürfen.

Folgen von Reglementierung und Regulierung

Die oben beschriebenen Mechanismen der Standardisierung und Einschüchterung untergraben auch die Arzt-Patienten-Beziehung in der Versorgung. Gerade bei chronisch Kranken ist eine kontinuierliche Betreuung im Rahmen einer langjährigen, auf Vertrauen basierenden Arzt-Patienten-Beziehung essenziell. Therapie ohne Berücksichtigung individueller, sozialer und familiärer Rollenverständnisse ist nicht zielführend. Wichtig ist es auch, nicht den Glauben in Therapien zu untergraben. So ist es zwar

ehrenvoll, Nebenwirkungen zu dokumentieren und genauestens in Patientenaufklärungen zu beschreiben. Es limitiert aber Vertrauen und vor allem Compliance im Sinne eines Nocebo-Effekts („Alles was man liest, kriegt man auch.“) [8].

All dies wird generell unterschätzt. Stattdessen wird Wert darauf gelegt, dass Patienten zeiteffektiv behandelt werden. Vertrauen wird nur wenig geschaffen. Eine detaillierte, individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung zwischen Patienten und Arzt erfolgt immer seltener. Häufig ist, dass ein Patient nach Medikamentenverordnung als

erstes nicht nach dem Effekt, sondern nach den Medikamentennebenwirkungen fragt [9]. Immer weniger Patienten lesen die Beipackzettel nicht und vertrauen der Kompetenz des Arztes. Es ist zu einer schleichenden Entmündigung von Arzt und Patient mit Untergraben der Beziehung zwischen den beiden gekommen.

Verfügbarkeit und Akzeptanz von medikamentösen Therapien werden eingeschränkt und es wird ein Adhärenzproblem kreiert [9]. Der volkswirtschaftliche Schaden durch Non-Compliance wird in Deutschland auf rund 10 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt. Als Alternative werden von Bürokraten weitere, standardisierte Verfahren vorgeschlagen [9].

Die Konzepte Behandlungspfad und Fehlerprävention

So wurden Therapiemodule und „Behandlungspfade“ oder präventive Konzepte zur Vermeidung von Fehlern eingeführt (Critical Incident Reporting System, CIRS). Diese Kosten generierenden Konzepte sind einer individualisierten Behandlung nicht förderlich. Ob diese Behandlungsprogramme effektiv sind, wird nicht adäquat untersucht.

Auswege und Konsequenzen**Zeit für das Miteinander von Patient und Arzt**

Gerade bei chronischen, nicht akut lebensbedrohlichen Erkrankungen ist

eine enge Beziehung zwischen Arzt und Patienten wichtig. Im stationären Rahmen gelingt dies besser, wenn Patienten und Ärzte beispielsweise im Rahmen von Komplexbehandlungen wieder Zeit für ein Miteinander bekommen. Hier können engmaschig Medikamenten- oder Therapieeffekte kontrolliert und eventuelle Nebenwirkungen der Medikamente kuptiert werden. Deshalb ist dieser Ansatz langfristig im Sinne Therapieakzeptanz bei chronisch kranken Patienten teilweise erfolgreicher. Patient und Betreuer begreifen, wie gut es bei disziplinierter Einnahme der Medikation gehen kann [10].

Nutzenbewertung einmal anders

Unterschätzt wird auch, dass Nutzenbewertung in der jetzigen Form eine Entmündigung ist. Mündige, direkt am Patienten tätige Ärzte und mündige Patienten akzeptieren sowieso nicht jede Innovation. Die reale Welt entscheidet somit über die Akzeptanz einer Innovation. Information im Internet fördert Interesse und Akzeptanz, aber auch Kritik. Deshalb sollte die Entwicklung und klinische Prüfung neuer Wirkstoffe vereinfacht werden. Keine globalen Studien, sondern kleine Phase-III-Studien würden reichen. Im Rahmen von Qualität statt Quantität kann mit möglichst objektiven Messparametern sogar der Placebovergleich hinterfragt werden, denn ein auch Placebo wirkt wie ein Medikament. Abstand genommen werden sollte von einer übertriebenen „Safety und Tolerability“-Hysterie, denn was richtig wirkt, macht oft auch Nebenwirkungen.

Bei einer unabhängigen, aber qualifizierten Arzneimittelprüfung, bei der teilnehmende Patienten beispielsweise adäquat bezahlt werden, könnte hohe Qualität einerseits verlangt und Belastung andererseits geboten werden. Komplexe Designs mit Wirkkontrolle durch biologische und metabolische Marker könnten – verbunden mit strikten Compliancekontrollen – ermöglicht werden. Genehmigungsbürokratie (Firmen, Monitoring, Ethikkommissionen) sollte und könnte durch Professionalisierung und Entbürokratisierung verringert werden [11]. Folge wäre, dass innovative Medikamente eher zugelassen, Patienten

und Ärzte aber wieder mündiger hinsichtlich der Akzeptanz werden [11].

Auch Patienten haben Verantwortung für ihre Behandlung. Sie können auf Altbewährtes mit viel Erfahrung oder auf

» Kleine Phase-II-Studien statt globale Studien würden reichen. «

oder auf Innovatives mit mehr Risiko setzen. Durch Verlängerung des Patentschutzes auf etwa 20 Jahre könnten eventuell niedrigere Preise erzielt werden. Dem Markt würde mehr Zeit gelassen, Marketing und Werbung würden in den Hintergrund treten [11]. Jedoch stellt sich die Frage, ob sich das Konzept Patentschutz in Zukunft durch Transparenz und Globalisierung halten kann. Schon heute werden noch geschützte Medikamente wie etwa Fingolimod in bestimmten Ländern nachgebaut und generisch angeboten. Generell sollten bei schon lange verfügbaren Wirkstoffen, wie beispielsweise Levodopa oder Amantadin, die eine pharmakokinetische und damit pharmakodynamische Optimierung und damit Innovation erfahren, nach einer positiven Phase-II-Studie eine Zulassung erfolgen [12, 13, 14]. Der Umgang und die Akzeptanz dieser Art der Innovation sollte der Versorgungsmedizin mit ihren klinisch lang erfahrenen, direkt am Patienten tätigen Ärzten überlassen werden.

Finanzierung und Kosten

Wie soll mehr Therapiefreiheit und Akzeptanz von Innovation finanziert werden? Dies erscheint einfach. 2010 lagen die Verwaltungskosten bei rund 40,4 Milliarden Euro [6], das heißt von jedem Euro wurden nur 77 Cent für direkt am Patienten wertschöpfende Tätigkeiten ausgegeben. Die 23 % Verwaltungskostenquote ist um den Faktor 3,8 höher als der durchschnittliche Wert in deutschen Industrieunternehmen mit 6,1 %. Liegt hier nicht ein sehr wichtiger Ansatz zur Kostenreduktion?

Fazit für die Praxis

Kritische Information, offene Diskussion und Transparenz können ein erster

Schritt sein. Weg von der durch Bürokratie überfrachteten, teuren Planwirtschaft im Gesundheitswesen, hin zur freien, aber Wettbewerb orientierten Marktwirtschaft mit mehr Selbstverantwortung.

Manches in diesem Artikel mag provokativ wirken. Über manches soll, kann und muss man diskutieren, gerade deswegen weil genügend Geld im System steckt. Nur wo es hinfließt, sollte überdacht werden. Dies sollten die tun, die darin wirklich arbeiten und damit leben müssen. Dazu passt folgendes Zitat: „Nichts ist komplizierter, also teurer, als die Substitution des menschlichen durch formale Verfahren der Organisation; und nichts ist einfacher, also günstiger, als eine Struktur, die alles weitere diesem Einfallsreichtum überlässt“ [15].

Vor diesem Hintergrund wäre ein erster Schritt im deutschen Gesundheitswesen, Abschaffung oder absolute Minimierung des Einflusses von bürokratischen Institutionen, die direkt wieder am Patienten tätigen Ärzten und nicht Funktionären unterstellt werden sollten.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Danksagung

Mein Dank gilt den Professoren Stefan Braune, Götz Erik Trott und Peter Feindt für ihre Vorträge, Diskussionen und Inspiration.

AUTOR

**Prof. Dr. med.
Thomas Müller**

Klinik für Neurologie,
St. Joseph Krankenhaus
Berlin-Weißensee,
Gartenstr. 1,
13088 Berlin



Literatur

1. Claridge JA et al. History and development of evidence-based medicine. *World J Surg* 2005;29:547-53
2. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2
3. Ryden LE et al. Parkinson's Disease in the Era of Personalised Medicine: One Size Does Not Fit All. *Drugs Aging* 2019;36:103-13
4. Titova N et al. Non-motor Parkinson disease: new concepts and personalised management. *Med J Aust* 2018;208:404-9
5. Muller T et al. Treatment benefit and daily drug costs associated with treating Parkinson's disease in a Parkinson's disease clinic. *CNS Drugs* 2004;18:105-11
6. Kearney AT. Deutsches Gesundheitswesen auf dem Prüfstand. *Kostenfalle Komplexizität*. 2011
7. Napierala H et al. Management of financial conflicts of interests in clinical practice guidelines in Germany: results from the public database GuidelineWatch. *BMC Med Ethics* 2018;19:65
8. Mitsikostas DD. Nocebo in headache. *Curr Opin Neurol* 2016;29:331-6
9. Gollwitzer S et al. Nonadherence to antiepileptic drugs in Germany: A retrospective, population-based study. *Neurology* 2016;87:466-72
10. Muller T et al. Benefit on motor and non-motor behavior in a specialized unit for Parkinson's disease. *J Neural Transm (Vienna)* 2017;124:715-20
11. Muller T. New small molecules for the treatment of Parkinson's disease. *Expert Opin Investig Drugs* 2010;19:1077-86
12. Muller T et al. Efficacy of carbidopa-levodopa extended-release capsules (IPX066) in the treatment of Parkinson Disease. *Expert Opin Pharmacother* 2018;1-9
13. Muller T et al. Long-term management of Parkinson's disease using levodopa combinations. *Expert Opin Pharmacother* 2018;19:1003-11
14. Muller T et al. Evaluating ADS5102 (amantadine) for the treatment of Parkinson's disease patients with dyskinesia. *Expert Opin Pharmacother* 2019;1-7
15. Baecker D. Drei Regeln für eine wirtschaftlich effiziente Unternehmenskultur. *Einfachheit, Autonomie und kulturelle Führung*. 2001;Band 1:57-80

Der Grad der Behinderung – GdB

Eine gute Gelegenheit für die umfassende Würdigung eines Falls

Die korrekte Klassifikation des Behinderungsgrades ist für Patienten ein entscheidender Faktor in ihrem Berufs- und Privatleben, das Erstellen eines korrekten Befundberichts daher eine nicht zu unterschätzende ärztliche Aufgabe.

Während das Studium und die Facharztausbildung nur wenig auf sozialmedizinische und versorgungstechnische Aspekte vorbereiten, wird der fertige Neurologe oder Psychiater nach seiner Niederlassung vermutlich bald mit Fragen seitens Patienten zur Einstufung des Behinderungsgrades oder Befundanforderungen seitens der Arbeitsämter, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder des Versorgungsamtes konfrontiert werden. Zumeist hält sich die Freude über solche „bürokratischen Zusatzaufgaben“ in Grenzen, zumal die Bürokratie ja eher zu- als abnimmt [1]. Man darf aber nicht übersehen, dass der Patient Anspruch auf diese Auskünfte hat, dass mitunter jede Diagnose zählt, und dass für nicht wenige Patienten die korrekte Dokumentation ihrer Beschwerden ein wichtiger Aspekt in der Alltagsversorgung ist.

Zudem sind niedergelassene Ärzte über § 100 Sozialgesetzbuch (SGB) X, durch das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung (KOV-VfG) sowie über die Berufsordnung zur Mitwirkung verpflichtet. Auch der Aufwand auf Seiten der Behörden, wie des Versorgungsamtes, sollte nicht unterschätzt werden. So gehen allein in Bayern pro Monat 25.000 Anträge auf Feststellung einer Behinderung in den Regionalstellen ein. Die Hintergründe zu diesem Themengebiet sollen daher hier dargestellt werden.

Die Entwicklung der Behinderungsgrade

Der Grad der Behinderung (GdB) ist ein fast 100 Jahre alter Begriff aus dem

Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Schwerbehindertenrecht beziehungsweise dem SGB IX. Er folgt den gleichen Grundsätzen wie der Grad der Schädigungsfolge (GdS), bildet aber unabhängig von der Ursache eine dauerhafte Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in allen Lebensbereichen ab.

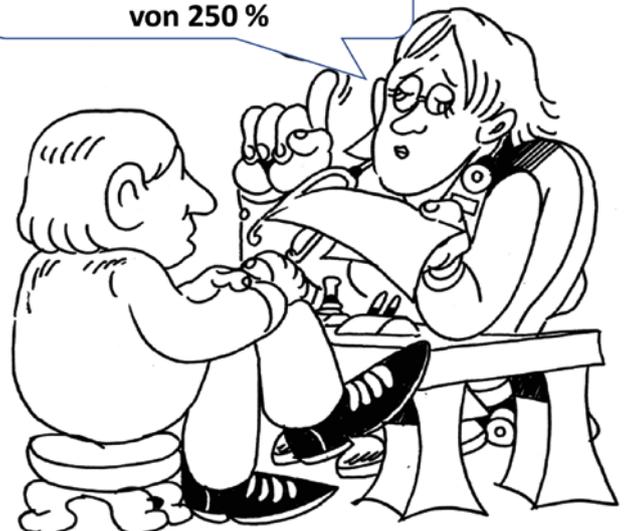
Der GdB hatte ursprünglich die Bezeichnung „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE) oder Erwerbsminderung, die noch heute im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung und im sozialen Entschädigungsrecht (z. B. Rentenversicherung) verwendet wird. Der

wesentliche Unterschied zwischen GdS und GdB ist, dass ersterer eine Kausalität voraussetzt, während der GdB eine final resultierende Behinderung in allen Lebensbereichen bemisst.

Beide Begriffe sind letztlich aus der Versorgung von Kriegsopfern im Deutschen Reich hervorgegangen. 1916 wurden erstmals relativ knappe militärärztliche Begutachtungsrichtlinien mit der häufigen Frage nach Dienst- oder Kriegsschädigung verfasst – die interessanterweise vor allem psychische und nervöse Erkrankungen der Soldaten betrafen. Herausgegeben wurden sie vom wissenschaftlichen Senat der Kaiser-Wil-

Viele Patienten glauben zu Unrecht, dass ihre einzelnen Behinderungsgrade zu einem Gesamtheinerungsgrad aufaddiert werden.

Nach den Befunden hätten Sie eine Schwerbehinderung von 250 %



Tab. 1: Was der Grad der Behinderung im Alltag bedeutet

Ansprüche von Schwerbehinderten (ggf. mit Merkzeichen) nach SGB IX:

- steuerlicher Pauschalbetrag, Steuerfreibeträge
- Kfz-Steuerermäßigung, Parkausweis, Parkerleichterung
- gegebenenfalls Altersrente ab 63/65 Jahren
- weitergehenden Kündigungsschutz
- erschwerte Befristung von Arbeitsverhältnissen
- einwöchigen bezahlten Zusatzurlaub
- Beförderungsvorteile/Freifahrten im Nah- oder Fernverkehr
- gegebenenfalls Anrecht auf Begleitperson

Daneben gibt es noch einige wichtige Merkzeichen, von denen für den Neurologen und Psychiater folgende häufig und wichtig sind:

- G oder aG: Erhebliche oder außergewöhnliche Gehbehinderung beziehungsweise erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr
- B: Begleitung, Berechtigung für eine ständige Begleitung
- H: Hilflosigkeit

helm-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen („Pépinère“) nicht weit der Charité in der Invalidenstraße (!) in Berlin.

1920 benannte das damalige Reichsarbeitsministerium der Weimarer Republik die Erweiterung und Überarbeitung der Richtlinien in „Anhaltspunkte (AHP) für die Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit“, in denen nun auch erstmals die bis heute verwendeten 10er-Stufen erwähnt wurden (Abb. 1) [2, 3]. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde das System von den Kriegsbeschädigten auf „Zivilbeschädigte und Sozialrentner“ ausgeweitet und galt ab 1974 auch für Schwerbehinderte.

1983 wurden die AHP dann umfangreich überarbeitet und waren lange Zeit gültig. Zu dieser Zeit erfolgte auch eine

Orientierung hin zum international anerkannten biopsychosozialen Modell beziehungsweise der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Hauptkritikpunkt an den AHP blieb aber, dass sie weder wissenschaftlich noch rechtlich oder demokratisch im engeren Sinn legitimiert worden waren, sondern quasi ein Überbleibsel des Kaiserreichs ohne rechtsstaatliche Grundlage darstellten. Unbestreitbar war allerdings, dass sie sich über Jahrzehnte als ein relativ sachgerechtes, einheitliches und über alle Fachgebiete gleichstellendes Beurteilungsgefüge beziehungsweise als eine übergreifende Norm bewährt hatten.

Durch das Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes 2007 wurde

endlich eine Ermächtigungsgrundlage („Verrechtlichung“) geschaffen, die 2008 zur Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) führte und zuletzt 2017 geändert wurde [4]. Die alten AHP tauchen darin aber weitgehend unverändert als Anlage zu § 2 auf und heißen seither „versorgungsmedizinische Grundsätze“. Die VersMedV wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) herausgegeben. Sie soll den aktuellen Stand der Wissenschaft und evidenzbasierten Medizin (EBM) darstellen und stetig weiterentwickelt werden. Grundlage der „versorgungsmedizinischen Grundsätze“ sind Beschlüsse und Empfehlungen des 17-köpfigen, unabhängigen, ärztlichen Sachverständigenbeirats. Die Grundsätze umfassen auch die Beschlüsse und Empfehlungen zur Feststellung des Grads der Schädigungsfolgen (GdS bei Opferentschädigung oder im Bundesversorgungsgesetz) im kausalen Schädigungskonzept.

Die AHP beziehungsweise ihre modernen Varianten können aber weiterhin als antizipierte Sachverständigen-gutachten verstanden werden. Grundlage sind Diagnosen und Schweregrade. Ihr Vorteil besteht darin, dass die medizinische Einschätzung der resultierenden Behinderung relativ rasch, unabhängig von Alter oder Beruf des Betroffenen und auch – ein wichtiger Faktor angesichts allgemein knapper Ressourcen – unabhängig von Erfahrung oder Training des Gutachters und ohne lange Untersuchung vorgenommen werden kann. Der GdB ist jedoch nicht gleichzusetzen mit der allgemeinen, berufli-

Die im folgenden Abschnitt B aufgeführten Hundert-sätze sollen lediglich Anhaltspunkte für die ärztliche Beurteilung der E. M. geben; sie sind aus der Erfahrung gewonnen und gedacht als Richtlinien bei Zuständen, die im allgemeinen als beständig angesehen werden können. Entsprechend der Mannigfaltigkeit der Wirkung von an sich ähnlichen Beschädigungen auf die Erwerbsfähigkeit der Beschädigten in den verschiedenen Berufen, Lebensaltern, bei den verschiedenen Gesundheits- und Kräftezuständen und Geschlechtern ist der Schätzung ein weiter Spielraum gegeben; trotzdem werden auch diese weiten Grenzen unter Umständen noch – nach oben oder unten – überschritten werden können und müssen.

Abb. 1: Auszug aus dem Reichsverordnungsgesetz von 1920 zur Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (aus [3]).

Tab. 2: Ausgewählte Beispiele aus den GdS-Tabellen

Diagnose	GdS-Wert
Mittelgradige Trigeminusneuralgie	20–40
Schwere Migräne	50–60
Hirnschaden mit mittelschwerer Beeinträchtigung	50–60
Hirnschaden mit globaler, schwerer Aphasie	90–100
Seltene epileptische Anfälle (Pausen von Wochen bis Monate)	50–60
Schizophrener Residualzustand mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50–70
Ausgeprägte depressive, ängstliche, somatoforme Störung	30–40
Suchterkrankung mit schwerer sozialer Anpassungsstörung	80–100
Halsmarkschädigung mit vollständiger Lähmung	100
Vollständige Peroneusparese	50

chen oder angestrebten Leistungsfähigkeit, was Patienten oft nur schwer zu vermitteln ist. Beispielhaft seien hier prominente Behinderte wie Wolfgang Schäuble zu erwähnen, die trotz schwerer Behinderung am gesellschaftlichen Leben teilhaben und ihrer Berufstätigkeit nachgehen können.

Wie man einen Befundbericht richtig erstellt

Die versorgungsmedizinischen Grundsätze folgen nicht der allgemeinen Diagnoseklassifikation nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (ICD), sondern gliedern sich nach Funktionssystemen. Dazu zählen neben Kopf und Gesicht auch Nervensystem und Psyche, Augen, Ohren, Atmung, Herz-Kreislauf, Verdauung, Harn- und Geschlechtsorgane, Haut, Blut, Stoffwechsel und Extremitäten.

Der GdB beginnt bei 20 und reicht (fast immer) in Zehnerschritten bis 100. Dabei handelt es sich nicht um Prozentangaben, wie oft irrtümlich angenommen wird, sondern um eine Ordinalskala. Ab einem GdB von 50 gilt eine Person als schwerbehindert. Da dies aber der modernen Arbeitswelt nicht immer gerecht wird, können die Agentur für Arbeit und auch bestimmte Arbeitgeber schon ab einem Behinderungsgrad von 30 oder 40 eine Gleichstellung mit einem Schwerbehinderten anerkennen, wenn durch die Behinderung der Arbeitsplatz gefährdet ist.

Als Facharzt empfiehlt es sich, die Anschreiben des Versorgungsamtes immer wieder genau durchzulesen, da sich die Fragestellungen über die Jahre ändern können. Legt der Patient den Bescheid unzufrieden vor, sollte nachgefragt werden, ob er den Bescheid auch wirklich gründlich studiert hat, da sich die Begründung meist recht gut erschließt. Allgemein wird empfohlen, den Vorgang der Beantragung bis hin zum Bescheid/den Schwerbehindertenausweis mit dem Patienten zu besprechen und den aktuellen Grad der Behinderung in der Kartei zu vermerken (Tab. 1).

Folgende Aspekte gehören in den Befundbericht:

- Behandlungszeitraum (erst ab einer Dauer von sechs Monaten kann eine Behinderung angenommen werden), Häufigkeit der Besuche
- Symptomatik und Begleiterscheinungen (vor allem wenn diese erheblich höher als das übliche oder erwartbare Maß sind beziehungsweise nach allgemeiner Erfahrung darüber hinausgehen, etwa bei Depression, Schmerz, Angst)
- neurologischer beziehungsweise psychopathologischer Befund
- relevante Diagnosen, wenn möglich in Abhängigkeit voneinander (z. B. schwere MS mit Paraparese, Gangstörung und Inkontinenz oder Myokardinfarkt links mit Aphasie und spastischer Hemiparese rechts)
- gegebenenfalls soziale Eingliederungs- und Anpassungsprobleme,

- Schulbesuch, Ausbildung (bei jungen Patienten) oder Berufstätigkeit,
- bei phasenhaften Erkrankungen (z. B. Clusterkopfschmerz, Migräne, bipolare Störungen) Schweregrad, Verlauf, Häufigkeit,
- Therapie (z. B. Art, Ausmaß, medikamentöse Therapie, Psychotherapie, Therapieänderungen bei schwerem oder progredientem Verlauf, stationäre Behandlung).

Besonders wichtig ist die Dokumentation von „paarigen“ Organbefunden, etwa Paraparese und Querschnittslähmung, oder paarigen Sinnesorganen wie Blindheit oder Gehörlosigkeit.

Nicht in den fachärztlichen Befundbericht gehören Aspekte wie:

- blumig-umfangreiche Schilderung subjektiver Symptome,
- physiologische oder altersbedingte Veränderungen oder Diagnosen,
- Differenzialdiagnosen, Zustand-nach-Diagnosen,
- vorübergehende Störungen (unter sechs Monaten) oder zukünftig zu erwartende Gesundheitsstörungen,
- Bagatelldiagnosen, symptombeschreibende Diagnosen (Lumbago, Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrationsstörung),
- reine Diagnoselisten,
- Fremddiagnosen (z. B. degenerative Wirbelsäulenerkrankung, Hirnatrophie),
- Gefälligkeitsaussagen zur Mindest-GdB-Höhe.

Ein Befundbericht ist nicht sinnvoll, wenn der Patient länger (zirka zwei Jahre) nicht mehr oder bislang erst kurz oder nur einmal in der Praxis war (Momentaufnahme).

Allgemein lässt sich sagen, dass sich das Versorgungsamt, ähnlich wie andere Behörden, einen kurzen, präzisen Bericht wünscht, aus dem das Krankheitsbild mit seiner funktionellen Einschränkung plastisch hervorgeht. Der Befundbericht muss spätestens nach drei Monaten erstellt werden und wird dann nach Nr. 200 Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) mit 21 € honoriert.

Das Versorgungsamt übersetzt nach Eingang des Antrags und des Befundberichts die Diagnosen dann in die üblichen Tabellenwerte. Offensichtliche

schwere Behinderungen wie Querschnittslähmung oder Patienten, die dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesen sind, werden ohne nähere Prüfung angenommen (**Tab. 2**).

Ein häufiger Streitfall beziehungsweise Anlass für Missverständnisse ist die „Arithmetik“ des GdB durch die Versorgungsämter. Viele Patienten gehen davon aus, dass die Einzel-GdB zu einem beeindruckenden, astronomisch hohen Gesamt-GdB addiert werden. Genau das ist aber nicht der Fall. Vielmehr wird der Gesamt-GdB dadurch ermittelt, dass zuerst die Hauptdiagnose, beziehungsweise die Diagnose mit dem höchsten Einzel-GdB, festgestellt wird. Danach wird geprüft, inwiefern alle weiteren Diagnosen Auswirkungen darauf haben. Leichte Funktionsstörungen oder Nebendiagnosen, die nur einen Einzel-GdB von 10 haben, führen in der Regel nicht zu einer Erhöhung des Gesamt-GdB. Relevante Nebendiagnosen hingegen können den höchsten Einzel-GdB um 10 bis 20 erhöhen.

Tipp und Fazit für Praxis

Die Beurteilung des Grades der Behinderung stammt ursprünglich aus der Versorgung von Kriegsinvaliden des Ersten Weltkriegs. Inzwischen hat sich daraus ein mehrfach reformiertes, rechtsstaatlich legitimiertes Beurteilungsinstrument für alle Arten von Behinderung entwickelt.

Ähnlich wie die Befunde für andere Behörden ist Post vom Versorgungsamt bei allen Ärzten wenig beliebt und gilt als eine der vielen bürokratischen Pflichten, die den Alltag schwer machen. Dennoch ist und bleibt die korrekte Beurteilung einer dauerhaft behindernden Funktionseinschränkung eine wichtige ärztliche Aufgabe, da die Gleichstellung und Integration von behinderten Menschen heute einen höheren Stellenwert hat als früher. Für sozial- und versorgungsmedizinisch interessierte Kollegen empfiehlt es sich, sich mit den versorgungsmedizinischen Grundsätzen und der ICF-Klassifikation zu beschäftigen [5].

Außer einer kleinen Vergütung gibt der Bericht des Facharztes für das Versorgungsamt jedoch auch die Möglichkeit, das Krankheitsbild gerade bei lang-

jährigen oder schweren Verläufen zusammenzufassen und katamnestisch treffend zu bewerten sowie vor allem die resultierende Funktionseinschränkung auf den Punkt zu bringen. Dazu wünscht sich das Versorgungsamt einen aussagekräftigen und nachvollziehbaren Befundbericht, der durchaus kurz sein kann. Für „GdB-erfahrene“ Neurologen/Psychiater empfiehlt es sich, Patienten mit einer hohen Erwartungshaltung kompetent zu beraten und gegebenenfalls übersteigerte Ansprüche/Hoffnungen, Erwartungen auf einen hohen GdB oder Hilfestellung im Sinne einer guten fachärztlichen Beratung zu korrigieren.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

**Prof. Dr. med.
Markus Weih**

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

E-Mail: markus.weih@gmx.de



Literatur

1. Weih M. Täglicher Bürokratieaufwand belastet Praxen weiterhin stark. NeuroTransmitter 2018;29(11):15-17
2. www.sgipt.org/forpsy/SozialRecht/GeschGdB.htm
3. Reichsarbeitsministerium. Anhaltspunkte für die Beurteilung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (E.M.) nach dem Reichsverordnungsgesetz vom 12. Mai 1920. Ohne Verlag, ohne Ort 1920
4. www.gesetze-im-internet.de/versmedv/anlage.html
5. www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/

Anwendungen im Android Play Store

Große Spannweite bei der Qualität von Tremor-Apps

Auch für Smartphones mit dem Android-Betriebssystem wurden Apps entwickelt, die den Tremor bei Parkinson-Patienten messen sollen. Von Vorteil ist, dass sich dadurch der Tremor relativ leicht und ohne Aufwand bestimmen lässt. Zu beachten bleibt aber, dass noch keine dieser Apps als Medizinprodukt zertifiziert wurde und sich ihre Qualität sehr unterscheidet.

Bereits im NeuroTransmitter 1–2/2019 hatte Prof. Dr. Wolfgang Freund Tremoranalyse-Apps für das Apple-Betriebssystem iOS getestet und das kostenpflichtige Programm „Study my Tremor“ (4,49 €) empfohlen. Es stellt sich

nun die Frage, ob auch für das Android-Betriebssystem (bzw. im Android Play Store, für den man sich über Google registrieren muss) brauchbare Apps vorliegen. Der Parkinson-Tremor hat eine Frequenz von 4–6 Hz, die durchaus dia-

gnostischen Wert hat. Außerdem kann sich die Tremoramplitude im Lauf der Behandlung ändern und ist mit aller gebotenen Einschränkung auch ein Funktionsparameter für die Alltagsaktivitäten.

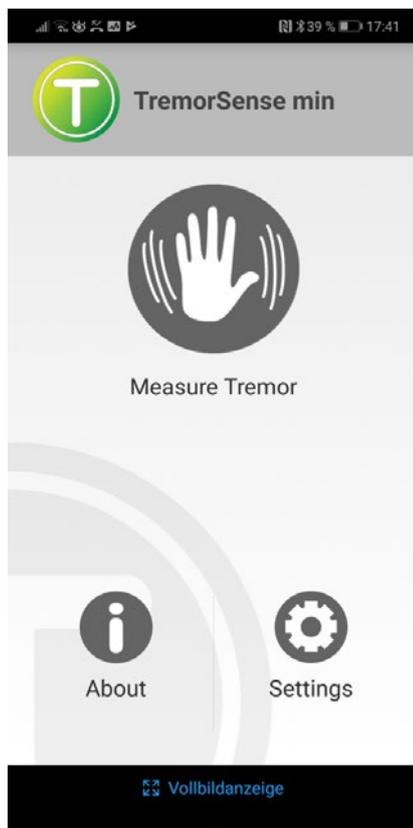


Abb. 1: Tremor-App „TremorSense min“: Bereits nach wenigen Sekunden soll das Ergebnis der Tremorstärke feststehen.



Abb. 2: Je nach gemessener Stärke teilt die App TremorSense min den Tremor ein. Ein Wert von 9 bedeutet „milder Tremor“.



Abb. 3: Tremor-App „Tremometer“: Nach der Messung werden Frequenz und Amplitude des Tremors dargestellt.

In modernen Mobiltelefonen sind Bewegungssensoren verbaut, die alle drei Raumrichtungen erkennen. Spielverliebte Naturen können dies durch Geduldspiele testen, in denen etwa ein virtueller Ball über eine Ebene balanciert wird und in einem Loch versenkt werden muss. Smartphones bieten aber auch die elegante Möglichkeit, den Tremor bei Parkinson-Patienten ohne weitere Hilfsmittel zu analysieren oder eine Therapiekontrolle vorzunehmen. Einschränkend ist natürlich immer zu sagen, dass diese Apps meist nicht als Medizinprodukt zertifiziert und damit nicht offiziell zur Diagnostik und Therapieüberwachung geeignet sind.

Welche Android-Tremor-Apps gibt es?

Im Folgenden wird eine Übersicht über die aktuell zu Android verfügbaren Tremor-Apps gegeben.

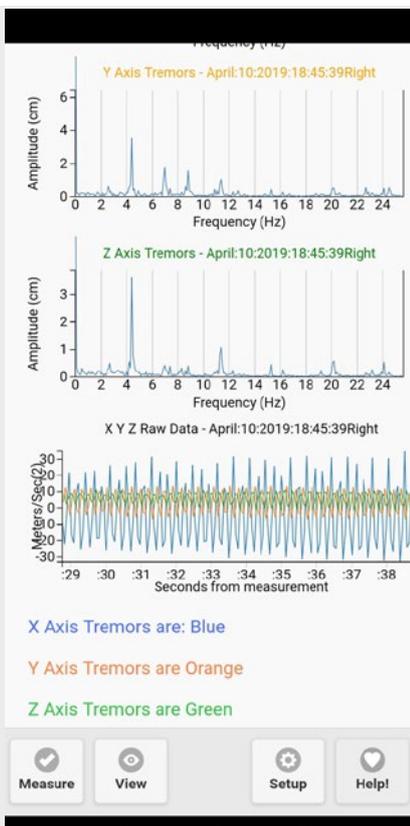


Abb. 4: Tremor-App „TremorWatch™“: Im Gegensatz zu anderen Apps lassen sich hier viele Ergebnisse speichern.

TremorSense min/tSense

Entwickelt von Jackson Blythe, mit einer Bewertung von 4,6 von 5 Sternen. Nach einer Analysedauer von wenigen Sekunden erscheint eine grafische Darstellung des Tremors sowie eine abstrakte Messung, die mit dem Schweregrad korrelieren soll.

Nach Angaben des Programmierers ist folgende Einteilung sinnvoll: 0–4 kein signifikanter Tremor; 5–9 milder Tremor, 10–24 moderater Tremor, 24–49 schwerer Tremor, 50–74 sehr schwerer Tremor und über 75 extremer Tremor. Jedoch gibt es weder eine Frequenzanalyse noch eine objektive Messung der Amplitude, sodass die App insgesamt klinisch kaum zu verwerten ist (**Abb. 1, Abb. 2**).

Tremometer

Überwachung des Parkinson-Tremors und Handshake-Messung, entwickelt von Kazeka Software Development Labs, mit einer Bewertung von 3,0 Sternen. Die Testzeit kann zwischen 10 und 120 Sekunden eingestellt werden. Anschließend werden Frequenz und Amplitude dargestellt, ein Testlauf erbrachte aber keine brauchbaren Werte (**Abb. 3**).

MyTremorApp

Entwickelt von MedApplets, mit einer Bewertung von nur einem Stern. Nach unklar motivierter Eingabe zahlreicher persönlicher Daten, Beantwortung einiger weiterer Fragen sowie Angabe von E-Mail-Adresse und einer PIN gelangt man zum Testmenü. Die Dauer der Messung lässt sich einstellen. Anschließend erfolgt nach einem kleinen einführenden Video eine Art Finger-Nase-Versuch, ein Steh- und Halteversuch sowie ein Test auf Bradykinesie. Das Ergebnis wird an die angegebene E-Mail-Adresse gesendet. Es gibt keine extra Tremormessung.

TremorWatch™ Hand Tremor Test

Entwickelt von Human Innovations, LLC, mit einer Bewertung von 3,7 Sternen. Der Preis beträgt 3,09 €. Nach einer Messung an der linken oder rechten Hand werden die Ergebnisse mitgeteilt. Es folgt eine grafische Anzeige der durchschnittlichen Tremorfrequenz und -amplitude, aufgetrennt in die x-,

y- und z-Achse. Die Rohdaten können gespeichert werden. Insgesamt überzeugt die App durch eine recht benutzerfreundliche Bedienbarkeit, die gute grafische Ausgabe (eine Dimension hätte jedoch gereicht) und die Möglichkeit, mehrere Ergebnisse zu speichern (**Abb. 4**).

Weitere Apps

Die Tremor-App „ParkinsonAI“, entwickelt von BrainPflow. Die App befindet sich noch in der Betaphase und ist sehr instabil, insgesamt noch nicht funktionsfähig. Zudem ist die Registrierung sehr umständlich.

„Parkinson Check“ ist eine App, die von UL FRI entwickelt wurde und eine Bewertung von 2,6 Sternen hat. Die App ist nur auf slowenisch verfügbar.

Fazit und Ausblick

Ähnlich wie bei den Tremor-Apps für das Apple-Betriebssystem iOS zeigt sich, dass es sinnvoller ist, ein wenig Geld in eine etwas besser programmierte App zu investieren. Im vorliegenden Vergleich von aktuell sechs Apps für Android zeigten sich medizinisch teils völlig unbrauchbare Ergebnisse. Aktuell bleibt noch abzuwarten, was das EU-geförderte Projekt „iPrognosis“ bringen wird. Gegenwärtig kann die App TremorWatch™ noch am ehesten empfohlen werden. Da Apps meist eine eher kurze Halbwertszeit haben, empfiehlt es sich, nicht erst abzuwarten, sondern den Betrag von 3,09 € direkt zu investieren, um anschließend eigene Erfahrungen zu sammeln.

AUTOR

Prof. Dr. med. Markus Weih

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

E-Mail: markus.weih@gmx.de



Erfahrungen aus der neurologischen Praxis

CGRP-Antagonisten zur Prävention von Migräne

Für die Behandlung der Migräne hat 2019 eine neue Zeitrechnung begonnen. Im Fokus steht die Hemmung des „Calcitonin Gene-Related Peptide“ (CGRP). Hier handelt es sich um ein Neuropeptid, das eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Migräneattacken spielt.

Das Peptid CGRP kommt vor allem in sensorischen Ganglienzellen und im Kerngebiet des N. trigeminus vor. Gehemmt wird der CGRP-Signalweg mithilfe der monoklonalen Antikörper Erenumab (Aimovig®), Galcanezumab (Emgality®) und Fremanezumab (Ajovy®). Erenumab blockiert den Rezeptor von CGRP, Galcanezumab und Fremanezumab binden selektiv an CGRP. Die Anwendung erfolgt über eine einmalige subkutane Injektion alle vier Wochen.

Die CGRP-Antagonisten wurden zur Vorbeugung chronischer und episodischer Migräne entwickelt und zeigten in den Zulassungsstudien eine schnelle, signifikante und langanhaltende Linderung der Migräne mit geringen Nebenwirkungen [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Erstmals steht damit eine Familie von Substanzen zur Verfügung, die gezielt in die Pathophysiologie der Migräne eingreift und dort ihre Wirkung entfaltet. Die praktischen Erfahrungen aus den ersten acht Monaten nach der Zulassung bestätigen bei den bisher therapierefraktären Patienten eine gute Wirkung und Verträglichkeit.

Hohe Wirksamkeit bei therapierefraktären Patienten

Als therapierefraktär gelten jene Patienten, die unter Anwendung der bisher zugelassenen Substanzen zur Migräneprävention wie Metoprolol, Propranolol, Topiramaten sowie Amitriptylin und Flunarizin weiterhin mindestens vier Migräneattacken pro Monat erleiden. Viele dieser Patienten erreichen mit den neuen Substanzen eine deutliche Reduktion ihrer Attacken um mehr als die Hälfte. Nicht wenige werden migränefrei. Da-

mit übertreffen die Erfahrungen aus der praktischen Anwendung tatsächlich sogar die Erwartungen aus den Zulassungsstudien. Hier wurden Patienten ausgeschlossen, wenn sie zuvor auf zwei etablierte Migräneprophylaxen nicht reagiert hatten. Gerade für diese Patienten stellen CGRP-Antikörper jetzt eine wesentliche Verbesserung der Migränetherapie dar.

Gute Verträglichkeit

Ein weiterer Vorteil der CGRP-Antagonisten ist ihre Verträglichkeit. Beta-Blocker sind wegen der blutdruck- und herzfrequenzsenkenden Wirkung gerade bei jüngeren Patienten nur begrenzt

einsetzbar. Unter Antikonvulsiva und besonders unter Amitriptylin und Flunarizin treten bei einer hohen Zahl von Patienten nicht tolerable Nebenwirkungen auf, vor allem Müdigkeit und Gewichtszunahme. Die Erfahrung mit CGRP-Antagonisten zeigt bisher eine praktisch nebenwirkungsfreie Anwendung. Auch Hautreaktionen wurden nicht oder nur in sehr geringem Umfang beobachtet, und waren durchweg nicht störend für die Patienten.

Die ausschließlich parenterale Anwendung ist in der klinischen Erfahrung bisher kein Hindernis. Die Applikation erfolgt mithilfe eines Pens, der eine einfache Handhabung und schmerzfreie

Antikörper, die den CGRP-Signalweg hemmen, wirken schnell und effektiv. Über mögliche Risiken einer Langzeiteinnahme ist bislang aber wenig bekannt.



Hier steht eine Anzeige.



subkutane Anwendung gewährleistet. Viele Patienten empfinden auch die niedrige Anwendung als wesentlichen Vorteil.

Hohe Behandlungskosten

Die Kosten für die CGRP-Medikamente sind hoch. Pro Jahr kostet die Behandlung mit einem monoklonalen Antikörper zur Migräneprävention rund 8.800 € und damit ein Vielfaches von den Kosten von Beta-Blockern oder Topiramaten. Wissenschaftlich ist die Überlegenheit gegenüber den bisher zugelassenen Migräneprophylaktika nicht nachgewiesen. Erenumab, Galcanezumab und Fremanezumab haben zwar in Phase-III-Studien ihre Wirksamkeit gegenüber Placebo unter Beweis gestellt. Für eine wirtschaftliche Verordnung können CGRP-Antagonisten in Deutschland aber nur dann eingesetzt werden, wenn eine Behandlung mit etablierten Migräneprophylaxen wie Metoprolol, Propranolol, Topiramaten, Valproinsäure, Amitriptylin und Flunarizin erfolglos war. „Erfolglos“ bedeutet hier, dass die Migräne entweder nicht ausreichend stabilisiert werden konnte oder nicht akzeptable Unverträglichkeitsreaktionen auftraten. Bei Patienten mit chronischer Migräne muss zusätzlich auch ein Behandlungsversuch mit Botulinumtoxin erfolgen.

Im Klartext bedeutet diese Einschränkung, dass zuerst mindestens eine Substanz aus vier Medikamentengruppen (Beta-Blocker, Antikonvulsiva, Amitriptylin und Flunarizin) angewendet und deren Therapieversagen dokumentiert werden muss. Besonders die Einnahme von Amitriptylin und Flunarizin ist jedoch für viele jüngere Patienten wegen der häufigen unerwünschten Wirkungen nicht akzeptabel.

Die Anwendungsbeschränkungen der Kostenträger machen keine genaueren Vorgaben dazu, wie lange eine Substanz angewendet werden muss. Ein Behandlungsversuch kann demnach auch nach einigen Tagen beendet werden, wenn nicht tolerable Nebenwirkungen auftreten. Bis auf weiteres muss aber ein Therapieversagen (oder die Kontraindikation) der bereits etablierten Substanzen zur Migräneprevention sorgfältig dokumentiert sein. Andernfalls drohen im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung

möglicherweise hohe Regressforderungen. Gegenwärtig läuft weltweit eine randomisierte, kontrollierte Phase-III-Studie, welche die Wirksamkeit von Erenumab versus Topiramaten vergleicht. Ergebnisse werden frühestens 2020 erwartet.

Sollte die Wirksamkeit der CGRP-Antagonisten auch gegenüber einer etablierten Vergleichstherapie nachgewiesen werden, kommt möglicherweise wegen der hohen Krankheitszahlen eine Kostenlawine unbekanntem Ausmaßes auf die Krankenversicherer zu.

Wenig über Langzeitwirkung bekannt

Die vielversprechenden Ergebnisse bedeuten gleichwohl nicht, dass keine Risiken existieren. Wir haben bis heute nur begrenzte Erfahrungen mit der Anwendung dieser neuen Medikamente. Über ihre Langzeitwirkung wissen wir nichts. Niemand weiß aktuell, ob die Wirkung nach zwei Jahren nicht wieder nachlässt.

Völlig unbekannt ist auch das Risiko von später auftretenden unerwünschten Wirkungen. Ebenfalls nicht bekannt ist, ob Schwangere CGRP-Antagonisten einnehmen können. Gegenwärtig gilt die Empfehlung, CGRP-Antagonisten nicht in der Schwangerschaft und nicht bei bestehendem Kinderwunsch anzuwenden. Nach Absetzen von CGRP-Antagonisten sollte ein Sicherheitsabstand von sechs Monaten bis zur Empfängnis eingehalten werden.

Die Migränespezialisten sind sich deswegen einig, dass mehr Daten aus der klinischen Praxis benötigt werden, um die langfristigen Wirkungen und Risiken von CGRP-Antagonisten besser zu verstehen. Dazu ist eine strukturierte Dokumentation der Behandlungsdaten und unerwünschten Reaktionen von großer Bedeutung. Auch die Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit und medizinischer Notfallbehandlung können wichtige sekundäre Behandlungsziele sein, die für die Frage der Kostenerstattung hoch relevant sind.

Schließlich muss besser untersucht werden, warum einige Patienten nicht auf CGRP-Antikörper reagieren. Gibt es außerhalb des CGRP-Signalwegs noch andere pathophysiologische Mechanismen, die für die Migräne relevant sind?

Oder produzieren einige Menschen so viel CGRP, dass der monoklonale Antikörper die Schmerzleitung nicht wirksam durchbrechen kann?

Weitere CGRP-Antagonisten in der klinischen Entwicklung

Klinische Studien haben gezeigt, dass Galcanezumab wirksam gegen episodische Clusterkopfschmerzen wirkt. Weitere CGRP-Medikamente, die akute Kopfschmerzen verhindern und behandeln können, befinden sich am Ende der klinischen Entwicklung.

Die oralen CGRP-Rezeptorantagonisten für kleine Moleküle – Ubrogapant (MK-1602) und Rimegepant (BHV-3000) – haben in Phase-III-Studien zur akuten Behandlung von Migräne klinische Endpunkte erreicht. Atogepant zeigte in klinischen Studien der Phase IIb/III ebenfalls eine Wirksamkeit auf die Attackentherapie der Migräne. Diese Medikamente bieten eine sichere Möglichkeit der Akutbehandlung für Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die keine Triptane einnehmen können. Auch andere unerwünschte Reaktionen auf Triptane, wie Brustenge, Müdigkeit, Übelkeit, Schwindel, Schläfrigkeit, Kribbeln und Asthenie werden bei den „Gepanten“ nicht beobachtet.

Wir werden in den nächsten drei bis fünf Jahren voraussichtlich viele Fortschritte in der Kopfschmerzmedizin erleben. Als Neurologen haben wir die Verantwortung, Patienten den Zugang zu dieser neuen, hochwirksamen Migränetherapie zu ermöglichen.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

**Prof. Dr. med.
Gereon Nelles**

Neuromed-Campus
Hohenlind
Werthmannstr. 1c
50935 Köln

E-Mail: gereon.nelles@uni-due.de



Literatur

1. Goadsby PJ et al. A Controlled Trial of Erenumab for Episodic Migraine. *N Engl J Med* 2017;377(22):2123-32
2. Dodick DW et al. ARISE: A Phase 3 randomized trial of erenumab for episodic migraine. *Cephalalgia* 2018;38(6):1026-37
3. Skljarevski V et al. Efficacy and safety of galcanezumab for the prevention of episodic migraine: Results of the EVOLVE-2 Phase 3 randomized controlled clinical trial. *Cephalalgia*. 2018;38(8):1442-54
4. Stauffer VL et al. Evaluation of Galcanezumab for the Prevention of Episodic Migraine: The EVOLVE-1 Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol* 2018;75(9):1080-8
5. Dodick DW et al. Effect of Fremanezumab Compared With Placebo for Prevention of Episodic Migraine: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2018;319(19):1999-2008
6. Silberstein SD et al. Fremanezumab for the Preventive Treatment of Chronic Migraine. *N Engl J Med* 2017;377(22):2113-22



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

Jungunternehmer besonders gefährdet

Praxisliquidität immer ausreichend?

Selbstständiges Wirtschaften fällt nicht allen Ärzten leicht. Viele Kollegen tun sich zu Beginn ihrer Selbstständigkeit schwer, ökonomisch zu arbeiten, gerade dann, wenn sie familiär nicht mit einer unternehmerischen Vorgeschichte ausgestattet sind.

Unternehmergeist und selbstständiges Wirtschaften ist nicht jedem in die Wiege gelegt. Vor allem Kollegen, die viele Jahre in einem „abhängigen unselbstständigen“ Beschäftigungsverhältnis standen, tun sich anfangs schwer, ökonomisch die richtigen Weichen zu stellen. Renten-, Krankenversicherungsbeiträge und Steuern wurden vom Arbeitgeber regelmäßig abgeführt, man musste sich um nichts kümmern.

Zwar sind die unternehmerischen Risiken bei niedergelassenen Ärzten im Regelfall bei weitem nicht so gravierend wie in der „freien Wirtschaft“. Das „Produkt Arzt“ ist gefragter denn je, Konkur-

renz nur in besonderen Fällen zu fürchten. Preiskämpfe sind unbekannt. Die Kassenärztliche Vereinigung überweist das Honorar regelmäßig und zuverlässig, wenngleich aufgrund von Budgetierungsbestimmungen unvollständig. Der Vertragsarzt muss sich wegen mangelnder Zahlungsmoral seiner Patienten kaum Sorgen machen. Dennoch sind einige finanzielle Grundprinzipien zu beachten. Nach Abzug der Praxiskosten sollte – je nach Fachgruppe unterschiedlich – vom Honorar noch ein erheblicher Anteil von rund 50% übrigbleiben, um das virtuelle Arztgehalt etwa in Höhe eines Oberarztes und damit einen ad-

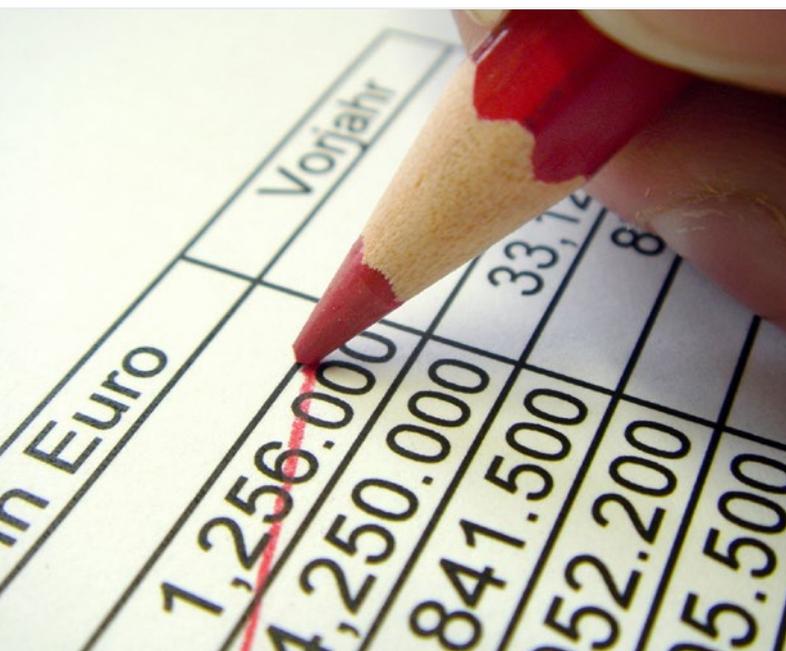
äquaten Unternehmensgewinn zu erzielen. Es sollten immer liquide Mittel vorhanden sein, um jederzeit die Praxiskosten begleichen zu können und für allfällige unvorhergesehene Reparaturkosten oder Ersatzbeschaffungen gerüstet zu sein.

Vorsicht vor Liquiditätsfallen

Nicht selten kommt es zu unerwarteten Engpässen, wenn die Gefahr von „Liquiditätsfallen“ unterschätzt wird. Oftmals ist die Freude über einen vermeintlich hohen Jahresgewinn verfrüht, weil zukünftige unvermeidliche Ausgaben nicht bedacht wurden. Es fehlt dann an „flüssigem Geld“.

Einkommenssteuer

Bei unternehmerischem Tätigkeitsbeginn droht ein bis drei Jahre nach dem Unternehmensaufbau die Einkommenssteuerfalle. Denn zunächst einmal muss der Jungunternehmer keinerlei Einkommensteuer ans Finanzamt abführen. Erst nach der Steuererklärung des initialen Tätigkeitsjahres werden dem Finanzamt Umsatz und Gewinn bekannt, dann ist die erste Einkommensteuer fällig. Gleichzeitig legt das Finanzamt für die Zukunft die vierteljährliche Einkommenssteuervorauszahlung fest. Diese wird obendrein noch rückwirkend in einer Summe für das laufende zweite Steuerjahr verlangt – zahlbar binnen vier Wochen. So können plötzlich auf einen Schlag sechsstellige Summen fällig werden. Wer darauf nicht vorbereitet ist und einen entsprechenden Betrag angespart hat, beispielsweise als Tagesgeld, gerät



Rund jeder zweite eingenommene Euro sollte nach Abzug der Praxiskosten vom Honorar übrigbleiben.

© Erwin Woicka / panthermedia

© Scanrai_Rosenstiel / Fotolia

leicht in die Bredouille und muss möglicherweise sogar einen kurzfristigen Kredit aufnehmen oder um Steuerstundung bitten.

Beiträge zur Ärzteversorgung

Ähnlich verhält es sich mit der Liquiditätsfalle „Beiträge zur Ärzteversorgung“. Auch hier stellt die berufsständische Rentenversicherung ihre erstmalige und folgende Beitragsforderungen erst dann, wenn das Berufseinkommen aus ärztlicher selbstständiger Tätigkeit im ersten Jahr bekannt ist. Hier können Forderungen im mittleren fünfstelligen Bereich kumulieren.

Abschreibungen

Das Auslaufen von Abschreibungen ist eine weitere Liquiditätsfalle. In der Regel werden bei Praxisgründung umfangreiche Investitionen getätigt. Abschreibungen stellen die Wertminderung des Anlagevermögens in der steuerlichen Gewinnermittlung dar. Sie reduzieren den Gewinn und damit die Besteuerungs-

grundlage. Es erhöht sich die Geldentnahme aus der Praxis nach Steuern. Fallen nun im Laufe der Jahre etwa gleichzeitig diese Abschreibungsmöglichkeiten weg, weil die Gegenstände des Anlagevermögens auf Null abgeschrieben sind, erhöht sich wieder der steuerbare Gewinn und die Liquidität sinkt. Diese Gefahr ist nicht zu unterschätzen, denn die Abschreibungszeiträume liegen in der Regel zwischen drei und sechs Jahren.

Wichtig: Ausgaben gewissenhaft dokumentieren

Wie lassen sich derartige Finanzengpässe vermeiden? Zunächst einmal jedenfalls durch vorsichtiges berufliches und privates Ausgabenverhalten. Auf die drei oben genannten Liquiditätsfallen und deren jeweilige zeitliche Latenz sollte man mit entsprechenden Rücklagen vorbereitet sein. Kontinuierlicher Kontakt zu einem medizinerfahrenen vertrauenswürdigen Steuerberater kann ebenfalls helfen. Hier sollte man an-

fänglich die vierteljährliche betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) jeweils zeitnah gemeinsam besprechen. Voraussetzung für die Verlässlichkeit der BWA ist jedoch, dass alle Ausgaben umgehend und gewissenhaft dokumentiert und zu sinnvollen Ausgabengruppen zusammengefasst sind. Nur so lässt sich kontinuierlich ein wirklichkeitsgetreues Finanzabbild nachverfolgen.

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



Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Niedergelassener Facharzt für Neurologie sucht in Berlin und Umgebung Anstellung in MVZ oder Praxis für einen Tag pro Woche. Auch Vertretung möglich.

Kontakt: praxis.zabel@gmx.de

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

Kontakt: dr-reichwein@web.de

Kaufen – Verkaufen – Verschenken

Verkaufe gut erhaltenes Ultraschallsystem für extra- und intrakranielle Duplexsonografie mit einer trans- und zwei extrakraniellen Duplexsonden. Esaote My lab 40. Sonden 2 x LA523 (7,5-12mHz) und 1 x Pa230 (2,5-3,5 mHz). Festpreis 4.000 €. Das Gerät

kann gerne vor Ort besichtigt und ausprobiert werden. Auf Wunsch stelle ich Fotos zur Verfügung.

Kontakt: bernddaelen@aol.com (Dr. Bernd Daelen, 33378 Rheda-Wiedenbrück, Telefon 05242 577646)

Verkaufe neurophysiologischen Messplatz Medelec Synergy T2 EP, 2-Kanal-EMG/EP von 12/2004, komplett mit Gerätewagen, nach erfolgter Prüfung nach MedGV gegen Gebot günstig abzugeben.

Kontakt: ehret-martin@t-online.de (Gebote per Fax 0211 704052)

Verkaufe Multi-Doppler P für trans- und extrakranielle Dopplersonografie. Baujahr 1998, funktionsfähig ohne Sonden. Preis 200 €.

Kontakt: docrauber@t-online.de

Verkaufe Neurowerk-EEG 16-NWEEG-3466, Anschaffung 2016, wenig gebraucht, mit komplettem Zubehör wegen Praxisschließung im Dezember 2019. Selbstabholer, Preis nach Vereinbarung.

Kontakt: drklees@klees-net.de

Suche gebrauchtes, digitales EEG-Gerät in Berlin (und Umgebung).

Kontakt: ehret-martin@t-online.de (oder Telefon 0211 704051)

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

Exklusiv für Mitglieder: kostenlos inserieren!

Mitglieder von BVDN, BDN und BVDP können ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige kostenlos im Neuro-Transmitter inserieren. **Und so geht's:** Senden Sie Ihre Anzeige (maximal 300 Zeichen mit Leerzeichen) bitte ausschließlich per E-Mail (Fax/telefonische Anzeigenaufgabe und Chiffre sind nicht möglich) an die Geschäftsstelle in Krefeld: bvdn.bund@t-online.de

Einsendeschluss: 29. Oktober 2019

Fortbildung



Je nach Bundesland sind die Regelungen zur Durchsetzung einer Behandlung gegen den Willen des Betroffenen aktuell sehr unterschiedlich.

Nach der Novellierung des Rechts der Unterbringung

Baustelle Maßregelvollzug

Die Folgen der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes von 2011 haben dazu geführt, dass es in nahezu allen Bundesländern zwischenzeitlich neue Maßregelvollzugsgesetze beziehungsweise entsprechende neue Regelungen gibt. Dabei ist es aber zu völlig unterschiedlichen, teils auch juristisch fraglichen Regelungen gekommen.

JUTTA MUYERS

Die Unterbringung von psychisch kranken Straftätern in forensischen Kliniken erfolgt bei verminderter oder aufgehobener Schuldfähigkeit und weiterbestehender Gefährlichkeit. Bei süchtigen Straftätern kann die Schuldfähigkeit auch erhalten sein. Es handelt sich zwar um langwierige Behandlungsphasen, aber im Spannungsfeld zwischen der für die Anordnung und Vollstreckung zuständigen Justiz und den für die Behandlung zuständigen psychiatrischen Krankenhäusern gibt es immer wieder vielfältige und neue Fragestellungen und manchmal eben auch Baustellen.

Drei relevante Entscheidungen und Entwicklungen aus den letzten Jahren haben Einfluss auf die Praxis des Maßregelvollzugs:

- Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVG) vom 23. März 2011 – die Voraussetzung für die Zulässigkeit der Zwangsbehandlung bedürfen klarer und bestimmter gesetzlicher Regelungen [1]
- Das Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 Strafgesetzbuch (StGB) vom 1. August 2016 [2]
- Die Veröffentlichung der Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 63 und § 64 StGB vom 3. August 2017 [3]

Gesetzesänderung zur Zwangsbehandlung

Zusammengefasst gibt es verschiedene Antragswege und wechselnde Zuständigkeiten [4] (Betreuungsgerichte, Strafvollstreckungskammer [StVK] oder Landesbehörden wie in Nordrhein-Westfalen). Auch die einzuhaltenden Fristen und die Anforderungen an Anträge und Gutachten sind völlig unterschiedlich geregelt. Die Frage, ob es denn sein kann, dass man in Deutschland je nach Ort der Unterbringung unterschiedlichen Regelungen zur Durchsetzung einer Behandlung gegen den Willen unterliegt, müssen die Juristen beantworten. Erste Erfahrungen zum Thema aus der Praxis zeigen, dass der teilweise hohe Aufwand der Beantragung auch weiterhin zu sehr hoher zeitlicher Verzögerung führt. Dies wird verkompliziert durch die Tatsache, dass sich eine zunehmende Anzahl schizophrener erkrankter Patienten im Maßregelvollzug befindet, die durch aggressive Verhaltensweisen auffallen. Beinahe alle schizophren erkrankten Patienten im Maßregelvollzug haben Probleme mit Suchtmitteln und wir wissen seit Langem, dass diese Patienten früh erkrankt sind, dass der Entzug bereits bei vorherigen psychiatrischen stationären Aufenthalten sozusagen gescheitert ist [5].

Nur als Exkurs sei darauf verwiesen, dass sich mit den nunmehr auch im

Maßregelvollzug ankommenden Migranten und Flüchtlingen völlig neue Probleme auftun. Diese Situation wird durch teilweise sehr komplexe Migrationsprobleme weiter erschwert. Diese drehen sich um sprachliche Probleme, kulturelle Besonderheiten, aber auch um durch die Flucht und die Vorgeschichte hinzukommende ungelöste traumatische Vorerfahrungen sowie besondere Schwierigkeiten hinsichtlich der medikamentösen Behandlung, aufgrund teilweise varianter genetischer Ausstattung.

Gesetzesnovellierung

Auch die Gesetzesnovellierung aus dem Jahre 2016 hat erhebliche Folgen für die Praxis. Diese betreffen vor allem die Unterbringungsvoraussetzungen, die Anforderungen an Stellungnahmen und Therapiepläne, den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, die Prognosegutachten und die besondere Fragestellung der Unterbringung gemäß § 64 StGB.

Unterbringungsvoraussetzungen

Zu den letztlich höheren Anforderungen an die Unterbringungsvoraussetzungen ergeben sich aus Sicht der Praxis keine wesentlichen Veränderungen, da schon in den letzten Jahren vorwiegend nur psychisch kranke Straftäter eingewiesen wurden, bei denen doch eine gewisse Schwere des Delikts erkennbar war. Weiterhin fällt aber auf, dass die Zielrich-

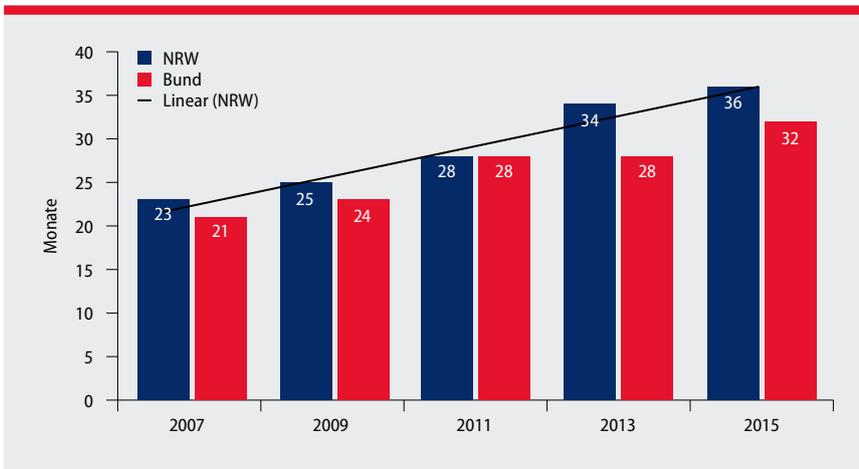


Abb. 1: Behandlungsdauer – Rheinland (Quelle: LVR 2011)



Abb. 2: Entwicklung Aufnahmen und Entlassungen (§ 63 StGB), Rheinland (Quelle: LVR 2017)

tung bei schizophrenen erkrankten Straftätern nicht immer ganz klar ist. So finden sich auch weiterhin schizophrene Patienten in der Allgemeinpsychiatrie, die dort als erheblich gefährlich eingeschätzt werden, deren Straftaten aber oft eher weniger strafrechtlich verfolgt werden.

Therapiepläne

Mehr Probleme gibt es mit den Anforderungen an Stellungnahmen und Therapiepläne, die sich hinsichtlich Umfang und Qualität erheblich erhöht haben. Laut eines Urteils des Oberlandesgerichts Hamm [6] vom Oktober 2016 müssen die geplanten Behandlungsmaßnahmen in einem Therapieplan nachvollziehbar

aufgeführt werden. Des Weiteren muss ausgeführt werden, wie dadurch die Behandlungsziele erreicht werden sollen. Die dazugehörigen therapeutischen Konzepte und der genaue, auch zeitliche Rahmen und Umfang der Maßnahmen müssen dargelegt werden. Schließlich muss die weiterbestehende Gefährlichkeit sehr präzise erläutert werden.

Insbesondere bei lange im Maßregelvollzug untergebrachten unauffälligen Patienten (klassisches Beispiel ist der intelligenzgeminderte pädophile Straftäter) haben die therapeutischen Mitarbeiter mit solchen Anforderungen erhebliche Mühe. Aus Bayern gibt es zum Beispiel eine Handreichung [7], bei der Anforderungen und Aufwand fast einem

Prognosegutachten gleichen. Diese Handreichung beinhaltet fünf Überschriften, jede davon mit bis zu neun Unterpunkten. In der Praxis fragt man sich, ob die Qualität und der Erfolg einer forensischen Behandlung tatsächlich an konkreter Darstellung von Art und Umfang des Behandlungsprogramms zu messen ist.

Prognosegutachten

Weitere ungelöste Fragen drehen sich um die erhöhte Frequenz von zu erstellenden Prognosegutachten. Unabhängig von der Frage, woher all diese qualifizierten und ständig wechselnden Gutachter kommen sollen, ist wieder einmal ein Gesetz verabschiedet worden, welches den Stellenwert der Gutachten überhöht und nichts zur Qualität der Behandlung beinhaltet. Schon aus NRW ergeben sich deutliche Hinweise, dass mit Einführung der externen Dreijahresbegutachtung die deutliche Verweildauer in erheblichem Maße angestiegen ist (Abb. 1). In diesem Bundesland ist die aktuelle Situation so, dass die Kliniken weiterhin alle drei Jahre ein externes Prognosegutachten in Auftrag geben müssen, da das Maßregelvollzugsgesetz NRW noch nicht geändert worden ist. Des Weiteren folgen Prognosegutachten bei erstem alleinigen Ausgang, insbesondere bei Sexualstraftätern. Prognosegutachten sind nunmehr alle drei Jahre beziehungsweise ab sechs Jahren alle zwei Jahre im Auftrag der StVK und Prognosegutachten bei Entlassung aus dem Maßregelvollzug zu erstellen.

Die Grundlage für die Erstellung von solchen Prognosegutachten ist weiterhin die entsprechende Leitlinie des Maßregelvollzugsbeauftragten. Des Weiteren wird erwartet, dass man sich an die Mindestanforderungen für Prognosegutachten hält [8] und natürlich entsprechende Erfahrungen im Sinne des Vorliegens einer Qualifikation verfügt. Im schlechtesten Fall ergibt sich eine monatelange Zeit, in der alle Beteiligten auf das Gutachten warten und Entscheidung sowie Verantwortung verschoben werden, beziehungsweise sich dabei der Fokus auf den Behandlungsprozess erheblich reduziert. Je nach Gutachtenergebnis ergeben sich dann im Zuge des Wartens auf die

nächste Anhörung bei der StVK weitere Verzögerungen bei anstehenden Entscheidungen. Hinzu kommt, dass das Einhalten der Vorgaben zu extrem langen Aktenauszügen führt, gegebenenfalls sämtliche Prognosechecklisten durchgearbeitet werden und es selten zu fundierten Lockerungsempfehlungen oder sinnhaften Vorschlägen für die weitere Behandlung kommt.

Verlagerungsprozess führt zur verlängerter Verweildauer

Zusammengefasst kommt es durch diesen Verlagerungsprozess weg von der Behandlung zu einer Verlängerung der Verweildauer. Im Rahmen der neuen Regelungen zur Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit ergibt sich für die Praxis aktuell, dass die Entlassungszahlen im Maßregelvollzug deutlich angestiegen sind, allerdings zwischenzeitlich auch wieder die Zahlen der Neuaufnahmen (Abb. 2).

Im Rahmen der Entscheidungen zur Frage der Verhältnismäßigkeit (Tab. 1 und 2) kommt es natürlich häufig zu unterschiedlichen Sichtweisen der Juristen und der Behandler, insbesondere was die Auswahl der Patienten und den Zeitpunkt der Entlassung betrifft. Immer wieder kommt es auch zu „blutigen Entlassungen“ als Problem, wenn eben für die Patienten noch kein geeigneter Entlassungsrahmen zur Verfügung steht.

Ein weiteres Problem sind die Erledigungen im Rahmen der Entlassung der Verhältnismäßigkeit, bei denen aber dann doch sehr häufig Nachsorgeweisungen ausgesprochen werden, die den psychiatrischen Nachsorgeambulanzen sehr viel Aufwand bereiten, ohne letztendlich Sanktionsmöglichkeiten nutzen zu können. Die Anzahl der in den Ambulanzen zu betreuenden Patienten hat durch diese Problematik erheblich zugenommen, gleichzeitig gibt es jedoch für die forensischen Nachsorgeambulanzen bisher keine gültigen Personalstandards.

Hilfreich ist es, wenn es gelingt zusammen mit der StVK Absprachen über einen geeigneten Vorbereitungszeitraum zu treffen. Der fehlende soziale Empfangsraum erhöht das Rückfallrisiko, das eben immer nur auf einem Kontinuum eingeschätzt werden kann. Ein wei-

teres Problem ist die Gewährung von Lockerungen bei erheblichen Bedenken seitens der behandelnden Klinik und entsprechenden Anforderungen, die seitens der StVK gestellt werden.

Für die forensischen Ambulanzen besteht dringender Handlungsbedarf. Eine ausreichende personelle Ausstattung muss gewährleistet sein. Die forensischen Ambulanzen müssen rechtzeitig einbezogen werden, wenn eine Entlassung im Rahmen der Verhältnismäßigkeit geplant ist. Der Nachsorgeauftrag muss so konkretisiert werden, dass er erfüllbar wird. Im Grunde müsste darüber hinaus der Mehraufwand bei komplexen Nachsorgeverläufen besser vergütet werden.

Unterbringung gemäß § 64 StGB

Die oben dargestellte Gesetzesänderung bezieht sich im Wesentlichen auf Regelungen zum § 63 StGB, allerdings ist es auch zu kleinen Änderungen im Bereich der Unterbringung gemäß § 64 StGB gekommen, die dazu geführt haben, dass die Unterbringungszahlen hier teilweise erheblich angestiegen sind und viele letztlich nicht therapiewillige Patienten eingewiesen werden. Dringend erforderlich wäre eine grundsätzliche Überholung des § 64 StGB. Deren Ziel sollte sein, die Behandlungsprognose vorab besser zu stellen. Eine aktuelle Untersuchung hat ergeben, dass es insbesondere unter den Abbrechern sehr hohe Rückfallquoten gibt [9], und zwar insbesondere bei frühem Beginn der dissozialen Entwicklung und Komplikationen im Behandlungsverlauf.

Die Reformvorschläge zur Änderung des § 64 StGB beinhalten insofern eine bessere Identifikation therapiemotivierter Patienten, durch eine Verbesserung der Stellung einer Behandlungsprognose, zum Beispiel in Form einer probatorischen Behandlungsphase. Auch die Problematik Erfolg oder Abbruch müsste besser gelöst werden. Ein weiterer Vorschlag wäre eine Suchttherapie als Zusatzprogramm im Regelvollzug einzuführen, zum Beispiel modulgesteuert immer nur für sechs Monate in entsprechenden Einrichtungen. Eine spannende Diskussion zu diesem Thema mit Pro und Kontra findet sich in der Psychiatrischen Praxis 2017, [10] (Abb. 3).

Tab. 1: Anzahl der Entlassungen im Rahmen der Verhältnismäßigkeit LVR-Kliniken 1.3.2013 bis 20.3.2018, n = 74

MVR-Kliniken	Rheinland
LVR-Klinik Bedburg-Hau	14
LVR-Klinik Bonn	1
LVR-Klinik Düren	4
LVR-Klinik Düsseldorf	0
LVR-Klinik Köln	32
LVR-Klinik Langenfeld	7
LVR-Klinik Viersen	16
Summe	74

Quelle: LVR 2018

Tab. 2: Anzahl der Entlassungen im Rahmen der Verhältnismäßigkeit NRW 1.3.2013 bis 20.3.2018, n = 150

Gerichte	Westfalen	Rheinland
OLG Hamm	21	
OLG Düsseldorf		13
OLG Köln		7
LG Aachen		0
LG Köln		30
LG Düsseldorf		7
LG Kleve		2
LG Mönchengladbach		14
LG Paderborn	41	
LG Arnsberg	4	
LG Bochum	3	
LG Dortmund	1	
LG Münster	6	
LG Bonn		1
Summe	76	74

Quelle: LVR, LWL 2018

Standards für die Behandlung

In den 2017 vorgelegten Standards für die Behandlung gemäß §§ 63 und 64 StGB gibt es Kapitel zu rechtlichen Rahmenbedingungen, ethischen Grundlagen, strukturellen Rahmenbedingungen, Dokumentation, Behandlung, forensischer Nachsorge, Risikobeurteilung

Reden ist manchmal doch Gold ...



Jana Jünger
Ärztliche Kommunikation
 Praxisplan zum Masterplan
 Medizinstudium 2020
 Schattauer Verlag
 Stuttgart, 2018
 ISBN 978-3-608-43252-7
 42,00 €

Das vorliegende Buch ist – auch von seinem Umfang her – eher ungewöhnlich, nämlich knapp 700 Seiten stark und soll alles Wissen zusammentragen, das es zur ärztlichen Kommunikation am Krankenbett zu wissen gibt und wichtig ist. Wie sage ich es meinen Kollegen oder Patienten? – Ein Lehrbuch zum Thema „Arzt-Patient-Kommunikation“ in der ärztlichen Approbationsordnung im Masterplan Medizinstudium 2020, das nicht ungelesen bleiben sollte.

Erstaunlich, dass es Studenten oder Mitarbeiter im therapeutischen Bereich gibt, die nicht über ein Grundwissen in Sachen Kommunikation verfügen. Aber: Hier steht alles drin und manches ist leichter, als man vielleicht meint.

Selten findet man Lehrbücher, die didaktisch so geschickt gestaltet sind, wie das vorliegende. Vielleicht sind die Fallbeschreibungen etwas zu schematisch gestaltet und zu umfangreich (beziehungsweise nicht kurz genug) ausgefallen, aber die Lektüre lohnt sich trotzdem. Glücklicherweise ist allerdings derjenige, der die richtige Gesprächsform schon „im Blut“ hat, denn durch logisches Denken und mit vorhandenen Grundkenntnissen wird man in der Praxis nicht fehlgehen. Es kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, dass die Fragen „Welche Beschwerden haben Sie?“, „Wie lange dauern diese schon an?“, „Seit wann werden sie behandelt und von wem?“, „In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt?“, „Wo ist der Abschlussbrief hierzu?“ und „Wie ist es in der Familie mit ähnlich gelagerten Krankheitsbildern?“ oft nicht gestellt werden.

In diesem quasi Jahrhundertwerk sind selbstverständlich auch Fakten, Vorschriften, Warnungen et cetera aufgelistet, so dass man es schon deswegen nur begrüßen kann.

Prof. Dr. med. F. Reimer, Weinsberg

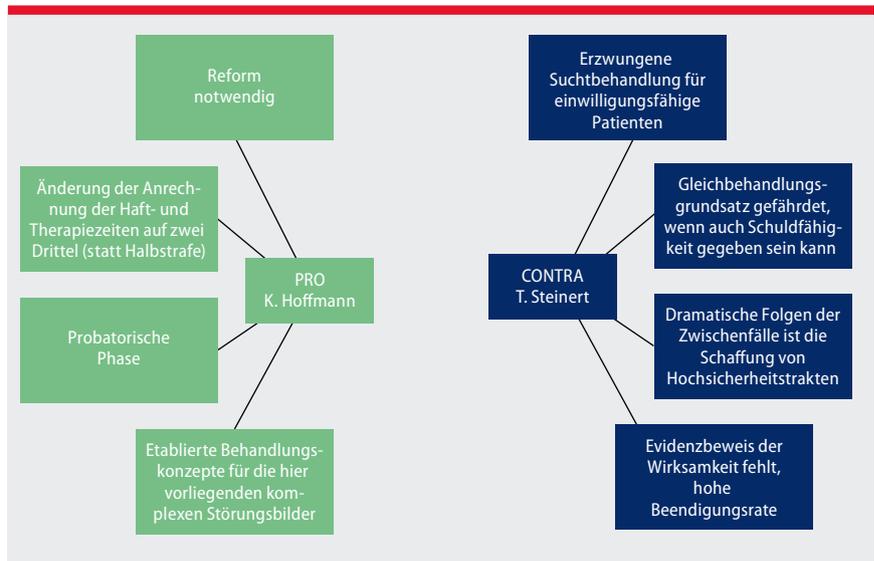


Abb. 3: Abschaffung des § 64 StGB (Quelle: Psychiatrische Praxis 2017)

und Lockerungen, forensisch relevanten Störungsbildern und besonderen Patientengruppen. Die Arbeit an diesen Standards war nicht immer leicht. Psychiater, Juristen, Ethiker, Psychologen und auch Pflege führten ein zähes multiprofessionelles Ringen um die Einzelheiten im Text. Insofern wurde zu Recht angemerkt, dass es zu wenig Spezifisches zur Behandlung und zur forensischen Nachsorge gibt, dass die Angehörigen nicht genug berücksichtigt wurden, und dass die Zielgruppe für die Vorlage dieses Papiers nicht genau identifizierbar ist.

Für die Praxis ergeben sich aber vielleicht doch einige Umsetzungsmöglichkeiten. Das Papier ist zum Beispiel handhabbar als Einsteigerbox. Es finden sich hier Vorgaben zu Personalzahlen, orientiert an der Psychiatrie-Personalverordnung Forensik, die zum Beispiel fast nirgendwo realisiert sind. Des Weiteren gibt es Empfehlungen zur Struktur, Ausstattung, zu Räumlichkeiten und zur Unrechtmäßigkeit des Nacheinschlusses. Dies müsste an vielen Stellen zum Nachdenken und Umplanen führen.

Fazit für die Praxis

Die neuen Gesetze, Entscheidungen und Standards der letzten Jahre bringen vielfältige Veränderungen und Folgen für die Praxis des Maßregelvollzugs mit sich. Dabei entstehen neue Herausforderungen für den Diskurs der forensischen

Psychiatrie mit der Justiz. Besondere Fragestellungen gibt es zu den Themenkomplexen unterschiedlicher Handhabungen der Umsetzung der Gesetzeslage zur Zwangsbehandlung in den Bundesländern, zu der neuen Fülle von zu erstellenden prognostischen Gutachten im Maßregelvollzug mit der Gefahr der Verlängerung des Behandlungsprozesses. Nachgedacht werden sollte über die zu hohen Anforderungen an die Therapiepläne und nicht zuletzt an die zwingende Notwendigkeit einer Reform des § 64 StGB.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTORIN

Dr. med. Jutta Muysers

LVR Klinik Langenfeld
 Kölner Str. 82
 40764 Langenfeld

E-Mail: jutta.muysers@lvr.de



Literatur

1. www.bundesverfassungsgericht/entscheidungen/rs2011032323.3.2011-2BvR 882/09
2. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil1 Nr. 34, ausgegeben in Bonn am 14.7.2016
3. Müller JL et al. Konsensus Papiere. Der Nervenarzt 2017;88. Supplement Nr. 1,1-29
4. Koller M: Zwangsbehandlung, eine Zwischenbilanz. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, Ausgabe 4/2014, S.279-87
5. Kruse K et al. Schizophrene Patienten der forensischen Psychiatrie im Vergleich zu schizophrenen Patienten der Allgemeinpsychiatrie. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, Ausgabe 2/2013
6. Urteil OLG Hamm, R&P, 2017,35:45-9
7. Handreichung, Stand 20.12.2014
8. Böttcher A et al Mindestanforderungen an Prognosegutachten, NTZ 2006;10,537-44
9. Querengässer J et al. Therapieabbruch als Prädiktor erneuter Straftaten. Der Nervenarzt 2018;1
10. Steinert T et al. Debatte Pro und Kontra: der §64 STGB muss abgeschafft werden. Psychiatrische Praxis 2017;4,4,190-3

Längere Unterbringungszeiten trotz ähnlicher kriminogener Bedürfnisse

Intelligenzgeminderte Rechtsbrecher im Maßregelvollzug

Verglichen mit der Prävalenz in der Gesamtbevölkerung liegt der Anteil von Menschen mit einer Intelligenzminderung in forensischen Kliniken um ein Vielfaches höher. Durch intramurale Spezialisierung eröffneten sich viele Behandlungsmöglichkeiten. Es bestehen jedoch Versorgungslücken im Hinblick auf ambulante Hilfen, welche die Unterbringung in einer forensischen Klinik von vornherein verhindern könnten und angemessene Entlassungssettings, um die Dauer der Unterbringung zu verringern.

BEATE EUSTERSCHULTE, SUSANNE PILZ, MARTIN NEUMANN

Im Vergleich zur Auftretenswahrscheinlichkeit in der Gesamtbevölkerung (Prävalenz der Intelligenzminderung laut WHO 1-3%) liegt der Anteil von Menschen mit einer Intelligenzminderung in forensischen Kliniken, aber auch im Strafvollzug, um ein Vielfaches höher [1, 2, 3]. Allerdings variieren die in der Literatur referierten Prävalenzen je nach untersuchter Population (Gefängnis, forensisches Krankenhaus, Polizeistation oder ambulantes Setting), gewählten Diagnosekriterien intellektueller Behinderung (beispielsweise inklusive Grenzbegabung mit $IQ < 85$; nur Intelligenzminderung im engeren Sinne mit $IQ < 70$) und verwendeter diagnostischer Methode zwischen 0,5% und 45% [4]. Ein Anteil um 10% dürfte für forensische Kliniken in Deutschland eine relativ gute Schätzung darstellen.

Die naheliegende Schlussfolgerung, dass Menschen mit Intelligenzminderung aufgrund ihrer Behinderung häufiger Straftaten begehen, greift wahrscheinlich zu kurz: Neben einem unstrittig erhöhten Risiko für aggressives Verhalten [3] werden auch eine höhere Aufklärungsrate (weniger erfolgreiche Strategien, die Straftat zu verdecken oder zu verschweigen) und eine stärkere „Vulnerabilität gegenüber dem Justizsystem“ diskutiert. Dazu zählen ein geringeres Wissen über eigene Rechte, die Suggestibilität bei Vernehmungen und eine schlechtere Vertretung vor Gericht [1].

Eine weitere Ursache liegt in der hohen Komorbidität mit einer Gesamtprävalenz bis zu 41% [5]. In der Gruppe der forensisch-psychiatrischen Patienten mit Intelligenzminderung liegt die Komorbiditätsrate deutlich höher. Hobson und Rose [6] fanden in einer Metaanalyse je nach Methodik und Stichprobe unterschiedliche Prävalenzraten für psychische Störungen von bis zu 75%. Die am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen waren Schizophrenien und psychotische Störungen mit bis zu 44%.

In einer eigenen Analyse 80 intelligenzgeminderter Straftäter, die in den Jahren von 2000 bis 2010 in Hessen nach § 63 StGB untergebracht worden waren (leichte Intelligenzminderung 84%, mittelgradige Intelligenzminderung 16%) wurden gemäß ICD-10 in 89% aller Fälle komorbide psychische Störungen diagnostiziert. Die häufigsten Störungen waren Substanzstörungen (46%), Persönlichkeitsstörungen (36%), Schizophrenien (28%) und paraphile Störungen (6%).

Tiergestützte Therapie ist eine Methode der Wahl bei eingeschränkten verbalen Fertigkeiten und legt den Schwerpunkt auf Handeln.

© Rolf K. Wegsta



Diagnostik

Der sorgfältigen psychiatrischen, psychologischen, somatischen, Verhaltens- und systemischen Diagnostik kommt bei Intelligenzgeminderten Straftätern ganz besondere Bedeutung zu, da die Intelligenzminderung selbst häufig nur einen Teil des deliktauslösenden oder deliktbegünstigenden Bedingungsgefüges darstellt und die häufig vorliegenden komorbiden psychischen Störungen, Verhaltensprobleme, somatischen Erkrankungen sowie Besonderheiten im umgebenden System die Situation unübersichtlich werden lassen.

Für die diagnostische Abklärung und Einordnung der Intelligenzminderung kommen die in Behindertenhilfe und Allgemeinpsychiatrie genutzten Instrumente auch in der Forensik zum Einsatz [7]. Trotz aller methodischen Probleme wird man dabei, insbesondere im Zusammenhang mit der Begutachtung, nicht umhinkommen, den Intelligenzquotienten mithilfe eines standardisierten Verfahrens zu erfassen (etwa mit dem WAIS-IV oder CFT-20-R). Bei sorgfältiger Interpretation sind diese Verfahren auch zur Erfassung des intellektuellen Fähigkeitsniveaus im unteren Bereich der Verteilung geeignet. Bei stärker eingeschränkten Probanden besteht ergänzend die Möglichkeit, beispielsweise das Heidelberger Kompetenz Inventar (HKI) einzusetzen, ein Fragebogen zur Fremdeinschätzung von Kompetenzen des Probanden.

In Hinblick auf das mögliche Vorliegen komorbider Störungen ist das Augenmerk insbesondere auf die diagnostische Klärung von antisozialen Persönlichkeitsanteilen (Einträge im Bundeszentralregister, antisoziale/dissoziale Persönlichkeitsstörung, Störung des Sozialverhaltens, PCL-SV-Score, Voraufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie), Substanzstörungen, Paraphilien sowie schizophrene Störungen zu legen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass psychische Störungen bei Intelligenzgeminderten in ihrer psychopathologischen Ausformung nicht unbedingt den klassischen ICD-10- oder DSM-IV-Kriterien folgen, sondern eine eigene Ausprägung haben und Intelligenzgeminderte Patienten oftmals auch nur begrenzt in der Lage sind, diese

Symptome konkret zu beschreiben. Daraus folgt insgesamt eine Tendenz zur Unterdiagnose mit dem Risiko, dass unter Umständen die entscheidenden Delinquenzfaktoren nicht identifiziert werden.

Insbesondere die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen hat in Hinblick auf die präzise Einordnung von Verhaltensauffälligkeiten, die Ableitung von Behandlungsstrategien sowie das Rückfallrisiko grundlegende Bedeutung. Allerdings gibt es nur wenige systematische Untersuchungen über das Auftreten von Persönlichkeitsstörungen bei Intelligenzgeminderten.

In einer Literaturobwohlwertung kommen Alexander und Cooray [8] zu dem Schluss, dass die Variationsbreite der publizierten Prävalenzen zwischen 1 % und 92 % kaum durch reale Unterschiede in den Stichproben erklärbar ist. Verzögerte Persönlichkeitsentwicklung (valide Diagnosestellung erst ab dem 21. Lebensjahr), Unterschiede in den Klassifikationssystemen, Unschärfen zwischen behinderungsassoziiertem Verhalten und Merkmalen von Persönlichkeitsstörungen, die spezifischen Manifestationen psychischer Störungen bei dieser Klientel und Unzulänglichkeiten der Erfassungsmethoden sollten stärker berücksichtigt werden.

Persönlichkeitsstörungen vor allem bei leichter Intelligenzminderung

Dennoch gibt es keinen Zweifel daran, dass insbesondere Menschen mit leichter Intelligenzminderung Persönlichkeitsstörungen entwickeln können [9]. Hinsichtlich Prävalenz und Stellenwert im forensischen Kontext fanden Lindsay et al. [10] über drei Behandlungssettings hinweg (gemeindenah, mittleres Sicherungsniveau, hochgesichert) Persönlichkeitsstörungen bei knapp 40 % der Patienten, wobei mit 22 % am häufigsten die Diagnose einer antisozialen Persönlichkeit gestellt wurde.

In einer zweiten Studie untersuchten die Autoren den für andere Patientengruppen gut belegten Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörung und dem Rückfallrisiko. Sie konstatierten eine Korrelation insbesondere mit der Vorhersage allgemein gewalttätigen Verhaltens.

Lebenserwartung deutlich erniedrigt

Besondere Bedeutung kommt der Erfassung von somatischen Erkrankungen zu. Der körperliche Gesundheitszustand Intelligenzgeminderter ist ganz allgemein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung schlechter [11], die Lebenserwartung ist niedriger und es finden sich gehäuft anlagebedingte neurologische und interneristische Erkrankungen, die im Hinblick auf Therapieplanung und medikamentöse Behandlung zu berücksichtigen sind.

Aufgrund eingeschränkter Fertigkeiten im kognitiven, sozialen und Alltagsbereich ist eine systemische Analyse des Umfelds zum Deliktzeitpunkt von nicht unerheblicher Bedeutung. Nicht selten kommt es durch nicht ausreichende Berücksichtigung dieser Einschränkungen zu Überforderungen, die deliktisches Handeln begünstigen können. Fremdanamnese, Aktenstudium sowie Verhaltensbeobachtung im stationären Rahmen liefern diesbezüglich die entscheidenden Hinweise.

Risikobeurteilung

Hinsichtlich der strukturierten Risikoerfassung erneuter (Gewalt-)Delinquenz konnte für eine Reihe von Standardinstrumenten der forensischen Psychiatrie (z. B. HCR-20, VRAG, PCL:SV) die Vorhersagegültigkeit auch für Intelligenzgeminderte Straftäter gezeigt werden [12].

Einige Autoren stellen abgewandelte Bewertungskriterien für die einzelnen Risikofaktoren zur besseren Anpassung an diese spezifische Patientengruppe zur Diskussion (z. B. [13] für PCL-R und PCL:SV; [14, 15] für HCR-20 und SVR-20; [16] für SVR-20), die in der Überprüfung die Vorhersagequalität der Verfahren jedoch bisher nicht substanziell verbesserten.

Einen spezifischen erweiterten Ansatz verfolgen Boer und Kollegen [17] mit dem Armidilo („Assessment of Risk and Manageability for Individuals with Developmental, Intellectual, or Learning Limitations who Offend“). Dieses Instrument liegt in einer Version für Sexualstraftäter vor (<http://armidilo.net/>), befindet sich aber noch im Aufbau. In einer vergleichenden Studie [18] mit mehreren Prognoseverfahren konnte das In-

strument bei intelligenzgeminderten Sexualstraftätern das Risiko eines einschlägigen Rückfalls am zuverlässigsten vorhersagen.

Therapie

Die Therapie von Rechtsbrechern mit Intelligenzminderung orientiert sich grundsätzlich an den etablierten forensischen Rehabilitationsmodellen, dem „Risk-Need-Responsivity-Prinzip“ (RNR-Prinzip), dem „Good-Lives-Model“ (GLM) und dem Rückfallvermeidungsmodell [19, 20].

Kriminogene Bedürfnisse

Patienten mit Intelligenzminderung unterscheiden sich in ihren kriminogenen Bedürfnissen kaum von anderen Patientengruppen: reduzierte Introspektion, emotionale Defizite und fehlende Perspektivenübernahme, mangelnde soziale Kompetenzen, dysfunktionales Umfeld von ungenügender sozialer Unterstützung bis zu ausgeprägt dissozialem Lebensstil, fehlende Fähigkeit, zu planen oder Verhaltenskonsequenzen zu antizipieren, reduzierte Impulskontrolle, niedrige Frustrationstoleranz, unreife Sexualität, dissoziale Persönlichkeitszüge bis hin zur manifesten Störung mit Psychopathie, mangelnde Integration sozialer Normen und Werte, unrealistische, kritikgeminderte Sicht der eigenen Person und ihrer Möglichkeiten, geringer Selbstwert. Diese Merkmale führen in Kombination mit zum Teil als dranghaft erlebten (reduzierter Bedürfnisaufschub), nichtsdestotrotz häufig frustrierten Wünschen nach sexueller Betätigung, sozialer Durchsetzung oder materiellem Besitz zu delinquenten Verhaltensweisen.

Ziele der Therapie sind damit: Erwerb von Sozial- und Handlungskompetenzen, Förderung von Emotionswahrnehmung und -ausdruck, Übernahme sozialer Normen und Werte, Vermittlung von Problemlösefertigkeiten, Förderung von Selbstwert und Autonomie mit Verantwortungsübernahme für eigenes Handeln, Verbesserung der Impuls- und Ärgerkontrolle, Entwicklung einer realistischen Selbstsicht und Lebensperspektive unter Anerkenntnis der eigenen Gefährlichkeit, Aufbau einer sinnvollen Freizeitgestaltung und Ablösung bezie-

Tab. 1: Behandlungsziele und adressierte Faktoren

Behandlungsziele	Adressierte Faktoren
(a) Reduktion der Impulsivität, insbesondere Aggressivität (raptusartige, von hoher Kraft und Ausdauer sowie Schmerzunempfindlichkeit geprägte Aggressionen)	A
(b) Reduktion sexuell unangemessenen und sexuell übergriffigen Verhaltens (chronisches und hemmungsloses Realisieren sexueller Bedürfnisse)	A
(c) Verbesserte Wahrnehmung im Umgang mit Anspannung, Ärger, Ängsten und Stress zur Erhöhung der Belastbarkeit und Zufriedenheit	A
(d) Verbalisieren anstatt Ausleben von Gefühlen	A
(e) Verbesserung der Reizverarbeitung	A
(f) Reduktion des hohen Angstniveaus	A
(g) Aufrechterhaltung vorhandener Fähigkeiten und Fertigkeiten	B
(h) Erweitern der Fähigkeiten und Fertigkeiten, insbesondere spezieller Fähigkeiten (zur Bewältigung von Alltagsanforderungen im Rahmen einer Unterbringung in einer betreuten Einrichtung)	A, B
(i) Erreichen einer Akzeptanz sowohl seitens der Eltern wie des Probanden im Hinblick auf die Entlassungsperspektive in eine betreute Einrichtung	C

hungsweise Abgrenzung von der Familie, um letztlich ein deliktfreies Leben innerhalb einer beschützenden Einrichtung führen zu können.

Insbesondere aufgrund der häufig komplexen Problemlagen und der eingeschränkten kognitiven und sozialen Fertigkeiten sollte die Behandlung auf spezialisierten Stationen mit spezifischen Behandlungsprogrammen erfolgen, um die kriminogenen Bedürfnisse adäquat adressieren zu können. Eine Erhebung von Kestel [21] ergab allerdings, dass nur ein Teil der Maßregelvollzugskliniken entsprechende Abteilungen vorhält.

Behandlungsplanung

Bei intelligenzgeminderten Patienten ist eine systematische Diagnostik und hoch strukturierte Behandlungsplanung unverzichtbar. Generell bestehen unterschiedliche Behandlungsansätze und -strategien, etwa bei Sexualstraftätern, Patienten mit insgesamt ausgeprägter dissozialer Verhaltensbereitschaft oder mit Impulskontrollstörungen, die sich auch in der Ausgestaltung der Behandlungsziele unterscheiden. So ist in der Subgruppe der Sexualstraftäter beispielsweise grundsätzlich eine modular aufgebaute Therapie indiziert, bestehend aus Psychoedukation mit dem Schwerpunkt Sexualpädagogik, einem Training

sozialer Kompetenzen und einer dem Rückfallvermeidungsmodell folgenden intensiven Gruppentherapie, in der die Aufarbeitung der persönlichen Lebensgeschichte und ausführliche Deliktbearbeitung in einen individuellen Rückfallpräventionsplan münden. Je nach Kompetenzen, Ressourcen und Delinquenzfaktoren wird jedoch nicht jeder Patient alle Angebote durchlaufen müssen. Auf der anderen Seite können zusätzliche Aspekte von besonderer Bedeutung sein, wie der Aufbau einer angemessenen Freizeitgestaltung oder konkretes, geduldiges und konsequentes Einüben einer stabil angemessenen Nähe-Distanz-Regulation. Auch sind im Einzelfall Fragen im Hinblick auf eine triebdämpfende, möglicherweise antiandrogene Medikation zu klären.

Bei den kognitiv schwerer eingeschränkten Patienten liegen zumeist Impulskontrollstörungen vor. Deren Delinquenz umfasst hauptsächlich Körperverletzungs- und Brandstiftungsdelikte. In der Behandlungsplanung geht es daher vornehmlich um den Aufbau von Coping-Strategien im Falle von Krisen, Konfliktmanagement und die Erarbeitung einfacher zu handhabender Deeskalationsstrategien („Wenn ich mich ärgere, dann höre ich erst mal drei Lieder“). Am Beispiel eines Patienten mit den Di-

agnosen organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 07.0) und mittelgradige Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung erfordert (ICD-10: F 71.1), soll die spezielle Behandlungsplanung skizziert werden. Die fallspezifischen Delinquenzfaktoren sind:

A. Organische Persönlichkeitsstörung, das heißt eine mit einer Hirnschädigung einhergehende affektive Veränderung in Form von Reizbarkeit, Impulsivität, sexueller Enthemmung, Wut und Aggressivität, unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung und sozialer Inadäquatheit

B. Mittelgradige Intelligenzminderung (mit IQ-Werten zwischen 35 und 49 Punkten) sowie der kriminogene Faktor

C. „Familiäre Dynamik“ (Überversorgung, Verschweigen intrafamilialer Konflikte und schambesetzter Inhalte)

Daraus ergeben sich die in **Tab. 1** dargestellten Behandlungsziele.

Generelle Behandlungsmethoden

Nachdem diese Patientengruppe in der fachlichen Diskussion lange wenig präsent war, hat seit einem guten Jahrzehnt die Anzahl der Publikationen über intelligenzgeminderte Straftäter und adäquate Ansätze zu ihrer Behandlung deutlich zugenommen [22]. Entsprechend der Parallelität der Delinquenzfaktoren sind in der Behandlung intelligenzgeminderter Straftäter dabei letztlich vergleichbare, auf kognitiv-behavioralen Grundlagen beruhende Methoden und Inhalte zielführend, deren Wirksamkeit auch generell im forensischen Setting belegt ist. Diese bedürfen jedoch einer sorgfältigen Adjustierung im Hinblick auf die kognitiven Möglichkeiten der Patienten, ihr langsames Lerntempo und die reduzierte Introspektionsfähigkeit [22, 23]:

- klare, repetitive Strukturen,
- kurz gefasste, konkrete, kleinschrittige Therapieziele,
- gezielter Einsatz von Verstärkerplänen,
- explizite Token-Economies, die insbesondere bei mittelgradig intelligenzgeminderten Patienten hoch motivierend wirken können,
- Reduktion der Sitzungsdauer bei längerfristig angelegten Interventionen,

- viele Übungen (Rollenspiele) und Wiederholungen,
- Bezug der Inhalte auf die Lebenswirklichkeit der Patienten,
- gemeinsames Erarbeiten und Nutzen von konkreten Symbolen für abstrakte Inhalte,
- geringere Bedeutung von schriftlichen (Haus-)Aufgaben,
- bildliche Darstellung von Sachverhalten in Patientenmaterialien,
- in Gruppen aktive(re) Rolle des Leiters,
- gezielte Erläuterungen und Vorgaben im therapeutischen Prozess,
- „Erwachsenenbildung“ (Sexualität, Hygiene, Gesundheit, Was ist normal?),
- in der Kommunikation die Möglichkeiten des Gegenübers berücksichtigen (einfachen Wortschatz benutzen), immer wieder rückversichern, zusammenfassen lassen, Rückmeldung einholen (Wortbedeutungen erfragen),
- Beachtung von Sinnes- und Motorikeinschränkungen.

Stationen für intelligenzgeminderte Straftäter zeichnen sich aufgrund der speziellen Patientencharakteristika durch ein hohes Ausmaß sozialer Interaktion aus. Dies lässt sich therapeutisch gut nutzen.

Da Lernen als abstrakter Wissenserwerb für diese Menschen besonders schwer in konkretes Verhalten umsetzbar ist, kann Lernen hier durch gemeinsames Tun und Handeln im Alltag, in konkreten Situationen, in einem förderlichen Umfeld und auf einer emotionalen Beziehungsebene stattfinden und so direkt Eingang in das Verhaltensrepertoire finden. Die Arbeit der Mitarbeiter des Pflegedienstes am Patienten ist das Instrument, mit dem die erarbeiteten Konzepte transportiert und angewendet werden. Sie fungieren dabei als kompetente Modelle sozialer Interaktion und Problemlösung, vermitteln durch ihr Verhalten adäquate soziale Wertorientierung und fördern die Einhaltung sozialer Normen und Regeln. Die Diskrepanz zwischen Modellverhalten und den Möglichkeiten des Lernenden darf jedoch nicht zu groß sein. Wenn Problemverhalten im (gemeinsamen) Handeln auftritt, können unter Einbeziehung der Mitpatienten direkt und lebensnah interveniert, Problemlösungen angeboten,

mögliche Lösungen modellhaft vorgespielt oder ein Rollentausch durchgeführt werden. Auf der Station muss daher die Möglichkeit gegeben sein, viele möglichst reale Situationen zu erleben. Lernfelder werden dafür im Stationsmilieu entsprechend konzipiert und Situationen durch die Behandler gegebenenfalls aktiv variiert.

Durch konsequente Weiterbildung in verhaltenstherapeutischen Methoden und systematisches Training der Deeskalationsfertigkeiten sollten die Teams in die Lage versetzt werden, sich mit der angemessenen therapeutischen Grundhaltung auf die skizzierten behandlerischen Notwendigkeiten einzustellen und das Stationsmilieu entsprechend zu gestalten. Dazu gehört, die funktionalen und die erwachsenen Persönlichkeitsanteile der Patienten zu stärken und ihre Kompetenzen und Selbstregulierungskräfte anzuregen.

Spezielle Behandlungsmethoden

Gruppenangebote

Der Schwerpunkt in der Behandlung liegt neben einer sehr individuellen Zielsetzung auf der Nutzung der Gemeinschaft als regulierendes und korrigierendes Übungsfeld. Deshalb kommt Gruppenangeboten im Vergleich zu Einzelaktivitäten eine große Bedeutung zu:

- kognitives Training zum Erhalt bestehender Funktionen,
- Ärgermanagement und Impulskontrolle,
- dialektisch-behaviorale Therapie als psychoedukative Gruppe mit dem Schwerpunkt der Regulation von Emotionen,
- Entspannungstraining,
- Problemlösen,
- Gruppentraining sozialer Kompetenzen,
- delikt spezifische Angebote (Rückfallvermeidungsgruppe für Sexualstraftäter, Gruppenprogramm für Brandstifter),
- Edukation in lebenspraktischen Bereichen (Sexualität und Hygiene, Selbstversorgung, Freizeitgestaltung),
- Gruppen zum Zusammenleben auf der Station (Problemlösemodell),
- Morgenrunde (Reflektion und Benennung eigenen Befindens).

In der Literatur sind dabei vor allem für die Bereiche Brandstiftungen, Sexualdelikte und Körperverletzungen spezifische Behandlungsansätze beschrieben worden [22], beispielsweise Gruppentherapie bei Brandstiftern [24], Ärger-Regulations-Training [25] und kognitiv-behaviorale Sexualstraftäterbehandlung [4, 26].

Psychotherapeutische Verfahren

Die „klassische“ psychotherapeutische 1:1-Situation fokussiert die Behandlungsmotivation (Übernahme von Verantwortung für das Delikt, Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung und Behinderung, Festlegung von Veränderungszielen). Problemverhalten wird gemeinsam analysiert und erwünschtes Alternativverhalten entwickelt. Daran schließt sich eine Phase der Erprobung an, in der die Patienten im Alltag in wichtigen Zielverhaltensweisen angeleitet und begleitet werden. Dies erfolgt unter der erwähnten Anpassung an die kognitiven und affektiven Einschränkungen, eine Voraussetzung, die auch für jede weitere (störungsspezifische) psychotherapeutische Intervention bei dieser Klientel gilt.

Einbeziehung von Angehörigen

Bei den, unabhängig von der häufig sehr problematischen Vorgeschichte, meist stark an die Familie gebundenen minderbegabten Patienten können Angehörige ohne Compliance den Therapieprozess empfindlich stören oder gänzlich hemmen. Mehr noch als bei anderen Patientengruppen muss daher, wo immer möglich, der „Schulterschluss“ gesucht, zumindest aber stabil und geduldig ein Kontaktangebot gemacht werden.

Time-Out-Maßnahmen

Die Androhung oder Ausübung von Gewalt oder deliktischem oder abahnendem Verhalten (etwa bei Sexualstraftätern) wird unmittelbar mit Herausnahme aus der Gemeinschaft beantwortet. Dabei wird der Time-Out so kurz wie möglich gehalten. Erfahrungen aus den vergangenen Jahren haben gezeigt, dass die damit verbundene Reizabschirmung bei intelligenzgeminderten Patienten, anders als bei schizophrenen Patienten, häufig zu einer Verschlechterung des ko-

Tab. 2: Therapiezielskalierung am Beispiel des Behandlungszieles (a)

Beschreibung der Abstufungen		Ziel 1: Hat angedrohte, versuchte oder tatsächliche Gewalt-handlungen gegenüber anderen unterlassen
Besser als erwartet	+2	läuft motzend durch die Gegend, kann bei Ansprache Emotionskärtchen benutzen, hat diese nämlich bei sich, kann Kontakt halten, Gefühl formulieren, motzt eventuell weiter, aber bewegt sich im Rahmen von „auch ein Patient muss die Möglichkeit haben, seinen Unmut deutlich zu machen“
Zufriedenstellend/Gut	+1	läuft motzend durch die Gegend, kann bei Ansprache Emotionskärtchen nicht benutzen, hat sie mal wieder nicht bei sich oder kaputt gemacht, kann Kontakt halten, Gefühl formulieren, motzt eventuell weiter, würde den Kontakt bei dieser Gelegenheit gerne ausbauen, bekommt die Kurve, bewegt sich insgesamt im Rahmen von „auch ein Patient muss die Möglichkeit haben, seinen Unmut deutlich zu machen“
So la la .../realistisch	0	schreit und brüllt in seinem Zimmer, tobt in seinem Zimmer, zeigt den Mittelfinger, zeigt den Vogel
Hat sich leider verschlechtert	-1	Androhen von körperlichen Aggressionen in symbolischer oder verbaler Form, Schreien
Massive Verschlechterung	-2	körperliche Aggression in Form von Treten, Boxen, Schlagen, Beißen, Spucken, Stoßen, mit dem Essen oder mit Gegenständen werfen oder solche Versuche, unabhängig davon, aus welchen Gründen es nur beim Versuch blieb

gnitiven Funktionsniveaus führt. Ein zusätzlicher Lerneffekt wird nach spätestens 24 Stunden nicht mehr erzielt. Die Isolation ist für diese Patienten mit steigender Dauer häufig sehr belastend. Nach akuter Gefahrenabwehr fokussiert die Arbeit mit dem Patienten daher schnell auf Reflektion des vergangenen Ereignisses, erwünschtes Alternativverhalten und Wiedergutmachung des Schadens.

Psychopharmakologische Behandlungsverfahren

Die psychopharmakologische Behandlung intelligenzgeminderter Straftäter hat aufgrund der hohen Komorbidität einen bedeutenden Stellenwert. Evidenzbasierte Empfehlungen zur psychopharmakologischen Behandlung der verschiedenen psychiatrischen Störungen und Verhaltensprobleme liegen kaum vor. In einer Übersicht von Häfner et al. [27] zur Polypharmazie bei Intelligenzgeminderten wird auf das erhöhte Risiko von unerwünschten Arzneimittelwirkungen sowie das erhöhte Interaktionsrisiko bei häufig gleichzeitig verordneter internistischer und neurologischer Medikationen hingewiesen. Dementsprechend ist die erforderliche

ärztliche Überwachung der Behandlung sicherzustellen. Grundsätzlich erfolgt die Behandlung analog den Behandlungsstrategien nicht intelligenzgeminderter Patienten, aber mit niedrigerer und vorsichtigerer Eindosierung. Zu ähnlichen Empfehlungen kommen Eady et al. [28] in einem Übersichtsartikel, der sich mit der pharmakologischen Behandlung älterer Intelligenzgeminderter befasst.

Noch geringere Erkenntnisse liegen zur pharmakologischen Behandlung von sexuell problematischem Verhalten bei Intelligenzgeminderten vor. In einem Übersichtsartikel von Sajith et al. [29] werden Studien, in denen Cyproteronacetat, Medroxyprogesteron, LHRH-Agonisten, SSRI sowie Antipsychotika unter anderem bei Intelligenzgeminderten zur Anwendung kamen, analysiert. Empfehlungen ließen sich aufgrund der schlechten Studienqualität nicht ableiten, was aber einen möglichen Nutzen dieser Behandlungsmaßnahmen letztendlich nicht ausschließt. Im Falle des Einsatzes pharmakologischer Behandlungsmaßnahmen sollten diese immer nur als Bestandteil eines umfassenden Behandlungsprogramms eingesetzt werden.

Tab. 3: Therapiezielskalierung am Beispiel der Behandlungsziele (g) und (h) in Tabelle 1

Beschreibung der Abstufungen		Ziel 2: Hat ein gemeinschaftsfähiges Niveau an persönlicher Hygiene
Besser als erwartet	+2	denkt überwiegend selbst an Durchführung der Standardhygienemaßnahmen, toleriert gelegentliche Erinnerung
Zufriedenstellend/Gut	+1	an drei von sieben Tagen denkt er selbst an Durchführung der Standardhygienemaßnahmen, reagiert genervt, aber nicht aggressiv auf „Erinnerung“
So la la.../realistisch	0	muss an Durchführung der Standardhygienemaßnahmen erinnert werden, folgt dann den „Erinnerungen“, gelegentlich genervt, motzend, aber nicht aggressiv
Hat sich leider verschlechtert	-1	muss an Durchführung der Standardhygienemaßnahmen erinnert werden, folgt dann den „Erinnerungen“ nicht oder nur unter Inkaufnahme von Konflikt- und Gefährdungssituationen
Massive Verschlechterung	-2	reagiert auf Erinnerungen mit Aggressivität und Aggression in der unter dem Ziel 1 in Tabelle 2 beschriebenen Weise
Definitionen		Standardhygiene meint die übliche persönliche Hygiene am Morgen, nach sportlicher Betätigung und bei besonderem Bedarf (Einnässen, Einkoten)

Zielüberprüfung

Eine Quantifizierung des Erfolgs bei der halbjährlichen Überprüfung zur Erreichung der Therapieziele kann mithilfe einer Therapiezielskalierung erfolgen. Beispielhaft für den oben skizzierten Patienten mit organischer Persönlichkeitsstörung und mittelgradiger Intelligenzminderung wurde hinsichtlich des ersten Behandlungsziels (a) in **Tab. 2** zur Reduktion von aggressiven Zwischenfällen das Therapieziel „Hat angedrohte, versuchte oder tatsächliche Gewalt handlungen gegenüber anderen unterlassen“ in fünf qualitativen Abstufungen formuliert. Gemäß der Einstufung in eine der Kategorien lässt sich eine Verbesserung oder Verschlechterung durch die Behandlungsmaßnahmen in einem vergangenen, definierten Zeitraum erkennen.

Hinsichtlich der Therapieziele (g) und (h), in denen es um die Aufrechterhaltung oder den Erwerb von Alltagskompetenzen geht, ließ sich unter anderem die Durchführung eines Mindestmaßes an Körperhygiene als konkretes Therapieziel formulieren (siehe **Tab. 3**). Therapieziele sowie Zielerreichung müssen quantifizierbar sein. Da es häufig um die schrittweise Erreichung von Therapiezielen geht, empfiehlt sich die Etablierung von Therapiezielskalierungen.

Fazit für die Praxis

Die Behandlung intelligenzgeminderter Patienten in forensischen Kliniken hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten deutlich gewandelt. Mit der damit einhergehenden Spezialisierung einzelner Stationen scheinen sich viele Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Problematisch sind sich jedoch die langen Unterbringungszeiten von Patienten mit Intelligenzminderung im Maßregelvollzug. Karcher [30] zeigte anhand der Auswertung der forensischen Basisdokumentation Baden-Württemberg, dass knapp 40% der mittelschwer/schwer intelligenzgeminderten Patienten mehr als zehn Jahre im Maßregelvollzug verbringen. Unter den nicht intelligenzgeminderten Patienten waren dies lediglich 11%. Die Ursachen dieser Problematik sind vielschichtig. Wie oft bei derartigen Prozessen kann die institutionelle Wirklichkeit zunächst nicht Schritt halten mit den gesellschaftlich geforderten Leitbildern. Zu spüren ist dies in dem Fehlen ambulanter Hilfen, die die Unterbringung in einer forensischen Klinik von vornherein verhindern könnten und bei der Entlassungsarbeit in den forensischen Kliniken, da die vorgehaltene geringe Anzahl von freien Plätzen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe forensische Patienten nicht aufnehmen kann. Gründe für diese Versorgungslücke sind unter anderem eine deutlich negative Be-

wertung der Arbeit mit geistig behinderten Menschen durch niedergelassene Psychotherapeuten, hoher, nicht honorierter Zeitaufwand durch die notwendige Einbeziehung des Unterstützersystems, geringe Repräsentanz des Themas in den universitären Ausbildungen sowie die mangelnden Kommunikationsfähigkeiten der Klienten [31].

Seit Jahren befassen sich die Fachgesellschaften der Behindertenhilfe intensiver mit Anschlussperspektiven für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Maßregelvollzug, um auf der politischen und gesellschaftlichen Ebene Entwicklungen in Richtung einer angemessenen Versorgung voranzubringen [32].

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Verwendungsrecht

Dieser Beitrag erschien in leicht modifizierter Form in „Praxishandbuch Maßregelvollzug. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie“, 2017, 3. erweiterte und aktualisierte Auflage, herausgegeben von R. Müller-Isberner, P. Born, S. Eucker und B. Eusterschulte, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

AUTORIN

Dr. med. Beate Eusterschulte

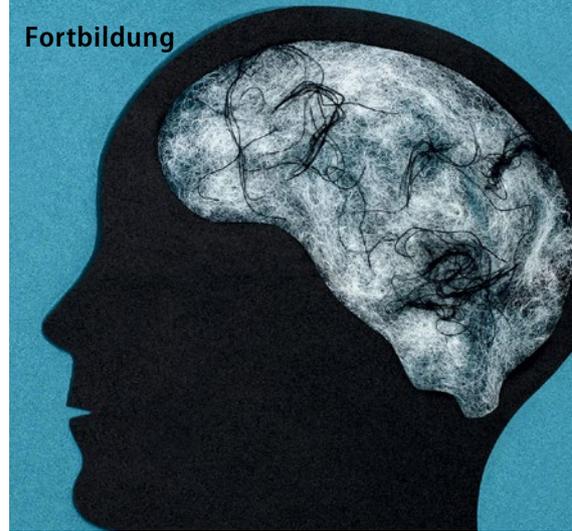
Vitos Klinik für forensische Psychiatrie Haina
Landgraf-Philipp-Platz 3, 35114 Haina

E-Mail: Beate.Eusterschulte@vitos-haina.de



Literatur

1. Casey P et al. Estimating the prevalence of learning disabled and mentally retarded juvenile offenders aus "Understanding troubled and troubling youth". Sage Publications 1990
2. Hall I. Young people with a learning disability in Secure Health and Social Services Care: A descriptive Study. MPhil Thesis. University of London, St George's Hospital Medical School 1999
3. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime: Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 1992;49,476-83
4. Lindsay WR. Integration of recent reviews on offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2002;15,11-199.
5. Cooper SA et al. Mental ill - Health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry* 2007;190,27-35
6. Hobson B et al. The mental health of people with intellectual disabilities who offend. *The open criminology journal* 2008;1,12-18
7. Schanze C (Hrsg.) *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*. Schattauer 2007
8. Alexander R et al. Diagnosis of personality disorders in learning disability. *British Journal of Psychiatry* 2003;182(suppl. 44)28-31
9. Voß T. Persönlichkeitsstörung und Intelligenzminderung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie* 2014;8,169-74
10. Lindsay WR et al. Two studies on the prevalence and validity of personality disorder in three forensic intellectual disability samples. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 2006;17,(3),485-506
11. Emerson E et al. Health inequalities and people with learning disabilities in the UK: 2012. <http://www.options-empowers.org/wp-content/uploads/2013/02/Improving-Health-and-Lives-health-inequalities-and-people-with-learning-disabilities-in-the-UK-annual-report.pdf>; zuletzt abgerufen am 11.10.2018.
12. Hounscome J et al. The structured assessment of violence risk in adults with intellectual disability: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2016;31,e1-e17
13. Morrissey C. Guidelines for assessing psychopathy in offenders with intellectual disabilities using the PCL: R and PCL:SV 2008. <http://mhinstitute.org.uk/-publications/-working-papers-41/item/28-guidelines-for-assessing-psychopathy-in-offenders-with-intellectual-disabilities-using-the-pclr-and-pclsv.html>. abgerufen zuletzt: 11.10.2018.
14. Boer DP et al. Suggested Adaptions to the HCR-20 for Offenders with Intellectual Disabilities. In: LA Craig WR Lindsay & KD Browne KD (Eds.) (2010) *Assessment and Treatment of Sexual Offenders with Intellectual Disabilities*, Wiley 2010;177-92
15. Boer DP et al. Suggested Adaptions to the SVR-20 for Offenders with Intellectual Disabilities. In: LA Craig et al. (Eds.) *Assessment and Treatment of Sexual Offenders with Intellectual Disabilities*. Wiley 2010;193-209
16. Boer DP et al. Manual for the Sexual Violence Risk - 20. Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence. Burnaby, BC, Canada, Simon Fraser University, Mental Health, Law, and Policy Institute. Deutsche Fassung von R Müller-Isberner, S Gonzalez-Cabeza & S Eucker (2000) *Die Vorhersage sexueller Gewalttaten mit dem SVR-20*. Haina, Institut für forensische Psychiatrie Haina e.V. (IFPH) 1997
17. Boer DP et al. (2007) Contextualizing Risk in the Assessment of Intellectually Disabled Individuals. *Sexual Offender Treatment*, 2007;Volume 2, Issue 2. <http://www.sexual-offender-treatment.org/59.html>. zuletzt abgerufen 11.03.2016
18. Blacker J et al. The assessment of dynamic risk and recidivism in a sample of special needs sexual offenders. *Psychology, Crime and Law* 2011;17,75-92
19. Müller JL et al. Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. Interdisziplinäre Task-Force der DG-PPN. *Nervenarzt* 2017
20. Müller-Isberner R et al. Psychiatrische Kriminaltherapie im Maßregelvollzug. *Neurotransmitter* 2016;27(1),24-30
21. Kestel O. Delinquentes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung und deren Situation im Maßregelvollzug aus interdisziplinärer Sicht- Explorative Untersuchung eines Praxisfeldes. *Universitätsverlag* 2010
22. Chaplin EH. Forensic aspects in people with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry* 2006;19,486-91
23. Müller-Isberner R et al. *Therapie im Maßregelvollzug*. Berlin, MWV 2009
24. Taylor JL et al. Responses of female fire-setters with mild and borderline intellectual disabilities to a group intervention. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006;19,179-90
25. Burns M et al. Anger management training: The effects of a structured programme on the self-reported anger experience of forensic inpatients with learning disability. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003;10,569-77
26. Keeling JA et al. The adaptation of a cognitive-behavioural treatment programme for special needs sexual offenders. *British Journal of Learning Disabilities* 2006;34,110-16
27. Häßler F et al. Polypharmacy in the treatment of subjects with intellectual disability. *Journal of Neural Transmission* 2014;122,(1)93-100
28. Eady N et al. Pharmacological management of behavioral and psychiatric symptoms in older adults with intellectual disability. *Drugs Aging* 2015;32,95-102
29. Sajith SG et al. Pharmacological management of inappropriate sexual behaviours: A review of its evidence, rationale and scope in relation to men with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research* 2008;52(12),1078-90
30. Karcher HS. *Intelligenzgeminderte im psychiatrischen Maßregelvollzug: Auswertung der forensischen Basisdokumentation Baden-Württemberg*. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der medizinischen Fakultät der Universität Ulm 2017
31. Metaxas C et al. *Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung*. Zur aktuellen Versorgungslage in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal* 2014;13,122-30
32. Weber E. *Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug*. Eigenverlag DHG 2012



Neurologische Kasuistik

Rezidivierende lumboischialgiforme Symptomatik

Ein 80-jähriger rüstiger, nicht rauchender Rentner stellte sich mit zunehmenden Rückenschmerzen und Einschränkung beim Laufen vor. Der Mann berichtete von einer Operation bei lumbaler Spinalkanalstenose im Jahr 2006. Daraufhin sei es ihm sechs Monate richtig gut gegangen und er habe wieder mit Freude Laufen können. In der Folge kam es aber langsam erneut zu Beschwerden. Seit drei Monaten sei es ganz schlimm: Im Liegen und Sitzen gehe es gut, aber beim Aufstehen verspüre er sofort einschneidende Schmerzen lumbal, die sich über das Gesäß beiderseits, rechts mehr als links bis in den Oberschenkel hinabzögen.

Die Gehstrecke des Mannes war eingeschränkt, er konnte kaum 500 Meter laufen, bis die zunehmenden ischialgiformen Schmerzen ihn zum Stehenbleiben zwangen. Ob es dabei bergauf oder bergab ging, änderte nichts an den Beschwerden. Er musste sich immer wieder hinsetzen, weil die Beschwerden durch bloßes Stehenbleiben nicht vergingen. Außerdem beklagte er in der letzten Zeit zudem eine Taubheit der Hände, seitdem er zwei Gehstützen benutzte.

Neurologischer Befund

Der Mann humpelte, beklagte rechts im Bein Schmerzen beim Auftreten, lumbal betonte Schmerzen, aber auch eine Ausstrahlung in die Beine bei Belastung. Es fand sich eine leichte Atrophie des M. quadriceps femoris rechts, die Muskel-eigenreflexe waren aber seitengleich. Unauffällige Standversuche, Zehen- und Fersenstand waren möglich; keine manifeste Parese. Die Sensibilität war subjektiv erhalten, jedoch bestand an beiden Großzehen, Malleoli, Tibiaköpfen, bis zur Patella hinauf Pallanästhesie.

Frage 1

Was ist Ihre Verdachtsdiagnose?

- Spondylodiszitis
- Claudicatio intermittens
- Claudicatio spinalis
- Polyneuropathie (PNP)
- Karpaltunnelsyndrom (KTS)

Zu Antwort a: Eine Spondylodiszitis kann lumboischialgiforme Symptome nach einer Operation bedingen. Jedoch würde man das Auftreten üblicherweise in engem Zusammenhang mit der Operation erwarten, dann für gewöhnlich mit febriler Symptomatik und Beschwerden auch in Ruhe, oft sogar verstärkt im Bett abends, wenn das Fieber steigt. Eine Spondylodiszitis kann auch hämatogen entstehen, allerdings meist in der Folge einer Immunsuppression oder bei Migranten durch Tuberkulose.

Zu Antwort b: Die Claudicatio intermittens entsteht durch die arterielle Verschlusskrankheit. Typisch ist eine Belastungsabhängigkeit je nach Muskelarbeit: Beim Trepp- oder Bergaufgehen kommen die Schmerzen früher als in der Ebene. Es reicht bei typischer Symptomatik für die Patienten aus, stehen zu bleiben, weil dabei die Muskelarbeit sistiert und das Sauerstoffdefizit nachlässt. Unser Patient gab jedoch klar die Notwendigkeit an, sich setzen zu müssen, unabhängig von Steigung. Das sprach gegen eine arterielle Verschlusskrankheit und für eine haltungsabhängige mechanische Ursache an der Lendenwirbelsäule.

Zu Antwort c: Für die Claudicatio spinalis sprechen die anamnestischen Angaben. Der Erfolg einer früheren Dekompressionsoperation im Jahr 2006 war an-

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 9/2019

Antibiotika-induziertes Pisa-Syndrom

NT 7-8/2019

Progrediente Ophthalmoplegie

NT 5/2019

Ein Fall mit ulnar betonter Brachialgie

NT 4/2019

Medikamenteninduziertes psychotisches Syndrom

NT 3/2019

Ein Fall mit fehlenden Vorbefunden

NT 1-2/2019

Schwer behandelbare Depression

NT 11/2018

Systemischer Lupus mit psychiatrischer Manifestation

Das Online-Archiv unter

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



scheinend nur von kurzer Dauer, jetzt schien wieder eine relevante spinale Enge vorzuliegen.

Zu Antwort d: Die aufgehobene Pallästhesie kann auf eine PNP hinweisen, sie könnte aber auch auf eine spinale oder sonstige afferente Ursache hindeuten. Passend hierfür wäre, dass die Muskeleigenreflexe unauffällig waren. Sicherlich standen diese sensiblen Ausfälle für den Patienten aber nicht im Vordergrund.

Zu Antwort e: Die Beschwerdeschilderung und die mechanische Belastung der Handgelenke können zu einem KTS passen. Sinnvollerweise wird hier eine

Messung der Nervenleitgeschwindigkeit durchgeführt und über Druckvermeidung beraten, die anderen Beschwerden standen bei unserem Patienten jedoch im Vordergrund.

Frage 2

Was ist der sinnvolle nächste diagnostische Schritt? Welche Untersuchungen fordern Sie an?

- a. Sensible Nervenleitgeschwindigkeitsmessung (NLG) des N. suralis und Tibialis SEP
- b. Motorische NLG des N. medianus
- c. Elektromyogramm der Beinmuskeln
- d. CT der Lendenwirbelsäule (LWS)
- e. MRT der LWS

Zu Antwort a: Die sensiblen Messungen können eine sensible Komponente einer PNP quantifizieren, nachdem aber die sensible Beinsymptomatik vom Patienten gar nicht bemerkt worden war, stand diese Untersuchung zunächst zurück.

Zu Antwort b: Die Messung des Karpaltunnels quantifiziert das KTS, stand jedoch momentan nicht an erster Stelle.

Zu Antwort c: Die EMG-Untersuchung kann sinnvollerweise das Ausmaß der neurogenen Schädigung klären. In diesem Fall zeigten sich leichte chronisch neurogene Umbaufolgen nicht nur im atrophien Quadrizeps femoris rechts, sondern in allen untersuchten Muskeln. Keine frische Denervierung.

Zu den Antworten d und e: Es gibt zur Thematik einer lumbalen spinalen Enge keine Leitlinie der DGN (nur zur lumbalen Radikulopathie [1]). Beachtenswert in diesem Zusammenhang sind die nationale Versorgungsleitlinie nichtspezifischer Kreuzschmerz [2] und ein Artikel zur lumbalen Spinalkanalstenose im Deutschen Ärzteblatt [3]. Die Symptomatik des Patienten entsprach aber nicht dem nichtspezifischen Kreuzschmerz, sondern deutete klar auf eine spinale Enge hin. Als bildgebendes Verfahren der Wahl wird die MRT angegeben [3].

Der Patient hatte im Vorfeld eine CT-Untersuchung der LWS erhalten, die zwar eine relative Enge hinter der operierten Höhe zeigte, jedoch die Symptomatik nicht erklären konnte (**Abb. 1a**). Daraufhin wurde eine MRT der LWS durchgeführt (**Abb. 1b und c**).

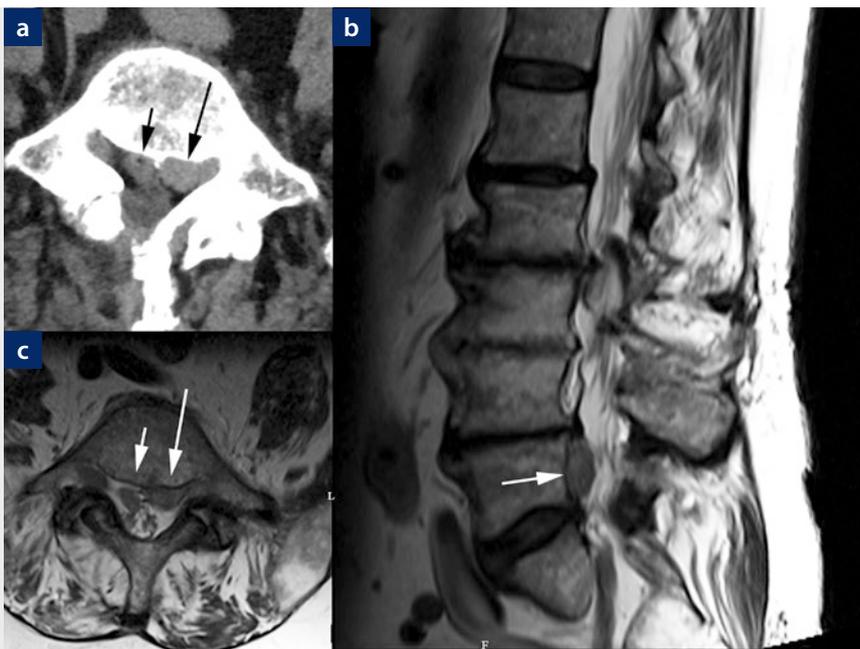


Abb. 1: Schnittbildgebung

1a: CT LWS transversal zeigt auf Höhe LWK 5 eine fraglich lobulierte Raumforderung, die als Bandscheibenvorfall interpretiert wird. Bei genauer Betrachtung fällt jedoch ein diskreter Dichteunterschied der beiden Anteile auf: Der rechts mediale Anteil ist etwas weniger dicht und der linksmediolaterale Anteil etwas dichter, fraglich lässt sich die Wurzel L5 links im Recessus abgrenzen. **1b** zeigt in der sagittalen T2-Wichtung (eine Schicht links neben der medianen Ebene) eine extradurale Raumforderung hinter LWK 5, passend zu einem subligamentären Bandscheibenvorfall. Zusätzlich finden sich ausgedehnte degenerative Veränderungen auf den übrigen lumbalen Höhen mit höhengeminderten Bandscheiben und osteochondrotischen Veränderungen LWK 2/3 und 4/5, sowie beginnender knöcherner Durchbauung auf Höhe LWK 3/4. **1c** zeigt in der transversalen T2-Wichtung (gleiche Schicht wie das CT auf 1a, dass es wohl eher zwei verschiedene Prozesse sind: Eine intradurale (kurzer Pfeil) und eine extradurale Komponente (langer Pfeil). Ein Sequester könnte das hintere Längsband durchbrechen und damit intradural liegen.

CT-Abbildungen mit freundlicher Genehmigung von Dr. Otto Stengele, Sigmaringen.

Frage 3

Was ist die Konsequenz aus der MRT-Untersuchung?

- a. Vorstellung beim Neurochirurgen zur Operation des Bandscheibenvorfalles
- b. Einleitung einer Reha-Maßnahme
- c. Intensivierte Medikamentöse Behandlung mit Kortisonstoß
- d. Vorstellung bei einem operativen Orthopäden zur Lösung der beginnenden Verknöcherung LWK 3/4, um die Versteifung aufzubrechen
- e. Nachforderung einer Kontrastmittelgabe

Zu Antwort a: Wenn die konservative Therapie, wie in diesem Fall ausgeschöpft ist, kommt bei entsprechendem Leidensdruck die operative Dekompression durchaus infrage. Jedoch wüsste der Neurochirurg gerne genau, worauf er sich hier einlässt.

Zu Antwort b: Je nach Beschwerdeausmaß und bisherigen Therapien eine gute Option.

Zu Antwort c: Bei aktivierter Osteochondrose mit Ödem (beim Patienten nicht vorhanden) wäre das eine gute Option gegen die Lumbago, würde aber vermutlich gegen die Claudicatio nicht viel helfen.

Zu Antwort d: Diese Option war nicht ernst gemeint. Die Osteochondrose wird nach Modic in drei Stadien eingeteilt: Das akute Stadium 1 mit Ödem schmerzt durch den Reizzustand sehr. Die Stadien Modic 2 mit eher fettig degenerativen Veränderungen und Modic 3 mit sklerosierenden Veränderungen dagegen schmerzen weniger. Sobald die Verknöcherung eingetreten ist, ist der Zustand stabil, der Patient etwas steifer in diesem Segment, aber schmerzarm, weil eine stabile knöcherne Verbindung nicht schmerzt. Es kommt bei Spondylitis ankylosans (Bechterew) manchmal zu Refrakturen, was massive Schmerzen macht.

Zu Antwort e: Nach Würdigung des eher schleichenden Verlaufs (bei einem Sequester handelt es sich um ein prinzipiell akutes Ereignis) und der unterschiedlichen Aspekte der Raumforderungen hinter LWK 5 wurde die Untersuchung um eine Kontrastmittelgabe ergänzt. Bitte betrachten Sie hierzu **Abb. 2**.

Abschließende Beurteilung und der Verlauf

Der Fall ist insofern ungewöhnlich, als neben der häufigen Ursache von spinaler Stenose inform von Degeneration oder Bandscheibenvorfall auch ein Neurinom als Ursache gefunden wurde. Hier ändert sich die Herangehensweise, weil ein Neurinom gut durchblutet ist und bei unvollständiger Operation zu Rezidiven neigt. Im Verlauf erfolgte noch eine Re-

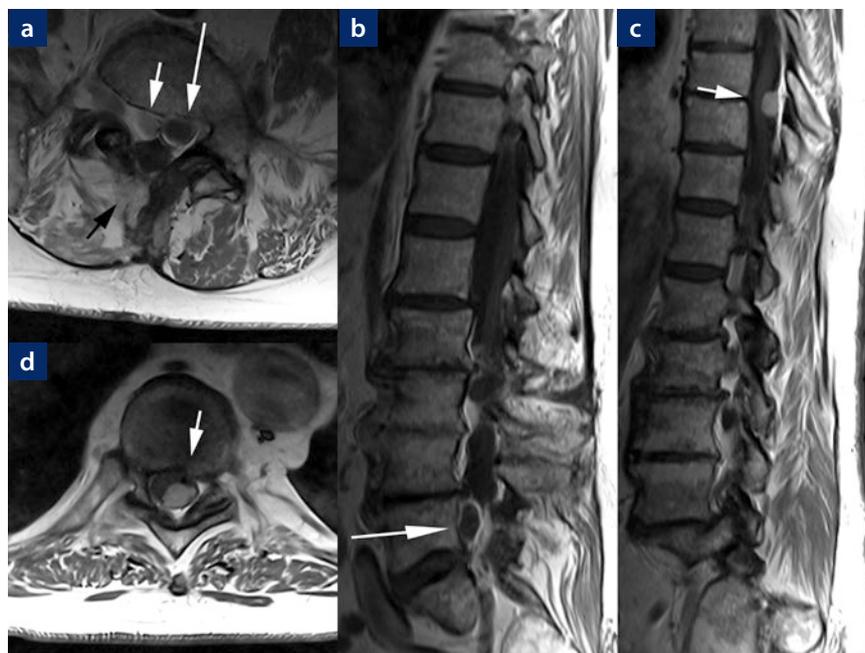


Abb. 2: MRT nach Kontrastmittelgabe; jeweils T1-gewichtete Sequenzen.

a: transversal auf Höhe LWK 5 ähnlich wie die transversalen Schichten in Abb. 1. Der kurze Pfeil zeigt auf eine relativ homogene KM-aufnehmende Raumforderung. Dieses KM-Verhalten ist typisch beispielsweise für ein Neurinom oder Meningeom. Aufgrund der intraduralen Lage ist ein Neurinom die wahrscheinlichere Entität, Meningeome wachsen meist extradural. Der lange Pfeil zeigt auf eine nur am Rande der KM-aufnehmenden Struktur. Dies wird als Pfannkuchen-Zeichen bezeichnet (komisch, meine Pfannkuchen sind am Rand immer dunkler als in der Mitte!) und ist typisch für einen Bandscheibenvorfall. Man geht davon aus, dass das Zentrum den nicht perfundierten Vorfall oder Sequester darstellt und die KM-Aufnahme am Rande reaktives Granulationsgewebe.

b und c: zeigen sagittale Schichten. Der lange Pfeil in b. zeigt auf den Bandscheibenvorfall hinter LWK 5 mit typischem Pfannkuchen-Zeichen.

c: Der kurze Pfeil zeigt auf eine bisher unentdeckte Raumforderung hinter BWK 10/11, die auf dieser Schicht nicht sicher als intra- oder extradural einzuordnen ist.

In **d** wird jedoch die intradurale Lage deutlich, somit handelt es sich wohl auch um ein Neurinom.

Abbildungen mit freundlicher Genehmigung von Dr. Otto Stengele, Sigmaringen.

anamnese: Der Patient ist zwischenzeitig operiert, die Beschwerden halten jedoch an, mit dem Behandlungsergebnis ist er nicht zufrieden.

- Thome C et al. Degenerative lumbar spinal stenosis: current strategies in diagnosis and treatment. *Deutsches Ärzteblatt international* 2008;105:373–9

Literatur

- Glocker F. Lumbale Radikulopathie. In: *Deutsche_Gesellschaft_für_Neurologie*, ed. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie: *Deutsche_Gesellschaft_für_Neurologie* 2018
- Bundesärztekammer (BÄK) KBK, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz – Langfassung, 1. Auflage. Version 5. 2010, zuletzt verändert: Oktober 2015

AUTOR

Prof. Dr. med. Wolfgang Freund

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

E-Mail: freund@neurologie-biberach.de



© W. Freund



Lithiumvorkommen in der chilenischen Atacama-Wüste sind nicht nur für die Elektromobilität, sondern auch für Fortschritte in der psychiatrischen Pharmakotherapie von Bedeutung.

Psychopharmaka

Lithium heute – ein Update seiner Wirksamkeit und Risiken

Es wurde gesagt, dass Lithium quasi das „Aspirin“ der Psychiatrie sei. Gemeint ist damit, dass für das älteste Psychopharmakon – abgesehen von Opium und Alkohol – immer wieder und gerade in neuerer Zeit wichtige Effekte und Anwendungsgebiete entdeckt sowie in die psychiatrische Praxis integriert wurden. Der folgende Artikel gibt ein Update der Wirksamkeit und Risiken von Lithium unter besonderer Berücksichtigung der antisuizidalen und renalen Wirkungen.

BRUNO MÜLLER-OERLINGHAUSEN

Zu den Anwendungen von Lithium gehören die Augmentationsstrategie bei Antidepressiva-Non-Response ebenso wie der Einsatz als Suizidpräventivum. Auch neuere Befunde zu neuroprotektiven und damit möglicherweise antidemenziellen Effekten wie auch die bislang noch Rätsel aufgebenden Untersuchungen zur Bedeutung von Lithium im Trinkwasser, das heißt als Spurenelement, zeigen, dass die Lithiumvorkommen in der chilenischen Atacama-Wüste nicht nur relevant für die Förderung der Elektromobilität, sondern auch für Fortschritte in der psychiatrischen Pharmakotherapie sind.

Historie

Wie hat dies alles angefangen? Lithium, mit der Ordnungszahl 3 im periodischen System das leichteste Alkalimetall, entstand zusammen mit Helium und Wasserstoff wenige Minuten nach dem Urknall vor mehr als 13 Milliarden Jahren und wurde 1817 in Schweden als ein neues Element entdeckt. Wegen seiner hohen Reaktivität kommt es in der freien Natur nicht als Metall, sondern nur in Form seiner Salze vor, die von manchen Pflanzen wie zum Beispiel dem Tabak aufgenommen werden. Die Entdeckung von Lithium beziehungsweise seinen Salzen als potenzielles Psychopharmakon hängt historisch mit der im 19. Jahrhundert sehr verbreiteten Vorstellung zusammen, dass eine Überladung des Körpers mit Harnsäure für eine Vielzahl von Beschwerden, so auch der Depression und der Manie verantwortlich sei. Da Untersuchungen gezeigt hatten, dass Lithiumurat, das Lithiumsalz der Harnsäure, gut wasserlöslich ist, wurden schon früh Lithiumsalze beim Menschen eingesetzt, um damit die Gicht zu behandeln. Vor dem Hintergrund der Harnsäureththese der „periodischen Depression“ behandelte erst-

mals der dänische Psychiater Fritz Lange am Ende des 19. Jahrhunderts depressive Patienten mit Lithiumsalzen. Gewisse toxische Effekte von Lithium (die Notwendigkeit der Lithium-Serumspiegelbestimmung war damals völlig unbekannt) wie die Polyurie oder der Tremor wurden damals schon beobachtet und publiziert. In den vierziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts hatte man unglücklicherweise in den USA das salzig schmeckende Lithiumchlorid als Kochsalzersatz für Patienten mit Hypertonie (die natürlich öfter auch eine reduzierte renale Clearance haben) gänzlich unkontrolliert eingesetzt, was zu mehreren tödlichen Lithiumintoxikationen führte (ein Grund, dass in späteren Zeiten Lithium als Psychopharmakon in den USA zunächst nicht eingeführt werden konnte).

1947 untersuchte der australische Psychiater John Cade die Wirkung des Urins manischer oder depressiver Patienten, den er Meerschweinchen injiziert hatte. Dabei erwies sich der Urin von manischen Patienten als besonders toxisch. Er spekulierte, dass diese Toxizität durch eine besonders hohe Harnsäurekonzentration verursacht sei. Um sie zu erniedrigen, verabreichte er zunächst seinen Meerschweinchen, später auch akut-manischen sowie psychotischen Patienten ein Lithiumsalz und beobachtete in beiden Fällen eine erstaunliche „beruhigende“ Wirkung. Diese Beobachtung, basierend auf einer offenbar falschen Hypothese, publizierte er 1949. Sie waren der Ausgangspunkt für den dänischen Psychiater und Biochemiker Mogens Schou, zusammen mit anderen internationalen Kollegen die akut antimanische und später dann die phasenprophylaktische Wirksamkeit von Lithiumsalzen nunmehr systematisch zu untersuchen und weltweit bekannt zu machen, teilweise gegen den erbitterten Widerstand einiger bekannter britischer Kollegen.



Abb. 1: Gründung von IGSLI durch Mogens Schou, Paul Grof und Bruno Müller-Oerlinghausen, 1986 (v. li.)

© B. Müller-Oerlinghausen

De facto war eine später von ihm und Kollegen durchgeführte Testung von Lithium gegen Placebo der erste randomisierte doppelblinde Versuch in der Geschichte der Psychiatrie. Schou wurde dafür von den deutschen klinischen Pharmakologen mit dem Paul-Martini-Preis ausgezeichnet. Da es sich bei Lithium um ein natürlich vorkommendes Material handelt, konnte es nicht als Medikament patentiert werden, sodass nur wenige pharmazeutische Hersteller an dieser Substanz überhaupt interessiert waren.

Neben großen randomisierten kontrollierten Studien ist die überragende prophylaktische Wirksamkeit und Sicherheit von Lithiumsalzen vor allem bei Patienten mit bipolaren Störungen durch viele sorgfältige katamnestiche Langzeituntersuchungen, insbesondere in Deutschland, Tschechien, Italien und Kanada unter Beweis gestellt worden. Größere Aufmerksamkeit und auch Besorgnis haben schon Ende der 1970er-Jahre und erneut seit etwa zehn Jahren verschiedene Befunde zu renalen Nebenwirkungen einer Langzeitmedikation mit Lithiumsalzen hervorgerufen. Ein Meilenstein in der Entwicklung der Lithiumforschung war die Gründung der International Group for the Study of Lithium Treated Patients (IGSLI) 1988 durch Schou, den tschechisch-kanadischen Psychiater Paul Grof und mich (**Abb. 1**). In dieser Gruppe ([https://: www.igsl.org](https://www.igsl.org)) arbeiten Psychiater und andere Wissenschaftler aus vielen Ländern bis heute vertrauensvoll zusammen, um immer neue Fragen der Lithiumtherapie miteinander in teilweise großen und langdauernden Studien (z. B. auf dem Gebiet der psychiatrischen Genetik) anzugehen und einer wissenschaftlichen Klärung näher zu bringen [1].

Nachgewiesene Wirksamkeit von Lithium

Akute manische Phase bei bipolarer Störung

Zur Behandlung der akuten manischen Phase bei bipolarer Störung stehen heute verschiedene medikamentöse Optionen wie Antipsychotika, Antikonvulsiva, insbesondere Valproat, und

Lithiumsalze zur Verfügung. Vor dem Hintergrund neuerer internationaler Leitlinien kommt nach wie vor Lithium allein zur Behandlung einer milden, Lithium in Verbindung mit einem atypischen Neuroleptikum bei einer schwer ausgeprägten Manie, mit oder ohne psychotische Symptomatik, in Frage (Licht, 2006 im Handbuch [1]). Der Vorteil von Lithium liegt darin begründet, dass die Akutgabe bei einer bipolaren Störung ohne Probleme in eine indizierte Langzeitprophylaxe überführt werden kann, wobei die antidepressive Wirkung von Lithium, die sich auch bei der Anwendung bei der unipolaren Depression zeigt, genutzt werden kann, um einem Umschlagen der Manie in eine nachfolgende Depression medikamentös entgegenzuwirken. Angesichts der Tatsache, dass sowohl Valproat, das zudem bei Patientinnen im gebärfähigen Alter kontraindiziert ist, als auch Neuroleptika in 50 % der Fälle nicht ausreichend wirksam sind, ist dies eine rationale Vorgehensweise. In Fällen, in denen keine ausreichende Wirkung zeitnah bei sehr agitierten manischen Patienten zu beobachten ist, kann die zusätzliche Gabe eines Benzodiazepins hilfreich sein. Eine Lithiumbehandlung kommt freilich aus Sicherheitserwägungen nicht bei einem gänzlich unkooperativen Patienten infrage, bei dem etwa die häufigere Blutabnahme zur Lithiumserumspiegelbestimmung nicht möglich ist.

Auch für die Wirksamkeit einer Kombination von Lithium plus Neuroleptikum liegen Studienergebnisse vor. Von introspektionsfähigen bipolaren Patienten hört man öfter, dass sie die Wirkung von Lithium in der akuten Manie als wesentlich angenehmer empfinden als diejenige von Neuroleptika, auch wenn sie etwas langsamer einsetze.

Akute unipolare und bipolare Depression, Augmentationsstrategie

Die Frage, ob Antidepressiva geeignet und sicher zur Behandlung einer akuten Depression bei Patienten mit einer bipolaren Störung sind, wird nach wie vor kontrovers diskutiert [2]. Sowohl der dadurch möglicherweise ausgelöste Umschlag in eine Manie als auch die Verschlechterung des Langzeitverlaufs durch häufigere und kürzere Phasen sind in diesem Zusammenhang zu diskutieren. Lithium hat sich in kleineren Studien Placebo überlegen gezeigt, in einer neueren Studie allerdings auch Citalopram unterlegen [3].

Bei der unipolaren Depression kommt eine Lithiummedikation vor allem als Augmentationsstrategie in Betracht, eine wichtige Anwendung die leider nach wie vor zu wenig bekannt ist und genutzt wird, obwohl sie in aktuellen Leitlinien empfohlen wird. Gemeint ist mit Augmentation die Hinzugabe von Lithium (normale Lithiumblutspiegel von 0,6–0,8 mM) bei Patienten, die auf die bisherige Antidepressivamedikation nicht befriedigend angesprochen haben. Man sollte dabei so vorgehen, dass vom Zeitpunkt ab, an dem ein ausreichender Lithiumblutspiegel erreicht ist, zwei Wochen abgewartet wird, ob sich eine Besserung zeigt. Wenn nicht, gibt es keinen Grund, die Lithiummedikation fortzuführen, es sei denn, es wird eine Phasenprophylaxe bei unipolarer oder bipolarer Depression angestrebt. Im Falle eines Augmentationserfolgs wird empfohlen, die Lithiummedikation noch sechs bis zwölf Monate fortzuführen.

Phasenprophylaxe bei affektiven Störungen

Die wichtigste Indikation für eine Lithiumlangzeitbehandlung ist die unter Umständen lebenslange phasenprophylaktische Anwendung, insbesondere bei Patienten mit klassischer bipolarer Störung. Hier stellt die Lithiummedikation nach wie vor den Goldstandard dar. In der deutschen Leitlinie zur bipolaren Störung hat nur Lithium, jedoch keine der verfügbaren Alternativen, die Empfehlung A erhalten. Diese Position besitzt es auch in anderen, internationalen seriösen, unabhängig erstellten Leitlinien [4, 5]. In kontrollierten Studien zeigt sich im Vergleich zu Placebo eine statistisch hochsignifikante Verminderung der Phasenzahl. Dies gilt vor allem für die Verhinderung manischer Phasen, während die Wirksamkeit im Hinblick auf depressive begrenzter erscheint [6]. Letzteres gilt aber für alle Substanzen, die zur Prophylaxe bipolarer depressiver Phasen zur Verfügung stehen [7]. Dennoch besteht auch eine phasenprophylaktische und vor allem antisuizidale Wirksamkeit bei sorgfältig selektierten Patienten mit unipolarer phasischer Depression [8]. Grundsätzlich gilt, dass Patienten mit klar voneinander abgesetzten Phasen und möglicherweise einer familiär-genetischen bipolaren Belastung die besten Responder sind. Wie kanadische Forscher gezeigt haben, reagieren solche Patienten schlecht oder gar nicht auf Lithiumalternativen wie Valproat oder Lamotrigin. Auch haben nach den Befunden von Koukopoulos et al. besonders solche Patienten eine gute Response, bei denen der bipolare Zyklus jeweils mit einer Manie beginnt, eventuell gefolgt von einer Depression [9]. Bis die Entscheidung für eine Lithiumprophylaxe fällt, vergehen in der Praxis durchschnittlich fünf bis zehn Jahre vom Beginn der Erkrankung an, eine Verzögerung, die mit einem höheren Risiko von Verlust an Lebensqualität, für Behinderung und frühzeitigen Tod durch Suizid verbunden ist. Beruhigend ist aber, dass weder die Zahl vorangegangener Phasen noch die Dauer der Lithium-nicht-Behandlung einen negativen Einfluss auf die Wirksamkeit einer Phasenprophylaxe hat [10]. Auch die zeitweise verbreitete Ansicht, die Lithiumwirksamkeit lasse im Laufe der Jahre nach, hat sich in einer sorgfältigen Untersuchung nicht bestätigt [11]. Der Abbruch einer erfolgreichen Lithiumprophylaxe impliziert ein deutlich erhöhtes Risiko für Rückfälle, Krankenhausaufnahmen und Tod durch Suizid. Dies gilt besonders, wenn Lithium nicht schleichend, sondern abrupt abgesetzt wird [12].

Antisuizidale Wirksamkeit

Patienten mit einer bipolaren Störung oder einer schwer ausgeprägten phasischen unipolaren Depression haben eine suizidbezogene standardisierte Mortalität (SMR), die höher ist, als bei jeder anderen psychiatrischen Störung (20-fach höher als in der Normalbevölkerung). Das numerische Risiko eines Suizidversuchs ist zirka 20- bis 30-mal höher als das von Suiziden in der Allgemeinbevölkerung; jedoch ist bei Patienten mit affektiven Störungen das Verhältnis von Suiziden zu Suizidversuchen noch deutlich ungünstiger. Das Risiko suizidalen Verhaltens ist bei Patienten mit einer Bipolar-I- oder -II-Störung identisch.

Hinweise auf eine mögliche spezifisch antisuizidale Wirksamkeit einer Lithiumlangzeitmedikation wurden schon in den 1970er-Jahren von tschechischen und englischen Psychiatern

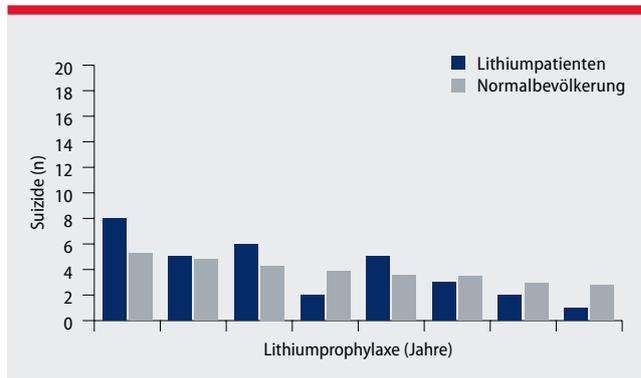


Abb. 2: Verminderung des Suizidrisikos unter Lithium (Zahl der pro Behandlungsjahr in der IGSLI-Stichprobe beobachteten Suizide im jeweiligen Vergleich zur Zahl erwarteter Suizide bei einer gematchten Normalbevölkerung mod. nach [20]).

geäußert. Diese ersten Vermutungen wurden dann in den folgenden 20 Jahren durch verschiedene Forschergruppen substantiiert [13, 14]. Dabei zeigte sich, dass diese spezifische Wirksamkeit, die keinem anderen bekannten Psychopharmakon zukommt, nicht nur auf Patienten mit bipolarer, sondern ebenso mit unipolarer Störung zutrifft. Dies ist deshalb von besonderer praktischer Wichtigkeit, da bislang niemals gezeigt werden konnte, dass durch Antidepressiva, gleich welcher Art, das Suizidrisiko reduziert werden kann [15]. Im Gegenteil, gerade die neueren selektiven Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI/SNRI)-Antidepressiva besitzen die problematische Eigenschaft, in seltenen Fällen Suizidideen und suizidale Handlungen zu induzieren [16]. Coppen et al. konnten an einer langjährig gut dokumentierten Kohorte unipolarer (!) Lithiumpatienten eine eindeutige Reduktion der SMR unter Beweis stellen [17]. Aus der Berliner Lithiumkatamnese stammt eine frühe Publikation, die zeigte, dass bei Hochrisikopatienten, das heißt solchen, die schon vor Katamnesebeginn mindestens einen Suizidversuch begangen hatten, sich unter einer im Mittel acht Jahre dauernden kontinuierlichen Lithiummedikation nur bei 1,1 % pro Jahr Suizide oder Suizidversuche ereigneten; bei Patienten mit einer Unterbrechung der Lithiummedikation waren es statistisch hochsignifikant doppelt so viele [18]. Fast identische Ergebnisse wurden zur etwa gleichen Zeit aus einer Dresdner Gruppe bekannt [19]. Diese ersten Ergebnisse sind in den kommenden Jahren an einer viel größeren Zahl von Patienten und mit den verschiedensten methodischen Ansätzen bestätigt und diversifiziert worden (**Abb. 2** [20], **Tab. 1** [21]) (auf Einzelheiten kann in diesem Beitrag nicht eingegangen werden, vgl. [13]).

Es ergeben sich wichtige Fragen: Ist dieser Effekt spezifisch für Lithium? Die Antwort ist eindeutig ja, – alternative phasenprophylaktische Medikationen wie Valproat oder atypische Neuroleptika haben diesen Effekt nicht oder er ist viel schwächer ausgeprägt (vgl. [22]). Zum anderen scheint dieser spezielle Effekt nicht an die phasen- und vor allem -depressionspräventive Wirksamkeit gekoppelt zu sein; denn wie wir in einer Untersuchung zeigen konnten, findet sich die antisuizidale Wirkung auch bei der Prophylaxe bei Non-Respondern [23].

Tab. 1: Antisuzidaler Effekt von Lithium (kontrollierte Studien [21])

727 Referenzen überprüft, 32 kontrollierte Studien eingeschlossen	
Ergebnis	
Lithium	n = 1.389
Andere Substanzen (einschließlich Placebo)	n = 2.069
Patienten mit Lithium hatten	
— ein sehr viel geringeres Risiko, durch Suizid zu sterben (OR = 0,26; 95 %-KI = 0,09–0,77)	
— geringeres Risiko für Suizide und Suizidversuche (OR = 0,25; 95 %-KI = 0,08–0,50)	
— geringere Wahrscheinlichkeit, an irgendeiner Ursache zu sterben (OR = 0,42; 95 %-KI = 0,21–0,87)	
Fazit: Lithium ist wirksam in der Verhinderung von Suiziden, Suizidversuchen und Tod jeder Ursache bei Patienten mit affektiven Störungen.	
OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall	

Dies sollte bei therapeutischen Entscheidungen, die etwa den potenziellen Abbruch einer Lithiumlangzeitmedikation zum Inhalt haben, mit berücksichtigt werden. Auch wenn der Mechanismus dieses speziellen Effektes unklar ist, so kann doch spekuliert werden, dass er der nachgewiesenen antiaggressiven Wirksamkeit von Lithium benachbart ist. Dies wiederum legt auf einer biologischen Erklärungsebene eine Beteiligung der sich in vielen Modellen immer wieder zeigenden serotonin-agonistischen Wirkungen von Lithium nahe [24].

Antidemenzielle, neuroprotektive Wirksamkeit

Seit längerer Zeit ist in Spezialambulanzen für lithiumbehandelte Patienten mit fortlaufend exakt dokumentierten Patienten aufgefallen, dass trotz fortschreitenden Alters bemerkenswert wenige Patienten eine Demenz entwickeln. Neurowissenschaftler haben in verschiedenen Modellen starke Hinweise auf eine neuroprotektive, antiapoptotische Wirkung von Lithium gefunden, die auch die internationale Forschergemeinschaft der IGSLI-Gruppe beschäftigt (kompakte aktuelle Übersicht [25]). Es kann hier nicht auf die Einzelbefunde eingegangen werden, aber manches deutet darauf hin, dass sie möglicherweise in einem Zusammenhang mit einer fundamentalen biochemischen Wirkung von Lithium stehen, das heißt mit der Hemmung der Glykogensynthase-Kinase 3 (GSK-3)- β . Auf der klinischen Ebene zeigen mehrere Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren bei Lithiumlangzeitpatienten, aber auch gesunden Versuchspersonen eine Vermehrung der grauen Hirnsubstanz zum Beispiel im präfrontalen Kortex und im Hippocampus. Im Gegensatz dazu konnten derartige Veränderungen unter einer Valproat-Medikation nicht beobachtet werden. Dazu passen nun neuere klinische Beobachtungen: Die kognitiven Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit einer bipolaren Störung sind schon lange bekannt. Unter einer Lithiummedikation kommt es aber nicht zu einer Verstärkung dieser leichteren kognitiven Defizite. In diesem Zusammenhang

spielt die jeweilige Response auf die Lithiummedikation wohl eine Rolle, denn bei exzellenten Lithiumrespondern finden sich die sonst bei bipolaren Patienten zu beobachtenden kognitiven Defizite im Vergleich zu gesunden Kontrollen nicht. Zu diesen experimentellen Befunden passt nun das Ergebnis einer neueren großen Kohortenstudie. Danach haben Patienten, denen Lithium initial verordnet wurde, ein anderthalbfach größeres Demenzrisiko als Menschen, bei denen dies nicht der Fall ist. Im Falle einer Lithiumlangzeitmedikation verringert sich aber dieses erhöhte Risiko auf das Niveau der Normalbevölkerung (also ein „Normalisierungseffekt“ ganz ähnlich wie bei der Verminderung des Suizidrisikos). Und auch dieser Effekt scheint spezifisch für Lithium zu sein, denn unter Antikonvulsiva konnte er nicht beobachtet werden. Die Versuche, eine bestehende Alzheimer-Demenz mit Lithiumsalzen zu behandeln, erbrachten bislang widersprüchliche Resultate.

Es ist klar, dass diese Befunde zu weitreichenden Spekulationen und Hoffnungen geführt und unter anderem wiederum die Diskussion befeuert haben, ob nicht ein Zusatz von Lithium zum Trinkwasser eine generell gesundheitsfördernde, „sozialpräventive“ Maßnahme sein könnte – ein Vorschlag, der von den meisten Lithiumexperten nicht befürwortet wird.

Risiken und Kontraindikationen

Die offenbar weit verbreitete Vorstellung, eine Lithiumlangzeitprophylaxe oder akut antimanische Anwendung seien mit einer besonders hohen Zahl an Risiken behaftet und eine Langzeitmedikation erfordere ein hohes Maß an lästigen Kontrollen, führt dazu, dass – besonders in den USA – potenziellen Lithiumrespondern eine wirksame Therapie vorenthalten wird und sie stattdessen der unvorhersehbaren Wirkung und den Risiken oft gänzlich irrationaler Medikamentencocktails ausgesetzt werden. Dazu kommen ebenfalls unbegründete, aber oft gehörte Meinungen wie etwa, dass sich eine Lithiummedikation im Alter ohnehin verbiete.

Patientenmanagement

Lithiumsalze (im allgemeinen wird Lithiumcarbonat verwendet) sind Substanzen mit einer relativ geringen therapeutischen Breite. Diese Eigenschaft teilen sie mit vielen segensreichen und unverzichtbaren internistischen oder neurologischen Medikationen wie Opioiden, Methotrexat, Prednisolon, Antikoagulantien oder Immuntherapeutika. Eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführte und kontrollierte Lithiumtherapie bei einem korrekt aufgeklärten Patienten ist nicht gefährlicher oder nebenwirkungsreicher als viele andere heutzutage üblichen Dauermedikationen in nicht psychiatrischen Bereichen. Es ist hier nicht der Ort, auf das korrekte Management von lithium-medizierten Patienten im Detail einzugehen; es sei hierzu auf einschlägige psychopharmakologische Lehrbücher und zusammenfassende Darstellungen der Lithiumtherapie verwiesen.

Wichtigste unerwünschte Wirkungen und Kontraindikationen

Die wesentlichen Organe, an denen sich unerwünschte Lithiumwirkungen zeigen können, sind die Haut (Verschlimmerung

einer Psoriasis, psoriatisches Ekem etc.), die Schilddrüse und die Niere, eventuell auch die Nebenschilddrüse (Parathormonanstieg, Hyperkalzämie). Hierzu ist vor einigen Jahren erstmals ein systematisches Review publiziert worden [26, 27]. Relativ häufige, aber meist gut beherrschbare unerwünschte Wirkungen sind ein feinschlägiger Tremor (arrhythmisch, distal betont), Durst und gelegentlich Diarrhöen. Lithium wirkt thyreostatisch, was sich bei zirka 10–20% der Patienten in einem erhöhten TSH-Wert und eventuell in der Bildung einer euthyreoten Struma zeigt. Gelegentlich werden auch erhöhte Schilddrüsenantikörper-Titer (MAK, TAK) beobachtet. Klinisch manifeste Hypothyreosen treten nur selten auf und wenn, dann vor allem bei Frauen. Diese unerwünschte Wirkung lässt sich durch die Gabe von L-Thyroxin sehr gut beherrschen. Die regelmäßige Kontrolle des TSH-Blutspiegels ist deshalb wichtig.

Nierenfunktion

In der Diskussion der letzten Jahre über das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer Lithiumlangzeitmedikation haben die Störungen der Nierenfunktion eine besondere Rolle gespielt, weshalb auch an dieser Stelle näher darauf eingegangen wird. Lithium wird ausschließlich renal eliminiert, also glomerulär filtriert. Zwischen Dosis und Blutspiegel im „steady state“ besteht eine lineare Korrelation. Bis zu 80% werden im proximalen, zirka 20% im distalen Tubulus rückresorbiert. Dementsprechend muss die Lithiumkonzentration im Blut ansteigen, wenn die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) reduziert ist, zum Beispiel bei einer Hypovolämie, bei chronischen Nierenerkrankungen oder unter der Gabe von ACE-Hemmern. Eine Reduktion der verabreichten Lithiumdosis würde dann wieder zu einer ausgeglichenen Bilanz führen. Aber auch wenn die proximal-tubuläre Rückresorption gesteigert ist, etwa bei einer natriumarmen Diät oder nach Gabe von Thiazid-Diuretika, erhöht sich der Lithiumblutspiegel; die Niere kann Lithium nicht von Natrium unterscheiden. Lithium reichert sich in der Tubuluszelle an, da es zwar durch die Natriumkanäle deutlich besser als Natrium in die Zelle eingeschleust wird, aber nicht durch die Na-K-ATPase wieder heraustransportiert werden kann (**Abb. 3** [28]). Die Hemmung der GSK-3- β führt zu einer verminderten Funktion der wiederum vasopressinabhängigen Aquaporine und damit zu einer verminderten Wasserrückresorption im Sammelrohr. Dies bedingt die bei nicht wenigen Patienten zu beobachtende, aber beim Absetzen von Lithium jeweils reversible Polyurie. Beunruhigung haben jedoch in den 1970- bis 1980er-Jahren die Ergebnisse von Nierenbiopsien bei lithium-medizierten Patienten ausgelöst, die anatomische Veränderungen (interstitielle Fibrosen, dilatierte oder atrophische Tubuli, seltener sklerosierte Glomeruli) zeigten. Wir und andere Autoren konnten diese Befunde bei einem Teil unserer Patienten reproduzieren [29, 30]. Zu dieser Zeit konnte aber insofern „Entwarnung“ gegeben werden, als das Risiko einer chronischen Nephropathie Stadium 3a/b unter einer ordnungsgemäß durchgeführten Lithiumtherapie und besonders bei Einhaltung der in dieser Zeit von Schou empfohlenen standardisierten 12-Stunden-Lithiumblutspiegel von 0,6–0,8 mM als extrem gering einzuschätzen war. Diese Situation hat sich inzwischen geändert, nachdem wir Verläufe von Patienten mit 20- bis 30-jäh-

riger Lithiummedikation übersehen. Entsprechend einer wichtigen schwedischen Studie kann davon ausgegangen werden, dass zirka 0,5–1% der 15 Jahre und länger mit Lithium therapierten Patienten (abhängig auch von der Sorgfalt der Therapiekontrolle) eine chronische Niereninsuffizienz entwickeln werden [31]. Allerdings spielen hierfür Begleitfaktoren wie Rauchen, Bluthochdruck, Diabetes und chronischer Analgetikagebrauch eine zusätzliche bedeutsame Rolle. Die regelmäßige, etwa halbjährliche bis jährliche Kontrolle der GFR ist deshalb bei Lithiumpatienten unabdingbar. Die Entscheidung, ob bei einer chronischen, biopsisch gesicherten Niereninsuffizienz die Medikation abgesetzt oder fortgeführt werden soll, kann und darf niemals allein dem Urteil des Nephrologen überlassen werden. Sie muss eine partizipative Entscheidungsfindung darstellen, die rational nur auf der Basis einer klaren Vorstellung über die bisherige therapeutische Response getroffen werden kann [32]. Dies ist nicht möglich, wenn keine sorgfältige Dokumentation des bisherigen Verlaufs und der psychiatrischen Vorgeschichte vorliegt. Hilfreich ist in diesem Fall die Nutzung der im Kreise der IGSLI-Mitglieder entwickelten ALDA-Skala (Retrospective Criteria of Long-Term Treatment Response in Research Subjects with Bipolar Disorder).

Lithium im Alter?

Alter ist keine generelle Kontraindikation gegen eine Lithiumtherapie. Jedoch wird vor dem Hintergrund allgemeiner Erfahrung öfter empfohlen, die durchschnittlichen Lithiumblutspiegel generell um etwa 20% zu senken, insbesondere dann, wenn sich mit dem Alter verstärkte oder neue unerwünschte Wirkungen einstellen, wie etwa leichte aphasische oder kognitive Störungen. Natürlich hängt der Blutspiegel von der jeweils existierenden GFR ab, die die jeweils individuell benötigte Lithiumdosis definiert. Blutkonzentrationen unterhalb von 0,4 M sind aber im allgemeinen nicht mehr als wirksam anzusehen.

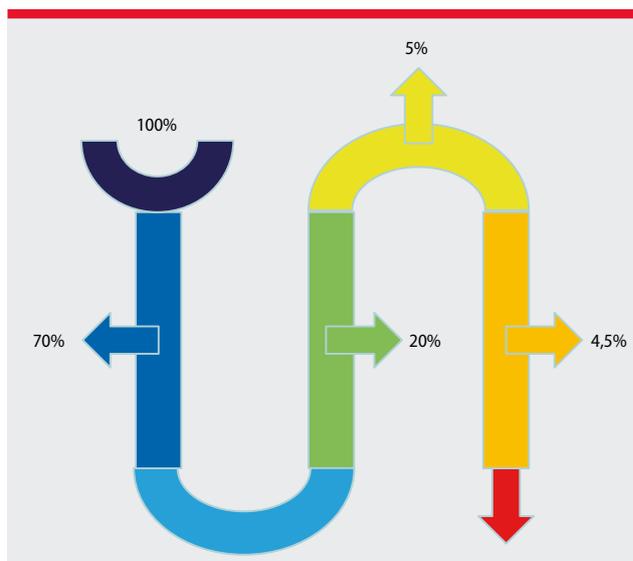


Abb. 3: Natrium-Rückresorption im Nephron. Frei filtriertes Lithium 70% rückresorbiert im proximalen Tubulus (mod. nach [28]).

Schwangerschaft

Bezüglich der nicht einfachen Entscheidung, inwiefern eine Lithiummedikation während einer Schwangerschaft fortgeführt werden kann oder darf, sei auf entsprechende aktuelle Literatur verwiesen [33]. Es sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, dass die „Alternative“ Valproat, dessen Indikation als Phasenprophylaktikum ohnehin behördlich stark eingeschränkt wurde, eines der stärksten teratogen wirksamen Medikamente ist (www.embryotox.de).

Lithium quo vadis?

Lithium ist der einzige „Stimmungsstabilisierer“, der diesen Namen tatsächlich verdient; denn es wirkt akut antimanchisch, antidepressiv und phasenprophylaktisch sowohl gegen manische wie auch – zwar weniger gut – gegen depressive Phasen und hat dazu eine einzigartige Eigenschaft: Es ist antisuizidal, mortalitätssenkend und antiaggressiv. Dennoch wird es allem Anschein nach nicht nur in den USA, sondern auch in Deutschland weniger verordnet, als eine rationale Indikationsstellung nahe legen würde. Kurioserweise haben ausgerechnet die Autoren einer Pharmafirma-finanzierten europäischen Studie (EMBLEM) die Frage gestellt, warum bei bipolaren Patienten die eindeutig wichtigste und einzigartig antisuizidale Substanz, nämlich Lithium, nicht stärker verordnet wird – teilweise begründete, oft aber auch völlig unbegründete Zweifel an der Wirksamkeit oder Befürchtungen bezüglich seiner Toxizität scheinen die Ursache zu sein. Dieser Artikel möchte zu einer rationaleren Bewertung der Lithiumtherapie- und -prophylaxe verhelfen. Dazu noch in Kürze einige unserer ökonomischen Berechnungen: Die Zahlen des Arzneiverordnungsreports zu den kassenärztlichen Verordnungen haben für das Jahr 1991 wahrscheinlich gemacht, dass in Deutschland zirka 44.000 Patienten Lithium erhielten. Dies dürfte zu einem volkswirtschaftlichen Einspareffekt von etwa 220 Millionen DM seinerzeit geführt haben. Damit wurden aber entsprechend unseren damaligen Berechnungen jährlich auch zirka 210 Suizide verhindert, was vorsichtig geschätzt einem gesellschaftlichen Gewinn von rund 3000 potenziellen Arbeitsjahren vor dem 65. Lebensjahr, die nicht durch Suizid verloren gehen, entspricht. Dies mag im Hinblick auf die absolute Zahl der pro Jahr verhinderten Suizide nicht als überwältigend starker Effekt imponieren, aber ich erlaube mir die Frage zu stellen, ob nicht jeder einzelne Suizid, den wir hätten verhindern können, immer einer zu viel ist [34]? In diesem Zusammenhang ist positiv zu vermerken, dass in Deutschland die kassenärztlichen Verordnungen von Lithiumpräparaten über die letzten Jahre weitgehend konstant geblieben sind [35]. Und möglicherweise werden die neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Lithium in Zukunft nicht nur die Zahl der positiven Bewertungen in den Leitlinien, sondern auch die Zahl lithiummedizierter Patienten in der Welt erhöhen. Manche Kollegen sprechen bereits von einer „Lithium-Renaissance“ ... Dazu könnten neue neurowissenschaftliche Befunde beitragen, die dahingehend interpretiert werden, dass eine längerfristige Lithiummedikation die bei bipolaren Patienten sonst beobachtete Voralterung des Gehirns konterkariert – und zwar unabhängig von der individuellen phasenprophylaktischen Response [36].

Fazit für die Praxis

Gesicherte Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Lithium sind

- breitestes Wirksamkeitsprofil („mood stabilizer“),
- überlegene prophylaktische Wirksamkeit vor allem bei bipolaren Störungen gesichert (Empfehlung „A“ in seriösen Leitlinien),
- vielfach gesicherte antisuizidale Wirksamkeit,
- Augmentation.

Noch spekulativ für Lithium, aber mit vielen Hinweisen darauf sind

- neuroprotektive Wirksamkeit (Anti-demenziell?),
- weniger Fälle von Auto- und Fremdaggression bei erhöhten Lithiumwerten im Trinkwasser.

Bei der Betrachtung der potenziellen Risiken von Lithium gibt es

- eine neue Diskussion einer renalen Schädigung nach sehr langer Dauermedikation.

Danksagung: In dankbarem Gedenken an den verehrten Freund und Kollegen Prof. Dr. Mogens Schou, an dessen 100. Geburtstag im vergangenen Jahr vielfach erinnert wurde [37].

Literatur: www.springermedizin.de/neurotransmitter

Hingewiesen sei hier auf vier zusammenfassende Darstellungen:

1. Müller-Oerlinghausen B, Greil W, Berghöfer A. Die Lithiumtherapie: Nutzen, Risiken, Alternativen. 2. Auflage, Springer Berlin Heidelberg New York 1997. Antiquarisch noch erhältlich.
2. Bauer M, Grof P, Müller-Oerlinghausen B (Hsgeb.). Lithium in Neuropsychiatrie. The Comprehensive Guide. Informa healthcare. UK Ltd. 2006
3. Bauer M, Gitlin M. The Essential Guide to Lithium Treatment. Springer International Publishing Switzerland 2016
4. Tondo L, Alda M, Bauer M et al. and IGSL. Clinical use of lithium salts: guide for users and prescribers. Int J Bipolar Disord 2019;7:16

Interessenkonflikt

Die Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ, und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

AUTOR

Univ.-Prof. em. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen

Charité Universitätsmedizin Berlin
 Medizinische Hochschule Brandenburg
 Theodor Fontane
 Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
 Bartnigallée 11-13, 10557 Berlin

E-Mail: bruno.mueller-oerlinghausen@web.de



CME-Fragebogen

Lithium-Update: Wirksamkeit und Risiken

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent von SpringerMedizin.de
- als registrierter Abonnent dieser Fachzeitschrift
- als Berufsverbandsmitglied (BVDN, BDN, BVDP)
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN

FIN gültig bis 05.11.2019:

NT1910Pc

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/s15016-019-6601-3

? Welche der nachfolgenden Aussagen zu Lithium ist richtig?

- Lithium ist ein Schwermetall.
- Lithium ist inert und deshalb leicht in entsprechenden Mineralen abbaubar.
- Lithium gehört zur Gruppe der zweiwertigen Erdalkalimetalle.
- Lithium ist das leichteste Alkalimetall.
- Lithium wird vor allem in Neuseeland gewonnen.

? Wann wurden erstmals psychiatrische Patienten mit Lithiumsalzen behandelt?

- In der Antike
- In der arabischen Medizin
- Im 19. Jahrhundert im Rahmen der „Harnsäureerkrankung“
- Im Jahre 1949
- Im Jahre 1984

? Worin liegt der potenzielle Vorteil einer Behandlung der akuten manischen Phase mit Lithiumsalzen?

- Nur Lithium ist zur antimanischen Therapie uneingeschränkt zugelassen.
- Die Medikation kann nahtlos in eine phasenprophylaktische Langzeitbehandlung überführt werden.
- Lithium hat weniger Nebenwirkungen als alternative Medikamente.
- Bei der akutmanischen Lithiumtherapie sind keine Blutkontrollen nötig.
- Lithium wirkt schneller als alle alternativen Medikamente.

? Eine 40-jährige Frau mit Kinderwunsch ohne derzeit sichere Antikonzeption hat jetzt ihre dritte manische Phase mit mild ausgeprägter Symptomatik im Rahmen einer bipolaren Störung. (In der Vorgeschichte zwei Suizidversuche in den letzten zehn Jahren. Zwei Blutsverwandte ersten Grades haben ebenfalls eine gesicherte oder wahrscheinliche bipolare Erkrankung.) Welche Medikation ist bei dieser stationär aufgenommenen Patientin an erster Stelle indiziert?

- Valproinsäure
- Aripiprazol
- Lamotrigin
- Lithiumsalze
- Lorazepam

? Zur medikamentösen Behandlung der akuten bipolaren Depression existieren kontroverse Ansichten. Welche der nachfolgenden Aussagen ist in diesem Kontext richtig?

- Antidepressiva vom Typ der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) besitzen eine nachgewiesene suizidprotektive Wirksamkeit.
- Lithium hat einen nachgewiesenen akut-suizidprotektiven Effekt.
- Antidepressiva sind zu bevorzugen, weil sie kein Risiko besitzen, manische Phasen zu provozieren.
- Lithium ist besser antidepressiv wirksam als Antidepressiva.

- Lithium kann insbesondere als Augmentationsstrategie erfolgreich eingesetzt werden.

? Bei welchen Patienten mit einer bipolaren Störung kann eine phasenprophylaktische Wirksamkeit von Lithium am ehesten erwartet werden?

- Bei Patienten mit einer besonders hohen Zahl vorangegangener Phasen
- Bei Patienten, deren Zyklus vorzugsweise mit einer depressiven Phase beginnt
- Bei Patienten mit klar voneinander abgesetzten Phasen (freies interepisodisches Intervall)
- Bei Patienten, die in der Vorgeschichte keine genetische Belastung mit bipolaren Störungen aufweisen
- Bei Patientinnen im Alter von 25 bis 45 Jahren

? Welches sind Organe, an denen sich besonders häufig unerwünschte Wirkungen einer Lithiummedikation zeigen?

- Herz und Blutgefäße
- Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Niere
- Knochen und Faszien
- Erythrozyten und Thrombozyten
- Augen (insbesondere Hornhaut und Glaskörper)



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.

? Wodurch ist die Elimination von Lithium aus dem menschlichen Körper charakterisiert?

- Der Hauptausscheidungsort ist die Galle.
- Lithium wird vor der Ausscheidung partiell metabolisiert.
- Lithium wird fast ausschließlich renal eliminiert.
- 20 % von eingenommenem Lithium werden über die Fäces ausgeschieden.
- Die Halbwertszeit von Lithium beträgt wenigstens drei Tage.

? Welche der folgenden Aussagen zum antisuizidalen Effekt von Lithium ist richtig?

- Der antisuizidale Effekt ist sowohl bei Patienten mit unipolarer als auch mit bipolarer affektiver Störung gezeigt worden.

- Der antisuizidale Effekt benötigt einen höheren Lithiumblutspiegel als er zur Phasenprophylaxe in Europa üblich ist.
- Der antisuizidale Effekt bewirkt keine Senkung der Gesamtmortalität von Patienten mit affektiven Störungen.
- Der antisuizidale Effekt ist von Mogens Schou (Dänemark) entdeckt worden.
- Antikonvulsiva wie Lamotrigin oder Carbamazepin zeigen einen gleichwertigen antisuizidalen Effekt wie Lithium.

? Welche der folgenden Aussagen zu Lithium und Niere trifft zu ?

- Lithium wird in die Nierenzelle schlechter transportiert als Natrium.
- Nur 10 % des glomerulär filtrierten Lithiums wird tubulär rückresorbiert.
- Die Hemmung der Glykogensynthase-Kinase 3(GSK-3)-beta führt zu

einer Hemmung der Wasserrückresorption im Sammelrohr und damit zur Polyurie.

- Im Alter sollte eine Lithiummedikation wegen des Risikos einer Nierenschädigung grundsätzlich abgesetzt werden.
- Nach einer über 15-jährigen Lithiumdauermedikation entwickeln zirka 10–20 % der Patienten eine chronische Niereninsuffizienz.

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► **Pharmakotherapie bipolarer Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit**
 aus: NeuroTransmitter 7-8/2019
 von: M. Paulzen, H. Schneider, G. Schoetsanis
 zertifiziert bis: 14.8.2020
 CME-Punkte: 4

► **Schlafstörungen in der Praxis sicher diagnostizieren und behandeln**
 aus: NeuroTransmitter 5/2019
 von: N. Rauber
 zertifiziert bis: 30.4.2020
 CME-Punkte: 2

► **Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung**
 aus: NeuroTransmitter 3/2019
 von: B. Kruse, S. V. Müller, T. Sappok
 zertifiziert bis: 5.3.2020
 CME-Punkte: 2

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf CME.SpringerMedizin.de eingeben. Zur Teilnahme benötigen Sie ein **e.Med-Abo**.

Effizient fortbilden, gezielt recherchieren, schnell und aktuell informieren – ein e.Med-Abo bietet Ihnen alles, was Sie für Ihren Praxis- oder Klinikalltag brauchen: Sie erhalten Zugriff auf alle Premiuminhalte von SpringerMedizin.de, darunter die Archive von 99 deutschen Fachzeitschriften. Darüber hinaus ist im Abo eine Springer-Medizin-Fachzeitschrift Ihrer Wahl enthalten, die Ihnen regelmäßig per Post zugesandt wird.

Als e.Med-Abonnent steht Ihnen außerdem das komplette CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 550 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Testen Sie die CME.SpringerMedizin.de 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich mit einem e.Med-Abo:
www.springermedizin.de/eMed



Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Bauer M, Grof P, Müller-Oerlinghausen B (Hsgeb.): Lithium in Neuropsychiatry. The Comprehensive Guide. Informa healthcare. UK Ltd. (2006)
2. Gitlin MJ: Antidepressants in bipolar depression: an enduring controversy. *Int J Bipol Dis* 2018;6:25-31
3. Bschor T. Lithium in the treatment of major depressive disorder. *Drugs* 2014;4:855-862
4. Bauer M, Gitlin M: The Essential Guide to Lithium Treatment. Springer International Publishing Switzerland 2016
5. Severus E, Bauer M, Geddes J. Efficacy and effectiveness of lithium in the long-term treatment of bipolar disorders: An update 2018. *Pharmacopsychiatry* 2018;1:173-176
6. Kleindienst N, Greil W: Differential efficacy of lithium and carbamazepine in the prophylaxis of bipolar disorder: results of the MAP study. *Neuropsychobiology* 200;42 (Suppl.1):2-10
7. Geddes JR, Burgess S, Hawton K, Jamison K, Goodwin GM. Long-term lithium therapy for bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Psychiatry* 2004;61:217-222
8. Abou-Saleh M, Müller-Oerlinghausen B, Coppen AJ. Lithium in the episode and suicide prophylaxis and in augmenting strategies in patients with unipolar depression. *Int J Bipol Dis* 2017;5:11-19
9. Koukopoulos A, Reginaldi D, Tondo L, Visioli C, Baldessarini RJ. Course sequences in bipolar disorder: depressions preceding or following manias or hypomanias *J Affective Dis* 2013;151:105-110
10. Baethge C, Baldessarini RJ, Bratti IM, Tondo L. Prophylaxis-latency and outcome in bipolar disorders. *Canad J Psychiatry* 2003;48:449-457
11. Berghöfer A, Alda M, Adli M, Baethge C, Bauer M, Bschor T, Grof P, Müller-Oerlinghausen B, Rybakowski J, Suwalska A, Pfennig A. Stability of lithium treatment in bipolar disorder: long-term follow-up of 346 patients. *Int J Bipolar Disord.* 2013;1:11. doi 10.1186/2194-7511-1-11 (2014)
12. Baldessarini RJ, Tondo L. Effect of treatment discontinuation in clinical psychopharmacology. *Psychother Psychosom* 2019;28:1-6
13. Lewitzka U, Severus E, Bauer R, Ritter P, Müller-Oerlinghausen B, Bauer M. The suicide prevention effect of lithium: more than 20 years of evidence – a narrative review. *Int J Bipol Dis* 2015;3:15-31
14. Tondo L, Baldessarini RJ. Antisuicidal effects in mood disorders: are they unique to lithium? *Pharmacopsychiatry* 2018;1:177 – 188
15. Braun C, Bschor T, Franklin J, Baethge C: Suicides and suicide attempts during long-term treatment with antidepressants: A meta-analysis of 29 placebo-controlled studies including 6.934 patients with major depressive disorder. *Psychother Psychosom* 2016;85:171-179
16. Stübner S, Grohmann R, Greil W, Zhang X, Müller-Oerlinghausen B et al. Suicidal ideation and suicidal behavior as rare adverse events of antidepressant medication: Current report from the AMSP Multicenter Drug Safety Surveillance Project. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2018 Sep; 21(9): 814–821
17. Coppen A, Standish- Barry H, Bailey J, Houston GS, Dilocks P, Hermon C. Does lithium reduce mortality of recurrent mood disorders? *J Affective Disord* 1991;23:1 – 7
18. Müller-Oerlinghausen B, Müser-Causemann B, Volk J. Suicides and parasuicides in a high-risk patient group on and off lithium long-term medication. *J Affective Dis* 1992;25:261 -270
19. Felber W, Bauer M, Lewitzka U, Müller-Oerlinghausen B: review: Lithium clinics in Berlin and Dresden: a 50 year experience. *Pharmacopsychiatry.* 2018 Sep;51(5):166-171
20. Wolf T, Müller-Oerlinghausen B, Ahrens B, Grof P, Schou M et al.: How to interpret findings on mortality of long-term lithium treated manic-depressive patients? Critique of different methodological approaches. *J Affect Dis* 1996;39:127-132
21. Cipriani et al. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1805-19. Cochrane Collaboration Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry* 2005 Oct;162(10):1805-19.
22. Song J, Sjölander A, Joas E, Bergen SE, Runeson B, Larsson H, Landen M, Lichtenstein P. Suicidal behavior during lithium and valproate treatment: A within-individual 8-year prospective study of 50,000 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2017;74:795-802
23. Ahrens B, Müller-Oerlinghausen B. Does lithium exert an independent antisuicidal effect? *Pharmacopsychiatry* 2001;34:132 – 136
24. Müller-Oerlinghausen B, Lewitzka U. Lithium reduces pathological aggression and suicidality: a mini-review. *Neuropsychobiology* 2010;62:43-49
25. Rybakowski J, Suwalska A, Hajek T. Clinical perspectives of lithium's neuroprotective effect. *Pharmacopsychiatry* 2018;51:194 – 199
26. McKnight RF, Adida M, Budge K, Goodwin GM, Geddes JR. Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012;379:721 – 728
27. Müller-Oerlinghausen B, Bauer M, Grof P. Commentary on a recent review of lithium toxicity: what are its implications for clinical practice? *BMC Medicine* 2012;10:132 – 136
28. Zieschang. 2012, dem Autor freundlicherweise überlassene Abbildung
29. Albrecht J, Kampf D, Müller-Oerlinghausen B. Renal function and biopsy in patients on lithium therapy. *Pharmacopsychiatry* 1980;13:228 -234
30. Kampf D, Müller-Oerlinghausen B, Albrecht J, Kessel M. Lithiumprophylaxe: Nephrotoxizität und therapeutische Konsequenzen. *Der Internist* 1983;24:110 – 116
31. Azab AN, Shnaider A, Osher Y, Wang D, Bersudsky Y, Belmaker RH: Lithium nephrotoxicity. *Int J Bipol Dis* 2015;3:13 – 33
32. Werneke U, Ott M, Renberg ES, Taylor D, Stegmayr B. A decision analysis of long-term lithium treatment and the risk of renal failure. *Acta Psychiatrica Scand* 2012;126:186 –197
33. Munk-Olsen T, Liu X, Viktorin A, Brown HK, Di Florio A, D'Onofrio BM, Bergink V. Maternal and infant outcomes associated with lithium use in pregnancy: an international collaborative meta-analysis of six cohort studies. *The Lancet Psychiatry* 2018;5:644 – 652
34. Lehmann K, Ahrens B, Müller-Oerlinghausen B: Pharmakoökonomie der Lithiumprophylaxe. In: Müller-Oerlinghausen, Greil und Müller-Oerlinghausen (Hsgeb.) Die Lithiumtherapie. Nutzen, Risiken, Alternativen. 2. Auflage Springer Berlin Heidelberg N.Y 1997:457 –466
35. Lohse M, Müller-Oerlinghausen B: Psychopharmaka. In: Schwabe U, Paffrath D, Ludwig W-D, Klauber J (Hsgeb.): Arzneverordnungsreport 2018. Springer Verlag GmbH Deutschland 2018: 733-762
36. van Gestel H, Franke K, Petite J, Slaney C, Garnham J, Helmick C, Johnson K, Uher R, Alda M, Hajek T: Brain age in bipolar disorders: Effects of lithium treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2019. DOI: 10.1177/004867419857814
37. Grof P, Müller-Oerlinghausen B: Mogens Schou: 100th anniversary of his birth. *Int J Bipol Dis* 2018;6:27-29

Lebenserwartung und -qualität von MS-Patienten nehmen stetig zu

➔ Die Prognose von Patienten mit Multipler Sklerose (MS) hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stetig verbessert. Viele Patienten bleiben langfristig ohne Behinderung, die Lebenserwartung hat sich jener der Normalbevölkerung angenähert. Ein hoher Prozentsatz der Patienten im deutschen MS-Register DMSG mit derzeit rund 25.000 Teilnehmern habe „praktische keine Behinderung“, also einen Expanded Disability Status Scale (EDSS) von maximal 2,5, berichtete Prof. Dr. Judith Haas, Jüdisches Krankenhaus Berlin. Und von den mehr als 6.000 MS-Patienten aus der Berliner Datenbank seien nach 27 Jahren Krankheitsdauer über die Hälfte mehr als 500 Meter gehfähig. „Wir denken, dass die Immuntherapie dabei eine wesentliche Rolle spielt“, sagte die Neurologin.

Mit Teriflunomid (Aubagio®) zum Beispiel könne laut Analyse der gepoolten Daten aus TEMSO und TOWER die Rate von Schüben mit Residuen im Vergleich zu Placebo um 53 % reduziert werden ($p < 0,001$) [Miller

AE et al. J Neurol 2014;261(9): 178–88]. Langzeitdaten aus mehreren Extensionsstudien belegten einen anhaltend stabilen EDSS und ein konstantes Sicherheitsprofil über inzwischen acht Jahre unabhängig von einer Vortherapie [Comi G et al. Neurology 2019;92(15 Suppl),P3.2-071], berichtete Prof. Dr. Dr. Sven Meuth, Universität Münster. Häufigste Nebenwirkungen seien ein Anstieg der Leberwerte, Kopfschmerzen, Durchfall und Haarausdünnung. Die Wirksamkeit von Teriflunomid entspreche der von Dimethylfumarat (DMF), so der Neurologe weiter. Die Behandlungszufriedenheit der Patienten, nehme aber nach einer Umstellung von DMF auf Teriflunomid häufig zu.

Auch für Alemtuzumab (Lemtrada®) belegten Langzeitdaten über inzwischen 8 Jahre eine anhaltend geringe jährliche Schubrate bei vorbehandelten Patienten. 48 % der Patienten waren von Jahr 3 bis Jahr 8 durchgehend schubfrei [Singer BA et al. Neurology 2019;92(15 Suppl),P3.2-058]. Aktuell fin-

det eine Überprüfung des Nutzen-Risiko-Profils von Alemtuzumab gemäß Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 statt. Währenddessen soll Alemtuzumab nur bei Patienten mit Krankheitsaktivität nach zwei Vortherapien eingesetzt werden. Patienten, die bereits Behandlungsphasen erhalten haben, können die Therapie fortsetzen.

„Eine Therapie, die Schübe verhindert, verbessert die Lebensqualität“, sagte Haas und verringere auch die Fatigue. Ein gesunder Lebensstil ist für einen positiven Verlauf der Erkrankung ebenfalls relevant. Die Patienten sollten Übergewicht vermeiden und regelmäßig körperlich aktiv sein, „auch wenn sie sich danach müde fühlten“, so Haas. Empfehlenswert seien außerdem mediterrane Kost, wenig Kochsalz, wenig Alkohol und kein Nikotin. Der Stellenwert einer Vitamin D-Supplementation sei derzeit unklar.

Roland Fath

Presseworkshop „5. MS Special(ists)“, 25.6.2019, Hamburg; Veranstalter: Sanofi Genzyme

Migräneantikörper: Wirksamkeit nimmt langfristig noch zu

➔ Die Wirksamkeit des CGRP-Antikörpers Fremanezumab (Ajovy®) nimmt bei langfristiger Anwendung weiter zu. Das zeigen die Ergebnisse einer Extensionsstudie der HALO-Studien über zwölf Monate, die beim

EAN-Kongress in Oslo vorgestellt wurden. Darin nahm der Anteil der Patienten mit einer mindestens 50 %igen Reduktion der Kopfschmerz-/Migränetage weiter zu – verglichen mit den ersten drei Monaten der Therapie [Newman LC et al. 13. EHF-Kongress, Athen 2019, Poster P010]: Unter den Patienten mit chronischer Migräne stieg die Ansprechrate von 45 % (monatliche Gabe) beziehungsweise 41 % (Quartalsdosis) nach drei Monaten auf 59 % beziehungsweise 54 % zwölf Monate später an. Von den Patienten mit episodischer Migräne wurden am Ende 66 % (Quartalsdosis) beziehungsweise 68 % (monatliche Gabe) als Responder gewertet – gegenüber 49 % beziehungsweise 51 % drei Monate nach Therapiebeginn. Die Wirksamkeit von Fremanezumab bei schwer zu behandelnden Patienten ist durch Daten der multinationalen randomisierten, placebokontrollierten FOCUS-Studie dokumentiert [Ferrari MD et al. EHT-Kongress 2019, Poster P013]. Eingeschlossen waren 838 Patienten mit episodischer oder

chronischer Migräne, die auf zwei bis vier vorausgegangene prophylaktische Behandlungen unzureichend angesprochen hatten. Dennoch ging die Zahl der monatlichen Migränetage im Durchschnitt um etwa vier Tage zurück (Placebo: –0,6 Tage; $p < 0,0001$). Ebenso wie in den Zulassungsstudien zeigte sich ein schneller Wirkeintritt – mit einer signifikanten Reduktion der Kopfschmerztage schon nach vier Wochen ($p < 0,0001$).

Die Frage, wann ein Patient einen der neuen Antikörper zur Prophylaxe erhalten sollte, lasse sich leicht beantworten, wird Dr. Patricia Pozo Rosich, Universitätskrankenhaus Vall d'Hebron in Barcelona/Spainien in einer Pressemitteilung von Teva zitiert: „Immer dann, wenn sich die Migräne beeinträchtigend auswirkt und den Patienten hinsichtlich persönlicher, familiärer, beruflicher oder gesellschaftlicher Aspekte einschränkt.“ **red**

Nach Informationen von Teva



© oilly / Fotolia (Symbolbild mit Fotomodell)

Mit CGRP-Antikörpern kann die Zahl ihrer Migränetage gesenkt werden.

Phenylketonurie: Rekombinantes Enzym erlaubt Lockerung der Diät

➔ Lange Zeit war die Phenylalanin (PHE)-arme Diät die einzige Behandlungsmöglichkeit bei einer angeborenen Phenylketonurie. Seit kurzem steht zur Senkung pathologisch erhöhter PHE-Spiegel für Patienten über 16 Jahren auch die pegylierte rekombinante Form der Phenylalanin-Ammoniak-Lipase (Pegvaliase; Palynziq®) zur Verfügung.

Die autosomal-rezessiv vererbte Erkrankung wird heute in der Regel beim Neugeborenen-Screening diagnostiziert. Nur eine strenge PHE-arme Diät, bei der vor allem auf natürliches Nahrungsprotein verzichtet werden muss und PHE-freie Supplemente zugeführt werden müssen, kann dann eine weitgehend normale Entwicklung ermöglichen. Die Adhärenz ist bei dieser Diät aber vor allem im Erwachsenenalter oft sehr schwierig, was zu deutlich erhöhten PHE-Konzentrationen im Blut führen kann. Dies resultiert unter anderem in verminderter Intelligenz, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie psychischen

Symptomen wie Ängsten und Depressionen.

Mit subkutan verabreichter Pegvaliase könne Patienten mit deutlich erhöhten PHE-Werten ($> 600 \mu\text{mol/l}$) jetzt eine Alternative geboten werden, berichtete Dr. Roberto Tullio Zori, University of Florida. Belegt wurde die Wirksamkeit und Sicherheit der Behandlung in einer offenen randomisierten Phase-III-Studie (PRISM-1), an der 261 erwachsene PKU-Patienten (mittleres Alter 29 Jahre, mittlere PHE-Konzentration $1.232,7 \mu\text{mol/l}$) teilnahmen. Die Patienten brauchten während der Behandlung keine PHE-arme Diät einhalten, mussten aber die Eiweißzufuhr möglichst konstant halten und Tyrosin zuführen. Behandelt wurde nach Auftitrung über 24 Wochen mit einer Erhaltungsdosis von 20 oder 40 mg/Tag. Danach konnte bei Ansprechen auf die Therapie (78% der Teilnehmer) in einer offenen Erweiterungsstudie (PRISM 2) die Dosis der individuellen Wirksamkeit und Verträglichkeit angepasst werden.

Nach 36 Monaten lag die mittlere Reduktion der PHE-Werte bei etwa 72%. 72% der in der PRISM-2-Studie behandelten Patienten erreichten Spiegel $\leq 600 \mu\text{mol/l}$ und 66% Werte $\leq 360 \mu\text{mol/l}$ – trotz zunehmendem PHE-Gehalt in der Ernährung. Dabei gingen Symptome wie Konzentrationschwäche und Fatigue deutlich zurück. Am meisten profitierten Patienten mit besonders schlechter Ausgangssituation, berichtete Zori. Häufigste Nebenwirkungen waren Hypersensitivitätsreaktionen, die bei 87% innerhalb von 14 Tagen abgeklungen waren [Thomas et al. Mol Genet Metab 2018;124:27–38; Harding et al. Mol Genet Metab 2018;124:20–26].

Maria Weiß

Launch-Pressekonferenz „Paradigmenwechsel in der PKU-Therapie“, 3.7.2019, Berlin; Veranstalter: BioMarin

SMA: Präsymptomatische Kinder profitieren von Nusinersen am meisten

➔ Kinder mit infantiler spinaler Muskelatrophie (SMA) entwickeln Symptome vor dem sechsten Lebensmonat, unbehandelt erlangen sie nie die Fähigkeit, ohne Hilfe zu sitzen und erreichen nur mit maschineller Beatmung ein Alter von mehr als zwei Jahren. Eine frühe, präsymptomatische Therapie hat das Potenzial, die Prognose dramatisch zu verbessern.

Im Vergleich zu den milder verlaufenden Erkrankungen mit späterem Beginn werden bei infantiler SMA noch wesentlich geringere Mengen des Proteins „Survival Motor Neuron“ (SMN) gebildet. SMA-Patienten haben einen genetischen Defekt im für die Produktion des SMN-Proteins zuständigen SMN-1-Gen, erklärte Prof. Dr. Andreas Hahn, Abteilung für Kinderneurologie der Universitätsklinik Gießen. Der Mangel an SMN-Protein führe zu fortschreitender Degeneration von Vorderhornzellen im Rückenmark.

Mit dem Antisense-Oligonukleotid Nusinersen (Spinraza®) ist seit Mitte 2017 ein Medi-

kament zugelassen, das die Produktion von SMN-Protein steigern kann. Wie Hahn erläuterte, basierte die Zulassung auf Daten, wonach symptomatische Kinder, die Nusinersen erhalten hatten, eine bessere Überlebenschance hatten. Die Kinder blieben allerdings in der Regel schwer behindert. In der einarmigen Phase-II-Studie NURTURE wurde daher untersucht, ob Kinder im Alter von maximal sechs Wochen mit genetisch gesicherter SMA ($n = 25$) von Nusinersen einen größeren Vorteil haben, wenn die Behandlung vor dem Auftreten erster Symptome initiiert wird.

Laut einer Zwischenauswertung der Studien nach median 33,9 (bis zu 45,1) Monaten hatten die Kinder einen guten motorischen Funktionsstatus [Sansone V. EAN-Kongress 2019 Oslo; oral presentation]. So verbesserte sich der The Children's Hospital of Philadelphia Infant Test for Neuromuscular Disorders (CHOP INTEND)-Score für motorische Fähigkeiten stetig und stabilisierte sich im Bereich des maximal erreichbaren Wertes.

Die meisten Kinder erreichten mit Nusinersen wichtige motorische Meilensteine, viele innerhalb der Normalentwicklung: 100% der Kinder konnten frei sitzen, 92% mit Unterstützung gehen; 88% konnten sogar frei gehen. Die überwältigende Mehrheit hatte laut Hahn eine gute Saug- oder Schluckfunktion und benötigte weder eine Magensonde noch eine Speichelabsaugung.

Als Fazit schloss Hahn, dass es eines Neugeborenen-Screenings bezüglich SMA bedürfe, „damit wir die Patienten optimal behandeln können“.

Dr. Günter Springer

Pressegespräch „Zeichen erkennen, Zeit gewinnen: Frühzeitiger Einsatz von Nusinersen (Spinraza®) bei Kindern und Erwachsenen mit 5q-assoziiierter spinaler Muskelatrophie. 4.7.2019, Frankfurt am Main; Veranstalter: Biogen

Eculizumab bei NMOSD zugelassen

Mit Eculizumab (Soliris®) steht der erste Komplement-Inhibitor zur Behandlung von Aquaporin-4-Antikörper-positiven Neuromyelitis optica-Spektrum-Erkrankungen (NMOSD) zur Verfügung. In der Phase-III-Studie PREVENT waren 97,9% der Patienten, die zusätzlich zur bestehenden Therapie Eculizumab erhielten, nach 48 Wochen schubfrei, verglichen mit 63,2% der Patienten, die zur bestehenden Therapie Placebo erhielten [Pittock SJ et al. NEJM 2019;381:614–25]. Die signifikante Reduktion der Schübe blieb zudem über die Dauer der drei Behandlungsjahre erhalten. **red**

Nach Informationen von Alexion

Glenmark erweitert ZNS-Portfolio

Mit dem Wirkstoff Trazodon hat das Unternehmen Glenmark seine ZNS-Produktfamilie erweitert. Trazodon-Glenmark-Tabletten kommen zum Einsatz bei Episoden einer Major Depression. Der antidepressiv wirkende Inhaltsstoff Trazodon ist ein Triazolopyridinderivat und chemisch nicht verwandt mit tri- und tetrazyklischen Antidepressiva. Trazodon wirkt beruhigend und angstlösend, indem er die Wiederaufnahme des Neurotransmitters Serotonin hemmt und so dessen Konzentration im synaptischen Spalt erhöht. **red**

Nach Informationen von Glenmark

Real-World-Daten zu Safinamid

Daten aus Real-World-Studien sprechen für den Einsatz von Safinamid (Xadago®) als Add-on in der Parkinson-Therapie. In einer spanischen Studie verbesserte Safinamid den Score für die Veränderung des klinischen Gesamteindrucks nach drei Monaten signifikant bei drei Vierteln der Patienten. Die tägliche „Off“-Zeit wurde im Durchschnitt um 0,9 Stunden verringert ($p < 0,001$) – und dabei die tägliche Levodopa-Äquivalenzdosis um 140 mg/Tag (–20%) gesenkt [Rev Neurol 2017; 65(10): 433–8]. Eine italienische Studie ($n = 91$) ergab, dass Safinamid signifikant die tägliche Zeit im „On“ verlängerte und die Zeit im „Off“ verkürzte, während die Dyskinesien abnahmen [Mancini F et al., Neurol Sci 2018 Apr; 39(4):733–9]. **red**

Nach Informationen von Zambon

SPMS: Frühzeitig auf kognitive Störungen achten

➔ Kognitive Störungen können die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Lebensqualität von MS-Patienten stark beeinträchtigen und sind ein wesentlicher Teil der Krankheitsprogression beim Übergang von der schubförmig-remittierenden Multiplen Sklerose (RRMS) zur sekundär progredienten Multiplen Sklerose (SPMS).

Mehr als die Hälfte der MS-Patienten entwickle innerhalb von zehn Jahren kognitive Defizite, berichtete Prof. Dawn Langdon, Abteilung für Neuropsychologie der Royal Holloway University of London/UK. Sie korrelierten mit der Zahl der Läsionen in der weißen Substanz und der Hirnatrophie [Amato MP et al. J Neurol Sci 2006;245(1–2):41–6], betroffen seien insbesondere Patienten mit SPMS.

Fachgesellschaften empfehlen ein regelmäßiges kognitives Screening [Kalb R et al. Mult Scler 2018;24(13):1665–80] mit Erfassung der Baseline-Werte und einer Verlaufskontrolle in jährlichen Abständen. Dafür eigne sich besonders der SDMT (Symbol-Digit-Modalities-Test), sagte Prof. Ralph Benedict, Neurologe an der Universität Buffalo/USA. „Das mit dem SDMT erfasste kognitive Leistungsvermögen ist zum Beispiel ein entscheidender Faktor für die Berufstätigkeit von MS-Patienten, unabhängig von deren körperlicher Behinderung“, sagte

Benedict mit Hinweis auf eine aktuelle schwedische Studie [Kavaliunas A et al. Mult Scler 2019;25(1):104–12]. Mit dem SDMT könne vor allem das Defizit in der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit (Cognitive processing speed, CPS) und im Arbeitsgedächtnis zuverlässig erfasst werden.

Die CPS ist der bei MS am häufigsten betroffene Parameter und kann mit dem SDMT am besten bestimmt werden. In einer beim diesjährigen IMSCOGS vorgestellten Subgruppenanalyse einer Phase-III-Studie mit dem Sphingosin-1-Phosphat (S1P)-Rezeptormodulator Siponimod (Mayzent®) konnte gezeigt werden, dass Siponimod die mit dem SDMT erfasste CPS im Vergleich zu Placebo verbessert oder länger stabil hält [Benedict R et al. IMSCOGS 2019, Poster 21]. Das in den USA bereits zugelassene Siponimod verhindert die Migration von Lymphozyten ins ZNS und wirkt dadurch entzündungshemmend. Der Wirkstoff kann zudem die Blut-Hirn-Schranke überwinden und im Hirngewebe schädlichen immunologischen Prozessen entgegenwirken. Die EU-Zulassung ist beantragt.

Dr. Beate Grübler

8th Annual Meeting of the International MS Cognition Society (IMSCOGS), 6./7.6.2019, Amsterdam; Mayzent® (Siponimod) wird von Novartis vertrieben.

Erstes Medikament gegen nicht dystrophe Myotonie zugelassen

➔ Für Patienten mit symptomatischer, nicht dystropher Myotonie (NDM) ist in Deutschland seit kurzem das erste zugelassene Medikament verfügbar. Durch orale Therapie mit Mexiletin (NaMuscla®) können laut den Studiendaten die Muskelsteifigkeit signifikant verringert und die Lebensqualität erhöht werden.

In Deutschland gibt es nach Schätzungen rund 600 NDM-Patienten, berichtete Prof. Dr. Karlheinz Reiners. Allerdings sei mit einer großen Dunkelziffer zu rechnen. Bis zur Diagnose einer Myotonie vergingen im Schnitt etwa zehn Jahre, so der Neurologe vom Hermann-Josef-Krankenhaus in Erkelenz. Ursache von NDM sind vererbte

Chlorid- oder Natriumkanalstörungen, die ausschließlich die Skelettmuskulatur betreffen. Die Patienten können willkürliche Muskelkontraktionen, zum Beispiel beim Händeschütteln, Treppensteigen oder Blinkeln, nun verzögert lockern. Am häufigsten sind Chloridkanalmyotonien mit den Typen Thomsen und Becker, die sich bereits im Kleinkindalter oder in der späten ersten Dekade manifestieren. Typisch sei ein Warm-up-Phänomen, berichtete Reiners: Nach Ruhepausen sei die Muskelsteifigkeit besonders ausgeprägt, sie verringere sich durch wiederholte Bewegungen.

Diagnostiziert werden Myotonien durch klinische und elektromyografische Untersu-

chungen sowie anschließenden molekulargenetischen Nachweis der Mutation. Melixetin, das spannungsabhängige Natriumkanäle blockiert, zählt bei NDM zu den Medikamenten der ersten Wahl. Wirksamkeit und Sicherheit wurden unter anderem in der noch unveröffentlichten Phase-III-Studie MYOMEX bei 25 erwachsenen symptomatischen NDM-Patienten belegt. Nach 18-tägiger Behandlung sank der Schweregrad der Muskelsteifheit im Schnitt um 42 Punkte (von 66 auf 24). In der Placebogruppe lag der Wert bei Studienende zwischen 66 und 75 (Skala von 0 bis 100). Auch Funktionalität der Beine und gesundheitsbezogene Lebensqualität wurden gebessert.

Neue Option bei pharmakoresistenter Epilepsie?

➔ In einer klinischen Studie wird derzeit ein neues, transkranial fokussiertes oberflächliches System der Neurostimulation bei Patienten mit pharmakoresistenter fokaler Epilepsie geprüft. Man hofft auf eine verstärkte Kontrolle epileptischer Anfälle und eine Verbesserung der Lebensqualität. Rund 25% aller Patienten mit genetisch bedingten Epilepsien und bis zu 60% derjenigen mit strukturellen Epilepsien sprechen auf die verfügbaren Antiepileptika nicht an. Diese Patienten sind in vielerlei Hinsicht beeinträchtigt, da sie in ihren Alltagsaktivitäten, im Berufsleben und vielfach langfristig auch im kognitiven Bereich eingeschränkt sind. Mit einer Epilepsiechirurgie werde zwar in 60–70% der Fälle Anfallsfreiheit erreicht, diese sei jedoch laut Prof. Dr. Andreas Schulze-Bonhage, Epilepsiezentrum Universitätsklinik Freiburg, nur bei einem kleinen Teil der Betroffenen möglich. Mit der Vagusnerv-Stimulation (VNS) und der Thalamus-Stimulation stehen weitere Methoden zur Verfügung, die allerdings nur von wenigen Patienten genutzt werden. So kommt die VNS in Deutschland nur bei rund 100 Patienten jährlich zum Einsatz. Die responsive Fokus-Stimulation ist bislang nur in den USA zugelassen. Laut Schulze-Bonhage bestehe daher hoher Bedarf an neuen Stimulationsverfahren.

Mit EASEE® (Epikraniale Applikation von Stimulationselektroden zur Behandlung von Epilepsie) wird seit 2014 ein innovatives Stimulationssystem entwickelt, das sich

Die am häufigsten berichteten Nebenwirkungen waren Bauchschmerzen (12%), Schwindel (8%) und Schlafstörungen (12%), die schwerwiegendsten Arzneimittelreaktionen mit Eosinophilie und systemischen Symptomen (DRESS) sowie Arrhythmien (AV-Block, Kammerflimmern). Wegen der antiarrhythmischen Wirkung der Substanz ist vor Therapiebeginn eine kardiale Beurteilung der Patienten nötig. Auch unter Therapie ist ein regelmäßiges Monitoring erforderlich.

Roland Fath

Lunch-Symposium „Myotone Syndrome: Ein Update“, 10.5.2019, beim 24. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM) e. V., Göttingen; Veranstalter: Hormosan

durch zahlreiche Besonderheiten auszeichnet: Die dünne Silikonmatte mit integrierten Plättchenelektroden wird minimalinvasiv unter die Kopfhaut, anatomisch genau über das Gehirneareal platziert, welches die epileptische Aktivität zeigt. Der Schädelknochen bleibt dabei völlig intakt. Der Eingriff dauert je nach Situs 30–45 Minuten. Im Vergleich mit den anderen neuromodulatorischen Verfahren bei der Epilepsie sei die Implantation von EASEE® am einfachsten, betonte Dr. Martin Glaser, Neurochirurgische Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Mainz. Auch seien die therapeutischen Impulse individuell an die Bedürfnisse des jeweiligen Patienten adaptierbar. Zudem könnten alle Komponenten auf Wunsch vollständig wieder entfernt werden.

Jetzt ist mit der Studie EASEE® II die erste klinische Studie mit dem neuen System angelaufen, die seine Sicherheit bei Patienten mit pharmakoresistenter neokortikaler fokaler Epilepsie belegen soll. Weitere Ziele sind die Wirkung der Stimulation auf Anfallsfrequenz und -schwere. Bereits im Februar wurde in Freiburg erfolgreich die weltweit erste Implantation vorgenommen. Für die europäische Multicenterstudie sollen in fünf Universitätskliniken in Deutschland und Belgien insgesamt 15 Patienten rekrutiert werden. **Dr. Katharina Arnheim**

Innovationsforum „Leichter leben mit Epilepsie“, 7.5.2019, Mai; Veranstalter: Precisis

Adhärenz bei MS-Therapie im Blick

Seit März 2019 steht mit dem COPAXONE PEN® 40 mg eine neuartige Anwendung als Fertigpen zur Verfügung, der die dreimal wöchentliche subkutane Gabe des Immunmodulators Glatirameracetat 40 mg/ml vereinfacht. Die Vorteile des Fertigpens liegen laut Hersteller in der einfachen, schnellen und flexiblen Handhabung. Zwei Klicks signalisieren akustisch den Start und das Ende der Injektion. Der Fertigpen ist mit einer Einzeldosis von 1 ml Glatirameracetat 40 mg vorgefüllt, sofort einsatzbereit und wird dreimal wöchentlich an jeweils wechselnden Körperstellen injiziert. Kompliziertes Hantieren mit Nadeln und Spritzen sei damit künftig kein Grund mehr, eine Medikamentengabe auszulassen. Mit dem Fertigpen werde die Therapie noch einmal vereinfacht, was langfristig eine Verbesserung der Adhärenz von MS-Patienten nach sich ziehen könne, wird PD Dr. Antonios Bayas, Universitätsklinikum Augsburg, in einer Pressemitteilung zitiert. **red**

Nach Informationen von Teva

Rabattverträge für Galcanezumab

Das Unternehmen Lilly hat für den CGRP (Calcitonin Gene-Related Peptide)-Antikörper Galcanezumab (Emgality®) mit mehreren gesetzlichen Krankenkassen Rabattverträge abgeschlossen, die zum 1. Juli beziehungsweise 1. August 2019 in Kraft getreten sind. Sie decken laut Lilly aktuell mehr als 30% der gesetzlich Versicherten ab. Galcanezumab wird zur Migräneprophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat eingesetzt und mittels Fertigpen einmal pro Monat (in der Erhaltungsphase) subkutan injiziert. **red**

Nach Informationen von Lilly

Nervenregeneration fördern

Bei Diabetes mellitus werden als Folgeerkrankung oftmals periphere Nerven geschädigt. Der Einsatz kausal wirksamer, die Nervenregeneration fördernder Substanzen wie Uridinmonophosphat (UMP), Vitamin B12 und Folsäure (Keltican® forte) unterstützt dabei körpereigene Reparaturprozesse und kann dazu beitragen, Schmerzmittel einzusparen. **red**

Nach Informationen von Trommsdorff

Journal



Von Schiller bis T. C. Boyle – sie alle haben nachgeholfen

Stimulanzen als Wegbereiter großer Literatur

Als Stimulanzen werden psychoaktive Substanzen bezeichnet, die anregend auf den Organismus wirken. Sie erhöhen, beschleunigen oder verbessern die Aktivität der Nerven, kommen medizinisch zum Einsatz, gleichviel, ob es sich um Thophyllin, Methylphenidat, Amphetamin, Modafinil oder Ephedrin handelt. Amphetamin, MDMA und Methamphetamin sind heute in der Party- und Drogenszene en vogue, obwohl sie bei missbräuchlichem und unsachgemäßem Konsum viel Abhängigkeitspotenzial haben, mit in der Folge bedenklicher psychovegetativer Störungen und Psychosen. Frühzeitig diente dem einen der Alkohol als Quelle für unermüdliche literarische Inspiration, dem anderen vielleicht der Duft fauliger Äpfel.

In der Literatur sind Stimulanzen seit jeher bekannt; sie spielen oft eine wichtige Rolle bei der Entstehung literarischer oder künstlerischer Arbeiten. Die bekannteste Stimulanz dürfte dabei Alkohol sein. Bei den Stichworten Literatur und Alkohol, einem sattem und detailreich erforschten Gebiet, fallen Namen wie Edgar Allan Poe, F. Scott Fitzgerald, Ernest Hemingway, John Steinbeck, Georges Simenon, William Faulkner, Eugen O'Neill, Malcolm Lowry, Charles Bukowski oder Raymond Chandler. Mehr als 75 % aller amerikanischen Literaturnobelpreisträger waren Alkoholiker. Dabei ist dieses Phänomen nicht auf die amerikanische Literatur beschränkt: Man denke nur an den Schweden Carl Michael Bellmann, an den Waliser Dylan Thomas, den Wunsiedler Jean Paul oder an E.T.A. Hoffmann, an Uwe Johnson, aber auch an den Detmolder Christian Dietrich Grabbe, der im Suff sogar seine Ehefrau steigerte, um weitertrinken zu können, ganz zu schweigen von Joseph Roth, Jack London, Christian Friedrich Daniel Schubart oder Jeremias Gotthelf, Christoph Martin Wieland und zahllosen anderen mehr. Es gilt das allseits bekannte

Zitat: „Ein Alkoholnebel liegt über der Weltliteratur.“ Aber was ist mit anderen Stimulanzen, die weniger im Fokus des Allgemeinwissens stehen?

Inspiration aus der Schublade

Stimulieren bedeutet reizen, antreiben, anspornen, sagen bereits die alten Wörterbücher. Die Wirkung reicht vom Wohlbefinden bis zum Rauschzustand, von der sanften Anregung bis zur tödlichen Abhängigkeit. Schon Georg Christoph Lichtenberg wusste: „Wenn man manchen großen Taten und Gedanken bis zu ihrer Quelle nachspüren könnte, so würde man finden, dass sie öfters gar nicht auf der Welt sein würden, wenn die Bouteille verkorkt geblieben wäre, aus der sie geholt wurden. Man glaubt nicht, wie viel aus jener Öffnung hervorkommt.“ Allerdings kann die Inspiration auch aus einer Schublade kommen. Johann Peter Eckermann, der seit 1825 mit der Ordnung und Redaktion der Manuskripte und Briefschaften Goethes beschäftigt war, überlieferte unter dem Datum des 7. Oktober 1827 die Anekdote von einem Besuch in Schillers Jenaer Wohnung mit dem Inhalt, er habe Schiller nicht zu Hause vorgefunden, sich

aber, auf Einladung von Charlotte Schiller, an dessen Schreibtisch gesetzt, um sich „dies und jenes zu notieren“. Bald wurde er „von einem heimlichen Uebelbefinden (...) überschlichen (...), welches sich nach und nach steigerte“, sodass er sich „endlich einer Ohnmacht nahe“ fühlte: „Ich wusste anfänglich nicht, welcher Ursache ich diesen elenden, mir ganz ungewöhnlichen Zustand zuschreiben sollte, bis ich endlich bemerkte, dass aus einer Schublade neben mir ein sehr fataler Geruch strömte. Als ich sie öffnete, fand ich zu meinem Erstaunen, dass sie voll fauler Äpfel war. Ich trat sogleich an ein Fenster und schöpfte frische Luft, worauf ich mich denn augenblicklich wiederhergestellt fühlte. Indeß war seine Frau wieder hereingetreten, die mir sagte, dass die Schublade immer mit faulen Äpfeln gefüllt sein müsse, indem dieser Geruch Schiller wohlthue und er ohne ihn nicht leben und arbeiten könne.“

Si non e vero, e ben trovato, möchte man zweifelnd anmerken, doch bereits 15 Jahre vor Eckermann bezeugt der herzogliche Leibarzt Carl Vogel, dass ihm in seiner Praxis ein „ähnlicher Fall von Betäubung durch Apfeldunst“ be-

kannt sei. Goethe selbst habe als „Ursache seines Unwohlseins“ eine „große Anzahl faulender Äpfel“ entdeckt, „die Schiller aus Wohlgefallen an der sich aus ihnen entwickelnden Luft in den Fächern zu beiden Seiten seines Arbeitstisches angehäuft habe.“ In seiner „Kulturgeschichte der Neuzeit“ (1931) zieht Egon Friedell daraus den Schluss, Schillers Pathos nähre sich aus dem fauligen Geruch: „Ihre Leidenschaft ist vollkommen echt, hat aber etwas nicht ganz Frisches, einen ‚Stich‘, den befremdenden und zugleich verführerischen Hautgout des Morbiden und Konservierten; des Theatralischen.“

Schließlich hat Willy Haas in seinem Gedenkartikel zur „Feier von Schillers 125. Todestag“ in der „Literarischen Welt“ versucht, Schillers Stimulanzien nachzustellen. Allerdings mit wenig erfreulichem Ergebnis. Es rieche, bemerkt Haas, wie in der ungelüfteten Soldatenstube der Militär-Pflanzschule, in der „Die Räuber“ entstanden sind und in die Schiller gegen seinen Willen schon als Dreizehnjähriger abkommandiert wurde. In der Forschung wird gemutmaßt, Schillers Marotte erinnerte ihn an seine sorgenfreie Zeit in seinem Elternhaus, in dem es intensiv nach Äpfeln geduftet habe. Kein Wunder: Schillers Vater war ein angesehener Pomologe.

Schnupfsucht im 18. Jahrhundert

Andere Zeitzeugen wie Georg Friedrich Scharffenstein, später Generalleutnant in den Napoleonischen Kriegen, schildert Schillers Stuttgarter Quartier als ein „nach Tabak und allerhand stinkendes Loch“, und Johann Wilhelm Petersen berichtet: „Einen Tabakschnupfer wie Schiller einer war, wird man nicht leicht finden (...). Hatte er bisweilen gerade keinen in seiner Dose, so kitzelte er sich die Nasennerven mit Staub (...). Mehrere seiner Bekannten waren Augenzeugen, dass er, während eines Beischlafs, wobey er brausete und stampfte, nicht weniger als 25 Prisen (...) Geistigen Tabak in die Nase nahm.“

Schillers Schnupfsucht ist nicht mit heutigen Maßstäben zu messen, werden jene Argumente bedacht, die der Menta-

litätshistoriker und Kulturgeschichtler Wolfgang Schivelbusch in seiner ebenso kurzweilig wie hochinteressant geschriebenen „Geschichte der Genussmittel“ – „Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft“ (1990) – ins Felde führt. Schivelbusch führt aus, dass das Schnupfen im 18. Jahrhundert ein „kulturelles Phänomen ersten Ranges“ gewesen sei. Dabei beruft er sich auf die Schrift „Le bon

»Mehr als 90 % der peruanischen Rohkokainausfuhr erfolgte 1922 nach Deutschland. Nur ein Bruchteil des verarbeiteten Kokains war für medizinische Zwecke bestimmt, der Rest ging dem illegalen Markt zu.«

usage du Tabac en Poudre“ aus dem Jahre 1700: „Man schnupft heutzutage am Hofe wie in der Stadt; Fürsten, hohe Herren und das Volk schnupfen gleichermaßen, es gehört zu den Lieblingsbeschäftigungen der vornehmsten Damen, und die Bürgerfrauen, die diese in allem nachahmen, folgen ihnen auch in dieser Tätigkeit. Es gehört zu den Leidenschaften der Prälaten, Abbés und sogar der Mönche. Trotz des päpstlichen Verbotes schnupfen die Priester in Spanien während der Messe. Die geöffnete Tabatiere liegt vor ihnen auf dem Altar.“

Diese ursprünglich aus Spanien kommende Mode des Tabakschnupfens erreicht ihren Höhepunkt durch die französische höfische Kultur, die als maßstabsetzend in ganz Europa gilt. Erstaunt lesen wir bei Schivelbusch: „In Frankreich werden kurz vor der Revolution elf Zwölfel des gesamten Tabakverbrauchs geschnupft“. Deshalb ist es auch nicht verwunderlich, dass die Tabatiere neben dem Kavaliersdegen und dem Fächer zu den zentralen Requisiten des Rokokomenschen zählt. In Diderots berühmtem Roman „Jacques le Fataliste“, entstanden und niedergeschrieben zwischen 1765 und 1784, definiert sich der Herr gegenüber dem Knecht über den Diener, die Uhr – und die Tabatiere. Sie sind ihm „die drei großen Hebel seines Lebens“.

Die zeitgenössische Medizin weiß um zwei Wirkungen des Schnupfens: zum einen um die Entschleimung, zum anderen um die Stimulation. Sie begründet diese mit der damaligen Vorstellung, es

gebe kein anderes Organ im menschlichen Körper, das empfindlicher sei als „die Nüstern“, die einen unmittelbaren Zugang zum Gehirn hätten. So verwundert es auch nicht weiter, dass Diderots „Encyclopädie“ insbesondere der Nase einen umfangreichen Artikel widmet, in dem es heißt: „Der Gebrauch der Nase und ihrer Schleimhäute erfordert die allergrößte Aufmerksamkeit in der medizinischen Praxis“ (Schivelbusch). Das dürfte nicht weiter verwunderlich sein, wenn man sich die unterentwickelte Körperhygiene dieser Zeit ins Gedächtnis ruft, die umgekehrt proportional in unmittelbarem Zusammenhang zum Aufblühen

der Parfüm-, Duft- und Schnupfindustrie gesehen werden kann. Schivelbusch merkt hierzu an: „Wenn der Schnupftabak neben seiner stimulierenden auch noch die Wirkung hat, den Geruchssinn stillzulegen, dann muss das den Zeitgenossen als eine willkommene Nebenwirkung vorgekommen sein.“

Kokain und Opium

Abgelöst wird das Tabakschnupfen nach der Französischen Revolution durch das Schnupfen von Kokain und das Rauchen von Opium. Nach Coleridges Gedicht „Kubla Khan“ (1797) beschreibt Thomas de Quincey in seinen „Bekanntnissen eines englischen Opiumessers“ (1821) erstmalig auf literarischem Niveau Freuden und Leiden des regelmäßigen Opiumkonsums, dessen Verzückungen, aber auch die entstehenden Schreckensträume. De Quincey betont, „dass kein Mensch, der einmal die himmlischen Wollüste des Opiums kennen gelernt, je wieder zu den groben und irdischen Genüssen des Alkohols herabsteigt.“

Eine Übertragung der „Bekanntnisse“ ins Französische gilt der Forschung als Grundlage für Charles Baudelaires im Mai 1860 erschienenen „Paradies artificiels“. Dabei wurde auf einen gravierenden Unterschied hingewiesen: „Während de Quinceys Opium das ruhige Vorsichhinträumen garantierte, ruft Haschisch als Halluzinogen phantastische Träume hervor. Die Sinne erwerben sich eine neue Freiheit, eine überlegene Schärfe der Wahrnehmung. Geruch, Ge-

sicht, Gehör, Gefühl nehmen gleichermaßen an diesem Fortschritt teil. Die Augen zielen ins Unendliche. Das Ohr vernimmt fast nicht wahrnehmbare Töne inmitten des größten Tumultes. Und hier beginnen dann die Halluzinationen. Die Gegenstände der Außenwelt nehmen langsam und einer um den anderen seltsame Gestalten an, verformen, verwandeln sich. Dann stellen sich Zweideutigkeiten ein, Verwechslungen und verschobene Vorstellungen. Die Töne bekleiden sich mit Farben, die Farben enthalten Musik. Dies, wird man sagen, ist nur allzu natürlich, und jedes dichterische Gehirn nimmt in seinem gesunden und normalen Zustand diese Analogien leicht wahr. Aber ich habe den Leser ja bereits darauf aufmerksam gemacht, dass man im Haschischrauch nichts wirklich Übernatürliches erfährt; nur gewinnen diese Analogien dann eine ungewöhnliche Lebendigkeit; Sie durchdringen, überwältigen und bedrängen den Geist mit despotischer Gewalt.“

Zu beachten ist nach Schivelbusch, dass die Tabuisierung der Rauschgifte und ihre Illegalisierung erst jüngeren Datums sind. So heißen die in anderen Kulturen durchaus anerkannten Rauschmittel im Deutschen bezeichnenderweise „Rauschgifte“: Der Zusammenhang von Rausch und Gift ist dadurch offensichtlich. Das Grimmsche Wörterbuch kennt den Begriff noch nicht.

Erstaunlich dürfte auch sein, dass das englische Industrieproletariat nach einer Beschreibung von Karl Marx durchaus ein entspanntes Verhältnis zu Opium hatte. Das von Paracelsus entwickelte „Laudanum“ als Lösung aus Alkohol und Opium ist – wie heute das Aspirin – „in jedem Dorf“ zu bekommen und hält Einzug in die Literatur: bei Novalis in den „Hymnen an die Nacht“ ebenso wie in Schlegels „Lucinde“. Dies spricht für die „Alltäglichkeit des Opiums für die arbeitende Bevölkerung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts.“ Französische Dichter, Künstler und Intellektuelle erheben im „Club des Haschischins“ die „Gleichung von literarischer Produktion und Drogenkonsum zum Programm.“ Die im Drogenkonsum entstehende und vielfach beschriebene Phantasielandschaft wird als Fluchtraum ver-

standen und steht zugleich in engem Zusammenhang mit der neu aufkeimenden Orientmode.

Opium gegen Tee

Waren de Quinceys Ausführungen noch die „Krankengeschichte eines Süchtigen“, so bewirken die großen Kriege des 19. Jahrhunderts auf dem Weg über die Lazarette (Erfindung der Injektionspritze) eine Multiplikation der Drogensucht. Schivelbusch: „Das Morphinium wandert aus dem militärischen ins zivile Leben weiter, ein Vorgang der Expansion, wie wir ihn bereits im Dreißigjährigen Krieg beim Tabak beobachtet haben.“ Die politischen Konsequenzen sind unübersehbar. Zu beachten ist bei der Diskussion jedoch auch der Zusammenhang von Opium und Kolonialismus, wobei die englische „Ostindien Kompanie“ eine wichtige Rolle spielt. Die Kolonialmächte benutzten Opium als politisches und nicht nur als kommerzielles Mittel. Schivelbusch bilanziert: „Der Tee, mit dem die englische Gesellschaft sich für ihre globalen Unternehmungen fit hält, wird bezahlt mit dem Opium, das die chinesische Gesellschaft schläfriger, träumerischer, inaktiv, konkurrenzunfähig und beherrschbar macht (...). Opium gegen Tee, das ist eine Formel, die nicht nur die Erfolge des englischen Imperialismus im fernen Osten erklärt, sondern das Verhältnis zur Dritten Welt insgesamt charakterisiert.“ Immerhin wurden an die 25 % der Einkünfte aus französischen und englischen Kolonien mit Opium erzielt (Stephan Resch).

Die pharmakologische Entdeckung der Zeit ist das Kokain, das literarisch erstmals bei Robert Louis Stevenson von Bedeutung wird, als „Dr. Jekyll und Mr. Hyde“ (1886) während einer Kokainbehandlung geschrieben wird. Selbst der literarische Meisterdetektiv Sherlock Holmes gibt sich als Kokainkonsument zu erkennen, Rimbaud, Verlaine oder Georg Trakl sind weitere berühmte Anhänger dieser Droge. Bei Resch lesen wir: „Mehr als 90 % der peruanischen Rohkokainausfuhr erfolgte 1922 nach Deutschland. Nur ein Bruchteil des verarbeiteten Kokains war für medizinische Zwecke bestimmt, der Rest ging dem illegalen Markt zu. Bereits 1898 entwickelte Bayer das Heroin, ursprünglich als

Hustenmittel für Kinder gedacht.“ Der Arzt und Lyriker Gottfried Benn beschreibt anschaulich die schmutzstarrenden Kokainhöhlen von Berlin, „in denen Männer und Frauen aus allen Gesellschaftskreisen, auch Akademiker, Schauspieler etc. Stunden erfüllter Begierde als wesenslose Lebewesen hindämmern.“

Ganz Europa war von der Kokainwelle erfasst. In Dänemark las man Otto Rungs Novelle „Kokain“, in Paris den „Roman mit Kokain“ von M. (Mark) Agejew, Jean Cocteau beschrieb seinen Selbstmordversuch mit Kokain in seinem Roman „Le Grand Ecart“, doch der größte Hit war der Roman „Kokain“ des Italieners Pitigrilli (1921), der noch 1988 in Deutschland auf dem Index stand. Selbst die Nazis wurden von Kokain erfasst: Göring war seit den 1920er-Jahren Morphinist, Hitler wurde medizinisch mit Pervitin und Kokain behandelt. Zuletzt hat sich der drogenerfahrene amerikanische Schriftsteller T.C. Boyle mit den kulturgeschichtlichen Auswirkungen des Experimentierens mit Drogen auf die Hippiekultur und die 1968er-Bewegung in seinem Roman „Das Licht“ (2019) auseinandergesetzt. Der Drogenpapst Timothy Leary, seine verschworene Anhängerschaft und Experimente mit psychedelischen Substanzen bilden dabei einen Romanstoff, der zu großen Teilen mit autobiografischen Erfahrungen angereichert ist. Die Stärke des Romans liegt zweifellos darin, die zukunftsgerichtete Euphorie des Drogenbefürworters mit einer wachsenden und kritischer werdenden Verunsicherung des permanent emphatisch beschworenen Zusammenhalts zu konfrontieren.

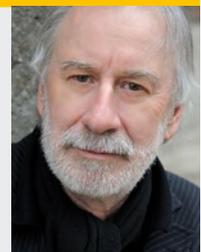
Literatur beim Verfasser

AUTOR

**Prof. Dr. phil.
Gerhard Köpf**

Literaturwissenschaftler
und Schriftsteller
Ariboweg 10,
81673 München

E-Mail:
aribo10@web.de



Ferdinand Cheval

Der Stein des Anstoßes

Wenn Menschen aus ihrem Alltagsleben ausbrechen und alles Gewohnte und sicher Geglaubte aufgeben, ist es oftmals ein kleiner Anlass, der den letzten Anstoß gibt. Beim Postboten Cheval, der im Frankreich des ausgehenden 19. Jahrhunderts ein bis heute wenig vergleichbares Kunstwerk schuf, gab den Anstoß tatsächlich der sprichwörtliche Stein.

Ferdinand Cheval (1836–1924) galt in seinem Dorf schon früh als eigenartig. Als junger Mann verschwand er auf der Suche nach Arbeit für ein paar Jahre und nicht einmal seine Frau wusste, wo er sich aufhielt. Schwere Schicksalsschläge in jungen Jahren, die ihm seine Mutter, seine erste Frau und ein einjähriges Kind raubten, trugen zudem zu einer weiteren Verhärtung seines Charakters bei. Mit Anfang 30 begann er als Postbote zu arbeiten und wanderte jeden Tag auf seiner über 30 Kilometer langen Route über Felder,

Wiesen und Hügel. Wie er es beschrieb, bildete er auf seinen langen Wanderungen Traumschlösser in seiner Imagination, angeregt auch durch die vielen Postkarten mit exotischen Motiven, die damals in Mode kamen.

Postkartenidyll aus Stein im Palais idéals

Als 43-Jähriger stieß er eines Tages auf einen Stein, der sein Leben verändern sollte. Cheval hinterließ in seinen Notizen: „Mein Fuß stieß gegen einen Philosophenstein, der mich fast zum Stolpern

brachte. Ich wollte ihn näher ansehen, denn seine Form war besonders. (...) Der Stein ist von samtener Beschaffenheit, das Wasser hat an ihm seine Arbeit getan, der Zahn der Zeit hat diesen einen Kiesel gleich erhärten lassen. (...) Jede Tiergattung, jede Form ist darin enthalten. Ich sagte mir, wenn die Natur Skulpturen wie diese erschafft, dann verlege ich mich aufs Maurerhandwerk und die Architektur.“ Dieser Stein ist heute auf einem kleinen Altar auf einer der Terrassen des Palais idéals zu bewundern, den Cheval in den folgenden 33 Jahren in sei-



„Der Stein des Anstoßes“

© Courtesy of Palais idéal du facteur Cheval / Photo : Frédéric Jouhanin

nem Gemüsegarten in Hauterives, einer französischen Gemeinde im Norden des Départements Drôme in der Region Auvergne-Rhône-Alpes, errichtete. Dabei handelt es sich um einen einzigartigen, von Skulpturen, mythischen Kreaturen, Bibelallegorien, Sinnsprüchen sowie fauna- und floraartigen Auswucherungen überbordenden begehbaren Palast, der zu einem wichtigen Inspirationsort für die Surrealisten werden sollte. Doch das natürlich erst viel später.

Erst musste der fleißige Postbote, der jeden Tag mit seiner geliebten Schubkarre Steine, Muscheln und Kiesel für sein gigantisches Werk anschleppte und verbaute, eine Mauer um seinen Garten errichten, damit ihn die Dorfnachbarn nicht weiter verhöhnen konnten. Als das Werk jedoch Gestalt annahm und die Welt von seinem Genie überzeugt auf den emsig arbeitenden, unbeirrbar Ferdinand Cheval aufmerksam wurde, änderte sich sein Ansehen. Seine Ideen, die doch wie Manien gewirkt hatten, waren nach Jahren der Arbeit auf einmal nicht mehr lächerlich, sondern sein eiserner Wille erstaunlich, das Werk, das er als einzelner Mensch mit der Beharrlichkeit einer Ameise zustande brachte, ein Wunder. Er selbst konnte es teils kaum fassen, was er da geschaffen hatte und beendete den Bau des Palais mit der Inschrift: „10000 Tage, 93000 Stunden, 33 Jahre Anstrengung“ und an anderer Stelle „die Arbeit eines einzigen Menschen“. 30 mal 15 Meter wurde sein Palast groß mit einer Höhe von bis zu 13 Metern. Auf zwei Ebenen sind Grotten und Gänge zu erkunden, Terrassen und Fensteröffnungen verbaut, sogar ein Wasserleitungssystem, das in einem „Quell des Lebens“ mündet, legte Cheval an.

Unvorhergesehene Entdeckungen

In einem eben bei Hanser erschienenen Buch, das den schönen Titel „Alle Zeit der Welt“ trägt und sich mit seinem Lob der Langsamkeit gegen die Informationsflut der Jetztzeit stemmt, ist auch Ferdinand Cheval ein Kapitel gewidmet. In seinem Plädoyer für die Langsamkeit schreibt der Autor:

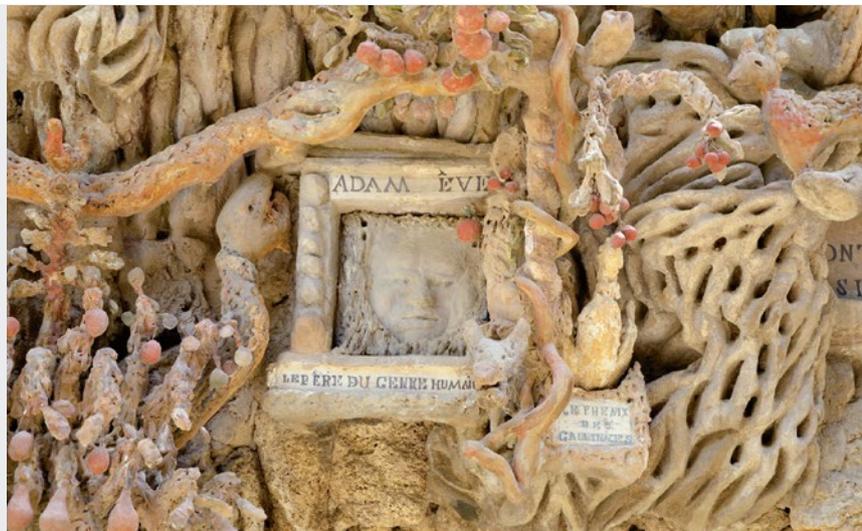
„Wir müssen uns selbst den Druck nehmen. In der Ära der Abkürzung argumentiere ich für den Abstecher. In der Zeit des

Ostseite
des Palais
idéel in
Hauterives.



© Wikimedia Commons

© Courtesy of Palais idéal du facteur Cheval / Photo : Frédéric Jouhanin



Algorithmus bevorzuge ich den Zufall. Nicht der Zufall als reine Koinzidenz, sondern vielmehr als das, was man im Englischen „serendipity“ nennt und was der Kulturwissenschaftler Carlo Ginzburg einmal als ‚unvorhergesehene Entdeckungen, die durch Zufall und Intelligenz gemacht werden‘ umschrieben hat.“

Unvorhergesehene Entdeckungen möchte auch diese Galerie des Neurotransmitter dem Leser ermöglichen, sei es in dem anregenden Buch des Kulturwissenschaftlers und -förderers Thomas Girst oder auf einem Abstecher in das kleine Dörfchen Hauterives, nicht allzuweit entfernt gelegen von Lyon.

Mehr Informationen: „Alle Zeit der Welt“, Thomas Girst-, Carl Hanser Verlag 2019
www.facteurcheval.com

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

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

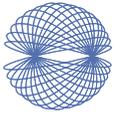


Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2019/2020

Datum / Ort / Zeit	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
23.10.2019, Nürnberg 18:00–20:00 Uhr CME-Punkte beantragt	Morbus Parkinson, wirtschaftliche Verordnungsweise, TSVG (kostenlos)	Fortbildungsakademie BVDN – BDN – BVDP Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: k.braungardt@akademie-psych-neuro.de
23.10.2019, Weimar-Legefeld Hotel Ramada, Kastanienallee 1	BVDN Landesverband Thüringen Mitgliederversammlung	Dr. Volker Schmiedel E-Mail: volker.schmiedel@t-online.de
26.10.2019, Unna Ringhotel Katharinenhof	BVDN Landesverband Westfalen Herbsttagung	
30.10.2019, Bremen 7 CME-Punkte beantragt	Elektroneurografie – Grundlagen und schwierige Techniken Referent: Prof. Dr. C. D. Reimers (140 €, noch 5 Plätze)	Fortbildungsakademie BVDN – BDN – BVDP siehe oben
20.11.2019, Bad Bramstedt Am Köhlerhof 4	BVDN Landesverband Schleswig-Holstein: Herbsttagung	Landesverband Schleswig-Holstein Tel. 04821 2041, Fax: 04821 2043 E-Mail: gehring@neurologie-itzehoe.de
23.11.2019, Berlin Charité Campus Mitte, Luisenstr. 58–60 9:30 bis 17:15 Uhr 8 CME-Punkte beantragt	1. MS-Seminar Moderne Immuntherapie der MS: Neurologischer Praxis-Workshop Referenten: Prof. Dr. G. Nelles und PD Dr. O. Hoffmann (140 €)	Fortbildungsakademie BVDN – BDN – BVDP siehe oben
15.1.2020, Düsseldorf	BVDN Landesverband Nordrhein: Mitgliederversammlung	Geschäftsstelle BVDN – BDN – BVDP Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 4546920 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
29.1.2020, Fürth nachmittags CME-Punkte beantragt	Nervensonografie Referent: Dr. A. Schramm (90 €)	Fortbildungsakademie BVDN – BDN – BVDP siehe oben
8.2.2020, Frankfurt ganztäglich CME-Punkte beantragt	Transition bei Epilepsie und ADHS Referenten: Prof. Dr. F. Rosenow, PD Dr. B. Kis (140 €)	Fortbildungsakademie BVDN – BDN – BVDP siehe oben
26.–28.3.2020, Köln Park Inn City West	Neurologen- und Psychiatertage mit Mitgliederversammlung des BVDN Hauptthema: Neuroethik und Neurogenetik, Seminare zu Migräne, ADHS, MS, Gutachten, Depression, Psychose, Praxisstart, kognitive Fallstricke in der Diagnostik, Neuropsychologie	Geschäftsstelle BVDN – BDN – BVDP Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 4546920 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
9.5.2020, München Hörsaalgebäude im Rechts der Isar	Bayerische Frühjahrstagung mit Mitgliederversammlung Thema: „in label – off label“	Athene Akademie Tel.: 0931 2055526 E-Mail: k.braungardt@athene-qm.de

Fortbildungsveranstaltungen 2019/2020

21.11.2019, München Bayerischer Bezirketag, Ridlerstr. 75	Zentrale Fallkonferenzen der Erwachsenen AGATE	Communications Management Betteltpfad 62a, 55130 Mainz Tel.: 06131 62799-0 E-Mail: bc@bormanncom.de
27.–30.11.2019, Berlin CityCube, Messedamm 26	DGPPN-Kongress – Psychiatrieforschung von morgen	m:con, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim Tel.: 0621 4106-0 E-Mail: dgppn.registrierung@mcon-mannheim.de
5.–7.12.2019, Leipzig Congress Center Leipzig, Seehausener Allee 1	26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V. Motto: Lernen, Motivation und Emotion	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Claudia Voigtmann, Tel.: 03641 3116-335 E-Mail: claudia.voigtmann@conventus.de
30.1.–1.2.2020, Karlsruhe Kongresszentrum, Gartenhalle Festplatz 2	Arbeitstagung NeuroIntensivMedizin – ANIM 2020 37. Jahrestagung der DGNI und DSG	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Anja Kreuzmann/Julian Unger Tel.: 03641 3116-357-330 E-Mail: anim@conventus.de



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ **www.bvdsn.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: Martin Finger, Stefan Specht

Mecklenburg-Vorpommern:

Ramon Meißner

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Egbert Wienforth, Gereon Nelles

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Nikolaus Rauber, Richard Rohrer

Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Klaus Gehring

Thüringen: Volker Schmiedel

Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

Ansprechpartner für Themenfelder

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

Neue Medien: Bernhard Michatz

EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Gunther Carl

Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel

Gutachten Neurologie: Friedhelm Jungmann

Belegarztwesen Neurologie: Joachim Elbrächter

Fortbildung Assistenzpersonal: Roland Urban

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

U.E.M.S. – Neurologie: Gereon Nelles

Ausschüsse

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung:

P. Christian Vogel, Markus Weih

Ambulante Neurologische Rehabilitation: Paul Reuther

Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: Norbert Mönter

Weiterbildungsordnung:

Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl,

Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim

Leitlinien: Sabine Köhler, Klaus Gehring,

Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim

Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: Vorstand

Referate

ADHS: Günter Endraß

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 Bodenschätz
Schmerztherapie Neurologie: Uwe Meier, Monika Körwer
Suchttherapie: Greif Sander



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ **www.neuroscout.de**

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich

2. Vorsitzender: Martin Südmeyer, Potsdam

Schriftführer: Wolfgang Freund, Biberach

Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten

Beisitzer: Klaus Gehring, Itzehoe; Christoph Kosinski, Würselen; Elmar Busch, Essen; Heinz Wiendl, Münster

Beirat: Sophie Aschenberg, Köln (Junge Neurologen), Jochen Klucken, Erlangen (Telematik/E-Health/Methodik), Iris Penner, Düsseldorf (Neuroedukation/Neuropsychologie), Klaus Piwernetz, München (Qualitätsmanagement)

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: Uwe Meier, Paul Reuther

GOÄ/EBM: Rolf F. Hagenah, Elmar Busch, Uwe Meier,

Qualitätsmanagement: Uwe Meier

Risikomanagement: Rolf F. Hagenah

Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN

DRG: Reinhard Kiefer

Geschäftsstelle des BVDN

Dagmar Differt-Fritz, Gut Neuhof,

Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld

Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925

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

Bankverbindung: Sparkasse Duisburg

IBAN DE 04350500000200229227,

BIC DUISDE 33 XXX

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

Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

Politische Geschäftsstelle Berlin:

RA Bernhard Michatz, Geschäftsführer

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Tel.: 030 21480761, Fax: -21480763

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

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: Uwe Meier

Versorgungsforschung: Uwe Meier

Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:

Rolf Hagenah

Anhaltsszahlen/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



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ **www.bv-psychiater.de**

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Stellvertretender Vorsitzender:

P. Christian Vogel, München

Schriftführer: P. Christian Vogel, München

Schatzmeister: Martin Finger, Frankfurt

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

Referate

ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto

Autismusspektrumstörungen:

Christa Roth-Sackenheim

Forensik: P. Christian Vogel

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
BVDN-Landesverband: BADEN-WÜRTTEMBERG						
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	KV/ÄK	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@web.de
Dr. P. Hezler-Rusch	Konstanz	ja	ÄK	07531 18330	07531 18338	paula.hezler-rusch@online.de
BVDN-Landesverband: BAYERN						
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	KV/ÄK	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. K. Ebertseder	Augsburg	ja	KV	0821 510400	0821 35700	dr.ebertseder@t-online.de
Dr. Angelika Lütke	München	ja	KV/ÄK	089 713729	089 71090537	angela.luethe@gmx.de
BVDN-Landesverband: BERLIN						
Dr. Gerd Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	Dr.G.Benesch@t-online.de
Dr. R. A. Drochner	Berlin	ja	KV/ÄK	030 40632381	030 40632382	ralph.drochner@neurologe-psychiater-berlin.de
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 39220221	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband: BRANDENBURG						
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 7409500	0331 7409615	st-alder@t-online.de
Dr. M. Böckmann	Großbeeren	ja	ÄK	033701 338880		
Dr. G.-J. Fischer	Teltow	ja	ÄK	03328 303100		
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379 371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband: BREMEN						
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	KV/ÄK	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband: HAMBURG						
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
Dr. R. R. Trettin	Hamburg	ja	KV/ÄK	0176 61298288	040 461222	praxis@neurologiewinterhude.de
BVDN-Landesverband: HESSEN						
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
S. Specht	Griesheim	ja	KV	06155 878400	06155 878420	stefan.specht@web.de
Dr. W. Wolf	Dillenburg	ja	KV	0176 61298288	040 461222	praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN						
Prof. Dr. J. Buchmann	Rostock	ja	ÄK	0381 4949460	0381 49	johannes.buchmann@med.uni-rosrock.de
Dr. Dr. M. Gillner	Rostock	nein	ÄK	03831 452200		
Dr. L. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0171 2124945		liane.hauk-westerhoff@gmx.de
BVDN-Landesverband: NIEDERSACHSEN						
Dr. R. Luebbe	Osnabrück	ja	KV	0541 434748		ralph.luebbe@gmx.de
BVDN-Landesverband: NORDRHEIN						
Dr. M. Dahm	Bonn	ja	KV/ÄK	0228 217862	0228 217999	dahm@seelische-gesundheit-bonn.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	KV/ÄK	0221 402014	0221 405769	hphaus1@googlemail.com
BVDN-Landesverband: RHEINLAND-PFALZ						
Dr. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. R. Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. M. Michel	Landau	ja	ÄK	06341 929490	06341 929490	post@dr-michel.de
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	0160 97796487	02632 964096	C@Dr-Roth-Sackenheim.de
Dr. K. Sackenheim	Andernach	ja	KV/ÄK	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. S. Stephan	Mainz	ja	KV/ÄK	06131 582814	06131 582513	s.stephan@nsg-mainz.de
Dr. C. Werner	Mutterstadt	ja	ÄK	06234 920092	06234 920093	dr.ch.werner@t-online.de
BVDN-Landesverband: SAARLAND						
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	KV/ÄK	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. U. Mielke	Homburg	ja	ÄK	06841 2114	06841 15103	mielke@servicehouse.de
Dr. H. Storz	Neunkirchen	ja	KV	06821 13256	06821 13265	h.storz@gmx.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN						
Dr. M. Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733 672625	03733 672627	mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN-ANHALT						
Dr. Michael Schwalbe	Lutherstadt-Wittenberg	ja	KV	03491 442567	03491 442583	schwalbenhorst@t-online.de
BVDN-Landesverband: SCHLESWIG-HOLSTEIN						
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	KV/ÄK	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband: THÜRINGEN						
Dr. D. Neubert	Arnstadt		KV	03628 602597	03628 582894	dirk@neubert.net
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband: WESTFALEN						
Dr. M. Bauersachs	Dortmund	ja	KV	0231 142818		info@klemt-bauersachs.de
Rüdiger Saßmannshausen	Bad Berleburg	ja	ÄK/KV	02751 2785	02751 892566	sassmannshausen@bvdn-westfalen.de

Dr. Uwe Bannert

Oldesloerstr. 9, 23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551 96966-1, Fax: -9
uwe.bannert@kvsh.de

Dr. Martin Bauersachs

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

Dr. Ute Bavendamm

Oskar-Schlemmer-Str. 15,
22115 Hamburg
Tel.: 040 715-91223, Fax: -7422
dr.bavendamm.strobel@freenet.de

Dr. Gerd Benesch

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

Dr. Ulrike Bennemann

Holzhäuser Str. 75, 04299 Leipzig
Tel.: 0341 52993-88, Fax: -90
ubennemann@psychiatrie-leipzig.de

Ralf Berkenfeld

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

Dr. Rudolf Biedenkapp

Frankfurter Str. 127, 63067 Offenbach
Tel.: 069 8236606-1, Fax: -3
biedenkapp.r@t-online.de

Dr. Oliver Biniash

Fried.-Ebert-Str. 78, 85055 Ingolstadt
Tel.: 0841 837-72, Fax: -62
psypraxingo@t-online.de

Dipl. Med. Ralf Bodenschatz

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

Dr. Jens Bohlken

Klosterstr. 34 – 35, 13581 Berlin
Tel.: 030 332900-00, Fax: -17
dr.j.bohlken@gmx.net

Dr. Volker Bretschneider

Sternplatz 1, 89573 Ehingen
Tel.: 07391 7264-6, Fax: -8
dr.bretschneider@neuro-
logie-psychiatrie-ehingen.de

Prof. Dr. Elmar W. Busch

Wandrastr. 22, 45136 Essen
Tel.: 0173 2552541
elmar.busch@t-online.de

Dr. Gunther Carl

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

Dr. Martin Delf

Lindenallee 7, 15366 Berlin
Tel.: 03342 42293-0, Fax: -1
dr.delf@neuroprax.de

Dr. Ulrich Dölle

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

Dr. Joachim Elbrächter

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

Dr. Günther Endrass

Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt
Tel.: 06359 9348-0, Fax: -15
g.endrass@gmx.de

Dr. Martin Finger

Landgrafenstr. 28, 60486 Frankfurt

Tel.: 069 7706760-5, Fax: -7
praxis-finger@gmx.de

Dr. Peter Franz

Ingolstädter Str. 166, 80939 München
Tel.: 089 31-17111, Fax: -63364
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 78-33, Fax: -34
freund-ulm@t-online.de

Dr. Klaus Gehring

Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe
Tel.: 04821 20-41, Fax: -43
info@neurologie-itzhoe.de

Prof. Dr. Christian Gerloff

Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf, Martinistr. 52, 20251 HH
Tel.: 040 42803-0, Fax: -6878

Dr. Thomas Gilleßen

Eversbuschstr. 111, 80999 München
Tel.: 089 818017-00, Fax: -01
info@neurologie-gillessen.de

Dr. Heinrich Goossens-Merk

Hohe Weide 17b, 20259 Hamburg
dr.goossens-merkt@neurologie-
hamburg.net

Dr. Holger Grehl

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

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah

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

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

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

Dr. Katrin Hinkfoth

Ulmenallee 10 – 12
18311 Ribnitz-Damgarten
Tel.: 03821 88980-10, Fax: -11
katrin.hinkfoth@gmx.de

Dr. Guntram Hinz

Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg
Tel.: 040 60679-863, Fax: -576
guntram.hinz@yahoo.de

Dr. Thomas Hug

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

Dr. Werner E. Hofmann

Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg
Tel.: 06021 44986-0, Fax: -244
w.e.hofmann@onlinehome.de

Dr. Birgit Imdahl

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

Dr. Caterina Jacobs

Eichenallee 18, 1812 Gelbensande
Tel.: 038201 6089-9, Fax: -7

Dr. Friedhelm Jungmann

Im Wildfang 13a, 66131 Saarbrücken
Tel.: 06893 987502-0, Fax: -9
mail@dr-jungmann.de

Prof. Dr. Reinhard Kiefer

Elise-Averdieck-Str. 17
27356 Rotenburg
Tel.: 04261 7722-19, Fax: -49
kiefer@diako-online.de

Dr. Rupert Knoblich

A.-Schweitzer-Str. 8, 64711 Erbach
Tel.: 06062 9416-0, Fax: -99
r.knoblich@neuro-centrum-
odenwald.de

Dr. Sabine Köhler

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

Dr. Monika Körwer

Am Ziegelkamp 1F, 41515 Grevenbroich
Tel.: 02181 60081-50, Fax: -60
Nervenpraxis@t-online.de

Dr. Bernhard Kügelgen

Neversstr. 7 – 11, 56068 Koblenz
Tel.: 0261 30330-0, Fax: -33

Holger Marschner

Zossener Damm 33, 15827 Blankenfelde
Tel.: 03379 37187-8, Fax: -9
bvdn@nervenarztpraxis-marschner.de

Prof. Dr. Harald Masur

Piusallee 143, 48147 Münster

Dr. Norbert Mayer-Amberg

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

Dipl.-Med. Mario Meinig

Barbara-Uthmann-Ring 157
09456 Annaberg-Buchholz
Tel.: 03733 67262-5, Fax: -7
mario.meinig@t-online.de

Dr. Ramon Meißner

Hinter d. Kirche 1b, 19406 Sternberg
Tel.: 03847 53-56, Fax: -85
rc.meissner.praxis@gmx.de

Dr. Uwe Meier

Am Ziegelkamp 1f, 41515 Grevenbroich
Tel.: 02181 70548-11, Fax: -70548-22
umeier@t-online.de

Dr. Norbert Mönter

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

Prof. Dr. Gereon Nelles

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

Dirk Neubert

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

PD Dr. Matthias Nitschke

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

Bernhard Otto

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

Dipl. med. Delia Peschel

Fröbelstr. 1, 03130 Spremberg
Tel.: 03563 52-213, Fax: -198
delip@web.de

Dr. Walter Raffauf

Dirksenstr. 47, 10178 Berlin
Tel.: 030 283279-4 Fax: -5

Dr. Nikolaus Rauber

Rheinstr. 35, 66113 Saarbrücken
Tel.: 0681 971723-3, Fax: -5
zns.sb-rastpfehl@t-online.de

Dr. Elisabeth Rehkopf

Möserstr. 52 – 54, 49074 Osnabrück

Tel.: 0541 358560
elisabeth.rehkopf@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

Schülzchenstr. 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641 9804-0, Fax: -4
preuther@rz-online.de

Dr. Richard Rohrer

Kaiserstr. 3, 66386 St. Ingbert
Tel.: 06894 40-51, Fax: -21
rohrer@zns-igb.de

Dr. Wolfgang W. Rossbach

Holzhofstr. 5, 55116, Mainz
Tel.: 06131 22-2377, Fax: -7939
w.rossbach@gmx.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim

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

Dr. Greif Sander

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

Rüdiger Saßmannshausen

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

Dr. Volker Schmiedel

Wiesestr. 5, 07548 Gera
Tel.: 0365 882038-6, Fax: -8
dr.v.schmiedel@telemed.de

Dr. Michael Schwalbe

Annendorfer Str. 15
06886 Lutherstadt-Wittenberg
Tel.: 03491 4425-67, Fax: -83
schwalbenhorst@t-online.de

Dr. David Steffen

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

Prof. Dr. Martin Südmeyer

Conradstr. 5, 14109 Berlin
Tel.: 0331 2413710-2, Fax: -0

Dr. Roland Urban

Turmstr. 76 a, 10551 Berlin
Tel.: 030 392-2021, Fax: -3052
dr.urban-berlin@t-online.de

Dr. Rita R. Trettin

Hudtwalckerstr. 2 – 8, 22299 HH
Tel.: 040 46-4818, Fax: -1222
praxis@neurologiewinterhude.de

Dr. P. Christian Vogel

Agnesstr. 14/III, 80798 München
Tel.: 089 27-30700, Fax: -817306
praxcvogel@aol.com

Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch

Am Tannenwald 1, 79215 Elzach
Tel.: 07682 8018-70, Fax: -66
klaus.wallesch@neuroklinik-
elzach.de

Univ.-Prof. Dr. Heinz Wiendl

Albert-Schwietzer-Campus 1A,
48149 Münster,
Tel.: 0251 83468-10, Fax: -12
heinz.wiendl@ukmuenster.de

Egbert Wienforth

Cecilienstr. 1, 53840 Troisdorf
Tel.: 02241 778-48, Fax: -81
E.Wienforth@gmx.de

Prof. Dr. Markus Weih

Allersberger Str. 89, 90461 Nürnberg
Tel.: 0911 464400, Fax: -4719130
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 (fgr)

Verlagsredaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435, E-Mail: gunter.freese@springer.com, 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. 25 vom 1.10.2019.

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



© Zinkevych / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodel)



Vorschau

Ausgabe 11/2019

November

erscheint am 15. November 2019

Psychopharmakotherapie & Haut

Viele dermatologische Erkrankungen treten bei Komorbiditäten mit psychischen Störungen auf, einige psychische Erkrankungen haben einen dermatologischen Symptombezug. Da auch psychische Symptome infolge dermatologischer Pharmakotherapien auftreten können und dermatologische Nebenwirkungen durch Psychopharmaka, sind pharmakoinetische und -dynamische Wechselwirkungen relevant.

Therapiefreiheit ade?

Bei der Off-Label-Verordnung von Arzneimitteln steht der Arzt im Spannungsfeld zwischen Evidenz, Ressourcen und Regress. Stellt die Therapiefreiheit des Arztes heutzutage ein überholtes Ideal dar?

Personalbemessung in der Klinik

Ein neues Personalbemessungssystem soll zum 1. Januar 2020 eingeführt werden. Die große Chance, ein zukunftsfähiges Instrument zu entwickeln, wurde jedoch vertan.

Hier steht eine Anzeige.

