

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 62

Bedarfsplanungsrichtlinie 9

Was bringen die neuen Kassenarztsitze wirklich?

TSVG-Zusatzhonorare 12

Im ersten Jahr Zurückhaltung empfohlen

Progrediente Ophthalmoplegie 37

Tumorinfiltration erfordert fraktionierte Radiatio

Bipolare Störung 40

Pharmakotherapie in der Schwangerschaft



Hier steht eine Anzeige.





»Den Wählern in Deutschland wird suggeriert, dass Ärzte per Gesetz gezwungen werden müssen, mehr zu arbeiten.«

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
Vorsitzende des BVDN

Welt im Wandel

Wieder einmal liegt ein Jahrhundertsommer fast hinter uns und wir verschlafen etwas vor den Aufgaben und Stürmen, die der Rest des Jahres uns noch bringen wird. Viele von uns sind aber leider weit entfernt von kindlicher Freude über einen freien Sommer und Neugier auf das Kommende. Uns umgeben Veränderungen in nahezu allen Lebensbereichen, die verunsichern:

- Hitzerekorde überholen sich und die Polkappen schmelzen ab. Unsere Kinder gehen für die Bewahrung der Umwelt auf die Straße. Ein Fleischgericht löst bei mir zu Hause Diskussionen vom Tierschutz über den Hunger in Afrika bis zum Waldsterben in unserer Nähe aus.
- Kommunikation passiert überall und zu jeder Zeit, aber nicht im Gespräch, sondern im Chat, im Blog und über Twitter. Menschen präsentieren ihr Privatleben, haben „Follower“ und „Freunde“ – sitzen zugleich aber zu Hause und sind einsam.
- Schreiben wurde durch tippen und Wischen abgelöst.
- Wir können 24/7 shoppen und im Internet auf Schnäppchenjagd gehen, Händler und kleine Geschäfte in kleineren Städten schließen hingegen.
- Die Wahlprogramme der Parteien unterscheiden sich kaum, allerdings bekommen extreme politische Positionen, die Abgrenzung und Abschottung von Fremdem im Sinn haben, starken Zulauf.
- Den Wählern in Deutschland wird suggeriert, dass Ärzte per Gesetz gezwungen werden müssen, mehr zu arbeiten. Eine differenzierte Darstellung der durch das ZIPP-Institut der KBV errechneten durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von mehr als 50 Stunden taucht nirgends auf.

Umbruch und Neubeginn

Es scheint, als sei die Welt im Umbruch. Sichere Positionen und Meinungen sind nicht mehr sicher, etablierte Handlungsstrategien offenbar überholt. Demgegenüber möchten wir selbstverständlich am Vertrauten festhalten. Die Überzeugung, das Richtige zu tun, treibt uns an und in der sich um uns herum verändernden Welt wollen wir Vertrautes bewahren.

So müssen sich vor 200 Jahren die Intellektuellen gefühlt haben, als Europa in Aufruhr war und die industrielle Entwicklung gesellschaftliche Umbrüche in Gang setzte. Landflucht war schon damals Thema: Menschen zogen in die Städte, weil sie dort Arbeit fanden und sich neue Berufswege aufboten. Zu-

nächst war diese sich verändernde Welt noch geprägt durch die Philosophie der Aufklärung sowie den strengen Klassizismus. Verunsichert durch die neue Entwicklung kam es bei den eher zur Individualisierung neigenden Philosophen, Theologen, Schriftstellern und Künstlern zur Romantisierung ihrer entfernten Welt, das Biedermeier blühte. In Jena trafen sich Johann Gottlieb Fichte, Friedrich Wilhelm Schelling, Friedrich und August Wilhelm Schlegel sowie deren Frauen Caroline und Dorothea, Friedrich von Hardenberg (Novalis), Dorothea Veit, Friedrich Schleiermacher, aber auch Johann Wolfgang von Goethe und Friedrich Schiller zu Gesprächen und Diskussionen. Sie waren Wegbereiter der Frühromantik und suchten die Einheit von Wissenschaft, Natur und Leben. Erdbebenartig kam dann die Französische Revolution und mit ihr Kriege in ganz Europa. Bis dahin geltende Gesetze wurden ausgehebelt. Hinzu kam, dass das Bürgertum besser gebildet und nun in der Lage war, politischen Einfluss zu nehmen.

Wir können im ausgehenden 17. und beginnenden 18. Jahrhundert eine Entwicklung von der Strenge des Geistes durch Einflüsse der Phantasie und kreatives Entwickeln hin zu einer neuen Betrachtung von Natur und Leben verfolgen.

Wo stehen wir?

Wie sieht es heute für uns aus? Wo stehen wir in einem offenen Entwicklungsprozess? Sind wir die strengen Bewahrer? Tragen wir Phantasie und Kreativität in uns? Und die bedeutendste Frage: Sind wir in der Lage, neue Erkenntnisse und Formen des Zusammenlebens für uns zu nutzen?

Hoffen wir darauf, dass wir mit dem Abstand durch eine Urlaubsreise oder einfach durch Sommerruhe diese Aspekte einmal neu denken können und wieder Schwung für das finden, was uns der Herbst bringt!

Es grüßt Sie Ihre

Sabine Köhler



Inhalt 7-8

August 2019

9 Bedarfsplanungsrichtlinie

Was lange überfällig war, ist nun endlich passiert: Die Bedarfsplanungsrichtlinie ist überarbeitet worden. Das Ergebnis – die Bewilligung von 3.470 neuen Vertragsarztsitzen, davon 476 für die nervenärztliche Versorgung – sieht auf den ersten Blick positiv aus. Doch die Finanzierung droht zulasten bestehender Praxen zu gehen. Und: Es ist nicht klar, wie Nervenarztsitze auf Psychiater und Neurologen aufgeteilt werden sollen.

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

Welt im Wandel

Sabine Köhler

Die Verbände informieren

6 Gesundheitspolitische Nachrichten

— Praxen haften nicht für GEMATIK-TI

— Zeitfresser elektronische Signatur

— Ausfallhonorar für untreue Terminpatienten

Gunther Carl

8 Recht

— Honorararzt am Krankenhaus: Freiberufler oder sozialversicherungspflichtig beschäftigt?

— Datenschutzbeauftragte erst ab 20 Mitarbeitern

Bernhard Michatz

9 Bedarfsplanungsrichtlinie: Was bringen uns die neuen Kassenarztsitze wirklich?

Sabine Köhler

11 „Beträchtlicher Zusatznutzen“ für bestimmte Patienten

Neues aus dem G-BA zu Erenumab

Markus Weih

12 Zusatzhonorare winken – aber auch noch vollere Praxen

Update zum Terminservice- und Versorgungsgesetz

Gunther Carl

15 Selektivverträge und Honorargerechtigkeit im Fokus

Aus dem Landesverband Baden-Württemberg

Wolfgang Freund und Volker Bretschneider

17 PNP-Vertrag in Baden-Württemberg: Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie gestartet

Birgit Imdahl

Rund um den Beruf

18 Verbesserungen für Menschen mit Behinderungen umsetzen

Neuerungen im Bundesteilhabegesetz

Matthias Rosemann

23 Arzneimittelnebenwirkungen: Was wo zu melden ist

Markus Weih

24 Checkliste für den Praxisumzug

Aus der Serie Praxisprobleme: Sie fragen – wir antworten!

Gunther Carl

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

Fortbildung

- 28 Gruppentraining „AKTIVA“ gegen das Absinken kognitiver Funktionen**
Training und Stimulation im höheren Lebensalter
Valentina A. Tesky, Johannes Pantel
- 34 Wichtige Empfehlungen für ADHS bei Erwachsenen**
Neue S3-Leitlinie für ADHS
Günther Edrass
- 37 Progrediente Ophthalmoplegie**
Neurologische Kasuistik
Wolfgang Freund
- 40 CME Pharmakotherapie bipolarer Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit**
Michael Paulzen, Hannah Schneider, Georgios Schoretsani
- 51 CME Fragebogen**

Journal

- 58 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Der Widersacher
Ein Tatsachenroman von Emmanuel Carrère
Gerhard Köpf, München
- 62 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Durch das Brennglas der Kunst
Werke von Undine Bandelin
Angelika Otto, München
- 54 Pharmaforum**
25, 33 Buchtipps
64 Termine
65 Verbandsservice
67 Impressum/Vorschau



40 Bipolare Störung und Schwangerschaft

Bipolare Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit stellen eine Herausforderung dar, denn in der Gravidität kommt es zu erheblichen pharmakokinetischen Veränderungen, die jede Pharmakotherapie beeinflussen. Weder von der EMA noch von der FDA ist jedoch ein Psychopharmakon zum Gebrauch während der Schwangerschaft zugelassen, und zur Behandlung bipolarer Störungen kommen Medikamente zum Einsatz, bei denen eine genauere Betrachtung ihrer Risikoprofile wichtig ist. Die Wirkstoffspiegelmessung mittels TDM ist ein hervorragendes Instrument eines patientenindividuellen Risiko- und Behandlungsmanagements.

34 S3-Leitlinie ADHS

Eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter wird immer noch zu selten diagnostiziert, obschon sie häufiger vorkommt als viele andere psychische Erkrankungen, zum Beispiel Schizophrenie. Lesen Sie die wichtigsten Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie gemäß der aktuell gültigen S3-Leitlinie.



Titelbild (Ausschnitt): „Die Jury“ von Undine Bandelin.
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 62.

Die Verbände informieren

ENDLICH KLARSTELLUNG ERFOLGT

Praxen haften nicht für GEMATIK-TI

Über die Kommunikation mit der GEMATIK (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) haben wir bereits mehrfach im NeuroTransmitter sowie im NeuroTransmitter-Telegramm (erhältlich nur für Mitglieder der Berufsverbände) berichtet. Wir wollten wissen, wer haftet, wenn Fehlfunktionen der Telematikinfrastruktur (TI) zu Schäden am Praxissystem oder zu Datenschutzlecks führen. Die GEMATIK drückte sich bisher um die Antwort herum, mit dem Hinweis, sie sei keine juristische Person, also rechtlich nicht angreifbar, und überhaupt sei die TI 100%ig sicher. Die GEMATIK legte sich darauf fest, dass Fehler und Schäden durch die TI nur im Verantwortungsbereich des Arztes oder TI-Providers (Praxisverwaltungssystem, PVS) oder Konnektors liegen könnten. Auch andere Ärzteorganisationen und vor allem die

Kassenärztliche Bundesvereinigung drangen auf eine eindeutige Stellungnahme. Ende Juni 2019 stellte die GEMATIK nun klar, dass bei vorschriftsmäßigem Anschluss und Verwendung der Konnektoren den Arzt kein Haftungsrisiko trifft. Dazu ist es erforderlich, dass der TI-Monteur ein entsprechendes Installationsdatenblatt unterschreibt und dem Praxisinhaber übergibt. Datenschäden, die von außerhalb auf der Strecke bis zum Konnektor auftreten, sind rechtlich, also von der GEMATIK oder den Konnektor- beziehungsweise TI-betreibenden Firmen zu verantworten.

Kommentar: Tritt die Datenschutzlücke jedoch innerhalb des Arztnetzes in der Praxis auf, ist selbstverständlich der Arzt verantwortlich. Auf den Schutz der eigenen Daten durch den Konnektor beim sogenannten seriellen An-

schluss sollte der Arzt nicht vertrauen. Denn der Konnektor dürfte überwiegend aus technischen Gründen (IP-Telefonanlage, bestehende VPN-Verbindungen) parallel angeschlossen sein. In dieser Schaltung kann er seine Schutzfunktion für die Praxisdaten nicht erfüllen. In den allermeisten Fällen ist also nach wie vor der individuelle Firewall- und Virenschutz erforderlich und zwar bei jedem in der Praxis befindlichen Rechner, der potenziell mit dem Internet oder anderen Datenquellen (z. B. USB-Sticks oder DVDs) in Verbindung steht. Weiterhin ungeklärt ist allerdings die Frage, wer für die direkt TI-bedingten Fehlfunktionen und Dysfunktionalitäten haftet, die täglich in vielen Vertragsarztpraxen weiterhin auftreten. Ärzte und ihre MFA sind immer noch häufig und zeitaufwändig mit Hard- oder Software-Problemen der TI-Kartenlesegeräte und Konnektoren beschäftigt.

DIGITALE PROZESSE

Zeitfresser elektronische Signatur



Bei der AU-Bescheinigung ist daran gedacht, eine elektronische Variante für die Krankenkasse und eine Papierversion für den Arbeitgeber erstellen zu lassen ...

Die Politik nötigt den Vertragsärzten mit Vehemenz digitale Prozesse auf. Dazu gehören auch das elektronische Rezept (eRezept) und die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Gegenwärtig ist geplant, dass sich bei jedem eRezept sowohl der Patient mit seiner Versicherungskarte und PIN-Nummer als auch der Arzt mit seinem elektronischen Heilberufsausweis samt PIN legitimieren, und dann die datentechnische Verifizierung samt Erstellung des virtuellen Rezeptes abwarten müssen. Dieser Prozess nennt sich „qualifizierte elektronische Signatur“ (QES). Jeder Vertragsarzt, der teils Hunderte derartige Vorgänge pro Tag durchführen muss, weiß, was das bedeutet. Eine einfache manuelle analoge Unterschrift ist dagegen in weniger als einer Sekunde zu leisten. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und andere Ärzteorgani-

sationen haben bereits dringend angemahnt, vergleichbar schnelle technische Verfahren zu entwickeln. Basis soll laut KBV der in den neuen Lesegeräten für die Telematikinfrastruktur (TI) steckende Praxisausweis „SMC-B“ sein. Bei der AU-Bescheinigung ist sogar daran gedacht, eine elektronische Variante für die Krankenkasse und eine Papierversion für den Arbeitgeber erstellen zu lassen. Die direkte elektronische Verbindung zum Arbeitgeber mit Patientendaten lehnt die KBV aus nachvollziehbaren Gründen ab.

Kommentar: Merken Sie etwas? Bei allen bisherigen über die TI abzuwickelnden digital-bürokratischen Vorgängen geht es wie beim Einlesen der neuen Versicherungskarte ausschließlich darum, den Krankenkassen und den Behörden die Arbeit zu erleichtern. Die

Vertragsärzte sollen mit ihrer unbezahlten zusätzlichen Arbeitszeit Aufwand und Kosten übernehmen, die sich Krankenkassen und Behörden ersparen wollen. Als ob wir nichts anderes zu tun haben, als den ganzen Tag elektronische Formulare auszufüllen und uns dabei stundenlang auf höchstem Sicherheitsniveau zu legitimieren. Juristen und Bürokraten mögen das für normal halten, weil deren Arbeitsinhalt ohnehin häufig nur aus derartigen Tätigkeiten besteht. Kassenärzte haben aber etwas anderes zu tun, nämlich ihren Patienten die maximale medizinische Aufmerksamkeit zu widmen. Ende Juli 2019 stellte übrigens das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fest, dass das Erstellen elektronischer Rezepte zunächst freiwillig sei. Die KBV ging derweil über ihre Tochtergesellschaft KV-Tele-

matik (KVTG) mit der gevko (Gesundheit Versorgung Kommunikation), einer Tochtergesellschaft der AOK, eine Kooperationsvereinbarung zum Datenaustausch ein. Ziel ist es nach eigenen Angaben, „die Grundlage zur Unterstützung der aktuellen Gesetzesinitiativen des BMG, die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen schnell und interoperabel umzusetzen“. Dr. Florian Fuhrmann, Geschäftsführer der KVTG, führte dazu aus: „In verschiedenen gemeinsamen Projekten mit der gevko haben wir erfolgreich bewiesen, dass elektronische Verordnungen wie die eAU und von Heil- und Hilfsmitteln keine Raketenwissenschaft sind. Nun wollen wir gemeinsam dem Gesetzgeber dabei helfen, seine ambitionierten Vorhaben fristgerecht zu realisieren.“ Ob das alles der Patientenversorgung und



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

reibungslosen Praxisabläufen dient, sollten wir kritisch begleiten und gegebenenfalls steuernd eingreifen.

KBV DROHT SANKTIONEN AN

Ausfallhonorar für untreue Terminpatienten

➔ Nach Angaben der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sollte es für Patienten, die mehrfach unentschuldig einen von der Terminservicestelle vermittelten Termin versäumen, Sanktionen geben. Schließlich fehle die reservierte Behandlungszeit einem anderen Patienten und führe möglicherweise sogar beim betroffenen Arzt zu unbezahlten Wartezeiten. Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, schlug bereits im Mai 2019 vor, dass betreffende Patienten für ein oder zwei Jahre von der Vermittlung ausgeschlossen werden. Es sei auch möglich, dass die Ärzte die entgangenen Zuschläge in Rechnung stellen und die Krankenkassen sich das Geld dann vom Versicherten zurückholen. Es könne nicht sein, dass ständig nur den Ärzten Verpflichtungen auferlegt werden. Auch GKV-Patienten müssen sich an bestimmte Regeln halten.

Kommentar: Der Ansatz der KBV geht in die richtige Richtung, greift aber viel zu kurz. Kollegen aus allen Fachgruppen berichten, dass immer mehr Patienten sich zwar Termine bei Vertragsärzten reservieren lassen, diese

dann aber nicht wahrnehmen. Überwiegend handelt es sich dabei um neue Patienten. Deren Kontaktdaten sind in der Praxis meist noch nicht vollständig dokumentiert, sodass eine Sanktionierung schon aus diesem Grund schwierig wäre. Gegenwärtiger juristischer Stand ist allerdings auch, dass Vertragsärzte solchen Patienten kein Ausfallhonorar („No-Show-Gebühr“) in Rechnung stellen dürfen, von Ausnahmen (z.B. Zahnärzte) abgesehen. Auf dem Land ist dieses Problem weniger ausgeprägt, es hat aber auch dort spürbar zugenommen. Manche Praxen sind dazu übergegangen, die Patienten ein bis drei Tage vor dem Termin telefonisch zu erinnern. Neupatienten müssen außerdem bei der telefonischen Terminvereinbarung direkt Telefonnummer und Adresse angeben, was die Verbindlichkeit ebenfalls erhöhen kann. Dieses Vorgehen ist jedoch ziemlich aufwändig. Eine andere Möglichkeit wäre, die durchschnittliche Termindichte im Terminkalender zu erhöhen, um unter Berücksichtigung der nicht auftauchenden Patienten wieder die alte durchschnittliche Patientenzahl pro Tag zu erreichen. Dabei wird es aber sicher auch Tage

geben, an denen unglücklicherweise tatsächlich alle Patienten zuverlässig in der Praxis erscheinen ...

Alles in allem handelt es sich um einen gesellschaftlichen Trend zur komfortablen Belieblichkeit, Unzuverlässigkeit, sofortiger Bedürfnisbefriedigung und des maximierten Eigennutzes in jeder Lebenslage. Betroffen hiervon sind bekanntermaßen nicht nur Ärzte. Der Internet-Versandhandel mit kostenlosen Umtauschgeboten dürfte in dieser Hinsicht förderlich gewesen sein. Wir sollten dieses Thema jedenfalls nicht aus den Augen lassen. GKV-seitig ist in diesem Zusammenhang auch das unbegrenzte kostenfreie Leistungsversprechen für die Versicherten anzuführen. Dr. Klaus Reinhard, neuer Präsident der Bundesärztekammer, hat bereits kurz nach seinem Amtsantritt begrüßenswerterweise eine Termingebühr für die Patienten bei jedem Arztbesuch vorgeschlagen. So sollen Sofortismus und unnötige Arzttermine begrenzt werden. Mein Vorschlag wäre, dass die Termingebühr in jedem Fall bezahlt werden muss, ob der Patient nun tatsächlich zum Arzt geht oder den Termin unentschuldig verstreichen lässt.

HONORARARZT AM KRANKENHAUS

Freiberufler oder sozialversicherungspflichtig beschäftigt?

➔ Am 4. und 7. Juni 2019 hat der für die Rentenversicherung zuständige 12. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) über die Versicherungspflicht von Honorarärzten und nicht ärztlichen Mitarbeitern entschieden: Honorarärzte am Krankenhaus sind regelmäßig als sozialversicherungspflichtig Beschäftigte einzustufen und nicht freiberuflich tätig. Der Leitfall betraf eine als Honorarärztin tätige Anästhesistin. Es ist nachvollziehbar, dass das BSG bei seiner Prüfung zu dem Ergebnis gekommen ist, dass die Ärztin ihre Leistungen nur durch feste Einbindung in das Operationsteam der Klinik erbringen konnte und dazu die technische Ausstattung und das nachgeordnete Personal des Krankenhauses nutzte. Entscheidend ist, ob die Betroffenen weisungsgebunden oder in eine Arbeitsorganisation eingegliedert sind. Letzteres ist bei Ärzten in einem Krankenhaus regelmäßig gegeben, weil dort ein hoher Organisationsgrad herrscht, auf den die Betroffenen keinen eigenen, unternehmerischen Einfluss haben. So war die Ärztin im vorliegenden Fall nicht anders als beim Krankenhaus angestellte Ärzte vollständig in den Betriebsablauf eingegliedert.

Zum gleichen Ergebnis kam das BSG im Fall einer als Urlaubsvertretung für unterschiedliche Radiologenpraxen tätigen MTRA. Auch sie ist in jeder einzelnen Praxis für die Zeit

ihrer vertraglich vereinbarten Tätigkeit vollständig in die Organisation eingebunden und erbringt ihre Leistungen mit Mitteln der Praxis. Sie ist somit nicht freiberuflich tätig. Bei der Entscheidung „Freiberufler oder nicht?“ kommt es nicht darauf an, dass Betroffene für eine Vielzahl von Auftraggebern tätig sind. Ebenso wenig maßgeblich ist, dass für Honorarärzte in der Regel eine deutlich höhere Vergütung als für Angestellte üblich vereinbart wird. Das BSG macht aber auch deutlich, dass nach wie vor jeder Einzelfall individuell geprüft werden muss und es dabei auf die konkrete Tätigkeit und Beschäftigung gesondert ankommt.

„Bei der Entscheidung ‚Freiberufler oder nicht?‘ kommt es nicht darauf an, dass Betroffene für eine Vielzahl von Auftraggebern tätig sind.“

Was bedeutet dies konkret für die Praxen?

1. Die Beschäftigung von Praxispersonal als Vertretung wird in aller Regel sozialversicherungspflichtig sein und kann vertraglich nicht als freiberufliche Tätigkeit gestaltet werden.
2. Das dürfte auch für die Beschäftigung von Ärzten als Vertreter in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gelten.

Denn auch hier ist die Einbindung in den Betrieb so umfassend, dass eine freiberufliche Tätigkeit nicht mehr angenommen werden kann. Die Sozialversicherungspflicht betrifft dabei grundsätzlich auch Ärzte, die bereits Rente beziehen – hier muss der Umfang der Beitragspflicht konkret im Einzelfall geprüft werden.

3. Die Tätigkeit im Rahmen von Krankenhauskooperationen wird von der Rentenversicherung Bund zunehmend ebenfalls als sozialversicherungspflichtig eingestuft. Diese Sichtweise ist jedoch höchst umstritten. Denn so sind etwa niedergelassene Neurologen, Nervenärzte und

Psychiater, die im Rahmen einer Kooperation stationäre Krankenhauspatienten versorgen, regelmäßig gerade nicht in den Betriebsablauf und die Organisation des Krankenhauses eingebunden. Hier greift die Vorgabe des BSG, jeden Fall individuell zu prüfen.

Das Urteil des BSG ist richtungsweisend, aber nur ein Baustein der Rechtsprechung zur juristischen Weiterentwicklung des Begriffs „Freiberuflichkeit“. Aufgrund der großen praktischen Relevanz dieses Thema wird daher in der nächsten Ausgabe des NeuroTransmitters ein spezieller Artikel zum Begriff „Freiberuflichkeit“ mit ganz konkreten Handlungsanweisungen für die Praxis erscheinen.

ENTWARNUNG FÜR ARZTPRAXEN

Datenschutzbeauftragte erst ab 20 Mitarbeitern

➔ Arztpraxen müssen künftig erst ab 20 Mitarbeitern einen Datenschutzbeauftragten benennen. Das hat der Bundestag Ende Juni 2019 beschlossen. Damit wurden die Vorgaben des Datenschutzes für Kleinunternehmen nach der seit Ende Mai 2018 geltenden Datenschutzgrundverordnung gelockert.

Bisher musste ein Datenschutzbeauftragter bereits ab zehn Mitarbeitern benannt werden. Das konnte entweder ein Mitarbeiter sein oder ein extern Beauftragter. Der Praxisinhaber selbst konnte diese Funktion

nicht erfüllen, da er sich nicht selbst kontrollieren darf.

Mit der Veränderung will die Bundesregierung „vor allem eine Entlastung kleiner und mittlerer Unternehmen“ erreichen, heißt es in der Begründung zur Gesetzesänderung des Zweiten Datenschutzanpassungs- und Umsetzungsgesetzes. Vor Inkrafttreten der Neuregelung muss allerdings noch der Bundesrat zustimmen.

Über etwaige weitere Änderungen im Datenschutzrecht informieren wir Sie weiterhin regelmäßig an dieser Stelle.

AUTOR

Bernhard Michatz

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

E-Mail: Bernhard.
Michatz@spitzenverband.de



Bedarfsplanungsrichtlinie

Was bringen uns die neuen Kassenarztsitze wirklich?

Die Bewilligung von 3.470 neuen Vertragsarztsitzen hat bundesweit Schlagzeilen gemacht. Und auch 476 neue Sitze für die neuropsychiatrische Versorgung sehen auf den ersten Blick gut aus. Doch der Teufel steckt wie so oft im Detail: Es ist nicht klar, wie Nervenarztsitze konkret auf Neurologen und Psychiater aufgeteilt werden sollen, und die Finanzierung droht zulasten bestehender Praxen zu gehen.

Neurologische und psychiatrische Versorgung erfolgt mittlerweile seit mehr als 20 Jahren im stationären Bereich getrennt voneinander. Bereits seit 2016 kann der „Facharzt für Nervenheilkunde“ nicht mehr erlangt werden. Die jungen Kollegen aus den Kliniken, die sich für eine Tätigkeit im vertragsärztlichen Bereich interessieren, sind also entweder Neurologen oder Psychiater, jedoch in bemerkenswert vielen Fällen auch Doppelfachärzte mit beiden Bezeichnungen und Befähigungen.

Nun hinken wir im vertragsärztlichen Versorgungssystem und in der Bedarfsplanungsrichtlinie allerdings den Begrifflichkeiten und Fachgruppentrennungen der Kliniken hinterher. Unverändert gibt es den Planungsbereich „Nervenheilkunde“, zu dem neben den Nervenärzten (oder auch Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie) die Fachärzte für Neurologie sowie die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gehören. Die gemeinsame Planung der Versorgung von Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen ergibt aus verschiedenen Gründen Sinn:

- Historisch versorgen Nervenärzte beide Diagnosegruppen.
- Es gibt eine erhebliche Überschneidung neurologischer und psychiatrischer der Erkrankungen. Besonders relevant ist dies in der Versorgung von alten und behinderten Menschen, zum Beispiel in Pflegeheimen.
- Bei einem Mangel an ambulanter neurologischer und psychiatrischer Versorgung im gesamten Land, insbesondere im ländlichen Raum, bewirkt

eine starre Trennung der Fachbereiche eine Dysbalance in der ohnehin angespannten Versorgungssituation – vornehmlich im nervenärztlichen Versorgungsbereich. Zur Erinnerung: In allen Terminservicestellen der KVen führen die Nachfragen nach neurologischen und psychiatrischen Terminen die Vermittlungswunschlisten an. — Neurologen haben psychiatrische Kompetenzen und Psychiater neurologische – dies ist durch die jeweilige einjährige Facharztausbildung im Nachbargebiet in der Weiterbildung gewährleistet. Die Mitversorgung des jeweiligen Nachbargebietes ist also in gewissem Umfang möglich. Über einen sehr langen Zeitraum haben wir uns als Berufsverband bemüht, eine

gute und plausible Lösung für die Ausdifferenzierung der Darstellung unserer Versorgung in einer neuen Bedarfsplanung vorzulegen. Wir haben viele Gespräche mit den Verantwortungsträgern des G-BA geführt und uns – immer wieder resümierend und nach Abwägung aller Fakten – für einen gemeinsamen Versorgungsbereich ausgesprochen.

Neue Bedarfsplanungsrichtlinie

Im Gutachten des Sachverständigenrates zur Entwicklung im Gesundheitswesen wurde eine Trennung der Bedarfsplanungsbereiche gefordert. Einen Schritt in diese Richtung hat die vorliegende, am 16. Mai 2019 durch den G-BA verabschiedete Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie gebracht. Eine verbes-



Warten auf den Facharzttermin: Wie kann die neuropsychiatrische Versorgung dem wirklichen Bedarf angepasst werden?

© Picture-Factory / stock.adobe.com [Symbolbild mit Fotomodelle(n)]

Praxis-Workshop zur Therapie der MS

Immer mehr Menschen in Deutschland erkranken an Multipler Sklerose (MS). Die Zahl der Erkrankten ist auf knapp 225.000 gestiegen – 50.000 mehr als noch im Jahr 2009. Durch eine Vielzahl von Neuentwicklungen in der neuroimmunologischen Therapie ist der Krankheitsverlauf bei vielen MS-Patienten heute deutlich besser in den Griff zu bekommen.

Die neuen Immuntherapeutika greifen auf molekularer Ebene sehr spezifisch in die Pathophysiologie der MS ein. Die sichere und erfolgreiche Anwendung dieser Therapien ist allerdings hoch komplex und erfordert zunehmend mehr Spezialkenntnisse. Wir möchten Sie daher zu nachfolgendem Fortbildungsseminar einladen:

Thema

Moderne Immuntherapie der Multiplen Sklerose – Neurologischer Praxis-Workshop

Termin: Samstag, 23. November 2019

Ort: Charite Campus Mitte, Bettenhochhaus 21. OG, Konferenzraum E&F (21.005/21.006), Luisenstraße 58 – 60; 10117 Berlin

Zeit: 9:30 bis 17:15 Uhr

Referenten

Prof. Dr. Gereon Nelles,
Neurologische Gemeinschaftspraxis am
Heilig Geist-Krankenhaus in Köln

PD Dr. Olaf Hoffmann, Chefarzt, Alexianer
Potsdam, Neurologie

Bei der Landesärztekammer Berlin werden
Fortbildungspunkte beantragt.

Im Seminar werden an konkreten Fallbeispielen jeweils die neurologischen und immunologischen Krankheitsmerkmale untersucht. Wirkungsmechanismen, Nutzen und Risiken von modernen Immuntherapien werden aus der Sicht eines Klinikers und eines niedergelassenen Neurologen betrachtet. Zudem werden praktische Hinweise zur sicheren Anwendung von modernen MS-Medikamenten in der neurologischen Praxis vermittelt.

Wir danken den Firmen Hormosan Pharma GmbH, Medice GmbH & Co.KG, Neuraxpharm Arzneimittel GmbH & Co. KG, Roche Pharma AG und Servier Deutschland GmbH (in alphabetischer Reihenfolge) für die Übernahme eines Teils der Finanzierung.

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

serte lokale Verteilung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten soll durch neue Instrumente möglich werden, die den Ländern und insbesondere den Landesausschüssen gegeben werden. Bundesweit entstehen 3.470 neue Niederlassungsmöglichkeiten für Ärzte und Psychotherapeuten. Allerdings darf dabei nicht unerwähnt bleiben, dass es über alle Fachrichtungen hinweg derzeit insgesamt 3.440 offene Niederlassungsmöglichkeiten gibt. Die größte Anzahl neuer möglicher Niederlassungen fällt auf die Gruppe der Hausärzte (1.446) sowie auf die Psychotherapeuten (776). Diesen folgen aber schon bald die Neurologen und Psychiater, geplant als Gruppe der „Nervenärzte“, mit 476 neuen Kassenarztsitzen. Erklärtes Ziel des G-BA war es, die wohnortnahe Versorgung aller Menschen zu stärken sowie insbesondere die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Dieses gesundheitspolitische Ziel ist begrüßenswert und zumindest in der Planung nach Zahlen gelungen.

Berechnungsgrundlagen

Unverändert bestehen Verhältniszahlen (Einwohnerzahl pro Arzt oder Psychotherapeut) für festgelegte Planungsbereiche. Neu ist ein zweistufiges Berechnungsverfahren zur Anpassung der Verhältniszahlen gemäß den folgenden Parametern in einer Region:

- Vier Altersgruppen
- Geschlecht
- Krankheitslast

In den Bereichen Kinder- und Jugendärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten sowie Fachinternisten wurde ein Mehrbedarf an Versorgung festgestellt. Um dem Rechnung zu tragen, wurden die Verhältniszahlen für diese Facharztgruppen abgesenkt.

Konkrete Auswirkungen auf die Gruppe der Nervenärzte

Zunächst stellen wir fest, dass im Gutachten eine Trennung der Fachgruppe der Nervenärzte aktuell nicht erfolgt. Wie bei den Fachinternisten wird bei den „Nervenärzten“ eine Quote eingeführt, das bedeutet, dass in einer definierten Region 50 % der nervenärztlichen Versorgung neurologisch und 50 % psychiatrisch erfolgen soll. Bei Nerven-

beziehungsweise Doppelfachärzten wird zunächst die Versorgung beider Facharztrichtungen angenommen. Damit sind diese bei einer Sitzvergabe bevorzugt zu behandeln. Ein Viertel der Versorgung soll durch die Nerven- oder Doppelfachärzte erfolgen, die verbleibenden Sitze werden unter Neurologen und Psychiatern hälftig aufgeteilt.

Ausführungsbestimmungen für die Zulassungsausschüsse liegen noch nicht vor. Es ist aber zu erwarten, dass erleichterte Sonderbedarfsregelungen in unseren Fachgebieten getroffen werden, um eine Versorgung auch dann zu ermöglichen, wenn der nach Quote erforderliche Facharzt bei Ausschreibung nicht verfügbar ist.

Finanzierung der zusätzlichen Arztsitze

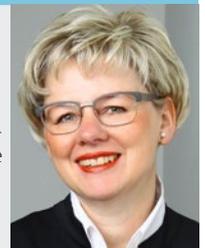
Beim Thema Finanzierung bekommen alle Kollegen Kopfschmerzen, denn bisher sind keine zusätzlichen Finanzen der GKV für die festgelegten neuen Arztsitze zur Sprache gekommen. Das bedeutet, dass die bisher zu kleine und daher überforderte Gruppe der Nervenärzte zusätzliche Sitze aus dem eigenen „Facharzttopf“ finanziert. Damit schmälert sich der Erlös jeder einzelnen Praxis bei gleichbleibender Leistung. Es besteht also die Gefahr, dass verbesserte Versorgung auf Kosten der Ärzte umgesetzt wird, die sich damit selbst ausbeuten. Die Verhandlungsführer der KVen müssen in den Verhandlungen mit den Krankenkassen die für die neu einzurichtenden Facharztsitze unseres Versorgungsbereiches zusätzlich notwendigen finanziellen Mittel deutlich einfordern!

AUTORIN

Dr. med. Sabine Köhler

Vorsitzende des BVDN
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Dornburger Straße 17
07743 Jena

E-Mail: sab.koehler@web.de





Neues aus dem G-BA

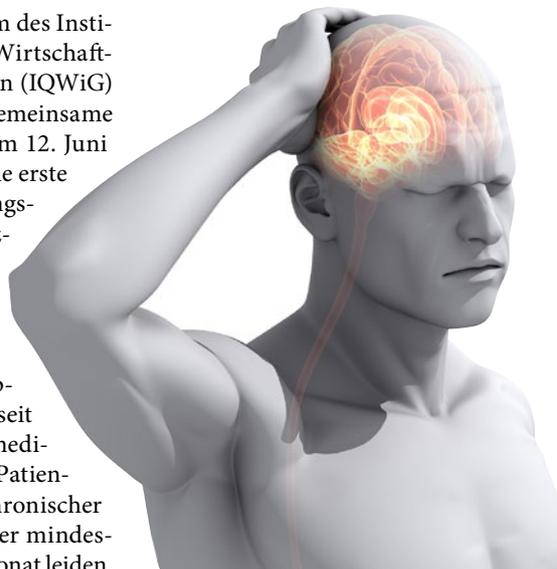
Erenumab: „beträchtlicher Zusatznutzen“ für bestimmte Patienten

Der G-BA hat Erenumab, dem ersten Wirkstoff aus der Gruppe der CGRP-Rezeptorblocker zur Migräneprophylaxe, einen „beträchtlichen Zusatznutzen“ zuerkannt. Allerdings nur für Patienten, bei denen die bestehenden Optionen ausgeschöpft oder kontraindiziert sind.

Nach dem positiven Votum des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom Februar 2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 12. Juni 2019 im Bundesanzeiger seine erste Nutzenbewertung beziehungsweise die Änderung der Arzneimittelrichtlinien zum Wirkstoff Erenumab (Aimovig®) veröffentlicht (www.g-ba.de/beschluesse/3770/). Der CGRP-Rezeptorblocker von Novartis ist seit November 2018 als Reservemedikament zur Prophylaxe bei Patienten mit episodischer oder chronischer Migräne zugelassen, die unter mindestens vier Migränetagen im Monat leiden, wenn andere Verfahren ausgeschöpft sind. Erenumab stellt den ersten Vertreter einer neuen Wirkstoffklasse dar, zu der auch Galcanezumab (Emgality® von Lilly), das in Deutschland seit dem 1. April 2019 auf den Markt ist, und Fremanezumab (Ajovy® von Teva), das ebenfalls im April 2019 die Zulassung erhielt, gehören.

Welche Patienten benötigen eine Prophylaxe?

Der G-BA übernimmt in seiner Stellungnahme die schon vom IQWiG definierten drei Patientengruppen, die eine Prophylaxe benötigen. Der ersten Gruppe sollen weiter Betablocker (Metoprolol, Propranolol), Flunarizin, Topiramamat oder Amitriptylin angeboten werden. Hier geht der G-BA von etwa 2,4 Millionen Patienten aus. Sollten diese nicht auf die Behandlung ansprechen, nicht geeig-



© Sebastian Kaultzki / stock.adobe.com

Der Beschluss des G-BA eröffnet für besonders schwer von Migräne betroffene Patienten eine neue, spezifische Therapieoption.

net sein oder die Medikation nicht vertragen (was ja nicht selten vorkommt), soll einer zweiten Gruppe das Reservemedikament Valproinsäure angeboten werden. Für diese Option scheiden natürlich schon einmal Frauen im gebärfähigen Alter aus. Die nächste Option für die zweite Gruppe stellt Botulinumtoxin (Botox®) dar, das allerdings nur für die chronische Migräne zugelassen ist. Sollte auch diese Option für die zweite Gruppe ausgeschöpft sein oder nicht infrage kommen, sieht der G-BA einen beträchtlichen Zusatznutzen für Erenumab. Der G-BA begründet seine Entscheidung auf der Basis der positiven Er-

gebnisse der Zulassungsstudie LIBERTY, die im primären Endpunkt der Migränetage pro Monat, aber auch für sekundäre Endpunkte wie Arbeits- und Alltagseinschränkung sowie Lebensqualität et cetera positiv ausfiel.

Hohe Kosten im Vergleich zu bisherigen Therapien

Die Jahrestherapiekosten für Erenumab, das einmal im Monat subkutan injiziert wird, liegen jedoch bei etwa 8.100 €, also erheblich über den bisherigen Therapien (vgl. Topiramamat: 280 €). In Ermangelung einer zweckmäßigen Vergleichstherapie sieht der G-BA eben dennoch einen beträchtlichen Zusatznutzen und eröffnet für viele unserer Patienten – insbesondere für die schwer von der Migräne betroffenen – erfreulicherweise eine innovative, spezifische und zudem recht einfach handhabbare Behandlungsmöglichkeit.

Bitte dokumentieren Sie lückenlos, denn mit Prüfanträgen der Krankenkassen ist zu rechnen.

AUTOR

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

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

E-Mail: markus.weih@gmx.de



Update zum Terminservice- und Versorgungsgesetz

Zusatzhonorare winken – aber auch noch vollere Praxen

Über die Neuerungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), das am 11. Mai 2019 in Kraft getreten ist, haben wir Sie bereits ausführlich informiert (NeuroTransmitter 4/2019). Zwar müssen manche Details von einigen Länder-KVen noch festgelegt werden, aber der Rahmen steht. Lesen Sie wo die Chancen und Risiken des neuen Gesetzes liegen, und was Nervenärzte, Neurologen und Psychiater unbedingt beachten sollten.

Das Hauptinteresse der niedergelassenen Vertragsärzte richtet sich naturgemäß auf die unmittelbaren Auswirkungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) in unseren Praxen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) möchte in der Öffentlichkeit damit glänzen, dass nun „auch gesetzlich krankenversicherte Patienten Zugang zur fachärztlichen Sprechstunde“ haben (wörtlich entnommen von der Homepage des Bundesgesundheitsministeriums kurz nach Bekanntgabe des Gesetzes). Der Gesetzgeber fördert jetzt die vertragsärztlich bevorzugte Behandlung von fünf Patientengruppen, beginnend an jeweils

verschiedenen Zeitpunkten. Es geht dabei um dringende Überweisungen durch Hausärzte oder durch die Terminservicestellen (TSS), um neue Patienten und um die Einführung offener Sprechstundenzeiten. Bei der geplanten finanziellen Förderung handelt es sich im Wesentlichen um die zusätzliche, unbudgetierte Bezahlung der entsprechenden Patientenfälle außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Grundsätzlich kann man hierin einen Einstieg in die Entbudgetierung der vertragsärztlichen Honorare sehen. Dies ist positiv zu bewerten. Andererseits setzt die Förde-

rung der unten näher erläuterten Patientengruppen wahrscheinlich Fehlreize sowohl für Patienten als auch für Ärzte – mit entsprechender Missbrauchsgefahr auf beiden Seiten. Zudem sorgt die Förderung für eine erhebliche Zunahme der Bürokratie in den Praxen. Insbesondere Fachgruppen mit vielen chronisch kranken Patienten werden bei weitem weniger von den versprochenen Zusatzhonoraren profitieren als Fachgruppen, die überwiegend Akutfälle behandeln. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat nach Kräften gegen diese Art der Honorarförderung argumentiert, drang aber beim Bundesgesundheitsministerium (BMG) nicht durch.

TSVG – Was schon klar ist und was nicht

Zwischenzeitlich wurde im gesundheitspolitischen Raum viel spekuliert und über die Auswirkungen und näheren Bestimmungen gemutmaßt. Auf Bundesebene hat Anfang Juli 2019 der von Krankenkassen und KBV paritätisch besetzte Bewertungsausschuss in Berlin grundlegende Beschlüsse gefasst, die nun in den Länder-KVen konkretisiert und mit verbindlichen Abrechnungsregeln umgesetzt werden müssen. Dieser Prozess ist in den meisten KVen bis zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe des NeuroTransmitter noch nicht abgeschlossen. Zu viele Sonderfälle und Details sind denkbar und müssen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) geregelt werden. Die meisten Honorarände-



Da bleibt einem das Lachen im Halse stecken – Jens Spahn (hier auf dem Ärztetag) brüstet sich auf der Webseite des BMG damit, dass nun „auch gesetzlich krankenversicherte Patienten Zugang zur fachärztlichen Sprechstunde“ haben.

© Michaela Illian

rungen treten erst ab dem 1. September 2019 in Kraft. Zudem dürfen im ersten Gültigkeitsjahr die erhöhten Behandlungshonorare erst nach Bereinigung (= Abzug) des entsprechenden Standardhonorars von der MGV auf KV-Ebene ausbezahlt werden. Dies bedeutet, dass das erhöhte Honorar zunächst von der KV – also von der Ärzteschaft selbst – finanziert werden muss. Bereinigt wird übrigens jeder derartige Patientenfall beim auslösenden Arzt auf Fachgruppen- und LANR-Ebene. Erst ab dem zweiten Gültigkeitsjahr müssen die Krankenkassen die betreffenden Fallhonorare zusätzlich zur MGV auszahlen. Daher geben auch wir zusammen mit den KVen den dringenden Rat an die Kollegen weiter, mit der Abrechnung der genannten Patientenfälle im ersten Gültigkeitsjahr äußerst zurückhaltend zu sein.

Welche Patientenfälle werden nach TSVG besonders honoriert?

Dringender Hausarzt-Vermittlungsfall ab dem 11. Mai

Seit dem 11. Mai 2019 kann der Facharzt einen vom Hausarzt als dringend angemeldeten Patienten extrabudgetär abrechnen. Der Termin beim Facharzt muss dann innerhalb von vier Tagen stattfinden. Der Facharzt muss in seiner Abrechnung hierfür eine Sonder-Gebührenordnungsposition (GOP) dokumentieren, welche die jeweilige KV festlegt; in Bayern ist das beispielsweise die GOP 99873H. Alle Leistungen dieses Patientenfalls werden zusätzlich extrabudgetär und ungekürzt vergütet.

Für den Hausarzt gibt es bis zum 30. August 2019 keine Sonder-GOP. Er kann bis zu diesem Stichtag auch kein gesondertes Honorar abrechnen.

Dringender Hausarzt-Vermittlungsfall ab dem 1. September

Ab dem 1. September 2019 erhält der Hausarzt für jeden zum Facharzt vermittelten Fall 10 €. Dieser Betrag wird auch ausgezahlt, falls der Patient nicht beim Facharzt erscheint. Ungeklärt ist bisher, auf welche Weise der Hausarzt mit dem Facharzt in Kontakt treten muss. Die 10 € für den Hausarzt werden nicht bereinigt.

Die Zeiten für die „offene Sprechstunde“ kann der Arzt in freier Unternehmensgestaltung festlegen.



© Picture-Factory / Fotolia

TSS-Vermittlungsfall ab dem 11. Mai

Der Facharzt erhält seit dem 11. Mai 2019 einen Zuschlag auf die Grundgebühr. Entscheidend ist der Zeitraum zwischen Vermittlung durch die TSS und dem tatsächlichen Termin beim Facharzt. Innerhalb von acht Tagen beträgt der Zuschlag zur Grundgebühr 50 %, bei bis zu 15 Tagen 30 % und bei bis zu 35 Tagen nur noch 20 %. Daneben werden alle Leistungen dieses Falles extrabudgetär bezahlt. In Bayern ist hierfür die Sonder-GOP 99873T abzurechnen. Bereinigungszeitraum ist das vierte Quartal 2019 bis dritte Quartal 2020.

TSS-Akut-Vermittlungsfall ab dem 1. Januar

Mit Beginn des neuen Jahres erhält der Arzt für einen „TSS-Akut-Vermittlungsfall“ einen Aufschlag von 50 % auf die Grundgebühr und den gesamten Fall extrabudgetär bezahlt. Ein TSS-Akut-Vermittlungsfall erwächst aus einem medizinischen Notfall-Einschätzungsverfahren der TSS unter der Rufnummer 116 117. Die Bereitschaftsdienstnummer 116 117 soll mit der Notfallnummer 112 zusammengelegt werden. Bedingung ist, dass der Patient spätestens am Tag nach der Kontaktaufnahme vom Arzt behandelt wird. Die Sonder-GOP hierfür wird noch bekanntgegeben. Bereinigungszeitraum ist das erste Quartal 2020 bis vierte Quartal 2020.

Neupatienten ab dem 1. September

Neue Patienten in der Praxis oder Patienten, die länger als zwei Jahre die Pra-

xis nicht besucht haben, werden ab dem 1. September 2019 zusätzlich unbudgetiert honoriert. Sie müssen mit einer Sonder-GOP gekennzeichnet werden, die jedoch noch nicht überall bekannt ist. In Bayern wird hier die Sonder-GOP 99873E fällig. Derzeit wird noch geklärt, ob die Zweijahresfrist tages- oder quartalsgenau zu berücksichtigen ist. Bereinigungszeitraum ist das vierte Quartal 2019 bis dritte Quartal 2020.

Offene Sprechstunde ab dem 1. September

Eine „offene Sprechstunde“ von mindestens fünf Stunden pro Woche für Patienten ohne vorherige Terminvereinbarung müssen ab dem 1. September 2019 folgende Fachgruppen anbieten: Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Orthopäden, Urologen. Die KVen werden diese Zeiten von den Ärzten abfragen und vermutlich im Arztsucheportal der KV veröffentlichen. Nach gegenwärtigem Stand sind die Ärzte nicht verpflichtet, ihre Praxisschilder zu ändern. Die Patienten der offenen Sprechstunde werden mit einer Sonder-GOP gekennzeichnet, die vielerorts noch festzulegen ist. In Bayern wird die Sonder-GOP 99873O abgerechnet. In der offenen Sprechstunde wird ebenfalls der gesamte Fallwert extrabudgetär honoriert. Aus Gründen der Mengenbegrenzung wird die Honorierung der offenen Sprechstunde jedoch – praxisbezogen – auf maximal 17,5 % der Fallzahl des Vor-

Webinar Telemedizin der Fortbildungsakademie

Die Interaktion zwischen Arzt und Patienten findet seit jeher persönlich statt. Dieser Status quo ändert sich jedoch gerade fundamental. Ein großer Teil der Patientenversorgung könnte schon bald per Telemedizin erfolgen, von Ärzten also, die Patienten behandeln ohne sie jemals persönlich getroffen zu haben. Welche Auswirkungen hat der technologische Fortschritt für die neurologische Sprechstunde? Im ersten Webinar der Fortbildungsakademie möchten wir Telemedizin definieren und ihre Chancen und Risiken darstellen. Vorgestellt werden klinisch relevante Beispiele aus der telemedizinischen Behandlung von Schlaganfall, Morbus Parkinson, Epilepsie, Multipler Sklerose und Migräne. Die Videosprechstunde und das ZNS-Konsil werden intensiv besprochen. Datenschutz, Berufsrecht, Wirtschaftlichkeit und Honorierung sind weitere wichtige Inhalte des Webinars.

Die Fortbildungsakademie der Berufsverbände möchte das bewährte Präsenzseminar von Prof. Dr. Gereon Nelles im Herbst als erstes Webinar anbieten. Wir versprechen uns davon die Möglichkeit, einfach und ortsunabhängig informieren zu können. Bei der zuständigen Ärztekammer ist 1 CME-Punkt beantragt. Das Webinar ist für Mitglieder der Berufsverbände kostenlos. Der Termin wird in Kürze im NeuroTransmitter, per E-Mail, Fax und auf unserer Facebook-Seite angekündigt.

Prof. Dr. Gereon Nelles, Köln
Prof. Dr. Markus Weih, Nürnberg

Mehr als zwei Drittel aller Schulkinder haben Kopfschmerzen

Laut einer kürzlich publizierten Erhebung, die in Deutschland durchgeführt worden war, leiden mehr als zwei Drittel der befragten Kinder und Jugendlichen regelmäßig unter Kopfschmerzen [Nieswand V et al. Cephalalgia. 2019 Jul;39(8):1030–40]. Bei den Oberschülern lag der Anteil sogar bei fast 80%. Einen Arzt suchten jedoch nur die wenigsten auf, was auch zeigt, dass Kopfschmerzen in unserer Gesellschaft nicht als „echte“ Krankheit wahrgenommen werden. Dabei stellen Kopfschmerzen bereits im Kindes- und Jugendalter ein relevantes Gesundheitsproblem dar und sollten rechtzeitig und individuell von einem Arzt behandelt werden.

Pressemitteilung der DGN

jahresquartals budgetiert. Bereinigungszeitraum ist das vierte Quartal 2019 bis dritte Quartal 2020.

Diese Besonderheiten sind beim TSVG zusätzlich zu beachten

Es werden jeweils alle Leistungen der betreffenden TSVG-Fälle zusätzlich extrabudgetär honoriert, nicht nur die Leistungen beim ersten Quartalstermin dieser Patienten.

In einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) kann der TSVG-Fall je tätige Fachgruppe nur einmal abgerechnet werden (= Arztgruppenfall). Werden im gleichen Patientenfall auch Ärzte einer weiteren Fachgruppe tätig, so ist ein weiterer „normaler“ Behandlungsschein (ohne TSVG-Kennzeichnung) auszustellen.

Vermutlich bis Ende Juli 2019 wird die KBV die entsprechenden Sonder-GOP auch zur Übernahme in die Praxisverwaltungssysteme veröffentlichen.

Es ist nicht vorgesehen, dass die Krankenkassen oder die KVen die Zeiten der offenen Sprechstunden praxisindividuell kontrollieren oder hierfür bestimmte Vorgaben machen. Im Rahmen des Erstermins einer offenen Sprechstunde muss keine umfassende Abklärung und/oder Behandlung erfolgen.

Begrenzungsregelungen der einzelnen KVen für Fallzahl und -wert im HVM unter TSVG-Bedingungen sind zu beachten. Zumeist wird es so sein, dass TSVG-Fälle ab dem zweiten Gültigkeitsjahr in voller Menge bezahlt werden. Regelungen zur Mengengrenzung betreffen dann ausschließlich Fälle des Regelleistungsvolumens (RLV). Hier wird es aber sicher in den Länder-KVen zu unterschiedlichen Normen kommen.

Vorläufiges Fazit aus Sicht der Berufsverbände

Wegen der gesetzlichen Bereinigungsvorgaben für das erste Gültigkeitsjahr sollten die Vertragsärzte in diesem Zeitraum mit der Abrechnung der TSVG-Fälle äußerst zurückhaltend sein. Es droht sonst eine Preisminderung der übrigen RLV-Fälle und eine sockelwirksame Reduktion der MGV.

Etliche Nervenärzte, Psychiater und Neurologen betreiben wegen des herr-

schen Versorgungsdrucks bereits seit langem Notfallsprechstunden für Patienten mit dringendem Versorgungsbedarf. Hier werden in einer Triage wirkliche Notfälle sofort und Patienten mit umfassenderem Betreuungsbedarf im Verlauf des Quartals weiter behandelt. Dass diese Kollegen von den neuen Zusatzhonoraren für den Mehraufwand profitieren sollen, liegt auf der Hand.

Wer andererseits seine bewährte Versorgungs- und Praxisstruktur im Wesentlichen beibehalten möchte, kann dies in weitgehend freier Unternehmensgestaltung tun, etwa durch eine geeignete Wahl der Zeiten für die offene Sprechstunde und durch passende Kommunikationsstrukturen mit den Hausärzten.

Prospektiv werden sich vermutlich auch in unseren Fachgruppen die Fallzahlen etwas erhöhen.

Damit werden die Wartezeiten auf unseren ohnehin überfüllten Terminkalendern noch weiter ansteigen. Auch die Probleme mit der Zeitplausibilität werden möglicherweise zunehmen. Zu diesem Aspekt haben andere Fachgruppen bereits Vorschläge unterbreitet, beispielsweise die Plausibilitätszeiten für die geförderten Patientengruppen bei der Berechnung der Zeitplausibilität nicht zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber sollte schließlich nicht einerseits den Zugang zu fachärztlichen Sprechstunden fördern und andererseits das Ergebnis überschrittener Zeitplausibilität durch den vermehrten Arbeitsbedarf bestrafen. Hierüber wurde aber KV-seitig offiziell bisher noch nicht nachgedacht.

AUTOR

Dr. med.
Gunther Carl

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



E-Mail: carlg@t-online.de

Landesverband Baden-Württemberg

Selektivverträge und Honorargerechtigkeit im Fokus

Der Landesverband Baden-Württemberg des BVDN hat weiter erfolgreich an der Ausweitung des PNP-Vertrags nach § 73 c gearbeitet und setzt sich für Honorargerechtigkeit bei Doppelfachärzten ebenso ein wie für den Erhalt wichtiger BG-Ziffern sowie einen vernünftigen Umgang mit Arzneimittelprüfungen.

Seit 2018 steht der Landesverband Baden-Württemberg unter neuer Führung, wobei sich so viel gar nicht geändert hat: Der bisherige zweite Vorsitzende, Dr. Volker Bretschneider, hat die Leitung übernommen. Die bisherige Vorsitzende, Birgit Imdahl, sorgt als zweite Vorsitzende für Kontinuität. Wie bisher erfolgt die Information der Mitglieder über einen Newsletter, der über die folgende Seite abonniert werden kann: <https://www.bvdn-bawue.de/aktuelles/>

Fachgruppenzugehörigkeit für Doppelfachärzte

Beim Zankapfel „Fachgruppenzugehörigkeit für Doppelfachärzte“ sucht der BVDN mit der KV eine Lösung zum Vorteil der betroffenen Kollegen. Sie sollten als Doppelfachärzte nicht schlechter gestellt sein als die bisherigen Nervenärzte. Allerdings ist nach unseren Informationen mittlerweile eine Regelung auf Bundesebene getroffen, die die Doppelfachärzte mit den „alten“ Nervenärzten gleichstellt. Diese Regelung soll in Baden-Württemberg ab dem 1. Januar 2020 gelten.

Selektivvertrag nach § 73 c sichert gute Fallwerte

In Baden-Württemberg existiert ein erfolgreicher Selektivvertrag nach § 73 c: der PNP-Vertrag (PNP steht für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie). Abgeschlossen ist er mit der AOK sowie der BKK Bosch und bietet gegenüber der Regelversorgung bessere Koordination, Patientensteuerung und Vergütung. Hier werden neurologische Fallwerte von im Schnitt 95€ und psychiatrische

Fallwerte von im Mittel 150€ erreicht. Zudem ist unlängst die gesonderte Vergütung der Botulinumtoxin-Behandlung in den Selektivvertrag aufgenommen worden. Zur wichtigen Erweiterung um ein Modul für den Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie lesen Sie einen gesonderten Beitrag auf Seite 17.

Problem der Bereinigung des Regelleistungsvolumens gelöst

Wir sind froh, dass wir das lange schwelende Problem der Bereinigung des Regelleistungsvolumens lösen konnten. Sie erinnern sich: Der Logik der Selektivverträge folgend muss für jeden Patienten,

der den Kollektivvertrag verlässt, ein gewisses Volumen bereinigt werden. Diese Bereinigung ist jetzt in zwei Schritten so modifiziert worden, dass sie für unsere Fachgruppe kein Problem mehr darstellt. Es war schwieriger als gedacht, weil sich KV und AOK bewegen mussten, aber nun ist es so, dass von der Vertragsteilnahme nicht nur der einzelne Arzt, sondern die Fachgruppe in der Gesamtbetrachtung profitiert. Berufsverbänden aus anderen Bundesländern kann für den Fall von Verhandlungen über einen Selektivvertrag nur geraten werden, die Frage der Bereinigung von Anfang an intensiv im Blick zu behalten

Honorargerechtigkeit ist und bleibt ein Thema in Baden-Württemberg.



Unsere bislang eher zögerliche Einstellung zur Partizipation im Selektivvertrag konnte in eine Befürwortung umgewandelt werden: Wir empfehlen Ihnen, sich in den Selektivvertrag einzuschreiben. Bisher kritische Kollegen können sich eine Simulation erstellen lassen, ob der Aufwand in Anbetracht ihrer Praxisstruktur und der Einschreibequote in Haus- und Facharztverträge lohnt. Wir meinen: im Zweifel ja!

Elektronische Vernetzung im Vertrag moderner als die TI

Was noch wichtig ist: Es gibt im PNP-Vertrag einen Anlauf zur elektronischen Vernetzung der Praxen. Dieses Thema führt aufgrund der aktuellen Erfahrungen mit der Gematik regelhaft eher zu Ablehnung, aber lesen Sie bitte weiter: Die proprietäre Lösung der AOK ist tatsächlich moderner als die Telematikinfrastruktur (TI): Die neue Lösung wird ohne Konnektor einfach per Plug-in in unsere Praxisverwaltungssysteme (PVS) funktionieren. Das wird natürlich etwas kosten, seitens der PVS-Anbieter stehen etwa 20 € pro Monat im Raum. Aber die AOK wird eine Anschubfinanzierung von 2.500 € (für Schulungen – dafür gab es bei der TI nichts!) und pro eingeschriebenen Patienten pauschal 5 € auf den Fallwert zahlen. Bei zwölf Patienten pro Quartal sind damit die Kosten bereits gedeckt. Wir werden dafür die Möglichkeit bekommen, den zugehörigen Brief per Klick aus dem PVS heraus zu versenden. Sehr elegant! Außerdem integriert: die e-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, die die AOK in Echtzeit erhält und in der Folge der Patient schneller sein Geld sowie die elektronische Übermittlung des Medikamentsplans. Respekt – wenn das so klappt wie angekündigt, wird es das im Vergleich zur TI bessere Konkurrenzprodukt werden!

BVDN-Workshop-Tagung und Schnupperpraktika

Sehr erfolgreich war die Workshop-Tagung des BVDN mit hochkarätigen Referenten zum Thema „Akute Krisen und chronische Therapieverläufe psychischer Erkrankungen“ im November 2018 in der Rhein-Jura-Klinik Bad Säckingen.

Da die Nachwuchsgewinnung auch in Baden-Württemberg wichtig ist, wurde

beschlossen, Schnupperpraktika und Weiterbildungsmöglichkeiten prominenter zu machen. Für Ärzte in der Klinik ist die Tätigkeit in der Praxis oder im MVZ weitgehend unbekannt. Unsere erfolgreiche Rhetorik, mit der wir Missstände in Verwaltung und Bezahlung anprangern, verunsichert auf der anderen Seite leider auch die Niederlassungswilligen. Von daher wollen wir niederschwellige Möglichkeiten der Information und des Kennenlernens anbieten. Zu diesem Zweck ist eine Informationsseite auf unserer Homepage eingerichtet. Wir suchen Praxen, die Schnupperpraktika anbieten. Wenn Ihnen ein Kollege einen Tag lang über die Schulter blickt und abends noch ein paar Interna erfährt, dann hält Sie das nicht so sehr auf, kann aber für die Zukunft viel bewegen. Daher der Appell: Melden Sie sich, damit wir Sie auf unsere Liste setzen können.

Arzneimittelprüfungen und praxisindividuelle Richtwerte

Drohende Arzneimittelprüfungen werfen ihre Schatten voraus, bisher mussten wir aber keinen Ärger verzeichnen. Das Prinzip der praxisindividuellen Richtwerte hat zunächst manche verunsichert, allerdings in der Realität keine höheren Belastungen oder ein vermehrtes Aufgreifen zur Prüfung verursacht. Der Vorstand des BVDN Baden-Württemberg sucht den Kontakt zur Leitung der gemeinsamen Prüfungseinrichtung GPE, um die Mitglieder bereits im Vorfeld gezielt über Problemfelder informieren zu können und umgekehrt die GPE direkt über auftretende versorgungsrelevante Probleme zu unterrichten.

Die AOK ist laut eigener Mitteilung vom Bundesrechnungshof ermahnt worden, mehr anlassbezogene Prüfungen durchzuführen. Wir haben mit der AOK bereits darüber gesprochen, die Ergebnisse werden wir unseren Mitgliedern rechtzeitig kommunizieren. Daher nochmals die Bitte: Sprechen Sie bitte Kollegen, die nicht Mitglied im BVDN sind, auf die Vorteile der Mitgliedschaft gerade auch vor diesem Hintergrund an!

Expertisefreier Befundbescrieb versus echter Befundbericht

Wir leisten weiterhin Widerstand gegen die ersatzlose Streichung der berufsge-

nossenschaftlichen Berichtsziffer 123. Die Berufsgenossenschaft (BG) hat diese Ziffer zentral und kompromisslos gestrichen, und die lokalen BG wollen nicht abweichen. Im Gespräch versuchen wir die lokalen BG davon zu überzeugen, dass sie grundsätzlich einen ausführlichen Bericht nach Nr. 118 anfordern sollten, weil der kostenlose Rumpfbefundbericht nicht sinnvoll ist. Alle Kollegen an der Basis seien hiermit nochmals aufgefordert, tatsächlich auch nur einen expertisefreien Befundbescrieb (z. B. ASR rechts fehlend, NLG 39m/s etc., aber ohne Anamnese und ohne Bewertung und Analyse der Ergebnisse) abzugeben, wenn keine Berichtsziffer 118 angefordert ist.

Es besteht in Baden-Württemberg eine gute Zusammenarbeit mit der KV, insgesamt haben wir zufriedenstellende Regelleistungsvolumina, gerade im Vergleich zu anderen Bundesländern.

Einladung zur Versammlung der Länderdelegierten

Herzlich einladen wollen wir alle Länderdelegierten zur kommenden Versammlung der Länderdelegierten des BVDN Baden-Württemberg, die vom 8. bis 9. November 2019 in Heidelberg stattfinden wird. Wir hoffen auf rege Teilnahme.

AUTOREN

Prof. Dr. med. Wolfgang Freund

Beisitzer BDN
Südwestfalen
Waaghausstraße 9,
88400 Biberach

E-Mail: freund@bvdn-
bawue.de



Dr. med. Volker Bretschneider

Vorsitzender des BVDN
Baden-Württemberg
Sternplatz 1,
89584 Ehingen

E-Mail: bretschneder@
bvdn-bawue.de



Landesverband Baden-Württemberg

PNP-Vertrag: Modul Kinder- und Jugendpsychiatrie gestartet

Der PNP-Vertrag in Baden-Württemberg ist um ein viertes Modul erweitert worden, das die Versorgung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie verbessern helfen soll.

Der PNP-Vertrag (Selektivvertrag für Psychiater, Nervenärzte, Neurologen und Psychotherapeuten) besteht seit 2013. Vertragspartner sind neben dem BVDN-Landesverband MEDI Baden-Württemberg, die AOK Baden-Württemberg, die Bosch BKK, der DPtV und die Freie Liste der Psychotherapeuten. Seit April dieses Jahres gibt es ein viertes Modul für das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zusätzlicher Partner ist die Interessengemeinschaft niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Baden-Württemberg.

Das Modul setzt an verschiedenen Stellschrauben an, um die Versorgung zu verbessern. Darin werden die notwendige Zeit für multidimensionale Diagnostik und Therapie adäquat abgebildet und das multiaxiale Klassifikationsschema berücksichtigt. So beträgt die Vergütung der durch den Arzt geführten Gespräche 19€ pro 10 Minuten, für therapeutische Mitarbeiter gibt es 12€ pro 10 Minuten. Für die Individualbehandlung sind bis zu 1.000 Minuten Gesprächszeit pro Quartal abrechenbar. Erstmals wird auch das Entlassmanagement aus Kliniken systematisch berücksichtigt. Gefördert werden zudem die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Haus- oder Kinder- und Fachärzten sowie eine multidisziplinär psychosozial ausgerichtete Versorgung im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells. Ziel ist ein alltagsnahes Hilfenetz. Beobachtungen sozialpsychiatrischer Mitarbeiter fließen bei der Diagnostik ein. Sie können auch verstärkt für delegierbare Leistungen wie Elternabende oder -gruppen herangezogen werden. Vergütet werden die Teilnahme an Hilfeplankonferenzen

und, bei Bedarf, auch die aufsuchende Versorgung (Behandlungsansatz Lebensumfeld, BALU).

Transition umfassend geregelt

Dem BVDN war es ein besonderes Anliegen, eine strukturierte Transition in die Erwachsenenmedizin zu ermöglichen. Jetzt ist die Behandlung beim Kinder- und Jugendpsychiater bis zum vollendeten 21. Lebensjahr möglich, in Einzelfällen sogar bis zum vollendeten 25. Lebensjahr. In der Übergangszeit stimmen sich alle an der Versorgung beteiligten Ärzte und Therapeuten eng ab – etwa im Hinblick auf Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Ausbildung.

Weiterentwicklungen des Vertrags

Da sich der PNP-Vertrag zunächst auf die Behandlung chronischer Erkrankungen wie MS oder Parkinson konzentrierte, profitierten anfänglich vor allem Nervenärzte und Psychiater davon. Deshalb wurde das Neurologiemodul sukzessive angepasst: Die Grundpauschale wurde angehoben, Zusatzpauschalen können parallel abgerechnet werden, und es gibt Beratungszuschläge für Komorbiditäten, um die Versorgung multimorbider Patienten abzubilden und zu stärken. Auch wegen dieser Verbesserungen sind in den letzten zwei Jahren elf weitere Neurologen eingestiegen und die Fallzahlen um rund 20% gewachsen.

Seit Jahresbeginn werden überdies die Kosten der qualifizierten Botulinumtoxin-Therapie bei fokaler Spastik und fokaler Dystonie getragen. Der teils hohe Zeitaufwand wird mit einer pauschalen Zusatzvergütung von 80€ pro Quartal für die Erst- sowie 50€ pro Quartal für die Folgebehandlung honoriert.

Stand April 2019 nehmen 127 Ärzte am Neurologie- und 137 am Psychiatriemodul teil. Dass sich die Teilnahme lohnt, zeigt der Vergleich mit der Regelversorgung: Im dritten Quartal 2018 betrug der durchschnittliche Fallwert für Neurologen im PNP-Vertrag 94€, im Kollektivvertrag 80€. Die entsprechenden Fallwerte der Fachärzte für Nervenheilkunde lagen bei 117€ versus 79€. Im Psychiatriemodul bei 161€ versus 102€. Wichtig: Alle Fälle werden vergütet!

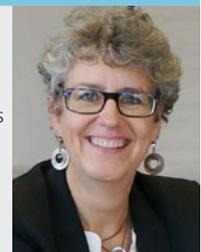
Weiterer Psychotherapievertrag

Im Psychotherapiemodul gibt es 662 Teilnehmer. Der Anteil der psychotherapeutisch tätigen Ärzte beträgt etwa 35%. Daneben gibt es noch zwei reine Psychotherapieverträge mit der DAK und der TK. MEDI Baden-Württemberg und die BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft haben sich mit Wirkung zum 1. Juli 2019 auf einen weiteren Vertrag verständigt. Patienten profitieren unter anderem von einem zeitnahen Erstkontakt und Therapiebeginn sowie einer optimierten Behandlung. Der Vertrag soll die Kurzzeit- und die Gruppentherapie stärken sowie Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenhausfälle reduzieren.

AUTORIN

Birgit Imdahl

2. Vorsitzende des
BVDN-Landesverbands
Baden-Württemberg
Bergstraße 5
78628 Rottweil
E-Mail: praxis.
imdahl@t-online.de



Rund um den Beruf

Neuerungen im Bundesteilhabegesetz

Verbesserungen für Menschen mit Behinderungen umsetzen

Das Bundesteilhabegesetz schafft einige neue Regelungen, die zu zahlreichen Verbesserungen für Menschen mit Behinderung führen. Sie können ebenso für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nutzbar gemacht werden. Voraussetzung ist jedoch, dass die Rechte auch flächendeckend durchgesetzt werden.



An vielen Orten wurden Beratungsstellen für die sogenannte ergänzende unabhängige Teilhabeberatung geschaffen, um Bürger zu den neuen Regelungen bezüglich der Rehabilitation und Teilhabe zu beraten.

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist ein Gesetz, das in Etappen andere Gesetze ändert, insbesondere unsere Sozialgesetzbücher. Nach der letzten Änderung, die für das Jahr 2023 vorgesehen ist, wird es seine Funktion beendet haben. Es gestaltet und stärkt die Rechte von Menschen mit Behinderungen gegenüber den Leistungs- und Kostenträgern. Behinderung wird nun verstanden als eine Folge der Wechselwirkungen zwischen den Beeinträchtigungen eines Menschen und den Barrieren, auf die er aufgrund seiner Beeinträchtigungen stößt. Folglich müssen sich auch die Leistungen an dem Grundsatz orientieren, nicht nur die Beeinträchtigungen des Menschen, sondern auch die Barrieren in dessen sozialen Räumen zum Gegenstand der Leistungen für Rehabilitation und Teilhabe zu machen. Dieses Grundverständnis von Behinderung ist nicht neu, sondern als wesentliches Element der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) schon weit verbreitet und hat über die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention nun auch endgültig den Weg in das deutsche Teilhaberecht gefunden.

Nun sind Leistungen ausschließlich am individuellen Teilhabebedarf eines Menschen auszurichten. Mit dieser Neuausrichtung sind einige wesentliche Folgen verbunden: Zum einen wird ein neues System der Teilhabeplanung in das Rehabilitationsrecht eingeführt und die Leistungen der Eingliederungshilfe, insbesondere die Leistungen zur Sozialen Teilhabe, werden ab 2020 als ausschließlich fachliche Leistungen ausgestaltet und von den unterhaltsichernden Leistungen (Unterkunft und Lebensunterhalt) getrennt. Die Eingliederungshilfe wird im gleichen Jahr aus dem Sozialhilferecht gelöst und mit den fachlichen Leistungen zu einem eigenen Leistungsrecht ausgestaltet. Auch dies hat verschiedene Folgen: Die wichtigste für die psychiatrische Versorgung ist sicherlich, dass damit auch alle Leistungen zur sozialen Teilhabe Antragsleistungen wer-

den und Menschen mit Beeinträchtigungen diese Leistungen beantragen müssen. Das ist nicht für jeden leicht möglich und bedarf Unterstützung.

Nichts über uns ohne uns: Teilhabeplanung

Jeder Rehabilitationsträger muss die Teilhabeplanung von sich aus ausführen, wenn Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen (z. B. Teilhabe am Arbeitsleben und soziale Teilhabe) oder Leistungen von mehreren Leistungsträgern gleichzeitig durchgeführt werden sollen. Neu ist, dass Menschen mit Behinderung einen Anspruch auf eine Teilhabeplanung gegenüber jedem Leistungsträger geltend machen können (§ 19 SGB IX). Die Teilhabeplanung ist vom zuständigen Leistungsträger für alle Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe durchzuführen. An allen Schritten müssen die Antragstellenden beteiligt werden. Der Plan enthält alle wesentlichen Elemente von Beginn der Antragsstellung an (z. B. den Tag des Antragseingangs), die Schritte der Zuständigkeitsklärung, die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs auf Grundlage der Bedarfsermittlung, die eingesetzten Instrumente, die erreichbaren und überprüfbaren Teilhabeziele sowie die Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts. Anspruchsberechtigte haben auch Rechtsanspruch, den Teilhabeplan einzusehen oder eine Kopie zu erhalten. Etwas abgeschwächt gilt dies außerdem für die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz. Wenn der leistungsberechtigte Bürger die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz fordert, muss dieser Forderung entsprochen werden, es sei denn, der Aufwand steht nicht in einem angemessenen Verhältnis zur Leistung. Lehnt der Rehabilitationsträger den Wunsch nach der Durchführung einer Teilhabeplankonferenz ab, muss der Antragstellende dazu gehört und die Ablehnung differenziert begründet werden.

Mit diesen Verfahrensvorschriften beschreitet der Gesetzgeber einen neuen

Weg. Schon seit vielen Jahren gab es gesetzliche Vorschriften, dass verschiedene Leistungsträger sich untereinander abzustimmen haben. Dies wurde oft nicht umgesetzt. Daher ist nun in gewisser Weise ein Rechtsanspruch auf eine abgestimmte Teilhabeplanung verankert, auf die der Bürger nun bestehen kann. Vor dem Hintergrund, dass die Anspruchsberechtigten zu jeder Zeit am Verfahren beteiligt sind, wird hier auch der oft formulierte Anspruch umgesetzt: „Nichts über uns ohne uns.“ Durchaus kritisch kann bemerkt werden, dass im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens auch Pflegeleistungen und Leistungen der Jobcenter in Betracht kommen, aber die Leistungen zur Behandlung nicht ausdrücklich genannt sind. Gerade sie sind bei den Leistungen für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung aber besonders wichtig. Immerhin hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass an den Teilhabeplankonferenzen auch Leistungserbringer aus anderen Bereichen als denen der Rehabilitation teilnehmen können, zum Beispiel Mitarbeiter aus Kliniken oder sozialpsychiatrischen Diensten.

Gesamtplanung

Der Begriff der Gesamtplanung gilt für die Verfahren, die ausschließlich in der Zuständigkeit des Trägers der Eingliederungshilfe liegen. Am Gesamtplanverfahren ist bei allen Schritten immer der Mensch mit Behinderung zu beteiligen, und auf Wunsch auch eine Person seines Vertrauens. Dabei werden die Bedarfe des Menschen individuell ermittelt. Der Gesetzgeber hat sehr genaue Kriterien vorgegeben, denen das Gesamtplanverfahren genügen muss. In jedem Bundesland werden nun Verfahren zur Gesamtplanung und Instrumente zur Ermittlung des individuellen Teilhabebedarfs eingeführt. Der Gesamtplan enthält alles, was auch ein Teilhabeplan erfüllen muss, und einige zusätzliche Aspekte. Hier kommt nun die Voraussetzung zum Tragen, dass zukünftig Anträge gestellt werden müssen und Leistungen frühes-

tens zum ersten Tag des Monats beginnen, in dem der Antrag gestellt wurde. Mit Blick auf die sehr unterschiedlichen Teilhabebedarfe wird dies zukünftig sorgsam zu betrachten sein, um nahtlose Leistungsanschlüsse möglich zu machen.

Die fachliche Leistung ist künftig von den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und der Unterkunft getrennt. Menschen, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können, müssen neben den fachlichen Leistungen auch bei anderen Kostenträgern die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beantragen. Dies wirkt zunächst wie eine zusätzliche bürokratische Belastung, soll aber die notwendigen fachlichen Unterstützungsleistungen unabhängig von der Wohnform machen. Damit soll der Weg eröffnet werden, dass Menschen nicht wegen einer fachlich notwendigen Hilfe den Wohnort wechseln und zum Beispiel in ein Heim ziehen müssen.

Assistenzleistungen

Der überwiegende Teil der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wird künftig unter dem Begriff der „Assistenzleistungen“ zusammengefasst. Dazu zählen alle Hilfen, die heute als betreutes Wohnen oder als Betreuung in einem Heim bezeichnet werden. Nur für die tagesstrukturierenden Leistungen gilt dieser Begriff eher nicht. Der Assistenzbegriff soll das partizipative Verhältnis zwischen Leistungsberechtigten und Leistungserbringern verdeutlichen – Es soll sich nicht mehr um ein Über- oder Unterordnungsverhältnis handeln.

Erreichbarkeit von Ansprechpersonen

Folgerichtig hat der Gesetzgeber auch bestimmt, dass die Erreichbarkeit einer Ansprechperson ohne geplante Inanspruchnahme zu den Leistungen der Assistenz gehören, die erbracht werden, wenn der Mensch mit Behinderung ihrer bedarf. Damit sind typischerweise Bereitschaftsdienste gemeint, die heute oft als Nachtwache oder Nachtbereitschaftsdienste in dafür vorgesehenen Einrichtungen geleistet werden. Der Gesetzgeber hat dazu einen wichtigen neuen Weg beschritten: Der Bedarf nach dieser Leistung bestimmt das Recht auf

die Inanspruchnahme, nicht das Wohnen in einer besonderen Einrichtung. Kombiniert mit dem Recht darauf, dass dem Wohnen außerhalb besonderer Wohnformen (z. B. Heime) der Vorzug zu geben ist (§ 104 SGB IX n.F.), eröffnet der Gesetzgeber die Möglichkeit der individuellen Bedarfsdeckung ohne den Zwang, dazu besondere Einrichtungen aufzusuchen.

Wie bei allen anderen neuen Ansprüchen bedarf es im Laufe der nächsten Jahre intensiver Bemühungen seitens der Kostenträger und Leistungserbringer, um aus diesen Rechtsansprüchen Wirklichkeit werden zu lassen.

Beratungsangebot

Vor dem Hintergrund, dass Menschen mit Behinderung gerade in dieser Situation mit umfassenden neuen Regelungen der Beratung bedürfen, hat der Gesetzgeber ein völlig neues Instrument geschaffen: die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB). Sie soll Bürgerinnen und Bürgern unabhängig von den Interessen der Leistungserbringern und Leistungs- und Kostenträger zu allen Fragen zur Rehabilitation und Teilhabe beraten. Dazu wurden flächendeckend in der Bundesrepublik Beratungsstellen geschaffen, zu finden unter www.teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-der-eutb. Das Angebot ist zunächst auf fünf Jahre begrenzt (ab 2018), wenn sich der Gesetzgeber nicht noch entscheiden sollte, das Beratungsangebot dauerhaft zu etablieren. Daneben werden aber auch die Träger der Eingliederungshilfe zur umfangreichen Beratung und Unterstützung verpflichtet.

Teilhabe am Arbeitsleben

Der Gesetzgeber hat zwei neue Leistungen für die Teilhabe am Arbeitsleben geschaffen.

Andere Anbieter

Als „andere Anbieter“ werden Organisationen bezeichnet, die Leistungen wie zum Beispiel Werkstätten für Menschen mit Behinderungen anbieten, die aber von einigen Vorschriften befreit sind, die normalerweise für Werkstätten gelten. Das sind insbesondere Regelungen hinsichtlich der förmlichen Anerkennung und der Mindestplatzzahl für eine

Werkstatt. Damit soll der Zugang zu kleineren und neuen Leistungen eröffnet werden. Es bleibt somit abzuwarten, ob durch die geschaffenen Regelungen der „Markt“ der Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben wirklich belebt werden wird.

Budget für Arbeit

Weit innovativer ist im Grundgedanken das Budget für Arbeit. Menschen mit Behinderungen, die das Recht haben, in einer Werkstatt für behinderte Menschen zu arbeiten, können sich stattdessen einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt suchen. Der Arbeitgeber erhält einen Lohnkostenzuschuss bis zu einer festgelegten Obergrenze, wenn er den Menschen mit Behinderung nach den üblichen geltenden Lohnregelungen der Branche beschäftigt. Dieser Lohnkostenzuschuss ist unbefristet, solange die Behinderung besteht. Es muss sich jedoch um ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis handeln. Damit soll der Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen erleichtert werden. Durch die grundsätzliche Möglichkeit, diese Leistung ohne Befristung zu gewähren, ist ein neues und innovatives Instrument geschaffen worden, dessen Ausgestaltung jetzt in den Händen der Träger der Eingliederungshilfe liegt. Da die Träger der Eingliederungshilfe in jedem Bundesland durch Landesgesetze bestimmt werden, wird es voraussichtlich auch regional unterschiedliche Ausgestaltungen dieses Budgets für Arbeit geben.

RehaPro

Zusätzlich zu den beiden neuen Leistungen werden in den kommenden Jahren unter der Sammelbezeichnung des Programms „RehaPro“ einige innovative Projekte durchgeführt werden, unter der Verantwortung der Jobcenter und Rentenversicherungsträger. Die Projekte sollen Erkenntnisse darüber liefern, welche Maßnahmen und Strukturen geeignet sind, um eine längere Arbeitslosigkeit oder Erwerbsunfähigkeit durch Rehabilitationsleistungen zu verhindern oder den Wiedereintritt in das Erwerbsleben möglich zu machen. Der Grundgedanke erinnert an den Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss: Beiden

ist gemein, dass Erkenntnisse über eine bessere Regelversorgung gewonnen werden sollen und dazu Projekte eingereicht werden, die von den Projektträgern bewilligt werden.

Eingliederungshilfe und Leistungen der sozialen Pflege

Grundsätzlich geht Rehabilitation vor Rente und ebenso vor Pflege. Durch Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe soll Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden oder gemindert werden (§ 9 Abs. 3 SGB IX). Neben diesem Grundsatz hat der Gesetzgeber neue Verfahrensvorschriften dafür festgelegt, wenn die Leistungen der Eingliederungshilfe und die der Pflegeversicherung zusammentreffen. Lebt der Mensch mit Behinderung in einem Wohnheim für Menschen mit Behinderungen (Einrichtungen nach § 43a SGB XI), bleibt alles beim Alten. Die Pflegekasse beteiligt sich an den Kosten dieser Einrichtungen mit einem pauschalen Betrag.

Treffen die Leistungen in einem ambulanten Setting aufeinander, dann stehen sie gleichwertig nebeneinander. Neu ist, dass der Träger der Eingliederungshilfe die Pflegekassen am Gesamtplanverfahren beteiligen muss, wenn der Mensch mit Behinderung dem zustimmt. Auch die Pflegekassen sind verpflichtet, sich beratend am Gesamtplanverfahren zu beteiligen. Dahinter ist die gleiche Absicht des Gesetzgebers erkennbar, die schon dem Teilhabeplanverfahren zugrunde liegt: Nicht der Mensch mit Behinderung soll sich mit verschiedenen Kostenträgern auseinandersetzen müssen, sondern die Kostenträger sollen unter sich und gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten klären, welcher Kostenträger welche Leistungen übernimmt. Im Verfahren selbst tritt dem Anspruchsberechtigten dann nur der Träger der Eingliederungshilfe als Leistungsträger gegenüber. Auch diese neuen Regelungen werden einiger Zeit bedürfen, bis sie in der Praxis umgesetzt werden.

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Alle Leistungen der Eingliederungshilfe gehören bis zum Ende des Jahres 2019 noch zur Sozialhilfe. Das bedeutet, dass

nur die Menschen Eingliederungshilfe erhalten, die den fachlichen Bedarf haben und nicht über eigenes Einkommen oder Vermögen verfügen. Sozialhilfe tritt nur bei Bedürftigkeit ein, was bedeutet, dass Bürger ihr Einkommen und Vermögen einsetzen müssen, um Leistungen der Sozialhilfe zu erhalten. Mit dem Übergang der Eingliederungshilfe in ein eigenes Leistungsgesetz ab dem 1. Januar 2020 wird sich das ändern. Es werden völlig neue Regelungen eingeführt, die das Einkommen aus Erwerbstätigkeit in etwas höherem Maße von Anrechnungen freistellen als das Einkommen aus Renten. Es verbleiben aber deutlich höhere Beträge als in der Sozialhilfe. Auch ein Vermögen von etwas über 45.000 € wird von der Anrechnung freigestellt.

Die genauen Beträge ergeben sich aus gesetzlichen Regelungen, die immer wieder neu angepasst werden. Die Einkünfte und das Vermögen von Partnern werden nicht mehr angerechnet. Grundlage für die Berechnung soll der Steuerbescheid bilden. Damit werden nicht alle Forderungen der Verbände von Menschen mit Behinderungen erfüllt, aber es ergibt sich eine deutlich bessere Situation im Vergleich zur Sozialhilfe.

Fazit für die Praxis

Ganz grob lässt sich feststellen: Es ergeben sich eine Reihe von Verbesserungen für Menschen mit Behinderung, vor allem hinsichtlich des Verfahrens der Teilhabeplanung, aber auch hinsichtlich der Ansprüche auf fachliche Leistungen zur sozialen Teilhabe. Gerade der Anspruch, nicht mehr an ein Heim verwiesen zu werden, wenn umfangreiche Hilfen notwendig sind, stellt einen wirklichen Fortschritt dar, wenn er realisiert wird. Auch das Budget für Arbeit stellt einen ganz neuen Ansatz dar. Insbesondere die Beratung von Menschen mit Behinderungen soll deutlich verbessert werden.

Aber: Diese Rechte müssen Menschen mit Behinderungen auch kennen! Und sie müssen in der Lage sein, sie einzufordern, möglicherweise gegen Widerstände und vielleicht sogar gerichtlich. Es wäre naiv, Widerstände nur vonseiten der Leistungsträger zu erwarten. Auch der Leistungserbringer muss nun Bewegung in die konsequente Orientierung an den individuellen Bedarfen der Menschen bringen. Das Beharren und das Bedürfnis, möglichst wenig zu ändern, sind auf vielen Seiten festzustellen – und auch wenig überraschend. Erst wenn wir von einer flächendeckenden Durchsetzung der Rechte der Menschen mit Behinderung sprechen können, wird das BTHG

Für Menschen mit Behinderungen soll der Zugang zum Arbeitsmarkt erleichtert werden. Sie sollen wählen können, ob sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder auf dem regulären Arbeitsmarkt arbeiten. Die Arbeitgeber werden deshalb durch ein Budget unterstützt.

© R4200 / picture alliance



Hier steht eine Anzeige.



seine Wirkung entfaltet haben. Viele Organisationen befürchten, dass sich durch das BTHG Leistungen für Menschen mit Behinderungen verschlechtern würden, etwa beim Zugang zu Hilfen, wenn dieser nur noch durch die Leistungsträger gesteuert wird. Diese Sorge wird genährt durch die nach und nach erkennbar werdenden Regelungen der Träger der Eingliederungshilfe. Sie gründen aber nicht im BTHG, sondern in der allseits bekannten Absicht jedes Leis-

tungsträgers, möglichst zu geringeren oder doch wenigstens nur geringfügig steigenden Ausgaben zu kommen. Sie sind ein Effekt unseres gegliederten Systems der sozialen Sicherung. Das BTHG ist kein Spar-Gesetz, aber viele versuchen, es als Vorwand zum „Sparen“ zu benutzen.

Rosemann M. BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit. Köln: Psychiatrie Verlag; 2018

AUTOR

Matthias Rosemann

Träger gGmbH
Geschäftsstelle
Alt-Reinickendorf 45
13407 Berlin

E-Mail: Matthias.Rosemann@t-online.de



Arzneimittelnebenwirkungen

Was wo zu melden ist

Nationale wie internationale Stellen sammeln und überblicken Nebenwirkungen von Arzneimitteln. Für eine vollständige Auflistung ist es unerlässlich, dass Ärzte ihrer Meldepflicht nachkommen.

Etwa seit 1961 beziehungsweise seit dem Contergan-Skandal gibt es in Deutschland ein Arzneimittelgesetz, nach dem zur Verbesserung der Therapiesicherheit Nebenwirkungen gemeldet werden müssen. Weitere gute Gründe für eine solche Meldung sind:

- Identifizierung von unbekanntem, seltenen oder schweren Nebenwirkungen
- Erfassung von Sicherheitsproblemen im Alltag, jenseits klinischer Studien
- Überwachung bekannter Arzneimittel
- Erfassung typischer Medikationsfehler

Ärzte sind nach ihrer Berufsordnung verpflichtet, Nebenwirkungen zu melden. Die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) steht dem nicht entgegen, es ist darüber hinaus keine besondere Einwilligung des Patienten nötig. Während auch Patienten Nebenwirkungen melden können, beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder Paul-Ehrlich-Institut (PEI), sollen Ärzte diese der Arzneikommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) berichten – per Post, Mail, Fax oder über die Webseite der AkdÄ. Die AkdÄ hat zirka 170 ehrenamtliche Mitarbeiter und arbeitet bei diesem Thema eng mit dem BfArM und den PEI zusammen. Zur Erläuterung hat die AkdÄ einen Leitfaden dazu

erstellt, was unter einer Nebenwirkung oder unerwünschten Arzneiwirkung zu verstehen ist. Besonders interessant sind diese Nebenwirkungen:

- Nicht in der Fachinformation aufgeführt
- Schwerwiegende Fälle
- Bei neuen Arzneimitteln (weniger als fünf Jahre nach Markteinführung)

Die Meldung sollte unbedingt enthalten:

- Initialen des Patienten
- Beobachtete unerwünschte Wirkung
- Genaue Bezeichnung des Arzneimittels (Darreichungsform, Pharmazentralnummer etc.)
- Krankheiten, anamnestische Besonderheiten, Therapiedaten
- Verlauf, Ausgang, Folgen
- Begleiterkrankungen, Komedikation
- Relevante Untersuchungsergebnisse, Laborwerte
- Maßnahmen, Therapie

Vor allem bei schweren Nebenwirkungen ist es sinnvoll, den Arztbrief oder Krankenhausbericht beizulegen. Die Meldungen werden bewertet, in Konferenzen diskutiert, standardisiert erfasst, kodiert und anonymisiert an das BfArM und das PEI sowie an internationale Datenbanken wie die Europäische Arzneimittelagentur und an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) übermittelt.

Die Adresse des Arztes wird nicht weitergegeben, nur die ersten beiden Ziffern der Postleitzahl. Der Arzt erhält eine Rückmeldung.

Interessierte Ärzte können sich für den „Drug Safety Newsletter“ anmelden und zu dem Thema in der Europäischen Datenbank gemeldeter Verdachtsfälle online recherchieren. Wichtige Nebenwirkungen stehen auch im Ärzteblatt.

Weiterführende Links:

- <https://nebenwirkungen.pei.de>
- https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/PDF/Nebenwirkungen_melden.pdf
- <http://www.adrreports.eu/de/search.html>

AUTOR

Prof. Dr. med. Markus Weih

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

E-Mail: markus.weih@gmx.de





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

Checkliste

So gelingt der Praxisumzug

Keiner reißt sich darum, aber manchmal ist er geboten: der Praxisumzug. Der Ortswechsel einer Praxis stellt den Inhaber vor eine Herausforderung, der er sich rechtzeitig und mit planerischer Weitsicht stellen sollte. Lesen Sie wertvolle Tipps zu acht zentralen Themenfeldern.

Praxis Kooperationen und Zusammenlegungen von Praxen finden aus ökonomischen und Versorgungsgründen immer öfter statt. Praxis-sitze in Gemeinschaftspraxen lassen sich zudem viel leichter mit jungen Kollegen nachbesetzen. In Gemeinschaftspraxen, Praxismgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ergeben sich mannigfache Synergieeffekte durch Arbeitsteilung, medizinische Zusammenarbeit und Urlaubsvertretung sowie ökonomische Vorteile durch gemeinsames Personal, Geräte und Räume. Daher ist es gerade für Kollegen, die auf den Ruhestand zusteuern, durchaus überlegenswert, die Praxis mit dem Nachbarkollegen des gleichen Faches zusammenzulegen, auch um die Nachbesetzungschancen zu verbessern.

Außerdem kommt es leider vor, dass langjährige Mietverträge nach dem Auslaufen vom Vermieter gekündigt werden, weil dieser entweder untragbare Mietforderungen stellt oder die Gewerberäume anderweitig nutzen möchte.

Sucht der Praxisinhaber einen anderen Standort, so sind im Rahmen einer langfristigen Planung mehrere wichtige Fragen zu beantworten respektive Aspekte zu beachten.

Neuer Praxisort

Bei der Wahl des Praxisorts stellen sich im Wesentlichen drei Fragen: Wird die neue Praxis weiterhin als Einzelpraxis geführt? Ist eine Zusammenlegung an einem gemeinsamen Praxisstandort geplant? Sollte die Praxis eher in der Ortsmitte liegen? Hier ist sie zwar leichter zu

Fuß erreichbar, für überregional fachärztlich tätige Praxen kann jedoch durchaus auch eine Randlage interessant sein. Vorteilhaft wäre die räumliche Nähe zu anderen Facharztpraxen, eine gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln und Kraftfahrzeugen sowie eine ausreichende Zahl an Parkplätzen. Die Wettbewerbssituation mit anderen Praxen der gleichen Fachrichtung spielt für die ZNS-Fächer bei der Wahl des Praxisorts eine untergeordnete Rolle, denn die Praxen von Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern sind ohnehin überfüllt.

Praxiseigentum oder Miete

Bei der Entscheidung „Kaufen oder mieten?“ spielen steuerliche Einflüsse und das Alter des Praxisinhabers eine große Rolle. Mietkosten können komplett steuerlich abgesetzt werden. Immobilieneigentum ist eine gute Geldanlage und vor allem für Kollegen im mittleren Alter geeignet. Allerdings kann die Praxis im Besitz des Praxisbetreibers steuerliche Nachteile haben. Aus diesem Grund ist häufig der Ehepartner des Praxisbetreibers Eigentümer der Räume. Diese Konstellation kann wiederum im Scheidungsfall nachteilig sein. Zu diesen Fragen hilft eine ausführliche Information durch den Steuerberater. Der Mietvertrag sollte mindestens auf fünf Jahre abgeschlossen werden, idealerweise für zehn oder gar 20 Jahre. Die Mieten für Praxisräume sind zwar in den letzten Jahren gestiegen, allerdings machen die Mietkosten im Vergleich zum Personal nur einen geringen Anteil aus.

Bei einem Ortswechsel der Praxis ist es mit einem Klick nicht getan. Gute Planung ist alles.

© © clemplies / Fotolia

© Scanral_Rosenstiel / Fotolia

Grundriss der Praxisräume

Die Praxis sollte grundsätzlich eher großzügig dimensioniert sein. Möglicherweise kommt später die Mitarbeit eines Assistenten oder eines weiteren (Teilzeit-)Praxispartners infrage. Die Wege der Patienten zwischen Anmeldung, Warte-, Untersuchungs- und Sprechzimmern sollten kurz sein. Vorwartzonen direkt vor dem Zimmer des Arztes sparen Rüstzeit. Neben den medizinisch erforderlichen Räumen sollten heutzutage auch Räume für die EDV- und die Telefontechnik sowie Verwaltungsräume mit eigenen Rechneranschlüssen vorgesehen sein. Getrennte Toiletten für die verschiedenen Geschlechter sind in den meisten Bundesländern nicht vorgeschrieben. Dafür sollte die Unisex-Toilette jedoch behindertengerecht ausgestaltet sein. Vermieter oder Eigentümer sollten sich erkundigen, ob für die in Betracht gezogenen Räume seitens der Gemeindeverwaltung eine Nutzungserlaubnis für eine Arztpraxis besteht, oder ob ein Umnutzungsantrag erforderlich ist.

Technische Ausstattung

Alle Räume müssen mit EDV- und Telefonanschlüssen versehen sein. Außerdem sind Waschbecken erforderlich und gegebenenfalls eine Klimaanlage im Wartezimmer beziehungsweise in Räumen mit wärmeproduzierenden Geräten. Auch Brandschutzmelder und Feuerlöscher sind unerlässlich. Man sollte mit allen Technikern besprechen, ob vorhandene Geräte am neuen Standort ergänzt (z. B. Telefone) oder angepasst werden müssen.

Umzug

Den Vertrag mit einem Umzugsunternehmen sollte man rechtzeitig abschließen. Am besten antizyklisch und nicht zum Monatswechsel. Manche Firmen haben besondere Erfahrungen mit dem Umzug von medizinischen Einrichtungen und Geräten. In diesem Zusammenhang müssen auch die Techniker für das Praxisnetzwerk, die Computersysteme, medizinischen Messgeräte und die Telefonanlage koordiniert werden. Auf alle Fälle ist es erforderlich, dass der Praxisinhaber selbst mit vor Ort ist und wenn nötig auch selbst Hand anlegt. Ge-

gebenfalls kann man auch technikaffine oder handwerklich begabte Freunde oder Familienangehörige mit dazu bitten. Wie bei allen Umzügen ist eine gute Planung und Organisation entscheidend.

KV-rechtliche Erfordernisse

Beim Zulassungsausschuss muss die Verlegung des Praxisortes und/oder die Bildung einer Gemeinschaftspraxis beantragt werden. Hierzu ist vorherige Beratung unbedingt erforderlich. Die Betriebserlaubnis von genehmigungspflichtigen Praxisgeräten (z. B. Sonografie, Röntgen) muss die KV auf den neuen Standort umschreiben.

Information der Patienten und der zuweisenden Ärzte

Mindestens ein Vierteljahr vor dem Umzug und nochmals kurz zuvor sollten überweisende Ärzte und einbestellte Patienten über den neuen Praxisstandort schriftlich informiert werden.

Plan B bereit halten

Ein Umzug ist nie billig. Und meistens wird er teurer als prognostiziert. Für genügend finanzielle Reserven sollte daher gesorgt sein. Auch der Zeitplan lässt sich oft nicht einhalten. Gute zeitliche Koordination zwischen Vermietern, Handwerkern und Technikern stellt eine unablässliche Voraussetzung dar. Ein voller Monat Zeitpuffer zwischen dem Auszug aus der alten Praxis und dem Start in den neuen Räumen sollte mindestens eingeplant werden.

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

**Für den Neurologen unverzichtbar**

Martin Stangel und
Mathias Mäurer (Hrsg.):

**Autoimmun-
erkrankungen in
der Neurologie**

Springer Verlag, Berlin,
2., akt. u. erw. Aufl. 2018,
99,99 € (e-Book: 79,99 €)
ISBN 978-3-662-55529-3

Man sieht nur, was man weiß, und ich befürchte, dass wir Neurologen viele autoimmun verursachte Erkrankungen übersehen. Sechs Jahre nach der ersten Auflage dieses Buches hat sich viel getan im Hinblick auf Verständnis und Therapie von neurologischen Autoimmunerkrankungen. Deshalb war es folgerichtig, eine zweite, erweiterte Auflage zu erstellen. Die Informationen über Autoimmunerkrankungen nehmen rasant zu und die relevanten Leitlinien sind teilweise deutlich veraltet. Von daher tun aktuelle Information in diesem wichtigen und sich entwickelnden Bereich Not.

Den Herausgebern und Autoren ist es gelungen, ein gut lesbares Buch wie aus einem Guss zu erzeugen. Die Informationen sind auf dem neuesten Stand und für die Anwendung relevant, auf dem deutschsprachigen Markt gibt es kein vergleichbares Werk. Allerdings geht die Darstellung durch den Wissenszuwachs stark in die Breite, sodass sich der Leser manchmal eine Entscheidungshilfe wünscht. Durch die mögliche Symptomvielfalt wird die Schilderung der Entitäten mitunter fast beliebig und es gelingt nur schwer, eine differenzialdiagnostische Eingrenzung herauszuarbeiten. Gerade in der notwendigen Informationsfülle wären Tabellen mit Gegenüberstellung von diagnostischen Merkmalen aus Sicht des Praktikers hilfreich, der eine diagnostische und damit auch therapeutische Festlegung versuchen muss.

Leider sind die Literaturangaben nur am Ende des Kapitels in alphabetischer Reihenfolge gesammelt, sodass sie bei Wunsch nach Vertiefung eines interessanten Aspektes nutzlos sind. Nachdem jeder Neurologe auf dem Gebiet der Autoimmunerkrankungen einigermaßen sattelfest sein sollte, ist das Werk dennoch unverzichtbar!

**Prof. Dr. med. Wolfgang Freund,
Biberach**

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



Fortbildung



Zu den kognitiv-stimulierenden Freizeitaktivitäten gehören auch Museumsbesuche, am besten in der Gruppe.

Training und Stimulation im höheren Lebensalter

Gruppentraining „AKTIVA“ gegen das Absinken kognitiver Funktionen

Kognitives Training oder kognitive Stimulation als präventive Maßnahmen gegen kognitive Leistungseinbußen im Alter werden in der wissenschaftlichen Forschung seit Langem thematisiert. Mithilfe von kognitivem Training sollen vorrangig spezifische kognitive Funktionen wie Aufmerksamkeit, visuelle Wahrnehmung oder Reaktionsgeschwindigkeit verbessert werden. Das Programm AKTIVA leitet Teilnehmer an, kognitiv-stimulierende Tätigkeiten in den Alltag zu integrieren.

VALENTINA A. TESKY, JOHANNES PANTEL

Aufmerksamkeit und Reaktionsgeschwindigkeit zählen zu den „fluiden“ Gedächtniskomponenten, die mit dem Alter naturgemäß nachlassen. Bei der kognitiven Stimulation dagegen sollen Gedächtnis und Denkvorgänge verbessert werden. Ermöglicht werden soll dies zum Beispiel durch die Ausübung von kognitiv-stimulierenden Freizeitaktivitäten wie Lesen, Kartenspielen, ins Museum gehen oder tanzen [1]. Insbesondere Aufgaben für das kognitive Training sind in vielen kommerziellen Formaten erhältlich. In speziellen Computer-Programmen oder Apps für das Smartphone, in Büchern oder Übungsheften finden sich Aufgaben, welche die geistige Leistungsfähigkeit älterer Menschen steigern sollen. Meist werden im Rahmen solcher Angebote Rätsel oder verschiedene Aufgaben mit steigendem Schwierigkeitsgrad gelöst. Diese Übungen können in verschiedenen Settings – in Kleingruppen oder alleine – durchgeführt werden. Allerdings sind die erzielten Übungsgewinne hier zeitlich begrenzt und es fehlen Belege für die langfristige Wirksamkeit auf andere relevante Leistungsbereiche. Oft lassen sich Trainingseffekte nur direkt nach

den absolvierten Trainingsintervallen nachweisen und sind nicht von Dauer [2, 3, 4]. Die Trainingsübungen sorgen dafür, dass die Absolventen in speziellen Gehirnleistungen immer besser werden und dort Übungseffekte erzielen, beispielsweise, wenn Zahlen in aufsteigender Reihe verbunden oder Formen zugeordnet werden. Von einem Transfer der Effekte auf alle kognitiven Fähigkeiten oder auf komplexe Alltagsanforderungen kann nicht ausgegangen werden. Auch halten die Trainingseffekte nach gegenwärtigem Kenntnisstand nur solange an, wie tatsächlich trainiert wird. Sobald das Training ausgesetzt wird, gehen bisher erzielte Übungseffekte verloren.

Um Automatismen zu vermeiden, ist Abwechslung wichtig

Darüber hinaus werden viele Trainingsprogramme irgendwann zur Routine, wenn nicht ständig das Schwierigkeitslevel angepasst wird. Die Gedächtnisaufgaben werden dann nach und nach sehr automatisiert durchgeführt. Solche Aufgabentypen finden sich oft in Kreuzworträtseln in gängigen Zeitungen oder Magazinen. Meistens wiederholen sich

die erfragten Begriffe, das Gedächtnis hat die einschlägigen Antworten gespeichert und die Antworten erfordern keine große kognitive Anstrengung. Das alleinige Bearbeiten von Kreuzworträtseln kann somit nicht als kognitives Training empfohlen werden. Gleiches gilt für Sudoku, das ebenfalls nach einiger Übung zu sehr zur Routine wird.

Kognitiv-stimulierende Freizeitaktivitäten

Ein alternativer Ansatz, um langfristig kognitiv aktiv zu sein, sind kognitiv-stimulierende Freizeitaktivitäten. Mittels retrospektiver Befragungen konnten Wilson et al. [5, 6] nachweisen, dass ein hohes Maß an kognitiver Aktivität in Form von kognitiv-stimulierenden Freizeitaktivitäten einen positiven Einfluss auf die Entstehung kognitiver Einbußen im Rahmen demenzieller Erkrankungen hat. Personen, die ein hohes Maß derartiger Freizeitaktivitäten in der Vergangenheit oder auch aktuell ausübten, entwickelten seltener kognitive Beeinträchtigungen im Alter. Im Rahmen der Studien wurde ebenfalls nachgewiesen, dass die positiven Effekte der kognitiv-stimulierenden Freizeit-

aktivitäten auch dann wirken, wenn die Ausübung erst im höheren Alter begonnen wird. Dieser Ansatz bietet somit älteren Menschen die Möglichkeit, jederzeit ihre geistige Leistungsfähigkeit positiv zu beeinflussen.

Neben den kognitiven Freizeitaktivitäten im engeren Sinne wie Lesen, Schachspielen oder eine Fremdsprache erlernen, wird überdies Musizieren, Malen oder Museumsbesuchen im Zuge der Verzögerung demenzieller Prozesse ein positiver Einfluss zugesprochen. Auch die Teilnahmen an kulturellen Ausflügen sowie Bildungsreisen wirken sich positiv auf das Demenzrisiko aus. Unter kognitiv stimulierender Aktivität können demnach alle Tätigkeiten verstanden werden, die das Gehirn fordern und bei denen keine Routine aufzukommen droht. Häufig wird im Rahmen dieser Tätigkeiten bestehendes Wissen mit neuem verknüpft. Wichtig ist darüber hinaus, dass sie den persönlichen Interessen entsprechen und um ihrer selbst willen ausgeübt werden. Selbst produktive und kreative Haushaltstätigkeiten wie Kochen, Backen, Nähen und Gartenarbeit zählen zu diesen Aktivitäten, wenn sie die genannten Kriterien erfüllen [7].

AKTIVA – Aktive kognitive Stimulation – Vorbeugung im Alter

An dieser Stelle setzt das Interventionsprogramm AKTIVA (Aktive kognitive Stimulation – Vorbeugung im Alter) an. Es wurde vor dem Hintergrund entwickelt, dass bisherige kognitive Trainingsprogramme in ihrer Effektivität eingeschränkt sind. AKTIVA möchte älteren Menschen einen Anreiz geben, durch das vermehrte Ausüben von kognitiv-stimulierenden Freizeitaktivitäten dem Absinken kognitiver Funktionen im Alter entgegenzuwirken. AKTIVA stellt eine Weiterentwicklung gegenüber dem traditionellen Gedächtnistraining dar, da keine vorgegebenen Aufgaben oder Übungen in alltagsfernen Situationen trainiert werden. AKTIVA orientiert sich an den jeweiligen Ressourcen und Interessen der Teilnehmenden und ist somit als individuelles Trainingsprogramm zu verstehen [8].

Durch ein Gruppentraining AKTIVA werden

Das Programm AKTIVA bietet den Teilnehmern eine strukturierte Anleitung, um kognitiv-stimulierende Tätigkeiten nachhaltig in Alltag und Freizeit zu integrieren. Die teilnehmenden Personen

sollen zu einem gesundheitsdienlichen und demenzpräventiven Lebensstil angeregt und motiviert werden. AKTIVA ist als Trainingsmanual verfügbar und bietet somit interessierten Personen, etwa Gruppenleitern in der Seniorenarbeit, die Möglichkeit, selbstständig AKTIVA-Gruppensitzungen durchzuführen [9]. Für das Programm liegen inzwischen umfangreiche praktische Anwendungserfahrungen vor und es wurde wissenschaftlich evaluiert [10, 11].

Im Rahmen von AKTIVA soll die Frequenz kognitiv-stimulierender Freizeitaktivitäten langfristig erhöht werden. Hierfür werden in den Gruppensitzungen unter anderem Strategien vermittelt, um dieses Vorhaben umzusetzen. Orientiert wird sich jederzeit an individuellen Ressourcen und Bedürfnissen der Teilnehmer. Bei Auswahl und anschließender Ausübung der kognitiv-stimulierenden Aktivitäten werden keine Vorgaben gemacht, sondern die Teilnehmer können persönlich auswählen, welche Tätigkeiten sie bevorzugen. Es kann dabei auf altbewährte Aktivitäten zurückgegriffen werden, die zum Beispiel aufgrund von Zeitmangel nicht mehr ausgeübt wurden, aber weiterhin Freude bereiten.

Es können aber auch neue Aktivitäten gewählt werden. Durch die Aktivierung individueller Interessen an einer Freizeitaktivität soll eine langfristige Ausübung gewährleistet werden, die über die Zeit des stattfindenden Gruppenprogramms hinausgeht. Zusätzlich erhalten die teilnehmenden Personen ausführliche Informationen zu verschiedenen Themengebieten rund um die kognitive Leistungsfähigkeit. Es wird Wissen über nachlassende kognitive Fähigkeiten im Alter und deren Prävention vermittelt. Die Teilnehmer sollen befähigt werden, den eigenen Lebensstil dahingehend zu analysieren, ob sie potenzielle Risikofaktoren für demenzielle Erkrankungen reduzieren und sich zusätzliche Schutzfaktoren aufbauen können. AKTIVA stellt somit ein Trainingsprogramm dar, das gleichzeitig aufklärt und aktiviert [8].

Abb. 1 stellt die einzelnen Bausteine von AKTIVA vor. Das Gruppenprogramm besteht aus neun Sitzungen, die jeweils für zwei Stunden konzipiert sind.

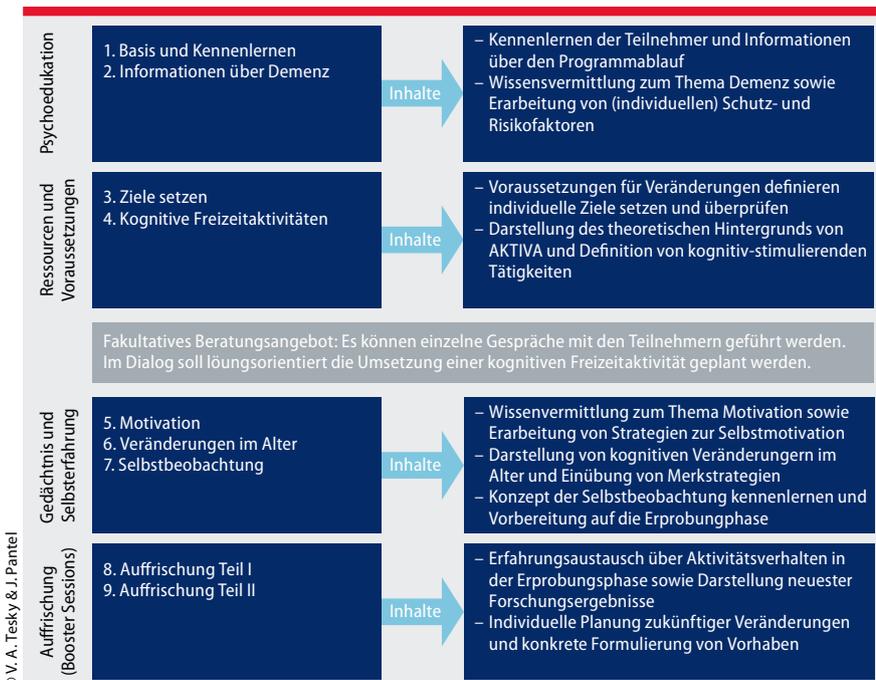


Abb. 1: Konzeptueller und thematischer Aufbau von AKTIVA

Die ersten sieben Sitzungen finden wöchentlich statt. Nach einer Pause von mehreren Wochen (Erprobungsphase) folgen noch zwei Auffrischungstermine (Booster Sessions). Verschiedene didaktische Elemente sorgen für ein interaktives Format.

Neben Vorträgen, Kleingruppenarbeit und Rollenspielen besteht bei jeder Sitzung die Möglichkeit, dass sich die Teilnehmenden mit persönlichen Beiträgen einbringen. AKTIVA beinhaltet die Module Psychoedukation, Ressourcen und Voraussetzungen, Gedächtnis und Selbsterfahrung sowie Auffrischung, die im Folgenden erläutert werden. Thematisiert werden die Aspekte „Demenz“, „Risiko- und Präventionsfaktoren demenzieller Erkrankungen“, „Kognitive Stimulation“, „Selbstbeobachtung“, „individuelle Zielsetzung“ und „Motivation“. Für weitere Informationen siehe Tesky et al. [9].

Module und Themenschwerpunkte von AKTIVA

Das Trainingsmodul Psychoedukation zielt darauf ab, den Teilnehmenden ausführliche Informationen zum Krankheitsbild der Demenzen zu vermitteln. Hierdurch sollen häufig vorkommende Ängste und auch Vorurteile abgebaut werden, die beim Thema Demenz stets präsent sind. Es wird beispielsweise darüber aufgeklärt, dass im Alter die Gedächtnisfunktionen in einem bestimmten Ausmaß nachlassen, ohne dass eine demenzielle Erkrankung vorliegen muss. So können Stress, Müdigkeit oder mangelnde Konzentration die Ursache von Gedächtnisproblemen sein. Alle Informationen des ersten Moduls sollen die Teilnehmenden dazu befähigen, den eigenen Lebensstil dahingehend zu analysieren, ob die Vermeidung oder Reduktion von Risikofaktoren, wie etwa Bluthochdruck, und der Aufbau von zusätzlichen Schutzfaktoren, beispielsweise soziale Interaktionen, umsetzbar sind. Mithilfe von verschiedenen Arbeitsmaterialien, wie kleinen Coaching-Kärtchen, erstellen die Teilnehmenden ihr eigenes Risikoprofil.

Im Modul Ressourcen und Voraussetzungen widmen sich die Teilnehmer bisherigen Erfolgen und weiteren möglichen Veränderungen im Hinblick auf

einen gesundheitsdienlichen Lebensstil. Sie lernen Strategien kennen, Ziele besser zu erreichen, indem diese adäquat formuliert und überprüft werden. Hierdurch sollen realistische Ziele formuliert und mögliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung thematisiert werden. Zusätzlich werden mögliche kognitiv-stimulierende Freizeitaktivitäten erörtert und der theoretische Hintergrund von AKTIVA dargestellt. Die Teilnehmenden sollen sich für eine kognitiv-stimulierende Aktivität entscheiden, die sie ab jetzt vermehrt ausüben wollen. Informationen zu Möglichkeiten und Methoden der Selbstmotivation unterstützen die Teilnehmer bei ihren Vorhaben. In fakultativen Einzelgesprächen kann die konkrete Umsetzung geplant und schriftlich in einem sogenannten Tätigkeitsvertrag notiert werden.

Das dritte Modul Gedächtnis und Selbsterfahrung informiert über kognitive Veränderungen, Ressourcen im Alter und über Gedächtnisstrategien. Es wird ein Überblick gegeben, welche kognitiven Fähigkeiten mit dem Alter nachlassen, und über welches Potenzial weiterhin verfügt werden kann. Die Teilnehmenden lernen verschiedene Methoden zur Verbesserung der Merkfähigkeit kennen. Die Durchführung eines interaktiven und selbst entwickelten Spiels zu Malerei und Kunst („Memory-Malerei“) soll das Interesse für Kunst wecken. Es wird vor Augen geführt, dass Aktivitäten, wie die Beschäftigung mit Kunst oder auch Museumsbesuche, ebenfalls die Kognition anregen. Als Abschluss werden die Teilnehmenden auf die Erprobungsphase vorbereitet, in der sie das gelernte Wissen und die kognitiv-stimulierenden Tätigkeiten selbstständig umsetzen sollen.

Schwerpunkt der zwei letzten Sitzungen nach der Pause im Modul Auffrischung ist der Erfahrungsaustausch, in dem die Teilnehmenden über ihr Aktivitätsverhalten in den letzten Wochen berichten. Gemeinsam werden Erfolge und aufgetretene Herausforderungen besprochen. In Form einer Zielbildübung soll ermittelt werden, welche Veränderungen die Teilnehmenden in Bezug auf einen aktiven und demenzpräventiven Lebensstil noch erreichen wollen.

Wissenschaftliche Bewertung von AKTIVA

AKTIVA wurde wissenschaftlich evaluiert, um das Ausmaß der Wirksamkeit des innovativen Trainingsansatzes zu belegen. Am ersten AKTIVA-Programm nahmen initial 307 Personen ohne kognitive Einbußen teil (davon 222 Frauen, Alter 72 +/- sieben Jahre), die randomisiert jeweils einer von drei Gruppen zugeordnet wurden: AKTIVA-Gruppe 1, AKTIVA-Gruppe 2 mit zusätzlicher Ernährungs- und Bewegungsberatung und einer Kontrollgruppe, die kein AKTIVA-Training erhielt. In der zusätzlichen Ernährungs- und Bewegungsberatung wurden kleine Workshops über Bewegung, Ernährung und Gesundheit abgehalten und Schnupperkurse in den Sportarten Aktivsitzgymnastik, Haltings-/Rückenschule oder Walking als Aktivitäten in der Gruppe angeboten.

Zur Erfassung der Interventionseffekte wurden verschiedene psychometrische Testverfahren und Fragebögen zu mehreren Zeitpunkten eingesetzt. Verwendet wurden unter anderem eine kognitive Testbatterie, Fragebögen zu Depressivität, subjektiv eingeschätzten Gedächtnisleistungen und Lebensqualität im Alter. Insgesamt konnten 208 komplette Datensätze in die Auswertung aufgenommen und analysiert werden. Eine ausführliche Darstellung der Studienergebnisse findet sich bei Tesky [8] und Tesky et al. [10]. Die wichtigsten Ergebnisse daraus sind: Es konnten signifikante Trainingseffekte in den Bereichen kognitive Leistungsfähigkeit und Einschätzung subjektiver Gedächtnisleistungen erzielt werden. Dies entsprach unserer Erwartung. Aufgrund des gewählten Studiendesigns konnten jedoch keine Aussagen über die Nachhaltigkeit dieser Effekte gemacht werden.

Die signifikante Verbesserung in der subjektiven Gedächtniseinschätzung soll im Folgenden noch einmal diskutiert werden: Wie dargestellt, schätzten die Teilnehmenden im Verlauf der Intervention ihre subjektiv wahrgenommenen Gedächtniseinbußen als weniger gravierend ein. Dies könnte durch den Erfahrungsaustausch mit anderen Teilnehmenden im Rahmen des Gruppenprogramms bedingt sein. In diesem Austausch konnten bestehende Sorgen

und bisher gemachte Erfahrungen mit Gedächtnisproblemen besprochen und analysiert werden. Zusätzlich wurden zahlreiche Informationen zu Gedächtnisleistungen im Alter vermittelt. So konnten auch eigene negative Erlebnisse oder Ängste bezüglich des Gedächtnisses relativiert werden. Die Teilnehmenden machten im Gruppen-Setting die Erfahrung, dass es um ihr Gedächtnis gar nicht so schlecht bestellt war, wie befürchtet. Diese positivere Einschätzung der eigenen Gedächtnisleistungen könnte langfristig die im Zusammenhang mit wahrgenommenen nachlassenden Gedächtnisfunktionen erlebten negativen Emotionen wie Angst oder Scham sowie Depressionen vorbeugen. Zusätzlich würde durch die Vermeidung dieser Emotionen auch einem sozialen Rückzugsverhalten entgegengewirkt, wie es häufig infolge von erlebten Gedächtnisproblemen vorkommt. Das wäre insofern als positiv zu bewerten, als der Verlust sozialer Netzwerke beziehungsweise der Rückzug aus solchen als Risikofaktor für demenzielle Erkrankungen diskutiert wird [12]. Dieser signifikante Trainingseffekt im Bereich der selbst eingeschätzten Gedächtnisleistungen hebt somit den Präventionscharakter des AKTIVA-Programms hervor.

Von besonderem Interesse waren darüber hinaus auch die erzielten Verhaltensmodifikationen im Bereich der kognitiv-stimulierenden Freizeitaktivitäten für Untergruppen der Gesamtstichprobe. Als Indikator für das Aktivitätsniveau wurden wöchentlich verschiedene Aktivitäten mithilfe eines Aktivitätsprotokolls erfasst. Hohe Ausprägungen in den einzelnen Items lassen sich damit im Sinne eines hohen Aktivitätsniveaus interpretieren. Erfasst wurden kognitiv-stimulierende Tätigkeiten wie das Lesen und ins Museum gehen, sowie das Ausüben sozialer Interaktionen und spazieren gehen. Die Auswertung der Aktivitätsprotokolle ergab folgende Trends:

- Die jüngeren Teilnehmer (< 75 Jahre) aus der AKTIVA-Gruppe 1 reduzierten signifikant ihren Fernsehkonsum.
- Die älteren Frauen (> 75 Jahre) aus der AKTIVA-Gruppe 2 unternahmen signifikant mehr Ausflüge.
- Die älteren Männer (> 75 Jahre) aus den AKTIVA-Gruppe 1 und 2 unter-

nahmen signifikant mehr Spaziergänge, wiesen signifikant mehr soziale Interaktionen auf und lasen signifikant mehr.

Diese Aktivitätstrends lassen vermuten, dass ein Transfer der vermittelten Trainingsinhalte auf den Alltag erreicht wurde. Die Teilnehmenden erhielten während der Intervention Informationen darüber, dass eine vermehrte Ausübung kognitiv-stimulierender Freizeitaktivitäten als demenzpräventiv anzusehen ist. Es wurden allerdings keine strengen Vorgaben zu mehr Aktivitäten gemacht. Die Probanden konnten sich freiwillig dazu entschließen und wurden in keiner Weise kontrolliert. Sie sollten es lediglich in den wöchentlichen Aktivitätsprotokollen dokumentieren. Da gerade auch die über 75-jährigen Frauen und Männer Verhaltensmodifikationen zeigten, gehen wir davon aus, dass solche Interventionsprogramme durchaus auch von Menschen im höheren Lebensalter gerne angenommen werden.

Bei der praktischen Durchführung des AKTIVA-Programms bestätigte sich, dass die Teilnehmenden von der Intervention profitierten und auch mit großem Engagement und Interesse an den einzelnen Sitzungen und Erhebungszeitpunkten teilnahmen. Systematisch erhobene Rückmeldungen ergaben, dass die meisten Teilnehmer das Programm weiterempfehlen oder noch einmal durchlaufen würden. Das Programm stellt somit einen umsetzbaren und vielversprechenden Ansatz dar, um älteren Menschen Strategien zur Prävention von kognitiven Leistungseinbußen zu vermitteln.

Sekundärer Präventionsansatz für Menschen mit MCI

Um Menschen mit bereits bestehenden kognitiven Einbußen, beispielsweise im Rahmen der „Leichten kognitiven Beeinträchtigung“ (Mild Cognitive Impairment, MCI), ebenfalls ein Präventionsangebot zu machen, wurde das AKTIVA-Programm dahingehend weiterentwickelt. Diese Zielgruppe hat im Vergleich zu kognitiv nicht beeinträchtigten Personen andere Bedürfnisse. Sie benötigt mehr Wiederholungen von thematisch relevanten Informationen und darüber hinaus auch mehr Raum, um

sich über ihre Erfahrungen auszutauschen. Aus diesem Grund wurde das ursprüngliche AKTIVA-Programm um drei Gruppensitzungen erweitert und um für Menschen mit bereits bestehenden Gedächtniseinbußen wichtige Inhalte ergänzt. In nun insgesamt zwölf Sitzungen werden neben den schon vorgestellten Themen (siehe **Abb. 1**) außerdem verschiedene Gedächtnismodelle, das Management und die Kompensationen von Gedächtnisproblemen, Merkstrategien sowie förderliche Attributionsstile ausführlich bearbeitet. Wichtigstes Ziel für die Teilnehmenden ist auch hier die vermehrte Ausübung von kognitiv-stimulierenden Freizeitaktivitäten.

Das Programm AKTIVA-MCI ist als strukturiertes Manual erhältlich [13] und wurde im Rahmen einer kleineren Pilotstudie ebenfalls wissenschaftlich evaluiert [14]. Es wurden dafür dieselben psychometrischen Testverfahren und Fragebögen wie bei der AKTIVA-Studie verwendet. Die Auswertungen der Prä-Post-Erhebungen ergaben, dass sich diese Testwerte über den Interventionszeitraum von rund sechs Monaten stabil hielten. Gerade für die kognitiven Parameter ist dies ein erfreuliches Ergebnis. Ob die Teilnahme an dem Programm AKTIVA-MCI tatsächlich den natürlichen Verlauf der kognitiven Fähigkeiten bei MCI positiv beeinflussen kann, sollte in einer längerfristig angelegten randomisierten und kontrollierten Studie bestätigt werden.

Im Gegensatz zum ursprünglichen wöchentlichen Aktivitätsprotokoll wurden die Teilnehmenden von AKTIVA-MCI angehalten, täglich ihr Aktivitätsverhalten zu dokumentieren. Anstelle von nur neun Aktivitäten wurden nun 30 Aktivitäten bewertet. Die Auswertungen ergaben ebenfalls viele signifikante Aktivitätstrends. So reduzierten alle Teilnehmenden signifikant solche Aktivitäten, denen ein geringer kognitiver Nutzen zugesprochen wird, wie Fernsehen, Zeitschriften lesen oder Spiele am Computer alleine zu spielen. Signifikant gesteigert wurden die Aktivitäten „Bücher lesen“ sowie „Tageszeitung lesen“ und auch die Frequenz von sozialen Interaktionen mit anderen wurde signifikant erhöht.

Fazit für die Praxis

Zusammenfassend zeigen sowohl diese Studienergebnisse als auch unsere praktischen Erfahrungen, dass auch Menschen mit bereits bestehenden Gedächtniseinbußen von einem Interventionsprogramm im Sinne des AKTIVA-Ansatzes profitieren. Insbesondere der gemeinsame Austausch mit Gleichgesinnten sowie die vielen interaktiven Elemente wurden als positiv bewertet. Gerade für Menschen mit MCI ist es wichtig, sich nicht aus Sorge und Scham vor Gedächtniseinbußen sozial zurückzuziehen, sondern weiterhin so aktiv wie möglich am Leben teilzunehmen und gelassen und offensiv mit auftretenden Problemen umzugehen.

In Übereinstimmung mit Befunden zur noch im Alter erhaltenen neuronalen Plastizität des Gehirns [15] zeigen unsere Erfahrungen auch, dass es nicht zu spät ist, auch jenseits des 70. Lebensjahres die Frequenz kognitiv-stimulierender Tätigkeiten zu erhöhen. Dies kann gelingen, wenn die Tätigkeiten der Person Freude bereiten, damit sie auch langfristig um ihrer selbst Willen ausgeübt werden (intrinsische Motivation). Auch der soziale Aspekt vieler in diesem Sinne geeigneter Freizeitaktivitäten ist nicht zu vernachlässigen. Im Zusammensein mit anderen wird das Gedächtnis einerseits permanent gefordert und andererseits erscheinen Gedächtnisschwächen als gar nicht mehr so schwerwiegend.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTORIN

**Dr. rer. med.
Valentina Tesky**

Arbeitsbereich Altersmedizin, Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

E-Mail: tesky@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de



Gesund oder krank – ein Kontinuum



Asmus Finzen
Normalität

Die ungezähmte Kategorie in Psychiatrie und Gesellschaft
Psychiatrie-Verlag
1. Auflage 2018
ISBN 978-3-88414-939-3

Es ist schon eine kleine Sensation und sicher auch bereits so etwas wie ein Vermächtnis, wenn eine Ikone der Sozialpsychiatrie kurz vor dem 80. Geburtstag ein Buch mit dem Titel „Normalität“ veröffentlicht. Asmus Finzen möchte mit dem Buch allen, die mit der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen zu tun haben, einen pragmatischen Blick auf das Kontinuum zwischen Normalität und Krankheit nahelegen.

Asmus Finzen war 1970 Gründungs- und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP). Als Wissenschaftsjournalist publizierte er sowohl in der Neuen Züricher Zeitung als auch in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung. 1977 war er Mitbegründer des Psychiatrie-Verlags und begann im Jahr 1981 eine beratende Tätigkeit im Bundesgesundheitsministerium. Er hat verschiedene Kliniken geleitet und gilt als Pionier der tagesklinischen Behandlung.

Als ich ihn um ein Rezensionsexemplar bat, meinte er, er ringe immer noch um die Ausformulierung einiger Positionen und man solle ihm doch Rückmeldung geben, wo man Anregungen hätte. Diesen Wunsch gebe ich gerne an künftige Leser weiter!

Laut Finzen sind wir Psychiater vergleichbar mit „Trüffelschweinen“ auf der Suche nach psychisch gestörtem Verhalten. Das Normale würden wir allenfalls durch das nicht Normale erkennen. Aber vom Normalen hätten wir Psychiater keine Ahnung, obwohl sich „Normalitätsvorstellungen erschreckend oft in unsere fachlichen Wahrnehmungen mischen.“ Die Gefahr sei groß, da uns in der Psychiatrie die Objektivität der somatischen Fächer fehle.

Im Buch setzt er sich mit gesellschaftlichen und sozialen Normen und Erwartungen auseinander, warnt die Psychiater eindringlich davor, aus einem einzigen Symptom eine Diagnose zu machen und stellt die gängigen Instrumentarien oder Diagnosesysteme infrage, da sie abhängig von der alleinigen Einschätzung des Untersuchenden seien.

Krank zu sein, ist normal, es ist somit auch normal, psychisch krank zu sein. Das ist eine

weitere Dimension, die Finzen in seinem Buch ausleuchtet. Er sieht die gesellschaftliche Tendenz, ein besonders grausames Verbrechen gerne einem „irren“ Täter zuschreiben zu wollen. Nur meist zeige sich, dass diese Täter gar nicht psychisch krank seien. Alles was wir wüssten, wüssten wir aus den Massenmedien, insofern belasteten diese die Diskussion um Normalität und Krankheit mit einer „riesigen Hypothek“.

Im Weiteren warnt er vor der allgemeinen Annahme, psychische Störungen würden zunehmen, deren Inzidenzen, wie wir wissen, ja nicht ansteigen. Er legt den Finger auf den uns Psychiater stets schmerzenden Punkt, dass oft einzelnen Symptomen, Belastungen des Lebens oder Konflikten am Arbeitsplatz Krankheitswert zuerkannt wird und diese Arbeitsunfähigkeitszeiten in die Statistiken der Krankenkassen eingehen. Die Diagnosekriterien seien kritisch zu sehen, da sie oft keine Unterscheidung des Schweregrades einer Erkrankung oder des Ausmaßes der dadurch bedingten Invaldität zuließen.

Mit einem Zitat aus Goethes Faust in seiner Schlussbemerkung strebt er eine Zusammenfassung und Versöhnung mit seinen Ausführungen an, da das Normale ja schon immer auch langweilig sei und man stets nach den Unglücksnachrichten suche.

In den letzten Zeilen seines Schlussworts heißt es: „Gebührenordnungen haben zu allen Zeiten Auswirkungen ... gehabt. (...) Als Einzelleistungen honoriert wurden, explodierten die Mengen bestimmter Leistungen, (...) Laborleistungen und für den Einsatz von Apparaten wie Röntgengeräte, EEG, CT und MRT. (...) Nicht beliebig zu vermehren war der Zeitaufwand für die Patienten in Form von Gesprächen und psychologischer Unterstützung, die zudem noch beschämend niedrig honoriert wurden und werden – angeblich deshalb, weil man solche Leistungen nicht kontrollieren könne.“

Fazit: Ein höchst lesenswertes Buch, das jeden Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aber auch Neurologen, dazu bringt innezuhalten und einmal zu überdenken, welcher Kategorien und Begriffe er sich in seiner Arbeit unbewusst bedient und was er eigentlich in seiner täglichen Arbeit macht. Der Fülle seiner Anmerkungen und dichten Assoziationen kann diese kleine Rezension nicht gerecht werden. Jedes der Kapitel böte den Stoff für ein eigenes Buch. Nur ein erfahrener Sozialpsychiater und Wissenschaftsjournalist wie Asmus Finzen bringt es fertig, dies auf 140 Seiten unterzubringen.

Dr. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Literatur

1. Tetlow AM et al. Systematic Literature Review and Meta-Analysis of Commercially Available Computerized Cognitive Training Among Older Adults. *J Cogn Enhanc* 2017;1:559-75
2. Papp KV et al. Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: A review of current literature and future directions. *Alzheimer's Dement* 2009;5:50-60
3. Lampit A et al. Computerized Cognitive Training in Cognitively Healthy Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Effect Modifiers. *PLoS Med* 2014;11:e1001756
4. Mewborn CM et al. Cognitive Interventions for Cognitively Healthy, Mildly Impaired, and Mixed Samples of Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized-Controlled Trials. *Neuropsychol Rev* 2017;27:403-39
5. Wilson RS et al. Cognitive activity and incident AD in a population-based sample of older persons. *Neurology* 2002;59:1910-4
6. Wilson RS et al. Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. *Neurology* 2007;69:1911-20
7. Verghese J et al. Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. *N Engl J Med* 2003;348:2508-16
8. Tesky VA. Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Interventionsprogramms zur aktiven kognitiven Stimulation im Alter (AKTIVA). Logos 2010, Berlin
9. Tesky VA et al. Geistige Fitness Erhalten - das AKTIVA-Programm. Manual für Pflegerinnen und Gruppenleiter in der Seniorenarbeit. Springer 2013, Wien
10. Tesky VA et al. Effects of a Group Program to Increase Cognitive Performance Through Cognitively Stimulating Leisure Activities in Healthy Older Subjects. *GeroPsych* 2011;24:83-92
11. Tesky VA et al. Förderung kognitiv-stimulierender Freizeitaktivitäten bei türkischen Migranten. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2014;9:60-5
12. Wilson RS et al. Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:234
13. Tesky VA et al. AKTIVA-MCI : Ein Trainingsmanual zur Steigerung kognitiv-stimulierender Freizeitaktivitäten für Menschen mit Mild Cognitive Impairment (MCI). Logos 2014; Berlin
14. Tesky VA et al. Feasibility and first results of a group program to increase the frequency of cognitively stimulating leisure activities in people with mild cognitive impairment (AKTIVA-MCI). *Clin Interv Aging* 2017;12:1459-69
15. Mora F. Successful brain aging: plasticity, environmental enrichment, and lifestyle. *Dialogues Clin Neurosci* 2013;15:45-52

Neue S3-Leitlinie für ADHS

Wichtige Empfehlungen für ADHS bei Erwachsenen

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter kommt häufiger vor als viele andere psychische Erkrankungen, zum Beispiel Psychose oder Schizophrenie. Trotzdem wird diese Erkrankung bei Erwachsenen zu wenig diagnostiziert und therapiert.

GÜNTHER ENDRASS

Noch immer werden die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beziehungsweise die Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) überwiegend als typische Krankheiten von Kindern und Jugendlichen angesehen. Dabei dauern die Symptome bei 50–70 % der Betroffenen mit unterschiedlicher Ausprägung bis ins Erwachsenenalter an. Mit geschätzt 3–5 % ist die ADHS bei Erwachsenen häufiger als andere psychische Erkrankungen wie Psychose oder Schizophrenie.

Die Situation wird sich durch die 2018 veröffentlichte S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen wesent-

lich verändern. Mit der Leitlinie wurde im deutschsprachigen Bereich erstmalig eine interdisziplinäre, evidenz- und konsensbasierte Leitlinie veröffentlicht, die die gesamte Lebensspanne umfasst. Verbunden mit einer berufsgruppenübergreifenden Konsensfindung wurde sie von den drei relevanten medizinischen Fachgesellschaften gemeinsam herausgegeben, einschließlich des BVDP (Vertreter Bernhard Otto) und BVDN (Vertreter Dr. Günther Endrass) [1]. Die Kurzfassung beinhaltet die einzelnen Empfehlungen, Erläuterungen und das Sondervotum zur Diagnostik unserer neuropsychiatrischen Berufsverbände. Demnach kann auch bei älteren Kindern

und Jugendlichen entsprechend der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer die Diagnose einer ADHS durch einen Facharzt für Psychiatrie beziehungsweise Psychiatrie und Psychotherapie oder einen Nervenarzt mit entsprechender Erfahrung und Fachwissen durchgeführt werden.

Diagnosestellung bei Erwachsenen

Auch für das Erwachsenenalter sind die diagnostischen Kriterien der ICD-10 (zukünftig ICD-11) und des DSM 5 maßgeblich. Ein diagnostischer Entscheidungsbaum bietet eine Übersicht der verschiedenen diagnostischen Möglichkeiten (**Abb. 1**) [1]. Die Möglichkeit einer



ADHS betrifft nicht nur Kinder. Bei mehr als der Hälfte der Betroffenen bestehen die Symptome in unterschiedlicher Ausprägung im Erwachsenenalter fort.

ADHS oder ADS soll bei allen Patienten mit Entwicklungs-, Lern-, Leistungs- und Verhaltensproblemen oder anderen psychischen Störungen in Erwägung gezogen werden, wenn es Hinweise auf eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und Konzentration oder Zeichen von Unruhe und Impulsivität gibt. Dies gilt insbesondere, wenn ein oder mehrere psychiatrische Störungsbilder vorliegen, deren Symptomatik sich trotz einer leitliniengerechten Diagnostik und Behandlung nicht oder nicht stabil verbessern (red flag).

Die diagnostische Abklärung soll durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Facharzt für Neurologie, einen Facharzt für psychosomatische Medizin oder durch einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten mit entsprechender Weiterbildung vorgenommen werden. Dafür ist eine strukturierte Exploration des Patienten und (wenn möglich) einer Bezugsperson erforderlich. Ein hilfreiches strukturiertes Interview ist beispielsweise die ADHS-Diagnostische-Checkliste (ADHS-DC) aus den Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE) [2].

Behandlung der adulten AD(H)S

Erfüllt ein Erwachsener die diagnostischen Kriterien der ADHS oder ADS, soll geprüft werden, welche Behandlungsoptionen möglich sind und welche vom Patienten gewünscht werden (partizipative Entscheidungsfindung). Bei der Therapiewahl hilft der differenzialdiagnostische Entscheidungsbaum zur psychosozialen Behandlung (einschließlich Psychotherapie) und pharmakotherapeutischen Behandlung (Abb. 2) [1]. Dabei sollen persönliche Faktoren, berufliche und private Umgebungsbedingungen, der Schweregrad der Störung und komorbide Störungen berücksichtigt werden.

Als erstes soll eine umfassende Psychoedukation erfolgen (hilfreich sind hierbei auch schriftliches Informationsmaterial oder qualifizierte Internetseiten wie www.zentrales-adhs-netz.de). Komorbide Störungen sollen leitliniengerecht und in der Reihenfolge ihres Schweregrads und der Präferenz des Patienten behandelt werden.

Pharmakologisch behandeln

Im Gegensatz zur Situation bei Kindern und Jugendlichen wird bei erwachsenen Patienten mit leichter, moderater und schwerer Symptomausprägung und entsprechenden funktionellen Einschränkungen schon als primäre Behandlungsoption eine Pharmakotherapie durchgeführt, neben der initialen Psychoedukation. Die Medikation soll nur von einem Spezialisten für Verhaltensstörung verordnet werden, das heißt, von einem entsprechend qualifizierten Facharzt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie oder ärztlichen Psychotherapeuten mit Kenntnis der Fachinformationen der zugelassenen Medikamente. Nach der medikamentösen Einstellung können auch Hausärzte

Folgeverordnungen und die damit verbundenen Kontrolluntersuchungen vornehmen (entsprechend der Fachinformationen für ein halbes Jahr). Es sollen aber weiterhin regelmäßige Vorstellungen beim Spezialisten erfolgen, um die Wirksamkeit der Behandlung und ihre fortbestehende Notwendigkeit zu prüfen.

Als mögliche Behandlung kommen Methylphenidat-Präparate mit Zulassung für Erwachsene sowie Atomoxetin infrage. Seit Anfang Mai 2019 ist für Erwachsene auch Lisdexamfetamin zugelassen – sinnvoll besonders für die 20–30 % Nonresponder einer Methylphenidat-Behandlung. Die Zulassung erfolgte sogar als First-Line-Therapie. Allerdings sind bis voraussichtlich Ende April 2020 im Rahmen des Arzneimittel-

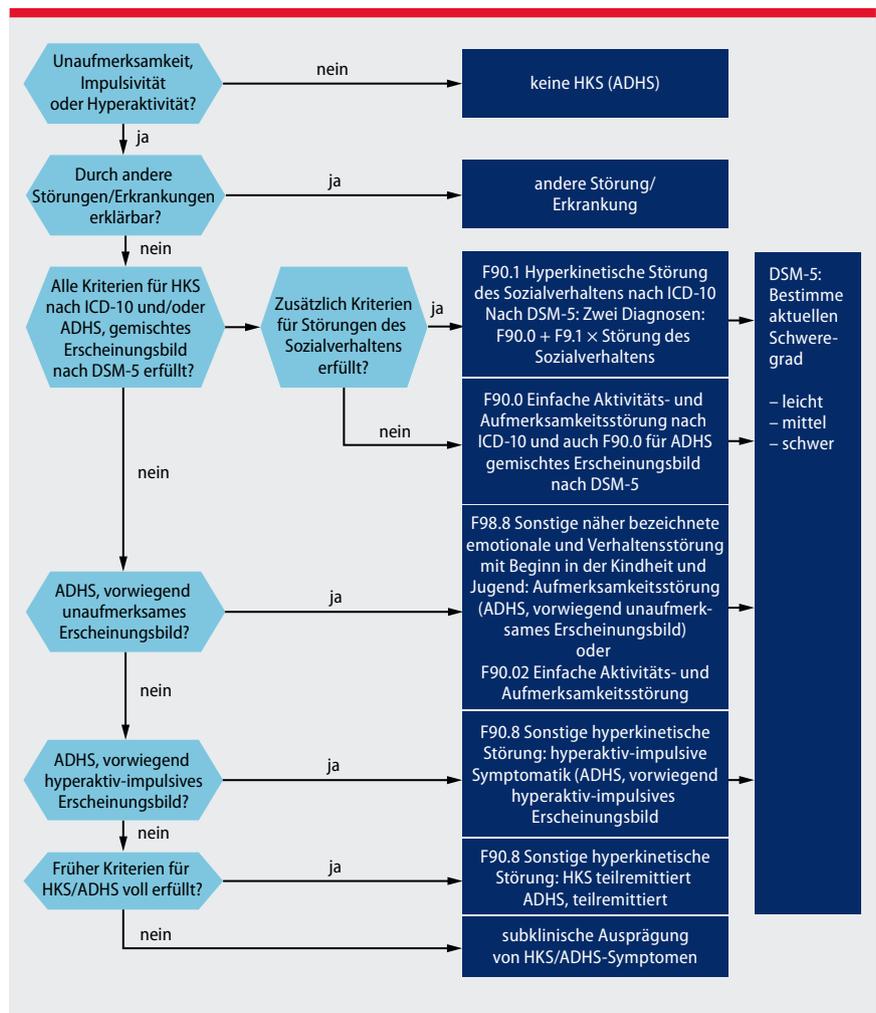
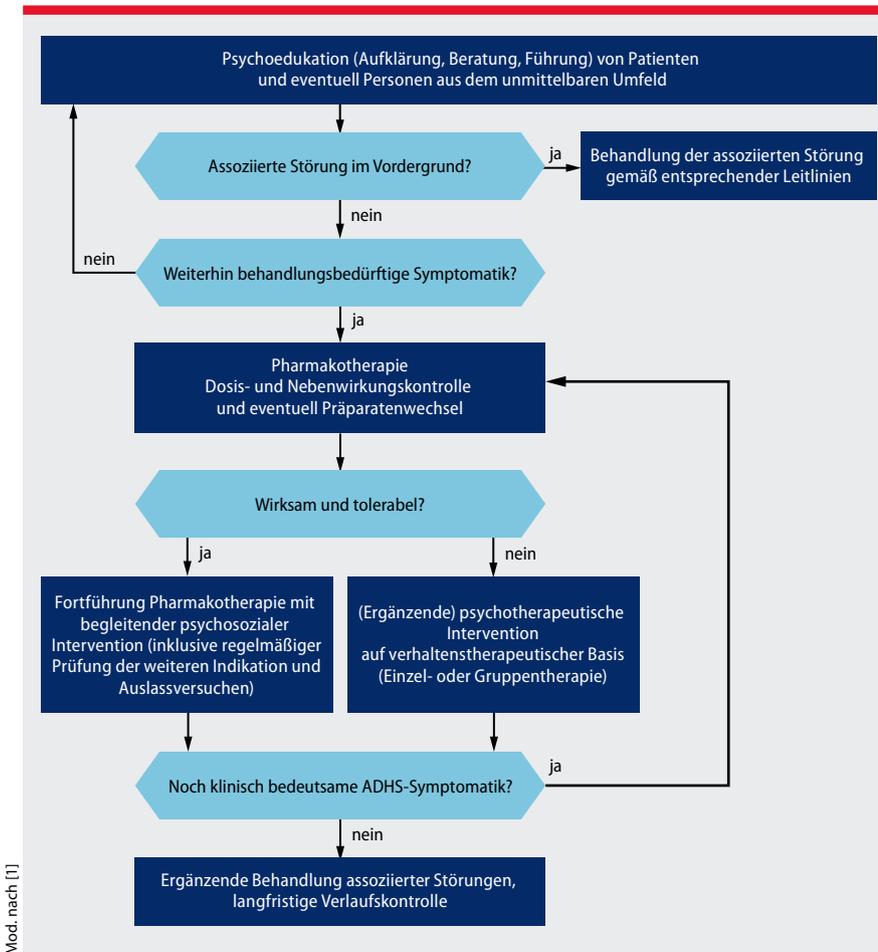


Abb. 1: Diagnostischer Entscheidungsbaum für eine hyperkinetische Störung nach ICD-10 und eine ADHS nach DSM-5 (HKS:Hyperkinetische Störung)

Mod. nach [1]



Mod. nach [1]

Abb. 2: Differenzialtherapeutischer Entscheidungsbaum für die psycho-/pharmakotherapeutische Behandlung von Erwachsenen mit ADHS

telmarktneuordnungsgesetzverfahrens die Kriterien der Wirtschaftlichkeit des SGB V besonders zu berücksichtigen. Das bedeutet, es müssen vor einer Verordnung von Lisdexamfetamin medizinische Gründe wie fehlende Verträglichkeit oder fehlende Wirksamkeit von bisher zugelassenen Therapien vorliegen und nachvollziehbar dokumentiert sein. Bei der Auswahl eines Präparats sind folgende Aspekte zu berücksichtigen: die Einnahmebedingungen (ohne oder nach einer Mahlzeit), die erwünschte Wirkdauer, eventuelle Nebenwirkungen, koexistierende Leiden und Faktoren, die die Adhärenz tangieren können, die Gefahr eines Missbrauchs (spezielle Präparateauswahl bzw. gestuftes Vorgehen bei komorbidem Substanzmissbrauch), Präferenzen des Patienten. Bei Patienten, bei denen keine oder keine schwerwiegenden

koexistierenden Störungen vorliegen, soll zunächst eine Behandlung mit Stimulanzien gewählt werden. Dies gilt auch für Patienten mit komorbider antisozialer Persönlichkeitsstörung oder Angststörung (Stimulanzien oder Atomoxetin). Bei Personen mit ADHS und Substanzkonsum sollen langwirksame Stimulanzien oder Atomoxetin verschrieben werden. Wenn sich eine Stimulanzientherapie trotz einer Aufdosierung auf die maximal tolerierbare Dosis als ineffektiv erweist, soll Atomoxetin gewählt werden. Bei fehlender Wirksamkeit oder Unverträglichkeit von Methylphenidat oder Atomoxetin kann das neu zugelassene Lisdexamfetamin verordnet werden. Wenn die ADHS-Symptomatik weder auf Methylphenidat, Atomoxetin noch auf Lisdexamfetamin anspricht, kann eine Kombination der Wirkstoffe

erwogen werden. Häufig entwickeln Betroffene ein sehr gutes Verständnis für die Wirkung der Stimulanzien und setzen diese in Abhängigkeit von ihrer persönlichen Alltagssituation sehr differenziert ein (es besteht sozusagen eine schlechte Compliance, aber eine hohe Therapieadhärenz).

Fazit für die Praxis

Zusammenfassend erleichtert die aktuelle S3-Leitlinie der ADHS die Diagnostik, insbesondere aber auch die Behandlung, die bei Erwachsenen nach der Psychoedukation eine primäre Pharmakotherapie vorsieht. Steht bei Patienten die ADHS-Symptomatik allein oder im Vordergrund, sind entsprechende Methylphenidatpräparate, Atomoxetin (seit Ende Mai generisch) und Lisdexamfetamin zugelassen und hocheffektiv. Stehen hingegen die häufigen komorbiden Erkrankungen wie Depression, Angststörung (chronisches Versagen durch ADHS-Symptome), Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörung oder Borderline-Störung im Vordergrund, sind zunächst diese leitliniengerecht zu behandeln. Ein fehlendes Ansprechen einer relevanten psychiatrischen Erkrankung (Depression, Angststörung etc.) auf eine leitliniengerechte Therapie wirft immer den Verdacht auf eine zugrunde liegende, nicht diagnostizierte oder behandelte ADHS auf (red flag).

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Dr. med. Günther Endrass

Landesvorsitzender BVDN Rheinland-Pfalz, Landesprecher BDN Rheinland-Pfalz, Delegierter BVDN Zentrales ADHS-Netz und S3 ADHS Konsensgruppe
Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt

E-Mail: g.endrass@gmx.de



Literatur

1. Langfassung der interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., 2018)
2. Rösler M, Retz-Junginger P, Retz W, Stieglitz RD. Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE), Manual, Testzentrale Bestellnummer 0136901

Progrediente Opthalmoplegie

Der 68-jährige Patient stellte sich im November 2018 in Begleitung seines Sohnes vor. Der Patient wurde in unübersichtlichen Situationen wie dem Ausgang aus dem Wartezimmer vom Sohn geführt, ging ansonsten selbstständig und sicher. Sein linkes Auge war geschlossen, das rechte Oberlid mit einem Leukosilkstreifen hochgezogen, sodass er sehen konnte (**Abb. 1**). Der Kopf wurde etwas rekliniert getragen. Der Patient beklagte eine Sehstörung durch die herabhängenden Augenlider. Dazu führte er aus, dass er Ende September auf einer Geburtstagsfeier gewesen sei. Anschließend sei es zu starker Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen und Schwäche gekommen. Seitdem hingen die Augenlider. Er sei danach so geschwächt gewesen, dass er krankenhauspflichtig wurde. Der Patient habe lumbalpunktiert und künstlich ernährt werden müssen. Jetzt gehe es ihm gerade wieder besser, der starke linksfrontale Kopfschmerz habe etwas nachgelassen. Seit Ende September sei das linke Auge ganz zu, jetzt beginne auch das rechte Auge sich zu verschließen.

Vorgeschichte

An Vorerkrankungen war ein Vestibularis-Schwannom mit inkompletter Resektion 2007 links bekannt, wobei der Patient bei der letzten Vorstellung in unserer Praxis 2015 bis auf eine leichte Gangataxie relativ beschwerdearm war. Im Jahr 2012 wurde ein Prostatakarzinom diagnostiziert. Behandlung bisher durch Prostatektomie und anschließend hormonablativ seit 2014. In der Folge kam es zum Auftreten von Knochenmetastasen. Seit 2015 multiple Strahlentherapien von Wirbelkörpern und Knochen. In der Folge wurde wegen Tumoraussaat 2017 und 2018 eine Chemotherapie durchgeführt und auch eine nuklearmedizinische Therapie wurde

versucht. Beide Therapien mussten jeweils wegen Nebenwirkungen abgebrochen werden. Im Oktober 2018 kam es dann zu einem neurologischen Krankenhausaufenthalt wegen zunehmender Augenbewegungsstörung, während dem der Ausschluss einer Meningeosis carcinomatosa erfolgte. Bei der Untersuchung fanden sich in der kranialen Computertomografie (cCT) unveränderte osteoplastische Schädelmetastasen. Die Ursache der kompletten Opthalmoplegie blieb aber unklar. Der Patient stellte die Frage, ob man nicht doch etwas mit seinen Augen machen könne.

Neurologischer Befund

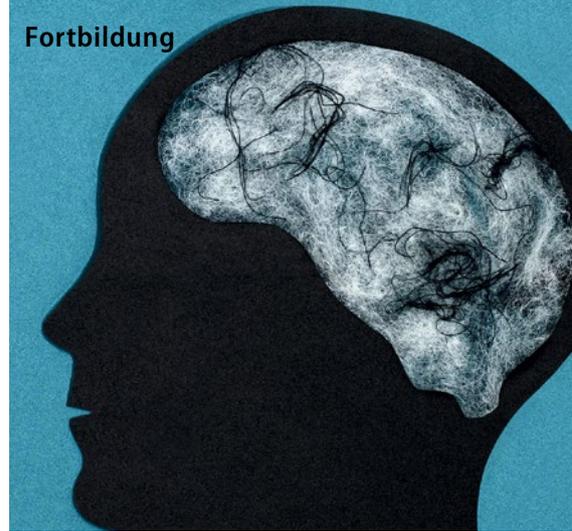
In der Untersuchungssituation fiel eine bilaterale externe Opthalmoplegie auf: links komplett und rechts lediglich Zucken des Lids und minimale Augenwendung möglich. Kompensatorisch war die Stirnmuskulatur angespannt. Außerdem fand sich ein bekannter Ausfall des N. vestibulocochlearis links mit Taubheit und ausgefallenem vestibulo-okulärem Reflex. Sonst altersentsprechend unauffällig ohne manifeste Paresen, Armhalteversuch unauffällig. Vorläufige Einordnung: Bilaterale Opthalmoplegie, eventuell parainfektios, autoimmun oder paraneoplastisch (Vestibularis-Schwannom, Prostatakarzinom).

Weiteres Vorgehen

Frage 1

Welche diagnostischen Schritte hätten Sie zunächst für angebracht gehalten?

- Elektromyografie der externen Augenmuskeln
- Test auf Myasthenie
- Lumbalpunktion
- MRT des Schädels mit Kontrastmittel und Dünnschichtung über Hirnstamm und Orbita
- Ganzkörper PET-CT



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 6/2019
ADHS mit affektiver Störung bei Erwachsenen
- 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
- NT 9/2018
Lithiumintoxikation bei einer älteren Patientin

Das Online-Archiv unter

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



Zu Antwort a: In Anbetracht der fokalen Problematik eine interessante Diagnostik. Differenzialdiagnostisch denkbar wären Myopathie oder Myotonie, die sich jedoch meist nicht infektgetriggert präsentieren. In Anbetracht der Invasivität und bei fehlender Trennschärfe hinsichtlich einer Myasthenie wurde eine Elektromyografie zunächst zurückgestellt.

Zu Antwort b: Myasthenie war eine relevante Überlegung. Sie kann rein okulär vorliegen. Als Autoimmunerkrankung ist eine Triggerung über einen Infekt wie anamnestisch präsentiert häufig. Hier kommen sowohl pharmakologische als auch neurophysiologische Tests infrage. Wegen der geringeren Nebenwirkungsrate wird heute bei deutlich sichtbarer Symptomatik statt des diagnostisch befriedigerenden Edrophonium-Tests der Pyridostigmin-Test mit 30–60 mg Pyridostigmin oral und Kontrolle nach 60 Minuten empfohlen (www.dgn.org/leitlinien/3005-ll-68-ll-diagnostik-und-therapie-der-myasthenia-gravis-und-des-lambert-eaton-syndroms).

Für die neurophysiologische Testung wird der N. facialis repetitiv mit 3 Hz und 30 Hz Stimulation gereizt und das Dekrement dokumentiert. Im vorliegenden Fall ergab sich bei Reizung des N. facialis mit Ableitung vom M. orbicularis oculi links eine Amplitude des Muskelsummenpotenzials von 1,2 mV und 7 % Dekrement. Rechts betrug die Amp-

litude 0,7 mV mit 15 % Inkrement. Damit ergibt sich kein Anhalt für eine Myasthenie. Die Stimulation mit 30 Hz erbrachte kein pathologisches Inkrement. Sinnvoll wäre bei bleibendem Verdacht auf eine Myasthenie die Bestimmung der Autoantikörper gegen den Azetylcholinrezeptor. In diesem Fall wurde darauf aber verzichtet, weil eine andere Ursache deutlich wurde. Bei genauer Betrachtung von **Abb. 1** fällt die kompensatorische Anspannung der Stirnmuskulatur auf, was bei rein okulärer Myasthenie typisch ist.

Zu Antwort c: Eine Lumbalpunktion war bereits im Krankenhaus zum Ausschluss einer Meningeosis durchgeführt worden und wäre aktuell nicht als Wiederholung sinnvoll gewesen.

Zu Antwort d: Auch wenn die cCT einige Wochen vorher keine Erklärung gebracht hatte, darf doch von höherer Genauigkeit der MRT ausgegangen werden, insbesondere, wenn bei der Anforderung auf die Darstellung der okulomotorischen Nerven und die Tumorerkrankung hingewiesen wird. Dann erfolgt nämlich eine Dünnschichtuntersuchung von Orbita und Hirnstamm mit Kontrastmittelgabe. Der Verlauf des N. abducens war hier relativ langstreckig von der Basis pontis bis hoch zum Sinus cavernosus, durch den auch die anderen okulomotorischen Nerven ziehen. Repräsentative Schichten des MRT sind in **Abb. 2** und **3** dargestellt.

Zu Antwort e: Nachdem bereits eine osteoplastische Metastasierung im cCT nachgewiesen wurde, konnte man vom PET-CT keine neue Information erwarten. Die Auflösung des PET-Datensatzes ist eher im Bereich 5 mm anzusiedeln, sodass zwar eine gute Aktivitätsbeurteilung, aber keine anatomisch hochauflösende Information zu erwarten ist.

Diagnose

Komplette Ophthalmoplegie links, zunehmende Ophthalmoplegie rechts bei Tumordinfiltration vermutlich durch Filia eines Prostatakarzinoms im Clivus, mit beidseitiger Infiltration des Sinus cavernosus und der Hypophyse bis zum Chiasma. Zusätzlich Filiae in der Calotte vor allem occipital links und im Dens axis. Kein Anhalt für eine Myasthenie.

Therapiemöglichkeiten

Frage 2

Welche Therapie halten Sie für angebracht?

- Immunsuppression und Gabe von Acetylcholinesterasehemmern
- Neurochirurgische Vorststellung zur Resektion der Clivusmetastase
- Chemotherapie
- Cyberknife Behandlung
- Fraktionierte Radiatio mittels Linearbeschleuniger

Antwort a: Die Untersuchung hatte keinen Hinweis auf eine Myasthenie erbracht. Von daher keine diesbezügliche Therapie.

Antwort b: Die MRT-Aufnahmen belegten eine diffuse Infiltration des Clivus und der Hypophyse. Die Exzision hätte alle beteiligten Hirnnerven lädiert, inklusive des infiltrierte Chiasma. Daher war die Tumordinfiltration inoperabel. Wir befanden uns in einer palliativen Situation, sodass eine chirurgische Therapie keinen Sinn machte.

Antwort c: Es waren anamnestisch bereits mehrere Versuche mit Chemotherapie an Nebenwirkungen gescheitert. In dieser palliativen Situation mit derzeit symptomatisch begrenzter lokaler Problematik wurde nicht erneut an eine Chemotherapie gedacht.



Abb. 1: Bilaterale Ophthalmoplegie. Kompensatorische Aktivierung der Stirnmuskulatur. Das Auge kann nicht aus der Mittelstellung bewegt werden. Der Patient war spontan mit der Abbildung einverstanden und fand die Unkenntlichmachung der Mundpartie übertrieben.

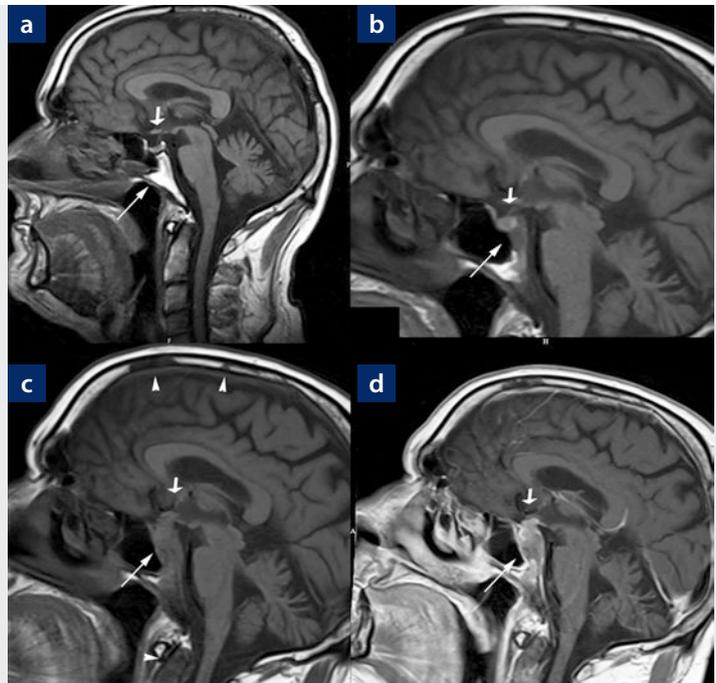
Abb. 2: MRT des Schädels, T1-gewichtete sagittale Ebenen: a–c nativ, d nach Kontrastmittel.

a: 2013 mit normalem hellem Signal (fettiges Knochenmark) im Clivus (langer Pfeil) und normalem Chiasma und darunter Hypophysenstil (kurzer Pfeil) sowie altersentsprechend konfigurierter Hypophyse mit punktförmig hellem Signal der Neurohypophyse.

b: September 2018 bereits pathologisches Signal im Clivus. Durch die Infiltration des Knochens ist das helle Fettsignal bereits teilweise ausgelöscht (langer Pfeil). Noch keine relevante Raumforderung am Clivus. Der kurze Pfeil zeigt wieder auf das Chiasma, darunter die bereits verplumpte Hypophyse mit aufgehobenem hellem Signal der Neurohypophyse.

c: November 2018 jetzt deutlich raumfordernder Charakter am Clivus (langer Pfeil) und diffuse Infiltration der Hypophyse mit Erreichen des Chiasma (kurzer Pfeil). Die Pfeilspitzen zeigen auf Kallottenmetastasen und die Infiltration des Dens axis. Jeweils dunkler Aspekt durch Auslöschung des physiologischen Fettsignals.

d: November 2018 mit Kontrastmittel: deutliches pathologisches Enhancement der Raumforderung. Der Effekt der Fettmarkinfiltration (signalarm) überwiegt gegenüber der Kontrastmittelaufnahme, daher sind die Kallottenmetastasen weiter relativ signalarm.



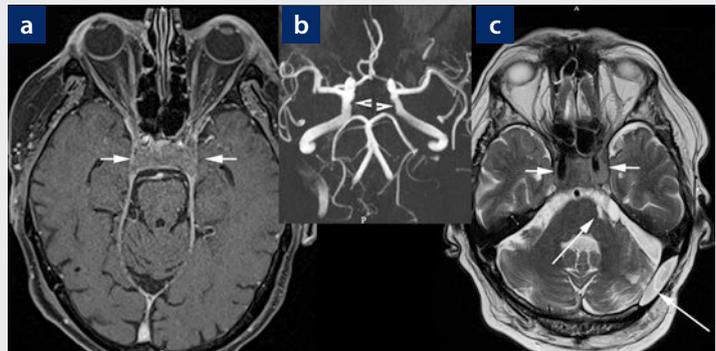
© Freund

Abb. 3: MRT vom Schädel November 2018

a: T1, fettgesättigt (VIBE 3D 1 mm) transversal nach Kontrastmittelgabe. Das erwartete helle venöse Signal im Sinus cavernosus ist beidseits durch Tumorinfiltration (mittelintens zwischen Hirn und Sinusvene) teilweise verdrängt (Pfeile).

b: Arterielle Time-of-Flight-Angiographie. Die Pfeilspitzen zeigen auf geringe Einengungen der cavernösen Arteria carotis interna, derzeit noch nicht hämodynamisch relevant.

c: T2 nativ transversal 4 mm. Die kurzen Pfeile zeigen auf die Raumforderung im Sinus cavernosus, die langen Pfeile auf postoperative Defekte nach Operation des Vestibularis-Schwannoms vor vielen Jahren.



© Freund

Antwort d: Dies war der von mir favorisierte Vorschlag, weil die Bestrahlung im Cyberknife hoch fokal mit guter Schonung der Umgebung, insbesondere des Chiasmas erfolgt. Die Vorstellung im Cyberknife-Zentrum führte allerdings zu der Einschätzung, dass zwar die räumliche Begrenzung und Schonung des umgebenden Gewebes für das Cyberknife spräche. Jedoch war durch das zu erwartende Strahlenödem eine deutliche Verschlechterung der Symptomatik absehbar, bei nur labiler Restfunktion. Hier wäre eine komplette Schädigung der betroffenen Hirnnerven zu befürchten gewesen. Also wurde der Patient umgehend strahlentherapeutisch vorgestellt.

Antwort e: Darauf lief es also hinaus: Palliative Radiatio der Schädelbasismetastase durch Linearbeschleuniger mit 5×3 Gy/Woche bis 39 Gy, dabei parallel Dosisreduktion zur Chiasmaschonung mit 2,5 Gy Einzeldosis bis 32,5 Gy. Vorübergehend Schutz vor Hirnödemen mit Dexamethason 4/4/0 mg unter Magenschutz.

Ergebnis

Der Patient vertrug die strahlentherapeutische Behandlung gut, er konnte das rechte Auge wieder öffnen und auch wieder lesen. Bislang konnte damit eine relativ gute Lebensqualität erreicht werden, der Patient war zuletzt (Januar 2019) zufrieden.

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

Die medikamentöse Therapie psychischer Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit erfordert ein sorgfältiges Abwägen zwischen der Exposition des Kindes und dem Rezidivrisiko der psychischen Erkrankung der Mutter nach Absetzen der Medikation.



Therapiesicherheit durch „Therapeutisches Drug Monitoring“

Pharmakotherapie bipolarer Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit

Die medikamentöse Therapie bipolarer Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit stellt besondere Anforderungen an jeden Behandler dar. Weder von der Europäischen Arzneimittelkommission EMA noch von der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA ist jedoch ein Psychopharmakon zum Gebrauch während der Schwangerschaft zugelassen, und insbesondere bei der Behandlung bipolarer Störungen kommen Medikamente zum Einsatz, bei denen eine genauere Betrachtung ihrer Risikoprofile wichtig ist.

MICHAEL PAULZEN, HANNAH SCHNEIDER, GEORGIOS SCHORETSANITIS

Zur Therapie bipolarer Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit kommen trotz fehlender Zulassung Stimmungsstabilisierer zum Einsatz, zu denen Lithium und verschiedene Antikonvulsiva gehören, sowie neuere Antipsychotika. Zu den „Interventionsmedikamenten“ bei bipolaren Störungen zählen solche Substanzen, die sich vornehmlich für die Behandlung spezifischer Syndrome eignen. Stimmungsstabilisierer bilden die Basis jeder Therapie und Prophylaxe bipolarer Störungen, viele Antipsychotika, Antidepressiva oder auch Benzodiazepine sind hingegen vornehmlich als Interventionsmedikamente zu betrachten.

Einen Überblick über den Einsatz von Stimmungsstabilisierern und Quetiapin als wahrscheinlich am häufigsten verwendeter Substanz aus der Gruppe der neueren Antipsychotika zur Behandlung bipolarer Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit gibt dieser Artikel. Mit dem „Therapeutischem Drug Monitoring“ (TDM) wird zudem ein Instrument vorgestellt, das in Schwangerschaft und Stillzeit aufgrund der sich massiv verändernden Pharmakokinetik einen wertvollen Beitrag zur Risiko- und Expositionsbewertung darstellt. TDM hilft dabei, eine patientenindividuelle Therapieoptimierung durchzuführen und das Risiko sowohl intrauterin als auch im Rahmen eines möglichen Stillens besser abschätzen zu können.

„Primum nihil nocere“

Gemäß dem Grundsatz „primum nihil nocere“ der hippokratischen Tradition und spätestens seit dem Contergan-Skandal in den frühen 1960er-Jahren besteht eine besondere Sensibilität für die Auswirkungen einer (Psycho-)Pharmakotherapie, die im Umfeld einer bestehenden Schwangerschaft oder wäh-

rend der Stillzeit erfolgt. Die medikamentöse Behandlung psychischer Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit erfordert hierbei immer ein besonders sorgfältiges Abwägen zwischen der Exposition des Kindes auf der einen und dem Risiko eines Rezidivs der psychischen Erkrankung der Mutter nach dem Absetzen der Medikation auf der anderen Seite. Gerade bei schweren psychischen Erkrankungen sind Gefährdungsaspekte für die Schwangere und für das ungeborene Kind sorgsam in den Entscheidungsprozess für oder gegen die Aufnahme oder Fortsetzung einer Psychopharmakotherapie mit einzubeziehen. Negative Auswirkungen unbehandelter (schwergradiger) psychischer Erkrankungen für Schwangere und Ungeborene [1, 2] stehen dabei dem Risiko einer möglichen Schädigung durch den Einsatz eines Psychopharmakons gegenüber. Fest steht damit aber auch, dass sowohl eine psychische Grunderkrankung als auch ein zum Einsatz kommendes Psychopharmakon negative Auswirkungen auf den Embryo/Fetus haben können.

Valproat

Bereits im Juli 2017 titelte die international renommierte Fachzeitschrift The Lancet „France bans sodium valproate use in case of pregnancy“ [3], wonach in Frankreich per Erlass der nationalen Arzneimittelbehörde ANSM ab Juli 2017 der Einsatz von Valproat bei Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter ohne effektive Kontrazeption bei der Behandlung bipolarer Störungen kontraindiziert sei. Dabei hatte es erste Hinweise auf die ausgeprägte Teratogenität von Valproat beim Menschen schon 1982 gegeben, als E. Robert und P. Guibaud ebenfalls in The Lancet über die Assoziation zwischen einer intrauterinen

Valproat-Exposition und einem gehäuftem Auftreten von Neuralrohrdefekten berichteten [4]. In der Folge wurde am 9. November 2018 vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein weiterer Rote-Hand-Brief veröffentlicht, der verstärkte Sicherheitswarnungen in Bezug auf alle Arzneimittel aussprach, die Valproat enthalten. Neuerdings muss bei Frauen im gebärfähigen Alter, die zurzeit Valproat anwenden, die Behandlung gegebenenfalls erneut beurteilt werden, um zu entscheiden, ob die Bedingungen eines neu eingeführten Schwangerschaftsverhütungsprogramms eingehalten werden. Bei der Behandlung bipolarer Störungen ist Valproat während der Schwangerschaft und bei Frauen im gebärfähigen Alter kontraindiziert, es sei denn, die Bedingungen des Schwangerschaftsverhütungsprogramms werden eingehalten.

Kaum systematische Untersuchungen

Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass es bezüglich einer Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit kaum systematische Untersuchungen gibt. Daten aus Zulassungsstudien sind nicht auf Schwangere übertragbar, kontrollierte klinische Studien sind ethisch oft nicht vertretbar, sodass Erkenntnisse meist aus Case Reports, retrospektiven oder prospektiven Kohortenstudien, Beobachtungsstudien, Reviews, Metaanalysen und nur selten aus randomisierten Studien gewonnen werden können. Therapeutische Referenzbereiche für angewandte Psychopharmaka und zugehörige Dosierungsempfehlungen fehlen in aller Regel. Die Verantwortung einer Pharmakotherapie liegt entsprechend beim behandelnden Arzt. Die typische Arzneimittelinformationen lautet: „Substanz XY sollte während der Schwangerschaft nicht angewendet werden, es sei denn, es ist dringend erforderlich (...) da keine ausreichende Erfahrung für die Stillzeit vorliegt, sollte abgestellt werden.“ Entsprechend kommt es meist zu einem reflexartigen Absetzen oder einer Dosisreduktion in der Schwangerschaft und die Gefahren der unbehandelten Erkrankung für Mutter und Kind werden oft übersehen [5].

Bipolare Störungen in der Schwangerschaft und Stillzeit

Das Rückfallrisiko bipolar erkrankter Frauen ist während der Schwangerschaft und postpartal deutlich höher bei anderen psychischen Erkrankungen. Besonders häufig sind Rückfälle nach abruptem Absetzen der phasenprophylaktischen Medikation. Die Zahl ungeplanter Schwangerschaften bei Frauen mit bipolarer Störung liegt wahrscheinlich höher als 50 %. Dies entspricht dem Anteil an Schwangerschaften, die in der Allgemeinbevölkerung ungeplant eintreten, und viele Problemkonstellationen, die mit bipolaren Störungen während der Schwangerschaft verknüpft sind, könnten wahrscheinlich bei einer gut geplanten Schwangerschaft vermieden werden. Deswegen ist es sinnvoll und wichtig, Patientinnen im gebärfähigen Alter für das Thema Schwangerschaft und den Umgang mit ihrer Erkrankung während dieser Zeit zu sensibilisieren, selbst wenn ein Kinderwunsch derzeit nicht besteht. Insbesondere das abrupte Absetzen einer Lithium-Therapie während der Schwangerschaft scheint mit Rückfallraten von fast zwei Dritteln verbunden zu sein. Dabei kann das abrupte Absetzen einer Pharmakotherapie zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens einer Schwangerschaft befürchtete Organdefekte oder andere Auswirkungen auf den Embryo meist ohnehin nicht mehr verhindern.

Grundregeln der Pränataltoxikologie

Eine intrauterine Schädigung des Embryos oder Feten durch ein Arzneimittel ist von verschiedenen Faktoren abhängig:

- Verabreichte Dosis beziehungsweise Konzentration des Arzneimittels im Blut
- Individueller (pharmakokinetischer) Genotyp des Embryo/Feten
- Entwicklungsstadium zum Zeitpunkt der Exposition mit dem Arzneimittel
- Wirkmechanismus des potenziell embryotoxischen Stoffs. Dabei kann eine Schädigung verschiedene Verlaufsformen, von normaler Entwicklung durch entsprechende Reparaturvorgänge über Wachstumshemmung, Fehlbindungsentstehung bis hin zum intrauterinen Fruchttod haben [6].

Diese „Grundregeln der Pränataltoxikologie“ gehen auf die Arbeiten von James G. Wilson zurück [7]. Prinzipiell bestehen demnach in der Pränataltoxikologie die gleichen Dosis-Wirkungs-Beziehungen wie in der allgemeinen Pharmakologie und Toxikologie. Mit Ausnahme von Thalidomid (Contergan®) schädigen niedrige Wirkstoffkonzentrationen unterhalb eines Schwellenwertes weder Embryo noch Mutter (Abb. 1) [6, 7].

Zudem bestimmt die genetische Ausstattung des Embryos maßgeblich seine Empfindlichkeit gegenüber medikamentösen Einflüssen. So wird beim fetalen Hydantoin-Syndrom, FHS, einem charakteristischen Dysmorphie-Syndrom nach Einnahme Hydantoin-haltiger Antikonvulsiva, ein Mangel des mikrosomalen Enzyms Epoxidhydrolase als verantwortlich angesehen. Hierdurch kann es zu einer Anreicherung teratogener Arenoxid-Metaboliten kommen, die zu einer Störung der Zellfunktion führen und einen Zelltod bewirken können [6]. Der Grad der Empfindlichkeit gegenüber toxischen Einflüssen ist darüber hinaus vom Entwicklungsstadium des Fetus abhängig. Die höchste Empfindlichkeit besteht während der Organogen-

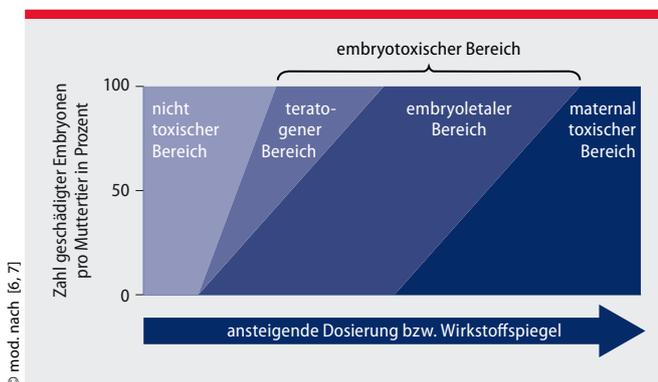


Abb. 1: Dosis-/Konzentrations-Wirkungsbeziehung in der Pränataltoxikologie. Nach Überschreiten eines kritischen Schwellenwertes treten embryotoxische beziehungsweise teratogene Effekte auf. Ursprüngliche Angabe geschädigter Nachkommen (in %) im Tierversuch.

se, in der unterschiedliche embryotoxische Einflüsse über relativ wenige molekulare Mechanismen auf die morphologische Entwicklung des Embryos wirken [7] (**Abb. 2**) [6].

Als mögliche Folgen einer Psychopharmakotherapie während der Schwangerschaft sind zu beachten [8]:

- Teratogenität (z. B. strukturelle Malformationen)
- Direkte toxische Wirkungen auf den Fetus (z. B. intrauterine Wachstumsretardierung)
- Perinatal syndrom (z. B. Frühgeburtlichkeit, Adaptationsschwierigkeiten)
- Neurobehaviorale Auswirkungen (z. B. postnatale Entwicklungs- und Verhaltensstörungen)

Plazenta

Die Plazenta ist von hervorragender Bedeutung für den Transfer eines Arzneimittels aus dem mütterlichen Blut über das mesenchymale Gewebe in den fetalen Kreislauf (**Abb. 3**). Die Arzneimittelkinetik durch die Plazentaschranke ist sehr variabel [9] und wird stark von den jeweiligen physikochemischen Eigenschaften des Arzneimittels bestimmt. Vor allem die passive Diffusion hängt in starkem Maße von den physikochemischen Eigenschaften des Arzneimittels sowie vom pH-Wert in den einzelnen Gewebekompartimenten ab. Die Plazenta verfügt über eine Vielzahl von Transportern, die den Transport von Arzneimitteln verstärken oder vermindern können. Hierzu zählen unter anderem P-Glykoprotein (P-gp), Multidrug-Resistance-Associated Protein 2 (MDR2) sowie Serotonin- und Noradrenalintransporter. Aufgrund der Ausstattung mit Cytochrom P450 (CYP) Isoenzymen und Uridindiphosphat-Glucuronosyltransferasen (UGT) ist die Plazenta enzymatisch aktiv und metabolisiert eine Vielzahl von pharmakologisch aktiven Molekülen. Als wichtige pharmakokinetische Faktoren bestimmen zudem die Proteinbindung, das Verteilungsvolumen, der renale Plasmafluss und die glomeruläre Filtrationsrate den Arzneimittelübertritt in den Fetus.

Nahezu alle Psychopharmaka plazentagängig

Auswirkungen auf das sich im Mutterleib befindliche Kind oder den zu stillenden Säugling durch Psychopharmaka sind zu keiner Zeit gänzlich auszuschließen, da nahezu alle Psychopharmaka plazentagängig sind oder in die Muttermilch übergehen. Da eine Behandlung mit Psychopharmaka insbesondere im ersten Trimenon der Schwangerschaft ein besonders hohes Risiko trägt, sollte sie nur dann durchgeführt werden, wenn das mit der psychischen Störung assoziierte Risiko für Mutter und Fetus das mit einer medikamentösen Behandlung verbundene Risiko übersteigt. Auf jeden Fall sollte vor der Gabe von Psychopharmaka in Schwangerschaft oder Stillzeit ein guter Informationsaustausch zwischen Psychiatern, Gynäkologen und Pädiatern sichergestellt werden. Zudem sollte die Entbindung im Umfeld eines Krankenhauses mit interdisziplinär vernetzten Strukturen erfolgen.

Pharmakokinetische Veränderungen in Schwangerschaft und Stillzeit

Mit dem Eintritt einer Schwangerschaft kommt es zu einer Reihe von pharmakokinetischen Veränderungen, die alle Phasen

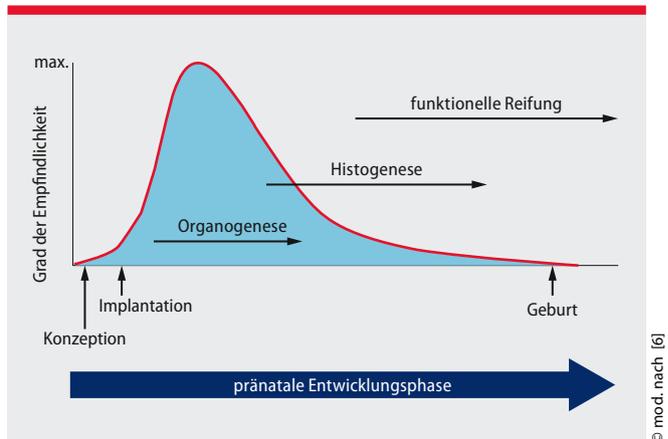


Abb. 2: Veränderung der embryonalen Empfindlichkeit gegenüber toxischen Einflüssen im Verlauf der pränatalen Entwicklungsphase.

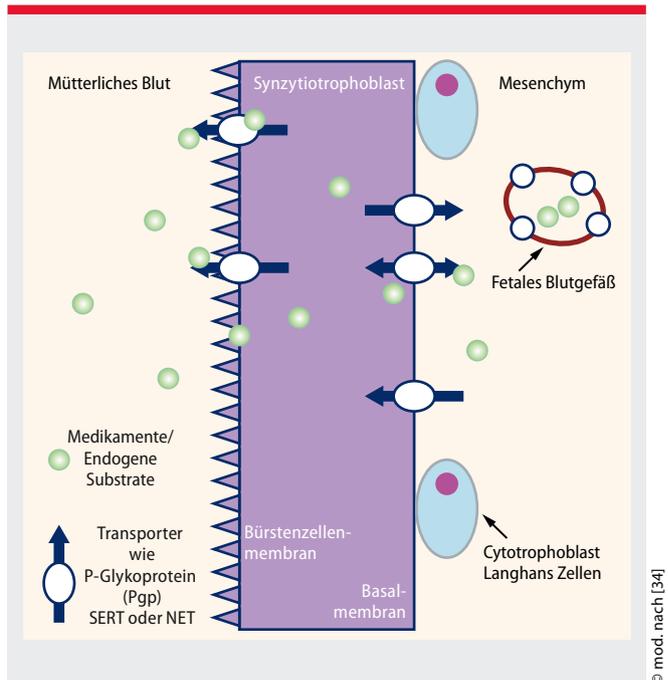


Abb. 3: Austauschort für Pharmaka zwischen mütterlichem und kindlichem Kreislauf ist die Plazenta mit dem Synzytiotrophoblasten als zentralem Bestandteil der Plazentaschranke.

der Pharmakokinetik betreffen. Es kommt zu einer Verlangsamung der gastrointestinalen Motilität beziehungsweise der Magen-Darm-Passage, wodurch sich Veränderungen der Resorption von Pharmaka ergeben können. Eine Verminderung der Säuresekretion im Magen mit einem Anstieg des pH-Wertes kann ebenso die Resorption beeinflussen. Durch eine Zunahme des Wassergehalts im Körper und eine Abnahme des Albumin-Gehaltes verändert sich die Verteilung diverser Pharmaka, sodass insgesamt mit einer Konzentrationsabnahme vieler Pharmaka zu rechnen ist.

Hepatische Verstoffwechslung

Eine Veränderung der hepatischen Clearance kann durch eine Zunahme des hepatischen Blutflusses bedingt sein, der sich vor allem auf Substanzen mit einer hohen hepatischen Verstoffwechslung auswirkt. Eine erniedrigte Proteinbindung während der Schwangerschaft in Verbindung mit der erhöhten hepatischen Clearance kann zu einem verstärkten Abbau verschiedener Substanzen beitragen. Beim hepatischen Metabolismus ist zu berücksichtigen, dass die Aktivität der Leberenzyme zu- oder abnehmen kann, wobei die Mehrheit der CYP und UGT durch die vermehrten Geschlechtshormone induziert werden (Abb. 4 [10]). Zudem werden durch die Plazenta diverse metabolisierende Enzyme exprimiert, die dann zusätzlich zu einer beschleunigten Clearance beitragen.

So steigt die Lamotrigin-Clearance im Laufe der Schwangerschaft um bis zu 330 % durch eine Zunahme der Aktivität der UGT-1A4, deren Aktivität sich nach der Geburt rasch normalisiert. Daher sind Plasmaspiegelkontrollen und gegebenenfalls Dosisanpassungen (in der Regel um bis zu 250 % der Ausgangsdosierung) notwendig. Auch die Carbamazepin-Clearance steigt im Verlauf einer Schwangerschaft an. Eine Beobachtung an 22 Schwangeren zeigte eine Verminderung des Plasmaspiegels von Carbamazepin um 42 %. Quetiapin, das hauptsächlich über CYP 3A4 verstoffwechselt wird, unterliegt ebenfalls einer erheblichen Zunahme der Clearance, sodass sich gegen Ende einer Schwangerschaft regelhaft deutlich niedrigere Wirkstoffkonzentrationen im Blut zeigen. Um einem Rückfall vorzubeugen sind auch hier Wirkstoffkonzentrationsbestimmungen und Dosisanpassungen sinnvoll.

Renale Clearance

Schließlich nimmt in der Schwangerschaft der Blutfluss in den Nieren zu, wodurch die glomeruläre Filtrationsrate steigt. Hierdurch nimmt die Ausscheidung von Pharmaka mit einer hohen renalen Clearance zu (z. B. Lithium). Auch hier sind vermehrte Kontrollen der Wirkstoffkonzentration notwendig. Durch den Anstieg der freien Fraktion bei stark proteingebundenen Substanzen kommt es zusätzlich zu einer Zunahme der Filtration. Die erheblichen pharmakokinetischen Veränderungen in Schwangerschaft und Stillzeit begründen den sinnvollen Einsatz von TDM, einerseits zur Therapiekontrolle, andererseits als ein Instrument zur Expositions- und Risikokalkulation.

TDM zur Expositions- und Risikokalkulation

Serum- beziehungsweise Plasmakonzentrationen (oder -spiegel) eines Psychopharmakons haben sich als wichtige Surrogatparameter für eine ausreichende Wirkstoffkonzentration am Zielort im Gehirn etabliert, sie korrelieren aber auch in hohem Maße mit den Wirkstoffkonzentrationen im Fetus/Embryo. Die Therapiesteuerung über die Wirkstoffkonzentration einer Substanz scheint aussichtsreicher als eine Therapieoptimierung durch eine Orientierung an der verabreichten Tagesdosis [11]. Liegt die Psychopharmakonzentration innerhalb des „therapeutischen Referenzbereichs“, so geht dies mit der höchsten Wahrscheinlichkeit für eine Verbesserung der Zielsymptomatik einher, entsprechend einer Therapieresponse beziehungsweise dem übergeordneten Ziel einer Remission der Symptomatik [12]. TDM stellt daher bei richtiger Anwendung und Interpretation ein wichtiges Werkzeug der Qualitätssicherung und Arzneimitteltherapiesicherheit in der Therapie mit einer Vielzahl unterschiedlicher Neuropsychopharmaka dar [13, 14]. Die hohe pharmakokinetische Varianz, die sich insbesondere durch die pharmakokinetischen Veränderungen in Schwangerschaft und Stillzeit verstärkt, führt im klinischen Alltag dazu, von einer empirischen Dosierungsstrategie mit festen Tagesdosierungen abzuweichen und die Therapiesteuerung vielmehr im Sinne einer individuell maßgeschneiderten Therapie anhand gemessener Wirkstoffkonzentrationen zu optimieren. Entsprechende Konzentrationsbestimmungen von Arzneimitteln im Blut helfen daher im klinischen Alltag, pharmakokinetische wie pharmakodynamische Aspekte bei der patientenindividualisierten Behandlung zu berücksichtigen. Ziel einer wirkstoffspiegelkontrollierten Arzneimitteltherapie ist es, eine Wirkstoffkonzentration regelhaft innerhalb des therapeutischen Referenzbereichs anzusteuern, weil dort die höchste Wahrscheinlichkeit für das Eintreten von Response oder Remission erwartet wird (Abb. 5 [14]).

Gemäß den Empfehlungskategorien zum Einsatz von TDM [12] variiert der Empfehlungsgrad zwischen „dringend empfohlen“ und „potenziell nützlich“. Ein unzureichendes Therapieansprechen, das Auftreten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen trotz therapeutischer Dosierungen, die Kombination von Medikamenten mit Interaktionspotenzial, das Auftreten von Rezidiven trotz adäquater Dosierungen, die Vermeidung von Überdosierungen, der Beginn einer Psychotherapie bei gerontopsychiatrischen Patienten, ins-

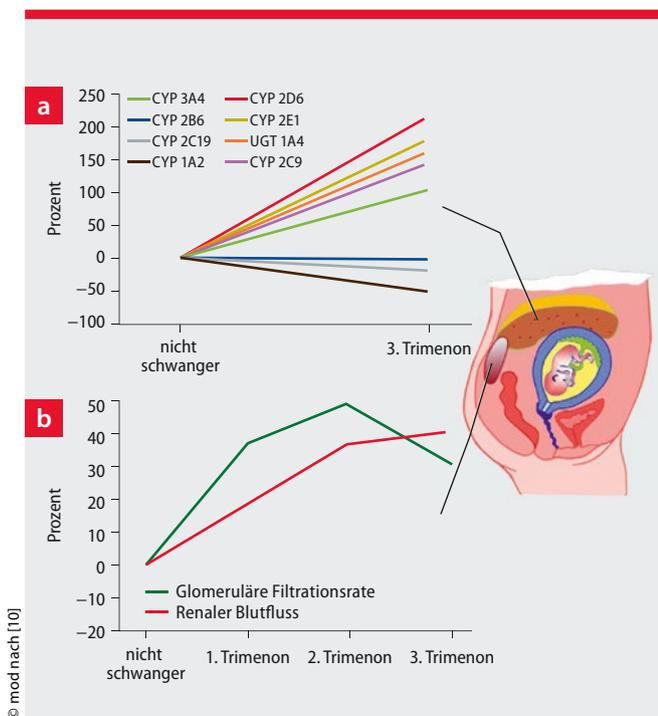


Abb. 4: Veränderung pharmakokinetisch relevanter Parameter. a: Leberenzymaktivität; b: Nierenfunktion

besondere die Behandlung während Schwangerschaft und Stillzeit oder die Behandlung von Patienten mit genetischen Besonderheiten hinsichtlich der die Arzneistoffe metabolisierenden Enzymsysteme stellen Indikationen für ein TDM dar [12]. Schwangerschaft und Stillzeit gelten dabei als spezifische Indikationen für ein TDM.

Medikamente zur Behandlung bipolarer Störungen

Bei der Behandlung bipolarer Störungen während Schwangerschaft und Stillzeit kommen trotz fehlender Zulassung Stimmungsstabilisierer zum Einsatz, zu denen Lithium und verschiedene Antikonvulsiva gehören, und vor allem neuere Antipsychotika. Als „Interventionsmedikamente“ bezeichnet man solche Substanzen, die sich vornehmlich für die Behandlung spezifischer psychopathologischer Syndrome eignen. Stimmungsstabilisierer bilden die Basis jeder Therapie und Prophylaxe bipolarer Störungen, viele Antipsychotika, Antidepressiva oder auch Benzodiazepine sind vornehmlich als Interventionsmedikamente zu betrachten [15]. Im Folgenden werden schwerpunktmäßig diejenigen Substanzen berichtet, die in Deutschland eine Zulassung zur Behandlung bipolarer Störungen haben.

Klassische Referenzsubstanz zur Behandlung bipolarer Störungen ist Lithium, dessen antimanische Wirkung in den 1940'er-Jahren von John Cade entdeckt wurde. Aus der Gruppe der Antikonvulsiva sind Valproat und Carbamazepin Arzneimittel mit guter antimanischer Wirksamkeit, beide sind auch rezidivprophylaktisch wirksam, Lamotrigin wirkt rezidivprophylaktisch bei der bipolaren Depression und auch bei Rapid Cycling, für eine Akuttherapie manischer oder depressiver Episoden bei bipolarer Störung ist Lamotrigin nicht indiziert. Aus der Gruppe der neueren Antipsychotika sind Aripiprazol, Asenapin, Olanzapin, Quetiapin und Risperidon zur Behandlung mäßiger bis schwerer manischer Episoden zugelassen, Ziprasidon nur zur Behandlung manischer oder gemischter Episoden bis zu einem mäßigen Schweregrad. Für die Rezidivprophylaxe der manischen Episode haben Aripiprazol, Olanzapin und Quetiapin eine Zulassung, für die Rezidivprophylaxe der depressiven Episode nur Quetiapin. Dabei gelten die Zulassungen bei der Rezidivprophylaxe nur dann, wenn die manische oder depressive Episode auf das jeweilige Antipsychotikum angesprochen hat [15]. Im Folgenden werden daher Lithium, Valproat, Carbamazepin, Lamotrigin und Quetiapin bei ihrem Einsatz in Schwangerschaft und Stillzeit näher beleuchtet.

Lithium

Lithium wird zur Prophylaxe der bipolaren affektiven Störung und bei Episoden einer Major Depression, bei bestimmten akuten Depressionen (z. B. bei Therapieresistenz oder Unverträglichkeit von Antidepressiva) und zur Therapie der manischen Episode eingesetzt [15]. Mit einem Nabelschnur-Mutterblut-Verhältnis, das regelmäßig bei 1 liegt, sind Lithiumionen voll plazentagängig. Ein erster Bericht zu einer möglichen teratogenen Wirkung von Lithium erschien 1973 auf der Basis des Lithium-Babyregisters. Von insgesamt 118 Kindern, über die retrospektive Informationen zur Lithium-Einnahme der Mut-

ter während des ersten Trimesters der Schwangerschaft vorlagen, zeigten neun Kinder Missbildungen. Die Autoren räumten im Zusammenhang mit einem „Reporting-Bias“ ein, wonach die gesammelten Daten das teratogene Risiko eher überall unterschätzen [16]. Spätere Untersuchungen zeigen allenfalls ein leichtgradig erhöhtes Risiko von Lithium für kardiale Missbildungen einschließlich einer Ebstein-Anomalie. Mit spezifischen Herzscheiden bei 1/1.000 bis 1/100 exponierten Kindern ist das Risiko geringer als ursprünglich angenommen [17]. In einer prospektiven Beobachtungsstudie waren in einer Gruppe von Lithium-behandelten Schwangeren die Abortrate und die Rate an Schwangerschaftsabbrüchen erhöht, hinsichtlich einer Fehlbildungsrate bezüglich kardiovaskulärer Anomalien zeigte sich jedoch kein Unterschied zwischen der Lithium-Gruppe und den nicht exponierten Schwangeren. In einer aktuellen Studie wiesen 16 von 663 Kindern (2,41 %), deren Mütter in der Schwangerschaft Lithium erhielten, eine kardiale Malformation auf, im Vergleich zu 1,1 % in der Gruppe nicht exponierter Kinder. Das Risiko steigt mit zunehmender Dosierung von Lithium an. Bei einer Tagesdosierung (TD) ≤ 600 mg lag das relative Risiko bei 1,11 (95 %-Konfidenzintervall [KI], 0,46–2,64) und bei einer TD von 601–900 mg bei 1,60 (95 %-KI 0,67–3,80). Bei Dosierungen über 900 mg Lithium pro Tag war das Risiko mit einer adjustierten relativen Risiko von 3,22 (1,47–7,02) signifikant erhöht. Isoliert betrachtet war das Risiko rechtsventrikulärer Ausflussstörungen am Herzen ebenfalls erhöht, während die Fehlbildungsraten insgesamt niedriger lagen als in früheren Studien [18].

Bei einer Behandlung Schwangerer mit Lithium im dritten Trimenon können erreichte Lithium-Serumspiegel von 1,0 mmol/L zu erheblichen Beeinträchtigungen des Neugeborenen durch Herzrhythmusstörungen, EKG-Veränderungen und Diabetes insipidus führen. Auch ein Floppy-infant-Syndrom mit

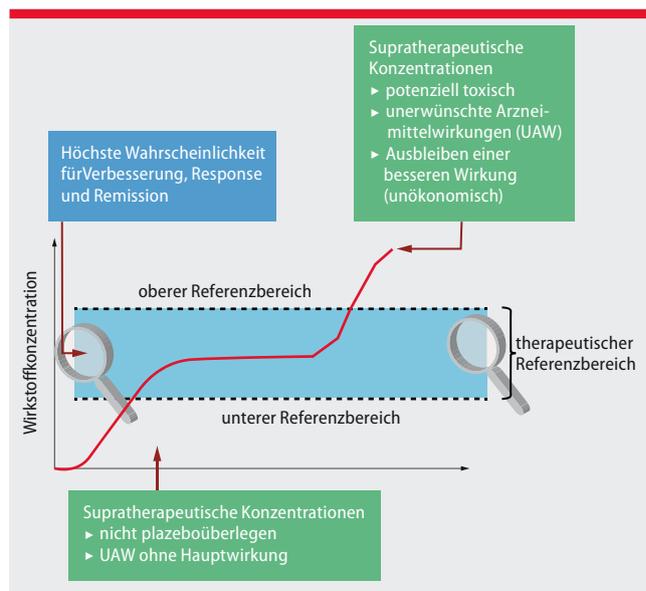


Abb. 5: Therapieoptimierung durch Erreichen eines therapeutischen Referenzbereichs.

Fetales Valproinsäure-Syndrom

Beim fetalen Valproinsäure-Syndrom, das zu den „Seltene[n] Erkrankungen“ (ORPHA 1906) zählt, handelt es sich um ein komplexes Fehlbildungssyndrom, das durch eine vorgeburtliche Valproat-Exposition hervorgerufen wird. Gemäß den Vorgaben der ICD-10 (Q86.8) zählt es zu den „Sonstige(n) angeborenen Fehlbildungssyndromen durch bekannte äußere Ursachen“.

Das fetale Valproinsäure-Syndrom wird als „Dysmorphie-Syndrom“ bezeichnet. Führende Symptome sind Gesichtsdysmorphien (Mittelgesichtshypoplasie), gelegentlich auch ein leichter Minderwuchs. Trigonocephalie, Mikrocephalie sowie Epikanthus, flache Nasenwurzel, flaches Philtrum und schmale, präaxiale Extremitätenanomalien, zum Beispiel ein doppelter oder fehlender Daumen, eine Aplasie des Radiusstrahls sowie Rippen- und Wirbelsäulenanomalien sind häufig vorkommende Anomalien. Neben einem 20-fach erhöhten Risiko für Spina bifida und andere Neuralrohrdefekte spielen vor allem Sprachentwicklungsstörungen, Lernstörungen und Verhaltensauffälligkeiten sowie autistische Symptome nach intrauteriner Exposition eine bedeutende Rolle.

Lethargie, muskulärer Hypotonie, Hypothermie, Ateminsuffizienz sowie abgeschwächten Saugreflexen mit Ernährungsstörungen wurde beschrieben. Eine Rückbildung ist meist innerhalb von ein bis zwei Wochen zu erwarten. Gelegentlich bei Neugeborenen beobachtete Strumen sind innerhalb einiger Monate reversibel. Bei Schwangeren besteht unter Lithium-Einnahme einer erhöhtes Risiko einer Frühgeburt, während gleichzeitig auch das Geburtsgewicht höher zu sein scheint [8].

Zu langfristigen Verhaltens- und Entwicklungseffekten in der Folge einer Lithium-Einnahme während der Schwangerschaft liegen nur sehr wenige Ergebnisse vor. Hinweise auf Entwicklungseinbußen gibt es bislang nicht. Eine Untersuchung an 15 in-utero Lithium-exponierten Kindern zeigte weder Hinweise für Veränderungen von Wachstum noch von kognitiven Funktionen oder Verhaltenseffekten [19]. Eine aktuelle Untersuchung von 20 in-utero Lithium-exponierten Kindern, bei denen sich zwischen dem vierten und fünften Lebensjahr hinsichtlich ihres Intelligenzquotienten keine Auffälligkeiten zeigten, scheint den Befund zu bestätigen [20].

Grundsätzlich gilt, dass eine bestehende Lithium-Therapie bei hoher Rezidivgefahr nicht beendet werden sollte. Diese Einschätzung bleibt insbesondere gegenüber dem Einsatz anderer Antikonvulsiva als Stimmungsstabilisierer bestehen. Falls Lithium aufgrund einer klinischen Notwendigkeit verabreicht wird, sollte es in mehreren Einzeldosen (drei bis vier pro Tag) verabreicht werden. Plasmaspiegel sollten im niedrigsten noch wirksamen Bereich liegen. Wegen steigender renaler Clearance im Verlauf einer Schwangerschaft sollten gegen Ende häufigere Spiegelkontrollen und gegebenenfalls Dosisanpassungen erfolgen, da dosiskorrigierte Lithium-Spiegel im letzten Trimenon signifikant niedriger sind als im ersten Trimenon [21].

Valproinsäure

Valproat, ein Salz der Valproinsäure, wurde 1967 erstmals in Frankreich zur Behandlung von Epilepsien zugelassen. In

Deutschland besteht neben der Zulassung zur Behandlung verschiedener Formen von Epilepsie eine Zulassung zur Behandlung von manischen Episoden bei einer bipolaren Störung, wenn Lithium kontraindiziert ist oder nicht vertragen wird. Die weiterführende Behandlung nach einer manischen Episode kann bei Patienten in Erwägung gezogen werden, wenn die akute manische Episode auf die Behandlung mit Valproinsäure angesprochen hat. Erste Hinweise auf eine mögliche teratogene Wirkung von Valproat wurden 1982 publiziert. Es zeigte sich bei Kindern ein um etwa ein Drittel erhöhtes Risiko, mit einer Spina bifida geboren zu werden, wenn die Mütter im ersten Trimenon Valproat eingenommen hatten. Dabei stellt eine Spina bifida nur eine mögliche Folge einer intrauterinen Exposition mit Valproat dar. Als fetales Valproinsäure-Syndrom bezeichnet man ein komplexes Fehlbildungssyndrom, das nach intrauteriner Exposition mit Valproinsäure auftreten kann (Infobox **Fetales Valproinsäure-Syndrom**).

Als möglicher teratogener Mechanismus scheint eine Verringerung des in der Plazenta vorkommenden Folattransporters 1 (reduced folate carrier, RFC) verantwortlich zu sein. Erniedrigte Folsäurespiegel finden sich gehäuft bei Neuralrohrdefekten. Daher wird empfohlen, Folsäure vier Wochen vor einer Konzeption in hoher Tagesdosierung (4–5 mg) und bis zum Ende des ersten Trimenons zu verordnen und bei einer (kontraindizierten) Behandlung mit Valproat während der Schwangerschaft weiter einzunehmen. Das Risiko für eine Spina bifida und anderer Neuralrohrdefekte unter Valproat-Therapie ist um das 20-fache erhöht. Eine kürzlich erschienene Übersichtsarbeit berichtet von insgesamt 5.206 Schwangeren, die mit Antikonvulsiva behandelt wurden. Hier zeigten sich Fehlbildungsraten bei Valproat-Behandlung von 6,7 % (n = 1.290), bei Carbamazepin von 2,6 % (n = 1.718) und bei einer Lamotrigin-Einnahme von 2,3 % (n = 2.198) während in der Kontrollgruppe die Fehlbildungsrate bei 2,51 % lag. Unter den untersuchten Antikonvulsiva lag die Rate an Malformationen (Spina bifida und kardiale Fehlbildungen) für Valproat mit 10,93 % deutlich über den Raten für Lamotrigin mit 2,31% und für Levetiracetam mit 1,77 % [22].

Neben den beschriebenen Fehlbildungen rückten in letzter Zeit insbesondere Sprachentwicklungsstörungen, Lernstörungen und Verhaltensauffälligkeiten sowie autistische Symptome nach intrauteriner Exposition mit Valproinsäure in den Fokus [23]. In der prospektiven Beobachtungsstudie NEAD (Neurodevelopmental Effects of Antiepileptic Drugs) zeigten intrauterin Valproat-exponierte Kinder im Alter von sechs Jahren einen niedrigeren Intelligenzquotienten als Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft zur Epilepsiebehandlung Carbamazepin, Lamotrigin oder Phenytoin eingenommen hatten. Es konnte ein Zusammenhang zwischen der Valproat-Dosierung und dem erniedrigten IQ gezeigt werden. Zudem korrelierte nur bei den Valproat-exponierten Kindern der gemessene IQ nicht mit dem mütterlichen IQ. Insgesamt beendeten 224 Kinder die Studie, die in den Jahren 1999 bis 2004 in 25 Epilepsie-Zentren in Großbritannien und den USA durchgeführt wurde. Die IQ-Werte wurden hinsichtlich des mütterlichen IQ, der Art des Antikonvulsivums und der standardisierten Dosis, des Alkoholkonsums und des Alters der

Mütter sowie der Einnahme von Folsäure während der Konzeptionsphase adjustiert. Der mittlere IQ-Wert bei Valproat-exponierten Kindern lag mit 97 (95%-KI 94–101) signifikant unter den Werten für Carbamazepin (106; 95%-KI 103–109), Lamotrigin (108; 95%-KI 105–111) und Phenytoin (108; 95%-KI 105–103) [24]. Ein Cochrane Review, das Daten aus 22 prospektiven und sechs Kohortenstudien auswertete, zeigte, dass eine intrauterine Valproat-Exposition die Schulausbildung wie auch die spätere Berufsausbildung negativ beeinträchtigt. Vergleichbare kognitive Einschränkungen zeigten sich nach intrauteriner Exposition von Carbamazepin oder Lamotrigin hingegen nicht [25].

Carbamazepin

Carbamazepin ist zur Rezidivprophylaxe bipolarer affektiver Störungen zugelassen, wenn Lithium nicht oder nicht ausreichend wirksam ist beziehungsweise wenn Patienten unter Lithium schnelle Phasenwechsel erleben oder wenn Kontraindikationen gegen Lithium bestehen. Das Risiko für Neuralrohrverschlussstörungen bei Carbamazepin-Einnahme während des ersten Trimenons liegt bei 1–2%. Verschlussstörungen im Urogenitaltrakt (Hypospadie) treten möglicherweise ebenso vermehrt auf. Während der Schwangerschaft sollten deshalb neben Ultraschalluntersuchungen vor allem Kontrollen von α -Fetoprotein (α -FP) durchgeführt werden. Auch bei Carbamazepin scheint das Malformationsrisiko dosisabhängig zu sein. So zeigte sich bei Dosierungen < 400 mg/Tag das Malformationsrisiko bei zirka 3,4%. Höhere Dosierungen (> 1.000 mg/Tag) hingegen scheinen das Risiko auf über 8% zu steigern. Ebenso fanden sich unter Carbamazepin-Exposition in erhöhtem Maße Entwicklungsverzögerungen, kraniofaziale Anomalien, Fingernagelhypoplasien und Wachstumsretardierungen. Neuere Bewertungen lassen vermuten, dass das teratogene Risiko im Wesentlichen auf Neuralrohrverschlussstörungen begrenzt ist. So scheint unter intensiver pränataler Diagnostik und Gabe von Folsäure das Risiko kalkulierbar.

Lamotrigin

Die Therapie mit Lamotrigin ist angezeigt zur Behandlung der Epilepsie bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 13 Jahren als Zusatz- oder Monotherapie partieller und generalisierter Anfälle einschließlich tonisch-klonischer Anfälle, bei Anfällen in Zusammenhang mit dem Lennox-Gastaut-Syndrom (als Zusatztherapie, aber auch als initiales Antiepileptikum), bei Kindern und Jugendlichen von zwei bis zwölf Jahren als Zusatztherapie bei partiellen und generalisierten Anfällen einschließlich tonisch-klonischer Anfälle sowie bei Anfällen in Zusammenhang mit dem Lennox-Gastaut-Syndrom, zur Monotherapie typischer Absencen. Zusätzlich ist Lamotrigin zur Prävention depressiver Episoden bei erwachsenen Patienten ab 18 Jahren mit Bipolar-I-Störung und überwiegend depressiven Episoden zugelassen, während Lamotrigin nicht für die Akuttherapie manischer oder depressiver Episoden indiziert ist.

Gemäß den Empfehlungen der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, DGBS, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkun-

de, DGPPN) [26] sollte Lamotrigin zur Behandlung einer bipolaren Depression und als Phasenprophylaxe bei Schwangeren und Stillenden erwogen werden. Zwar besteht möglicherweise ein erhöhtes Risiko für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, jedoch liegen hinsichtlich orofazialer Missbildungen widersprüchliche Ergebnisse vor. Frühere Studien zeigten ein 10,4-fach erhöhtes Risiko. Eine neuere Untersuchung weist auf eine diesbezüglich geringere Missbildungsrate hin. In Anbetracht des häufigen Einsatzes der Substanz bei Schwangeren in den letzten Jahrzehnten wird das Risiko für diese Fehlbildung als relativ gering eingestuft. Insbesondere in Dosierungen von weniger als 300 mg/Tag scheint Lamotrigin mit dem geringsten Fehlbildungsrisiko unter den Antikonvulsiva verbunden zu sein (2,0%). Bei höheren Dosierungen steigt das Fehlbildungsrisiko auf bis zu 4,5%. Der relativen Sicherheit von Lamotrigin in Bezug auf das Fehlbildungsrisiko stehen die pharmakokinetischen Besonderheiten mit einer drastischen Zunahme der Clearance ebenso wie der begrenzte Einsatz bei bipolaren Störungen entgegen. Lamotrigin wirkt lediglich rezidivverhindernd bei bipolaren Störungen, die überwiegend durch depressive Phasen gekennzeichnet sind. Eine antimaniische Wirkung ist hingegen nicht beschrieben.

Die intrauterine und postnatale Exposition von Lamotrigin wurde in 19 Mutter-Kind-Paaren untersucht. Die Schwangeren im Alter von 19 bis 39 Jahre erhielten durchgehend in der Schwangerschaft Tagesdosierungen von 50 bis 650 mg Lamotrigin. Zum Zeitpunkt der Entbindung zeigte sich eine hohe Korrelation zwischen der mütterlichen Serumkonzentration und der Lamotrigin-Konzentration im Nabelschnurblut beziehungsweise im Fruchtwasser (**Abb. 6**) [27]. Die im Rahmen von TDM bestimmten Lamotrigin-Konzentrationen im mütterlichen Blut erlauben somit, die intrauterine Exposition des Fetus zu quantifizieren. Ein Fazit für die Praxis von Stimmungsstabilisierern zeigt (Infobox **Empfehlungen zum Einsatz von Stimmungsstabilisierern während der Schwangerschaft**).

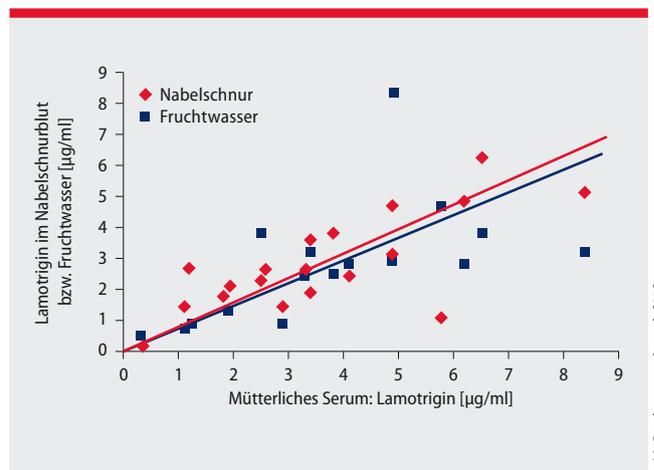


Abb. 6: Zwischen Lamotrigin-Konzentrationen im mütterlichen Serum und Lamotrigin-Konzentrationen im Fruchtwasser und Nabelschnurblut besteht eine sehr hohe Korrelation

© M. Paulzen mod. nach [27]

Empfehlungen zum Einsatz von Stimmungsstabilisierern während der Schwangerschaft

- Jede Einzelsubstanz sollte hinsichtlich der verabreichten Dosis und bezüglich der Plasmakonzentration bewertet werden, da das teratogene Risiko nicht nur substanz-, sondern auch dosis- beziehungsweise plasmaspiegelassoziiert ist.
- Die Raten an kongenitalen Malformationen sind unter moderaten Dosierungen/niedrigen Plasmaspiegeln geringer.
- TDM ist ein wichtiges Hilfsmittel zur Therapieüberwachung und Risikokontrolle. Aufgrund hoher Korrelationen zwischen mütterlichen und kindlichen AM-Konzentrationen erlaubt TDM eine Risikobewertung.
- Valproat ist ein Teratogen. Der Einsatz während der Schwangerschaft ist kontraindiziert.
- Sollte eine Carbamazepin-Therapie erfolgen, so sind eine intensive pränatale Diagnostik und die Gabe von Folsäure zwingend erforderlich.
- Der Stellenwert von Lamotrigin in psychiatrischer Indikation ist in der Schwangerschaft trotz guter Verträglichkeit eher gering. Bei einer Behandlung mit Lamotrigin sind Kontrollen der Plasmakonzentrationen und gegebenenfalls eine Dosisanpassung wichtig, da insbesondere durch die Induktion von UGT-1A4 in der Leber und die Ausbildung von UGT-1A4 in der Plazenta der Plasmaspiegel im Schwangerschaftsverlauf erheblich absinken kann.
- Lithium sollte bei Bipolar-I-Störungen im Wirksamkeits- und Sicherheitsvergleich mit Antikonvulsiva nach neueren Risiko- und Sicherheitsbewertungen bevorzugt werden.
- Eine bestehende Lithium-Therapie sollte bei hoher Rezidivgefahr nicht beendet werden.
- Bei klinischer Notwendigkeit sollte Lithium in mehreren Einzeldosen (drei bis vier pro Tag) verabreicht werden und der Plasmaspiegel im niedrigsten noch wirksamen Bereich liegen.
- Wegen steigender renaler Clearance im Verlauf einer Schwangerschaft sollten gegen Ende häufigere Spiegelkontrollen und gegebenenfalls Dosisanpassungen erfolgen, da der Lithium-Spiegel im letzten Trimenon signifikant niedriger ist als im ersten Trimenon.

Quetiapin

Quetiapin ist bei bipolaren Störungen zur Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden, von depressiven Episoden und zur Rezidivprophylaxe manischer oder depressiver Episoden zugelassen. Es ist wie alle Antipsychotika plazentagängig. Quetiapin weist jedoch wahrscheinlich relativ zur müt-

terlichen Wirkstoffkonzentration die niedrigsten Konzentrationen im kindlichen Kreislauf (Nabelschnurblut) auf. So zeigte sich in einer Untersuchung von sieben Mutter-Kind-Paaren eine mediane Quetiapin-Konzentration im Nabelschnurblut von 18 % (Bereich 13–42 %) der mütterlichen Konzentration [28]. Das Risiko für Fehlbildungen bei einer In-utero-Exposition mit Quetiapin scheint insgesamt gering. In einer großen Studie zur Auswirkung einer Antipsychotikatherapie während der Schwangerschaft wurden insgesamt 1.341.715 schwangere Frauen untersucht. Hiervon erhielten 4.221 Frauen Quetiapin im ersten Trimester. In einer nicht exponierten Vergleichsgruppe lag das absolute Risiko für irgendeine angeborene Malformation bei 32,7 (95 % Konfidenzintervall, KI: 32,4–33,0) je 1.000 Geburten und für kardiale Malformationen bei 11,6 (KI: 11,4–11,7). In der Quetiapin-Gruppe betragen die entsprechenden Risiken 43,1 (KI: 37,4–49,7) beziehungsweise 16,6 (KI: 13,1–20,9). Bei entsprechender Risikoadjustierung ließ sich kein erhöhtes relatives Risiko für irgendeine Fehlbildung bei Einnahme von Quetiapin im ersten Trimester feststellen. Die relativen Risiken lagen bei 1,01 (KI: 0,88–1,17) für alle kongenitalen Malformationen und bei 1,07 (KI: 0,85–1,35) für kardiale Fehlbildungen. Dieser umfassenden Untersuchung zufolge lässt sich kein teratogener Effekt von Quetiapin nachweisen [29]. Bei einem Fehlen von systematischen, kontrollierten Langzeitstudien wurden bisher in klinischen Beobachtungen keine eindeutigen Hinweise auf intellektuelle Defizite oder Verhaltensauffälligkeiten nach pränataler Antipsychotika-Exposition einschließlich Quetiapin gefunden. Wichtig für den Einsatz von Quetiapin in der Schwangerschaft ist die Kenntnis pharmakokinetischer Eigenschaften inklusive der Freisetzungskinetik von Quetiapin. So ist davon auszugehen, dass einerseits die hepatische Clearance von Quetiapin durch eine Induktion von CYP 3A4 im Laufe der Schwangerschaft deutlich ansteigt, andererseits sind die Freisetzungskinetik und Applikationsfrequenz von wichtiger Bedeutung. So führt eine Gabe hoher Einzeldosen mit rascher Erreichung von Plasmamaximalspiegeln möglicherweise zu einer Überladung der Plazenta und damit verbunden zu einem erhöhten Übertritt von Quetiapin in den kindlichen Kreislauf (Kasuistik „**Suizidversuch mit Quetiapin**“ [28, 5]). Daher scheint die Verteilung der Gesamttagesdosierung auf mehrere Einzeldosen mit retardierter Freisetzung wünschenswert.

Behandlung bipolarer Störungen in der Stillzeit

Sowohl die nationale Stillkommission (NSK) als auch die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) gehen davon aus, dass ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten für die Mehrheit der gesunden, reif geborenen Säuglinge ausreichend ist. In den Entwürfen internationaler Richtlinien zur Qualität von Laktationsstudien, wie sie von der FDA (Food and Drug Administration) und von der ILCA (International Lactation Consultant Association) vorgelegt wurden, sind drei Kriterien zur Abschätzung der kindlichen Exposition in der Stillzeit maßgeblich:

- Das Konzentrationsverhältnis eines Arzneimittels in der Milch relativ zum Plasma (Milch zu Plasma-Ratio; M/P)
- Die absolute Kindsdosis (Absolute Infant Dose; AID)
- Die relative Kindsdosis (Relative Infant Dose; RID)

$$\text{Milch zu Plasma Ratio (M/P)} = \frac{C_{\text{Milch}}}{C_{\text{Plasma}}}$$

$$\text{Absolute Kindsdosis (AID)} = C_{\text{Milch}} \times V_{\text{Milch}}$$

$$\text{Relative Kindsdosis (RID)} = \frac{\text{Absolute Kindsdosis (AID)}_{\text{in } \mu\text{g/kg/Tag}}}{\text{Absolute mütterliche Dosis}_{\text{in } \mu\text{g/kg/Tag}}}$$

Abb. 7: Wichtige Kenngrößen zur Risikokalkulation einer Arzneimittelanwendung bei stillenden Müttern.

Kasusitik

Suizidversuch mit Quetiapin

Eine 29-jährige Drittgravida mit bekannter paranoider Schizophrenie wurde wegen intrauteriner Wachstumsrestriktion (IUGR) bei Nahrungsverweigerung in der 33. Woche freiheitsentziehend vollstationär aufgenommen. Trotz intensiver 1:1-Überwachung kam es in der 37. Schwangerschaftswoche zu einem Suizidversuch mit einer unbekannt Menge Quetiapin, das die Patientin in einem Gummihandschuh im vaginalbereich versteckt hatte.

In der Folge kam es zu einem Krampfanfallsgeschehen mit Intensivpflichtigkeit der Patientin. In einer umgehend eingeleiteten Notfallsectio wurde ein männliches Kind geboren mit einem APGAR-Score von 7/7/7 bei Atemnotsyndrom mit vorübergehender CPAP-Beatmung, Gewicht 1.970 g (2. Perzentile), Größe 47 cm (20. Perzentile).

Nach kurzer intensivmedizinischer Behandlung wurde das Kind am 21. Tag post partum in eine Pflegefamilie entlassen.

Anders als bei im Rahmen regulärer Quetiapin-Gaben mit niedrigen Einzeldosen führte die massive Zuführung der Substanz im Rahmen des Suizidversuchs zu einem massiven Übertritt von Quetiapin durch die Plazenta, sodass im Nabelschnurblut Quetiapin-Konzentrationen von 1.790 ng/ml gemessen wurden, eine Konzentration, welche die ohnehin schon sehr hohe Konzentration im mütterlichen Blut von 1.370 ng/ml noch einmal deutlich überschritt. Die Ratio von 1,3 (Verhältnis kindliches zu mütterlichem Blut) überstieg deutlich diejenige, die im Rahmen normalen Einnahmeverhaltens zu erwarten ist und unter 0,2 liegt [5, 28].

Über diese drei Kenngrößen lässt sich das Risiko einer Arzneimittelanwendung bei Stillenden kalkulieren (**Abb. 7**).

Insgesamt wird von der Gesamtmenge eines Arzneimittels durch die Muttermilch nur wenig aufgenommen, wie sich anhand einer Beispielrechnung zeigen lässt: Bei einer gegebenen mittleren Trinkmenge eines zehn Wochen alten Säuglings (5 kg Körpergewicht) von 750 ml (150 ml/kg Körpergewicht) und einer Konzentration eines beliebigen Arzneimittels von 10 ng/ml in der Muttermilch liegt die AID bei 0,0075 mg/Tag (Rechnung: 750 ml/Tag \times 10 ng/ml = 7.500 ng/Tag = 0,0075 mg/Tag).

Erkenntnisse über die Auswirkungen einer Psychopharmakotherapie während der Stillzeit stammen fast ausschließlich aus Einzelfallberichten und eine grundsätzliche Empfehlung für oder gegen das Stillen ist in jedem Einzelfall neu zu entscheiden. Auch im Rahmen entsprechender Leitlinien kommen Empfehlungsgrade zum Stillen unter Psychopharmakotherapie nicht über den Empfehlungsgrad eines klinischen Konsensuspunktes (KKP) hinaus.

In einer prospektiven Multicenterstudie wurden insgesamt 181 Kinder von epilepsiekranken Frauen untersucht, die während der Schwangerschaft und nach der Geburt eine medikamentöse Monotherapie mit Carbamazepin, Lamotrigin, Phenytoin oder Valproat eingenommen hatten. Primärer Outcome-Parameter war der IQ-Wert der Kinder im Alter von sechs Jahren. Grundsätzlich waren dieser bei den Kindern, die gestillt wurden, unabhängig von der Art des eingenommenen Antikonvulsivums durchgehend höher als bei den nicht gestillten Kindern. Stillkinder, deren Mütter während des Stillens Valproat einnahmen, hatten einen signifikant höheren IQ-Wert als diejenigen Kinder, die zwar intrauterin Valproat ausgesetzt waren, aber nicht gestillt wurden. Hierbei lag der Unterschied zwischen den IQ-Werten im Mittel bei zwölf Punkten (94 vs. 106) bei allerdings kleinen Fallzahlen. Der negative Effekt der Valproat-Einnahme während der Schwangerschaft auf den IQ der Kinder wurde durch einen positiven Effekt ausgeglichen, wenn Valproat während des Stillens eingenommen wird [30].

Wirkstoffkonzentrationsmessungen**Valproat**

Studien zu Wirkstoffkonzentrationsmessungen in der Muttermilch als Möglichkeit, die Exposition gestillter Kinder zu berechnen, sind insgesamt rar. Eine größere Untersuchung existiert allerdings für Valproat, in der bei 16 Patientinnen die Valproat-Konzentrationen in der Muttermilch bestimmt wurden. Die Konzentrationen lagen zwischen 0,4 und 3,9 $\mu\text{g}/\text{mL}$ mit einem Mittelwert von $1,8 \pm 1,0 \mu\text{g}/\text{mL}$. Die M/P-Ratios variierten zwischen 1,3 und 9,6 [31]. Legt man bei einem 5 kg schweren Säugling ein tägliches Trinkvolumen von 750 mL zugrunde, so ergibt sich im Falle der höchsten gemessenen Valproat-Konzentration in der Muttermilch (zirka 4 $\mu\text{g}/\text{mL}$) eine ingestierte Menge von maximal 3 mg Valproat/Tag. In einer jüngeren Publikation wird für Valproat eine relative Kindsdosis von 1,4–1,7 % angegeben [32].

Lamotrigin

In einer Gruppe von neun stillenden Müttern lagen die Lamotrigin-Konzentrationen in der Muttermilch im Median bei 2 $\mu\text{g}/\text{mL}$ und entsprachen damit 77 % der mütterlichen Serumkonzentration [27]. Hierdurch lässt sich bei einer mittleren Trinkmenge von 150 ml/kg Körpergewicht eines Säuglings bei einer hypothetischen Trinkmenge eines 5 kg schweren Säug-

Vom Stillen bei bipolaren Störungen ist nicht grundsätzlich abzuraten, es sollte aber ein intensives Monitoring beim Säugling erfolgen.



© ricardoferrando / Fotolia
(Symbolbild mit Fotomodellen)

lings von 750 ml eine kumulative Gesamteinnahmemege von 1,5 mg Lamotrigin/Tag berechnen. Trotz der vermeintlich niedrigen Gesamtmenge des eingenommenen Lamotrigins sind die Kinder intensiv auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) zu monitoren, da die Lamotrigin-metabolisierenden UGT im Kind noch nicht ausgereift sind.

Carbamazepin

Gemäß den Empfehlungen der S3-Leitlinie Bipolare Störungen kann Carbamazepin bei Stillenden erwogen werden. Allerdings ist die Datenlage insgesamt dünn. In einer Untersuchung an 25 Stillkindern, deren Mütter mit Carbamazepin behandelt wurden, zeigten neun UAW. Die Kinder sind insbesondere hinsichtlich typischer UAW wie Hauterscheinungen oder auch Erkältungssymptome (Agranulozytose) zu überwachen.

Lithium

Bei einer M/P-Ratio von 0,55 erreichen die Plasmakonzentrationen von Lithium beim Säugling während des Stillens je nach Quelle Werte von 10–42 % der bei der Mutter gemessenen Wirkstoffkonzentrationen. Für die RID wird ein hoher Wert von 31 % berichtet [32]. Die Folgen erwartbar hoher Lithium-Serumspiegel für gestillte Kinder sind unbekannt. Ein Monitoring auf Dehydratation, Lethargie und Trinkfaulheit ist unerlässlich. Die American Academy of Pediatrics empfiehlt nach wie vor, bei bestehender Lithium-Therapie der Mutter nicht zu stillen. Neuere Untersuchungen bewerten Stillen dagegen als grundsätzlich möglich, dies sollte aber ausgewählten Patientengruppen vorbehalten bleiben.

Quetiapin

Für Quetiapin wurden die RID und die M/P-Ratio sowie potenzielle UAW bei einem Säugling einer 26-jährigen stillenden Mutter über ein 24-stündiges Dosisintervall im Steady State bestimmt. Die RID wurde auf der Basis einer geschätzten Trinkmenge von 150 ml/kg Körpergewicht und Tag berechnet und auf die mütterliche Dosis normiert. Bei einer durchschnittlichen Milchkonzentration von 41 ng/ml und einer durchschnittlichen M/P-Ratio von 0,29 betrug die RID 0,09 % der gewichtsadjustierten mütterlichen Dosierung. Die Plasmakonzentration des Kindes lag mit 1,4 ng/ml bei etwa 6 % der korrespondierenden mütterlichen Plasmakonzentration. Bei einer kindlichen Exposition von weniger als 0,1 % der mütterlichen Dosis traten keine UAW beim Säugling auf. Trotz der Limitation einer Einzelfallstudie unterstützt diese individuelle Risiko-Nutzenanalyse die Verschreibung von Quetiapin an eine stillende Mutter [33].

Fazit für die Praxis

- Bipolare Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit stellen für jeden Behandler eine große Herausforderung dar.
- Eine medikamentöse Umstellung nach Bekanntwerden einer Schwangerschaft ist meist nicht sinnvoll und wird nicht empfohlen.
- Die Gabe von Valproat bei bipolaren Störungen ist während der Schwangerschaft kontraindiziert und bei Frauen im gebärfähigen Alter nur unter Einhaltung eines Schwangerschaftsverhütungsprogramms zulässig.

- Während der Schwangerschaft kommt es zu erheblichen pharmakokinetischen Veränderungen, die jede Pharmakotherapie beeinflussen.
- Grundsätzlich sollten Pharmaka in mehreren Einzeldosen verabreicht werden, um hohe Spitzenkonzentrationen im Blut zu vermeiden.
- Wirkstoffspiegelmessung mittels TDM ist ein hervorragendes Instrument eines patientenindividuellen Risiko- und Behandlungsmanagements.
- Die Entbindung einer Schwangeren mit bipolaren Störungen sollte bevorzugt in einem Schwerpunktzentrum mit Neugeborenen-Intensivabteilung erfolgen.
- Vom Stillen bei bipolaren Störungen ist nicht grundsätzlich abzuraten, es sollte ein intensives Monitoring beim Säugling erfolgen.
- Auch in der Muttermilch kann man Wirkstoffkonzentrationen bestimmen, um die vom Kind aufgenommene Menge eines Pharmakons kalkulieren zu können.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrages 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.

AUTOREN

**PD Dr. med.
Michael Paulzen**

Alexianer Krankenhaus
Aachen
Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Psychosomatik
Medizinische Fakultät,
RWTH Aachen
Alexianergraben 33, 52062 Aachen
E-Mail: m.paulzen@alexianer.de



Dr. med. Hannah Schneider

Alexianer Krankenhaus Aachen
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Medizinische Fakultät, RWTH Aachen

Dr. med. Dr. phil. Georgios Schoretsanitis

Department of Psychiatry,
Zucker Hillside Hospital,
Northwell Health, Glen Oaks, New York, USA

CME-Fragebogen

Bipolare Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit

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 12.09.2019:

NT1907rw

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/s15016-019-6599-6>

? Was gilt für die Rückfallrate nach abruptem Absetzen einer Lithium-Therapie bei bipolaren Störungen während der Schwangerschaft?

- Ist sehr gering.
- Liegt unter 50 %.
- Liegt bei fast zwei Dritteln.
- Liegt bei 90 %.
- Ist unbekannt.

? Wovon ist eine intrauterine Schädigung des Embryos oder Feten durch ein Arzneimittel vor allem abhängig?

- Vom Alter der Mutter
- Vom mütterlichen Body-Mass-Index (BMI)
- Von der Zahl früherer Schwangerschaften
- Von der Konzentration des Arzneimittels im maternalen beziehungsweise kindlichen Blut
- Vom Geschlecht des Kindes

? Was trifft auf die Durchlässigkeit der Plazenta für Arzneimittel zu?

- Ist für alle Substanzen gleich.
- Ist vor allem von den physikochemischen Eigenschaften des Arzneimittels abhängig.
- Ist unabhängig von der Proteinbindung eines Arzneimittels.
- Ist von der Freisetzungskinetik eines Arzneimittels unabhängig.
- Spielt im klinischen Alltag keine Rolle.

? Was gilt für eine Behandlung mit Psychopharmaka?

- Ist im ersten Trimenon der Schwangerschaft besonders risikoreich.
- Ist in der Phase der funktionellen Reifung am kritischsten.
- Ist auch bei schweren psychischen Erkrankungen in der Schwangerschaft unbedingt zu vermeiden.
- Ist immer ein Behandlungsfehler und sollte daher sofort der Gutachterkommission für Ärztliche Behandlungsfehler gemeldet werden.
- Sollte in der Schwangerschaft ohne Dosisanpassung fortgesetzt werden.

? Welche der folgenden Änderungen treten in der Schwangerschaft auf?

- Die Pharmakokinetik von Arzneimitteln ändert sich nicht signifikant.
- Die glomeruläre Filtrationsrate ändert sich und damit nimmt die Ausscheidung von Pharmaka mit einer hohen renalen Clearance ab.
- Die Clearance der meisten Pharmaka ändert sich, wodurch meist Dosisreduzierungen notwendig werden.
- Der Wassergehalt des Körpers ändert sich, sodass mit einer Konzentrationszunahme vieler Psychopharmaka zu rechnen ist.
- Die hepatische Clearance von Arzneimitteln ändert sich durch eine Zunahme des hepatischen Blutflusses.

? Welche Aussage trifft auf das Therapeutische Drug Monitoring (TDM) zu?

- Steuert die Pharmakotherapie anhand einer verabreichten Medikamentendosis.
- Hat zum Ziel, die Wirkstoffkonzentration in der Schwangerschaft unterhalb des therapeutischen Referenzbereichs zu halten.
- Steuert die Therapie anhand gemessener Wirkstoffkonzentrationen.
- Ist die Voraussetzung für empirische Dosierungsstrategien.
- Ist bei genetischen Besonderheiten der die Arzneistoffe metabolisierenden Enzymsysteme nicht anwendbar.

? Was gilt für den Einsatz von Medikamenten zur Behandlung bipolarer Störungen in der Schwangerschaft?

- Lithium unterliegt einer im Verlauf abnehmenden renalen Ausscheidung.
- Die tägliche Lamotrigin-Dosis muss im Verlauf der Schwangerschaft meist gesteigert werden.
- Valproat gilt als unproblematische Substanz.
- Am besten sollte man Medikamentenkombinationen verabreichen.
- Langfristige Verhaltensauffälligkeiten stellen kein Problem dar.



Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit vier 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.

? Was ist bei der Behandlung von bipolaren Störungen in der Schwangerschaft zu beachten?

- Das Malformationsrisiko bei Carbamazepin ist dosisunabhängig.
- Bei Valproinsäure ist das Risiko für das Auftreten einer Spina bifida und anderer Neuralrohrdefekte um das Doppelte erhöht.
- Zur Vorbeugung von Neuralrohrdefekten ist die Verordnung von Folsäure in hoher Tagesdosierung (4–5 mg) vier Wochen vor einer Konzeption bis mindestens zum Ende des ersten Trimenons zwingend erforderlich.
- Lithium sollte am besten in einer höheren Einmaldosis verabreicht werden.
- Quetiapin hat keine Auswirkungen auf den Fetus/Embryo, da Quetiapin nicht plazentagängig ist.

? Was trifft für die Exposition eines Stillkindes mit einem Psychopharmakon zu?

- Geschieht vor dem Hintergrund, dass nur Antikonvulsiva in die Muttermilch übertreten.
- Lässt sich anhand der Trinkmenge und der Konzentration eines Arzneimittels in der Muttermilch abschätzen.
- Lässt sich anhand der Tagesdosierung der Mutter genau berechnen.
- Weist für Lithium eine geringe relative Kindsdosis (RID) von 0,5 % auf
- Ist nicht von Bedeutung, da die Gehirneifung bereits abgeschlossen ist.

? Welche der folgende Grundsätze sind beim Stillen für die Behandlung bipolarer Störungen zu beachten?

- Vom Stillen bei bipolaren Störungen ist grundsätzlich abzuraten.

- Ein Monitoring auf Dehydratation, Lethargie und Trinkfaulheit ist nur bei einer Behandlung mit Carbamazepin erforderlich.
- Das für den Metabolismus von Lamotrigin wichtige Enzym Uridindiphosphat-Glucuronosyltransferase (UGT) ist bei Säuglingen vollständig ausgereift.
- Die Kenngrößen „Milch zu Plasma-Ratio, absolute Kindsdosis und relative Kindsdosis“ erlauben eine Risikoabschätzung.
- Das Messen von Psychopharmakonzentrationen in der Milch ist überflüssig, weil es keine entsprechenden Referenzbereiche gibt.

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► **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

► **Klinische Wirksamkeit der Schematherapie bei Depressionen**

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

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

- Klys, M., Rojek, S., Rzepecka-Wozniak, E. Neonatal death following clozapine self-poisoning in late pregnancy: an unusual case report. *Forensic science international* 2007;171, e5-e10
- Tattoli, L., Di Vella, G., Solarino, B. A case of intrauterine lethal fetal injury after attempted suicide of the mother. *Forensic science international* 2017;280, e1-e5
- Casassus, B. France bans sodium valproate use in case of pregnancy. *Lancet (London, England)* 2017;390:217
- Robert, E., Guibaud, P. Maternal valproic acid and congenital neural tube defects. *Lancet (London, England)* 1982;2:937
- Paulzen, M., Gründer, G., Orlikowsky, T., Graf, C.M., Hoeltzenbein, M., Veselinovic, T. Suicide attempt during late pregnancy with quetiapine: nonfatal outcome despite severe intoxication. *Journal of clinical psychopharmacology* 2015;35:343-344
- Schaefer, C., Spielmann, H., Vetter, K., Weber-Schöndorfer, C. Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit. Elsevier Health Sciences 2017
- Wilson, J.G. Embryotoxicity of drugs in man, General Principles and Etiology. Springer 1977:309-355
- Paulzen, M., Benkert, O. Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit, Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Springer 2019:951-982
- Eshkoli, T., Sheiner, E., Ben-Zvi, Z., Holcberg, G. Drug transport across the placenta. *Current pharmaceutical biotechnology* 2011;12:707-714
- Westin, A.A., Reimers, A., Spigset, O. Should pregnant women receive lower or higher medication doses? *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke* 2018:138
- Paulzen, M., Groppe, S., Tauber, S.C., Veselinovic, T., Hiemke, C., Gründer, G. Venlafaxine and O-desmethylvenlafaxine concentrations in plasma and cerebrospinal fluid. *The Journal of clinical psychiatry* 2015;76:25-31
- Hiemke, C., Bergemann, N., Clement, H.W., Conca, A., Deckert, J., Domschke, K., Eckermann, G., Egberts, K., Gerlach, M., Greiner, C., Gründer, G., Haen, E., Havemann-Reinecke, U., Hefner, G., Helmer, R., Janssen, G., Jaquenoud, E., Laux, G., Messer, T., Moessner, R., Müller, M.J., Paulzen, M., Pfuhlmann, B., Riederer, P., Saria, A., Schoppek, B., Schoretsanitis, G., Schwarz, M., Gracia, M.S., Stegmann, B., Steimer, W., Stingl, J.C., Uhr, M., Ulrich, S., Unterecker, S., Waschgl, R., Zernig, G., Zurek, G., Baumann, P., 2018. Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry* 2017;51:9-62
- Gründer, G., Baumann, P., Conca, A., Zernig, G., Hiemke, C. Therapeutisches Drug-Monitoring in der Psychiatrie - Kurze Zusammenfassung des neuen Konsensuspapiers der Arbeitsgruppe TDM der AGNP. *Der Nervenarzt* 2014;85:847-855
- Hiemke, C., Baumann, P., Stingl, J. Pharmakokinetik, Pharmakogenetik und therapeutisches Drug Monitoring., In: Gründer, G., Benkert, O. (Ed.), *Handbuch der Psychopharmakotherapie*, 2nd ed. Springer, Berlin 2012:441-464
- Paulzen, M., Gründer, G., Benkert, O. Medikamente zur Behandlung bipolarer Störungen, Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Springer 2019:209-283
- Schou, M., Goldfield, M.D., Weinstein, M.R., Villeneuve, A. Lithium and pregnancy. I. Report from the Register of Lithium Babies. *British medical journal* 1973;2:135-136
- Cohen, L.S., Friedman, J.M., Jefferson, J.W., Johnson, E.M., Weiner, M.L. A reevaluation of risk of in utero exposure to lithium. *Jama* 1994;271:146-150
- Patorno, E., Huybrechts, K.F., Bateman, B.T., Cohen, J.M., Desai, R.J., Mogun, H., Cohen, L.S., Hernandez-Diaz, S. Lithium Use in Pregnancy and the Risk of Cardiac Malformations. *The New England journal of medicine* 2017;376:2245-2254
- van der Lugt, N.M., van de Maat, J.S., van Kamp, I.L., Knoppert-van der Klein, E.A., Hovens, J.G., Walther, F.J. Fetal, neonatal and developmental outcomes of lithium-exposed pregnancies. *Early human development* 2012;88:375-378
- Forsberg, L., Adler, M., Romer Ek, I., Ljungdahl, M., Naver, L., Gustafsson, L.L., Berglund, G., Chotigasatien, A., Hammar, U., Bohm, B., Wide, K. Maternal mood disorders and lithium exposure in utero were not associated with poor cognitive development during childhood. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)* 2018;107:1379-1388
- Westin, A.A., Brekke, M., Molden, E., Skogvoll, E., Aadal, M., Spigset, O. Changes in drug disposition of lithium during pregnancy: a retrospective observational study of patient data from two routine therapeutic drug monitoring services in Norway. *BMJ open* 2017;7:e015738
- Bromley, R.L., Weston, J., Marson, A.G. Maternal Use of Antiepileptic Agents During Pregnancy and Major Congenital Malformations in Children. *Jama* 2017;318:1700-1701
- Tomson, T., Battino, D., Perucca, E. Valproic acid after five decades of use in epilepsy: time to reconsider the indications of a time-honoured drug. *The Lancet Neurology* 2016;15:210-218
- Meador, K.J., Baker, G.A., Browning, N., Cohen, M.J., Bromley, R.L., Clayton-Smith, J., Kalayjian, L.A., Kanner, A., Liporace, J.D., Pennell, P.B., Privitera, M., Loring, D.W. Fetal antiepileptic drug exposure and cognitive outcomes at age 6 years (NEAD study): a prospective observational study. *The Lancet Neurology* 2013;12:244-252
- Bromley, R., Weston, J., Adab, N., Greenhalgh, J., Sanniti, A., McKay, A.J., Tudur Smith, C., Marson, A.G. Treatment for epilepsy in pregnancy: neurodevelopmental outcomes in the child. *The Cochrane database of systematic reviews* 2014: Cd010236
- S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (DGBS, DGPPN) DGBS e.V. und DGPPN e.V.: S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion, 2019
- Paulzen, M., Stingl, J.C., Augustin, M., Sassmannshausen, H., Franz, C., Gründer, G., Schoretsanitis, G. Comprehensive Measurements of Intrauterine and Postnatal Exposure to Lamotrigine. *Clin Pharmacokinet* 2019;58:535-543
- Paulzen, M., Goecke, T.W., Kuzin, M., Augustin, M., Gründer, G., Schoretsanitis, G. Pregnancy exposure to quetiapine - Therapeutic drug monitoring in maternal blood, amniotic fluid and cord blood and obstetrical outcomes. *Schizophrenia research* 2018;195:252-257
- Huybrechts, K.F., Hernandez-Diaz, S., Patorno, E., Desai, R.J., Mogun, H., Dejene, S.Z., Cohen, J.M., Panchoad, A., Cohen, L., Bateman, B.T. Antipsychotic Use in Pregnancy and the Risk for Congenital Malformations. *JAMA psychiatry* 2016;73:938-946
- Meador, K.J., Baker, G.A., Browning, N., Cohen, M.J., Bromley, R.L., Clayton-Smith, J., Kalayjian, L.A., Kanner, A., Liporace, J.D., Pennell, P.B., Privitera, M., Loring, D.W. Breastfeeding in children of women taking antiepileptic drugs: cognitive outcomes at age 6 years. *JAMA pediatrics* 2014;168:729-736
- von Unruh, G.E., Froescher, W., Hoffmann, F., Niesen, M. Valproic acid in breast milk: how much is really there? *Therapeutic drug monitoring* 1984;6:272-276
- Rowe, H., Baker, T., Hale, T.W. Maternal medication, drug use, and breastfeeding. *Pediatric clinics of North America* 2013;60:275-294
- Rampono, J., Kristensen, J.H., Ilett, K.F., Hackett, L.P., Kohan, R. Quetiapine and breastfeeding. *The Annals of pharmacotherapy* , 2007;41:711-714
- Hutson JR, Koren G, Matthews SG. Placental P-glycoprotein and breast cancer resistance protein: influence of polymorphisms on fetal drug exposure and physiology. *Placenta* 2010 May;31(5):351-7

Kandidaten für den Galenus-Preis 2019

Die Springer Medizin Verlag GmbH stiftet jedes Jahr den Galenus-von-Pergamon-Preis, mit dem herausragende Arzneimittelinnovationen in Deutschland gewürdigt werden. In diesem Jahr sind 15 Bewerbungen eingegangen. Wir stellen Ihnen vier davon kurz vor.

Erenumab

Mit Erenumab (Aimovig®) von Novartis wurde im November 2018 der erste Vertreter der neuen Wirkstoffklasse der Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Blocker auf dem deutschen Markt eingeführt. In einer Phase-II-Studie bei 667 Patienten mit chronischer Migräne sank unter Erenumab innerhalb von drei Monaten die Zahl der monatlichen Migränetage um 6,6 Tage, unter Placebo um 4,2 ($p < 0,001$). In der Erweiterungsstudie über ein Jahr erreichten die Patienten eine Reduktion der Migränetage um durchschnittlich 10,5 (140 mg) und 8,5 Tage (70 mg). Eine Phase-III-Studie mit 955 Patienten mit episodischer Migräne ergab unter Erenumab eine Reduktion der monatlichen Migränetage um 3,2 (70 mg) beziehungsweise 3,7 Tage (140 mg), unter Placebo waren es 1,8 Tage ($p < 0,001$). Es profitierten auch Patienten, die bereits ohne ausreichenden Effekt vorbehandelt waren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht in der frühen Nutzenbewertung einen Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen für Erenumab bei Migränepatienten, die nicht zufriedenstellend auf Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Topiramid, Amitriptylin, Valproinsäure oder Botulinumtoxin A ansprechen.

Philipp Grätzel

Fremanezumab

Für die spezifische Migräneprophylaxe ist seit Mai 2019 Fremanezumab (Ajovy®) von Teva am Markt, ein monoklonaler Antikörper gegen CGRP. Das Präparat kann monatlich in einer Dosis von 225 mg oder auch nur vierteljährlich in einer Einzeldosis von 675 mg subkutan injiziert werden.

Seine Wirksamkeit wurde in Phase-III-Studien bei Erwachsenen mit episodischer und chronischer Migräne untersucht. In der HALO-EM-Studie bekamen 875 Patienten mit episodischer Migräne entweder Fremanezumab 225 mg s. c. einmal monatlich, 675 mg s. c. alle drei Monate oder Placebo. In beiden Verumgruppen nahm die Zahl der monatlichen Migränetage nach zwölf Wochen im Vergleich zu Placebo signifikant ab ($p < 0,001$): bei monatlicher Injektion von Fremanezumab im Mittel um 3,7 Tage, bei vierteljährlicher Gabe um 3,4 Tage. Auch in einer Studie mit 1.036 Patienten mit chronischer Migräne sank die Zahl der monatlichen Kopfschmerztage – bei monatlicher Fremanezumab-Gabe um im Mittel 4,6 Tage, bei quartalsweiser Gabe um 4,3 Tage ($p < 0,001$ vs. Placebo).

Abdol A. Ameri

Ocrelizumab

Seit Januar 2018 ist der humanisierte monoklonale Anti-CD20-Antikörper Ocrelizumab (Ocrevus®) von Roche als erste Therapieoption für Patienten mit früher primär progredienter MS (PPMS) verfügbar. Er ist auch zur Behandlung Erwachsener mit aktiver schubförmiger MS (RMS) zugelassen. Phase-III-Studien belegten die Wirksamkeit bei insgesamt 1.656 Patienten mit RMS. Die Patienten



wurden entweder mit Ocrelizumab (600 mg i. v. alle 24 Wochen) oder mit Interferon beta-1a (44 mg s. c. dreimal pro Woche) behandelt. Die jährliche Schubrate sank unter Ocrelizumab über 96 Wochen um 46% beziehungsweise 47% im Vergleich zur Therapie mit Interferon beta-1a (jeweils $p < 0,001$). In der Phase-III-Studie ORATORIO erhielten 732 Patienten mit PPMS alle 24 Wochen 600 mg Ocrelizumab oder Placebo. Unter Ocrelizumab reduzierte sich das Risiko einer nach 12 beziehungsweise 24 Wochen bestätigten Behinderungsprogression um 24% ($p = 0,03$) und 25% ($p = 0,04$).

Abdol A. Ameri

Patisiran

Mit der Entwicklung des RNA-Interferenz (RNAi)-Therapeutikums Patisiran (Onpattro®) von Alnylam bietet sich erstmals die Chance, die hereditäre Transthyretin-Amyloidose (hATTR-Amyloidose) durch eine kausale Therapie zu bremsen. Es ist seit Oktober 2018 in Deutschland erhältlich. Relevant für die Zulassung waren besonders die Ergebnisse der APOLLO-Studie, in der 225 hATTR-Patienten mit Polyneuropathie entweder alle drei Wochen 0,3 mg/kg Körpergewicht Patisiran i. v. oder Placebo erhielten. Nach 18 Monaten hatte der Neuropathy Impairment Score+7 (mNIS+7) in der Patisiran-Gruppe von anfangs im Mittel 80,9 Punkten um im Mittel 6,0 Punkte abgenommen. Dagegen hatte er unter Placebo von 74,6 Punkten um 28,0 Punkte zugenommen ($p < 0,001$).

Im März 2019 bescheinigte der Gemeinsame Bundesausschuss Patisiran einen beträchtlichen Zusatznutzen bei der Behandlung der hATTR-Amyloidose bei erwachsenen Patienten mit Polyneuropathie der Stadien 1 und 2.

Philipp Grätzel

Galenus-Preis 2019

Der Galenus-von-Pergamon-Preis Deutschland wird für herausragende Arzneimittelinnovationen vergeben. Seit 2014 wird der Preis für die drei Kategorien „Primary Care“, „Specialist Care“ und „Orphan Drugs“ ausgeschrieben. Mit dem Preis in Form einer Medaille wird ein zugelassenes und auf den Markt gebrachtes innovatives Medikament ausgezeichnet. Dessen Zulassung und Markteinführung dürfen in der eingereichten Indikation bis zum Zeitpunkt der Einreichungsfrist nicht länger als drei Jahre zurückliegen. Das bedeutet für die diesjährigen Wettbewerber, dass die Markteinführung des Arzneimittels zwischen dem 30. April 2016 und dem 30. April 2019 erfolgt sein muss.

Über die Preisvergabe entscheidet eine Jury unabhängiger Wissenschaftler, die Mediziner oder Pharmazeuten sind. Jury-Präsident ist der Kardiologe Professor em. Erland Erdmann. Die Entscheidung darüber, welches Arzneimittel in der jeweiligen Kategorie mit dem Galenus-Preis gewürdigt wird, fällt die Jury erst am Tag der Preisverleihung. Diese findet am 17. Oktober 2019 bei einem Festakt in Berlin statt.

Früher Einsatz von Depot-Antipsychotika lohnt sich

➔ Vollständige Recovery ist das primäre Therapieziel bei Schizophrenie. Depot-Antipsychotika der zweiten Generation bieten die Möglichkeit, das Rezidivrisiko zu verringern und den Funktionsstatus sowie die Lebensqualität langfristig zu verbessern. Bisher erreichen nur rund 4% aller Patienten mit Schizophrenie das Therapieziel einer symptomatischen und funktionellen Remission mit bestmöglicher Lebensqualität (Recovery) [Novick D et al. Schizophr Res 2009;108:223–30]. Depot-Antipsychotika der zweiten Generation sind eine praktikable Therapieoption, um die Kontinuität der Langzeitbehandlung zu verbessern und das Risiko neuer schizophrener Episoden zu senken. Vor dem Hintergrund der nach wie vor hohen Rückfallraten und der weit verbreiteten Non-Adhärenz von Patienten mit Schizophrenie sei es wichtig, Depot-Antipsychotika schon möglichst früh im Krankheitsverlauf einzusetzen, berichtete Prof. Dr. Stefen Potkin, Irvine/CA. Dass sich ein

frühzeitiger Beginn mit einer antipsychotischen Depot-Therapie auch positiv auf die Lebensqualität und das psychosoziale Funktionsniveau der Patienten auswirken kann, zeigen die Ergebnisse der QUALIFY-Studie, der ersten direkten, randomisierten Head-to-Head-Studie mit zwei atypischen Depot-Antipsychotika [Naber D et al. Schizophr Res 2015;168:498–504].

Die 28-wöchige Phase-IIIb-Studie untersuchte den Einfluss von Aripiprazol-Depot (Abilify Maintena®) versus Paliperidonpalmitat (beide einmal monatlich) auf die mit der Heinrichs-Carpenter Quality of Life Skala (QLS) erfassten Lebensqualität und Funktionalität von Erwachsenen mit Schizophrenie.

Unter der Therapie mit Aripiprazol-Depot verbesserte sich der QLS-Score um 7,47 Punkte, unter Paliperidonpalmitat um 2,80 Punkte gegenüber dem Ausgangswert ($p = 0,036$ Aripiprazol- vs. Paliperidonpalmitat). Die Verbesserung des QLS-Scores unter

Aripiprazol-Depot sei klinisch relevant, hob Potkin hervor. Bei jüngeren Patienten (≤ 35 Jahren) war die Verbesserung im QLS-Score gegenüber Paliperidonpalmitat besonders ausgeprägt (+10,7 Punkte, $p = 0,037$), was die Relevanz eines möglichst frühen Beginns einer effektiven antipsychotischen Therapie bestätigt. Einen entscheidenden Vorteil schreibt Potkin dem Rezeptorprofil von Aripiprazol zu. Als partieller Agonist an Dopamin-D2-Rezeptoren bewirke die Substanz im Vergleich zu reinen D2-Rezeptorantagonisten in Hirnaralen mit niedriger dopaminerger Aktivität keine Rezeptorblockade, was das günstige Verträglichkeits- und Sicherheitsprofil von Aripiprazol-Depot erkläre.

Abdol A. Ameri

Educational Expert Meeting on Schizophrenia „Rethinking schizophrenia: Is it possible to impact the natural history of schizophrenia?“ beim 175. APA-Kongress San Francisco, 20.5.2019; Veranstalter: Lundbeck und Otsuka

Neue Option zur Erstlinientherapie der adulten ADHS verfügbar

➔ Mit dem Prodrug-Stimulanz Lisdexamfetamin steht hierzulande ab sofort eine weitere Option zur Erstlinientherapie von Erwachsenen mit ADHS zur Verfügung. Studien zufolge liegt die Prävalenz für ADHS bei Erwachsenen weltweit bei 2,5–3,4% [Fayyad J et al. Br J Psychiatry 2007;190: 402–9; Simon V et al. Br J Psychiatry. 2009;194(3):204–11]. Bei etwa zwei Dritteln der Kinder und Jugendlichen mit ADHS persistiert die Erkrankung bis in das Erwachsenenalter, wobei sich Art und Ausprägung der Symptome meist verschieben [Franke B et al. Eur Neuropsychopharmacol 2018;28:1059–88; Stickle A et al. Eur Psychiatry 2019;56:91–6]. Teils bleibe die Entwicklungsstörung jedoch auch lange unerkannt und Erwachsene kämen oftmals erst im Alter von Ende 20 oder Anfang 30 in die Behandlung, beklagte Prof. Dr. Alexandra Philipsen, Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Bonn. „Da ist dann viel schon in die falsche Richtung gelaufen“, unterstrich sie mit Blick auf Ausbildung, Berufswahl, Partnerschaft und Familie. Mit einer zielgerichteten Therapie könnten aber wesentliche

Beeinträchtigungen und auch die Suizidalität deutlich reduziert werden. Die Behandlung bestehe dabei nie aus einer Monotherapie, sondern fuße je nach individueller Symptomatik und dem Funktionsniveau auf der Kombination von Psychoedukation, Medikation und gegebenenfalls weiteren Bausteinen. Gemäß aktueller S3-Leitlinie soll den Patienten nach Psychoedukation

primär eine Pharmakotherapie angeboten werden [AWMF-Registernummer 028–045]. Therapie der ersten Wahl sind dabei Psychostimulanzien (Methylphenidat, Lisdexamfetamin). Lisdexamfetamin (LDX) steht in Deutschland seit dem 1. Mai 2019 als Elvanse Adult® zur täglichen Einmalgabe zur Verfügung. LDX ist ein „Prodrug“, der pharmakologisch aktive Wirkstoff entsteht enzy-

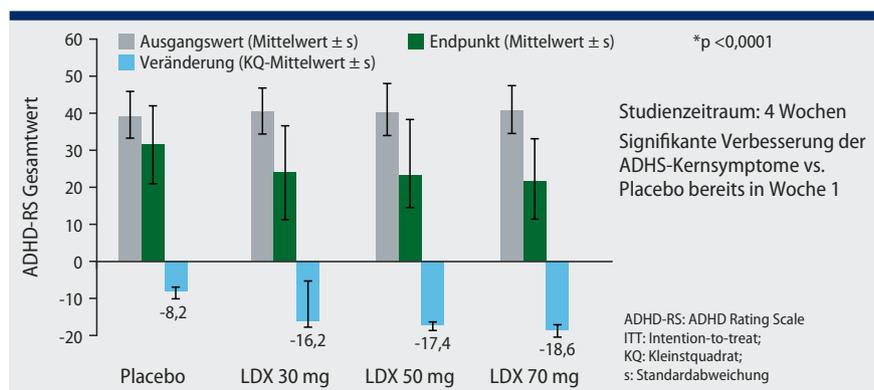


Abb. 1: Signifikante Verbesserung der ADHS-Kernsymptomatik unter Lisdexamfetamin im Vergleich zu Placebo nach vier Wochen (mod. nach [Adler LA et al. J Clin Psychiatry 2008;69(9):1364–73])

matisch gesteuert erst im Blutkreislauf. Philipsen betonte die sich daraus ableitenden Vorteile der Substanz: Unabhängig von der Art der Einnahme mit oder ohne Frühstück flutete der Wirkstoff im Tagesverlauf langsam an. Die kontinuierliche Freisetzung mit einer Wirkdauer von bis zu 14 Stunden verlängerte den Therapieeffekt bis in den Abend und stütze so die Symptomkontrolle auch in der Freizeit. Aufgrund des ebenfalls langsamen Abflutens träten auch kaum Rebound-Phänomene auf. In Studien habe die Rebound-Rate sogar unter dem Wert der Placebogruppe gelegen [López FA et al. J Atten Disord 2017;21(1):52–61]. Kurz- und Langzeitwirksamkeit von LDX sind in Studien belegt [Adler LA et al. J Clin Psychiatry

2008;69(9):1364–73 (Abb. 1), Weisler R et al. CNS Spectr. 2009;14(10):573–85]. Der Wirkstoff zeigt ein stimulantientypisches Nebenwirkungsprofil. Zu den sehr häufigen Nebenwirkungen bei Erwachsenen ($\geq 1/10$ Patienten) gehören verminderter Appetit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Mundtrockenheit [Fachinfo Elvanse Adult®, Stand März 2019; Wigal T et al. Behav Brain Funct 2010; 6: 34]. Eine Metaanalyse, in der die Wirksamkeit von LDX im Vergleich zu anderen Arzneien unter die Lupe genommen wurde [Stuhec M et al. Ann Pharmacother 2019;53(2):121–133], stellte Professor Wolfgang Retz vor, Leiter der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz. Ausgewertet wurden

darin 20 randomisierte, doppelblinde, placebo-kontrollierte Studien. LDX zeichnete sich durch eine hohe Effektstärke aus, wogegen Methylphenidat sowie gemischte Amfetaminsalze die ADHS-Symptomatik in moderatem Umfang gegenüber Placebo verbesserten. Für Modafinil konnte keine Wirkung gezeigt werden. „Die hohe Effektstärke von Lisdexamfetamin lässt auf ein vielversprechendes Potenzial für die Behandlung von Erwachsenen mit ADHS schließen“, kommentierte Retz die Ergebnisse. **Dr. Gunter Freese**

Pressekonferenz „Elvanse Adult® – Erstes Prodrug-Stimulanz für die ADHS-Therapie im Erwachsenenalter“, Berlin, 17.5.2019; Veranstalter: Shire (jetzt Teil der Takeda Group)

Neue Daten untermauern Wirksamkeit von Ozanimod bei MS

Bei Patienten mit schubförmiger MS hat sich der Sphingosin-1-Phosphat(S1P)-Rezeptoragonist Ozanimod in den beiden Phase-III-Studien SUNBEAM und RADIANCE B im Vergleich zu Interferon(IFN) β -1a als wirksamer hinsichtlich der Reduktion von Schubrate und MRT-Aktivität erwiesen. Auf dem diesjährigen Kongress der American Academy of Neurology (AAN) in Philadelphia wurde nun eine erste Interimsanalyse der Erweiterungsstudie vorgestellt. In den beiden Kernstudien SUNBEAM [Cohen J et al. Neurology 2018;90(15 suppl): P3.410] und RADIANCE Teil B [Comi G et al.

Neurology 2018;90(15 suppl): P3.396] hatten drei etwa gleiche Anteile der Patienten randomisiert entweder wöchentlich IFN β -1a 30 μ g i.m. oder Ozanimod in einer Dosierung von täglich 0,5 mg oder 1 mg oral erhalten. Alle Teilnehmenden konnten im Rahmen einer offenen Erweiterungsstudie mit Ozanimod 1 mg weiterbehandelt werden; 2.557 Patienten stimmten dem zu. Die erste Interimsanalyse basiert auf einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 18,5 Monaten in der Erweiterungsstudie. Bei den Patienten, die bereits in der Kernstudie Ozanimod 1 mg erhalten hatten,

blieb die durchschnittliche jährliche Schubrate (ARR) in der Erweiterungsstudie stabil. Unter Ozanimod 0,5 mg in der Kernstudie lag die ARR bei 0,18 (95 % KI: 0,15–0,22) und sank in der Erweiterungsstudie unter Ozanimod 1 mg auf 0,13 (95 % KI: 0,10–0,17). In der IFN-Gruppe der Kernstudie betrug die AAR 0,25 (95 % KI: 0,20–0,30), nach Umstellung auf Ozanimod 1 mg in der Erweiterungsstudie 0,13 (95 % KI: 0,10–0,17). Die Zahl neuer oder vergrößerter Läsionen in der T2-gewichteten MRT war in der Erweiterungsstudie in allen drei unterschiedlich vorbehandelten Gruppen niedriger als in den Kernstudien. Bei den in der Kernstudie mit IFN oder Ozanimod 0,5 mg Behandelten sank mit der Umstellung auf Ozanimod 1 mg auch die Zahl der Gadolinium aufnehmenden Läsionen (Abb. 1). Die Erweiterungsstudie scheint die bereits in den Phase-III-Studien belegte Überlegenheit von Ozanimod 1 mg gegenüber der niedrigeren Dosierung und gegenüber der Behandlung mit IFN β -1a im Hinblick auf Schubrate und MRT-Aktivität zu bestätigen. Ob das auch mit einer Verlangsamung der Behinderungsprogression einhergeht, kann auf Grundlage der bisher vorliegenden Daten nicht beantwortet werden.

Dr. Thomas Heim

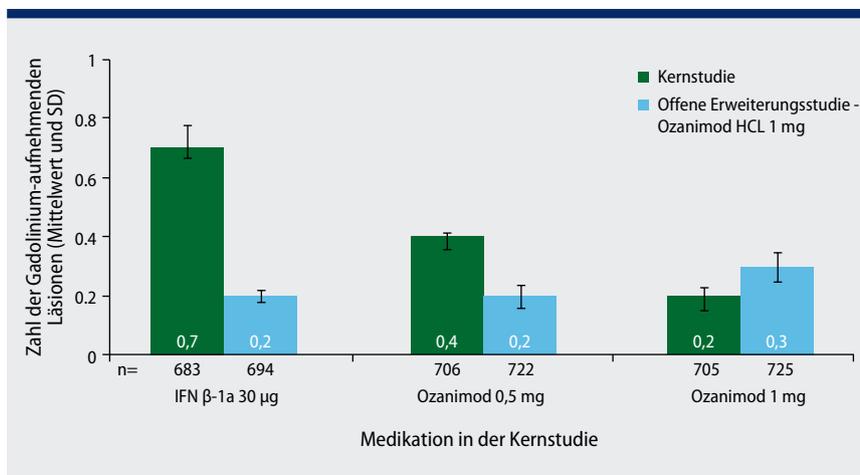


Abb. 1: Gadolinium-aufnehmende Läsionen nach zwölf Monaten in den Phase-III-Kernstudien und deren Erweiterungsstudie (mod. nach [Steinman L et al. AAN 2019, P3.2–036])

Steinman L et al. American Academy of Neurology Annual Meeting, Philadelphia, USA, 4.–10.5.2019; Poster P3.2-036

SPMS: Siponimod verbessert kognitive Funktion

MS-Patienten leiden bekanntlich auch unter kognitiven Defiziten, und diese sind bei sekundär progredienter MS (SPMS) besonders prägnant. Unter einer Therapie mit dem S1P-Rezeptormodulator Siponimod scheinen sich jedoch Konzentration und Verarbeitungsgeschwindigkeit deutlich zu verbessern. Darauf deutet eine Auswertung der Phase-III-Studie EXPAND hin, die von Neurologen um Prof. Dr. Ludwig Kappos, Basel, auf dem AAN-Kongress 2019 vorgestellt worden ist.

An der Studie nahmen über 1.600 Patienten mit SPMS teil. Zwei Drittel wurden auf Siponimod 2 mg/Tag, die übrigen auf Placebo eingestellt und bis zu drei Jahre lang behandelt. Primärer Endpunkt war die Zeit bis zu einer mindestens drei Monate anhaltenden Krankheitsprogression. Eine solche trat unter dem Medikament zu 21 % seltener auf als unter Placebo, zugleich sank die Rate noch vorhandener Schübe im Vergleich zu Placebo um 55 %, und auch das T2-Läsionsvolumen nahm deutlich weniger zu. Interessant ist zudem eine um 23 % geringere Hirnatrophie als unter Placebo. Dieser Effekt wirkt sich möglicherweise auf die kognitive Leistung aus. Darauf deutet eine Auswertung des „Symbol Digit Modality Tests“ (SDMT), mit dem Konzentration, Aufmerksamkeit und Verarbeitungsgeschwindigkeit erfasst werden. Während sich die Resultate beim SDMT unter Placebo im Schnitt um rund einen halben Punkt verschlechterten, wurde unter Siponimod eine signifikante Verbesserung um etwa einen Punkt nach 18

und zwei Punkte nach 24 Monaten beobachtet (**Abb. 1**). Der Anteil von Patienten mit einer als klinisch bedeutsam beurteilten Verbesserung von mindestens vier Punkten lag bei 35 % unter Siponimod und 27 % unter Placebo – ein relativer Unterschied von 28 % [Benedict RHB et al. AAN 2019, Poster P3.2–051]. Patienten mit zu Beginn geringen kognitiven Problemen (≥ 43 Punkte) schienen besonders zu profitieren (49 % relative Differenz zu Placebo), ebenso solche mit noch vorhandenen Schüben (51 % relative Differenz). Umgekehrt war der Anteil von Patienten mit einer klinisch bedeutsamen Verschlechterung beim SDMT von mindestens vier Punkten unter Siponimod signifikant geringer als unter Placebo (25 % vs. 31 %).

Kappos schlug vor, Veränderungen beim EDSS- und SDMT-Wert als Maß für die Behinderungsprogression zu kombinieren. Dadurch würden progressionsrelevante Ereignisse in unterschiedlichen Domänen erfasst. Bezogen auf einen solchen zusammengesetzten Endpunkt ließ sich in EXPAND unter Siponimod im Vergleich zu Placebo eine um 25,5 % geringere Rate einer über sechs Monate anhaltenden Behinderungsprogression ermitteln. Siponimod ist in den USA bereits zur Therapie von Patienten mit SPMS zugelassen.

Thomas Müller

Industry Therapeutic Update: Innovation in MS; AAN Annual Meeting, Philadelphia, USA, 4.–10.5.019; Veranstalter: Novartis

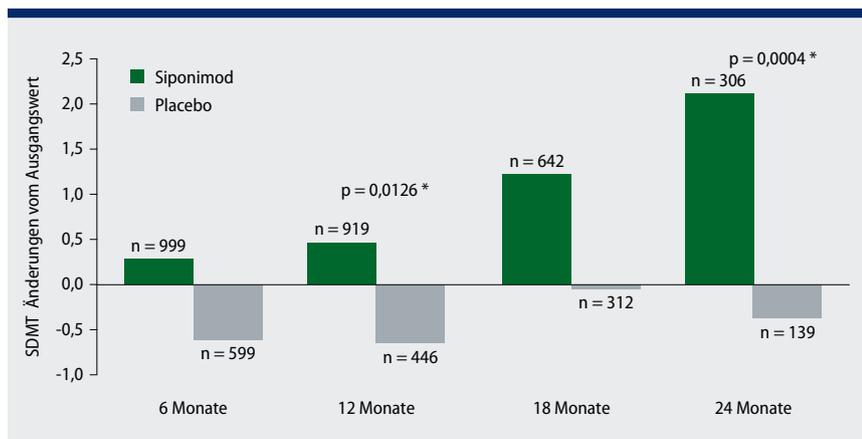


Abb. 1: Verbesserung der kognitiven Funktion unter Siponimod (nach Vortrag Kappos)

Mehr Antikörper für weniger Behinderungsprogression

Eine erhöhte Exposition des CD20-Antikörpers Ocrelizumab (Ocrevus®) scheint das Risiko einer Progression bei schubförmiger und primär progredienter MS zu reduzieren [Hauser SL et al. AAN, 2019; Platform Presentation 001]. Dies weist darauf hin, dass die derzeit zugelassene Dosierungsempfehlung im unteren Bereich der Dosis-Wirkungs-Kurve liegt. Für einen stabilen Behandlungseffekt sollten daher die empfohlenen Infusionsintervalle von sechs Monaten eingehalten werden. So lassen sich eine ausreichende Antikörperexposition und eine anhaltende B-Zell-Depletion sicherstellen. **red**

Nach Informationen von Roche

Schmerzen bei Morbus Parkinson lindern

In einer Metaanalyse zeigte sich unter Verwendung von 25 randomisierten, kontrollierten Studien, dass sich Schmerzen bei Morbus Parkinson am deutlichsten durch Safinamid (Xadago®) lindern lassen [Qureshi AR et al. Neuroepidemiology 2018;51:190–206]. Andere Ansätze wie Dopaminergika, Opiate und Cannabinoide schnitten schlechter ab. In die Analyse wurden Daten von insgesamt 1.744 Patienten, die sich einer therapeutischen Intervention unterzogen hatten, mit denen einer Kontrollgruppe aus 1.610 Patienten verglichen. Obwohl 68–95 % der Parkinson-Patienten an Schmerzen leiden, erhalten 25–50 % keine Schmerztherapie. **red**

Nach Informationen von Zambon

Atomoxetin generisch

Der ADHS-Spezialist Medice hat eine Atomoxetin-Filmtablette (Agakalin®) auf den Markt gebracht. Das Präparat ist zur medikamentösen Behandlung einer ADHS bei Kindern ab sechs Jahren, bei Jugendlichen sowie bei Erwachsenen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms zugelassen. Goldstandard in der Pharmakotherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist nach wie vor Methylphenidat (z. B. Medikinet®, Medikinet® retard und Medikinet® adult). **red**

Nach Informationen von Medice

Journal



Doppelleben haben immer schon Zündstoff für Geschichten, Romane und Filme geliefert.

Der Widersacher

Ein Tatsachenroman von Emmanuel Carrère

Im Roman „Der Widersacher“ von Emmanuel Carrère geht es realiter um Jean-Claude Romand. Dieser Mann ermordete vor über 26 Jahren seine Frau, seine beiden kleinen Kinder, seine Eltern sowie deren Hund und versuchte dergleichen auch an seiner Geliebten, weil er drohte mit seiner Geschichte aufzufliegen. Bis zu diesem Zeitpunkt brillierte Romand mit einem Leben, dem Werdegang hin zum erfolgreichen Arzt und Mitarbeiter in der WHO, das nicht der Wirklichkeit entsprach. Seine lebenslange Haft für die Bluttat begann 1996 und endet jetzt unter Auflagen. Wer kommt da wieder frei?

Der französische Schriftsteller Emmanuel Carrère (Jahrgang 1957), einer der bedeutendsten Repräsentanten der französischen Gegenwartsliteratur, ist ein vielseitiger Mann, der sich einen Namen sowohl als Autor als auch als Drehbuchschreiber und Filmproduzent gemacht hat. Er war Mitglied der Jurys bei den Filmfestspielen von Cannes und von Venedig. Nicht wenige seiner Bücher sind preisgekrönt und verfilmt worden. Mittlerweile liegen zehn seiner Romane und Erzählungen in deutscher Übersetzung vor. Sowohl für seine Filme als auch für seine Literatur erhielt Carrère hohe nationale und internationale Auszeichnungen.

Zuletzt erschien in der deutschen Übersetzung von Claudia Hamm, die schon andere Werke von Emmanuel Carrère übertragen hat, der Roman „L'Adversaire“ (1999) („Der Widersacher“, 2018). Der Klappentext informiert knapp über den Inhalt:

17 Jahre Lug und Betrug und dann eine unglaubliche Bluttat

„Jean-Claude Romand scheint sein Leben im Griff zu haben. Nachbarn und Bekannte schätzen den erfolgreichen Arzt, seine Bescheidenheit und Intelligenz. Doch plötzlich ermordet er seine Frau und seine beiden kleinen Kinder, seine Eltern und deren Hund. Der Ver-

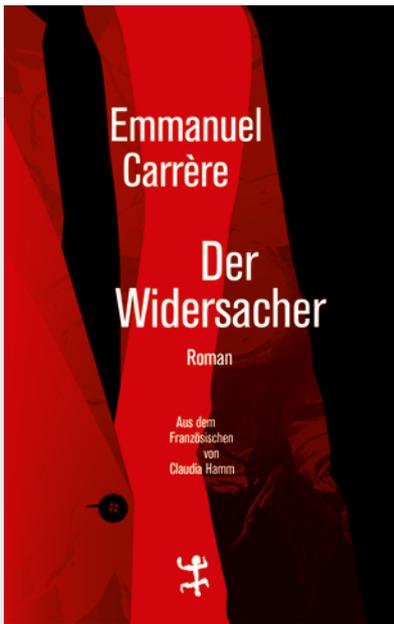
such, seine Geliebte und sich selbst zu töten, misslingt, möglicherweise gewollt. Die Ermittlungen der Polizei lassen innerhalb weniger Stunden die äußere Fassade einstürzen, dahinter gähnt Leere: Romands Leben ist seit 17 Jahren auf Lügen und Betrug gebaut. Seine Forscherstelle bei der WHO, Geschäftsreisen, Konferenzen mit hochrangigen Kollegen – all das hatte es nie gegeben. Und niemand hatte je Verdacht geschöpft: In all den Jahren hat er in seinem Doppelleben nie jemanden getroffen, mit niemandem gesprochen und sich in keine jener Parallelgesellschaften begeben, wie die der Spieler, der Drogen oder des Nachtlebens, wo er sich weniger einsam hätte fühlen können. Ebenso wenig hat er je versucht, der Außenwelt etwas vorzugaukeln. Als er die häusliche Bühne seines Lebens betrat, dachte jeder, er käme von einer anderen, auf der er eine andere Rolle spielte, die des hohen Tiers, das die Welt bereist, bei Ministern ein und aus geht und an offiziellen Tafeln speist, und dass er, wenn er sein Haus verließ, auf diese zurückkehrte. Doch es gab keine andere Bühne und kein anderes Publikum, vor dem er diese andere Rolle hätte spielen können. Ging er hinaus, fand er sich nackt wieder. Er kehrte zur Abwesenheit, zur Leere, zum Nichts zurück, die keine vorübergehende Panne auf seinem Weg waren, sondern die ein-

zige Erfahrung in seinem Leben. Er hat nie eine andere gemacht, glaube ich, selbst vor den Weggabelungen nicht.“

Komplexe Psychopathologie

Die Nachricht vom Mehrfachmord geht durch die Presse und veranlasst Carrère zu seinem ersten Tatsachenroman. Doch nicht die Fakten ziehen ihn in den Bann, sondern die dunklen Triebkräfte dahinter, „der Widersacher“. Er schreibt an Romand, trifft ihn, wohnt seinem Prozess bei, befragt ehemalige Freunde, versucht zu verstehen, schämt sich ob seiner „schmerzhaften Sympathie“ für den Mehrfachmörder sogar vor seinen Kindern. Allein diese Angaben sind Grund genug, sich näher mit dem Werk zu beschäftigen, verweisen sie doch auf eine komplexe Psychopathologie, verwoben mit Zeitgeschichte, Autobiografie, Fiktionalisierung des Ich und – der Titel deutet es an – religiöse Implikationen.

Was zunächst wie eine Bizarrie wirkt – der Täter geht nach seiner Tat zum Zeitungkaufen, die Verkäuferin bemerkt nichts Außergewöhnliches an ihm. Er leert seinen Briefkasten, verstaut sein Gewehr, und er fährt zu seinen Eltern, um auch diese zu töten. Deutet dieses Verhalten auf einen extremen Fall von Gefühlskälte und Soziopathie? Oder handelt hier einer unter einer schweren Persönlichkeitsstörung? Für die öffent-



Emmanuel Carrère

Der Widersacher

Originaltitel: L'Adversaire (Französisch)

Übersetzung: Claudia Hamm

Verlag Matthes & Seitz, Berlin, 2018

Preis: 22 €, ISBN: 978-3-95757-612-5

liche Rezeption in den Medien jedenfalls war hier ein „Monster“ am Werk. Ungewöhnlich und ebenso auffällig ist jedoch die Tatsache, dass Monsieur Romand viele Jahre lang seine „verdeckte Existenz“ aufrechterhalten konnte, ohne dass jemand Verdacht geschöpft hätte. Er bleibt für seine Familie wie für seine Umgebung der in sich ruhende Wissenschaftler, der für die WHO über Arteriosklerose forscht, Kongresse besucht, realiter aber zu seiner Geliebten in Paris fährt. Niemand weiß etwas von den einsamen Nächten in Hotels und Absteigen, von den endlosen Waldspaziergängen, von den leeren Stunden in Autobahnraststätten. Denn niemand interessiert sich wirklich für den dahinterstehenden problematischen Menschen. Niemand weiß von der Depression, auch einer gescheiterten Beziehung, von den verpassten Prüfungsterminen im Medizinstudium, jeder sieht nur die Performanz wie von einem Schauspieler, der auf der Alltagsbühne glänzend die Leere und die Defizite zu überspielen weiß.

So sehr sich Carrère auch um den Täter bemüht, so wenig kommt er wirklich an ihn heran. Zu seinem Kern vermag er

nicht vorzudringen, was ihn immer wieder dazu veranlasst, nach dem ergebnislosen Nachhaken Phasen der Selbstreflexion und der Überprüfung seiner Methodik einzulegen.

Abgründe des Bürgerlichen

Christian Schröder hat in seiner Besprechung des Werks (Tagesspiegel vom 28. August 2018) auf die Abgründe des Bürgerlichen hingewiesen, wenn er schreibt: „Das Setting des Romans erinnert an die Krimis von Claude Chabrol, wo die Verbrechen der Provinz-Bourgeoisie hinter zugezogenen Gardinen stattfinden. Das Städtchen Ferney, in dem Voltaire seine letzten Jahre verbrachte, hat es durch seine Nähe zum nur wenige Kilometer entfernten Genf zu Wohlstand gebracht. Viele Einwohner arbeiten für internationale Organisationen und pendeln zwischen französischem Eigenheim und Schweizer Büros. An der Schule, die auch Romands Tochter besucht, sorgt die Affäre des Direktors mit einer Lehrerin für Unruhe. Der Direktor wird entlassen, Romand spricht in einer Art Abschiedsbrief von ‚Ungerechtigkeit, die einen in den Wahnsinn treiben kann‘. Mit der ehemaligen Lehrerin wird er als Häftling eine (briefliche) Liebesbeziehung beginnen.“

Romand finanziert sein Doppelleben mit Veruntreuungen des Vermögens seiner Eltern und von Verwandten. Der misstrauische Schwiegervater stirbt nach einem Treppensturz. Geht er ebenfalls auf das Konto Romands, der diese Tat abstreitet? Carrère schreibt hierzu: „Hätte er einfach gesagt: Nein, er hat seinen Schwiegervater nicht umgebracht, würde er von der Unschuldsvermutung profitieren. Indem er bei Gott schwört, führt er eine Dimension ein, die je nach Empfänglichkeit dafür überzeugen kann oder nicht. Aber zu behaupten, ein Toter mehr oder weniger mache keinen Unterschied, und er würde es zugeben, wenn er an dessen Tod schuld wäre, bedeutet, den gewaltigen Unterschied zwischen einem ungeheuerlichen, aber irrationalen Verbrechen und einem Meuchelmord nicht zu kennen oder nicht zu kennen vorzugeben. Tatsächlich macht es hinsichtlich des Strafmaßes keinen großen Unterschied, denn es gibt keine Todesstrafe mehr. Aber moralisch, oder, wenn

man so will, für das Bild, das er von sich abgibt und an dem ihm so viel liegt, ist es ganz und gar nicht dasselbe, der Held einer Tragödie zu sein, den ein dunkles Verhängnis zu Grauen und Mitleid erregenden Taten treibt, oder ein mieser kleiner Krimineller, der sich für seine Betrügerei bewusst alte, gutgläubige Leute aus dem Familienkreis aussucht und seinen Schwiegervater die Treppe hinunterstößt, um nicht aufzufliegen.“

Als angeblicher Arzt macht Romand mit einem Schwerkranken ein makabres Geschäft, als er ihm für eine horrende Summe ein angeblich neues, noch nicht freigegebenes Medikament verkauft. Welcher „Widersacher“ ist hier die Triebfeder? Darf Romand zuletzt auf „Vergebung“ hoffen? Carrère bemerkt: „Hinter dem falschen Doktor Romand gab es keinen echten Jean-Claude Romand (...). Es ist unmöglich, über diese Geschichte nachzudenken, ohne darin ein Geheimnis oder eine verborgene Erklärung zu wittern. Doch das Geheimnis ist, dass es keine Erklärung gibt und dass sie sich, so unglaublich es auch scheinen mag, genauso abgespielt hat.“

Parallelisierung und nicht Schöpfergott

In einem Interview mit seiner Übersetzerin Claudia Hamm erwähnt Carrère, er habe nicht nur den Prozess gewissenhaft verfolgt, sondern auch 10.000 Seiten sowie eine „ungeheure Fülle an Dokumentationsmaterial“ ausgewertet. Er recherchierte aufwändig und versuchte zunächst, die „Geschichte objektiv, in der dritten Person zu erzählen, ein bisschen nach dem Vorbild von Truman Capotes ‚Kaltblütig‘, aber ich schaffte es nicht“. Auch der Versuch, sich dem Stoff mit den Mitteln des „klassischen Romans“ zu nähern, sei fehlgeschlagen. Bereits der erste Satz des Werkes setzt Autor und Protagonist zueinander in Beziehung. Diese „Parallelisierung“ sei, so bekennt Carrère, „zum Notenschlüssel“ geworden: „Wir gehörten derselben Welt und derselben Menschheit an und unsere Geschichten konnten einander spiegeln.“ Das geschieht allerdings zum Preis der Fiktionalisierung der eigenen Person. Capote dagegen hat das Geschehen komplett in der dritten Person erzählt und sich damit aus allen persönlichen Bezü-

gen und Emotionalisierungen herausgehalten. Sein Ziel und Ideal war die Objektivität, der Autor sollte der über allem thronende „Schöpfergott“ sein. Capote gibt vor, nie an der Geschichte beteiligt gewesen zu sein, doch war er es: „Nach der Inhaftierung der beiden Mörder bis zu deren Hinrichtung (...) war Capote die engste Kontaktperson der beiden, er besuchte sie regelmäßig im Gefängnis und hatte eine Freundschaft zu ihnen entwickelt und zu mindestens einem von ihnen vielleicht sogar eine Liebesbeziehung.“ Daraus entstand für Capote ein moralisches Problem: Einerseits war die Hinrichtung der Höhepunkt seiner Geschichte, andererseits versprach er den Verbrechern die besten Anwälte und wiegte sie in der Hoffnung, ihr Leben retten zu können. Realiter aber hatte er daran gar kein Interesse. Carrère meinte, er habe geradezu auf deren Hinrichtung gewartet. Carrère dagegen erzählt nicht nur die „fait divers“, sondern auch seinen persönlichen Bezug zu den „fait divers“. Claudia Hamm sagt hierzu: „Du öffnest die vierte Wand und entscheidest dich für eine direkte Kommunikation mit dem Publikum, während die fiktionalen Versuche die vierte Wand geschlossen halten.“

Schon die Nennung der Klarnamen schafft ein besonderes Verhältnis zur Wirklichkeit. Selbstverständlich ist sich der Autor dabei bewusst, nur seine „persönliche Wahrheit“ in die Waagschale werfen zu können. Carrère sagt: „Die Fiktion ist an Plausibilität gebunden, die Wirklichkeit nicht“. Deshalb gibt es bei dem Täter manche unplausible Dinge, denn immerhin ist es ihm gelungen, über einen Zeitraum von 18 Jahren seine falsche Existenz aufrechtzuerhalten.

Welche Wahrheit hat Jean-Claude Romand verborgen? Nichts außer seinem falschen Status. Carrère verfolgt den bisweilen ironischen Abgrund, der sich im Deutschen durch den Konjunktiv und die indirekte Rede öffnet: „Diese Kluft zwischen dem idealen und dem eher erbärmlichen Ich“, die Romand mit der Lüge zu überbrücken glaubt. Methodisch beruft sich Carrère dabei auf Nietzsche, der von der Lüge als einem „beweglichen

Heer von Metaphern“ spricht und auf Kafka, der sagte: „Ich kann die Wahrheit nicht sehen, aber das heißt nicht, dass sie nicht gibt.“ Das erklärt zugleich, warum Romand nicht verrückt ist und seine Verbrechen nicht „als ein anderer“ be-

*»Wenn Jesus in
sein Herz einzieht, wenn die Gewissheit, trotz allem geliebt zu werden, ihm
Freudentränen auf die Wangen treibt, ist es dann
nicht immer noch der Widersacher, der ihn täuscht?
Diese Geschichte zu schreiben, dachte ich, kann nur
ein Verbrechen sein oder ein Gebet.«*

Emmanuel Carrère

gangen hat. Da ist kein Anhalt für einen „veränderten Bewusstseinszustand“.

Erlösung durch göttliche Gnade

In seinem letzten Brief an den Autor schreibt Romand: „Die Prüfungen der Haft, vor allem aber die der Trauer und Verzweiflung hätten mich für immer von Gott entfernen müssen. Die Begegnungen mit einem Gefängnispfarrer, einer Betreuerin und einem Betreuer jedoch, die auf wunderbare Weise zuhören und einfach und ohne zu urteilen sprechen können, haben mich aus dem Exil des unsagbaren Leids befreit, das jede Beziehung zu Gott und dem Rest der Menschheit abschneidet. Heute weiß ich, dass diese vom Himmel gesandten, ausgestreckten Hände für mich die ersten Zeichen göttlicher Gnade waren (...). Das Gebet nimmt einen wesentlichen Platz in meinem Leben ein. Es ist schwieriger, als man glauben mag, sich in einer Zelle in Stille zu versenken und zu beten (...). Indem ich entdeckte, dass die Gnade nicht in der Erfüllung meiner Wünsche besteht, seien sie auch noch so großzügig und selbstlos, sondern in der Kraft, alles mit Freuden anzunehmen, wird in der Tiefe meiner Zelle mein ‚De Profundis‘ zum ‚Magnifikat‘, und dann ist alles Licht.“

Die an Oscar Wilde erinnernde Hinwendung des Häftlings Romand zum Religiösen erklärt Carrère mit dem Hinweis, dass der Täter „eine religiöse Lesart

seines Lebens“ und seiner grauenhaften Taten entwickelt habe: „Die christliche Sicht erlaubt einem, Hoffnung und Erlösung zu nähren.“ Die religiöse Komponente beruht, neben den Hinweisen auf die neurotischen Anteile in der Persönlichkeit des Täters, also nicht nur darauf, dass auch Carrère zum Katholizismus übergetreten ist und sich zur Zeit der Abfassung des Tatsachenromans mit einer Übersetzung des Markus-Evangeliums befasst hat, sondern dass der Roman „Der Widersacher“ (!) die „Übergänge zwischen einem moralischen Handeln, das Entscheidungsfreiheit und Verantwortung voraussetzt, und einer schicksalhaften Dimension des Bösen verhandelt, auf die man keinen Zugriff hat, weil es entweder eine Art Vorbestimmung gibt oder eine Dimension des Unbewussten, das ohnehin treibt, was es will, und dem man nicht durch Willensakte entkommt.“ Dazu passen auch die Schlüsselsätze des Romans, wenn der Autor schreibt: „Wenn Jesus in sein Herz einzieht, wenn die Gewissheit, trotz allem geliebt zu werden, ihm Freudentränen auf die Wangen treibt, ist es dann nicht immer noch der Widersacher, der ihn täuscht? Diese Geschichte zu schreiben, dachte ich, kann nur ein Verbrechen sein oder ein Gebet.“

Der Roman „Der Widersacher“ wurde mit Daniel Auteuil und Géraldine Pailhas in den Hauptrollen unter dem Titel „L'Aversaire“ 2002 von Nicole Garcia verfilmt und war bei den Filmfestspielen von Cannes 2002 für eine „Goldene Palme“ nominiert.

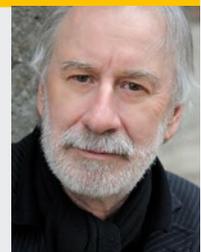
Literatur beim Verfasser

AUTOR

**Prof. Dr. phil.
Gerhard Köpf**

Literaturwissenschaftler
und Schriftsteller
Ariboweg 10,
81673 München

E-Mail:
aribo10@web.de



Undine Bandelin

Durch das Brennglas der Kunst

Eine Qualität der Kunst ist es, wie eine Lupe – ein Brennglas – das Wesentliche durch Themenfindung und Darstellung zu vergrößern und augenfällig zu machen. Die Werke der Leipziger Künstlerin Undine Bandelin konfrontieren spielerisch mit den Archetypen menschlicher Charaktere.

Die Titelseite dieser Ausgabe des NeuroTransmitter zielt der Ausschnitt eines großformatigen Bildes: „Die Jury“. Fünf unheimliche Gestalten sitzen unbekleidet vor einer altertümlichen Tapete; zwei blicken den Betrachter frontal an. Wer hier auf dem Prüfstand steht, ist unklar, denn das sprichwörtliche „Nacktheitsgefühl“, das manchen in Prüfungssituationen widerfährt, ist hier auf die Jury übertragen. Die Figuren wirken aber nicht wehrlos oder entblößt, sondern selbstsicher und hochkonzentriert in ihrer jeweiligen Stimmung versunken. Meisterhaft sind Farbgebung und Mimik ineinander verwoben: Ob dem bläulichen Melancholi-

ker, der personifizierten rotbäckigen Maßlosigkeit, dem lilalen Sanguiniker, dem seinen Ellenbogen aufstützenden grünlich gehaltenen Griesgram oder dem selbstgefällig die Beine ausbreitenden Eitlen, keinem der dargestellten fünf Typen wird der Prüfling wohl gerne begegnen wollen. Zentraler Körperteil der Jury scheinen die Bäuche zu sein, die in der Bildachse kompositorisch ein harmonisches Zusammenspiel ergeben und die fünf großen Egos verbinden. So ist jeder zugleich der „Nabel der Welt“ und doch nur einer von vielen.

Undine Bandelin kommentiert, dass sie meist die Komposition ihrer Bilder schon vor dem ersten Pinselstrich ent-

worfen hat. „Ich weiß ungefähr, was passieren soll. Doch auch wenn die Charaktere bereits definiert sind, schlagen sie manchmal während der Arbeit um, und es ergibt sich etwas Neues. Ich versuche durch meine Maltechnik, bei der ich in einem der letzten Arbeitsschritte unter anderem Farbe aufs Bild schütte, das Zusammenspiel von Intuition, Idee und Atmosphäre zu unterstützen.“

Kleidung überflüssig

Die Figuren der markanten Bilder der jungen Künstlerin wirken wie einem kollektiven Unterbewusstsein entsprungen. Bewusst verzichtet Bandelin auf deren Bekleidung und weist ihnen meist



„Die Jury“, 2018,
Mischtechnik auf
Leinwand, 150 ×
300 cm

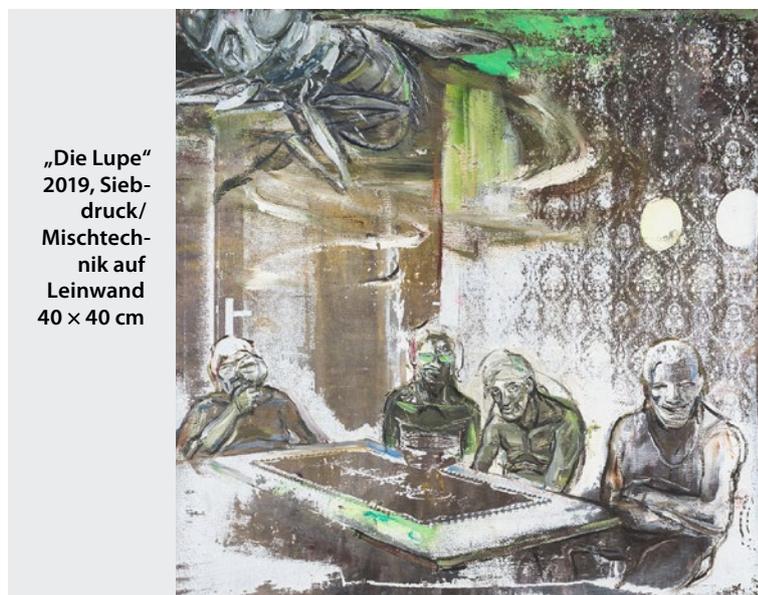
© Fotograf: Georg Brückmann

nur Accessoires zu, die die Figuren dann einer bestimmten Gruppe zuordnen. So arbeitet sie zurzeit an einem 7-Meter-Bild zu Massenaufmärschen. Auf den Schildern der Demonstranten stehen allerdings keine dezidiert politischen Inhalte, sondern Parolen wie „Spielverderber“. Es ist ihr Anliegen „Rollen zu entwerfen und zuzuweisen, diese wieder zu entziehen und zu vertauschen. Ich setze Gruppenführer, (...) Verführer, Rebell und unerwünschten Mitläufer in Szene. (...) Das was man war, ist, sein kann: Überziehungen, Verwandlungen, Erweiterungen aus Keimen, Wünschen und Erinnerungen. Groteske Charaktere, skurrile Persönlichkeiten und fantastische Wesen geben ihre Vorstellungen, entspringen aus ungeahnten Zwischenräumen, aus den Urzeiten (...), schälen sich aus der Farbe und präsentieren sich in bester Aufmachung.“

Fließende Grenzen sehen

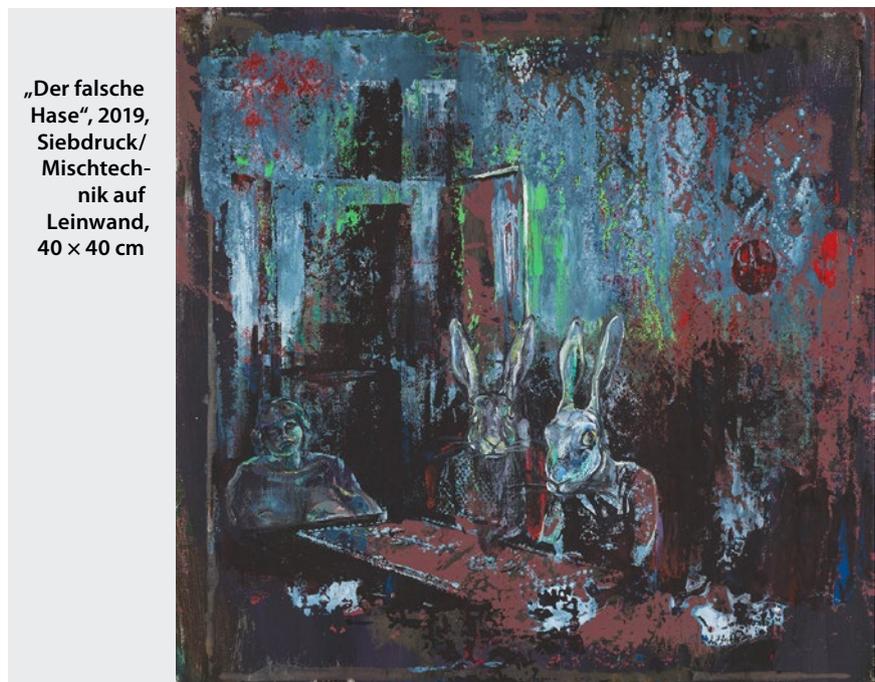
Wie einschränkend Schubladendenken ist und wie sehr Situationen und Wesen im Fluss sind, zeigt die Künstlerin vor allem in ihren Siebdruckarbeiten. Darin verändert sie mit wenigen Stellschrauben die ganze Atmosphäre eines Werkes. Sie wählt ein bestimmtes Motiv (z. B. einen Raum mit Tisch und vier Personen drumherum, siehe Bild rechts oben) und druckt es auf eingefärbte Leinwände. Diese bemalt sie dann und lässt die Situationen kippen, setzt ihren Figuren Haseköpfe auf (Bild rechts unten) oder verändert die ganze Aussage der Szene etwa durch die Zugabe einer riesigen Fliege, die unter der Decke summt. Sie spitzt Wesenszüge zu, präsentiert sie aber nicht als Gegensätze, sondern in fortwährender Variation. Ihre Siebdruckserien führen vor, dass in jedem eine ganze Welt wohnhaft ist.

Die Charakterdarstellungen Undine Bandelins wirken ähnlich wie die plakativen Typen der Commedia dell'arte kathartisch, indem der Betrachter über die offensichtlichen Mängel der Dargestellten befreiend lachen kann, ohne sich selbst gleich ganz infrage stellen zu müssen. Die Künstlerin gibt dem Betrachter somit ebenso wie der Figur auf dem Siebdruck „die Lupe“, das Brennglas in die Hand, um für einen kurzen Moment die fließenden Grenzen der normalerweise



„Die Lupe“
2019, Siebdruck/
Mischtechnik
auf
Leinwand
40 × 40 cm

© Fotograf: Georg Brückmann



„Der falsche
Hase“, 2019,
Siebdruck/
Mischtechnik
auf
Leinwand,
40 × 40 cm

© Fotograf: Georg Brückmann

als gefestigt wirkenden Realität wahrzunehmen.

Mehr Informationen

Undine Bandelins Arbeiten sind bis zum 13. Oktober 2019 auf der NordArt zu sehen: nordart.de
Eine Glaskunstarbeit ist in der Christuskirche in Köln ausgestellt: www.derix.com/allgemein/kleine-dorfkirchen-grosse-glaskunst/
www.thegrassisgreener.de
www.undine-bandelin.de

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

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

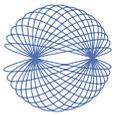


Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2019

Datum / Ort / Zeit	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
13.–14.9.2019, Bayreuth 8 CME-Punkte Hotel Rheingold, Austr. 2	92. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte Fortbildung und Mitgliederversammlung	Veranstalter: Bezirksklinikum Bayreuth Nordring 2, 95445 Bayreuth Tel.: 0921 283-0 E-Mail: bayreuth@gebo-med.de
12.10.2019, München 8 CME-Punkte beantragt	Neurologische und psychiatrische Begutachtung vor den Sozialgerichten mit den Referenten Prof. Dr. Bernhard Widder, Neurowissenschaftliche Gutachtenstelle, Bezirkskrankenhaus, Günzburg, und Willi Johannes Kainz, Vorsitzender Richter Bayerisches Landessozialgericht	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 Thüringen: Mitgliederversammlung	Dr. Volker Schmiedel E-Mail: Volker.Schmiedel@t-online.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 mit den Referenten Prof. Dr. Gereon Nelles und PD Dr. Olaf Hoffmann aus Berlin	Fortbildungsakademie BVDN – BDN – BVDP Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: k.braungardt@akademie-psych-neuro.de
30.11.2019, Bremen 7 CME-Punkte beantragt	Elektro-neurografie und Grundlagen und schwierigere Techniken Referent: Prof. Dr. Carl D. Reimers aus Bremen	Fortbildungsakademie BVDN – BDN – BVDP Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: k.braungardt@akademie-psych-neuro.de

Fortbildungsveranstaltungen 2019

12.9.2019, München 21.11.2019, München Bayerischer Bezirketag, Ridlerstr. 75	Zentrale Fallkonferenzen der Kinder- und Erwachsenen AGATE Zentrale Fallkonferenzen der Erwachsenen AGATE	Communications Management Bettelpfad 62a, 55130 Mainz Tel.: 06131 62799-0 E-Mail: bc@bormanncom.de
19.9.2019, Bad Schönborn Sitzungssaal, Friedrichstr. 67 jeweils von 19.30–21.45 Uhr mit Patientenvorstellung und Diskussion	Interdisziplinäre Bad Schönborner Schmerzkonferenzen Dr. Barbara Karrer-Schönstedt, Sinsheim: Palliativmedizin – Lebenswerk einer Frau	Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, der Deutschen Gesellschaft Schmerztherapie e.V. PD Dr. R. Wörz, Bad Schönborn Friedrichstr. 73, 76669 Bad Schönborn Tel.: 07253 31865 E-Mail: woerz.roland@t-online.de
17.10.2019	Prof. Dr. med. dent H.-J. Schindler, Karlsruhe: Schmerzhafte kranio-mandibuläre Dysfunktionen	
14.11.2019	PD Dr. R. Wörz, Bad Schönborn: Was können wir von den Vordenkern, den Philosophen in der Schmerzmedizin lernen?	
13.–15.9.2019, Lörrach Duale Hochschule Baden-Württemberg, Hangstr. 46–50 CME-Punkte	ADHS grenzenlos 1. Internationaler deutschsprachiger ADHS-Kongress über Alters- und Berufsgrenzen hinaus	AG ADHS e.V., Hamburg E-Mail: info@ag-adhs.de www.ag-adhs.de
19.–21.9.2019, Magdeburg Gesellschaftshaus, Schönebecker Str. 129	Annual Meeting of the German Society for Neuro-pathology and Neuroanatomy (DGNN)	Conventus D. Gröninger + A. Hannawald Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel: 03641 3116-396/-327 E-Mail: dgnn-conference@conventus.de www.conventus.de
20.–21.9.2019, Fulda Park Hotel Fulda, Goethestr. 13	1. Fuldaer GNP Workshop-Tagung Themen u. a.: Leitlinien, Kinder- und Jugendneuro-psychologie, ICF/Therapieplanung, Telemedizin, Supervision (auch für Supervisoren und Weiterbildungskandidaten etc.	Kongress- und Messebüro Lentzsch GmbH Gartenstr. 29, 61352 Bad Homburg Tel.: 06172 6796-0 Fax: -26 E-Mail: info@kmb-lentzsch.de www.kmb-lentzsch.de
25.–28.9.2019, Stuttgart Internationales Congresscenter Messepiazza 1	92. Kongress der DGN	DGN Dienstleistungsgesellschaft mbH Reinhardtstr. 27 C, 10117 Berlin Tel.: 030 531437930 E-Mail: kongress@dgn.org



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena, Klaus Gehring, Itzehoe

Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen

Schriftführer: Roland Urban, Berlin

Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln

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

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Volker Bretschneider

Bayern: Gunther Carl

Berlin: Gerd Benesch

Brandenburg: Holger Marschner

Bremen: Ulrich Dölle

Hamburg: Guntram Hinz

Hessen: 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 Böhlken

Epileptologie: Ralf Berkenfeld

Neuroangiologie, Schlaganfall: Paul Reuther

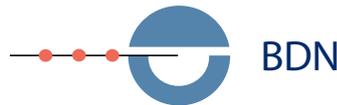
Neurootologie, Neuroophthalmologie:

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; Martin Südmeyer, Potsdam; Heinz Wiendl, Münster

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

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: Uwe Meier, Paul Reuther

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

Qualitätsmanagement: Uwe Meier

Risikomanagement: Rolf F. Hagenah

Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN

DRG: Reinhard Kiefer

Geschäftsstelle des BVDN

Dagmar Differt-Fritz, Gut Neuhof,

Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld

Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925

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

Bankverbindung: Sparkasse Duisburg

IBAN DE 04350500000200229227,

BIC DUISDE 33 XXX

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

Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

Politische Geschäftsstelle Berlin:

RA Bernhard Michatz, Geschäftsführer

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Tel.: 030 21480761, Fax: -21480763

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

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: Uwe Meier

Versorgungsforschung: Uwe Meier

Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:

Rolf Hagenah

Anhaltzahlen/Qualitätssicherung:

Fritjof Reinhardt, Paul Reuther

Rehabilitation: Harald Masur

CME: Friedhelm Jungmann, Paul Reuther

DRG: Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

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

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

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Wolfgang Freund

Bayern: Thomas Gilleßen

Berlin: Walter Raffauf

Brandenburg: Martin Delf

Bremen: N. N.

Hamburg: Heinrich Goossens-Merk

Hessen: Rupert Knoblich

Mecklenburg-Vorpommern: Katrin Hinkfoth

Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf

Nordrhein: Uwe Meier

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Richard Rohrer

Sachsen: Mario Meinig

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Matthias Nitschke

Thüringen: Dirk Neubert

Westfalen: Martin Bauersachs



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
- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> niedergelassen | <input type="checkbox"/> in der Klinik tätig | <input type="checkbox"/> Chefarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> Facharzt/in |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent/in | <input type="checkbox"/> Neurologe/in | <input type="checkbox"/> Nervenarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> Psychiater/in |
| <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____ | | | |

Ich wünsche den kostenlosen Bezug einer der folgenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften im Wert > 170 €/Jahr:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fortschritte Neurologie / Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Praxis |
| <input type="checkbox"/> Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG | <input type="checkbox"/> Psychotherapie im Dialog |
| <input type="checkbox"/> Die Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Balint-Journal |
| <input type="checkbox"/> 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.)

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), Vorsitzende Dr. med. Sabine Köhler (sk), Dornburger Str. 17a, 07743 Jena, Tel.: 03641 443359, E-Mail: sab.koehler@web.de, und Vorsitzender Dr. med. Klaus Gehring (kg), Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe, Tel.: 04821 2041, E-Mail: info@neurologie-itzhoe.de

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

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

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

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer 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. 24 vom 1.10.2018.

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

Erstellungsort: München

Druck: KLIEMO, Hütte 53, 4700 Eupen/Belgien

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

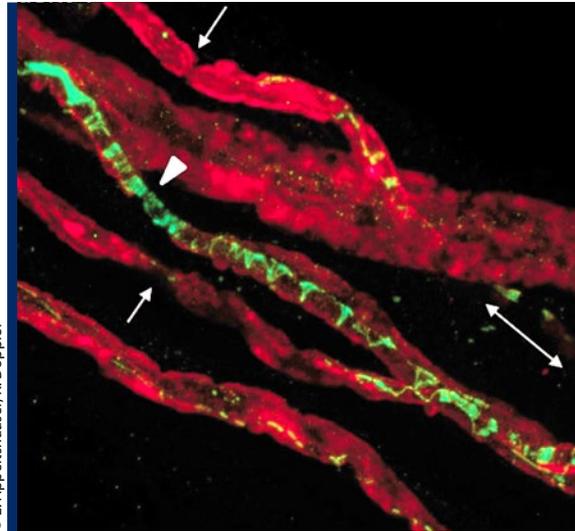
Bezugspreise: Einzelheft 29€, Jahresabonnement 232 € (für Studenten/AIP: 139,20€), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 35€, Ausland 58€. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 65,50€,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

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

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

© Springer Medizin Verlag GmbH

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



© L. Appeltshäuser, K. Doppler

Vorschau

Ausgabe 9/2019

September

erscheint am 13. September 2019

Paranodale Autoantikörper

Die Bestimmung paranodaler Autoantikörper trägt nicht nur zum besseren Verständnis der neuen Entität der Paranodopathie bei. Vielmehr ist es dank der neuen Biomarker möglich, einzelne schwer betroffene der Patienten mit Immunneuropathien zu identifizieren, die den Zugang zu einem individuellen Therapiekonzept mit großer Erfolgchance erhalten sollten.

Leitlinie KUTS

Das Kubitaltunnelsyndrom (KUTS) ist die zweithäufigste periphere Nervenläsion. Lesen Sie das Wichtigste zu Diagnostik und Therapie gemäß der aktuellen S3-Leitlinie.

20 Jahre BDN

Der Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) feiert in diesem Jahr sein 20-jähriges Bestehen. Mehr als Grund genug für einen Rückblick auf das Erreichte sowie einen Ausblick auf die Herausforderungen der Zukunft.

Hier steht eine Anzeige.

