

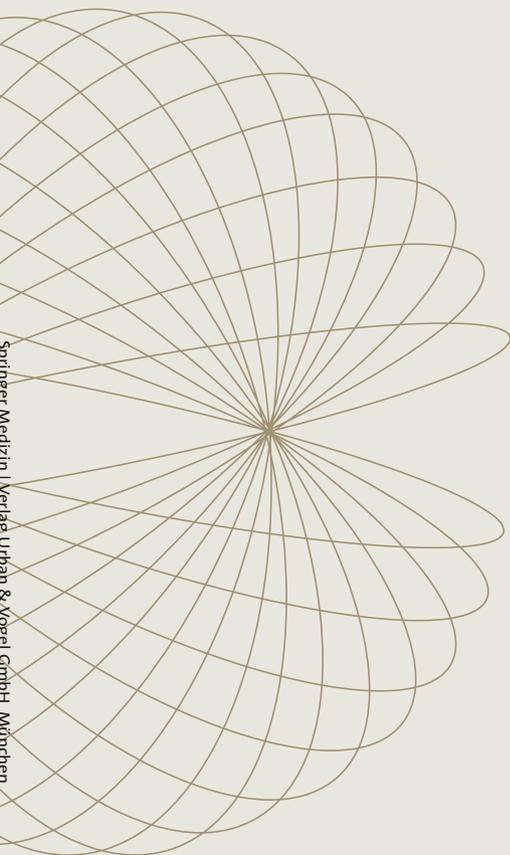
10

Oktober 2010 _ 21. Jahrgang _ www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

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

NEUROTRANSMITTER 10/2010



Springer Medizin | Verlagsgruppe Urban & Schwarzenberg | München

BDN-Forum auf der Neurowoche
Innovativ in der ambulanten Versorgung
Aktiv gegen den Nachwuchsmangel

IV Epilepsie
Modell zur Verhandlung mit den Kassen

CME: Herpesviren
Infektionen des Nervensystems

NEUROTRANSMITTER-Telegramm

Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände in dieser Ausgabe



BVDN



BDN



BVDP



»Faust litt unter einer chronisch verlaufenden Schizophrenie und deshalb sollte von jetzt an ein jeder Schauspielregisseur für geplante Neuinszenierungen einen Psychiater als Berater hinzuziehen.«

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

Faust chronisch schizophren?

Anlass zu den nachfolgenden, den einen oder anderen Leser vielleicht schockierenden diagnostischen Überlegungen betreffend die Hauptperson der deutschesten unserer dramatischen Dichtungen, gab mir das Abstauben meiner Klassikerbände. Dabei fiel mir ein Reclambändchen, zerlesen und schon brüchig geworden, mit handgekratzelten Anmerkungen versehen, in die Hände: Der Faust meiner Schülertage. Bei den Notizen handelte es sich um die brav mitgeschriebenen Bemerkungen des Deutschlehrers, die das Verständnis der Person des Faust erschließen sollten. „Ah ja, – so sah der ihn. Wie würde ich ihn heute deuten mit meinem in langen Berufsjahren geschärften Blick?“ Und so machte ich mich an die Lektüre, und war erstaunt über das, was sich ergab, als ich rigoros meine bildungsbürgerliche, die nüchterne Diagnostik bis dato vernebelnde Ehrfurcht beiseite gewischt hatte.

Eine klassische Krankheitsgeschichte!

Der Tragödie erster Teil beginnt in der Nacht – und zwar gerade zu dem Zeitpunkt, der nach den Erkenntnissen der modernen Chronobiologie der vulnerabelste ist, kurz nach 0.00 Uhr, wenn die Biorhythmen neu eingestellt werden. Faust jammert vor sich hin. Eindeutig ist er in eine akute Anpassungsstörung verheddert und steuert, hochgradig emotional labil, schnurstracks in eine Sinnkrise hinein. Die Ich-Grenzen wackeln und schon löst in geradezu lehrbuchhafter Abfolge eine Vorstufe der Schizophrenie die nächste ab. Conrad hat dies paradigmatisch, wenn auch an anderen Beispielen, beschrieben: Der verunsicherten Tremaphase folgt die Apophanie, in der Faust sich für Gott hält, um schon nach wenigen Sätzen über die Anastrophe (einen Zustand, in dem er meint, alles habe irgendwie mit ihm zu tun) den Zustand der Apokalypik zu erreichen. Optische und akustische Halluzinationen von Goethe in die Gestalt eines unsterblich schöne Verse deklamierenden Geistes verkleidet, drängen sich Faust auf.

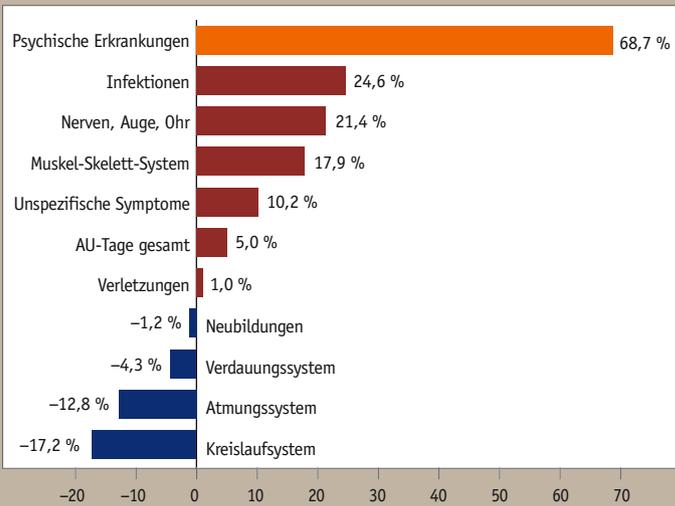
Es folgt ein von etwas Selbstmitleid durchwirktes präsenzidales Syndrom, in dessen Zusammenhang einem sogar Kurt Schneiders „Gefühl des Gemachten“ begegnet („Welch tiefes Summen, welch ein heller Ton zieht mit Gewalt das Glas von meinem Munde?“), das glücklicherweise von höchst abwechslungsreichen und durchaus positiven (himmlischen) akustischen Halluzinationen aufgelöst wird (eine maniforme Komponente?).

Bizar bis zuletzt!

Aber damit hat sich's beileibe nicht. Es bleibt nicht bei einer nur kurzdauernden akuten polymorphen psychotischen Störung. Denn schon wenige Tage später bricht krankhaftes Bedeutungsbewusstsein während des berühmtesten aller Oster-spaziergänge auf und wählt sich als Objekt einen unschuldigen Pudel, nachdem Faust kurz zuvor von einem Anfall quälender Ambivalenz befallen worden war („Zwei Seelen wohnen ach ...“). Und das arme Tier wird dann gar noch als Teufel verkannt, der sich nur Faust als solcher erschließt und ihn den Rest des Stückes nicht mehr aus den Klauen lässt. Stundenlang geht das so in diesem seltsamen Stück – Wahn, Halluzinationen, bizarre Erlebnisse am laufenden Band, vor allem im zweiten Teil, und keinerlei Krankheitseinsicht von Seiten des Protagonisten. Psychiater gab es erst später und an Antipsychotika war noch kein Denken, so dass die Tragödie den unbeeinflussten Verlauf der Krankheit Fausts studieren lässt. Im Interesse der deutschen Kulturgüter wäre es allerdings fatal gewesen, hätte Faust gleich zu Beginn in seinem Studierzimmer die Phiole ausgetrunken und wäre ihm zuvor vom besorgten Wagner anstelle des tödlichen Giftes Haldol hineingeschmuggelt worden. Stellen Sie sich vor: kein Mephisto, keine Walpurgisnächte, kein Gretchen und keine Helena, kein Gründgens, kein Quadflieg – welch Glück in diesem Fall, dass Faust auf uns verzichten musste. Was aber auch nichts an der nachträglich gestellten Diagnose ändert: Faust litt unter einer chronisch verlaufenden Schizophrenie und deshalb sollte von jetzt an ein jeder Schauspielregisseur für geplante Neuinszenierungen einen Psychiater als Berater hinzuziehen.

Übrigens litt der Autor des Stückes, Johann Wolfgang von Goethe, nach Ansicht einiger unserer Fachkollegen in der Kindheit unter ADHS, als Erwachsener unter Alkoholismus, einer Zykllothymie wenn nicht gar MDE, einer Bindungsproblematik und Beerdigungsphobie. Das hat ihn nicht daran gehindert, Deutschlands größter Dichter zu sein, so wie Faust seine Krankheit auch nicht im Weg stand, zum Inbegriff des deutschen Wesens zu werden. Dies als ermutigende Botschaft.

Ihr



10 BDN-Forum auf der Neurowoche

Neurologische Krankheiten gehören zu den kostenintensivsten Erkrankungen überhaupt. So sind allein in der vom Bundesversicherungsamt erstellten Liste der 80 teuersten Erkrankungen 25 Prozent neurologisch.

16 AU von psychisch Kranken

Arbeitsunfähige psychisch Kranke erleiden häufig eine Verschlimmerung ihrer Erkrankung, wenn „Krankengeldfallmanager“ der Krankenkasse als medizinische Laien Anamnesen und psychische Befunde erstellen.

18 IV Epilepsie

Für die Epilepsien wird derzeit ein Modell zur Verhandlung mit den Krankenkassen entwickelt, das die Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit Epilepsie deutlich verbessern soll.

Wichtiger Hinweis!

Dieser Ausgabe liegt IN BALANCE 2_2010 mit dem Themenschwerpunkt „Die S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen“ bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Titelbild:

Markus Nilling

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 Herr Rösler, bitte übernehmen Sie!

9 Jahrestagung des LV Niedersachsen Wahlen zur Vertreterversammlung Nordrhein

10 BDN-Forum auf der Neurowoche

Ein Viertel der teuersten Erkrankungen sind neurologisch

14 Gesundheitspolitische Nachrichten

Rund um den Beruf

16 Arbeitsunfähigkeit von psychisch Kranken

Wenn der Krankengeldfallmanager prüft

18 Integrierte Versorgung Epilepsie

Modell zur Verhandlung mit den Krankenkassen

24 Online-Fortbildungskalender

Alle Termine im Blick



26 Fatales Duo

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen tragen ein deutlich erhöhtes Risiko, zusätzlich eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Diese Erkenntnis diskutierten Experten auf dem 11. Kongress für Suchtmedizin in München.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Beate Huber

Telefon: 089 203043-1461, Fax: 089 203043-31461,

E-Mail: beate.huber@springer.com

Schriftleitung:

PD Dr. med. Albert Zacher

Telefon: 0941 561672, Fax: 0941 52704,

E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

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



BVDN



BDN



BVDP

Fortbildung

26 Persönlichkeitsstörungen und Sucht

Fatales Duo

29 Akute und posttraumatische Belastungsstörung

Psychotherapeutische und pharmakologische Ansätze

38 Psychiatrische Kasuistik

Postpartale psychische Erkrankung

42 CME: Infektionen des Nervensystems durch Herpesviren

47 CME-Fragebogen



Journal

54 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Leben und Werk der Cristina Campo

58 NEUROTRANSMITTER-Galerie

Janusz Grünspek

Zeichnungen im Raum

40 Buch-Tipps

50 Pharmaforum

60 Termine

61 Verbandsservice

67 Impressum/Vorschau



Dr. med. Frank Bergmann,
1. Vorsitzender des BVDN
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte



BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

Herr Rösler, bitte übernehmen Sie!

zur Abwechslung sind es einmal nicht Bundestags- und Landtagswahlkämpfe, sondern KV-Wahlen, die jede gesundheitspolitische Diskussion hochtourig befeuern, zuletzt vor dem Hintergrund des aktuell vom Kabinett beschlossenen GKV-Finanzierungsgesetzes.

Da erfährt der staunende Leser beispielsweise vom Hausärzteverband, dass den Bürgern dieses Landes Gefahr für Leib und Leben droht, wenn die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung des Deutschen Hausärzteverbandes nicht in der in Baden-Württemberg und Bayern erprobten Form erhalten und diese Segnungen auf die Bundesrepublik flächendeckend verteilt werden. Ob es vielleicht die kontaktunabhängige Leistungspauschale in diesen Verträgen ist, deren Fortfall bei Kündigung der Verträge für die bundesrepublikanische Bevölkerung hoch risikorelevant wird, bleibt offen. Schützenhilfe von CSU-Sozialminister Markus Söder nimmt der Hausärzteverband dabei genauso dankbar entgegen wie die hausarztfreundliche Polemik vom SPD-Abgeordneten Karl Lauterbach.

Mit Empörung reagierte die Abgeordnetenversammlung der KV Schleswig-Holstein auf eine Kampagne der KV Bayerns. Dort war behauptet worden, bayerische Ärzte würden eine qualitativ bessere Arbeit leisten, deswegen müsse auch weiterhin mehr Geld in der Honorarverteilung nach Bayern fließen. Diese Behauptung, so die Vertreterversammlung der KV Schleswig-Holstein, sei an Unkollegialität nicht zu überbieten. Dabei hatte das Oktoberfest noch gar nicht begonnen, als die KV Bayerns erneut versuchte, die vom Bundesgesundheitsministerium im GKV-Finanzierungsgesetz vorgesehene asymmetrische Verteilung eines Honorarplus im Jahr 2011 zu kippen.

Mindestens ebenso befremdlich ist eine Forderung des Deutschen Hausärzteverbandes, die Mitte September öffentlich formuliert wurde. DHÄV-Vorsitzender Ulrich Weigoldt forderte unter anderem: „Die Krankenkassen übernehmen die Sicherstellung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung für ihre Versicherten“. Es ist zwar richtig, dass sowohl die GFB als auch der Deutsche Facharztverband in ihrer Außenwirkung noch erhebliches Optimierungspotenzial aufweisen. Dass allerdings der Deutsche Hausarztverband legitimiert wäre, Forderungen für die deutschen Fachärzte in das politische Berlin zu transportieren, soweit ist es dann doch noch nicht gekommen. Hier dürfte eher die megalomane Selbstwahrnehmung im Mitvertreteranspruch für die fachärztliche Medizin eine Rolle spielen, ebenso wie mangelnde Kritikfähigkeit als möglicher Hintergrund für die absurde Forderung, die Sicherstellung der Patientenversorgung in Zukunft allein den Krankenkassen zu übertragen.

Entsolidarisierung der Ärzteschaft

Als ZNS-Ärzte sind wir ja in der Darlegung der Psychodynamik von Verzweiflungstaten nicht unerfahren. Das derzeitige Ausmaß an Verdrängung und Verleugnung dringender gesundheitspolitischer Probleme ist allerdings auch jenseits des üblichen Klamauks in sonntäglichen Talkshows und ritualisierten Betroffenheitsrunden beachtlich. Da fordert die KV Bayerns, unterstützt von der bayerischen CSU, lautstark eine Stärkung der Regionalisierung in der Honorarverteilung. Verständlich, denn es soll kein Geld aus Bayern abfließen. Auch die KV Nordrhein fordert stärkere Regionalisierung in der Honorarverteilung, aber aus ganz anderen Gründen: Aufgrund der dramatischen Unterfinanzierung der KV Nordrhein im

Ländervergleich würde ein Umsetzen der, vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Reformschritte nicht mehr verantwortbare Folgen für viele Facharztgruppen in Nordrhein nach sich ziehen.

Fazit: Regionalisierung zur Verwaltung des Mangels in NRW, Grenzen dicht in Bayern, damit kein Euro umverteilt wird. Die dramatische und auf allen Ebenen zu beobachtende Entsolidarisierung der Ärzteschaft geht zurück auf die Beschlussvorgaben im letzten Gesundheitsreformgesetz im GKV-WSG, verabschiedet und umgesetzt unter Führung der ehemaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Die Saat ging auf.

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler steht vor schwierigen Aufgaben. Spätestens zum Jahr 2012 sind nachhaltige und strukturell eingreifende Reformschritte erforderlich, wenn eine flächendeckende und einheitliche Versorgung in Deutschland erhalten werden soll. Der FDP-Minister muss einen sinngebenden ordnungspolitischen Rahmen schaffen. Die Selbstverwaltung ist aufgrund der widerstreitenden Interessen damit augenscheinlich und auch logischerweise überfordert. Gleichwohl: Politik (und Kassen) könnten verführt sein, den Status quo zu perpetuieren. So leichtes Spiel hatte man selten mit der Deutschen Vertragsärzteschaft.

In der Hoffnung, dass manche Diskussion spätestens nach Abschluss der KV-Wahlen und der KBV-Wahl Anfang 2011 wieder gerundet wird, verbleibe ich mit besten Grüßen

Dr. med. Frank Bergmann

Tagung des Landesverbandes Niedersachsen

Unabhängigkeit für Niedergelassene erst recht in einem Flächenland

Wie jedes Jahr kam der Landesverband Niedersachsen des BVDN in Bad Harzburg zu seiner alljährlichen Tagung am ersten März-Wochenende zusammen.

Den Auftakt bildete traditionell am Freitagabend das berufspolitische Kolloquium, zu dem immer ein interessanter Gast zur Diskussion gebeten wird. Nachdem im letzten Jahr Dr. phil Heiner Melchinger, Hannover, sein Gutachten zu psychiatrischen Versorgung vorgetragen und erläutert hatte, war dies in diesem Jahr Prof. Dr. Falkai, Ordinarius und Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik in Göttingen. Diskutiert wurde die Versorgungssituation speziell im Flächenland Niedersachsen und deren zukünftige Entwicklung; dies vor dem Hintergrund des aktuellen IV-Versorgungsmodellversuchs der DAK und der parallel laufenden, noch nicht entschiedenen Ausschreibung der AOK Niedersachsen zur Versorgung ihrer Schizophreniepatienten. Bei unterschiedlichen Tendenzen und Schwer-

punktsetzungen wurde Einigkeit darüber erzielt, dass der niedergelassene Facharzt auch in Zukunft grundsätzlich und erst recht in einem Flächenland eine unabhängige Rolle spielen muss.

Am Samstag und Sonntag folgten die Fortbildungen. Neurologisch wurde das Thema der vegetativen, hier speziell gastrointestinalen Symptome bei Morbus Parkinson ausführlich behandelt. Außerdem wurde ein Einblick in die Entwicklung der zukünftigen ICD-Diagnose-Codierung gegeben. Einen Schwerpunkt bildete dann noch einmal das Thema der Versorgungsverträge entsprechend § 73 und § 116 SGB V, welches naturgemäß zu lebhaften Diskussionen der Risiken und Chancen führte.

Insgesamt war die Stimmung durch das Zusammentreffen im persönlichen

Rahmen wie immer überwiegend entspannt bis gesellig, zurückhaltend optimistisch in die Zukunft blickend.

Der aktuelle Vorstand des LV Niedersachsen

Der Vorstand des Landesverbandes Niedersachsen besteht aktuell aus Dr. med. Norbert Meyer-Amberg, Facharzt für Psychiatrie aus Hannover als erstem Vorsitzenden, Dr. med. Kin-Arno Bohr, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie aus Lüneburg als zweiten Vorsitzenden sowie Dr. med. Ralph Lübbe, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie aus Osnaabrück als Schatzmeister. □

AUTOR

Dr. med. Kin-Arno Bohr

Hervorragende „Liste ZNS“

Mit einer zufriedenstellenden Wahlbeteiligung von 58,29 Prozent haben die Ärzte und Psychotherapeuten im Rheinland ihre neue Vertreterversammlung (VV) gewählt. Die VV besteht aus 50 Mitgliedern. Davon sind 18 Sitze für Hausärzte, 21 für Fachärzte, sechs für angestellte Ärzte und fünf für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten reserviert.

Dabei erreicht die „Liste ZNS“ ein hervorragendes Ergebnis. Listenführer Dr. Frank Bergmann sowie Dr. Mike Dahm wurden in die VV gewählt, zusammen mit Dr. Angelika Haus, (Vorsitzende des Hartmannbundes in Nordrhein) sind damit drei Vorstandsmitglieder des BVDN Nordrhein in die VV gewählt worden.

Anzeige

Neue Modelle in der ambulanten Versorgung Ein Viertel der teuersten Erkrankungen sind neurologisch

Vom 21. bis 25. September fand in Mannheim wieder die Neurowoche, der größte Kongress für Neuromedizin in Europa, statt. Gleich zum Auftakt „tagte“ das BDN-Forum. Wir haben uns die brisanten Themen herausgegriffen.

Neurologische Krankheiten wie Schlaganfälle, Multiple Sklerose, Parkinson, Demenz und Epilepsie gehören zu den kostenintensivsten Erkrankungen überhaupt. So sind allein in der vom Bundesversicherungsamt erstellten „Morbi-RSA-Liste“ der 80 teuersten Erkrankungen 25 Prozent neurologisch. Diese Liste dient als Grundlage der Mittelverteilung aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen und umfasst Behandlungs- sowie einen Teil der sekundären Krankheitskosten. Die Anzahl der neurologischen Patienten hat sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich vehement zugenommen und wird auch in den kommenden Jahrzehnten aufgrund einer alternden Bevölkerung und nicht zuletzt durch wachsenden medizinischen Fortschritt steigen.

Die für die Behandlung zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel sind mit dem Mehrbedarf leider nicht mitgewachsen, sondern im Gegenteil kontinuierlich gesunken. Im Vergleich zu al-

len anderen Fachgruppen haben Neurologen jährlich immer mehr Patienten behandelt und gleichzeitig absolute Einkommensverluste hinnehmen müssen. Die letzten Honorarreformen erbrachten für die Niedergelassenen zwar einen relativen Honorarzuwachs, jedoch konnte dieser nicht die Verluste der letzten Jahrzehnte kompensieren.

Dass die Verteilung der finanziellen Mittel auch im ambulanten Bereich der Schwere der Erkrankung folgen muss, ist die klare politische Herausforderung der Zukunft, wenn die wohnortnahe fachärztliche Behandlung bei den in der Regel schwerst- und chronisch Kranken gesichert werden soll. Der BDN hat in den letzten Jahren zusammen mit dem BVDN und der DGN innovative Versorgungskonzepte entwickelt, die den besonderen Anforderungen von Patienten mit Erkrankungen des Gehirns gerecht werden. In einigen Regionen Deutschlands sind mit den Krankenkassen hierzu Verträge abgeschlossen wor-

den, die eine intensivere Betreuung der Patienten auf der Grundlage des jeweils neuesten Wissenstandes ermöglichen. Durch eine über so genannte Behandlungspfade geregelte Zusammenarbeit von Praxen, Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen ist gleichzeitig eine patientenorientierte und effiziente Ressourcenverteilung sichergestellt.

Erfolgreiche Verträge existieren in einigen Bundesländern für die Behandlung von Patienten mit Schlaganfällen, MS, Parkinson und Migräne. Mit der Vertragswerkstatt der KBV wurden weitergehende Modelle für die Mehrzahl der neurologischen Krankheiten entwickelt. Krankenkassen können somit die Möglichkeit nutzen, für ihre Versicherten Verträge abzuschließen, die mehr als bisher eine an Qualitätszielen orientierte und koordinierte Behandlung erlauben. □

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, 1. Vorsitzender BDN

Aktiv gegen den Personalmangel in der Neurologie Nachwuchs finden – Nachwuchs binden

In vielen neurologischen Kliniken und Abteilungen herrscht Fachkräftemangel. 30 bis 40 Prozent der neurologischen Akut- und Fachkliniken fehlt es an Neurologen oder Assistenzärzten, 6 bis 9 Prozent können sogar mehr als ein Viertel ihrer offenen Stellen nicht wieder besetzen, so Prof. Dr. Heinz Reichmann, Dresden, 1. Vorsitzender der DGN, in Mannheim. Die Fachgesellschaft will der Situation, die sich in den kommenden Jahren

durch steigende Patienten- und sinkende Studentenzahlen in der Humanmedizin weiter verschärfen wird, nun aktiv begegnen, mit der Kampagne „Deutschland behält die Nerven“, einer Initiative der DGN in Zusammenarbeit mit den neurologischen Berufsverbänden.

Steigender Bedarf an Neurologen

In nicht einmal 15 Jahren haben sich die neurologischen Patientenzahlen in den

Kliniken verdoppelt. Dafür gibt es mehrere Gründe: Die demografische Alterung der Menschen erhöht die Zahl der neurologischen Erkrankungen wie Demenzen, Morbus Parkinson oder Schlaganfall. Zudem können mit dem therapeutischen Fortschritt heute deutlich mehr neurologisch Erkrankte behandelt werden, wie das zum Beispiel bei Multiple-Sklerose-Patienten der Fall ist. Außerdem haben sich die Fachärzte

für das Nervensystem in den vergangenen Jahren deutlich stärker in der Akut- und Notfallmedizin etabliert, etwa in den bundesweit heute rund 200 Stroke-Units oder in Spezialeinrichtungen für Schwindel und Schmerz. Die Neurologie hat sich auf diese Weise von einer traditionell eher diagnostisch orientierten hin zu einer modernen und aktiv therapierenden Fachdisziplin entwickelt.

„Deutschland behält die Nerven – Zukunft braucht Neurologen“

Um auch in der Öffentlichkeit dieses moderne Bild der Neurologie zu zeichnen, macht die DGN derzeit mit der Nachwuchskampagne „Deutschland behält die Nerven“, auf die Neurologie aufmerksam. Ein Imagefilm erklärt in nur vier Minuten, welche Aufgaben Neurologen in der medizinischen Versorgung übernehmen und welche gesellschaftliche Bedeutung sie einnehmen.

Neben diesem „neuen Gesicht der Neurologie“ und der zentralen Kampagnen-Website www.nerven-behalten.de, sind zahlreiche Einzelmaßnahmen gestartet worden oder in Vorbereitung.

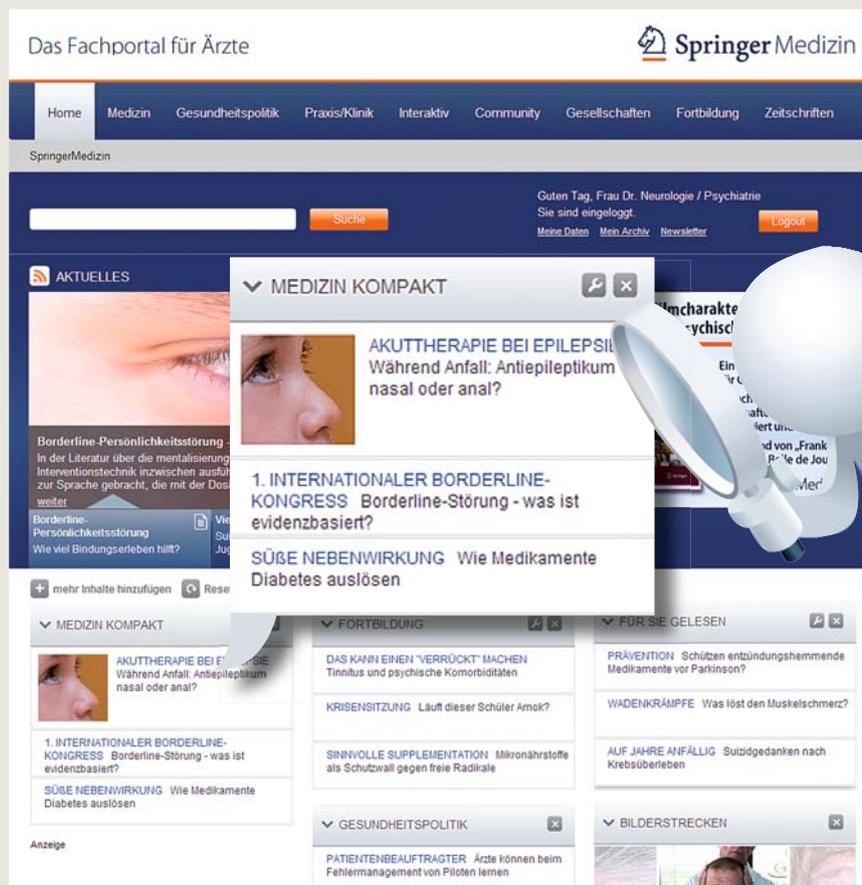
„Die strategische Formel in der aktuellen kompetitiven Situation mit anderen medizinischen Fachdisziplinen lautet: Nachwuchsarbeit = Nachwuchsförderung + Nachwuchswerbung“, sagt Reichmann. So werden bereits in Schulen verstärkt Vorträge und Aktionen veranstaltet, die die Faszination am Organ Gehirn transportieren. Eine zentrale Rolle spielen die Jungen Neurologen, die über ihre neue Website www.jungeneurologen.de sowie über Communities wie Facebook und Studi-VZ Werbung für ihr Fachgebiet machen. Gleichzeitig organisiert die Gruppe Summer Schools oder Aktionen wie „Dein Tag in der Neurologie“ für Medizinstudenten, um den potenziellen Nachwuchs frühzeitig für das Fach zu begeistern. Strukturierte Kar-

riere- und Mentorenprogramme sind in Vorbereitung.

In Deutschland arbeiteten Ende 2008 insgesamt 4.238 Fachärzte für Neurologie, davon rund zwei Drittel im stationären Bereich, der 449 neurologische Kliniken umfasst. In diesen wurden im Jahr 2007 mehr als 900.000 Fälle behandelt, zehn Jahre zuvor waren es nur etwa 500.000 – ein Anstieg um rund 80 Prozent in nur einer Dekade. Der größte Zuwachs an neurologischen Erkrankungen ist bei den über 65-jährigen Menschen zu erwarten, die heute etwa 20 Prozent der Bevölkerung ausmachen, im Jahr 2050 aber voraussichtlich deutlich mehr als 30 Prozent. In dieser Altersklasse steigen auch die Kosten, die neurologische Erkrankungen verursachen, deutlich an. □

AUTOR

Frank A. Miltner



„Medizin kompakt“ auf SpringerMedizin.de

CME-Fortbildungen, Kasuistiken und Bilderstreifen, referierte Studien, aktuelle Gesundheitspolitik: www.SpringerMedizin.de, das Fachportal für Ärzte, hat einiges für Sie zu bieten. So zum Beispiel auch das Portlet „Medizin kompakt“.

Hier finden Sie jeden Tag neue Meldungen aus Ihrem Fachbereich.

Schauen Sie doch einfach mal rein und stöbern Sie auf unseren Seiten. Sie wollen auch noch über andere Fachgebiete informiert werden? Kein Problem: Konfigurieren Sie Ihr Portlet „Medizin kompakt“ – wie’s geht, ver- rät Ihnen die Guided Tour auf der Startseite – oder steuern Sie über den Button „Medizin“

in der blauen Navigationsleiste andere Fachgebiete von der Chirurgie bis hin zur Gynäkologie an. Natürlich sind unsere Inhalte Ärzten vorbehalten.

Die kostenfreie Registrierung ist schnell erledigt – und eröffnet Ihnen den Zugang zu einer Fülle von medizinischen Informationen. Also nichts wie rein ins Netz!

ARZTREPORT DER BARMER-GEK-KRANKENKASSE

Hohes Innovationspotenzial

➔ Auf der Basis von circa 580.000 Versicherten führte die Barmer-GEK eine Datenanalyse durch. Dabei wurde die Zahl von 18 Arztkontakten je Versicherten im Jahr bestätigt. Rechnet man Laborüberweisungen und die Ausstellung von Rezepten heraus, verringert sich dieser Durchschnittswert um 1,4 Kontakte. Die Inanspruchnahme war unterschiedlich auf Männer und Frauen verteilt und häufig auf sehr behandlungsintensive sowie oft vorkommende Krankheiten und Ereignisse wie Tod oder Pflegebedürftigkeit zurückzuführen. Circa 20 Prozent aller stationär behandelten Versicherten der Barmer-GEK verursachen etwa 75 Prozent der Gesamtausgaben. Bei den ambulanten Patienten sind diese 20 Prozent mit 58 Prozent für die Ausgaben verantwortlich.

Um die 70 Prozent der Versicherten benötigen nur 100 Euro oder weniger pro Jahr für ihre Versorgung. Obwohl dieser Betrag eine Arzneimittel- oder Krankenhausversorgung praktisch ausschließt, hätten auch diese Versicherten noch durchschnittlich 7,5 Arztkontakte jährlich; dies entspricht beinahe zwei Arztbesuchen pro Quartal. Über die Hälfte dieser Arztkontakte entstehen in Hausarztpraxen.

Die Spitze der Arztkontakt-Häufigkeit bilden die Dialysepatienten mit über 200 Kontakten im Jahr. Es handelt sich allerdings dabei um sehr wenige Patienten. Von den 22 Morbi-RSA-Krankheiten führen die

Herzinsuffizienz zu 48 Arztkontakten pro Jahr, die Depression zu 44 Arztkontakten und die Hypertonie zu 32 Arztkontakten. Dabei sind nach Angaben der Barmer-GEK im Morbi-RSA multimorbide Versicherte nicht angemessen berücksichtigt. Deren durchschnittliche Ausgaben betragen bei vier Erkrankungen 6.400 Euro, die Krankenkasse bekommt allerdings nur eine Zuweisung von 5.950 Euro.

Die Barmer-GEK macht sich für eine Kompensation ihrer Mindereinnahmen bei über 200.000 Patienten von jährlich insgesamt circa 100 Mio. Euro stark. Nach Angaben der Barmer-GEK zeigen diese Analysen, dass die Etablierung besonderer Versorgungsprogramme für chronisch Kranke, integrierter Versorgungsverträge für bestimmte Indikationen und ein professionelles Versorgungsmanagement wichtige Kernelemente der Gesundheitsversorgung seien. Damit gewinnen Selektivverträge mit geeigneten Leistungserbringern neben den Kollektivverträgen zunehmend an Bedeutung, sagt Birgit Fischer, Vorstandsvorsitzende der Barmer-GEK.

Kommentar: Die Differenz, dass im stationären Bereich 20 Prozent der Kranken für 75 Prozent der Kosten verantwortlich sind, im ambulanten Bereich jedoch nur für 58 Prozent der Kosten, fällt auf. Die nahe liegende Interpretation ist, dass sich die Versicherten wegen des äußerst niedrigschwelligen am-



Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

„Die begrenzten finanziellen Mittel sollten vornehmlich für schwer- und chronisch Kranke verwendet werden.“

bulanten Versorgungsangebotes ohne relevante Beschwerden oder bei Bagatellkrankheiten unnötig durchchecken oder behandeln lassen. Hier wären als Steuerungsmaßnahmen sozial abgefederte obligatorische Zuzahlungen bei jedem Arztbesuch beziehungsweise obligatorische Selbstbehalttarife sinnvoll. Dabei darf aber niemand nichts zahlen, dann hält sich der Steuerungseffekt sehr stark in Grenzen, wie wir bei der Einführung der Praxisgebühr beziehungsweise den Arzneimittelzuzahlungen sehen. Die begrenzten finanziellen Mittel sollten vornehmlich für schwer- und chronisch Kranke verwendet werden können.

GKV-FINANZENTWICKLUNG 2010

Ausgaben deutlich höher als Einnahmen

➔ Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) verschlechtert sich die Finanzentwicklung in der GKV deutlich. Das erste Quartal 2010 schloss mit einem Überschuss von 1,2 Mrd. Euro ab, im ersten Halbjahr 2010 waren es insgesamt nur noch 112 Mio. Euro. Dabei erzielten die Ortskrankenkassen einen Überschuss von 185 Mio. Euro, die Ersatzkassen hatten ein Defizit von 18 Mio. Euro und die Innungskrankenkassen ein Defizit von 79 Mio. Euro. Für 2010 erwartet der Schätzerkreis im Gesamtjahr eine Unterdeckung von 3,1 Mrd.

Euro aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds. Im Einzelnen zeigt das erste Halbjahr 2010 folgende Zuwachsraten: Niedergelassene +5,4%, Krankenhäuser +4,2%, Arzneimittel +4,8%, Krankengeld +10,0%, Verwaltungskosten +4,5%, Heilmittel +5,4%. Die Einnahmen stiegen dagegen allerdings nur um 2,2%.

Kommentar: Professor Beske lässt grüßen. Die neueste Gesetzesvorlage geht bereits von einer Erhöhung des durchschnittlichen Beitragssatzes von 14,9 auf 15,5 Prozent aus. Die

Zusatzprämie der Versicherten wird steigen. Die Verwaltungskosten der Krankenkassen sollen gesenkt werden, die Zuwachsraten von Krankenhäusern und Vertragsärzten werden gedeckelt. Letztendlich handelt es sich im Wesentlichen um ein Weiterwursteln der Gesundheitsgesetzgebung auf dem bisherigen Kostendämpfungsniveau. Allerdings sollen auch Elemente einer besseren Förderung der Kostenerstattung dabei sein. Voraussetzung für eine echte Kostenerstattungsregelung seien laut BMG transparente und nachvollziehbare Arztrechnungen.

NEUE GESUNDHEITSÖKONOMISCHE STUDIE

Prof. Dr. Beske: „Solidarität erfordert Realismus“

➔ Zum wiederholten Mal formuliert Prof. Dr. Fritz Beske, Leiter des Instituts für Gesundheitssystemforschung (IGSF) in Kiel seinen Leitsatz: „Die Gesellschaft muss entscheiden, wie viel an Gesundheitsversorgung sie sich solidarisch leisten kann und will, wie dies finanziert werden soll und was der Einzelne darüber hinaus selbst leisten kann und will.“ Der Weg zu einer zukunftssicheren und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung sei ein langer und schmerzhafter Prozess. Er sei bei den begrenzten Mitteln so komplex wie das System selbst. Viele lieb gewordene Vorstellungen müsse man über Bord werfen; dabei werde es auch um zutiefst ethische Fragen gehen. Eine ethische Begründung für die Notwendigkeit einer Leistung der GKV reiche in Zukunft angesichts der in den nächsten Jahrzehnten zu erwartenden finanziellen Probleme und begrenzten Mittel nicht mehr aus. Dies könne dazu führen, dass Leistungen nicht finanziert werden, denen eine größere Bedeutung zugemessen werden muss als Leistungen, die ausschließlich mit einer ethischen Begründung weiter gewährt werden.

Beske führt dazu mehrere Beispiele an:

- Ist die Zunahme von Schnittentbindungen, von Kaiserschnitten, medizinisch begründet, und ist es Aufgabe der GKV, einen nicht medizinisch begründeten Kaiserschnitt und damit einen Wunschkaiserschnitt zu finanzieren?
- Trotz der deutschen Vergangenheit muss es möglich sein, die Frage zu stellen, ob bei der Konkurrenz um begrenzte Mittel nicht auch eine Diskussion darüber geführt werden muss, ob jedes Frühgeborene, unabhängig von seinem Geburtsgewicht, einer intensivmedizinischen Behandlung zugeführt werden muss, oder ob es hierfür nicht Grenzen geben kann wie in der Schweiz? Eine konkrete Frage, die zum Beispiel dem Deutschen Ethikrat gestellt werden könnte.
- Ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung eine Aufgabe der GKV?
- Ist es vertretbar, dass die Folgen gesundheitlichen Fehlverhaltens von der GKV toleriert werden, oder muss es Sanktionen oder nachgewiesene Anreizsysteme geben, mit denen einem gesundheit-

lichen Fehlverhalten entgegengewirkt werden kann und damit der Solidargemeinschaft Kosten erspart werden? Ebenfalls eine konkrete Frage an den Deutschen Ethikrat.

Kostensteigerung durch medizinischen Fortschritt

Beske erläutert die Brisanz der Entwicklung anhand der Zahlen des Statistischen Bundesamtes zur Entwicklung der GKV bis 2060. 2008 mussten 51 Mio. GKV-Mitglieder 160 Mrd. Euro aufbringen. 2060 müssen circa 40 Mio. Mitglieder Ausgaben von 468 Mrd. Euro schultern. Der mittlere monatliche Beitrag 2010 je Mitglied betrage 142 Euro. 2060 müsse ein Mitglied monatlich — allein durch die demografische Entwicklung 178 bis 184 Euro aufbringen (Beitragssatz 18,6% bis 19,3%), — bei zusätzlich jährlich einprozentiger Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt 293 bis 303 Euro (Beitragssatz 30,6% bis 31,7%), — bei zusätzlich jährlich zwei Prozent Ausgabensteigerung durch den medizinischen Fortschritt 479 bis 496 Euro (Beitragssatz 50,1% bis 51,7%).

Nach Annahme Beskes ist jedoch nicht die demografische Entwicklung für die Kostensteigerung verantwortlich sondern der medizinische Fortschritt. Beitragssätze wie die oben angeführten seien nicht diskussionswürdig. Deshalb seien die Ausgaben der GKV in Zukunft nicht mehr am Bedarf zu orientieren. Eine Überprüfung des Leistungskataloges sei erforderlich. Die GKV müsse man von versicherungsfremden Leistungen befreien. Auch die Mitversicherung nicht arbeitender Ehepartner sei keine Aufgabe der GKV sondern eine gesamtgesellschaftliche familienpolitische Aufgabe.

Kommentar: Was Beske sagt, ist kaum zu widerlegen. Er sagt es jedes Jahr aufs Neue. Jährlich werden seine Vorhersagen durch die neueste Kostenentwicklung bestätigt. Kein Gesundheitspolitiker hat ihm je ernsthaft widersprochen. Auch in den jüngsten Talkrunden im Fernsehen wagen es weder die Gesundheitspolitiker der gegenwärtigen Regierungskoalition und noch weniger die gesundheitspolitische Opposition, den Zuschauern und Bürgern klaren Wein über die gesundheitsökonomische Zukunft der GKV einzuschenken: Nämlich, dass schon jetzt nicht mehr alles bezahlt werden kann, was ethisch und medizinisch möglich und wünschbar ist. Diese Gesellschaft wird in einem schmerzhaften Diskussionsprozess über Priorisierung und damit auch Posteriorisierung bestimmter medizinischer Leistungen bei bestimmten Menschen, in bestimmten Lebens- und Krankheitssituationen und in bestimmten Altersabschnitten entscheiden müssen. Es darf nicht sein, dass wir Ärzte weiterhin und in zunehmendem Maße von der Gesellschaft dazu missbraucht werden, diese Entscheidungen im Einzelfall unkontrolliert und ohne ausreichende gesellschaftspolitische Legitimation zu treffen.



© Piotr Marcinski / shutterstock.com

Ist es vertretbar, dass die Folgen von gesundheitlichem Fehlverhalten von der GKV übernommen werden?

Arbeitsunfähigkeit von psychisch Kranken

Wenn der Krankengeldfallmanager prüft

Arbeitsunfähige psychisch Kranke erleiden häufig eine Verschlimmerung ihrer Erkrankung, wenn ärztlich tätige „Krankengeldfallmanager“ der Krankenkasse als medizinische Laien Anamnesen und psychische Befunde erstellen und anhand dieser Ergebnisse Patienten dahingehend „beraten“, die Arbeit wieder aufzunehmen. Dieses für alle Beteiligten entwürdigende Verfahren stellt in Form einer strukturellen Gewalt den finanziellen Aspekt über alle humanitären Grundsätze.

Die Institution des „Krankengeldfallmanagers“ (KGM) wurde vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit (AU) installiert. Die als Richtlinie eingestufte „Anleitung zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit“ (ABBA 2004) grenzt in Nr.4.3.3 die Tätigkeit des KGM ein: „Eine detaillierte Befragung des Versicherten zu aktuellen Beschwerden und zur Krankheit einschließlich Therapie sind der Fallsteuerung nicht förderlich“ [6]. Im Widerspruch hierzu haben aber zum Beispiel der MDK Bayern und die AOK Bayern eine „Gemeinsame Arbeitshilfe für Krankengeldfallmanager für Arbeitsunfähigkeitsfälle mit psychischen Erkrankungen“ [4] und einer weiteren „bei Arbeitsplatzkonflikten“ [5] erlassen, in denen der KGM als medizinischer Laie mit eigenen medizinischen Erhebungs- und Entscheidungskompetenzen ausgestattet worden ist. Diese sollen als „Orientierungsrahmen für die Fallsteuerung und die durchzuführenden Beratungsgespräche bei psychischen Erkrankungen dienen“.

Vorrangiges Ziel ist tatsächlich nicht die „Beratung“, sondern die Einsparung von Krankengeld, weshalb behandelnde Ärzte nahezu vollständig und Ärzte des MDK weitgehend ausgeschaltet werden und das schwächste Glied, der psychisch Kranke, persönlich in die „Mangel“ genommen wird. Die Absurdität einer Zwangsberatung ergibt sich aus der fehlenden Objektivität der Krankenkasse, denn beim Eintritt des Versicherungsfalls

wird üblicherweise der Versicherungsnehmer (Patient) zum Gegner der Versicherungsgesellschaft.

Ein Ablaufschema regelt die Vorgehensweise des KGM. „Auffällige Versicherte“ werden schriftlich unter Androhung von Kürzungen mit Hinweis auf die Mitwirkungspflichten (SGB I § 61) spätestens in der zweiten und unauffällige spätestens in der vierten AU-Woche aufgefordert, bei der Krankenkasse zu einem „Beratungsgespräch“ anzutreten. Die schriftlich beigelegten Mitwirkungspflichten stempeln den Patienten zum „Leibeigenen“ ab, dem das „Recht auf die selbstbestimmte medizinische Behandlung“ und das „informationelle Selbstbestimmungsrecht“ entzogen wird (Beispiel: „... hat sich nach Aufforderung durch die AOK in fachärztliche Behandlung oder Krankenhausbehandlung zu begeben“).

Nicht die Beratung, sondern die Einsparung steht im Vordergrund

In dem Beratungsgespräch sieht sich der psychisch Kranke unter Hinweis auf die Mitwirkungspflicht genötigt, dem KGM soziale und medizinische Daten zur Vorbereitung der Beratung in Form eines „Seelenstrip-tease“ zu offenbaren. Laut Aufgabenkatalog erhebt dieser anhand der „Erläuterungen zur Fragestellung“ in fünf Punkten mit jeweils drei bis sechs Unterpunkten die Anamnese: „Behandlungsdaten, Beschwerden, Lebenssituation/Tagesablauf, Arbeitsplatzsituation, Erwartungen und Vorstellungen des Versicherten“. Sodann erfolgt die „Befunderhebung“ durch den KGM:

- Äußeres Erscheinungsbild (z. B. Körperpflege, Kleidung, Frisur)
- Körpersprache (z. B. Haltung, Gang, Mimik, Gestik)
- Gesprächsverhalten
- Gefühlslage
- Geistige Fähigkeiten (z. B. Wille, Denken, Konzentration, Intelligenz)
- Weitere Auffälligkeiten (z. B. Schweißausbruch, Zittern)

Danach berät der KGM den Patienten meist in Form einer ultimativen Aufforderung, die Arbeit umgehend aufzunehmen, sich bei Arbeitslosigkeit beim Jobcenter arbeitsfähig zu melden oder eine Rehabilitation zu beantragen, widrigenfalls die Krankengeldzahlung eingestellt werde. Damit erfüllt der KGM die Erwartungen der Krankenkasse.

Anamnese und Befund werden in zwei Formularen dokumentiert und finden bei Verweigerung der „freiwilligen“ Rückkehr an den Arbeitsplatz Eingang in die „Sozialmedizinische Fallberatung“ zwischen dem KGM und dem Arzt des MDK. Die peinliche Berührtheit des angesprochenen MDK wird verständlich, wenn durch die psychische Dekompensation des Patienten aufgedeckt wird, dass der KGM bereits schriftlich die Einstellung des Krankengeldes noch vor der „sozialmedizinischen Fallberatung“ dem Patienten mitgeteilt hat. Da fragt man sich, wer hier wen berät?

In der Fallbesprechung soll der MDK meist ohne eigene psychiatrische Qualifikation „nach Aktenlage“ anhand des Laienbefunds des KGM Entscheidungen treffen [4]. Fehlbeurteilungen

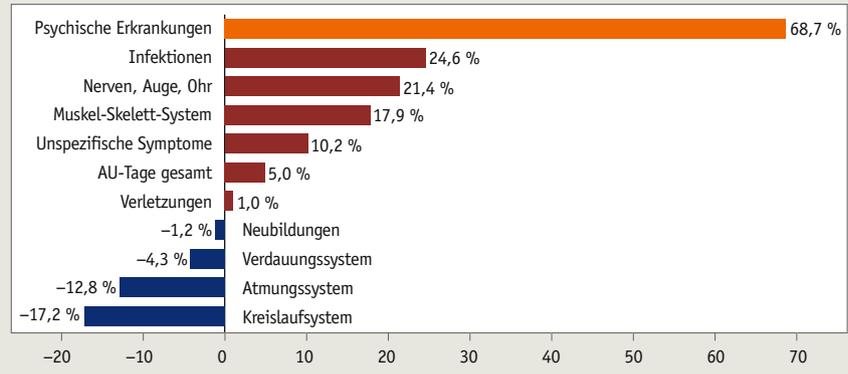
sind dadurch vorprogrammiert. Kann der KGM in der Fallberatung mit dem MDK keinen „Konsens“ herstellen, hat er den „Koordinator“ oder „gegebenenfalls die Geschäftsleitung einzuschalten“. Krankheitsverschlimmerungen sind durch dieses Szenario, aber auch durch wissenschaftlich widerlegte Behauptungen in der „Arbeitshilfe bei Arbeitsunfähigkeitsfällen mit Arbeitsplatzkonflikten“ verursacht, wonach dem KGM gelehrt wird, dass eine möglichst rasche Wiederaufnahme der Arbeit bei Mobbing der Heilung zuträglich wäre [5]. Das Gegenteil ist der Fall. Der Konflikt, sich dem Mobbing nach erzwungener Wiederaufnahme der Arbeit erneut aussetzen zu müssen, oder die Einstellung des Krankengeldes hinzunehmen, hat Mobbingopfer schon in den Suizid getrieben. Die Täter-Opfer-Konstellation ist juristisch anerkannt [8] und die Einstellung des Krankengeldes verstärkt die mobbingtypische „psycho-soziale Destabilisierung“.

Kranke massiv unter Druck

Die katastrophalen Auswirkungen auf psychisch Kranke werden durch den vielfach rechtswidrigen Charakter dieses Verfahrens verstärkt. Die im SGB V nicht vorgesehene Installation der dritten medizinischen Datenerhebungsebene durch den KGM neben der Behandlungsebene durch den Arzt und der Überprüfungsebene durch den MDK widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot durch die direkt entstehenden Erhebungskosten bei der Krankenkasse, die Kosten der Auseinandersetzung zwischen Behandler, MDK und Krankenkasse und die indirekten Kosten der vorprogrammierten Krankheitsverschlimmerung, wenn der Patient arbeitsunfähig in die Arbeit befohlen wird.

Beim Ablauf der Überprüfung durch die Krankenkasse wird der arbeitsunfähige psychisch Kranke massiv unter Druck gesetzt, indem er schon mit der Ladung zur „Zwangsbearbeitung“ falsch aufgeklärt wird. Aus der Sollvorschrift des persönlichen Erscheinens nach dem SGB I § 61 lässt sich keine mit dem drohenden Entzug des Krankengeldes einhergehende Verpflichtung zur Mitwirkung ableiten. Nach Auffassung des Bundesdatenschutzbeauftragten ist die Erhebung von medizinischen Daten

Veränderung der AU-Tage seit 1997



© nach DAK Gesundheitsreport

Die wachsende Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer Krankheiten hat die Krankenkassen wohl zur Einführung eines „Krankengeldfallmangers“ veranlasst.

durch die Krankenkassen bei Patienten und deren behandelnde Ärzte rechtswidrig [2]. Die Spezialvorschriften des SGB V (Krankenversicherungsgesetz) stünden über den allgemeinen Vorschriften des SGB I, sodass die Mitwirkungs-pflicht bei Gesundheitsdaten nur gegenüber dem MDK und nicht den Krankenkassen bestehe. Auf seine Veranlassung musste deshalb bereits die Erhebung von Intimdaten durch die Krankenkassen mittels „Selbsterhebungsbögen“ eingestellt werden [2]. Folgerichtig ist auch die nötige Androhung einer Kürzung oder Einstellung des Krankengeldes unzulässig, ganz davon abgesehen, dass diese fehlende Mitwirkung in der abschließenden Regelung für das Ruhen, den Ausschluss und die Kürzung des Krankengeldes im SGB V §§ 49–51 nicht aufgeführt ist.

Die Feststellung oder Beendigung der AU ist bei psychisch Kranken ein unerlässlicher Bestandteil der ärztlichen und psychiatrischen Behandlung. Ohne das Einverständnis des behandelnden Arztes erfolgt in anderweitiger Vorgehensweise ein Eingriff in die Behandlung, der laut SGB V § 275 Abs. 5 Satz 2 dem MDK und somit auch der Krankenkasse untersagt ist. Die gängige Praxis ist somit rechtswidrig, da diesen Entscheidungen keine ärztliche Untersuchung zu Grunde liegt, wie sie in den AU-Richtlinien § 4 Abs. 1 vorgeschrieben ist: „Deshalb darf die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit nur aufgrund ärztlicher Untersuchungen erfolgen“. Eine „Gutachtliche Stellung-

nahme“ wie sie für den MDK im SGB V § 275 Abs. 1 Nr. 3 bei der Überprüfung der AU vorgeschrieben ist, erfülle als „Gutachten nach Aktenlage“ ohne persönliche Untersuchung den Straftatbestand der Falschattestierung [7]. Die Verweigerung des Krankengeldes nach bloßer Aktenlage ist laut Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 18.10.2007 unzulässig und bewege sich an der Grenze zur Willkür [3].

Im Beratungsgespräch wird der psychisch Kranke zum Objekt der persönlichen Ausforschung eines laienhaft psychiatrisch tätigen „Managers“, der ohne ein bestehendes Vertrauensverhältnis eine Offenbarung intimster Daten mit der Zielsetzung abverlangt, „Druck“ auf psychisch Kranke auszuüben. Eine Diskriminierung von psychisch Kranken wird hier evident. Dieses Vorgehen ist entwürdigend und durch nichts zu rechtfertigen. Wie Studien zeigen, stimmen die Feststellungen des behandelnden Arztes bei der Beurteilung der AU umso deutlicher mit Überprüfungen überein, je qualifizierter die MDK-Untersuchung erfolgt [1]. Ist dies der Grund, warum man völlig unqualifizierte „Manager“ einsetzt, um das erwünschte Ziel einer Einsparung von Krankengeld zu erzielen? □

LITERATUR

beim Verfasser

Dr. med. Argeo Bämayer
Postfach 1364, 96403 Coburg

Integrierte Versorgung Epilepsie

Modell zur Verhandlung mit den Krankenkassen

Durch den Ausbau und die Entwicklung kooperativer Versorgungsstrukturen könnte die Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit Epilepsie deutlich verbessert werden. Daher wird für die Epilepsien ein entsprechendes Modell einer „Integrierten Versorgung“ entwickelt, das auf den vorhandenen Versorgungsstrukturen aufbaut und die Kooperation der teilnehmenden Leistungserbringer regelt.

Die Epilepsie zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen des Zentralnervensystems (Prävalenz circa 0,7 Prozent). Bundesweit sind etwa 500.000 Menschen betroffen. Epilepsien werden häufig zu spät erkannt und nicht korrekt klassifiziert. Als Folge bleibt eine angemessene und adäquate Behandlung aus oder erfolgt zu spät (z. B. Zuweisung zu einem epilepsiechirurgischen Eingriff). Bildgebende Untersuchungen (kraniale MRT) erfolgen zu selten nach einer speziell zugeschnittenen Vorgabe (Epilepsieprotokoll), werden häufig in unzureichender Qualität durchgeführt und erfordern Doppeluntersuchungen. EEG und Laboruntersuchungen erfolgen ohne bestimmte Fragestellung, damit zu häufig und mit falschen Konsequenzen (z. B. so genannter „therapeutischer Bereich“ bei Antiepileptika).

Etwa 60 Prozent aller Epilepsiepatienten werden mit dem ersten oder zweiten Antiepileptikum (AE) anfallsfrei. Probleme und erhöhte Kosten bereitet die Gruppe der pharmakorefraktären Epilepsien. Hier dauert es zu lange, bis Patienten dieser Gruppe einem Spezialisten vorgestellt werden. Patienten und Selbsthilfegruppen beklagen immer wieder eine zu späte Weiterleitung oder die Verweigerung einer Überweisung.

Mehr als 60 Prozent aller Epilepsiepatienten bedürfen einer lebenslangen medikamentösen Behandlung. Nebenwirkungen und Langzeitverträglichkeit der verwendeten AE stellen vom Säugling

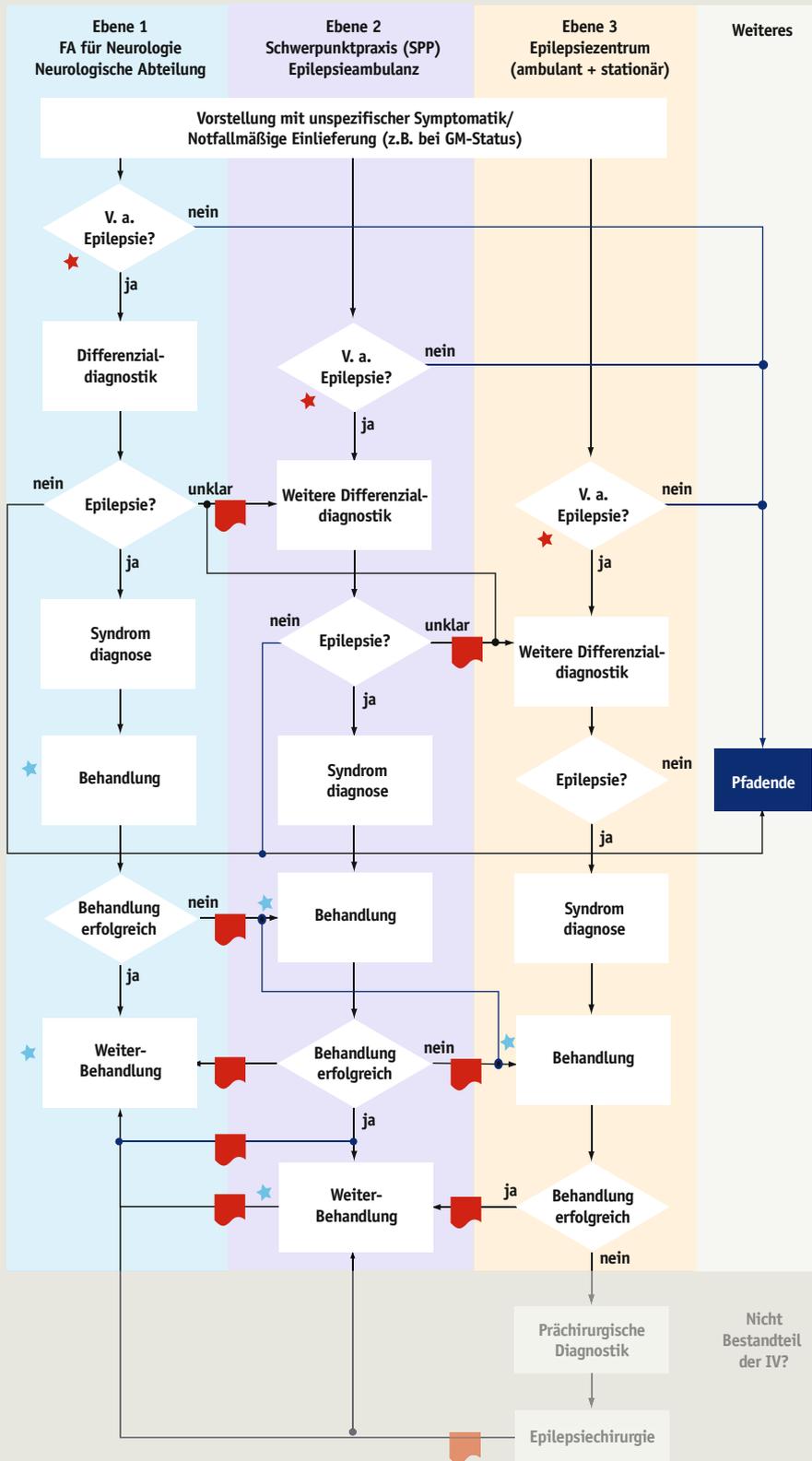
bis zum Hochbetagten einen entscheidenden Faktor für die Lebensqualität dar. Den Hauptteil direkter Krankheitskosten therapierefraktärer Epilepsien machen die Medikamente aus. Hier gilt es sinnige Kombinationstherapien und Langzeitfolgen von AE zu vermeiden und die entsprechenden Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften umzusetzen.

Spezielle Lebenssituationen (Führerschein, Beruf, Sexualität und Schwangerschaft, Reisen, Sport etc.) erfordern auch bei anfallsfreien Epilepsiepatienten eine qualifizierte Beratung, da insbesondere psychosoziale Probleme die Lebensqualität und die Teilhabe am Leben bestimmen. Der Anteil von Frühberentungen bei Behinderung liegt bei Epilepsiepatienten überproportional hoch und stellt den Hauptfaktor für die indirekten Krankheitskosten dar.

Von Patientenseite sind insbesondere Compliance-Probleme und dysfunktionale Krankheitsverarbeitung negative Faktoren. Hier setzen Schulungsprogramme (z. B. MOSES – „Modulares Schulungsprogramm Epilepsie“) zur verbesserten Information und Stärkung (Empowerment) des Patienten an. Ausgehend von den Empfehlungen des Epilepsieberichtes 98 hat die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie (DGfE) in den vergangenen Jahren zur Stärkung der Expertise und zur Verbesserung einer abgestuften Versorgung von Epilepsiepatienten Zulassungs- und Qualitätskriterien für Schwerpunktpraxen und Epi-

Versorgungsebenen

Abbildung 1



Bemerkungen

🚩 = Epikrise

★ = 1. Einschreibepunkt für Patient mit erstem Anfall. Weitere Einschreibepunkte an jedem weiteren Punkt möglich.

★ = Einschreibepunkt für Patient mit bestehender Epilepsie.

● = Verzweigung beziehungsweise Zusammenführung im Pfad.

Weitere Diagnostik: z.B. Video-EEG, Langzeit-EEG, Neuroradiologie mit spezifischer Fragestellung etc..

Unklar: Epilepsie vs. dissoziative Anfälle, Synkopen etc..

Pfadende mit Ausschluss Epilepsie. Überweisung zu weiterbehandelnden Fachgruppen, z.B. Psychiatrie, Kardiologie, Schlaflabor etc..

Zeitraum zur Beurteilung des Behandlungserfolges: maximal 2 Jahre, dabei regelmäßige Verlaufsdiskussion.

Definition „erfolgreiche Behandlung“ individuell nach Situation des Patienten. Realistisches Therapieziel am Beginn der Behandlung festlegen. „Anfallsfreiheit“ kann nicht immer erreicht werden.

Nicht Bestandteil der IV?

Abbildung 2

Dokumentationsbogen für die Überleitung in die IV Epilepsie

The form is titled 'Dokumentationsbogen IV Epilepsie, Startfragebogen FA Neurologie (ohne Spezialisierung auf Epilepsie, niedergelassen)'. It includes sections for:

- Patienten- und Versicherungsdaten:** Krankenkasse, Name, Geburtsdatum, Kassennr., Versicherten Nr., Status, Vertragsarzt Nr., VK gültig bis, Datum, Betriebsstätten Nr.
- Dokumentationsbogen weiterleiten an:** Schwerpunktpraxis/Epilepsieambulanz, Epilepsiezentrum stationär, andere stationäre Einrichtung.
- Dokumentation IV Epilepsie:** Abrechnungsquartal, Jahr, Quartal (I-IV).
- Einschreibung:** V.a. Epilepsie, Epilepsie bekannt.
- Anfallstyp (deskriptiv):** 1., 2., 3.
- Art der Epilepsie:** symptomatisch, kryptogen, idiopathisch, fokal, multifokal, generalisiert, Gelegenheitsanfall, unbestimmt, Epilepsiesyndrom.
- Vorgeschichte (Epilepsie):** Manifestationsalter, 1. Anfall, Familie.
- Begleiterkrankungen:**
- Allgemeine Angaben:** Geschlecht, Alter, Gewicht, Größe.
- Neurologischer Befund:** normal, pathologisch.
- Psychiatrischer Befund:** normal, pathologisch.
- EEG Diagnostik:** Wach EEG, Schlaf EEG, Schlaf-Entzugs EEG, normal, pathologisch.
- EEG Befund:** spezifischer Herdbefund, unspezifischer Herdbefund, Generalisierte ETP, Grundrhythmusverlangsamung, Generalisierte intermittierende Verlangsamung.
- EEG-Dokumentation:** ja, nein.
- MRT:** normal, pathologisch, Screening, Epilepsieprogramm, 1.5T, 3T.
- Vorläufige Syndromdiagnose:**
- Bisherige Medikamente:** Monotherapie, Kombinationstherapie, Wirkstoffe (BR, CBZ, CLB, ESM, FBM, GBP, LCM, LEV, LTG, OXC, PB, PGB, PHT, PRM, RUF, STM, STP, TGB, TPM, VGB, VPA, ZNS, andere), Verordnungsinformationen.
- Derzeitige Medikation:** 1-4 Antiepileptikum, Dosis, Spiegel.
- Medikamentennebenwirkungen:** nein, ja.
- Labor:** BB, Leberwerte, Sonstige, normal, pathologisch.
- Anfallskalender:** ja, nein, Epivista, anderer Anfallskalender.
- Sozialberatung:** ja, nein.
- Schulungsempfehlung:** keine, Moses, anderes Schulungsprogramm.
- Weiteres Vorgehen:** weitere Diagnostik, MRT Epilepsieprogramm (1.5T, 3T), Überweisung, Zweitberatung, Schwerpunktpaxis/Epilepsieambulanz, Epilepsiezentrum ambulant, Epilepsiezentrum stationär, Rehabilitation, Einweisung andere stationäre Einrichtung, Wiedervorstellung.
- Weitere Therapie:** keine, keine Änderung, Dosisänderung, Medikamentenumstellung.
- Datum:** and **Unterschrift und Vertragsarztstempel:**

Der erforderliche Informationsfluss bei Überleitung wird durch einen standardisierten, computergestützten Dokumentationsbogen gewährleistet, der die Leistungen der einzelnen Versorgungsebenen abbildet.

lepsiambulanz neben den bestehenden Epilepsiezentren entwickelt. Die Schwäche dieses Modells liegt in der mangelnden strukturierten Vernetzung. Als Konsequenz wurde im Rahmen der Vorgabe des § 140 SGB V das Modell einer „Integrierten Versorgung Epilepsie“ entwickelt. Neben der Verbesserung der medizinischen Versorgung von Epilepsiepatienten soll der informierte Patient durch eine abgestimmte Organisation der sektorenübergreifenden Behandlungspfade mit standardisierten Schnittstellen einen leichteren Zugang zu kompetenten Versorgungsstationen erlangen. Wirtschaftlichkeitsreserven können durch Vermeidung von Krankenhaus-

aufenthalten, Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie Frühberentung und eventuell über spezielle Arzneimittelverträge mobilisiert werden.

Rechtliche Grundlagen

Nach der seit dem 1.1.2004 geltenden Fassung des § 140 SGB V können kooperierende Leistungserbringer in einem Einzelvertrag mit einer oder mehreren Krankenkassen sektorübergreifende Versorgungsstrukturen für ein Krankheitsbild festlegen. Verträge können die Krankenkassen nur mit ambulanten und stationären Leistungserbringern schließen, die zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassen

sind. Die Teilnahme der Versicherten an der Integrierten Versorgung (IV) ist freiwillig. Die Vergütung wird außerhalb der Kollektivversorgung im Vertrag geregelt. Die Förderung von IV-Verträgen durch die so genannte Anschubfinanzierung ist zum 31.12.2008 ausgelaufen.

Das Epilepsiemodell

Nachdem im Bereich der Neurologie einige IV-Projekte entwickelt und eingeführt wurden (Multiple Sklerose, Kopfschmerz, Schlaganfall) fehlte bisher ein entsprechendes Projekt für die Epilepsie. Die Grundzüge der IV Epilepsie sollen nachfolgend dargestellt werden.

Der Behandlungspfad umfasst drei Versorgungsebenen (siehe Abb. 1):

1. Niedergelassene Neurologen und Nervenärzte sowie akutneurologische Krankenhäuser
2. Die nach den Kriterien der DGfE zugelassenen Schwerpunktpraxen (SPP) und Epilepsieambulanzen
3. Epilepsiezentren als Referenzzentren

Durch die teilnehmenden Neurologen und akutneurologischen Krankenhäuser kann nach Stellung der Diagnose und eventueller Klassifikation des Epilepsiesyndroms die Behandlung eingeleitet und fortgeführt werden. Bei komplizierten Verläufen durch diagnostische und psychosoziale Probleme oder ausbleibender Anfallsfreiheit soll eine Überweisung an die nächste Versorgungsebene erfolgen.

Fachärzte von Schwerpunktpraxen und Epilepsieambulanzen bieten eine Zweitberatung bei diagnostischen, therapeutischen und psychosozialen Fragestellungen an. Neben therapieschwierigen Patienten sind besondere Beratungen zu spezifischen, Epilepsie-assoziierten Problemen (Arbeit, Mobilität, Schwangerschaft etc.) als Leistungsmerkmal gefordert, wie auch die Indikationsstellung zur prächirurgischen oder rehabilitativen Behandlung. In den Institutionen der Versorgungsebene 2 und 3 sollten Patienten auch ihre Schulung (z. B. MOSES) erhalten können. Die Epilepsiezentren der dritten Versorgungsebene stellen Referenzzentren für Ebene 1 und 2 dar. Neben einer intensiven Sozialberatung sollten unter anderem eine Evaluation des bisherigen Krankheitsgeschehens, eine intensive neuropsychologische Diagnostik und die Durchführung einer prächirurgischen Diagnostik zum Leistungsumfang gehören. Der Vertragsgestaltung bleibt es überlassen, ob auch eine epileptologische Rehabilitationsklinik als Leistungserbringer in den Vertrag mit einbezogen wird.

Der erforderliche Informationsfluss bei Überleitung wird durch einen standardisierten, computergestützten Dokumentationsbogen gewährleistet, der die Leistungen der einzelnen Versorgungsebenen abbildet (Abb. 2). Insbesondere sind die unverzügliche Rücküberweisung und die Kriterien der Überwei-

zungspflicht (fehlende Anfallsfreiheit nach einem Jahr) darin enthalten. Fallkonferenzen der Teilnehmer sollen den sektorübergreifenden Ansatz unterstützen und die Expertise verbessern. Die Dokumentation dient zur Qualitätssicherung und Evaluation der IV Epilepsie. Ein Netzwerkmanagement kann für die Organisation, die Qualitätssicherung, das Controlling und die Evaluation sorgen.

Patienten mit der Diagnose Epilepsie können sich auf jeder Versorgungsebene einschreiben (üblicherweise auf Ebene 1). Der eingeschriebene Patient erhält „Gutscheine“ für eine Patientenschulung (z. B. MOSES), für das Einholen einer Expertenmeinung und für eine sozialmedizinische Beratung an Epilepsieberatungsstellen (soweit vorhanden). Die Frage der Vergütung muss im Rahmen der Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen geklärt werden und kann zum Beispiel durch spezielle Versorgungsziffern (für Dokumentation, Schulung, etc.) oder durch Pauschalen erfolgen, die für die teilnehmenden Ärzte zusätzlich zur kollektivvertraglichen Abrechnung honoriert werden.

Fazit

Das Projekt der IV hat den Vorteil, sich an den Versorgungsdefiziten der Epilepsien zu orientieren und zu einer strukturierten, sektorenübergreifenden Vernetzung zu führen. Die einzelvertragliche Gestaltung führt jedoch zu einer „Kleinstaatenslösung“ mit regionaler Versorgung ausgewählter Krankheitsbilder durch einzelne Kassen und speziell teilnehmende Ärzte. Nach Wegfall der Anschubfinanzierung ist die Frage der Finanzierung beziehungsweise der realen Einsparpotenziale des IV-Programms ungeklärt. Kurzfristige Einsparungen der direkten und indirekten Krankheitskosten sind nicht in nennenswertem Maße zu erwarten (mit Ausnahme von Arzneimittelrabattverträgen). Langfristig lassen sich im Rahmen eines breit angelegten Projektes Ressourcen nutzen und die Versorgung von Epilepsiepatienten medizinisch und wirtschaftlich optimieren. Patienten und Selbsthilfegruppen beklagen häufig, dass sie erst durch Zufall oder nach längerem Suchen an den „richtigen“ Arzt geraten. Aus Patientensicht wird die Versorgung eines komplexen

Krankheitsbildes transparenter und strukturierter gestaltet.

Das Experimentieren des Gesetzgebers mit verschiedenen selektivvertraglichen Instrumenten (§ 116b, § 140, § 73c) hat zu einer erhöhten Unübersichtlichkeit konkurrierender Systeme oder in anderer Diktion zu einem verstärkten Wettbewerb im „managed care“-System geführt. Die Unsicherheit, welchem System der Vorzug gegeben werden sollte, führt in Zeiten finanzieller Engpässe und der Reformdauerbaustelle Gesundheitswesen zu einer ausgeprägten Zurückhaltung der Krankenkassen, deren Nachfrage nach selektivvertraglichen Modellen derzeit eher schwach ausgeprägt ist. Das Modell der hier vorgestellten IV Epilepsie stellt aktuell eine Blaupause dar, auf die im Bedarfsfall zurückgegriffen werden kann. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Ralf Berkenfeld

Epileptologische Schwerpunktpraxis
Hochstr. 22, 47506 Neukirchen-Vluyn

Dieter Dennig

Neurologische Gemeinschaftspraxis am
Seelberg
Seelbergstr. 11, 70372 Stuttgart

Thomas Peckmann

Desitin Arzneimittel GmbH
Weg beim Jäger 214, 22335 Hamburg

Thomas Mayer

Sächsisches Epilepsiezentrum Radeberg
Wachauerstr. 30, 01454 Radeberg



Online-Portale sind eine große Hilfe, um bei der Vielzahl von Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen den Überblick zu bewahren.

Online-Fortbildungskalender Alle Termine im Blick

Fortbildungen, Lehrgänge und Tagungen für Ärzte gibt es diverse. Um bei der Vielzahl der Angebote den Überblick zu behalten, eignen sich Online-Fortbildungskalender. Wir stellen die wichtigsten Portale vor.

Die Pflicht zur Fortbildung ist sinnvoll, aber sie stellt Ärzte vor die Qual der Wahl. Lieber mit möglichst wenig Aufwand die vorgeschriebenen 250 CME-Punkte in fünf Jahren sammeln? Oder für einen umfassenden Lehrgang zum Praxismanagement in die nächste Großstadt reisen? Oder eine Online-Fortbildung vom heimischen Computer aus belegen? In Online-Fortbildungskalendern können sich Ärzte über die verschiedenen Angebote informieren. Aber die Kalender können noch mehr. So lassen sich beispielsweise die Seminare direkt über die Portale buchen. Und auch eine Bewertungsfunktion für Referenten ist bereits in Planung.

Mit einem Klick in Outlook

Einen der bekanntesten Onlinekalender bietet medizin.spitta.de an. Nutzer können hier die ausgewählten Veranstaltungen mit einem Klick in den eigenen Outlook-Kalender übernehmen. In diesem Jahr soll der Auftritt noch ausgebaut werden. „Wir erweitern unsere Services ständig“, erklärt Ilona Tahir, Chefredakteurin Kongresskalender für

Human- und Dentalmedizin. Zudem seien die Einträge für die Anbieter von Fortbildungen kostenfrei. „Das ist sonst für manche Veranstalter eine Hürde“, so Tahir, „und wir wollen auf jeden Fall möglichst vollständig sein.“ Die Suche in allen Angeboten kostet rund 30 EUR pro Jahr.

Kostenlos für alle

Im Angebot www.der-fortbildungskalender.de werden rund 1.700 Veranstaltungen pro Jahr gesammelt. Für Ärzte ist die Nutzung kostenlos, und auch Veranstalter, die ihre Fortbildungen einstellen wollen, müssen nicht dafür zahlen. „Der Fortbildungskalender war ursprünglich ein Printprodukt, das mittlerweile eingestellt wurde“, sagt Dr. Monika von Berg, Chefredakteurin von „Der Hausarzt“, in dem der Fortbildungskalender einst beigelegt wurde. „Wir lassen die Online-Version als Service für die Veranstalter und Ärzte weiter laufen.“ Dennoch wird der Fortbildungskalender nicht als Auslaufprojekt verstanden. Anhand eines „Merken“-Buttons können Ärzte interessante Ver-

anstaltungen markieren. Wenn sie alle Fortbildungen gesichtet haben, zeigt ein Klick auf die „Merken-Liste“ alle markierten Einträge. So fällt die Entscheidung für die richtige Veranstaltung im direkten Vergleich leichter. Die gewünschte Fortbildung können Ärzte dann direkt über ein Online-Formular buchen. Schwieriger ist hingegen die gezielte Suche nach bestimmten Veranstaltungen oder nach Themengebieten. Die Angebote sind nur nach Rubriken sortiert: Präsenzveranstaltung, Online, Zeitschrift oder Buch, CD-ROM und Fernstudium. Nach inhaltlichen Schwerpunkten, also etwa eine Fortbildung zur GOÄ-Abrechnung oder zu Laser-Chirurgie zu suchen, ist nicht möglich. Hier müssen sich Ärzte durch die Angebote klicken, die nach Datum sortiert sind.

Bequemer ist die Suche auf dem Portal www.springer-medizin.de. Hier lassen sich Fortbildungen unter anderem nach Datum, Fachgebiet oder Veranstaltungsort sortieren. Nach einer kostenlosen Anmeldung ist auch das Eintragen von Veranstaltungen möglich.

Qualität statt Masse

Vergleichsweise wenig Angebote gibt es unter www.medknowledge.de. Das hat zwei Gründe: Zum einen listet das Portal nur Online-Fortbildungen, keine Präsenzveranstaltungen. Zum anderen recherchieren die Betreiber selbst in Fachquellen nach geeigneten Fortbildungen, die den eigenen Kriterien entsprechen. Veranstalter selbst können nicht einfach ihre Seminare eintragen. „Uns geht es mehr um ein qualitativ hohes Niveau. Wir wollen nicht alles auflisten“, erklärt Betreiber Dr. Fevzi Koc den Ansatz. Finanziert wird das Angebot über Banner-Werbung auf der Homepage und im Newsletter. „Aber Anzeige und Inhalt sind bei uns strikt getrennt“, so Koc. Die Google-Anzeigen heben sich deutlich vom sonstigen Design ab, dabei ist der Aufbau der Seite insgesamt eher unruhig. Diverse Rubrikleisten, horizontal und vertikal, verwirren die User auf den ersten Blick. Ist die Seite „Online-Fortbildungen“ in der Rubrik „Ärzte“ gefunden, führt ein Klick direkt zu den Anbietern.

Viele Kammern, viele Kalender

Auch die Ärztekammern stellen ihre Angebote ins Internet. Das Problem: Frankfurter Ärzte, die auf dem Portal der Ärztekammer Hessen suchen, kriegen Treffer aus dem nahe gelegenen Mainz in Rheinland Pfalz nicht angezeigt. Auf der Homepage der Bundesärztekammer gibt es einen bundesweiten Überblick über Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Ärztekammern –

allerdings in Form einer PDF-Datei, dadurch ist eine Suche nicht möglich. Die Datei ist sortiert nach Themengebieten und lässt eine Auswahl nach Städten oder Datum nicht zu.

Für die meisten Ärzte, die nicht gerade in den Randgebieten ihres Bundeslandes wohnen und ohnehin nicht weit reisen wollen, ist die Suche über die eigene Kammer ausreichend. Je nach Land unterscheidet sich allerdings der Internetauftritt und dementsprechend der Fortbildungskalender. Die Berliner Kammer zeigt in der Trefferliste gleich gesondert die CME-Punkte an. Ärzte, die zum Ende der Fünfjahresfrist noch zehn oder zwölf Punkte benötigen, finden hier schnell die passende Tagung.

Besonders viele Auswahlmöglichkeiten für die Suche hat die Bayerische Landesärztekammer: Nutzer können ein Themengebiet oder einen Zeitraum angeben, einen Ort oder einen Anbieter eintragen und auch die verschiedenen Kriterien kombinieren. Entgegen aller sonst untersuchten Portale ist es hier möglich, nach einem bestimmten Referenten oder einer Kursleiterin zu suchen.

Negativ fällt der Kalender der Ärztekammer Niedersachsen auf: Das Design erinnert an die Anfänge des Internets, und die Suche ist nur mit Ort oder Datum möglich. Eine Stichwortsuche ist erst für eine spätere Version geplant.

Referenten online bewerten

Das Portal www.my-medical-education.com der WEFRA Publishing Gesellschaft für Print- und Online-Medien ist

der Nachfolger von www.medizinische-kongresse.de. Im Juli 2009 wurden die Veranstaltungen auf die neue Internetseite umgestellt. „Die Besucherzahlen sind gut, auch das Feedback der Nutzer ist sehr positiv“, sagt Geschäftsführer Matthias Haack. In dem Portal werden auch internationale Fortbildungen angezeigt. Ärzte aus Deutschland sollten daher darauf achten, zuerst die Suche auf Deutschland zu beschränken. Sonst kann eine Fortbildung zu Akupunktur schon mal in Portugal stattfinden.

Das Portal ist optisch sehr übersichtlich. Die Nutzer finden sich schnell zurecht, je nachdem ob sie Teilnehmer, Referenten oder Veranstalter sind. Ärzte können nach Terminen, Stichworten, Tagungsorten oder Fachgebieten suchen. Auf Wunsch kann die Suche auf zertifizierte Fortbildungen eingeschränkt werden – falls es vorwiegend um die letzten fehlenden CME-Punkte geht. 2010 wurde das neueste Feature implementiert: „Wir wollen die Kommunikation der Nutzer untereinander ermöglichen, Web 2.0“, so Haack. Für die Nutzer gibt es nun die Möglichkeit, Referenten und Veranstaltungen zu bewerten. Haack erläutert: „Aber nur die Referenten, die sich dafür angemeldet haben. Damit bleiben wir hinter den Lehrer- und Arzt-Bewertungsportalen zurück. Da haben wir uns bewusst eingeschränkt.“ Einen Online-Pranger für Referenten wolle man nicht schaffen. Zur Transparenz könnte der Ansatz beitragen. Und auch, um Ärzten die Qual der Wahl ein wenig zu erleichtern. SSC

Übersicht über Online-Kongresskalender

Portal	Online seit	Anzahl Fortbildungen/Jahr	Anmeldung und Kosten
medizin.spitta.de	1998, neue Version seit 2008	rund 5.000	ja, für Nutzer kostenpflichtig, Einträge kostenlos
www.derfortbildungskalender.de	2006	durchschnittlich 1.700	nein, für Anbieter und Nutzer kostenlos
www.springer-medizin.de	März 2010	rund 1.000	nach Anmeldung kostenlos
www.medknowledge.de	2000	nur Online-Fortbildungen	nein
www.my-medical-education.com	Juli 2009	rund 17.500 (auch internationale)	mit kostenloser Anmeldung mehr Infos
Bundes-/Landesärztekammer	je nach Kammer unterschiedlich	keine Angabe	nein

Stand: Juni 2010, ohne Gewähr

Persönlichkeitsstörungen und Sucht

Fatales Duo

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen tragen ein deutlich erhöhtes Risiko, zusätzlich eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Neue Erkenntnisse zu dieser Komorbidität sowie Therapiemöglichkeiten diskutierten Experten auf dem 11. Kongress für Suchtmedizin in München.

MARION HOFMANN-ASSMUS



Patienten mit einer bipolaren Erkrankung tragen das höchste Risiko, eine Suchtmittelabhängigkeit zu entwickeln.

26 **Persönlichkeitsstörungen und Sucht**

Fatales Duo

29 **Akute und posttraumatische Belastungsstörung**

Psychotherapeutische und pharmakologische Ansätze

38 **PSYCHIATRISCHE KASUISTIK**

Postpartale psychische Erkrankung

42 **CME Infektionen des Nervensystems**

47 **CME Fragebogen**

Menschen, die gleichzeitig unter einer Persönlichkeitsstörung und einer Suchterkrankung leiden, befinden sich oft an den Grenzen zwischen Behandlungs- und Finanzierungssystemen. Aufgrund hoher Rückfallquoten und Verhaltensauffälligkeiten stehen sie teilweise außerhalb des Behandlungssystems und häufig auch gesellschaftlich im Abseits. So finden sich etwa suchtabhängige Patienten mit bipolarer Erkrankung häufig unter Obdachlosen oder im Gefängnis. Unter dieser Doppelbelastung ist die Lebenserwartung um drei Jahrzehnte geringer als die der Normalbevölkerung. „Das hohe Anforderungsprofil und die Komplexität der Störungen macht eine Behandlung mit integrierten Ansätzen erforderlich. Auch die soziale Unterstützung gehört dazu“, betonte Prof. Michael Krausz, Vancouver.

Risikofaktoren sind auch kindliche Traumatisierung und Stress

Patienten mit bipolarer Erkrankung tragen das höchste Risiko, zusätzlich eine Suchtmittelabhängigkeit zu entwickeln. Etwa 60 Prozent der bipolar I- und 48 Prozent der bipolar II-Erkrankten entwickeln diese Komorbidität im Vergleich zu 47 Prozent der Schizophreniekranken und etwa ein Viertel der Patienten mit Depressionen (27 Prozent). Für den Verlauf der bipolaren Erkrankung, so erklärte Dr. Christian

Schütz aus Vancouver, hat die Suchtmittelabhängigkeit einige, zum Teil schwerwiegende Folgen. Dazu zählen beispielsweise:

- vermehrte Symptome wie etwa psychotische, gemischte Episoden und rapid cycling
- erhöhte Rückfallraten, längere Episoden
- schlechtere Behandlungsergebnisse
- erhöhtes Depressions- und Suizidrisiko
- vermehrte Aggressivität
- höhere Infektionsraten

„Je ausgeprägter die eine Erkrankung ist, desto wahrscheinlicher wird das Auftreten der komorbiden Erkrankung“, berichtete Schütz. Dies gilt sowohl in die Richtung Bipolare Erkrankung => Suchterkrankung als auch umgekehrt: Suchterkrankung => Bipolare Erkrankung. Als weiterer Risikofaktor gilt der Stress. „Stressfaktoren sind innere Ereignisse und äußere Umweltfaktoren, die eine adaptive Reaktion erfordern. Das heißt, Interaktion mit der Umwelt kann Stress hervorrufen. Im Laufe des Lebens kann man viele Stressoren akkumulieren“, erklärte der Referent. So erhöhen etwa kindliche Traumatisierung oder Vernachlässigung das Krankheitsrisiko. „Bei den von uns behandelten Patienten mit Sucht und Achse I-Erkrankung konnten wir bei 70 bis 80 Prozent eine frühkindliche Traumatisierung feststellen“, berichtete Schütz.

Beide Erkrankungen gleichzeitig behandeln

„Zumindest für die USA und Kanada gibt es Untersuchungen, dass nur ein kleiner Teil der Patienten die Behandlung erhält, die sie eigentlich erhalten sollten“, monierte Schütz. Demnach werden nur etwa 8 Prozent adäquat für beide Erkrankungen parallel therapiert. „Ich denke, das ist in Europa nicht ganz so ausgeprägt, geht aber in eine ähnliche Richtung“, ergänzte der Referent.

Bei der Behandlung sei die Maximierung der nicht-medikamentösen Therapieformen wichtig. Denn unter einer intensiven psychologischen Therapie (z. B. kognitive Verhaltenstherapie oder Familien-fokussierte Therapie) sind die Patienten deutlich schneller genesen (um durchschnittlich 100 Tage). Zudem existieren kaum Medikamente, mit denen die Komorbiditäten gleichzeitig behandelt werden könnten. „Wir sind darauf angewiesen, Therapien einzusetzen, die einerseits die Bipolare Erkrankung verbessern und parallel dazu gegen die Suchterkrankung helfen“, umriss Schütz die Problematik. In der Praxis lässt sich jedoch beispielsweise die Impulsivität der Patienten medikamentös nur schwer beeinflussen: „Am ehesten mit Mood-Stabilizern wie etwa Valproat, Topiramate oder Lithium“. Bei gestörtem Belohnungsverhalten helfen ebenfalls Valproat und Lithium sowie serotonerge Substanzen. Die antipsychotischen Substan-

zen haben hier, laut Schütz, nicht den gewünschten Effekt gezeigt.

Patienten brauchen mehr Therapiezeit

Intensivere, längere Therapieansätze helfen Patienten mit einer Suchterkrankung und Persönlichkeitsstörung auf lange Sicht besser, als kürzere, intensive Behandlungen. Dies war das Resultat eines Vergleichs zwischen Patienten aus den USA und der Schweiz, den PD Dr. Franz Moggi, Bern vorstellte. Die schweizer Forscher analysierten in dieser Untersuchung anhand identischer Fragebögen oder Interviews jeweils 66 (demografisch ähnliche) männliche Patienten aus den USA und der Schweiz. Alle litten unter einer Suchterkrankung (Alkohol oder Drogenabhängigkeit) sowie einer Persönlichkeitsstörung. Es beteiligten sich zehn schweizer Fachkliniken und 15 US-amerikanische Behandlungseinrichtungen mit stationären Programmen.

Die Probanden beider Länder zeigten beim Eintritt in die Therapie keinen Unterschied hinsichtlich Abstinenz, Abhängigkeitsgrad oder Behandlungsmotivation. Schweizer Teilnehmer waren häufiger alkoholabhängig. Suchtfolgen wie Arbeitslosigkeit oder Scheitern der Ehe traten in den USA häufiger auf. Eine deutliche Differenz bestand jedoch im Therapiemodus: So fanden in der Schweiz wesentlich öfter Einzelsitzungen statt, in den USA überwogen dagegen Gruppensitzungen. Folglich dauerten die Therapien in der Schweiz erheblich

länger (etwa fünf Mal so lange). Zudem orientierte sich die Therapie in den USA stärker an der 12-Schritte-Therapie, auch die kognitive Verhaltenstherapie erfolgte etwas häufiger. Die Nachbehandlung unterschied sich nicht.

Ein Jahr nach Behandlungsende war die Abstinenzrate in beiden Ländern vergleichbar. Doch die Suchtfolgen sowie Angst- oder Depressionszustände waren bei US-amerikanischen Patienten stärker ausgeprägt als bei den Schweizern. Der größte Unterschied bestand in einer wesentlich höheren Hospitalisierungsrate in den USA. Die Ergebnisse fasste Moggi so zusammen: „Unabhängig vom Land, sehen wir: Je länger sich die Patienten in Therapie befinden und je mehr flexible Einzelsitzungen sie bekommen, desto eher verbessert sich ihr psychischer Zustand. Diese Ansicht deckte sich mit den Erfahrungen von Schütz: „Man muss den Patienten Zeit geben und die Therapie auf ein Niveau absenken, das sie verstehen. Die Wichtigkeit der Therapiedauer und der geringen Intensität wird häufig unterschätzt.“

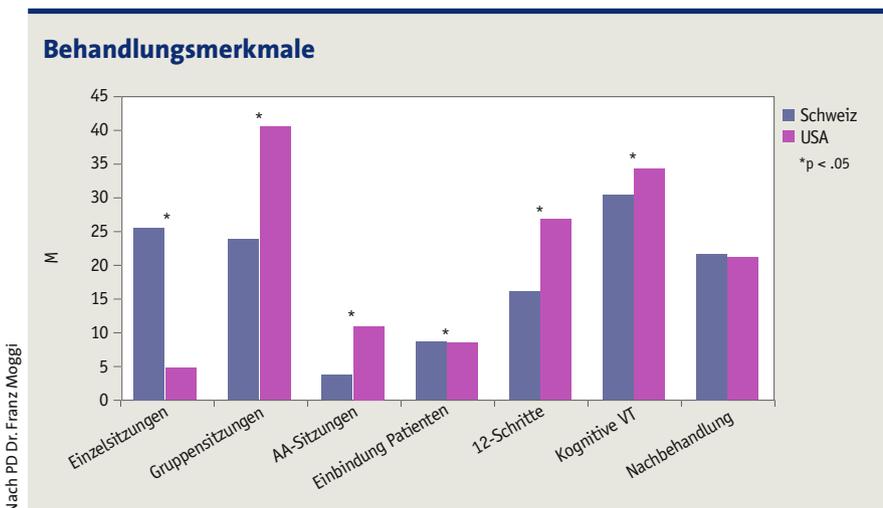
Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie

Für Menschen, die entweder unter einer Persönlichkeitsstörung oder an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, existieren eine Reihe psychotherapeutischer Verfahren, welche die Symptomatik nachweislich verbessern. „Doch nur wenige psychotherapeutische Therapieansätze wurden bisher auf ihre Wirksam-

keit bei der simultanen Behandlung beider Störungen geprüft“, berichtete Isolde Daig, Berlin. Dazu zählt etwa die Dual-Focus-Schema-Therapie (DFST). Diese ambulant durchgeführte Methode umfasst eine Kombination von verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Techniken (etwa Rückfallpräventionstraining, Umgang mit Suchtdruck – „craving“, Fertigkeiten zur Emotionsregulation und Stimuluskontrolle). Postuliert wird, dass sie bei allen Persönlichkeitsstörungen wirksam ist.

Das Behandlungsziel besteht darin, in der Kindheit erworbene, dysfunktionale Bewältigungsschemata zu identifizieren und dann zu hemmen. Dies erfolgt, indem dahinterliegende Grundbedürfnisse zum Beispiel nach Geborgenheit, wahrgenommen und in einer erwachsenen Weise befriedigt werden. Wie eine randomisiert kontrollierte Studie zeigte, resultierte die DFST im Vergleich zur 12-Schritte-Therapie in einer deutlich schnelleren Reduktion von Menge und Häufigkeit des Substanzkonsums. Zudem kommt es bei der DFST zu einer besseren therapeutischen Allianz zwischen Patient und Therapeut (s. Abb.).

Als weitere, derzeit gängige Therapieform stellte Daig die Dialektisch-Behaviorale-Therapie (DBT) vor. Auch diese Methode beruht auf verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Techniken und enthält zusätzlich Elemente des Zen Buddhismus. Am St. Hedwig-Krankenhaus der Charité etwa wird diese Therapie nach vorab erfolgter Entgiftung stationär über zwölf Wochen angewandt. Sie erstreckt sich über vier Phasen und umfasst sowohl Gruppentherapien als auch psychotherapeutische Einzelsitzungen. Mehrere Analysen vergleichen die DBT mit der Arbeit von Suizidexperten, mit treatment as usual oder mit Patienten einer Warteliste über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten. „Die Ergebnisse beziehen sich noch nicht auf die suchtspezifischen Befunde. Doch zeigte die DBT bei allen Studien positive Effekte auf die Symptomatik der Persönlichkeitsstörung“, resümierte Daig. □



AUTORIN

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Akute und posttraumatische Belastungsstörung

Psychotherapeutische und pharmakologische Ansätze

Erschütternde, potenziell traumatische Ereignisse führen bei der Mehrzahl der Betroffenen zumindest zu vorübergehenden psychologischen und körperlichen Symptomen. Die Kollektivtraumata der jüngsten Vergangenheit haben gezeigt, dass nationale Gesundheitssysteme und internationale Hilfsorganisationen in der Bewältigung rasch an Grenzen stoßen.

HANS-PETER KAPFHAMMER



© DigitalSTUDIO / shutterstock.com

Speziell für die Versorgung von frühen psychologischen Problemen ist es entscheidend, die Maßnahmen gezielt, und an Grundproblemen orientiert flexibel einzusetzen, und nicht globale Strategien zu favorisieren. Unter Versorgungsaspekten kann sinnvoll in eine „frühe posttraumatische Krisensituation“, in das Auftreten ernster posttraumatischer Reaktionen wie der „Akuten Belastungsstörung“ (ABS) und schließlich in die spätere Manifestation einer „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTBS) unterschieden werden.

Bei den anfangs gezeigten Symptomen handelt es sich um universelle, adaptive Stressreaktionen, die mehrheitlich im Verlauf der nachfolgenden Wochen abnehmen und in einen allmählichen Erholungsprozess übergehen. Voraussetzung hierfür ist, dass sekundäre Stressoren nach dem Trauma wirksam eingedämmt werden können und auch keine bedeutsamen Risikofaktoren vorliegen. Klinische Symptome, die nach ein bis

zwei Wochen bei einer Subgruppe von traumatisierten Personen nachgewiesen werden und bereits zu diesem frühen Zeitpunkt mit gravierenden negativen Konsequenzen für die Alltagsführung einhergehen, stellen in einer Versorgungsperspektive eine zuverlässigere Indikation für notwendige Interventionen dar.

Im Falle einer ABS oder schwerwiegender intrusiver und autonom-hyperaktiver Symptome liegt eine zeitabhängige Sensitivierung nach dem Trauma vor, die wiederum von Relevanz für eine akute und chronische PTBS ist. Eine wiederholte psychopathologische Befunderhebung in definierten Zeitabständen nach dem Trauma ist zu fordern, ein Wissen um mögliche Risiko- und protektive Faktoren ist hierbei grundlegend [Brewin, 2005].

Frühe posttraumatische Krise

Erste Hilfe, menschlicher Beistand, Tröstung und Beruhigung, Entfernen aus der traumatischen Situation und zuver-

lässige Verhinderung sekundärer Stressoren sind grundlegend für die ärztliche und psychologische Betreuung von akuten Traumaopfern. Für ein notfallpsychiatrisches und -psychotherapeutisches Vorgehen können wertvolle Richtlinien formuliert werden, die aber unter EbM-Gesichtspunkten noch wenig untersucht worden sind [O'Donnell et al., 2008; Watson u. Shalev, 2005].

Psychologisches Debriefing

Das „Critical Incident Stress Debriefing“ (CISD) wurde als eine primär präventive Strategie speziell in Kontexten von Militär, Polizei, Feuerwehr oder notfallmedizinischem Personal nach potenziell belastenden oder traumatischen Einsätzen entwickelt. Es wird meist in Gruppen durchgeführt und zielt auf eine möglichst rasch nach dem Akuttrauma einsetzende emotionale Verarbeitung der individuellen Traumaerfahrungen, eine Möglichkeit zum kathartischen Ausdruck schockartiger Gefühle, eine

Normalisierung hiermit assoziierter Verhaltensweisen sowie eine Vorbereitung auf mögliche künftige psychologische Folgen. Dieses Verfahren wird meist von den Betroffenen positiv angenommen. Die Effekte dieser Intervention wurden aber in den letzten Jahren systematisch überprüft. Es liegen mehrere kontrollierte Studien vor. Metaanalysen und systematische Reviews kommen einheitlich zur Bewertung, dass psychologisches Debriefing als eine routinierte und uniforme Frühinterventionsstrategie für traumatisierte Personen nicht empfohlen werden kann und in einem bedeutsamen Prozentsatz sogar den natürlichen Erholungsprozess iatrogen behindern kann [Evidenzgrad Ia; Bisson et al., 2007].

Präventiv wirksame medikamentöse Strategien

Zwei neurobiologische Aspekte der traumatischen Gedächtnisbildung könnten sich als mögliche Ansatzpunkte für präventiv wirksame medikamentöse Strategien erweisen: einerseits die vor allem noradrenerg gesteuerte Speicherung traumatischer Erinnerungen, die bei noradrenerger Hyperaktivität zur Überkonsolidierung traumatischer Emotionen in der Amygdala führt und gleichzeitig Hemmeffekte durch präfrontal kortikale Strukturen reduziert, andererseits gehäufte intrusive Wiedererinnerungen, die im Sinne einer Retraumatisierung den Konsolidierungsprozess zusätzlich bestärken. Modellhaft lassen sich zwei pharmakologische Interventionsmöglichkeiten ableiten:

- einerseits die Reduktion des noradrenergen Tonus,
- andererseits die Stärkung des Hemmeffektes auf den Gedächtnis-Retrievalprozess durch die Gabe von Kortisol.

Eine Reduktion der noradrenergen Überaktivität ist prinzipiell durch eine postsynaptische β -adrenerge Blockade, aber auch durch eine präsynaptische, α_2 -agonistisch vermittelte Reduktion der Noradrenalinfreisetzung erzielbar. Kontrollierte und offene Studien mit Propranolol zeigten Erfolg versprechende Ergebnisse, die aber nicht einheitlich bestätigt werden konnten. Negative Berichte stammen aus dem prophylaktischen Einsatz von Propranolol an Brandopfern

hinsichtlich eines späteren PTSD-Risikos. Eine Bewertung von Propranolol nach EbM-Gesichtspunkten ist derzeit nur schwer möglich. Ein potenziell prophylaktischer Effekt in speziellen posttraumatischen Situationen ohne schwerwiegende körperliche Verletzungen könnte aber bestehen.

Therapeutische Beobachtungen mit α_2 -agonistischen Substanzen, die wie Clonidin oder Guanfacin zu einer verminderten Freisetzung von Noradrenalin aus den präsynaptischen Vesikeln und damit zu einer Reduktion des noradrenergen Einflusses beitragen, wiesen in offenen Studien ein präventives Potenzial auf, gegenüber placebokontrollierten Studien mit Guanfacin, die negativ verliefen.

PTSD-assoziierte Schlafstörungen und Alpträume können mit dem α_1 -Antagonisten Prazosin wirksam und sicher behandelt werden (Evidenzgrad Ib). Als Haupteffekt unter Prazosin wurde eine Abwandlung der quälend erlebten alptraumartigen Inhalte in Richtung normaler Traum inhalte beobachtet.

Der Früh Einsatz von Benzodiazepinen erscheint unter theoretischen Gesichtspunkten nahe liegend. So üben GABAerge Interneurone einen modulierenden hemmenden Effekt auf die amygdaläre Aktivität aus. Diese in der Praxis häufig unterstellte positive Wirkung von Benzodiazepinen konnte empirisch in kontrollierten Studien nicht bestätigt werden. Es fanden sich sogar Hinweise, dass eine prophylaktische Benzodiazepingabe über einige Wochen das Risiko sowohl für PTBS und auch Depression sogar erhöhen kann. Angesichts dieser relativ klaren Befunde sollte in der Frühintervention nach Traumatisierungen also eine Zurückhaltung gegenüber einer längeren Gabe von Benzodiazepinen geübt werden.

Das Prinzip einer präventiven Gabe von stressbezogenen Dosen von Hydrokortison wurde in kontrollierten Studien an intensivpflichtigen Patienten mit septischem Schock und nach herzchirurgischen Bypass-Operationen erfolgreich erprobt. Vor allem Patienten mit akutem Lungenversagen (ARDS) und septischem Schock weisen in der Folgezeit ein bedeutsam erhöhtes PTBS-Risiko auf. Für diesen engen somatisch-medizinischen

Behandlungskontext bei speziellen Indikationen kann ein Evidenzgrad Ib gegeben werden. Der Einsatz von Hydrokortison zur möglichen Reduktion eines PTBS-Risikos in anderen Traumatisierungskontexten muss aber empirisch erst untersucht werden. In der Akutbehandlung von PTBS-Symptomen könnte Hydrokortison eine Rolle zukommen und zu einer Reduktion vor allem der intrusiven Traumaerinnerungen beitragen [de Quervain, 2008].

ABS – Akute Belastungsstörung

Auch psychotherapeutische Interventionen an Patientensubgruppen, die bereits früh (zwischen einer Woche und einem Monat) nach einer Traumaexposition ernsthafte psychopathologische Symptome aufweisen, haben noch einen prinzipiell präventiven Charakter. In Unterscheidung zum psychologischen Debriefing, das sich auf alle von einem potenziell traumatischen Ereignis betroffenen Personen konzentriert und dadurch bei einer bedeutsamen Gruppe möglicherweise mit spontanen, natürlichen Erholungsprozessen negativ interferiert, fokussieren erstere Ansätze auf Risikogruppen, die wie zum Beispiel Patienten mit einer ABS oder akuten PTBS (noch ohne erfülltes 1-Monats-Kriterium) nicht nur einen hohen akuten Leidensdruck, sondern auch eine höhere Übergangswahrscheinlichkeit für die weitere Entwicklung einer PTSD zeigen [Shalev, 2009].

Kognitiv-behaviorales Modell

Es liegen zu dieser Indikationsstellung mittlerweile zahlreiche empirische Studien vor, die alle an einem traumafokussierten, kognitiv-behavioralen Modell ausgerichtet sind. Die empirischen Resultate sprechen in einer Gewichtung für einen hohen Evidenzgrad Ia [Roberts et al., 2009]. Eine Überlegenheit des Expositionsverfahrens gegenüber einer kognitiven Restrukturierung in der Reduktion des späteren PTBS-Risikos konnte ermittelt werden. Nicht alle Studien waren jedoch erfolgreich und warfen die Frage nach dem Stundenkontingent und der Dichte von therapeutischen Interventionen auf, die für einen erfolgreichen Einsatz notwendig wären. Die in Studien erprobten psychothera-

peutischen Frühinterventionsstrategien haben das Problem der Prävention späterer PTBS-Fälle in dieser High-risk-Gruppe aber noch nicht befriedigend gelöst. Etwa 20 Prozent der Patienten sprachen auf diesen Therapieansatz nicht an, weitere rund 20 Prozent brachen die Behandlung vorzeitig ab. Zudem zeichnete sich diese Subgruppe der Therapieabbrecher durch besonders extreme Symptome der ABS aus.

Kollaborativ durchgeführte Ansätze

Kollaborativ durchgeführte Ansätze mit kontinuierlichem Case-Management und wiederkehrender Motivationsarbeit hinsichtlich Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie in indizierten Fällen mit einer Kombination von evidenzbasierten psycho- und pharmakotherapeutischen Strategien könnte in der Primärversorgung künftig von großer Bedeutung sein, wie eine kontrollierte Studie an PTBS-Hochrisikopatienten nach einer Traumexposition zeigte [Zatzick et al., 2004].

Psychopharmakologische Behandlung

Gerade bei der Subgruppe mit hoher ABS und früher PTBS-Symptomausprägung sowie starker psychologischer und psychosozialer Beeinträchtigung stellen sich dringende Fragen auch nach einer primären beziehungsweise komplementären psychopharmakologischen Behandlung. Die empirische Fundierung von medikamentösen Ansätzen zu dieser Indikation in diesem Abschnitt der Entwicklung von posttraumatischen Symp-

tomen steht aber noch weitgehend aus [Shalev, 2009]. Trotzdem können sich Behandlungsempfehlungen sowohl an den Daten aus der Frühintervention sowie aus den Ergebnissen der Studien zur Psychopharmakotherapie der chronischen PTBS orientieren.

PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung

Nach klinischer Konvention wird jede PTBS, die länger als drei Monate besteht, als chronisch bezeichnet. Patienten, die in Behandlung kommen, leiden unter ihren PTBS-Symptomen oft schon mehrere Jahre. Das in der empirischen Literatur zusammengetragene Therapiewissen bezieht sich also mehrheitlich auf die chronische PTBS. Die facettenreiche Psychopathologie posttraumatischer Belastungssyndrome mit ihrer komplexen Verwobenheit psychischer und körperlicher Symptome, eine häufige psychiatrische Komorbidität, eine unterschiedliche Verlaufsdynamik, in vielen Fällen mit bedeutsamen Einbußen in der Lebensqualität und psychosozialen Behinderungsgraden, nicht selten mit schwerwiegenden Persönlichkeitsveränderungen und zermürenden interpersonalen Problemen machen verständlich, dass isolierte therapeutische Ansätze meist zu kurz greifen.

In empirischen Studien nur unzureichend erforscht sind Fragen nach dem Zeitpunkt einer notwendigen therapeutischen Intervention in der Entwicklung posttraumatischer Symptome, der Wahl

einer bestimmten psychosozialen versus psychopharmakologischen Therapiemodalität, der klinischen Praktikabilität oder Interferenz einer Kombinationsbehandlung, der notwendigen Dauer einer durchgeführten Therapiemaßnahme, der möglichen Extrapolation von Erfahrungen mit einer therapeutischen Strategie bei PTBS-Patienten nach einer definierten Traumakontext, dem therapeutischen Vorgehen bei unerschwelligen, aber persistierenden PTBS-Symptomen sowie bei chronischen therapierefraktären Verläufen. Die Darstellung hier kann also lediglich eine konzeptuelle Skizzierung und Bewertung unterschiedlicher Behandlungsansätze sein.

Patienten-Therapeuten-Interaktion

Patienten, die nach einer Traumatisierung eine PTBS-Symptomatik entwickeln, sprechen häufig nicht spontan über ihre schlimmen Erfahrungen bei den aufgesuchten Ärzten und Therapeuten. Störungsinhärente kognitive und affektive Veränderungen können bereits primär die Schilderung des Traumakontextes erschweren beziehungsweise sogar unmöglich machen. Hinzu kommt, dass eine Eröffnung dieser Erlebnisse regelhaft heftige Emotionen von Angst, Panik, Beschämung, Schuld und Hilflosigkeit provoziert und deshalb verständlicherweise einer starken intrapsychischen Abwehr unterliegt. Wiederum besteht bei initial unvorsichtig forcierter Befragung nach eventuellen Traumainhalten stets



Unweigerlich existenz- und lebensbedrohliche Situationen können schwerste Traumata auslösen.

auch die Gefahr einer Retraumatisierung. Keineswegs entschieden in der vorliegenden Literatur ist die Frage, ob für einen erfolversprechenden therapeutischen Zugang überhaupt das ursprüngliche Trauma voll thematisiert werden muss. Einigkeit besteht aber darüber, dass eine Arbeit an der traumatischen Erfahrung nur im Kontext einer zuverlässigen therapeutischen Beziehung mit stabilem Arbeitsbündnis erfolgen kann.

Ziel aller Ansätze ist es, die PTBS-Symptome eines Patienten zu minimieren und ihm wieder zu einer befriedigenden psychosozialen Funktionsweise zu verhelfen. In der therapeutischen Fokussierung auf die PTBS-Kernsymptomatik sollen letztlich ein relatives Gefühl der Überwindung des traumatischen Ereignisses und eine Integration der damit verbundenen Erinnerungen in die bisherige Lebensgeschichte gelingen. Alle psychologischen Therapieansätze tragen stark supportive, sicherheitsstiftende und rückversichernde Elemente besonders in der Aufbauphase der therapeutischen Beziehung. Wichtig ist es, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, als traumatisierte Person anerkannt und akzeptiert zu sein. Neben dieser gemeinsamen therapeutischen Beziehungsqualität unterscheiden sich die einzelnen Therapieansätze aber je nach favorisiertem Störungs- und Behandlungsmodell, je nach psychosozialer oder/und psychopharmakologischer Therapiemodalität [Foa et al., 2009].

Psychodynamische Ansätze

Die meisten psychodynamischen Verfahren fußen auf dem von Horowitz [1986] entwickelten Behandlungsmodell. Im Unterschied zu stärker an Zielsymptomen orientierten Ansätzen richtet sich der therapeutische Hauptfokus auf die Lösung von intrapsychischen Konflikten, die aus der traumatischen Erfahrung herühren und sich wesentlich in der Ausgestaltung der Verleugnungs- und Intrusionsphasen zeigen. Beiden, im Ablauf meist unvorhersehbar alternierenden Zuständen haften Charakteristika einer Überbeziehungsweise einer Unterkontrolliertheit an. Ziel des therapeutischen Bemühens ist es, den Amplituden der vorherrschenden Psychodynamik durch eine geeignete therapeutische Technik entgegenzuwirken [Krupnick, 2002].

In **Intrusionsphasen** wäre es kontraindiziert, den Patienten noch weiter mit den vorherrschenden Gefühlszuständen zu konfrontieren, stattdessen ist emotionale Unterstützung, ein Angebot von externer Kontrolle durch zeitliche und thematische Strukturierung, eine aktive Übernahme von Ich-Funktionen für den Patienten bis hin zur Unterdrückung der überwältigenden Emotionen notwendig. Umgekehrt wird ein Patient in „Verleugnungsphasen“ geduldig ermutigt, wieder in Kontakt mit seinem emotionalen Erleben zu gelangen, dabei aber sein starkes Schutzbedürfnis einfühlsam anerkannt. Es geht um ein dosiertes Wiederbeleben der Traumaerfahrung, eine Verbalisierung des vorher sprachlosen Schreckens, ein Herausarbeiten dominanter Selbst- und Objektbilder und Interaktionsfiguren. Kontrolle über den Zustand ist das Ziel, nicht die völlige Verleugnung.

In der **Phase des Durcharbeitens** spielen Themen der Furcht vor der Wiederkehr des Traumas, der Scham über die Hilflosigkeit, der Wut auf den Verursacher, der Schuld und Scham über aggressive Impulse, der Überlebensschuld, der Angst vor Identifikation mit Opfern und Tätern, der Trauer eine zentrale Rolle. Vorherrschenden Persönlichkeitsstilen, die maßgeblich die Abwehr- und Coping-Möglichkeiten eines PTBS-Patienten bestimmen, wird große Aufmerksamkeit gewidmet. Typische Übertragungs- und Gegenübertragungsmuster (z. B. der Therapeut als potenzieller Aggressor, Verletzer intimer Grenzen, vertrauensunwürdiger Betrüger, Richter, Kontrolleur, indifferenter Zeuge, potenzielles Opfer der Aggressionen des Patienten versus als Freund, Helfer, Retter, idealisierter Weise, der dem unbegreiflichen Trauma einen übergeordneten Sinn verleihen können) werden systematisch beachtet.

Psychodynamische Ansätze können bisher noch nicht auf ein akzeptiertes und empirisch validiertes Behandlungsmニュアル verweisen. Es liegen nur vereinzelte kontrollierte **Wirksamkeitsstudien** meist in Form einer Kurzzeitintervention vor. Diese weisen darauf hin, dass psychodynamische Kurzzeittherapien nach dem Behandlungsmodell von Horowitz bei einer Gruppe von PTBS-Patienten zu günstigen Ergebnissen führen können [Evidenzgrad Ib; Kudler et al., 2009]. In

einem Vergleich zu den Ergebnissen, die über kognitiv-behaviorale Ansätze erzielt werden, müssen die Effektstärken einer psychodynamischen Kurzpsychotherapie aber als niedriger eingestuft werden [Cloitre, 2009]. Eine Extrapolation auf Patienten mit komplexen PTBS-Verläufen ist nicht so ohne weiteres möglich. Erheblich längere Behandlungszeiten mit vermutlich reduzierteren Therapiezielen sowie bedeutsame Modifikationen im therapeutischen Vorgehen scheinen hier angezeigt zu sein [Schottenbauer et al., 2008; Evidenzgrad III].

Eine stattliche Anzahl von Patienten mit PTBS hat große Probleme, einem explizit auf Exposition beruhenden Ansatz zuzustimmen oder erfährt hierdurch sogar eine symptomatische Verschlechterung (s. u.). Eine Alternative für diese Patienten könnte die **interpersonale Psychotherapie** darstellen, die ein sehr viel stärkeres Gewicht auf Aspekte zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Unterstützungsmöglichkeiten legt. Einige offene Studien auf gruppentherapeutischer Basis, aber auch erste kontrollierte Studien deuten günstige Effekte an (Evidenzgrad Ib). Hervorzuheben sind hierbei nicht nur positive Wirkungen auf PTBS- und depressive Symptome, sondern auch auf ein günstigeres Ärgermanagement und eine vorteilhaftere Beziehungsqualität.

Behaviorale und kognitive Ansätze

Die umfangreiche psychologische Forschungsarbeit zu den diversen klinischen Aspekten der PTBS hat sich sehr fruchtbar auf die Entwicklung von störungsorientierten Psychotherapieansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie ausgewirkt [Brewin u. Holmes, 2003]. Allen kognitiv-behavioralen Verfahren liegen als zentrale Hypothesen zugrunde, dass PTBS-Patienten im Behandlungsverlauf entscheidend mit den traumabezogenen Emotionen in Kontakt gebracht werden müssen (**Hypothese des emotionalen Engagements**), sich den ausgelösten Emotionen so lange aussetzen müssen, bis vor allem die Angstreaktionen sistieren (**Hypothese der Habituation**), und zentrale traumaassoziierte Kognitionen verändern müssen [**Hypothese der kognitiven Modifikation**; Foa u. Cahill, 2002].

Hauptvertreter der modernen kognitiven Verhaltenstherapie der PTBS sind Foa und Mitarbeiter mit ihrem Therapiemodell der emotionalen Prozessierung [Foa u. Rothbaum, 1998] einerseits und Ehlers und Clark [2000] mit ihrem kognitiven Therapiemodell der PTBS andererseits. Die **Konfrontation** mit dem Traumaerlebnis ist diesen Ansätzen als zentrales therapeutisch wirksames Agens gemeinsam. Expositionsverfahren können entweder in einer abgestuften, graduierten oder in einer vollen Exposition erfolgen, entweder in Form einer bildlichen Vorstellung oder in vivo durchgeführt werden. Eine Abwandlung dieses therapeutischen Vorgehens liegt im **Stressimpfungstraining** vor, das einen stärkeren Fokus auf den Umgang mit den PTBS-Symptomen legt.

Ein komplexes **Angst-Management-Training** steht dann im Vordergrund, wenn die Angst aus der Traumaverarbeitung massiv das Alltagsleben eines Patienten behindert. Weniger die therapeutisch induzierte Angstaktivierung in der Konfrontation, sondern die Vermittlung von Fertigkeiten in der Kontrolle von Angst stehen hier im Vordergrund. Diese Verfahren wurden in Anlehnung an die Behandlung schwerer Angststörungen für die PTBS adaptiert.

In der Variante des **Stressimpfungstrainings** („stress-inoculation“, SIT) werden als Behandlungselemente progressive Muskelentspannung, Atemkontrolle, Rollenspiel, verdecktes Modellernen, Gedankenstopp und angeleiteter Selbstdialog integriert. Signifikante Verbesserungen wurden in allen erfassten Symptommaßen unter den Therapiebedingungen Stressimpfung, Selbstbehauptungstraining und supportive Psychotherapie gesehen, jedoch keine Unterschiede zwischen den Behandlungsmodalitäten.

Auch ein **problemlösungsorientierter Ansatz** erwies sich gegenüber einer Personen-zentrierten Beratung als überlegen. Für die konzeptuell heterogenen Verfahren eines Angstmanagements bei PTBS kann in der Zusammenschau auch weiterer kontrollierter Studien (z. B. Vergleich zu Expositionsverfahren) ein Wirksamkeitsnachweis mit Evidenzgrad Ia festgestellt werden. In der Berechnung der Effektgrößen müssen sie aber im direkten Vergleich mit den Expositions-

und kognitiven Ansätzen oder deren Kombination als weniger aussichtsreich eingestuft werden [Cloitre, 2009].

Mit der in der Angsttherapieforschung etablierten Erkenntnis, dass Entspannungselemente nicht notwendigerweise bei einer erfolgreichen Angstbewältigung integriert sein müssen, die systematische Desensibilisierung sich auch im Vergleich mit einer unmittelbaren Exposition gegenüber der Angst auslösenden Situation als unterlegen erweist, setzten sich **Expositionsverfahren** auch in der verhaltenstherapeutischen PTBS-Behandlung verstärkt durch.

Zwei therapeutische Mechanismen werden als zentral diskutiert. In einer Konfrontation wird die Furchtstruktur, letztlich die traumatische Erinnerung aktiviert. Neue kognitive und affektive Informationen, die mit den pathologischen Elementen dieser Furchtstruktur inkompatibel sind, müssen in den Therapieprozess eingeführt werden. Die Ergebnisse aus diesen Expositionsverfahren („Flooding in imaginativer Exposition“; prolongierte Exposition) sind sehr überzeugend, lassen aber einige wichtige Fragen noch unbeantwortet.

In der Analyse der Effektstärken zeigte sich hinsichtlich des Ausmaßes der Reduktion in allen Symptommaßen eine Überlegenheit der prolongierten Exposition. Dieses Verfahren wurde mittlerweile an größeren Gruppen von Frauen mit PTBS nach sexuellen Traumatisierungen, aber auch in anderen Traumakontexten erfolgreich erprobt. Es kann

ein sehr überzeugender Evidenzgrad Ia festgehalten werden. Die hierüber erzielbaren Effektstärken rangieren an der Spitze der störungsorientierten Psychotherapien [Cloitre, 2009].

Traumaassoziierte Kognitionen und Attributionen besitzen nicht nur einen hochbedeutsamen Einfluss auf die Aufrechterhaltung posttraumatischer Reaktionen. Sie sind möglicherweise auch von grundlegender Bedeutung, ob ein bestimmter Therapieansatz, zum Beispiel ein Expositionstraining, erfolgreich sein kann. Kognitive Therapieelemente wie **kognitive Umstrukturierung** spielen sowohl in expliziten Expositionsverfahren als auch im Angstbewältigungstraining eine wichtige Rolle. Sie sind zentral im Modell von Ehlers und Clark [2000]. Der Evidenzgrad dieses Verfahrens ist Ia und liegt mit den erreichbaren Effektstärken ebenfalls an der Spitze der empirisch für die psychologische Behandlung erprobten Verfahren [Cloitre, 2009].

Unter **Versorgungsaspekten** ist klinisch von hoher Relevanz, dass eine Teilgruppe von PTBS-Patienten offenkundig ein Expositionsverfahren nicht aushält. In einem metaanalytischen Beitrag zu dieser Fragestellung zeigte sich, dass unter den Kontrollbedingungen eine um circa 11 Prozent geringere Drop-out-Rate besteht als unter der Expositionsbedingung. Unter imaginativem Flooding kann es zu einer bedeutsamen Verschlimmerung von Depression, Alkoholmissbrauch, Panikattacken, negativer Bewertungshaltung und Ärgeraffekten kommen. Ein unter

Anzeige



© Manamana (c) und Slasha (u) / shutterstock.com

Vulkanausbruch und menschliches Versagen hinter dem Steuer, beides liegt quasi in der Natur der Sache. Die Heilung verwundeter Seelen Betroffener und Hinterbliebener jedoch erfordert zumeist fundierte psychologische Behandlungsverfahren.

in-vivo-Bedingungen durchgeführtes Expositionsverfahren während eines militärischen Trainings- und Fitnessprogramms musste sogar als eine negative Retraumatisierung gewertet werden. In einer Konfrontation mit dem Trauma provozierte Schuld- und Schamgefühle, aber auch heftiger Ärger unterminieren die Erfolgsaussichten einer prolongierten Exposition. Reine Expositionsverfahren scheinen bei jenen PTBS-Patienten nur eingeschränkt erfolgreich zu sein, die ausgeprägte negative Selbstbildveränderungen nach einem Trauma aufweisen (z. B. völlige Selbstaufgabe während des Traumas). Bei dieser Patientengruppe ist ein differenziertes

kognitiv-behaviorales Vorgehen angezeigt. Kognitiv-behaviorale Ansätze müssen ebenfalls bei jenen Patienten modifiziert und ergänzt werden, die Symptome einer komplexen PTSD aufweisen [Courtois u. Ford, 2009].

Das potenzielle Ansprechen auf psychotherapeutische Verfahren kann durch unterschiedliche Faktoren mitbestimmt werden [Williams et al., 2009]. Frühe Entwicklungsstraumata, persönliche gegenüber nicht-personenbezogene Traumata, körperliche Verletzung während der Traumaexposition sowie die Zeit seit der Traumatisierung scheinen als **traumabezogene Faktoren** die Erfolgsaussichten von Psychotherapie zu verringern.

Auch **bereits vor der Erkrankung bestehende Patientencharakteristika** wie männliches Geschlecht, Status als Single, Suizidrisiko bei Therapiebeginn, komorbide generalisierte Angststörung, erhebliche Ärgerprobleme, Schmerzintensität und damit assoziierte negative Interferenzen mit der beruflichen Leistungsfähigkeit und dem Alltagsleben können als ungünstige Faktoren angesehen werden. Und **allgemeine therapiebezogene Variablen** wie geringe Motivation für und Vertrauen in die vorgeschlagene Psychotherapie, ungefestigte Arbeitsbeziehung, geringes Engagement, hohe Vermeidungshaltung innerhalb der Behandlungsstunden sowie bei Hausaufgaben scheinen ebenfalls mit einem ungünstigeren Outcome einherzugehen. In der Bewertung dieser Faktoren muss allerdings festgehalten werden, dass mehrere dieser Aspekte auch als Risikofaktoren für die Entwicklung einer chronischen PTBS identifiziert worden sind.

Als klinisch möglicherweise relevante **Kontraindikationen** eines Expositionsverfahrens bei PTBS-Patienten müssen aufgeführt werden [Williams et al., 2009]:

- Keine aktuellen intrusiven Symptome
- Chronische oder aktuelle Sucht- und Abhängigkeitsprobleme
- Gleichzeitige Opfer- und Täterrolle eines PTSD-Patienten
- Aktuelle Lebenskrisen insbesondere mit Suizidalität
- Erfolgreiche frühere Konfrontationsbehandlung
- Bekannte Non-Compliance
- Massive dissoziative Symptome

EMDR – „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“

Eine moderne Variante eines kognitiven Expositionsverfahrens, die auch wichtige neurobiologische Aspekte in psychotherapeutisches Vorgehen zu integrieren versucht, stellt die Augenbewegungsdesensibilisierung und Verarbeitung (EMDR) nach Shapiro dar. Bei dieser Strategie werden Patienten aufgefordert, sich eine Szene des ursprünglichen Traumas bildlich vorzustellen. Der innere Imaginationsvorgang wird begleitet von sakkadischen Augenbewegungen, die durch eine schnelle Fingerbewegung des Therapeuten ausgelöst werden. Patient und Therapeut fokussieren auf die bei diesem Vorgang aktivierten traumabezogenen Kognitionen und Emotionen. Die Sequenz wird solange beibehalten, bis die Angst deutlich abnimmt. Dann wird der Patient motiviert, einen positiven Gedanken mit der Traumaszene zu verknüpfen, während die sakkadischen Augenbewegungen immer noch erfolgen.

Die EMDR-Methode wurde in zahlreichen randomisiert-kontrollierten Studien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft. Eine Evaluation der bisherigen Ergebnisse betonte überzeugende Verbesserungen unter EMDR (Evidenzgrad Ia). Die Veränderungen in den subjektiven Einschätzungen signalisierten einen ausgeprägteren Therapieerfolg als die objektiven Ratings. In einer Metaanalyse zeigte sich eine hohe Korrelation zwischen den methodischen Gütekriterien von Studien und den Outcome-Parametern. In Vergleichen mit anderen Verfahren wie einer prolongierten Exposition stellte sich eine gleichwertige Effizienz von EMDR dar.

Umstritten ist, welchen Stellenwert das Element der induzierten sakkadischen Augenbewegungen bei der kognitiv-emotionalen Informationsverarbeitung einnimmt. Auch sind die postulierten psychobiologischen Wirkmechanismen nach wie vor nur unzureichend verstanden. Ferner liegen für dieses Therapieverfahren noch zu wenig Informationen über eventuelle Kontraindikationen oder über notwendige Modifikationen bei PTBS-Patienten mit psychopathologischer Komorbidität vor. In einer klinisch-pragmatischen Perspektive sind der vermittelte positive Hoffnungshorizont, die

große persönliche Kontrolle des Patienten über das Ausmaß der Mitteilung von Traumadetails, der hohe Strukturierungsgrad bezüglich konfrontativer und kognitiver Therapieelemente, die eher eine persönliche Sicherheitsdistanz wahrende Prozessierung von Traumaerinnerungen sowie das aktive Handlungsmuster des Therapeuten als günstige Prozesselemente hervorzuheben [Freeman, 2009].

Effizienzbewertung psychologischer Behandlungsverfahren

Eine rezente Metaanalyse von Benish et al. [2008] bescheinigte in der Bewertung der empirischen Studien mit kontrollierten Direktvergleichen allen so genannten „bona fide“-Psychotherapien eine mehr oder weniger äquivalente Wirksamkeit in der psychologischen Behandlung der PTBS. Dieses Güteurteil steht in deutlichem Kontrast zu anderen bis dato veröffentlichten Metaanalysen, systematischen Reviews und der Cochranebewertung, die einhellig den traumafokussierten kognitiv-behavioralen Verfahren wie auch dem EMDR die höchste Effizienz zusprechen [Bisson u. Andrew, 2009; Cloitre, 2009; Ponniah u. Hollon, 2009; Ehlers et al., 2009].

Zweifelsohne müssen in einer multidimensionalen Bewertung aber auch mehrere klinisch bedeutsame Caveats festgehalten werden: So weist die Mehrheit der Patienten nach Beendigung der psychotherapeutischen Interventionen immer noch beträchtliche Residualsymptome auf. Nicht selten sind die diagnostischen Kriterien einer PTBS nach wie vor erfüllt. Eine kritische Analyse der in den Studien aufgeführten Ausschlusskriterien belegt, dass Patienten mit einer psychiatrischen Komorbidität in der Regel ausgeschlossen waren.

Angesichts der empirischen Tatsache einer psychiatrischen Komorbiditätsrate von bis zu 80 Prozent bei PTBS-Patienten in epidemiologischen Studien sind Zweifel an einer Generalisierbarkeit der berichteten Therapieergebnisse auf durchschnittliche Versorgungsbedingungen anzumelden. Vor diesem Hintergrund ist es erfreulich, dass nicht nur über konzeptuelle Neuentwicklungen für einen Erfolg versprechenden psychotherapeutischen Umgang mit PTBS-Patienten berichtet wird [Cukor et al., 2009], son-

dern auch verstärkte Anstrengungen existieren, die im engeren Forschungskontext erprobten Ansätze auch in die Routineversorgung, beispielsweise durch den verstärkten Einsatz von Internetmedien einzuführen [Amstadter et al., 2009].

Pharmakotherapie

Die bei der PTBS vielfältig nachgewiesenen neurobiologischen Veränderungen in zahlreichen Neurotransmittersystemen, die häufige Koexistenz anderer psychiatrischer Störungen, ferner chronische, therapierefraktäre Verläufe, aber auch ein nur partielles Ansprechen auf gängige Psychotherapieverfahren bei hartnäckigem Fortbestehen einzelner PTBS-Symptome, begründen die Rationale für einen Einsatz von Psychopharmaka. Es liegt mittlerweile auch eine Reihe von kontrollierten Studien zur Effizienz von einzelnen psychopharmakologischen Wirkklassen vor. Wichtige allgemeine Grundprinzipien einer Psychopharmakotherapie sollten bei PTBS-Patienten aber vorab beachtet werden:

- Einbettung in eine tragende therapeutische Beziehung
- Ergänzung zu einer formalen Psychotherapie
- Systematische Reflexion der Bedeutungen der Medikamente
- Non-Compliance
- Zielsymptomorientierter Einsatz von Psychopharmaka entsprechend der Schwere der psychopathologischen Syndrome in der posttraumatischen Entwicklung
- Insgesamt günstigeres Ansprechen positiver Symptome auf Psychopharmaka
- Konsequente Standardbehandlung komorbider psychiatrischer Störungen
- Durch psychopharmakologische Frühintervention möglicherweise Verhinderung einer chronischen PTBS-Entwicklung
- Beachtung der potenziellen Risiken einer Medikation hinsichtlich Nebenwirkungen, Missbrauch, Suizidalität,
- Nicht selten Resistenz gegenüber Standarddosierungen

Die Darstellung einer medikamentösen Therapie bei der PTSD orientiert sich an den einzelnen Psychopharmakawirk-

gruppen. Die aufgeführten Studienergebnisse beziehen sich mehrheitlich auf kurzfristige Interventionen von wenigen Wochen. Nach wie vor existieren noch zu wenige Studien zur Langzeitbehandlung, was angesichts der hohen Chronizität der PTBS-Verläufe bei einer bedeutsamen Patientengruppe ein großes Manko darstellt.

SSRI und andere serotonerg wirksame Medikamente

Serotonerg wirksame Antidepressiva, speziell die selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) zählen zu den empirisch am besten untersuchten Substanzen in der Behandlung von ABS/PTBS. Für die SSRI (Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin, Citalopram, Fluvoxamin) existieren zahlreiche randomisierte doppelblinde, plazebokontrollierte Studien. Sie belegen mehrheitlich einen erfolgreichen Einsatz in der Akuttherapie sowohl bei PTBS nach Kriegs-, als auch nach Ziviltraumata (Evidenzgrad Ia).

SSRI sind imstande, alle drei Symptomcluster der intrusiven Wiedererinnerung, der traumabezogenen Vermeidung und des autonomen Hyperarousal zu bessern. Diese breit gestreuten Effekte auf die PTBS-Symptomatik stellen sich in den einzelnen Studien in unterschiedlichem Ausmaß dar. Es ist aufgrund der vorliegenden empirischen Datenlage nicht möglich, ein bestimmtes SSRI-Präparat gegenüber anderen differenziell herauszuheben. Interessant anzumerken ist, dass auch das Vergleichspräparat zu Fluvoxamin, das selektiv noradrenerg wirksame Reboxetin vergleichbare Effekte zeigte. Die SSRI wurden in den auch für eine antidepressive Behandlung üblichen Dosierungen eingesetzt. Die Studien währten von fünf bis zwölf Wochen.

Die Wirksamkeit von Venlafaxin XR wurde in RCTs einmal im Vergleich zu Sertralin, ein andermal zu Placebo aufgezeigt. Mirtazapin zeigte einmal gegenüber Placebo in einer kontrollierten Studie keinen Unterschied, wobei aber die Effektstärken in beiden Behandlungsgruppen beachtlich waren, und ein andermal gegenüber Sertralin eine äquivalente Wirksamkeit bei gleichermaßen guten Effektstärken. Für Trazodon existiert nur eine offene Studie mit ermutigenden Resultaten. Trazodon und Mir-

tazapin können PTBS-assoziierte Schlafstörungen gut bessern.

Der partielle Serotoninagonist/-antagonist Buspiron kann zu einer Besserung von Intrusions- und Übererregbarkeits-, weniger aber von Vermeidungssymptomen beitragen. Buspiron kann vorteilhaft zur Potenzierung von SSRI eingesetzt werden. Bupropion erzielte gegenüber Placebo keine Überlegenheit.

Für den irreversiblen MAO-Hemmer Phenelzin und die reversiblen und selektiven MAO_A-Hemmer Brofaromin und Moclobemid existieren positive Resultate aus placebokontrollierten Studien (Evidenzgrad Ib/a). Die Symptomremission unter den selektiven MAO-Hemmern war insgesamt moderat, aber immerhin etwa die Hälfte aller behandelten Patienten mit einem chronischen PTBS-Verlauf (> ein Jahr) erfüllte nach Behandlungsende mit Brofaromin die PTBS-Kriterien nicht mehr. Zu Desipramin, Amitriptylin und Imipramin liegen Resultate aus kontrollierten Studien vor. Sie zeigen für Desipramin keine Vorteile gegenüber Placebo, moderate, aber statistisch signifikante Effekte für Amitriptylin, eine Überlegenheit von Imipramin gegenüber Placebo, aber eine geringere Effizienz gegenüber Phenelzin (Evidenzgrad Ib). Die Bedeutung einer genügend langen Behandlungsperiode zur Einschätzung eines eventuellen Ansprechens auf Desipramin war erkennbar. Zu beachten war ferner, dass eher Patienten mit einer geringeren PTBS-Symptomausprägung positiv von Amitriptylin profitierten. Trizyklika scheinen bei dieser Indikationsstellung insgesamt weniger wirksam als MAO-Hemmer zu sein. Aufgrund der vermutlich geringeren therapeutischen Effizienz der Trizyklika und des ungünstigeren Nebenwirkungsspektrums sowohl von Trizyklika als auch von MAO-Hemmern werden beide Substanzklassen lediglich als Medikamente der dritten Wahl angesehen.

Die als Moodstabilizer eingesetzten Antikonvulsiva sind für eine medikamentöse Behandlung von ABS/PTBS mehrfach interessant. Antikonvulsiva können einerseits die zahlreichen Symptome von Irritabilität, Ärger, Aggressivität und gestörter Impulskontrolle, die auch syndromal bei der ABS/PTBS vorkommen, positiv beeinflussen. Und zahlreiche An-

tikonvulsiva besitzen andererseits einen Anti-Kindlingeffekt, der sich ebenfalls bei einer posttraumatischen Entwicklung vorteilhaft auswirken könnte. Die meisten der unter dieser Indikationsstellung eingesetzten Antikonvulsiva wurden bisher nur in offenen Studien erprobt.

Durchaus Erfolg versprechende Effekte wurden für Carbamazepin, Oxcarbazepin, Valproat, Gabapentin, Topiram, Tiagabin und Phenytoin registriert. Kontrollierte Studien konnten bisher die in offenen Studien gefundenen Besserungen beispielsweise für Valproat in kontrollierten Studien gegenüber Placebo nicht bestätigen.

Eine metanalytische Bewertung sprach dem Valproat eine moderate Effizienz zu. In einer doppelblinden und placebokontrollierten Untersuchung zeigte sich Lamotrigin dem Placebo gegenüber tendenziell, aber nicht signifikant als überlegen. Das besondere dermatologische Nebenwirkungsrisiko (Stevens-Johnson-Syndrom, circa 0,3%) verlangt aber eine vorsichtige, über viele Wochen durchgeführte Höherdosierung. Tiagabin erwies sich gegenüber Placebo nicht, Topiram gegenüber Placebo nur in sekundären Outcome-Parametern als überlegen. Derzeit kann für Moodstabilizer nur ein Evidenzgrad II/III notiert werden.

Der Stellenwert von Antipsychotika in der Behandlung der ABS/PTBS war, abgesehen von einem vorteilhaften Einsatz bei psychotischen Entgleisungen nach schweren Traumatisierungen, lange Zeit als unbedeutend eingestuft worden. Dies hat sich zunächst durch zahlreiche offene Studien mit Antipsychotika der zweiten Generation geändert. Dieser potenziell positive Effekt wurde mittlerweile auch durch eine Reihe placebokontrollierter Studien für Olanzapin und für Risperidon mehrheitlich nachgewiesen. Eine bedeutsame dopaminerge Dysfunktionalität in der posttraumatischen Verarbeitung begründet neurobiologisch das Rationale für eine dopaminblockierende Medikation. Atypische Antipsychotika versprechen eine interessante Therapieoption entweder als Monotherapie oder aber als Add-on-Therapie beispielsweise zu den SSRI. Positive Effekte können vor allem bei Vorliegen von Aggressivität oder negativer Affektivität, bei Intrusionen und dissoziativen Zuständen, aber

auch bei Schlafstörungen und Alpträumen erwartet werden (Evidenzgrad Ia).

Beim Einsatz von Benzodiazepinen in der Behandlung der ABS/PTBS gilt es vor allem die im Abschnitt über Frühintervention gemachten Aussagen zu bedenken (s. o.). Benzodiazepine sind nicht imstande, die Kernsymptome einer ABS/PTBS zu bessern [Braun et al., 1990]. Benzodiazepine sollten allenfalls für eine begrenzte Kurzzeitintervention eingesetzt werden. Es ist noch unklar, ob die GABA_A-Agonisten Zolpidem, Zopiclone und Zaleplon unter der Indikation von ABS-/PTBS-assoziierten Schlafstörungen gegenüber den Benzodiazepinen Vorteile besitzen.

Eine Beteiligung des endogenen Opiatsystems bei Einwirkung traumatischer Stressoren ist gut belegt. Die initiale Gabe von Opiaten nach schwerwiegenden körperlichen Verletzungen wie traumatischen Verbrennungen hat sehr wahrscheinlich einen protektiven Effekt gegenüber einem späteren PTSD-Risiko. Der Einsatz von Fentanyl spielt vermutlich auch eine bedeutsame modulierende Rolle in der intensivmedizinischen Behandlung von Patienten mit ARDS, septischem Schock oder schweren Verbrennungen und dem damit assoziierten PTBS-Risiko.

Im weiteren Verlauf einer PTBS entfalten Substanzen, die auf das Opiatsystem einwirken, vermutlich aber komplexe differenzielle Wirkungen. So kann der Einsatz des Opiatantagonisten Naloxon nach einer schwerwiegenden Traumatisierung und konsekutiver Entwicklung einer ABS/PTBS Opiatentzugssymptome provozieren. Andererseits kommt Opiatantagonisten bei prolongierten dissoziativen Zuständen im Rahmen eines chronischen PTBS-Verlaufs eine möglicherweise wichtige Indikation zu (Evidenzgrad III). Für den Einsatz von Opiatantagonisten wie Naloxon und Naltrexon liegen derzeit positive Hinweise vor allem aus offenen Studien bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und selbstverletzendem Verhalten in Depersonalisationszuständen vor. Dieser antidissoziative Effekt von Opiatantagonisten zeichnete sich auch in einer offenen Studie an Patienten mit einer primären Depersonalisationsstörung ab.

Der Einsatz niedrigdosierter Glukokortikoiden wurde bereits in der Frühin-

tervention angeschnitten und könnte durchaus auch für selektive Indikationen (z. B. stark ausgeprägte intrusive Symptome) eine Option in der Akuttherapie darstellen [de Quervain, 2008].

Eine Übersicht zu medikamentösen Strategien von PTBS-assoziierten Schlafstörungen und Alpträumen bieten van Liempt et al. [2006]. Für den α_1 -Antagonisten Prazosin kann ein Evidenzgrad Ia in der Indikation traumaassoziierter Schlaf- und Traumstörungen vergeben werden. Der unter theoretischen Aspekten interessante glutamaterge NMDA-Antagonist D-Cycloserin, der bei verschiedenen Angststörungen vor allem in der wirksamen Verstärkung von Expositionsverfahren ein viel versprechendes Potenzial zeigte, hat bisher nur in einer kleinen kontrollierten Studie gegenüber Placebo nicht überzeugen können.

Effizienzbewertung psychopharmakologischer Behandlungsverfahren

Systematische Reviews vergeben den SSRI den Status von Medikamenten erster Wahl. Es liegen günstige Daten sowohl für die Akut- als auch Erhaltungstherapie vor. Gegenüber den Trizyklika haben sie ein deutlich breiteres therapeutisches Wirkungsspektrum. Gegenüber den MAO-Hemmern zeichnen sie sich vor allem durch ein günstigeres Nebenwirkungsspektrum aus.

SSRI können die PTBS-Kernsymptome signifikant reduzieren und bessern die häufig assoziierten Angst- und depressiven Störungen entscheidend. Den SSRI in der Wertigkeit nachgeordnet sind die SSNRI (Venlafaxin XR) und NaSSA (Mirtazapin) Mittel der zweiten Wahl. Antipsychotika (Olanzapin, Risperidon) zeigen ebenfalls ein günstiges Wirkprofil auf, das noch weiter untersucht werden muss. Zusammen mit den Moodstabilisatoren werden sie derzeit noch vorrangig in Add-on-Strategien eingesetzt.

Benzodiazepine sollten nur sehr gezielt und jedenfalls nur kurzfristig eingesetzt werden. In einer Frühintervention sind Substanzen, die eine noradrenerge Überaktivität reduzieren, Erfolg versprechend. Die Behandlung posttraumatischer Syndrome zielt aber wesentlich auf eine Langzeitperspektive. Eine medikamentöse Behandlung der akuten PTBS ist auf sechs bis zwölf Monate anzusetzen. Chronische PTBS-Verläufe verlangen häufig eine sehr viel längere Pharmakotherapie.

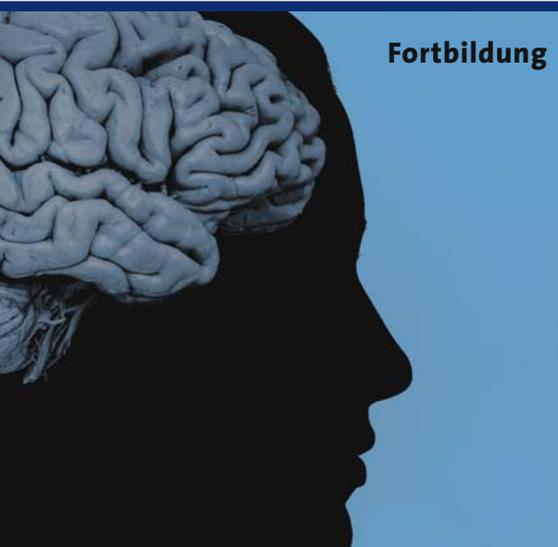
Wie bei der Beurteilung psychotherapeutischer Verfahren müssen auch bei der kritischen Beurteilung pharmakologischer Therapieoptionen analoge Caveats angemeldet werden. Diese betreffen die oft nur bescheidenen Therapieeffekte in den empirischen Studien, die weitgehende Vernachlässigung des Problems der psychiatrischen Komorbidität, die mangelhafte Untersuchung der Langzeitdimension in der Behandlung, fehlende kontrollierte Untersuchungen zu den Themen der Therapieresistenz einerseits, der Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie andererseits [Kapfhammer, 2010]. □

LITERATUR

beim Verfasser

Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Hans-Peter Kapfhammer

Klinik für Psychiatrie, Medizinische Universitätsklinik Graz/Österreich
E-Mail: Hans-Peter.Kapfhammer@klinikum-graz.at



Psychiatrische Kasuistik

Postpartale psychische Erkrankung

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 (N = neurologisch, P = psychiatrisch):

NT 2/2010

N: Augenflattern und unsicherer Gang – ein seltenes Syndrompaar

NT 3/2010

P: Dissoziative Anfälle bei Persönlichkeitsstörung

NT 4/2010

N: Gangstörung, Ataxie und Dysarthrie bei zerebraler Kalzinose

NT 5/2010

P: Bewusstseinsstörung mit fokalneurologischer Symptomatik nach EKT

NT 6/2010

N: Spinales Kavernom mit zwei unterschiedlichen Verläufen

NT 7–8/2010

P: Lithium-assoziiertes serotonerges Syndrom

NT 9/2010

N: Erneute Okulomotoriusparese nach Aneurysma-Klippung

Das **Online-Archiv** finden Sie auf den Homepages der Berufsverbände unter www.bvdn.de, www.neuroscout.de und www.bv-psychiater.de

Anamnese

Eine 27-jährige Patientin wird unter der Verdachtsdiagnose einer postpartalen mittelgradigen depressiven Episode zusammen mit ihrer vier Monate alten Tochter in unserer Mutter-Kind-Einheit zur gezielten antidepressiven Behandlung aufgenommen. Die Patientin hatte zuvor in der 29. Schwangerschaftswoche im Rahmen einer Notfallsectio bei Gestose ihre Tochter zur Welt gebracht. Das Mädchen musste die ersten beiden Lebensmonate in einem Brutkasten verbringen, habe sich nach diversen medizinischen Komplikationen jedoch insgesamt gut und unauffällig entwickelt.

Die Patientin berichtet, dass ein Monat vor Aufnahme erstmals in ihrem Leben eine niedergedrückte Stimmung, häufiges Weinen, massive Zukunftsängste, wiederholtes Derealisationserleben und intermittierende Suizidgedanken aufgetreten seien. Letztere könne sie nun nicht mehr kontrollieren, daher wolle sie sich stationär behandeln lassen.

In der psychiatrischen und psychopharmakologischen Vorgeschichte lassen sich keine vorbekannte Depression, keine ambulante nervenärztliche Vorbehandlung, keine stationär-psychiatrischen Vorbehandlungen und keine regelmäßige Medikamenteneinnahme explorieren. Es besteht eine ambulante Psychotherapie, die bereits seit fünf Wochen vor Aufnahme in wöchentlicher Frequenz durchgeführt wird. Die Familienanamnese für psychiatrische Erkrankungen ist leer.

Psychopathologischer Befund bei Aufnahme

Die Patientin hat ein gepflegtes Erscheinungsbild, ist wach, zu allen Qualitäten voll orientiert, im Kontakt zugewandt.

Konzentration und Aufmerksamkeit sind intakt, die Mnestic unauffällig. Die Stimmung ist deutlich niedergeschlagen, verzweifelt, affektiv wenig schwingungsfähig. Im formalen Denken ist die Patientin eingengt auf Zukunftsängste, Hoffnungslosigkeit und Wertlosigkeit. Sie gibt Derealisationserleben an. Weitere Ich-Störungen sowie Wahn und Halluzinationen werden glaubhaft verneint. Keine Zwänge. Antrieb und Appetit sind vermindert, Letzteres mit deutlichem Gewichtsverlust. Der Schlaf ist unbeeinträchtigt, während aber Lebensüberdrussgedanken die Patienten beschäftigen. Akute Suizidalität wird glaubhaft verneint. Es bestehen Absprachefähigkeit, Krankheits- und Behandlungseinsicht.

Internistischer und neurologischer Untersuchungsbefund

Unauffälliger und altersentsprechender internistischer Untersuchungsbefund. Kein fokalneurologisches Defizit.

Routinelabor, EKG, EEG

Unauffällig.

Therapie und Verlauf

Im Vordergrund der klinischen Symptomatik standen niedergedrückte Stimmung, Suizidgedanken, und Überforderungsängste. Die Patientin hatte bei Aufnahme bereits abgestellt. Wir begannen eine antidepressive Medikation mit Duloxetine, welches wir bei guter Verträglichkeit auf 60 mg pro Tag aufdosierten. Weiterhin gaben wir hinsichtlich der Suizidgedanken vorübergehend Lorazepam bis 3 mg pro Tag.

Die Patientin erhielt verhaltenstherapeutische Einzelgespräche, nahm an



Fragen

1. Folgende psychische Erkrankungen können postpartal auftreten:

1. Anpassungsstörung
2. Postpartale Depression
3. Postpartale psychotische Störung
4. Angst/Zwangsstörungen
5. Postpartum Blues

- a 5
- b 2, 5
- c 2, 3, 5
- d 1, 2, 3, 5
- e alle

2. Folgende Psychopharmaka gelten als Wirkstoffe mit geringem teratogenem Risiko, das bedeutet 0,1–1 Prozent exponierter Feten sind betroffen:

1. Lithium
2. Valproinsäure
3. Haloperidol
4. Clozapin
5. Olanzapin

- a 1
- b 2
- c 1, 2
- d 1, 3, 4, 5
- e keines

3. Welche Aussage(n) ist (sind) nicht richtig?

1. Eine erste Beschreibung psychiatrischer Symptome findet sich schon bei Hippokrates 400 v. Chr.
2. Ab dem 17. Jahrhundert wurden psychiatrische Erkrankungen im Wochenbett Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.
3. Im ICD 8 wurde postpartalen psychischen Erkrankungen eine eigene Kategorie zugewiesen.
4. Im ICD 9 gibt es keine eigene Kategorie.
5. Im ICD 10 wurden separate Diagnosen spezifischer postpartaler psychiatrischer Erkrankungen eingeführt, auf „sonst nicht klassifizierbare Ausnahmen“ wurde verzichtet.

- a 1, 2
- b 2, 5
- c 4, 5
- d 1, 4, 5
- e 2, 4, 5

4. Die FDA hat Kategorien eingeführt, die das Risiko von fetalen Abnormalitäten unter Medikation in der Schwangerschaft einschätzt. Die Kategorie D steht für "There is positive evidence of human foetal risk based on adverse reaction data from investigational or marketing experience or studies in humans, but potential benefits may warrant use of the drug in pregnant women despite potential risks". Folgende Antidepressiva fallen hierunter:

1. Amitriptylin
 2. Nortriptylin
 3. Imipramin
 4. Venlafaxin
 5. Bupropion
- a 1, 2
 - b 2, 3
 - c 1, 2, 3
 - d 1, 2, 3, 5
 - e alle

5. Als Risikofaktoren postpartal auftretender psychischer Erkrankungen werden diskutiert?

1. Positive Familienanamnese
 2. Positive psychiatrische Eigenanamnese
 3. Vorliegen eines prämenstruellen Syndroms
 4. Parität
 5. COMT-Polymorphismus
- a 1, 2, 3
 - b 2, 3
 - c 2, 3, 4, 5
 - d 1, 2, 3, 4
 - e alle

der depressionsspezifischen Hautzinger-Gruppe sowie an der Gruppe für mütterliche Kompetenz und den unspezifischen Therapien teil. Unter diesem Therapieregime kam es im Verlauf zu einer vollständigen Remission der depressiven Symptomatik. Die Versorgung des Babys von Seiten der Patientin gestaltete sich dabei während des gesamten stationären Aufenthaltes problemlos.

Wir entließen die Patientin remittiert bezüglich der depressiven Symptomatik zusammen mit ihrem Baby in ihre häusliche Umgebung und empfahlen eine Weiterführung der antidepressiven Medikation unter nervenärztlicher Kontrolle für mindestens sechs Monate. Zudem empfehlen wir der Patientin die ambulante Weiterführung der Verhaltenstherapie. Die Entlassungsmedikation war Duloxetin in mg: 60-0-0-0. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Dr. med. Carsten Urbanek
Prof. Dr. med. Michael Dettling
 Klinik und Hochschulambulanz für
 Psychiatrie und Psychotherapie
 Charité Universitätsmedizin Berlin
 Campus Benjamin Franklin
 Eschenallee 3, 14050 Berlin
 E-Mail: carsten.urbanek@charite.de

Lösungen

1e; 2a; 3b; 4c; 5d

Zu 1: Heutzutage geht man davon aus, dass alle psychiatrischen Störungsbilder postpartal auftreten können, wengleich affektive Syndrome (Postpartum Blues („Heultage“) und postpartale Depressionen am häufigsten auftreten (siehe Referenzen 1, 8, 9, 12).

Zu 2: Antwort 1: Lithium hat ein geringes teratogenes Risiko, denn das für eine Ebstein-Anomalie beträgt etwa 1/1.000 nach Exposition in der Frühschwangerschaft (Spontaninzidenz Ebstein-Anomalie zirka 1/20.000, das heißt RR zirka 20 [Referenz 11]). Antwort 2: Valproinsäure hat generell ein hohes und das höchste embryotoxische Risiko unter den Antiepileptika,

Fortsetzung →

Lösungen

eine zwei- bis dreimal höhere Fehlbildungsrate, 20- bis 30-mal häufiger Neuralrohrdefekte (Referenz 11). Antworten 3–5: Weder Haloperidol noch Clozapin und Olanzapin (bei allen gibt es mittlerweile jeweils mehr als 200 veröffentlichte Schwangerschaftsverläufe) haben bisher ein teratogenes Risiko gezeigt. Dies trifft mit hoher Wahrscheinlichkeit auch auf alle anderen Atypika zu, hier wurden bisher aber noch nicht ausreichende Fallberichte veröffentlicht.

Zu 3: Antwort 1: (siehe Referenz 4). Antwort 2: Erst im 19. Jahrhundert wurden erste wissenschaftliche Betrachtungen zum Thema von Esquirol durchgeführt (siehe Referenz 5). Antwort 5: Hinsichtlich der Klassifizierungen im ICD 10 gilt genau das Gegenteil (siehe dort ICD 10 F53).

Zu 4: Antworten 1–3 sind korrekt. Zu den anderen Antworten: Venlafaxin gehört zur Klasse C (“Animal reproduction studies have shown an adverse effect on the foetus and there are no adequate and well-controlled studies in humans, but potential benefits may warrant use of the drug in pregnant women despite potential risks.”). Bupropion gehört zur Klasse B (“Animal reproduction studies have failed to demonstrate a risk to the foetus and there are no adequate and well-controlled studies in pregnant women OR Animal studies which have shown an adverse effect, but adequate and well-controlled studies in pregnant women have failed to demonstrate a risk to the foetus in any trimester”) (siehe Referenzen 2, 6).

zu 5: Antworten 1–4: Alle hier genannten genetischen und soziodemografischen Risikofaktoren werden/wurden als Risikofaktoren für postpartale psychische Erkrankungen zum Teil kontrovers diskutiert (Referenzen 3, 7, 10). COMT-Polymorphismen werden bei allerhand psychiatrischen Störungsbildern als relevant beschrieben, in diesem Kontext allerdings (bisher) noch nicht.

Schikanieren am Arbeitsplatz

Wenn ein neuer Begriff im Nu die gesamte Gesellschaft übergreift und schließlich auch die Dämme der Skepsis der Psychiatrie durchbricht und dort, weil von einer Vielzahl von Patienten „angeboten“ und für die Schilderung ihres Krankwerdens vehement eingesetzt auch in den fachlichen Sprachgebrauch eingeht, dann ist es dringend an der Zeit, über diesen Begriff und das Geschehen, das er ausdrücken soll, ausführliche Rechenschaft abzulegen. Peter Teuschel hat dies in kluger, abwägender und ausführlicher Weise in seiner Monografie „Mobbing“ getan. Er greift dabei auf seine großen Erfahrungen als niedergelassener Psychiater zurück. Die grundsätzliche psychiatrisch-wissenschaftliche Fundierung, die ruhige und sachliche Auslotung alles dessen, was inzwischen unter Mobbing verstanden und was damit in Zusammenhang gebracht wird, macht die Qualität dieses Bandes aus. Teuschel stellt umfassend dar, wie sich die Tatsache des konflikthaften Schikanierens auf die Psyche der Betroffenen auswirkt, er charakterisiert



P. Teuschel
Mobbing: Dynamik – Verlauf – gesundheitliche und soziale Folgen.
Schattauer, Stuttgart, New York, 2010,
208 S., 29,95 EUR
ISBN: 978-3-7945-2682-6

Typen von Mobbing-Opfern, zählt die Konsequenzen für den Privatbereich, die Wirtschaft, die Gesellschaft auf und skizziert schließlich Behandlungsmöglichkeiten.

Teuschels Monografie sind viele interessierte Leser zu wünschen, denn sie enthält sich jeglicher Übertreibung und fordert schließlich auch dazu auf, den Begriff „Mobbing“ nur strikt auf Arbeitsplatzkonflikte anzuwenden und ihn nicht dadurch zu entwerten, indem er inflationär ausgeweitet wird. **az**

Als Gottes Atem leiser ging

Gerhard Köpf, Literaturprofessor, hochgeschätzter Autor von Romanen, Erzählungen, Essays und Hörspielen und natürlich jedem NEUROTRANSMITTER-Leser bekannt durch seine einzigartigen Darstellungen von Psychiatern in der Literatur unter der Rubrik „Psychopathologie in Literatur und bildender Kunst“ hat kürzlich eine feingeistige, berührende Erzählung herausgebracht, die dem Leben des Dichters Graf Eduard von Keyserling gewidmet ist. Die ganz besondere Färbung erhält Gerhard Köpfs kleine Romanbiografie dadurch, dass er sie vom Diener des Dichters, einem zwar ein wenig kauzigen aber kunstsinnigen und eleganten alten Herrn berichten lässt. Dieser, Dr. Gustaf „Gustl“ Loiblfing von Namen, der als junger Mann in den Dienst des kurländischen Adeligen getreten war, um sein Medizinstudium zu finanzieren und der schließlich den Grafen bis zu seinem Tod begleitete, studiert nach dem Ende des 2. Weltkrieges

Kunstgeschichte und arbeitet „nebenbei“ in einem Ministerium bis zu seiner Pensionierung. Aber das ist die zweite Geschichte in dieser Geschichte, nicht minder romanhaft als die erste, und am Ende laufen gar beide ineinander, sodass man nicht mehr weiß, ist der stets Fliegen tragende Loiblfing noch er selber oder hat er sich von Keyserlings Leben so angeeignet, dass er sich und seinen hochverehrten früheren Herrn nicht mehr auseinander halten kann und will.

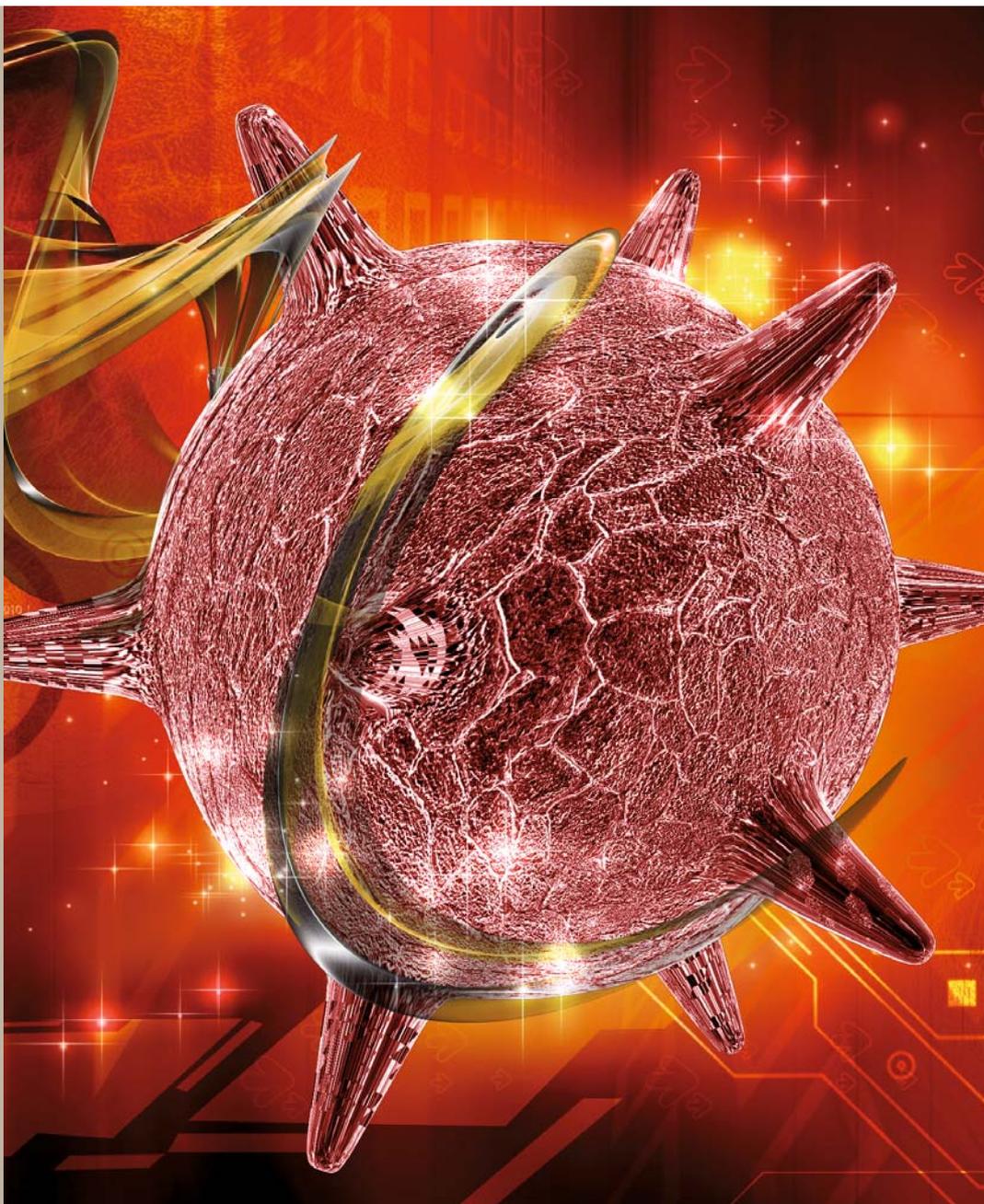
Aber das war jetzt nur der Rahmen. Lesen Sie die Erzählung, um den eigentlich Dargestellten kennen zu lernen, Graf Eduard von Keyserling, von dem es ob seiner tief sinnig-zarten Erzählweise heißt: „Als Gottes Atem leiser ging, schuf er den Grafen Keyserling.“ **az**

Gerhard Köpf
Als Gottes Atem leiser ging.
Erzählung. Allitera Verlag, München, 2010,
96 S., 11,90 EUR, ISBN: 978-3-86906-094-1

Infektionen des Nervensystems durch Herpesviren

Humane Herpesviren sind neurotrope Erreger und erzeugen durch ihre besondere Affinität zum Nervensystem häufig neurologische Erkrankungen. Wichtigste Krankheitsbilder sind die Herpes-simplex-Enzephalitis und die neurologischen Komplikationen, die das Varizella-zoster-Virus auslösen kann.

CHRISTIAN JACOBI, BRIGITTE WILDEMANN



Die Durchseuchung der Bevölkerung ist bereits in der Adoleszenz für alle Herpesviren hoch.

Bei den humanen Herpesviren (HHV) handelt es sich um die DNA-Viren Herpes-simplex-Virus1 (HSV1) [HHV-1], Herpes-simplex-Virus2 (HSV2) [HHV-2], Varizella-zoster-Virus (VZV) [HHV-3], Epstein-Barr-Virus (EBV) [HHV-4], Zytomegalievirus (CMV) [HHV-5] und das HHV-6 (Drei-Tage-Fieber). HSV1, HSV2 und VZV erreichen anders als die Mehrzahl anderer viraler Pathogene das Nervensystem primär neural. Nach Primärinfektion der Haut und Schleimhäute gewinnen die Viren Zugang zu Nervenendigungen und die Replikation in der Peripherie erzeugt das typische vesikuläre Exanthem. Nach transaxonalem Transport gelangen die Viren in neuronale Zellkörper. Dort replizieren sie oder persistieren lebenslang und erzeugen somit eine latente Infektion. Zu einem späteren Zeitpunkt kann eine Reaktivierung erfolgen. In der Phase der Latenz ist das virale Genom in das Wirtsgenom integriert, ohne dass Virusproteine und infektiöse Viruspartikel gebildet werden. Im Falle einer Reaktivierung kann es erneut zum axonalen Transport in die Peripherie mit mukokutanen Symptomen kommen.

HSV – Herpes-simplex-Virus Typ 1 und 2

Die klassische Krankheitsmanifestation von HSV1 ist der Herpes labialis; die durch HSV2 verursachte Prototypenkrankung ist der Herpes genitalis. Beide Infektionen sind infolge des typischen Infektionsmodus sehr häufig rekurrend. Gewinnen die Herpesviren Zugang zum Nervensystem kann HSV1 als kardinale und höchst bedrohliche Erkrankung eine nekrotisierende Enzephalitis erzeugen; HSV2 bei Neugeborenen eine prognostisch ungünstige Enzephalitis. Dagegen ist HSV2 bei Erwachsenen weniger aggressiv und als Auslöser aseptischer Meningitissyndrome bekannt. Die Bedeutung von HSV1 bei der idiopathischen Fazialisparese wird kontrovers diskutiert.

HSVE – Herpes simplex Virus-Enzephalitis

Die Herpes-simplex-Enzephalitis (HSVE) ist die häufigste Ursache für eine sporadische Enzephalitis in Westeuropa (bei Kindern im Alter über sechs Monate und Erwachsenen). Die Inzidenz der HSVE wird mit zirka fünf Fällen pro eine Million Einwohner angegeben. Vorwiegend tritt die HSVE bei immunkompetenten Personen auf, seltener auch bei Immuninkompetenten. HSV1 ist in etwa 95 Prozent der Fälle das auslösende Pathogen und führt als ausgesprochen neurovirulentes Virus zu einer hämorrhagischen nekrotisierenden Enzephalitis, die sich typischerweise in den basalen Anteilen des Temporal- und des Frontallappens manifestiert. Die Erkrankung hat eine enorm hohe Mortalität und Morbidität und verläuft unbehandelt durch Hirndruckentwicklung bei 80 Prozent der Erkrankten letal. Wird die Erkrankung frühzeitig diagnostiziert und eine antivirale Therapie rechtzeitig begonnen, kann die Letalität auf zirka 20 Prozent gesenkt werden. Selbst bei frühzeitiger Therapie sind jedoch residuale Symptome häufig, in erster Linie psychopathologische Auffälligkeiten und Gedächtnisstörungen.

Pathogenese

Die typische Ausbreitung für HSV1 ist der transaxonale Transport entlang des Bulbus und des Tractus olfactorius (oder entlang des N. trigeminus) in das limbische System. Es ist unklar,

ob die HSVE über eine primäre Infektion mit HSV1 ausgelöst wird oder durch eine Reaktivierung des Virus (z. B. innerhalb des Ganglion Gasserii). Für eine Primärinfektion spricht, dass sich bei Patienten, bei denen vor Ausbruch der HSVE auch ein Herpes labialis bekannt war, die Virusisolate aus dem ZNS von den Virusisolaten aus den orolabialen Vesikeln unterscheiden.

Klinik

Einer HSVE gehen meist grippeähnliche Prodromalerscheinungen voraus, gefolgt von den unspezifischen Symptomen einer Meningoenzephalitis (Kopfschmerzen, Fieber, Nackensteife, Anfälle, Vigilanzstörung). An eine HSVE muss unbedingt gedacht werden, wenn zusätzlich zu diesen Beschwerden fokale Symptome vorhanden sind, die auf einen temporal lokalisierten Entzündungsprozess hindeuten: Dieses sind insbesondere Aphasie, Hemiparese, Gesichtsfeldstörungen und psychotische Symptome.

Diagnostik

Die Sicherung der Diagnose erfolgt durch die typischen neuro-radiologischen Veränderungen in Kombination mit dem Liquorbefund. Die typischen Signalabnormitäten der HSVE temporo- und frontobasal sind in der cranialen Kernspintomografie (MRT) früh, das heißt mit oder kurz nach Beginn der neurologischen Defizite nachweisbar. Das craniale Computertomogramm (CCT) ist zu diesem Zeitpunkt meistens noch normal. Bleibt die Erkrankung unbehandelt oder bei sehr schweren Verläufen entwickeln sich schnell ausgedehnte Nekrosen und eine vital bedrohliche Hirnschwellung, die in der Bildgebung deutlich zu erkennen sind. Liquordiagnostisch zeigt sich eine lymphozytäre Pleozytose und eine Blut-Liquorschranken-funktionsstörung (Erhöhung des Gesamtprotein und erhöhter Albuminquotient). Goldstandard der Erregerdiagnostik ist bei Verdacht auf eine HSVE der Nachweis von Genombestandteilen mittels Polymerase-Chain Reaction (PCR). Der qualitative Nachweis von HSV1-DNA gelingt mit einer Sensitivität von 95 Prozent und einer Spezifität von annähernd 100 Prozent. Die PCR wird sehr früh (Tag 1 oder 2), nach Einsetzen der klinischen Symptome positiv und Virusgenome lassen sich noch bis zu vier Tage nach Beginn einer antiviralen Therapie nachweisen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die PCR negativ ausfallen kann. Dies kann zum Beispiel bei nicht mehr ganz frischer Infektion und bereits vorhandener HSV-spezifischer Antikörperproduktion der Fall sein. Der Antikörperindex (AI), der eine HSV1-spezifische intrathekale Antikörpersynthese nachweist, hat eine der PCR vergleichbare Sensitivität und Spezifität, wird aber infolge des perakuten Krankheitsverlaufes nicht vor der zweiten Krankheitswoche nachweisbar und ist daher der PCR klar unterlegen.

Therapie

Schon bei klinischem Verdacht auf eine HSVE ist eine unverzügliche Therapie mit Aciclovir erforderlich, auch wenn der MRT-Befund noch nicht vorhanden ist und die Ergebnisse der Liquoranalytik noch ausstehen. Aciclovir wird in einer Dosis von 10 mg/kg KG dreimal täglich über 14 bis 21 Tage verabreicht. Noch unklar ist der Stellenwert einer adjuvanten Be-

handlung mit Kortikosteroiden. Letztere erscheint, ähnlich wie bei bakterieller Meningitis, plausibel, da es tierexperimentell mehrere Hinweise gibt, dass die viral ausgelöste Entzündungsreaktion Sekundärschäden erzeugt und den Krankheitsverlauf nachteilig beeinflusst. Derzeit gibt es in Deutschland, Österreich und der Schweiz eine Multizenterstudie (GACHE-Studie), die den Effekt von 40 mg Dexamethason versus Placebo über vier Tage (erste Dosis nach Bestätigung der Diagnose durch PCR) als additive Therapie zu Aciclovir bei Patienten mit gesicherter HSVE überprüft.

Fazialisparese

Eine pathophysiologische Bedeutung von HSV1 wird seit Jahren auch für die idiopathische Fazialisparese diskutiert. Als mutmaßlich auslösender Faktor wird eine virale Reaktivierung im Ganglion geniculi des VII. Hirnnerven angenommen, das innerhalb des Fazialiskanals (Meatus acusticus internus) lokalisiert ist. Zeichen einer latenten Infektion mit HSV1 innerhalb dieses Ganglions finden sich in unselektierten Autopsien in 70 bis 90 Prozent der Fälle. In einer 1996 publizierten Arbeit ließen sich bei Patienten, bei denen infolge einer Fazialisparese eine operative Kompression des Nerven vorgenommen wurde, als Hinweis auf eine virale Reaktivierung in 11 von 14 Fällen HSV1-Genome in der endoneuralen Flüssigkeit (10/13) und/oder im Musculus auricularis posterior (8/14) nachweisen. In weiteren Studien wurde HSV1 im Speichel und/oder in Zungenabstrichen genomisch oder kulturell in etwa 40 Prozent bei peripherer Fazialisparese gefunden. Die Detektion viraler Genome gelang dagegen nicht bei gesunden Personen und auch nicht bei Patienten mit einer Fazialisparese infolge eines Zoster oticus, der durch eine Reaktivierung von

VZV innerhalb des Ganglion geniculi hervorgerufen wird. Angesichts dieser Befunde wurde in mehreren Studien der Nutzen antiviraler Substanzen mit oder ohne begleitende Basistherapie mit Kortikosteroiden getestet. Bisher erbrachte die zusätzliche antivirale Therapie jedoch in keiner Studie einen zusätzlichen Benefit. In einer Placebo-kontrollierten und doppelblinden Studie (n = 496) konnte ein Nutzen für Aciclovir nicht gezeigt werden. Andererseits wurde für Valaciclovir, das gegenüber Aciclovir eine bessere Bioverfügbarkeit aufweist, in Kombination mit Prednison gegenüber einer alleinigen Therapie mit Prednison ein Vorteil beschrieben (komplette Fazialiserholung in 96,5 Prozent der Fälle versus 89,7 Prozent unter Monotherapie mit Prednison). Die Kontroverse bleibt jedoch weiterhin bestehen, da sich dieses Ergebnis in einer kürzlich publizierten kontrollierten Multizenterstudie (n = > 800) wiederum nicht bestätigen ließ. Aufgrund der aktuellen Studienlage kann eine zusätzliche Therapie mit Virostatika bei idiopathischer Fazialisparese nicht generell empfohlen werden.

HSV2 – Herpes-simplex-Virus Typ 2

Neurologische Manifestationen einer HSV2-Infektion führen zu Meningitiden, Enzephalitiden und Myelitiden. Hier ist insbesondere auf die neonatale HSV2-Enzephalitis, die aseptische Meningitis, die Mollaret-Meningitis und die aufsteigende Myelitis bei HIV-Infizierten einzugehen.

Pathogenese

Das HSV2 wird bei Erwachsenen sexuell übertragen und erzeugt in den sakralen sensorischen Ganglienzellen eine latente Infektion. Bei aktiver genitaler Infektion während der Schwangerschaft besteht die Gefahr der neonatalen Übertragung.

Neurologische Manifestationen, Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen durch Herpesviren			
Erreger	Neurologische Manifestationen	Diagnostik	Therapie
HSV1 [HHV-1]	Nekrotisierende Enzephalitis, Meningitis, Myelitis (Fazialisparese)	MRT, EEG, PCR (Liquor), HSV-Antikörperindex	Aciclovir i.v.
HSV2 [HHV-2]	Meningitis, Mollaret-Meningitis, Enzephalitis, Myelitis	PCR (Liquor), Eosinophile in der Liquorzytologie	Aciclovir i.v.
VZV [HHV-3]	Herpes zoster (Ganglionitis), Meningitis, Myelitis, Enzephalitis, Zerebellitis, Guillain-Barré-Syndrom, Granulomatöse Vaskulitis, Kleingefäßvaskulitis	PCR (Liquor), VZV-Antikörperindex, MRT (MRA), EEG	Herpes Zoster ohne Komplikationen: Valaciclovir p.o. Alternative: Famciclovir, Brivudin Immunsuppression/Neuromanifestationen: Aciclovir i.v., (Foscarnet)
	Postzosterische Neuralgie	Typische Klinik, Schmerzsyndrom nach VZV-Infektion	Gabapentin, Pregabalin, Amitriptylin, Nortriptylin
EBV [HHV-4]	Meningitis, Enzephalitis, Zerebellitis, Polyneuroradikulitis, Primär zerebrale Lymphome	PCR (Liquor), Serologie	Ganciclovir
CMV [HHV-5]	Meningoenzephalitis, Myelopolyradikulitis, Polyneuroradikulitis, Retinitis	PCR (Liquor), CMV-Antikörperindex	Ganciclovir Alternative: Foscarnet Retinitis: Cidofovir
HHV-6	Meningitis, Meningoenzephalitis	MRT, Antikörpertiteranstieg im Serum (4-fach), Liquorkultur	Foscarnet

Erkrankungsbilder

Bis zu 35 Prozent der Personen mit einem HSV2-induzierten Herpes genitalis entwickeln eine *aseptische Meningitis*, die etwa zeitgleich mit dem Auftreten der genitalen Effloreszenzen entsteht und selbstlimitierend verläuft. Eine spezielle Manifestation ist die *Mollaret-Meningitis*. Sie kann ohne oder in Verbindung mit einem Herpes genitalis vorkommen und ist gekennzeichnet durch kurze, rezidivierende Meningitisepisoden mit symptomfreien Intervallen von Wochen bis Monaten bis Jahre (12 bis 24 Stunden nach Einsetzen der Symptome überwiegend Granulozyten und Mollaret-Zellen = große mononukleäre Zellen mit irregulärem und unscharfen Rand der Kern- und Zellmembran).

In seltenen Fällen ist HSV2 bei Erwachsenen der Auslöser der *HSVE*. HSV2-induzierte Erkrankungen machen insgesamt nur 2 bis 7 Prozent aller Fälle aus. Betroffen sind im Gegensatz zu HSVE durch HSV1 in erster Linie immunsupprimierte Patienten. HSV2 befällt deutlich seltener als HSV1 die temporo- und frontobasalen Regionen des Gehirns, sondern bevorzugt den Hirnstamm und die Stammganglien. Das MRT kann auch normal sein oder unspezifische Läsionen zeigen. Die *neonatale HSV2-Enzephalitis* hat eine ausgesprochen ungünstige Prognose und wird in 80 Prozent der Fälle durch HSV2 erzeugt. Insbesondere bei Patienten mit AIDS kann eine *aufsteigende Myelitis* vorkommen, die bevorzugt das Thorakalmark und die lumbosakralen Wurzeln betrifft.

Diagnostik

Diagnostisch wegweisend ist neben der lymphozytären Pleozytose mit bis zu 1.000 Zellen/ μ l der Nachweis von HSV2-Genomen im Liquor mittels PCR. Zusätzlich charakteristisch für die durch HSV2 verursachten Meningitisformen sind Eosinophile in der Liquorzytologie.

Therapie

Eine Therapieindikation bei HSV2-Neuromanifestationen besteht, wenn eine HSV2-Meningitis in Kombination mit einer genitalen Infektion auftritt. Empfohlen wird Aciclovir in einer Dosierung von dreimal 5 mg/kg KG i. v. über fünf Tage. Auch bei Mollaret-Meningitis ist eine antivirale Therapie ratsam, aber nur bei hoher Attackenfrequenz und schweren Attacken. Mögliche Alternativen sind Aciclovir zwei- bis dreimal 200–400 mg oder Valtrex einmal 500–1.000 mg oder Famvir zweimal 125–250 mg jeweils oral für ein Jahr. Enzephalitis und Myelitis müssen hochdosiert mit Aciclovir analog zur HSVE behandelt werden.

VZV – Varizella-zoster-Virus

Das VZV verursacht Windpocken und Gürtelrose (Herpes zoster). Nach der Erstinfektion kommt es zu einer Persistenz des Virus in den Ganglien der Hirn- und Spinalnerven. Eine Impfung gegen VZV wird seit 2004 im Kleinkindalter empfohlen. Auch im Erwachsenenalter ist die Impfung bei seronegativen Frauen mit Kinderwunsch und bei seronegativen Personen vor einer geplanten Organtransplantation oder immunsuppressiven Therapie indiziert. Das Risiko einen Herpes zoster im Laufe des Lebens auszubilden liegt bei 10 bis 20

Prozent jenseits des 60. Lebensjahres. Immunsupprimierte Patienten haben ein sechs- bis achtfach höheres Risiko an einer Gürtelrose zu erkranken. Seit 2006 ist mit Zostavax eine Vakzine für die Impfung von Personen ab 60 Jahren verfügbar. Zostavax verbessert die mit dem Alter nachlassende VZV-spezifische Immunität und verminderte in einer großen, doppelblinden, Placebo-kontrollierten Studie in einem Beobachtungszeitraum von drei Jahren im Vergleich zu Placebo die Häufigkeit eines Herpes zoster um 51 Prozent und die Inzidenz einer postherpetischen Neuralgie um 67 Prozent.

Klinik

Neurologische Komplikationen können bei Erstinfektion und Reaktivierung auftreten. So können eine Varizellenenzephalitis und eine Zosterenzephalitis unterschieden werden. Meist treten die neurologischen Komplikationen in Verbindung mit einer Zosterganglionitis auf, selten aber auch ohne ein erkennbares typisches Exanthem. Typische neurologische Manifestation bei VZV-Infektion ist eine milde aseptische Meningitis. Die Häufigkeit einer VZV-Enzephalitis, die meist ein bis zwei Wochen nach dem Exanthem auftritt, wird mit ein bis zwei Fällen auf 10.000 VZV-Infizierte angegeben. Im Zusammenhang mit einem Zoster ophthalmicus kann es vorwiegend bei älteren, aber immunkompetenten Personen durch Übergreifen der Entzündung auf die A. carotis interna zu einer granulomatösen Vaskulitis großer Gefäße kommen, die innerhalb von Wochen bis Monaten nach der akuten Infektion einen ipsilateralen Hirninfarkt auslösen kann. Gravierende Komplikationen, von denen in erster Linie immungeschwächte Patienten betroffen werden, sind Meningoenzephalitis, Zerebellitis und Myelitis. Hier sind insbesondere Patienten nach Organtransplantation, Malignompatienten und AIDS-Patienten im Stadium IV zu nennen. Außerdem kann es bei Immunschwäche zu einer schwer zu diagnostizierenden Kleingefäßvaskulitis kommen. Hinweis auf diese Erkrankung ist ein Herpes zoster in der Vorgeschichte, Wochen bis Monate vor dem Einsetzen der Symptome. Infolge eines Herpes zoster kann es als Prototyp eines chronischen neuropathischen Schmerzsyndroms auch zu einer postzosterischen Neuralgie kommen. Das Risiko daran zu erkranken steigt mit zunehmendem Lebensalter.

Diagnostik

Neben den bildgebenden Verfahren (MRT, MRA), die entzündliche Veränderungen oder im Falle einer VZV-Vaskulitis entsprechende Gefäßbefunde und Infarkte aufzeigen, ist insbesondere die Liquordiagnostik für die Diagnosestellung relevant. Im EEG zeigen sich häufig pathologische Veränderungen (Slow-Wave-Aktivität). Liquordiagnostisch findet sich bei Infektion eine lymphozytäre Pleozytose. Die Sicherung der Diagnose erfolgt durch den Erregergenomnachweis im Liquor. Der Genomnachweis gelingt zuverlässig mittels PCR. Indirekt kann durch die Berechnung einer intrathekalen VZV-spezifischen Antikörpersynthese (Antikörperindex) eine Infektion nachgewiesen werden. Die Sensitivität und Spezifität der VZV-PCR liegen bei zirka 90 beziehungsweise 95 Prozent. Der ebenfalls beweisende Antikörperindex, kann anders als bei der HSVE wegen des eher subakuten Verlaufs bei zirka 50 bis 60

Prozent der Patienten bereits bei der ersten Lumbalpunktion positiv sein. Eine der PCR vergleichbare Sensitivität von 90 bis 100 Prozent bekommt der Antikörperindex aber erst ab der dritten Krankheitswoche.

Therapie

Ein Herpes zoster ohne weitere Komplikationen wird oral mit einem Virostatikum therapiert. Mittel der ersten Wahl ist Valaciclovir dreimal 1 g p.o. über sieben Tage, das sich vergleichen mit Aciclovir als wirksamer erwies und eine Verkürzung der Schmerzperiode erzielt (wird rasch in Aciclovir umgewandelt, drei- bis fünffach erhöhte Bioverfügbarkeit). Alternative ist Famciclovir dreimal 500 mg p.o. über sieben Tage oder Brivudin 125 mg/Tag über sieben Tage (nicht bei Einnahme von Fluorouracil). Ein Herpes zoster bei abwehrgeschwächten Patienten sowie alle VZV-Neuromanifestationen werden wie die HSVE mit i.v. Aciclovir 10 mg/kg KG behandelt. Alternativen stellen Brivudin (Varizellenencephalitis) und Foscarnet (Zosterencephalitis) dar. Die Behandlung der postzosterischen Neuralgie kann unter anderem mit Gabapentin, Pregabalin oder Amitryptilin erfolgen.

Infektionen durch EBV, CMV und HHV-6

Das Epstein-Barr-Virus (EBV), das Zytomegalievirus (CMV) und HHV-6 sind klassische opportunistische Pathogene und können ähnlich wie VZV bei Vorliegen einer Immunschwäche lebensbedrohliche Infektionen des Nervensystems verursachen.

Die meisten Menschen werden im Kindesalter mit EBV infiziert, die Infektion in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter verläuft in etwa der Hälfte der Fälle unter dem klinischen Bild einer Mononucleosis infectiosa (Pfeiffer-Drüsenfieber) mit Fieber, Pharyngitis, Lymphknotenschwellungen und Splenomegalie. Mehr als 98 Prozent der Bevölkerung sind spätestens im Alter von 40 Jahren mit EBV infiziert. Das Virus persistiert in den B-Zellen. Selten kommt es bei EBV-Infektionen zu neurologischen Komplikationen (u. a. Meningitis, Enzephalitis, Zerebellitis, Myelitis). Bei immuninkompetenten Personen kann es zu einer Reaktivierung von EBV und dadurch bedingter schwerer Meningoenzephalitis kommen. Neben den meningoenzephalitischen Symptomen Fieber, Kopfschmerzen, Meningismus und Vigilanzstörungen führt die Erkrankung häufig zu weiteren fokalen neurologischen Auffälligkeiten (Hemiparese, Chorea). Der liquordiagnostische Nachweis einer EBV-Enzephalitis erfolgt über die PCR. Therapeutisch wird vor allem Ganciclovir eingesetzt. Auch Neoplasien im Bereich des ZNS werden bei Immuninkompetenz durch EBV verursacht (z. B. primär zerebrale Lymphome).

Die Durchseuchung der Bevölkerung mit CMV liegt bei 50 bis 60 Prozent (einzelne Publikationen beschreiben eine Seroprävalenz bis zu 90 Prozent). Bei Vorliegen einer Immunschwäche kann eine Reaktivierung des Virus zu schweren neurologischen Komplikationen führen. So können unter anderem Meningoenzephalitis (rasch progrediente Demenz, akute Enzephalopathie) und Radikomyelopathien (insbesondere im lumbosakralen Bereich) auftreten. Liquordiagnostisch erfolgt die Diagnosestellung mittels PCR oder anhand der Berechnung einer CMV-spezifischen intrathekalen Antikörpersynthese (Antikör-

perindex). Die Behandlung erfolgt mit Ganciclovir. Als Alternative stehen Foscarnet und bei einer CMV-Retinitis Cidofovir zur Verfügung.

Die Infektion mit HHV-6 im Kindesalter erzeugt das Exanthema subitum. HHV-6 kann bei immungeschwächten Personen eine Meningitis und Meningoenzephalitis verursachen. In der Literatur sind nur wenige Fälle beschrieben. Im MRT zeigt sich ein isolierter Befall des mesialen Temporallappens. Der Nachweis im Liquor gelingt über eine PCR, wobei eine Differenzierung von latenter Infektion und aktiver Replikation nicht möglich ist. Für die Diagnosestellung sind daher ein vierfacher Titeranstieg (Antikörper gegen HHV-6) im Serum und eine Isolation des Virus in der Liquorkultur nötig. Die Behandlung kann mit Foscarnet erfolgen.

Fazit

Neurologische Manifestationen, Diagnostik und Therapie sind in der Tabelle auf Seite 44 zusammengefasst. Infektionen durch Herpesviren führen häufig zu Erkrankungen des Nervensystems. Wichtigste Krankheitsbilder sind die HSVE und die neurologischen Komplikationen, die das VZV im Zusammenhang mit einem Herpes zoster auslösen kann. Insbesondere HSV2 und VZV müssen bei immunsupprimierten Patienten als opportunistische Pathogene mit berücksichtigt werden. EBV, CMV und HHV-6 spielen ebenfalls als opportunistische Erreger eine wichtige Rolle. Eine rasche Diagnosestellung und schnellstmöglicher Therapiebeginn sind prognostisch relevant.

LITERATUR

beim Verfasser

Dr. med. Christian Jacobi

Neurologische Universitätsklinik Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg und
Neurologische Klinik Krankenhaus Nordwest GmbH
Steinbacher Hohl 2–26, 60488 Frankfurt
E-Mail: jacobi.christian@khnw.de

Sammeln Sie CME-Punkte ...

... mit unserer von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten zertifizierten Fortbildung. Wenn Sie sieben bis neun der Fragen korrekt beantworten, erhalten Sie **2 CME-Punkte**. Beantworten Sie alle Fragen richtig, werden **3 CME-Punkte** vergeben. Weitere Informationen finden Sie unter www.cme-punkt.de/faq.html.

Bitte beachten Sie, dass jeweils die für Sie zuständige Landesärztekammer über die volle Anerkennung der im Rahmen dieses Fortbildungsmoduls erworbenen CME-Punkte entscheidet. Nähere Informationen dazu finden Sie unter www.cme-punkt.de/kammern.html.

So nehmen Sie teil!

Füllen Sie unter www.cme-punkt.de den Online-Fragebogen aus. Unmittelbar nach der Teilnahme erfahren Sie, ob Sie bestanden haben, und können die Bescheinigung für Ihre Ärztekammer sofort ausdrucken. Zudem finden Sie hier sämtliche CME-Module des Verlags Urban & Vogel.

Die Fragen beziehen sich auf die beiden Fortbildungsbeiträge der vorangegangenen Seiten. Die Antworten ergeben sich zum Teil aus dem Text, zum Teil beruhen sie auf medizinischem Basiswissen.

**CME-Fragebogen****Herpesviren**

Es ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit (Richtig- oder Falschaussage) zutreffend.

1. Welche Aussage zu Varizella-Zoster-Virus (VZV) bedingten Infektionen trifft zu?

- A** Typische neurologische Manifestation der VZV-Infektion ist eine schwere Meningoenzephalitis.
- B** Infolge eines Herpes zoster kann es zu einem chronischen neuropathischen Schmerzsyndrom kommen.
- C** Immunsupprimierte Patienten haben kein erhöhtes Risiko an einem Herpes zoster zu erkranken.
- D** Eine Impfung gegen VZV ist nicht verfügbar.
- E** Das Risiko einen Herpes zoster auszubilden liegt jenseits des 60. Lebensjahres bei 50 Prozent.

2. Welche Aussage zu neurologischen Manifestationen einer HSV2-Infektion trifft nicht zu?

- A** Neurologische Manifestationen führen zu Meningitiden, Enzephalitiden und Myelitiden.
- B** 35 Prozent der Patienten mit einem HSV2-induzierten Herpes genitalis entwickeln eine aseptische Meningitis.
- C** Die neonatale HSV2-Enzephalitis hat eine günstige Prognose.
- D** Die Mollaret-Meningitis ist durch kurze rezidivierende Meningitisepisoden gekennzeichnet.
- E** Bei Patienten mit AIDS kann es zu einer aufsteigenden Myelitis kommen.

3. Welche Aussage zur Herpes-simplex-Enzephalitis trifft zu?

- A** Sie ist die zweithäufigste Ursache für eine sporadische Enzephalitis in Westeuropa.
- B** Sie tritt vorwiegend bei Immuninkompetenten auf.
- C** Die Erkrankung hat eine geringe Mortalität und Morbidität.

- D** Sie manifestiert sich typischerweise in den basalen Anteilen des Temporal- und Frontallappens.
- E** Sie verläuft unbehandelt bei 20 Prozent der Erkrankten letal.

4. Welche Aussage zur Diagnostik der Herpes-simplex-Enzephalitis trifft nicht zu?

- A** Die Sicherung der Diagnose erfolgt anhand der neuroradiologischen Veränderungen in Kombination mit dem Liquorbefund.
- B** Das kraniale Computertomogramm ist initial meist unauffällig.
- C** Die PCR wird sehr früh nach Einsetzen der klinischen Symptome positiv und hat eine Sensitivität von zirka 95 Prozent.
- D** Das kraniale Kernspintomogramm zeigt meistens bereits in der frühen Phase der Erkrankung Signalabnormitäten.
- E** Liquordiagnostisch zeigt sich bereits zu Erkrankungsbeginn eine intrathekale Synthese herpesspezifischer Antikörper.

5. Welche Aussage zur klinischen Symptomatik und Therapie der Herpes-simplex-Enzephalitis trifft nicht zu?

- A** Meist gehen den unspezifischen enzephalitischen Symptomen grippeähnliche Prodromalerscheinungen voraus.



- B** An eine Herpes-simplex-Enzephalitis muss unbedingt bei Symptomen die auf einen temporalen Entzündungsprozess hindeuten gedacht werden.
- C** Die Behandlung muss bereits bei klinischem Verdacht begonnen werden.
- D** Aciclovir wird in einer Dosis von dreimal täglich 5mg/kg Körpergewicht verabreicht.
- E** Der Nutzen einer additiven Behandlung mit Kortikosteroiden wird derzeit in einer Multizenterstudie (GACHE) überprüft.

6. Welche Aussage über Herpesviren trifft zu?

- A** Die klassische Krankheitsmanifestation von HSV2 ist der Herpes labialis.
- B** HHV6 erzeugt im Kindesalter das Exanthema subitum.
- C** CMV führt typischerweise bei Immunkompetenten zu Infektionen des ZNS.
- D** HSV2 ist in etwa 95 Prozent der Fälle das auslösende Pathogen der nekrotisierenden hämorrhagischen Herpes-simplex-Enzephalitis.
- E** Weniger als 50 Prozent der Bevölkerung sind bis zum Alter von 40 Jahren mit EBV infiziert.

7. Welche Aussage zur Fazialisparese trifft nicht zu?

- A** Der Nutzen einer zusätzlichen Gabe antiviraler Substanzen ist durch zahlreiche Studien belegt und wird generell empfohlen.
- B** Die pathophysiologische Bedeutung von HSV1 bei der idiopathischen Fazialisparese wird diskutiert.
- C** HSV1-Genome konnten bei Patienten mit Fazialisparese in der endoneuralen Flüssigkeit nachgewiesen werden.
- D** Mutmaßlich wird eine virale Reaktivierung im Ganglion geniculi des VII. Hirnnerven angenommen.
- E** Eine große Multizenterstudie zeigte keinen Vorteil für die zusätzliche Verabreichung antiviraler Substanzen bei der Fazialisparese.

8. Welche Antwort über Herpesviren trifft nicht zu?

- A** Die Viren gelangen nach transaxonalem Transport in die neuronalen Zellkörper.
- B** Sie können lebenslang in den neuronalen Zellkörpern persistieren.

- C** Herpesviren (HHV1-6) sind RNA-Viren.
- D** Bei Reaktivierung können erneute mukokutane Symptome auftreten.
- E** Das Virus wird in der Latenzphase in das Wirtsgenom integriert.

9. Welche Aussage zu VZV-Infektionen trifft nicht zu?

- A** Neurologische Komplikationen können bei Reaktivierung und Erstinfektion auftreten.
- B** Bei Zoster ophtalmicus kann es zu einer granulomatösen Vasculitis zerebraler Gefäße kommen.
- C** Die Diagnose einer VZV-bedingten Enzephalitis wird durch den Erregergenomnachweis mittels PCR im Liquor gestellt.
- D** Therapeutikum der ersten Wahl eines Herpes zoster ohne Komplikationen ist Famciclovir.
- E** Die Behandlung der postzosterischen Neuralgie kann mit Pregabalin, Gabapentin oder Amitriptylin erfolgen.

10. Welche Aussage zu EBV, CMV und HHV-6 trifft nicht zu?

- A** Sie sind klassische opportunistische Pathogene.
- B** CMV kann bei Vorliegen einer Immunschwäche zu schweren neurologischen Komplikationen wie Meningoenzephalitis und Radikomyelopathien führen.
- C** Die Durchseuchung der Bevölkerung mit CMV liegt bei 50 bis 60 Prozent.
- D** HHV-6 kann bei Immungeschwächten eine Meningitis und Meningoenzephalitis verursachen.
- E** Das Epstein-Barr-Virus (EBV) persistiert in den T-Zellen.



Teilnahme nur im Internet
unter www.cme-punkt.de
Teilnahmeschluss: 15.4.2011

Rezeptormodulator hält autoaggressive Lymphozyten zurück

➔ Eine potenzielle neue Therapieoption ist der Sphingosin-1-Phosphat (S1P)-Rezeptormodulator Fingolimod, der durch eine selektive Immunmodulation die Zahl der autoaggressiven Lymphozyten im Blut reduziert. Fingolimod, das oral als Kapsel gegeben wird, hat sich in den Phase-III-Studien sowohl im Vergleich zu Placebo als auch gegenüber dem Basistherapeutikum Interferon beta-1a i.m. in der jährlichen Schubratenreduktion als signifikant überlegen erwiesen.

Prof. Dr. Hans-Peter Hartung, Düsseldorf, erläutert das Wirkprinzip des neuartigen Therapieansatzes. Fingolimod binde an die S1P-Rezeptoren auf der Lymphozytenoberfläche, woraufhin der Rezeptor nach längerer Stimulierung internalisiert und ab-

gebaut werde. Auf diese Weise am Austritt gehindert, verbleiben die Lymphozyten im lymphatischen Gewebe. Durch diesen Prozess reduzieren sich die für die Pathogenese der MS wichtigen autoreaktiven aktivierten T-Zellen in der Zirkulation und damit die entzündlichen Prozesse im ZNS.

Wirkung auf das Immunsystem reversibel

Durch die Umleitung der Lymphozyten in peripheres lymphatisches Gewebe kommt es laut Hartung nicht zu klinisch relevanten Lymphknotenschwellungen. Die im Lymphknoten zurückgehaltenen Lymphozyten bleiben intakt. Fingolimod beeinträchtigt weder die Aktivierung noch die Proliferation oder Effektorfunktionen von T- und B-

Lymphozyten. Seine Wirkung auf das Immunsystem sei daher reversibel, nach Absetzen kehrten die Lymphozyten nach sechs bis acht Wochen wieder in die Zirkulation zurück. Daneben bleibe die Abwehrfunktion der nicht zirkulierenden langlebigen Effektor-T-Zellen, die im nicht lymphatischen Gewebe für die lokale Abwehr von Pathogenen zuständig sind, sowie der peripheren, nicht zirkulierenden Memory-T-Zellen erhalten. **frg**

Meet-the-Expert: „S1P-Rezeptormodulation bei MS – Aufbruch in eine neue Therapiedimension?“, ENS-Kongress Berlin, 21. Juni 2010, Veranstalter: Novartis

Depressionen: Effektiver Schutz vor Rückfällen

➔ Das Erreichen einer Remission mit vollständiger Symptombefreiheit und Wiederherstellung der Funktionalität ist das Hauptziel in der Therapie von Depressionen. Dieses Ziel werde bisher noch zu selten erreicht, bemängelte Prof. Dr. Pierre M. Llorca, Clermont-Ferrand/Frankreich. Wichtigster Prädiktor für Rückfälle seien Residualsymptome. Sie betreffen nicht nur die nach internationalen Klassifikationen definierten Haupt-

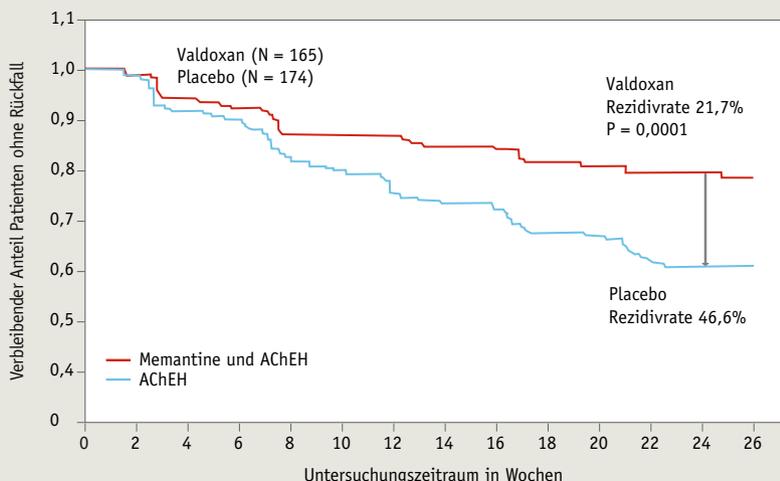
symptome der Depression sondern auch Kernsymptome, wie Schlafstörungen und Ängstlichkeit. Aber auch eine unzureichende Therapieadhärenz könne Rückfälle induzieren, so Llorca. Daher sollten Nebenwirkungen der antidepressiven Medikation wie sexuelle Dysfunktion und Gewichtsanstieg nicht nur zu Behandlungsbeginn, sondern auch während der gesamten Erhaltungsphase adressiert werden.

Zirkadianer Rhythmus normalisiert sich

Eine effektive Möglichkeit, die Rückfallrate zu verbessern, besteht laut Llorca in einer Therapie mit Agomelatin (Valdoxan®). Aufgrund seiner spezifischen Wirkung als melatonener Agonist und 5HT_{2c}-Rezeptorantagonist verbessere Agomelatin nicht nur die affektiven Kernsymptome der Depression, sondern normalisiere zusätzlich auch den bei den meisten Patienten gestörten zirkadianen Rhythmus.

Studiendaten belegen eine signifikant niedrigere Rückfallrate unter Agomelatin gegenüber Placebo (Abb.). Llorca führt die gute rezidivprophylaktische Wirksamkeit der Substanz auf den raschen Wirkeintritt in der Akutphase und seine gute Verträglichkeit zurück. Agomelatin sei gewichtsneutral und induziere keine sexuellen Dysfunktionen. **Abdol A. Ameri**

Rezidivprophylaktische Wirksamkeit von Agomelatin über sechs Monate



nach: Goodwin GM et al. J Clin Psychiatry. 2009; 70:1128-37

Satellitensymposium

„Clinical management of depression: the key to success“, ECNP-Kongress Amsterdam, 31. August 2010, Veranstalter: Servier

Mit klaren Konzepten gegen den Kopfschmerz

➔ Bei der Behandlung der Migräne haben sich Scores wie das Migraine Disability Assessment (MIDAS) bewährt, um das Ausmaß der Funktionseinschränkung bei den Patienten einzustufen. Diese Scores, so Prof. Dr. Michel Lantiéri-Minet, Nizza, sollten in das therapeutische Konzept eingebaut werden. Ein entsprechendes Vorgehen bei Patienten mit einer MIDAS-Klasse II (geringe Einschränkung, primäre Therapie mit nichtsteroidalem Antiphlogistikum) und Patienten mit Klasse III/IV (mittlere bis schwere Beeinträchtigung, primäre Therapie mit Triptanen) erwies sich gegenüber anderen Konzepten – in denen beispielsweise Triptane erst als Zweitmedikation zum Einsatz kamen – als überlegen und kostenäquivalent [Lipton RB et al. JAMA. 2000; 284: 2599–605].

Lantiéri-Minet wies darauf hin, dass der frühe Einsatz von Triptanen wie Rizatriptan (Maxalt®) signifikant zur höheren Schmerzfreiheit beiträgt. Er präsentierte Daten zur TEMPO-Studie: Patienten, die zunächst Triptane später als 60 Minuten nach Beginn der Attacke einnahmen und dann zu einer frühen Triptanmedikation übergangen, waren zu 15,6 Prozent häufiger schmerzfrei als zuvor [Lantiéri-Minet, personal Data].

Marcelo Bigal, New Jersey, wies auf das Problem des arzneimittelbedingten Kopf-



Der frühe Einsatz von Triptanen trägt bei Migränepatienten zu einer höheren Schmerzfreiheit bei.

© DAK/Wigger

schmerzes bei Migränepatienten mit Übermedikation beziehungsweise Analgetikaabusus hin. Gefährdet sind vor allem Patienten, die Barbiturate oder Opiate erhalten. Aber auch die Einnahme von koffeinhaltigen Präparaten sowie der Gebrauch von nichtsteroidalen Antiphlogistika bei zehn oder mehr Schmerztage im Monat erhöht das Risiko. Wichtig sind hier ausführliche

Gespräche mit den Patienten sowie ein langsames Ausschleichen der Medikamente.
Dr. Andreas Fischer

**MSD Migraine Scientific Symposium
Berlin, 5. Juni 2010**

Veranstalter: MSD Sharp & Dohme, Haar

ADHS: Komorbiditäten und psychosoziale Beeinträchtigungen

➔ Eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist neben der Kernsymptomatik auch durch das Auftreten assoziierter Symptome sowie koexistierender Störungen etwa motorischer, psychischer oder psychosozialer Natur geprägt.

ADHS beeinträchtigt psychosozial stärker als Tics

Die vielschichtigen Beschwerdebilder führen zu erheblichen Beeinträchtigungen im Leben der Betroffenen und stellen den Arzt vor große diagnostische und therapeutische Herausforderungen. Als Beispiel für eine Komorbidität bei ADHS nannte Prof. Dr. Aribert Rothenberger, Göttingen, Tic-Störungen. Er erläuterte, dass beide Erkrankungen zwar häufig koexistieren, es sich dennoch um voneinander unabhängige

Störungsbilder handele. „Interessanterweise sind die psychosozialen und kognitiven Probleme bei Patienten, die nur eine ADHS aufweisen, mit denen von ADHS-Betroffenen mit begleitender Tic-Störung vergleichbar. Vor diesem Hintergrund ist es in der Regel sinnvoll, im Rahmen einer multimodalen Therapie, sich zunächst auf die Behandlung der ADHS zu fokussieren und erst zu einem späteren Zeitpunkt mit der Behandlung der Tic-Störung zu beginnen.“

Hyperaktivitäts-bedingtes Risikoverhalten

Dr. Klaus-Ulrich Oehler, Würzburg referierte darüber, dass bei ADHS eine erhöhte Gefahr für – insbesondere schwere – Verkehrsunfälle besteht. Darüber hinaus sind jugendliche Patienten, im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen, früher sexuell aktiv. Dem-

entsprechend sind frühe Schwangerschaften häufig. In puncto delinquentes Verhalten, Substanzmissbrauch oder Suizidneigung seien ADHS-Betroffene ebenfalls stärker gefährdet. Eine medikamentöse Behandlung könne der gesteigerten Risikoaffinität entgegen wirken und somit die Lebensqualität der Patienten verbessern. Oehler warnte vor einem zu zögerlichen Einsatz der Pharmakotherapie.

Nach Informationen von Shire Deutschland GmbH zum Symposium „Alltag mit ADHS – besondere psychopathologische Aspekte“ im Rahmen der leztjährigen Jahrestagung des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Hannover

Gibt es bald eine neue MS-Therapie?

➔ Erweitern dürften sich bald die Therapiemöglichkeiten der Multiplen Sklerose (MS). Denn mit Fampridin steht ein Modulator der Nervenleitfähigkeit in Europa zur Zulassung an.

Der Wirkstoff, der in den USA bereits für die Behandlung der MS verfügbar ist, blockiert die Repolarisation von K⁺-Kanälen und normalisiert so die Leitfähigkeit der Nervenfortsätze, berichtete Prof. Dr. Bernd C. Kieseier aus Düsseldorf bei einem Pressegespräch.

seier aus Düsseldorf bei einem Pressegespräch.

Bessere Gehgeschwindigkeit

Fampridin leitet sich nach seiner Darstellung von 4-Aminopyridin ab, weist aber eine verlängerte Freisetzung auf und damit auch eine längere Wirkdauer. Es liegen mehrere klinische Studien mit insgesamt 745 Patienten mit allen Krankheitsformen

der MS und einer mittleren Krankheitsdauer von 13 Jahren vor. Die gepoolten Daten belegen nach Kieseier eine statistisch signifikante Verbesserung der Gehgeschwindigkeit der Patienten im „Timed-Walk-Test“ um etwa 25 Prozent. „Der Effekt vollzieht sich bereits innerhalb von nur zwei Wochen und bleibt über die Zeit erhalten“, erläuterte der Neurologe. Er hob als besonderen Vorteil des Nervenleitfähigkeits-Modulators hervor, dass sich die therapeutische Wirkung unabhängig von der MS-Krankheitsform und auch unabhängig von der Schwere der Behinderung ergibt und das auch unter einer begleitenden immunmodulierenden Therapie. Die Responderraten bezifferte Kieseier auf rund 35 Prozent.

Gute Verträglichkeit

Zur Sicherheit von Fampridin, das zweimal täglich in einer Dosierung von 10 mg gegeben wird, liegen nach Angaben des Mediziners Erfahrungen von mehr als 1.200 Patientenjahren vor, wobei sich eine gute Verträglichkeit ergeben hat.

Christine Vetter

**Presse-Hintergrundgespräch „Zukunft der MS-Therapie: Potenziale und Perspektiven in der Diskussion“
Düsseldorf, 25. Mai 2010
Veranstalter: Biogen Idec**

Die Entwicklung der MS-Therapien			
Die Anfänge	Die Gegenwart	Die nahe Zukunft	
IFN-β-1b IFN-β-1a GA Mixoxantren	Natalizumab	Fampridin Cladribin FTY-72D	Laquinimod Teriflunomid BG-12
1990er Jahre Anfang des 21. Jhdts.	2005/2006	2011	2013
IFN-β: sicher	Natalizumab: — PML (Progressive Multifokale Leukoenzephalopathie) — langfristig?	Cladribin: — Neoplasmen? — langfristig?	
GA: sicher		FTY-720: — Infektionen? — langfristig?	
Mitoxantron: — tAL — Kardiotoxizität		Laquinimod Teriflunomid BG-12	} ?

© Kieseier

Zuverlässige Rezidivprophylaxe und verbesserte Lebensqualität bei Schizophrenie

➔ Schizophrenie ist in vielen Fällen gut therapierbar. Eine akute Episode lässt sich innerhalb von vier Wochen behandeln, erklärte Prof. Dr. Peter Brieger, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Kempten. Doch ist die Akutphase überstanden, „ist es sehr schwierig, eine funktionale Remission zu erreichen“, erläuterte Brieger. Eine längerfristige Behandlung mit Medikamenten oder sozial- und psychotherapeutischen Maßnahmen ist notwendig. Zahlreiche Patienten können in der Langzeittherapie von Olanzapin profitieren und damit ihre Lebensqualität verbessern, berichtete Brieger. So weist die SOHO-Studie

nach, dass die Therapietreue unter Olanzapin und Clozapin besonders gut ist. Eine Studie von Dossenbach et al. belege sowohl die gute Verträglichkeit als auch, dass Olanzapin rasch zu einer Verbesserung der Symptomatik führe (Zeit bis zur Response lag bei fünf Monaten). „Damit entsprechen die Studienergebnisse dem, was ich in der klinischen Praxis sehe“, so Brieger.

Weniger Therapieabbrüche

Auch in der EUFEST-Studie von Kahn et al. weist Olanzapin deutlich niedrigere Abbruchraten auf als andere Antipsychotika. Beim Therapieabbruch wegen Nebenwirkungen schneidet Olanzapin, trotz einer

möglichen Gewichtszunahme, gut ab. Brieger gibt zu bedenken, dass man abwägen müsse zwischen guter Wirksamkeit, schneller Symptomkontrolle sowie Therapietreue und der möglichen Gewichtszunahme.

Ute Eppinger

**Pressegespräch: „Olanzapin für eine zuverlässige Rezidivprophylaxe und verbesserte Lebensqualität – eine Studiendiskussion“
Stuttgart, 15. Juli 2010
Veranstalter: Lilly Deutschland GmbH,
Bad Homburg**

Journal

Leben und Werk der Cristina Campo

Ein stiller Psychiater

Unter der schlichten Überschrift „Ein Arzt“ verbirgt sich eine der schönsten und poetischsten Darstellungen eines Psychiaters in der Literatur des 20. Jahrhunderts. Verfasst wurde dieser Essay von der weitgehend unbekanntem Schriftstellerin Cristina Campo.



„Ein stiller Psychiater empfahl seinen schwermütigen Patienten für gewöhnlich die Leküre des Buches Hiob.“

54 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Ein stiller Psychiater

ist die Hauptfigur in Cristina Campos Essay „Der Arzt“. Gibt die lange Jahre unbekannte italienische Schriftstellerin mit einem verdeckten Selbstporträt Aufschluss über sich selbst?

In dem Sammelband von Essays und Aufzeichnungen *Die Unverzeiblichen* der italienischen Schriftstellerin Cristina Campo findet sich eine der schönsten und poetischsten Darstellungen eines Psychiaters in der Literatur des 20. Jahrhunderts. Sie trägt die schlichte Überschrift *Ein Arzt* (Un medico), erschien zuerst in der Zeitschrift *Paragone* XI im Dezember 1960 und beginnt mit folgenden Worten: „Ein stiller Psychiater, dessen Methoden an gewisse Ärzte in den Erzählungen Anton Tschechows erinnern, empfahl seinen schwermütigen Patienten für gewöhnlich eine Lektüre des Buches Hiob. Er schätzte diese unglücklichen Menschen, die, wie die Prinzessin bei Andersen, fast ausnahmslos an ihrem allzu klaren Blick litten und versicherte ihnen, jene bittere Meditation über den Gang der Welt werde ihnen Nutzen bringen und sie aufheitern. Ähnlich musste die Macht des Lesens ein Kritiker empfunden haben, der über Tschechow schrieb: ‚Er ist der einzige, der sich auf unser schmerzendes Fleisch pressen lässt, ohne es zu verletzen.‘“ Was verbirgt sich hinter der Empfehlung dieses Psychiaters? Eine spezielle bibliothераapeutische Maßnahme?

Eine Unbekannte

Geschrieben hat diesen erstaunlichen Essay eine Frau, die lange Jahre zu den großen Unbekannten in der italienischen Literatur des soeben vergangenen Jahrhunderts zählte. Das lag nicht nur daran, dass sie eigentlich Vittoria Guerrini hieß und im Laufe ihres kurzen Lebens nur zwei Bücher veröffentlicht hat, sondern in erster Linie an ihrem Verständnis von Schreiben und Poesie. Gewiss, sie hat wenig geschrieben, bemerkenswert aber ist, dass sie in einer autobiografischen Notiz den Wunsch äußert,

noch weniger geschrieben zu haben. Vielleicht lag es aber auch daran, dass sie sich mehr als Dienerin der Literatur sah und jene Schriftsteller übersetzte, von denen sie der Überzeugung war, sie verdienten einen Platz in der italienischen Sprache: den Engländer John Donne und den Amerikaner William Carlos Williams (siehe NEUROTRANSMITTER 9/2010). Erst in den vergangenen Jahren wurde die zu ihrer Zeit kaum wahrgenommene Autorin vom Mailänder Verlag Adelphi wieder entdeckt. Dass ihre Gedichte auch in Deutschland gelesen werden können, ist dem Verlag Matthes & Seitz, vor allem aber auch der in Monza lebenden Schriftstellerin und Literaturwissenschaftlerin Stefanie Golisch zu verdanken. Sie beginnt ihren Kurzsessay *Gezähmte Zügellosigkeit* über Cristina Campo mit der Feststellung, das Leben dieser Lyrikerin stehe im Zeichen der Krankheit. Was Wunder also, wenn sich Cristina Campo mit der Person eines Arztes, gewissermaßen dem Prototypus eines *Medico* beschäftigt.

Vittoria Guerrini wurde am 28. April 1923 in Bologna geboren. Sie war die Tochter von Maestro Guido Guerrini aus Faenza und von Emilia Putti, Schwester des berühmten Chirurgen Vittorio Putti. Aufgrund dieser engen verwandtschaftlichen Beziehung lebte die Familie Guerrini bis 1929 in der Residenz des Chirurgen im Park des Rizzoli-Hospitals in Bologna. Zwar durfte die kleine Vittoria nach Belieben darin umherlaufen, doch war ihr Bewegungsradius aufgrund eines angeborenen Herzfehlers erheblich eingeschränkt. Seltsam genug, dass der Spielplatz eines Kindes ein Krankenhaus ist, seltsamer aber noch, dass dem scheinbar Grenzenlosen von Anbeginn an doch recht enge Grenzen gesetzt sind.

58 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Zeichnungen im Raum

Zuerst die bodenständige Elekrikerausbildung, dann das Studium der bildenden Künste. Beide Welten inspirierten Janusz Grünspek zu ganz eigenständigen Kunstwerken.

Nachdem der Vater zum Leiter des Cherubini-Konservatoriums ernannt worden war, übersiedelte die Familie nach Florenz. Das hochbegabte Mädchen lernt in einer Privatschule anhand literarischer Texte Deutsch und Englisch, schließt eine tiefe Freundschaft mit der ebenfalls literaturbegeisterten Anna Cavalotti, verliert aber diese enge Freundin bereits 1943 bei einem Bombenangriff. Vittoria verwahrt ihre Tagebücher und veröffentlicht diese später auszugsweise in der Zeitschrift *Posta letteraria* des *Corriere dell'Adda*. Noch unter ihrem wirklichen Mädchennamen folgen erste Veröffentlichungen in den Jahren 1943 und 1944, darunter Übersetzungen von Erzählungen der Neuseeländerin Katherine Mansfield.

Die Entdeckung Hoffmannsthal

In einem privaten Florentiner Dichterkreis begegnet sie mitten im Krieg dem Werk Hugo von Hofmannsthal, das sie nachhaltig beeindruckt, hatte doch das Romanfragment *Andreas oder die Vereinigten* zu jenen Texten gehört, anhand derer sie Deutsch gelernt hatte. Ihre Biografin Margherita Pieracci Harwell merkt an dieser Stelle an: „Wesentlich aber war, dass von allen ... italienischen Schriftstellern Vittoria Guerrini die Lehre Hofmannsthal am meisten in ihren eigenen Schriften umgesetzt und nachempfunden hat – der ‚intensivste Klang‘ der in der Stille rezitierenden Stimme, die mit klaren alltäglichen Zeichen in das Mysterium einweiht.“ Im Jahre 1948 erscheint ein erster Band mit eigenen Übersetzungen von Gedichten Eduard Mörikes.

Nach der Entdeckung Hofmannsthal kommt es durch die Begegnung mit dem Werk der französischen Philosophin Simone Weil zu einer zweiten

literarischen Erweckung: „Vittoria erkannte die Welt der Weil sofort als die ihre und nahm sie in sich auf, so wie sie es bereits mit Hofmannsthal getan hatte. Deshalb finden sich in ihren Schriften Symbole der Weil und fügen sich auf vollendete Weise ein“, urteilt Margherita Pieracci Harwell. Die Zeitschrift *Posta* veröffentlicht 1953 das *Diario d'agosto*, daneben aber auch Übersetzungen von Emily Dickinson. Die Schriftstellerin arbeitet in jenen Tagen an einem *Libre delle ottanta poetesse* (Buch der achtzig Dichterinnen), einer bislang nie versuchten Sammlung der makellosten, jemals von weiblicher Hand verfassten Verse. Das Buch bleibt jedoch Projekt und wird nie veröffentlicht. Nahezu organisch fügen sich in solche Vorhaben ein Kommentar zum Tagebuch der Virginia Woolf sowie von Giuseppe Ungaretti unterstützte Pläne zur Gründung einer Zeitschrift für Essay und Poesie, die dem Genie-Gedanken der Simone Weil verpflichtet sein sollte. Dazu heißt es in einem Brief aus dem Jahre 1956: „Simone macht mir all das begreifbar, was ich nicht zu glauben wage. ... Genies ... Tief in mir habe ich gespürt, dass es möglich ist, genial (nicht talentiert) zu werden, nur gesagt hat es mir bisher noch niemand. Schade, man müsste als Dorfmann geboren sein ... aber zuweilen hat Gott wohl andere Pläne. So muss ich diese kalte Klinge lieben, die sich eines Tages zwischen die Türangeln meiner Seele zwängen wird, um sie offen zu halten für die Worte der Sprachlosigkeit.“

Von 1955 an lebt Vittoria Guerrini in Rom an der Seite ihres Vaters, der

mittlerweile Leiter des Konservatoriums Santa Cecilia und Vorsitzender des Collegio di Musica geworden ist. Margherita Pieracci Harwell notiert: „Die Entdeckung Roms war schwierig und wunderbar zugleich: Die Stadt erschien ihr wie eine Wüste, durch die der Schirokko fegte und ihr den Atem nahm, ihr aber zugleich sämtliche Schichten des immer neuen Lebens öffnete.“

Arbeitsreiche, fruchtbare Jahre

Ein gewisser Doktor Bernhard, der die Lehren C. G. Jungs in Italien bekannt gemacht hatte, heilt sie in dieser Zeit von einer quälenden Klaustrophobie. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass die nun unter dem Pseudonym Cristina Campo schreibende Vittoria diesen Seelenarzt meinte, als sie jene Worte fand, die zu Beginn dieses Artikels zitiert werden: „Ich erinnere mich an einen stillen Psychiater ...“ 1956 erscheinen ein Band mit eigenen Gedichten unter dem Titel *Passo d'addio* (Im Zeichen des Goldfisches), 1958 Übersetzungen von Gedichten des amerikanischen Dichters und Kinderarztes William Carlos Williams sowie 1959 eine Simone Weil gewidmete Sonderausgabe des Magazins *Letteratura*, schließlich 1960 Übersetzungen der Werke von John Donne sowie 1961 Übersetzungen von Gedichten des Argentiniers Héctor Murena, der seinerseits Adorno, Benjamin, Horkheimer und Habermas übersetzt hat.

Es sind arbeitsreiche, aber auch fruchtbare Jahre, denn schon 1962 wird Campos Essaysammlung *Fiaba e mistero e altre note* gedruckt, weitere Übersetzungen sowie Annotationen unter anderem zu den Erzählungen aus Tausendundeiner Nacht folgen, in welche Bemerkungen aus Gesprächen mit T. S. Eliot und T. E. Lawrence einfließen. Als entscheidend bezeichnet Margherita Pieracci Harwell die Begegnung der Dichterin mit Elémire Zolla im Jahre 1960, an dessen Seite Cristina Campo bis zu ihrem Tod in wechselseitiger Inspiration schreiben und arbeiten wird. Auffällig ist, dass neben einer *Omaggio a Borges* (1964) zwischen 1970 und 1975 auch religiöse Schriften über die Kirchen in Ost und West erscheinen. Die Literaturwissenschaftlerin und Schriftstellerin Stefanie Golisch schreibt: „Trotz gelegentlicher

Auftragsarbeiten von Verlagen führte Campo niemals das Leben einer professionellen Schriftstellerin, sondern eher das einer altmodischen Privatgelehrten, deren Name nur in kleinen Zirkeln überhaupt ein Begriff war. Diese selbst gewählte Zurückgezogenheit hat unmittelbare Konsequenzen für ihre Stellung innerhalb der italienischen Literatur der 1950er- und 1960er-Jahre. Cristina Campo galt in ihrer Heimat als konservative Schriftstellerin, die den dominierenden politischen Strömungen ihrer Zeit skeptisch bis ablehnend gegenüberstand und stattdessen ihr Heil im Katholizismus suchte – und fand.“

Ebenso wie ihr großes Vorbild Simone Weil führte auch sie „die Obsession des Absoluten zur Religion, die ihr Leben zunehmend beherrschte. Den höchsten Kunstgenuss erfuhr sie in ihren letzten Lebensjahren in der katholischen Liturgie, zumal feiertäglicher Hochämter im Rahmen der griechisch-byzantinischen Liturgie, die in vollkommener Weise ihr Bedürfnis nach Spiritualität und Ästhetik stillten“ (Golisch). Dieser Weg zwingt Cristina Campo unweigerlich in den Rückzug bis hinein in das Kloster Sant'Anselmo, wo man noch den gregorianischen Gesang pflegte. Als nach dem II. Vatikanischen Konzil auch dort die Heilige Messe in der Volkssprache zelebriert wird, sucht die zur Mystikerin gewordene Autorin das *Russicum* auf, wo der byzantinische Ritus allen Modernisierungsversuchen trotzt.

Zarte Rezeption

Cristina Campo stirbt am 10. Januar 1977 an einem Herzanfall. Dass sie dennoch nicht ganz und gar vergessen ist, zeigt ihre zarte Rezeption. So schreibt Stefanie Golisch: „Ob Cristina Campo von der grenzüberschreitenden, leidenschaftlich-zerstörerischen Beziehung der asketischen Simone Weil zu Georges Bataille, dem Philosophen der *dépense*, gewusst haben mag, die jenen zu seiner Erzählung *Das Blau des Himmels* inspiriert hat, wissen wir nicht. Fest steht indes, dass ihr äußeres Leben niemals aus dem Rahmen fiel. Bis zum Tode ihrer Mutter, Mitte der 1960er-Jahre, lebte sie in ihrem Elternhaus als die ob ihrer schwächlichen Konstitution zärtlich umsorgte Tochter, erst danach, bis



zu ihrem Tode, in einer zunehmend problematischen Lebensgemeinschaft mit dem in Italien hoch angesehenen Kulturphilosophen Elémire Zolla. Der blinde Rest, das zügellose Leben der Cristina Campo – ungelebt – flackert nur in den Zwischenräumen ihrer Verse auf und als rätselhafte Verstörung, wenn die letzte Zeile eines Gedichts verklungen ist.“

Auf die als Lyrikerin wie als Erzählerin und Übersetzerin hervorgetretene Stefanie Golisch üben die Gedichte Campos nicht nur aufgrund der „verhaltenen Töne, der matten Bewegungen und des nicht enden wollenden Herbstes“ einen rätselhaft-ambivalenten Reiz aus, sondern darüber hinaus faszinieren sie noch durch andere Komponenten, die so gar nicht zum Zeitgeist passen wollen: „In unserer Gegenwart, die nichts verschweigt, besticht die Diskretion ihres lyrischen Sprechens, das sich außerhalb von Raum und Zeit in einer ewigen Schwebewirklichkeit, in Andeutungen und eigenwilligen Symbolen.“ Dahinter jedoch lauerten – so Golisch – „Beunruhigung und unterdrückte Lebensorientierung, die abgründige Ahnung davon, wie nahe Enttäuschung und Entäußerung in Wirklichkeit zusammenliegen. Den Halt, den sie in Natur, Kultur und Religion sucht und beschwört, demontiert nämlich die innere Struktur ihrer Gedichte, die allesamt ins Offene tendieren. Diese Gegenläufigkeit ist, so steht zu vermuten, nicht Absicht, sondern unterläuft der Autorin gegen ihre eigenen Intentionen, und ist deshalb in ihrer ästhetischen Wirkung umso eindringlicher.“

Reales Vorbild und literarische Deutung

Kenner des Werkes von Campo haben als Vorbild für den „stillen Psychiater“ den Jung-Schüler Doktor Bernhard identifiziert. Damit darf sich der Leser jedoch nicht zufrieden geben, denn über die konkrete Person hinaus dient der Typus des „stillen Psychiaters“ als Schlüssel zur Deutung eines von Campo hochverehrten Schriftstellers, der freilich ebenfalls Arzt war: Anton Tschechow (NEUROTRANSMITTER 5/2006). Ihm nämlich gilt der gesamte Essay mit dem scheinbar so neutralen Titel *Ein Arzt*, der wiederum auf Person und Typus zugleich zielt. Nun ist es jedoch längst kein Geheimnis mehr,

dass Schriftstellerinnen und Schriftsteller in der Regel stets sich selbst meinen, wenn sie über andere Kolleginnen und Kollegen schreiben. Das Fremdporträt ist in der Literaturgeschichte oft genug zum verdeckten Selbstporträt geworden und hat nicht selten mehr Aufschluss über Leben und Werk ermöglicht als eine Unzahl gelehrter Abhandlungen. Und so dürfte es sich auch mit den Ausführungen der Cristina Campo zu Anton Tschechow verhalten.

Der „stille Psychiater“, der den Schwermütigen als Therapie paradoxerweise die Lektüre des Buches Hiob verordnet, verweist mithin nicht so sehr auf eine bibliothераapeutische Spezialität, sondern auf jenen russischen Arzt und Dichter, der nach Einschätzung der italienischen Lyrikerin „in Wirklichkeit zu jenen zartsinnigen Dichtern (gehört), die ihr Gebäude auf dem Boden eines umfassenden Wissens über den Gang der Welt errichten: die uns lenkenden Notwendigkeitsgesetze, die unabänderlichen Schlechtigkeiten (dies Unheilbare, diese beängstigende Verzweiflung, daran man sich nicht gewöhnen kann)“; der Drang, einander widersprechenden, einander ergänzenden Gesetzen zu gehorchen, jener tollkühne ‚Liebeswahn‘ also, den der Mensch beständig in sich und in anderen zu ersticken trachtet. Die Furcht des Menschen vor der Macht der eignen Seele: dies unwiderstehliche Bedürfnis – wie es Simone Weil umschrieb – „sich immer dann die Augen mit dem Schleier des Fleisches zu bedecken, wenn sich ein wenig reine Güte zeigen will.“ Just darin erkennt Cristina Campo das beherrschende Thema der Erzählungen Tschechows, und so wird ihr der „stille Psychiater“ zum Sinnbild für den Seelenarzt für eine kranke Menschheit in einer kranken Welt der Moderne. Er taucht in vielfacher Gestalt auf, sei es in der Novelle *Der Anfall*, sei es in *Der schwarze Mönch*, sei es als Universitätsprofessor in *Eine langweilige Geschichte*, sei es als empfindsamer Arzt in *Ein unangenehmer Vorfall*, als Bärbeißiger in *Die Fürstin* oder als Psychiater im berühmten *Krankenzimmer No. 6*.

Was also charakterisiert einen „stillen Psychiater“ im Sinne einer Cristina Campo: „Es ist die unvergleichliche Anteilnahme Tschechows an menschlichem

Leid, die seine Erscheinung so liebenswert und tröstlich macht: Wie ein Arzt sieht er schweigend, zuweilen ‚nachdenklich vor sich hin pfeifend‘, unzählige Leiden. Er betritt und verlässt die Häuser der Kranken und weiß, dass er herzlich wenig tun kann, weil er wenig auf die eigene Kunst vertraut; aber er setzt sich ans Kopfkissen eines jeden Kranken und bleibt bei ihm. Die einzig wahre Medizin trägt er stets bei sich: den unverwechselbaren Blick eines Menschen, der bereit ist, bei uns zu wachen, die zurückhaltende, scheue, vornehme Sprache eines Menschen, der gelernt hat, sich selbst und anderen in Erinnerung zu rufen, was der Schmerz wert sein kann, wenn eine schattenlose Liebe ihn auffängt.“

Eine schattenlose Liebe

Und so heißt es nur folgerichtig in dem von Stefanie Golisch übersetzten *Gedicht ohne Titel* der Cristina Campo: „Dort unten ist es geblieben, warm, das Leben/ Luftfarbe meiner Augen, Zeit/ die sie auf dem Grunde jedes Windes verbrannt/ lebendige Hände, mich suchend .../ Geblieben ist jene Liebko-sung, die ich/ nur zwischen Schlaf und Schlaf wieder finde,/ zersprungen meine unendliche Weisheit. Und du, Wort/ das Blut in Tränen verwandeltest./ Nicht einmal ein Gesicht trage ich mehr/ bei mir, verwandelt schon in ein anderes, / wie Schatten im Wein und verschlissen/ in entzündeter Stille ...// Zwischen Schlaf und Schlaf kehre ich/ allein hinab, schau das Rosa des Olivenbaums/ vor wasservollen Krügen und den Mond/ des langen Winters. Zu dir zurück, der friert// in meinem dünnen Gewand aus Feuer.“ □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. Gerhard Köpf

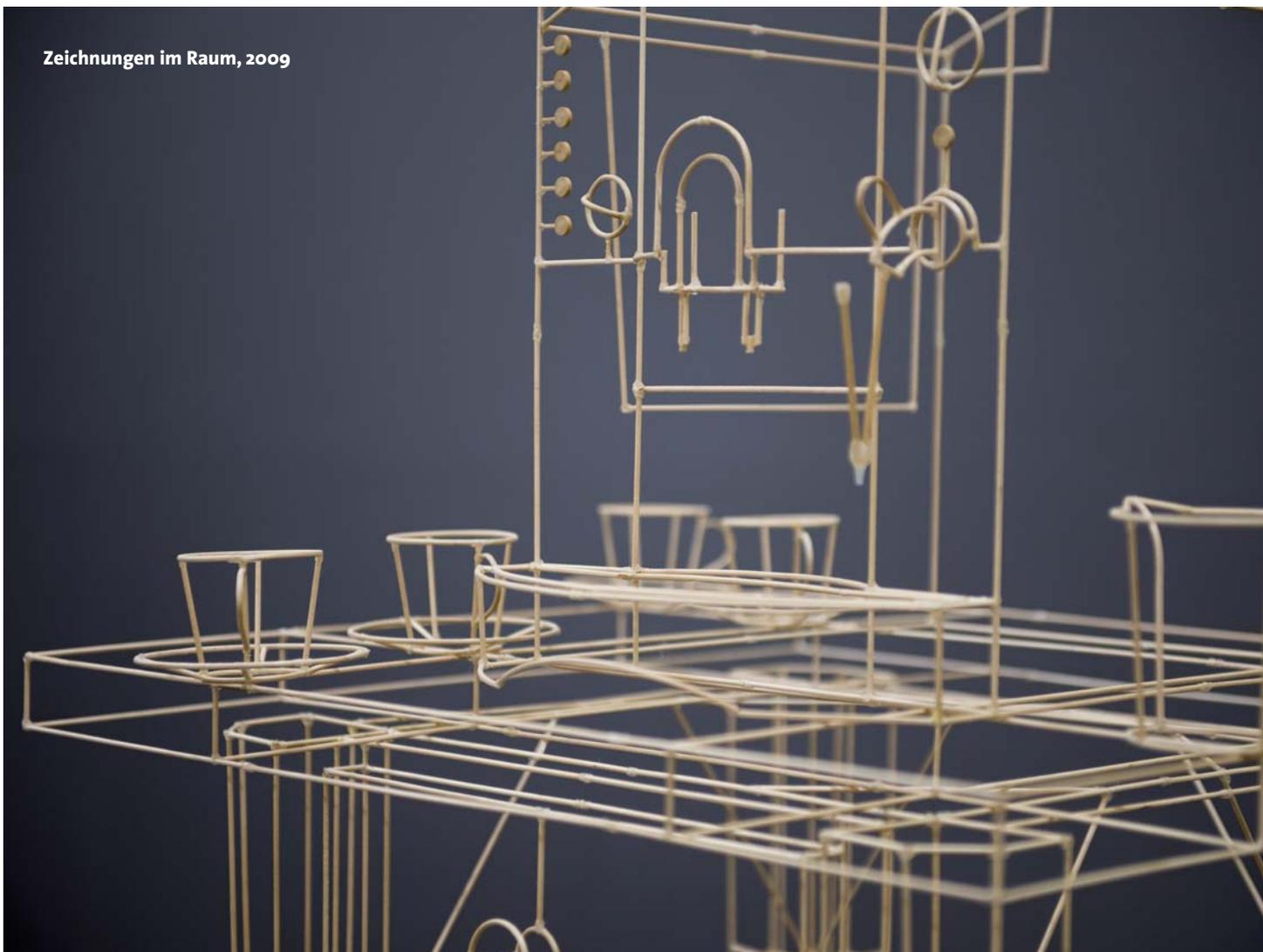
Ariboweg 10, 81673 München
Email: aribo10@web.de

Janusz Grünspek

Zeichnungen im Raum

Auf Umwegen, nämlich vom Elektriker zu einem außergewöhnlichen Künstler werden, dass hatte Janusz Grünspek ganz sicher zunächst nicht so geplant. Geblieben oder viel mehr gewachsen ist die große Liebe zum Detail, die zu einer Kunstform avancierte, die irgendwie immer wieder an ihre Ursprünge erinnert.

Zeichnungen im Raum, 2009





Und wieder steht ein Bub an der Hand seines Vaters vor dem Schaufenster der Art Affair-Galerie in Regensburg und deutet mit dem Zeigefinger auf das ein oder andere der filigranen Objekte und freut sich, eine Kaffeemaschine, einen Laptop oder einen Stuhl erkannt zu haben. Wenn eines der Ziele von Kunst sein soll, einen neuen Blick auf die Dinge zu gewinnen, dann hat die Ausstellung von Janusz Grünspek „Zeichnungen im Raum“ ihre künstlerische Absicht voll und ganz erreicht.

Der Werdegang

Elektriker war Janusz Grünspek und hatte bei seinem Meister Stirnrunzeln und Kopfschütteln erregt, wenn er Sicherungskästen verdrahtete. Es gehe dabei doch nicht darum, ein Kunstwerk zu schaffen, meinte durchaus wohlwollend der Chef und wies damit den Weg, den Grünspek, nachdem er mit Hilfe der Mutter nach Deutschland ausgereist war, konsequent einschlug: den des Künstlers.

Zwar legte er, wohl eher sicherheitshalber, das Fachabitur im Bereich der Elektrotechnik ab, besuchte aber dann die Kunstakademie Arnheim in den Niederlanden. Alle wesentlichen traditionellen Techniken erlernte er dort und begann mit diesem neuen „Handwerkszeug“ auch zu arbeiten. 2006 führte er seine Erfahrungen, Erlebnisse und eigenen Gedanken gar in einem „Ratgeber für Künstler“ zusammen, der geistvoll und humorig die eigene Zunft genauso ernst wie auch „auf den Arm“ nimmt. Befragt, wie er denn zu seinem Material gekommen sei, berichtet er von seinen ersten Anfängen, für die er Zündhölzer verwendete, was ihn regelmäßig dem Verdacht ausgesetzt habe,

den Kölner Dom in fitzeliger Kleinarbeit nachbauen zu wollen. Danach stand ihm jedoch nicht der Sinn. Er gestaltete eigenständige Objekte daraus, die ihm jedoch bald zu klein wurden und so wandte er sich schließlich den jetzt verwendeten feinen Holzstäben zu, die er in einem handwerklich anspruchsvollen Verfahren mit Heißkleber zusammenleimt, unter Dampf biegt und schließlich zu zum Teil zimmerhohen filigranen Objekten des Alltags komponiert, Objekte die Freude wecken, wenn man sie wiedererkennt und ihrer skulpturalen Zartheit und Leichtigkeit wegen nun neu zu sehen beginnt.

Disziplinierte Arbeit

Kurz und knapp gibt eine Einführung in sein Schaffen wieder, worum es ihm geht: „Der Weg zur Kunst führte über Ländergrenzen. Die Ausbildung von Hand und Verstand – Elektrikerausbildung und Studium der bildenden Kunst – bilden die Grundlagen für seine Arbeiten. Ihre grazile Leichtigkeit und ihr spielerischer Humor sind das Ergebnis disziplinierter Arbeit. Sie zollen der Intelligenz und dem Humor des Betrachters Respekt und regen ihn dadurch zum eigenen Denken und Handeln an.“

Markus Nilling ist es gelungen, diese fast entmaterialisierten Objekte in ihrer Raumwirkung fotografisch so „einzufangen“, dass seine Bilder von Janusz Grünspek „Zeichnungen im Raum“ wiederum zu eigenständigen Kunstwerken geraten sind.

az

Termine der Fortbildungsakademie

13.11.2010 in Erfurt



Chronobiologie Athene

Referenten:
Prof. Dr. A. Wirz-Justice, Basel
Prof. Dr. M. Wiegand, München

Fortbildungsakademie **c/o Athene**
Nadya Daoud
Huttenstr. 10, 97072 Würzburg
Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511
E-Mail: info@akademie-psych-neuro.de

4.12.2010 in Erfurt



Schmerzdiagnostik und -therapie

Referenten:
PD Dr. A. May, Hamburg
Prof. Dr. F. Birklein, Mainz

Athene
(Adresse s. o.)

Weitere Termine

6.11.2010 in Mannheim

11. Mannheimer Ethik-Symposium
Ethik des Arztes, Ethik des Patienten, Ethik der
Gesellschaft: Basis für ein zukunftsfähiges
Gesundheitswesen

Anmeldung: Institut für medizinische Ethik (IEPG),
Mannheim, Prof. Dr. H. A. Kick
Tel.: 0621 32886360, Fax: 0621 32886366
E-Mail: Info@institut-iepg.de

24.–27.11.2010 im ICC Berlin

**DGPPN-Kongress 2010:
Psychiatrie interdisziplinär**

Kongressorganisation: CPO Hanser Service GmbH
Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 300 669 0, Fax: +49 (0) 300 669 50
E-Mail: dgppn2010@cpo.hanser.de
www.cpo-hanser.de

30.10.2010 in Köln

Kostensteuerung durch me-too-Listen: Wirksamkeit versus Wirtschaftlichkeit

Auf der gesetzlichen Grundlage des § 84 Abs. 6 des SGB V werden auf Landesebene arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen ärztlicher Verordnungen festgelegt. Diese orientieren sich überwiegend an den Durchschnittswerten der Vergangenheit. So haben sich in vielen KVen schon seit Jahren Quotenregelungen, beispielsweise für die Verordnung von Generika, etabliert für definierte Tagesdosen sowie für die Verordnung von Analogpräparaten (me-too-Präparate).

Die „defined daily doses“ (DDD) sind definiert als die angenommene mittlere Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Arzneimittels bei Erwachsenen. Eine DDD ist keine Dosierungsempfehlung, sondern eine rechnerische Größe, mit der sich Wirkstoffmengen auf Basis von Dosen vergleichen lassen.

In der aktuellen Veranstaltung geht es darum, die Diskussion um so genannte Analogpräparate zu versachlichen. In der neurologischen und psychiatrischen Pharmakotherapie mit Substanzen, die in den Neurotransmitter-Stoffwechsel des ZNS eingreifen, sind die Patienten auf eine große Palette von Substanzen mit unterschiedlichen Rezeptorprofilen dringend angewiesen. Individualisierte Pharmakotherapie ist mit der Forderung nach beliebigem Austausch der verwendeten Substanzen nur schlecht vereinbar.

Begrüßung – Moderation: Dr. med. Frank Bergmann, Vorstand BVDN

Individualisierte Therapie von Patienten mit ZNS-Erkrankungen unter ökonomischen Sparzwängen
Vertreter KBV – N.N.

Risiken und Nebenwirkungen in der Verordnung von Analogpräparaten in neurologischen Indikationen
PD Dr. med. Gereon Nelles, BVDN Nordrhein

Risiken und Nebenwirkungen in der Verordnung von Analogpräparaten in psychiatrischen Indikationen
Prof. Dr. med. Peter Falkai

Podiums- und Plenardiskussion

Dr. Bergmann, Dr. Müller, PD Dr. Nelles, Prof. Dr. Falkai, Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, 1. Vorsitzende BVDP, Tim Steimle, Vertreter der Techniker Krankenkasse, Dr. med. Gunther Carl, Stellv. Vorsitzender BVDN, Mitglied des Unterausschuss Arzneimittel des GBA

Anmeldung per Fax

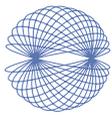
bis zum 22.10.2010

ja, ich nehme teil

an **02151 4546925**

nein, ich nehme nicht teil

Praxisstempel



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvbn.de

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Paul Reuther, Bad-Neuenahr-Ahrweiler
Sektion neue Bundesländer: Lutz Bode, Eisenach
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich; Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Falk von Zitzewitz, Klaus Peter Westphal
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Gisela Damaschke
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Werner Wolf
Mecklenburg-Vorpommern: Ramon Meißner, Frank Unger
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Frank Bergmann, Angelika Haus
Rheinland-Pfalz: Klaus Sackenheim
Saarland: Helmut Storz
Sachsen: Babette Schmidt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Fritz König
Thüringen: Konstanze Tinschert
Westfalen: Klaus Gorsboth

Gremien des BVDN

SEKTIONEN

Nervenheilkunde: F. Bergmann
Neurologie: U. Meier
Psychiatrie/Psychotherapie: C. Roth-Sackenheim

ARBEITSKREISE

Neue Medien: A. Hillienhof
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Th. Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: F. Jungmann
Konsiliarneurologie: S. Diez
Konsiliarpsychiatrie: N. N.
Belegarztwesen Neurologie: J. Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: K.-O. Sigel, R. Wietfeld
U. E. M. S. – Psychiatrie, EFPT: R. Urban
U. E. M. S. – Neurologie: F. Jungmann
DMP und IV: U. Meier, F. Bergmann, P. Reuther, G. Carl

AUSSCHÜSSE

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: A. Zacher, U. Meier
Ambulante Neurologische Rehabilitation: W. Fries
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie: S. Schreckling
CME: P. Franz, F. Bergmann, P. Reuther
Gebührenordnungen: F. Bergmann, G. Carl
Öffentlichkeitsarbeit: F. Bergmann
Neurologie/Psychiatrie: G. Carl, P. Reuther, A. Zacher
Gerontopsychiatrie: F. Bergmann
Psychotherapie: C. Roth-Sackenheim, U. Thamer
Organisation BVDN, Drittmittel: G. Carl, F. Bergmann
Weiterbildungsordnung und Leitlinien: W. Lünser, Ch. Vogel, F. Bergmann, G. Carl

Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigen-gruppen: U. Brickwedde (Psychiatrie), H. Vogel (Neurologie)

REFERATE

Demenz: J. Bohlken
Epileptologie: R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: K.-O. Sigel, H. Vogel
Neurootologie, Neuroophthalmologie: M. Freidel
Neuroorthopädie: B. Kugelgen
Neuropsychologie: T. Cramer
Neuroonkologie: W. E. Hofmann, P. Krauseneck
Pharmakotherapie Neurologie: K.-O. Sigel, F. König
Pharmakotherapie Psychiatrie: R. Urban
Prävention Psychiatrie: N. N.
Schlaf: R. Rodenschatz, W. Lünser

Schmerztherapie Neurologie: H. Vogel
Schmerztherapie Psychiatrie: R. Wörz
Suchttherapie: U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie: M. Freidel

Geschäftsstelle des BVDN

D. Differt-Fritz
 Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925
 E-Mail: bvbn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Neuss
 Kto.-Nr.: 800 920 00, BLZ 305 500 00
BVDN Homepage: <http://www.bvbn.de>
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

Vorsitzende: Uwe Meier, Grevenbroich; Hans-Christoph Diener, Essen
Schriftführer: Christian Gerloff, Hamburg
Kassenwart: Karl-Otto Sigel, München
Beisitzer: Rolf F. Hagenah, Rotenburg; Frank Bergmann, Aachen; Peter Berlit, Essen; Heinz Herbst, Stuttgart
Beirat: Elmar Busch, Gelsenkirchen; 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: U. Meier, P. Reuther
GOÄ/EBM: R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl
CME: P. Franz
Qualitätsmanagement: U. Meier
Risikomanagement: R. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN
DRG: R. Kiefer

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: U. Meier
Versorgungsforschung: U. Meier
Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung: R. Hagenah
Anhaltzahlen/Qualitätssicherung: F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation: H. Masur
CME: P. Franz, F. Jungmann, P. Reuther
DRG: R. Hagenah, R. Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNR: H. Masur / **AG ANR:** P. Reuther
BV-ANR: P. Reuther / **UEMS:** F. Jungmann

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Heinz Herbst
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf, Frank Freitag
Bremen: Helfried Jacobs, Bremen
Hamburg: Heinrich Goossens-Merk, Peter Emrich
Hessen: Alexander Simonow
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf, Joachim Beutler
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Joachim Eißmann, Richard Rohrer
Sachsen: Elke Wollenhaupt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Meyer-Hülsmann
Thüringen: Barbara Schwandt
Westfalen: Klaus Gorsboth



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychoiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: Christian Vogel, München
Schriftführer: Hans Martens, München
Schatzmeister: Gerd Wermke, Homburg/Saar
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Frank Bergmann, Aachen; Werner Kissling, München; Hans Martens, München; Greif Sander, Sehnde

Referate

Soziotherapie: S. Schreckling
Sucht: G. Sander
Psychotherapie/Psychoanalyse: H. Martens

Forensik: C. Vogel

Übende Verfahren – Psychotherapie: G. Wermke
Psychiatrie in Europa: G. Wermke
Kontakt BVDN, Gutachterwesen: F. Bergmann
ADHS bei Erwachsenen: J. Krause
PTSD: C. Roth-Sackenheim
Migrationssensible psych. Versorgung: G. Sander

BVDP-Landessprecher

Bayern: Hans Martens, Christian Vogel
Baden-Württemberg: Herbert Scheiblich
Berlin: Norbert Mönter
Brandenburg: n.n.
Bremen: n.n.
Hamburg: Ute Bavendamm, Guntram Hinz
Hessen: Peter Kramuschke
Mecklenburg-Vorpommern: n.n.
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Christian Raida
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach
Saarland: Gerd Wermke
Sachsen: Bennemann
Sachsen-Anhalt: Regina Nause
Schleswig-Holstein: Uwe Bannert
Thüringen: Lutz Bode
Westfalen: Rüdiger Sassmannshausen

Ich will Mitglied werden!

■ **An die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45 46 925**

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 300–500 EUR, je nach Landesverband).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 260 EUR für Fachärzte an Kliniken; 55 EUR für Ärzte in Weiterbildung).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Fachärzte an Kliniken/Niedergelassene).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 625 EUR.

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 | <input type="checkbox"/> Facharzt |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent | <input type="checkbox"/> Neurologe | <input type="checkbox"/> Nervenarzt | <input type="checkbox"/> Psychiater |
| <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____ | | | |

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fortschritte Neurologie / Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Aktuelle Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Praxis |
| <input type="checkbox"/> Die Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Psychotherapie im Dialog |
| <input type="checkbox"/> PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie | <input type="checkbox"/> Balint-Journal |

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

Zum Eintritt erhalte ich die BVDN-Abrechnungskommentare (EBM, GOÄ, Gutachten, IGeL, Richtgrößen etc.).

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den BVDN/BDN/BVDP (nicht Zutreffendes ggf. streichen) widerruflich, den von mir zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen.

Konto-Nr.: _____

bei der _____ BLZ _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werde ich der Geschäftsstelle des Berufsverbandes mitteilen.

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

■ Nervenärzte als Vertreter in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Ärztekammern (ÄK)*

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband:	BADEN SÜD					
Dr. U. Farenkopf	Gengenbach	ja	KV	07803 98071-3	0703 98071-4	Neurologie_gengenbach@t-online.de
Dr. R. Sattleger	Singen	ja	KV	07731 9599-10	07731 9599-39	dr.adam@web.de
BVDN-Landesverband:	BADEN-WÜRTTEMBERG					
Prof. Dr. J. Aschoff	Ulm	nein	ÄK	0731 69717		
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	ÄK/KV	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Dr. W. Maier-Janson	Ravensburg	ja	KV	0751 36242-0	0751 36242-17	kontakt@neurologie-ravensburg.de
BVDN-Landesverband:	BAYERN					
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	ÄK/KV	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. C. Vogel	München	ja	ÄK	089 2730700	089 27817306	praxcvogel@aol.com
Dr. H. Martens	München	ja	ÄK/KV	089 2713037	08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
BVDN-Landesverband:	BERLIN					
Dr. G. Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	dr.g.benesch@t-online.de
Dr. H.-J. Boldt	Berlin	ja	KV	030 3186915-0	030 3186915-18	BoldtNA@t-online.de
Dr. D. Rehbein	Berlin	ja	ÄK	030 6931018	030 69040675	
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 3922021	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband:	BRANDENBURG					
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 748720-7	0331 748720-9	
Dr. A. Rosenthal	Teltow	ja	KV	03328 30310-0	03328 30310-1	gerd-juergen.fischer@dgn.de
BVDN-Landesverband:	BREMEN					
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	ÄK/KV	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband:	HAMBURG					
Dr. G. Hinz	Hamburg	ja	KV	040 60679863	040 60679576	guntram.hinz@yahoo.de
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. Andre Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
BVDN-Landesverband:	HESSEN					
Dr. B. Ende	Buseck	nein	ÄK	06408 62828		
Dr. S. Planz-Kuhlendahl	Offenbach	ja	KV	069 800-1413	069 800-3512	planz-kuhlendahl@t-online.de
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
Peter Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 447424	tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de
BVDN-Landesverband:	MECKLENBURG-VORPOMMERN					
Dr. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@nervenaerzte-rostock.de
BVDN-Landesverband:	NIEDERSACHSEN					
Dr. J. Beutler	Braunschweig	ja	ÄK	0531 337717	0531 330302	joachim@dr-beutler.de
Dr. P. Gensicke	Göttingen	ja	ÄK	0551 384466	0551 484417	peter.gensicke@dgn.de
Dr. J. Schulze	Meppen	ja	ÄK	05931 1010	05931 89632	dr.schulte@nervennarztpraxis-meppen.de
BVDN-Landesverband:	NORDRHEIN					
Dr. F. Bergmann	Aachen	ja	KV	0241 36330	0241 404972	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	ÄK/KV	0221 402014	0221 405769	hphausi@AOL.com
Dr. Rolf Peters	Jülich	ja	KV	02461 53853	02461 54090	dr.rolf.peters@t-online.de
Dr. Birgit Löber-Kraemer	Bonn	nein	KV	0228 223450	0228 223479	
BVDN-Landesverband:	RHEINLAND-PFALZ					
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	02632 96400	02632 964096	c@dr-roth-sackenheim.de
Dr. Klaus Sackenheim	Andernach	ja	KV	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
BVDN-Landesverband:	SAARLAND					
Dr. F. Jungmann	Saarbrücken	ja	ÄK/KV	0681 31093	0681 38032	mail@dr-jungmann.de
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	ÄK/KV	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. G. Wermke	Homburg	ja	ÄK	06841 9328-0	06841 9328-17	gerd@praxiswermke.de
BVDN-Landesverband:	SACHSEN			Kein Nervenarzt in der ÄK oder KV!		
BVDN-Landesverband:	SACHSEN-ANHALT					
Dr. H. Deike	Magdeburg	nein	KV	0391 2529188	0391 5313776	
BVDN-Landesverband:	SCHLESWIG-HOLSTEIN					
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	ÄK/KV	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband:	THÜRINGEN					
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband:	WESTFALEN					
Dr. U. Thamer	Gelsenkirchen	ja	KV	0209 37356	0209 32418	Thamer.Herten@t-online.de
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	KV	0231 515030	0231 411100	boettger@AOL.com

* Diese Liste der ÄK- und KV-Vertreter wird unter Vorbehalt veröffentlicht.

Dr. Uwe Bannert

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

Dr. Wolfgang Becker

Palmstr. 36, 79539 Lörrach,
Tel.: 07621 2959, Fax: 07621 2017,
E-Mail: becker-hillesheimer@t-online.de

Dr. Gerd Benesch

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

Dr. Frank Bergmann

Kapuzinergraben 19, 52062 Aachen,
Tel.: 0241 36330, Fax: 0241 404972,
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Dr. Ralf Berkenfeld

Hochstr. 22, 47506 Neukirchen-Vluyn,
Tel.: 02845 32627, Fax: 02845 32878,
E-Mail: berkenfeld@t-online.de

Prof. Dr. Peter-Dirk Berlit

Alfried-Krupp-Krankenhaus, 45131 Essen,
Tel.: 0201 4342-527, Fax: 0201 4342-377,
E-Mail: berlit@ispro.de

Dr. med. Joachim Beutler

Fasanenstr. 25, 38102 Braunschweig,
Tel.: 0531 337717

Dr. Lutz Bode

Mühlhäuserstr. 94, 99817 Eisenach,
Tel.: 03691 212343, Fax: 03691 212344,
E-Mail: lutzbode@t-online.de

Dr. Ralf Bodenschatz

Hainische Str. 4-6, 09648 Mittweida,
Tel.: 03727 9418-11, Fax: 03727 9418-13,
E-Mail: rbodenschatz@t-online.de

Dr. Jens Bohlken

Klosterstr. 34/35, 13581 Berlin,
Tel.: 030 3329-0000, Fax: 030 3329-0017,
E-Mail: dr.j.bohlken@gmx.net

PD Dr. Elmar Busch

Munckelstr. 55, 45879 Gelsenkirchen,
Tel.: 0209 160-1501 oder 0173 252541
E-Mail: busch@evk-ge.de

Dr. Bernhard Bühler

P 7, 1 Innenstadt, 68161 Mannheim,
Tel.: 0621 12027-0, Fax: 0621 12027-27,
E-Mail: bernhard.buehler@t-online.de

Dr. Gunther Carl

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

Dr. Gisela Damaschke

Bergstr. 26, 15907 Lübben,
Tel.: 03546 4038

Dr. med. Martin Delf

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

Prof. Dr. Hans-Christoph Diener

Universitätsklinikum Essen,
Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Dr. Ulrich Dölle

Leher Heerstr. 18, 28359 Bremen,
Tel.: 0421 237878, Fax: 0421 2438796,
E-Mail: u.doelle@t-online.de

Dr. Reinhard Ehret

Schloßstr. 29, 20, 12163 Berlin,
Tel.: 030 790885-0, Fax: 030 790885-99,
E-Mail: dr.ehret@neurologie-berlin.de

Dr. Joachim Eißmann

Bühlstr. 15, 66606 St. Wendel/Saar,
Tel.: 06851 2112, Fax: 06851 2777

Dr. Joachim Elbrächter

Marktallee 8, 48165 Münster,
Tel.: 02501 4822/4821, Fax: 02501 16536,
E-Mail: dr.elbraechter@freenet.de

Dr. Günther Endrass

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

Prof. Dr. Andreas Engelhardt

Evangelisches Krankenhaus,
Marienstr. 11, 26121 Oldenburg,
Tel.: 0441 236414, Fax: 0441 248784,
E-Mail: andreas.engelhardt@nwn.de

Dr. Peter Franz

Ingolstädter Str. 166, 80939 München,
Tel.: 089 317111, Fax: 089 3163364,
E-Mail: pkfranz@aol.com

Dr. Matthias Freidel

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

Dr. Frank Freitag

Berliner Str. 127, 14467 Potsdam,
Tel.: 0331 62081125, Fax: 0331 62081126

Prof. Dr. Wolfgang Fries

Pasinger Bahnhofplatz 4,
81241 München, Tel.: 089 896068-0,
Fax: 089 896068-22, E-Mail: fries@efinet.de

Dr. Horst Fröhlich

Haugerring 2, 97070 Würzburg,
Tel.: 0931 55330, Fax: 0931 51536

Prof. Dr. Christian Gerloff

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

Dr. med. Heinrich Goossens-Merkt

Wördemanns Weg 25, 22527 Hamburg
E-Mail: dr.goossens-merkt@neurologie-
hamburg.net

Dr. Holger Grehl

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

Dr. Klaus Gorsboth

Bahnhofstr. 10, 59581 Warstein,
Tel.: 02902 9741-0, Fax: 02902 9741-33,
E-Mail: gorsboth.bvdn@gmx.de

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah

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

Dr. Angelika Haus

Dürener Str. 332, 50935 Köln,
Tel.: 0221 402014, Fax: 0221 405769,
E-Mail: hphausi@aol.com

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

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

Dr. Guntram Hinz

Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg,
Tel.: 040 60679863, Fax: 040 60679576,
E-Mail: guntram.hinz@yahoo.de

Dr. Werner E. Hofmann

Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg,
Tel.: 06021 449860, Fax: 06021 44986244
E-Mail: praxis@wehofmann.de

Dr. Ulrich Hutschenreuter

Am Dudoplatz 1, 66125 Saarbrücken,
Tel.: 06897 7681-43, Fax: 06897 7681-81,
E-Mail: U.Hutschenreuter@t-online.de

Dr. Helfried Jacobs

Bremerhavener Heerstr. 11,
28717 Bremen
Tel.: 0421 637080, Fax: 0421 637578

Dr. Josef Kesting

Käthe-Kollwitz-Str. 5, 04109 Leipzig,
Tel. 0341 4774508, Fax: 0341 4774512
E-Mail: josef.kesting@gmx.de

Dr. Werner Kissling

Möhlstr. 26, 81675 München,
Tel.: 089 41404207,
E-Mail: w.kissling@lrz.tum.de

Dr. Fritz König

Sandstr. 18-22, 23552 Lübeck,
Tel.: 0451 71441, Fax: 0451 7060282,
E-Mail: info@neurologie-koenig-
luebeck.de

Dr. Johanna Krause

Schillerstr. 11a, 85521 Ottobrunn,
E-Mail: drjkrause@yahoo.com

Prof. Dr. Peter Krauseneck

Neurologische Klinik Bamberg,
Burgerstr. 80, 96049 Bamberg,
Tel.: 0951 503360-1, Fax: 0951 503360-5,
E-Mail: BAS2BA01@urz.uni-bamberg.de

Dr. Thomas Krichenbauer

Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel.: 09321 5355, Fax: 09321 8930,
E-Mail: krichi@web.de

Dr. Bernhard Kügelgen

Postfach 20 09 22, 56012 Koblenz,
Tel.: 0261 30330-0, Fax: 0261 30330-33

Dr. Andreas Link

Alter Bremer Weg 14, 29223 Celle,
Tel.: 05141 330000, Fax: 05141 889715,
E-Mail: neurolink@t-online.de

Dr. Wolfhard Lünser

Werler Str. 66, 59065 Hamm,
Tel.: 02381 26959, Fax: 02381 983908,
E-Mail: Luenser.Hamm@t-online.de

Dr. Hans Martens

Josephsplatz 4, 80798 München,
Tel.: 089 2713037, Fax: 089 27349983,
E-Mail: dr.h.martens@gmx.de

Dr. Norbert Mayer-Amberg

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

Dr. Ramon Meißner

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

Dr. Uwe Meier

Am Ziegelkamp 1 f, 41515 Grevenbroich,
Tel.: 02181 7054811, Fax: 02181 7054822,
E-Mail: uumeier@t-online.de

Dr. Norbert Mönter

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

Dr. Rolf Peters

Römerstr. 10, 52428 Jülich,
Tel.: 02461 5385, Fax: 02461 54090,
E-Mail: dr.rolf.peters@t-online.de

Dr. Sigrild Planz-Kuhlendahl

Aliceplatz 7, 63065 Offenbach,
Tel.: 069 800-1413, Fax: 069 800-3512,
E-Mail: Planz-Kuhlendahl@t-online.de

Dr. med. Walter Raffauf

Dircksenstr. 47, 10178 Berlin,
Tel.: 030 2832794, Fax: 030 2832795,

Dr. med. Elisabeth Rehkopf

Bischofsstr. 30, 49074 Osnabrück,
Tel.: 0541 8003990, Fax: 0541
80039920,
E-Mail: elisabeth.rehkopf@web.de

Prof. Dr. Fritjof Reinhardt

D.-Chr.-Erleben-Str. 2,
01968 Senftenberg,
Tel.: 03573 752150, Fax: 03573 7074157,
E-Mail: ProfReinhardt@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

ANR Ahrweiler, Schülzchenstr. 10,
53474 Bad-Neuenahr-Ahrweiler,
Tel.: 02641 98040, Fax: 02641 980444,
E-Mail: preuther@rz-online.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim

Breite Str. 63, 56626 Andernach,
Tel.: 0160 97796487, Fax: 02632 9640-96,
E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de

Dr. Klaus Sackenheim

Breite Str. 63, 56626 Andernach,
Tel.: 02632 9640-0,
Fax: 02632 9640-96,
E-Mail: bvdn@dr-sackenheim.de

Dr. Manfred Salaschek

Schulstr. 11, 49477 Ibbenbüren,
Tel.: 05451 50614-00,
Fax: 05451 50614-50,
E-Mail: salschek.ibt@t-online.de

Dr. Greif Sander

Wahrendorff-Str. 22, 31319 Sehnde,
Tel.: 05132 902465, Fax: 05132 902459,
E-Mail: dr.sander@wahrendorff.de

Dr. Michael Schwalbe

Annendorfer Str. 15,
06886 Lutherstadt-Wittenberg,
Tel.: 03491 442567, Fax: 03491 442583

Dr. Karl-Otto Sigel

Hauptstr. 2, 82008 Unterhaching,
Tel.: 089 6653917-0, Fax: 089 6653917-1,
E-Mail: drsigel@neuropraxis-
muenchen.de

Matthias Stieglitz

Reichenberger Str. 3, 13055 Berlin,
Tel.: 030 9714526,
E-Mail: matthias.stieglitz.praxis@
t-online.de

Dr. Helmut Storz

Stieglitzweg 20, 66538 Neunkirchen,
Tel.: 06821 13256, Fax: 06821 13265,
E-Mail: h.storz@gmx.de

Dr. Ulrich Thamer

Mühlenstr. 5-9, 45894 Gelsenkirchen,
Tel.: 0209 37356, Fax: 0209 32418,
E-Mail: Thamer.Herten@t-online.de

Dr. Konstanze Tinschert

Ernst-Abbe-Platz 3-4, 07743 Jena,
Tel.: 03641 57444-4, Fax: 03641 57444-0,
E-Mail: praxis@tinschert.de

Dr. Siegfried R. Treichel

Halterner Str. 13, 45657 Recklinghausen,
Tel.: 02361 2603-6, Fax: 02361 2603-7

Dr. Frank Unger

Doberaner Str. 43b, 18057 Rostock,
Tel.: 0381 2016420, Fax: 0381 2002785,
E-Mail: ungerfrank@web.de

Dr. Roland Urban

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

Dr. P. Christian Vogel

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

Prof. Dr. Klaus Peter Westphal

Neuer Graben 21, 89073 Ulm,
Tel. 0731 66199, Fax 0731 66169,
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Dr. Gerd Wermke

Talstr. 35-37, 66424 Homburg,
Tel.: 06841 9328-0, Fax: 06841 9328-17,
E-Mail: wermke@myfaz.net

Dr. Werner Wolf

Hindenburgstr. 11, 35683 Dillenburg,
Tel.: 02771 8009900,
E-Mail: praxis@dr-werner-wolf.de

Dr. med. Elke Wollenhaupt

Anton-Graff-Str. 31, 01309 Dresden,
Tel.: 0351 4413010,
E-Mail: elke.wollenhaupt.web.de

PD Dr. Roland Wörz

Friedrichstr. 73, 76669 Bad Schönborn,
Tel.: 07253 31865, Fax: 07253 50600

PD Dr. Albert Zacher

Watkmarkt 9, 93047 Regensburg,
Tel. 0941 561672, Fax 0941 52704,
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Dr. Falk von Zitzewitz

Schillerplatz 7, 71638 Ludwigsburg,
Tel. 07141 90979, Fax 07141 970252,
E-Mail: falk.von-zitzewitz@gmx.de

1. Vertragliche Kooperationspartner der Berufsverbände**Arbeitsgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)**

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

Athene Akademie

Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen,
Geschäftsführerin:
 Gabriele Schuster,
 Huttenstr. 10, 97072 Würzburg,
 Tel.: 0931 88029396,
 Fax: 0931 88029398,
 E-Mail: g.schuster@athene-qm.de
 Athene ist die Qualitätsmanagementakademie der Berufsverbände. Sie übernimmt für die Verbände die Aufgabe, QM-Konzepte für Praxen und Kliniken zu entwickeln, zu pflegen, distribuieren sowie Mitglieder zu beraten und zu schulen. Athene pflegt die Kontakte zu zertifizierten und institutionellen Anbietern von QM-Konzepten. In diesem Zusammenhang ist sie auch für die Verbände offizieller Vertragspartner der KBV für QEP-Schulungen. Weiterhin unterstützt Athene bei Verhandlungen, Vertragsgestaltungen und operationaler Umsetzung von integrierter Versorgungsstrukturen und anderen Direktverträgen. Athene ist als Wirtschaftsunternehmen eigenständig, verpflichtet sich aber, die Interessen und Ziele der Verbände umzusetzen. Wirtschaftliche Verflechtungen zwischen den Verbänden und Athene bestehen nicht.

Cortex GmbH

Gut Neuhof,
 Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld,
 Tel.: 02151 4546920,
 Fax: 02151 4546925,
 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
 Cortex, die Management-GmbH der Berufsverbände, akquiriert und entwickelt Projekte hauptsächlich in Zusammenarbeit mit Sponsoren aus der Industrie. Hierunter fällt die

Finanzierung unserer Rundbriefe, Praxiskommentare und anderer Kommunikationsmittel. Auch IV-Verträge mit Krankenkassen werden bis zur endgültigen Registrierung unserer Genossenschaft über Cortex abgerechnet und verwaltet. Gesellschafter sind treuhänderisch die jeweiligen Vorstandsmitglieder. Die Geschäftstätigkeit wird von einem gewählten Beirat aus BVDN-Landesvorsitzenden kontrolliert.

Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie (DIQN)

Schanzenstr. 27, Schlosserei 4,
 51063 Köln, Tel.: 0221 955615-95,
 Mobil: 0173 2867914,
 E-Mail: info@diqn.de
 Das DIQN wurde 2005 von DGN, BDN und BVDN als GbR gegründet. Die Kooperation dient der Erforschung, Weiterentwicklung, Förderung und Verbreitung von Behandlungs- und Versorgungsstrukturen auf den Gebieten der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Neurologie. Im DIQN haben die Gesellschaften und Verbände eine Plattform zur Förderung, Koordination, Registrierung und Präsentation von Qualitätsprojekten und zur Erfassung und Darstellung von Kennzahlen der Versorgung und Forschung. Weitere Tätigkeitsfelder sind der Aufbau einer Datenbank für Versorgungsdaten in der Neurologie, Beratung und Information politischer Institutionen und der Öffentlichkeit sowie Recherche und Auskünfte im Bereich der neurologischen Versorgungsqualität im Auftrag. Das DIQN arbeitet mit den etablierten Kommissionen der Verbände zusammen und versteht sich als Koordinations- und Schnittstelle der Kommissionen, Arbeitsgruppen und Initiativen, die sich mit der Qualität neurologischer Versorgung und Forschung befassen.

Fortbildungsakademie

Huttenstr. 10
 97072 Würzburg
 Tel.: 0931 2055226
 Fax: 0931 2055225

E-Mail: info@akademie-psychoneuro.de
 www.athene-qm.de

Die Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP wurde vor zehn Jahren gegründet, um ein auf die Bedürfnisse der niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater/Psychotherapeuten optimal zugeschnittenes Fortbildungsprogramm regional anbieten zu können. Mehr als 200 Seminare, die an Samstagen stattfinden und insgesamt acht Fortbildungsstunden umfassen, wurden seitdem durchgeführt. Das Programm wird jährlich nach den Vorschlägen und Wünschen der Teilnehmer umgestaltet. Die Referenten werden – orientiert an den Ergebnissen der Evaluation durch die Teilnehmer – ausgesucht. Die Teilnehmerzahl ist inzwischen auf 30 beschränkt, damit die Atmosphäre für einen intensiven Austausch gewährleistet ist. Das Motto der Fortbildungsakademie lautet: Wissen ist Pflicht, Lernen macht Spaß. Ausführliche Übersichten über das Seminarangebot finden sich jeweils in der Dezember- und Januar-Ausgabe, der Seminararkalender in jedem NEUROTRANSMITTER. Vorsitzender der Fortbildungsakademie ist PD Dr. A. Zacher, Regensburg, stellvertretender Vorsitzender Dr. U. Meier, Grevenbroich.

QUANUP e. V.

Verband für Qualitätsentwicklung in Neurologie und Psychiatrie e. V., Hauptstr. 106,
 35745 Herborn, Tel.: 02772 53337,
 Fax: 02772 989614,
 E-Mail: kontakt@quanup.de
 www.quanup.de
 QUANUP wurde 2001 als unabhängige Einrichtung durch die Berufsverbände gegründet, um neue Formen der Zusammenarbeit, des Disease-Managements, der integrierten Versorgung und des Datenaustausches zwischen Neurologen und Psychiatern, zwischen Klinik und Praxis sowie Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und der Pharmaindustrie zu entwickeln.

Laufende Projekte sind:

1. Strukturierte Versorgung Parkinson mit dem Kompetenznetz Parkinson: beteiligt 30 Praxen, 4 klinische Zentren, über 400 Patientendatensätze im Langzeitverlauf
2. Weiterbildung der Praxishelfer zur Facharztassistentin in verschiedenen den Bereichen, Förderung Parkinson, Multiple Sklerose, Sozialpsychiatrie, Integrierte Versorgung (Curricula fortlaufend und bundesweit, siehe www.quanup.de)
3. Förderung der Integrierten Versorgung in Neurologie und Psychiatrie

2. Politische Kooperationspartner der Berufsverbände**Bundesärztekammer (BÄK)**

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

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

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

Neurologie

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Vorsitz: Prof. Dr. Heinz Reichmann, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, E-Mail: heinz.reichmann@neuro.med.tu-dresden.de
Geschäftsführung:
 Dr. Thomas Thiekötter, Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin, www.dgn.org

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

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e. V. (BV ANR)
 Pasinger Bahnhofplatz 4, 81242 München, Tel.: 089 82005792, Fax: 089 89606822, E-Mail: info@bv-anr.de www.bv-anr.de

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

Bundesverband Neuro-Rehabilitation (BNR)
Vorsitz: R. Radzuweit, Godeshöhe, Waldstr. 2–10, 53177 Bonn-Bad Godesberg, Tel.: 0228 381-226 (-227), Fax: 0228 381-640, E-Mail: r.radzuweit@bv-neurorehagodeshoehe.de www.bv-neuroreha.de

Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) e. V.
 Geschäftsstelle Fulda, Postfach 1105, 36001 Fulda, Tel.: 0700 46746700, Fax: 0661 9019692, E-Mail: fulda@gnp.de www.gnp.de

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN)
Vorsitz: Dr. M. Prosiegel, Fachklinik Heilbrunn, Wörnerweg 30, 83670 Bad Heilbrunn, Tel.: 08046 184116, E-Mail: prosiegel@t-online.de www.dgnkn.de

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
 Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin, Tel.: 030 284499 22, Fax: 030 284499 11, E-Mail: gs@dgnc.de www.dgnc.de

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)
 Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin, Tel.: 030 284499 33, Fax: 030 284499 11, E-Mail: gs@bdnc.de www.bdnc.de

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)
 Straße des 17. Juni 114, 10623 Berlin, Tel.: 030 330997770, Fax: 030 916070-22, E-Mail: DGNR@Neuro radiologie.de www.neuroradiologie.de

Psychiatrie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
 Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin, Tel.: 030 28096601/ 02, Fax: 030 28093816
Hauptgeschäftsführer: Dr. phil. Thomas Nesseler
 E-Mail: sekretariat@dgppn.de www.dgppn.de

Präsident: Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Aachen, RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen, Tel.: 0241 8089633, E-Mail: fschneider@ukaachen.de
Aus-, Fort- und Weiterbildung, CME: Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
 Tel.: 0451 5002440
 E-Mail: fritz.hohagen@psychiatrie.uk-sh.de

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP) e. V.
 Postfach 1366, 51675 Wiehl, Tel.: 02262 797683, Fax: 02262 9999916, E-Mail: GS@dggpp.de www.dggpp.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)
 Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin, Tel.: 030 28096519, Fax: 030 28096579, E-Mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de www.dgkjp.de

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)
 Stuttgarter Str. 51 (Im Spital), 71263 Weil der Stadt, Tel.: 07033 691136, Fax: 07033 80556, E-Mail: bkjpp@dr-schaff.de www.bkjpp.de

Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO)
 Brücker Mausepfad 601, 51109 Köln, Tel.: 0221 842523, Fax: 0221 845442, E-Mail: staeko@vakjp.de

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

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)
 Vorsitzender: Univ.-Doz. Dr. med. Elmar Etzersdorfer, Furtbachkrankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Furtbachstr. 6, 70178 Stuttgart, Tel.: 0711 6465126, Fax: 0711 / 6465155, E-Mail: etzersdorfer@fbkh.org www.suizidprophylaxe.de

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgeber:

Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN),
1. Vorsitzender: Dr. med. Frank Bergmann (fb),
Theaterplatz 17, 52062 Aachen,
Tel.: 0241 36330, Fax: 0241 404972,
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Geschäftsstelle:

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

Schriftleiter:

PD Dr. med. Albert Zacher (az) (verantwortlich),
Watmarkt 9, 93047 Regensburg, Tel.: 0941 561672,
Fax: 0941 52704, E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Verlag:

Springer Medizin | Urban & Vogel GmbH,
Aschauer Str. 30, 81549 München,
Tel.: 089 203043-1300, Fax: 089 203043-1399,
www.urban-vogel.de

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse:

Die Urban & Vogel GmbH ist 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. 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 Science + Business Media Deutschland GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science + Business Media Deutschland GmbH ist die Springer Science + Business Media Netherlands B.V., die 100% der Anteile hält. Die Springer Science + Business Media Netherlands B.V. ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media Finance S.à R.L. Die Springer Science+Business Media Finance S.à R.L. ist eine 100%-ige Tochter der Springer Science+Business Media S.A.

Geschäftsführer:

Harm van Maanen, Dr. Dirk Einecke, Ulrich Huber, Stephan Kröck, Dr. Esther Wieland, Matthias Wissel

Director Facharzt Medizin: Dr. Christoph Posch

Ressortleitung: Dr. Gunter Freese

Redaktion: Beate Huber (Leitung)
Tel.: 089 203043-1461, Fax: 089 203043-31461,
E-Mail: beate.huber@springer.com;
Monika Hartkopf (CvD, -1409);
Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

Layout: Edda Führer

Corporate Publishing:

Ulrich Huber (Leitung, Anschrift wie Verlag, -1331);

Anzeigenleitung:

Peter Urban (Anschrift wie Verlag, -1333,
E-Mail: peter.urban@springer.com)
Anzeigenpreisliste Nr. 13 vom 1.1.2010

Vertrieb: Frank Niemann (Leitung, -1411)

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.urban-vogel.de und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht zwei Monate vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise:

Einzelheft: 21 €. Jahresabonnement: 199 €. Für Studenten/AIP: 139 €. Versandkosten jeweils: Inland 24 €, Ausland 33 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 48 € zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright – Allgemeine Hinweise:

Veröffentlicht werden nur Arbeiten und 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. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. 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. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebührenerzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, 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, für die Empfehlungen im Expertenrat 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.

Druck:

KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München

ISSN 1436-123X



© Dean Mitchell / shutterstock.com

Vorschau

Ausgabe 11/2010

November

Erscheint am 15. November 2010

Antispastische Therapie

Spastik ist ein subjektiv beeinträchtigendes Symptom vieler Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Wichtige Ziele der Therapie sind die Erhaltung und Rückgewinnung von aktiver Beweglichkeit sowie die Linderung von Schmerzen und die Prophylaxe von Kontrakturen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit einer oralen oder intrathekalen Pharmakotherapie.

Antipsychotische Therapie

Die Behandlung der Schizophrenie stellt für Therapeuten oftmals eine große Herausforderung dar. Idealerweise erfahren die Betroffenen eine multimodale Behandlung, die psycho- und soziotherapeutische Therapieverfahren beinhaltet. Vor allem in der Akutphase nimmt bei vielen Patienten die psychopharmakologische Behandlung eine bedeutende Rolle ein.