12 Dezember 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)

GKV-Finanzierungsgesetz
Nach der Reform ist vor der Reform

Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz
Was bringt es für Psychiater?

CME: Schlaganfallbehandlung
Wissenswertes, Neues und Kontroverses

NeuroTransmitter-Telegramm
Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände in dieser Ausgabe

BVDN BDN BVDP

NeuroTransmitter 12/2010
Springer Medizin | Verlag Urban & Vogel GmbH, München

»Die historische Aufarbeitung ist elementar, Bekenntnis und Entschuldigung waren überfällig – entscheidend aber wird sein, Voraussetzungen zu schaffen, die für alle Zeiten verhindern können, dass sich unser Fach je wieder so pervertiert.«

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

Nie wieder!

Der 26. November 2010 muss in die Geschichte der deutschen Psychiatrie und vor allem unserer wissenschaftlichen Gesellschaft, der DGPPN, aufgenommen werden. 65 Jahre nach dem Ende des nationalsozialistischen Grauens wurde erstmals an diesem Tag in der geziemenden Form auf die Verbrechen eingegangen, die deutsche Psychiater an den ihnen anvertrauten Kranken und Schutzbefohlenen begangen hatten. Unangesprochen blieb auch nicht die unfassbare Kumpanei, die es nach dem Kriegsende einigen Tätern möglich machte, ihre akademischen Karrieren fortzuführen und dem Schlimmsten davon gar erlaubt hatte, jahrelang unter falschem Namen als psychiatrischer Gutachter zu arbeiten.

Fakten schlagen Mythen

Die eigentliche Gedenkveranstaltung am Freitagnachmittag wurde vorbereitet durch die Berichte von Mitgliedern der historischen Kommission, die zwar im Auftrag der Gesellschaft, jedoch unabhängig von ihr die Rolle der Deutschen Psychiatrie im Nationalsozialismus und damit auch die Rolle der Vorgängerorganisation der DGPPN untersucht. Keine der gängigen Selbstbeschwichtigungsformeln kann bei nüchterner Betrachtung der historischen Tatsachen aufrechterhalten werden. Weder machten nur einige fanatisierte Psychiater mit, noch stammten die geistigen Grundlagen von außenstehenden Rasseideologen, sie wurden vielmehr auch von Psychiatern mit geschaffen, und dass es sich bei den sadistischen und mörderischen Experimenten an Patienten um Pseudowissenschaft und nicht um „echte“ Forschung angesehener Fachvertreter gehandelt habe: Auch dieses Entlastungsargument wird angesichts der Dokumentenlage als purer Mythos entlarvt. Mit 50 bis 65 Prozent Parteimitgliedern stellten die Ärzte mehr als jede andere Akademikergruppe. Die Begriffe von Eugenik, Rassenhygiene und der Ausmerzung lebensunwerten Lebens wurden unter anderem von hoch angesehenen Ärzten ausgedacht und hinter der sadistischen Forschung standen international renommierte Experten.

Die Opfer kamen zu Wort

Briefe von Opfern, von deren Angehörigen, der Bericht eines jüdischen Kollegen, dessen Vater als junger Psychiater 1933 die Flucht und einen Neuanfang in Haifa wagen musste, die Familienforschung der Nichte einer Ermordeten und „in Memoriam“ die Herrn von Cranach zu dankende Ausstellung bestürzten noch mehr als die Nüchternheit der Zahlen und Fakten, denn sie ließen erahnen, welche Schrecken, welche Schmerzen und welches Grauen diese von ihren Ärzten Ausgelieferten, Gefolterten und Ermordeten erdulden mussten.

Die Worte, die der Präsident der DGPPN für die Opfer und deren Angehörige fand und an die vielen Kongressteilnehmer im Auditorium richtete, ließen keinen Zweifel daran, dass es mit dem Thema „Psychiatrie im Nationalsozialismus“ und mit dieser Veranstaltung nicht sein Bewenden haben wird, sondern dass wir uns in den nächsten Jahren immer wieder damit beschäftigen werden. Seinen Vortrag werden sie in der Januarausgabe des NeuroTransmitter abgedruckt finden.

Vor etwa 15 Jahren haben wir bayerischen Kollegen bei einer Mitgliederversammlung des Berufsverbandes mit Unterstützung von Herrn von Cranach der Opfer der Psychiatrie im Dritten Reich gedacht. „Nie wieder“ stand auf der Schleife des Kranzes, den wir am Mahnmahl niederlegten. Die historische Aufarbeitung ist elementar, Bekenntnis und Entschuldigung waren überfällig – entscheidend aber wird sein, Voraussetzungen zu schaffen, die für alle Zeiten verhindern können, dass sich unser Fach je wieder so pervertiert.

Ihr

Inhalt 12 Dezember 2010

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 Der lange Kampf ums Honorar

10 Das GKV-Finanzierungsgesetz
Nach der Reform ist vor der Reform

14 Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg
Erfolgsmodell Integrierte Versorgung

16 Gesundheitspolitische Nachrichten

Rund um den Beruf

18 Arzneimittelmarkt-Neurordnungsgesetz
Was bringt es für uns Psychiater?

22 Bedarfsplanung
Kurs gegen den Ärztemangel

10 GKV-Finanzierungsgesetz

Dieses Gesetz soll die Finanzierung der GKV auf sicherere Beine stellen. Für die niedergelassenen Ärzte bringt das neue Gesetz durchaus Vorteile, verschiebt aber einige wichtige Entscheidungen in die Zukunft.

18 Arzneimittelmarkt-Neurordnungsgesetz

Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz ist aktuell im November beschlossen worden. Politisch erklärtes Hauptziel dieses Gesetzes ist, Einsparungen bei Arzneimitteln zu erzielen.

22 Bedarfsplanung

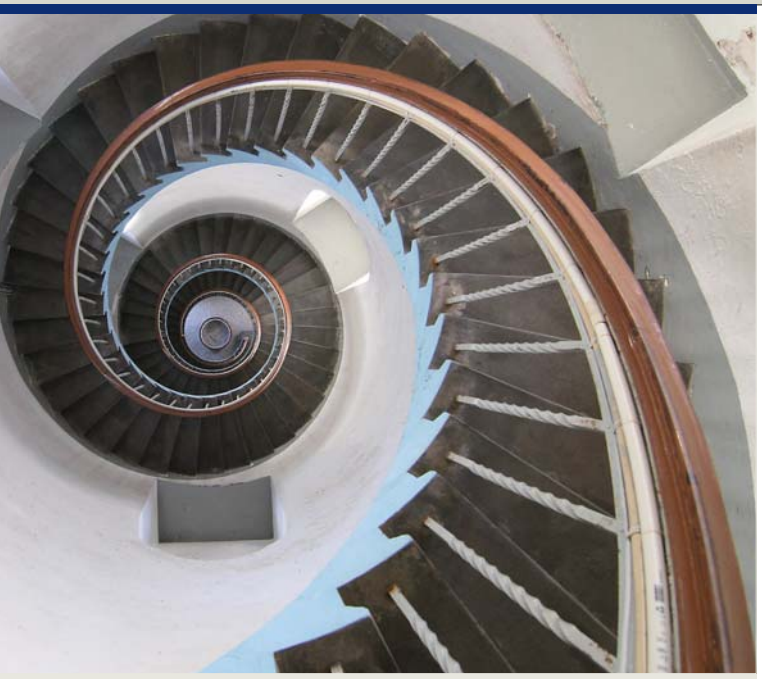
Die psychiatrischen und neurologischen Berufsverbände warnen seit Jahren vor einem drohenden allgemeinen Ärztemangel und wurden dafür heftig wegen Panikmache kritisiert. Heute gestehen jedoch auch Politiker und Krankenkassen zu, dass wir direkt auf einen Ärztemangel, insbesondere in den neuropsychiatrischen Fächern zusteuern.

Wichtiger Hinweis!

Dieser Ausgabe liegt der NeuroTransletter/Kongress Report Aktuell „Verlässliche und sichere Langzeittherapie mit Interferon beta-1a i. m. – Erfahrungen über 1,3 Millionen Patientenjahre“ bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Titelbild:
© Sammlung Brockstedt, Hamburg



26 Interdisziplinär gegen den Schwindel

Prof. Thomas Brandt hat in München das international angesehene Zentrum für Forschung, Diagnostik und Behandlung von Schwindel aufgebaut. PD Dr. Albert Zacher sprach mit ihm über das Leitsymptom „Schwindel", sein spezielles Engagement in diesem Bereich und die Furcht so mancher Kollegen vor diesem Symptom.

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 Diagnostik und Ätiologie
Interdisziplinär gegen den Schwindel

32 Arteriitis temporalis
Fortschritte in Diagnostik und Therapie

37 Interaktionslexikon – Teil 8
Clearance: Wie Substanzen eliminiert werden

41 Psychiatrische Kasuistik
Hyperprolaktinämie unter antipsychotischer Therapie

44 CME: Schlaganfallbehandlung
Wissenswertes, Neues, Kontroverses

51 CME-Fragebogen

Journal

60 Psychopathologie in Kunst & Literatur
Lorenzo Calogero: Der Mann mit der Aktentasche

64 NeuroTransmitter-Galerie
Weltenwandler – Ausbruch aus der „Wirklichkeit"

54 Pharmaforum

66 Termine

67 Verbandsservice

73 Impressum/Vorschau

BVDN
Berufsverband Deutscher Nervenärzte

BDN
Berufsverband Deutscher Neurologen

BVDP
Berufsverband Deutscher Psychiater

Der lange Kampf ums Honorar

das Jahr 2010 hat erneut nur bedingt die erhoffte Stabilisierung und Konsolidierung der Arbeits- und Finanzierungsbedingungen für unsere Fachgruppen gebracht. Zwar konnten in vielen Ländern Zugewinne vor allem gegenüber den Jahren 2007 und 2008 erzielt werden, im Vergleich zu den (falsch kalkulierten und überzahlten) Quartalen des Jahres 2009 stellt sich jedoch in den meisten Regionen die Umsatzsituation spürbar bescheidener dar. Dies ist vor allem in denjenigen Ländern empfindlich wahrnehmbar, in denen durch die Asymmetrie der Mittelverteilung seit 2009 weniger Geld angekommen ist.

Gleichzeitig haben die Neuregelungen, die vom Bewertungsausschuss zum 1. Juli diesen Jahres beschlossen und umgesetzt wurden, zu viel Verdruss geführt. Besonders ärgerlich ist in diesem Zusammenhang die Streichung der Gesprächsziffern im Kapitel 21 als so genannte Freie Leistung. Wir haben mehrfach über die Hintergründe an dieser Stelle berichtet.

Die „kompensierende" Aufwertung der Leistungsmenge für Nervenärzte und Psychiater und die Tatsache, dass man Neurologen erstmals wieder Gespräche als Einzelleistungen zugestanden hat, jedoch „nur" mit einem Aufschlag auf die Leistungsmenge von 5 Prozent, taten ihr Übriges und entfachten eine Debatte. Dies war Anlass und Hauptthema für eine außerordentliche Länderdelegiertenversammlung des BVDN im August in Berlin.

Intransparenz der Honorarverteilung

Vor allem aber auch bei anderen Fachgruppen, die den Hintergrund für diese Regelung in unseren Fachgebieten weder verstehen, nachvollziehen noch akzeptieren wollten, sowie bei vielen KV-Vorständen in den Regionen entstand sehr schnell der Wunsch, diese vermeintliche Vorteilsnahme unserer Fachgruppen rückgängig zu machen. Erleichtert wird den Länder-KVen dies durch großzügigste Konvergenzregelungen, welche die KVen peu à peu für sich erstritten haben, um Honorar vermehrt nach eigenen Vorstellungen verteilen zu können. Dies mag in Einzelfällen auch durchaus berechtigt sein, öffnet aber andererseits Tür und Tor für Willkür und Intransparenz in der Honorarverteilung.

Wir hatten gehofft, dass wir diese Mechanismen der Honorarverteilung „nach Gutsherrenart" überwunden hätten. Hier zeigt sich aber die enorme konservative Kraft des bestehenden Systems. Der (Verteilungs-) Kampf um das Honorar wird uns daher auch in den kommenden Jahren mit Sicherheit prioritär beschäftigen. Der Bundesgesundheitsminister hat die Reformierung der ärztlichen Honorare mit den Zielen einer größeren Transparenz und einer gerechteren Honorarverteilung im Ländervergleich auf seine Agenda 2011 gesetzt. Er wäre wohl gut beraten, sich starke Verbündete zu suchen, denn schon der jüngste Anlauf, Zuwächse im Jahr 2011 asymmetrisch zu verteilen und damit eine größere Honorargerechtigkeit herzustellen, entwickelte sich nicht wirklich zu einem „Kracher". Machtpoker zwischen den Parteien, Rücksicht auf bevorstehende Landtagswahlen und anderes mehr haben eine nachhaltige Regelung verhindert.

BVDN, BDN und BVDP sind gleich zu Beginn des neuen Jahres mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu gemeinsamen Beratungen zu den Themen „Honorarentwicklung sowie Bedarfsplanung" verabredet. Auf der Agenda der ärztlichen Selbstverwaltung steht nämlich für das Jahr 2011 vor allem das Thema „sektorenübergreifende Bedarfsplanung". Das Thema ist von außerordentlicher berufspolitischer Brisanz. Es kann manches Versorgungsproblem gerade auch in den Fächern Neurologie und Psychiatrie in Zukunft entschärfen, birgt aber auch manches Konfliktpotenzial. Eine große Chance bestände zum Beispiel darin, konkurrierende ambulante Versorgungsstrukturen (SGB V §§ 116b, 118 Abs. 1 und 2) miteinander sinnvoll zu vernetzen und die ambulante Versorgung in einem abgestimmten Behandlungspfad abzubilden.

Ohne eine – ebenfalls sektorenübergreifend wirksame – Reform der ambulanten Vergütung als conditio sine qua non wird dies allerdings kaum möglich sein.

Wir sind unter den genannten Voraussetzungen (!) in den Vorständen unserer Verbände sehr offen für solche Überlegungen, zumal die Entwicklung der Facharztzahlen in den Fächern Neurologie und Psychiatrie derart neue Denkmodelle in der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen geradezu herausfordert. Wir werden aus diesem Grunde das Thema „sektorenübergreifende Versorgungs- und Bedarfsplanung verbunden mit der Entwicklung sektorenübergreifender Behandlungspfade" auch thematisch in den Mittelpunkt des Neurologen- und Psychiatertages 2011 stellen, der am 9. April 2011 in Köln stattfinden wird.

Eine tragfähige Versorgungsplanung in Neurologie und Psychiatrie können wir nur mit gemeinsamen Anstrengungen aller an der Versorgung Beteiligten erreichen. Die Ent-

»Wir wollen zusammen in unserer berufspolitischen Arbeit Brücken schlagen und Gemeinsamkeiten finden, und uns nicht in konkurrierende Lager spalten lassen.«

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

wicklung von tragfähigen Behandlungspfaden ebenso wie die Entwicklung einer transparenten und gerechten Vergütung wollen wir in gemeinsamer Anstrengung erreichen. Damit die jeweiligen fachspezifischen Interessen mit Nachdruck auch in den Regionen durchgesetzt werden können, haben wir in der letzten Herbsttagung der BVDN-Länderdelegierten im Oktober in Darmstadt einen richtungsweisenden Beschluss gefasst:

Alle BVDN-Landesverbände haben sich verpflichtet, die LandessprecherInnen von BDN und BVDP in ihre Landesvorstände aufzunehmen und zu integrieren. Verhandlungen mit KVen oder auch mit Krankenkassen, beispielsweise im selektivvertraglichen Bereich, müssen von Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern auf Augenhöhe geführt werden und es muss gewährleistet sein, dass die jeweiligen fachgruppenspezifischen Besonderheiten auch angemessen berücksichtigt werden. Ich bin froh darüber, dass es keiner Anstrengungen und „Überzeugungskünste" bedurfte, diese Solidarität herbeizuführen.

Neue Chancen oder „Legalisierung der Korruption"?

Stichwort Selektivverträge: Wie schon im November-Heft berichtet, ist die „neue Welt" der wettbewerblichen Verträge, sei es nach § 140a ff oder nach § 73c, durch die jüngste Gesetzgebung im AMNOG (Arzneimittelneuordnungsgesetz) erweitert worden. Unbeirrt von Protesten der Bundesärztekammer, der KBV, der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, auch von DGN, DGPPN und unseren Verbänden, hat der Bundesgesundheitsminister durchgesetzt, dass Partner von Krankenkassen beim Abschluss von integrierten Versorgungsverträgen auch Pharmaunternehmen und Medizinproduktehersteller sein können. Die „Legalisierung der Korruption" ätzte der Spiegel aktuell, profitieren doch teilnehmende Ärzte in solchen Verträgen in Form höherer Vergütungen. Auch der Justiziar unserer Verbände, Dr. Pflugmacher, machte auf mögliche berufsrechtliche Implikationen aufmerksam.

Öffentliche Kritik an einem bereits unterschriebenen psychiatrischen Vertrag dieser Art verärgerte die Protagonisten, die mehr die Chancen ihres Vertrages sehen möchten, und beförderte eine Diskussion in Verbänden und wissenschaftlichen Gesellschaften. Nicht nur über erwünschte und weniger erwünschte Partnerschaften beim Abschluss solcher Verträge, sondern auch zum Beispiel über die anzustrebende Integrationstiefe, hatte doch die DGPPN eine stärkere Verzahnung mit dem Krankenhaussektor angemahnt. Lesen Sie vertiefend dazu auch eine Stellungnahme von Dr. Mönter aus Berlin auf Seite 14. Wir wollen gern auch in 2011 die unterschiedlichen Verträge, die in den Regionen abgeschlossen werden, bekannt machen und zur Diskussion stellen.

Traditionellerweise ist der BVDN immer ein Berufsverband für VertragsärztInnen gewesen. Demgegenüber haben sich sowohl BDN wie auch BVDP von vornherein als Berufsverbände für VertragsärztInnen wie auch für KlinikärztInnen gegründet. Wir wollen zusammen in unserer berufspolitischen Arbeit Brücken schlagen und Gemeinsamkeiten finden, denn Politiker, aber auch Träger von Einrichtungen, haben in den letzten Jahren ständig versucht uns in konkurrierende Lager zu spalten. Die Entwicklung gemeinsamer Interessen und Strategien ohne Aufgabe unserer ureigenen vertragsärztlichen Positionen ist daher eine der zukünftigen Aufgaben, der wir uns in BVDN, BDN und BVDP stellen wollen. Ohne Ihre Unterstützung wird dies nicht gelingen. Stärken Sie uns den Rücken und unterstützen sie unsere intensive Arbeit durch Ihre Mitgliedschaft, kommen Sie in die Landesverbände und ZNS-Netze und besuchen Sie die vielen bundesweiten und regionalen berufspolitischen Veranstaltungen im Jahr 2011.

Notieren Sie schon jetzt den Termin für den Neurologen- und Psychiatertag in Köln am 9. April 2011.

Ihnen und Ihren Familien wünschen wir Frohe Weihnachten und ein gutes Neues Jahr.

Dr. med. Frank Bergmann
1. Vorsitzender BVDN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
1. Vorsitzende BVDP

Dr. med. Uwe Meier
Vorsitzender BDN

Das GKV-Finanzierungsgesetz

Nach der Reform ist vor der Reform

Das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) ist im November beschlossen worden. Das Gesetz soll die Finanzierung der GKV auf sicherere Beine stellen. Für die niedergelassenen Ärzte bringt das neue Gesetz durchaus Vorteile, verschiebt aber einige wichtige Entscheidungen in die Zukunft.

Im Zentrum der öffentlichen Diskussion steht sicherlich die Neugestaltung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Anhebung des Beitragssatzes auf 15,5 Prozent, die Festschreibung des Arbeitgeberanteils auf 7,3 Prozent und die Neuregelung bei den vom Versicherten alleine zu zahlenden Zusatzbeiträgen mit einem Sozialausgleich sorgen für heftige Auseinandersetzungen.

Die Regierungskoalition – mit Ausnahme der CSU – sieht in diesen Änderungen einen Schritt hin zu einer notwendigen, nachhaltigen Umgestaltung der Finanzierung der GKV. Die GKV soll damit unabhängiger von konjunkturellen Schwankungen und resistenter gegen den demografischen Wandel werden. Die Opposition hält die Zusatzprämie und das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags, mit dem künftige Kostensteigerungen auf die Versicherten übertragen werden, für unsozial und ungerecht.

Auf berufspolitischer Bühne haben wir Verbände bereits seit Jahren gefordert, die Beiträge zur GKV von den Erwerbseinkommen abzukoppeln. Nach unserer Auffassung ist die geplante Änderung daher ein erster Schritt hin zu einer zukunftssichereren Finanzierung der GKV. Eine stärkere Beteiligung der Versicherten entspricht ebenfalls teilweise unseren Forderungen, wir versprechen uns hiervon eine gewisse Steuerungswirkung. Ohne eine solche Maßnahme bekommen wir auf Dauer unser zentrales Problem, nämlich zwischen einer begrenzten Geldmenge und einer unbegrenzten Nachfrage nach ambulanten Leistungen steuern zu müssen, nicht in den Griff.

Kostenerstattung ja oder nein?

Das Problem mit den jetzt geplanten Zusatzbeiträgen: Sie müssen von allen Mitgliedern der GKV bezahlt werden und üben damit keinerlei direkt steuernde Wirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten aus. Deshalb treten wir grundsätzlich für die Kostenerstattung und/oder eine prozentuale Eigenbeteiligung ein. Nur dann wird es gelingen, von den durchschnittlich 18 Arztbesuchen im Jahr herunterzukommen! Denn: Wer schwarz auf weiß sieht, was eine Behandlung kostet, wer zumindest teilweise in der Kostenverantwortung steht, geht auch kostenbewusster mit der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen um. Außerdem sorgt die Kostenerstattung für deutlich mehr Transparenz.

Gesundheitsminister Rösler hat bereits angekündigt, in einem kommenden Reformpaket die Kostenerstattung in der GKV zu vereinfachen und zu fördern. Natürlich muss man sich klarmachen, dass die Kostenerstattung nicht von heute auf morgen umgesetzt werden kann und dass Kostenerstattung nicht gleich Kostenerstattung ist. Ein solch tiefgreifender Systemwandel braucht Zeit. Zum Schutz der Patienten muss Kostenerstattung auch so gestaltet werden, dass sie niemanden überfordert. Das gilt insbe-

Nach 15 Jahren strikter Budgetierung steigt nun die Vergürung. Die Unterfinanzierung ist damit noch nicht behoben.

© Fineas / Fotolia.com

sondere für das neuropsychiatrische Patientenklientel, das in der Regel zu den einkommensschwächeren Bevölkerungsgruppen gehört. Eine soziale Abfederung, ähnlich wie jetzt bei den Zusatzbeiträgen, könnte dafür sorgen. Und: Kostenerstattung ist nur dann eine bessere Alternative zur Sachleistung, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Hochgefährlich sind in diesem Zusammenhang zum Beispiel die Forderungen der privaten Krankenversicherung (PKV) zur Öffnungsklausel und zu einem Budgetdeckel bei der GOÄ. Derzeit wird hier zäh gerungen.

Stärkung der PKV

Außerdem soll im GKV-Finanzierungsgesetz die Frist für einen Wechsel in die PKV von derzeit drei wieder auf ein Jahr Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze verkürzt werden. Für die PKV ist das ein wichtiger Schritt, denn sie kann dann wieder mehr Vollversicherungsverträge vor allem mit jungen Menschen abschließen. Das wird sich positiv auf die PKV und deren Vergütungen im ambulanten ärztlichen Bereich auswirken, gerade auch angesichts der genannten Diskussion um die GOÄ. Diese Änderung kann man nur begrüßen, denn die Stabilisierung der PKV liegt in unserem Interesse der Einkommensstabilisierung. Denn dort gilt die Kostenerstattung ohne Mengengegrenzung! Seit Jahren substituieren wir mit Privat- und Gutachteneinkünften unsere Tätigkeit für die GKV. So wird ein Schuh daraus, nicht umgekehrt, wie der in den Medien allgegenwärtige Herr mit der Fliege gesundheitspolitisch oft polemisiert.

Neues Honorarsystem ante portas

Von zentraler Bedeutung für die Zukunft der ambulanten Versorgung ist zudem der neu gestaltete § 87 Abs. 9 SGB V und zwar unabhängig davon, ob wir uns in der Kostenerstattung oder im Sachleistungsprinzip bewegen. Im Regierungsentwurf wird dem Bewertungsausschuss der Auftrag erteilt, ein gemeinsames Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen zu erarbeiten. Der Auftrag erfolgt vor dem Hintergrund, die Honorarreform zusammen mit den Beteiligten unter der Zielsetzung, ein einfaches, verständliches Vergütungssystem zu schaffen, das die Leistungen adäquat abbildet, den erforderlichen Kurskorrekturen zu unterziehen. Dabei sollen regionale Besonderheiten Berücksichtigung finden.

Erneute Kostendämpfung

Das größte Problem dabei: Angesichts des Sparzwangs in der GKV will die Regierung durch das GKV-FinG (GKV-Finanzierungsgesetz) und das AMNOG (Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz) Einsparungen in Höhe von insgesamt mehr als 3,5 Milliarden Euro pro Jahr erzielen. Damit sind diese beiden Gesetze wieder Kostendämpfungsgesetze. Aber angesichts einer Wirtschaftskrise und dem allgemeinen Sparpaket der Bundesregierung, angesichts der Hunderte von Milliarden Euro umfassenden Bürgschaften für bedrohte Banken und Euroländer, angesichts eines nach Angaben des Ministeriums in der GKV (mittlerweile schon wieder relativierten) drohenden Defizits von 11 Milliarden Euro im nächsten Jahr ist das auch unvermeidbar und sogar verständlich. Dabei stellt das BMG klar: Kein Bereich wird von den Sparmaßnahmen ausgenommen bleiben. Gespart werden soll im Arzneimittelsektor, im ambulanten und stationären Bereich, bei den Zahnärzten und bei den Kassen selbst, deren Verwaltungskosten eingefroren werden.

Bei den Krankenhäusern wird der Zuwachs in den kommenden beiden Jahren auf jeweils die Hälfte der Grundlohnsummensteigerung begrenzt, gleiches gilt für Zahnärzte. Auch der ambulante vertragsärztliche Bereich wird im Zuwachs begrenzt, wenn auch differenzierter und weniger restriktiv. Der quälend lange erwartete Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 5.10.2010 bewirkte schließlich eine 1,5-prozentige lineare Steigerung der morbiditätsgebundenen Gesamtvergütung, was unter anderem durch die sich unerwartet stark bessernde Wirtschaftslage einen Zuwachs für die ambulante Medizin von rund einer Milliarde Euro ausmachen würde. Im Gesetz stand schließlich die Zahl von 1,25 Prozent linearer Steigerung. Ausschlaggebend für diese andere Behandlung der vertragsärztlichen Vergütungssteigerung gegenüber dem stationären und zahnärztlichen Sektor war die Tatsache, dass die Unterfinanzierung aus 15 Jahren strikter Budgetierung auch mit der Honorarreform noch lange nicht behoben worden ist. In der Öffentlichkeit wird das stets als Steigerung der Ärztehonorare dargestellt, dabei ist das in Wahrheit eine Anhebung der Gesundheitskosten, also der Kosten, die die Gesellschaft für ihre Gesundheit zur Verfügung stellt. Diese Summe hat mit „Arzthonorar“ zunächst einmal nichts, aber auch rein gar nichts zu tun.

Anzeige

Keine Änderung des Orientierungspunktwertes

Der Entwurf des GKV-FinG enthält zudem den neuen Paragraphen 87d SGB V, der die Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 regelt. Darin werden die Mechanismen zur Anpassung der Gesamtvergütungen ausgesetzt. Das heißt: In diesen beiden Jahren findet keine Anpassung der Orientierungswerte aufgrund eines veränderten Preisniveaus und keine Berücksichtigung der Verlagerungseffekte stationär-ambulant statt.

Es gibt keine Nachvergütungspflicht der Krankenkassen bei einem nicht vorhergesehenen Anstieg des Behandlungsbedarfs. Stattdessen wird die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) linear um die genannten 1,5 Prozent angehoben. Außerdem sollen bisher freie, extrabudgetäre Leistungen (wie das die 10-min-Ziffern waren) – mit Ausnahme von Präventions- und Früherkennungsleistungen und neuen Leistungen, die ab dem Jahr 2009 eingeführt worden sind –, für die beiden kommenden Jahre begrenzt werden, sofern der Anstieg nicht medizinisch begründet ist. Diese so genannte EGV darf laut Entwurf nur um die halbe Grundlohnsummensteigerung wachsen; KVen und Landesverbände der Krankenkassen haben dazu entweder Abstaffelungs- oder Mengenbegrenzungsregelungen zu vereinbaren.

Insofern besteht hier für uns keinerlei Anreiz, Leistungen in diesem Vergütungsbereich zu etablieren. Das war ja durchaus eine Option, die die Verbände honorarpolitisch gesehen haben, nachdem die 10-min-Ziffern wieder ins das RLV eingepreist wurden. Wären die 10-min-Ziffern außerhalb der MGV angesiedelt worden, wäre das ein schlechter Dienst gewesen, den wir unseren Verbandsmitgliedern erwiesen hätten. Rückblickend ist die normative Anhebung des RLV um knapp 25 Prozent für die allermeisten Kollegen unserer Fachgruppe die bessere Alternative gewesen.

Asymmetrische Verteilung

Insgesamt verordnet uns der Gesetzgeber damit erneut eine Budgetierung. Das ist für uns nur unter der Voraussetzung akzeptabel, dass diese Budgetierung wirklich nur auf die beiden Jahre 2011 und 2012 beschränkt bleibt und dass sie sich nur auf die nicht medizinisch notwendigen Steigerungen bezieht.

Allein: Es fehlt der Glaube. Die letzte Budgetierung mit der Bindung an die Grundlohnsummenentwicklung hat 15 lange Jahre gedauert. Das Thema der unterschiedlichen Punktwerte für unter- und überversorgte Gebiete ist ebenfalls für zwei Jahre ausgesetzt. Stattdessen wird die Möglichkeit zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen in unterversorgten Gebieten wieder eingeführt, was aus unserer Sicht sachgerecht ist. Das Gesetz gibt weiterhin vor, dass in KVen, deren Behandlungsbedarf je Versicherten einen vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden Wert unterschreitet, dieser angepasst wird. Hierin sowie in der gesamten asymmetrischen Verteilung liegt derzeit viel Zündstoff zwischen den einzelnen Landes-KVen, die sich zudem auch noch in einigen großen Regionen, zum Beispiel in Bayern im Wahlkampf zur Neuwahl der Vertreterversammlungen und der Vorstände ihrer KVen befinden, sodass hier mit vermeintlichen Benachteiligungen gerne Politik gemacht wird.

Fazit

Das Karussell der Honorarreformen dreht sich immer schneller, die Bedingungen werden immer komplexer, für den einzelnen Arzt immer schwieriger durchschaubar. Die Berufsverbände sehen in ihrer Honorarpolitik, dass gemeinsam getragene Vorhaben immer schwieriger in ihren Konsequenzen abschätzbar sein können.

Häufig müssen Entscheidungen getroffen werden, ohne ein Simulationsmodell der Konsequenzen zu kennen. Dabei ist der Druck der Krankheitskosten durch psychische Störungen weiter steigend. Insofern suchen wir weiter nach Möglichkeiten, wie die ambulante Versorgung psychischer Störungen langfristig gesichert werden kann, wie sie von honorarpolitischen Unwägbarkeiten und wirtschaftlichen Staatskrisen unabhängiger gemacht werden kann. Hier werden wir zeitnah weiter berichten. □

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Erfolgsmodell

Integrierte Versorgung der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg

Vier Jahre nach Beginn der Implementierung eines Netzes zur Integrierten Versorgung (IV) für psychisch schwer kranke Versicherte können die Initiatoren der „Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg“ (PIBB) eine positive Bilanz ziehen. Das Projekt startete zunächst nur mit der DAK, später kamen über 100 Betriebskrankenkassen dazu.

Wie die Evaluation des Charité-Institutes für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie zur Implementierung eines Netztes zur Integrierten Versrogung (IV) bereits in einer Zwischenbilanz zeigen konnte, ist für schizophrene und bipolare sowie allgemein zuvor hoch kostenintensive Patienten sowohl eine Besserung des klinischen Status als auch im Prä-Post-Vergleich eine Ersparnis hinsichtlich der insgesamt (Klinik und ambulant) eingesetzten Ressourcen zu verzeichnen. Vor diesem Hintergrund und angesichts des erfolgreichen Aufbaus neuer ambulanter Versorgungsstrukturen wurde der IV-Vertrag mit den Betriebskrankenkassen zum 1.10.2010 in neuer Fassung erstellt und jetzt auch auf Brandenburger Versicherte ausgeweitet. Seitens der DAK wird der bestehende Vertrag zur Versorgung – gleichfalls für Berlin und Brandenburg – fortgesetzt in voraussichtlich ab 1.1.2011 geltender modifizierter Form.

IV fokussiert auf schwer kranke Patienten

Unverändert fokussiert die Integrierte Versorgung diagnoseübergreifend (!) auf schwer kranke Patienten, vor allem auf Patienten mit schizophrenen und affektiven Erkrankungen, mit Demenz sowie mit Angst-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen.

Kliniken in Versorgungsstrukturen stärker einbinden

Kernelement der vom gemeinnützigen Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e. V. (VPsG) beziehungsweise auf Anregung der Krankenkassen gegründeten Managementgesellschaft PIBB organisierten IV, ist eine ambulante Komplexbehandlung einschließlich Hometreatment mittels bezugstherapeutischer Leistungen wie ambulanter psychiatrischer Pflege und Soziotherapie. Die Koordination der ambulanten Komplexbehandlung erfolgt durch die Praxis niedergelassener Nervenärzte oder Psychiater.

Ein weiteres Kernelement der Berlin-Brandenburger IV ist die Organisation im sozialpsychiatrischen Behandlungsverbund, wodurch ein verbessertes Schnittstellenmanagement zwischen allen beteiligten Leistungserbringern einschließlich der Hausärzte, der sozialpsychiatrischen Dienste, der Berliner Krisendienste und insbesondere der psychiatrischen Kliniken erreicht wird. Mit mehreren engagierten Berliner Kliniken wurden bereits 2008 IV-Kooperationsverträge abgeschlossen.

Dem VPsG beziehungsweise der PIBB gelang es jetzt, die beteiligten Krankenkassen von einer stärkeren Einbindung der Kliniken in die Versorgungsverträge zu überzeugen, wodurch sie zu honorierten Leistungserbringern für die ambulante Versorgung werden (u.a. Psychoedukations- und andere spezifische Gruppenangebote, gegebenenfalls Pflege- und Soziotherapie-Leistungen). Der Zusammenschluss aller Leistungserbringer in dem 2003 gegründeten Sektor- und berufsgruppenübergreifenden Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit hat in Berlin und schrittweise auch in Brandenburg einen Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen ermöglicht, der auch seitens der Krankenkassen als zukunftsträchtig eingeschätzt wird; Verhandlungen mit weiteren Krankenkassen zur Einführung integrierter Versorgung laufen.

PIBB ist weiterhin auf Expansionskurs

Voraussetzung zur Beteiligung an der IV als Leistungserbringer ist die Mitgliedschaft in dem Verein Psychiatrie und seelische Gesundheit, der mittlerweile über 200 Mitglieder zählt (circa 110 niedergelassene Nervenärzte/Psychiater, circa 15 leitende Kliniker, über 30 psychosoziale Träger und Pflegedienste sowie psychologische Psychotherapeuten, Sozio- und Ergotherapeuten). Der vertraglich verantwortlichen Managementgesellschaft PIBB gehören einschließlich Kliniken, psychosozialer Träger und Pflegestationen 70 Kommanditisten an. □

SERVICE

Weitere Informationen zu diesem Projekt finden Sie auf der Homepage des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit e. V. (VPsG) unter

www.psychiatrie-in-berlin.de

AUTOR

Dr. med. Norbert Mönter
Vorsitzender des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V.
Tegeler Weg 4, 10589 Berlin

GESUNDHEITSFONDS

Umverteilung geringer als erwartet

In etlichen Bundesländern hatte man eine erhebliche landesspezifische Umverteilung der Versichertengelder des Gesundheitsfonds zum eigenen Nachteil erwartet. Dieser negative Effekt ist offenbar nicht im prognostizierten Ausmaß eingetreten. Dies teilte der neue Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA) Dr. Maximilian Gaßner mit. Nach Bayern flossen 3,4 Mio. Euro mehr als erwartet, nach Baden-Württemberg 143 Mio. Euro weniger. Daher erhält Baden-Württemberg Ausgleichszahlungen aus Konvergenzmitteln von 43 Mio. Euro, Bayern erhält keinen Ausgleich.

Konvergenzklausel legt Belastungsgrenze fest

Insgesamt werden 121 Mio. Euro zwischen den Bundesländern nachträglich ausgeglichen. Alle bundesdeutschen Krankenkassen müssen zusammen 637 Mio. Euro an den Gesundheitsfonds zurückzahlen. Dafür schüttet der Gesundheitsfonds als Jahresausgleich 2009 Zahlungen an Krankenkassen in Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein aus. Um die Krankenkassen in einzelnen Bundesländern nicht zu überfordern, wurde im Rahmen einer „Konvergenzklausel" des Gesetzgebers eine Belastungsgrenze von 100 Mio. Euro je Bundesland festgelegt. Insgesamt bekommen die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds 166,8 Mrd. Euro zuzüglich 121 Mio. Euro im Rahmen der „Konvergenzklausel". Dabei erhalten die Krankenkassen folgende Beträge: AOK 64,1 Mrd. Euro, BKK 28,4 Mrd. Euro, VdeK 57,5 Mrd. Euro, IKK 11,2 Mrd. Euro, KBS 5,7 Mrd. Euro. Davon decken 93,6 Prozent die standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen, 5,4 Prozent die Verwaltungskosten und 0,5 Prozent Satzungs- und Ermessensleistungen. 0,1 Prozent sind „Konvergenzmittel".

Kommentar: *Man sieht sofort, dass die Finanzsteuerung im 2009 eingeführten Gesundheitsfonds nicht ganz einfach ist. Bekanntermaßen dient der Gesundheitsfonds dazu, die Versichertengelder morbiditätsadaptiert mit bundesweit gleich hohen Kopfpauschalen je Versicherten an die regionalen Krankenkassen zu verteilen. Der finanzielle Morbiditätsausgleich zwischen den Krankenkassen und den Ländern wird innerhalb des Gesundheitsfonds über den Risikostrukturausgleich (RSA) geregelt. Von 80 statistisch ermittelten besonders aufwändigen Krankheiten werden bei den betroffenen Versicherten Zuschläge an die Krankenkassen ausgezahlt. So können je Versicherten drei- bis fünfstellige Beträge pro Jahr zusätzlich an die Krankenkassen fließen. Der Gesundheitsfonds war eine „Kompromissgeburt" der großen Koalition. Bei der Grundsatzfrage der finanziellen Einnahmestrukturen der GKV konnte man sich nicht auf ein gemeinsames Modell, nämlich Bürgerversicherung oder Prämienmodell einigen.*

Die vor Kurzem vom Deutschen Bundestag verabschiedete Gesundheitsreform geht ein Stückchen weiter in Richtung Prämienmodell, indem sie die Obergrenze für die Prämien-Zuzahlung der Versicherten, die sie ohne Arbeitgeberanteil alleine aufbringen müssen, aufhebt. Ein weiterer angestrebter Effekt des Gesundheitsfonds, die Angleichung der Kosten und Preise für GKV-Gesundheitsleistungen zwischen den Bundesländern, trat bisher nicht ein. Bei den ambulanten Arzthonoraren sind die Unterschiede 2010 beinahe so groß wie vor 2009. Die in der „Konvergenzklausel" festgelegte Belastungsgrenze wurde nur bei einem Bundesland überschritten. Der Morbiditätsunterschied zwischen den Bundesländern kann jedenfalls nicht über 50 Prozent betragen, wie dies die Honorarunterschiede einzelner Arztgruppen zwischen den Bundesländern nahe legen. Möglicherweise sind die Ausgaben in anderen Leistungsbereichen, beispielsweise dem stationären oder dem Arzneimittelsektor in denjenigen Bundesländern sehr hoch, die niedrige ambulante Arztkosten haben.

VERBESSERTE BEDINGUNGEN

Private Krankenversicherung wächst

Nach Angaben der PKV stieg die Zahl der Vollversicherten bis zum Ende des Jahres 2009 um etwa 170.000 Personen auf 8,81 Millionen Versicherte. Dieser starke Zuwachs entstand durch den Einmaleffekt der am 1.1.2009 in Kraft getretenen obligatorischen Krankenversicherungspflicht. Im Jahr zuvor belief sich der Nettozugang nur auf 90.000 Personen. Im Basistarif befanden sich Ende 2010 18.000 Versicherte. Das Neugeschäft sei weiterhin durch die dreijährige Wartefrist, um in die PKV zu wechseln, beeinträchtigt. Privat Zusatzversicherte gibt es zwischenzeitlich circa 21 Millionen, mit einem Zuwachs von 500.000 im Jahr 2009. Dabei stiegen vor allem die Pflegezusatzversicherungen. Die Beitragseinnahmen der PKV erhöhten sich um 3,8 Prozent auf circa 31 Mrd. Euro. Die Versicherungsleistungen stiegen 2009 um 4,7 Prozent auf 21 Mrd. Euro. Es wurden zusätzliche Altersrückstellungen von circa 11 Mrd. Euro gebildet, die damit auf insgesamt 145 Mrd. Euro anstiegen. Laut PKV erweist sich damit das Prinzip der Kapitaldeckung auch in Krisenzeiten als nachhaltig. Die Nettoverzinsung betrage 4,27 Prozent.

Kommentar: *Die schwarz-gelbe Koalition verbessert die Rahmenbedingungen für die PKV. Insbesondere die Abschaffung der dreijährigen Wartezeitregelung lässt wieder mehr Berechtigte als PKV-Versicherte zu. Die große Koalition hatte den Beitritt zur PKV erheblich erschwert, indem sie als Zugangsberechtigung zur PKV drei Jahre lang ein Überschreiten der Pflichtversicherungsgrenze forderte. Dies führte nicht selten zu grotesken Situationen der Hin- und Her-Versicherung zwischen PKV und GKV, wenn gut verdienende Freiberufler ins Angestelltenverhältnis wechselten oder umgekehrt oder wenn für kurze Zeit wegen Teilzeitarbeit oder Schwangerschaft die Pflichtversicherungsgrenze unterschritten wurde.*

EFFIZIENZRESERVEN IM GESUNDHEITSWESEN

Rösler sieht Einsparpotenziale

Der ambulante und der stationäre Sektor müssen stärker vernetzt werden. Nach Ansicht von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) bestehen an den Schnittstellen zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern enorme Effizienzreserven. Die Patienten sollten besser in einer Versorgungskette betreut werden. Die Zusammenarbeit von Praxen und Krankenhäusern dürfe nicht vom Nutzen für die Leistungserbringer bestimmt werden, sondern vom Nutzen für die Patienten. Dies äußerte Rösler in einem Interview mit der „Rheinischen Post". Die stärkere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich dürfe nicht zu einer Vergrößerung des Honorartopfes zulasten des anderen Sektors führen. Rösler kündigte bei der Eröffnung des 33. Deutschen Krankenhaustages der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ein umfassendes „Versorgungsgesetz" an. Die effizientere Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung müsse in einen fairen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern eingebettet sein.

Kommentar: *Es geht wie immer ums Geld. Die neuen Kodierrichtlinien sollen die im ambulanten Bereich zunehmende Morbidität dokumentieren. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass das Geld dorthin fließt, wo die Leistung erbracht wird („Geld folgt der Leistung"). Gleichzeitig stehen im ambulanten Bereich stationäre und ambulante Leistungserbringer im Wettbewerb, zum Beispiel bei ambulanten Operationen und bei PIAs. Der Wettbewerb ist aber nicht fair. Stationären Leistungserbringern im ambulanten Bereich werden meist deutlich höhere Honorare gezahlt oder es sind quantitativ oder qualitativ von den Krankenkassen finanzierte Leistungen möglich, die im ambulanten GKV-Leistungsspektrum nicht enthalten sind. Zudem muss bei der Preisgestaltung für Freiberufler berücksichtigt werden, dass sie neben ihrem Arztgehalt und den Personalkosten auch noch die Investitions- und Betriebskosten sowie Investitionsrücklagen selbst tragen müssen. Erhebliche Effizienzreserven bestehen außerdem im stationären Bereich durch die hohe Zahl überflüssiger Krankenhausbetten. So leisten wir uns in Deutschland 5,7 vollstationäre Betten je 1.000 Einwohner, dies wird nur noch von Österreich mit 6,1 Betten je 1.000 Einwohner übertroffen. Tschechien hält 5,2, Polen 4,6, Belgien 4,3, Griechenland 3,9, Frankreich 3,6, Italien 3,1, Holland 3,0, Großbritannien 2,6 und Schweden 2,1 Betten je 1.000 Einwohner vor.*

Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

„Wir leisten uns in Deutschland 5,7 vollstationäre Betten je 1.000 Einwohner, Schweden dagegen hält nur 2,1 Betten vor."

SPIEGEL-INTERVIEW

Wasem äußert sich zu Ärztehonoraren 2011

Prof. Dr. Jürgen Wasem, der unparteiische Vorsitzende des erweiterten Bewertungsausschusses für die ärztlichen Leistungen verdeutlichte in einem Spiegel-Interview die Grundlagen für seine Entscheidung zur Anhebung der Honorare für die Vertragsärzteschaft 2011. Nach seinen Angaben handelt es sich insgesamt um etwa 1 Mrd. Euro. Die lineare Steigerung der Gesamtvergütungen der KVen betrage 175 Mio. Euro. Hinzu kommen 500 Mio. Euro zur Kompensation von Asymmetrien aus der Honorarreform 2009. Weitere 300 bis 400 Mio. Euro würden für extrabudgetäre Leistungen, zum Beispiel Prävention und Operationen hinzukommen. Dies ergebe insgesamt circa 1 Mrd. Euro. Kalkulationsgrundlage sei der durchschnittliche niedergelassene Arzt mit Oberarztniveau, der 50 Stunden pro Woche GKV-Versicherte behandelt und ein Einkommen von etwas mehr als 100.000 Euro pro Jahr haben solle. Wasem betonte, es könne nur bedingt von einer „Schlichtung" gesprochen werden, wenn mit der Stimme des unparteiischen Vorsitzenden gegen das Votum einer Seite Entscheidungen getroffen werden.

Kommentar: *Aus Sicht der Krankenkassen ist diese Summe eine „klare Entscheidung gegen die Interessen der Beitragszahler". Die KBV bezweifelt, dass letztendlich ein Betrag dieser Größenordnung 2011 zusammenkommt. Sie rechnet eher mit 500 Mio. Euro. Dies entspräche einer prozentualen Vergütungsanhebung von circa 1,6 Prozent, 1 Mrd. Euro wären circa 3,3 Prozent bei einer jährlichen Gesamtvergütung für alle ärztlichen Umsätze von circa 33 Mrd. Euro. Das ist sicherlich nicht zu viel, wenn man sich das niedrige Ausgangsniveau und die Tarifabschlüsse beispielsweise in der Metallindustrie, die mit politischem Rückenwind unseres Wirtschaftsministers Rainer Brüderle angesichts der überwundenen Finanzkrise nicht zu knapp ausfallen dürfen, vor Augen führt. Am gleichen Tag der Bekanntgabe des Schlichtungsergebnisses für die Ärztehonorare („eine Milliarde Ärztegewinne zusätzlich, ein Riesenschluck aus der Pulle") wurde in den Medien über die Erhöhung der BAföG-Sätze berichtet. Hier war von „2 Prozent Erhöhung" die Rede. Das hört sich nach ziemlich wenig an. Aber „eine Milliarde" ist natürlich viel reißerischer.*

So viel qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung und medizinischen Komfort wie sich die Menschen hierzulande wünschen, muss eben auch von den Versicherten bezahlt werden. Die Alternative lautet schon seit langem: Entweder für das gleiche Geld weniger Leistung; wird jedoch gleich bleibender Leistungsstandard bei einer älter werdenden Bevölkerung gewünscht, muss mehr bezahlt werden.

Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz

Was bringt es für uns Psychiater?

Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) ist im November 2010 beschlossen worden. Politisch erklärtes Hauptziel dieses Gesetzes ist, Einsparungen bei Arzneimitteln zu erzielen.

Der Preisstopp bei Arzneimitteln und die Erhöhung der Zwangsrabatte von 6 auf 16 Prozent sind schon im GKV-Änderungsgesetz durchgesetzt worden. Diese Regelungen gelten bereits für den Zeitraum vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013. Die Bundesregierung erhofft sich dadurch Entlastungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von etwa 1,15 Milliarden Euro pro Jahr.

Was bedeutet AMNOG?

Im Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz – AMNOG – geht es vor allem um strukturelle Maßnahmen zur Kostendämpfung. Alle innovativen Arzneimittel können weiterhin direkt auf den Markt kommen, aber für sie müssen innerhalb eines Jahres der Erstattungsbetrag und die Erstattungsbedingungen vereinbart werden. Die Verhandlungen dazu werden auf Basis einer Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geführt, die innerhalb von drei Monaten nach der Zulassung vorliegen soll.

Für Analogarzneimittel wird eine „Umkehr der Beweislast" eingeführt. Die Anerkennung einer therapeutischen Verbesserung kann künftig somit nur noch auf Antrag des Unternehmens erfolgen. Diese Entscheidung auf einen Antrag wird ein Unternehmen also nur

© Falko Matte /Fotolia.com

Arzneimittelkosten im Visier: AMNOG soll die Ausgaben dämpfen. Anreize für Innovationen gibt es nicht.

dann treffen wollen, wenn es keine Zweifel am Erfolg hegt.

Eingriff in die Aufgabenkompetenz

Für den Bestandsmarkt von patentgeschützten, nicht festbetragsfähigen Arzneimitteln kann das Vertragsverhandlungsverfahren auf Initiative der Beteiligten in Gang gesetzt werden. Stellt der G-BA für ein Arzneimittel keinen Zusatznutzen fest, wird es direkt in das Festbetragssystem überführt, soweit es grundsätzlich festbetragsfähig ist.

Eine weitere Provokation aus unserer Sicht: Nach einem derzeit noch nicht beschiedenen Änderungsantrag zum Gesetz sollen nunmehr die Grundsätze für die Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit geregelt werden. Eine solche Rechtsverordnung würde einen eklatanten Eingriff in die Aufgabenkompetenz des G-BA und damit in die gemeinsame Selbstverwaltung darstellen. Auch das gerade zu Zwecken der Nutzenbewertung errichtete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) würde dadurch in seiner Arbeit enorm beeinträchtigt.

Erfolg der Pharmaindustrie

Ein höchst brisantes Thema muss als großer Erfolg der Pharmaindustrie bewertet werden: Das AMNOG regelt, dass in § 140 SGB V ein neuer Punkt eingeführt wird. Und zwar, dass auch pharmazeutische Unternehmen als Vertragspartner der Integrierten Versorgung erlaubt sind. Dies ist ein Privileg, das beispielsweise den Kassenärztlichen Vereinigungen bisher verwehrt blieb. Für uns bedeutet das konkret: Verträge wie zum Beispiel die Einbeziehung der Firma Janssen-Cilag in Niedersachsen wird es künftig häufiger geben. Pharmazeutische Unternehmen können in bisher ungekannter Weise steuernd in die Patientenversorgung eingreifen und Versorgungsdaten generieren, die für die Industrie von unschätzbarem Wert sind.

Massive Proteste unserer Verbände, der GFB, der Bundesärztekammer und vieler anderer gegen diesen Punkt hatten leider keinen Erfolg.

Kalkulationsbasis fällt weg

Die Liste der substanziellen Argumente gegen die Richtgrößen und die Richtgrößenprüfung ist lang: So sind sie beispielsweise insbesondere aufgrund der bestehenden Rabattverträge keine sachgerechte Orientierungsgröße für eine wirtschaftliche Verordnungsweise der Vertragsärzte, da dem Arzt die Preise der von ihm verordneten Arzneimittel nicht mehr bekannt sind. Auch sind die Richtgrößen prospektiv nicht mehr ermittelbar. Denn die Fallzahlen der Vergangenheit bieten insbesondere aufgrund der Zunahme von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung keine Kalkulationsbasis für die Festlegung zukünftiger Richtgrößen mehr.

Außerdem: Richtgrößenprüfungen schweben aufgrund des lange dauernden, rückwirkenden Verfahrens weiterhin wie ein Damoklesschwert über uns Kollegen. Sie stellen immer noch in vielen Fällen eine existenzielle wirtschaftliche Bedrohung dar.

Fazit

Unser Fachgebiet benötigt dringend Innovationen auf dem Arzneimittelmarkt. Das AMNOG scheint aber nur ein reines Arzneimittel-Kostendämpfungsgesetz zu sein, das keine Anreize für die forschenden Arzneimittelunternehmen setzt, in Deutschland Innovationen zu entwickeln. Medikamentös müssen wir wohl in den nächsten Jahrzehnten mit den bekannten Wirkstoffen weiter arbeiten.
Die zukünftige Einbeziehung pharmazeutischer Unternehmen in die Vertragsgestaltung von Verträgen der Integrierten Versorgung stellt nach unserer Meinung einen Dammbruch dar, dessen Auswirkungen der Politik nicht bewusst waren oder billigend in Kauf genommen wurden, um ein Pflaster auf die Wunde der Pharmaindustrie angesichts deren Einschränkungen durch das AMNOG zu kleben.
Für uns ein No-Go! □

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
1. Vorsitzende des BVDP

Stimulanzien für Kinder nur noch in Ausnahmefällen

Der GB-A hat seine Richtlinie zur Verordnung bestimmter Stimulanzien zum Schutz von Kindern und Jugendlichen, denen Methylphenidat gegen ADHS verordnet wird, noch strenger gefasst. Die Diagnose muss künftig noch umfassender als bisher gestellt werden und die Verordnung dieser Medikamente darf nur noch von Spezialisten für Verhaltensstörungen erfolgen. Zudem muss die Therapie regelmäßig unterbrochen werden, um ihre Auswirkungen auf das Befinden des Kindes beurteilen zu können.
Den Beschlusstext finden Sie unter http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-aufgabenbereich/7

Migräneprophylaktika Off-Label verordnungsfähig

Künftig sind Arzneimittel mit dem Wirkstoff Valproinsäure im Off-Label-Use zur Vorbeugung von Migräneanfällen bei Erwachsenen zu Lasten der GKV verordnungsfähig, wenn eine Behandlung mit anderen dafür zugelassenen Arzneimitteln nicht erfolgreich war oder nicht angewendet werden darf.
Einzelheiten erfahren Sie unter http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-aufgabenbereich/8

Reboxetin-haltige Medikamente nutzlos

Aufgrund des eindeutig negativen Ergebnisses der Nutzenbewertung durch das IQWIG, hat der G-BA beschlossen, Reboxetin-haltige Arzneimittel nur noch ausnahmsweise in medizinisch gut begründeten Einzelfällen zur Verordnung zu Lasten der GKV zuzulassen. Patienten werden damit vor einer potenziell schädlichen Behandlung ohne Nutzen geschützt. Zur medikamentösen Behandlung von Depressionen steht eine Vielzahl anderer Wirkstoffe zur Verfügung, deren Nutzen besser belegt ist und die deshalb in der Versorgung Vorrang haben müssen.
Details unter http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-aufgabenbereich/7

© Carlosseller / shutterstock.com

Mehr junge Ärztinnen und mehr ältere Patienten – so sieht die Zukunft aus.

Bedarfsplanung

Kurs gegen den Ärztemangel

Die psychiatrischen und neurologischen Berufsverbands- und Fachgesellschafts-Vertreter warnen seit Jahren vor einem drohenden allgemeinen Ärztemangel und wurden dafür heftig wegen Panikmache kritisiert. Heute gestehen jedoch auch Politiker und Krankenkassen zu, dass wir direkt auf einen Ärztemangel, insbesondere in den neuropsychiatrischen Fächern zusteuern.

Lange Zeit haben wir psychiatrischen und neurologischen Berufsverbands- und Fachgesellschafts-Vertreter die Politik vor einem drohenden allgemeinen Ärztemangel, gerade in unseren „Hirn-Fächern" gewarnt und wir wurden dafür heftig wegen Panikmache kritisiert. Inzwischen sehen auch Politiker und Krankenkassen, dass wir insbesondere in den neuropsychiatrischen Fächern auf einen eklatanten Ärztemangel zusteuern. Dafür ausschlaggebend ist der so genannte „doppelte demografische Wandel": Trotz des Rückgangs der Bevölkerungszahl wird es weiterhin aufgrund der älter werdenden Bevölkerung und aufgrund des medizinischen Fortschritts einen sehr hohen Behandlungsbedarf geben. Gleichzeitig werden auch die Ärzte immer älter. Folglich sinken auch die verbleibenden Restarbeitsjahre der Ärzte trotz der Aufhebung der Altersgrenze für die vertragsärztliche Tätigkeit.

Frauenanteil steigt

Hinzu kommt noch ein anderer Effekt: Die nächste und die übernächste Ärzte-

generation hat ganz andere Erwartungshaltungen hinsichtlich ihrer Arbeitsbedingungen und ihrer Ansprüche an den Umfang und die Qualität ihrer Freizeit. Der steigende Anteil an Frauen in den Arztberufen wird weiterhin eine deutlich höhere Flexibilität bei der Berufsausübung erfordern, denn Frauen legen noch mehr Wert auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als ihre männlichen Kollegen.

Die neuropsychiatrischen Fächer haben einen der höchsten Frauenanteile aller medizinischen Disziplinen. Dass bereits heute 63 Prozent aller Studienanfänger im Fach Medizin Frauen sind, zeigt die Dynamik ebenfalls. Die Schere geht also immer weiter auseinander: Ärztliche Arbeitszeit wird immer weniger zur Verfügung stehen; gleichzeitig wird der Bedarf an ärztlichen Leistungen eher steigen.

Bedarf wächst

Das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer hat im August 2010 erneut eine aktuelle Arztzahlstudie veröffentlicht, die deutlich zeigt, dass der Ärztemangel akut droht und dass umgehend Maßnahmen einzuleiten sind, um dem Problem zu begegnen. Dem nervenärztlichen Fachgebiet wird hierin ein eigenes Kapitel gewidmet. Zwar liegt die Zahl der Facharztanerkennungen im neuropsychiatrischen Fachgebiet konstant bei gut 1.000 pro Jahr mit leicht steigender Tendenz. Das wird aber allenfalls reichen, um den Abgang an Vertragsärzten der Fachgruppe in etwa auszugleichen. Dem steigenden Behandlungsbedarf wird es nicht gerecht.

Relikt „Ärzteschwemme“

Eine Lösungsmöglichkeit sieht die KBV in der Umstellung der geltenden Bedarfsplanung auf eine kleinräumige sektorenübergreifende Versorgungsplanung. Die heute geltende Bedarfsplanung ist ein Relikt aus Zeiten der so genannten „Ärzteschwemme“ und angesichts der drohenden Unterversorgung in vielen Regionen und Fachgebieten mittlerweile obsolet. Gerade angesichts des Ärztemangels wird es umso wichtiger, Ärzte an Orten zur Niederlassung zu motivieren, wo der Mangel beson-

Durchschnittsalter der Vertragsärzte gegliedert nach Arztgruppen, gesamtes Bundesgebiet 2009

Arztgruppe	Durchschnittsalter	Anzahl
Allgemeinärzte/Praktische Ärzte	53,15	40246
Anästhesisten	51,26	2828
Augenärzte	51,21	2828
Chirurgen	52,90	2828
Frauenärzte	51,94	2828
HNO-Ärzte	50,90	3944
Hautärzte	50,49	3342
Internisten:	51,66	19567
darunter: hausärztlich tätige Internisten	51,72	11694
fachärztlich tätige Internisten	51,58	7873
Kinderärzte	52,06	5849
Nervenärzte*	52,56	4756
Orthopäden	50,33	5336
Ärztliche Psychotherapeuten	53,57	5171
Radiologen	50,46	2991
Urologen	50,72	2674
Sonstige Ärzte	50,55	5430
Summe Ärzte	**52,11**	**121128**

**Hierbei handelt es sich um die Nervenärzte im Sinne der Bedarfsplanung, dazu gehören im einzelnen die Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Psychotherapeuten, sofern sie nicht überwiegend psychotherapeutisch tätig sind.*

Quelle: Bundesarztregister der KBV, 2009

Abbildung 1

Anteil der Ärztinnen in ausgewählten Arztgruppen (berufstätige Ärztinnen und Ärzte) 2009

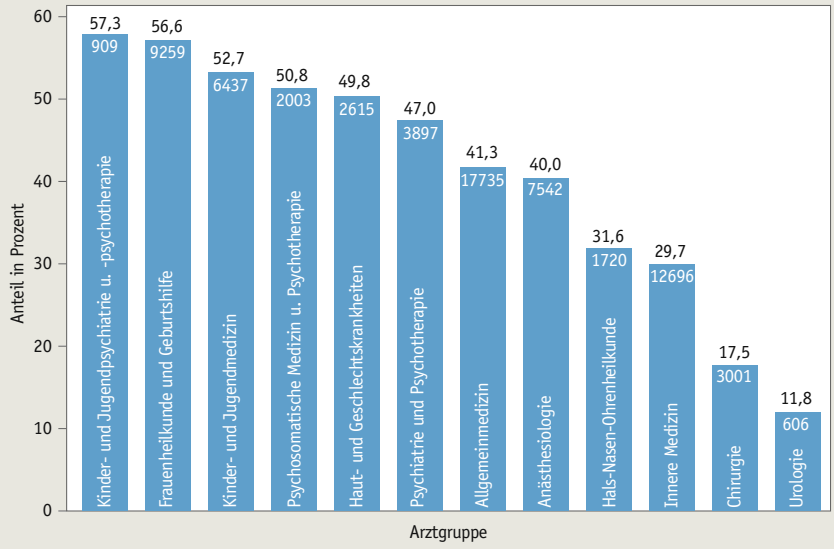
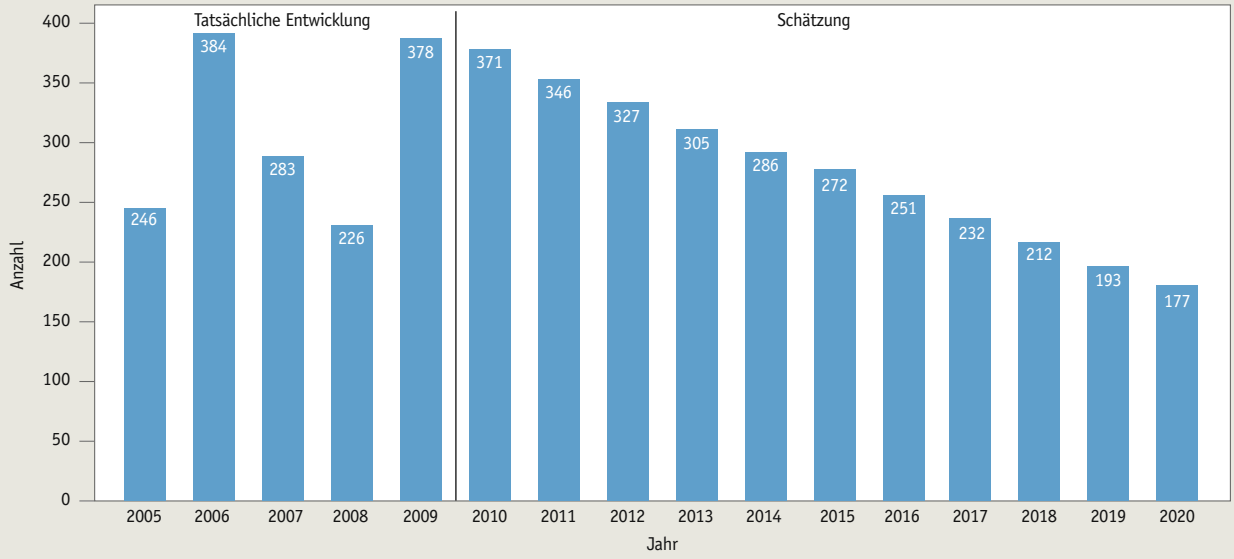


Abbildung 2

Entwicklung der Bruttoabgänge Nervenärzte bis 2020



ders hoch ist. Dazu ist es erforderlich, den aktuellen und den künftig zu erwartenden regionalen Behandlungsbedarf zu kennen und auch zu wissen, welcher Arzt in welcher Fachrichtung und wo den höchsten Benefit für die Versorgung bringt. Die KBV hat sich schon vor vielen Jahren mit der Entwicklung der kleinräumigen Versorgungsanalyse auf diesen Weg begeben. Hier werden alle relevanten Einflussfaktoren berücksichtigt. In einem nächsten Schritt soll dieses Analyseinstrumentarium erweitert werden um die Kapazitäten der Krankenhäuser und somit ein sinnvolles sektorenübergreifendes Planen ermöglichen. Aber das reicht noch nicht aus: Wir müssen die demografische Entwicklung ebenfalls in die Planung einbeziehen. Deutschland wird sich innerhalb der nächsten zehn bis fünfzehn Jahre stark verändern. Deutschland altert. Das vollzieht sich in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich und wird vor allem durch innerdeutsche Wanderungsbewegungen beeinflusst.

Bessere Steuerung

Die voraussichtliche Veränderung der Bevölkerungsstruktur hat starke Auswirkungen auf den Bedarf an Ärzten. Durch Abwanderungen wird insbesondere in strukturschwachen Gegenden die Bevölkerungszahl deutlich sinken, zurück bleiben aber die älteren und häufig multimorbiden Menschen. Der Bedarf an medizinischer Versorgung wird dort deshalb vor allem in der hausärztlichen und in der altersspezifischen fachärztlichen Versorgung steigen. Kinderärzte hingegen werden in solchen Gegenden kaum noch gebraucht. Aber welche Region verändert sich wie im Laufe der Zeit? Dieser Frage geht derzeit das Zentralinstitut für die vertragsärztliche Versorgung im Auftrag der KVen nach. Es erstellt dazu Bedarfsprognosen für jede KV.

Auf der Grundlage vorgenannter Instrumente soll es künftig möglich sein, eine kleinräumige Versorgungsplanung vorzunehmen. Diese soll nach Auffassung der KBV Grundlage für die künftige Niederlassungssteuerung sein. Auch stationäre Kapazitäten sollen und müssen dabei berücksichtigt werden. Also muss es ein Steuerungsgremium geben, das die KVen, die Landeskrankenhausgesellschaften, aber natürlich auch die Länder umfasst. Vor diesem Hintergrund hat die KBV entsprechende Vorschläge zur Neugestaltung der gesetzlichen Grundlage einer den modernen Anforderungen entsprechenden Versorgungssteuerung erarbeitet und in die Politik eingespeist. Die KBV hofft auf eine möglichst zeitnahe Umsetzung, denn damit kann ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung beziehungsweise Reduzierung von Unterversorgung geleistet werden.

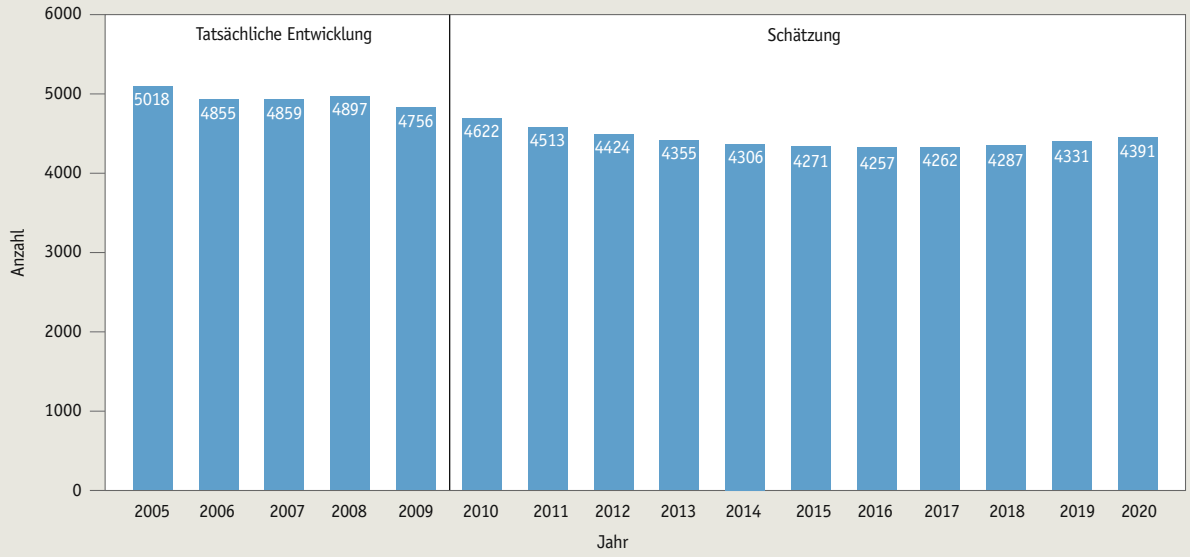
Gemeinsam niederlassen

Auch die geltenden Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Tätigkeit unterliegen einem Wandel, denn immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte lassen sich deretwegen vor allem in unterversorgten Gebieten nieder. Es ist wichtig, der nachwachsenden Ärztegeneration Alternativen zu bieten. Dabei geht es vor allem darum, mehr Flexibilität zu ermöglichen und wirtschaftliche Risiken bei der Niederlassung zu minimieren.

Die Zukunft gehört offensichtlich immer weniger der Einzelpraxis, vielmehr aber den Berufsausübungsgemeinschaften. Dafür sprechen wichtige Vorteile: In Berufsausübungsgemeinschaften ist es – völlig unabhängig davon, ob es sich um Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren oder Ärztliche Versorgungszentren handelt – für Einsteiger in die ambulante Versorgung möglich, zum Beispiel als Angestellter oder auf Halbtagsbasis zu arbeiten. Das ist insbesondere für Frauen in der Familienphase ein echter Anreiz, den Beruf nicht völlig aufzugeben. Solche Modelle hat der Berufsverband bereits häufig in

Abbildung 3

Entwicklung der Zahl der Nervenärzte bis 2020



Quelle: Bundesarztregister der KBV, eigene Berechnungen

Symposien der Young Psychiatrists auf dem DGPPN-Kongress vorgestellt, auch dieses Jahr war das ein großes Thema.

Selbst das wirtschaftliche Risiko, das mit der Gründung oder der Übernahme einer Praxis immer verbunden ist und viele junge Kolleginnen und Kollegen abschreckt, diesen Schritt in die Selbstständigkeit zu wagen, reduziert sich in einer Berufsausübungsgemeinschaft. Hinzu kommt, dass der immer wichtiger werdende kollegiale Austausch deutlich einfacher wird als in der Einzelpraxis. Auch die Regie wird leichter, weil sich nicht ein Arzt oder eine Angestellte um alles kümmern muss, sondern sich Vieles bündeln und damit effizienter erledigen lässt. Die Förderung von Berufsausübungsgemeinschaften stellt daher ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Nachwuchsrekrutierung und damit zur Vermeidung von Unterversorgung dar.

Ungelöste Probleme

So sinnvoll die sektorenübergreifende Bedarfsplanung auch sein mag, so wenig weiß man bisher, wie diese konkret umgesetzt werden soll. Die Schwierigkeiten an Sektorengrenzen zu verhandeln, machten nicht zuletzt die Verhandlungen zur Neufassung des § 118 Abs. 2 bezüglich der psychiatrischen Instituts-ambulanzen in Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern schmerzhaft deutlich: Sieben Jahre nach Einführung der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V sind sektorenübergreifende Versorgungsmodelle in den neuropsychiatrischen Fachgebieten allenfalls punktuell mit regionalen, jederzeit kündbaren Verträgen umgesetzt. Eine flächendeckende Versorgung kann damit natürlich keineswegs erreicht werden. Die gesetzliche Krankenkassenlandschaft ist derzeit in einem derart tiefgreifenden Umstrukturierungsprozess begriffen, dass dort offensichtlich kaum Managementvalenzen für die Verbesserung der neuropsychiatrischen Versorgung bleiben. Der enorme Kostendruck mag der Motor dafür sein, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenärzte aus manchen Modellen zugunsten von nicht-ärztlichen Hilfsberufen sogar in der Akuttherapie zurückdrängen zu wollen.

Fazit

Wir müssen uns bewegen, um den Herausforderungen der Zukunft an die Versorgung von Menschen mit Hirn- und Seelen-Erkrankungen gerecht werden zu können. Dabei ist eine Überwindung der Sektorengrenzen aufgrund des kommenden absoluten und relativen Arztmangels nach heutigem Kenntnisstand absolut unerlässlich. Dazu bedarf es vor allem auch einer neuen, zielführenden Gesprächs- und Verhandlungskultur zwischen den Vertretern der Sektoren. Zudem müssen wir Fachvertreter uns bei den neu zu schaffenden Planungsgremien Gehör verschaffen. □

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Diagnostik und Ätiologie

Interdisziplinär gegen den Schwindel

Prof. Thomas Brandt hat in München das international angesehene Zentrum für Forschung, Diagnostik und Behandlung von Schwindel aufgebaut. PD Dr. Albert Zacher sprach mit ihm über das Leitsymptom „Schwindel“, sein spezielles Engagement in diesem Bereich und die Furcht so mancher Kollegen vor diesem Symptom.

© ccdevice/Fotolia.com

Schwindel ist keine Krankheitseinheit sondern häufiges Symptom ganz unterschiedlicher Erkrankungen.

26 **Diagnostik und Ätiologie**
Interdisziplinär gegen den Schwindel

32 **Arteriitis temporalis**
Fortschritte in Diagnostik und Therapie

37 **SERIE Interaktionslexikon**
Clearance: Wie Substanzen eliminiert werden

41 **PSYCHIATRISCHE KASUISTIK**
Hyperprolaktinämie unter antipsychotischer Therapie

44 CME **Schlaganfallbehandlung**
Wissenswertes, Neues, Kontroverses

51 **CME Fragebogen**

In Lehrbüchern heißt es immer wieder, dass viele medizinische Diagnosen allein aufgrund der Anamnese und der genauen Beobachtung des Patienten, sowie der körperlichen Untersuchung gestellt werden können. Trifft das auch auf Krankheitsbilder zu, die mit Schwindel einhergehen?

Prof. Brandt: Dies ist eine simple und treffliche Botschaft. Beim Leitsymptom „Schwindel" verhält es sich ganz ähnlich wie beim Leitsymptom „Kopfschmerz". Nach einer zehnminütigen Anamnese der typischen Beschwerden steht in der Mehrzahl der Fälle die Diagnose oder aber die Differenzialdiagnose zwischen zwei oder drei möglichen Erkrankungen. Bei beiden Leitsymptomen – Kopfschmerz oder Schwindel – geht es weniger um die Art der Beschwerden (die vom Patienten häufig unklar beschrieben werden), sondern zunächst um die Frage, handelt es sich um ein erstmaliges Ereignis oder um episodische Beschwerden.

Herr Kollege Brandt, wie lauten denn die ersten Fragen, die Sie einem Patienten stellen, der wegen Schwindel bei Ihnen vorstellig wird?

Prof. Brandt: Wie bereits angedeutet, geht es darum, ob die Beschwerden vor dem Arztbesuch zum ersten Mal auftraten. Dies ist besonders wichtig bei der heterogenen Gruppe zentraler vestibulärer Erkrankungen, zum Beispiel durch vertebro-basiläre Infarkte, MS-Plaques oder Tumoren. Hier ist diagnostische Sorgfalt geboten, da „Schlimmeres" verhütet werden muss. Dies gilt ebenso für erstmaligen Kopfschmerz, zum Beispiel durch eine Subarachnoidalblutung. Bei episodischen Schwindelformen ist die Dauer der Attacke besonders aufschlussreich: häufige Sekunden dauernde Attacken auch in Serie durch Vestibularisparoxysmie, das heißt neurovaskuläre Kompression des achten Hirnnerven (ganz analog zur Trigeminus-Neuralgie); Minuten bis Stunden anhaltende Attacken bei der vestibulären Migräne; Stunden dauernde Attacken häufig mit einseitigem Ohrdruckgefühl und Hörstörungen beim Morbus Meniere; akut einsetzender, innerhalb von Tagen abklingender Drehschwindel bei der Neuritis vestibularis durch Reaktivierung einer latenten HSV-1-Infektion des vestibulären Ganglions. Die Neuritis vestibularis tritt in der Regel nicht episodisch auf, sondern hat nur eine geringe Rezidivrate von 2 Prozent innerhalb von zehn Jahren.

Weitere Aufschlüsse gibt die Art des Schwindels, wie zum Beispiel Drehschwindel (Neuritis vestibularis), Schwankschwindel (somatoformer phobischer Schwankschwindel) oder Benommenheitsschwindel als medikamentöse Nebenwirkung. Schließlich sind die Auslösbarkeit des Schwindels wie Kopflageänderung gegenüber der Schwerkraft beim benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel oder Kopfdrehung als Trigger der Vestibularisparoxysmie typisch. Die häufig übersehene bilaterale Vestibulopathie wird erst bei Kopfbewegungen oder während des Gehens symptomatisch. Durch den Ausfall des vestibulo-okulären Reflexes kommt es zu ungewollten Bildwanderungen der Umwelt auf der Retina mit Oscillopsien. Der Gang ist unsicher wegen des Ausfalls vestibulo-spinaler Funktionen vor allem in Dunkelheit, wenn das Sehen den vestibulären Ausfall nicht substituieren kann. Der somatoforme phobische Schwankschwindel tritt häufig in bestimmten sozialen- oder Umgebungssituationen auf.

Bei fast jedem Patienten, der sich wegen eines somatoformen phobischen Schwankschwindels bei mir einfindet, wurde eine ganze Kaskade von intensiven Untersuchungen durchgeführt. Wie sollte nach Ihrer Erfahrung der diagnostische Weg eines Patienten geleitet werden, der ganz allgemein über Schwindelsymptome klagt, um Unnötiges zu vermeiden?

Prof. Brandt: Der Patient mit dem Verdacht auf einen somatoformen phobischen Schwankschwindel gehört nach meiner Ansicht zum Neurologen oder Nervenarzt, da diese am ehesten das Gesamtspektrum von peripheren und zentralen Störungen des vestibulären Systems, der Okulomotorik, des Gleichgewichts und der Lokomotion überblicken, auch die manchmal schwierige Trennung sowie Überlappung organischer und somatoformer Symptome. Man sollte vermeiden, dass Patienten von einem zum anderen Facharzt wechseln.

Was sind nach Ihrer Erfahrung die häufigsten Fehler, die bei der Schwindeldiagnostik gemacht werden?

Prof. Brandt: Hier möchte ich an meinen letzten Satz anknüpfen: Es ist gut verständlich, aber für den Patienten sehr verunsichernd, wenn der jeweilige Facharzt, sei es ein HNO-Arzt, Neurologe, Psychiater oder ein Internist, die Ursache nur in seinem eigenen Fachgebiet sucht. Das Management, das heißt die Diagnostik und Therapie von Patienten mit dem Leitsymptom Schwindel erfordern einen interdisziplinären Zugang. Nur so vermeidet man unsinnige Untersuchungen und wirkungslose Therapieversuche.

Die Therapie von Schwindelerscheinungen sollte natürlich immer bei der zugrunde liegenden Erkrankung ansetzen. Hat die symptomatische Therapie trotzdem eine Berechtigung?

Prof. Brandt: Die symptomatische Therapie zur unspezifischen Unterdrückung von Schwindel, Übelkeit und Erbrechen

durch so genannte Antivertiginosa wie Dimenhydrinat oder Benzodiazepine ist hilfreich bei akuten Labyrinthfunktionsstörungen wie der Neuritis vestibularis oder vestibulariskernnahen Hirnstammläsionen solange Übelkeit und Erbrechen anhalten. Danach sollten sie abgesetzt werden, da sie die zentrale Kompensation eines einseitigen Labyrinthausfalls verzögern. Antivertiginosa können auch vorübergehend vor physikalischen Befreiungsmanövern eines schweren benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel gegeben werden oder zur Prävention von Bewegungskrankheit, zum Beispiel mit Scopolamin als transdermalem System. Alle diese Pharmaka sind zur Dauerbehandlung von Schwindel ungeeignet.

Schwindel ist keine Krankheitseinheit, sondern häufiges Symptom ganz unterschiedlicher Erkrankungen für die eine Reihe sehr wirksamer kausaler Medikamente bereit stehen: Aminopyridine gegen Downbeat-Nystagmus oder die Attacken der episodischen Ataxie Typ II; Carbamazepin zur Prophylaxe der Vestibularisparoxysmie und der paroxysmalen Dysarthrie und Ataxie bei MS; hochdosierte Langzeittherapie mit Betahistin beim Morbus Menière; transtympanal verabreichtes Gentamicin als ultima ratio beim Morbus Menière oder zur Behandlung der gefährlichen vestibulären dropattacks bei dieser Erkrankung. Weitere Beispiele sind Metoprolol oder Topiramat bei vestibulärer Migräne sowie der vorübergehende Einsatz selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer bei somatoformem phobischen Schwankschwindel.

? Wenn sich ein nervenärztlicher oder neurologischer Kollege auf Schwindeldiagnostik und -therapie spezialisieren möchte, was würden Sie ihm raten? Gibt es Möglichkeiten, in relativ überschaubarer Zeit sein theoretisches Wissen und seine praktischen Fertigkeiten so fortzubilden, dass er von sich sagen kann, in diesem Bereich „Spezialist" zu sein?

Prof. Brandt: Wie Sie sagen, Voraussetzungen sind ein fächerübergreifendes theoretisches Wissen und praktische Fertigkeiten. Beides kann man auf speziellen Fortbildungsveranstaltungen erwerben. Diese werden fast immer auf den deutschsprachigen und europäischen Jahreskongressen der Fachgesellschaften angeboten. Zudem gibt es auch zweitägige Veranstaltungen wie die jährliche Fortbildung „Vertigo" in unserem Zentrum in München mit einem Tag klinisch orientierter Vorträge und einem Tag praktischer Übungen.

? Welche Geräte sollte er unbedingt vorhalten?

Prof. Brandt: Da braucht es für die Praxis nicht viel. Eine Frenzel-Brille ist sinnvoll, zum Beispiel zur Beurteilung des Spontannystagmus oder der Lagenystagmusformen, obwohl der häufige benigne paroxysmale Lagerungsschwindel auch ohne Frenzel-Brille erkennbar ist. Der rasche Kopf-Dreh-Test nach Halmagyi und Curthoys sollte geübt werden zur raschen Diagnostik einseitiger oder doppelseitiger peripherer vestibulärer Bogengangsausfälle. Die Möglichkeit der kalorischen Spülung ist sinnvoll, auch sollte eine Videookulografiebrille zur Dokumentation von Augenbewegungstörungen angeschafft werden. Mit Hilfe eines rasch präparierten Plastikeimers hat man die Möglichkeit, die subjektive visuelle Vertikale zu bestimmen, ein Zeichen mit hohem diagnostischen Wert. Dagegen sind für die Praxis vorwiegend klinisch-wissenschaftlich genutzte Apparaturen wie Drehstuhl, Posturografieplattform, vestibulär evozierte myogene Potenziale entbehrlich.

? Nun einige Fragen, die Ihr spezielles Engagement für den Schwindel betreffen. Wie sind Sie persönlich dazu gekommen, sich so intensiv diesem vielgestaltigen, zuvor wohl etwas vernachlässigten Phänomen wissenschaftlich zuzuwenden? Hatte es sich bei der Erforschung des subjektiven Phänomenspektrums „Schwindel" um ein Stiefkind der Wissenschaft gehandelt, oder hat es einfach nicht genügend wissenschaftliche Instrumente gegeben, sich schon früher dieser Forschungsrichtung intensiver anzunehmen?

Prof. Brandt: Schwindel ist eines der häufigsten Leitsymptome in der Medizin (Lebenszeitprävalenz etwa 30 Prozent) und wie mehrere epidemiologische Studien zeigten, in neurologischen Notaufnahmen von Krankenhäusern die dritthäufigste Ursache der Einweisung, nach Kopfschmerz und zerebrovaskulären Symptomen. Trotzdem besteht national und international eine Unter- und Fehlversorgung dieser Patienten. Dies führt dazu, dass Betroffene nacheinander Ärzte unterschiedlicher Disziplinen aufsuchen und häufig resultieren längere Phasen von Arbeits- , Erwerbs- und Berufsunfähigkeit mit beträchtlichen psychosozialen und ökonomischen Folgen.

Mein Interesse begann mit Untersuchungen der visuell-vestibulären Interaktion bei Raumorientierung und Bewegungswahrnehmung und mit der Neugier für die Systemanalyse sensomotorischer Leistungen bei Mensch und Tier in der Interaktion mit der Umwelt. Wissenschaftliche Instrumente fehlen nicht. Im Gegenteil, ein besonderer Reiz der klinisch-wissenschaftlichen Studien liegt darin, dass man psychophysische Methoden mit neurophysiologischen Messungen der Augenbewegungen, der Körperschwankung oder der Lokomotion sowie strukturellen und funktionellen bildgebenden Verfahren kombinieren kann. Dabei ist es sinnvoll, dass Mediziner mit Ingenieuren, Physikern und Informatikern zusammenarbeiten. Das Verständnis komplexer sensomotorischer Hirnfunktionen wird durch mathematische Modelbildungen verbessert.

? Sie haben in den letzten Jahren ein national wie auch international angesehenes Zentrum für die Erforschung aber auch die Diagnostik und Behandlung von Schwindel aufgebaut. Wie viele Stellen stehen Ihnen zur Verfügung, welche Forschungsmöglichkeiten werden vorgehalten? Aber auch, wie kann ein Patient vorgestellt werden. Was sollte er alles an Befunden mitbringen? Was sollte zuvor schon alles geschehen sein?

Prof. Brandt: Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert in München seit November 2009 ein Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum für Schwindel, Gleichgewichts- und Okulomotorikstörungen. Dies erlaubt es uns zum Thema sechs neue W2-Professuren einzurichten und acht Nachwuchswissenschaftlergruppen zu besetzen, zudem weitere Wissenschaftler für translationale Projekte

Strukturelle und inhaltliche Ziele des IFBLMU sind:

- Schaffung eines eigenständigen patientenorientierten Forschungszent-

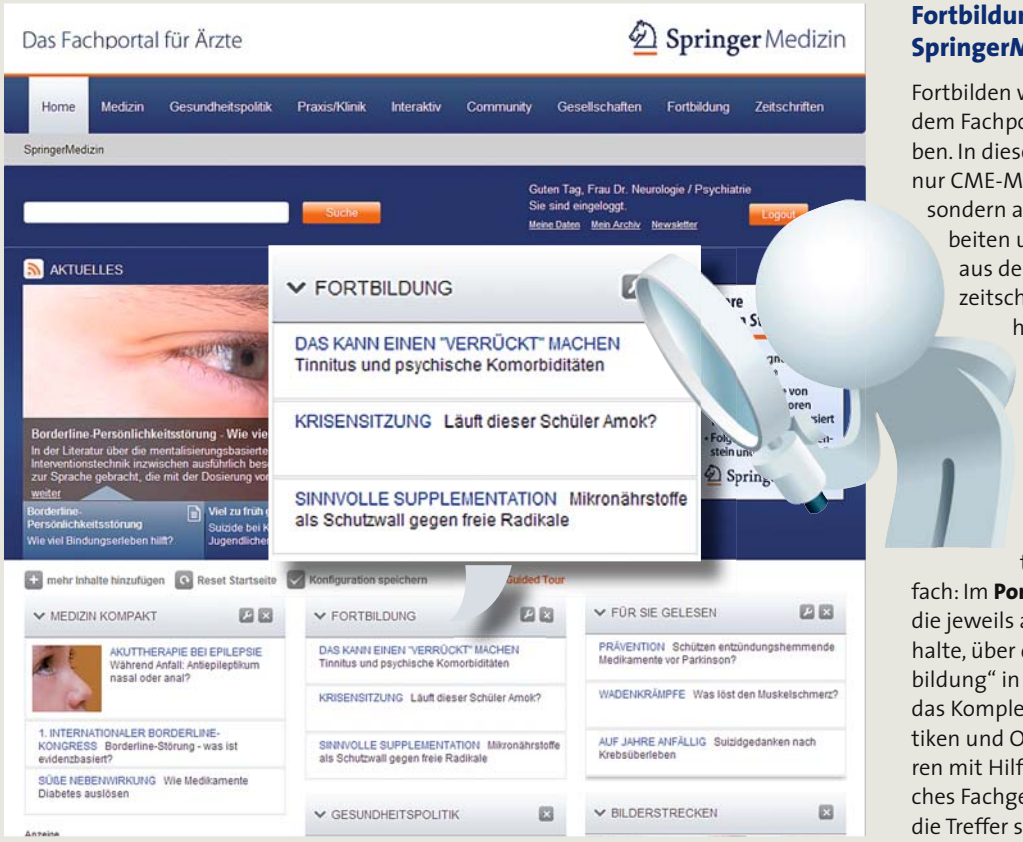
rums unter dem Dach der Fakultät mit autonomer Leitungsstruktur und eigenem Budget
- Modellhafte Überwindung bisheriger klinischer und akademischer Fächergrenzen
- Etablierung eines standardisierten, interdisziplinären, longitudinalen und transversalen Netzwerkes für betroffene Patienten an einem Ort zur Professionalisierung der klinischen Versorgung und überregionalen Patientenrekrutierung (Integrierte Versorgung, Telemedizin)
- Aufbau einer Studieninfrastruktur zur Durchführung prospektiver multizentrischer klinischer Studien und Entlastung klinischer Forscher von administrativen Aufgaben
- Förderung translationaler Forschungsbereiche mit Fokussierung auf die Innovationsfelder molekulare, funktionelle und strukturelle Bildgebung, experimentelle und klinische Pharmakotherapie, klinische Krankheitsforschung, mathematische Modellbildung, Interaktion biologischer und technischer Systeme (Robotics), sowie Forschung zu Funktionsfähigkeit und Quality of Life
- Einrichtung neuer attraktiver Ausbildungswege und Berufsbilder für Ärzte, Naturwissenschaftler und Ingenieure in der Klinischen Forschung und damit Überwindung bisheriger akademischer, hierarchischer Strukturen und Förderung des Leistungs- und Eigenständigkeitsprinzips
- Etablierung von acht Nachwuchswissenschaftlergruppen und zunächst sechs W2-Professuren (tenure-track) zur Komplettierung der vorhandenen Exzellenz und als Anreiz für herausragende Wissenschaftler
- Einbindung bestehender und sich entwickelnder Kompetenz in die medizinischen und biologischen Studiengänge, sowie Graduiertenschulen- und Kollegs

In diesem Zentrum geht es uns weniger darum, immer mehr Patienten zu sehen, sondern möglichst diejenigen, bei denen die Diagnostik trotz eines oder mehrerer Arztbesuche unklar bleibt oder die Therapie unbefriedigend ist.

? Gibt es ein Anliegen, das Sie bewegt und das Sie gerne an die niedergelassenen Neurologen, Nervenärzte und Psychiater, die Hauptleserschaft unserer Zeitschrift, richten wollen?

Prof. Brandt: Ja, keine Furcht vor diesem Leitsymptom! Es macht Freude, sich fächerübergreifend mit Schwindel zu befassen, da sich die meisten Syndrome nach sorgfältiger Anamnese und körperlicher Untersuchung auch ohne apparative Zusatzuntersuchung diagnostisch korrekt einordnen lassen. Und die meisten Schwindelsyndrome haben eine gutartige Ursache, zeigen einen günstigen Verlauf und lassen sich erfolgreich therapieren.

Herzlichen Dank für das Gespräch.



Fortbildung auf SpringerMedizin.de

Fortbilden wird auf SpringerMedizin.de, dem Fachportal für Ärzte, groß geschrieben. In diesem Bereich finden Sie nicht nur CME-Module samt Link zum Punkten, sondern auch interessante Originalarbeiten und spannende Kasuistiken aus dem gesamten Springer-Fachzeitschriften-Pool. Alle diese Fachinhalte sind natürlich Ärzten vorbehalten und passwortgeschützt. Wer sich bei der Registrierung mit seinem Fachgebiet anmeldet, erhält über die maßgeschneiderte Startseite gleich die auf seine Spezialität zugeschnittenen Beiträge. Der Weg dorthin ist einfach: Im **Portlet „Fortbildung“** finden Sie die jeweils aktuellsten Fortbildungsinhalte, über den Navigationspunkt „Fortbildung“ in der blauen Leiste steuern Sie das Komplettangebot von CME, Kasuistiken und Originalarbeiten an oder sortieren mit Hilfe des Pulldown-Menüs, welches Fachgebiet und welche Beitragsart die Treffer sein sollen. Viel Erfolg!

© [M] vuifah / Fotolia.com

Arteriitis temporalis

Fortschritte in Diagnostik und Therapie

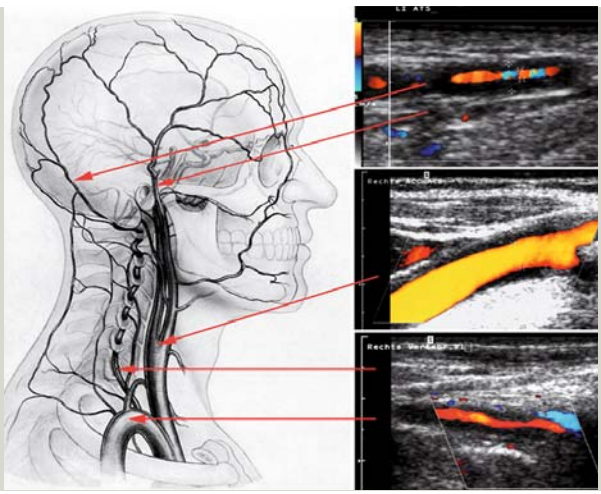
Zu den primären Großgefäßvaskulitiden gehört als häufigste Form die Riesenzellarteriitis, die sich meist als Arteriitis temporalis und sehr viel seltener als Takayasu-Arteriitis am Aortenbogen abspielt. Bei jüngeren Menschen tritt sie meist als „pulseless disease" in Erscheinung. Etwa die Hälfte aller Betroffenen kann heutzutage mit einer Ausheilung der Erkankung rechnen.

KARL PFADENHAUER, JUTTA WEINERTH, CHRISTIAN HRDINA

Der in der Klinik fest etablierte Begriff „Arteriitis temporalis" (AT) ist unpräzise und wird von vielen Autoren deswegen abgelehnt, weil er nahe legt, es handle sich nicht um eine systemische sondern lokalisierte Vaskulitis und unberücksichtigt lässt, dass auch andere Vaskulitiden die A. temporalis superficialis (ATS) befallen können.

Die AT ist die häufigste Form der systemischen Vaskulitis beim Erwachsenen und zeichnet sich durch mehrere biologische Besonderheiten aus: Sie befällt ältere Menschen über 50 Jahren mit dem höchsten Risiko in der Altersgruppe zwischen 75 und 85 Jahren. Frauen sind bevorzugt betroffen (60–70 Prozent bei der AT und 90 Prozent bei der Takayashu Arteriitis). Menschen mit nordeuropäischer Herkunft haben ein auffällig erhöhtes Risiko an einer AT zu erkranken, ohne dass die dafür relevanten Faktoren bisher geklärt werden konnten.

Ätiologisch betrachtet man die Riesenzellarteriitis (RZA) heute als T-Zell-vermittelte Immunerkrankung mit unbekanntem Antigen. Die RZA der mittleren und großen Arterien mit Ausnahme der Aorta ist eine okklusive Arterienerkrankung als Folge einer ungebremsten Intima-Hyperplasie durch die überschießende Myofibroblasten-Proliferation und Angioneogenese in der entzündeten Arterienwand. Im Bereich der Aorta thorakalis führt die RZA dagegen zu einer aneurysmatischen Erweiterung mit Dissektionen und einem erhöhten Ruptur-risiko. Ischämische Komplikationen bei der RZA entstehen nicht thrombembolisch, sondern hämodynamisch als Folge arterieller Okklusion mit kritischer Ischämie. Auf die zusätzliche Bedeutung traditioneller Risikofaktoren für ischämische Komplikationen bei der RZA wurde wiederholt in retrospektiven Studien hingewiesen.



© Karl Pfadenhauer

Abbildung zu Fall 1: Farbduplexsonografie der A. temp. supf. und A. occipitalis (a) der A. carotis (b) und des prävertebralen V1-Segmentes der A. vertebralis jeweils mit Nachweis konzentrischer hypoechogener Wandverdickungen („Halo").

Klinische Manifestationen

Die RZA des älteren Menschen oder AT manifestiert sich in klinischen Varianten, die in mehr oder minder starker Ausprägung gleichzeitig vorliegen oder im Verlauf hinzutreten können. Am häufigsten ist die Arteriitis cranialis oder capitis mit fokal vaskulitischen Kopfschmerzen bevorzugt frontotemporal mit druckschmerzhafter, sichtbar geröteter, indurierter und teilweise pulsloser A. temporalis superficialis. Selten kann der Schmerzschwerpunkt auch occipital liegen mit druckschmerzhafter A. occipitalis. Hinzu kommen eine ausgeprägte Berührungsempfindlichkeit der Kopfhaut, von früheren Autoren auch „Haarspitzenkatarrh" genannt, mit Kämm- und belastungsabhängigen Kauschmerzen (claudicatio masticatoria). Weniger bekannt sind Zungen- und Schluckschmerzen beim Befall der die Zunge und den Pharynx versorgenden Arterien. Transiente oder persistierende neuroophthalmologische, fokal zerebrale neurologische Ausfälle und Nekrosen der Haut und anderer Weichteile wie etwa der Zunge vervollständigen das Spektrum möglicher ischämischer Komplikationen.

In unserem eigenen Patientengut von 100 Patienten mit Arteriitis cranialis und histologisch gesicherter RZA betrug die Rate neuroophthalmologischer Komplikationen 48 Prozent mit persistierenden Defiziten bei 29 Patienten, von denen fünf beidseits betroffen waren. Die

Polymyalgia rheumatica ist die zweithäufigste Manifestationsform, die isoliert oder in Kombination mit allen anderen Prägnanztypen vorkommt (etwa bei 30 bis 50 Prozent aller Patienten mit Arteriitis cranialis). Die okkulte Form der RZA (so genannte „silent giant cell arteriitis“), mit dominierender Allgemeinsymptomatik wie Fieber, Nachtschweiß, Leistungsknick und Gewichtsverlust ohne lokal vaskulitische und ischämische Symptome, wird in der Literatur mit einer klinischen Prävalenz von fünf Prozent angegeben. Sie wird oft lange verkannt, weil sich die Diagnostik auf eine unerkannte Infektion oder einen okkulten Tumor fokussiert und erst spät eine RZA in Betracht gezogen wird.

Der Befall großer Arterien („large artery disease“), vorzugsweise mit Arm-Claudicatio bei hochgradigen Stenosen der A. subclavia und A. axillaris aber auch mit symptomatischem Befall der Aorta, der Koronararterien wie auch der hirnversorgenden Arterien tritt in etwa 15 Prozent aller Fälle auf. Die Großgefäßvariante der RZA ist auch die Hauptursache lebensbedrohlicher Komplikationen. Im neurologischen Fachgebiet zählen dazu Hirninfarkte vor allem im hinteren Stromgebiet, im internistischen Bereich Koronararterienverschlüsse und rupturierte Aortenaneurysmen.

Lange Latenzen

Unverändert werden lange Latenzen von mehreren Monaten zwischen Beschwerdebeginn und Diagnosestellung beobachtet. Vergleicht man die Raten irreversibler ischämischer Defizite bei Diagnosestellung in Studien aus den letzten vier Dekaden, fällt keine signifikante Trendwende auf, sodass nach wie vor etwa bei 20 bis 30 Prozent der Patienten die Diagnose erst mit Eintritt irreversibler ischämischer Defizite gestellt wird, obwohl heute weitere nichtinvasive treffsichere diagnostische Verfahren zur Verfügung stehen.

Diagnose mittels Biopsie plus Immunhistochemie

Der histologische Nachweis einer RZA in einer Biopsie aus der A. temp. supf. galt bisher als wegweisender Befund und Goldstandard für die Diagnose der AT. Dabei wird oft nicht beachtet, dass in der klinischen Praxis aus vielerlei Gründen bei bis zu 30 bis 40 Prozent der Patienten, bei denen aus der Zusammenschau aller Befunde, des Ansprechens auf die Therapie und der Verlaufsbeobachtung die Diagnose einer AT gestellt wird, eine RZA bioptisch nicht nachgewiesen werden kann. Ursachen dafür sind der bekannte segmentale Befall von Arterien, der bei Entnahme zu kleiner Arterienabschnitte (idealerweise sollten 2 bis 3 cm entnommen werden) oder insuffizienter Aufarbeitung des Präparates zu falsch negativen Befunden füh-

Fallbeispiele

Fall 1 (siehe Abb.): Ein 71-jähriger Patient erhielt ein PET-CT wegen Gewichtsverlust, Leistungsknick und rechts betonten Nackenschmerzen, die zum Hinterkopf ausstrahlten, und signifikant veränderter Entzündungsparameter (BSG 120/h, CRP 11,17 mg%, normal < 0,5 mg%), einer Leukozytose (11,8 /nl) und einer mikrozytären Anämie. Vor etwa einem Jahr hatte er bereits eine Lymphknotenschwellung in der rechten Achselhöhle bemerkt, deren Biopsie eine unspezifische Entzündung ergab.

Ausgedehnte Voruntersuchungen ergaben keinen Tumornachweis. Die PET vor Beginn der Steroidtherapie zeigte einen FDG-Hypermetabolismus in der gesamten thorakalen und abdominalen Aorta, den Aa. iliacae, proximalen A. femorales und den Aa. axillares, subclaviae und carotis beidseits sowie der rechten A. vertebralis vom V0-3-Segment reichend. Eine FDG-Aufnahme der rechten Achselhöhle zeigte dort, wo eine wiederholte Biopsie stattfand, eine unspezifische Entzündung. In der Sonografie fiel ein Halo in einem distalen Segment des frontalen Astes der linken ATS, in dem bioptisch auch eine aktive RZA nachgewiesen werden konnte bei unauffälligem Tastbefund, auf. Weiterhin fand sich eine langstreckige echoarme Wandverdickung der A. carotis comm. und im V0-2-Segment der kaliberkräftigen rechten A. vertebralis (siehe Abb.) bei ausgeprägter Hypoplasie der linken Seite mit einem Lumendurchmesser von 1,4 mm. Die tägliche Gabe von 100 mg Prednisolon führte innerhalb von zwei Tagen zum kompletten Verschwinden der Nacken-Hinterkopfschmerzen und einer Abnahme des CRP auf 1,1 mg% nach sechs Tagen.

Fall 2: Bei dem Patienten wurde im Alter von 73 Jahren eine PMR festgestellt und mit Prednisolon erfolgreich behandelt. Etwa ein Jahr später entwickelte der Patient Nacken- und Hinterkopfschmerzen sowie Rezidivbeschwerden der PMR. Zu diesem Zeitpunkt zeigte die PET einen Hypermetabolismus im V1/2-Segment der linken A. vertebralis wohingegen die Temporalisbiopsie negativ blieb. Daraufhin erfolgte eine Erhöhung der Prednisolon-Tagesdosis von 2,5 auf 100 mg/d mit nachfolgender, der Krankheitsaktivität angepasster stufenweiser Dosisreduktion. Nach einer etwa sechs Monate anhaltenden Phase mit unkontrollierter Prednisoloneinnahme erfolgte eine notfällige stationäre Aufnahme mit einem rechtshirnigen Teilinfarkt im Versorgungsgebiet der A. cerebri media. Die BSG war bei Aufnahme auf 52 mm/h, das Serum CRP auf 2,93 mg% erhöht. Sonografisch zeigte sich eine arteriosklerotische Makroangiopathie der hirnversorgenden Arterien ohne hämodynamisch relevante Stenosen. Im Bereich der ATS konnten bei palpatorisch unauffälliger Arterie segmentale Halos nachgewiesen und bioptisch als floride RZA klassifiziert werden. Die PET 21 Monate nach der Erstuntersuchung zeigte einen ausgeprägten Hypermetabolismus der gesamten Aorta mit Ausdehnung auf beide Karotiden, A. subclaviae und axillares mit typischer scharfer segmentaler Begrenzung am Übergang zur A. brachialis. Die hochdosierte Steroidtherapie mit initial intravenöser Pulstherapie führte schnell zu einer klinischen Besserung und Normalisierung der Entzündungsparameter.

Bemerkenswert an diesem Fall ist die eindrucksvolle Ausweitung des Großgefäßbefalles von der initial isoliert befallenen A. vertebralis zum Vollbild der RZA ohne das klassische klinische Bild der Arteriitis cranialis bei nicht sehr stark erhöhten Entzündungsparametern und den positiven Ultraschall- und Biopsiebefunden bei fehlenden Palpationsbefunden an der ATS. Zugleich wird die Bedeutung einer langfristigen Überwachung und medikamentösen Immunmodulation insbesondere bei Patienten nach einem klinischen Rezidiv erkennbar.

ren kann. Darüber hinaus hängt die Rate positiver Biopsiebefunde auch vom klinischen Manifestationstyp ab: Während bei typischer kranialer Arteriitis bei etwa 80 Prozent der Patienten positive Befunde vorliegen, sinkt diese Rate bei Patienten mit bevorzugtem Befall großer Arterien auf unter 60 Prozent, bei Patienten mit einer Polymyalgia rheumatica auf 10 bis 15 Prozent ab.

Interessante Ergebnisse kommen aus der Entwicklung sensitiver immunhistochemischer Untersuchungsmethoden zum Nachweis proinflammatorischer Chemo- und Zytokine. Damit konnte bei einem Patienten mit kranialer Arteriitis und bilateral sequenziell im Abstand von zwölf Tagen durchgeführter Biopsie gezeigt werden, dass in morphologisch noch unauffälligen Arteriensegmenten bei der Erstuntersuchung bereits ausgeprägte Konzentrationsanstiege von proinflammatorischen Chemo- und Zytokinen messbar waren, die bei der Folgeuntersuchung auch zu dem typischen histologischen Bild einer floriden RZA führten.

Vor dem Hintergrund des logistischen Aufwandes einer raschen Biopsie-Entnahme bestehen Unsicherheiten zur häufig gestellten Frage: Muss die Biopsie vor Beginn einer Steroidtherapie durchgeführt werden? Hierzu liegen erstaunlich wenig Daten vor. In nur einer einzigen verfügbaren prospektiven Studie mit standardisierten Prednisolon-Dosen zeigte sich Folgendes: Bei neun von elf Patienten lagen positive Biopsiebefunde vor, davon bei drei von vier innerhalb von zwei Wochen und sechs von sieben innerhalb von 25 bis 45 Tagen nach Therapiebeginn biopsierten Patienten. Allison und Gallagher konnten bei 82 Prozent der unbehandelten und 60 Prozent der anbehandelten Patienten eine RZA nachweisen. Diese und andere Beobachtungen zeigen, dass es sich lohnt auch noch zwei bis sechs Wochen nach Steroidtherapiebeginn eine Biopsie durchzuführen. Dabei muss histopathologisch nicht nur auf die entzündliche Infiltration der Arterienwand und den Nachweis von Riesenzellen geachtet werden, sondern auch auf die typische Fragmentierung der Lamina elastica interna, Narbenbildung und Verdickung der Intima, die auch nach Beginn einer Steroidtherapie über Wochen hinweg nachweisbar sind.

Probatorische Steroidtherapie ohne weitere Diagnostik?

Behandelt man Patienten mit Verdacht auf AT probatorisch mit Steroiden besteht die Gefahr, dass andere Steroidsensible Erkrankungen (z. B. andere Vaskulitiden, Neuroborreliose, Tumorerkrankungen wie etwa zerebrale Lymphome) sich bessern und deshalb nicht rechtzeitig diagnostiziert werden, dass die spontane Besserung einer anderen Erkrankung mit einem positiven Steroideffekt verwechselt wird oder ein Placeboeffekt erreicht wird, der zu einer unangemessen langen Steroidtherapie führt.

State of the art in der Diagnsotik: PET-CT-Systeme

Seit mehreren Jahren steht für die Diagnostik der RZA auch die Positronenemissionstomografie (PET) zur Verfügung. Dabei wird ein mit radioaktivem Fluor markiertes Traubenzuckermolekül (Fluorodeoxyglukose = FDG) intravenös injiziert und dessen Verteilung im Körper dreidimensional dargestellt. Ähnlich wie Tumorgewebe haben auch Entzündungsherde einen erhöhten Energiebedarf zu decken, der unter anderem auf die dort erhöhte Zellteilungsrate zurückzuführen ist. Dadurch können mit der PET molekulare Prozesse wie der Zuckerstoffwechsel von Entzündungszellen sichtbar gemacht werden. Mit den aktuell verfügbaren PET-Systemen können Herde im Bereich von minimal 4 bis 5 mm sichtbar gemacht werden wohingegen mit der CT Herde im Millimeter- und Submillimeterbereich erkannt werden können. Genau in diesem Punkt ergänzen sich PET und CT ideal: Die CT liefert die exakte anatomische Lokalisation des Herdes, die PET die Information über seine Stoffwechselaktivität. Diese Vorteile werden heute in PET-CT-Systemen, so genannten „Hybridgeräten“ genutzt, die aktuell als state of the art angesehen werden müssen.

Die PET-Untersuchung erlaubt in oft idealer Weise den Nachweis des systemischen Charakters der RZA, des segmentalen Befallsmusters (etwa die häufig scharfe Grenze zwischen A. axillaris und A. brachialis), der Beteiligung der großen Arterien und der Pro- und Regression der Krankheitsaktivität im Verlauf. Typische Befunde finden sich dabei an der Aorta mit Bevorzugung des thorakalen Abschnittes und den angrenzenden großen intrathorakalen Arterien. In einer Untersuchung von Blockmans und Mitarbeitern bei 35 Patienten (davon 33 mit positiver Biopsie) ohne vorhergehende Steroidtherapie hatten 83 Prozent einen FDG-Hypermetabolismus, der mit 74 Prozent am häufigsten in der A. subclavia, aber auch in der Aorta abdominalis (54 Prozent), Aorta thoracalis (51 Prozent), A. carotis und axillaris (jeweils 40 Prozent) und A. iliaca und femoralis (je 37 Prozent) nachweisbar war. Im Verlauf unter Steroiden war bei 60 Prozent der Patienten ohne Rückfall nach drei Monaten noch ein FDG-Hypermetabolismus nachweisbar.

Offene Fragen betreffen die Bedeutung von PET-Anomalien für die Prognose der Erkrankung (Rezidivrisiko und die Entwickung von aortalen Aneurysmen und deren Rupturrisiko) und das therapeutische Vorgehen (Höhe der Steroiddosis und frühzeitige Kombination mit anderen immunmodulierenden Substanzen). Differenzialdiagnostisch wurden ähnliche PET-Anomalien bei Mesaortitis luica, Tuberkulose, M. Behcet, Kawasaki-Syndrom und rheumatoider Arthritis festgestellt. Darüber hinaus beobachtet man bei Patienten mit begleitender oder isolierter Polymyalgia rheumatica (PMR) FDG-Anreicherungen periartikulär im Bereich der Schulter- und Hüftgelenke, der Sitzbeine und des Bandapparates der Wirbelsäule, die auf eine Perisynovitis und Enthesitis zurückgeführt werden und unter Steroidtherapie verschwinden.

Ultraschalldiagnostik

Patienten mit Verdacht auf eine RZA werden vor einer geplanten Biopsie der ATS routinemäßig sonografisch untersucht, um hochgradige Stenosierungen der hirnversorgenden A. carotis interna mit Kollateralfluss über die A. ophthalmica auszuschließen. Vermieden werden damit Biopsieentnahmen aus einer kollateral durchströmten ATS, bei der Hirn- und Augeninfarkte auftreten können.

Die Einführung hochauflösender Farbduplexsonografiegeräte hat eine Ausdehnung der Ultraschalldiagnostik auf kleinlumige Arterien wie die ATS ermöglicht. Typischer Befund einer floriden

RZA ist eine echoarme, meist konzentrische Verdickung der Arterienwand, der so genannte „Halo“, der langstreckig aber auch segmental auftreten kann. Diese Wandverdickungen können zu Stenosen und Verschlüssen führen, sich aber unter einer Steroidtherapie im Verlauf auch wieder komplett zurückbilden. In einer Metaanalyse konnte im Vergleich zur Biopsie eine Sensitivität von 69 Prozent bei einer Spezifität von 82 Prozent festgestellt werden. Ähnliche Veränderungen sind auch an großen Arterien wie der A. carotis, vertebralis, subclavia und axillaris nachweisbar.

Besonders erwähnenswert sind Befunde an der A. vertebralis, die bezüglich ihrer Lokalisation, Ausdehnung und Echogenität leicht mit spontanen Dissektionen der A. vertebralis verwechselt werden können. Darüber hinaus ist auch die klinische Symptomatik mit nuchal-occipitalen Schmerzen und vertebrobasilären Durchblutungsstörungen sehr ähnlich, sodass eine Unterscheidung nur mit Hilfe der MRT und den Entzündungsparametern im Blut möglich ist. Im Bereich der periorbitalen Arterien wurden bereits früher RZA-typische Befunde erhoben: Dazu gehören ein fehlendes Signal über der A. supratrochlearis, das auch nach Kompression der ATS und A. facialis nicht erhältlich ist, wie auch eine retrograde Durchströmung der A. supratrochlearis ohne assoziierte hochgradige Stenose der gleichseitigen A. carotis interna. Diese Befunde sind Folge von Verschlüssen orbitaler Arterien und kollateraler Versorgung der Orbita über Äste der A. carotis externa und werden mit einer Häufigkeit von 31 Prozent bei Patienten mit und 5 Prozent bei Patienten ohne neuroophthalmologischen Komplikationen gefunden. Hauptnachteile der Ultraschalldiagnostik sind Untersucherabhängigkeit und die Verfügbarkeit qualitativ hochwertiger Ultraschallsysteme mit hochfrequenten Schallköpfen mit einer Schallemissionsfrequenz von > 9 MHz.

Therapie mit Glukokortikoiden

Liegt ein begründeter Verdacht auf eine RZA vor, sollte unverzüglich mit einer Glukokortikoidtherapie begonnen werden. Vorzugsweise wird Prednisolon (z. B. Decortin H) verwendet. Die initiale Dosis richtet sich nach dem Vorliegen ischämischer Symptome. Bei manifesten und fluktuierenden Ischämien mit neurologischen und neuroophthalmologischen Defiziten empfiehlt sich eine intravenöse Pulstherapie von 1–2 g/d Prednisolon über drei Tage . Im Anschluss daran kann die orale Gabe in einer Tagesdosis von 1 mg Prednisolon/kg KG fortgeführt werden. Eine Dosisreduktion sollte erst nach Normalisierung der Schmerzsymptomatik und Sistieren fluktuierender ischämischer Symptome und Normalisierung des Serum CRP erfolgen.

Unter wöchentlicher Kontrolle des klinischen Zustandsbildes und CRP-Spiegels kann die Prednisolon Tagesdosis wöchentlich um 10 mg abgesenkt werden. Ab einer Dosis von 20–30 mg Prednisolon sollte die Tagesdosis vorsichtiger um 2,5–5 mg/Woche abgesenkt werden, sodass der so geannte „low-dose“-Bereich unterhalb der Cushing-Schwelle von etwa 10–15 mg/d nach drei bis vier Monaten erreicht wird. Eine Erhaltungsdosis von 5 mg Prednisolon/d wird für ein bis zwei Jahre empfohlen, die langsam mit einer monatlichen Tagesdosisreduktion von 0,5–1 mg ausschleichend beendet werden kann. Bei einem Teil der Patienten gelingt es nicht die Tagesdosisschwelle von 10–15 mg Prednisolon zu unterschreiten ohne Wiederanstieg des CRP und des Auftretens von Rezidivbeschwerden. In diesen Fällen empfiehlt sich die subkutane Gabe von Methotrexat 15 mg/Woche. Zu dieser Behandlungsoption liegen drei Placebokontrollierte prospektive Studien mit kleinen Patientengruppen vor, die zu widersprüchlichen Ergebnissen kamen. In einer Metaanalyse individueller Daten aller 161 Patienten konnte jedoch ein signifikanter Effekt festgestellt werden. Bestehen Kontraindikationen gegen Steroide, etwa bei einem Diabetes mellitus oder einer ausgeprägten Osteoporose, kann zur Einsparung von Steroiden bereits frühzeitig MTX eingesetzt werden.

In Therapie-resistenten Fällen mit progredienten ischämischen Komplikationen und arteriellen Verschlüssen kann eine Cyclophosphamid-Pulstherapie zur Stabilisierung der akuten Erkrankung beitragen. In Einzelfällen wurde zwar über den erfolgreichen Einsatz von Antikörpern gegen Tumornekrose-Faktor-alpha berichtet. In einer kleinen randomisierten Studie konnte jedoch für Infliximab kein signifikanter Effekt gezeigt werden. Experimentelle Befunde weisen auf einen komplementären Effekt von Aspirin und Glukokortikoiden auf die Unterdrückung proinflammatorischer Zytokine bei der RZA hin, sodass die Gabe von Aspirin zumindest in der Akutphase der Erkrankung in Tagesdosen von 100 mg empfohlen wird, auch wenn bisher keine Ergebnisse aussagekräftiger klinischer Studien vorliegen.Dies ist auch vor dem Hintergrund der Bedeutung traditioneller Risikofaktoren für ischämische Komplikationen bei der RZA und der häufig konkurrierend vorliegenden Arteriosklerose der hirnversorgenden Arterien (mit arteriosklerotischem Befall der extrakraniellen Karotisbifurkation in 79 bis 92 Prozent) plausibel.

Abschließend soll noch auf die besondere Bedeutung der Osteoporoseprophylaxe bei dem dazu besonders disponierten Patientenkollektiv postmenopausaler Frauen hingewiesen werden. Unter einer GK-Therapie sollte immer eine Osteoporoseprophylaxe mit täglich Calcium 1.000 mg und Vitamin D 800–1000 IE/d durchgeführt werden. Bei manifester Osteoporose werden Bisphosphonate verabreicht.

Fazit

Langzeitbeobachtungen zeigen, dass bei etwa 50 Prozent der Patienten mit einer Ausheilung der RZA im Verlauf von zwei Jahren gerechnet werden kann. Bei der anderen Hälfte der Patienten werden oft noch Jahre nach der Erstmanifestation Rezidive beobachtet. Uneinigkeit besteht zur Frage, ob es sich bei der RZA um eine lebensverkürzende Erkrankung handelt. Insbesondere Patienten mit rezidivierenden Verläufen und ausgeprägten Komorbiditäten sind gefährdet vor allem durch thrombotische und infektiöse zum Teil letale Komplikationen. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Dr. med. Karl Pfadenhauer
Klinikum Augsburg, Neurologische Klinik
Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg
E-Mail: karl.pfadenhauer@klinkum-augsburg.de

Clearance: Wie Substanzen eliminiert werden

Die Clearance ist ein Maß für die Fähigkeit des Organismus, eine bestimmte Substanz zu eliminieren. Genauer gesagt, die Clearance beschreibt dasjenige Blutvolumen, welches pro Zeiteinheit von dem Arzneistoff befreit wird. Ursprünglich wurde der Begriff in der Nierenphysiologie zur Beschreibung der Exkretionsleistung verwendet (renale Clearance). Da auch andere Organe zur Exkretion befähigt sind, gibt es neben der renalen Clearance auch die extrarenale Clearance. Die extrarenale Clearance umfasst unter anderem den Metabolismus in der Leber (hepatische Clearance) und den mit der Galle (biliäre Clearance), aber auch die Elimination über die Lunge und die Fäzes. Wird ein Arzneistoff ausschließlich durch ein Organ eliminiert, entspricht die totale Clearance (Cl_t) gleich der jeweiligen Organclearance. Im Regelfall setzt sich die Gesamtclearance aus mehreren Organclearances zusammen. Es gilt die Gleichung:

$$\mathbf{Cl_t = Cl_R + Cl_H + Cl_X}$$

(R= renal, H= hepatisch, X= sonstige Organclearance).

Die Gesamtkörperclearance kann bestimmt werden mittels einer einfachen pharmakokinetischen Beziehung. Dabei wird die Dosis multipliziert mit der Bioverfügbarkeit (F), dividiert durch die Fläche unter der Kurve (AUC):

$$\mathbf{Cl = D \times F / AUC}.$$

Die Einheit der Clearance stellt eine Geschwindigkeit pro Zeit dar (ml/min). Die renale Clearance entspricht definitionsgemäß dem Blutvolumen, welches pro Zeiteinheit durch die Niere von dem jeweiligen Arzneistoff geklärt wird. Die Bestimmung der Kreatinin-Clearance gibt Aufschluss über die Funktionsleistung der Nieren durch relativ genauen Rückschluss auf die glomeruläre Filtrationsrate. Für deren Berechnung wird die AUC (Konzentration x Zeit) ersetzt durch das Serumkreatinin x 24 h.

Hepatische Clearance – der Extraktionsquotient

Des Weiteren spielen für die Bestimmung der jeweiligen Organclearance der Extraktionsquotient (E) und die Organdurchblutung (Q) eine wichtige Rolle:

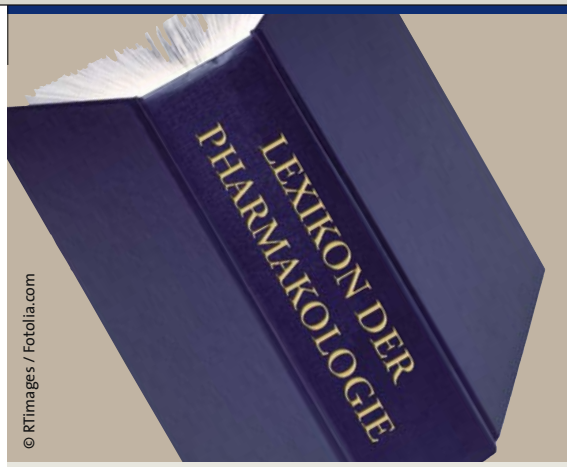
$$\mathbf{CL_{Organ} = Q \times E}$$

Diese Formel wird vor allem bei der Berechnung der hepatischen Clearance (CL_H) verwendet. Sie setzt sich zusammen aus der Leberdurchblutung (Q_H) und dem Extraktionsquotienten der Leber (E_H): $\mathbf{CL_H = Q_H \times E_H}$

Der Extraktionsquotient kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Dabei ist er umso höher, je mehr Arzneistoff bei der Passage in die Leber aufgenommen wird. Wird die Substanz nicht aufgenommen, so ist der Extraktionsquotient 0. Wichtig ist diese Beziehung beim First-pass-Effekt in der Leber. Ein Arzneistoff, der stark von der Leber extrahiert wird, ist systemisch wenig verfügbar.

Man unterscheidet Arzneistoffe, die vorwiegend hepatisch eliminiert werden hinsichtlich ihrer Clearance in „perfusionslimitiert" und „kapazitätslimitiert" eliminierte Substanzen: „Perfusionslimitiert" sind so genannte „high clearance drugs", deren Ausscheidung nahezu ausschließlich von der Leberdurchblutung abhängt. Der Extraktionsquotient der Leber liegt hierbei über 0,8; das bedeutet, dass nahezu der gesamte Arzneistoff bei der Leberpassage aus dem Blut extrahiert wird. Als Beispiele sind hier Propranolol und Lidocain zu nennen.

Benzodiazepine, Phenytoin und Phenprocoumon dagegen gehören zu den „low clearance drugs" mit einem Extraktionsquotienten < 0,2. Dies besagt, dass die Arzneistoffkonzentration bei der Leberpassage um weniger als 20 Prozent gesenkt wird. Die Clearance wird nur durch die Stoffwechselkapazität (Enzymaktivität) und die Proteinbindung bestimmt, je nachdem, wie die mikrosomalen Enzyme in der Leber beeinflusst werden, kann die Clearance verlangsamt oder beschleunigt werden. Erhöht sich der Anteil des freien Arzneistoffes (nur der freie Anteil ist für die Elimination entscheidend), so nimmt die Clearance zu. Die Gesamtkonzentration der Substanz verändert sich, da vermehrt Arzneistoff metabolisiert wird. Der Anteil des



© RTimages / Fotolia.com

SERIE
Interaktionslexikon

Mit der Serie **Interaktionslexikon** können Sie Ihr pharmakologisches Basiswissen wieder auffrischen. Unsere Autorin Dr. Christine Greiner, Neuss, erläutert für Sie die wichtigsten Grundlagen der Pharmakainteraktionen.

Teil 1: Pharmakodynamik und Pharmakokinetik
NT 10/2009

Teil 2: Interaktionen
NT 11/2009

Teil 3: CYP-Isoenzyme – Teil 1
NT 12/2009

Teil 4: CYP-Isoenzyme – Teil 2
NT 1/2010

Teil 5: Therapeutisches Drug-Monitoring – die Grundlagen
NT 2/2010

Teil 6: Therapeutisches Drug-Monitoring – die Kenngrößen
NT 5/2010

Teil 7: P-Glykoprotein – Bedeutung für den Arzneistoffmetabolismus
NT 9/2010

Teil 8: Clearance: Wie Substanzen eliminiert werden
NT 12/2010

Diese Reihe entsteht in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen (AGATE) unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Ekkehard Haen, Regensburg
www.amuep-agate.de

freien Arzneistoffes bleibt dabei unverändert. Für die Therapie mit einem solchen Arzneistoff bedeutet das, dass bei einer Veränderung der Proteinbindung keine Dosisanpassung notwendig wird, da sich die Konzentration an ungebundener Substanz nicht ändert.

Dosisindividualisierung

Die Clearance kann als Proportionalitätsfaktor zwischen der verabreichten Dosis und der gemessenen Konzentration angegeben werden (D = c x Cl).

Die Gesamtkörperclearance ist ein entscheidender Parameter für die Höhe der mittleren Plasmakonzentration im pharmakokinetischen Gleichgewicht bei Dauermedikation. Man geht dabei von der Tatsache aus, dass die Zufuhr des Arzneistoffes gleich der Ausscheidung ist. Dies lässt sich mit folgender Formel beschreiben: $\mathbf{c_{ss} = F \times D / Cl \times \tau}$
(css: Konzentration im pharmakokinetischen Gleichgewicht; F: Bioverfügbarkeit; Cl: Clearance; τ: Dosierintervall)

Aus der Gleichung wird ersichtlich, dass eine Reduktion der Clearance eine Erhöhung der Plasmakonzentration bedingt. Dem kann entgegengesteuert werden, indem entweder die Dosis verringert wird oder das Dosisintervall verlängert wird. Mit einer Reduktion der Clearance steigt gleichzeitig das Risiko von Intoxikationen, besonders bei Substanzen mit geringer therapeutischer Breite.

Störung der Nierenfunktion

Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion muss zunächst die Einschränkung mittels Serumkreatinin abgeschätzt werden anhand der Formel nach Cockroft:

Cl_{Kr} (ml/min)= [150 – Alter (Jahre)] x Körpergewicht (kg) / Serumkreatinin (µmol/l)

Des Weiteren muss der Q_0-Wert des Arzneistoffes abgeschätzt werden. Dieser stellt diejenige Fraktion dar, welche metabolisiert oder unmetabolisiert nichtrenal ausgeschieden wird. Der Term: 1 – Q_0 stellt demnach die Fraktion dar, die unverändert renal eliminiert wird. Je niedriger der Q_0-Wert des Arzneistoffes ist, desto eher wird dieser vorwiegend renal ausgeschieden. Ein hoher Q_0-Wert beschreibt so einen Arzneistoff, der vorwiegend nichtrenal eliminiert wird.

Bei Patienten mit einer Niereninsuffizienz (Cl_{Kr} < 50ml/min), die einen Arzneistoff mit einem niedrigen Q_0-Wert erhalten (Q_0 < 0,5; z.B.: ACE-Hemmer, Antibiotika, antivirale Arzneistoffe), sollte eine Dosisanpassung erfolgen.

Störung der Leberfunktion

Für die Dosiseinstellung bei Patienten mit Leberfunktionseinschränkungen ist das Wissen um die Einteilung der Arzneistoffe in „low extraction drugs“ und „high extraction drugs“ wichtig. Werden „high extraction drugs“ an Patienten mit Leberfunktionsstörung verabreicht, dann erhöht sich im Vergleich zu Lebergesunden die Bioverfügbarkeit dieser Medikamente. Je nach Medikament muss daher die initiale, wie auch die Erhaltungsdosis bei oraler Therapie um die Hälfte oder weniger reduziert werden. Gleiches gilt für die parenterale Verabreichung, da der Blutfluss bei diesen Patienten ebenfalls erniedrigt ist, wodurch die hepatische Clearance reduziert wird.

Bei den „low extraction drugs“ ist die Bioverfügbarkeit gut und selbst bei unzureichender Leberfunktion unverändert. Jedoch kann deren Clearance im Rahmen einer Leberfunktionseinschränkung reduziert sein, da die Enzymkapazität abnimmt. Für stark proteingebundene Arzneistoffe gilt, dass die freie Fraktion des Arzneistoffes (z. B. bei Leberzirrhose) erhöht werden kann, da es im Verlauf zu einer Hypalbuminämie kommt. Für die Therapie bedeutet das, dass die Initialtherapie mit diesen Arzneistoffen unverändert erfolgen kann, die Erhaltungstherapie aber zur Vorsicht auf ungefähr die Hälfte reduziert werden sollte. □

LITERATUR

bei der Verfasserin

Dr. Christine Greiner
Apothekerin und Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen
Pinienweg 9, 41470 Neuss

VORSCHAU

Teil 9 des Interaktionslexikons behandelt das Thema „Verteilungsvolumen“.

Psychiatrische Kasuistik

Hyperprolaktinämie unter antipsychotischer Therapie

Anamnese

Eine 33-jährige Patientin wird mit einem psychotischen Syndrom stationär aufgenommen. Die Patientin gibt an, ihre zuletzt verordnete Medikation, bestehend aus Amisulprid 200 mg/d, vor etwa acht Monaten selbstständig abgesetzt zu haben, da sie sich wieder gesund gefühlt und nicht geglaubt habe, dass ihre Erkrankung erneut auftreten könne.

Bei Aufnahme war die Patientin überzeugt, besondere Fähigkeiten zu besitzen, die ihr erlaubten, durch „Funkwellen" mit Wesen auf anderen Planeten zu kommunizieren, und auf der Erde die Einzige zu sein, die direkt mit Gott in Verbindung stehe. Dabei erhalte sie wichtige Botschaften über den Fernseher und das Radio und sei die auserwählte Vertreterin Gottes auf der Erde. Seit etwa drei Monaten höre sie permanent Stimmen, die ihr Geheimnisse und den tieferen Sinn der menschlichen Existenz erklären würden. Sie habe das Gefühl gehabt, von Gott gelenkt zu werden in der Lage gewesen zu sein, allein durch ihre Gedanken und Gefühle die Welt steuern zu können. Dabei sei sie auch für Naturkatastrophen und einen Flugzeugabsturz verantwortlich gewesen. Die Symptomatik habe sich soweit gesteigert, dass sie zuletzt nicht mehr schlafen konnte. Sie sei nachts in der Stadt herumgelaufen und habe in den letzten Wochen zur Spannungslösung vermehrt Alkohol getrunken. Zuletzt seien die Stimmen jedoch immer bösartiger geworden und hätten sie zu Gewalttaten gegenüber „Feinden der Erde" aufgefordert. Da sie jedoch keine Todesbefehle habe ausführen wollen, hätten die Stimmen sich nun gegen sie gewandt und sie zum Suizid aufgefordert. Sie habe große Angst bekommen und sich daher selbstständig in unserer Ersten Hilfe vorgestellt.

Aus der psychiatrischen Vorgeschichte wird fremdanamnestisch berichtet, dass die Patientin im Jahr 2007 aufgrund einer Erstmanifestation einer paranoiden Schizophrenie erstmals in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen war. Unter der damaligen Entlassungsmedikation, bestehend aus Amisulprid 200 mg/d, sei die Patientin bis zum selbstständigen Absetzen der Medikation hinsichtlich der produktiven Symptomatik vollständig remittiert gewesen und habe einer Arbeit im Einzelhandel nachgehen können. Es bestehe eine unauffällige Familienanamnese für psychiatrische Erkrankungen.

Psychopathologischer Befund bei Aufnahme

Die Patientin erscheint in einem deutlich vernachlässigten Pflege- und Allgemeinzustand. Im Kontakt zeigt sie sich teilweise verschlossen, misstrauisch und angespannt. Das Bewusstsein ist klar, die Orientierung zu allen Qualitäten ungestört. Konzentration und Aufmerksamkeit sind deutlich beeinträchtigt. Das formale Denken ist weitschweifig mit Danebenreden und einer reduzierten Abstraktionsfähigkeit. Inhaltlich imponieren Größenideen, ein Beziehungswahn, religiöse Wahnideen eines Berufenseins in einem hochdynamischen Wahnsystem.

An Sinnestäuschungen bestehen akustische Halluzinationen in Form kommentierender und imperativer Stimmen. Es bestehen Ich-Störungen im Sinne einer Fremdbeeinflussung, Gedankenaus-

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?
Mit Hilfe der Fragen und Antworten am Ende jeder Kasuistik vertiefen Sie Ihr Wissen.

Die Kasuistiken der letzten Ausgaben (N = neurologisch, P = psychiatrisch):

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

NT 10/2010
P: Postpartale psychische Erkrankung

NT 11/2010
N: Mehrere Gehirnerschütterungen – kein Fußball mehr?

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

breitung und Gedankeneingebung. Der Affekt ist parathym, wobei im Verlauf der Exploration nach anfänglichem Misstrauen eine Distanzminderung imponiert. Der Antrieb ist bei psychomotorischer Unruhe gesteigert. Es bestehen insomnische Schlafstörungen in Form von Ein- und Durchschlafstörungen. Der Appetit und das Körpergewicht seien konstant. Es bestehen eine mangelnde Urteilsfähigkeit und eine nur eingeschränkte Krankheits- und Behandlungseinsicht. Zum Zeitpunkt der Aufnahme konnte sich die Patientin von akuter Suizidalität distanzieren.

Internistischer und neurologischer Untersuchungsbefund

Unauffälliger und altersentsprechender internistischer und neurologischer Untersuchungsbefund.

Routinelabor, EKG, EEG

Unauffällig.

Therapie und Verlauf

Im Vordergrund der klinischen Symptomatik standen ausgeprägte akustische Halluzinationen, Ich-Störungen, religiöse Wahngedanken und ein gesteigerter Antrieb mit Schlafstörungen. Wir diagnostizierten ein schizomanisches Syndrom im Rahmen einer Re-Exazerbation der vorbekannten paranoiden Schizophrenie. Zur akuten Entlastung therapierten wir mit Lorazepam 3 mg/d. Bei in der Vorgeschichte sehr guter antipsychotischer Wirksamkeit entschieden wir uns erneut zu einer antipsychotischen Medikation mit Amisulprid, zunächst in einer Dosis von 200 mg/d, die im Verlauf auf 600 mg/d aufdosiert wurde. Hierunter kam es innerhalb der ersten Behandlungswoche zu einem deutlichen Rückgang der psychotischen Symptomatik, wobei die Patientin im Verlauf je-

Fragen

1. Welche Antipsychotika führen am häufigsten zur Hyperprolaktinämie?

1. Risperidon

2. Quetiapin

3. Aripiprazol

4. Amisulprid

5. Clozapin

a 1, 2

b 1, 4

c 1, 2, 4

d 1, 2, 3, 4

d alle

2. Was sind potenzielle Folgen einer Hyperprolaktinämie?

1. Hautalterung

2. Hypogonadismus

3. Sexuelle Dysfunktion

4. Zyklusstörung

5. Osteoporose

a 1

b 2, 5

c 1, 2, 3

d 2, 3, 4, 5

e alle

3. Welche diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen sind für den Fall, dass bei medikamenteninduzierter Hyperprolaktinämie die antipsychotische Medikation beibehalten wird, nicht angezeigt?

a Kontrolle des Prolaktinspiegels

b Knochendichtemessung

c Substitution von Geschlechtshormonen

d Gabe eines Dopaminrezeptoragonisten

e Umstellung auf eine antipsychotische Depot-Medikation

4. Unter einer antipsychotischen Therapie kam es zu einer ausgeprägten Hyperprolaktinämie mit Galaktorrhoe. Welches Vorgehen sollte in Erwägung gezogen werden?

1. Eine medikamentöse Umstellung

2. Dosisreduktion

3. Phasenhafte oder intermittierende Einnahme eines Antipsychotikums

a 1

b 2

c 3

d 1, 2

e 2, 3

5. Welcher mögliche Effekt sollte bei Frauen nach dem Absetzen eines prolaktinerhöhenden Antipsychotikums beachtet werden?

1. Abrupter Verlust der Knochenmineraldichte

2. Zyklusunregelmäßigkeiten

3. Erhöhtes Risiko einer unerwünschten Schwangerschaft

4. Amenorrhoe

5. Anovulation

a 4

b 4, 5

c 3

d 1, 3, 4

e 1, 2, 5

doch über eine leichtgradige Akathisie klagte, die bei einer Dosisreduktion auf 400 mg/d sistierte.

Nach zwei Wochen fand sich in den laborchemischen Kontrolluntersuchungen ein deutlich erhöhter Prolaktin-Serumspiegel (268 ng/ml, Referenzbereich: < 25 ng/ml). Eine durchgeführte Hypophysenzielaufnahme zum Ausschluss eines Mikro- oder Makroadenoms erbrachte einen unauffälligen Befund. Wir reduzierten daraufhin Amisulprid auf eine Dosis von 250 mg/d. Auch unter dieser Dosis kam es nur zu einer leichtgradigen Reduktion des Prolaktin-Serumspiegels (212 ng/ml). Klinische Zeichen einer Hyperprolaktinämie fehlten zu jeder Zeit. Bei guter klinischer Wirksamkeit klärten wir die Patientin über die langfristigen Risiken einer medikamenteninduzierten Hyperprolaktinämie auf und besprachen eine mögliche medikamentöse Umstellung.

Letztlich entschied sich die Patientin zu einer Umstellung von Amisulprid auf Olanzapin. Im weiteren Verlauf zeigte sich eine Reduktion des Prolaktin-Serumspiegels, der zum Zeitpunkt der Entlassung bei 53 ng/ml lag. Zwar kam es während der Umstellung nicht zu einer Exazerbation der Positivsymptomatik, jedoch beklagte die Patientin einen gesteigerten Appetit und eine Gewichtszunahme von 2 kg/Woche, so dass eine Ernährungsberatung und die nachstationäre Teilnahme an einer Ernährungsgruppe initiiert wurde. Wir konnten die Patientin nach einem insgesamt siebenwöchigen Aufenthalt in deutlich stabilisierten Zustand und remittiert hinsichtlich der psychotischen Symptomatik in die ambulante Behandlung unserer Psychiatrischen Institutsambulanz entlassen. Die Entlassungsmedikation bestand aus Olanzapin 5-0-0-15 mg ◻

LITERATUR

bei den Verfassern

Eric Hahn, Thi Minh Tam Ta,
Dr. med. Andres Neuhaus
Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité Universitätsmedizin Berlin
Eschenallee 3, 14050 Berlin
E-Mail: Eric.Hahn@charite.de

Lösungen

Lösungen: 1b; 2e; 3d; 4d; 5c

Zu 1: Eine antipsychotische Medikation führt vor allem dann zu erhöhten Prolaktinwerten, wenn eine starke Affinität des Antipsychotikums zu den D_2-Rezeptoren der Prolaktin-sezernierenden Zellen besteht. Dies trifft insbesondere auf Amisulprid, in geringerem Ausmaß aber auch auf Risperidon, Ziprasidon und bei Beginn der Behandlung auch auf Olanzapin zu. Antwort 2, 3, 5: Clozapin, Quetiapin und Aripiprazol führen nur selten zu einer Prolaktinerhöhung [O'Keane, 2008; Riecher-Rössler et al., 2009; Roke et al., 2009].

Zu 2: Potenzielle Folgen einer Hyperprolaktinämie sind neben einer Galaktorrhoe eine Suppression der hypothalamisch-hypophysären-gonadalen Achse mit Hypogonadismus, sexueller Dysfunktion, Infertilität, Hautalterung, bei prämenopausalen Frauen zudem Zyklusstörungen und Amenorrhoe [Riecher-Rössler et al., 2009]. Mögliche Langzeitfolgen sind insbesondere Osteopenie und Osteoporose mit erhöhtem Frakturrisiko [O'Keane, 2008; Walters und Jones, 2008].

Zu 3: Antwort a: Der Prolaktinspiegel sollte im ersten Jahr möglichst dreimonatlich, dann jährlich gemessen werden [Peveler et al., 2008]. Antwort b: Besteht die Hyperprolaktinämie länger als zwölf Monate oder besteht eine sekundäre Amenorrhoe länger als sechs Monate, sollte eine Untersuchung der Knochendichte erfolgen [Peveler et al., 2008]. Antwort c: Die Östrogen-Substitution bei Frauen ist deutlich häufiger als die Testosteron-Substitution bei Männern. Die Substitution empfiehlt sich bei beiden Geschlechtern insbesondere dann, wenn der Hyperprolaktinämie-induzierte Hypogonadismus länger als sechs Monate anhält [O'Keane, 2008; Walters und Jones, 2008; Riecher-Rössler et al., 2009]. Antwort d: Die Behandlung mit Dopaminrezeptoragonisten (Bromocriptin oder Cabergolin) ist nach derzeitigem Wissensstand nicht zu empfehlen, weil diese Medikamente die Wirkung der Antipsychotika antagonisieren und damit einen psychotischen Rückfall auslösen beziehungsweise eine zum Teil deutliche Dosiserhöhung des Antipsychotikums notwendig machen können [O'Keane, 2008; Riecher-Rössler et al., 2009].
Antwort e: Depotantipsychotika haben den Vorteil, dass im Vergleich zur oralen Applikationsform eine geringere Substanzmenge für die gleiche klinische Wirksamkeit erforderlich ist. Für Risperidon Consta konnte auch gezeigt werden, dass eine Umstellung von oralem Risperidon zur Depotformulierung mit einer Reduktion des Prolaktinspiegels assoziiert ist [Bai et al., 2006].

Zu 4: Antwort 1: ist richtig. Antwort 2: Obwohl der prolaktinerhöhende Effekt von Antipsychotika teilweise dosisabhängig ist, können einige Antipsychotika auch bei niedriger Dosierung eine Hyperprolaktinämie verursachen. Dennoch ist vor dem Umsetzen eines wirksamen Antipsychotikums eine Dosisreduktion in Erwägung zu ziehen. Antwort 3: Es gibt keine Evidenz dafür, dass eine phasenhafte beziehungsweise intermittierende Einnahme eines Antipsychotikums den Prolaktin-Serumspiegel reduziert. Allerdings gibt es Hinweise auf ein deutlich erhöhtes Rückfallrisiko unter einem solchen therapeutischen Regime [O'Keane, 2008].

Zu 5: Antwort 3: Wird eine Umstellung des prolaktinerhöhenden Antipsychotikums durchgeführt, so sind Patientinnen nochmals über das Risiko einer Schwangerschaft aufzuklären, so dass bei Bedarf vor der Umstellung eine zuverlässige Kontrazeption eingeleitet werden kann [Riecher-Rössler et al., 2009]. Antwort 1, 2, 4, 5: schleichender Verlust von Knochenmineraldichte, Zyklusunregelmäßigkeiten, Amenorrhoe und Anovulation sind mögliche Folgen der Hyperprolaktinämie.

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 den Fortbildungsbeitrag der vorangegangenen Seiten. Die Antworten ergeben sich zum Teil aus dem Text, zum Teil beruhen sie auf medizinischem Basiswissen.

Zertifizierte Continuing Medical Education CME Fortbildung

CME-Fragebogen

Schlaganfallbehandlung

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

1. Der ABCD²-Score ist ein auf 5 Punkte basierendes Wertesystem zur Abschätzung des Schlaganfallrisikos nach TIA. Welcher Punkt fließt nicht in dieses System ein?

A Alter ≥ 60Jahre
B Diabetes
C Schwindel
D Hemiparese oder Aphasie ohne Hemiparese
E Dauer bis 60 min und ≥ 60 min

2. Welche Aussage über spezialisierte Schlaganfalleinheiten (Stroke Units) trifft zu?

A Auf einer Stroke Unit arbeitet ein interdisziplinäres Team.
B Neurologen sind nur während der Kernarbeitszeit in Stroke Units anwesend.
C Neben einer Stroke Unit kann der Neurologe auch die Normalstation betreuen.
D Definiert sich über die Möglichkeit zur Lysetherapie.
E Eine gute 24 h verfügbare Ultraschalldiagnostik kann die 24 h CT-Bereitschaft in einem Krankenhaus mit Stroke Unit ersetzen.

3. Das Zeitfenster für die systemische Thrombolyse liegt nach der ECASS-3 Studie bei 4,5 Stunden. Welche der folgenden Aussagen trifft nicht zu?

A Die Erfolgschancen der Lysetherapie sinken mit zunehmender Zeit von Beginn der Symptomatik.
B Die Lysetherapie funktioniert deshalb, da Hirnareale nicht mehr funktionserhaltend aber strukturerhaltend durchblutet und damit durch Wiederherstellung der Blutversorgung vor sekundären Schäden „gerettet" werden können.
C Die Erweiterung des Zeitfensters erlaubt es noch vor der Lyse weitere Diagnostik (z. B. Herzecho, Dopplersonografie) durchführen zu können, ohne den Therapieerfolg zu gefährden.
D Die Lyse nach 4 Stunden gerechnet vom Beginn der Symptome ist eine zugelassene Therapie.
E Ein akuter ischämischer Schlaganfall sollte nach Ausschluss aller Kontraindikationen mittels Lysetherapie im Zeitfenster behandelt werden, auch wenn man glaubt, es könnte eine TIA werden.

4. Die interventionelle Neuroradiologie ist für eine überregionale Stroke Unit besonders wichtig, weil ...

A ... alle Patienten auch außerhalb des Zeitfensters behandelt werden können, ohne dass die Blutungskomplikationen zunehmen.
B ... zum BeispielSchlaganfallpatienten nach schweren Operationen sonst nicht kausal, das heißt mittels Revaskularisation behandelt werden können.
C ... Schlaganfälle im DRG-System nur so abgerechnet werden können.
D ... weil die Stent-Versorgung von Karotisstenosen die Therapie der Wahl bei hochgradigen Karotisstenosen ist und dauerhaft verfügbar sein muss.
E .... nur so Hirnblutungen nach Lysetherapie gestoppt werden können.

5. Welche Aussage zur dekompressiven Hemikraniektomie bei malignem Mediainfarkt ist falsch? Die Operation ...

A ... hat zu einer deutlichen Reduktion der Mortalität bei Patienten unter 60 Jahren geführt.

Online punkten! www.cme-punkt.de

B ... ist eine der wenigen evidenzbasierten Therapien in der Schlaganfallbehandlung.
C ... hat ihren Nutzen bei älteren Patienten noch nicht bewiesen.
D ... hat eine geringe Akzeptanz bei Langzeitüberlebenden.
E ... sollte nur bei Infarkten > 50 Prozent der betroffenen Hemisphäre durchgeführt werden.

6. Der interventionelle Verschluss eines offenen Foramen ovale (PFO) bei einem Patienten nach Schlaganfall ist ...
A ... ein etabliertes und evidenzbasiertes Verfahren.
B ... Therapie der Wahl bei jungen sportlich aktiven Patienten.
C ... der Therapie mit Plättchenaggregationshemmern oder der Antikoagulation überlegen.
D ... die sinnvolle Therapie bei belegtem pathophysiologischen Zusammenhang von PFO und ischämischen Schlaganfällen.
E ... ein immer noch experimentelles Verfahren mit enger Indikationsstellung.

7. ACI-Stenosen können doppler-/duplexsonografisch nach NASCET oder ECST graduiert werden. Um eine internationale Vergleichbarkeit zu erreichen soll möglichst die NASCET Einteilung genutzt werden. Welche Aussage ist richtig?
A In der Duplexsonografie misst man im B-Bild die Durchmesser der Gefäße und rechnet entsprechend NASCET oder ECST den Stenosegrad aus.
B In die Duplexsonografie gehen neben der lokalen Flussbeschleunigung auch Nebenkriterien in die Berechnung ein beziehungsweise unterstützen diese.
C Eine 50-Prozent-Stenose nach ECST entspricht einer 70-Prozent-Stenose nach NASCET.
D Sowohl eine 70-Prozent-Stenose nach ECST als auch 70-Prozent-Stenose nach NASCET sollten möglichst operiert werden.
E In Zeiten guter Kernspinangiografien ist die Doppler-/Duplexsonografie der Karotiden obsolet.

8. Welche Aussage trifft über „stroke mimics“ eher nicht zu?
A Auch „stroke mimics“ gehören schnell auf eine Stroke Unit, da sie in der Akutphase nicht von einem „echten“ Schlaganfall unterschieden werden können.
B Die Lysetherapie bei Patienten mit „stroke mimics“ ist hochgefährlich – im Zweifelsfall sollte daher nicht lysiert werden.
C Epileptische Anfälle, Migräne und dissoziative Anfälle machen 96 Prozent aller „stroke mimics“ aus.
D „Stroke mimics“ sind eher milde ausgeprägt, zum Beispiel NIHSS 7.
E „Stroke mimics“ haben in der Regel eine gute Prognose mit Restitutio ad integrum.

9. Was gilt für die Nachsorgeuntersuchung mittels Doppler-/Duplexsonografie nach Stenting von ACI-Stenosen?
A Für Stent-Restenosen gilt die Graduierung nach NASCET oder ECST.
B Flussgeschwindigkeiten über 3 m/sec zeigen hochgradige Restenosen an und sollten auf jeden Fall operiert werden.
C Stenting hochgradiger ACI-Stenosen verändern die Geometrie und Gefäßwandarchitektur der ACI, so dass herkömmliche Stenosekriterien nicht gelten.
D Durch den Stent werden echoreiche Stenosen in die Wand gedrückt und führen deshalb zu keinem Schallschatten.
E Stents beginnen meist in der A. carotis communis und enden in der A. carotis interna ,so dass die A. carotis externa immer verschlossen ist.

10. Welche Aussage über frühe Schlaganfall-assoziierte epileptische Anfälle trifft zu?
A Das Risiko ist insbesondere bei älteren Menschen erhöht.
B Intrazerebrale Blutungen sind seltener Ursache dieser Form von Anfällen verglichen zu ischämischen Schlaganfällen.
C Nicht-neurologische Infektionen erhöhen das Risiko für frühe Schlaganfall-assoziierte epileptische Anfälle.
D Das Auftreten von frühen Schlaganfall-assoziierten epileptischen Anfällen spricht eindeutig dafür, dass es sich um ein „stroke mimic“ gehandelt hat.
E Frühe Schlaganfall-assoziierte epileptische Anfälle sind häufig und treten bei 20 Prozent aller Schlaganfallpatienten auf.

Teilnahme nur im Internet unter www.cme-punkt.de
Teilnahmeschluss: 15.6.2011

Galenuspreis für oralen direkten Thrombinhemmer

Bei Vorhofflimmern Schlaganfälle verhindern

In diesem Jahr hatten es die 16 Mitglieder der Jury nicht leicht, sich für jeweils einen Gewinner des von Springer Medizin Ärzte Zeitung gestifteten Galenus-von-Pergamon-Preises zu entscheiden. Er wurde in den Kategorien Primary Care, Specialist Care sowie Grundlagenforschung vergeben. „Wir hatten die Qual der Wahl“, so der Kardiologe Prof. Erland Erdmann aus Köln, Vorsitzender der Galenus-Jury. So sei die Entscheidung auch nicht einstimmig wie im vergangenen Jahr gefallen, „aber – nach langem Hin und Her – doch mit überwältigender Mehrheit“.

Vorhersagbare Wirkung auf die Blutgerinnung

In der Kategorie Primary Care fand sich in der Jury eine große Mehrheit für Pradaxa® von Boehringer Ingelheim. Der neuartige direkte Thrombinhemmer wird oral verabreicht und zeigt eine vorhersagbare Wirkung auf die Blutgerinnung. Mit dem Medikament lassen sich bei Patienten mit Vorhofflimmern Schlaganfälle verhindern.

In einer Studie mit mehr als 18.000 Patienten lag die Rate an Schlaganfällen und systemischen Embolien im Vergleich zur Therapie mit Marcumar um 34 prozent niedriger. Der Wirkstoff Dabigatranetexilat, der zur Prophylaxe von venösen Thromboembolien bei Erwachsenen nach elektivem Hüft- oder Knie-gelenkersatz zugelassen ist, hat vor wenigen Tagen in den USA die Zulassung zur Prophylaxe von Schlaganfällen bei Vorhofflimmern erhalten.

Dr. Engelbert Günster, Landesleiter Deutschland bei Boehringer Ingelheim, betonte, dass Dabigatran in Deutschland gefunden, erforscht und entwickelt worden sei. Der Schwerpunkt der Pharmaforschung beim Unternehmen liege in Deutschland. Das solle Signal auch für andere Unternehmen sein, in Deutschland zu bleiben und hier zu forschen.

Vorteil von Dabigatran ist, dass Einschränkungen wie bei der Therapie mit Marcumar entfielen, etwa die regelmäßige Blutspiegelkontrolle, so Günster: „Entscheidend ist, dass durch die Möglichkeit der oralen Therapie mit Dabigatran Patienten nach einer Operation sicher nach Hause entlassen werden können.“

Die Zulassung des Präparates in Europa zur Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern ist beantragt und wird in wenigen Monaten erwartet. Etwa 1 Prozent der Bevölkerung in Deutschland hat Vorhofflimmern, das das Schlaganfallrisiko um den Faktor fünf erhöht.

Peter Leiner

Quelle: Gala zur Verleihung des Galenus-von-Pergamon-Preises, 21. Oktober 2010, und Pressekonferenz am 22. Oktober 2010, Berlin

„Initiative Schattenkampf“ klärt über bipolare Störungen auf

Bis zu zehn Jahre kann es dauern, bis eine bipolare Störung korrekt diagnostiziert und adäquat behandelt wird. Für die Betroffenen – allein in Deutschland sind es rund zwei Millionen – bedeutet dies eingeschränkte Arbeitsfähigkeit und Frühberentung, soziale Konflikte, hohe Scheidungsraten, erhöhtes Risiko für Alkoholmissbrauch und Angststörungen. Fast jeder dritte Erkrankte unternimmt einen Selbstmordversuch, sagte Prof. Michael Bauer, Dresden. Die (überwiegend indirekten) Kosten der Erkrankung gehen in die Milliarden.

Am Häufigsten manifestiert sich die Krankheit in der späten Pubertät und im frühen Erwachsenenalter. Junge Erwachsene, bei denen die Krankheit noch nicht diagnostiziert worden ist, sind deshalb die Hauptzielgruppe der „Initiative Schattenkampf“, die sich die Aufklärung über bipolare Störungen und ihre Enttabuisierung auf die Fahnen geschrieben hat. Die von AstraZeneca ins Leben gerufene Initiative steht unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) und wird von der Debeka und DAK unterstützt. Eingesetzt werden Kinospots, gezielte Internetauftritte (www.Schattenkampf.de), Informationsbroschüren sowie intensive Pressearbeit. Betroffene und ihre Angehörigen sollen damit in die Lage versetzt werden, die Krankheit frühzeitig zu erkennen und fachärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Durch gezielte Kinospots sollen Betroffene und Angehörige sensibilisiert werden.

© AstraZeneca

Therapiemöglichkeiten haben sich gut entwickelt

Laut Bauer haben sich die Behandlungsmöglichkeiten für die durch extreme Stimmungsschwankungen mit hoher, lebenslanger Rezidivneigung charakterisierte episodische Erkrankung gut entwickelt. Eine konsequent durchgeführte Therapie – optimal ist eine zielgerichtete Kombination von Pharmatherapie, Psychotherapie und komplementärer Therapie – möglichst schon in der Prodromalphase verhilft etwa einem Drittel der Betroffenen zu einem weitgehend normalen Leben. Bei einem weiteren Drittel kann sie die depressiven und manischen Episoden deutlich reduzieren. **Ursula Einecke**

Pressekonferenz „Initiative Schattenkampf: Bipolare Störungen frühzeitig erkennen“, 8. Oktober in Friedrichshafen
Veranstalter: AstraZeneca

Therapieschwierige Patienten nicht zu früh aufgeben

Etwa ein Drittel der Patienten mit Epilepsie sprechen auf die medikamentöse Therapie nicht ausreichend an. „Man sollte nicht zu früh aufgeben, diese therapieschwierigen Patienten zu behandeln“, rät Prof. Holger Lerche, Tübingen. In den letzten Jahren habe sich gezeigt, dass durch eine Behandlung mit neuen Antikonvulsiva die Gruppe der schwer behandelbaren Epilepsiepatienten verringert werden könne. Etwas 15 Prozent der therapierefraktären Patienten konnten in zwei Studien nach einer konsequenten Behandlung mit mehreren Medikamenten innerhalb einiger Jahre anfallsfrei werden.

Ein weiterer positiver Effekt vieler neuerer Medikamente sei deren günstigeres Nebenwirkungsprofil. Bei der Kombinationstherapie mit Antiepileptika gelte es vor allem zwei Regeln zu beachten: zum Einen sollten nicht wirksame Medikamente wieder abgesetzt und unnötig hohe Dosierungen vermieden werden, zum Anderen sei es unabdingbar, die Interaktionsmechanismen der zu kombinierenden Medikamente zu kennen.

Kombinieren ist sinnvoll

Aus diesen Überlegungen heraus sei es theoretisch sinnvoll, Medikamente mit unterschiedlichen Wirkmechanismen zu kombinieren und in diesem Sinne vor allem Medikamente mit neuen Wirkmechanismen zu entwickeln. Dazu gehört auch der Kaliumkanalöffner Retigabin, für den die klinische Zulassung beantragt wurde und dessen Wirksamkeit bereits in zwei Phase-III-Studien nachgewiesen werden konnte. Retigabin aktiviert eine bestimmte Gruppe spezifisch neuronal exprimierter Kaliumkanäle (neuronale Kv7-Kanäle). „Keines der aktuell verfügbaren Antikonvulsiva hat einen solchen Wirkmechanismus“, betonte Lerche. Die Erhöhung der Kaliumleitfähigkeit sorgt für einen membranstabilisierenden Effekt, der die neuronale Feuerungsrate effektiv vermindert und dadurch antikonvulsiv wirksam ist. Die Einführung von Retigabin auf dem deutschen Markt wird für 2011 erwartet. **Dr. Gunter Freese**

Satellitensymposium „Erfolgsfaktoren für die Parkinson- und Epilepsietherapie“, im Rahmen des 83. DGN-Kongresses, 22. September 2010 in Mannheim
Veranstalter: GlaxoSmithKline

Parkinson: Frühe Therapie hat Vorteile

Die großen Therapiestudien der vergangenen Jahre haben mehrheitlich gezeigt, dass eine frühe Therapie des Morbus Parkinson die Beweglichkeit besser zu erhalten vermag, als eine spät einsetzende Therapie. Es ist davon auszugehen, dass die Leitlinien der Parkinsontherapie dem künftig Rechnung tragen und eine frühe Therapie empfehlen werden.

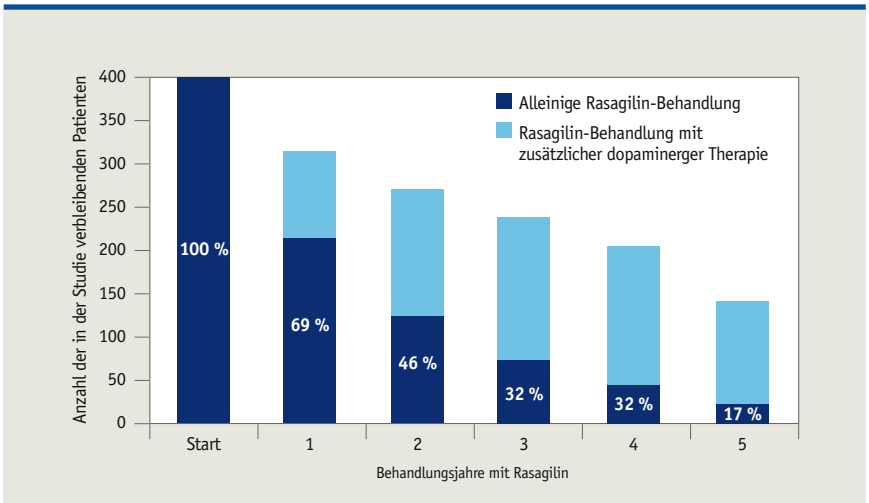
Gemäß der derzeitigen Leitlinien sollte eine symptomatische dopaminerge Therapie eingeleitet werden, wenn sich aus der motorischen Symptomatik

- eine signifikante Beeinträchtigung im Beruf oder den wesentlichen Aktivitäten des täglichen Lebens oder
- soziale Einschränkungen oder
- eine signifikante Minderung der Lebensqualität

ergibt.

Diese S2-Leitline zur Parkinsonkrankheit wird derzeit überarbeitet, mit einer S3-Leitlinie ist frühestens im Jahr 2012 zu rechnen. Tragen die neuen Leitlinien der Datenlage Rechnung, „sollte zukünftig eine symptomatische Therapie eingeleitet werden, wenn die Diagnose mit hinreichender Sicherheit gestellt werden kann“, sagte Prof. Günther Deuschl, Kiel. Dies käme dann „einem Paradigmenwechsel in der Parkinsontherapie“ gleich, so der Parkinsonexperte. Deuschl hob den Stellenwert von Therapiestudien im Delayed-start-Design mit De-novo-Patienten für die wissenschaftliche Beweisführung des Nutzens einer frühen Therapie hervor. In einem solchen Design habe der MAO-B-Hemmer Rasagilin (Azilect®) mit den Studien TEMPO und ADAGIO den „für viele überzeugenden Beweis geliefert, dass die verzögerte Therapie zu einem Verlust an motorischen Fähigkeiten führt, der bereits nach 1,5 Jahren deutlich wird“.

Eine vergleichbare Studie mit einem Dopaminagonisten habe diesen Effekt nicht gezeigt, was die Ergebnisse der Rasagilin-Studien noch unterstreiche, so Deuschl. Anhand einer Arbeit von Lew et al. erläuterte Deuschl den Stellenwert von Rasagilin in der Frühtherapie von Parkinsonpatienten. Demnach war die Symptomkontrolle bei 46 Prozent der Patienten noch im zweiten Behandlungsjahr so gut, dass sie ohne zusätzliches L-Dopa auskamen (s. Abb.). Dieser Wert entspreche etwa den Raten, die bei der initialen Therapie mit Dopaminagonisten erreicht würden, sagte Deuschl. **Dr. Gunter Freese**



Nach Lew et al. Int. J. Neurosci, 2010

Nach zwei Jahren haben 46 Prozent der in der Studie verbleibenden Patienten ihre Parkinsonsymptome durch alleinige Rasagilin-Behandlung adäquat kontrolliert.

Pressegespräch „Multisystemerkrankung Morbus Parkinson – Azilect® in allen Phasen“, im Rahmen der Neurowoche, 23. September 2010 in Mannheim
Veranstalter: Lundbeck GmbH/Teva Pharma GmbH

Orale MS-Therapie: Schubraten deutlich gesenkt

Das orale MS-Therapeutikum Fingolimod hat in den USA die Zulassung für die Basis- und Eskalationstherapie der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose erhalten. Für Europa wird die Zulassung für das erste Quartal 2011 erwartet. Die US-Zulassung basiert auf dem laut Prof. Bernd Kieseier „umfangreichsten Phase-III-Studienprogramm, das jemals bei MS durchgeführt wurde“. In der TRANSFORMS-Studie sank die jährliche Schubrate nach zwölfmonatiger Behandlung mit Fingolimod um mehr als 50 Prozent im Vergleich zu einer Therapie mit intramuskulär injiziertem Interferon-beta 1a [1]. In der FREEDOMS-Studie reduzierte sich die Schubrate signifikant im Vergleich zu Placebo ($p < 0{,}001$) und die Behinderungsprogression konnte ebenfalls signifikant verzögert werden [2]. Zudem hat sich gezeigt, dass die Hirnatrophie durch Fingolimod hinausgezogen wird [2]. Die als Kapsel verabreichte Substanz weist ein gutes Verträglichkeits- und Sicherheitsprofil auf. Unter der jetzt in den USA zugelassenen Dosierung von 0,5 mg traten im Vergleich zu Interferon-beta 1a keine gravierenden Unterschiede im Nebenwirkungsprofil auf. Aus Phase-II-Studien mit höheren Fingolimod-Dosen gibt es jedoch Hinweise auf eine erhöhte Zahl von Makulaödemen, Hauttumoren (Basaliome) und Infektionen. Es ist zu erwarten, dass für die breite Anwendung ein Monitoring (Beobachtung des Sehnervenhintergrunds und etwaiger dermatologischer Veränderungen) erforderlich werden könnte.

Dr. Gunter Freese

1. Cohen JA et al. N Engl J Med 2010; 362: 402–15
2. Kappos L et al. N Engl J Med 2010; 362: 387–401

Pressegespräch „Optimierung der MS-Therapie: Brennpunkte Lebensqualität und Langzeiteffektivität“ im Rahmen der 83. Jahrestagung der DGN/Neurowoche, 23. September 2010 in Mannheim
Veranstalter: Novartis Pharma GmbH

Effektiv gegen den Schmerz bei zervikaler Dystonie

Patienten mit zervikaler Dystonie, die mit NeuroBloc® (Botulinumtoxin Typ B) behandelt werden, erfahren eine signifikant bessere Schmerzreduktion im Vergleich zu Placebo. Zudem profitierten die Betroffenen von nachlassenden Schmerzen im Vergleich zur Behandlung mit Botulinumtoxin (BoNT) A, so die Ergebnisse einer aktuell veröffentlichten Metaanalyse. BoNT B stellt somit eine effektive First-Line-Therapie für Patienten mit zervikaler Dystonie und ausgeprägter Schmerzkomponente dar.

Nach Informationen der Eisai GmbH

Zusatztherapie bei depressiven Erkrankungen

Das BfArM hat Seroquel Prolong® (Quetiapin Fumarat) für die Behandlung depressiver Erkrankungen (Episoden einer Major-Depression) als Zusatztherapie bei Patienten zugelassen, die unzureichend auf die Monotherapie mit einem Antidepressivum angesprochen haben. In klinischen Studien war die depressive Symptomatik bei diesen Patienten bereits in der ersten Woche deutlich gebessert. Die Zulassung durch das BfArM bietet damit eine wichtige neue Therapieoption bei unzureichendem Ansprechen auf die erste Behandlung.

Nach Informationen von AstraZeneca

Parkinsonpflaster jetzt als Quartalspackung

Seit Kurzem steht das transdermale System Rotigotin (Neupro®) für die Behandlung der idiopathischen Parkinsonerkrankung im Frühstadium als Monopräparat oder in Kombination mit Levodopa im fortgeschrittenen Stadium auch in der Packungsgröße mit 84 Pflastern (N3) zur Verfügung. Die Großpackung ist für die Dosierstärken 2 mg/24 h, 4 mg (24 h, 6 mg/24 h und 8 mg/24 h erhältlich. Damit ist eine Versorgung der Parkinsonpatienten über einen Zeitraum von bis zu drei Monaten möglich. Die Quartalspackung ist sowohl für die Arztpraxis als auch für die Patienten – durch geringere Zuzahlungen – die günstigste Verschreibungsgröße.

Nach Informationen der UCB Pharma

MS – Hautverträglichkeit macht den Unterschied

Derzeit werden für die Therapie der Multiplen Sklerose (MS) zahlreiche neue Medikamente entwickelt. Die Wirksamkeit der Basistherapeutika ist hinsichtlich der Kontrolle der Krankheitsaktivität, der Verhinderung oder Verlängerung der Krankheitsprogression und der positiven Effekte auf die Kognition vergleichbar; die Therapeutika unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihrer Hautverträglichkeit, konstatierte Prof. Heinz Wiendl, Uniklinikum Münster.

Laut Wiendl können subkutan zu applizierende Immuntherapeutika frühzeitig zu Rötung, Schwellung und irreversibler Lipoatrophie führen. Die Lipoatrophie bleibt ein Hauptrisikofaktor für eine suboptimale Compliance, so auch das Ergebnis einer auf fünf Jahre angelegten aktuellen Anwendungsbeobachtung (AWB). In der AWB entwickelten 78 Prozent der Patienten unter Glatirameracetat eine Lipoatrophie, unter hoch dosiertem Interferon beta-1a s.c. 40 Prozent und unter Interferon beta-1a i.m. (Avonex®) ein Prozent ($p < 0{,}0001$; Caon C et al., 2009, Wayne State University of Medicine, Detroit/USA). Dass eine gute Hautverträglichkeit auch die Adhärenz steigern kann, zeigt diese Studie ebenfalls: Nach fünf Jahren Therapie waren 73 Prozent der Patienten unter Interferon beta-1a i.m. noch therapietreu, mit s.c.-Interferonen 58 Prozent, mit Glatirameracetet 23 Prozent, wenn mindestens 90 Prozent der monatlichen Injektionen vorschriftsmäßig verabreicht wurden.

Die Daten aus mehr als 1,2 Millionen Patientenjahren mit IFN beta-1a i.m. zeigen ein bei Jugendlichen und Kindern ähnliches Sicherheitsprofil wie bei Erwachsenen. Es gab keine Hinweise auf Teratogenität oder maligne Erkrankungen. Es gibt keine neuen Sicherheitsaspekte, verglichen mit der aktuellen Fachinformation, betonte Wiendl.

Dr. Friederike Holthausen

Presseroundtable „Auf Erfolgskurs mit AVONEX – wirksam, verträglich, erfahren", anlässlich der Neurowoche 2010, 23. September in Mannheim
Veranstalter: Biogen Idec GmbH

Antivertiginosum mit dualem Wirkprinzip

Eine symptomorientierte First-Line-Therapie bei Patienten mit einer Schwindelsymptomatik sollte nach Aussage von Dr. Frank Waldfahrer, HNO-Klinik Erlangen, sowohl zentral-vestibuläre als auch peripher-vestibuläre Störungen bessern. Außerdem sollte ein solches Medikament den Patienten im Alltag nicht sedieren, auch längerfristig mit guter Verträglichkeit einsetzbar sein und keine relevanten Wechselwirkungen mit anderen gängigen Präparaten aufweisen.

Mit Arlevert®, einer Fixkombination aus 20 mg Cinnarizin und 40 mg Dimenhydrat werden diese Kriterien erfüllt, so Waldfahrer. Der Kalzium-Antagonist Cinnarizin reguliert die periphere Reizaufnahme in den Haarzellen des Gleichgewichtsorgans. Dimenhydrat hingegen ist ein H1-Antihistaminikum, welches die zentrale Reizverarbeitung in den Gleichgewichtszentren des Gehirns steuert. Beide zusammen ergeben eine synergistische Wirkung, die über die der einzelnen Substanzen hinausgeht. Waldfahrer stellte dazu eine Metaanalyse aus fünf Einzelstudien vor, die mit 715 Patienten an zehn europäischen Universitätskliniken durchgeführt wurde. Gemessen an einem Vertigo-Summenscore besserten sich die Schwindelbeschwerden in allen Gruppen. Cinnarizin und Dimenhydrinat waren als Einzelsubstanzen gleich effektiv, in Kombination aber noch erheblich besser. Arlevert® war allen Vergleichssubstanzen nach einer und nach vier Wochen signifikant überlegen. Insgesamt bestätigte der duale Therapieansatz seine überlegene Wirksamkeit bei ausgezeichneter Verträglichkeit.

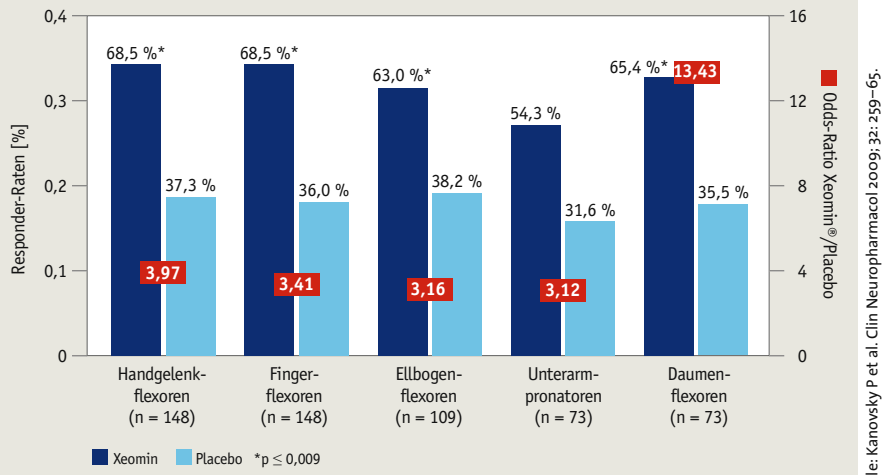
Martin Bischoff

Pressekonferenz zum 8. Hennig-Vertigo-Symposium, 1. Oktober 2010 in Nürnberg
Veranstalter: Hennig Arzneimittel GmbH

Komplexfreies Botulinumtoxin bewährt sich bei Spastizität

Bei erwachsenen Patienten mit einer Spastik muss in etwa 6 Prozent der mit BoNT behandelten Fälle mit klinisch relevanten Antikörpern gerechnet werden [Müller K et al. J Neural Transm 2009; 116: 579–85]. Bei dem komplexfreien BoNT (Xeomin®) wurde im Rahmen der Zulassungs- und der Extensionsstudie zur Behandlung der Spastik der oberen Extremitäten nach Schlaganfall mit Handgelenkbeugung und gefausteter Hand über insgesamt 89 Wochen kein Hinweis auf ein sekundäres Therapieversagen durch neutralisierende Antikörperbildung bei De-novo-Patienten festgestellt, so Prof. Reiner Benecke, Rostock.
Zur Bestimmung neutralisierender BoNT-Antikörper wurde dabei ein Maus-Hemidiaphragma-Assay verwendet, der die Detektion klinisch relevanter sprich neutralisierende Antikörpereffekte des BoNT mit hoher Sensitivität in vitro erlaubt.

Primäres Wirksamkeitskriterium Responder-Analyse anhand der Ashworth-Skala



Quelle: Kanovsky P et al. Clin Neuropharmacol 2009; 32: 259–65.

Die Injektion von Xeomin® kann den Muskeltonus der behandelten Beuger signifikant bessern.

Armfunktion verbessern

Die Effektivität von komplexfreiem BoNT bei Spastik der oberen Extremitäten belegt eine Doppelblindstudie, in der 148 Patienten nach einem mindestens sechs Monate zurückliegenden Schlaganfall das komplexfreie BoNT (maximal 400 U) oder Placebo erhielten [Kanovsky P et al. Clin Neuropharmacol 2009; 32: 259–65.]. Vier Wochen nach Injektion zeigte sich in der Verumgruppe eine signifikant deutlichere Verbesserung des Muskeltonus aller Muskelbeuger als unter Placebo (s. Abb.). Dadurch verbesserten sich laut Benecke nicht nur die Gliedmaßenposition, sondern auch Funktionen wie Ankleiden und Hygiene mit der Folge der Reduktion der Pflegebelastung. Dabei blieb die Häufigkeit von unerwünschten Wirkungen in der Verumgruppe auf dem Niveau von Placebo.

Friederike Klein

Satellitensymposium „Neue Aspekte in der Therapie mit Botulinumtoxin“ 83. Kongress der DGN, 23. September 2020 in Mannheim Veranstalter: Merz Pharmaceuticals GmbH,

Epilepsie: Kombinationstherapie besonders wirksam

Das Antiepileptikum Lacosamid (Vimpat®) gehört zu den Natrium-Kanal-Blockern mit langsamer Inaktivierung: Sie verläuft in Sekunden bis Minuten und nicht wie bei den klassischen Natrium-Kanal-Blockern innerhalb von Millisekunden. Eine Post-hoc-Analyse der Zulassungsstudien von Lacosamid zeigte nun erneut, dass die kombinierte Therapie mit anderen Antiepileptika hochwirksam ist – und erstmals auch, dass die Kombination mit Nicht-Natrium-Kanal-Blockern eine besonders effektive Anfallsreduktion bewirkt [Isojarvi J et al. Epilepsia 2010; 51 (4): 122 / Sake J-K et al. Epilepsia 2010; 51 (4): 122].
In die Analyse eingeschlossen waren 1.308 Studienpatienten, die nach begleitender antiepileptischer Medikation in zwei Gruppen stratifiziert wurden. Gruppe 1 (82 Prozent) hatte mindestens einen klassischen Natrium-Kanal-Blocker (Carbamazepin, Lamotrigin, Oxcarbazepin oder Phenytoin), Gruppe 2 (18 Prozent) hatte andere Antiepileptika, die keine klassischen Natrium-Kanal-Blocker sind (Levetiracetam, Topiramat, Valproat und andere).

Weniger Therapieabbrüche

„In beiden Gruppen war die Response signifikant“, berichtete Dr. Günter Krämer aus Zürich. „In Gruppe 1 bewirkte Lacosamid in der Dosierung von 400 mg/d (zugelassene Tageshöchstdosis) beziehungsweise 600 mg/d eine mindestens 50-prozentige Anfallsreduktion bei 39,9 beziehungsweise 42,4 Prozent. In Gruppe 2 steigerte sich die Ansprechrate nochmals um mehr als 20 Prozent auf 62,3 beziehungsweise 79,2 Prozent.“
In Gruppe 2 war die Verträglichkeit der Kombination ohne Natrium-Kanal-Blocker besonders gut: Als Beispiel nannte Krämer Schwindelgefühl/Benommenheit, diese Nebenwirkung war mit 15 beziehungsweise 30 Prozent nur halb so häufig wie in Gruppe 1. Auch die Therapieabbruchraten waren deutlich geringer und zum Teil unter Plazeboniveau.

Andreas Koczorek

Satelliten-Symposium „Bausteine einer rationalen Epilepsietherapie“, anlässlich der Neurowoche 2010 23. September in Mannheim, Veranstalter: UCB Pharma GmbH

Journal

Lorenzo Calogero

Der Mann mit der Aktentasche

Im Zeichen extremer Spannungen vollzieht sich das Leben des italienischen Dichters und Arztes Lorenzo Calogero. Als es ihm in einem dritten Versuch gelingt, seinem Leben ein Ende zu setzen, haben sich seine Kräfte längst erschöpft. Calogero hat sich in seinem Lebenskampf, der um zwei große Themen, die Liebe und die Poesie, kreist, verausgabt und hat am Ende verloren.

© Collage: La biblioteca di Babele; mediterraneo-online

Calogero auf dem Marktplatz in Mailand. Im Hintergrund „Quaderni di Traduzioni (III), Tag", Gedichte, Lorenzo Calogero, Stefanie Golisch.

60 **Psychopathologie in Kunst & Literatur**

Lorenzo Calogero war der zugleich unglücklichste und begabteste italienische Dichter seiner Zeit. Der Erfolg blieb unerbittlich aus, doch seine Gedichte waren nicht nur von Verzweiflung geprägt.

63 **Buch-Tipps**

E. Rüther: Der Träume Wirklichkeit
E. Rüther: Thutmosis träumt
M. Walser: Mein Jenseits

64 **NEUROTRANSMITTER-GALERIE**

Weltenwandler – Ausbruch aus der „Wirklichkeit"
Die Ausstellung hat es in sich: Visionen und Anregungen könnten die Gewissheiten eigener Erfahrungen auf die Probe stellen.

Es gibt ein Foto, das jeden Betrachter anrühren muss: ein kleiner bebrillter Mann steht da im Mantel, den Hut schräg auf dem Kopf, mit einer ziemlich großen Aktentasche inmitten von Tauben vor dem Mailänder Dom, mit der Linken in der Manteltasche vermutlich nach Futter suchend. Es könnte ein namenloser Büroangestellter sein, ein einsamer Buchhalter auf dem Weg nach Hause in eine leere Wohnung. Aber es ist Dr. med. Lorenzo Calogero.

Jedem Leser von Giuseppe Tomasi di Lampedusas Jahrhundertroman „*Il Gattopardo*" (deutsch: „Der Leopard") ist der Name Calogero geläufig: Don Calogero Sedara, aufstrebender und neureich umtriebiger Vater der schönen Angelica, in der Verfilmung Viscontis dargestellt von Claudia Cardinale. Doch nicht um diesen Don Calogero soll es hier gehen, sondern um den Arzt und Schriftsteller Lorenzo Calogero (1910–1961), einen der zugleich unglücklichsten und begabtesten italienischen Dichter seiner Zeit.

Zermürbender Lebenskampf

Während der sein Lebtag von der Literaturszene völlig ignorierte Schriftsteller in seinem Heimatland ein Jahr nach seinem Tod plötzlich einen überhitzten Hype auslöste, der nach wenigen Jahren, als sein Verlag, der sich verdienstvoll dieses Werkes angenommen hatte, die Arbeit einstellte, ebenso plötzlich, wie er begonnen hatte, wieder verpuffte, verdanken wir in Deutschland die Kenntnis Calogeros nicht der nahezu tausend Seiten umfassenden akademischen „Geschichte der italienischen Literatur. Von den Anfängen bis zur Gegenwart" von Manfred Hardt, in der Calogero gar nicht vorkommt, sondern der beharrlichen Arbeit der in Monza lebenden deutschen Literaturwissenschaftlerin, Schriftstellerin und Übersetzerin Stefanie Golisch, die Lorenzo Calogero sowie einige andere bedeutende, hierzulande jedoch sträflich vernachlässigte Autoren dem lesenden Publikum und der Fachwelt bekannt macht (wie etwa Cristina Campo, siehe NEUROTRANSMITTER 10/2010). Sie widmete ihm in der Zeitschrift für Literatur und Kunst *Kalliope IV/2008* nicht nur ein biografisches Porträt, sondern machte erstmals in Deutschland auch seine Gedichte zugänglich.

Golisch zählt den italienischen Arzt, der sich zeitlebens mehr als Kranker denn als Mediziner begriffen habe, zu ihrem „Régiment des mal Aimés" und sieht ihn in einem „Lebenskampf, der um zwei große Themen, die Liebe und die Poesie" kreiste. Der Mann aus dem kalabrischen Nest Melicuccà, Spross einer durchaus privilegierten Akademikerfamilie inmitten einer rückständigen, vom Analphabetismus und archaischen Strukturen geprägten bettelarmen Region, konnte das Gymnasium besuchen und nach einem Umzug nach Neapel zunächst Ingenieurwissenschaften, später dann Medizin studieren. Bereits in dieser Zeit beginnt Calogero sich nicht nur ein profundes literarisches Wissen anzueignen, sondern auch selbst zu schreiben. Freilich beginnen in diesem Lebensabschnitt auch erste ernste psychische Krisen.

Obgleich er das Medizinstudium abschließt, fühlt er sich doch ausschließlich zum Dichter berufen und findet zur Medizin nur jenes ambivalente Verhältnis, wie es auch für Anton Tschechow kennzeichnend war. Während sich der Amerikaner William Carlos Williams (siehe NEUROTRANSMITTER 9/2010) pragmatisch in diesem Spannungsfeld einzurichten und aus ihm sogar literarischen Nutzen zu ziehen versteht, misslingt dieser Versuch bei Calogero: „Immer wieder einmal wird er für jeweils kurze Zeitspannen, durchaus halbherzig, seinen Beruf ausüben, seine eigentliche Kraft jedoch wird er ganz und gar in den Dienst seines Werkes stellen, an das er glaubt und das ihm vorläufig Halt und Orientierung verleiht", schreibt Stefanie Golisch. Freilich: Dichter zu sein erfuhr er „als Ausgrenzung. Unverständnis, Verachtung und Lieblosigkeit.

Hymne an die Liebe

Zweimal hat Lorenzo Calogero, dessen Gedichte ein einziger Hymnus an die Liebe sind, geliebt. Zweimal vergeblich. Sowohl die Beziehung zu einer Literaturstudentin, maßgeblich eine Brieffreundschaft, die in den vierziger Jahren längere Zeit andauerte, als auch seine späte Liebe zu einer Krankenschwester scheiterten"(Golisch). Konstanten in seinem unglücklichen Leben werden Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken und vergebliche Versuche, als Dichter anerkannt zu werden. Doch außer einem Privatdruck 1936 und kleiner Publikationen in Literaturzeitschriften hat er lediglich einen Gedichtband veröffentlichen können. Und dies nur, weil sich der Dichter Leonardo Sinisgalli nachdrücklich für ihn eingesetzt hatte. Doch dieser kleine Erfolg ließ Calogero Flügel wachsen. Er schrieb an den großen Verleger Einaudi, und als er keine Antwort bekommt, macht er sich persönlich auf den Weg in den Norden, die große Aktentasche gefüllt mit Gedichten. Doch Einaudi empfängt ihn nicht, es heißt, er sei auf Reisen. Lorenzo Calogero kommt an der Loge des Pförtners nicht vorbei. Was bleibt, ist der vollständige Rückzug. Das Reduit des Elternhauses in Melicuccà, noch heute eher

ein Nest als ein Städtchen, beschränkt den Umgang auf Kaffee, Zigaretten und Schlafmittel. Zwischen diesen Säulen hoffnungsloser Tage und Nächte entsteht Calogeros Poesie. Sie ist ihm, wie Stefanie Golisch sie kennzeichnet, „Ausdruck innersten Seins, Theater von Träumen, Obsessionen, Sehnsüchten, Spannungen und Widersprüchen. Blutiger Kriegsschauplatz, aber auch der Liebe einzig möglicher Ort. Heftig sind die Gefühle und Stimmungen, denen er in seinen Gedichten Ausdruck verleiht. Bizarr und auf den ersten Blick bisweilen unstimmig, schief, sonderbar ist seine Bildersprache, die sich aus Träumen, Alpträumen und Tagträumen speist. Aufgepeitscht und zerrissen erscheint das lyrische Ich in seinem unerbittlichen Ringen um höchste Intensivierung des Lebens. Vor die Wahl zwischen Wirklichkeit und Traum gestellt, wählt Calogero ohne zu zögern den Traum."

Nach zwei gescheiterten Selbstmordversuchen gelingt es beim dritten Mal. Am 25. März 1961 findet man ihn tot in seiner Wohnung. Neben ihm ein Zettel, der nicht ihm gilt, sondern seinem Werk: „Ich bitte euch, mich nicht lebendig zu begraben – L.C."

Nachfolgend erstmals in deutscher Sprache und exklusiv für den NEUROTRANSMITTER einige Proben aus dem umfangreichen lyrischen Werk des Arztes und Poeten Lorenzo Calogero in der sorgfältigen Übersetzung von Stefanie Golisch:

XVI

…Doch beim Laufen durch Nachtzeit
höre ich dieses Zwitschern
und eine Lerche ist wie ein Aufruhr,
Lichtfall von der Begierde des Himmels.
Doch siehe, auch ich ward in die Knie
gezwungen, demütig, ein Grab ist's
und wenn der Herbstwind geht
bin auch ich Wind.

CXI

aber ich werde dich packen wollen
und dann im Schlaf sprechen: diese weiße
müde heitere Reise: doch schon der Gürtel
war halb gegürtet vom Felsen des Schlafs,
diesem heiteren Überfließen von dort.
Vielleicht bin ich im Schlaf, im klingenden Schlaf:
eine Stadt, die im Schwarm segelt,
und von hoch oben niemanden sieht.

CXIX

und eines Morgens – und man verliert
im eisigen Strahl – über euch stirbt der Horizont.
Es ist ein quadratischer Monat, ein Murmeln,
ein Insekt, dann erlischt das Gesicht
der Mitternachtsstrahl …
Oder es ist ein Stieglitz im Januar;
und ich erhasche einen Hauch Augustsonne
oder später dein Lächeln über biegsamen
durchsichtigen Dächern …

CXXXIX

aber Beeren, diese Ölstrahle
und diese empor tauchenden Wiesen: siehst du, dass ich im Grunde
nur eine Welle bin und dieses zu frühe
Gewirr; doch schon die Mühsal
des Lebens ist es, die uns gemeinsam
zum Licht führt ….
Dieser Farbenschwarm,
farbenprächtig von deinen Worten
wie der süße kurze Odem der Toten
der am Wassergrund schimmert;
und es ward für uns beide ein dichter Untergang.

CLIV

diese Scheibe, feucht vom schweigenden Mond,
und du besänftigtest mit Blut jeden Rausch,
von einem Flügel war er,
dessen Leichtigkeit du in Träume fallen sahst…
von hier aus heißt es bald tanzen,
bald träumen.

CLXVII

und es ist wie ein Traum, doch ich habe niemanden.
oh Seele, oh Mutter der Dichter
und deinem gütigen Reich bin ich ein armer Tropf,
vielleicht niemand. Und ich sehne mich im Finstern,
das mir von deinem glänzenden Glänzen
zurückgeblieben; zwei Mal war ich
bereit mich zu töten, und selbst dies ist
nicht gewiss. Die Ausgestoßenen werden
arme wunderbare Dinge vollbringen,
das steigt mir zu den Lippen, wo ich
eine arme Stelle hatte,
eine arme Stelle des Dichters …

CLXVIII

… wie wach der Morgen war und blühend
auf deinen Lippen …

CLXIX

nun liebte ich dich um Weniges,
als du in diesem grauenvollen
Kommen und Gehen
nackt und abendlich erschienst. Vielleicht war es nun wahr,
man hat dir dein Talent genommen.
Doch siehe, es schmerzt nicht länger,
es macht keine Angst mehr, auch der leichte
Schauer des Schlafs, als du begannst zu erscheinen …

In einem Kommentar zu dieser Auswahl schreibt die Übersetzerin:

„Die vorliegenden Gedichte stammen aus der letzten Lebensphase Lorenzo Calogeros. Er lebte seit Ende der fünfziger Jahre in aller Abgeschiedenheit, ohne Hoffnung darauf, jemals als Dichter in der Öffentlichkeit anerkannt zu werden. War er endgültig der Welt abhanden gekommen, nunmehr ein klinischer Fall ohne Aussicht auf Heilung?

Als Übersetzerin weiter Teile seines umfangreichen Werkes würde ich diese Frage verneinen, denn je mehr er von der ihn stets aufs Neue um seine Hoffnungen betrügenden Wirklichkeit an die Ränder getrieben wurde, desto farbiger, extremer und in jeder Beziehung herausfordernder gestalteten sich seine Innenräume aus. Der überlebensnotwendige Austausch, der in seinem unmittelbaren Umfeld nicht möglich war, vollzog sich nun zwischen den einzelnen Facetten seines schillernd-verzweifelten Ichs. Gedichte – häufig fragmentarischer Natur – entstanden, die sich dem rationalen Nachvollzug weitgehend entziehen.

In seiner Heimat ist der Dichter bisweilen mit Paul Celan verglichen worden, doch was ihn von diesem unterscheidet, ist das Ungesuchte des Ausdrucks. Während Celans Dichtung als Musterbeispiel raffinierten ästhetischen Kalküls gelten kann, flossen Calogeros Gedichte spontan, ohne Eingriffe des ordnenden Verstandes auf das Papier; und dies nicht etwa, weil der literarisch hoch gebildete Mann dazu nicht fähig gewesen wäre, sondern schlicht, weil er es nicht für nötig befand.

Alle Hoffnung ist verflogen

Die Entwicklungslinien, welche sich in seinem Werk abzeichnen, legen eher den Schluss nahe, dass, als die Hoffnung endgültig versagte, auch das Wollen aufhörte, ja es scheint, dass Calogero sich in seinen letzten Lebensjahren dem Schicksal nachgerade anverwandelte, um es am Ende ganz und gar auszufüllen. Unermüdlich variiert er seine Lebensthemen, doch ohne Verbitterung; ja geradezu zärtlich bittet er seine Gespenster ein um das andere Mal zum melancholischen Tanz aufs Parkett. Paradoxerweise sind gerade die Gedichte aus der letzten Schaffensperiode nicht nur von Verzweiflung geprägt, sondern überraschen durch eine bisweilen jugendlich anmutende Leichtigkeit.

Was bleibt einem Dichter, nachdem alle Hoffnung darauf, in der Öffentlichkeit Gehör zu finden, verflogen ist?

Allemal sein fremd-vertrauter Freund, das Wort, als potentielles Medium der Transformation. In diesem Sinne sollten wir Lorenzo Calogero nicht zuvörderst als psychisch Kranken und Selbstmörder wahrnehmen, sondern als Menschen, dem in seiner allereigensten Enge, welche für ihn bald Hölle, bald Himmel bedeutete, Augenblicke der Freiheit zuteil wurden: immer dann nämlich, wenn ihm eine Zeile gelang oder gar ein Vers, wenn die Bedrängnis sich im weitgehend autonomen Prozess ästhetischer Formung in ein Anderes verwandelte: in die neue, objektive Wirklichkeit des Gedichts.“ □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. Gerhard Köpf
Ariboweg 10, 81673 München
E-Mail: aribo10@web.de

Buch-Tipps

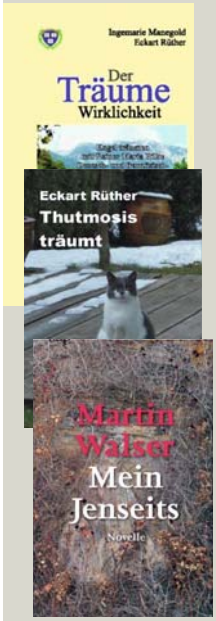
Der Träume Wirklichkeit

Wie eng Psychiatrie und Romanliteratur miteinander verbunden sind, weiß jeder NeuroTransmitter-Leser bestens, denn unsere von Gerhard Köpf gestaltete einzigartige Reihe über Psychiater als Literaturgestalten auf der einen und auf der anderen Seite Literatur gestaltende Psychiater, zeigt dies seit Langem auf. Jüngstes Beispiel: die Hauptfigur in Martin Walsers gerade erschienener Novelle „Mein Jenseits“: der Chefarzt eines psychiatrischen Krankenhauses, der schließlich selbst zum psychiatrischen Fall wird.

Ein besonders markanter Vertreter der fachübergreifenden, Natur- und Geisteswissenschaft gleichermaßen hingebungsvoll betreibenden Psychiater ist Eckart Rüther. Schlaf und Traum sind für ihn nicht nur chronobiologische Abläufe und unterschiedliche EEG-Muster, sondern auch „Weisen des Menschseins“, was sich darin zeigt, dass seine zusammen mit Ingemarie Manegold, einer Germanistin, verfassten Anthologien deutschsprachiger Traumgedichte (verbunden mit Kommentaren aus germanistischer, psychiatrischer und schlafmedizinischer Perspektive) bereits den sechsten Band umfassen. Zuletzt erschien „Der Träume Wirklichkeit: Sechster Teil: Engel träumen mit Rainer Maria Rilke“.

Inzwischen hat Eckart Rüther auch einen eigenen Lyrikband mit Gedichten von 1978 – 2008 unter dem Titel „Thutmosis träumt“ beim Europäischen Universitätsverlag herausgegeben.

Es ist immer wieder höchst erfreulich, zu sehen, dass die humanistische Fundierung der Psychiatrie nicht nur auf deren geisteswissenschaftlich-anthropologischem Zweig, sondern auch bei naturwissenschaftlich forschenden und darin außerordentlich erfolgreichen Psychiatern blüht. **az**



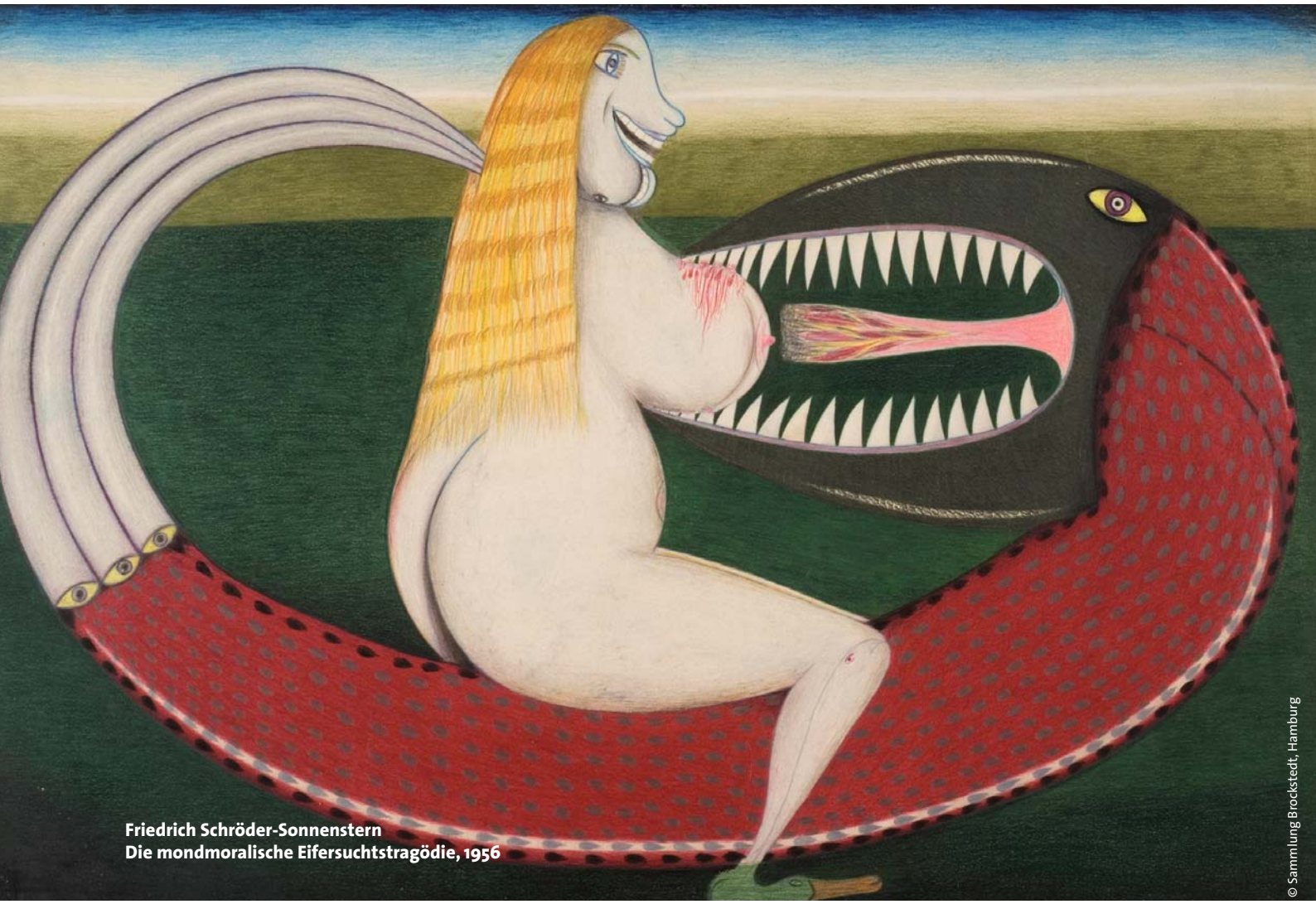
Ingemarie Manegold, Eckart Rüther
„Der Träume Wirklichkeit“
370 Seiten
Europäischer Universitätsverlag, 1. Auflage, 2009
ISBN-10: 3899663063

Eckart Rüther
„Thutmosis träumt“
151 Seiten
Europäischer Universitätsverlag, 1. Auflage, 2008
ISBN-10: 3899663292

Martin Walser
„Mein Jenseits“
119 Seiten
Berlin University Press, 1. Auflage, 2010
ISBN-10: 3940432776

Weltenwandler
Ausbruch aus der „Wirklichkeit“

Kunst kann die Welt erklären, menschliche Beziehungen ausloten, Fragen nach dem sozialen Leben stellen. Sie kann aber auch ihre eigenen Welten schaffen, die als parallele Universen neben dem Bekannten stehen – ein wenig verrückt aus dem realen Leben, aber dennoch Gefühle ansprechend und Ideen provozierend. Eine Ausstellung widmet sich dieser „Kunst der Outsider“.



Friedrich Schröder-Sonnenstern
Die mondmoralische Eifersuchtstragödie, 1956

© Sammlung Brockstedt, Hamburg

Friedrich Schröder-Sonnenstern, Die mondmoralische Künstlerknochenehrung, 1957

Aloïse Corbaz, genannt Aloïse, Le baiser de Manon sur le canapée / Bon enfant dans son panier fleuri du camelias

„Mit der Ära der Aufklärung, so hat der französische Philosoph Michel Foucault einmal konstatiert, wurden die Grenzen der bürgerlichen Ordnung eng gezogen – wer sich außerhalb stellen wollte, galt nicht mehr wie in früheren Kulturen als der heilige Narr, dem möglicherweise eine Sicht auf eine wie immer geartete Göttlichkeit gewährt wurde, sondern als Wahnsinniger, dessen Weltsicht verblendet ist. Als solcher stellt er auch die soziale Ordnung in Frage, rückt gar, wie die frühe Psychiatrie mit ihren rigorosen Hospitalisierungen und Zwangsmaßnahmen zeigt, in die Nähe des Verbrechens.

„Neurodiverse" Kunst

Als Hans Prinzhorn, einer der theoretischen Pioniere der „Außenseiterkunst", 1922 sein Buch „Bildnerei der Geisteskranken" veröffentlicht, wird durch den Titel schon deutlich, dass – obwohl Prinzhorn weg von diagnostischer Aussagekraft und hin zu einer Anerkennung der Gestaltungskraft führen will – die dargestellten Werke als „abweichend von der Norm" einzustufen sind. Gerade das sahen die surrealistischen Künstler dieser Zeit als Sprengmittel an, um die Kunstkategorien entscheidend in Frage zu stellen und die allzu zwingende Logik des „gesunden" Menschenverstandes außer Kraft zu setzen.

Einen anderen Vorschlag unterbreitete der Künstler Jean Dubuffet: Um vor allem auf die rohe Ursprünglichkeit hinzuweisen, die er in diesen Werken ausmachte, bezeichnete er diese Außenseiterkunst als „Art Brut". Der Wiener Psychiater Leo Navratil wiederum nannte sie „zustandsgebundene Kunst", Anfang der 1970er-Jahre beschrieb sie der britische Kunstkritiker Roger Cardinal als „Outsider Art", nach so sonderlichen Bezeichnungen wie „deviante Kunst" spricht man in jüngster Zeit auch von „neurodivers".

Wie auch immer: Wer sich die solcherart apostrophierten Bilder genau ansieht, lässt sich oft auch hineinziehen von der Intensität, mit der um die Gewinnung oder die Etablierung einer „Anderwelt" gerungen wird. Nicht nur Künstler wie Adolf Wölfli, Aloïse oder August Walla finden sich mit ihren bekannten Bildwelten in der Ausstellung wieder. Auch Beispiele, wie Menschen die sie umgebende Welt nach ihrem Willen umgestalten wollten, geben Zeugnis von der Kraft der Kunst – ein Beispiel dafür ist Henry Darger, der so zurückgezogen lebte, dass erst nach seinem Tod entdeckt wurde, wie er seine Einzimmerwohnung in ein umfassendes, unglaubliches Gesamtkunstwerk verwandelt hatte.

Wer sich traut, die Gewissheiten seiner Erfahrungen auf die Probe zu stellen, findet also in der Ausstellung Visionen und Anregungen, die unsere vielleicht allzu profane Welt in viele gewandelte Welten übersetzt. **Volker Schuck**

Über die Ausstellung

Die Ausstellung „Weltenwandler – die Kunst der Outsider" ist noch bis zum 9. Januar 2011 in der Schirn Kunsthalle in Frankfurt/Main zu sehen.

Der Katalog zur Ausstellung aus dem Verlag Hatje Cantz, Ostfildern, kostet an der Ausstellungskasse 34,80 Euro, im Buchhandel 39,80 Euro.

BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

www.bvdn.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: Lutz Bode
Westfalen: Klaus Gorsboth

Ansprechpartner für Themenfelder
Neue Medien: A. Hillienhof
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Th. Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: F. Jungmann
Belegarztwesen Neurologie: J. Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: R. Urban
U. E. M. S. – Psychiatrie, EFPT: R. Urban
U. E. M. S. – Neurologie: F. Jungmann

Ausschüsse
Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: A. Zacher, U. Meier
Ambulante Neurologische Rehabilitation: P. Reuther
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie: N. Mönter
Weiterbildungsordnung: F. Bergmann, U. Meier, C. Roth-Sackenheim, W. Lünser, Ch. Vogel
Leitlinien: F. Bergmann, U. Meier, C. Roth-Sackenheim
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: Vorstand

Referate
Demenz: J. Bohlken
Epileptologie: R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: P. Reuther
Neurootologie, Neuroophtalmologie: M. Freidel
Neuroorthopädie: B. Kügelgen
Neuropsychologie: P. Reuther
Neuroonkologie: W. E. Hofmann
Pharmakotherapie Neurologie: G. Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: R. Urban
Prävention Psychiatrie: C. Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: P. Reuther
Schlaf: R. Bodenschatz, W. Lünser
Schmerztherapie Neurologie: U. Meier, M. Körwer
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: bvdn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Neuss
Kto.-Nr.: 800 920 00, BLZ 305 500 00
BVDN Homepage: http://www.bvdn.de
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

BDN

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
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
Anhaltszahlen/Qualitätssicherung: F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation: H. Masur
CME: 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-Merkt, 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-Hülsmannl
Thüringen: Barbara Schwandt
Westfalen: Klaus Gorsboth

BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

www.bv-psychiater.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: B. Otto
PTSD: C. Roth-Sackenheim
Migrationssensible psych. Versorgung: G. Sander

BVDP-Landessprecher
Bayern: Hans Martens, Christian Vogel
Baden-Württemberg: F. von Zitzewitz
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 ☐ **niedergelassen** ☐ **in der Klinik tätig** ☐ **Chefarzt** ☐ **Facharzt**
☐ **Weiterbildungsassistent** ☐ **Neurologe** ☐ **Nervenarzt** ☐ **Psychiater**
☐ **in Gemeinschaftspraxis tätig mit:** _____

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

- ☐ **Fortschritte Neurologie / Psychiatrie**
- ☐ **Aktuelle Neurologie**
- ☐ **Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG**
- ☐ **Psychiatrische Praxis**
- ☐ **Die Rehabilitation**
- ☐ **Psychotherapie im Dialog**
- ☐ **PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie**
- ☐ **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-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
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:	**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	089 2713037	08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
Dr. Karl Ebertseder	Augsburg	ja	KV	0821 510400	0821 35700	dr.ebertseder@t-online.de
Dr. Ch. Andersen-Haag	München	ja	KV	089 62277260	089 62277266	christina.andersen@t-online.de
Dr. K.-O. Sigel	München	ja	ÄK	089 66539170	089 66839171	dr.sigel@neuropraxis-muenchen.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	st-alder@t-online.de
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
Dr. Gisela Damaschke	Lübben	ja	KV	035464038		mail@nervenarztpraxis-damaschke.de
BVDN-Landesverband:	**BREMEN**					
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	ÄK/KV	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**HAMBURG**					
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. Andre Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
Dr. Rita Trettin	Hamburg	ja	ÄK	040434818		dr.trettin@gmx.de
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@ nervenaertze-rostock.de
BVDN-Landesverband:	**NIEDERSACHSEN**					
Dr. Ralph Luebbe	Osanbrück	ja	KV	0541434748		ralph.luebbe@gmx.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	hphaus1@googlemail.com
Dr. M. Dahm	Bonn	ja	KV	0228217862		mail@seelische-gesundheit-bonn.de
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/ÄK	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	0635993480		g.endrass@online.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**					
Dr. Mario Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733672625		mario.meinig@t-online.de
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 2552541
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
Brühlstr. 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 3117111, 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 Bahnhofsplatz 4,
81241 München, Tel.: 089 896068-0,
Fax: 089 896068-22, E-Mail: fries@elfinet.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: hphaus1@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,
Bugerstr. 80, 96049 Bamberg,
Tel.: 0951 503360-1, Fax: 0951 503360-5,
E-Mail: BAS2BAo1@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: umeier@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 53853, Fax: 02461 54090,
E-Mail: dr.rolf.peters@t-online.de

Dr. Sigrid 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.-Erxleben-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.ibb@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: dr.sigel@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
Watmarkt 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

Arbeitgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)
von BVDN und BDN,
Sprecher: Dr. Dr. Paul Reuther,
Schülzchenstr. 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 integrierten 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 2055526
Fax: 0931 2055525
E-Mail: info@akademie-psych-neuro.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 Seminarkalender 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 Praxishelferin 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.bundesaerztekammer.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
Geschätsführung: Karin Schilling, Neurologische Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf,
Martinistr. 52, 20246 Hamburg,
E-Mail: k.schillinig@uke.uni-hamburg.de

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e. V. (BV ANR)
Pasinger Bahnhofsplatz 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
Hauptgeschäftführer: 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 Mauspfad 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 (za) (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. á R. L. Die Springer Science+Business Media Finance S.á 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: Johannes Buchmann (Leitung), Edda Führer (Layout)

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 Gebührenzahlung 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

LA-MED geprüft Facharzt-Studie 2008

© Wolfgang Weinhäupl / Mauritius Images

Vorschau

Ausgabe 1/2011

Januar

Erscheint am 19. Januar 2011

Delir im Alter

Delirien sind bei multimorbiden, alten Menschen häufig, hinterlassen oft bleibende kognitive Einbußen sowie anhaltende Funktionsverluste im Alltag und erhöhen die Mortalität. Deshalb ist es entscheidend, die auslösende Noxe schnell zu identifizieren und zu beseitigen.

Somatoforme Störungen

Gemäß ICD-10 umfassen somatoforme Störungen ein breites Spektrum an Beschwerdebildern. All diesen Störungen liegt die Gemeinsamkeit zugrunde, dass eine, die Symptomatik erklärbare Ursache fehlt, die Betroffenen aber häufig der festen Überzeugung sind, an einer körperlichen Ursache der Beschwerden zu leiden.