

Retardiertes Methylphenidat

Eine Alternative in der medikamentösen Therapie bei erwachsenen Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Die medikamentöse Behandlung erwachsener Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehört zunehmend häufiger zu den Aufgaben der psychiatrischen Routineversorgung. Entsprechend den Empfehlungen der Leitlinie „ADHS bei Erwachsenen“ [1] gilt die Behandlung mit Stimulanzien als medikamentöse Behandlungsstrategie der ersten Wahl (Evidenzstufe 1b, d. h. aufgrund mindestens einer randomisierten, plazebokontrollierten Studie). Studienergebnisse bezüglich der Anwendung von Stimulanzien bei der Behandlung von erwachsenen Patienten mit ADHS, die diese Voraussetzungen erfüllen, liegen für unretardiertes Methylphenidat (MPH) [2], D-Amphetamin [3], dem Razemat aus D- und L-Amphetamin [4], retardiertem D- und L-Amphetamin [5] sowie Pemolin [6] vor.

Kontrollierte Studien bzgl. der Verwendung von retardiertem MPH bei Erwachsenen stehen bislang noch nicht zur Verfügung. Studienergebnisse aus dem Kindesalter weisen auf eine dem unretardierten MPH entsprechende Wirkung hin [7]. Vorliegender Fallbericht stellt die Therapie einer erwachsenen Patientin mit ADHS vor, die wegen Reboundphänomenen unter Behandlung mit sofort wirksamen MPH auf retardiertes MPH (OROS-MPH) bei vergleichbar guter Symptomreduktion und besserer Verträglichkeit erfolgreich umgestellt wurde.

Vorstellungsanlass/ Aktuelle Symptomatik

Die 44-jährige Patientin stellte sich auf eigene Initiative zur Diagnostik einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in unserer Ambulanz vor, da bei einem ihrer Söhne die Erkrankung diagnostiziert worden sei und sie bei sich viele Parallelen sähe.

Auf Nachfrage nach aktuell beeinträchtigenden Beschwerden berichtete die Patientin Folgendes:

- Schwierigkeiten in der Alltagsorganisation (Ihr Haushalt sei schon immer „ein einziges Chaos“. Oft wisse sie nicht, womit sie beginnen solle, mache dann alles gleichzeitig und bringe nichts zu Ende),
- Konzentrationsstörungen (Es gelinge ihr nicht, sich länger auf etwas zu konzentrieren und mit ihren Gedanken bei der Sache zu bleiben. Sie schweife gedanklich meistens ab. Bei ihrer Tätigkeit als Bürohilfin erledige sie ihre Arbeit deshalb oft zu langsam. Sie müsse auch häufiger als ihre Kolleginnen nachfragen, da sie bei der Aufgabenverteilung nicht richtig zugehört habe. Oft habe sie auch den Eindruck, dass ihre Gedanken kreuz und quer laufen und sich ihrer Kontrolle entziehen würden),
- Impulsivität (Sie sei sehr sprunghaft in ihren Handlungen und neige zu vor-

eiligen Entscheidungen und Äußerungen, die sie später bedauere),

- Hyperaktivität (Sie könne nicht gut ruhig sitzen, müsse zumindest mit den Händen oder Füßen in Bewegung sein. Sie fühle sich permanent auf dem Sprung und von ihren Impulsen getrieben. Es gelinge ihr nur schlecht, sich zu entspannen),
- verminderte Stresstoleranz (In Stresssituationen, insbesondere wenn mehrere Anforderungen gleichzeitig zu erledigen seien oder wenn sehr viel Arbeit anliege, die zügig erledigt werden müsse, fühle sie sich völlig überfordert: Es komme dann zu einer Art „Black-out“, so dass sie überhaupt nichts mehr zustande bringe),
- Vermeidungsverhalten (Mit bestimmten Dingen, wie z. B. dem Erledigen von Rechnungen, komme sie gar nicht zurecht und schiebe sie deshalb so lange wie möglich auf) sowie
- ein geringes Selbstwertgefühl und mangelndes Selbstvertrauen.

Die geschilderte Symptomatik besteht seit der Kindheit. Bereits im Grundschulalter konnte sich die Patientin nicht auf das Erledigen der Hausaufgaben oder im Schulunterricht konzentrieren, habe auch nicht gewusst, wie sie das hätte ändern können. Die Schule habe sie deshalb als „einen einzigen Horror“ in Erinnerung.

Vorgeschichte

Biographische Anamnese

Die Patientin ist die Älteste von zwei Töchtern eines Lokomotivführers und einer Hausfrau. Die Mutter sei ihr selbst sehr ähnlich. Vom Vater sei sie viel kritisiert worden, da sie seine Erwartungen nicht habe erfüllen können. Insbesondere wegen ihrer schlechten Schulleistungen habe sie viel Ärger mit ihm bekommen. Die Kindheit habe sie als unangenehm in Erinnerung.

Mit 18 Jahren heiratete die Patientin ihren jetzigen Mann, der sie so akzeptiere wie sie sei und sich mit ihrer chaotischen Art abgefunden habe. Aus der Ehe gingen zwei Söhne hervor, die beide noch zuhause leben. Halt und Lebenssinn findet die Patientin in ihrem Glauben und der aktiven Mitarbeit in ihrer Kirchengemeinde, womit sie einen Großteil ihrer Freizeit verbringt.

Ausbildungs- und Berufsanamnese

Nach einem schlechten Hauptschulabschluss absolvierte die Patientin eine Lehre als Arzthelferin. Die Anforderungen in der Berufsschule, das Schreiben von Berichten, Prüfungsvorbereitungen und Mitarbeit im Unterricht seien ihr schwer gefallen, so dass sie die theoretische Ausbildung mit einer schlechten Bewertung abgeschlossen habe. Nach Abschluss der Lehre arbeitete die Patientin 8 Jahre als Arzthelferin und sei mit der Arbeit, die sie interessiert und ihr Freude gemacht habe, ganz gut zurechtgekommen. Nach der Geburt der Söhne blieb die Patientin zunächst als Hausfrau und Mutter zuhause und arbeitete ab dem 8. Lebensjahr ihrer Söhne zusätzlich tageweise als Bandarbeiterin in einer Fabrik. Dabei sei es häufig zu Schwierigkeiten mit Vorgesetzten und Kollegen gekommen, da sie zu langsam und fehlerhaft arbeitete. Seit 2 Jahren hilft die Patientin stundenweise in einem Büro aus.

Psychiatrische Anamnese

Seit 1999 befindet sich die Patientin aufgrund von depressiven Verstimmungen in fortlaufender ambulanter nervenärztlicher Behandlung und war zum Zeitpunkt

der Vorstellung bei uns mit 20 mg Fluoxetin mediziert. Die Stimmung habe sich unter der Medikation gebessert, sei aber immer noch wechselhaft mit kurzen, stunden- bis tageweise andauernden depressiven Einbrüchen.

Sie habe bereits einmal versuchsweise eine Tablette Methylphenidat ihres Sohnes eingenommen. Ihre Gedanken seien darunter so klar wie nie zuvor gewesen und sie habe in ihrem Haushalt in einer Stunde mehr erledigt als sonst an einem ganzen Tag.

Substanzanamnese

Der Missbrauch von Suchtmitteln wurde aktuell und anamnestisch verneint.

Vegetative Anamnese

Schlaf, Appetit und Libido sind regelrecht.

Somatische Anamnese

Behandlung mit 50 mg Atenolol aufgrund einer arteriellen Hypertonie.

Psychiatrische Familienanamnese

Bei einem Sohn der Patientin wurde eine ADHS diagnostiziert. Die Mutter der Patientin wird als der Patientin sehr ähnlich geschildert (Unorganisiert, chaotisch).

Befunde

Psychopathologie

Wache, bewusstseinsklare, zu allen Qualitäten orientierte, emotional schwingungsfähige Patientin in ausgeglichener Stimmung. Kein Hinweis auf depressives Syndrom. Im Kontakt freundlich, dabei selbstunsicher und hilflos wirkend, Symptomatik schamhaft besetzt. 8/9 Kriterien des Symptomclusters Unaufmerksamkeit, 6/9 Kriterien des Symptomclusters Hyperaktivität/Impulsivität entsprechend DSM-IV-Kriterien waren erfüllt. Der formale Gedankengang war weitschweifig, z. T. auch sprunghaft, dabei zum Thema zurücklenkbar ohne Hinweise auf Störungen des logischen Denkens oder der mnестischen Funktionen. Leichte motorische Unruhe

mit Wippen der Füße. Kein Anhalt für produktiv-psychotische Symptomatik. Suizidalität wurde klar verneint.

Testpsychologische Leistungsdiagnostik

Vor Behandlungsbeginn wurde eine testpsychologische Untersuchung der Intelligenz mittels des Leistungsprüfsystems (LPS), der Daueraufmerksamkeit mittels des Konzentrationsleistungstests revised (KLT-R) sowie des Wahrnehmungstempos und der Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsteilung mittels des Trail-Making-Tests Teil A und B (TMT A, B) durchgeführt.

Die Patientin erreichte in der Intelligenztestung mit einem IQ von 100 ein durchschnittliches Ergebnis. Die Fähigkeit zur Daueraufmerksamkeit war deutlich unterdurchschnittlich, wobei die Patientin sehr langsam und dabei überdurchschnittlich fehlerhaft arbeitete (PR Leistungsmenge = 5,5, d. h. 94,5% der Kontrollpersonen bearbeiteten mehr Aufgaben; PR Leistungsgüte = 84,1, d. h. nur 15,9% der Kontrollprobanden arbeiteten fehlerhafter). Das Wahrnehmungstempo lag im Durchschnittsbereich, die Fähigkeit zur Aufmerksamkeitssteilung war leicht eingeschränkt.

Symptomfragebögen

Die Patientin bewertete sich vor Behandlungsbeginn in den Brown ADD Scales, die mittels einer Selbstbeurteilung aktuell vorhandene ADHS-Symptomatik (Schwerpunkt exekutive Funktionen) abfragen, mit 91 Punkten und lag damit deutlich oberhalb des Cut-offs von 54 Punkten, ab dem eine ADHS des Erwachsenenalters angenommen werden kann. Eine Wiederholung der Selbstbewertung unter sofort wirksamen MPH bzw. OROS-MPH ergab einen Wert von 61 bzw. 63 Punkten, was entsprechend den Normen des Instruments als deutliche Verbesserung bewertet werden kann [8].

In der deutschen Kurzform der Wender Utah Rating Scale, die retrospektiv das Vorliegen einer ADHS im Alter von 8–10 Jahren erfasst, bewertete sich die Patientin mit 38 Punkten und lag damit oberhalb des Cut-offs von 30 Punkten, ab dem

eine ADHS im Kindesalter angenommen werden kann [9].

Körperlicher Untersuchungsbefund und technische Untersuchungen

Adipositas von 85 kg bei 1,68 m Körpergröße. Ansonsten unauffälliger internistischer und neurologischer Untersuchungsbefund. In der 24-h-Blutdruckmessung vor Behandlungsbeginn unter 25 mg Atenolol täglich durchschnittlicher Blutdruck von 136/85 mm HG bei einer Herzfrequenz von 71/min. Regelrechtes EEG.

Behandlungsverlauf

Aufgrund der von der Patientin geschilderten Symptomatik mit Konzentrationsstörungen (8/9 Kriterien entsprechend DSM-IV), Impulsivität und Hyperaktivität (6/9 Kriterien entsprechend DSM-IV), daraus resultierenden Funktionseinschränkungen im beruflichen und privaten Alltag, dem Verlauf der Symptome mit Beginn in der Kindheit und Persistenz bis ins Erwachsenenalter sowie anhand des klinischen Eindrucks mit deutlichen Hinweisen auf Konzentrationsstörungen und einer beobachtbaren leichten motorischen Unruhe stellten wir die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung vom kombinierten Typ (DSM-IV: 314.01). Die zur Diagnosesicherung durchgeführte testpsychologische Leistungsdiagnostik, die bei durchschnittlicher Intelligenz eine deutlich herabgesetzte Fähigkeit zur Dauer Aufmerksamkeit und eine leichte Einschränkung der Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsteilung ergab sowie die Ergebnisse der ADHS-Symptomfragebögen, die jeweils oberhalb der Cut-offs der Instrumente lagen, bestätigten die diagnostische Einschätzung.

Unter Fortführung der antidepressiven Medikation mit 20 mg Fluoxetin, die aufgrund der instabilen Stimmungslage mit wiederholten kurzen depressiven Einbrüchen beibehalten wurde, begannen wir zunächst eine Behandlung mit unretardiertem Methylphenidat, das bis auf 45 mg (0,5 mg/kg KG) täglich aufdosiert wurde. Die Einnahme erfolgte verteilt auf 3-mal eine Dosis zu je 15 mg entsprechend der

Wirkdauer von unretardiertem Methylphenidat jeweils alle 4 h.

Die Patientin berichtete unter dieser Dosierung, dass sie sich nach Einnahme der Medikation viel besser und ausdauernder konzentrieren könne, weniger ablenkbar sei, ihre Gedanken besser ordnen könne und mit ihrem Alltag wesentlich besser zurecht komme. Ausgesprochen positiv sei, dass sie sowohl zuhause als auch bei ihrer Tätigkeit als Bürogehilfin zügiger und erfolgreicher arbeiten könne und sich weniger überfordert fühle. In den Brown ADD Scales bewertete sich die Patientin mit 61 Punkten (ohne Medikation 91 Punkte), was entsprechend den Normen des Instruments als gute Symptomreduktion bewertet werden kann. Als sehr beeinträchtigend schilderte die Patientin, dass es jedes Mal, wenn die Wirkung des Medikaments nachlasse, zu einem verstärkten Auftreten der Symptomatik komme: Sie könne dann gar keinen klaren Gedanken mehr fassen, sei gereizt, schlechter Stimmung und unruhig.

Wir stellten deshalb die Medikation in einem Schritt auf eine morgendliche Dosis von 54 mg retardiertem Methylphenidat (OROS-MPH) täglich um. Die Patientin berichtete daraufhin, dass die positive Wirkung auf ihre Konzentrationsfähigkeit und ihre verbesserte Fähigkeit zur Alltagsorganisation unverändert weiterhin bestehe. In den Brown ADD Scales bewertete sie sich mit 63 Punkten. Bei den folgenden Kontakten gab sie an, dass sie an Selbstsicherheit gewonnen habe und sich mehr zutraue. Auch ihre Stimmung habe sich deutlich stabilisiert. Die unter unretardiertem MPH berichteten Reboundphänomene traten nicht mehr auf. Die wegen der vorbestehenden und mit 25 mg Atenolol behandelten arteriellen Hypertonie regelmäßig von der Patientin selbst durchgeführten Blutdruckkontrollen ergaben normotone Werte.

Diskussion

Erwachsene Patienten mit ADHS, die mit unretardiertem MPH behandelt werden, berichten bei guter Wirkung aufgrund der kurzen Halbwertszeit von ca. 4 h häufig über zeitgleich mit dem Abfall der MPH-Konzentration einhergehenden Reboundphänomene mit verstärktem Auftreten der

Symptome, was von einem Teil der Patienten als sehr beeinträchtigend erlebt wird [10]. Nach der Umstellung von unretardiertem auf langwirksames OROS-MPH (HWZ 12 h) wurden bei der dargestellten Patientin bei gleicher klinischer Wirksamkeit die unter unretardiertem MPH aufgetretenen Reboundphänomene nicht mehr beobachtet. Bislang liegen allerdings weder kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von retardiertem MPH noch Vergleichsuntersuchungen von unretardiertem vs. retardiertem MPH hinsichtlich Wirksamkeit und Nebenwirkungsprofil bei der Behandlung der ADHS des Erwachsenenalters vor.

Erste Daten zu dieser Fragestellung erbringt eine kürzlich veröffentlichte amerikanische Untersuchung, in der die Fahr-tüchtigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (16–19 Jahre) mit ADHS, die 3-mal täglich (8:00, 12:00, 16:00 Uhr) unretardierte bzw. einmal täglich (8:00 Uhr) OROS-MPH einnahmen, verglichen wurde. Es zeigte sich, dass sich die mit einem Fahrsimulator um 14:00, 17:00, 20:00 und 23:00 Uhr gemessene Fahrleistung an den ersten beiden Zeitpunkten zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant unterschied. Patienten, die mit unretardiertem MPH behandelt wurden, fielen um 20:00 und 23:00 Uhr jedoch drastisch in ihrer Fahrleistung (–5,25 SD) ab und erreichten ein signifikant schlechteres Ergebnis als Patienten der OROS-MPH Gruppe, die ihre Fahrleistung konstant auf dem guten Leistungsniveau der vorangegangenen Zeitpunkte hielten. Hierbei entsprach die um 20:00 und 23:00 Uhr erfasste Fahrleistung der mit unretardiertem MPH behandelten Patienten der Fahrleistung von gesunden über 80-jährigen Kontrollpersonen (Hochrisikogruppe), während die Fahrleistung der mit OROS-MPH behandelten Patienten zu diesem Zeitpunkt der Fahrleistung von 55- bis 59-jährigen Kontrollpersonen (Niedrigrisikogruppe) entsprach. Die am Fahrsimulator erbrachte Fahrleistung war in der mit OROS-MPH behandelten Patientengruppe während des Tagesverlaufs insgesamt stabiler. Anhand eines 7-tägigen Tagebuchs zum Fahrverhalten schätzten die mit OROS-MPH behandelten Patienten ihren Fahrstil als weniger riskant als die mit unretardiertem MPH behandelten Patienten ein. Die Autoren inter-

pretieren ihre Ergebnisse als Hinweis darauf, dass – im Gegensatz zu den unter der Gabe von mehreren Einzeldosen unretardiertem MPH auftretenden Schwankungen im Plasmaspiegel – die gleichmäßige Wirkstofffreisetzung von OROS-MPH mit einer klinisch stabileren Wirkung einhergeht und bewerten den signifikanten Abfall der Fahrleistung der mit unretardiertem MPH behandelten Patienten um 20:00 Uhr als Reboundphänomen mit verstärktem Auftreten der ADHS-Symptomatik [11].

In Zusammenschau mit diesen Ergebnissen gibt die vorausgehend dargestellte Fallstudie einen klaren Hinweis darauf, dass insbesondere beim Auftreten von Reboundphänomen während der Behandlung mit unretardiertem MPH bzw. bei vorliegender Notwendigkeit eines stabilen Medikationseffekts auch in den Abendstunden die Medikation mit retardiert wirkendem OROS-MPH eine wirkungsvolle Therapieoption bietet. Nach wie vor besteht aber sowohl beim Einsatz von retardiertem als auch von sofort wirksamen MPH bei der Behandlung von erwachsenen Patienten mit ADHS das Problem, dass es sich um eine Off-Label-Indikation handelt, da derzeit für kein Methylphenidatpräparat eine Zulassung im Erwachsenenalter vorliegt.

Korrespondierender Autor

Dr. E. Sobanski

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J 5,
68159 Mannheim
E-Mail: sobanski@kv.zi-mannheim.de

Interessenkonflikt: Die korrespondierende Autorin weist auf eine Verbindung mit folgenden Firmen hin: Janssen-Cilag, Lilly, Medice, Novartis.

Literatur

1. Ebert D, Krause J, Roth-Sackenheim C (2003) ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus. *Nervenarzt* 74:939–946
2. Spencer TJ, Wilens TE, Biederman J et al. (1995) A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 52:434–443

Nervenarzt 2005 · 76:1412–1417
DOI 10.1007/s00115-005-1892-y
© Springer Medizin Verlag 2005

E. Sobanski · B. Alm

Retardiertes Methylphenidat. Eine Alternative in der medikamentösen Therapie bei erwachsenen Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Zusammenfassung

Wir berichten über eine 44-jährige Patientin mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung vom kombinierten Typ (DSM-IV 314.01), bei der sich durch eine Behandlung mit 0,5 mg unretardiertem Methylphenidat (MPH)/kg Körpergewicht verteilt auf 3 Einzeldosen täglich (45 mg unretardiertes MPH) zwar eine deutliche Reduktion der Symptomatik erreichen ließ, im Tagesverlauf jedoch mehrmals von der Patientin schlecht tolerierte Reboundphänomene mit ausgeprägten Konzentrationsstörungen, Unruhe und Stimmungseinbrüchen mit gereizt-dysphorischer Stimmung

auftraten. Durch die Umstellung auf eine einmalige Dosis retardiertes Methylphenidat morgens (54 mg OROS-MPH) konnte bei vergleichbar guter klinischer Wirkung eine Beendigung der Reboundphänomene erreicht werden.

Schlüsselwörter

Aufmerksamkeitsdefizit-/
Hyperaktivitätsstörung des
Erwachsenenalters · Pharmakotherapie ·
Unretardiertes Methylphenidat ·
OROS-Methylphenidat

Long-acting methylphenidate. An alternative medical therapy for adult patients with attention deficit hyperactivity disorder

Summary

We report a 44-year-old female patient with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), combined subtype (DSM-IV: 314.01), who was treated with 0.5 mg of short-acting immediate-release methylphenidate/kg body weight given t.i.d. (total daily MPH IR dosage 45 mg). Under this medication, the patient reported significant reduction of symptoms. However, several times a day she experienced severe rebound phenomena with pronounced concentration disturbances, unrest, and dysphoric

mood. After changing the medication to long-acting methylphenidate once daily (total daily OROS MPH dosage 54 mg), the rebound phenomena stopped, with equivalent beneficial clinical effects.

Keywords

Adult attention deficit hyperactivity disorder · Pharmacotherapy ·
Immediate-release methylphenidate ·
OROS-methylphenidate

3. Paterson R, Douglas C, Hallmayer J et al. (1999) A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of dexamphetamine in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 33:494–502
4. Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE et al. (2001) Efficacy of a mixed amphetamine salts compound in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 58:775–782
5. Faraone SV, Biederman J, Spencer TJ (2004) Dose-response efficacy of mixed amphetamine salts XR in adults with ADHD. Poster presented at the 157th Annual Meeting of the American Psychiatric Association
6. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ et al. (2001) Controlled trial of high doses of pemoline for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol* 19:257–264
7. Wolraich ML, Greenhill LL, Pelham W et al. (2001) Randomized, controlled trial of OROS-methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 108:883–889
8. Brown TE (1996) Brown attention disorder scales manuals. Psychological Corporation, San Antonio
9. Retz-Junginger P, Retz W, Blocher et al. (2003) Reliabilität und Validität der Wender-Utah-Rating-Scale-Kurzform. *Nervenarzt* 11:987–993
10. Weiss M, Jain U, Garland J (2000) Clinical suggestions for management of stimulant treatment in adolescents. *Can J Psychiatry* 45:717–723
11. Cox DJ, Merkel RL, Penberthy JK et al. (2004) Impact of methylphenidate delivery profile on driving performance of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:269–275

Verjährungsfristen zum Jahresende bei ausstehenden Privathonoraren beachten

Ärztliche Honorarforderungen unterliegen der regelmäßigen Verjährungsfrist gemäß § 195 BGB einer 3-jährigen Verjährungsfrist. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden bzw. die Rechnung erstellt ist.

Verzug des Patienten

Durch § 286 BGB ist geregelt, dass der Patient spätestens dann in Verzug gerät, wenn er nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung zahlt. Ab dem Zeitpunkt des Verzugs eintritts (30 Tage nach Rechnungsstellung) hat der Arzt zusätzlich einen Anspruch auf Zinsen. Nach § 12 GOÄ wird der Honoraranspruch des Arztes gegenüber dem Privatpatienten erst fällig, wenn der Arzt eine den Vorschriften der GOÄ entsprechende Rechnung erteilt hat. Mit dieser Rechnung hat es der Arzt grundsätzlich in der Hand, durch verspätete Rechnungsstellung den Verjährungsanspruch hinauszuschieben. Aber auch dies geht nur begrenzt, denn nach der Berufsordnung (§ 14 MUBO) soll der Arzt seine Rechnungen im Allgemeinen mindestens vierteljährlich stellen.

Verjährungsfristen für Honorarrechnungen aus dem Jahre 2002

Nach neuem Recht verjähren Honorarforderungen aus Rechnungsstellungen im Jahr 2002 mit Ablauf des 31.12.2005.

Verhinderung der Verjährung

Der Arzt kann den Eintritt der Verjährung verhindern. Hierfür reicht es aber nicht, dem Patienten eine oder mehrere Mahnungen zu übersenden. Eine Unterbrechung der Verjährung tritt ein, wenn der Patient die Forderung gegenüber dem Arzt anerkannt hat und wenn der Arzt den Honoraranspruch durch Mahnbescheid oder Klage geltend macht. In diesem Fall muss der Mahnbescheid vor Ablauf der Verjährungsfrist dem Patienten zugestellt sein. Es genügt zwar auch, wenn der Mahnbe-

scheid oder die Klage vor dem 31.12. bei Gericht eingegangen ist. Eine Unterbrechung der Verjährung tritt aber in diesem Fall nur ein, wenn der Mahnbescheid oder die Klage dem Patienten alsbald zugestellt wird (§ 270 Abs. 3 ZPO). Der sorgfältige Arzt wird deshalb spätestens im Laufe der Monate November und Dezember 2005 seine Honorarrechnungen aus dem Jahre 2002 seinem Rechtsanwalt bzw. seiner ärztlichen Verrechnungsstelle zur gerichtlichen Geltendmachung übergeben oder selbst einen Mahnbescheid beantragen bzw. Klage erheben.

Quelle: M. G. Broglie, Rechtsanwalt, Wiesbaden; www.arztrecht.de; E-Mail: broglie@arztrecht.de