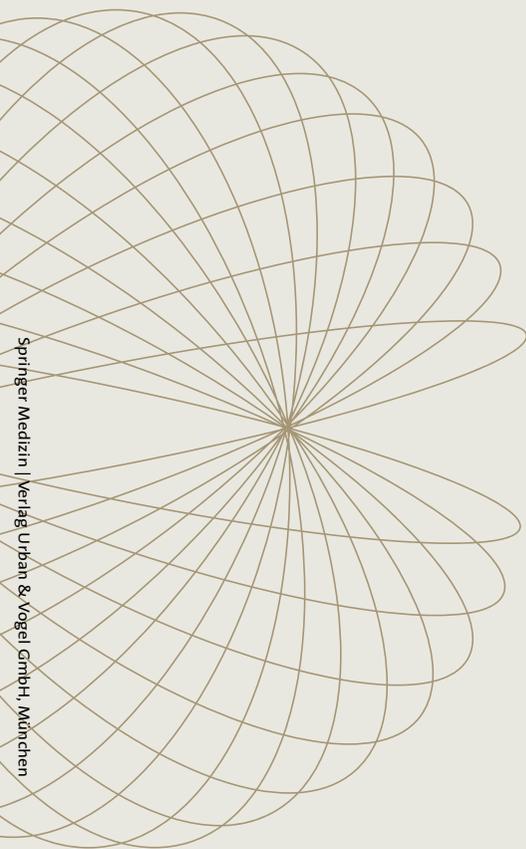
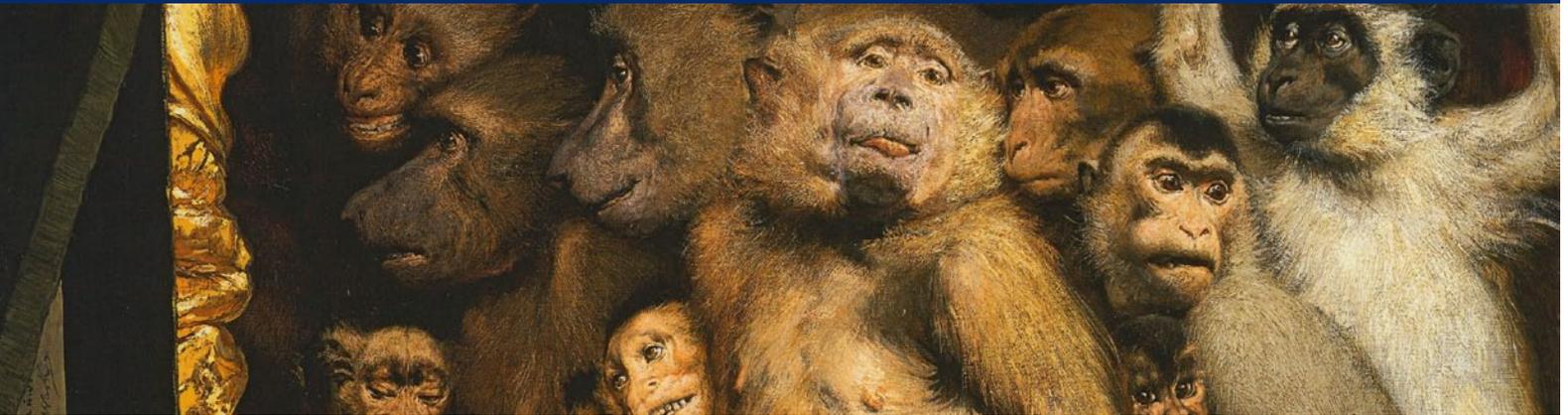


1

Januar 2011 \_ 22. Jahrgang\_www.BVDN.de

# NEUROTRANSMITTER

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



Online-Abrechnungspflicht  
**So kommen Sie 2011 an Ihr Honorar**

Nachwuchs gewinnen  
**Warum sich eine Niederlassung lohnt**

Tic-Störungen und Tourette Syndrom  
**Kurz aber heftig**

**CME:** Delir im Alter  
**Erkennen, Behandeln, Vermeiden**



BVDN



BDN



BVDP



»Inzwischen hat der virtuelle Raum des Internets die Züge einer neuen, eigenen Welt beziehungsweise eines eigenen Kontinents, genannt „Cyberika“, angenommen.«

**PD Dr. med. Albert Zacher**  
Schriftleiter

## Cyberika

**D**em neuen, riesigen und immer noch rasend schnell wachsenden, unser Vorstellungsvermögen inzwischen überfordernenden „Raum“, den uns das Internet mit seinen Möglichkeiten beschert hat, drohen kritische Zeiten.

Bisher haben die meisten von uns in ihm wohl lediglich einen Ort bequemen Einkaufens (eine Art Virtualienmarkt), ein blitzschnelles Postäquivalent, eine neuartige Medienplattform oder ein ozeanartiges Nachschlagewerk gesehen. Es war ein modernes Werkzeug für jegliche Art von Handel und Wandel, das die herkömmlichen Telekommunikationsinstrumente ergänzte und ersetzte. Inzwischen aber hat der virtuelle Raum des Internets die Züge einer neuen, eigenen Welt („Cyberworld“) oder, was ich zu seiner Charakterisierung noch bezeichnender finde, eines eigenen Kontinents (dem ich den Namen „Cyberika“ geben will) angenommen.

### **Wem eigentlich gehört Cyberika?**

Die Gefilde Cyberikas hatten bisher ein erstaunlich friedliches Bild geboten. Es war ein kriegsfreier Kontinent gewesen, bis im Dezember 2010 Wikileaks-Sympathisanten erstmals „Kampfhandlungen“ organisierten und durchführten, die von Zeitungskommentatoren als „Cyberwar“ bezeichnet wurden: ein erstes kriegsähnliches Konfliktgeschehen, ausschließlich im „Raum“ und mit den Waffen des Internets, entsprungen aus ungeklärten Besitz- und Machtverhältnissen. Denn wem gehört Cyberika, wer beherrscht es, wer ist berechtigt, dort Regeln und Gesetze zu erlassen und dann deren Einhaltung zu überwachen?

Aber muss das überhaupt sein? Kann Cyberika nicht allen gehören, die sich dort aufhalten wollen, sollte es nicht ein jeder nach seinem Willen frei nutzen können? Dagegen sprechen die ehernen Gesetze des Menschengeschlechtes und seiner Geschichte, in denen es bei der Eroberung eines neuen Kontinents (nicht nur im schlechten Sinne) immer um Macht, Besitz und Ordnung ging. Diese werden auch im Informationszeitalter und in Bezug auf seine Neuschöpfungen ihre Gültigkeit beweisen.

### **Softwar**

Noch liegt Cyberika weitgehend brach, aber es verheißt unendliche Möglichkeiten. Wird die Verteilung der Rechte, sie zu nutzen, nach diesem ersten Geplänkel ohne Kriege abgehen? Die großen Staaten, die weltumspannenden Unternehmen, die die alte „Hardware-Welt“ stabil unter sich aufgeteilt haben, werden den neuen Kontinent besiedeln, seine Schätze ausbeuten, seine Machtmöglichkeiten nutzen wollen.

Nun haben sich aber dort schon andere breit gemacht, eine Art „Ureinwohner“, die aktiven Nutzer und Gestalter. Und diese führten im Dezember 2010 einen ersten Abwehrkampf, wie ihn die Geschichte der Menschheit noch nicht gesehen hat. Denn noch nie gab es einen Krieg, in dem sich eine Weltmacht, in dem sich Weltunternehmen von ein paar Tausend entschlossenen Stubenhockern, die über die Länder verteilt sind, bewaffnet nur mit ihrem Grips, ihrem „subversiven“ (je nach Sicht) Potenzial und einem PC mit Internetzugang ernsthaft herausgefordert sahen, weil deren raffiniert zusammen geschaltete Rechner sogar die Abwehrkraft von Supercomputern zu brechen drohten.

In diesem Krieg musste also keine Kugel abgefeuert, keine Granate geworfen, musste kein Gebäude gesprengt werden – ein Dank moderner sozialer Netzwerke blitzschnell organisiertes Datenbombardement war dazu in der Lage, die Internetzugänge von Weltunternehmen vorübergehend lahm zu legen. „Softwar“: Der Krieg der Neuzeit, und dessen Guerilleros keine durchtrainierten Freischärler, sondern eine locker verteilte, kaum zu fassende Horde von zum Teil minderjährigen Nerds.

2011 wird es sich deutlicher zeigen, wie und vom wem die übernationale Gesellschaft des Informationszeitalters den neuen Kontinent Cyberika kultiviert sehen möchte (wenn sie denn gefragt wird).

Ihr



## 9 Nachwuchs gewinnen

Die ambulante psychiatrische Behandlung wird immer wichtiger und der Bedarf an niedergelassenen Psychiatern wächst. Warum die Wahl für das Fach eine richtige Entscheidung sein kann.

## 13 Online-Abrechnungspflicht

Mit Beginn des neuen Jahres wird die Online-Abrechnung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in fast allen KV-Bezirken eingeführt. Wir informieren Sie, welche technischen und finanziellen Hürden zu überwinden sind.

## 19 Psychiatrie im Nationalsozialismus

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde hat in einer Gedenkveranstaltung ein deutliches Zeichen gesetzt, getragen von dem Willen, die Opfer anzuerkennen und an ihrer Seite zu stehen, sich zu der eigenen Vergangenheit zu bekennen und aus der Vergangenheit zu lernen. Lesen Sie die ungekürzte Rede von Prof. Dr. Dr. Frank Schneider, Präsident der DGPPN.

### Wichtiger Hinweis!

In dieser Ausgabe finden Sie auf S. 60/61 Wissen Aktuell mit dem Thema „Die vielen Seiten der Depression – im Alter und bei Männern oft maskiert“.

**Wir bitten um freundliche Beachtung!**

#### Titelbild:

© Gabriel von Max, Affen als Kunstrichter, 1889

## 3 Editorial

### Die Verbände informieren

---

## 8 Vergütungssysteme ins Gleichgewicht bringen

### 9 Nachwuchs gewinnen

Warum sich eine Niederlassung lohnt

### 13 Online-Abrechnungspflicht

So kommen Sie 2011 an Ihr Honorar

## 16 Gesundheitspolitische Nachrichten

### Rund um den Beruf

---

## 19 Rede zur Gedenkveranstaltung

Psychiatrie im Nationalsozialismus –  
Erinnerung und Verantwortung

## 26 Die richtige Kamera für Ärzte

Megapixel sind nicht alles

## 27 eGesundheitskarte

850 Euro Zuschuss für neue Kartenleser



## 28 Tic-Störungen und Tourette Syndrom

Tic-Störungen sind vorübergehende oder chronische Zustände, die mit Einschränkungen im Selbstbewusstsein, Familienleben, sozialer Akzeptanz und Schwierigkeiten in Schule oder am Arbeitsplatz einhergehen. Sie sind alltäglichen Verlegenheitshandlungen ähnlich und äußern sich als plötzliche, sich wiederholende Bewegungen, Gesten oder Lautäußerungen.

### 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

### 28 Tic-Störungen und Tourette-Syndrom

Kurz aber heftig

### 34 Somatoforme Störungen

Der beste Weg zum Gutachten

### 39 Neurologische Kasuistik

Herr Doktor – sind Sie bereit für eine neue MS-Therapie?

### 42 CME: Delir im Alter

Erkennen, behandeln, vermeiden

### 47 CME-Fragebogen



## Journal

### 54 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Tennessee Williams „Plötzlich letzten Sommer“

### 58 NEUROTRANSMITTER-Galerie

Gabriel von Max – Wissenschaft und Spiritismus

### 50 Pharmaforum

### 62 Termine

### 63 Verbandsservice

### 69 Impressum/Vorschau



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



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte



BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

## Vergütungssysteme ins Gleichgewicht bringen

*Ich hoffe, Sie sind gut ins neue Jahr gekommen und ich wünsche Ihnen an dieser Stelle nochmals einen guten Start in das neue Jahr.*

*Von den gesetzgeberischen Aktivitäten im Jahr 2010 sind viele von uns enttäuscht gewesen. Zwar führen die Entscheidungen im Arzneimittelneuordnungsgesetz mit der vorgesehenen frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln in die richtige Richtung, ärgerlich ist für uns aber, dass nicht wie erhofft das Regressrisiko für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte abgeschafft wurde. Nach wie vor haften Neurologen, Psychiater und Nervenärzte mit ihrem Privatvermögen für die Versorgung ihrer Patienten. Erst jüngst endete ein Sozialgerichtsverfahren für einen Berliner Kollegen mit Zahlung einer hohen fünfstelligen Regresszahlung. Es ist ein unerträglicher Zustand, dass von unserer Fachgruppe leitliniengerechte Versorgung gefordert wird (und den Patienten auch gesetzlich zugestanden wird!), andererseits das Damoklesschwert einer Regresszahlung weiterhin scharf geschliffen wird.*

### **Asymmetrische Honorarzuwächse**

*Dies ist nur einer der unerträglichen Widersprüche in unserem System, das den Patienten ein Maximum an Versorgungsansprüchen zusichert, andererseits ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte in das Haftungsrisiko bringt, wenn sie berechnete Ansprüche erfüllen. Diese Dichotomie gilt auch für unsere ärztliche Honorierung. Die Situation der Regelleistungsvolumina und QZV und der durchschnittlichen Fallwerte ist mittlerweile so divergent und gleichzeitig volatil mit erheblichen Veränderungen von Quartal zu Quartal, dass ein unmittelbarer Vergleich*

*der Einkommenssituation kaum noch möglich ist. Nach wie vor verfügen einige Länder-KVen durch die asymmetrischen Honorarzuwächse seit dem 1.1.2009 über auskömmliche Mittel, auch für unsere Fachgruppen. In anderen Teilen der Republik hingegen, wie zum Beispiel in Nordrhein, nimmt die Unterfinanzierung neuropsychiatrischer Leistungen dramatische Formen an. Die jüngst beschlossene asymmetrische Verteilung der Zuwächse des Jahres 2011 mit den seit langem bekannten Irrationalitäten wird nicht zu einer wesentlichen Befriedung dieser „Baustelle“ führen. Die Equilibrierung der Vergütungen ärztlicher Leistungen bleibt eines der prioritären Themen für das Jahr 2011.*

### **Sektorenübergreifend vernetzen**

*Ein weiteres wichtiges Thema betrifft die sektorenübergreifende Bedarfs- und Versorgungsplanung. Nicht nur in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sondern auch im anstehenden nächsten Gesetzgebungsverfahren sollen diese Aufgaben gestemmt werden. In diesen Planungen könnte eine Chance enthalten sein, vor allem dann, wenn es gelingt, Qualitätsanforderungen in diesem Zuge zu vereinheitlichen, aber auch Vergütungssysteme im vertragsärztlichen Sektor sowie im Bereich der ambulanten Versorgung in Klinikambulanzen zu equilibrieren.*

*Das Ziel Versorgung unter Nutzung aller Ressourcen und Valenzen sektorenübergreifend zu planen und zu organisieren kann nur erreicht werden, wenn sich die Sektoren nicht konkurrierend gegeneinander aufstellen, sondern komplementär vernetzen. Dies funktioniert bislang allenfalls punktuell.*

*Hintergrund sind nicht fehlende Motivation der Beteiligten oder Unvermögen, sondern die dem Gedanken einer Vernetzung völlig zuwider laufenden Anreizsysteme.*

*Diesen und anderen Themen werden wir uns widmen im Programm des Neurologen- und Psychiatertages am 9.4.2011 in Köln.*

*Sie sind wie immer ganz herzlich eingeladen.*

*In diesem Sinne alles Gute*

Dr. med. Frank Bergmann

## Nachwuchs gewinnen

# Warum sich eine Niederlassung lohnt

Die ambulante psychiatrische Behandlung wird immer wichtiger. 90 Prozent der psychiatrischen Therapien erfolgen inzwischen außerhalb der Klinik. Der Bedarf an niedergelassenen Psychiatern wächst. Warum die Wahl für das Fach eine richtige Entscheidung sein kann.

In keinem anderen Fach der Medizin vereinen sich medizinische, gesellschaftspolitische, weltanschauliche, anthroposophische, philosophische, aber auch ideologische Aspekte so sehr wie im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie.

Ein Meilenstein in der bewegten Historie des Faches war die Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975. Diese gesundheitspolitische Meisterleistung der damaligen führenden ärztlichen Vertreter der Psychiatrie gemeinsam mit der Politik schuf den Grundsatz „ambulant vor stationär“. Dies war vor dem Hintergrund der Überwindung der kustodialen Psychiatrie mit Großkliniken auf der „grü-

nen Wiese“ mit einer hohen Mauer darum herum zu verstehen und leitete einen strukturellen Wandel ein, wie ihn kein anderes medizinisches Fach vergleichbar durchlaufen hat.

### Patientenbehandlung heute hauptsächlich im ambulanten Bereich

Die Anzahl der Betten in den psychiatrischen Kliniken wurden um 60 Prozent reduziert, die Anzahl der niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte stieg von damals 1.000 auf heute knapp 5.000. Die Behandlungsschwerpunkte wurden bewusst wohnort- und gemeindenah konzipiert. Es wurden psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkran-

kenhäusern sowie die Instrumente der psychiatrischen Institutsambulanz und der Tagesklinik geschaffen. Die Verweildauern sanken drastisch von ursprünglich bis zu 200 Tagen auf heute im Schnitt etwa 20 Tage. Diese kurze Verweildauer wird jedoch mit einer erhöhten Wiederaufnahmerate mit all ihren impliziten Kritikpunkten an einer vorwiegenden Sparpolitik im Gesundheitswesen erkaufte.

Die stationäre psychiatrische Behandlung wird heute überwiegend als Krisenintervention verstanden, der Schwerpunkt der Behandlung psychischer Störungen liegt im ambulanten, wohnortnahen Bereich. Hier werden

**Interessanter, freier und besser bezahlt: Die Arbeit als niedergelassener Psychiater hat im Vergleich zur Arbeit in der Klinik Vorteile.**



heute über 90 Prozent der psychiatrischen Behandlungsfälle versorgt.

### Zwei Jahre Weiterbildung empfehlenswert

Der Weiterbildung ist die Bundesärztekammer mit der Weiterentwicklung der Muster-Weiterbildungsordnung insofern nachgekommen, dass in allen medizinischen Gebieten mittlerweile bis zu 24 Monate der Facharztweiterbildung im ambulanten Bereich abgeleistet werden können. Dies ist bei jedem niedergelassenen Psychiater oder Nervenarzt mit der entsprechenden Weiterbildungs-ermächtigung möglich. Auskunft über die jeweils vorliegenden Weiterbildungs-ermächtigungen gibt die regionale Landesärztekammer.

Eine solche Weiterbildungserfahrung in der ambulanten Praxis zu machen, ist auf jeden Fall empfehlenswert und war in früheren Jahren auch grundsätzliche Voraussetzung, um als Vertragsarzt tätig werden zu können. Aber auch wenn man sein Karriereziel als Klinikärztin oder Klinikarzt verfolgt, ist eine Berufserfahrung im vertragsärztlichen Bereich sinnvoll und bereichernd. Zwar ist dies auch im Angestelltenverhältnis an der Klinik im Rahmen einer Ermächtigungsambulanz möglich, hier wird der Klinikarzt jedoch meist im Rahmen einer sehr speziellen Tätigkeit zeitlich befristet von der Kassenärztlichen Vereinigung für ausgewählte Leistungen ermächtigt und behandelt wie in der Klinik auch ein sehr ausgewähltes Patientenkontingent. Insofern vermittelt die Tätigkeit als Ermächtigter nicht die gleichen Kompetenzen wie eine Tätigkeit als Vertragsarzt. Eine vertragsärztliche Tätigkeit im Lebenslauf steigert in jedem Fall die Chancen auf eine Tätigkeit im Versorgungsmanagement und in der zunehmend wichtigen sektorenübergreifenden Versorgungsplanung.

### Praxis statt Klinik

Die Entscheidung für eine Karriere entweder im Klinik- beziehungsweise Forschungsbereich oder im vertragsärztlichen Sektor wird durch verschiedene persönliche Faktoren mit beeinflusst. Die Tätigkeit in der Klinik ist heute zunehmend auch durch Anforderungen im Management, der Personalführung und der Verantwortung im Dialog mit

dem jeweiligen Träger gekennzeichnet. Nach wie vor wird sich hier der Mensch am besten aufgehoben fühlen, bei dem eine persönliche Präferenz der finanziellen Absicherung im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses (regelmäßiges Gehalt, Krankengeld, Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld) vorliegt. Dem gegenüber steht die Zunahme an befristeten Arbeitsverträgen, die geringe Steuerbarkeit der Arbeitsbelastung sowie die häufig nicht als familienfreundlich geltenden Arbeitszeiten.

Als Vertragsarzt trägt man sicherlich eine höhere finanzielle Verantwortung. Zumindest bei Praxisgründung, -miteinstieg oder -übernahme muss ein gewisses Finanzvolumen investiert werden. Verglichen mit anderen Fachgruppen, exemplarisch seien hier Radiologen, ambulante Operateure oder Zahnärzte genannt, bewegt sich dieser Betrag jedoch absolut in einem überschaubaren Rahmen. Wird eine psychiatrisch-psychotherapeutische Tätigkeit ohne apparative Zusatzdiagnostik im Rahmen einer Neugründung angestrebt, beschränkt sich der finanzielle Aufwand sogar lediglich auf die Anmietung und Möblierung von Praxisräumen, den Erwerb einer Computer- und Telefonanlage sowie auf die Personaleinstellung. Je mehr apparative Zusatzdiagnostik vorgehalten werden soll, umso mehr Investitionsvolumen muss für die Geräte selbst (wie EEG, ENG, Evozierte Potenziale, Duplexsonografie) und um so mehr Behandlungsräume und Mitarbeiter müssen geplant werden.

Durch einen Einstieg oder eine Übernahme können bereits vorhandene Strukturen und Abläufe übernommen und müssen nicht erst selbst aufgebaut sowie etabliert werden. Hier gilt es aber genau zu prüfen, ob die Vorstellungen der Arbeitsweise des Praxispartners zu den eigenen Einstellungen passen. Ein Einstieg im Rahmen eines Jobsharings bietet hier die Möglichkeit, dies über eine gewisse Zeit zu testen.

### Mehr Freiräume

Ansonsten ist man in der vertragsärztlichen Tätigkeit sehr frei in seiner Arbeitsgestaltung. Der Anteil der psychiatrischen und der richtlinienpsychotherapeutischen Tätigkeit ist in der Regel frei wählbar. Die eigene Arbeitszeit und

Urlaubsplanung unterliegt (natürlich abhängig von betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten) ebenfalls der freien Gestaltung. Nachdienste kommen nicht vor. Wenn man selbst gerne Nachdienste machen möchte, ist dies über die hausärztlichen Bereitschaftsdienstzentralen möglich. Insofern wird die vertragsärztliche Tätigkeit von vielen Ärztinnen als wesentlich familienfreundlicher angesehen.

### Gute Verdienstmöglichkeiten

Die Verdienstmöglichkeiten liegen, allen Unkenrufen zum Trotz auch bei primär eher rudimentär vorhandenen betriebswirtschaftlichen Kenntnissen doch in der Regel deutlich über den Verdienstmöglichkeiten in der Klinik. Natürlich kann man als Vertragsarzt theoretisch auch insolvent werden. Gründe für eine Insolvenz liegen jedoch in der Regel im privaten Bereich, also durch Scheidung, unglückliches Spekulationsverhalten oder einfach dadurch, dass auf zu großem Fuß gelebt wird. Als Faustregel kann hier sicher gelten: Wer schon immer gut mit Geld umgehen konnte, wird als Vertragsarzt keine Probleme haben. Wer noch nie gut mit Geld umgehen konnte, sollte sich nicht selbstständig machen, weder als Arzt noch in einem anderen Metier. Die Vertragsarztpraxis ist kein Instrument, um bereits vorher bestehende finanzielle Probleme zu lösen.

Die Inhalte der ärztlichen Tätigkeit werden in der Vertragsarztpraxis stark geprägt durch eine oft langjährige persönliche Arzt-Patienten-Beziehung. Dies ist auch das Hauptargument, das Patienten und Angehörige an „ihrem“ Psychiater oder Nervenarzt schätzen. Andererseits ist die Tätigkeit durch ein sehr breites Spektrum gekennzeichnet. Man sieht viele Krankheitsbilder wie komplexe Traumatisierungen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Komorbiditäten mit somatischen Erkrankungen, wie sie heute in der Klinik kaum noch vorkommen. Zudem ist man quasi als „Konsiliararzt“ bei den hausärztlichen Zuweisungen tätig und hat hier eine wichtige Gatekeeper-Funktion zum Beispiel bei der Indikationsstellung für Richtlinienpsychotherapie, Rehabilitation, REHA-Sport, Soziotherapie und natürlich für die Psychopharmakotherapie.

### Weitere Tätigkeitsfelder

Im Rahmen des vertragsärztlichen Agierens hat man die Möglichkeit, weitere Tätigkeitsfelder neben der Patientenversorgung zu besetzen. Ein wichtiges Standbein in diesem Zusammenhang stellt der medizinische Sachverständige beziehungsweise der Gutachter dar. Auftraggeber können sowohl die Renten- und Pflegeversicherung, private Kranken- und Unfallversicherer als auch Sozial-, Zivil- und Strafgerichte sein. Der Bedarf an qualifizierten forensischen Gutachten steigt ebenso wie der an Renten- und Pflegegutachten.

Die fachärztliche Versorgung in Alten- und Pflegeheimen sowie in Einrichtungen für Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen ist ein weiteres Arbeitsfeld für Psychiater, das auch zunehmend im gesundheitspolitischen Augenmerk steht. Hier signalisieren mehrere Kassenärztliche Vereinigungen in Deutschland bereits vorsichtig, dass sie hier Sonderbedarfszulassungen auch bei geschlossener Bedarfsplanung ermöglichen würden. Das heißt, dass zusätzliche vertragsärztliche Sitze für diesen Sonderbedarf auf Antrag genehmigt werden können.

Eine weitere zunehmend wichtige Arbeitsaufgabe ist die betriebliche Gesundheitsförderung und die Prävention. Immer mehr Betriebe und Krankenkassen erkennen, dass die meisten Arbeitsunfähigkeitszeiten bei jungen Arbeitnehmern und die meisten Frühberentungen bei Männern und Frauen seit Jahren schon den psychischen Störungen zuzuschreiben sind. Noch sind die meisten betrieblichen Institutionen hier völlig unvorbereitet. Insbesondere die Gewerkschaften beginnen jedoch, hier massiv nach Lösungen zu suchen.

### Initiativen der Berufsverbände

Die Berufsverbände Deutscher Psychiater, Deutscher Nervenärzte und Deutscher Neurologen (BVDP, BVDN und BDN), die sehr eng kooperieren und sich die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen zu einer vorrangigen Aufgabe gemacht haben, haben seit der Schaffung von gesetzlichen Möglichkeiten zur sektorübergreifenden Versorgung im Jahr 2004 einige wegweisende

Modelle entwickelt und umgesetzt. Beispielhaft sei hier der IV-Vertrag Psychische Störungen in Aachen genannt, der auf der Grundlage des DGPPN-Rahmenkonzeptes Integrierte Versorgung Depression etabliert und entscheidend weiterentwickelt worden ist.

### Strukturierte Versorgung

Ein weiterer Zukunftsbaustein ist der Rahmenvertrag nach § 73 c zur Versorgung neuropsychiatrischer Erkrankungen gemeinsam mit der Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Dieser umfasst modellhaft die strukturierte Versorgung von sechs neuropsychiatrischen Erkrankungen (Depression, Schizophrenie, Demenz, Epilepsie, Multiple Sklerose und Schlaganfall), die auch einen Großteil der zusätzlichen Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen im Rahmen des morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleiches auslösen.

Im vertragsärztlichen Bereich haben die Berufsverbände das Konzept der ZNS-Netze etabliert (ZNS = Zentren für Neurologie und seelische Gesundheit).

In den Netzen wird eine Struktur für die einzelnen Vertragsärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie beziehungsweise die Nervenärzte geschaffen, innerhalb derer Kompetenzen definiert und gebündelt werden können. Insofern werden auch regionale Zusammenschlüsse der Vertragsärzte als Basis für Vertragsverhandlungen mit Krankenkassen durchgeführt. Nicht zuletzt initiieren die Netze über eine „Corporate Identity“ ein neues ärztliches Selbstbewusstsein und haben darüber hinaus auch die haltgebende Funktion eines „social networks“ (Stichwort Burnout-Prophylaxe). □

#### AUTORIN

**Dr. med. Christa Roth-Sackenheim**

1. Vorsitzende des BVDP, Andernach

## Dank dem Förderbeirat der Fortbildungsakademie

Auch im Jahr 2010 haben pharmazeutische Firmen die Arbeit der Fortbildungsakademie mit ihren Seminaren und der E-Mail-Aussendung wissenschaftlicher Kurzinformationen als Mitglied des Förderbeirates großzügig unterstützt.

Es waren dies die Firmen:

- AstraZeneca GmbH
- Bayer Vital GmbH
- HEXAL AG
- Janssen Cilag GmbH
- Neuraxpharm Arzneimittel GmbH & Co. KG
- SERVIER Deutschland GmbH
- Merz Pharmaceuticals GmbH

Als Vorsitzender der Fortbildungsakademie und des Fördervereins bedanke ich mich für diese großzügige Unterstützung unserer unabhängigen Fortbildungstätigkeit.



PD Dr. A. Zacher

## Online-Abrechnungspflicht

# So kommen Sie 2011 an Ihr Honorar

Mit Beginn des neuen Jahres wird die Online-Abrechnung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in fast allen KV-Bezirken verbindlich eingeführt. Während in einigen Bundesländern kaum technische oder finanzielle Hürden zu überwinden sind, müssen Ärzte in manchen Bundesländern mit hohen Kosten und Komplikationen rechnen.

**D**ass in Zukunft ein Online-Anschluss für eine moderne Arztpraxis unentbehrlich sein wird, ist unbestritten. Die ganze technische Entwicklung im medizinischen Bereich ist schon jetzt auf eine schnelle Übertragung und Verarbeitung von Daten per Computer ausgerichtet, und auch die Kommunikation mit Krankenhäusern, medizinischen Zentren und anderen Praxen wird in absehbarer Zeit den Online-Datenaustausch für jede Praxis unabdingbar machen. Die Online-Abrechnung ist nur ein Teil dieser Entwicklung, an der Mediziner über kurz oder lang nicht vorbeikommen.

### Regional unterschiedliche Angebote und KV-SafeNet-Alternativen

Leider ist der verständliche Ansatz der KVen, die Abwicklung der Abrechnung innerhalb der KV zu vereinfachen und

zu optimieren, bisher wegen der ursprünglich geplanten Verpflichtung zum KV-SafeNet eher negativ in die Schlagzeilen geraten. Dazu haben auch die hohen Kosten des KV-SafeNet, die umständliche technische Realisierung mittels spezieller Provider, eine unübersichtliche Vielzahl an Paketen und Tarifen sowie teilweise erhebliche Kompatibilitätsprobleme innerhalb der Praxis-IT in großem Umfang beigetragen. Die meisten KVen (beginnend mit der KV Bayerns) haben, nicht zuletzt auf Initiative der Monks – Ärzte im Netz GmbH (ÄIN), im letzten Jahr diese Fehler erkannt und bieten ihren Mitgliedern inzwischen neben dem KV-SafeNet-Zugang auch eine alternative Lösung zur Online-Abrechnung an. Diese Alternativen sind jedoch bundesweit nicht einheitlich geregelt und werden auch nicht in allen Länder-KVen angeboten.

### Kostenfreie Alternativen zu KV-SafeNet bieten:

- KV Baden-Württemberg (eAbrechnung, Online Portal)
- KV Berlin (Software VPN)
- KV Brandenburg (DatenNerv über Internet)
- KV Hamburg (KV WebNet)
- KV Niedersachsen (KVN Online)
- KV Saarland (KVS Online); auch nach dem Quartal I/2011 kein Zwang zur Online-Abrechnung
- KV Thüringen (KVT Online Portal)
- KV Schleswig-Holstein (eKVSH)

### Kostengünstige Alternativen haben:

- KV Bayern (KV-Ident)
- KV Hessen (KVH-Online)
- KV Rheinland-Pfalz (Smartcard)
- KV Westfalen-Lippe (KV Online mit HBA, KV Online mit KVid)

### Nur KV-SafeNet haben:

- KV Bremen
- KV Sachsen
- KV Mecklenburg-Vorpommern
- KV Nordrhein; auch nach dem Quartal I/2011 kein Zwang zur Online-Abrechnung
- KV Sachsen-Anhalt: Abrechnung über ISDN-Direkteinwahl ohne Online-Zugang möglich

(Informationsstand Dezember 2010)

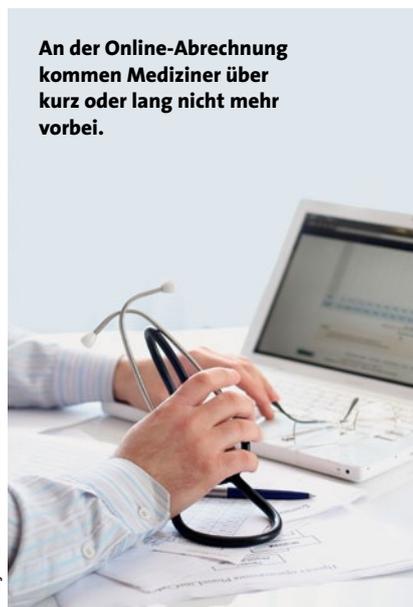
### Kostenlose Beratung für Mitglieder von [www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de) (NPIN)

Mediziner, die mit einer Praxishomepage bei NPIN vertreten sind, bietet Monks – Ärzte im Netz exklusiv eine kostenlose telefonische Beratung rund um die Online-Abrechnung an. Wenden Sie sich bei Fragen an unser kompetentes Service-Team (9.00–13.00 Uhr):  
**Joachim Hecht**, Tel.: 089 64 24 82 18  
**Steven Monks**, Tel.: 089 64 24 82 12  
**Evelyne Bob**, Tel.: 089 64 24 82 23

Sollten Sie noch nicht im Ärzteverzeichnis vertreten sein, können Sie sich mit dem nebenstehenden Formular für die neurologisch-psychiatrische Patientenwebsite (Herausgeber BDN, BKJPP, BVDN, BVDP, DGGPP, DGKJP, DGN, DGPPN) anmelden. Daneben besteht natürlich auch die Möglichkeit zur Online-Anmeldung auf <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/onlineanmeldung>. Dort finden Sie auch weitere Informationen zum Leistungspaket von NPIN. □

### AUTOR

**Joachim Hecht**  
 Monks – Ärzte im Netz GmbH



An der Online-Abrechnung kommen Mediziner über kurz oder lang nicht mehr vorbei.



# Anmeldecoupon

für Ihre Praxis-Homepage bei  
[www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de)

Herausgegeben von den Berufsverbänden  
und Fachgesellschaften für Neurologie,  
Psychiatrie und Psychotherapie:  
BDN, BKJPP, BVDN, BVDP, DGGPP,  
DGKJP, DGN, DGPPN

**JA, ich melde eine Praxis-Homepage an für:**

## Einzelpraxis

- mit bestehender Homepage 3,75 € / Monat zzgl. MwSt.  ohne bestehende Homepage 7,50 € / Monat zzgl. MwSt.

## Gemeinschaftspraxis

- mit bestehender Homepage 5,- € / Monat zzgl. MwSt.  ohne bestehende Homepage 10,- € / Monat zzgl. MwSt.

**JA**, aktivieren Sie folgende kostenlose  
Zusatztools auf meiner Praxis-Homepage:

- Aktuelle Meldungen von  
[www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de)  
 Besucherstatistik  
 Stadtplan

Für die Erstellung Ihrer Praxis-Homepage berechnen wir eine einmalige  
Bearbeitungsgebühr von 15,- € zzgl. MwSt.

## Ihre Anmeldung

Titel, Name, Vorname

weitere Ärzte

Gesetzliche Berufsbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Staat

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Stadtteil

Telefon

Fax

E-Mail für Korrespondenz

E-Mail für Ihre Praxis-Homepage

**Ich zahle per Bankeinzug von meinem Konto**

Bei Nichtteilnahme am Bankeinzugsverfahren werden  
Bearbeitungsgebühren von 10,- € berechnet.

Geldinstitut

Kontonummer

Bankleitzahl



Datum, Unterschrift

Internetadresse (falls vorhanden)

Ärztelkammer, Kassenärztliche Vereinigung

Ggf. Umsatzsteuer-Identifikationsnummer; Handelsregister, Vereinsregister,  
Partnerschaftsregister oder Genossenschaftsregister, in das Sie eingetragen sind

- Ich/Wir bestätige/n, Mitglied in einer der oben genannten Fachorganisationen zu sein.  
 Ich/Wir bestätige/n, dass alle Nutzungsrechte meiner/unsere bestehenden Homepage bzw.  
der zur Verfügung gestellten Materialien bei mir/uns liegen. Die Monks - Ärzte im Netz  
GmbH und die beteiligten Fachorganisationen sind von Ansprüchen Dritter freigestellt.

Sprechstundenzeiten

Praxisbesonderheiten

Fremdsprachen

**So können Sie sich anmelden:**



per Fax an:  
089 / 64 20 95 29



**Monks - Ärzte im Netz GmbH**  
"Neurologen und Psychiater im Netz"  
Tegernseer Landstraße 138, 81539 München



Im Internet unter:  
[www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/onlineanmeldung](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/onlineanmeldung)



**Sie haben Fragen?**  
Rufen Sie uns an unter: 089 / 64 24 82 -12/22/23  
E-Mail: [support@npin.de](mailto:support@npin.de)

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB (siehe: [www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/aerzte](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/aerzte)).Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509

Wir erstellen mit den von Ihnen angegebenen Daten die Homepage. Weitere Informationen erhalten Sie per Post oder E-Mail von uns. Sie können uns jederzeit weitere Texte und Bilder (z. B. Fotos, Praxis-Logo) auf Datenträgern oder per E-Mail zuschicken. Bis zu 10 Bilder und 5 Unterseiten erstellen wir kostenlos für Sie. Selbstverständlich können Sie Ihre Homepage mit den erhaltenen Zugangsdaten selbst um beliebig viele Bilder und Unterseiten erweitern.

## KONFLIKT

## MDK beanstandet Abrechnungen der Krankenhäuser – DKG hält dagegen

➔ Die Krankenkassen lassen vom medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) 10 Prozent aller Krankenhausrechnungen überprüfen. Über 40 Prozent davon werden beanstandet. Der MDK veröffentlichte ein entsprechendes Argumentationspapier im MDK-Forum 4/10. Die Überprüfungen des MDK ergeben, dass Krankenhäuser bewusst das Risiko eingehen, z.B. stationär aufzunehmen, obwohl ambulant operiert werden könnte. Nebendiagnosen würden unberechtigterweise codiert. Patienten würden im Krankenhaus behandelt, obwohl dies medizinisch nicht notwendig sei. Fehlbelegung und Fehlkodierung seien dabei für die Krankenhäuser erlösrelevant und kosten den Krankenkassen Mehrausgaben. Mit diesen Ergebnissen ermögliche der MDK den Krankenkassen Rückforderungen in Höhe von 1,5 Milliarden Euro.

Dagegen argumentiert die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), dass der MDK massenhaft und willkürlich prüfe. Überwiegend würden Fehlbelegung und nicht Fehlkodierung überprüft. Im Ergebnis führen die Überprüfungen nicht zu Einsparungen bei den Krankenkassen. Der bürokratische Aufwand sei unverhältnismäßig hoch.

**Kommentar:** Konflikte zwischen Leistungserbringern und Auftraggebern beziehungsweise Bezahlern der Leistungen bezüglich der Rechnungen gibt es überall. Dies ist bei

*Bauherren und Handwerkern so, bei Frisuren und Kundinnen und sogar zwischen Notaren und Klienten. Dass aber alleine eine Änderung der Berechnungsgrundlagen für die Rechnungsstellung von Krankenhaus-Tagessätzen auf diagnosebezogene Pauschalen zu einer Verbesserung der Situation führen würde, war blauäugig. Auf den ersten Blick sollte natürlich eine am Schweregrad der Erkrankung und am stationären Behandlungsaufwand orientierte Bezahlung von Krankenhausleistungen gerechter sein als gleiche Tagessätze. Es tauchen allerdings Zweifel auf, wenn man sich die Entlassungsbriefe aus stationärer Krankenhausbehandlung ansieht. Unklar ist häufig die Anlassbeziehungsweise Hauptbehandlungsdiagnose. Manchmal findet sich diese überhaupt nicht in der Diagnosenliste, weil Nebendiagnosen oder die Behandlung von Komplikationen abrechnungstechnisch lukrativer waren. Häufig hat man den Eindruck, dass bei schlechter Indikationsqualität unnötige, der Gesamtsituation des Patienten nicht angemessene risikoreiche invasive Therapiemaßnahmen durchgeführt wurden. Gerne finden hier auch zur Vermehrung abrechenbarer Diagnosen in Großkrankenhäusern beziehungsweise Klinikkonzernen Verlegungen zwischen wirtschaftlich selbstständigen Krankenhausabteilungen statt. Privatwirtschaftlich geführte Klinikkonzerne arbeiten häufig mit den Methoden der ge-*



**Dr. med. Gunther Carl**  
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

**„Gerne finden zur Vermehrung abrechenbarer Diagnosen in Klinikkonzernen Verlegungen zwischen wirtschaftlich selbstständigen Krankenhausabteilungen statt“**

takteten Fließbandmedizin Standardprozeduren ab, z.B. Endoprothetik, invasive endoskopische, katheter- und radiologische Maßnahmen. Handelt es sich allerdings um pflegeintensive multimorbide Patienten oder aufwändig zu behandelnde Komplikationen, wird der Patient gerne ins öffentlich-rechtliche Krankenhaus der Maximalversorgung verlegt. Auch die Tatsache, dass häufig die gleiche Diagnosenpauschale beim unkomplizierten Patienten im Kreiskrankenhaus bezahlt wird wie bei einer komplexen Behandlung in der Universitätsklinik stellt einen Schwachpunkt der DRGs (diagnosis related groups) dar.

### PATIENTENRECHTEGESETZ IN ARBEIT

## Bestimmungen bisher auf mehrere Gesetze verstreut

➔ Wolfgang Zöllner (MdB, CSU), der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, will die Rechte der Patienten in einem Gesetz bündeln. Er sprach sich bereits mehrfach dafür aus, dass diese in mehreren Gesetzen verstreuten beziehungsweise auf Richterrecht (Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) und des Bundesgerichtshofes (BGH)) beruhenden Rechte in einem Patientenrechtegesetz zusammengefasst werden. In der vom „Gesundheitsmonitor 2010“ (Bertelsmannstiftung) veröffentlichten repräsentativen Bevölkerungsumfrage

ergibt sich, dass über 60 Prozent der Befragten nicht ausreichend über ihre Rechte informiert sind. Das Recht auf freie Arztwahl und dass der Patient vom Arzt vor Eingriffen aufgeklärt werden muss, ist den meisten Bürgern bekannt (95 % beziehungsweise 92 %).

**Kommentar:** Mit Wolfgang Zöllner tritt erstmals ein Patientenbeauftragter der Bundesregierung mit einer viel beachteten eigenen Gesetzesinitiative hervor. Auch Ärzte und Krankenkassenmitarbeiter sind bei weitem

nicht ausreichend über alle Rechte der Patienten und eigene Pflichten informiert. Ein Teil der Patientenrechte liegt zudem nicht als Gesetzestext sondern „nur“ als höchst richterliche Rechtsprechung vor. Es wäre sehr zu begrüßen, wenn dieses Patientenrechtegesetz endlich auch einmal zu dem Dilemma zwischen zivilrechtlichem und haftungsrechtlichem Anspruch der Patienten auf beste Behandlung einerseits und den einschränkenden Bestimmungen des Wirtschaftlichkeitsgebotes im SGB V Stellung nehmen würde.

## ALTENBERICHT DER BUNDESREGIERUNG

## Alte Menschen in der Versorgung angeblich benachteiligt

➔ Die Bild-Zeitung berichtete mit provokanten Zitaten aus dem 550 Seiten starken Altenbericht der Bundesregierung, der seit Juni 2010 vorliegt. „Billigere und schlechtere Behandlung beim Arzt“, „über 65-Jährige mit Herzinfarkt erhalten eine weniger kostenintensive Behandlung“ als Jüngere, bei Ärzten seien „Kenntnisse über Wechselwirkungen und unerwünschte Nebenwirkungen häufig mangelhaft“. Außerdem gebe es bei älteren zu wenige Rehabilitationskursen. Die Begutachtungen würden von Pflegekräften durchgeführt, die keine ausreichende Qualifikation besitzen. Betroffene Senioren müssen „unnötigerweise vorzeitig in die Dauerpflege“.

Bei über 60-Jährigen würden Altersdepressionen nur zur Hälfte behandelt. Ärzte würden ältere Patienten häufig als schwierig ansehen. Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstandsmitglied der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verwahrte sich gegen die Vorwürfe. Er stellte ausführlich die Probleme der Medikamentenabgabe durch die

Apotheker im Rahmen der Rabattverträge und des Substitutionsgebotes dar. Ein „altersdiskriminierendes Muster“ liege nicht vor, dies bestätigte auch der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker. Auch die Behauptung, die Kassen würden auf Kosten älterer Menschen sparen, treffe nicht zu. Die meisten endoprothetischen Hüft- und Knieeingriffe würden bei Patienten über 85 Jahre durchgeführt. Es sei allerdings unbestritten, dass es auch bei älteren Menschen Über-, Unter- und Fehlversorgung gebe.

**Kommentar:** Weniger ist wie so häufig auch hier manchmal mehr: Es gehört heutzutage doch schließlich zu den grundlegenden medizinischen und ethischen Anforderungen bei der Behandlung von Senioren, dass beispielsweise eine unnötige und gefährliche Polypharmazie vermieden wird. In regelmäßigen Abständen sollten die Medikamenten-

pläne älterer Patienten auf Notwendigkeit, Risiken und Wechselwirkungen in Kombination und Dosishöhe durchforstet werden. Es ist schlechterdings ethisch nicht zu vertreten und in den allermeisten Fällen auch mit dem erklärten Patienten- und Angehörigenwillen nicht zu vereinbaren, wenn bei 90-Jährigen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen noch alle verfügbaren intensiv-diagnostischen und -therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden. Hier müssen selbstverständlich Lebensqualität in der verbleibenden Lebensspanne, Eingriffsrisiken im Alter und mittelfristiger Patientennutzen im individuellen Fall gegeneinander abgewogen werden. Dass dies häufig zu insgesamt geringerem medizinischen Aufwand und Kosten führt, liegt auf der Hand. Mit welcher Zielrichtung im Altenbericht der Bundesregierung einer angeblichen ärztlichen Unterversorgung älterer und alter Patienten das Wort geredet wird inklusive entsprechender Unterstellungen, ist unklar. Die Zeiten von Ulla Schmidt sind doch eigentlich vorbei.

## DKG PROTESTIERT GEGEN G-BA-BESCHLUSS

## Auch Therapien im Krankenhaus müssen Nutzen nachweisen

➔ Vor kurzem hat der G-BA mehrere Methoden zur Therapie der benignen Prostat hypertrophie aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gestrichen. Die deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kritisierte die Entscheidungen des G-BA grundsätzlich. Es werde zunehmend unüberschaubar, welche Anforderungen der G-BA an die vorzulegende Evidenz stelle. Nach einer systematischen Prüfung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit hatte der G-BA ausschließlich die Resektion beziehungsweise die Enukleation der Prostata mittels Laser als GKV-Behandlungsmethoden anerkannt. Bei den übrigen überprüften Methoden hätten die verfügbaren wissenschaftlichen Daten nicht zu einem Beleg des Nutzens beziehungsweise der medizinischen Notwendigkeit ausgereicht. Der G-BA hat aber seine Entscheidung bis 2016 ausgesetzt, weil in absehbarer Zeit Studien

zu weiteren Therapiemethoden zu erwarten seien. Bis dahin können diese Methoden nur im Rahmen von Studien an GKV-Patienten durchgeführt werden. Der G-BA legte für die Anwendung dieser Verfahren im Krankenhaus umfassende verbindliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung fest. Die DKG kritisierte das Vorgehen des G-BA, weil er sich auf die Berichte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) stützte und sich gegen die Empfehlungen der Bundesärztekammer, der DKG und der urologischen Fachexperten entschied. Die DKG unterstellte dem G-BA eine überwiegend wirtschaftliche Betrachtungsweise. Auch Evidenz auf höchstem Niveau reiche der Methodik des G-BA nicht aus, um einen Nutznachweis zu führen.

**Kommentar:** Selbstverständlich müssen auch in der stationären Behandlung verwen-

dete medizinische Verfahren und Arzneimittel einen wissenschaftlich nachweisbaren Nutzen haben und dem Wirtschaftlichkeitsgebot folgen. Dass im Krankenhaus derartige Anforderungen des SGB V überhaupt nicht oder nur in geringerem Ausmaß als im ambulanten Sektor herrschen, ist nicht hinnehmbar. Andererseits findet der wissenschaftlich-medizinische Fortschritt insbesondere bei schweren und lebensbedrohlichen Erkrankungen bei stationären Patienten statt. Es darf nicht Ergebnis der Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsbewertung sein, dass der wissenschaftliche Fortschritt behindert wird. Allerdings müssen im stationären Bereich neu entwickelte Behandlungsmethoden akribisch wissenschaftlich begleitet werden, um einen möglichen zusätzlichen Nutzen für den Patienten nachzuweisen. Ansonsten führen neue Behandlungsverfahren nur zu Mehrkosten oder Risiken und Komplikationen bei Patienten.

## Rede zur Gedenkveranstaltung

# Psychiatrie im Nationalsozialismus – Erinnerung und Verantwortung –

Es ist uns ein großes Anliegen, die Rede von Prof. Dr. Dr. Frank Schneider (Aachen), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), die er im Rahmen der Gedenkveranstaltung „Psychiatrie im Nationalsozialismus“ beim DGPPN-Kongress 2010 in Berlin hielt, in voller Länge abzdrukken.

*Sehr geehrte Damen und Herren,*

**P**syhiater haben in der Zeit des Nationalsozialismus Menschen verachtet, die ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten in ihrem Vertrauen getäuscht und belogen, die Angehörigen hingehalten, Patienten zwangssterilisieren und töten lassen und auch selber getötet. An Patienten wurde nicht zu rechtfertigende Forschung betrieben, Forschung, die Patienten schädigte oder gar tötete. Warum haben wir so lange gebraucht, uns diesen Tatsachen zu stellen und offen mit diesem Teil unserer Geschichte umzugehen? Einerseits sind wir stolz, dass die DGPPN zu den ältesten wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften der Welt zählt. Andererseits wurde viel zu lange ein wichtiger Teil der Geschichte dieser Fachgesellschaft ausgeblendet, verdrängt. Dafür schämen wir uns. Wir sind auch beschämt, weil wir, die deutsche psychiatrische Fachgesellschaft, nicht einmal in der Zeit nach 1945 an der Seite der Opfer gestanden haben. Schlimmer noch: Wir hatten Anteil an ihrer erneuten Diskriminierung und Benachteiligung. Uns fehlen noch die Worte, warum eine Veranstaltung wie diese erst heute möglich sein konnte.

Es hat fast 70 Jahre gedauert, bis sich die Fachgesellschaft, als deren Präsident ich heute hier vor Ihnen stehe, entschlossen hat, dieser Sprachlosigkeit ein Ende zu setzen und sich an ihre Tradition einer Aufklärung durch Wissenschaft zu erinnern. Eine wissenschaftliche Kommission, selbstständig und unabhängig, begleitet derzeit ein Forschungsprojekt, um die Geschichte der Fachgesellschaft beziehungsweise deren Vorläuferorganisationen zunächst in der Zeit zwischen 1933 und 1945 aufzuarbeiten. Aber das ist nicht genug: Unabhängig von den Forschungsergebnissen, die wir in den nächsten Jahren erwarten, habe ich – spät genug – bei allen Opfern und Angehörigen um Entschuldigung zu bitten für das erlittene Unrecht und Leid, das ihnen von deutschen Verbänden und ihren Psychiatern zugefügt wurde. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde hat sich zu dieser Gedenkveranstaltung entschlossen, um ein deutliches Zeichen zu setzen, getragen von dem Willen, die Opfer anzuerkennen und an ihrer Seite zu stehen, sich zu der eigenen Vergangenheit zu bekennen und aus der Vergangenheit zu lernen.

Die Briefe und Dokumente, die wir eben gehört haben, geben ein eindrückliches Zeugnis von dem, was psychisch kranke Menschen erlitten haben und was ihnen angetan wurde.

Die Psychiatrie im Nationalsozialismus zählt zu den dunkelsten Kapiteln der Geschichte unseres Fachgebietes. Psychiater und die Vertreter ihrer Verbände haben in dieser Zeit ihren ärztlichen Auftrag, die ihnen anvertrauten Menschen zu heilen und zu pflegen, vielfach missachtet und eigenständig umgedeutet.

Die Psychiatrie war verführbar und hat verführt, hat geheilt und vernichtet. Sie hat sich nicht mehr dem einzelnen Menschen verpflichtet gefühlt, sondern hat im Namen eines angeblichen Fortschritts, den man in der Befreiung einer ganzen Gesellschaft von Fürsorgelasten sah, in der Verbesserung der Erbanlagen eines Volkes und schließlich in der „Erlösung der Menschheit vom Elend“, massenhaft Menschen misshandelt und getötet – und unliebsame Kolleginnen und Kollegen aus ihren Ämtern gedrängt.

**W**ir haben uns zu vergegenwärtigen, dass in den Jahren von 1933 bis 1945 fast 30 Prozent aller akademisch tätigen Nervenärzte aus dem damaligen Deutschen Reich emigrierten. Ihre Emigration erfolgte nicht freiwillig. Kolleginnen und Kollegen jüdischer Herkunft, oder wegen ihrer politischen Überzeugung unliebsam gewordene Ärzte, wurden aus ihren Ämtern und Funktionen gedrängt. Sie und ihre Angehörigen verloren ihre Anstellung und ihre Lebensgrundlage, ihr Hab und Gut – und nur zu oft auch ihre Heimat. Diese emigrierten Kolleginnen und Kollegen mussten sich mitsamt ihren Familien als Fremde in einem ihnen dann fremden Land eine neue Existenz aufbauen.

Die meisten derjenigen, die Deutschland oder Österreich nicht verlassen konnten, wurden im Krieg in die Konzentrations- und Vernichtungslager deportiert, ein Schicksal, das nur wenige überlebten. Dies ist nicht wieder gut zu machen. Das alles geschah, während sich die psychiatrische Forschung im Deutschen Reich mehr und mehr auf eugenische und rassehygienische Themen konzentrierte. Die Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftspolitik der nationalsozialistischen Weltanschauung zielte auf die Förderung derjenigen, die zur Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Volkes beitragen konnten. Das Schwache sollte ausgeschieden werden, damit das Starke umso stärker wird. Dieses Denken steht in einer fatalen Tradition.

Schon seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert wurde der Begriff Eugenik verwendet und die Sterilisation psychisch Kranker propagiert, im Deutschen Reich ebenso wie in Skandinavien und den angelsäch-

sischen Ländern. Bereits im Sommer 1914 wurde ein „Gesetzentwurf zur Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsabbruch“ in den deutschen Reichstag eingebracht. Nur der beginnende erste Weltkrieg verhinderte die weitere Beratung und Verabschiedung.

Am 14. Juli 1933, nur kurze Zeit nach der von der NSDAP selbst so genannten „Machtergreifung“ Hitlers, wurde dann das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verabschiedet, an dessen offiziellem Kommentar der Psychiater – und in den Jahren 1935 bis 1945 Präsident der psychiatrischen Gesellschaft – Ernst Rüdin, damals Direktor der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, mitgewirkt hat. Die Sterilisierung, die zwangsweise Sterilisierung, wurde darin als „Vorsorge für das kommende Geschlecht“ bezeichnet. Eine perverse Darstellung, denn sie rechnet Leid und Verletzung der Einen gegen das Wohl der Anderen auf.

Im Gesetz wurden manisch-depressive Erkrankungen und Schizophrenie als solche vererbaren psychischen Erkrankungen genannt. Ebenso aber auch erbliche Formen der Epilepsie sowie der Blind- und Taubheit, Kleinwuchs und vieles mehr. Kranke Menschen sollten keine Kinder zeugen. Ihr für schlecht befundenes Genmaterial sollte so den gesunden „Volkskörper“ nicht weiter belasten. Alle Ärzte wurden verpflichtet, diese so genannten „Erbkranken“ gegenüber den Behörden anzuzeigen. Über 360.000 Menschen wurden auf Grundlage dieses Gesetzes von Medizinern selektiert und zwangssterilisiert. Über 6.000 starben bei den Eingriffen.

Vor dem Hintergrund eugenischer und rassehygienischer Denkweisen galten die Sterilisationsgesetze bei vielen Psychiatern als bildlich. Ernst Rüdin hat sich als Präsident unserer Vorläuferorganisation mehrfach bei der Eröffnung der Jahrestagungen der GPPN dafür ausgesprochen. Und auch in anderen Ländern weltweit wurden Sterilisierungen auf eugenischer Grundlage befürwortet. In Deutschland erlaubte das Gesetz allerdings die Sterilisation auch gegen den Willen der Betroffenen. Für die Opfer war sie ein massiver, ein schrecklicher Eingriff in den Kernbereich ihrer Identität, dem sie ohnmächtig ausgeliefert waren. Sie wurden damit nicht nur unwiederbringlich ihres Rechts auf körperliche Unversehrtheit beraubt, sondern auch ihres Rechts auf Elternschaft.

**A**uch nach dem Krieg blieben den Opfern und ihren Familien in der Regel nur Scham und Schweigen über das, was ihnen angetan wurde. Und bis heute sind sie von der Bundesrepublik Deutschland nicht ausdrücklich als Opfer nationalsozialistischer Verfolgung anerkannt, obwohl doch das Sterilisationsgesetz explizit Ausdruck nationalsozialistischer, deutscher Rasseideologie war, wie im Kommentar zum Gesetz sehr deutlich wird. Dort heißt es:

*„Ziel der dem deutschen Volk artgemäßen Erb- und Rassenpflege ist: eine ausreichende Zahl Erbgesunder, für das deutsche Volk rassisch wertvoller, kinderreicher Familien zu allen Zeiten.“*

Mit Bewunderung anerkennen möchte ich hier das spätere Engagement von Dorothea Buck, Bildhauerin und Autorin, selber Betroffene und Mitgründerin des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener. Sie hat immer wieder aufgeklärt, gemahnt und erinnert. Genauso wie Klara Nowak, die vor Jahren verstarb. Nowaks Initiative ist es zu verdanken, dass sich 1987 Zwangssterilisierte und Euthanasie-Geschädigte zusammenfanden und den Bund der Euthanasie-Geschädigten und Zwangssterilisierten gründeten, der

seitdem um die gesellschaftliche Rehabilitation der Opfer kämpft. Aber es wurde nicht nur zwangssterilisiert, es wurde auch getötet. Schon in den 1920er-Jahren wurden unter dem Eindruck des ersten Weltkriegs und der Weltwirtschaftskrise Kranke zu Kostenfaktoren. Es war ein Psychiater, Alfred Erich Hoche, der in seinem 1920 erschienenen Buch zur Freigabe der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ gemeinsam mit dem Juristen Karl Binding den Begriff „Ballastexistenzen“ prägte und einen Katalog angeblich unheilbarer psychischer Krankheiten erstellte, die er „Zustände geistigen Todes“ nannte. 1930 wurde daraus in den Nationalsozialistischen Monatsheften die Forderung: „Tod dem lebensunwerten Leben!“

Rückdatiert auf den Überfall Deutschlands auf Polen, den Kriegsbeginn am 1. September 1939, befahl Hitler die so genannte Euthanasie-Aktion. Zum medizinischen Leiter dieser später „Aktion T4“ genannten Aktion wurde ein Psychiater und Neurologe, der Würzburger Ordinarius Professor Werner Heyde, bestimmt. Ihr und den nach ihrer offiziellen Beendigung sich anschließenden weiteren Phasen der Krankentötungen sollten bis zum Kriegsende – und noch einige Wochen darüber hinaus – mindestens 250.000 bis 300.000 psychisch, geistig und körperlich kranke Menschen zum Opfer fallen.

**A** b Oktober 1939 wurden zuerst aus dem Columbushaus am Potsdamer Platz, dann ab April 1940 aus der Tiergartenstraße 4, also dort, wo heute die Berliner Philharmonie steht, Meldebögen an die Heil- und Pflegeanstalten des Deutschen Reiches und der angegliederten Gebiete verschickt, um alle Patienten systematisch zu erfassen und zu selektieren. Die Selektion erfolgte nach Nützlichkeitskriterien, also der Frage nach der Arbeitsleistung.

Am Ort der ehemaligen Zentraldienststelle befinden sich heute nur eine unscheinbare, in den Boden eingelassene Gedenktafel für die Euthanasie-Opfer und eine erst nachträglich den Opfern gewidmete Plastik. Einen zentralen, nationalen Gedenkort für die Opfer der Euthanasie gibt es weiterhin nicht. Das ist nicht nur für die Überlebenden und ihre Angehörigen Ausdruck fortdauernder Verdrängung und Erniedrigung, es ist auch ein blinder Fleck im Gedächtnis unseres Landes und der deutschen Psychiatrie. Die aktuelle Initiative zur Errichtung einer angemessenen nationalen T4-Gedenk- und Informationsstätte werden wir als Fachgesellschaft unterstützen.

Fünfzig ausgewählte Gutachter, darunter damals namhafte Psychiater, werteten die von den Psychiatern der Kliniken zurückgeschickten Meldebögen aus, selektierten und entschieden über Leben und Tod. Unter diesen Gutachten waren auch Werner Villinger, Friedrich Mauz und Friedrich Panse, in der Nachkriegszeit drei Präsidenten unserer Fachgesellschaft. Mauz und Panse wurden später sogar Ehrenmitglieder unserer Gesellschaft. Zwar endet jede Ehrenmitgliedschaft der DGPPN mit dem Tod der Geehrten, wir verurteilen aber heute diese Ehrenmitgliedschaften und werden sie auch formal annullieren.

Mit grauen Bussen, dem bildhaften Symbol für das Töten, wurden die Patientinnen und Patienten aus den Heil- und Pflegeanstalten abgeholt und in sechs psychiatrische Anstalten gebracht, in denen Gaskammern eingerichtet worden waren. Heilanstalten wurden zu Vernichtungsanstalten. Aus Heilung wurde Vernichtung – und Psychiater überwachten den Abtransport und die Ermordung der ihnen anvertrauten Patienten. Die sechs Anstalten waren in der Reihenfolge ihrer Einrichtung: Grafeneck, Brandenburg, Harthelm, Pirna-Sonnenstein, Bernburg und Hadamar.

Innerhalb der knapp zwei Jahre, die die T4-Aktion offiziell andauerte, von Januar 1940 bis August 1941, wurden mehr als 70.000 Patienten ermordet. Und es waren nicht die Psychiater, die durch öffentlichen Protest zum Ende der T4-Aktion beitrugen. Der Protest kam vor allem aus den Kirchen. Die entscheidende Protestpredigt hielt Clemens August Kardinal von Galen, Bischof von Münster, am 24. August 1941. Unmittelbar danach wurde die T4-Aktion offiziell eingestellt. Das Wissen und die Erfahrungen, die im Zuge der T4-Aktion mit dem Töten gemacht wurden, nutzte man später in den Konzentrationslagern, um weitere Menschen, dieses Mal Millionen, zu ermorden.

Parallel zur Aktion T4 wurden im Zuge der so genannten Kinder-Euthanasie in über 30 psychiatrischen und pädiatrischen Kliniken körperlich und psychisch kranke Kinder ermordet. Bisher ging man von circa 5.000 Kindern aus, eine Zahl, die in den Nachkriegsprozessen von den Tätern selber genannt und dann zunächst weitgehend unkritisch übernommen wurde. Wie sich jetzt herausstellt, ist sie viel zu gering angesetzt. Aber es ist immer noch nicht genug, denn auch nach dem offiziellen Ende der zentral organisierten T4-Aktion ging das Töten weiter. In dieser dezentralen Phase der Euthanasie wurden in psychiatrischen Einrichtungen die Patienten – wahrscheinlich bis zu 30.000 – durch eine Überdosis Medikamente getötet oder systematisch verhungert, um Bettenplätze zu schaffen und Geld einzusparen. Die Patienten erhielten Nahrung, aber nur gerade genug, um zu sterben. Der Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldheim, Gerhard Wischer, berichtet 1943 im Zusammenhang mit Neuaufnahmen ganz lapidar:

„Ich könnte diese Aufnahmen natürlich niemals unterbringen, wenn ich nicht entsprechende Maßnahmen zum Freimachen von Plätzen durchführen würde, was ganz reibungslos geht. Es fehlt mir allerdings sehr an den erforderlichen Medikamenten.“

Alles das ist heute unvorstellbar, dass Psychiater ihre Patienten, die ihnen zur Heilung und Pflege anvertrauten Menschen, der Tötung preisgaben, dass sie sie selektierten und die Tötung selber dann medizinisch, wissenschaftlich – pseudo-wissenschaftlich – überwachten: die Ermordung von Kindern, Erwachsenen und alten Menschen. Ein ärztlicher Akteneintrag von 1939 über eine an einer schizophrenen Psychose erkrankten Patientin, der im Bundesarchiv hier in Berlin archiviert ist, lautet:

„Weiter so. Geistig tot. Das Krankenblatt sollte abgeschlossen werden, da sich auch in Zukunft nichts ändern wird. Der einzige Eintrag, der sich lohnt, ist die Notiz des Sterbedatums.“

Vor der Ermordung wurde an vielen Patientinnen und Patienten „geforscht“; ethisch nicht zu rechtfertigende Experimente, die nichts mit den Werten von Wissenschaft und Forschung gemein haben. Beispiele sind die Arbeiten an psychisch kranken Kindern und Jugendlichen im Kontext der Euthanasie von Carl Schneider, Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie in Heidelberg, in Kooperation mit Julius Deussen, einem Mitarbeiter der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Es handelte sich um aufwändige Experimente an Patienten und dann um ihre Tötung und Obduktion. Auch wurden Untersuchungen an Patienten aus Heil- und Pflegeanstalten durchgeführt, zum Beispiel TBC-Impfversuche in Kauf-

beuren, Arbeiten zur Virusgenese der Multiplen Sklerose in Werneck oder auch neuropathologische Untersuchungen an Euthanasie-Opfern, die wahrscheinlich speziell für diese Untersuchungen zur Euthanasie selektiert wurden. Dies geschah so durch Julius Hallervorden am Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung in Kooperation mit der Anstalt Brandenburg-Görden unter der Leitung des Psychiaters Hans Heinze.

Die Körper und einzelne Präparate der vielen Getöteten waren für Forschungszwecke begehrt und anhand dieser Präparate gewonnene Forschungsergebnisse wurden noch nach dem Krieg veröffentlicht. Im Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung in Berlin-Buch wurden die Gehirne von mindestens 295 Euthanasie-Opfern zur Forschung verwendet. Und noch bis in die Gegenwart hinein gab es einen fast sorglosen Umgang mit Präparaten getöteter Patientinnen und Patienten. Außerhalb psychiatrischer Institutionen fand Forschung beispielsweise des Tübinger Psychiaters Robert Ritter an Sinti und Roma statt. Diese Forschung war eine weitgehend genealogisch-epidemiologische und trug dazu bei, Identifizierungs- und Selektionskriterien für so genannte Zigeuner zu finden, die dann in das Zigeunerlager im KZ Auschwitz deportiert wurden.

Gegen all dieses Unrecht in der Psychiatrie zur Zeit des Nationalsozialismus hat es durchaus Widerstand gegeben und Sabotage. Über 50 Prozent der Mediziner waren Mitglied einer nationalsozialistischen Organisation, der NSDAP, SA oder SS. Das heißt aber auch, dass fast die Hälfte der Ärzte gerade nicht Mitglied war. Es gab also durchaus Handlungsspielräume, die genutzt werden konnten, ohne Sanktionen nach sich zu ziehen. Widerstand hatte nicht immer negative, persönliche Konsequenzen.

Einige haben Widerstand geleistet. Aber es waren insgesamt nur wenige, viel zu wenige. Vor allem unter niedergelassenen Ärzten gab es solche, die zwischen 1934 und 1939 keine einzige Anzeige auf Vorliegen von möglichen Erberkrankungen bei den zuständigen Amtsärzten und Gesundheitsämtern erstatteten. Ein Grund könnte darin liegen, dass dort, außerhalb der großen Kliniken, der Kontakt zu den Patientinnen und Patienten direkter war, unmittelbarer. Auch das ist heute eine Mahnung an uns, dass wir im Arbeitsalltag die Patientinnen und Patienten nicht aus dem Blick verlieren, die wir betreuen und begleiten. Nur sie sind die Richtschnur unseres ärztlichen Handelns, nicht die Ideologie einer Gesellschaft. Nur die einzelnen Menschen.

Die Menschenwürde ist immer die Würde des einzelnen Menschen. Dies zu missachten darf uns kein Gesetz anleiten. Gustav Radbruch beschrieb 1946 den Konfliktfall zwischen Recht und Gerechtigkeit: Das gesetzte Recht hat prinzipiell den Vorrang vor der Gerechtigkeit, „es sei denn, dass der Widerspruch des positiven Gesetzes zur Gerechtigkeit ein so unerträgliches Maß erreicht, dass das Gesetz als ‚unrichtiges Recht‘ der Gerechtigkeit zu weichen hat. (...) Wo Gerechtigkeit nicht einmal erstrebt wird, wo die Gleichheit, die den Kern der Gerechtigkeit ausmacht, bei der Setzung positiven Rechts bewusst verleugnet wurde, da ist das Gesetz nicht etwa nur ‚unrichtiges‘ Recht, vielmehr entbehrt es überhaupt der Rechtsnatur.“

Nach dem Krieg geschah, was auch in vielen anderen Bereichen in Deutschland geschah. Es wurde verdrängt. Die psychiatrischen Fachgesellschaften wie die Psychiater – mit einigen, ganz wenigen Ausnahmen wie Gerhard Schmidt oder Werner Leibbrand – haben sich nicht zu dem bekannt, was geschehen ist. Dafür empfinden wir

heute Scham und sind fassungslos. Unfassbar ist bis heute die Geschichte des bereits erwähnten Professors Werner Heyde. Er war der medizinische Leiter der T4-Aktion. Nach dem Krieg wurde er per Haftbefehl gesucht und machte unter dem Namen Dr. med. Fritz Sawade von 1950 bis 1959 dennoch eine zweite Karriere als Gerichtsgutachter in Schleswig-Holstein. Er wurde von Ärzten und Juristen gedeckt, die über seine wahre Identität informiert waren. Und viele andere, denen seine Doppelidentität ebenso bekannt war, unternahmen nichts – und es war bekannt, innerhalb und außerhalb unseres Faches. Zugleich wurden frühe Versuche der Aufklärung verhindert und erschwert. Viele Ärzte protestierten, weil sie um ihre Standesehre besorgt waren, als Alexander Mitscherlich und Fred Mielke 1947 ihre Dokumentation „Das Diktat der Menschenverachtung“ zum Nürnberger Ärzteprozess veröffentlichten. Eine zweite Dokumentation von 1949, „Medizin ohne Menschlichkeit“, wurde totgeschwiegen.

Professor Gerhard Schmidt, ehemaliger Direktor der Nerven- klinik Lübeck, hielt schon am 20. November 1945 einen Rundfunkvortrag über die Verbrechen an psychisch Kranken und geistig Behinderten – aber sein Buchmanuskript darüber fand trotz vieler Versuche 20 Jahre lang keinen Verleger. Ich hatte es vor vielen Jahren gelesen, ein Buch, das mich außerordentlich stark geprägt hat. Psychiater des Nachkriegsdeutschlands aber fürchteten, dem Wiederaufbau und dem – noch immer – guten Ruf der deutschen Psychiater insgesamt mit der Veröffentlichung der Einzelheiten der Verbrechen einen schlechten Dienst zu erweisen. Eine falsche, eine fatale Sichtweise. Ein Versagen der wissenschaftlichen Gemeinschaft, sich zu der eigenen Verantwortung zu bekennen. 1986 erhielt Professor Schmidt für sein Lebenswerk die in jenem Jahr erstmals vergebene Wilhelm-Griesinger-Medaillon der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde. Eine fast vergessene, viel zu späte und seltene Sternstunde unserer Gesellschaft.

**U**nd die Politik? 1956 wurde rückwirkend das Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung verabschiedet. 1965 wurde es zum BEG-Schlussgesetz erweitert. So konnten bis 1969 alle Opfer, die aus rassistischen, religiösen oder politischen Gründen verfolgt worden waren, einen Anspruch auf Entschädigung anmelden – nicht aber die Zwangssterilisierten oder die Familien von Euthanasieopfern, weil sie nicht aus rassistischen Gründen verfolgt worden seien. Auch dies eine nachträgliche Demütigung der Opfer, zu der wir geschwiegen haben.

Gutachter in den Anhörungen des Bundestagsausschusses für Wiedergutmachung in den 1960er-Jahre waren zum Teil dieselben Psychiater, die im Nationalsozialismus Zwangssterilisierungen gerechtfertigt hatten und an den Tötungsaktionen beteiligt waren. Am 13. April 1961 lehnte Werner Villinger laut Protokoll Entschädigungszahlungen mit der zynischen Begründung ab, es sei die Frage, ob bei der Durchführung einer Entschädigung der Zwangssterilisierten „nicht neurotische Beschwerden und Leiden auftreten, die nicht nur das bisherige Wohlbefinden und (...) die Glücksfähigkeit dieser Menschen, sondern auch ihre Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.“

Erst 1974 wurde das Erbgesundheitsgesetz außer Kraft gesetzt. Es bestand aber formal weiter. 1988 stellte der Deutsche Bundestag fest, dass die auf der Grundlage des Erbgesundheitsgesetzes vorgenommenen Zwangssterilisierungen nationalsozialistisches Unrecht waren. Zehn Jahre später beschloss der Bundestag, die Entscheidungen

der Erbgesundheitsgerichte per Gesetz aufzuheben. Aber erst 2007 wurde schließlich das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom Deutschen Bundestag geächtet. Es stünde im Widerspruch zum Grundgesetz und sei daher faktisch bereits bei dessen Inkrafttreten außer Kraft getreten. Die DGPPN hatte diesen Antrag zur Ächtung des Gesetzes seinerzeit unterstützt. Weiterhin Bestand aber hat das Bundesentschädigungsgesetz von 1965. Bis heute sind die zwangssterilisierten und ermordeten psychisch kranken Menschen daher nicht explizit als Opfer des NS-Regimes und als Verfolgte aus rassistischen Gründen anerkannt. Hier sollte die Politik aktiv werden, bevor es zu spät ist. Erst mit der Aufhebung auch dieses Unrechts würde das fortdauernde Leid der Opfer und ihr Schicksal auch von Seiten des deutschen Staates angemessen gewürdigt.

Mit Bezug auf die Psychiatrie gab es in den späten 1960er- und 1970er-Jahren erste vereinzelte Publikationen, die Vorgänge darzustellen, so von Hans-Jörg Weitbrecht, Walter Ritter von Baeyer oder Helmut Ehrhardt. Aber alle drei haben die Psychiatrie als Opfer dargestellt. In einem Buch zur 130-jährigen Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde von 1972 heißt es,

„... dass die damalige Vertretung der Psychiater, trotz ihrer scheinbar weitreichenden Befugnisse, ex officio niemals Aktionen wie die ‚Euthanasie‘ gedeckt, befürwortet oder gefördert hat. Auch deswegen sind die wiederholten Versuche, das Fehlverhalten oder die Verbrechen einzelner Psychiater dieser Zeit ‚der deutschen Psychiatrie‘ anzulasten, als objektiv unbegründet zurückzuweisen.“

Autor war der Präsident der DGPN der Jahre 1970 bis 1972, Helmut Ehrhardt, der selber Mitglied der NSDAP gewesen war und Gutachten erstellt hatte, in denen er die Zwangssterilisierungen befürwortete. Noch in der Anhörung zum Bundesentschädigungsgesetz im Deutschen Bundestag im Jahr 1961 betonte er, dass das Erbgesundheitsgesetz kein NS-Unrecht gewesen sei, sondern „auch der heutigen wissenschaftlichen Überzeugung entspricht“. Eine erneute Verhöhnung und Erniedrigung der Opfer. Richtig ist, dass es keine offizielle befürwortende Stellungnahme der psychiatrischen Fachgesellschaft zu den Krankentötungen gab. Richtig ist aber auch, dass es keine Stellungnahme dagegen gab. Kein Wort, keine Entschuldigung, keine Mahnung. Und bis auf wenige Einzelne beteiligte sich damals offensichtlich die große Mehrheit der deutschen Psychiater und Mitglieder unserer Fachgesellschaft in Forschung, Wissenschaft und Praxis an der Planung, Durchführung und wissenschaftlichen Legitimierung von Selektion, Sterilisation und Tötung.

Ernsthaft begann die Erforschung der Geschichte der Psychiatrie in Deutschland in der Zeit des Nationalsozialismus seit etwa Anfang der 1980er-Jahre. Als Psychiater waren dies wesentlich Klaus Dörner – erstmals 1969, dann mit mehreren Publikationen in den 1980er-Jahren –, Asmus Finzen und Joachim-Ernst Meyer. Unter den Historikern sind Gerhard Baader, Dirk Blasius und Hans Walter Schmuhl zu nennen. Und 1983 erschien das aufrüttelnde Buch von Ernst Klee „Euthanasie‘ im NS-Staat“, welches ich damals ganz ungläubig und fassungslos gelesen hatte. Auch dies ein Buch, welches mich außerordentlich betroffen machte.

Im Rahmen des „Jubiläumskongresses“ unter der Präsidentschaft von Uwe Henrik Peters, 1992 in Köln, – dort ist die Gesellschaft in die DGPPN umbenannt worden – wurde in der Mitgliederversammlung eine Resolution verabschiedet, in der die Gesellschaft

„ihren Abscheu und ihre Trauer im Rückblick auf den Holocaust an Geisteskranken, Juden und anderen verfolgten Menschen“ bekräftigt. Damals war noch nicht von der institutionellen und persönlichen Schuld und Verstrickung der Psychiater und ihrer Fachgesellschaft die Rede. Aber es waren dennoch deutliche, notwendige Worte.

Während des diesjährigen Kongresses zeigen wir überarbeitet und aktualisiert die Ausstellung „In Memoriam“, die erstmals auf dem Weltkongress der World Psychiatric Association 1999 in Hamburg einer großen, internationalen Öffentlichkeit gezeigt wurde. Symposien begleiteten die Ausstellung. Dass damals die internationale Entscheidung auf Deutschland als Gastgeberland des Weltkongresses mit der DGPPN als gastgebender Fachgesellschaft fiel, war ein versöhnliches Zeichen der psychiatrischen Weltgemeinschaft – und es war eine große Verpflichtung, mit dem Gedenken an die Opfer und der Auseinandersetzung unserer fachspezifischen Vergangenheit Ernst zu machen. In den vergangenen knapp zwei Jahren hat innerhalb der DGPPN ein intensiver Diskussionsprozess stattgefunden, wie mit der eigenen Geschichte umgegangen werden soll. Diese Diskussionen wurden nicht kontrovers, sondern sehr einvernehmlich geführt. Vor genau einem Jahr schließlich wurde die Satzung der DGPPN ergänzt. Es heißt nun dort im ersten Paragraphen:

*„Die DGPPN ist sich ihrer besonderen Verantwortung um die Würde und Rechte der psychisch Kranken bewusst, die ihr aus der Beteiligung ihrer Vorläuferorganisationen an den Verbrechen des Nationalsozialismus, an massenhaften Krankenmorden und Zwangssterilisationen erwachsen.“*

Als weitere Konsequenz dieses Diskussionsprozesses wurde zu Beginn dieses Jahres vom Vorstand der DGPPN eine internationale Kommission zur Aufarbeitung der Geschichte der Vorläufergesellschaften in der Zeit des Nationalsozialismus eingerichtet. Sie ist mit vier namhaften Medizin- und Wissenschaftshistorikern besetzt, dem Vorsitzenden Professor Dr. Roelcke aus Gießen, Frau Professor Dr. Sachse aus Wien, Herrn Professor Dr. Schmiedebach aus Hamburg und Herrn Professor Dr. Weindling aus Oxford. Die Kommission ist in ihren Entscheidungen unabhängig von der DGPPN, da wir eine vollständige Transparenz gerade auch dieser Arbeit wollen. Den Mitgliedern der Kommission sind wir für die Unterstützung und Hilfe bei der Aufklärung unserer eigenen Vergangenheit außerordentlich dankbar. Die Kommission begleitet die von der Fachgesellschaft initiierten und finanzierten Forschungsprojekte, an denen Professor Dr. Schmuhl und Frau Professor Dr. Zalashik arbeiten. Es soll klären, in wie weit die Vorläuferorganisationen der DGPPN und deren Repräsentanten bei dem so genannten Euthanasieprogramm, der Zwangssterilisierung psychisch Kranker, der Vertreibung jüdischer und politisch missliebiger Psychiater und anderen Verbrechen in der Zeit zwischen 1933 und 1945 beteiligt waren.

**D**er Abschlussbericht soll in knapp zwei Jahren vorgelegt werden, um dann in einer zweiten Arbeitsphase die ebenso fällige Aufarbeitung der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg zu untersuchen. Auch dies ist wichtig: Welche Konsequenzen ergaben sich, welche Personen waren beteiligt, welche Lehren wurden wann aus den schrecklichen Taten im so genannten „Dritten Reich“ gezogen? Darüber ahnen wir mehr, als wir mit Sicherheit zu sagen wissen. „Geistiger Tod“, „Ballastexistenzen“, „lebensunwertes Leben“, all

diese Worte gehen nur sehr schwer über die Lippen. Sie erschüttern und verstören zutiefst – und im Wissen um die aktive Beteiligung von Psychiatern an Gleichschaltung, Zwangssterilisierung und Mord erfüllen sie uns mit Scham, Zorn und großer Trauer.

Scham und Trauer auch darüber, dass erst jetzt, 70 Jahre nach den Taten, die Organisation, als deren Präsident ich hier zu Ihnen spreche, beginnt, sich systematisch mit ihrer Vergangenheit und der Geschichte ihrer Vorgängerorganisationen in der Zeit des Nationalsozialismus zu befassen, aufzuarbeiten, und – unabhängig von allen noch zu erhebenden historischen Details – bei den Opfern von Zwangsemigration, Zwangssterilisierung, Zwangsforschung und Ermordung, um Entschuldigung zu bitten.

*Im Namen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde bitte ich Sie, die Opfer und deren Angehörige, um Verzeihung für das Leid und das Unrecht, das Ihnen in der Zeit des Nationalsozialismus im Namen der deutschen Psychiatrie und von deutschen Psychiaterinnen und Psychiatern angetan wurde und für das viel zu lange Schweigen, Verharmlosen und Verdrängen der deutschen Psychiatrie in der Zeit danach.*

Viele Opfer, auch diejenigen, die nicht getötet wurden und deren Angehörige, leben heute nicht mehr. Insofern kommt diese Bitte zu spät. Sie kommt aber vielleicht noch nicht zu spät für die Lebenden und die Nachfahren, einige sind heute unter uns, und für alle psychisch kranken Menschen heute und für die heutigen Psychiaterinnen und Psychiater und die DGPPN selbst.

Leid und Unrecht, schon gar nicht der Tod, können ungeschehen gemacht werden. Aber wir können lernen – und wir haben viel gelernt, die Psychiatrie ebenso wie die gesamte Medizin, Politik und Gesellschaft. Und wir können gemeinsam für eine humane, menschliche, am einzelnen Menschen orientierte Psychiatrie eintreten und arbeiten, kämpfen gegen die Stigmatisierung und Ausgrenzung psychisch Kranker, im steten Gedenken an die Opfer.

**W**ir Psychiaterinnen und Psychiater sollen keine Werturteile über Menschen fällen, wir lehren, forschen, behandeln, begleiten und heilen. Die unantastbare Menschenwürde ist immer die Würde des einzelnen Menschen und kein Gesetz und kein Forschungsziel dürfen uns dazu anleiten, diese zu missachten.

Wir haben gelernt, gerade auch aus dem Versagen heraus. Das stimmt hoffnungsvoll in den aktuellen medizinethischen Diskussionen, bei denen es nur zu schnell auch um den „Wert“ oder „Unwert“ von Menschen geht, wie denen zur Präimplantationsdiagnostik oder zur Sterbehilfe. Diese Diskussionen bleiben schwierig – aber das Ziel ist für mich, ist für die DGPPN ganz klar: Arbeiten wir für eine humane Medizin, eine menschenwürdige Zukunft und für die Achtung der Würde aller Menschen.

---

**Diese Rede wurde von dem Vorstand der DGPPN am 23. November 2010 als Dokument der Gesellschaft einstimmig verabschiedet. Wir danken Carsten Burfeind, M. A., (Berlin) und Prof. Dr. Volker Roelcke (Gießen) sehr für ihre Hinweise und Kommentare.**

# So kommen Ärzte zur richtigen Kamera Megapixel sind nicht alles

Die Verwendung digitaler Kameras in Arztpraxen, zum Beispiel zur hilfreichen Fotodokumentation von Behandlungsverläufen, nimmt zu. Worauf sollte beim Kauf der Kameras jedoch geachtet werden?

Es erleichtert die Arbeit schon sehr, wenn etwa der Verlauf manch chronischer Erkrankung nicht nur textlich, sondern auch mit Hilfe von Fotos in standardisierter Einstellung festgehalten werden kann. Deswegen sollte eine Digitalkamera zur Grundausrüstung einer Arztpraxis gehören. Doch das richtige Modell zu finden ist nicht einfach: Der Markt ist unüberschaubar und viele Kameras haben Funktionen, die für den Praxiseinsatz eher zweitrangig sind.

## Für jeden die passende Kamera

Zunächst einmal gilt es, den richtigen Kameratyp zu finden. Ein Notarzt wird eher eine kleine, leichte Kompaktkamera wählen, während für den hauptsächlich stationären Einsatz in einer Allroundpraxis ein Modell mit mehr Möglichkeiten, also auch unter Umständen mit Wechselobjektiven, sinnvoll ist. Damit die Kamera im „rauen Praxisbetrieb“ durchhält, sollte sie ein robustes Gehäuse haben und sich einfach bedienen lassen, damit auch ungeübte Teammitglieder ohne langes

Nachschlagen in Bedienungsanleitungen das Gerät schnell nutzen können.

Für die Bildqualität sind zwar viele Megapixel (MPx) wichtig, aber es gilt nicht die Formel: je mehr, desto besser. Und auch wenn bereits mit 3 MPx theoretisch 10x15-Bilder in guter Qualität möglich wären, sind inzwischen 8 bis 10 MPx selbst bei den Einsteigerkameras üblich. Für eine gute Dokumentation sollte das Foto anschließend möglichst unverfälscht darstellbar (zu speichern) sein, somit ist es wichtig, dass die Kamera im „Raw“-Modus Fotos unkomprimiert speichern kann. Ebenso wichtig ist ein lichtstarkes Objektiv mit hohem Zoombereich. Weiterhin ist ein Bildstabilisator sinnvoll, der optisch agieren sollte, um auch in der Hektik des Alltags verwacklungsfreie Bilder zu erhalten. Eigenschaften wie Gesichtserkennung und Fotoeffekte sind zwar eine nette Zugabe, aber für die Wahl einer Kamera für Ärzte eher zu vernachlässigen. In jedem Fall sollten sich Datum und Uhrzeit der Aufnahme auf dem Bild automatisch spei-

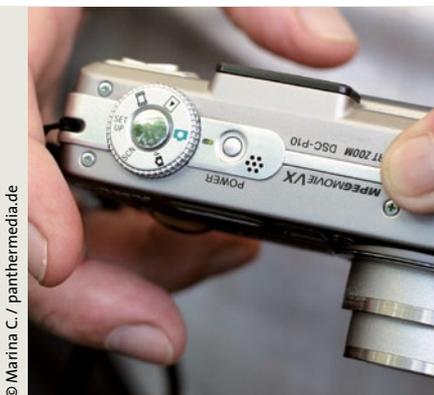
chern. Funktionen wie diese sollten sich einfach an- und wieder abstellen lassen.

## Auf das Zubehör kommt es an

Ein Stativ und eine stabile Aufbewahrungstasche sollte sich jeder Arzt gleich mit anschaffen; ebenso mehrere Speicherkarten mit kleiner Kapazität (4–8 Gigabyte), anstelle einer großen. Somit geht bei einem möglichen Defekt der Karte nicht gleich der gesamte Inhalt verloren. Zusätzlich vermag ein separater Blitz die Szenerie (das Aufnahmefeld und die Umgebung für das Foto) besser auszuleuchten als der in der Kamera enthaltene. Der Extrablitz muss sich dann aber auch von der Kamera ansteuern lassen. Statt eines Frontalblitzes empfehlen sich für den Praxiseinsatz Ringleuchten, die auf das Objektiv gesteckt werden. Sie leuchten vor allem bei Nahaufnahmen, wie sie Ärzte häufiger anfertigen, die Szenerie gleichmäßig aus. Zur Nachbearbeitung der Bilder liegen den Geräten häufig Programme bei, mit denen sich die Qualität verbessern lässt. Doch mit deren Verwendung sollte man vorsichtig sein, um die eventuelle Beweisfähigkeit eines Fotos (durch Veränderungen oder Manipulationen) nicht zu gefährden. Die Fotos sollten umgehend auf den Praxiscomputer oder einen separaten Festplattenspeicher übertragen werden. □

## AUTOR

Thomas Jungbluth



© Marina C. / panthermedia.de

Im hektischen Praxisalltag ist es vor allem wichtig, dass sich die Kamera einfach und ohne lange Einweisung bedienen lässt.

## Marktübersicht – es muss nicht immer die teuerste Kamera sein

Hersteller/Modell	Preis	Beschreibung
Rollei/Compactline 101	ca. 60 €	Kompakte Einstiegskamera, 10 MPx, Videoaufnahmen
Kodak/Easy Share Z915	ca. 110 €	Kompakte Einstiegskamera mit größerem Gehäuse, 10 MPx, Videoaufnahmen, Panoramamodus
Fujifilm/W1	ca. 480 €	Kompakte 3D-Kamera für räumliche Aufnahmen, 10 MPx
Samsung/ST80	ca. 300 €	Allround-Kompaktkamera, 14,4 MPx, Touchscreen zur Bildbearbeitung, WLAN-Verbindung für schnurlose Übertragung zum Praxiscomputer, HD-Videoaufnahme
Sony/Alpha A230	ca. 300 €	Digitale Einstiegsspiegelreflexkamera, 10,2 MPx, Blitzschuh, Wechselobjektive
Canon/EOS 550D	ca. 750 €	Digitale Spiegelreflexkamera, 18 MPx mit sehr guter Bildqualität, Blitzschuh, Wechselobjektive, HD-Videoaufnahmen

Quelle: Recherche bei den Herstellern; Tabelle: Ärzte-Zeitung

## eGesundheitskarte

# 850 Euro Zuschuss für neue Kartenleser

Die Krankenkassen sollen Abzüge bei den Verwaltungskosten hinnehmen, wenn sie die elektronische Gesundheitskarte (eGK) bis Jahresende 2011 nicht an mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten ausgeben. So sieht das „Förderprogramm“ der Bundesregierung für die eGK auf Kassenseite aus.

Fast gleichzeitig haben sich Ärzte und Krankenkassen auf die Zuschüsse geeinigt, die Kassenärzte für neue Lesegeräte erhalten sollen. Die alten Geräte sind allenfalls bedingt kompatibel mit der eGK, jeder niedergelassene Arzt wird neue brauchen, wenn die Karte mit allen Funktionen frei geschaltet wird. Vorgehen ist, dass Kassenärzte für die neuen Lesegeräte maximal 850 Euro Zuschuss bekommen: 355 Euro für einen stationären

Kartenleser in der Praxis, 280 Euro für ein mobiles Gerät, das für Hausbesuche genutzt werden kann, sowie 215 Euro zur Finanzierung der installationsbedingten Aufwendungen. Das Geld soll nach Einschätzung von Experten für eine Basisausstattung von Praxen reichen. Wer technisch besonders hochwertige Geräte anschaffen will oder mehr Kartenleser benötigt, muss dafür selbst zahlen.

Damit die Ausgabe der eGK in den Regionen beginnen kann, müssen Kassen und KVen konkrete Finanzierungsvereinbarungen treffen. Aufgrund des beschriebenen Drucks auf die Kassen ist damit zu rechnen, dass diese Einigungen im Laufe des Jahres kommen werden. Denn nur die überregional auftretenden Krankenkassen haben die Möglichkeit,

die geforderten zehn Prozent ihrer Versicherten mit eGK über die Pilotregion Nordrhein weitgehend abzudecken.

Für Vertragsärzte bedeutet das, dass sie 2011 die Augen für die Entwicklung offen halten sollten. Neue Kartenleser sollten sie sich nur anschaffen, wenn das Gerät die nötigen Zertifizierungen für die eGK vorweisen kann.

Und falls es im Laufe des Jahres tatsächlich zu einem bundesweiten Rollout kommen sollte, dann könnte es von Vorteil sein, nicht bis zum letzten Augenblick mit der Ausstattung mit den Kartenlesern zu warten. Denn in diesem Fall – so unken bereits einige Hersteller – könnte es sogar zu einem Lieferengpass kommen. Doch bevor es so weit ist, muss erst einmal der Startschuss fallen. **ger**

Anzeige

## Tic-Störungen und Tourette-Syndrom

# Kurz aber heftig

Tic-Störungen gehören mit einer Prävalenz von etwa einem Prozent zu den häufigeren Erkrankungen. Die Symptomatik macht die Nähe von Neurologie und Psychiatrie deutlich, da die unwillkürlichen Bewegungen durchaus an neurologische Krankheiten denken lassen.

GÖTZ-ERIK TROTT



**Tics sind meist alltäglichen Verlegenheitshandlungen ähnlich und äußern sich als plötzliche, schell vorübergehende und sich wiederholende Bewegungen, Gesten oder Lautäußerungen.**

**28 Tic-Störungen und Tourette-Syndrom**

Kurz aber heftig

**39 NEUROLOGISCHE KASUISTIK**

Herr Doktor – sind Sie bereit für eine neue MS-Therapie?

**42 CME Delir im Alter**

Erkennen, behandeln, Vermeiden

**47 CME Fragebogen**

**L**ange Zeit wurden Tic-Störungen und das Tourette-Syndrom in Klinik, Praxis und Wissenschaft stiefmütterlich behandelt. Es ist Prof. Dr. Aribert Rothenberger von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Göttingen zu verdanken, dass dieses Krankheitsbild mehr in das Bewusstsein vorgedrungen ist und grundlegende Forschungsarbeiten über mehr als zwei Jahrzehnte geleistet wurden.

Tic-Störungen sind vorübergehende oder chronische Zustände, die mit Einschränkungen im Selbstbewusstsein, Familienleben, sozialer Akzeptanz und Schwierigkeiten in Schule oder am Arbeitsplatz einhergehen, die unmittelbare Folgen der motorischen und/oder phonetischen Tics sind.

**Gilles de la Tourette**

Tic-Störungen wurden bereits in der antiken Medizin erwähnt [Goetz et al.; 2001]. Im 1482 erschienenen „Hexenhammer“ wird detailliert der Fall eines jungen Priesters mit motorischen und phonetischen Tics beschrieben, der durch einen erfolgreichen Exorzismus vor dem Feuerod bewahrt werden konnte [Kramer, 2003]. In der französischen medizinhistorischen Literatur wird von einem Prince de Conde am Hofe Ludwig XIV. im 17. Jahrhundert berichtet, der sich Gegenstände in den Mund steckte, um die unwillkürlichen phonetischen Tics zu verhindern, wenn

er sich in der Nähe des Königs befand [Stevens, 1971].

Das Erkennen von Tic-Störungen als ein umschriebenes neuropsychiatrisches Syndrom und systematische Studien hierzu begannen erst im 19. Jahrhundert nach den Publikationen von Itard (1825) und Gilles de la Tourette (1885). Gilles de la Tourette beschrieb in seiner Studie von 1885 neun Patienten mit „motorischen Dyskoordinationen“, mit „unartikulierten Lautäußerungen begleitet von Worten in Form von Echolalie und Koprologie [Gilles de la Tourette, 1885]. Er beschrieb auch die Verbindung zu Zwangssymptomen und wies auf genetische Faktoren hin.

Während man im 19. Jahrhundert von einer prognostisch eher ungünstigen Erkrankung ausging, sprechen neuere Verlaufsstudien eher für einen günstigen Verlauf. Inzwischen sind auch effektive Behandlungsmöglichkeiten gegeben.

**Definition**

Tics sind plötzliche, rasche, vorübergehende und sich wiederholende Bewegungen, Gesten oder Lautäußerungen, die typischerweise alltäglichen Verlegenheitshandlungen ähnlich sehen. Üblicherweise dauern sie nur sehr kurz an, zeigen aber eine Wiederholungstendenz. Sie treten während des Schlafes nicht auf und können willkürlich für einige Zeit unterdrückt werden. Das Fehlen der Rhythmizität unterscheidet Tics von

stereotypen repetitiven Bewegungen, wie sie manchmal bei autistischen Störungen oder Intelligenzminderungen gesehen werden. Diese Bewegungen variieren in ihrer Intensität und Heftigkeit. Motorische Tics können als desinhibierte Fragmente normaler Bewegungen gesehen werden, sie können von Blinzeln, Naserümpfen, Grimassieren, heftigen Bewegungen des Kopfes oder der Arme, Hochziehen der Schulter bis hin zu komplexen Bewegungsabläufen wie Drehbewegungen, Hüpfen, Springen oder sich-selbst-schlagen variieren. Einfache vokale Tics sind meist Räuspern, Bellen, Schnüffeln, Zischen oder Grunzen. Komplexe vokale Tics beinhalten die Wiederholung bestimmter Wörter oder Sätze, teils der selbst gesprochenen oder die anderer, und in seltenen Fällen obszöner Wörter. Es sind Beurteilungsskalen verfügbar, die das Erfassen der Vielfalt und der Intensität der Tics erleichtern [Leckman et al., 1989].

**Klassifikation**

Das Klassifikationsschema der Weltgesundheitsorganisation ICD 10 unterscheidet sich im Bereich der Tic-Störungen kaum von dem der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft DSM IV. Tics werden in der ICD 10 (F95) als unwillkürliche, rasche, wiederholte, nicht rhythmische motorische Bewegungen (gewöhnlich einzelner Muskelgruppen) definiert, oder als eine Lautpro-

duktion, die plötzlich einsetzt und keinem offensichtlichen Zweck dient. Tics werden zwar generell als nicht beeinflussbar erlebt, dennoch können sie meist für unterschiedliche Zeiträume unterdrückt werden. In emotional belastenden Situationen treten sie verstärkt auf, oft werden Tics von Zwangsstörungen begleitet. Die häufigsten Ticformen treten im Alter von vier bis fünf Jahren auf und zeigen meist Blinzeln, Grimassieren oder Kopfschütteln, sie dauern meist nur kurz an und vergehen ohne spezifische Therapie nach kurzer Zeit. Neurologische Erkrankungen wie Chorea Huntington oder postvirale Enzephalopathien müssen als Ursache ebenso ausgeschlossen werden wie medikamentöse Effekte oder Substanzmissbrauch.

Unterschieden wird zwischen einer vorübergehenden Tic-Störung (F95.0), wenn die Symptome nicht länger als ein Jahr bestehen, und einer chronischen Tic-Störung (F95.1) bei längerer Dauer. Bestehen multiple motorische Tics und ein oder mehrere vokale Tics gleichzeitig, wobei diese Symptome nicht zeitgleich auftreten müssen, dann spricht man von einer kombinierten vokalen und motorischen Ticstörung (Tourette-Syndrom) (F95.2). Diese Einteilung hat klinisch deskriptive Relevanz, man muss davon ausgehen, dass es sich um unterschiedliche Schweregrade derselben Störung handelt [Neuner und Ludolph, 2009].

### Epidemiologie

Einer amerikanischen Analyse zufolge können zur Häufigkeit der Tic-Störung keine exakten Angaben gemacht werden (Centers for Disease Control and Prevention 2009). Die Studien sind untereinander wegen unterschiedlicher Methoden nur schwer zu vergleichen. Eine erste Schätzung unter US-amerikanischen Kindern und Jugendlichen im Alter von sechs bis 17 Jahren ergab eine Lebenszeitprävalenz von 3,0 auf 1.000 auf der Basis von Elternangaben. Die Diagnose einer Tic-Störung wurde bei Jungen dreimal häufiger als bei Mädchen gestellt, ethnische Unterschiede waren auffällig. Bei 79 Prozent der erfassten Personen wurde mindestens eine weitere neuropsychiatrische Diagnose gestellt. In der Zusammenschau der bis-

herigen Forschungsergebnisse muss von einer Prävalenz von einem Prozent ausgegangen werden [Robertson, 2008; Schlander et al., 2010].

### Klinischer Verlauf

Der Verlauf der Tic-Störung ist charakterisiert durch das Auftreten von einfachen vorübergehenden motorischen Tics (im Bereich des Gesichtes, meist Blinzeln) im Alter zwischen fünf und sieben Jahren. Im Laufe der Zeit entwickeln sich die motorischen Tics in rostrakaudaler Richtung und befallen andere Regionen des Gesichts, gefolgt von Kopf, Nacken, Armen und weitaus seltener der unteren Extremität.

Die vokalen Tics treten in der Regel einige Jahre nach der Erstmanifestation der motorischen Tics auf, meist zwischen dem 8. und 15. Lebensjahr. Vokale Tics ohne vorheriges Auftreten motorischer Tics sind nur bei 5 Prozent der Patienten zu beobachten. Die große Mehrheit der betroffenen Kinder zeigt ausschließlich motorische Tics. Komplexe Tics entwickeln sich mit zunehmendem Alter. Die ersten Jahre nach der Erstmanifestation entwickeln sich die Symptome allmählich, schnelle motorische Tics entwickeln sich zu stereotypen komplexen Bewegungsmustern, und undifferenzierte Lautäußerungen werden zu Worten und Sätzen. Die individuelle Unterschiedlichkeit der Entwicklung ist allerdings erheblich.

Die ersten motorischen Tics werden von den Betroffenen meist gar nicht wahrgenommen, sie werden als plötzliche unbewusste und unwillkürliche Bewegungen erlebt. In der Regel werden die jüngeren Kinder durch die Reaktion anderer auf ihre Tics aufmerksam. Zu Beginn des zweiten Lebensjahrzehnts berichten viele Kinder über ein „Vorgefühl“: ein Gefühl der Enge, Anspannung oder des Juckens, in Verbindung mit einem Gefühl des Unwohlseins oder Angst, das nur mit dem Ausagieren der Tics gelöst werden kann. Viele Patienten leiden unter diesem endlosen Kreislauf aus Anspannung und Tic, denn die Entspannung durch den Tic hält nur sehr kurz an.

Mit zunehmender Beachtung des Vorgefühls entwickeln die Patienten einige Strategien der willkürlichen Kontrolle. Diese willentliche Kontrolle kann

jedoch nur begrenzte Zeit gehalten werden, sie kostet viel Kraft und führt zu einer erheblichen Erschöpfung. Wenn die Betroffenen sich alleine und unbeobachtet fühlen, kommt es meist zu einem Tic-Rebound.

Der Verlauf der Tic-Störung ist typischerweise fluktuierend, von Stunde zu Stunde, von Tag zu Tag. Sie treten plötzlich auf, in unerwarteter Heftigkeit und gehen ohne ersichtlichen Grund auch wieder zurück. Tics können durch Stress, Müdigkeit, extreme Temperaturen und externe Stimuli verstärkt werden. Bewusste Bewegungen schwächen das Auftreten von Tics in diesem Bereich ab, und Tätigkeiten, die hohe Konzentration erfordern lassen Tics verschwinden.

Die Schwere des Tic-Leidens nimmt in der Regel im Jugendalter ab, ein Drittel der Betroffenen ist im Erwachsenenalter symptomfrei. Im Alter zwischen acht und zwölf Jahren sind die Symptome meist besonders ausgeprägt. Eine kleine Anzahl von Patienten erfährt gegen Ende des zweiten Lebensjahrzehnts keine Verbesserung oder sogar eine Verschlechterung der Symptomatik. Wesentlichen Einfluss auf die Prognose im Erwachsenenalter haben die Akzeptanz der Störung, die medikamentöse Behandlung und eine nur geringe Ausprägung vokaler Tics [Altman et al., 2009].

### Komorbide Störungen

Kinder mit Tic-Störungen leiden auffallend häufiger unter Zwangsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung und Störungen auf der Verhaltensebene. Während die ADHS-Symptome der Tic-Störung oft einige Jahre vorausgehen, treten Störungen des Sozialverhaltens in der Regel im Alter von 12 bis 14 Jahren auf. Komorbide Störungen verschlechtern die Prognose erheblich [Debes et al., 2010].

Die ADHS tritt häufig gemeinsam mit Tic-Störungen auf [Banaschewski et al., 2007]. In einer deutschen Studie konnte gezeigt werden, dass die höchste Komorbiditätsrate in der Gruppe der 13- bis 18-Jährigen mit 15,1 Prozent zu finden ist. In der Literatur werden bis zu 50 Prozent und mehr angegeben, diese Diskrepanz kann bislang nicht befriedigend erklärt werden. Generell ist davon

auszugehen, dass die Aufdeckungsrate kinderpsychiatrischer Störungen gering ist und dadurch manches übersehen wird.

Die ätiologische Beziehung zwischen ADHS und Tics ist Gegenstand von Forschungsbemühungen [Moll et al., 2001; Rothenberger et al., 2010]. Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass das gemeinsame Auftreten dieser Störungen das Risiko eines ungünstigen Verlaufs erhöht. Die Betroffenen werden von Gleichaltrigen häufig geneckt, sie werden weniger positiv, aggressiver und zurückgezogener als ihre Kameraden beurteilt [Carter et al., 2000]. Negative Rückmeldung durch Gleichaltrige ist ein starker Prädiktor für die Entwicklung psychischer Störungen. Das Risiko für Angst und depressive Störungen und Störungen des Sozialverhaltens steigt erheblich. Nicht die Schwere der Tic-Störung, sondern die komorbide ADHS ist dafür verantwortlich zu machen.

Etwa 40 Prozent der Patienten mit Tic-Störungen entwickeln auch Zwangssymptome. Die Betroffenen zeigen einen früheren Beginn der Symptome als solche ohne Tics, sie haben häufiger sich aufdrängende aggressive Gedanken, sexuell und religiös getönte Obsessionen und häufiger Berührzwänge. Das Ansprechen auf die medikamentöse Therapie mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern ist schlechter, meist muss mit Neuroleptika kombiniert werden.

In einer prospektiven Studie konnten Bloch und Mitarbeiter zeigen, dass 41 Prozent der Probanden, die im Kindesalter an einer Tic-Störung litten, im Erwachsenenalter zumindest milde Zwangssymptome entwickelten. Bestehen die Zwangssymptome schon im Kindesalter, so neigen diese mehr zum Persistieren als die Tics.

### Ätiologie

Genetische Ursachen kommen in der Entstehung von Tic-Störungen eine große Bedeutung zu. Die Konkordanzrate bei monozygoten Zwillingen liegt bei mehr als 50 Prozent, bei dizygoten Zwillingen bei 10 Prozent. Die bisherigen molekulargenetischen Untersuchungen lassen den Schluss zu, dass mehrere Regionen im Genom beteiligt sind [O'Rourke et al., 2009; Pauls 2003].

Die Suche nach nicht genetischen Faktoren, die einen Einfluss auf die Expression einer genetischen Vulnerabilität haben, ließ perinatale Risikofaktoren in den Blickpunkt des Interesses geraten. Schon in den 1950er-Jahren wurde über eine Häufung perinataler Risiken bei Tic-Erkrankten berichtet und in der Folge zeigten Befunde gehäuft, wenngleich in unterschiedlicher Signifikanz, niedriges Geburtsgewicht, Unreifezeichen, niedrige Apgar-Werte sowie Nikotin- [Mathews et al., 2006] und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft.

Für die Annahme neuroanatomischer Faktoren (Basalganglien und kortikostriatale thalamokortikale Bahnen) besteht hohe Evidenz. Studien mit bildgebenden Verfahren konnten Auffälligkeiten im Bereich der Basalganglien belegen [Ludolph et al., 2006], ebenso im Bereich der temporolimbischen Bahnen und des orbitofrontalen, sensomotorischen und des Assoziationskortex.

Schon in den Arbeiten zum Tourette-Syndrom des ausgehenden 19. Jahrhunderts wurden postinfektiöse Zustände als Ursache in Betracht gezogen [Kushner, 1999]. Beta-hämolyisierende Streptokokken der Gruppe A vermögen bei prädisponierten Patienten durch eine Autoimmunreaktion Erkrankungen hervorzurufen. Das akute rheumatische Fieber hat nicht selten neben einer rheumatischen Karditis auch eine Chorea Sydenham mit Befall der Basalganglien und der entsprechenden kortikalen und thalamischen Regionen zur Folge.

Es wird vermutet, dass die „pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infection“ (PANDAS) eine klinische Entität darstellt, die neben den Symptomen einer Chorea Sydenham auch die eines Tourette-Syndroms sowie die einer Zwangsstörung zur Folge hat [Luo et al., 2004].

Da die Symptome einer Tic-Störung unter Anspannung exazerbieren, wurde viel über die Rolle psychosozialer Belastungen bei der Genese dieses Syndroms spekuliert. Shapiro und Mitarbeiter konnten darlegen, dass diese triggernden Stressoren durchaus nicht negativen Charakter haben müssen [Shapiro et al., 1988]. Es kann aber durch eine psychogene Interpretation eine Dynamik in Gang kommen. Versuche, die Tics durch



herabsetzende Äußerungen oder Strafen zu unterdrücken, kann zu einer Exazerbation der Symptomatik und zu schweren emotionalen Beeinträchtigungen führen.

### Diagnose

Die Diagnostik sollte sich nicht auf die Erfassung der motorischen und vokalen Symptome beschränken. Ein vollständiger psychiatrischer Befund muss immer erhoben werden, ebenso eine körperlich-neurologische Untersuchung. Bei der Anamneseerhebung sollte nach vorangegangenen entzündlichen Erkrankungen gefragt werden, ebenso nach Belastungen mit Tic-Störungen in der Aszendenz sowie nach Medikamenteneinnahmen und vorangegangenen Therapieversuchen. Zu bedenken ist, dass Betroffene die Symptomatik durchaus kurzfristig unterdrücken können, sodass bei der Erstuntersuchung das klinische Bild sich weniger dramatisch als geschildert darstellen kann.

Die häufigen komorbiden Störungen wie Zwangsstörungen und ADHS müssen bei der Untersuchung bedacht werden.

### Differenzialdiagnose

Einfache motorische Tics können bei verschiedenen neurologischen hyperkinetischen Störungen auftreten, so zum Beispiel bei Myoklonien, Chorea, Athetosen, Dystonien, paroxysmale Dyskinesien und ballistischen Störungen. Auch im Rahmen eines Morbus Wilson oder

einer Chorea Huntington können ticartige Bewegungen beobachtet werden, ebenso bei einigen Epilepsieformen. Meist hilft schon die sorgfältige Anamnese, gezielte Untersuchungen zur differenzialdiagnostischen Abklärung in die Wege zu leiten.

Komplexe Tics zeigen Überschneidungen zu anderen repetitiven Bewegungsstörungen. Gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung und eingeschränkter sprachlicher Ausdrucksfähigkeit kann sich die Differenzialdiagnose schwierig gestalten. Stereotypien haben in der Regel einen früheren Beginn als Tics, neigen dazu, bilateral aufzutreten und zeigen nicht wie Tics einen fluktuierenden Verlauf. Bei komorbider Zwangsstörung kann es schwerfallen, zwischen Tics und Zwangshandlungen zu unterscheiden. Parakinesen im Rahmen kataroner Störungen ähneln bisweilen komplexen Tics [Neumärker et al., 1996].

### **Behandlung**

Die Therapie wird von der Dauer und Schwere der Symptomatik sowie von den krankheitsbedingten Einschränkungen im sozialen Leben bestimmt. Durch den fluktuierenden Verlauf der Erkrankung empfiehlt sich eine flexible, an den unmittelbaren Bedürfnissen sich orientierende Behandlung. Psychoedukative und supportive Maßnahmen sollten auch bei mildereren Fällen zum Einsatz kommen.

Psychoedukative Interventionen zielen darauf ab, den Betroffenen und seine

Umgebung über das Störungsbild sachlich zu informieren und stigmatisierende Vorurteile abzubauen. Wenn es gelingt, die Tic-Symptomatik nicht als provokativ, sondern als Ausdruck einer Erkrankung zu sehen, ist bereits viel erreicht. Auch die Gewissheit, dass diese Störung eine hohe Remissionsrate hat, führt bei den Betroffenen und deren Angehörigen zu einer spürbaren Entlastung.

Bei Kindern kann es sinnvoll sein, außer der Familie auch Lehrer über diese Störung sachlich zu informieren und konkrete Hilfen für schwierige Situationen an die Hand zu geben (z.B. die Empfehlung, das Kind nicht auf die Tics anzusprechen, bei starken Tic-Paroxysmen dem Kind erlauben, das Klassenzimmer zu verlassen, flexible Gestaltung wenn vor der Klasse etwas vorgetragen werden soll etc.). Wenn es gelingt, auch die Gruppe der Gleichaltrigen zu erreichen und damit die Ausgrenzung und Stigmatisierung zu vermindern, ist viel gewonnen.

An psychotherapeutischen Verfahren hat sich das „habit reversal training“ (HRT) zur Reduktion von Tics bewährt. Das HRT hat zwei Schwerpunkte: Zum einen soll die Wahrnehmungsfähigkeit der Tics beim Betroffenen verbessert werden, die Tics sollen bewusst vor dem Spiegel durchgeführt werden und Situationen, in denen es vermehrt zu Tics kommt, sollen identifiziert werden. Des Weiteren lernt der Patient, durch isometrische Kontraktion der den Tic-Bewegungen oppositionellen Muskeln, den Drang zu vermin-

dern [Piacentini & Chang, 2001]. Eine vom National Institute of Mental Health (NIMH) durchgeführte Studie „Comprehensive Behavioral Intervention for Tics“ (CBIT), die das Ziel hatte, mit den Tics im Alltag besser umzugehen, und die Elemente der Psychoedukation mit funktionsbasierten verhaltenstherapeutischen Interventionen und progressiver Muskelrelaxation kombinierte, zeigte bei Kindern sehr ermutigende Ergebnisse [Piacentini et al., 2010].

### **Psychopharmakologische Therapie**

Eine psychopharmakologische Behandlung ist indiziert, wenn die Tic-Symptomatik zu einer erheblichen Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus führt. Die Studienlage ist sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen noch nicht wirklich zufriedenstellend. Es besteht eine markante Diskrepanz zwischen der klinischen Erfahrung und der wissenschaftlichen Datenlage.

Als Substanzen kommen vor allem Dopamin-D2-Rezeptor-Antagonisten in Betracht, die sich am besten bewährt haben. Haloperidol ist die älteste Substanz, die sich bei der Behandlung von Tic-Störungen als effektiv gezeigt hat, kann aber heute durch die Verfügbarkeit neuerer Substanzen nicht mehr empfohlen werden, wenngleich sie die einzige zugelassene Substanz für diese Indikation ist.

Zur Behandlung Erwachsener mit Tic-Störungen sind keine psychiatrischen Leitlinien verfügbar, lediglich neurologische. Auch das britische National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) hat bislang keine Empfehlungen formuliert. In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (<http://www.awmf-leitlinien.de/>) wird Tiaprid als Mittel der ersten Wahl empfohlen. Die Erfahrungen mit dieser Substanz sind langjährig und gut, wenngleich durch das Fehlen von Fortsetzungsstudien die Zulassung für diese Indikation erloschen ist und damit die Verordnung formal off label ist. Tiaprid sollte einschleichend dosiert werden, beginnend mit 2 mg/kg/KG, wochenweise steigend bis 10 mg/kg/KG. Initiale Müdigkeit sowie Kreislaufdysregulationen sind zu



beachten, deshalb empfiehlt es sich, mit der Eindosierung abends zu beginnen.

Gute Erfahrungen liegen auch mit Risperidon vor, hier sollte man mit 0,5 mg pro Tag beginnen und bei Bedarf kann bis auf 4 mg/Tag gesteigert werden.

Gut wissenschaftlich dokumentiert ist die Behandlung mit Pimozid, bei dieser Substanz muss das Spektrum der unerwünschten Arzneimittelwirkungen bedacht werden. Auch Sulpirid hat eine gute Effektivität zeigen können.

In der US-amerikanischen Fachliteratur wird Clonidin als Mittel der zweiten Wahl erwähnt. Clonidin ist ein Alpha-2-Rezeptor-Agonist und reduziert die zentralnervöse noradrenerge Aktivität. Motorische Tics sprechen besser als vokale Tics auf diese Substanz an. Man beginnt in der Regel mit 0,05 mg, verteilt über den Tag mit Gaben alle 4 Stunden, bis zu einer Dosis 0,5 mg/kg/Tag.

Ein weitere Alpha-2-Rezeptor-Agonist ist Guanfacin, das bis vor kurzem in Deutschland noch aus belgischer Produktion erhältlich war. In USA hat Guanfacin in Retardzubereitung eine Zulassung zur Behandlung von ADHS und Tics. Guanfacin ist weniger sedierend als Clonidin und zeigt keine Rebound-Hypertonie beim Absetzen. Man beginnt mit einer abendlichen Gabe von 0,5 mg und steigert langsam bis auf 4 mg/Tag. Erfahrungen gibt es auch mit Neuroleptika der neueren Generation zumindest in offenen Studien, so zu Ziprasidon [Sallee et al., 2000], Olanzapin [McCracken et al., 2008] Quetiapin [deJonge et al., 2007] und Aripiprazol [Lyon et al., 2009].

Therapeutische Ansätze, für die es einen rationalen Hintergrund, aber keine ausreichenden Erfahrungen gibt, sind Dopaminrezeptor-Agonisten wie Pergolid oder Pramipexol, Nikotin, Baclofen, Tetrabenazin und Dronabinol [Trott, 2004]. Glutamat Modulatoren könnten einen neuen therapeutischen Zugang darstellen [Singer et al., 2010].

Botulinum-Injektionen zur Behandlung umschriebener Tics scheinen effektiv zu sein, die Wirkung hält drei Monate an. Erste ermutigende Fallberichte gibt es zur tiefen Hirnstimulation bei Tourette-Patienten, die repetitive Magnetstimulation scheint wirkungslos bei dieser Indikation zu sein. Neurochirurgische Eingriffe wurden in therapieresistenten

Fällen versucht, kontrollierte Studien sind dazu nicht verfügbar.

Da die psychiatrischen Komorbiditäten eher die Regel als die Ausnahme sind, muss bei der Behandlungsplanung entschieden werden, welche Zielsymptome zuerst angegangen werden. Auch wenn man oft eine zweizügelige Therapie durchführen muss, sollte mit einer Substanz begonnen werden. Liegt eine Zwangsstörung vor, dann ist die Gabe von SSRIs angezeigt. Dies gilt auch bei Angst- und depressiven Störungen, hier kann auch eine Therapie mit SNRIs (z. B. Venlafaxin) sinnvoll sein.

Liegt eine ADHS vor, dann sollte zunächst mit Methylphenidat die Behandlung begonnen werden, in zweiter Linie mit Atomoxetin oder Clonidin. Neuere Studien haben gezeigt, dass Methylphenidat allenfalls vorübergehend zu einer Zunahme der Tics führt [Rössner et al., 2006]. Die Kombination von Methylphenidat mit Tiaprid oder Risperidon ist gelegentlich notwendig und bewährt [Bloch et al., 2009].

### Fazit

Tic-Störungen sind häufige Erkrankungen, sie werden in der Praxis aber nach wie vor nicht genügend beachtet. In der ärztlichen Primärversorgung werden Patienten mit Blinzeltics häufig zum Augenarzt, Patienten mit Räuspertics zum HNO-Arzt geschickt. Der weit überwiegende Teil der Tic-Störungen hat eine gute Prognose, die therapeutische Annehmbarkeit ist günstig. Psychiatrische Komorbiditäten sind eher die Regel als die Ausnahme. Psychoedukative Maßnahmen kommt eine hohe Bedeutung zu, die Angebote der Tourette-Selbsthilfegruppe (z. B. Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V.) stellt für viele Patienten eine wichtige zusätzliche Unterstützung dar ([www.tourette.de](http://www.tourette.de)). □

### LITERATUR

beim Verfasser

**Univ.-Prof. Dr. med. Götz-Erik Trott**

Luitpoldstr. 2 – 4

63739 Aschaffenburg

E-Mail: [praxis-trott@t-online.de](mailto:praxis-trott@t-online.de)

## Somatoforme Störungen

# Der beste Weg zum Gutachten

Die Begutachtung somatoformer Störungen gestaltet sich meist sehr schwierig, da all diesen Störungen eine hinreichend erklärbare Symptomatik der somatischen Ursache fehlt, die Betroffenen aber der Überzeugung sind, an einer körperlichen Ursache der Beschwerden zu leiden.

BERNHARD WIDDER

Gemäß ICD-10 umfassen somatoforme Störungen (F45) ein breites Spektrum an Beschwerdebildern, das von polytopen Schmerzen über Beschwerden im kardiovaskulären, gastrointestinalen, respiratorischen und/oder Urogenitalsystem bis hin zu „Befindlichkeitsstörungen“ wie vorzeitiger Erschöpfbarkeit und Müdigkeit, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Missempfindungen und Taubheitsgefühlen, Angstzuständen, Muskelschwäche und vieles mehr reicht. Hierunter zu subsumieren sind letztlich auch „neue“ Krankheiten wie das „Chronisch-Fatigue-Syndrom“, die „Multiple Chemical Sensitivity“, das „Fibromyalgie-Syndrom“ oder das „Sick-Building-Syndrom“, die bemerkenswerten Ähnlichkeiten mit ihren „Vorgängersyndromen“ wie der „Eisenbahnkrankheit“ oder der „epidemischen Neuromyasthenie“ zeigen. Gemeinsamer „Link“ all dieser Störungen ist das Fehlen einer die Symptomatik (hinreichend) erklärbaren soma-

tischen Ursache und die meist feste Überzeugung der Betroffenen, (trotzdem) an einer körperlichen Ursache der Beschwerden zu leiden.

Die Begutachtung somatoformer Störungen ist aus folgenden Gründen schwierig:

- Klinische und apparative Befunde allein sind nur von geringer Bedeutung, da pathologische Befunde definitionsgemäß entweder ganz fehlen oder nichts über das Ausmaß tatsächlich bestehender Funktionsbeeinträchtigungen aussagen.
- Auch noch so beeindruckende Diagnosen, wie zum Beispiel die eines Fibromyalgie-Syndroms sagen nichts über den Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung aus.
- Die subjektive Selbsteinschätzung einschließlich aller Selbsteinschätzungsskalen und Fragebögen allein ist in der gutachtlichen Situation mit dem Wunsch einer finanziellen und/oder gesellschaftlichen Kom-

pensation der geklagten Beschwerden nicht ohne Weiteres verwertbar.

- Ein geringer oder ausbleibender Behandlungserfolg begründet nicht zwangsläufig auch einen hohen Leidensdruck mit schweren Funktionsbeeinträchtigungen.

Gemäß den Vorgaben in den meisten Rechtsgebieten sind Funktionsstörungen jedoch im so genannten „Vollbeweis“ nachzuweisen, das heißt „mit einem für das praktische Leben brauchbaren Grad an Gewissheit, der den Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuschließen“. Lediglich plausible, nachvollziehbare oder am ehesten anzunehmende Funktionsstörungen erfüllen dieses Kriterium nicht und machen, wenn sich derartige Aussagen in einem Gutachten finden, dieses für den Auftraggeber wertlos. Angesichts dieser Schwierigkeiten empfiehlt sich in der Begutachtungssituation – nach vorausgegangener Klärung der Diagnose – ein standardisiertes Vorgehen in vier Schritten:

### 1. Erfassung der geklagten Funktionsbeeinträchtigungen

Eine strukturierte Erfassung der geklagten Funktionsbeeinträchtigungen kann nach den Vorgaben des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) erfolgen. Nach ICF-Definition ist eine Person funktional gesund, wenn

- ihre körperlichen Funktionen und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),
- sie all das kann, was von einem gesunden Menschen erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und



**Relevante Parameter der ICF-Klassifikation zur Erfassung von Funktionsbeeinträchtigungen bei somatoformen Störungen [nach 1, 4]**

<b>Körperfunktionen und -strukturen</b>	
Mentale Funktionen	Psychoziale, psychomotorische, emotionale und höhere kognitive Funktionen; Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs, des Schlafes, der Aufmerksamkeit, des Denkens, der Selbstwahrnehmung
Sinnesfunktionen und Schmerz	Berührungs- und Tastsinn, Sinnesfunktionen bezüglich Temperatur und anderer Reize, Schmerz
Funktionen verschiedener Systeme	Funktionen des kardiovaskulären, gastrointestinalen, und respiratorischen Systems
Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems	Sexuelle Funktionen
Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen	Funktionen der Gelenkbeweglichkeit, der Muskelkraft, des Muskeltonus, der Muskelausdauer und der Kontrolle von Willkürbewegungen
<b>Aktivitäten und Partizipation</b>	
Lernen und Wissensanwendung	Aufmerksamkeit fokussieren, Probleme lösen, Aneignen von Fertigkeiten, Entscheidungen treffen
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Aufgaben übernehmen, die tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen
Kommunikation	Fähigkeit zur Vermittlung und zum Empfang von gesprochenen, schriftlichen und non-verbale Mitteilungen, Möglichkeiten zur Konversation und Diskussion
Mobilität	Elementare Körperpositionen wechseln, in einer Körperposition verbleiben, Gegenstände anheben und tragen, Gehen, sich auf andere Weise fortbewegen, Transportmittel benutzen, ein Fahrzeug fahren
Selbstversorgung	Sich waschen, kleiden, Körperpflege durchführen, auf seine Gesundheit achten
Häusliches Leben	Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Vorbereitung von Mahlzeiten, Hausarbeiten erledigen, Haushaltsgegenstände pflegen, Anderen helfen
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Komplexe interpersonelle Interaktionen, Familienbeziehungen, intime Beziehungen
Bedeutende Lebensbereiche	Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit, Religion und Spiritualität, politisches Leben

— sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem gesunden Menschen erwartet wird (Konzept der Partizipation).

Im Umkehrschluss können Funktionsbeeinträchtigungen anhand der erkennbaren Einschränkungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie der Aktivitäten und der Möglichkeiten zur Partizipation erfasst werden. Als Kurzform hierfür bietet sich das „ICF core set widespread pain“ an (Tab. 1).

## 2. Objektivierung subjektiver Beeinträchtigungen

Im zweiten Schritt hat der Sachverständige Stellung dazu zu nehmen, ob und aufgrund welcher Fakten die zu eruierten Funktionsbeeinträchtigungen zur subjektiven Gewissheit des Gutachters (Vollbeweis) im geklagten Umfang tatsächlich bestehen. Diese Abklärung

erfordert eine kriminalistisch anmutende „Konsistenzprüfung“ durch kritische Zusammenschau folgender Parameter:

- Der Beschreibung des Verlaufs in den Akten kommt erhebliche Bedeutung zu, da die Akteninhalte gemäß den rechtlichen Vorgaben als gegebene „Anknüpfungstatsachen“ zu bewerten sind.
- Neben der ausführlichen Exploration gehört auch die körperliche Untersuchung zwingend zur psychiatrisch-psychosomatischen Begutachtung, da sich hieraus wesentliche Aussagen zu einer möglichen Aggravation von Beschwerden ableiten lassen.
- Die Beobachtung während des gesamten persönlichen Kontakts mit dem zu Begutachtenden vermittelt wichtige Eindrücke über tatsächlich bestehende körperliche und psychische Beeinträchtigungen.

- Die Fremdanamnese von Familienangehörigen mit Zustimmung des Probanden verfestigt die von dem zu Begutachtenden gemachten Angaben oder relativiert diese. Im Zivilgerichtsverfahren sind Fremdanamnesen jedoch nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Gerichts statthaft.
- Fragebogen und Selbstbeurteilungsskalen stellen eine wesentliche Hilfe dar und werden in Sozialgerichtsverfahren sogar ausdrücklich gefordert. Eine unkritische Übernahme der hierin gemachten Aussagen ist in der gutachtlichen Situation jedoch zu vermeiden.
- Insbesondere bei geklagten kognitiven oder anderen neuropsychologischen Defiziten finden sich inzwischen zahlreiche Beschwerdewalidierungstests, die Aussagen darüber vermitteln, ob und inwieweit die geklagten Beeinträchtigungen „valide“ und glaubhaft sind.

Tabelle 2

**Hinweise auf nicht oder nicht in dem geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen („Konsistenzparameter“)**  
[nach 4]

- Diskrepanz zwischen Beschwerdenschilderung (einschließlich Selbsteinschätzung in Fragebogen) und körperlicher und/oder psychischer Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation
- Wechselhafte und unpräzise-ausweichende Schilderung der Beschwerden und des Krankheitsverlaufes
- Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und fremdanamnestischen Informationen (einschließlich Aktenlage)
- Fehlende Modulierbarkeit bei geklagten Schmerzen
- Diskrepanz zwischen geschilderten Funktionsbeeinträchtigungen und zu eruierten Aktivitäten des täglichen Lebens und der Partizipation
- Fehlen angemessener Therapiemaßnahmen und/oder Eigenaktivitäten zur Beschwerdenlinderung trotz ausgeprägt beschriebener Beschwerden
- Fehlende sachliche Diskussion möglicher Verweistätigkeiten bei Begutachtungen zur beruflichen Leistungsfähigkeit
- Auffälligkeiten bei Tests und Fragebögen zur Beschwerdewalidierung
- Diskrepanz zwischen der Medikamentenanamnese und laborchemisch bestimmten Medikamentenspiegeln

— In Zweifelsfällen dient die Bestimmung des Medikamentenspiegels der Überprüfung, ob die angegebenen Medikamente auch tatsächlich eingenommen werden. Aufgrund der Möglichkeit einer schnellen Metabolisierung kommt dabei dem Nachweis eines Medikaments größere Bedeutung zu als dem konkreten Blutspiegel. Zweifel am Ausmaß der geklagten Beschwerden können aufkommen, wenn die in Tabelle 2 genannten Kriterien erkennbar sind.

**3. Prüfung der willentlichen Beeinflussbarkeit**

Lassen sich Funktionsbeeinträchtigungen zur Überzeugung des Gutachters nachweisen, gilt es gemäß den rechtlichen Vorgaben im nächsten Schritt zu klären, ob und inwieweit die geklagten Beschwerden bewusst oder bewusstseinsnah zur Durchsetzung eigener Wünsche (z. B. nach Versorgung, Zuwendung oder Entlastung von unangenehmen Pflichten) gegenüber Dritten eingesetzt werden (sekundärer Krankheitsgewinn) und damit letztlich willentlich zu überwinden wären, oder ob

die bestehenden Beeinträchtigungen den Lebensablauf und die Lebensplanung soweit übernommen haben, dass eine Überwindbarkeit – willentlich und/oder durch Therapie – nicht mehr möglich erscheint. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein zunächst bewusst zur Entlastung eingesetztes Beschwerdebild sich im Rahmen einer Chronifizierung zunehmend verselbstständigen kann und schließlich nicht mehr willentlich zu beeinflussen ist. Allein die Tatsache lange andauernder Beschwerden schließt eine bewusstseinsnahe Steuerbarkeit jedoch nicht aus.

Hinweise auf eine bestehende Steuerbarkeit der geklagten Beschwerden geben insbesondere nachfolgende zwei Kriterien:

- Rückzug von unangenehmen Tätigkeiten (z. B. Beruf, Haushalt), jedoch nicht von den angenehmen Dingen des Lebens (z. B. Hobbys, Vereine, Haustiere, Urlaubsreisen)
- Beibehalten von Führungs- und Kontrollfunktionen (z. B. Überwachung der Haushaltsarbeit von Angehörigen, Beibehaltung matriarchalischer/patriarchalischer Funktionen, Steuerung des Einkaufsverhaltens

der Angehörigen) trotz erkennbarem Rückzug von aktiven Tätigkeiten

**4. Gutachtliche Bewertung**

Im abschließenden Schritt der gutachtlichen Würdigung sind letztlich lediglich vier Aussagen möglich (s. Abb.):

- Der Gutachter ist davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen und willentlich oder durch Therapie nicht (mehr) überwunden werden können. Bei hinreichend klarer Argumentation wird hieraus im Allgemeinen eine Anerkennung der eingeforderten Versicherungs- oder Rentenleistung resultieren.
- Der Gutachter ist zwar davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, diese aber durch Therapie in absehbarer Zeit und in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten. In Abhängigkeit der zeitlichen Vorgaben des jeweiligen Rechtsgebiets führt dies zu vorübergehenden Leistungen und/oder einer Nachbegutachtung nach Therapie.
- Der Gutachter ist zwar davon überzeugt, dass die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen bestehen, diese aber willentlich in wesentlichem Umfang überwunden werden könnten. Da dem Antragsteller die Beweislast für von ihm geltend gemachten Leistungseinschränkungen zukommt, wird dies im Allgemeinen zur Ablehnung von Versicherungs- oder Rentenleistungen führen.
- Der Gutachter ist nicht davon überzeugt, dass die Funktionsbeeinträchtigungen in der geklagten Form bestehen. Auch in diesem Fall bleibt der Antragsteller den Beweis für das Vorliegen der geltend gemachten Einschränkungen mit den o.g. Konsequenzen schuldig. □

**LITERATUR**

beim Verfasser

**Bernhard Widder**

Klinik für Neurologie und Neurologische Rehabilitation, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, 89312 Günzburg, E-Mail: neurologie@bkh-guenzburg.de



## Neurologische Kasuistik

# Herr Doktor – sind Sie bereit für eine neue MS-Therapie?

### Anamnese

Eine 42-jährige Patientin, die seit vier Jahren an einer Multiplen Sklerose vom schubförmigen Verlauf mit kompletten Remissionen leidet, wird bei hoher Schubfrequenz bei geringer T2-Läsionslast im Schädel-NMR seit drei Jahren immunmodulatorisch mit Interferon beta-1a einmal wöchentlich behandelt. Hierunter kam es im ersten Jahr der Therapie zu einer Neuritis nervi optici links und drei Monate später zu einer Sensibilitätsstörung in den Beinen. Da eine ausgeprägte Spritzenphobie bestand war eine diskutierte Umstellung der Interferontherapie auf ein anderes Interferonpräparat oder auf Gladimercetat damals von der Patientin abgelehnt worden. Nach schubfreiem Intervall von 20 Monaten kam es im dritten Jahr der Therapie erneut zu einem Schub mit einer aufsteigenden Hypästhesie am rechten Bein bis L1, die sich spontan innerhalb von vierzehn Tagen wieder zurückbildete.

Sechs Monate später trat dann eine akuten Hirnstammsymptomatik mit Hypästhesie der linken Gesichtshälfte, einer Gangunsicherheit und leichter Schluckstörung auf. Darüber hinaus klagte die berufstätige Mutter von drei Kindern über eine allgemeine Kraftlosigkeit und rasche Erschöpfbarkeit. Als Ursache stellte sich ein neuer Kontrastmittel-aufnehmender Herd in der Medulla oblongata links dar. Weiterhin fanden sich keine T1-Läsionen oder Atrophie-Zeichen; supratentoriell zeigten sich im Verlauf unverändert nur zwei T2-Läsionen paraventriculär. Unter einer Kortisonstoßtherapie mit 3 x 1.000mg Methylprednisolon besserte sich die Symptomatik rasch und die Patientin wurde

bis auf eine raschere Ermüdbarkeit und eine leichte Blasenstörung mit gelegentlichem imperativen Harndrang wieder beschwerdefrei.

Die Bestimmung der Interferon-Antikörper ergab keinen Hinweis auf neutralisierende Antikörper. Unverändert litt die Patientin stark unter den wöchentlichen Injektionen, so dass auch die Möglichkeit einer Umstellung auf eine orale Therapie mit der Patientin diskutiert wurde.

### Interferontherapie abgebrochen

Bei der letzten Kontrolluntersuchung berichtete die Patientin nun, dass sie die Interferontherapie abgebrochen habe und in ihrem Heimatland (Serbien) bei einem Gefäßchirurgen, der ihr im Internet genannt worden sei, eine Dilatation der Vena jugularis erhalten habe. Sie habe den Eingriff sehr gut überstanden und fühle sich nun besser als in den letzten zwei Jahren. Sie sei nicht mehr so angespannt und müde. Sie habe wieder mit dem Joggen angefangen und laufe mehrere Kilometer ohne Pause. Auch die Blasenfunktion sei jetzt wieder ganz normal.

Sie mache aktuell eine „Bierhefe-Kur“, die ihr ebenfalls im Internet-Chat empfohlen wurde und will aktiv in den entsprechenden Internet-Foren über ihre sehr guten Erfahrungen und den „erkennbar positiven Effekt“ der Venendilatation berichten. Sie würde gerne auch anderen Patienten der Praxis zu dieser Therapie verhelfen. Außerdem gibt die Patientin weiterhin an, trotz mehrfacher Aufklärung über das erhöhte Risiko rascher in einen sekundär progredienten Verlauf überzugehen, unverändert zu rauchen.

### 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 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?

NT 12/2010

**P:** Hyperprolaktinämie unter antipsychotischer Therapie

Das **Online-Archiv** finden Sie auf den Homepages der Berufsverbände unter [www.bvdn.de](http://www.bvdn.de)  
[www.neuroscout.de](http://www.neuroscout.de)  
[www.bv-psychiater.de](http://www.bv-psychiater.de)



Die neurologische Untersuchung zeigt einen normalen Hirnnervenstatus mit unauffälliger Okulo- und Pupillomotorik. Die Standstabilisierung ist einschließlich erschwerter Gangproben normal. Es finden sich keine sensiblen oder motorischen Ausfälle. Es besteht keine Störung der Blasen-, Mastdarm- oder Sexualfunktion.

Die zentralmotorischen Leitungszeiten zu den Beinen (M. extensor digitorum brevis) sind nach rechts mit 25,2 ms und nach links mit 29,5 ms beidseits pathologisch erhöht.

### Diagnose

Multiple Sklerose vom schubförmigen Verlauf, Zustand nach Dilatation der V. jugularis links bei chronischer venöser Insuffizienz. □

### LITERATUR

beim Verfasser

**Dr. med. Peter Franz**  
München

### Fragen

#### 1. Welche der Angaben über den venösen Abstrom aus dem Gehirn trifft nicht zu?

- a Die Hirnvenen und Sinus weisen keine Venenklappen auf.
- b Der zervikale Abfluss erfolgt im Sitzen und Stehen überwiegend über die Jugularvenen.
- c Das oberflächliche Venensystem drainiert in den Sinus sagittalis superior.
- d Das tiefe zerebrale Venensystem drainiert in die V. cerebri magna (Galen).  
 e Stenosingungen der Venen können sowohl in der Duplexsonografie als auch der MR-Angiografie dargestellt werden.

#### 2. Zu den Kriterien einer chronisch zerebrospinalen venösen Insuffizienz gehört?

- a Nachweis einer proximalen Stenose der V. jugularis interna
- b Reflux in den Vv. jugulares oder Vv. vertebrales
- c Umkehrung der körperlageabhängigen Hämodynamik im zervikalen Venensystem
- d Reflux in den Vv. basales Rosenthal
- e Alle sind richtig.

#### 3. Welche Aussage zur aktuellen Datenlage über die Hypothese der chronisch zerebrospinalen Insuffizienz ist falsch?

- a Eine venöse Stenose in den Vv. jugulares findet sich auch bei Gesunden häufiger.
- b Neuere Untersuchungen zeigen, dass es auch bei nachgewiesener Abflussbehinderung in der V. jugularis interna nicht regelmäßig zu einer Änderung des venösen zerebralen Blutflusses oder der Liquorzirkulation kommt.
- c Bisher existieren keine auf die spezifischen Erfordernisse venöser zerebraler und extrazerebraler GefäÙe zugeschnittenen Stents.
- d Nach den bisherigen Veröffentlichungen ist das Venen-Stenting ohne Nebenwirkungen verlaufen.
- e Aufgrund der Datenlage sollten invasive Eingriffe nur im Rahmen von Studien durchgeführt werden.

### Lösungen

#### 1b; 2e; 3d

Mit der Einführung des meist nur sehr unscharf definierten Begriffes Adherence in die Behandlung chronischer Erkrankungen wurde auch in der Behandlung der Multiplen Sklerose dem behandelnden Arzt die Aufgabe zugewiesen, sich bewusster um eine stabile und emotional positive Arzt-Patienten-Beziehung zu bemühen, die für das Verfolgen eines gemeinsamen Therapiezieles mitentscheidend ist [Vermeire, 2001]. So versuchen auch viele niedergelassene Neurologen durch den Einsatz von Informationsbroschüren und Informationsveranstaltungen eine tragfähige Basis für gemeinsame Therapieentscheidungen herzustellen. Eine immer größere Bedeutung in der Patienteninformation kommt jedoch dem Internet zu. Viele Patienten beziehen dort besonders aus den freien Patientenforen und -chats die Informationen (z. B. www.csvi-ms.net), die ihre Therapieentscheidungen oftmals mehr als das Gespräch

mit dem Arzt prägen. So bezogen auch fünf von zehn Patienten in einer ersten Untersuchung der Bochumer Arbeitsgruppe zu dieser Frage, die schon von der „venösen Hypothese“ der MS gehört hatten, ihr Wissen aus diesen Quellen [Krogias, 2010].

**Frage 1b:** Während die arterielle Gefäßseite des Gehirns doch in den letzten Jahrzehnten intensiv untersucht wurde, liegen zur Hämodynamik und Pathophysiologie des zerebralen Venensystems noch relativ wenige Untersuchungen vor. Durch die leichtere Komprimierbarkeit venöser GefäÙe im Vergleich zu Messungen an arteriellen GefäÙen erhöht sich die Gefahr von Fehlmessungen bei planimetrischen Verfahren zur Stenosegraduierung. Eine mögliche venöse Krankheitsursache wird jedoch bei so seltenen Erkrankungen wie der transient globalen Amnesie, dem Anstrengungskopfschmerz aber auch bei

Multipler Sklerose in den letzten Jahren zunehmend intensiver diskutiert [Schreiber 2005; Zamboni 2006]. Die normal venöse Drainage erfolgt intrazerebral über ein oberflächliches Venensystem, das in den Sinus sagittalis superior, und ein tiefes Venensystem, das aus den paarig angelegten Vv. cerebri int. und den beidseits um das Mesencephalon laufenden Vv. basales Rosenthal besteht und dorsal der Vierhügelplatte in die V. cerebri magna (Galen) mündet. Nach dem Zusammenfluss an der Schädelbasis erfolgt der Abfluss über die duralen Sinus in 62–80 Prozent überwiegend über eine Seite [Ayanzen, 2000]. Obwohl die intrazerebralen Venen im Gegensatz zu den Jugularvenen keine Venenklappen besitzen, fließt das Blut unter physiologischen Bedingungen unidirektional in den Sinus rectus und confluens [Stolz, 1999]. Der weitere Abfluss hängt dann stark von der Körperlage ab. Im Liegen erfolgt der Ab-

fluss überwiegend über die Vv. jugulares [Doepp, 2004]. Im Sitzen und Stehen kollabieren diese jedoch und das venöse Blut wird über die Vv. vertebrales, ein verzweigtes venöses Geflecht, in die Vv. brachiocephalicus abgeleitet [Valdúez, 2000].

**Frage 2e:** Alte Befunde über einen möglichen Zusammenhang erhöhter Eisenablagerungen aufgreifend, untersuchte der italienische Angiologe Zamboni dopplersonografisch und angiografisch MS-Patienten und fand dabei eine Reihe von Veränderungen, die er einzeln oder in Kombination nur bei MS-Erkrankten fand. Daraus wurde dann die „big idea“ einer eisenbedingten Entzündungserkrankung auf dem Boden einer venösen Abflussstörung [Zamboni, 2006]. In der Folge definierten Zamboni und Mitarbeiter fünf sonografisch erfassbare Merkmale einer „chronisch zerebrospinalen venösen Insuffizienz“ bei einer Untersuchung im Liegen und Sitzen: Reflux in den Vv. jugulares und/oder Vv. vertebrales, Reflux in den tiefen intrakraniellen Venensystemen, Nachweis einer proximalen V. jugularis interna Stenose mittels Schnittbildsonografie, fehlende Ableitung von Dopplerfrequenzverschiebungen in den Vv. jugulares und Vv. vertebrales sowie eine Umkehrung der lageabhängigen Hämodynamik im zervikalen Venensystem [Zamboni, 2009a]. So fand sich bei 65 MS-Patienten (35 schubförmige MS, 20 sekundär progrediente MS, zehn primär progrediente MS) bei allen mindestens eines dieser Kriterien. Bei 48 der Patienten (74 Prozent) zeigten sich sogar zwei dieser Kriterien. In einer Gruppe von 235 Kontrollpatienten wiesen nur 33 (14 Prozent) eines der Kriterien und keiner zwei auf. Bei allen konnte in der Angiografie die venöse Abflussstörung bestätigt werden. Zusammen mit dem Gefäßchirurgen entwickelte Zamboni dann eine interventionelle Therapie zur Beseitigung der Abflussbehinderung. In einer prospektiven einarmigen offenen Interventionsstudie wurde bei diesen 65 Patienten dann durch Ballondilatation über eine transluminale Angioplastie (PTA) die Stenose behandelt [Zamboni, 2009b]. Nach dem Eingriff hat sich der Anteil schubfreier Patienten von 27 auf 50 Prozent erhöht und die Zahl der kontrastmittelaufnehmenden Herde sank von 50 auf 12 Prozent. In der Folgezeit wurden von einer Reihe weiterer Gruppen zum Teil widersprechen-

de Untersuchungsergebnisse vorgestellt [Al-Ohmari, 2010]. Parallel entwickelte sich insbesondere in Nordamerika und Kanada eine starke Patientenbewegung, die eine Freigabe und Kostenübernahme der Behandlung forderte [Grady, 2010].

**Frage 3d:** Eine jüngst veröffentlichte Untersuchung der Arbeitsgruppe der Charité fand nun unter Anwendung der von Zamboni aufgestellten Kriterien bei 56 MS-Patienten keinen Hinweis auf eine „chronisch venöse Insuffizienz“ [Doepp, 2010]. Selbst unter einem Valsalva-Manöver, das von Zamboni nicht durchgeführt wurde, zeigte sich in der Patienten- wie in der Kontrollgruppe mit 20 Probanden kein pathologischer Befund. Auch in einer Kontrastmittel-verstärkten MR-Angiografie-Untersuchung fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen 21 Patienten mit schubförmiger MS und 20 gesunden Kontrollprobanden. Obwohl bei drei der 21 MS-Patienten eine Stenose der V. jugularis interna nachgewiesen werden konnte, zeigte sich bei keinem eine Störung der Liquorzirkulation [Sunderström, 2010]. Ähnlich wie Doepp fand auch Sunderström einen verminderten venösen Blutfluss bei MS-Patienten verglichen mit Normalpatienten, der jedoch nach Einschätzung der Autoren eher Folge eines atrophiebedingten verminderten zerebralen Blutzufusses ist [Sunderström, 2010]. Während in diesen Untersuchungen nur wenige Patienten oder Kontrollen Stenosierung der ableitenden Venen aufwiesen, fand Wattjes bei allen zehn MS-Patienten sowie auch bei acht von zwölf Kontrollen eine Venenstenose oder einen -verschluss. Obwohl sich bei sechs der MS-Patienten und bei fünf der Kontrollen auch eine veränderte venöse Drainage nachweisen lies, fand sich kein Reflux [Wattjes, 2010]. Seit Langem wird bei radikalen Karzinomresektionen im Halsbereich die V. jugularis unterbunden ohne dass signifikante Veränderungen der Hämodynamik intrazerebral oder eine gehäufte Rate sekundärer MS-Erkrankungen aufgefallen wären. So zeigte sich selbst nach beidseitiger Unterbindung der V. jugularis in einem Fall mit Lymphknotenmetastasen kein erhöhter intrakranieller Druck nach dem Eingriff. Das Schädel-NMR zeigte vor und nach dem Verschluss der internen und externen Vv. jugulares keine Marklagerläsionen und der Patient war klinisch im Nachbeobach-

tungszeitraum von vier Jahren unauffällig [Ensrai, 2008]. In der Literatur finden sich zudem keine MS-typischen MR-Veränderungen bei Thrombosen der Halsvenen wie sie durch intravenöse Katheter auf ITS vorkommen [del Pilar Cortes Nino, 2010]. Sollte die chronisch zerebrospinale venöse Insuffizienz eine krankheitstragende Rolle spielen, so sollte sie besonders in der Frühphase der Erkrankung nachweisbar sein. Dieser Frage ging eine Studie nach, die angiografisch in einer Gruppe (29 Patienten) von relativ kurz (weniger als fünf Jahre) und lang (> zehn Jahre) erkrankter MS-Patienten (13) nach einer extrakraniellen venösen Stenose suchte. Während sich in der Langzeitgruppe bei zwölf von 13 Patienten eine venöse Stenose fand, wiesen nur sieben von 29 der erst kurz Erkrankten eine solche auf [Yamout, 2010]. Unter der Gruppe der bisher mit einem klinisch isolierten Syndrom Erkrankten war die Rate mit 1/11 am geringsten. Dies unterstützt die Einschätzung, dass es sich bei den venösen Veränderungen um ein sekundäres Krankheitsphänomen und nicht um eine mögliche kausale Ursache handelt. Wieviele Patienten weltweit inzwischen durch Ballondilatation oder Stent-Implantation behandelt wurden ist nicht bekannt. Anzunehmen ist jedoch, dass die Zahl über 1.000 Behandlungen liegen dürfte. Bisher bekannt sind dabei nur wenige schwerwiegende Nebenwirkungen. So starb eine MS-Patientin, die in der Stanford University einen venösen Stent erhielt unter Markumar an einer Hirnblutung. Nachdem bei einem weiteren Patienten der venöse applizierte Stent in den rechten Ventrikel wanderte und dort notfallmäßig chirurgisch entfernt werden musste, wurde das interventionelle Programm an der Stanford University gestoppt [Samson, 2010]. Bisher auch nur in einer Zeitungsnotiz vom 19. November ist von einem zweiten Todesfall nach venösem Stenting berichtet worden. Es handelte sich um einen kanadischen MS-Patienten, der, nachdem er die Behandlung in Kanada nicht erhielt, nach Costa Rica ging. Nachdem sich der Zustand des Patienten sieben Monate nach dem Eingriff verschlechterte, wurde eine Venenthrombose im Stentbereich festgestellt. Offensichtlich beim Versuch der Lyse starb der Patient dann in Costa Rica (Nachricht in Brandon Sun Zeitung vom 19.11.2010).

Erkennen, behandeln, vermeiden

# 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.

LUTZ M. DRACH, WALTER HEWER, CHRISTINE THOMAS



**Häufig übersehen: die hypoaktive Form des Delirs mit Antriebsmangel, herabgesetzter Psychomotorik und verminderter Sprachproduktion.**

**D**as Delir ist ein plötzlich auftretendes Krankheitsbild mit einer Bewusstseinsstörung, die sowohl Vigilanz als auch Aufmerksamkeit betreffen kann. Typische Symptome sind globale kognitive Störungen (z. B. Orientierungsstörungen, Gedächtnisstörungen), psychotische Auffälligkeiten (meist optische Halluzinationen, flüchtiger Wahn), psychomotorische Störungen (Unruhe oder Apathie), affektive Störungen sowie Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (meist gestörte Nachtruhe). Die Symptomatik zeigt charakteristischerweise im Tagesverlauf schnelle Fluktuationen und hält weniger als sechs Monate – meist allerdings wesentlich kürzer – an. Unspezifische neurologische Symptome wie Myoklonien, Ataxie, Asterixis, Dysarthrie oder Wortfindungsstörungen können je nach Verschädigungen und Ursache des Delirs hinzu kommen.

Im Gegensatz zu hyperaktiven werden die hypoaktiven Delirien häufig übersehen. Bei ihnen stehen symptomatisch Antriebsmangel, herabgesetzte Psychomotorik sowie verminderte Sprachproduktion im Vordergrund. Abhängig von der delirogenen Noxe machen sie zwischen 19 und 73 Prozent der Delirien aus. Bei vielen Delirien können im Tagesverlauf hypermit hypoaktiven Phasen wechseln (gemischte Delirien).

### Differenzialdiagnosen

Die wichtigste Differenzialdiagnose ist die Demenz. Im Unterschied zum Delir entwickelt sich dabei die Symptomatik allmählich, besteht länger als sechs Monate und beginnt ohne Bewusstseinsstörung. Vor allem die Demenz mit Lewy-Körperchen, an der mindestens jeder zehnte Demenzkranke leidet, kann leicht mit dem Delir verwechselt werden, weil die Symptomatik hier charakteristischerweise ebenfalls schnell fluktuiert und häufig optische Halluzinationen auftreten. Demenzkranke haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Delirien. Bei ihnen muss daher jede plötzliche Verhaltensänderung an die Möglichkeit eines zusätzlichen Delirs denken lassen.

Die Symptomatik des Entzugsdelirs – beispielsweise im Zusammenhang mit Alkohol- oder Benzodiazepin-Abusus – unterscheidet sich im Wesentlichen nur durch vegetative Symptome wie Blutdruckanstieg, Schwitzen oder Tremor. Andere wichtige Differenzialdiagnosen des Delirs im Alter sind agitiert depressive und manische Episoden, die Wernicke-Aphasie, ein nicht-convulsiver Status epilepticus und postiktale Umdämmerung nach epileptischem Anfall.

### Ätiologie und Pathogenese

Pathogenetisch geht man heute vom Schwellenkonzept des Delirs aus, bei dem eine Reihe prädisponierender Faktoren mit einer oder mehreren delirogenen Noxen zusammenwirken (vgl. Tab. 1 und 2). Als gemeinsame Endstrecke lösen sie im Sinne einer ätiologisch unspezifischen Reaktion des Gehirns das Delir aus. Kommen bei einem Patienten eine Vielzahl verschiedener prädisponierender Faktoren zusammen, wie beispielsweise hohes Alter, vorbestehende Hirnschädigung, Multimorbidität, Seh- und Hörbehinderung, kann schon eine vergleichsweise schwache Noxe wie ein Harnwegsinfekt ausreichen, um ein Delir auszulösen. Bei hochgradig dementen Patienten mit weiteren prädisponierenden Faktoren wie Seh- und Hörbehinderung kann bereits die kognitive Überforderung durch einen

Umgebungswechsel, beispielsweise ein Urlaub oder eine Heimaufnahme, ein Delir auslösen. Bei jüngeren und gesünderen Patienten bedarf es dagegen stärkerer Noxen (z. B. Pneumonie, Herzinfarkt, Schlaganfall).

Die delirogenen Noxen lassen sich in vier Gruppen einteilen:

- **Systemische Erkrankungen** sind die häufigsten Auslöser eines Delirs. Sie können über verschiedene pathophysiologische Mechanismen wie Reduktion des oxidativen Hirnstoffwechsels, Elektrolyt- und Flüssigkeitsverschiebungen oder Entzündungsmediatoren (Zytokine) eine zerebrale Dysfunktion hervorrufen. Die Bandbreite der möglichen delirogenen Noxen ist hier groß und reicht von kardiovaskulären über endokrine und metabolische Erkrankungen (Leber-, Niereninsuffizienz, Entgleisungen des Wasser- und Elektrolythaushalts, diabetische Dekompensationen) bis hin zu Infektionen, am häufigsten Harnwegs- und bronchopulmonale Infekte sowie Virusgastroenteritiden.
- **Toxische Einwirkungen** sind ebenfalls häufig. Meist handelt es sich um unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Hier sind vor allem die anticholinergen Wirkungen vieler Medikamentengruppen, die dopaminerge Wirkung von Antiparkinsonmitteln und die Beeinträchtigung von Vigilanz und Kognition durch Opiate zu nennen. Aber auch Antibiotika wie Gyrasehemmer oder die Digitalisglykoside können im Alter zur Entstehung eines Delirs beitragen.
- **Entzugsdelirien** gehen im Alter am häufigsten auf Benzodiazepine und Alkohol, seltener auf Opiate zurück. Auch das plötzliche Absetzen von Clomethiazol oder der als Schlafmittel beliebten „Z-Substanzen“ (Zopiclon, Zolpidem, Zaleplon) kann zu einem Entzugsdelir führen.
- **Hirnerkrankungen**, insbesondere Zirkulationsstörungen, Verletzungen, Entzündungen und Anfälle verursachen etwa 10 Prozent der Delirien. Dabei ist die Gefahr am größten bei Läsionen des präfrontalen Kortex, der rechten Hemisphäre bei parietaler Lokalisation sowie von Thalamus und Kaudatum.

### Prognose

Die Prognose eines Delirs ist ernst. Bei sonst gleich schwerer Erkrankung verdoppelt das Delir die Ein-Jahres-Sterblichkeit

### Viele Namen für ein häufiges Phänomen

- Delirien sind vor allem im Allgemeinkrankenhaus bei älteren Patienten sehr häufig. So sind von den älteren Patienten auf Intensivstationen bis zu 80 Prozent und über 50 Prozent der Patienten mit Schenkelhalsfraktur delirant. Aus diesem Grund haben sich für das Delir viele Synonyme eingebürgert: Durchgangssyndrom, Verwirrheitszustand, hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS).
- Auch in Pflegeheimen nimmt der Anteil deliranter Bewohner infolge steigender Lebenserwartung, zunehmender Multimorbidität Hochbetagter und früher Entlassung aus dem Allgemeinkrankenhaus ständig zu. In neueren Erhebungen erreicht er über 20 Prozent.

im Vergleich zu nicht deliranten Patienten. Delirante Patienten erleiden vermehrt Komplikationen (z. B. Stürze, Dekubitus) und zeigen häufig noch viele Monate nach Abklingen der akuten Symptomatik kognitive und affektive Residualsymptome. Ein Delir kann bei bisher noch kompensierten Patienten auch das endgültige Überschreiten der Schwelle zur Demenz bewirken und beschleunigt die Progredienz einer Alzheimererkrankung.

### Diagnostik und Therapie

Für die Prognose sind die schnelle Identifikation der delirogenen Noxen und ihre möglichst kausale Behandlung entscheidend, da die Grunderkrankung die Letalität bestimmt. Dabei gilt in der Regel, dass bei vorher nicht dementen, jüngeren und weniger multimorbiden Patienten wahrscheinlich eine ernstere delirogene Noxe vorliegt und die Diagnostik eine Krankenhauseinweisung erfordert, wenn keine eindeutige (z. B. pharmakologische) Ursache des Delirs auf der Hand liegt.

Bei hochbetagten, multimorbiden und dementen Pflegeheimbewohnern sind neben der aktuellen Medikamentenanamnese und einer klinischen Untersuchung ein kleines Laborprogramm mit Blutbild, C-reaktivem Protein, Natrium, Kalium, Kalzium, Kreatinin, Blutzucker sowie dem Urinstatus und gegebenenfalls ein EKG häufig geeignet, die Ursache des Delirs zu identifizieren und zu behandeln, ohne dass eine Krankenhauseinweisung erforderlich ist. Bei jeder stationären Aufnahme ist zu bedenken, dass sie gerade für diese Patienten ein zu-

sätzliches delirogenes Potenzial (s. o.) besitzt. Ist das Delir so stark ausgeprägt, dass es eine vitale Gefährdung für den Patienten darstellt oder liegen ausgeprägte Symptome wie Wahn oder Halluzinationen vor, ist vorübergehend eine symptomatische psychopharmakologische Behandlung indiziert, bis die delirogene Noxe erfolgreich behandelt und ausgeschaltet wird (vgl. Tab. 3). Zugelassene und geeignete Neuroleptika sind:

— Haloperidol (initial 0,5–1 mg, maximal 15 mg/Tag, auch i. v. oder i. m.)

— Melperon (initial 25–50 mg, maximal 150 mg/Tag)

— Pipamperon (initial 40 mg, maximal 120 mg/Tag)

Da sie beim Parkinsonsyndrom und bei der Demenz mit Lewy-Körperchen die Motorik bis hin zur akinetischen Krise verschlechtern können, sind sie hier jedoch kontraindiziert. Alternativ kann in diesem Fall Quetiapin (initial 25 mg, maximal 200 mg/Tag) eingesetzt werden.

Wie auch bei Demenzkranken gibt es jedoch Hinweise auf eine erhöhte Sterblichkeit neuroleptisch behandelter deliranter Patienten. Viele oben nicht genannte Psychopharmaka wirken anticholinerg, verschlimmern dadurch das Delir und sollten vermieden werden. Wegen ihrer massiven anticholinergen Wirkung sind insbesondere die niederpotenten Neuroleptika Levomepromazin, Promethazin und Thioridazin obsolet. Außerdem birgt Thioridazin das Risiko einer QTc-Verlängerung. Benzodiazepine sind bei nicht entzugsbedingtem Delir wegen der stark erhöhten Sturzgefahr und der Atemdepression nicht als Mittel der ersten Wahl zu betrachten.

Tabelle 1

### Prädisponierende Faktoren für die Entwicklung eines Delirs

#### Prädisponierende Faktoren

- Alter
- Demenzkrankung
- Sensorisches Defizit (Seh-, Hörbehinderung)
- Multimorbidität
- Multimedikation
- Terminale Erkrankungen
- Z. n. schweren körperlichen Krankheiten:
  - Schlaganfall
  - andere neurologische Erkrankungen
  - Leber- und Nierenerkrankungen
  - metabolische Störungen
  - Frakturen/Traumata
- Depression
- Defizite in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Immobilität
- Dehydratation
- Malnutrition
- Alkoholabhängigkeit
- Männliches Geschlecht

### Tipp!

Folgende Medikamente können im Alter delirogen wirken:

- Anticholinergika und Spasmolytika (z. B. Atropin, Biperiden, Oxybutinin, Propiverin); Trospiumchlorid penetriert die Blut-Hirn-Schranke am wenigsten und kann gegebenenfalls probiert werden.
- Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (z. B. Amitriptylin, Doxepin, Imipramin, Maprotilin); aber auch neuere Antidepressiva (z. B. Mirtazapin, Venlafaxin u. a.) können im Einzelfall delirogen wirken.
- Nieder- und hochpotente Neuroleptika (z. B. Levomepromazin, Promethazin, Perphenazin, Fluphenazin, Olanzapin, Clozapin)
- Lithiumsalze (auch bei therapeutischen Blutspiegeln)
- Ältere Antihistaminika (z. B. Deslaratadin, Dexchlorpheniramin, Mequitazin)
- Digitalisglykoside (auch schon im oberen therapeutischen Bereich möglich)
- Opiate (besonders häufig bei Fentanyl, Tramadol und Tilidin)
- Glukokortikoide
- Antiparkinsonmittel (in absteigender Häufigkeit: Amantadin, Dopaminagonisten, Levodopa mit und ohne COMT-Hemmer)
- Furosemid, Torasemid
- Penicilline, Gyrasehemmer (insbesondere Ciprofloxazin)

Ungeeignet ist ferner Clomethiazol, das ebenfalls über den Benzodiazepinrezeptor wirkt: Es hat ein sehr hohes Abhängigkeitspotenzial, wirkt atemdepressiv und führt über eine erhöhte Viskosität des Bronchialsekrets vermehrt zu Pneumonien. Außerdem hat die Kapsel einen stark sauren pH und kann daher bei Schluckstörungen Speiseröhrenulzera verursachen.

### Sonderfall Entzugsdelir

Im Gegensatz zum oben beschriebenen Delir im Alter sollte ein Entzugsdelir in der Regel im Krankenhaus behandelt werden. Hier ist ein Benzodiazepin-gestützter fraktionierter Entzug durchzuführen. Beim Alkoholentzug sollte die parenterale Gabe von 100–250 mg Thiamin (Vitamin B1) zur Prophylaxe von Wernicke-Enzephalopathie beziehungsweise des Korsakow-Syndroms nicht vergessen werden. Ein Benzodiazepin-Entzugsdelir sollte ambulant zunächst durch die Gabe des gewohnten Präparates unterbrochen werden.

### Nicht-medikamentöse Maßnahmen

Wichtig sind nicht-medikamentöse Maßnahmen. Um eigen- und fremdgefährdendes Verhalten zu verhindern und die Vitalfunktionen zu kontrollieren, ist eine permanente Überwachung erforderlich. Die beruhigende Anwesenheit einer vertrauten Person kann die Symptome des Patienten lindern. Darüber hinaus sind folgende Maßnahmen hilfreich:

- Herstellen einer eindeutigen Kommunikation mit Ausgleich vorhandener sensorischer Beeinträchtigungen (Brille auf, Hörgerät an)
- Versuch der Reorientierung bei Gewährleistung einer überschaubaren Umgebung durch Orientierungshilfen (Kalender und Uhr)
- gute Beleuchtungsverhältnisse
- Regulierung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Vermeiden von Reizüberflutung aber auch von Reizdeprivation
- Förderung von Mobilität und Aktivität

Bei Maßnahmen wie dem Legen eines Blasenkatheters oder von Infusionen oder bei Fixierung muss der Nutzen stets gegen das Risiko abgewogen werden, dass dadurch das Delir verstärkt werden kann. Ebenso ist ein Wechsel der Umgebung zwar nach Möglichkeit zu vermeiden, dennoch ist eine Krankenhausaufnahme aber häufig nötig.

Präfinal entwickeln moribunde Patienten häufig ein Delirium. Wenn der Sterbeprozess nicht aufgehalten werden soll, ist hier von einer Krankenhausaufnahme abzusehen – es sei denn, dass ausgeprägte Verhaltensprobleme sie erzwingen.

Ist eine Krankenhausaufnahme unvermeidbar, sollte man sich bei der Entscheidung zur Einweisung in ein Allgemeinkrankenhaus oder in eine psychiatrische Klinik/Abteilung von der wahrscheinlichen delirogenen Noxe leiten lassen. Es liegt auf der Hand, dass beispielsweise Herzinfarkt, Schlaganfall oder Pneumonie in einem Allgemeinkrankenhaus schneller diagnostiziert und häufig besser behandelt werden können als in der Psychiatrie. Deshalb sollten delirante Patienten ohne vorbestehende Demenz, bei denen eine ernste Systemerkrankung als auslösende Noxe zu vermuten ist, in der Regel nicht primär in die Psychiatrie eingewiesen werden. Dagegen profitieren Pati-

enten in relativ stabilem körperlichem Zustand mit prominenten Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Aggressivität oder Weglaufen) von dem Milieu einer geschlossenen (geronto)psychiatrischen Station. Hier ist häufig eine Behandlung mit einem Minimum an unmittelbarem Zwang (wie Fixierung) möglich.

### Prophylaxe

Angesichts der Belastung, die ein Delir für den betroffenen Patienten sowie für seine Angehörigen und das Pflegepersonal bedeutet, aber auch wegen der ersten Prognose des Krankheitsbildes sollten alle Möglichkeiten zur Vorbeugung und Frühintervention ausgeschöpft werden. Hier ist zuerst die konsequente Vermeidung respektive die Minimierung potenziell delirogener Medikationen zu nennen (vgl. Tipp). So verursachen hoch dosierte Digitalisglykoside, anticholinerge Blasen-therapeutika, Antiparkinsonmittel (insbesondere Dopaminagonisten), tri- und tetrazyklische Antidepressiva, Furosemid (meist in Kombination mit anderen potenziellen Delirogenen) oder Opiate (hier vor allem Fentanyl-Pflaster) häufig Delirien. Andererseits kann eine suffiziente Schmerztherapie auch ein Delir verhüten. Bei Parkinsonpatienten muss dabei häufig zu Gunsten einer geringeren Delirgefahr auf einen potenziellen Mobilitätsgewinn verzichtet werden.

Tabelle 2

### Noxen, die zum Delir führen können

	Potenzielle Noxen
<b>Pharmaka</b>	— Sedativa, Hypnotika, Narkotika — Anticholinergika — Antiparkinsonika — Multimedikation
<b>Entzugs-symptomatik</b>	— Benzodiazepine — Alkohol
<b>Akute neurologische Erkrankungen</b>	— Schlaganfall — Hirnblutungen — Infektionen
<b>Systemische Krankheiten</b>	— Fieber, Hypothermie — Infektionen — Hypoxämie, Schock (z. B. Herzinfarkt) — Anämie, Dehydratation, Malnutrition — metabolische Entgleisungen (z. B. Blutzucker, Elektrolyte) — Hypalbuminämie — generell: schwere/akute Erkrankungen
<b>Iatrogene Maßnahmen</b>	— chirurgische Eingriffe — Verbände — Fixierung — Blasenkatheter — multiple diagnostische/therapeutische Maßnahmen
<b>Sonstige Faktoren</b>	— Schmerzen — emotionaler Stress (z. B. Milieuwechsel) — längerfristiger Schlafentzug

Tabelle 3

**Symptomatische medikamentöse Behandlung des Deliris**

Substanz	Zielsymptomatik/ Indikationsgebiet	Dosierung* Startdosis (übliche Tagesdosen) Besonderheiten	Anmerkungen
<b>Haloperidol</b>	— psychotische Symptomatik — psychomotorische Unruhe	0,5–1 (2–6) mg auch i. v. oder i. m. möglich	<b>Kontraindikationen:</b> — Morbus Parkinson — Demenz mit Lewy-Körperchen — andere extrapyramidale Störungen — Sturzgefahr
<b>Niederpotente Antipsychotika (Butyrophenontyp)**</b>	— psychomotorische Unruhe — Schlafstörungen	— Melperon: 25–50 (75–150) mg — Pipamperon: 40 (120) mg	— vegetative und extrapyramidale Nebenwirkungen eher gering, aber zu beachten — Sturzgefahr — Melperon senkt die Krampfschwelle nicht!
<b>Benzodiazepine***</b>	— Benzodiazepinentzugsdelir — Alkoholentzugsdelir — adjuvant zu hochpotenten/atypischen Antipsychotika	— Ersatz der gewohnten Substanz oder — Lorazepam: 0,25–0,5 (0,5–2) mg — Oxazepam: 5–10 (10–30) mg — nur beim Alkoholentzugsdelir: Diazepam: 5 (20–40) mg	Cave: respiratorische Insuffizienz, Schlafapnoe-Syndrom, paradoxe Effekte mit Delir-Induktion, Sturzgefahr

\* die genannten Dosierungen sind Anhaltswerte, die unter Berücksichtigung der individuellen Bedingungen ggf. modifiziert werden müssen.

\*\* Obsolet sind andere niederpotente Neuroleptika wie Levomepromazin oder Promethazin, da sie stark anticholinerg wirken, und insbesondere Thioridazin, weil es massive QTc-Verlängerungen verursachen kann.

\*\*\* Clomethiazol sollte nur mit großer Vorsicht eingesetzt werden, wenn andere Optionen nicht zur Verfügung stehen. Es hat einen Wirkungsmechanismus wie Benzodiazepine, ist aber noch stärker suchterzeugend, atemdepressiv und weist im Vergleich zu Benzodiazepinen mehr ernste Nebenwirkungen auf.

Zahlreiche ältere Patienten nehmen über Jahrzehnte regelmäßig Benzodiazepine oder „Z-Substanzen“ ein, vergessen jedoch häufig, ihre Schlafmittel im Rahmen der Anamnese anzugeben. Dies birgt die Gefahr eines ungeplanten, „kalten“ Entzugs, zum Beispiel bei einem Krankenhausaufenthalt.

Insbesondere bei Patienten mit ausgeprägter Demenz muss im Einzelfall der Nutzen von Maßnahmen wie Blasenkatheterisierung, das Anlegen von Verbänden oder die Verabreichung von Infusionen gegen ihre delirogene Wirkung abgewogen werden. Gleiches gilt für operative Eingriffe und Fixierungsmaßnahmen. Auch hier ist neben der Einbeziehung der pflegenden Angehörigen eine gute Information des Pflegepersonals im Krankenhaus sinnvoll. Hilfreich sind hier entsprechende Informationsbögen und Broschüren, die auf der Homepage der Deutschen Alzheimergesellschaft online unter [www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de) zum Download bereitstehen. Ein Milieuwechsel, beispielsweise durch Urlaubsreise oder Kurzzeitpflege, ist bei Patienten mit schwerer Demenz kritisch. Eine medikamentöse Prophylaxe des Deliris ist leider nicht bekannt.

**Fazit**

— Delirien treten im Alter zunehmend häufig auf, insbesondere bei vorbestehender Demenz, Seh- und Hörbehinderung, Multimorbidität und -medikation.

- Klinisch imponieren Bewusstseinsstörungen, globale kognitive Störungen, psychotische Symptome und Überaktivität oder Apathie; die Symptomatik fluktuiert im Tagesverlauf und ist meist Nachts am ausgeprägtesten.
- Die Prognose ist ernst: erhöhte Sterblichkeit, häufige Komplikationen (Sturz, Dekubitus) und bleibende kognitive Defizite.
- Auslösende Noxen sind am häufigsten systemische Erkrankungen und Intoxikationen, Alkohol- oder Benzodiazepinentzug, seltener Hirnerkrankungen. Besonders gefährdet sind Demenzkranke.
- Therapeutisch steht das Ausschalten der delirogenen Noxe(n) im Vordergrund.
- Die Prophylaxe besteht in der Vermeidung von delirogenen Pharmaka sowie der konsequenten Beschränkung der Zahl der Medikamente. □

**AUTOR**

**Dr. med. Lutz M. Drach**

Klinik für Alterspsychiatrie, Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, HELIOS-Kliniken Schwerin  
E-Mail: [lutz-michael.drach@helios-kliniken.de](mailto:lutz-michael.drach@helios-kliniken.de)

**Sammeln Sie CME-Punkte ...**

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

**So nehmen Sie teil!**

Füllen Sie unter [www.cme-punkt.de](http://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.

**CME-Fragebogen****Delir im Alter**

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

**1. Welches der folgenden Charakteristika spricht gegen das Vorliegen eines Delirs?**

- A Im Tagesverlauf fluktuierende Symptomatik
- B Dauer kürzer als sechs Monate
- C Bewusstseinsstörung
- D Gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus
- E Schleichender Beginn

**2. Welcher dieser Faktoren erhöht die Neigung zur Delirentstehung nicht?**

- A Vorzeitige Menopause
- B Dehydratation
- C Sensorische Defizite
- D Demenzerkrankung
- E Depression

**3. Welches Symptom ist untypisch für ein Entzugsdelir?**

- A Blutdruckanstieg
- B Schwitzen
- C Raynaud-Syndrom
- D Tremor
- E Optische Halluzinationen

**4. Welche Aussage zum Delir im Alter trifft zu?**

- A Demenz und Delir schließen sich gegenseitig aus.
- B Antriebsmangel und herabgesetzte Psychomotorik können im Rahmen eines hypoaktiven Delirs auftreten.
- C Die Symptomatik im Tagesverlauf ist in der Regel sehr konstant.
- D Vor dem 60. Lebensjahr ist ein Delir grundsätzlich eine sehr unwahrscheinliche Diagnose.
- E Therapeutika der Wahl sind Anticholinergika.

**5. Beim Absetzen welcher Substanz ist am wenigsten mit der Entwicklung eines Delirs zu rechnen?**

- A Benzodiazepine
- B Opiate
- C Clomethiazol
- D Ondansetron
- E Zopiclon



**6. Viele pharmakologische Wirkstoffe können im Alter delirogen wirken. Welcher gehört nicht dazu?**

- A Amitriptylin
- B Levomepromazin
- C Lithiumsalze
- D Amantadin
- E Paracetamol

**7. Welche Aussage zur Ätiologie eines Delirs ist falsch?**

- A Die Reduktion des oxidativen Hirnstoffwechsels kann pathogenetisch bedeutsam sein.
- B Elektrolyt- und Flüssigkeitsverschiebungen können eine zerebrale Dysfunktion verursachen.
- C Eine diabetische Dekompensation kann delirogen wirken.
- D Häufigste Ursache eines Delirs im Alter sind Hirnerkrankungen, beispielsweise Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma oder zerebrale Entzündungsprozesse.
- E Dopaminagonisten können zur Entstehung eines Delirs beitragen.

**8. Symptomatische Behandlung des Delirs: Welche Zuordnung von Zielsymptomatik und Wirkstoff ist korrekt?**

- A Haloperidol – psychotische Wahnsymptomatik
- B Levomepromazin – Alkoholentzugsdelir
- C Trosipiumchlorid – optische Halluzinationen
- D Thioridazin – Somnolenz
- E Amitriptylin – Tremor

**9. Welche der folgenden Substanzen ist zur medikamentösen Therapie eines Delirs geeignet?**

- A Lithiumsalze
- B Glukokortikoide
- C Furosemid
- D Pipamperon
- E Tilidin

**10. Welche Aussage zur Prophylaxe des Delirs ist falsch?**

- A Anticholinerg wirkende Substanzen sind möglichst zu meiden.
- B Suffiziente Schmerztherapie kann ein Delir verhüten.
- C Melperon in subtherapeutischer Dosierung ist präventiv wirksam.
- D Bei der Dosierung von Dopaminagonisten in der Parkinsontherapie ist eine strenge Nutzen/Risiko-Abwägung ratsam.
- E Gewohnte Umgebungen, Situationen und Abläufe sind insbesondere für Demenzpatienten hilfreich.



**Teilnahme nur im Internet  
unter [www.cme-punkt.de](http://www.cme-punkt.de)  
Teilnahmeschluss: 15.7.2011**

## Zusatztherapie mit Quetiapin reduziert depressive Symptome

➔ Als Optionen bei Non- oder Teilresponse nach drei bis vier Wochen antidepressiver Akutbehandlung gelten Dosiserhöhung, Wechsel des Antidepressivums oder deren Kombination, sowie die Wirkungsverstärkung mit Lithium. Für die Augmentation steht nun auch Quetiapin Fumarat (Seroquel Prolong®) zur Verfügung: Das atypische Neuroleptikum ist seit Oktober 2010 als Zusatztherapie für Patienten mit Major Depression zugelassen, die unzureichend auf die Monotherapie mit einem Antidepressivum ansprechen.

Basis der Zulassung sind die Studien Onyx und Pearl mit insgesamt 919 Patienten, die

nach Versagen einer sechswöchigen antidepressiven Therapie Quetiapin (300 mg/d beziehungsweise 150 mg/d) oder Placebo jeweils kombiniert mit einem Antidepressivum erhielten. Die gepoolte Analyse der Studien zeigte eine signifikante Verbesserung der Symptomatik im Untersuchungsarm nach sechswöchiger Behandlung [1]. Der MADRS-Gesamtscore verbesserte sich unter den beiden Dosierungen um 14,8 beziehungsweise 14,5 Punkte (Placebo: 12 Punkte). „Mit 7 Punkten zeigte sich die Hälfte der Verbesserung bereits in der ersten Woche“, erklärte Prof. Stuart Montgomery aus London. Die Ansprechrate lag bei 58,3

Prozent beziehungsweise 53,7 Prozent und unter Placebo bei 46,2 Prozent. Mehr als ein Drittel der Patienten (36,5% beziehungsweise 35,6%) erreichte eine Remission gegenüber 24,1 Prozent im Placeboarm. „Auch die Angstsymptomatik verbesserte sich in beiden Dosen bereits in der ersten Woche deutlich“, so Montgomery.

Eine weitere Studie verglich die Zusatztherapie mit Quetiapin direkt mit Lithium [2]. Dabei zeigten sich beide Augmentationsstrategien als gleichwertig mit numerisch besserem Ergebnis für Quetiapin nach sechs Wochen. Bei Zwischenanalysen an Tag 4, Tag 8 und Tag 22 war das Ergebnis auch signifikant besser.

**Michael Koczonek**



**Quetiapin ist als Zusatztherapie für Patienten mit Major Depression zugelassen, die unzureichend auf eine Monotherapie ansprechen.**

**Pressekonferenz „Zusatztherapie mit Seroquel Prolong®: Die neue Behandlungsoption bei depressiven Erkrankungen“, anlässlich des DGPPN in Berlin am 25. November 2010**  
**Veranstalter: Astra Zeneca Deutschland**

[1] Bauer M et al., Journal of Affective Disorders 2010; 127: 19-30

[2] Bauer M et al., als Poster präsentiert auf dem DGPPN 2010 in Berlin

## Optimiertes Sicherheitsmanagement bei Multipler Sklerose

➔ Dem großen Nutzen von Natalizumab steht das Risiko gegenüber, eine potenziell tödliche progressive multifokale Leukenzephalopathie (PML) zu entwickeln. Um die Sicherheit der Natalizumab-Therapie zu erhöhen, gibt es Patienten- und Angehörigenaufklärung sowie engmaschige ärztliche Verlaufsbeobachtungen, ergänzt durch Forschungsprogramme wie z.B. das Tysabri® Observational Program (TOP). Weltweit werden 71.400 Patienten mit Natalizumab (Tysabri®) behandelt, es gibt 68 gemeldete PML-Fälle, die Überlebensrate ist 79%. Das Risiko wird bei etwa 1:1.000 eingestuft, innerhalb der ersten 24 Infusionen ist es sehr gering, es steigt nach zwei Jahren an und scheint dann konstant zu bleiben. Folglich erhalten die Patienten vor Beginn der Therapie und zusätzlich nach

zwei Jahren eine schriftliche Aufklärung (Pressemeldung der EMA 21.01.2010; DMSG, Bundesverband e.V., 26.01.2010).

### Forschungsprogramm zur Langzeitsicherheit

Die prospektive nicht-interventionelle Studie (NIS) TOP untersucht die Sicherheit von Natalizumab in der Langzeitanwendung bei Patienten mit schubförmig-remittierender multipler Sklerose. Wie eine Auswertung der in Deutschland bis zum 08.06.2010 rekrutierten Patienten zeigt, ist das Sicherheitsprofil mit dem Sicherheitsprofil der Zulassungsstudie AFFIRM vergleichbar (Wiendl H et al., DGN Neurowoche 2010, P780; AFFIRM: Polman CH et al., 2006, N Engl J Med 354: 899-910). Weitere NIS sind z.B. „Tysabri® 24plus“ zur systema-

tischen Erhebung von Langzeitdaten und „12-Monitor“ zur Dokumentation von Kooperations- und Durchführungsstandards bei der Behandlung mit Tysabri®.

Zur Verdachtsdiagnose PML hat bisher meistens das veränderte klinische Bild des Patienten geführt, betonte Prof. Dr. Bernd Kieseier, Düsseldorf. „Die Pharmakovigilanz bleibt die Nr. 1 des Sicherheitsmanagements“, lautete demzufolge sein Fazit.

**Dr. Friederike Holthausen**

**Pressekonferenz „Tysabri® aktuell: neue Behandlungsziele, optimiertes Sicherheitsmanagement – ein Ausblick ins neue Jahrzehnt“ anlässlich der Neurowoche in Mannheim, 23.09.2010**  
**Veranstalter: Biogen Idec GmbH**

## Cholinesterase-Hemmer unterscheiden sich im medikamentösen Interaktionspotenzial

➔ „Die S3-Leitlinie Demenzen empfiehlt bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz die Behandlung mit Cholinesterase-Hemmern mit Empfehlungsgrad B“, sagte Prof. Dr. med. Georg Adler aus Mannheim. Die ChE-Hemmer verbessern die Parameter Alltagsaktivität, kognitive Funktion und ärztlicher Gesamteindruck. Dazu ist laut Leitlinie die höchste verträgliche Dosis anzustreben. Für Donepezil ist die Zieldosis 10 mg/d abends, für Galantamin 16–24 mg/d morgens. Für Rivastigmin, das auch bei Parkinson-Demenz empfohlen wird, ist das Ziel 6–12 mg/d bei oraler Applikation und für das transdermale Pflaster 9,5 mg/24h. Doch weniger als ein Drittel der Patienten erhalte die Maximaldosis, berichtete Adler. Die Swedish Alzheimer Treatment Study zeige aber, dass die höhere Dosierung eine Pflegeheimweisung verzögert [1]. In der prospektiven Studie mit 880 Alzheimer-Patienten benötigten nach drei Jahren 206 Patienten stationäre Pflege – 70 Prozent der hochdosierten Patienten waren noch nicht in einem Pflegeheim untergebracht verglichen mit 50 Prozent der Patienten mit niedriger Dosierung.

### Auf Nebenwirkungen achten

Weiter empfiehlt die Leitlinie, sich bei der Wahl des ChE-Hemmers am Neben- und

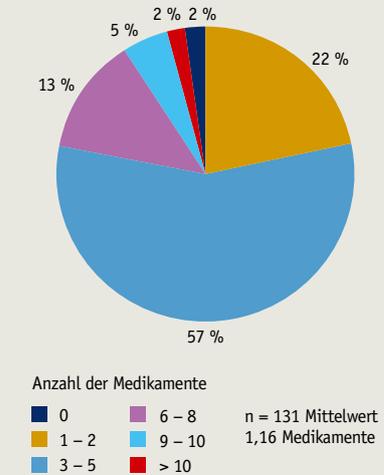
Wechselwirkungsprofil zu orientieren, da für die verfügbaren Substanzen keine klinisch relevanten Unterschiede in der Wirksamkeit vorliegen. Als mögliche Nebenwirkungen der Cholinesterase-Hemmer sind vor allem gastrointestinale (Übelkeit, Unwohlsein, Appetit- und Gewichtsverlust), muskuläre (erhöhter Harndrang, Muskelzittern) oder psychische Ereignisse (Unruhe, Erregung, lebhaftere Träume) zu erwarten.

### Geringeres Interaktionspotenzial

Mögliche medikamentöse Wechselwirkungen seien angesichts der Multimedikation zu beachten, die laut eigener Untersuchung [2] bei Alzheimer-Patienten die Regel sei, so Adler: „Drei Viertel der Patienten befinden sich in einem Zustand der Polypharmazie und nehmen drei bis über zehn verschiedene Medikamente ein – mit allen assoziierten pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Wechselwirkungspotenzialen.“ Darin unterschieden sich die ChE-Hemmer deutlich: Während die beiden anderen Substanzen in der Leber über das Cytochrom P450-System metabolisiert werden, unterliegt Rivastigmin keinem hepatischen Metabolismus und wird renal eliminiert. Das Interaktionspotenzial ist dementsprechend gering.

**Michael Koczorek**

### Multimedikation bei AD-Patienten



**Symposium „Ein Jahr S3-Leitlinie Demenzen: Bestandsaufnahme am praktischen Beispiel“, anlässlich des DGPPN in Berlin am 25. November 2010, Veranstalter: Sanofi Aventis**

[1] Wattmo C et al., Gerontologist 2010 Jun 20; Epub ahead of print

[2] Adler G et al., DGPPN 2009, Poster 005-003

## Olanzapin im Depot: Kein Problem mit dem Piks

➔ „Eine zuverlässige Rückfallprophylaxe der Schizophrenie ist wichtig, weil Schwere und Progredienz mit jedem Rezidiv zunehmen“, betonte Professor Peter Brieger, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie am Bezirkskrankenhaus Kempten. „Oft fehlt den Patienten aber die Krankheitseinsicht, und die Therapieadhärenz lässt zu wünschen übrig“, klagte Dr. Bernd Gestewitz, niedergelassener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Bad Saarow. In der dreijährigen Beobachtungsstudie SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcomes) hatte sich das atypische Antipsychotikum Olanzapin unter anderem hinsichtlich der Therapietreue bewährt: Therapieabbrüche gab es damit insgesamt

signifikant seltener als mit Risperidon, Quetiapin, Amisulprid und Typika. Olanzapin wird als Tablette oder Injektion (Zyprexa®) oder als Depot-Injektion (ZypAdhera®) angeboten.

### Nach Depotgabe Patienten überwachen

Nach Meinung beider Psychiater ist gerade das Olanzapin in Depotform eine Bereicherung der therapeutischen Optionen. „Es ist für Patienten geeignet, die auf orales Olanzapin respondieren, aber wegen mangelnder Adhärenz oder aus praktischen Gründen nicht täglich Tabletten einnehmen würden“, so Brieger. „Weder der zwei- oder vierwöchentliche Praxisbesuch noch die

Injektion stellen ein Problem dar: Wer einmal auf das Depotpräparat eingestellt ist, möchte meist nicht mehr zurück.“ Allerdings müssten die Patienten nach Depotgabe drei Stunden überwacht werden, und sie dürften nicht gleich Auto fahren, erinnerte er. Gestewitz forderte die Kostenträger auf, den notwendigen Rücktransport auswärts wohnender Patienten zu finanzieren, „ähnlich wie bei Dialysepatienten“.

**Simone Reisdorf**

**Symposium „Psychiatrische Patienten und die Rückkehr zum Alltag“ im Rahmen des DGPPN am 26.11. in Berlin Veranstalter: Lilly Deutschland GmbH**

Erster Oppenheim-Förderpreis für Multiple Sklerose



Die Preisträger : Prof. Dr. Orhan Aktas (links), Dr. Kerstin Göbel (Mitte) und Manuel A. Friese (rechts).

Der mit insgesamt 100.000 Euro dotierte Preis wurde 2010 erstmals ausgeschrieben und soll künftig jährlich verliehen werden. Den ersten Preis, dotiert mit 50.000 Euro, erhält Prof. Orhan Aktas vom Universitätsklinikum Düsseldorf für sein Forschungsprojekt „Energemangel und oxidativer Stress als Ursache der chronischen axonalen Degeneration bei der MS: Epigenetische Regulation durch die mitochondriale Histon-Deazetylase Sirt3?“ Mit seinem Forschungsprojekt „Transkriptom- und Translatom-Analyse der entzündlichen Neurodegeneration“ belegt Dr. Manuel A. Friese vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf den zweiten Platz (dotiert mit 30.000 Euro).

Der dritte Platz und damit 20.000 Euro gehen an die Forschungsgruppe von Prof. Sven G. Meuth und Dr. Kerstin Göbel von der Universität Münster sowie PD Dr. Christoph Kleinschnitz von der Universität Würzburg. Das Team von Sven G. Meuth und Christoph Kleinschnitz rückt mit dem Projektvorschlag „Das plasmatische Blutgerinnungssystem als innovative neuroprotektive Zielstruktur bei der MS“ bisher kaum beachtete pathophysiologische Vorgänge ins Zentrum.

Nach Informationen der Novartis Pharma GmbH

Dementen helfen – auch ohne Heilung

„Wir sollten uns davor hüten, die kausale Therapie der Demenz gering zu schätzen“, warnt Professor Hans Förstl, München, auf dem diesjährigen Kongress der DGPPN in Berlin. „Wir können Alzheimer-Patienten helfen, auch wenn wir sie nicht heilen können“, so Förstl weiter. In allen Stadien der Demenz kann die kognitive Leistung durch psycho- ergo-, somatotherapeutische und psychopharmakologische Maßnahmen verbessert und die weitere Verschlechterung damit verzögert werden. So stehen beispielsweise Wirkstoffe zur Verfügung, die den natürlichen Verlauf der Erkrankung verlangsamen und somit die Alltagsbewältigung und Selbstständigkeit der Patienten länger erhalten. Der NMDA (N-Methyl-D-Aspartat)-Rezeptorantagonist Memantin (Ebixa®) verlangsamt nachweislich die klinische Verschlechterung von Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz. Die in Berlin vorgestellten Responderanalysen basieren auf der Auswertung von neun klinischen Studien. Insgesamt wurden dabei über 2.300 Patienten in einem Zeitraum von sechs Monaten

untersucht. Die eine Hälfte erhielt Memantin, die andere Placebo. Unter dem NMDA-Antagonisten zeigten signifikant weniger Patienten eine klinisch messbare Verschlechterung ihrer kognitiven Fähigkeiten als unter Placebo. Dasselbe Muster zeigte sich auch in puncto Alltagsaktivitäten.

Memantin ist als bislang einzige Substanz für die Behandlung der moderaten bis schweren Alzheimer-Demenz zugelassen. Da wichtige Enzyme des Cytochrom-P450-Systems durch Memantin nicht beeinflusst werden, sind Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten gering. Die Nebenwirkungsrate liegt auf Placeboniveau.

Förstl warnte aber auch vor der „Démence à deux“. So haben die pflegenden Ehepartner von Alzheimer-Patienten ein deutlich erhöhtes Risiko, selbst zu erkranken.

Dr. Susanne Kressenstein

Symposium „Sorge Dich, Alter – Lebensgewissheiten 2020“ im Rahmen des DGPPN-Kongresses in Berlin, November 2010  
Veranstalter: Lundbeck GmbH

Antidepressivum ist kein Schlafmittel!

Das Antidepressivum Agomelatin (Valdoxan®), beim Zubettgehen eingenommen, bewirkt durch einen synergistischen Effekt eine Stabilisierung des zirkadianen Rhythmus: Es wirkt als Agonist am Melatonin<sub>1</sub>- und Melatonin<sub>2</sub>-Rezeptor und als Antagonist am 5HT<sub>2c</sub>-Rezeptor. „Deshalb ist Agomelatin mit Melatonin nicht zu vergleichen“, erklärte Professor Göran Hajak aus Regensburg. So konnte beispielsweise in einer Studie Agomelatin, aber nicht Melatonin die Körperkerntemperatur gestresster Tiere wieder stabilisieren.

In einer Aktigrafiestudie (Kasper, Hajak et al.) wurde bei depressiven Patienten, die entweder mit Agomelatin 25–50 mg oder Sertralin 50–100 mg therapiert wurden, die relative Amplitude ihrer Bewegungen ermittelt. Bereits nach einer Woche verbesserte sich die relative Amplitude des zirkadianen Ruhe-Aktivitätszyklus unter Agomelatin signifikant, was unter Sertralin nicht der Fall war“, so Hajak. Auch bezüglich der antidepressiven Wirksamkeit zeigte sich Agomelatin nach 6 Wochen überlegen.

Taktgeber der inneren Uhr

„Agomelatin ist aber nicht nur ein potenter Taktgeber der ‚inneren Uhr‘, sondern bessert zahlreiche Items des Hamilton-Scores“, betonte der Psychiater. „Neben einer signifikanten Verbesserung von Ein- und Durchschlafstörungen sowie frühmorgendlichem Erwachen wurden auch Angstsymptome, Schuldgefühle und somatische Symptome gebessert. Die stärksten Effekte zeigten sich in der Besserung der depressiven Vertimmung sowie von Arbeit und Aktivität.“

Ein Vorteil von Agomelatin sei seine rasche Wirksamkeit, ergänzte Hajak: So kam es im Vergleich von 25–50 mg Agomelatin versus 75–150 mg Venlafaxin bereits in Woche eins zu einer signifikanten Besserung der Tagesbefindlichkeit.

Simone Reisdorf

Symposium „Exploring the horizons of antidepressant treatment“ im Rahmen des DGPPN-Kongresses 2010 in Berlin  
Veranstalter: Servier Deutschland GmbH

## Depot-Antipsychotika bedeutsam für Adhärenz-Monitoring

➔ In der Schizophreniebehandlung ist die zuverlässige Medikamenteneinnahme eine der wesentlichen Voraussetzungen für einen nachhaltigen Therapieerfolg. Darum sei im Rahmen des Managements von Adhärenzproblemen die medikamentöse Adhärenz regelmäßig zu prüfen, erklärte Prof. Dr. med. W. Wolfgang Fleischhacker aus Innsbruck. „Der wahrscheinlich einfachste Weg, die Adhärenz gegenüber der Medikation objektiv zu bewerten, ist die Gabe langwirksamer Depotantipsychotika.“

Zwei vorgestellte Studien zeigen, dass der Therapieerfolg unter Depot-Antipsychotika größer ist: Beim direkten Vergleich von langwirksamem intramuskulärem Risperidon mit oralem Olanzapin zeigte sich

unter der oralen Medikation nach sechs Monaten kein Fortschritt mehr im Behandlungsverlauf – während unter der Depot-Therapie der Anteil der Patienten mit mindestens 20%-iger Verbesserung im PANSS-Gesamtscore stetig weiter zunahm. Beim Vergleich mit oralem Quetiapin verlängerte die Depotgabe die Zeit bis zum Rezidiv signifikant [Gaebel W et al., Neuropsychopharmacology 2010; 35: 2367–2377]. Die Ursache für den Vorteil sieht Fleischhacker weniger in der unterschiedlichen antipsychotischen Potenz der Substanzen – sondern vielmehr in der Applikationsform begründet.

Die deutschen und österreichischen Fachgesellschaften berücksichtigen die Daten-

lage in ihren Behandlungsleitlinien: Sie empfehlen die Depotgabe etwa mit dem atypischen Depotantipsychotikum Risperidon (Risperdal Consta®) aufgrund gesicherter Applikation und guter Bioverfügbarkeit als wirksame Alternative zur oralen Behandlung, die in der Langzeittherapie grundsätzlich erwogen werden sollte.

**Michael Koczorek**

**Symposium „Adhärenz in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie: Therapeutische Konzepte zwischen Patientenerwartung, Versorgungsstrukturen und Therapieoptionen“, im Rahmen des DGPPN Kongresses, Berlin, 26. 11. 2010, Veranstalter: Janssen-Cilag GmbH**

## Die Zukunft gehört der individualisierten Therapie

➔ Die Ziele der individualisierten MS-Therapie bestehen darin, die individuell optimale Strategie festzulegen oder Patienten mit unzureichender Response frühzeitig zu identifizieren und umzustellen. Nutzen und Risiko sind bei der Therapiewahl abzuwägen.

Eine entscheidende Voraussetzung für eine individualisierte MS-Therapie besteht in der Verfügbarkeit prädiktiver Faktoren. Xavier Montalban, Barcelona, zufolge werden zahlreiche klinische, kernspintomografische (MRT) und pharmakogenomische Faktoren diskutiert. So sei das Monitoring der MRT-Aktivität gut geeignet, Non-Response vorauszusagen.

Weiterhin sind Therapien mit unterschiedlichen Wirkmechanismen und Wirksam-

keits-/Sicherheitsprofilen unabdingbar, erklärte Giancarlo Comi, Mailand.

### Wirksamkeitsvergleich nur in Head-to-head-Studien

Comi betonte, dass die relative Wirksamkeit von MS-Therapien ausschließlich im direkten (Head-to-head-) Vergleich ermittelt werden kann. So ließen sich Hinweise aus Placebo-kontrollierten Studien nicht bestätigen, dass Beta-Interferone die MS effektiver beeinflussen als Glatirameracetat (GA, Copaxone®): in Head-to-head-Studien [1, 2] waren GA und Interferon  $\beta$ -1a s.c. bzw.  $\beta$ -1b in den entscheidenden Endpunkten nicht unterscheidbar.

Weiterhin gab Comi zu bedenken, dass GA und Beta-Interferone ein sehr gutes Sicher-

heitsprofil aufweisen, Natalizumab (Progressive Multifokale Leukenzephalopathie, PML) und insbesondere Mitoxantron (Akute Myeloische Leukämie, AML) aber Probleme verursachen können. Die Langzeitsicherheit neuer Substanzen wie Fingolimod sei noch weitgehend unbekannt.

**Simone Reisdorf**

**Satellitensymposium „Towards tailored MS treatment – weighing benefits and risks“ im Rahmen des ECTRIMS-Kongresses, 14.10.2010, Göteborg (Schweden) Veranstalter: Sanofi-Aventis/Teva**

[1] Mikol et al. Lancet Neurol 2008; 7: 903-914

[2] O'Connor P, et al. Lancet Neurol 2009; 8: 889-897

## Von der Information zum Dialog: www.abilify.de

Wissenschaftlich fundiert, serviceorientiert und übersichtlich: Die neue Website www.abilify.de bietet Ärzten ab sofort eine hochwertige, umfassende Informationsplattform zu den Themen Schizophrenie und Bipolare Störungen. Da das Internet auch für Ärzte ein immer bedeutender werdendes Instrument für den Austausch aktueller wissenschaftlicher Entwicklungen und Erfahrungen aus Klinik und Praxis ist, setzt www.abilify.de zukünftig einen deutlichen Fokus auf den Dialog mit Zielgruppen.

**Nach Informationen von Bristol-Myers Squibb**



# Journal

Tennessee Williams „Plötzlich letzten Sommer“

## Ein Trugbild echter Bedeutung

Das Theaterstück „Plötzlich letzten Sommer“ geht auf die Tatsache zurück, dass Tennessee Williams psychisch kranke Schwester Rose mit Einwilligung der Eltern einer Lobotomie unterzogen wurde. Diesen Eingriff konnte er seinen Eltern nie verzeihen.



Szene aus dem Film „Plötzlich letzten Sommer“ mit Elizabeth Taylor, Montgomery Clift und Katherine Hepburn.

## 54 Psychopathologie in Kunst & Literatur

### Tennessee Williams

Sein Theaterstück *Plötzlich letzten Sommer* wurde zu einem Hollywood-Klassiker; der Themenschwerpunkt, die Lobotomie, zum nicht weichenden Schatten über der Psychochirurgie.

## 58 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

### Gabriel von Max

In seiner Historienmalerei, Forschungs- und Sammeltätigkeit spiegeln sich Kunst, Kultur und Wissenschaft der Zeit in enzyklopädischer Weise.

„In *Plötzlich letzten Sommer* gibt es Stellen, die vielleicht mit das Beste sind, was ich je geschrieben habe.“ Diese selbstzufriedene Einschätzung trifft Tennessee Williams (1911 – 1983) in seinen Memoiren zu einem Zeitpunkt, da er einer der weltweit am meisten gespielten Dramatiker seiner Epoche ist. Mit Werken wie *Die Glasmenagerie* (1944), *Endstation Sehnsucht* (1947), *Sommer und Rauch* (1948), *Die tätowierte Rose* (1950), *Camino Real* (1953), *Die Katze auf dem heißen Blechdach* (1955), *Baby Doll* (1956), *Süßer Vogel Jugend* (1959), *Die Nacht des Leguan* (1961) hat er sich nicht nur in der Theater-, sondern auch in der Filmgeschichte Hollywoods unsterblich gemacht. Der Sohn von Cornelius Coffin Williams, eines reisenden Schuhverkäufers und einer ehemals reichen, für psychische Krisen anfälligen Mutter Edwina aus den Südstaaten, hat vielfach seine komplizierte und oftmals prekäre Familienkonstellation, zahlreiche Episoden aus seinem eigenen Leben sowie seine Homosexualität literarisch verarbeitet.

Das Theaterstück *Plötzlich letzten Sommer* (1958) geht auf die Tatsache zurück, dass seine psychisch kranke, an Schizophrenie leidende Schwester Rose Isabel Williams mit Einwilligung der Eltern im *Missouri State Sanitarium* einer Lobotomie unterzogen wurde, was Tennessee, der eigentlich Thomas Lanier hieß und nur wegen seines Südstaatenakzentes auf dem College den Spitznamen Tennessee erhielt, seinen Eltern nie verziehen hat. In seinen Lebenserinnerungen, deren letzte Sätze seiner Schwester Rose gelten, schreibt Tennessee Williams dazu: „Ich betrachte diesen Eingriff als tragisch verfehlt, da ich glaube, dass Rose ohne diese Operation hätte gesunden und zu dem, was man ein ‚normales

Leben‘ nennt, zurückkehren können.“ Auch er selbst war Zeit seines Lebens nicht gefeit vor physischen und teilweise durch Alkohol-, Tabletten- und Drogenmissbrauch verursachten psychischen Störungen, er litt unter seinen Augen, seinem Herzen, seiner Trinkerleber sowie unter Gynäkomastie, und er kannte Ausnüchterungszellen und geschlossene Abteilungen von innen. Schon als Jugendlicher berichtet er von Phobien und Panikattacken, die während eines Besuchs des Kölner Doms aber plötzlich verschwanden: „Mir war, als lege sich, leicht wie ein Hauch, eine Hand auf meinen Scheitel, und im Augenblick dieser Berührung schwand meine Phobie – als schmelze eine Schneeflocke-, obwohl sie doch wie ein zentnerschwerer Eisblock auf mir gelastet hatte. Mit siebzehn zweifelte ich keinen Augenblick daran, dass die Hand unseres Herrn Jesus mich voll Erbarmen berührt und die Phobie von mir genommen habe, die mich in den Irrsinn zu treiben drohte“, heißt es in den *Memoiren*.

Tennessee Williams Name ist für immer mit berühmten Regisseuren, Schauspielerinnen und Schauspielern verbunden, die in den Verfilmungen seiner Werke Hauptrollen spielten: Elia Kazan, Vivien Leigh und Marlon Brando, Elizabeth Taylor und Richard Burton, Montgomery Clift, Carroll Baker und Eli Wallach, Paul Newman, Bette Davis, Ava Gardner und Anna Magnani, um nur einige zu nennen. Nicht zuletzt deshalb hat er auch – wie nur wenige Schriftsteller – einen Stern auf Hollywoods *Walk of Fame*. Williams war ein Autor des amerikanischen Südens, und er gilt neben William Faulkner, Carson McCullers und Harper Lee als einer der herausragendsten Vertreter. Als bekennender Homosexueller geriet er immer

wieder in den Fokus öffentlicher Diffamierungen. So wurde der stets elegant gekleidete und rhetorisch geschmeidige ehemalige Student der Theaterwissenschaft, dem Erwin Piscator als junger Dramatiker seinen Schriff gegeben hatte und der im Alter als Darling der intellektuellen Community mehr und mehr Clark Gable in seiner Rolle als Captain Rhett Butler in *Vom Winde verweht* glich, im Januar 1979 in Key West Opfer von fünf Jugendlichen, die auf ihn einschlugen, nachdem ein Baptistenprediger öffentlich in der Zeitung zur Verfolgung Homosexueller aufgerufen hatte.

Tennessee Williams erstickte am 25. Februar 1983 im Alter von 71 Jahren in einem New Yorker Hotel an einem Flaschenverschluss eines Nasensprays. Sein jüngerer Bruder Dakin vertrat stets die Ansicht, er sei ermordet worden.

### Ein Einakter

Tennessee Williams war Mitte Vierzig, als er den Einakter *Suddenly Last Summer* am 7. Januar 1958 im New Yorker Theater-off-Broadway dem Publikum vorstellte. Kombiniert mit *Something Unspoken*, einem weiteren kurzen Williams-Werk, wurde das knapp 70 Minuten dauernde Stück von den Kritikern wegen seines couragierten Aufgreifens der damals tabuisierten Themen Homosexualität und Prostitution gefeiert. Oscar-Preisträger Sam Spiegel erkannte das Potenzial des Kurzdramas, erwarb umgehend die Filmrechte und engagierte Oscar-Preisträger Joseph Mankiewicz als Regisseur für die von Gore Vidal und Tennessee Williams selbst verfasste Leinwandversion, für die ein enormer Aufwand betrieben wurde. Als Hauptdarsteller wurden Katharine Hepburn, Elizabeth Taylor, Montgomery Clift, Albert Dekker und Mercedes McCam-

bridge verpflichtet. Gedreht wurde in den Londoner Shepperton Studios sowie an der Costa Brava in Spanien. Für den symbolträchtigen Garten des Venable-Anwesens, der von Williams „mehr wie ein tropischer Dschungel oder Forst im prähistorischen Zeitalter der riesigen Farnwälder“ beschrieben wird, besorgte man über 60 seltene Bäume und Büsche sowie 30 Pfund spanisches Moos. Die Inneneinrichtung der Villa bestand aus Empire-Möbeln im Wert von mehr als 150.000 Dollar. Für die Garderobe von Katharine Hepburn wurde der Leibschneider von Queen Elizabeth II. engagiert, für die von Elizabeth Taylor der Oscar-Preisträger Jean Louis; Montgomery Clifts Maßanzüge bestanden aus Rohseide, da der Schauspieler auf Wolle allergisch reagierte. Der Film kam am 22. Dezember 1959 in die US-Kinos und wurde für mehrere Oscars nominiert: beste Hauptdarstellerin und beste Ausstattung. Der große Erfolg des Filmes beruht nicht zuletzt auf einem gekonnten Genrewechsel vom europäisch geprägten psychologischen Einakter zum amerikanischen Psycho-Thriller. Geworben wurde für ihn als „brisanter, mitreißender Schocker“.

Das Bühnenstück entstand nach einer tiefen persönlichen Krise eines Depressiven und Suchtkranken voll des Gefühls des Unverstandenseins und der Angst, die kreative Potenz verloren zu haben. Williams unterzog sich in New York sogar bei Dr. Ralph Harris aus der Karen-Horney-Schule einer Psychoanalyse, die er jedoch vorzeitig abbrach. Für die Uraufführung wählte er ausdrücklich das Playhouse abseits vom Broadway. Erstmals versuchte er es mit einem Stück, dessen Hauptfigur, der junge Poet und Milliardärssohn Sebastian Venable, gar nicht auftritt. Er ist nur in den Erzählungen und Zitaten Dritter sowie in dem nach seinen Anweisungen erbauten schwülen dschungelartigen Trogengarten mit prähistorischen Farnen und fleischfressenden Pflanzen anwesend. Zeugin seines mysteriösen Todes ist einzig seine Cousine Catherine, die seit diesem Erlebnis unter einem schweren Trauma leidet. Sebastians Mutter, Mrs. Venable, will ihr ihre Schilderungen nicht glauben, weil sie einen Skandal sowie die Beschmutzung des idealisierten Bildes von

ihrem Sohn befürchtet. Deshalb lässt sie Catherine psychiatrisieren. Als sie von der Möglichkeit der Lobotomie hört, sieht sie darin eine elegante Lösung all ihrer Probleme. Sie versucht den Arzt mit dem Angebot einer enormen Geldzuwendung für seine Forschungen und das Krankenhaus zu kaufen, doch dieser will es bei Catherine zuerst mit konservativen Methoden und einer Analyse versuchen. Dies ist der Grund- und Ausgangskonflikt des Einakters, in den sich weitere Motivstränge wie eine pathologische, inzestartige Mutter-Sohn-Beziehung, Erbschleicherei, Sexismus und Kannibalismus dramaturgisch verschlingen. Der Konflikt mündet in den glühenden Appell der Mutter Mrs. Venable an den Arzt, Catherines Aussagen medizinisch zu unterbinden: „Schneiden Sie ihr diese grässliche Geschichte aus dem Gehirn heraus!“

Formal ist dieses Stück für den Theaterwissenschaftler und Chefdramaturgen Christian Jauslin „eher ein lyrischer Aufschrei, überladen mit Metaphern aus der Welt von Baudelaires ‚Fleurs du mal‘. Aber im Unterschied zu Baudelaire gibt es hier nur noch den Tod als Ausweg, nachdem selbst die Flucht in das Reich der Urnatur und zu Gott ... keinen Ausweg mehr hat bieten können. Es ist wiederum der Dichter..., welcher stellvertretend die Rolle des feinfühligsten Menschen übernimmt, der in unserer Welt der Macht- und Besitzgier nicht bestehen kann.“ Positiv, wenngleich ohne dramaturgische Entwicklung, ist auch die Figur des skeptischen Chirurgen Dr. Cukrowicz, die in der Verfilmung von Montgomery Clift zwischen linkischer Verlegenheit und tiefem, durchdringendem Psychoanalytikerblick dargestellt wird. Da er nicht gleich aktionistisch zur Möglichkeit der Lobotomie greift, sondern zuerst die Krankengeschichte erfahren und ergründen will, bildet er mit Catherine, in deren Rolle Elizabeth Taylor einmal mehr brillierte, das ideale Paar, das sich auch zum Sprachrohr der „Wahrheiten“ von Tennessee Williams machen lässt: „Es ist eine grässliche Geschichte, aber es ist eine wahre Geschichte aus unserer Zeit und der Welt, in der wir leben ... Wir alle benutzen einander und nennen es Liebe, und wenn wir einander nicht mehr benutzen können, nennen wir es – Hass.“

### Lobotomie

Indem Williams die aktuelle Diskussion um das Verfahren der zunächst als Wundermittel missverstandenen Lobotomie aufgreift, zeigt er, wie sehr er sich als engagierter Schriftsteller seiner Zeit verpflichtet sieht. Die Lobotomie oder Leukotomie ist eine neurochirurgische Operation, bei der die Nervenbahnen zwischen Thalamus und Frontallappen sowie Teile der grauen Substanz durchtrennt werden. Das Verfahren wurde von dem Italiener Mario Fiamberti (1894–1979) und dem Portugiesen António Egas Moniz entwickelt, der dafür 1949 mit dem Nobelpreis ausgezeichnet wurde. Mit Beginn der 1940er-Jahre entwickelten die Amerikaner Walter Freeman (1895–1972) und James Winston Watts (1904–1994) die Methode weiter, die unter dem Namen Lobotomie insbesondere im angloamerikanischen Raum verbreitet Anwendung fand.

Trotz erheblicher Einwände und der Weiterentwicklung von Psychopharmaka (z. B. Chlorpromazin) hielt Freeman an seiner transorbitale Operationsmethode fest. So operierte er vor den Augen zahlreicher Zuschauer sowie im Fernsehen mehrere Dutzend Patienten pro Tag und reiste mit einem umgebauten Wohnmobil, dem von ihm so getauften *Lobomobil*, quer durch die USA. Insgesamt operierte er mehr als 3.000 Patienten. Sein Bekenntnis lautete: „Die Psychochirurgie erlangt ihre Erfolge dadurch, dass sie die Phantasie zerschmettert, Gefühle abstumpft, abstraktes Denken vernichtet und ein roboterähnliches, kontrollierbares Individuum schafft“. Die Lobotomie wurde unter anderem auch gegen Homosexualität oder kommunistische Weltanschauung eingesetzt. Dies darf nicht weiter verwundern, zumal damals sogar die Ursachen von Rassenunruhen in „fokalen Hirnstörungen“ gesehen wurden, die man operativ entfernen müsse, um weitere Auswüchse zu verhindern.

Weltweit werden die durchgeführten Operationen auf etwa eine Million geschätzt. Dahinter stand die Vorstellung, Störungen, schwere psychische Erkrankungen und dem Zeitgeist zuwiderlaufende Verhaltensweisen, ja „das Böse an sich“ könne man einfach „wegoperieren“, um somit ein für allemal Ruhe zu schaffen. Zur Begründung und Rechtferti-

gung des Verfahrens (z. B. bei jugendlichen Straftätern ebenso wie bei unbeherrschbaren Gefängnisinsassen) musste eine Ideologie des „biosozialen Humanismus“ erhalten. Ken Kesey's psychiatrischer Roman *Einer flog übers Kuckucksnest*, von Milos Forman 1975 verfilmt, greift das Thema auf. Erst Bürgerrechtsbewegungen der 1960er-Jahre begannen, ein öffentliches Bewusstsein gegen die Lobotomie zu etablieren. Der Psychochirurg Dr. Cukrowicz in *Plötzlich letzten Sommer* spricht gegenüber Mrs. Venable die komplexe Problematik dieser Methode offen an. Er benennt „das Problem, die richtigen Patienten zu bekommen, nicht nur – kriminelle Psychopathen, die der Staat uns zur Operation überlässt. Meine Operation ist mit einem ziemlich großen Risiko verbunden. Wenn man in das Gehirn mit einem fremden Gegenstand eindringt ...“ Mrs. Venable wiederum gibt sich naiv, wenn sie mit Blick auf die Patienten sagt: „Ich habe gehört, dass es sie besänftigt, es beruhigt sie, sie werden plötzlich friedlich.“ Doch Dr. Cukrowicz gibt zu bedenken: „Erst in zehn Jahren werden wir wissen, ob die Operation nur eine vorübergehende Wirkung hat oder eine dauernde, und selbst wenn es eine Möglichkeit gäbe – und dieser Gedanke verfolgt mich – einen völlig gesunden Menschen wieder aufzubauen, ob nicht dieser Mensch nachher immer in einem gewissen Sinne beschränkt bleibt, befreit von akuten Störungen, aber – b e s c h r ä n k t.“ Nicht ohne höchst eigennützige Hintergedanken antwortet Mrs. Venable darauf: „Oh, aber was für ein Segen für diese Menschen, Doktor, Frieden gefunden zu haben, plötzlich den Frieden mit sich gefunden zu haben ...“ Mit dieser Einstellung sollten die rabiaten Methoden zwischen Folter und wissenschaftlichem Fortschritt gerechtfertigt werden, für die es keine Frage war, dass psychische Störungen ausschließlich organische Ursachen haben, die auf Fehlfunktionen des Nervensystems beruhen und nicht etwa durch therapeutische Gespräche einer Psychoanalyse oder durch Psychopharmaka geheilt werden können. Dr. Walter Freeman hat zwar Sprachen studiert, ist aber überzeugter Anti-Freudianer. Elektroschocks, Eisbäder, injizierte Malaria-Erreger, giftige Zyanide, Insulin, Metrazol scheinen da-

mals bei schweren Psychosen eher geeignet als etwa eine Analyse im Sinne Freuds.

Noch 1963 wird die Lobotomie als eine der „wohl größten chirurgischen Erfindungen“ gefeiert. Auch Rosemary Kennedy, die Schwester des späteren amerikanischen Präsidenten, wurde diesem Verfahren unterzogen. Danach hatte sie den Verstand eines Kindes und verbrachte 63 Jahre in geschlossenen Anstalten. Dr. Freeman verfeinerte die Methode: Statt wie bisher Löcher in die Schädeldecke zu bohren und mit einer Stahlschlinge oder einer kleinen Schneidklinge mit kreisrunden Schnitten die Nervenbahnen zu zerstören, geht er mit einem langen stählernen Pickel, mit dem man Cocktail-Eis zerstören kann, oder mit Stahlnadeln durch die Augenhöhle ins Gehirn. Ein kurzer Schlag mit einem Hämmerchen genügt, um diese durch die Knochenschicht zu treiben. Die Betäubung erfolgt mittels Elektroschock, auf sterile Handschuhe, Gesichtsmaske oder Kittel wird verzichtet, anschließend werden die Patienten mit dem Taxi nach Hause geschickt. Das alles dauert keine 10 Minuten und nennt sich nun „transorbitale Lobotomie“ – eine Methode, die viele Kollegen anzweifeln und manche sogar für kriminelle Folter halten. Immer wieder kommt es zu Todesfällen. Doch nachdem die Lobotomie des Portugiesen Egas Moniz 1949 durch den Nobelpreis geadelt wird, werden die kritischen Stimmen leiser und Dr. Freeman noch aktiver. In seinem *Lobomobil* legt er Tausende von Meilen zurück und behandelt 228 Patienten in zwölf Tagen. Und immer macht er gleich noch ein Erinnerungsfoto. So wird er berühmt. Als 1954 das Neuroleptikum *Thorazine* auf den Markt kommt, wirbt die Herstellerfirma mit der Behauptung, es handle sich um eine „chemische Lobotomie“.

Stärkere Zweifel an Dr. Freeman kommen erst auf, als er Kinder „lobotomisiert“. Als seine große Zeit als Psychochirurg vorbei ist, fährt er mit seinem Wohnmobil durch die Staaten auf der Suche nach ehemaligen Patienten, um seinen Ruf zu retten. „Doch seine Erfolgsstatistiken sind von zweifelhafter Aussagekraft, stützen sich auf flüchtige Beobachtungen“ (Berhorst). Was bleibt, ist der „Schatten der Lobotomie, der über der Psychochirurgie liegt“ (Ders).

### Psychiatrie und Theater

Man könnte den falschen Schluss ziehen und meinen, Tennessee Williams, der große „Südstaaten- und Neurosen-Dramatiker“, wie man ihn oft genug bezeichnete, sei einer der Theaterdichter, die sich am intensivsten mit der Psychiatrie beschäftigt und diese in den unterschiedlichsten Facetten und Variationen auf die Bühne gebracht haben. Doch Christian Jauslin verweist zu Recht auf die Warnung von Arthur Miller, des großen amerikanischen Dramatiker-Kollegen von Williams, die Stücke bloß auf ihren psychiatrischen Fall oder ihre psychopathologische Relevanz hin zu deuten, „anstatt die Welt entstehen zu lassen, aus der heraus der Fall erst ein solcher“ wurde: Arthur Miller schreibt in *Der Schatten der Götter*: „Wenn unser Theater es nicht dahin bringt, durch die Gemütsbewegung hindurch vorzustoßen zu einer Bewertung der Welt, wird es sich nach meiner Ansicht einer belanglosen Psychiatrie verschreiben und einer unfachmännischen dazu.“

Wir werden uns darauf beschränkt sehen, einen ‚Ödipus‘ ohne die Pest zu schreiben, einen ‚Ödipus‘, dessen Katastrophe rein persönlich ist und zum Überleben seines Volkes in keinerlei Beziehung steht, einen ‚Ödipus‘, der sich seine Augen nicht ausstechen kann, weil es keinen Maßstab gibt, nach dem er sich selbst verurteilen könnte; kurz einen ‚Ödipus‘, der, als seine blutschänderische Ehe offenbar wird, sich, anstatt sich die Augen auszustechen, nur die Tränen wegwischt, um damit seine Einsamkeit kundzutun. Noch einmal: Wo ein Drama nicht auf seine Relevanz für das ganze Menschengeschlecht bedacht ist, wird es beim Pathos stehenbleiben, jenem verführerischen Schild gegen die tiefste Wirkung des Dramas, jenem Trugbild echter Bedeutung.“ □

---

### LITERATUR

beim Verfasser

#### Prof. Dr. Gerhard Köpf

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

# Gabriel von Max

## Wissenschaft und Spiritismus

Warum der Maler Gabriel von Max (1840 – 1915) von der Nachwelt fast vergessen wurde, obwohl er zu seiner besten Zahl als Malerstar galt, ist ein wenig rätselhaft. Denn allein die Widersprüchlichkeit seines Wesens, sein Suchen nach der Herkunft und der Zukunft des Menschen, seine Interessengebiete zwischen Naturwissenschaft und Okkultismus, macht ihn zu einer überaus spannenden Persönlichkeit – und seine Bilder einer Betrachtung wert.



Affen als Kunstrichter, 1889



Die Mußestunde, Geschwisterpaar (Szene aus Tannhäuser), 1875



Der Vivisektor, 1883

Müsste man Gabriel von Max eine literarische Figur zuordnen, so müsste das Goethes Faust sein. Es ist auch kein Zufall, dass sich von Max mit dieser Figur ausgiebig beschäftigte und auch zahlreiche Bildentwürfe zum Drama lieferte. Denn die Bemühungen Fausts, die Welt durch Wissenschaft zu begreifen und doch auch auf übersinnliche Hilfe zurückzugreifen, passt durchaus zum Lebensweg des Malers.

Gabriel von Max war seit seiner Jugend an den Naturwissenschaften interessiert, begann schon früh, eine wissenschaftliche Sammlung aufzubauen (mit zwischen 60.000 und 80.000 Stücken) und das „missing link“ zwischen Affen und Menschen zu suchen. Beachtenswert in diesem Zusammenhang ist die Schädelammlung des Malers, die bis zu seinem Tod auf 500 Exemplare anwuchs. Für Ernst Haeckel, den von Max 1892 persönlich kennen lernte, fertigte er gar eine malerische Rekonstruktion einer Familie von Java-Menschen (Pithecanthropus alalus).

### Emotionale Kraftakte

Die Kombination aus wissenschaftlicher Genauigkeit der Beobachtung, einer auf das Transzendente gerichtete Spiritualität und dem malerischen Vermögen, durch pure Emotion zu überwältigen, beschert von Max eine ungeheure Popularität, obwohl er selbst gern zurückgezogen lebt. Themen, die ihm am Herzen liegen, versucht er mit großem malerischen Aufwand in den Griff zu bekommen. Wie das Bild „Der Vivisektor“ jedoch beweist, verfehlt er damit auch manchmal den

Zugang zum Kopf des Betrachters: Die Allegorie des Mitleids, die dem Vivisektor das Hündchen entreißt, das dieser gerade lebendig sezieren wollte, und mit Hilfe einer Waage beweist, dass ein goldenes Herz mehr wiegt als ein goldenes Gehirn, setzt zu viele Voraussetzungen beim Betrachter voraus: Gabriel von Max, selbst Gegner der Vivisektion, war als solcher vielleicht „zu nahe“ am Thema und überfrachtete das Bild.

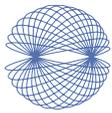
Eingängiger ist, neben seinen berühmten Affenbildern wie „Affen als Kunstrichter“ (von Max hielt selbst bis zu 14 Affen und achtete sie sehr), das berühmte Bild „Der Anatom“, bei dem dieser versonnen das Tuch über der Leiche einer schönen jungen Frau lüftet und darüber zu grübeln scheint, wo in diesem schönen Körper wohl die Seele ihren Sitz hat. Dass solche Schönheit nicht spurlos verschwinden kann, war wohl für den Maler auch ein Grund, sich dem Spiritismus zu widmen.

**Volker Schuck**

### Über die Ausstellung

Die Ausstellung „Gabriel von Max – Malerstar, Darwinist, Spiritist“ ist im Kunstbau der Städtischen Galerie im Lenbachhaus, München, noch bis zum 30. Januar 2011 zu sehen. Zur Ausstellung erscheint die erste Monografie zu Gabriel von Max im Hirmer Verlag München; sie kostet an der Ausstellungskasse 32 €.

Termine der Fortbildungsakademie		
<p>19.3.2011 in Erfurt (Termin war ursprünglich für den 13.11.2010 geplant)</p> <p><b>8 CME-Punkte</b></p>	<p><b>„Chronobiologie: zukunftsweisendes Wissen für Psychiatrie und Neurologie“</b> <i>Referenten:</i> Prof. Dr. A. Wirz-Justice, Basel Prof. Dr. M. Wiegand, München</p>	<p>Fortbildungsakademie <b>Athene</b> Nadya Daoud Huttenstr. 10, 97072 Würzburg Tel.: +49 (0) 931 20 555 16, Fax: 0931 20 555 11 E-Mail: info@akademie-psych-neuro.de</p>
<p>7.5.2011 in München</p>	<p><b>Die Rolle der KV in der Zukunft – Versorgungswirklichkeit bei Nervenärzten – Alternative Kollektivvertragskonzepte</b> Tagung des BVDN Landesverbandes Bayern</p>	<p><b>Athene Akademie</b> Huttenstr. 10, 97072 Würzburg Tel.: +49 (0) 931 20 555 26, Fax: 0931 20 555 25 E-Mail: g.schuster@athene-qm.de</p>
<p>14.–15.5.2011 in Frankfurt</p> <p><b>14 CME-Punkte</b></p>	<p><b>„Update Forensische Psychiatrie: Sozialrecht“</b> <i>Referenten:</i> Dr. C. Stadtland, München W. J. Kainz, München</p>	<p>Fortbildungsakademie <b>Athene</b> Nadya Daoud Huttenstr. 10, 97072 Würzburg Tel.: +49 (0) 931 20 555 16, Fax: 0931 20 555 11 E-Mail: info@akademie-psych-neuro.de</p>
Weitere Termine		
<p>2.–4.3.2011 in Potsdam</p>	<p><b>Führungskräftekongress Interdisziplinäre Intensivmedizin (F II)</b></p>	<p><i>Auskunft:</i> MCN – Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG Tel.: +49 (0) 911 39 316-40 Fax: +49 (0) 911 39 316-66 E-Mail: fii@mcnag.info www.mcn-nuernberg.de</p>
<p>18.3.2011 in Münster</p>	<p><b>Symposium zur Erforschung der Hereditären Spastischen Spinalparalyse (HSP)</b></p>	<p><i>Wissenschaftliche Betreuung:</i> Prof. Dr. Peter Young (Uni Münster) und Dr. Christian Beetz (Uni Jena) <i>Anmeldung:</i> www.hsp-info.de</p>
<p>6.–7.5.2011 in Grainau (Zugspitzdorf)</p>	<p><b>DGN-Fortbildungsakademie</b></p>	<p><i>Vorsitz:</i> Prof. Dr. C. Weiller, Freiburg <i>Organisation:</i> Karin Schilling, Hamburg Deutsche Gesellschaft für Neurologie Fortbildungsakademie Martinistr. 52, 20246 Hamburg <i>Anmeldung:</i> www.dgn.org/fortbildungsakademie-der-dgn.html</p>
<p>26.–28.5.2011 in München</p>	<p><b>12. Münchner Neuroradiologie Symposium</b></p>	<p><i>Vorsitz:</i> Prof. Dr. H. Brückmann, PD Dr. med. J. Linn Institut für Klinische Radiologie, Uni München <i>Organisation:</i> COCS GmbH Congress Organisation C. Schäfer Tel.: 089/307 10 11, Fax: 089/ 307 10 21 E-Mail: alexandra.stangl@cocs.de www.nrad.de, www.cocs.de-</p>



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ [www.bvbn.de](http://www.bvbn.de)

**Vorstand/Beirat**

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

**1. Vorsitzende der Landesverbände**

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

**Referate**

**Demenz:** J. Bohlken  
**Epileptologie:** R. Berkenfeld  
**Neuroangiologie, Schlaganfall:** P. Reuther  
**Neurootologie, Neuroophthalmologie:** 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. Wörsz  
**Suchttherapie:** U. Hutschenreuter, R. Peters  
**Umweltmedizin Neurologie:** M. Freidel



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ [www.neuroscout.de](http://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



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ [www.bv-psychiater.de](http://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

**Geschäftsstelle des BVDN**

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

**Delegierte in Kommissionen der DGN**

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

**Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden**

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

**BDN-Landessprecher**

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

**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, Birgit Imdahl, Thomas Hug  
**Berlin:** Norbert Mönter  
**Brandenburg:** n.n.  
**Bremen:** n.n.  
**Hamburg:** Ute Bavendamm, Guntram Hinz  
**Hessen:** Peter Kramuschke  
**Mecklenburg-Vorpommern:** n.n.  
**Niedersachsen:** Norbert Mayer-Amberg  
**Nordrhein:** Christian Raida  
**Rheinland-Pfalz:** Wolfgang Rossbach  
**Saarland:** Gerd Wermke  
**Sachsen:** Bennemann  
**Sachsen-Anhalt:** Regina Nause  
**Schleswig-Holstein:** Uwe Bannert  
**Thüringen:** Lutz Bode  
**Westfalen:** Rüdiger Sassmannshausen

# Ich will Mitglied werden!

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

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

Zusatztitel oder -qualifikation (z. B. Psychotherapie, Sonografie): \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail/Internet: \_\_\_\_\_

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

**■ Nervenärzte als Vertreter in den Kassenz ärztlichen Vereinigungen (KV) und Ärztekammern (ÄK)\***

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
<b>BVDN-Landesverband: BADEN-WÜRTTEMBERG</b>						
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
<b>BVDN-Landesverband: BAYERN</b>						
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
<b>BVDN-Landesverband: BERLIN</b>						
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
<b>BVDN-Landesverband: BRANDENBURG</b>						
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
<b>BVDN-Landesverband: BREMEN</b>						
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	ÄK/KV	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
<b>BVDN-Landesverband: HAMBURG</b>						
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
<b>BVDN-Landesverband: HESSEN</b>						
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
<b>BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN</b>						
Dr. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@nervenaertze-rostock.de
<b>BVDN-Landesverband: NIEDERSACHSEN</b>						
Dr. Ralph Luebbe	Osanbrück	ja	KV	0541434748		ralph.luebbe@gmx.de
<b>BVDN-Landesverband: NORDRHEIN</b>						
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
<b>BVDN-Landesverband: RHEINLAND-PFALZ</b>						
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
<b>BVDN-Landesverband: SAARLAND</b>						
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
<b>BVDN-Landesverband: SACHSEN</b>						
Dr. Mario Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733672625		mario.meinig@t-online.de
<b>BVDN-Landesverband: SACHSEN-ANHALT</b>						
Dr. H. Deike	Magdeburg	nein	KV	0391 2529188	0391 5313776	
<b>BVDN-Landesverband: SCHLESWIG-HOLSTEIN</b>						
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	ÄK/KV	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
<b>BVDN-Landesverband: THÜRINGEN</b>						
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
<b>BVDN-Landesverband: WESTFALEN</b>						
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. Martin Bauersachs**

Wißstr. 9, 44137 Dortmund,  
Tel.: 0231 142818  
E-Mail: info@klemt-bauersachs.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. Jens Bohlsen**

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

**PD Dr. Elmar Busch**

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

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@elfinnet.de

**Prof. Dr. Christian Gerloff**

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

**Dr. med. Heinrich Goossens-Merk**

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: hphausti@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. Thomas Hug**

Bergheimer Str. 33 69115 Heidelberg,  
Tel.: 06221 166622  
E-Mail: hug.hug-pa@t-online.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. Birgit Imdahl**

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

**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: BAS2BA01@urz.uni-bamberg.de

**Dr. Thomas Krichenbauer**

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

**Dr. Bernhard Kügelgen**

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

**Dr. Andreas Link**

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

**Dr. Wolfhard Lünser**

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

**Dr. Hans Martens**

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

**Dr. Norbert Mayer-Amberg**

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

**Dr. Ramon Meißner**

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

**Dr. Uwe Meier**

Am Ziegelkamp 1 f, 41515 Grevenbroich,  
Tel.: 02181 7054811, Fax: 02181 7054822,  
E-Mail: 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. 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, Schülchenstr. 10,  
53474 Bad-Neuenahr-Ahrweiler,  
Tel.: 02641 98040, Fax: 02641 980444,  
E-Mail: preuther@rz-online.de

**Dr. Christa Roth-Sackenheim**

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

**Dr. Klaus Sackenheim**

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

**Dr. Manfred Salaschek**

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

**Dr. Greif Sander**

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

**Dr. Michael Schwalbe**

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

**Dr. Karl-Otto Sigel**

Hauptstr. 2, 82008 Unterhaching,  
Tel.: 089 6653917-0, Fax: 089 6653917-1,  
E-Mail: 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. Siegfried R. Trichel**

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

**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****Arbeitsgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)**

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

**Athene Akademie**

Qualitätsmanagement im  
 Gesundheitswesen,  
**Geschäftsführerin:**

Gabriele Schuster,  
 Huttenstr. 10, 97072 Würzburg,  
 Tel.: 0931 88029396,  
 Fax: 0931 88029398,  
 E-Mail: g.schuster@athene-qm.de

Athene ist die Qualitätsmanagementakademie der Berufsverbände. Sie übernimmt für die Verbände die Aufgabe, QM-Konzepte für Praxen und Kliniken zu entwickeln, zu pflegen, distribuieren sowie Mitglieder zu beraten und zu schulen. Athene pflegt die Kontakte zu zertifizierten und institutionellen Anbietern von QM-Konzepten. In diesem Zusammenhang ist sie auch für die Verbände offizieller Vertragspartner der KBV für QEP-Schulungen. Weiterhin unterstützt Athene bei Verhandlungen, Vertragsgestaltungen und operationaler Umsetzung von 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-psychoneuro.de  
 www.athene-qm.de  
 Die Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN und BVPD 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 Seminar kalender in jedem NEUROTRANSMITTER. Vorsitzender der Fortbildungsakademie ist PD Dr. A. Zacher, Regensburg, stellvertretender Vorsitzender Dr. U. Meier, Grevenbroich.

**QUANUP e. V.**

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

Laufende Projekte sind:

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

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

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

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)**

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

**Neurologie**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Psychiatrie**

**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)**  
 Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin, Tel.: 030 28096601/ 02, Fax: 030 28093816  
**Hauptgeschäftsführer:** Dr. phil. Thomas Nesseler E-Mail: sekretariat@dgppn.de www.dgppn.de  
**Präsident:** Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Aachen, RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen, Tel.: 0241 8089633, E-Mail: fschneider@ukaachen.de  
**Aus-, Fort- und Weiterbildung, CME:** Prof. Dr. med. Fritz Hohagen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck Tel.: 0451 5002440 E-Mail: fritz.hohagen@psychiatrie.uk-sh.de

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

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

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

**Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO)**  
 Brücker 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](http://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 27 €, Ausland 38 €. 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



© photos.com Plus

# Vorschau

Ausgabe 2/2011

## Februar

Erscheint am 17. Februar 2011

### Sexuelle Funktionsstörungen

Sexualität als komplexe und zentrale biologische Funktionalität wird durch viele psychische Erkrankungen verändert oder gestört. Wirksame Therapien können die sexuelle Funktionsfähigkeit deutlich verbessern und wiederherstellen, aber auch die Störungen induzieren oder verstärken.

### Betreuung Demenzkranker

Die Verzögerung der Heimeinweisung gilt als zentraler Endpunkt der ambulanten Behandlung von Demenzkranken. In den Leitlinien hat die Einbeziehung der Angehörigen in das Behandlungskonzept einen hohen Stellenwert, wobei die Belastung der Pflegenden immer klinisch einzuschätzen ist.