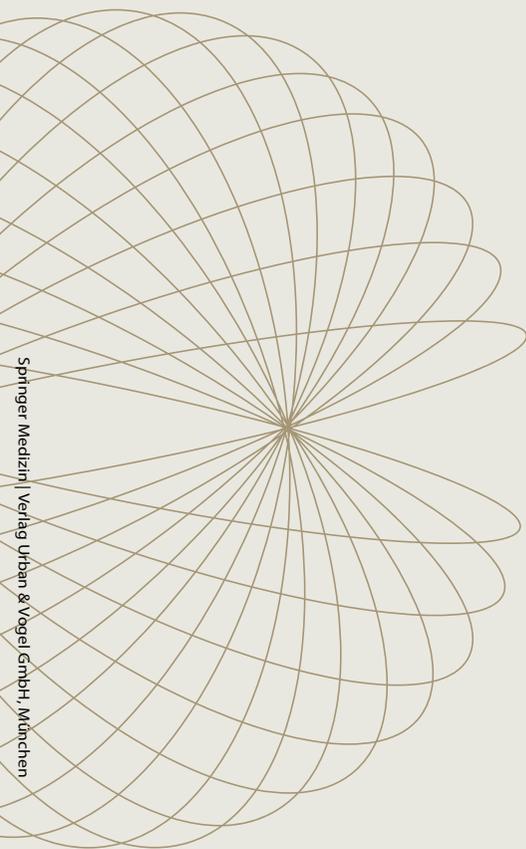
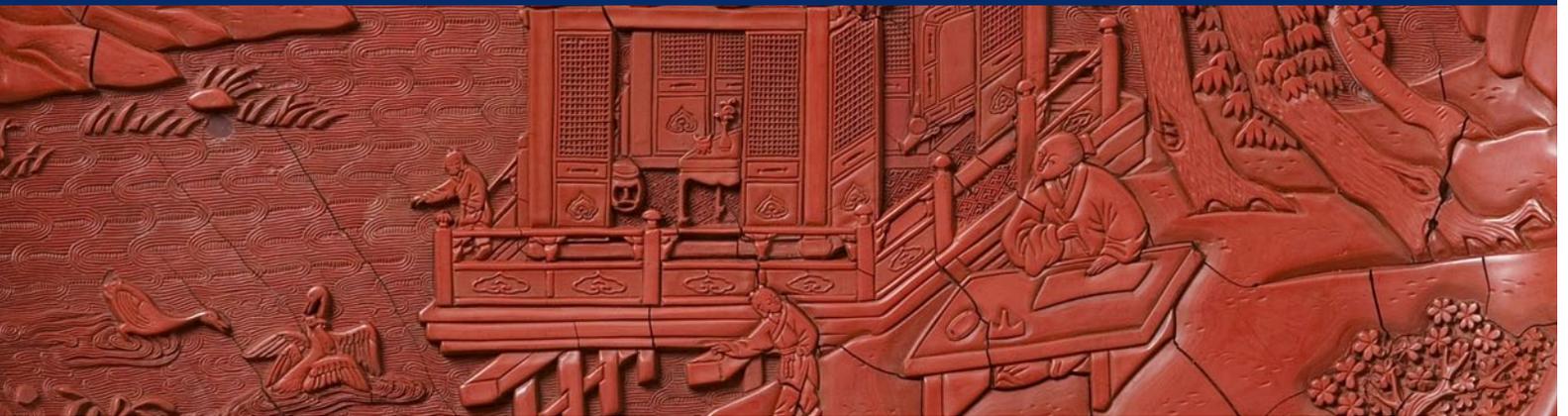


6

Juni 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)



Tagung des BVDN-Landesverbandes Bayern
Ambulante Versorgung im Umbruch

Wenn Patienten Behandlungsfehler vermuten
Auf Anschuldigungen richtig reagieren

Differenzialdiagnostik von Angststörungen
Zwischen Furcht und Panik unterscheiden

CME: Vasovagale Synkopen

Gute Anamnese erspart oft aufwändige Diagnostik





»Die Griechen haben es gewusst und deshalb Zeus, den olympischen Ministerpräsidenten, als charmant-brutalen Triebtäter entlarvt.«

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

Loreley

Liederabend im Mai – gefeierte Sopranistin mit ebenbürtigem Klavierbegleiter – herrliche Töne steigen aus dem Flügel auf wie ein bunter Vogelschwarm und perlen leicht wie Champagnerbläschen aus dem Mund der Sängerin, die Schumanns Liedfassung der Loreley von Heine zum Besten gibt. „Ich weiß nicht, was soll es bedeuten...“ Ja, das hat was, sagt einem doch zweifelsohne wirklich was, wie sie beschrieben wird, da oben auf dem Felsenvorsprung sitzend, die schönste Jungfrau, ihr goldenes Haar im Abendsonnenschein kämmend, während der arme Kerl, der Fischer unten auf dem Rhein nicht mehr der Felsenriffe achtet, weil's ihn „mit wildem Weh“ ergreift. Zuletzt wird mit erheblicher dramatischer Steigerung der Grund, warum die Sängerin sich am Anfang solche Sorgen gemacht hat, genannt: Weil „am Ende“ höchstwahrscheinlich die Wellen „Schiffer und Kahn“ verschlingen werden.

Das „wilde Weh“ der Männer

Die Sängerin stimmt das nächste Lied an, mir geht die Geschichte aber nicht mehr aus dem Kopf. Irgendetwas stimmt da nicht in Ihrem Gedicht, Herr Heine! Zu plump haut es in die schon weidlich ausgeleierte Kerbe der Stammtischparole „und ewig lockt das Weib.“ Die Masche: Von „wildem Weh“ gebeutelter Mann geht goldenes Haar und andere Reize spielen lassender schönster Jungfrau armselig auf den Leim und anschließend unter. Das kann doch keiner mehr hören und auch nicht mehr glauben, wurde einem doch in den letzten Wochen durch die Berichterstattung in den Medien regelrecht um die Ohren geschlagen, was sich alles so abspielt in bestimmten Männerkreisen, in Badeanstalten, Hinter- und Hotelzimmern.

„Die schönste Jungfrau“ darf für das von Ihnen, Herr Heine, mit „wildes Weh“ umschriebene sexuelle Ungestüm von Politikern, Versicherungsverkäufern und Weltbankern nicht wirklich verantwortlich gemacht werden. In der Türkei musste der halbe Vorstand der nationalistischen Aktionspartei zurücktreten, weil in den Internetpranger kompromittierende Videos gestellt worden waren, für deren Zustandekommen es anscheinend nur eine einzige Kamera brauchte, denn alles Bildmaterial stammte aus dem einen Zimmer des Parteigebäudes, das wohlweislich aus Diskretionsgründen für außereheliche Affären der Parteilite vorgehalten wurde. Die mit dem ebenso vertrauens- wie liebenswürdigen „Herrn Kaiser“ werbende und deshalb allseits so bie-

der beleumundete Hamburg-Mannheimer Versicherung musste zerknirscht eingestehen, eine opulente Budapester Therme samt weiblichem Zubehör zur Verlustierung für besonders erfolgreiche Versicherungsvermittler angemietet zu haben – finanziert natürlich aus Versicherungsprämien. Dass nicht Kindergeburtstage unter dem Begriff „Bunga-Bunga-Party“ firmieren und letztere nicht von schlechten Eltern sein sollen, dürfte inzwischen sogar dem Vatikan dämmern und was in New York gerade mit dem Weltbanker passiert, wissen eh alle. Dies toll-drastische testosterongesättigte Treiben strafft Goethes Verslein: „halb zog sie ihn, halb sank er hin.“ Lügen. Nicht das Weib lockt in diesen Fällen, sondern der Mann „bockt“ (keine Angst, nicht jeder, liebe Frauen, aber einige offenbar besonders heftig).

... am Ende verschlingen die Wellen ...

Die Griechen haben das gewusst und deshalb Zeus, den olympischen Ministerpräsidenten, als charmant-brutalen Triebtäter entlarvt. Dem nicht minder geilen Pan wurden zur besseren Illustrierung Bockshufe und einen ebensolcher Schwanz verpasst. Und wenn der die fröhlich in ihrem Quellwasser herumplanschenden Nymphen anfiel, überkam sie mit der Pan-Attacke eine Panik-Attacke. Das christliche Abendland wollte sich wohl mit dieser Teile der Männerwelt kennzeichnenden Schwäche nicht abfinden, konnte sie aber, weil unausrottbar, auch nicht aus der Welt schaffen. So wurde denn in simpler Projektion der „männliche“ Trieb in den weiblichen „Zug“ umgemünzt, wie noch bei Heine und Goethe bezeugt. Ach ja – haltet inne meine Gedanken! Gleich steht das Geschlechterverhältnis wieder reparierend Liszt's „Liebestraum“ auf dem Programm. Wie das Denken doch abschweifen kann in so einem Konzert. Übrigens zu Ihrer Ehrenrettung Herr Heine: Ihr Lied von der Loreley könnte sich mit einer leichten Abwandlung doch noch bewahren, denn vermutlich verschlingen die Wellen am Ende tatsächlich Schiffer und (Strauss-)Kahn. Da bestreite noch einmal irgend jemand die stete Aktualität klassischer Kunst!

Ihr



18 Vor Schuldbekennnissen hüten

Sprechen Patienten von einem Behandlungsfehler, sollten sich Ärzte davor hüten, vorschnell die Schuld anzuerkennen oder einen Befriedigungsvorschlag zu unterbreiten, denn damit verlieren sie möglicherweise den Versicherungsschutz. Eine offene Kommunikation mit dem Patienten sowie Verständnis und Betroffenheit können jedoch häufig eine Eskalation des Konflikts verhindern.

12 Kassenvorstände sollen haften

Wenn Krankenkassen schlecht wirtschaften, sollen deren Vorstände künftig persönlich haften. Entsprechende Regelungen könnten nach der Pleite der City BKK ins neue Versorgungsgesetz übernommen werden.

14 Ambulante Versorgung im Umbruch

Über die Honorierung von Gesprächsleistungen, Fachärzte als Case-Manager oder den Sinn einer Kostenerstattung in der GKV diskutierten Nervenärzte, Psychiater und Neurologen mit Kassen- und KV-Vertretern bei der Frühjahrstagung des BVDN-Landesverbandes Bayern.

Titelbild:

Museum für Angewandte Kunst Frankfurt am Main /
Sammlung Piert-Borgers

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 Keine Honorarverteilung nach Gutsherrenart

10 Gesundheitspolitische Nachrichten

SPD formuliert eigenes Positionspapier

Schärfere Maßnahmen gegen Korruption gewünscht

Bahr rügt Fehlverhalten der Krankenkassen

Krankenkassen setzen auf Selbstverwaltung

14 Tagung des BVDN-Landesverbandes Bayern

Ärzte, Kassenvertreter und Politiker diskutierten um die Zukunft der ambulanten Versorgung

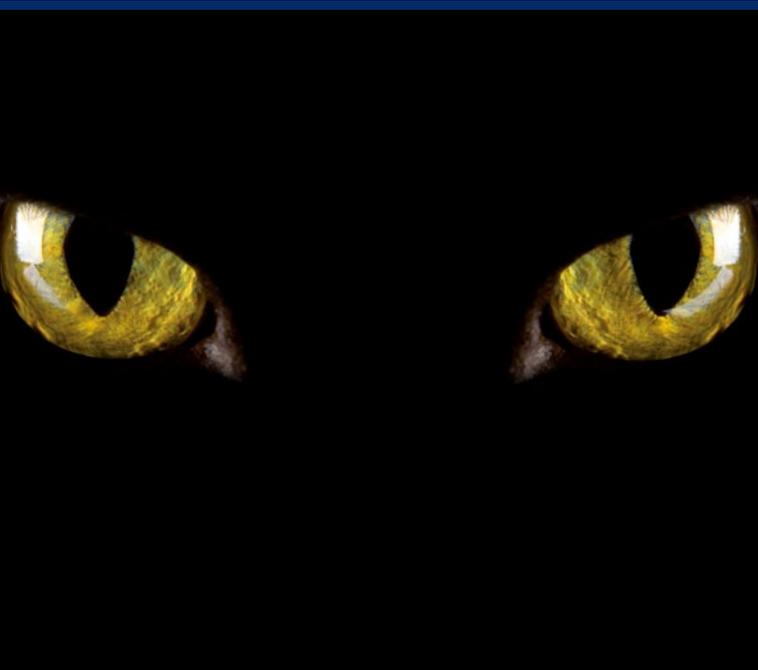
Rund um den Beruf

18 Vorwurf Behandlungsfehler

Wie Ärzte am besten reagieren, wenn Patienten sich falsch behandelt fühlen

23 Privatpatienten sind nicht die Lösung

Können Ärzte von den GKV-Einnahmen nicht leben, ist das eventuell ein Fall für die Gerichte



30 Angststörungen gezielt unterscheiden

Eine Angsterkrankung zu erkennen, ist nicht selten selbst für den Facharzt schwierig, da die Patienten oft gar nicht direkt von der Angst berichten. Das subjektive Erleben von Angst muss nicht im Vordergrund der Beschwerden stehen. Stattdessen wird oft über körperliche Symptome geklagt, etwa Schwindel, Herzklopfen oder eine erhöhte Erschöpfbarkeit. Mit gezielten Fragen nach solchen Symptomen lassen sich Angsterkrankungen aufspüren und oft auch gut differenzieren.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. Gunter Freese
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435
E-Mail: gunter.freese@springer.com

Schriftleitung:

PD Dr. med. Albert Zacher
Telefon: 0941 561672, Fax: 0941 52704
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

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



BVDN



BDN



BVDP

Fortbildung

- 26 Differenzialdiagnose von Angststörungen**
Zwischen Furcht und Panik
- 33 Krankhaft gehobene Stimmungen**
Euphorisch, mitreißend oder einfach nur läppisch
- 38 Psychiatrische Kasuistik**
Vom Nachbarn bestrahlt
- 44 Tödliches Pflanzenprotein**
Suizid durch Rhizinussamen
- 46 CME: Vasovagale Synkopen**
Ohnmachtsanfälle – eine gute Anamnese erspart oft eine aufwändige Diagnostik
- 53 CME-Fragebogen**



Journal

- 62 Psychopathologie in Kunst und Literatur**
António Lobo Antunes – Lachanfall gegen die Heuchelei der Nationen
- 66 NEUROTRANSMITTER-Galerie**
Chinesische Lackkunst – Vielschichtige Meisterwerke

- 57 Pharmaforum**
- 68 Buchtipps**
- 71 Termine**
- 72 Verbandsservice**
- 77 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

Honorarverteilung nach Gutsherrenart – nicht mit uns!

Ich bin nicht sicher, ob Ihnen allen klar ist, was die von den Länder-KVen auf Bundesebene seit rund zwei Jahren vehement vertretene Forderung nach „Regionalisierung“ für Konsequenzen mit sich bringt. Ich zitiere aus den Vorschlägen im aktuellen Eckpunktepapier für das neue Versorgungsgesetz:

„Honorarreform (Regionalisierung des Vergütungssystems); Regionalisierung und Flexibilisierung der Honorarverteilung durch Übertragung der Vergütungsregelung getrennt nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen ausschließlich auf die Kassenärztliche Vereinigung: Honorarverteilungsmaßstab im Benehmen mit den Krankenkassen; Verfahrensvorgaben des Bewertungsausschuss zur Honorarverteilung werden aufgehoben, Aufgabenzuweisungen an den Bewertungsausschuss werden aufgehoben, soweit sie die Gestaltungsspielräume der Regionalisierung betreffen; leicht handhabbare und einfach umsetzbare Kodierrichtlinien; Einleitung eines so genannten Dialogprozesses zur Vorbereitung der Honorarreform.“

Unsere Fachgruppen begrüßen selbstverständlich leicht handhabbare und einfach umsetzbare Kodierrichtlinien ebenso wie einen Dialogprozess zur Vorbereitung einer Honorarreform. Wir begrüßen insbesondere auch die Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, an vielen Stellen zur Einzelleistungsvergütung zurückzukehren. Die Neuordnung der Abrechnungskapitel „Neurologie und Psychiatrie beziehungsweise Nervenheilkunde“ ist aus unserer Sicht allein deswegen geboten, um endlich wieder Honorargerechtigkeit herzustellen. Allerdings ist nicht allein der EBM maßgeblich

für die Umsätze in unseren Praxen, sondern vielmehr die Art und Weise der Honorarverteilung. Die Überwindung der früheren Fachgruppentöpfe war aus Sicht unserer Fachgruppen ein ganz wichtiger Schritt. Darüber hinaus hatten wir mit der Einführung so genannter Honorarverteilungsverträge, die zusammen mit den Krankenkassen abgeschlossen werden mussten, sehr begrüßt, dass sich auch die Krankenkassen der Verantwortung für eine gerechte Honorarverteilung insbesondere unter Berücksichtigung der Morbidität stellen mussten.

Eine einseitige Festlegung der Honorarverteilung durch eine einzelne regionale KV mag vielleicht den Vorstellungen vieler Länder-KVen entsprechen und dortige Einflussmöglichkeiten erheblich vergrößern; ich weise aber darauf hin, dass die Rückverlagerung der Honorarverteilung in die ausschließliche Zuständigkeit der regionalen KVen für unsere Fachgebiete ein hohes Risiko birgt. Mit Schaudern denke ich an die Zeiten zurück, als Honorarverteilung in den regionalen KVen nach Mehrheitsbeschlüssen der Vertreterversammlungen nach Beschlussvorlagen durch die so genannten Honorarverteilungsausschüsse erfolgte. Der Super-GAU für unsere Fachgruppe! Wir werden alle Kräfte auf Bundesebene bündeln, um uns gegen eine Honorarverteilung nach Gutsherrenart zu stemmen. Die Strukturierung und Vergütung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung muss völlig unabhängig von einer möglichen Leistungsdynamik in anderen Fachgebieten rationalen und transparenten Kriterien folgen.

Leicht handhabbare und einfach umsetzbare Kodierrichtlinien würden wir außer-

ordentlich begrüßen, aber: Der gegenwärtig ebenfalls auf Druck der Länder-KVen zustandegekommene Kompromiss auf Bundesebene, dass zum einen die ambulanten Kodierrichtlinien verschoben werden, zum anderen Kodierung im Rahmen von unterschiedlich großen Stichproben erfolgt, wird von professioneller Seite aus als schon jetzt gescheitert beurteilt. Letztendlich wird nur eine umfassende Darstellung der Morbidität auch entsprechende Finanzmittel nach sich ziehen. Nicht umsonst haben sich einige Bundesländer unabhängig von der aktuellen Diskussion längst dazu entschieden, die ambulanten Kodierrichtlinien ohne Wenn und Aber einzuführen. Im Hinblick auf die hohe Morbiditätsverdichtung in unseren Praxen ist dies auch zwingend unsere berufspolitische Ausrichtung. Es ist absehbar, dass der Zündstoff in den Honorarverteilungsdebatten in absehbarer Zeit nicht ausgehen wird.

Mit Spannung erwarten wir die Debatten auf dem Deutschen Ärztetag in Kiel. Wenn Sie diese Ausgabe des NEUROTRANSMITTERS in den Händen halten, wird das Ergebnis der Wahlen für den Vorstand der Bundesärztekammer bereits bekannt sein. Für die zukünftige Positionierung und die strategische Ausrichtung der Deutschen Ärzteschaft sind diese Wahlen von erheblicher Bedeutung.

In diesem Sinne

Ihr

VERSORGUNGSGESETZ

SPD formuliert eigenes Positionspapier

➔ Die SPD-Fraktion im Bundestag hat nun ebenfalls ein Positionspapier zum geplanten Versorgungsgesetz formuliert. Die wichtigsten Forderungen:

- Weiterentwicklung der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen zu „Gemeinsamen Landesausschüssen“ unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaften. Die Länder sollen ein Teilnahme- und Mitberatungsrecht erhalten.
- Die Patienten sollen einen notfalls auch gerichtlich durchsetzbaren gesetzlichen Leistungsanspruch auf Entlassungsmanagement gegen ihre Krankenkasse erhalten.
- Hausärztförderung: Rückkehr zum Rechtszustand für die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) vor dem 22. September 2010, Verzicht auf Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei den Vergütungsregelungen.
- Der Deutsche Hausärzterverband (DHÄV) soll umfassende Beteiligungsrechte in den ärztlichen Gremien und den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung erhalten.
- Einheitliche Vergütung für die ambulante Versorgung von gesetzlich und privat Krankenversicherten. Die Regelung soll für die Ärzte einkommensneutral eingeführt werden: Die Honorare für die gesetzlich Versicherten sollen erhöht, das Niveau aber zwischen privater und gesetzlicher Versicherung vereinheitlicht werden.

- Die Begrenzung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) auf 50 bis 80 Krankheiten soll abgeschafft werden. Dadurch soll die Verwaltung des RSA durch das Bundesversicherungsamt (BVA) unbürokratischer, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds transparenter und planbarer und die Versorgung für die Patienten verlässlicher werden.

Kommentar: Die SPD-Bundestagsfraktion hatte viele Vorschläge gemacht, die dem Eckpunktepapier aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) von Minister Dr. Philipp Rösler ähneln. Ob aufgeblähte Landesausschüsse, die möglicherweise sogar noch kleinräumig auf die einzelnen Regierungsbezirke ausgeweitet werden sollen, bei der Vielzahl der Beteiligten noch entscheidungsfähig bleiben, muss bezweifelt werden. Die noch stärkere strukturelle und institutionalisierte Förderung der Hausärzteschaft und des Deutschen Hausärzterverbandes ist mit großer Skepsis zu sehen. Allein schon der fixierte Trennungsfaktor bei der Honorarverteilung in den KVen führt zu immer höheren Einkommen bei den einzelnen Hausärzten, weil die Anzahl der Hausärzte sinkt. Demgegenüber sinken die Facharzteinkommen bei wachsender Ärztezahle und erhöhter Leistungsanspruchnahme durch Patienten beziehungsweise Überweisungsanforderungen durch Hausärzte.



Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

„In keinem anderen Wirtschaftszweig sind die Finanzströme und Honorarbeziehungen so intransparent wie im GKV-System.“

Ein extrem wichtiger Anspruch der Fachärzteschaft an das neue Versorgungsgesetz ist daher die besondere Berücksichtigung der Fachärzte und deren Tätigkeitsumfang in einem eigenen § 73 d. Denn von den drei ambulanten Versorgungsbereichen Fachärzte, Hausärzte und Psychotherapeuten sind bisher nur Hausärzte und Psychotherapeuten als Versorgungsbereiche im SGB V erwähnt. Die Forderung, EBM und GOÄ anzugleichen, hat sich die SPD schon lange auf die Fahnen geschrieben. Natürlich würde es dann in der Realität zu einer Herunternivellierung der GOÄ auf EBM-Niveau kommen. Dies kann weder im Interesse der Ärzte noch der Patienten liegen. **gc**

SPD-ANTRAG AN BUNDESREGIERUNG

Schärfere Maßnahmen gegen Korruption gefordert

➔ Die SPD-Bundestagsfraktion stellte den Antrag „Korruption im Gesundheitswesen“ an die Bundesregierung:

- Korruptionshandlungen niedergelassener Vertragsärzte sollen in Zukunft Straftatbestände darstellen, dies müsse im Strafgesetzbuch ergänzt werden.
- Systematische Falschabrechnungen von Krankenhäusern müssen gesetzlich mit spürbaren Sanktionen belegt werden.

- In den Bundesländern sollen besonders qualifizierte Schwerpunktstaatsanwaltschaften und Ermittlungsgruppen mit der Kriminalpolizei zur Verfolgung von Korruption im Gesundheitswesen eingerichtet werden.

- Es sei ein besonderer Straftatbestand zu schaffen, der auf sozialversicherungsrechtliche Sachverhalte abzielt und neben dem Vermögen die besondere Stellung der GKV sowie der Patientinnen und Patienten schützt.

- Die Abteilungen in den Organisationen des Gesundheitswesens, die sich mit Korruptionsfehlverhalten beschäftigen, sollen als Profit-Center geführt werden.

Kommentar: Selbstverständlich müssen Bestechlichkeit und Korruption auch im Gesundheitswesen wie in der übrigen Wirtschaft geahndet werden. Allerdings sind auch in keinem anderen Wirtschaftszweig die Finanzströme und Honorarbeziehungen so intransparent wie im GKV-System. Hierfür

ist im wesentlichen das Sachleistungssystem verantwortlich. Sowohl bei Patienten als auch bei Leistungserbringern wie Ärzten, Heil- und Hilfsmittelerbringern, Pharmaindustrie und Krankenhäusern gibt es beim gegenseitigen „Geschäftsverkehr“ keine Kontrollmöglichkeit. Diese lässt sich nur durch noch mehr Bürokratie und Dokumen-

tationspflichten schaffen. Die wichtigsten Schritte in Richtung Transparenz wären daher die Einführung von prozentualen Selbstbehalten bei jeder einzelnen Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und zur Förderung der Eigenverantwortung der Patienten die Einführung von Kostenerstatungselementen. **gc**

INSOLVENZ DER CITY BKK

Bahr rügt Fehlverhalten der Krankenkassen

Der neue Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) rügte die Praxis der Krankenkassen, Versicherte der insolventen City BKK nicht aufzunehmen. Aus diesem Grund sollen im neuen Versorgungsgesetz folgende Regelungen zusätzlich getroffen werden:

- Die staatliche Kassenaufsicht wird gestärkt. Auch Sanktionsmaßnahmen mit hohen Bußgeldern seien geplant.
- Die Krankenkassenvorstände sollen für das Fehlverhalten persönlich haften. Hier seien Regresse denkbar oder auch die Abberufung der Vorstände.
- Versicherte einer geschlossenen Kasse sollen eine Mitteilung erhalten, in der alle gesetzlichen Krankenkassen aufgelistet sind, die der Versicherte als seine zukünftige Kasse wählen kann.

Die gesetzlichen Krankenkassen haben inzwischen Besserung gelobt. Sie wiesen allerdings darauf hin, dass die Kostenentwicklung

bei Krankenkassen, die überwiegend Versicherte in Ballungsgebieten als Mitglieder haben, besonders ungünstig ist. Deshalb schlagen sie einen Regionalindex im morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) vor. In teuren Regionen müssten die Kassen die Möglichkeit haben die hohen Ausgaben zu kompensieren. Außerdem wurde vorgeschlagen, dass Versicherte einer insolventen Krankenkasse zunächst einmal innerhalb derselben Kassenart unterkommen müssten.

Derzeit finden wegen der Zusatzbeiträge der Krankenkassen erhebliche Wanderungsbewegungen von Versicherten statt. Die DAK verlor im ersten Quartal 2011 beinahe 60.000 Versicherte, die BKK Gesundheit zirka 25.000, die AOK Saarland 15.000. Der City BKK kehrten ebenfalls 15.000 Versicherte den Rücken, der KKH Allianz 14.000. Demgegenüber gewann die Techniker Krankenkasse

63.000 neue Versicherte, zur Barmer GEK stießen 28.000, zur AOK Niedersachsen 15.000 Versicherte. Damit ist die Barmer GEK die größte bundesdeutsche Krankenkasse mit 8,6 Millionen Versicherten, es folgen die Techniker Krankenkasse mit 7,7 Millionen, die DAK mit 5,7 Millionen und die AOK Bayern mit 4,3 Millionen Versicherten. Im ersten Quartal 2011 wechselten 39.000 GKV-Versicherte zur privaten Vollversicherung. Der Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA), Dr. Maximilian Gaßner warnte in einem Bericht der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“, dass bei mehreren weiteren Krankenkassen in der Zukunft eine Überschuldung nicht auszuschließen sei. Weil nur einzelne Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben, wirke dieser wie ein Stigma. Damit sei „ein funktionaler Wettbewerb so nicht möglich“. Es bestehe eine Überreaktion der Versicherten, ihre Kasse zu verlassen, sobald diese einen Zusatzbeitrag erhebt. In Zukunft würden deutlich mehr Krankenkassen als heute einen Zusatzbeitrag verlangen müssen. Es ergebe sich dann im Mittel aller Krankenkassen ein Aufschlag von 3 bis 4 Euro pro Monat.

Möglicherweise sinken die Gesamtausgaben der Krankenkassen 2011 um zirka 0,2 Milliarden Euro. Die Einnahmen des Gesundheitsfonds entwickeln sich aufgrund der guten Wirtschaftslage besser als erwartet. Daraus ergebe sich eine zirka 7 Milliarden Euro hohe „Liquiditätsreserve“ des Gesundheitsfonds. Diese Rücklage müsse als Stützung für zukünftige Krisenzeiten einbehalten werden.

Kommentar: Die Einführung eines Regionalindex in den Morbi-RSA birgt die erhebliche Gefahr, dass eine teure und nicht morbiditätsentsprechende Überversorgung in Stadtstaaten und Ballungsgebieten zementiert wird. Andererseits zeigt die Pleite der City BKK, dass die Kostenstruktur einer Krankenkasse nicht allein durch die Morbidität ihrer Versicherten abgebildet wird. Eine große Rolle spielen offenbar morbiditätsfremde Kostenstrukturen. Hier sind vor allem hohe Kosten durch das anspruchsvolle Leistungsverhalten der Großstadtbevölkerung zu nennen, aber auch angebotsinduzierte Mehrkosten durch ein Überangebot von Krankenhäusern und niedergelassenen Leistungserbringern in den Großstädten. Auch hier zeigen sich wieder die Nachteile der bisherigen Bedarfsplanungsstruktur und des Sachleistungssystems. **gc**



Zusatzbeiträge vertreiben die Patienten aus vielen Kassen – weitere Insolvenzen könnten folgen.

VERSORGUNGSGESETZ

Krankenkassen setzen auf Selbstverwaltung

➔ Auch der GKV-Spitzenverband artikuliert seine Vorstellungen zum geplanten Versorgungsgesetz. Die Steuerungsinstrumente für die gesundheitliche Versorgung müssten neu gewichtet werden. Selbstverwaltungslösungen müssen Vorrang vor staatlichen Planungen haben. Die Wettbewerbsmöglichkeiten der Krankenkassen müssten in Richtung auf einen Qualitätswettbewerb gestärkt werden. Das Eckpunktepapier der Krankenkassen stellt unter anderem folgende Forderungen:

- **Bedarfsplanung:** „Es gibt nicht zu wenige Ärzte, sondern insgesamt zu viele, und sie sind schlecht verteilt“. Die spezialärztliche Versorgung müsse neu geordnet werden. Aus der Bedarfsplanung müsse sich eine Versorgungsplanung entwickeln.
- Die massive Überversorgung in manchen Gebieten müsse abgebaut werden. Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in überversorgten Gebieten sei nur noch dann tragbar, wenn sie unter Versorgungsgesichtspunkten notwendig ist. Andernfalls müsse der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erlaubt werden, die Stilllegung einer Zulassung beim Ausscheiden eines Arztes finanziell zu fördern.
- Die Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Hausarztverträgen soll abgeschafft werden. Selektive kassenspezifische Vertragsmöglichkeiten sollen den Krankenkassen zunehmend erlaubt werden.
- Honorarverbesserungen bei Vertragsärzten müssen sich in Zukunft an einer nachweisbaren Versorgungsverbesserung orientieren.
- Planbare spezifische Krankenhausleistungen sollen künftig über Direktverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen finanziert werden.
- Bei der Finanzierungsentwicklung im stationären Sektor soll die Grundlohnsummenbindung weiterhin gelten und nicht durch einen Orientierungswert ersetzt werden.
- Nicht-medikamentöse Innovationen im Leistungskatalog der GKV sollen zunächst in „Innovationszentren“ wie Krankenhäusern, Schwerpunktpraxen und medizinischen Versorgungszentren (MVZ) getestet werden.

Kommentar: Als Kostenträger streben die Krankenkassen natürlich größtmögliche Finanz- und Vertragsautonomie an. Dabei soll der Gesetzgeber durch entsprechende Vorgaben für niedrigstmögliche Steigerungen des Krankenhausbudgets beziehungsweise der Ärztehonoreare sorgen. Dass zur Verbesserung der flächendeckenden ambulanten Versorgung entsprechende Förderungsinstrumente gefunden werden müssen, ist inzwischen jedem klar. Dass dies nur unter Beachtung des unternehmerischen Bestandsschutzes und ohne enteignungsgleiche Eingriffe am Ende des Berufslebens eines Vertragsarztes stattfinden darf, sollte ebenso selbstverständlich sein. **gc**



© Birgit R. / panthermedia

Anzeige

Frühjahrstagung des BVDN-Landesverband Bayern

Ambulante Versorgung im Umbruch

Unter dem Motto „Gesundheitswesen im Umbruch? Wir stellen die ambulante Neurologie und Psychiatrie sicher!“ hat der BVDN-Landesverband Bayern am 7. Mai über Themen wie Konkurrenz der Facharztgruppen, die Honorierung von Gesprächsleistungen oder Kostenerstattung in der GKV diskutiert.

Seit Jahren trifft sich der BVDN-Landesverband Bayern zweimal im Jahr. Die Herbstsitzung ist regelmäßig mit dem Bayerischen Nervenärztetag verknüpft, da schließt sich der BVDN mit seiner Mitgliederversammlung an dieses Treffen an, das Kliniker und Niedergelassene seit vielen Jahrzehnten zusammenführt. Im Frühling tagt ausschließlich der BVDN zusammen mit den Landesgruppen von BDN und BVDP und hält nach einem berufspolitischen Vormittag mit externen Referenten am Nachmittag die Mitgliederversammlung ab.

Bislang zuverlässige Versorgung

Der Landesvorsitzende Dr. Gunther Carl stellte dabei klar, dass niedergelassene Nervenärzte, Psychiater und Neurologen trotz eines äußerst schwierigen, sich ständig wandelnden gesundheitspolitischen Umfeldes, in dem Krankenhaus- und Krankenkasseninsolvenzen zeigen, wie wenig Sicherheiten es inzwischen gibt, die Versorgung von neurologisch- und psychiatrisch kranken Menschen seit Jahrzehnten konstant und zuverlässig sichern. Dabei hob er hervor, dass gerade in Neurologie und Psychiatrie die von jedem Einzelnen wie auch von der Politik erhoffte Rektangularisierung der Gesundheits-Lebensdauerkurve nicht realisiert werden kann. Rektangularisierung bedeutet, dass der Einzelne möglichst lange leben möchte und dass dann sein Leben schnell und ohne großes Leiden im Tod mündet. „Schmerzlos aus voller Gesundheit heraus sterben nach langer Lebensdauer“, das sei der Wunsch. Psychische und viele neurologische Krankheiten begannen aber bereits in relativ jungen Jahren und belasteten bis zum Tode, ohne dass die Lebensdauer durch diese Erkrankungen drastisch herabgesetzt sei.

Honorarsituation nur wenig verbessert

Dr. Gunther Carl wandte sich mehr an die Adresse der weiteren Referenten Dr. Ilka Enger, stellvertretende Vorsitzende der KV Bayerns, Franz Bachl, AOK Bayern, sowie Joachim Unterländer, CSU-Vorsitzender des Sozialausschusses des Bayerischen Landtags, wenn er darauf verwies, dass bei der Krankheitslast, die für 2030 prognostiziert sei, damit zu rechnen sei, dass von den ersten sechs Erkrankungen dieser Liste vier auf die Fächer Psychiatrie entfielen. Ebenso beträfen 24 von den 80 für den Risikostrukturausgleich zusammengestellten schweren Krankheiten unsere Fachgebiete. Die explizite gesundheitspolitische Bedeutung von Psychiatrie und Neurologie stehe für jeden Fachmann inzwischen außer Frage. Erst in den letzten beiden Jahren habe sich aber eine jahrzehntelange Abwärtsbewegung der neurologischen und psychiatrischen Honorare geringfügig korrigieren lassen. Carl wies zudem darauf hin, wie zersplittert sich die psychiatrische Versorgung darbietet und dass es nach wie vor dem puren Zufall überlassen werde, an welche Stelle sich ein psychisch Kranker mit seinem Anliegen wende. Von einer richtigen, zeitsparenden und auch ökonomisch sinnvollen Allokation könne hier wahrhaftig nicht die Rede sein, obwohl doch Neurologen, Nervenärzte und Psychiater (letztere auch durch ihre psychotherapeutische Ausbildung) als geeignete und kompetente „Case-Manager“ gerade dazu berufen wären, die richtigen Weichen zu stellen. Seine Forderungen an die KV-Bayern, die Krankenkassen und die Politik lauten deshalb

— Case-Management von neurologischen und psychiatrischen Patienten in die Hand der Fachleute (Nervenärzte, Neurologen und Psychiater),

- angemessene Gesprächshonorare,
- Förderung der Heimversorgung,
- Regressfreiheit,
- eine Einrichtungen aufsuchende komplementäre Versorgung durch Vertragsärzte,
- Überweisungsvorbehalt an psychiatrische Institutsambulanzen zugunsten psychiatrischer und nervenärztlicher Fachärzte,
- eine bessere Kooperationsmöglichkeit mit den Krankenhäusern.

Dr. Ilka Enger knüpfte gleich daran an, denn der neue KV-Bayern-Vorstand habe den Plan, Zugangspfade für psychisch Kranke festzulegen, habe jedoch bei der Realisierung einer wirklich neuen Versorgungspolitik mit einem enormen negativen Erbe zu kämpfen. Eines der Hauptübel sei die Dezentralisierung in Bund und Land. Wichtige Kompetenzen habe sich die Bundes-KV von den Länder-KVen angeeignet und im Landesbereich hätten die Regionalstellen viele servicefreundliche Funktionen entzogen bekommen.

Die Bürokratisierung durch die Zentralisierung behindere die Ärzteschaft bei der Beschäftigung mit den eigentlichen Problemen und das Entgegenkommen bei der Qualität von Seiten der Ärzte sei jahrelang ohne ein wesentliches Honorarplus erfolgt. Die Unzufriedenheit mit den kasernenärztlichen Vereinigungen sei aber auch so groß geworden, weil auf allen Ebenen keine richtige Kommunikation gepflegt worden sei. Um dies zu ändern, hätten sich nun auf Bundesebene mehrere KVen zur freien Allianz der Länder-KVen (FALK) zusammengetan.

Die stellvertretende KV-Bayern-Vorsitzende beklagte die Umstände der Wiederwahl des KBV-Vorsitzenden Köhler und seines Stellvertreters Müller. Die Tatsache, dass der höchste Arzt in

Deutschland (der Vorsitzende der Vertreterversammlung) übrigens jetzt ein psychologischer Psychotherapeut sei, führte zu ungläubigem Kopfschütteln. Kurz erwähnte Enger das Versorgungsgesetz 2011, das die Bedarfsplanung auf eine völlig neue Grundlage stelle, sie hoffte aber, dass man erreichen könne, MVZ-Gründungen in Zukunft an Ärzte, nicht an Institutionen zu binden. Probleme sahe sie darin, dass sich Haus- und Fachärzte auseinanderbringen lassen könnten, dass die Berufsverbände ihre gegenseitige Konkurrenz nicht aufgeben würden und es innerhalb der Fachgruppe zu einer Kannibalisierung durch QZVs komme.

An positiven Möglichkeiten nannte Sie die bessere Lobbyarbeit, den Wiederaufbau persönlicher Beratungsstellen in den Regionen statt anonymer Hotlines, die Rückbesinnung auf die Kernkompetenzen der KVen und das Abschiednehmen von „Spielwiesen“ der früheren KV-Repräsentanten in Bayern. Qualitäts- und Versorgungsverbesserungen müssten in Zukunft mit einer Anhebung der Honorierung verbunden sein. Ihr großes Anliegen sei jedoch die Einführung der Kostenerstattung, um die Abrechnungen wieder transparent und verstehbar zu machen. Vielleicht lasse sich dabei auch der „Dokumentierungswahn“ abbauen.

Der Vertreter der AOK, Franz Bachl, setzte sich mit einigen Themen der Vordr. entsprechend kritisch auseinander, beklagte aber zusammen mit diesen, dass

durch die Zentralisierung Gestaltungsmöglichkeiten auf Landesebene wie etwa der Abschluss von Strukturverträgen in Bayern unmöglich gemacht wurden und dass durch den Gesundheitsfonds Gelder so im Lande verteilt würden, dass manche KVen nicht mehr wüssten, wie sie mit der Geldnot zurechtkommen. Gleichzeitig ergössen sich zu anderen KVen aber Geldströme, die diese gar nicht so recht unterbringen könnten.

Einer Einschränkung bei den PIAs durch den Überweisungsvorbehalt stehe er durchaus positiv gegenüber, erwarte aber einen riesengroßen Protest. Gegen die völlig unterschiedliche Honorierung der gleichen Tätigkeit beim Niedergelassenen und in der PIA sei nichts zu machen, weil die Gesetzeslage dies nicht zulasse. Zu den Regressen sagte er, dass diese zwar als Bedrohung den Einzelnen beträfen, dass aber die Krankenkassen und die KVen gesetzlich dazu verpflichtet seien. Andererseits sei es jedoch immer möglich gewesen, die Situation zusammen mit der KV für den Einzelnen ganz erheblich zu entschärfen.

Der letzte Referent, der CSU-Landtagsabgeordnete Unterländer fordert eine bessere Versorgungsforschung, um die sich so schnell abwechselnden Gesundheitsreformen, die sich gegenseitig teilweise konterkariert hätten, durch begründete und wissenschaftlich fundierte Veränderungen abzulösen. Er beklagte, das Wahrnehmungsdefizit der Öffentlichkeit

gegenüber psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen, betonte, wie wichtig für ihn in seinem politischen Wirken die Förderung der „sprechenden Medizin“ sei. Er habe übrigens wenig Hoffnung, dass der große Apparat, der wegen des Gesundheitsfonds geschaffen worden sei, nun wieder zügig abgebaut werden könne. Dazu sei er einfach zu groß und werde somit noch länger Bestand haben. Ganz wichtig sei es ihm auch, die Heimversorgung auf eine neue Basis zu stellen und deren Honorierung zu verbessern.

Kostenerstattung in der GKV?

Anschließend diskutierten die vier Referenten, ergänzt um den BVDP-Sprecher Bayerns, Dr. Christian Vogel, mit den Teilnehmern. Dr. Andreas Meißner aus München vertrat vehement die Auffassung, es müsse eine Rückkehr zu den bayerischen Strukturverträgen oder wenigstens zu freien Gesprächsleistungen geben. Er beobachte, wie der jetzt bestehende Zwang zur größeren Patientenzahl notgedrungen mit sich bringe, dass aus einer „sprechenden Psychiatrie“ mehr und mehr eine „verschreibende Psychiatrie“ werde. Kostenerstattung halte er in der Psychiatrie für nicht durchführbar, wandte er gegenüber Dr. Ilka Enger ein. Diese entwickelte daraufhin ein Modell eines „Gesundheitskontos“, das sie für geeignet halte, auch in der Psychiatrie umgesetzt zu werden. Der AOK-Vertreter meinte hierzu, die Kos-

tenerstattung in der GKV sei einfach deswegen sehr problematisch, weil es dafür keine Rechtsgrundlage gebe. Er persönlich könne von sehr negativen Erfahrungen mit der Zahlungsmoral berichten, die er bei Zahnersatzkostenerstattungen gesammelt habe. Auch Joachim Unterländer hielt die Kostenerstattung für manche Patienten und vor allem im psychiatrischen und neurologischen Bereich nicht für realisierbar.

Dr. Rolf Tiedemann aus München schilderte die derzeitige Honorarsituation, durch die pro schwerkranken Patienten im Quartal nur eine halbe Stunde Gespräch bezahlt werde, und er beklagte, dass die 5-Prozent-Regelung, nach der Honorarverluste über 5 Prozent von der KV ausgeglichen würden, nicht viel nütze, weil sie auf dem Jahr 2008 aufsetze, in dem die Honorare auf einem niedrigen Niveau lagen.

Gespräche als Haupteinnahmequelle

An die Adresse von Joachim Unterländer richtete sich NEUROTRANSMITTER-Schriftleiter Dr. Albert Zacher, der eine undifferenzierte Förderung der sprechenden Medizin für nicht sinnvoll hielt. Diese gehe von dem idealistischen Ansatz aus, jedem Patienten tue ein Arzt gut, der viel mit ihm rede. Das stimme natürlich, aber man müsse sich ganz pragmatisch darüber im Klaren sein, dass ein Radiologe, ein fachärztlicher Internist oder ein Urologe seine Praxis nie über Gespräche finanzieren werde, sondern immer über die Apparate, weil die sich amortisieren müssten. Psychiater hätten jedoch als Haupteinkommensquelle ausschließlich diagnostische und therapeutische Gespräche anzubieten. Nur eine überdurchschnittlich gute Honorierung der Gesprächsleistungen könne den Erhalt von psychiatrischen Praxen gewährleisten. Das gelte natürlich nicht für vorwiegend apparativ arbeitende Fachgruppen, dort sollten die Gesprächsleistungen, wie schon jetzt geschehen, in die apparativen Untersuchungsleistungen einbezogen sein. Im Gegensatz zu den anderen Rednern sprach sich Zacher für die Kostenerstattung aus, die nach seiner Meinung ein transparentes Abrechnungsverhalten und eine kalkulierbare Einkommenssituation ermögliche. Psychiatrischen Patienten prinzipiell die Fähigkeit abzusprechen,

mit Rechnungen und Geldverwaltung zurecht zu kommen, leuchte ihm nicht ein, und wer dazu tatsächlich nicht in der Lage sei, verfüge ohnehin über einen gesetzlichen Betreuer.

Dr. Oliver Binasch aus Ingolstadt verwies darauf, dass die Kostenerstattung keinesfalls nach dem einfachen Satz der GOÄ erfolgen könne, das sei völlig ruinös, man solle sich doch die Leistungsziffern und deren Bewertung in der GOÄ konkret ansehen. Dr. Gunther Carl bestätigte dies und ergänzte, inzwischen sei das Leistungsspektrum von Psychiatern und Nervenärzten im EBM viel besser abgebildet als in der veralteten GOÄ.

Sehr aufschlussreich war auch der Diskussionsbeitrag von Dr. Matthias Döbmeier aus Cham, der über seine Erfahrungen als Leiter einer PIA und als kürzlich niedergelassener Psychiater sprach und die krassen Unterschiede in der Höhe der Vergütung zugunsten der PIAs anprangerte, aber auch die fehlenden Mög-

lichkeiten kritisierte, als Niedergelassener zusätzliche Assistenzgruppen bei der Versorgung psychisch Kranker einzusetzen.

Weitere Wortmeldungen beschäftigten sich mit Medikamentenregressandrohungen. Weil es nun einmal den engen gesetzlichen Rahmen gebe, seien Ansprechpartner für eine Veränderung aber nicht die Krankenkassen und die KVen sondern die Politiker, antwortete Franz Bachl von der AOK. Dr. Ilka Enger ergänzte, dass auch sie selbst, von einem Regress in sechsstelliger Höhe bedroht, bemerkt habe, wie dies das Ordnungsverhalten beeinflussen könne. An die Adresse des BVDN gewandt mahnte sie, man müsse jede Form zurückweisen, Fachärzte gegeneinander in Stellung zu bringen. Den nur 700 Psychiatern, Neurologen und Nervenärzten stünden in Bayern insgesamt 24.000 Ärzte anderer Fachrichtungen gegenüber. Daher könne man nicht glauben, als Kleingruppe die anderen ausspielen zu können. **za**

Anzeige

„Sie haben mich falsch behandelt!“

Wie man auf diesen Vorwurf richtig reagiert



© shoot4u / fotolia.com

Der Vorwurf eines Behandlungsfehlers trifft den Arzt in der Regel völlig unvorbereitet, besonders dann, wenn er sich eines Verschuldens oder Fehlverhaltens gar nicht bewusst ist. Wie reagiert man in dieser Situation richtig? Wie kann man sich schon im Vorfeld rechtlich absichern? Und was ist bei der Haftpflichtversicherung zu beachten?

„Der Kunstfehler-Report: Wenn Ärzte Fehler machen – was Patienten wissen müssen!“ – Diese im „Focus“ erschienene Titelgeschichte signalisiert, welches besondere mediale Interesse das Thema „ärztliche Behandlungsfehler“ findet. Dazu kommt, dass die Schadenshöhe, die von den Gerichten festgesetzt wird, in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist. Auch ist heute sogar von Seiten der Versicherungsträger eine gezielte Regressverfolgung möglich, und die Rechtsprechung ist sehr viel patientenfreundlicher geworden. Dies alles hat zur Folge, dass Ärzte bei vielen Eingriffen eine zunehmend defensivere Haltung einnehmen – mit allen sich daraus eventuell ergebenden Nachteilen für den Patienten.

Die Behandlung eines Patienten geschieht juristisch gesehen immer im Rahmen eines Behandlungsvertrags. „Dabei

schuldet der Arzt grundsätzlich nur die Durchführung des Eingriffs *lege artis*, nicht aber den Erfolg der Behandlung“, betonte Maximilian Broglie, Rechtsanwalt in Wiesbaden. Doch wenn etwa die Indikation für einen operativen Eingriff mit einem bestimmten Therapieziel verknüpft werde, könne sich die Rechtsnatur des Behandlungsvertrags durchaus dahingehend ändern, dass der Patient bei fehlendem Erfolg haftungsrechtliche Ansprüche geltend machen könne.

Verrechtlichung der Medizin

Eine Ursache der zunehmenden Verrechtlichung der Medizin ist ein häufig gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, nicht zuletzt als Folge unseriöser medialer Inszenierungen vermeintlicher Behandlungsfehler. Auch sind Patienten heute nicht mehr bereit,

therapeutische Misserfolge schicksalhaft hinzunehmen. „Die Medizin ist heute anonymer und die Gesellschaft aufgeklärter geworden“, sagte Rechtsanwalt Lorenz Maximilian Rasch, Wiesbaden. Auch die Konkurrenz innerhalb der Ärzteschaft sowie zwischen den Rechtsanwälten hat zur Folge, dass immer mehr Patienten Schadenersatzansprüche geltend machen. „Eine Krähe hackt heute durchaus auch der anderen ein Auge aus“, so Rasch. Auch die Regressaktivitäten der Krankenkassen und die erhöhte Kontrolldichte tragen zur Verrechtlichung der Medizin bei.

Autoritätsverlust der Ärzte

Bis vor etwa 20 Jahren waren ärztliche Haftungsprozesse sehr selten, denn der Arzt war als Respekt- und Vertrauensperson sakrosankt. Darüber hinaus waren die Spielregeln für ärztliche Entschei-

dungen und Handlungen größer, es gab keine Leitlinien und kaum Studienergebnisse. „Die ärztliche Tätigkeit war damals vornehmlich von empirischem Vorgehen geprägt“, erläuterte Professor Wolfgang Kübler, Neckargemünd. Auch die Gesellschaft habe sich geändert. Im Vordergrund stünden heute Profitstreben, Egoismus und Unzufriedenheit, verbunden mit dem Anspruch auf Wohlstand und Gesundheit und dies assoziiert mit mangelnder Eigenverantwortung.

„Der halb informierte Patient ist eine neue ärztliche Herausforderung“, so Kübler. Er erhebe einen Anspruch auf Gesundheit und zeige oft eine ängstlich aggressive Grundhaltung mit Überbetonung der eigenen Rechte. „Solche Patienten sind rationalen Argumenten nicht immer zugänglich.“ Hinzu komme, dass ärztliche Kompetenz etwa durch das Internet überprüfbar geworden sei. Insgesamt unterminierte diese veränderte Stellung des Arztes seine fachliche Autorität. Er werde heute nicht mehr als Instruktor, sondern nur als Berater des Patienten gesehen. „Ein zunehmender Autoritätsverlust der Ärzte, eine veränderte Einstellung zur Krankheit und abnehmende Hemmungen in der rechtlichen Verfolgung eigener Interessen sind letztlich die entscheidenden Ursachen für die Zunahme der Rechtsverfahren“, so Küblers Fazit.

Schadenersatzansprüche nehmen zu

Deutsche Gerichte orientieren sich zunehmend an amerikanischen Schadenersatzregelungen. Auch die gestiegene Lebenserwartung, die letztlich eine längere Dauer der Schadensbegleichung zur Folge hat, ist mit dafür verantwortlich, dass Schadenersatzforderungen heute nicht selten zweistellige Millionenbeträge erreichen. Die daraus resultierenden Kosten für den Haftpflichtversicherer führen zu ständigen Beitragsanpassungen. „Für bestimmte Arztgruppen wie etwa Geburtshelfer sind heute schon astronomische Summen bis zu 20.000 Euro jährlich fällig“, so Broglie. Die Deutsche Ärzteversicherung habe 2009 über 155 Millionen Euro für Schadenersatzforderungen aufbringen müssen.

Nach ausländischen Erhebungen dürfte bei 5 bis 10 Prozent aller stationären Behandlungsfälle ein Schaden entstehen, der jedoch nicht immer angezeigt

wird. Jeder zehnte Behandlungsfehler führe zum Tod, und bei etwa 6 Prozent der Patienten müsse man von einer Dauerschädigung ausgehen. „Bei jedem zweiten Betroffenen wäre ein Fehler vermeidbar gewesen“, so Kübler. Die Statistiken

der Schlichtungsstelle der Ärztekammern zeigen allerdings, dass der Behandlungsfehlerwurf nur bei jedem dritten Patienten berechtigt ist. Bei jedem zweiten Patienten liegt zwar eine iatrogene Schädigung vor, diese ist aber nicht feh-

Im Umgang mit dem Haftpflichtversicherer

Was müssen Sie beachten?

Die Berufshaftpflichtversicherung gehört zu den wichtigsten Versicherungen eines Arztes. „Deshalb sollte sich jeder Arzt die Einzelheiten seines Versicherungsvertrags genau anschauen“, empfiehlt Dr. jur. Winfried Bohl, Hannover. Besonders wichtig sei die ständige Anpassung der Deckungssumme, da die durch die Rechtsprechung anerkannten Schadenersatzansprüche ständig zunehmen. Zu den Leistungen der Berufshaftpflichtversicherung gehört auch die Abwehr unberechtigter Ansprüche. Was muss der Arzt aus Sicht der Versicherung im Falle eines Falles unbedingt beachten?

Kommunikation statt Anerkenntnis

Grundsätzlich sollte sich der Arzt davor hüten, die Schuld anzuerkennen oder einen Befriedigungsvorschlag zu unterbreiten. „Wenn man vorschnell den Schadenersatzanspruch anerkennt, kann man eventuell den Versicherungsschutz verlieren“, so Bohl. Keinesfalls solle der Arzt eine Kostenübernahme zusagen, bevor dies mit seiner Versicherung abgestimmt sei. Erwünscht ist jedoch eine offene Kommunikation mit dem Patienten im Sinne einer wahrheitsgemäßen Darlegung der Tatsachen. Doch sollte man sich nicht selbst bezichtigen. Auch sollte der Arzt nicht ohne Rücksprache mit seiner Versicherung einen Rechtsanwalt verpflichten, denn das Mandatierungsrecht liegt bei der Versicherung.

Anzeigepflicht nachkommen

Im Falle eines drohenden Schadenersatzanspruchs sollte der Arzt sofort seine Berufshaftpflichtversicherung informieren, auch wenn es sich um eine rein vorsorgliche Meldung handelt. Die Meldung sollte innerhalb einer Woche erfolgen, ansonsten kann der Versicherungsschutz verloren gehen.

Mitwirkungspflicht des Arztes

Der Arzt ist verpflichtet, zur Schadenabwendung und Schadenminderung beizutragen.



© Klaus Rose

Dazu gehört auch, dass er die Weisungen des Versicherers befolgt. Überdies muss er einen ausführlichen und wahrheitsgemäßen Schadensbericht erstellen und den Versicherer bei der Regulierung unterstützen.

Entbindung von der Schweigepflicht

Wenn der Arzt mit Ansprüchen konfrontiert wird, sollte er die Gegenseite auffordern, ihm eine schriftliche Schweigepflichtentbindungserklärung des Patienten zur Verfügung zu stellen. Nur diese ermächtigt ihn, die Patientenunterlagen an den Anspruchsgegner sowie an seine Berufshaftpflichtversicherung herauszugeben. Sobald die Schweigepflichtentbindungserklärung vorliegt, sollte er sie seiner Versicherung zusenden.

Herausgabe ärztlicher Behandlungsunterlagen

Wenn der Arzt aufgefordert wird, die Behandlungsunterlagen herauszugeben, ist er verpflichtet, entsprechende Kopien zur Verfügung zu stellen, allerdings erst dann, wenn er von seiner Schweigepflicht entbunden ist. Diese Verpflichtung bezieht sich nur auf die reine Behandlungsdokumentation und nicht auf seine persönlichen schriftlichen Anmerkungen. Originalbefunde sollte man aus Beweisgründen behalten.



Nur jeder dritte Vorwurf zu Behandlungsfehlern ist auch tatsächlich gerechtfertigt.

© Wodicka / panthermedia

lerbedingt. Bei etwa 20 Prozent der Fälle ist der Schaden sogar arztunabhängig eingetreten.

Oft wird von vermeintlich geschädigten Patienten eine unzureichende Diagnostik als Begründung angegeben. Auch mangelhafte Hygiene, unkritische Indikationsstellung oder eine unzureichende Überwachung nach dem Eingriff können Grund für eine Klage sein. Noch häufiger ist der Vorwurf einer unzureichenden Aufklärung. „Dabei werden eine mangelhafte Dokumentation, eine fehlende Bedenkzeit zwischen Aufklärung und Eingriff und eine unzureichende Aufklärung über etwaige Alternativen oder Nebenwirkungen sowie Erfolgsaussichten zum Vorwurf gemacht“, so Kübler. Nicht selten werde eine Patientenklage auch durch einen befreundeten Arzt oder ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Kassen ausgelöst.

Im Strafprozess ist Schweigen Gold

Bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen können zunächst die Schlichtungskommissionen der Ärztekammer angerufen werden. Oft wird vom Patienten oder seinem Anwalt auch direkt eine zivilrechtliche Klage zum Schadensausgleich erhoben. Sehr viel seltener ist ein strafrechtliches Verfahren. „Strafrechtsverfahren werden von Patientenanwälten im Allgemeinen ihren Mandanten nicht empfohlen, vielmehr raten wir dringend davon ab“, so Rasch.

Komme es zu einem Strafverfahren, müsse sich der betroffene Arzt kooperativ zeigen, also Angaben zur Person und zu seinem Fachgebiet machen. „Ansonsten sollte er sich jedoch keinesfalls inhaltlich zu der Sache äußern, um sich nicht selbst zu belasten.“

Auch wenn der Arzt zunächst nur als Zeuge vernommen werde, sei höchste Vorsicht geboten, da man sehr schnell vom Zeugen zum Angeklagten mutieren könne. Die „juristische Musik“ spielt heute im zivilrechtlichen Bereich. Nicht selten sehen Patienten in Schadenersatzansprüchen eine mögliche Einnahmequelle.

Ein außergerichtliches Verfahren über die Schlichtungsstelle oder Gutachterkommission der Ärztekammer ist insbesondere dann sinnvoll und notwendig, wenn die Sachlage unklar ist. Bei eindeutigem Sachverhalt wird von Anwälten heute meist auch aus Kosten- und Zeitgründen sofort ein Gerichtsverfahren angestrebt. Sollte die Klage zugelassen und dem Arzt zugestellt werden, besteht eine Zweiwochenfrist für die Verfassung eines Verteidigungsschreibens.

Bei Befunderhebungsfehlern ist der Richter meist gnadenlos

Bei der juristischen Bewertung eines Behandlungsfehlers wird von Gerichten und Sachverständigen immer der Facharztstandard als Beurteilungsmaßstab herangezogen. Darüber hinaus wird zwischen Befunderhebungs- und Diagnosefehlern unterschieden. „Wenn es um die Beurteilung eines Befunderhebungsfehlers geht, sind die Richter meist gnadenlos“, so Rasch. Es werde im Allgemeinen nicht verziehen, wenn bestimmte Befunde erst gar nicht erhoben worden seien. Dagegen sei die Rechtsprechung bei Diagnosefehlern eher kulant. „Bei der Interpretation erhobener Befund wird den Ärzten ein gewisser Spielraum eingeräumt und damit die Möglichkeit eines Irrtums“, so Rasch. Gleiche Befunde könnten durchaus auf unterschiedliche Erkrankungen hinweisen, was die richtige Interpretation erschwere.

Von beklagten Ärzten wird oft darauf hingewiesen, dass die sozialrechtlich gebotene Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung dem Schadenersatzanspruch entgegenstehe. Diese Argumentation ist jedoch zivilrechtlich substanzlos.

„Ökonomische Bedingungen haben bei der Beurteilung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht, keinerlei Bedeutung“, erklärte Rasch.

Eine alltägliche Erfahrung zeigt, dass der Vorwurf eines Behandlungsfehlers oft nicht gerechtfertigt ist, dem betroffenen Arzt jedoch Defizite bei der Aufklärung nachgewiesen werden können. Grundsätzlich gilt, dass der Arzt zweifelsfrei belegen muss, dass er den Patienten adäquat aufgeklärt und der Patient dies auch verstanden hat. Dabei müssen auch alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Grundsätzlich muss der Patient ausführlich aufgeklärt werden, wobei auch sehr seltene Risiken genannt werden müssen. „Eine Vernunftthoheit des Arztes wird juristisch nicht akzeptiert“, so Rasch. Wichtig sei, dass der Arzt persönlich aufkläre, ein Aufklärungsgespräch darf daher niemals an die Helferin delegiert werden. Wenn ein Patient keine Aufklärung wünscht, sollte dies dokumentiert werden.

Wie lassen sich Klagen vermeiden?

Viele juristische Auseinandersetzungen mit Patienten sind das Ergebnis einer fehlerhaften Kommunikation. „Mit richtigen Gesprächen könnten viele Prozesse vermieden werden“, sagte Kübler. Steht ein Behandlungsfehler im Raum, sollte der Arzt keinesfalls versuchen, die Sache zu vertuschen. Empfehlenswert ist es dagegen, frühzeitig ein Gespräch mit Patienten und Angehörigen zu führen und dabei Verständnis und Betroffenheit zu zeigen. „Diese Strategien dienen der Deeskalation und dem eigenen Schutz“, so Kübler. Empfehlenswert sei auch die Anlage eines genauen Protokolls.

Die sicherste Vermeidungsstrategie ist und bleibt ein kommunikativ gut betreuter Patient: Ein zufriedener Patient verklagt seinen Arzt nicht! □

AUTOR

Dr. med. Peter Stiefelhagen, Hachenburg

Quelle: Veranstaltung der Weiter- und Fortbildungsakademie Kardiologie, Wiesbaden, 13.11.2010

„Man kann Vertragsärzte nicht darauf verweisen, dass es Privatpatienten gibt“

Können Ärzte von GKV-Einnahmen allein nicht leben, könnte das gegen die Verfassung verstoßen und wäre damit eventuell ein Fall für das Bundesverfassungsgericht. Ärzte müssten aber nachprüfbar belegen können, dass dies tatsächlich der Fall ist. Darauf hat der ehemalige Richter am Bundesverfassungsgericht Professor Udo Steiner aufmerksam gemacht. „Man kann den niedergelassenen Arzt, der von dem nicht leben kann, was ihm die Kasse an Vergütung zuweist, nicht darauf verweisen, dass es Privatpatienten gibt“, sagte Steiner bei der Kamerversammlung der Ärztekammer Nordrhein. Auch andere Möglichkeiten des Erwerbseinkommens wie Fachvorträge dürfen nach seiner Einschätzung für die wirtschaftliche Existenz des Vertrags-

arztes keine Rolle spielen. Reichen die Einnahmen aus der vertragsärztlichen Tätigkeit nachweisbar nicht aus, sieht der Jurist eine Kollision zwischen dem Sinn der GKV auf der einen und dem Arzt als freiem Beruf auf der anderen Seite. „Da kann man auch verfassungsrechtlich argumentieren.“

Allerdings sollten Ärzte nicht auf das Verfassungsrecht und das Bundesverfassungsgericht (BVG) hoffen, wenn sie eine angemessene Honorierung der ärztlichen Leistungen durchsetzen wollen, sagte er. Im allgemeinen Wirtschaftssystem bestimme der Markt den Preis für eine hochwertige Dienstleistung. „Da sich aber der niedergelassene Kassenarzt in einem hoch regulierten Markt mit administrierten Vergütungen bewegt, entscheiden

andere Faktoren und nicht zuletzt die Politik.“ Die Rechtsprechung stelle klar, dass die angemessene Vergütung nicht zu verwechseln sei mit der Sicherheit eines angemessenen Einkommens aus der Tätigkeit als Vertragsarzt, sagte Steiner.

Auch das Gesundheitswesen sei keine grundrechtsfreie Zone, betonte er. „Die Grundrechte halten den Gesetzgeber zu einer freiheitlichen Gestaltung des Gesundheitswesens an.“ Den Freiheitsrechten der Gesundheitsberufe sei jedoch ein kaum zu überschätzendes Gegengewicht erwachsen: die Erfordernis, eine funktions- und leistungsfähige gesetzliche Krankenversicherung zu erhalten. Mit Blick auf die finanzielle Stabilität des Systems habe das BVG eine Reihe von Maßnahmen gebilligt, die Grundrechte beschränken. So lasse das BVG im Grundsatz zu, dass der Kassenarzt für den sozialstaatlichen Schutz der Bevölkerung im Krankheitsfall ganz besonders in die Pflicht genommen werde. **iss**

Anzeige

Differenzialdiagnose von Angststörungen

Zwischen Furcht und Panik

Eine Angsterkrankung zu erkennen, ist nicht unbedingt einfach, denn oft versuchen Patienten aus Scham Gespräche darüber zu vermeiden. Mit gezielten Fragen nach körperlichen Symptomen sowie angstauslösenden Situationen können Fachärzte und Psychotherapeuten Angsterkrankungen nicht nur aufspüren, sondern auch gut differenzieren.

DIRK SCHMOLL, TOM BSCHOR

Angst spielt bei vielen psychischen Erkrankungen eine Rolle. Eine Angsterkrankung im engeren Sinne zu erkennen, birgt jedoch nicht selten selbst für den Facharzt oder Psychotherapeuten Schwierigkeiten, da die Patienten oft gar nicht direkt von Angst berichten. Das subjektive Erleben von Angst muss nämlich nicht im Vordergrund der Beschwerden stehen. Stattdessen wird über eine Vielzahl körperlicher Symptome geklagt, wie zum Beispiel Schwindel, Herzklopfen, abdominelle Beschwerden oder eine erhöhte Erschöpfbarkeit. Nicht zufällig leitet sich der Terminus „Angst“ von den lateinischen Ausdrücken für Enge („angor“, „angustus“) ab. Diese Enge wird typischerweise im Bereich der Brust oder des Halses gespürt. Bei solchen Beschwerden muss an eine Angsterkrankung gedacht werden. Dazu sind die spezifischen Krankheitssymptome gezielt zu erfragen. Nun wehren Patienten, besonders Männer, Fragen nach Angst gerne ab. Dabei spielt eine Rolle, dass Angst in der Bevölkerung weniger als Erkrankung denn als Eigenschaft wahrgenommen wird („Angsthase“). Um entsprechende Schamgefühle überwinden zu können, ist der Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehung wesentlich. Dem Patienten ist zu erläutern, was unter krankhafter Angst zu verstehen ist und dass Angst vorwiegend über körperliche Begleitreaktionen erlebt wird. Der emotionale Gehalt der Angst lässt sich kaum präzise beschreiben. Er entspricht einem unangenehm erlebten Gefühl von Bedrohung und Beschämung. Als krankhaft ist eine Angst einzuschätzen, die in real nicht bedrohlichen Situationen auftritt und dazu führt, dass diese vermieden werden oder es zu einem generellen Rückzugsverhalten kommt.

Natürlich ist nicht jede Angst pathologisch. Angst hat bekanntlich eine wich-



Werden bestimmte Situationen aus Angst vermieden, obwohl keine reale Gefahr besteht, dann ist die Angst pathologisch.

26 Differenzialdiagnose von Angststörungen

Zwischen Furcht und Panik

33 Krankhaft gehobene Stimmungen

Euphorisch, mitreißend oder einfach nur läppisch

38 Psychiatrische Kasuistik
Vom Nachbarn bestrahlt**44 Tödliches Pflanzenprotein**
Suizid durch Rizinsamen?**46 CME Vasovagale Synkopen**

Gute Anamnese erspart oft aufwändige Diagnostik bei Ohnmachtsanfällen

53 CME Fragebogen

tige Alarmfunktion für den Organismus. Bei einer realen Gefahr geht Angst mit einer Aktivierung des sympathischen Nervensystems einher, das die Voraussetzung für ein rasches Abwehr- oder Fluchtverhalten schafft. Nach Abklingen der drohenden Gefahr soll diese so genannte Realangst aber wieder verschwinden. Auch ist nicht jede pathologische Angst behandlungsbedürftig. Eine Flugangst wäre zum Beispiel nur dann behandlungsbedürftig, wenn der Betreffende darauf angewiesen ist, zu fliegen. Angst vor Spinnen ist weit verbreitet, obwohl Spinnen in unseren Breiten nicht gefährlich sind. Da sie jedoch in der Regel nicht zu einer Einschränkung der Lebensführung führt, ist eine Behandlung nicht notwendig. In diesem Fall scheint die Angst wesentlich durch Ekelgefühle getriggert zu sein.

Nicht nur ein Übermaß an Angst, sondern auch das Fehlen von Angst kann pathologisch sein. Das Ausbleiben psychophysiologischer Reaktionen bei der Darbietung Angst erregender Stimuli ist ein gut untersuchtes Phänomen bei Psychopathen, einer Subgruppe dissozialer Persönlichkeitsstörungen, bei denen ein kaltblütig kriminelles Verhalten häufig ist. Es spricht einiges dafür, dass ein Zusammenhang zwischen fehlendem Angsterleben und erhöhter Gewaltbereitschaft besteht. Darauf weist schon das Grimm'sche Märchen „Von einem der auszog, das Fürchten zu lernen“ hin. Etwas anderes ist es, wenn Menschen gezielt riskante Situationen aufsuchen, um ihre neurotische Angst durch eine Realangst zu ersetzen. Wir sprechen in diesem Fall von kontraprophobischem Verhalten, das von einer Angstlust begleitet sein kann. Teile der modernen Freizeitindustrie leben davon.

Einteilung der Angsterkrankungen

Bis zur Einführung der Klassifikations-schemata ICD-10 und DSM-III wurden

die Angsterkrankungen in die großen Gruppen der Angstneurosen und der Phobien eingeteilt. Dieser Einteilung lag die Unterscheidung zwischen Angst und Furcht (griechisch „phobos“) zugrunde: Furcht wird danach ausgelöst durch bestimmte Objekte oder Situationen. Angst ist hingegen nicht vorhersehbar oder tritt anhaltend in Form eines erhöhten Anspannungsniveaus auf.

Karl F. O. Westphal erwähnte 1871 die Agoraphobie und grenzte sie von organischen, etwa neuroophthalmologischen Erkrankungen ab [1]. Er beschrieb die typische Angst auf offenen Plätzen („agora“, griechisch Marktplatz) mit Zittern, Enge in der Brust, Herzklopfen, Kälte- oder Wärmeempfindungen, Schwitzen, Schwäche der Beine und der Angst, zu stürzen. George Miller Beard fasste 1880 eine Vielzahl körperlicher Beschwerden, die heutzutage zu einem guten Teil wohl den Angsterkrankungen zugeordnet würden, als Neurasthenie zusammen [2]. Sigmund Freud war es dann, der 1894 die Angstneurose beschrieb und von der Neurasthenie abgrenzte [3]. Er beschrieb sie als ängstliche Erwartung, die sich an jeden Vorstellungsinhalt knüpfen und von verschiedenen somatischen Symptomen wie Schwindel, Dyspnoe, Störungen der Herz-tätigkeit oder Schweißausbruch begleitet oder ersetzt werden kann.

Wie werden die Angsterkrankungen in den heute gebräuchlichen Klassifikationen unterteilt? Die Aufteilung nach ICD-10 (Abbildung 1) ist ähnlich wie die Differenzierung in DSM-IV. Abweichend wird in DSM-IV die Panikstörung der Agoraphobie übergeordnet und erhält dadurch ein stärkeres nosologisches Gewicht. Zudem finden sich die Restkategorien F41.2 und 41.3 dort nicht.

Zur Differenzierung eignet sich ein Blick auf Auslöser und Verlauf (Abbildung 2).

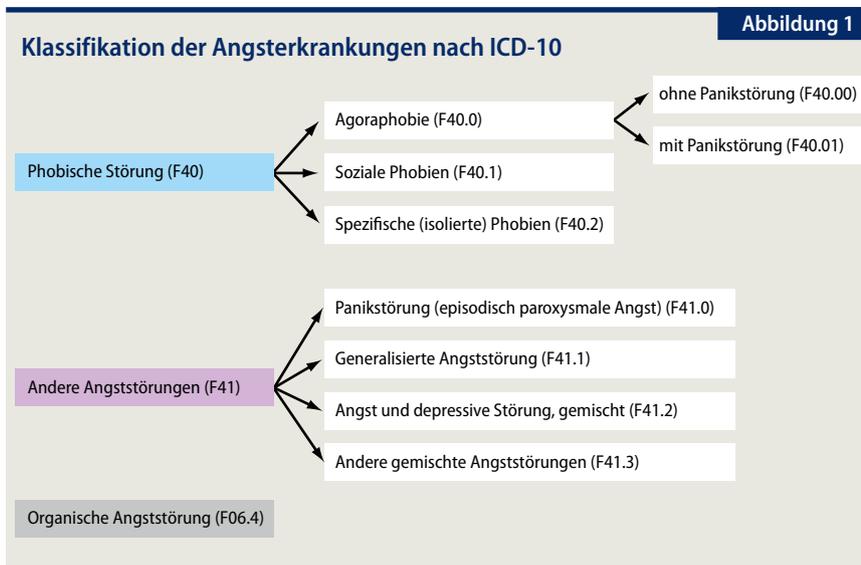
Agoraphobie

Die Agoraphobie wird heute nicht mehr nur als Angst vor weiten Plätzen beschrieben, sondern als Angst vor allen Situationen außerhalb der gewohnten Umgebung des Patienten. Typischerweise tritt die Angst auch in Menschenmengen auf oder auf weiten Reisen, insbesondere dann, wenn der Patient alleine ist. Generell sind es Situationen, aus denen eine Flucht schwierig oder peinlich sein könnte und Hilfe nicht sofort verfügbar wäre. Die Ängste richten sich vor allem auf plötzlichen Schwindel, die Angst ohnmächtig zu werden, Herzbeschwerden, Entfremdungsgefühle oder die Sorge, nicht mehr rechtzeitig eine Toilette zu erreichen.

Nicht selten tritt die Agoraphobie zusammen mit einer Panikstörung auf. In Großstädten ist das Vermeiden von S- und U-Bahnen oft ein erstes Angstsymptom. Dagegen ist den Betroffenen das Autofahren oftmals noch längere Zeit möglich. Obwohl sie wissen, dass Autofahren statistisch gesehen wesentlich gefährlicher ist als U-Bahnfahren, fühlen sie sich im Auto sicherer, da sie meinen, jederzeit anhalten zu können, wenn Angst auftritt. Das Gefühl, die Situation kontrollieren zu können, wirkt der Angst entgegen. Es wäre also zu erfragen, ob Kaufhäuser, öffentliche Verkehrsmittel, Menschenmengen, Fahrstühle, Kinobesuche oder andere geschlossene Räume gezielt vermieden werden aus Angst, dort in einen hilflosen Zustand zu geraten.

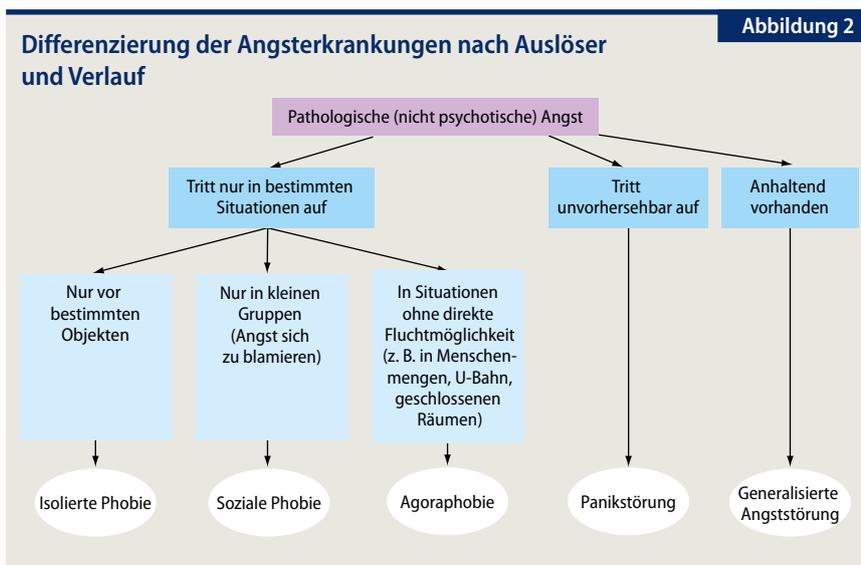
Soziale Phobie

Die soziale Phobie ist gekennzeichnet durch eine anhaltende Angst vor Situationen, in denen die Person im Zentrum der Aufmerksamkeit anderer steht. Angst auslösend ist zum Beispiel das Sprechen in der Öffentlichkeit. Die Angst bezieht sich darauf, etwas Lächer-



gesteckt zu haben, bei der zum Beispiel harmlose Hauterscheinungen als Symptome von AIDS fehlgedeutet werden. In diesem Fall wäre eine Hypochondrie zu diagnostizieren.

Erkrankungsalter und Verlauf sind bei den einzelnen Phobien sehr unterschiedlich. Tierphobien beginnen fast immer in der Kindheit und verschwinden häufig ohne Behandlung. Höhenängste können auch noch im vierten Lebensjahrzehnt beginnen [4]. Die Beeinträchtigung durch die Phobie ist umso größer, je schlechter die phobische Situation vermieden werden kann. Insgesamt führen spezifische Phobien nur selten zu psychiatrischer Behandlung. Bei der Exploration wären solche charakteristischen Angst auslösenden Situationen zu erfragen.



Panikstörungen

Panikstörungen treten attackenartig ohne erkennbaren Anlass aus völligem Wohlbefinden auf. Unter Panik versteht man ein extremes Angstgefühl, eine Todesangst, die häufig dazu führt, den Notarzt zu rufen. Mit einer Lebenszeitprävalenz unter 4 Prozent ist die Panikstörung die seltenste Form der Angsterkrankungen, jedoch zugleich die am häufigsten behandlungsbedürftige [4]. Die Panikstörung kommt meist in Kombination mit Agoraphobie vor. Diese resultiert aus einer Erwartungsangst (Angst vor der Angst), die sich als Folge der Panikattacken oft relativ rasch entwickelt. Die häufigsten Symptome einer Panikattacke sind Tachykardie, Hitzewallungen, Beklemmungsgefühle, Zittern, Benommenheit, Schwitzen, Schmerzen in der Brust, Atemnot, Angst vor Kontrollverlust, abdominelle Beschwerden, Ohnmachtgefühle, Parästhesien und Depersonalisationserleben. Eine Panikattacke, bei der die kardiale Symptomatik vorherrscht, wurde früher als Herzphobie oder Herzangstsyndrom bezeichnet.

Eine Panikattacke dauert meist 10 bis 30 Minuten, sie kann aber auch zwischen 2 Minuten und einigen Stunden anhalten. Die Erwartungsangst kann im Verlauf ganz in den Vordergrund rücken und zu sozialem Rückzug mit ernsthaften Folgen führen. Bei der Panikstörung ist zu erfragen, ob manchmal plötzliche und unerwartete Angstanfälle auftreten, ohne dass eine tatsächliche Bedrohung vorliegt.

liches zu sagen oder nicht antworten zu können. Erröten, Vermeiden von Blickkontakt, Hände zittern, Übelkeit oder Harndrang sind typische körperliche Symptome. Auch das Essen in einem Restaurant fällt den Patienten schwer. Diese Erkrankung beginnt oft schon im Jugendalter und ist mit einem niedrigen Selbstwertgefühl und einer besonderen Furcht vor Kritik verbunden. Es sollte direkt danach gefragt werden, ob öffentliches Sprechen, Zusammenkünfte, Partys oder Restaurantbesuche gezielt gemieden werden aus Angst, sich zu blamieren, umzufallen oder zu versagen.

Spezifische Phobie

Die spezifische Phobie ist durch eine anhaltende Angst vor einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Situation charakterisiert. Am häufigsten tritt die Angst vor Tieren auf (Zoophobie), besonders vor Hunden, Schlangen, Insekten oder Mäusen. Andere Angst auslösende Situationen sind Höhen (Akrophobie), eine Angst vor Spritzen (Trypanophobie) oder vor dem Fliegen (Aviophobie). Auch Ängste vor Ansteckungen gehören dazu wie zum Beispiel die AIDS-Phobie. Davon abzugrenzen ist die (objektiv unbegründete) Angst, sich an-

Generalisierte Angststörung

Die Generalisierte Angststörung entspricht dem alten Begriff der Angstneurose. Dabei bestehen anhaltende unrealistische Befürchtungen und Sorgen, die mit motorischer Anspannung und vegetativer Übererregbarkeit verbunden sind. Es liegt eine ängstliche Erwartungshaltung vor, die nicht auf bestimmte Situationen oder Objekte eingegrenzt werden kann, das heißt, sie ist frei flottierend. Die Abgrenzung zur normalen Angst ist nicht immer leicht. Je weniger sich der Betreffende von den Befürchtungen ablenken kann, je unrealistischer diese sind und je stärker sie von körperlichen Symptomen begleitet sind, desto eher wird man eine Generalisierte Angststörung diagnostizieren. Die Ängste können zum Beispiel darum kreisen, dass dem eigenen Kind etwas zustoßen könnte, oder um übertriebene Geldsorgen. Die Sorgen sollten nach ICD-10 über mehrere Wochen, nach DSM-IV über wenigstens sechs Monate an den meisten Tagen vorhanden sein. Man könnte somit auch von einer „Sorgekrankheit“ sprechen. Es ist zu erfragen, ob der Betreffende häufig unter übermäßig starken Sorgen leidet, die er nicht kontrollieren kann, zum Beispiel über familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten.

Die Kategorie „Angst und depressive Störung“, gemischt, soll nur dann gewählt werden, wenn keine der beiden Störungen so ausgeprägt ist, dass eine Einzeldiagnose gerechtfertigt wäre. Steht die Angst oder die depressive Symptomatik eindeutig im Vordergrund, so ist die entsprechende Störung zu diagnostizieren. Es handelt sich dabei also eher um eine Restkategorie ähnlich wie F41.3.

Abgrenzung von anderen Erkrankungen

Angsterkrankungen sind von schizophrenen, affektiven, organischen einschließlich internistischen Erkrankungen, Intoxikationen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen abzugrenzen. Nicht immer leicht ist die Abgrenzung von der Depression, besonders bei der Generalisierten Angststörung. In beiden Fällen spielt die Sorge eine große Rolle. Angst um Angehörige, unrealistische Zukunftsängste oder finanzielle Sorgen

sind für beide Erkrankungen typisch. Ausgeprägte depressive Symptome wie Anhedonie, Freudlosigkeit, Antriebsverarmung, Vitalsymptome wie Schlafstörung, Gewichtsabnahme, Appetitverlust und Morgentief sowie ein phasenhafter Verlauf weisen auf eine depressive Erkrankung hin. Inhaltlich beziehen sich die typischen Ängste des Depressiven auf die Gesundheit, die materielle Existenz und das Gewissen. Diese Ängste können sich ins Wahnhafte in Form eines Krankheits-, Verarmungs- oder Schuldwahns steigern. Die Abgrenzung zu wahnhaften Ängsten – sei es bei Depressionen, Schizophrenien oder Wahnerkrankungen – geschieht durch Prüfung, ob der Betreffende seine Angst als unrealistisch oder zumindest übersteigert erkennen kann. Das heißt, die allgemeinen Wahnkriterien wie subjektive Gewissheit, Unkorrigierbarkeit und fehlender Realitätsbezug müssen geprüft werden.

Bei der Abgrenzung zu organischen psychischen Störungen sind Einschränkungen der Orientierung, des Bewusstseins und der kognitiven Leistungsfähigkeit wegweisend. So kann zum Beispiel ein Patient mit einer beginnenden Demenzerkrankung unter Angstzuständen leiden, die Ausdruck seiner Hilflosigkeit und Ratlosigkeit sein können. Es versteht sich von selbst, dass die somatischen Angstsymptome internistisch abgeklärt werden müssen. Herz-, Kreislauf- und Lungenerkrankungen sind ebenso auszuschließen wie eine Hyperthyreose. Auch an Drogenintoxikation, insbesondere durch Amphetamine, LSD, Marihuana, aber auch Koffein ist zu denken. Angst kann ebenfalls ein Entzugssymptom sein nach Absetzen bestimmter Medikamente wie vor allem Benzodiazepinen oder Barbituraten sowie nach Alkohol- oder Drogenkarenz. Wegweisend ist hier neben den eigenen- und fremdanamnестischen Angaben der Substanznachweis.

Auch kann Angst nach seelischen Traumata von außergewöhnlicher Schwere wie zum Beispiel nach einem Überfall oder einer Vergewaltigung ein führendes Symptom sein. Sie sollte zeitlich und inhaltlich mit dem Trauma in einem Zusammenhang stehen. Eine posttraumatische Belastungsstörung ist zu diagnostizieren, wenn innerhalb von sechs Monaten immer wieder unausweichliche

Erinnerungen an das Trauma auftauchen mit Wach- oder Alpträumen, verbunden mit erhöhter Schreckhaftigkeit, Ängsten, Schlafstörungen, Rückzugsverhalten und Teilnahmslosigkeit.

Als anhaltendes Symptom kann Angst schließlich bei einer Persönlichkeitsstörung auftreten. Hier ist vor allem an ängstliche, aber auch an emotional instabile Persönlichkeitsstörungen zu denken. Bei der Differenzierung hilft vor allem eine Fremdanamnese. Auch testpsychologische Verfahren wie das State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI) können eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um ein international häufig verwendetes Selbstbeurteilungsinstrument. Zur Evaluierung eines Therapieverlaufs wird die Hamilton-Angst-Skala als Fremdbeurteilungsbogen in Klinik und Forschung gerne eingesetzt. Speziell von der sozialen Phobie muss die körperdysmorphe Störung abgegrenzt werden. Patienten mit dieser Erkrankung scheuen die Gesell-

schaft, weil sie überzeugt sind, dass ihr Äußeres, häufig das Gesicht oder die Kopfform, deformiert ist und sie sich dessen schämen.

Die Abgrenzung von Zwangserkrankungen fällt meist nicht schwer, da Angst hierbei nur dann auftritt, wenn eine Zwangshandlung nicht durchgeführt wird.

Komorbiditäten

Patienten, die an einer definierten Angststörung leiden, können zusätzlich eine zweite Angsterkrankung entwickeln. Es ist gut bekannt, dass unbehandelte Ängste dazu neigen, sich auszubreiten. Das gilt nicht nur für den Zusammenhang zwischen Agoraphobie und Panikstörung, sondern auch für andere Angstformen. Nach epidemiologischen Untersuchungen soll dies bei 30 bis 80 Prozent der Patienten der Fall sein [5]. Zudem weisen Angststörungen eine hohe Komorbiditätsrate mit Depressionen und Suchterkrankungen auf.

Bei etwa 60 Prozent aller Patienten mit einer Panikstörung oder einer Generalisierten Angststörung wurde auch die Lebenszeitdiagnose einer Depression gestellt [5]. Bei der Untersuchung der zeitlichen Abfolge beider Syndrome fand man, dass bei mehr als 70 Prozent der Fälle die Angstsymptome depressiven Beschwerden vorausgingen. Somit ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der komorbiden Depressionen sekundär als Folge einer Angststörung auftreten. Das ist nicht verwunderlich, da anhaltende oder häufig wiederkehrende Angstzustände für den Betroffenen einen hohen Stressfaktor darstellen.

Die Versuchung für Angstpatienten ist groß, die Angst mit Hilfe von Alkohol oder Tranquilizern zu unterdrücken. Dies führt rasch zu psychischer und körperlicher Abhängigkeit. Eine komorbide Suchterkrankung liegt bei 25 bis 40 Prozent der Patienten mit Angststörungen vor [5]. Darüber hinaus bestehen Komorbiditäten mit somatoformen Störungen, Zwangsstörungen und der posttraumatischen Belastungsstörung, wobei die kausalen Beziehungen in beiden Richtungen verlaufen können. Ein erhöhtes Angstniveau kann zu vermehrter Selbstbeobachtung führen und diese wiederum zur Steigerung der Angst. □

Anzeige

LITERATUR

- [1] Westphal CFO. Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Berlin, 1871–72; 3: 138–61
- [2] Miller Beard G. The Nature and Diagnosis of Neurasthenia, New York Medical Journal 1879; 29
- [3] Freud S. Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. G. W. 1895; 1: 315–42
- [4] Möller HJ, Laux G, Deister A. Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage, Thieme, Stuttgart 2001
- [5] Berger M (Hrsg). Psychiatrie und Psychotherapie. Urban und Schwarzenberg, München, 1999; 572

Dr. med. Dirk Schmall,

Privatdozent Dr. med. Tom Bschor

Abteilung Psychiatrie der Schlosspark-Klinik
Heubnerweg 2, 14059 Berlin

E-Mail: psychiatrie@schlosspark-klinik.de

Krankhaft gehobene Stimmungen

Euphorisch, mitreißend oder einfach nur läppisch

Sowohl im schizotypen als auch zyklotypen Formenkreis sind länger anhaltende gehobene Stimmungen möglich. Sie reichen von manifemen Störungen über die läppische Stimmung bei Hebephrenen bis zur religiösen Euphorie. Mit einer gründlichen Anamnese lassen sich diese Stimmungen meist gut differenzieren.

HEINZ-DIETER HARTUNG,
SEBASTIAN ERBE, TOM BSCHOR



© kurhan / shutterstock.com

Die diagnostische und differenzialdiagnostische Einordnung einer krankhaft gehobenen Stimmung wird erleichtert, wenn man sie auf ihre euthyme Stimmungslage zurückführen kann. Ernst Kretschmer unterscheidet die zylothyme Konstitution von der schizothymen. Diese beiden Konstitutionen gehen fließend über in ihre „psychopathischen“ Ausprägungen, die Zyklloidie sowie die Schizoidie. Der Übergang der Zyklloidie und Schizoidie in ihre psychischen Ausprägungen, die manisch-depressive und schizophrene Psychose, ist ebenfalls fließend. Die zylothyme Konstitution (Persönlichkeitsstruktur), die zyklode „Psychopathie“ (Persönlichkeitsstörung) und die manisch-depressive Psychose bilden den zyklotypen Formenkreis, analog dazu bilden die schizothyme Konstitution, die schizoide „Psychopathie“ und die schizophrene Psychose den schi-

zotypen Formenkreis. Gehobene Stimmungen sind charakteristisch für Persönlichkeitsstrukturen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosen aus dem zyklotypen Formenkreis. Läppische und euphorische Zustände findet man charakteristischerweise im schizotypen Formenkreis. Veränderungen der Stimmungslage können auch durch Substanzen induziert werden und Symptom hirnorganischer Erkrankungen sein.

Der zyklotype Formenkreis

Die Stimmung des gesunden Zyklotypen schwingt das ganze Leben über relativ konstant in längeren Wellen um eine individuelle Mittellage, seine Grundstimmung. Erst das Alter bringt allmählich Veränderungen. Gefühle und Affekte überlagern die Stimmung. Sie sind von kürzerer Dauer, haben meist einen Auslöser und wirken auf die Stim-

mung zurück. Eine Auslenkung der Stimmung weit über ein Normalmaß hinaus und mit eindeutigem Krankheitswert kennzeichnet die manisch-depressive Psychose. Wenn die Auslenkungen der Stimmung ein gewisses Normalmaß überschreiten und für den Betroffenen oder andere zum Problem werden, wird die zylothyme Konstitution zur zykliden, die Persönlichkeitsstruktur zur Persönlichkeitsstörung. Auch sie ist relativ stabil und bildet den Übergang von gesund zu krank. Der Übergang ist fließend, der Unterschied nur quantitativ, nicht qualitativ.

Der zyklotype Formenkreis wird auf den Ebenen der zyklotypen Konstitution und der zykliden Störung ergänzt durch länger anhaltende gehobene (hyperthyme) oder gedrückte Stimmungslagen. In psychotischer Ausprägung kommen anhaltend nur depressive Verstimm-

mungen vor. Der Zykllothyme, der Zyklotide und der Maniker sind aktiv, umtriebiger und expressiv, sie suchen aus ihrer gehobenen Stimmung heraus den Kontakt zu anderen Menschen. Sie sind bezogen, ihre Stimmung steckt an, der Funke springt über, sie reißen mit. Ihre Stimmung ist sogar noch in psychotischer Ausprägung nachfühlbar.

Der schizotype Formenkreis

Im schizotypen Formenkreis zeigen der Schizothyme und der Schizotide auf der Ebene der Konstitution und „Psychopathie“ in mehr oder weniger abgeschwächter Form die bekannten Symptome der paranoiden, hebephrenen, katatonen und blanden Schizophrenie. Ihre Psychologie und Psychopathologie wird sowohl im Querschnitt als auch im Längsschnitt von den typischen „positiven“ und „negativen“ Symptomen geprägt. Für den schizotypen Formenkreis charakteristisch sind euphorische Stimmungen und Erregungszustände. Die Erregungszustände können aggressiv, ängstlich, sexuell oder euphorisch getönt sein und ineinander übergehen.

Der Zykllothyme hat eine gute oder schlechte Stimmung und er hat Gefühle wie Lust, Liebe, Unlust oder Trauer. Er wird von seiner Stimmung und seinen Gefühlen anhaltend getragen und ausgefüllt. Bei der schizothymen Konstitution und der schizoiden „Psychopathie“ können zwei Untergruppen unterschieden werden. Für die eine Untergruppe ist eine gewisse Dämpfung oder Dumpfheit des Seelenlebens charakteristisch. Aus dieser Dumpfheit heraus sind die Vertreter dieser Untergruppe schnell aufgeregt oder erregt wie ein Katatoner. Das Seelenleben der Vertreter der anderen Untergruppe ist hingegen reich. Dabei kann ihre Befindlichkeit und Wahrnehmung empfindsam oder empfindlich getönt sein wie bei einem Paranoiden. Beim Zykllothymen erfolgt die Beziehungsaufnahme „von selbst“. Beim Schizothymen erfolgt sie aus einem Interesse heraus oder sie unterbleibt aus Desinteresse. Der Schizothyme wirkt oft unbezogen, spröde, abweisend, egoistisch, eigen, fremd, befremdlich. Er ist weit weg oder kommt zu nah. Er kann sich schlecht anpassen und eingliedern, er ist willfährig oder widerstrebend. Oft sind auch Kognition, Mnestic und An-

trieb sowie Intentionalität defizitär. Die Gedanken können eigen sein, verschroben, schwärmerisch, aber auch schon überwertig und wahnhaft.

Differenzialdiagnose

Die Euphorie ist eine religiöse Erlebensqualität. Aus psychiatrischer Sicht handelt es sich dabei um einen psychosenahen Zustand, bei dem die Ich-Grenzen geschwächt sind. Ein mit der euphorischen Stimmung einhergehender Erregungszustand bedroht die Ich-Grenzen. Die Euphorie kann ein mit großer innerer Leere einhergehender unproduktiver Zustand sein, aber auch ein intensiver mentaler Akt, der durch Erkenntnisse, Einfälle, Gefühle und die Begegnung mit einem Numinosum erfüllt.

Die Euphorie hat im Gegensatz zur guten oder gehobenen Stimmung des Zyklotypen kein Bedürfnis sich mitzuteilen und eine Beziehung aufzunehmen. Sie ist sich selbst genug. Sie ist und bleibt eine Innerlichkeit. Geht sie mit einer inneren Leere einher, hat sie nichts mitzuteilen. Aber auch wenn sie eine Erfüllung ist, behält der Betreffende sein Erleben wie einen Schatz lieber für sich, er hütet seine Geheimnisse, öffnet sein Herz allenfalls einem kongenialen Geist oder einem Adepten. Denn werden die Geheimnisse Uneingeweihten verraten, stoßen sie bei ihm nicht nur auf Unverständnis sondern könnten dabei auch ihre Zauberkraft verlieren. Der mit geschlossenen Augen verzückt und entrückt lächelnde Buddha stellt einen solchen leeren oder erfüllten euphorischen Zustand dar.

Nur die Propheten sind da anders: Sie wollen oder müssen ihre Gedanken und ihr Erleben nicht nur mitteilen, sondern drängen sie allen anderen geradezu auf, sendungsbewusst, messianisch. Aber auch wenn sie mitreißen, bleibt eine unüberbrückbare Distanz zwischen ihnen und ihren Jüngern. Propheten sind nicht unter den Menschen, sondern eilen ihnen voraus.

Je näher die euphorische Erregung des Schizoiden der paranoiden schizophrenen Psychose kommt, desto deutlicher werden die Ich-Störungen, desto paranoider die überwertigen Ideen, die Allmachts- und Größenideen, desto drängender die Gedanken. Je psychotischer der euphorische Zustand ist, des-

to leichter kippt er ins Ängstliche und Apophäne.

Die läppische Stimmung des Hebephrenen: Auch sie unterscheidet sich ebenso wie die euphorische deutlich von der im zyklotyphen Formenkreis vorherrschenden guten oder gehobenen Stimmung. Die läppische Stimmung steckt nicht an, sie wirkt befremdlich, stößt ab, macht ärgerlich.

Schizotype Persönlichkeitsentwicklung: Die schizothyme Konstitution und die schizoide „Psychopathie“ bilden als Abortivformen der Schizophrenie auch ihren Verlauf nach. Die pubertäre Entwicklung mit ihren typischen Problemen und psychischen Verwerfungen kann dabei verzögert ablaufen und nicht selten erst im vierten oder fünften Lebensjahrzehnt ihr Ende finden, das dann aber abrupt kommt wie ein frühzeitiger und im Zeitraffer ablaufender Alterungsprozess. Dieser Alterungsprozess kann aber auch schon vorzeitig im dritten Lebensjahrzehnt einsetzen und schubförmig verlaufen. Er ist mit den Begriffen Wesensänderung und Persönlichkeitsentwicklung gemeint. Das Ergebnis kann eine Harmonisierung der Gesamterscheinung der Persönlichkeit sein aber auch eine weitere Akzentuierung. Die Juvenilismen in der Psychologie und Psychopathologie des Schizothymen und Schizoiden sind ein Abbild der hebephrenen Entwicklungsstörung, ihre Verwerfungen und Widersprüchlichkeiten bilden die „innerpsychische Ataxie“ des Schizophrenen ab und ihre „Entwicklung“ deren schubförmigen Verlauf.

Belle Indifférence: Auf den ersten Blick könnte man auch die Belle Indifférence einer Hysterika mit einer gehobenen oder euphorischen Stimmung verwechseln. Es handelt sich dabei aber wie der Name schon sagt um eine Indifferenz, also eine verminderte oder fehlende emotionale Beteiligung oder Reaktion, die eventuell mit einer Affektiertheit überspielt wird. Zudem besteht konstitutionell bedingt eine Kritikminderung.

Substanzinduzierte Veränderungen: Bestimmte Substanzen werden konsumiert, weil sie die Stimmung heben, euphorisierend wirken oder gleichgültig machen. Alkohol wirkt in Abhängigkeit von der Trinkmenge entspannend, er hebt die Stimmung und das Selbstwertgefühl und

Formen und Ursachen gehobener Stimmungen

Vorübergehende krankhaft gehobene oder euphorische Stimmung möglich:	Anhaltende krankhaft gehobene oder euphorische Stimmung möglich:	Vorübergehende substanzinduzierte (krankhaft) gehobene oder euphorische Stimmung möglich:
1. Zyklotyper Formenkreis (gehobene Stimmung) — Zyklloidie — Manie 2. Schizotyper Formenkreis (Euphorie) — Schizoidie — Schizophrenie	1. Zyklotyper Formenkreis (gehobene Stimmung) — Zyklloidie („Hyperthymie“) 2. Schizotyper Formenkreis — Schizoidie (Euphorie) — Schizophrenie (Euphorie; läppische Stimmung)	1. Alkohol 2. Opiate 3. Cannabinoide 4. Psychostimulanzien

steigert die Intensität des Erlebens. Opiate wirken eher euphorisierend, sedieren dabei aber stark. Cannabinoide werden konsumiert, weil sie in eine indifferente und läppische Stimmung versetzen. Psychostimulanzien wie Kokain oder Amphetamine versetzen in eine gehobene, oft aber auch aufgekratzte Stimmung.

Hirnorganische Erkrankungen: Auch bei hirnrorganischen Erkrankungen sind gehobene Stimmungen beobachtet und beschrieben worden. Es sind die läppischen Verfassungen und Bemerkungen und die oft sexualisierenden Distanzlosigkeiten, aus denen man auf eine gehobene Stimmung schließen könnte. Begriffe wie „Witzelsucht“ beim M. Pick oder „lächelnde Verblödung“ beim M. Alzheimer führen allerdings leicht in die Irre. Es handelt sich bei genauerem Hinsehen um die mit einer Kritikminderung einhergehende Enthemmung. Affekte und Impulse werden unkontrolliert ausagiert. Das Seelenleben insgesamt ist aber nivelliert.

Die seit Charcot bei der Multiplen Sklerose immer wieder beschriebene Euphorie dürfte eher die Ausnahme sein. Wir haben selbst jahrelang eine auf Multiplen Sklerose spezialisierte neurologische Abteilung konsiliarisch psychiatrisch betreut. Dort haben wir häufig Patientinnen gesehen, die unter ihrer Erkrankung litten, also „depressiv“ waren, nicht selten Patientinnen, die sehr gut verdrängen konnten und demzufolge eine „relativ gute Fassade“ boten und immer wieder eine der Konstitution zuzuschreibende „Belle Indifférence im Umgang mit

der Erkrankung. Eine gehobene oder euphorische Stimmung haben wir nie beobachtet.

Gehobene Stimmung und Euphorie sind meist nur ein Nebenbefund

Wenn die Anamnese und der psychopathologische Befund akribisch erhoben werden, stellt die Diagnose und die differenzialdiagnostische Einordnung einer gehobenen oder euphorischen Stimmung eigentlich keine Schwierigkeit dar. Dabei werden diese auf der Ebene der Konstitution und der „Psychopathie“ meist nur ein Nebenbefund sein. Anlass für eine Vorstellung beim Psychiater sind gehobene oder euphorische Stimmungen für gewöhnlich nicht.

In der psychiatrischen Praxis wird man es meist nur mit einer gehobenen, euphorischen oder läppischen Stimmung von psychotischem Ausmaß zu tun bekommen. Dabei sind diese Verstimmungen meist eingebettet in ein manisches oder maniformes Syndrom, bei dem auch Auffälligkeiten in Kognition, Denken, Kritikfähigkeit, Affekt, Antrieb, Psychomotorik und Verhalten bestehen. □

LITERATUR

beim Verfasser

Dr. med. Heinz-Dieter Hartung

Schlosspark-Klinik, Berlin

Abteilung für Psychiatrie

E-Mail:

heinz-dieter.hartung@schlosspark-klinik.de



Psychiatrische Kasuistik

Vom Nachbarn bestrahlt

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 12/2010

P: Hyperprolaktinämie unter antipsychotischer Therapie

NT 1/2011

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

NT 2/2011

P: Schizophrenie und Neuroborreliose?

NT 3/2011

N: Multiple Balkenzysten – krankheitsrelevant oder Zufallsbefund

NT 4/2011

P: ADHS mit komorbider affektiver Störung

NT 5/2011

N: Multiple Tumore, eine Ursache: das von Hippel-Lindau-Syndrom

NT 6/2011

P: Vom Nachbarn bestrahlt

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

Anamnese

Ein 74-jähriger Mann stellt sich in Begleitung der Ehefrau in der Ersten Hilfe vor, da er nach eigenen Angaben ausschließlich in der häuslichen Umgebung von seinem Nachbarn täglich mehrfach bestrahlt werde. Bei der Bestrahlung setze ein Wärmeempfinden an Füßen, am After, am Genital oder am Bauchnabel ein und könne sich langsam über die Beine und den gesamten Unterleib ausbreiten.

Erstmals seien die Beschwerden vor acht Monaten bei Renovierungsarbeiten in der Nachbarwohnung aufgefallen, die aus seiner Sicht Vorbereitungsarbeiten für die Bestrahlung gewesen seien. Seither nehme die Dauer und die Intensität des Wärmeempfindens soweit zu, dass er diese als sehr schmerzhaft empfinde. Um sich diesen Strahlen nicht längere Zeit auszusetzen, verlasse er mehrfach bis zu acht Stunden die eigene Wohnung. Außerhalb der Wohnung sei er beschwerdefrei. Da der Nachbar nur ihn und nicht seine Ehefrau bestrahle, nimmt der Patient an, dass der Nachbar zusätzlich eine Wärmekamera besitze, mithilfe derer er das weibliche vom männlichen Geschlecht unterscheiden könne. Zudem wertet er das Rauschen während eines Telefongesprächs als Manipulation oder sogar als Abhören durch den Nachbar. In verschiedenen Elektronikfachgeschäften habe er sich mehrfach über die Möglichkeit und Details von Wärmestrahlung (Mikrowellen) informiert.

Der Patient sei aufgrund der Beschwerden verzweifelt und die Stimmung sei deutlich niedergedrückt. Er hätte sich mehrfach um einen Wohnungswechsel bemüht, wobei sich dieser aufgrund der

auf die Wohnung angepassten Möbelstücke als nicht umsetzbar gestalte. Während des Gesprächs sagt er: „In dieser Wohnung kann ich so nicht mehr leben“, „lieber wäre ich tot als so weiterzuleben“ oder „eine solche Wohnung bekomme ich nicht noch mal“.

Fremdanamnese: Die Ehefrau bestätigt, dass ihr Mann seit zehn Monaten über die Bestrahlung durch den Nachbar berichte. Mehrfach hätte sie ihrem Mann widersprochen, worauf er unbeirrt mit seiner Überzeugung reagiert und sie beschuldigt hätte, nicht hinter ihm zu stehen. Bei Versuchen ihres Mannes, die Strahlen durch Auslegen des Fußbodens mit Alufolie abzuwehren, hätte er sie um Unterstützung gebeten. Ihr Mann habe mit dem Nachbarn mehrfach verbale Auseinandersetzungen gehabt und hätte diesen aufgefordert, die Bestrahlung zu beenden. Zudem hätte ihr Mann die Polizei aufgesucht, um den Nachbar anzuzeigen. Mit dem Nachbarn habe es im Rahmen der Miethausgemeinschaft etwa ein Jahr vor Beginn der Beschwerden einen Konflikt wegen Lüftungsgewohnheiten in den Wintermonaten gegeben. Der Konflikt mit dem Nachbarn hätte mit anwaltlichem Beistand gelöst werden müssen. Im Gespräch sagte die Frau: „Ich kann nicht mehr, mein Mann braucht dringend Hilfe“, und „so kann es zuhause nicht mehr weitergehen“.

Die Familienanamnese ergab keine psychiatrischen und neurologischen Vorerkrankungen. Der Patient war zudem nikotinabhängig („40 Packyears“), verneinte aber den Konsum weiterer legaler oder illegaler Drogen.



Soziobiografische Anamnese: Der Patient ist in Berlin geboren und ohne Geschwister aufgewachsen, beendete die Schule nach neun Jahren mit einem Hauptschulabschluss und absolvierte anschließend erfolgreich eine Kfz-Schlosserlehre. Nach dreijährigem Aufenthalt in Kanada erfolgte die Rückkehr nach Berlin zur Unterstützung seiner verwitweten Mutter mit Tätigkeit bei großen Elektronikfirmen. Mehr als 25 Jahre war er dann als amtlicher Prüfer tätig. Der Patient ist seit 46 Jahren verheiratet und lebt mit seiner Frau in einer gemeinsamen Wohnung zusammen, Kinder haben sie keine.

Psychiatrische Vorgeschichte: Die erstmalige psychiatrische Vorstellung mit den genannten Beschwerden erfolgte konsiliarisch, nachdem der Patient aufgrund einer Antikoagulationstherapie bei Vorhofflimmern stationär internistisch aufgenommen wurde. Es folgte ein sechswöchiger stationärer psychiatrischer Aufenthalt. Dabei wurde eine anhaltende wahnhaftige Störung diagnostiziert und Risperidon bis 6 mg aufdosiert, worunter die Beschwerden nach Angaben der Ehefrau für 14 Tage nach Entlassung sistierten. Aufgrund der vom Patienten beschriebenen Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Sehstörungen sowie Knöchelödeme setzte dieser die Medikation selbstständig etwa eine Woche nach Entlassung ab.

Vorerkrankungen: COPD, Diabetes mellitus Typ II, chronische Niereninsuffizienz Stadium 2, diabetogene Polyneuropathie, arterieller Hypertonus, koronare Gefäßerkrankung, Vorderwandinfarkt (1994), Bypassoperation (11/2002), Vorhofflimmern mit Antikoagulation.

Medikation bei der Aufnahme: Keine psychotrope Arzneien. Internistische Medikation: Phenprocoumon, Metformin, Antihypertensiva sowie Inhalationssprays bei COPD.

Psychopathologischer Befund bei der Aufnahme

Der Patient ist wach, zu allen Qualitäten orientiert, Aufmerksamkeit und Konzentration sind regelrecht, es bestehen leichte mnestiche Defizite (memoriert zwei von drei Begriffen). Angabe von taktilen Halluzinationen, jedoch besteht kein Anhalt für akustische oder optische Hallu-

zinationen. Im formalen Denken ist er eingeeengt mit erhöhtem Rededrang, inhaltlich besteht ein systematisierter Wahn mit Wahnwahrnehmung und Beeinträchtigungswahn. Es bestehen keine Zeichen für eine Ich-Störung, weiterhin keine Zwänge und Phobien.

Die Stimmung ist verzweifelt, niedergedrückt, affektiv jedoch gut schwingungsfähig. Der Antrieb ist adäquat, insbesondere hat der Patient keine Einschränkungen bei der Verfolgung seiner Interessen. Der Appetit ist leicht gemindert, ohne Gewichtsverlust. Es bestehen Einschlaf-, jedoch keine Durchschlafstörungen. Kein Anhalt auf Suizidalität. Testergebnisse:

- PANSS positiv: 25 Punkte
- PANSS negativ: 7 Punkte
- HAMD-17: 10 Punkte
- MMST: 29 von 30 Punkten

Internistisch-neurologischer Befund:

- Arrhythmischer Puls, sonst Pulmo und Abdomen ohne pathologischen Befund
- HN-Status: regelrecht
- Arme, Beine, Rumpf: keine Parese
- Muskeldehnungsreflexe seitengleich, leicht lebhaft
- ASR: beiderseits nicht erhalten
- Babinskizeichen: beiderseits negativ,
- Ästhesie und Algesie normal, Palla-nästhesie distal der Knie

- Romberg mit verschlossenen Augen mit leichter ungerichteter Fallneigung, sonst Stand sicher, Gang regelrecht
- EKG: Vorhofflimmern
- EEG: unauffällig
- cMRT: altersentsprechender Normalbefund
- Laborparameter sind bis auf leicht erhöhte Harnstoff- und Kreatinin-Werte sowie mäßig erhöhtes Gesamtcholesterin unauffällig, auch der Liquorbefund ist unauffällig

Diagnosen bei der Aufnahme: Bei dem Patienten bestand seit zehn Monaten ein psychotisches Syndrom mit wahnhafter Symptomatik und taktilen Halluzinationen. Darüber hinaus hatte er ein leichtes depressives Syndrom. Hieraus ergeben sich folgende Differenzialdiagnosen:

- Verdacht auf anhaltende wahnhafte Störung (ICD-10: F22.0, DSM-IV: 297.1)
- Differenzialdiagnose Schizophrenie vom paranoiden Typ (ICD-10: F20.0, DSM-IV: 295.30)
- Differenzialdiagnose Depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3, DSM-IV: 296.34)
- Differenzialdiagnose organische wahnhafte Störung (ICD-10: F06.2, DSM-IV: 293.81/2).

Sowohl anamnestisch als auch in den paraklinischen Untersuchungen (cMRT, LP,

Diagnosekriterien zu wahnhaften Störungen

ICD-10 (F22.0)	DSM-IV (297.1)
— einzelne Wahnidee bis hin zu mehreren aufeinander bezogenen Wahnhaltungen	— Kriterium A: nicht-bizarre Wahnphänomene, über einen Monat
— eindeutig auf die eigene Person bezogen	— Kriterium B: keine A-Symptome für Schizophrenie, Ausnahme: olfaktorische und/oder taktile Halluzinationen
— über drei Monate	— Kriterium C: Leistungsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt
— optional: olfaktorische und/oder taktile Halluzinationen, zwischenzeitlich depressive Symptome	— Kriterium D: etwaige affektive Episoden sind im Vergleich zum Wahn kurz
— Ausschluss: zerebrale Erkrankung, akustische Halluzinationen, schizophrene Symptome in der Vorgeschichte	— Kriterium E: keine Substanzeinwirkung, kein medizinischer Krankheitsfaktor vorhanden
	— Typen: Beeinträchtigungswahn, körperbezogener Wahn, Liebeswahn, Größenwahn, Eifersuchtswahn

Fragen

1. Bei der Therapie einer wahnhaften Störung ...

- a ... ist Pimozid Mittel der 1. Wahl.
- b ... sollte eine medikamentöse Therapie wegen Nichtansprechen in jedem Fall unterbleiben.
- c ... ist neben antipsychotischer Medikation die Verhaltenstherapie kontraindiziert.
- d ... sind die atypischen den typischen Neuroleptika vorzuziehen.
- e ... erwies sich der „reality test“ in der Psychotherapie als wenig erfolgreiche Technik.

2. Was ist ein Ausschlusskriterium für eine wahnhafte Störung?

- a Langjähriger Verlauf der Symptomatik
- b „Organische“ Genese
- c Hypochondrischer Wahn
- d Taktile Halluzinationen
- e Erste Beschwerden im Alter von über 80 Jahren.

3. Die Diagnose einer wahnhaften Störung bei einer 40-jährigen Frau ist vereinbar mit ...

- a ... dem Nachweis eines frischen parieto-okzipital gelegenen Mediateilinfarktes rechtsseitig.
- b ... einem seit drei Monaten isoliert aufgetretenen Eifersuchtswahn.
- c ... einer seit zwei Monaten bestehenden schweren depressiven Störung mit (isoliertem) Verarmungswahn.
- d ... anhaltenden akustischen Halluzinationen und Beeinträchtigungswahn.
- e ... einem vor einer Woche erstmals aufgetretenen Verfolgungswahn.

4. Die Leistungsfähigkeit bei einer wahnhaften Störung ...

- a ... ist nicht wesentlich beeinträchtigt.
- b ... ist so beeinträchtigt, dass sie die Berufsausübung verhindert.
- c ... muss nur bei unter 50-Jährigen berücksichtigt werden.
- d ... hat in Abgrenzung zur Schizophrenie keine Relevanz.
- e ... ist erhalten und führt zur einer guten Krankheits- und Behandlungseinsicht.

Labor) ergab sich kein Hinweis auf eine andere somatische Genese des psychotischen Syndroms.

Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-IV

Die Kriterien beider Diagnosesysteme zu wahnhaften Störungen unterscheiden sich nicht wesentlich. Während nach ICD-10 [11] die Krankheitsdauer mindestens drei Monate betragen muss (siehe Tabelle) ist das zeitliche Kriterium nach DSM-IV [1] nach einem Monat Krankheitsdauer erfüllt. Daneben werden nach DSM-IV verschiedene Typen beim Wahninhalt unterschieden (Beeinträchtigungswahn, körperbezogener Wahn, Liebeswahn, Größenwahn, Eifersuchtswahn).

Therapie und Verlauf

Durch die Aufnahme war der Patient deutlich entlastet, die Stimmung war schlagartig gebessert. Bei jedoch weiterhin bestehender wahnhafter Symptomatik und normalem Antrieb schlossen wir die Diagnose einer wahnhaften depressiven Episode aus. Syndromal therapierten wir zunächst aufgrund der bestehenden Komorbidität (Typ-2-Diabetes sowie kompensierte Niereninsuffizienz) und den bekannten Nebenwirkungen unter Risperidon mit dem Antipsychotikum Aripiprazol bis 30 mg/d. Bis zur vierten Behandlungswoche ließ sich keine Besserung der Beschwerden erzielen. Wir entschieden uns dann zum Austausch gegen Quetiapin, welches einschleichend bis auf 100 mg/d aufdosiert wurde. Unter der Anfangsdosis von 25 mg/d klagte der Patient bereits über eine leichte Tagesmüdigkeit, die unter Steigerung der Dosis zunahm und nicht weiter toleriert wurde. Einen positiven Effekt auf die wahnhaften Störungen zeigte sich damit ebenfalls nicht.

Ab der siebten Behandlungswoche entschieden wir uns unter regelmäßigen Gewichts- und Blutzuckerkontrollen Quetiapin gegen Olanzapin auszutauschen und bis auf 30 mg/d langsam zu steigern. Bei persistierender Tagesmüdigkeit ab einer Tagesdosis von über 25 mg/d reduzierten wir Olanzapin auf 20 mg/d. Der Patient tolerierte die Dosis von 20 mg/d trotz weiter bestehender leichter Tagesmüdigkeit. Begleitend zur medika-

mentösen Therapie erfolgte neben der Psychoedukation ab der vierten Behandlungswoche ein Expositionstraining durch regelmäßige Aufenthalte in der Wohnung. Ab der neunten Woche gab der Patient erstmals eine zeitlich begrenzte Beschwerdefreiheit während der Hausbesuche an, die in den nachfolgenden zwei Wochen bei steigender Dauer der Exposition bis auf dreieinhalb Stunden zunahm. Ab der elften Woche verneinte der Patient erstmals während eines Tagesurlaubs für einen Zeitraum von sechs Stunden Beschwerden.

Diagnose: anhaltend wahnhafte Störung

Es handelt sich bei dem Beschwerdebild am ehesten um eine anhaltende wahnhafte Störung, bestimmt durch eine nicht bizarre wahnhafte Symptomatik in Form von Wahnwahrnehmungen und Beeinträchtigungswahn (Kriterium A nach DSM-IV erfüllt) sowie taktile Halluzinationen (Kriterium B nach DSM-IV erfüllt, siehe Tabelle). Es gab keine Symptome oder Befunde zur Diagnose einer depressiven Episode (gute Antriebslage, nur kurze affektive Episode bei schlagartiger Besserung der Stimmung bei Aufnahme, Kriterium D nach DSM-IV erfüllt) oder einer organisch wahnhaften Störung. Die Abgrenzung zur paranoiden Schizophrenie war aufgrund der erfüllten A-Kriterien nach DSM-IV (Halluzinationen, Wahn) nur allein durch das Fehlen des B-Kriteriums (soziale oder berufliche Einbußen) zu stellen. Auch das hohe Lebensalter bei Erstmanifestation des psychotischen Syndroms sprach eher gegen die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie.

Wahnhafte Störungen machen etwa 1 bis 2 Prozent aller psychiatrischen Erkrankungen aus [1]. Die Inzidenz liegt bei 1 bis 7 pro 100.000, die Prävalenz bei 0,24 bis 0,30 Prozent [2, 3]. Das Durchschnittsalter bei Krankheitsbeginn liegt bei 40 Jahren, wobei die Altersspanne der beschriebenen Fälle zwischen dem 18. und 90. Lebensjahr liegt [4]. Frauen sind um den Faktor 1,2 bis 3 häufiger betroffen [2, 5]. Der Beeinträchtigungswahn und der körperbezogene Wahn werden bei weitem am häufigsten beschrieben, gefolgt von Eifersuchtswahn, Liebeswahn sowie sehr selten Größenwahn.

Therapie der wahnhaften Störung

Die medikamentöse Behandlung bei wahnhaften Störungen basiert allein auf Fall- und Kohortenbeschreibungen. Es liegt bisher keine einzige randomisierte oder doppelblinde Untersuchung vor. Während Munro und Mok noch einen Vorteil von Pimozid gegenüber anderen Typika [6] sahen, schlussfolgerten Manschreck und Khan [7] auf Grundlage ihrer Literaturrecherche zwischen 1994 und 2004 bei 134 Fällen, dass Pimozid gegenüber Atypika wie Risperidon, Olanzapin und Clozapin oder anderen Typika keinen besseren Effekt auf die wahnhafte Symptomatik hat. In beiden Reviews wird eine Vollremission von mehr als 50 Prozent angegeben, eine Besserung oder Teilremission sogar bei über zwei Drittel der Patienten. Zu anderen medikamentösen Therapienansätzen gibt es lediglich einzelne Fallberichte: So führte in zwei Fallberichten die Monotherapie mit einem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Sertralin, Paroxetin) zu einer deutlichen Besserung der wahnhaften Symptomatik [8, 9].

Auch die kognitive Verhaltenstherapie zeigte in einer kleinen placebokontrollierten Studie [10] eine gute Wirksamkeit im Vergleich zu einer supportiven Gesprächstherapie: 40 Prozent der Patienten, die eine kognitive Verhaltenstherapie erhielten, konnten sich gegen über 23 Prozent der Patienten, die lediglich an einer Gesprächstherapie (Placebo) teilnahmen, von der Wahnsymptomatik distanzieren. Hier schien vor allem der Realitätsabgleich („reality test“) zielführend zu sein. Patienten befragen dabei diejenigen Personen, die wahnhaft verarbeitet werden, oder aber sie fragen Außenstehende, ob sie eine bestimmte, für den Patienten wahnhaft erlebte Situation ähnlich empfinden. Dadurch kann die wahnhafte Symptomatik hinterfragt werden. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Dr. med. Frank Marzinzik,
Klinik für Neurologie und Neurophysiologie
Dr. med. Arnim Quante
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité, Campus Benjamin Franklin
E-Mail: frank.marzinzik@charite.de

1d; 2c; 3b; 4a

Zu Frage 1:

Antwort d ist richtig. Pimozid ist zwar den atypischen Antipsychotika bezüglich der Wirkung nicht unterlegen, sondern als gleichwertig einzustufen [7], jedoch sollte auch das Nebenwirkungsprofil bei der Auswahl des Antipsychotikums beachtet werden. Atypische Antipsychotika haben ein wesentlich niedrigeres Risiko für extrapyramidale Nebenwirkungen und sollten daher bevorzugt eingesetzt werden. Jedoch sollten auch die Nebenwirkungen der Atypika nicht ungeachtet bleiben und ein individueller Therapieplan unter Einbeziehung der Komorbidität aufgestellt werden. Neben der Pharmakotherapie sollte die Psychotherapie zum Einsatz kommen. Der Realitätsabgleich („reality test“) ist hier eine wichtige Technik.

Zu Frage 2:

Antwort c ist richtig. Andere Erkrankungen, die potenziell zu der wahnhaften Symptomatik geführt haben, müssen zunächst ausgeschlossen werden. Dazu zählen neben Hirntumoren und Hirnmetastasen auch entzündliche Erkrankungen wie Enzephalitiden. Auch Nebenwirkungen von Medikamenten (etwa bei einer L-Dopa-Therapie von Parkinsonpatienten) oder Intoxikationen (beispielsweise mit Amphetamine) müssen ausgeschlossen werden. Alle anderen Kriterien können bei einer wahnhaften Symptomatik vorliegen: taktile Halluzination (= Kriterium B), langjähriger Verlauf (ab einem Monat nach DSM-IV beziehungsweise drei Monaten nach ICD-10) nach oben „offen“, sowie hypochondrischer Wahn (körperbezogener Wahn, Kriterium A). Ein Alterskriterium gibt es nicht.

Zu Frage 3:

Antwort b ist richtig. Ein isoliert auftretender Eifersuchtswahn ist typisch für eine wahnhafte Störung, wenn auch dieses Wahnthema nicht zu den häufigsten gehört – am häufigsten ist ein Beeinträchtigungswahn. Nach einer frischen zerebralen Ischämie kann es nicht selten zu einem deliranten Syndrom mit auch psychotischer Symptomatik kommen – eine andere somatische Ursache der wahnhaften Symptomatik ist somit gegeben. Ein Verarmungswahn im Rahmen einer schweren depressiven Episode ist als synthym zu charakterisieren und damit der affektiven Störung zugehörig. Anhaltende akustische Halluzinationen plus Beeinträchtigungswahn sprechen am ehesten für eine paranoide Schizophrenie (wenn auch hier eine andere somatische Ursache ausgeschlossen werden sollte). Das zeitliche Kriterium für eine wahnhafte Störung ist nach DSM-IV ab einem Monat beziehungsweise nach ICD-10 ab drei Monaten erfüllt.

Zu Frage 4:

Antwort a ist richtig. Anders als bei der Schizophrenie ist die Leistungsfähigkeit bei Patienten mit anhaltender wahnhafter Störung nicht wesentlich beeinträchtigt, somit kann die berufliche Tätigkeit, wenn diese nicht gerade in den Wahn einbezogen ist, häufig problemlos fortgeführt werden. Gerade die fehlende Funktionseinschränkung begründet die im Vergleich zur Schizophrenie noch geringere Krankheits- und Behandlungseinsicht. Das Alter des Patienten spielt hierbei keine Rolle.

Tödliches Pflanzenprotein

Suizid durch Rizinsamen?



Rizinussamen enthalten eines der stärksten Pflanzengifte. Da Rizinusstauden als Zierpflanzen inzwischen weit verbreitet sind, kommen suizidgefährdete Menschen recht einfach an die giftige Frucht. Allerdings ist der Tod durch den Inhaltsstoff Rizin sehr qualvoll.

Beutel mit „Rizinsamen“ im Schrank

In einer Fallbesprechung der Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen, kurz AGATE, wurde von einem Patienten berichtet, in dessen Schrank einige Beutel mit „Rizinsamen“ gefunden wurden. Nach Angaben des Patienten beabsichtigte dieser, die Samen als Suizidmittel zu missbrauchen.

Laxierendes Öl aus giftigen Samen

Mit der Bezeichnung „Rizinsamen“ waren offensichtlich Rizinussamen gemeint. Hierbei handelt es sich um die Samen von *Ricinus communis*, der Rizinusstaude, auch Wunderbaum oder Christuspalme genannt, ein Strauch aus der botanischen Familie der Euphorbiaceae, der Wolfsmilchgewächse. Die ursprünglich in den Subtropen beheimatete Pflanze ist den meisten aufgrund der laxierenden Wirkung des Rizinusöls bekannt, das aus den Samen gewonnen wird. Die heu-

te weltweit kultivierte Zierpflanze bildet grau-braun marmorierte bohnenförmige Samen in einer stacheligen Samenkapsel. Im Unterschied zum Rizinusöl sind die Samen der Pflanze tatsächlich extrem giftig.

Das Toxin steckt in der Samenschale

Die Toxizität der Rizinussamen beruht auf dem Glykoprotein Rizin, das in der Samenschale enthalten ist. Rizin zählt zu den stärksten Giften im Pflanzenreich. Bereits ein zerkauter Samen kann schwerwiegende Krankheitszeichen hervorrufen. Abhängig vom Zerkauungsgrad der Samen und der Konstitution der Patienten können schon wenige Samen tödlich wirken. In der Literatur sind Fälle bei Erwachsenen bekannt, in denen ein einziger Samen zum Tod führte, andererseits wurde nach Berichten auch schon ein Konsum von 20 bis 60 Samen überlebt. Zur typischen Symptomatik zählen nach Angaben der Giftzentrale

Bonn [1]: Allgemeines Unwohlsein mit Blässe, Fieber und Zittern, Bauchschmerzen, Übelkeit und Brechreiz. In schwerwiegenden Fällen kommt es zu Bewusstseinsverminderung, Krampfanfällen, Herzrhythmusstörungen und Tod. Ferner wird berichtet, dass es nach Hautkontakt zu Rötung und Juckreiz im Sinne einer allergischen Reaktion kommen kann.

Beim Pressen der Samen zur Gewinnung des Rizinusöls verbleibt das giftige Rizin in den Samenschalen und damit im Pressrückstand. Der Übertritt des Rizins in die Ölphase bei der Kaltverpressung wird durch seine Wasserlöslichkeit, also durch seine Fettunlöslichkeit, verhindert. Durch anschließende Wasserdampfbehandlung des Öls werden auch kleinste Restmengen des hochgiftigen Rizins, das unter Wärmeeinwirkung inaktiviert wird, ausgeschlossen. So ist zu erklären, dass Rizinusöl im Unterschied zu den Samen, aus denen es gewonnen wird, keine eigene Giftwirkung besitzt.

Derzeit existiert weder ein Antidot noch eine andere effektive Therapie zur spezifischen Behandlung einer Vergiftung mit Rizinussamen [2].

Rizin hemmt die Proteinbiosynthese

Chemisch gesehen ist das Protein aus zwei Untereinheiten aufgebaut (A- und B-Kette), die über eine Disulfidbrücke verbunden sind. Die B-Kette ist für das „Andocken“ des Rizins an einer Zelle verantwortlich (Haptomer), während die A-Kette die Toxizität hervorruft (Effektomer). Über rezeptorvermittelte Endozytose gelangt Rizin zum Golgi-Apparat der Zielzelle und von dort zum Endoplasmatischen Retikulum. Die A-Kette bewirkt eine Abspaltung endständiger Adeninreste an der rRNA. Hierdurch kommt es zur irreversiblen Schädigung



Wunderbaum (*Ricinus communis*) mit Früchten. Giftig sind die Samenschalen, sie enthalten das Glykoprotein Rizin.

der Ribosomen und somit zur Hemmung der Proteinbiosynthese, die dazu führt, dass für die Zelle lebenswichtige Enzyme nicht mehr nachproduziert werden können. Der Tod der Zelle (Apoptose) ist die Folge [3].

Bis zum Auftreten der ersten Symptome können mehreren Stunden vergehen, da zunächst die letzten zelleigenen Enzyme aufgebraucht werden. Die Zersetzung von Körperzellen findet vor allem im Resorptions- und Eliminationsgewebe statt. Deshalb sind vor allem Zellregionen des Verdauungstraktes, der Niere, der Leber und Blutzellen vom Zelltod betroffen. Der Tod tritt auf grausame Weise langsam und schleichend erst nach einigen Tagen als Folge eines Nieren- oder Leberversagens ein.

Rizin-Derivate für die Humanmedizin

Neueste medizinische Forschungen befassen sich mit einem möglichen Einsatz

von Rizin-Derivaten in der Tumorthherapie [4]. Durch Modifikation der B-Kette soll ausschließlich ein Angriff auf Tumorzellen erfolgen. Diese werden anschließend durch Endozytose des Rizin-Derivats über die Toxizität der A-Kette zerstört. So versucht man sich heute in der Krebstherapie an dem Einsatz von rizinbasierten Immunotoxinen, bei denen Rizin chemisch an monoklonale Antikörper gekoppelt wird. Der erhoffte Erfolg bleibt aufgrund zahlreicher Nebenwirkungen jedoch noch aus. Es kam beispielsweise zur Bildung von Antikörpern gegen die Immunotoxine mit anschließenden allergischen Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock. Aber auch Niereninsuffizienz, Fieber, Myalgien und Lebervergiftungen wurden als Nebeneffekte beschrieben. □

QUELLEN/INFORMATIONEN

1. Giftzentrale Bonn, <http://www.meb.uni-bonn.de/giftzentrale/jahresbericht99-Dateien/typo3/index.php?id=201>
2. Audi J, Belson M, Patel M, Schier J, Osterloh J. Ricin poisoning: a comprehensive review. *JAMA* 2005; 294 (18): 2342–51
3. Horrix C, Raviv Z, Flescher E, Voss C, Berger MR. Plant ribosome-inactivating proteins type II induce the unfolded protein response in human cancer cells. *Cell Mol Life Sci* 2011; 68: 1269–81
4. Schnöder T. Untersuchungen zum intrazellulären Transportweg und der In-vivo-Toxizität von Ricin A (RTA) in Hefe. Dissertation zum Dr. rer. nat., Universität des Saarlandes, Saarbrücken 2009, pp 1–13

Cand. rer. nat. Andrea Lamecker,
Professor Dr. med. Dr. rer. nat. Ekkehard Haen
 Klinische Pharmakologie
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie,
 Psychosomatik und Psychotherapie der
 Universität im Bezirksklinikum Regensburg
 Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg
 E-Mail: ekkehard.haen@klinik.uni-regensburg

Vasovagale Synkopen

Ohnmachtsanfälle – gute Anamnese erspart oft aufwändige Diagnostik

Vasovagale Synkopen von epileptischen Anfällen oder kardiogenen Synkopen zu unterscheiden, fällt vielen Ärzten noch schwer. Berichten Patienten über Ohnmachtsanfälle nach langem Stehen, beim Anblick von Blut oder nach körperlicher Anstrengung, spricht schon viel für eine vasovagale Reaktion. Eine medikamentöse Therapie ist dann aber nicht indiziert. Patienten mit langen Asystolen profitieren jedoch von einem Zweikammerschrittmacher.

ROLF DIEHL



Die Bewusstlosigkeit bei einer vasovagalen Synkope dauert meist weniger als eine Minute.

© Helder Almeida / shutterstock.com

In den vergangenen 20 Jahren gab es erhebliche Forschungsaktivitäten zu Aspekten der vasovagalen Synkopen (VVS) wie Epidemiologie, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Obwohl viele der neuen Erkenntnisse inzwischen in die Diagnostik- und Therapieleitlinien für Synkopen eingeflossen sind [Leitlinie der DGN: Diehl et al. 2008; Leitlinie der ESC: Moya et al. 2009], und darin pragmatische Empfehlungen zur Abklärung und Behandlung von VVS zu finden sind, ist der angemessene Umgang mit diesem Krankheitsbild für viele Kliniker noch ein Problem. Besonders bestehen Unsicherheiten bei der Abgrenzung zu epileptischen Anfällen oder kardiogenen Synkopen, was zu ebenso umfangreicher wie überflüssiger Zusatzdiagnostik führen kann. Dabei kann alleine die adäquate Erhebung und Auswertung der Anamnese oft schon die zweifelsfreie Diagnosestellung von VVS ermöglichen.

Einer der Gründe für die geringe Rezeption von Forschungsergebnissen zur VVS mag darin bestehen, dass ein einheitlicher Sprachgebrauch für das Krankheitsbild und seine Varianten fehlt und im Angloamerikanischen – je nach Vorliebe der Autoren – unterschiedliche Begriffe wie „neurally mediated syncope“, „neurocardiogenic syncope“ oder „vasovagal syncope“ zur Bezeichnung desselben Störungsbildes herangezogen werden. Überhaupt ist die wachsende Primärliteratur zum Thema unübersichtlich und Übersichtsarbeiten, die eine klare Orientierung im Synkopen Dickicht ermöglichen könnten, sind rar gesät. Mehr allerdings als sprachliche Verwirrungen hat offenbar kognitiver Widerstand gegen die paradox anmutenden pathophysiologischen Abläufe eine Einbettung der VVS in das medizinische Weltbild verhindert. Eine von mir durchgeführte informelle Befragung bei 30 Internisten und Neurologen kam in der Tat zu dem nachdenklich stimmenden Ergebnis, dass rund 90 Prozent der befragten Fachärzte den Unterschied zwischen vasovagaler Synkope und orthostatischen Hypotension nicht benennen konnten.

Als Einstieg in das Thema eignet sich die Evolutionsbiologie. Vor diesem Hintergrund können scheinbare Paradoxien bei der VVS aufgelöst werden und damit eine subjektive Konfundierung des VVS-Konzeptes mit ganz andersartigen Synkopenmechanismen von vorne herein verhindert werden.

Der vasovagale Reflex zielt auf Blutstillung ab

Im Unterschied zur Physiologie, die auf die Beschreibung kausaler Abläufe biologischer Prozesse abhebt, steht bei der evolutionsbiologischen Perspektive die Zweckerfüllung einer biologischen Eigenschaft zum Zeitpunkt ihres Entstehens in der Stammesgeschichte im Zentrum des Interesses. Oder anders formuliert: Welche Vorteile für die Selbsterhaltung und letztlich die Reproduktionsrate haben Individuen mit dieser neuen Eigenschaft gegenüber anders ausgestatteten Artgenossen? Für die VVS stellt sich hier die Frage, worin denn ein solcher Vorteil für eine Anlage, die ihren Träger kurzzeitig aus dem Verkehr zieht, bestehen könnte. Dafür müssen wir nun doch kurzfristig auf die physiologische Perspektive vorgreifen.

Die vasovagale Reaktion besteht in peripherer Vasodilatation (durch Sympathikushemmung) gemeinsam mit Bradykardie (bis hin zur Asystolie) durch Sympathikushemmung und Vagusaktivierung. Dadurch wird eine dramatische Senkung des Blutdrucks herbeigeführt mit Werten, die rasch unter 50/30 mmHg fallen können. Dass damit auch der zerebrale Perfusionsdruck nicht mehr ausreicht, um die Hirnaktivität aufrecht zu halten, und es schließlich zur Ohnmacht kommt, ist nach Ansicht einiger Autoren [etwa Bracha et al., 2005] der eigentliche Zweck der vasovagalen Reaktion. Diese Autoren haben typische VVS-Auslöser wie Blut, Verletzungen und Schmerzen vor Augen und zwar im stammesgeschichtlichen Rahmen von Kampfsituationen. Der synkopierte Gegner wird vom Sieger als tot oder in jedem Falle als ungefährlich angesehen, und dieser lässt von ihm ab, was dem Unterlegenen vielleicht das Leben rettet.

Ich denke hingegen, dass die Natur für diesen Zweck mit dem Totstellreflex bereits eine ausreichende Antwort gefunden hat und dass der Evolutionsdruck für die vasovagale Reaktion aus einer ganz anderen Richtung kommt. Verletzungen und Blutungen müssen ja nicht kampfassoziiert sein. Sie bergen in jedem Falle aber das Risiko des Verblutens, zumal bei arteriellen Verletzungen. Die körpereigene Reaktion in einer solchen Situation ist die Blutgerinnung. Das Leck in der Arterie muss durch Thrombenbildung rasch verschlossen werden, um signifikante Blutverluste zu verhindern. Dies gelingt bevorzugt bei erniedrigten Blutdrücken am Verletzungsort, da so verhindert werden

kann, dass bereits gebildete Thromben unter hohem Druck mit dem austretenden Blut hinaus gespült werden [Diehl, 2005]. Die dramatische Blutdrucksenkung während der VVS, erzielt durch Vasodilatation und Kardioinhibition, hätte in einem solchen Verletzungsszenario also die Bedeutung einer vielleicht lebensrettenden Maßnahme, die freilich zur Verhinderung ischämischer Organschäden nur vorübergehender Natur sein darf. Die Ohnmacht wäre demnach eine inkaufgenommene Folge, aber nicht der eigentliche Zweck der vasovagalen Reaktion.

Eine unlängst publizierte eigene Studie hat in der Tat gezeigt, dass mit den autonomen Reaktionen während der VVS auch eine Aktivierung von Gerinnungsfaktoren (etwa Faktor VIII oder von Willebrand Faktor) zu beobachten ist [Krämer et al., 2010].

Die VVS ist ein reflektorisches Geschehen

Wir können uns jetzt der physiologischen Perspektive der VVS zuwenden. Ich sage bewusst „physiologisch“ und nicht „pathophysiologisch“, da wir es hier mit einer natürlichen Grundausstattung des Organismus zu tun haben. Funktionell gesehen handelt es sich dabei um einen Reflex, was dem deutschen Synonym der VVS, „reflektorische Synkope“, seinen Namen gegeben hat. Bei einem Reflex unterscheiden wir allgemein drei Abschnitte:

- __ den afferenten Schenkel
- __ die zentrale Verschaltung
- __ den efferenten Schenkel

Da die Reflexaktivierung nicht unbedingt zum vollendeten Bild der Synkope, also dem Bewusstseinsverlust, führen muss, spreche ich allgemeiner auch von vasovagalem Reflex oder, wenn nur auf das efferente Geschehen abgehoben wird, von vasovagaler Reaktion (VVR).

Das Spektrum der VVS liegt im afferenten Schenkel

Wenn hier vom „Spektrum der VVS“ die Rede ist, geht es vor allem um Situationen oder Reizkonfigurationen, die als typische VVS-Auslöser gelten (Tabelle 1). Zunächst fällt es schwer, dabei so etwas wie einen gemeinsamen Nenner zu erkennen. Was haben etwa der Zustand nach körperlicher Anstrengung, langes

Stehen und Miktion gemein? Gerne wird hier auf die Rolle des Vagusnerven verwiesen. Dieser gewinnt nach einer längeren Phase der sympathischen Dominanz die Oberhand und könne dann mitunter in überschießender Weise die Herztätigkeit hemmen und so den Kreislaufzusammenbruch herbeiführen. Allerdings sind Anlässe wie plötzlicher Schmerz oder ein Druck auf den Hals nur schwerlich als typische Vagusreize zu interpretieren. Aus der Perspektive der evolutionären Hämostasethorie der VVR wären die auslösenden Situationen dagegen unter dem Aspekt einer Verletzung oder Blutung zu betrachten. Der prototypische Auslöser, also die eigentliche evolutionäre Targetsituation, ist dabei natürlich der massive Blutverlust. Die dadurch ausgelöste VVR mit Hypotension und Bradykardie wird von Intensivmedizinern als dekompenzierter hämorrhagischer Schock bezeichnet.

Für eine entsprechende Deutung der anderen Situationen wie Miktion oder Schlucken müssen wir zunächst wissen, wie dem Gehirn Verletzungen oder Blutungen überhaupt gemeldet werden. Eine entscheidende Rolle spielen dabei mechano-, chemo- und nozizeptive viszerale Afferenzen, die das Gehirn über den Zustand der inneren Organe einschließlich der Gefäße informieren. Hierzu gehören die Niederdruckrezeptoren in der Lunge, deren Entladung dem Gehirn eine Reduktion des zentralen Blutvolumens meldet. Das zentrale Blutvolumen wird aber auch unter weniger dramatischen Verhältnissen „angezapft“, beim ruhigen Stehen durch venöses Pooling oder nach dynamischer Muskelaktivität durch die Reduktion des venösen Rückstroms bei plötzlichem Sistieren der Muskelpumpe. Die mesenzephalen Zielkerne der Niederdruckrezeptoren können dabei nicht „wissen“, ob das zentrale Blutvolumen durch Verbluten oder die genannten alternativen Ursachen für einen verminderten venösen Rückstrom entleert wurde und reagieren in derselben Weise mit einer VVR.

Miktion, Defäkation, Schlucken oder ein Druck auf den Karotissinus können viszerale Mechano- und Nozizeptoren in Blase und Harnröhre, im Kolon, im Ösophagus oder in der Karotiswand reizen, wie dies auch bei einer Verletzung dieser Organe geschehen kann. Wiederum kann es bei den Empfängerstrukturen dieser Rezeptoren im Hirnstamm zu einem „falschen Alarm“ mit der unangemessenen Induktion einer VVR kommen.

Die zentrale Verschaltung: das Synkopenzentrum in der Medulla oblongata

Die zentralnervösen Verschaltungen, die der VVR zugrunde liegen, haben vor allem der australische Anatom Kevin A. Keay und seine Arbeitsgruppe entschlüsselt. Diese Forscher haben seit 1998 im Rattenmodell das Netzwerk der medullären Kerngebiete, die Vasodepression und Kardioinhibition via Sympathikushemmung und Vagusstimulation vermitteln, histochemisch charakterisieren und anatomisch beschreiben können [Henderson et al., 1998; Vagg et al., 2008]. Besonders konnten sie zeigen, dass dieses Netzwerk unabhängig vom Baroreflexsystem organisiert ist, das für die Konstanzhaltung des arteriellen Blutdruckes zuständig ist. Die zentrale Struktur dieses Netzwerkes, sozusagen das „vasovagale Reflexzentrum“, ist eine mittelliniennahe winzige Struktur in der unteren Medulla oblongata, die so genannte caudal midline medulla (CMM). Diese wird afferent

Tabelle 1
Typische auslösende Situationen für vasovagale Synkopen
__ Langes ruhiges Stehen, vor allem in überwärmter Umgebung
__ Erhebliche Blutverluste (über 1,5 l)
__ Sehen von Blut oder Verletzungen
__ Plötzlicher Schmerz
__ Miktion oder Defäkation
__ Schlucken
__ Während oder nach dem Essen
__ Nach körperlicher Anstrengung
__ Bei Kopfdrehung oder Druck auf den Hals

über die potenziellen „vasovagalen Situationen“ informiert und kann über die medullären präsympathischen und vagalen Kerngebiete die zirkulatorischen Abläufe der VVR steuern (Abbildung 1).

Der efferente Schenkel gestaltet den Kreislaufzusammenbruch

Der efferente Schenkel des vasovagalen Reflexes bildet gewissermaßen den gemeinsamen Nenner des VVS-Spektrums. Jede Variante der VVS – und das unterscheidet sie von allen anderen Synkopenmechanismen – ist durch eine mehr oder minder abrupt einsetzende Hemmung der sympathischen Aktivität (an den Gefäßen und am Herzen) und eine kardiovagale Aktivierung gekennzeichnet. Das periphere Gefäßbett, vor allem im Splanchnikusgebiet und in den Beinen, öffnet sich dadurch (Reduktion des totalen peripheren Widerstandes, TPR), und durch die reduzierte Herzaktivität sinkt das Herzzeitvolumen („cardiac output“, CO). Als Folge kommt es nach dem Ohmschen Gesetz der Druck/Fluss-Beziehung ($\text{Blutdruck} = \text{CO} \times \text{TPR}$) zum Blutdruckabfall. Die relativen Gewichte der vagalen und der sympathoinhibitorischen Reaktion können dabei unterschiedlich ausgeprägt sein, sodass etwa die Bradykardie das Bild dominieren kann (kardio-inhibitorischer Typ der VVR) – dabei wurden sogar Asystolien bis zu einer Minute dokumentiert. Beim vasodepressorischen Typ kommt dagegen ein erheblicher Blutdruckabfall vorwiegend durch Vasodilatation und ohne nennenswerte Verlangsamung der Schlagfrequenz zustande (eine Tachykardie in der Phase der Hypotension spricht allerdings gegen eine VVR als Synkopenursache). Zumeist tragen aber Vagusaktivierung und Sympathikushemmung gleichermaßen zur VVR bei; man spricht dann vom gemischten Typ der

VVR. Zeitlich läuft die Vasodilatation der Kardioinhibition in der Regel um 10 bis 20 Sekunden voraus. In dieser Phase steigt die Organdurchblutung trotz Hypotension zunächst an, was das häufige berichtete Wärme-/Hitzegefühls in der Präsynkope erklärt und sekundär zum ebenfalls oft wahrgenommenen präsynkopalen Schweißausbruch (oder zur postiktualen Kältschweißigkeit) führt.

Die Zeitabläufe der synkopalen Entwicklung sind variabel. Kontrollierte Untersuchungen auf dem Kipptisch zeigen, dass vom Beginn der hypotensiven Entwicklung bis zum Bewusstseinsverlust etwa ein bis zwei Minuten vergehen. Die eigentliche Synkope dauert meistens unter einer Minute. Sobald die liegende Position eingenommen ist, wird die VVR nämlich blockiert, der Pulsschlag beschleunigt sich wieder und der Blutdruck steigt zügig an. Dass Zeugen oft Synkopenauern von mehreren Minuten berichten, ist vermutlich ein psychologischer Effekt.

Zur Vereinheitlichung des Sprachgebrauchs bei VVS habe ich vorgeschlagen, dass „VVS“ (oder „Reflexsynkopen“) als Oberbegriff verwendet wird und „neurokardiogene Synkope“ nur den Untertypus der VVS bei zentraler Hypovolämie bezeichnen soll [Diehl, 2008; Diehl et al., 2008]. Daneben lassen sich noch weitere Prägnanztypen unterscheiden (Tabelle 2).

Die Anamnese ist der Königsweg zur Diagnose von VVS

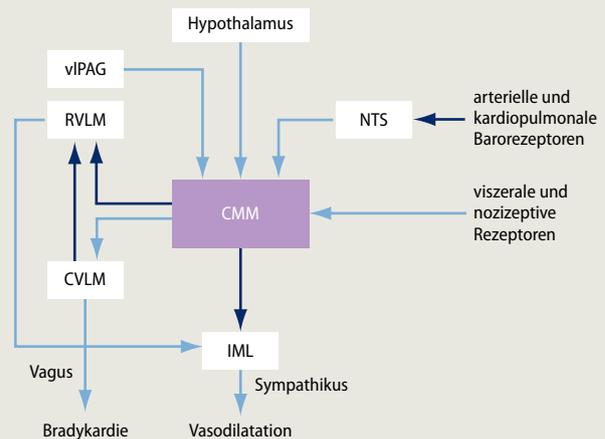
Generell sollte nach Leitlinien bei Patienten mit unklaren kurzzeitigen Bewusstseinsverlusten zunächst eine Basisdiagnostik erfolgen, bestehend aus:

- Anamnese
- körperlichem Befund
- 12-Kanal-EKG
- Schellongtest

Abbildung 1

Das medulläre vasovagale Reflexzentrum

Hemmende Einflüsse werden durch dunkle und erregende Einflüsse durch helle Pfeile dargestellt. Die caudal midline medulla (CMM) wird direkt von viszeralen Signalen und Nozizeptoren aus den inneren Organen im Bauch- und Brustraum sowie aus den Muskeln versorgt. Zudem wird sie vom ventrolateralen periaquäduktalen Grau (VIPAG), dem mesenzephalen Schmerzzentrum, über die Schmerzsituation des Körpers informiert. Indirekt über das Baroreflexzentrum, den Nucleus tractus solitarii (NTS), gelangen die Signale der Druckrezeptoren (Niederdruckrezeptoren aus der Lunge, Hochdruckrezeptoren aus dem Aortenbogen und Karotissinus) zur CMM. Die wichtigste Nachricht liefert dabei die Entladung der Niederdruckrezeptoren als Signal für die Entleerung des zentralen Blutvolumens. Über Afferenzen vom Hypothalamus werden vermutlich homöostatische Ungleichgewichte des Körpers wie Dehydratation gemeldet. Die CMM erreicht die Sympathikushemmung einerseits durch direkte inhibitorische Bahnen zu den präganglionären sympathischen Neuronen in der spinalen intermediolateralen Kolumne (IML), andererseits hemmt die CMM das vasopressorische Zentrum in der rostralen ventrolateralen Medulla (RVLM) und erregt das vasodepressorische Zentrum (caudale ventrolaterale Medulla, CVLM). Letztlich wird auch über diese Relaisstationen eine Hemmung der IML-Neuronen ausgelöst mit konsekutiver Vasodilatation. Die CVLM enthält zudem die motorischen Kerngebiete des Nervus vagus, über die die bradykarde Reaktion vermittelt wird.



Bei entsprechenden Normalbefunden in den drei letzteren Untersuchungen und fehlenden Hinweisen hierfür in der Anamnese können die wesentlichen Differenzialdiagnosen zur VVS (epileptische Anfälle, kardiogene Synkopen, orthostatische Hypotension) bereits mit ausreichender Sicherheit ausgeschlossen werden [Diehl et al., 2008; Moya et al., 2009]. In der Anamnese ist dann gezielt nach positiven Anzeichen für VVS zu forschen. Ohnmachten in den genannten Auslösesituationen sind bereits sehr verdächtig für eine vasovagale Genese. Werden dann die Leitsymptome Wärme-/Hitzegefühl und/oder Schwitzen im Vorfeld sowie eine rasche Reorientierung nach der Ohnmacht berichtet, so wird aus dem VVS-Verdacht Gewissheit. Unterstützend hierfür kann auch eine sehr lange, oft in die Kindheit zurückgehende Ohnmachtsanamnese herangezogen werden. Bei solchen Anamnesen sind keinerlei weiterführende Untersuchungen mehr erforderlich. Solche haben überhaupt nur dann einen Sinn, wenn nach der Basisdiagnostik auch andere Verdachtsdiagnosen noch in Frage kommen. Die Kipptischdiagnostik zielt auf die Induktion einer VVS und den Nachweis einschlägiger Kreislaufveränderungen ab (Abbildung 2). Dies kann hilfreich sein, wenn die Basisdiagnostik Unklarheiten hinterlässt, etwa bei ungenauen Anamnesen oder nicht zusammen

passenden Symptomen wie lateraler Zungenbiss plus Hitzegefühl/Schwitzen im Vorfeld. Bei der Testbeurteilung ist allerdings zu berücksichtigen, dass ein negativer Kipptischtest keineswegs VVS ausschließen lässt (Sensitivität nur etwa 50 Prozent), sodass der Diagnostiker rasch wieder auf die Anamnese als wichtigste Informationsquelle zurückgeworfen wird.

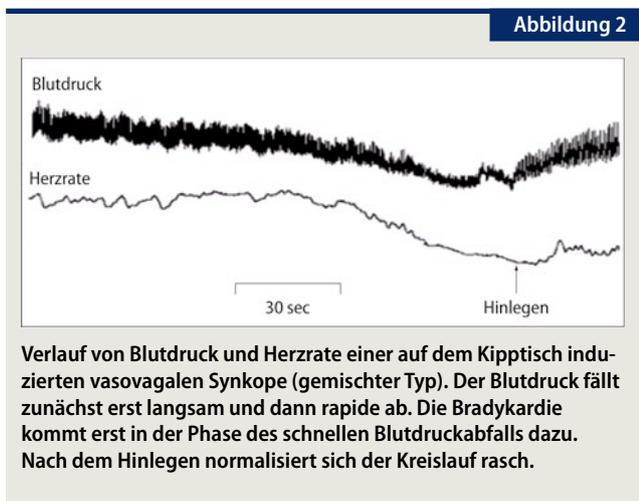
Medikamente sind bei der Therapie kaum von Bedeutung

In den letzten Jahren hat sich in der Behandlung der VVS ein Paradigmenwechsel vollzogen. Noch vor zehn Jahren galten Betablocker als Therapie der ersten Wahl. Neuere Therapiestudien konnten allerdings keine über den Placeboeffekt hinaus gehende prophylaktische Wirksamkeit von Betablockern nachweisen [Sheldon et al., 2006]. Auch andere früher empfohlene medikamentöse Strategien wie serotonerge Antidepressiva und Anticholinergika sind aus heutiger Sicht nicht ausreichend empirisch fundiert. Inzwischen spielen Medikamente kaum mehr eine Rolle in Therapieempfehlungen.

Aufklärung über den Synkopenmechanismus und Vermeidung auslösender Situationen bilden das Fundament einer zeitgemäßen Behandlung der verschiedenen VVS-Varianten. Häufig hilft die Modifikation einer antihypertensiven Medikation. Patienten mit Prodromalphase (etwa 70 Prozent) können in physikalischen Gegendruckmanövern unterwiesen werden (Kreuzen der Beine oder Anspannung der Gesäßmuskeln). Dadurch lässt sich rasch ein erheblicher Blutdruckanstieg und die Unterbrechung der synkopalen Entgleisung erzielen [Krediet et al., 2005]. Eine gute Prophylaxe gegen neurokardiogene Synkopen bietet das tägliche Stehtraining [Reybrouck und Ector, 2006], für das die meisten Patienten allerdings keine ausreichende Compliance aufbringen.

Eine besondere Herausforderung für die Therapie stellen Patienten dar, die ohne Prodromi mitunter auch in gefährlichen Situationen synkopieren. Bei diesen Patienten sollte das EKG während einer spontanen Synkope (der Kipptischtest ist hier nicht aussagekräftig!) mittels Event-Recorder aufgezeichnet werden. Patienten mit längeren Asystolien profitieren nach neueren Studienergebnissen deutlich vom Zweikammerschrittmacher [Brignole et al. 2006]. Fest etabliert ist der Schrittmacher auch beim hypersensitiven Karotissinus mit nachgewiesener Asystolie während der Karotismassage. Unselektierte Patienten mit VVS haben dagegen vom Schrittmacher keinen signifikanten Vorteil gegenüber einer Placebobehandlung [Connolly et al. 2003].

Prägnanztypen vasovagaler Synkopen	
Vorgeschlagene Bezeichnung	Auslösende Situationen und Reize
Neurokardiogene Synkope	Zentrale Hypovolämie wie nach langem, ruhigen Stehen oder erheblichen Blutverlusten
Blut-/verletzungsassoziierte Synkope	Blutsehen, Verletzungen, plötzlicher Schmerz
Synkopen bei viszeraler Reizung	Etwa Schlucken, Miktion
Synkope bei hypersensitivem Karotissinus	Druck auf den Karotissinus



Verlauf von Blutdruck und Herzrate einer auf dem Kipptisch induzierten vasovagalen Synkope (gemischter Typ). Der Blutdruck fällt zunächst erst langsam und dann rapide ab. Die Bradykardie kommt erst in der Phase des schnellen Blutdruckabfalls dazu. Nach dem Hinlegen normalisiert sich der Kreislauf rasch.

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Rolf R. Diehl

Klinik für Neurologie, Autonomes Labor, Alfried Krupp Krankenhaus

Alfried-Krupp-Str. 21, 45131 Essen

E-Mail: rolf.diehl@krupp-krankenhaus.de

Sammeln Sie CME-Punkte ...

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

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

So nehmen Sie teil!

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

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

**CME-Fragebogen**

Das Spektrum der vasovagalen Synkopen

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

1. Welche Situationen oder Sensationen im Vorfeld einer Ohnmacht sprechen nicht für eine vasovagale Synkope?

- A Plötzlicher Schmerz
- B Parästhesien
- C Langes Stehen
- D Miktion
- E Druck auf den Hals

2. Welches sind die typischen Kreislaufveränderungen während einer vasovagalen Synkope?

- A Hypotension und Bradykardie
- B Hypertension und Bradykardie
- C Hypotension und Tachykardie
- D Hypertension und Tachykardie
- E Keine der aufgeführten Alternativen

3. Was war im evolutionären Kontext das mutmaßliche Ziel der vasovagalen Reaktion?

- A Temperaturregulation
- B Mitleidauslösung
- C Umschaltung von Aktivität auf Verdauung
- D Signalisierung der eigenen Unterlegenheit
- E Blutstillung

4. Welche zerebralen Regionen oder Kerngebiete sind entscheidend für die Auslösung einer vasovagalen Reaktion?

- A Gyrus postcentralis
- B Pulvinar thalami
- C Hippocampus
- D Caudal midline medulla
- E Colliculus superior

5. Welche intensivmedizinische Komplikation ist als vasovagale Reaktion zu deuten?

- A Critical-Illness-Neuropathie
- B Dekompensierter hämorrhagischer Schock
- C Septischer Schock
- D Kammerflimmern
- E Aspirationspneumonie

Online punkten!
www.cme-punkt.de



6. Welche Maßnahmen gehören nicht zur obligatorischen Abklärung (Basisdiagnostik) unklarer Bewusstlosigkeiten?

- A Schellongtest
- B 12-Kanal-EKG
- C Kipptischtest
- D Anamnese
- E Körperliche Untersuchung

7. Welche anamnestischen Angaben zu einem Ohnmachtsanfall legen eine vasovagale Synkope nahe?

- A Hitzegefühl im Vorfeld
- B Dyspnoe im Vorfeld
- C Geschmacksmissempfindung im Vorfeld
- D Lange Ohnmachtdauer (> 5 Min)
- E Lateraler Zungenbiss

8. Welche physiologischen Reaktionen spielen keine Rolle bei der vasovagalen Synkope?

- A Vasodilatation
- B Vagusaktivierung
- C Sympathikushemmung
- D Optokinetischer Nystagmus
- E Anstieg von Gerinnungsparametern

9. Welche Maßnahme ist gegen vasovagale Synkopen wirksam?

- A Defibrillator
- B Cholinesterasehemmer
- C Stehtraining
- D Betablocker
- E Immuntherapien

10. Wann sollte bei vasovagalen Synkopen ein Herzschrittmacher erwogen werden?

- A Nachgewiesene Bradykardie in der Synkope
- B Palpitationen vor der Synkope
- C Plötzlicher Herztod naher Verwandter
- D Weitere Synkopen unter Betablockern
- E Nachweis einer Asystolie bei einer spontanen Synkope



**Teilnahme nur im Internet
unter www.cme-punkt.de**

Neues Antikonvulsivum erweitert die Therapieoptionen bei schwer behandelbarer fokaler Epilepsie

➔ Mit der Zulassung von Retigabin (Trobalt®) durch die europäische Arzneimittelbehörde EMA gibt es für Patienten mit schwer behandelbarer fokaler Epilepsie neue Hoffnung auf Besserung oder sogar Anfallsfreiheit. Anders als die meisten neueren Antiepileptika, welche spannungsgesteuerte Natriumkanäle hemmen, öffnet Retigabin bestimmte neuronale Kaliumkanäle, hat Pro-

fessor Holger Lerche, Tübingen, berichtet. Die Kaliumkanal-Aktivierung moduliert die Aktionspotenzialschwelle und mindert die Feuerungsrate von Neuronen, reduziert aber auch repetitive pathologische Entladungen, so Lerche.

Zwei Zulassungsstudien [Brodie et al., 2010, French et al., 2011] haben die Wirksamkeit von Retigabin bei therapierefraktären foka-

len Epilepsien belegt. Die Zugabe zur vorhandenen antikonvulsiven Medikation (meist Zwei- und Dreifachkombinationen) führte bei 31 Prozent der erwachsenen Patienten zu einer mindestens 75-prozentigen Anfallsreduktion und zu signifikant höheren Responderaten als die Zugabe von Placebo, berichtete Professor Bernhard Steinhoff, Kehl-Kork. 8 Prozent der Patienten blieben während der zwölfwöchigen Erhaltungsphase anfallsfrei.

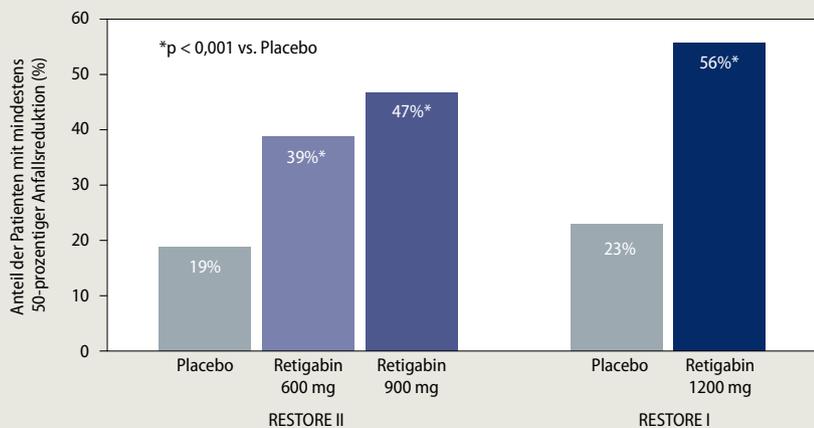
Eine anhaltende Wirksamkeit wurde auch bei der offenen Weiterbehandlung nach Abschluss der Studien beobachtet. Von Vorteil ist zudem die geringe Interaktion mit anderen Antiepileptika. Dosisabhängige Nebenwirkungen waren vor allem Schwindel, Müdigkeit und Erschöpfung, aber auch neurokognitive, psychotische und urologische Effekte, weshalb zu einem behutsamen Umgang mit dem neuen Medikament geraten wurde.

Ursula Einecke

Pressegespräch „Trobalt® – Die Chance auf Therapieerfolg für Patienten mit Epilepsie“, Stuttgart, 14.4.2011
Veranstalter: GlaxoSmithKline

Anteil der 50-Prozent-Responder unter Retigabin

Abbildung 1



Quelle: CFDM, TU MÜNCHEN

Antidepressive Therapie ohne erhöhtes Frakturrisiko

➔ Depression und Osteoporose gehen oft Hand in Hand. Dabei ist die verminderte Knochendichte von Depressiven nicht nur eine Folge des veränderten Lebensstils mit vermehrtem Nikotin- und Alkoholkonsum sowie mangelnder Bewegung, betonte Privatdozent Dr. Kai G. Kahl, Hannover. Die Dysregulation des Stresshormonsystems und der relative Hyperkortisolismus trägt ebenfalls dazu bei. Hinzu kommt der mögliche negative Einfluss von Antidepressiva wie SSRI auf Knochendichte und von Trizyklika auf das Sturzrisiko.

Agomelatin (Valdoxan®) führt nicht zur Orthostase oder Sedation. Die Substanz wirkt durch eine 5-HT_{2C}-Blockade und eine Aktivierung der Melatoninrezeptoren M1 und M2 synergistisch am Nucleus suprachiasmaticus, unserem Taktgeber im Gehirn. Professor Göran Hajak, Bamberg, bezeichnete die Substanz deshalb als potentes Antidepressivum mit rhythmusstabilisierenden Eigenschaften.

Wie eng der Zusammenhang zwischen gestörter zirkadianer Rhythmik und Depression ist, zeigen die veränderten biologischen Parameter wie Kortisol, Melatonin oder TSH sowie die Dysregulation von Stimmung, Antrieb und Schlaf-Wach-Rhythmus. Bei schlechtem Schlaf oder zu wenig Schlaf steigt zudem das Sturzrisiko. Kommen Hypnotika oder bestimmte Antidepressiva dazu, erhöht das die nächtliche Sturzrate älterer Patienten weiter.

Die Gebrechlichkeit im Alter geht mit erhöhten Entzündungsparametern und einer erhöhten Koagulationsneigung einher, betonte Professor Cornel Christian Sieber, Erlangen. Zudem tragen ein reduzierte Mentalstatus, Depression und soziale Isolation sowie eine geringe Lebensqualität zur Gebrechlichkeit bei. Depression, Gebrechlich-

keit und Osteoporose zusammen seien ein „fatales Trio“.

Um die nach einer ersten Fraktur steigende Gefahr weiterer Frakturen zu durchbrechen, sollte eine Osteoporosetherapie mindestens den Zeitraum erfassen, für den bei einer kontinuierlichen Einnahme eine fortlaufende Fraktursenkung belegt ist. Das sei für Strontiumranelat (Protelos®) bei vertebralen und peripheren Frakturen der Fall, so Sieber. Außerdem konnte für diese Substanz gezeigt werden, dass gebrechliche Patienten über drei Jahre mit einer 58-prozentigen Risikoreduktion für eine Wirbelfraktur besonders profitieren.

Friederike Klein

Satellitensymposium „Wenn die Seele die Knochen bricht“ beim DGIM-Kongress, Wiesbaden, 30.4.2011
Veranstalter: Servier Deutschland

Johanniskraut auch im Sommer sicher anwendbar

— Johanniskrautpräparate sind auch im Sommer sicher anwendbare Antidepressiva. Darauf deutet eine Studie, in der 20 Probanden einmal täglich den Hypericum-Extrakt Laif® 900 einnahmen. Nach 14 Tagen war die Photosensitivität der Haut nicht höher als zu Beginn (Arzneim-Forsch/Drug Research 2006; 56: 212). Nur bei wiederholter Gabe sehr hoher Hypericum-Extrakt-Dosierungen oder bei einer Behandlung mit reinem Hypericin, beispielsweise zur antiviralen Behandlung von HIV-Patienten, könnte mit einer erhöhten Lichtempfindlichkeit der Haut zu rechnen sein. Dieser spezifische Indikationsbereich erfordert allerdings ein Mehrfaches der für Johanniskrautpräparate zugelassenen Tagesdosis. Die für die antidepressive Behandlung relevanten Dosierungen (Standard sind meist 900 mg pro Tag) sind hingegen in aller Regel viel zu gering, um eine phototoxische Reaktion hervorrufen zu können.

Nach Informationen von Steigerwald

Forschungspreis vergeben für neuromuskuläre Erkrankungen

— Die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM) hat den mit insgesamt 15.000 Euro dotierten Felix-Jerusalem-Preis für neuromuskuläre Erkrankungen vergeben. Gestiftet wird der Preis vom Unternehmen Sanofi-Aventis. Professor Jan Kassubeck aus Ulm erhielt den 1. Preis (7.500 Euro) für Forschungen zur computerbasierten multiparametrischen MRT-Bildgebung bei ALS und anderen Motoneuronenerkrankungen. Der 2. Preis (5.000 Euro) wurde einem Freiburger Forscherteam um Dr. Janbernd Kirschner verliehen, und zwar für eine klinische Studie zur Therapie der Muskeldystrophie vom Typ Duchenne mit Ciclosporin A. Der 3. Preis (2.500 Euro) ging an Dr. Boris Holzherr aus Ulm für eine Arbeit über temperaturabhängige Muskelsteife bei Paramyotomie.

Nach Informationen von Sanofi-Aventis

Schnell wirksam gegen die Manie bei Bipolaren Störungen

➔ Bipolare Störungen (BPS) sind häufig unterdiagnostiziert, so Professor Peter Bräunig, Berlin: „Nur 22 Prozent der Patienten werden erkannt, davon werden 88 Prozent behandelt.“ Für die Therapie von erwachsenen Patienten mit mäßigen bis schweren manischen Episoden einer Bipolar-I-Störung steht mit Asenapin (Sycrest®) nun ein neues Antipsychotikum zur Verfügung. Professor Walter E. Müller, Frankfurt, hob das besondere Rezeptorprofil hervor. Mit Blick auf anticholinerge und metabolische Nebenwirkungen scheinen vor allem die niedrige Affinität zu beta-adrenergen Rezeptoren und die fehlende Affinität zu Muscarin-Rezeptoren von Vorteil zu sein.

In zwei doppelblinden Monotherapiestudien mit knapp 300 Patienten über zunächst drei Wochen reduzierte Asenapin die manischen Symptome beim YMRS-Gesamtwert signifikant besser als Placebo und ähnlich gut wie wie Olanzapin. Professor Dieter Naber, Hamburg, betonte dabei das schnelle Ansprechen auf Asenapin bereits ab dem zweiten Tag der Therapie. Die Fortführung der Studien als doppelblinde Nicht-Unterlegenheitstudien

über insgesamt 52 Wochen belegte die Äquivalenz von Asenapin und Olanzapin. In einer Kombinationsstudie ließ sich bei Patienten, die innerhalb von zwei Wochen auf Lithium oder Valproat nur unzureichend ansprachen, durch die zusätzliche Therapie mit Asenapin nach drei und zwölf Wochen eine deutlichere Reduktion der manischen Symptome erreichen als unter einer Fortführung der Monotherapie.

Die Verträglichkeit von Asenapin ist gut. Die Inzidenz von Somnolenz, motorischen Nebenwirkungen und sexuellen Funktionsstörungen ist gering. Naber hob besonders die begrenzte Gewichtsveränderung in den Langzeitstudien hervor. So war unter Asenapin nur bei knapp 20 Prozent eine Gewichtszunahme um mindestens 7 Prozent zu verzeichnen, unter Olanzapin bei 38 Prozent.

Dr. Beate Fessler

Einführungspressekonferenz „Neue Perspektiven für Patienten mit Bipolaren Störungen – Sycrest®“, Hamburg, 13.4.2011
Veranstalter: Lundbeck GmbH

Transdermale Parkinsontherapie lindert auch gut die nicht-motorischen Symptome

➔ Für Parkinsonpatienten hat die Therapie mit transdermale Rotigotin (Neupro®) einen umfassenden Nutzen, belegen aktuelle Ergebnisse der RECOVER-Studie [Trenkwalder C et al. Mov Disord 2011; 26: 90–99]. Bei einmal täglicher Applikation hält die symptomatische Verbesserung bis zum nächsten Morgen an. Neben den motorischen Störungen werden auch nicht-motorische Symptome, wie Schlafstörungen, Stimmung, Kognition, Depression und Schmerz sowie die Lebensqualität spürbar verbessert. Die gleichmäßige Freisetzung von Rotigotin ermöglicht über 24 Stunden stabile, von Mahlzeiten unabhängige Wirkspiegel und eine kontinuierliche Stimulation striataler Dopaminrezeptoren.

Die RECOVER-Studie hat als erste große kontrollierte Studie bei Parkinson (n = 287) die Verbesserung der Beweglichkeit am frühen Morgen und des Schlafes als co-primären

Endpunkt sowie zusätzlich eine Vielzahl anderer nicht-motorischer Symptome, wie Schmerz und Stimmung untersucht. Nach einer ein- bis achtwöchigen Titrationsphase folgte eine vierwöchige Erhaltungsphase. Rotigotin (2 bis 16 mg/24 h) führte im Vergleich zu Placebo zu einer signifikanten Verbesserung der frühmorgendlichen Motorfunktion (-7,0 versus -3,9 UPDRS-III-Punkte). Auch im Hinblick auf den Nachtschlaf zeigte sich ein signifikanter Nutzen von Rotigotin gegenüber Placebo. Die Rotigotin-Gruppe verbesserte sich um -5,9 Punkte im PDSS-2-Gesamtwert (Parkinson's disease sleep scale), die Placebo-Gruppe hingegen nur um -1,9 Punkte (p < 0,0001). Neben dem Schlaf wurden auch weitere nicht-motorische Symptome, insbesondere Fatigue, Apathie, Stimmung und Kognition, positiv beeinflusst.

Nach Informationen von UCB Pharma

Jetzt auch medikamentöse Therapie für Erwachsene mit ADHS

➔ Wie bei Kindern und Jugendlichen erhalten auch Erwachsene mit ADHS eine multimodale Behandlung. In Anlehnung empfehlen aktuelle Leitlinien, etwa der DGPPN, für die Pharmakotherapie ebenfalls Methylphenidat als erste Wahl. Mit Medikinet® adult gibt es seit Mitte April in Deutschland erstmals ein zugelassenes Präparat für diese Indikation.

Nicht retardiertes und retardiertes Methylphenidat wurde bei Erwachsenen mit ADHS nach Angaben von Professor Michael Rösler, Homburg, inzwischen in einer Reihe von kontrollierten Studien untersucht. In einer aktuellen Studie mit 75 Teilnehmern pro Studienarm zeigte sich beispielsweise nach acht Wochen unter retardiertem Methylphenidat (Medikinet® retard) gegenüber Placebo eine signifikant stärkere Reduktion der Symptome bei der Beurteilung sowohl durch die behandelnden Ärzte als auch durch die Betroffenen selbst [Retz W et al. World J Biol Psychiatry 2010; Dec 14, online]. Auch fünf Metaanalysen würden die Überlegenheit gegenüber Placebo belegen, betonte Rösler.

Das ADHS-Mittel für Erwachsene wird voraussichtlich noch im Sommer 2011 erhältlich sein und ist zur Behandlung einer seit Kindesalter fortbestehenden ADHS ab einem Alter von 18 Jahren indiziert, wenn sich andere therapeutische Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben.

Der Zulassung liegt die EMMA-Studie zugrunde, eine placebokontrollierte Phase-III-Studie. Diese hat bei 363 Erwachsenen mit ADHS belegt, dass retardiertes Methylphenidat über einen Zeitraum von sechs Monaten wirksam und verträglich ist und einen signifikanten zusätzlichen Nutzen zur Psychotherapie aufweist, teilt der Hersteller mit. Eine darauf aufbauende konfirmatorische Phase-III-Studie habe bei 162 Patienten über zwei Monate das signifikant bessere Ansprechen von retardiertem Methylphenidat versus Placebo bei psychopathologischen und funktionellen Wirksamkeitsparametern dokumentiert.

Petra Eiden

5th International Medicine Symposium „ADHD across the life-span“, Berlin, 9.4.2011, Veranstalter: Medice Arzneimittel

IQWiG erkennt nun doch den Nutzen von Memantine bei Alzheimer an

➔ Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bestätigt in seinem aktuellen „Rapid Report“ dem Antidementivum Memantine (Axura®, Ebixa®) einen Nutzen im Bereich der kognitiven Leistungsfähigkeit und Hinweise auf einen Nutzen bei den alltagspraktischen Fähigkeiten für Patienten mit Alzheimer-Demenz. „Wir freuen uns, dass die seit vielen Jahren geführte Diskussion um die Nutzenbewertung nun mit einem positiven Ergebnis für Memantine abgeschlossen ist. Damit ist der Stellenwert unseres Antidementivums als eigenständige Wirkstoffklasse und wichtige therapeutische Option auch vom IQWiG anerkannt“, so Dr. Martin Zügel, CEO von Merz Pharmaceuticals in einer Stellungnahme des Unternehmens. „Dies ist ein wichtiger, positiver Schritt für alle Betroffenen sowie deren pflegende Angehörige und spiegelt die Bedeutung wider, die Memantine seit

langem in der Praxis sowie in den nationalen und internationalen Leitlinien hat“, ergänzt Dierck Schoch, Geschäftsführer der Lundbeck GmbH.

In seinem Abschlussbericht hatte das IQWiG vor zwei Jahren zunächst keine Belege dafür gesehen, dass Alzheimerpatienten von einer Therapie mit Memantine profitieren. Dies war nicht zuletzt von Neurologen- und Psychiaterverbände scharf kritisiert worden. In der Ende 2009 vorgestellten S3-Leitlinie zu Demenzen wurde dann Memantine bei moderater und schwerer Alzheimerdemenz sogar explizit empfohlen. Im November 2010 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) schließlich das IQWiG mit einer erneuten Prüfung von Memantine unter Einbeziehung neuer Daten.

Nach Informationen von Merz und Lundbeck

Olanzapin nun zusätzlich in 98er-Packung

— Seit kurzem gibt es das Antipsychotikum Zyprexa® auch in einer 98er-Packung. Mit dem Mehr an Tabletten und Velotabs lässt sich der Therapiebedarf eines ganzen Quartals abdecken. Da häufige Termine zur Weiterverordnung damit entfallen, kann der Arzt Zeit gewinnen und seine Patientenkontakte flexibler gestalten. Die bekannte 70er-Packung bleibt weiterhin verfügbar.

Nach Informationen von Lilly

Antiepileptikum mit anxiolytischer Wirkung

— Depressionen und Angststörungen sind bei Epilepsie häufig. Sie können durch das Anfallsleiden selbst oder die medikamentöse Therapie bedingt sein. Demgegenüber ist das Risiko, eine Depression zu entwickeln, unter Pregabalin (Lyrica®) sehr niedrig (unter einem Prozent). Für Pregabalin wurde zudem in vielen kontrollierten Studien eine gute Wirksamkeit bei Generalisierter Angststörung (GAD) nachgewiesen – auch bei älteren Patienten. Die anxiolytische Wirksamkeit tritt schon innerhalb einer Woche ein.

Nach Informationen von Pfizer

Modernisierte Parkinson-Webseite

— Einfacher Aufbau, große Menüpunkte, klare Navigation und gut strukturierte Inhalte – diese Punkte zeichnen die modernisierte Parkinson-Internetseite www.leben-mit-parkinson.de aus. Die gesuchten Informationen können leicht gefunden und in wenigen Schritten bequem ausgedruckt werden. Über eine Audiofunktion kann man sich ausgewählte Texte auch vorlesen lassen – von Antworten zu den häufigsten Fragen rund um Parkinson bishin zu praktischen Tipps und Tricks für den Alltag.

Nach Informationen von Teva und Lundbeck

Neues atypisches Depot-Antipsychotikum erhältlich

Seit Anfang Mai steht mit Paliperidon-Palmitat (Xeplion®) ein neues, nur einmal monatlich zu injizierendes langwirkendes Antipsychotikum für Schizophreniepatienten zur Verfügung. Die Depotformulierung von Paliperidon kann dazu beitragen, die Rückfall- und Wiederaufnahmeraten bei Schizophrenie zu senken. Die sind dreimal höher als sein müssten, sagte Dr. Werner Kissling, München. Hauptursache sei die hohe Non-Adhärenz von Schizophreniepatienten. Kissling forderte, Adhärenzverbessernde Maßnahmen in der Regelversorgung anzubieten. Die wichtigsten Einzelelemente eines Adhärenz-Programmes seien Psychoedukation sowie ein hoher Anteil an Depotneuroleptika.

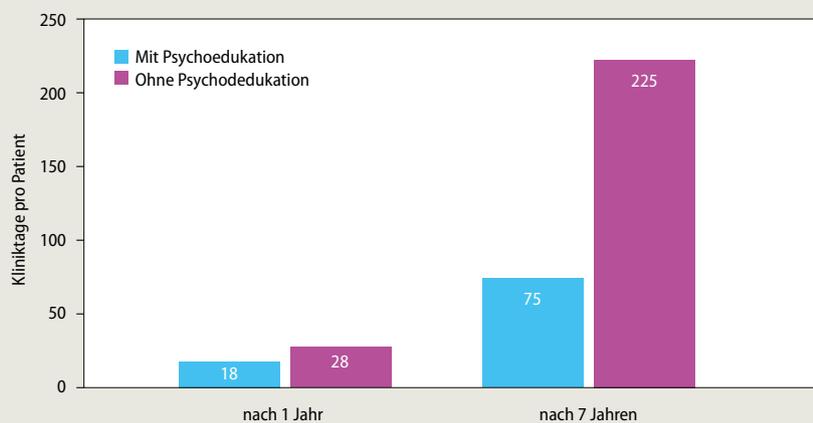
Professor Gerd Laux, Wasserburg am Inn, stellte das Studienprogramm zu Paliperidon-Palmitat vor. Studien hätten gezeigt, dass das Depot-Antipsychotikum sowohl in der Akut- als auch in der Erhaltungstherapie wirksam die Symptome der Schizophrenie vermindert, die Funktionsfähigkeit verbessert und das Wiederauftreten von Symptomen im Vergleich zu Placebo nachhaltig verhindert. Paliperidon-Palmitat habe einen frühen Wirkeintritt mit einer signifikanten Wirksamkeit an Tag 8 (Dosis: 25 mg, 150 mg) und in einer Vergleichsstudie die Nicht-Unterlegenheit gegenüber langwirksamem Risperidon gezeigt, sagte Laux. Das Medikament ist in einer Dosierung von

25, 50, 75, 100 und 150 mg erhältlich und liegt als Fertigspritze für die deltoideale oder gluteale Injektion vor. Die Therapieeinleitung erfolgt mit zwei Injektionen im Abstand von einer Woche (Tag 1: 150 mg und Tag 8: 100 mg). Dabei werden rasch therapeutische Wirkstoffkonzentrationen von Paliperidon aufgebaut und eine orale Substitution zu Beginn der Behandlung ist nicht notwendig. Im Anschluss wird die Therapie mit der ausgewählten Erhaltungsdosis von Paliperidon-Palmitat als einmal monatliche intramuskuläre Injektion in den Oberarm- oder den Gesäßmuskel fortgeführt. Die Arznei muss vor der Anwendung nicht rekonstituiert und nicht gekühlt gelagert werden.

Paliperidon-Palmitat ist indiziert zur Erhaltungstherapie der Schizophrenie bei erwachsenen Patienten, die auf orales Paliperidon oder orales Risperidon eingestellt sind. Bei Patienten, die bereits früher auf orales Paliperidon oder Risperidon angesprochen haben, kann die Depot-Formulierung ohne vorherige Einstellung auf eine orale Therapie mit diesen Wirkstoffen eingesetzt werden, wenn die psychotischen Symptome leicht bis mittelschwer sind und eine Behandlung mit einem Depot-Antipsychotikum erforderlich ist.

Dr. Gunter Freese

Reduktion der Kliniktage durch Psychoedukation (PIP-Studie; Münchner Modell)



Launch-Presskonferenz „Xeplion® (Paliperidon-Palmitat) – Eine neue Zukunftsperspektive in der Schizophrenietherapie“, Frankfurt/Main, 6.5.2011
Veranstalter: Janssen-Cilag

Zukunftsträume können trotz ADHS wahr werden

Anfang April fiel in Berlin der Startschuss für die Informationskampagne „ADHS und Zukunftsträume“, initiiert vom Unternehmen Shire. Und gleich in der Auftaktveranstaltung wurde deutlich: Aufklärung ist dringend notwendig, vor allem mit Blick auf die Diagnostik. So betonte die Schirmherrin der Kampagne Bundesfamilienministerin a. D. Renate Schmidt: „ADHS ist keine Modekrankheit“. Mangelhaftes diagnostisches Vorgehen führt in Deutschland allerdings zu einer paradoxen Situation: Es gibt zu viele falsch-positive Befunde, gleichzeitig gibt es aber zu viele Kinder mit ADHS, bei denen die Erkrankung nicht erkannt wird. Als einen der Gründe nannte Professor Dr. Martin Holtmann,

Hamm, die zu geringe Zahl spezialisierter Kinderärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater. „Eine frühzeitige und umfassende Diagnostik durch einen spezialisierten Arzt gemäß den medizinischen Leitlinien ist aber entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung“, betonte er. Es dürfe nicht sein, dass die Diagnose ADHS aufgrund eines einzigen Fragebogentests gestellt werde. Das Kind müsse nicht nur Symptome haben, sondern dadurch auch beeinträchtigt sein.

Die Informationskampagne hat das Ziel durch umfassende Aufklärung das Wissen über ADHS zu verbessern und „einen positiven Blick auf die Betroffenen zu entwickeln“, so Schmidt. Sie sollen „ihre Zukunftsträume

in echte Zukunftsräume“ verwandeln können. Dazu beitragen soll das erste Projekt der Kampagne, die Erstellung eines „Riesentraumbilds“: Kinder und Jugendliche mit ADHS sind aufgefordert, bis Ende Juli 2011 ihrem Zukunftstraum zu malen oder zu fotografieren und einzusenden (www.adhs-zukunftstraume.de). Die einzelnen Bilder werden dann zu einem Riesentraumbild zusammengesetzt.

Dr. Beate Fessler

Presskonferenz zur Informationskampagne ADHS und Zukunftsträume, Berlin, 5.4.2011
Veranstalter: Shire Deutschland

Journal

António Lobo Antunes

Lachanfall gegen die Heuchelei der Nationen

Untergangsgeschichten vom portugiesischen Wesen und Verwesen, bizarr und melancholisch, mit monomanischer Sprachgewalt inszeniert – davon kündeten die Romane des zeitgenössischen Schriftstellers António Lobo Antunes. Sein Einsatz als Militärarzt im Angolakrieg öffnet ihm die Augen für eine Wirklichkeit jenseits des lusitanischen Popanz – sie ergießt sich in grandiosen Wortausbrüchen und apokalyptisch anmutenden Rechtfertigungsreden auf den Leser, bis diesem schwindlig wird.



António Lobo Antunes bei einem öffentlichen Auftritt im März 2010 im Salon du livre in Paris.

62 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Furor des Erzählens

António Lobo Antunes klappt seinen Figuren die Schädeldecke auf, und es schwindelt einen, wenn man hinabschaut.

66 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Welt des Lackhandwerks

Einblicke in die Welt des chinesischen Lackhandwerks liefert eine Ausstellung mit Objekten der Sammlung Piert-Borgers.

68 Buch-Tipps

- **Wie wir ticken**
- **Selbsterstörung leicht gemacht**
- **Schmerztherapie**
- **Als Gottes Atem leiser ging**
- **Gefangen im Irrenhaus: Robert Schumann**
- **Adipositaschirurgie**

Offenbar mutet António Lobo Antunes dem Leser einiges zu, denn da ist von „obsessiver Sprachmacht“ die Rede, und der Autor, so heißt es, sei ein „erprobter Chirurg an den Krebsgeschwüren der Erinnerung“, er klappe „seinen Figuren die Schädeldecken auf, und es schwindelt einen, wenn er hinabschaut. Man gerät beim Lesen ins Schwitzen, fühlt fast die Malaria in einem aufkeimen, wird verfolgt von Halluzinationsschüben, geschüttelt von einem fiebrigen Metaphernzittern, das die Wahrnehmung in Bildpunkte auflöst.“ So urteilt der Lyriker und Dramatiker Albert Ostermeier über den 1942 in Lissabon geborenen Schriftsteller und Psychiater António Lobo Antunes. Spätestens seit seinem Roman „Judaskuss“ (1979) gilt der Portugiese Jahr für Jahr als ein heißer Kandidat für den Literaturnobelpreis, zumal sein Land angesichts seiner langen und reichhaltigen Literaturgeschichte hier bislang recht unterrepräsentiert ist. Erst einmal wurde ein Portugiese von der Schwedischen Akademie ausgezeichnet: José Saramago (1998).

Der in seiner Heimatstadt Lissabon lebende Lobo Antunes zählt zu den bedeutendsten Repräsentanten der portugiesischsprachigen Gegenwartsliteratur und kann bereits auf eine Reihe angesehener internationaler Auszeichnungen verweisen. Charakteristisch für sein Werk ist zweifellos seine Ausbildung als Mediziner, genauer zuerst als Chirurg, schließlich als Psychiater. Schon sein Vater war

Chefarzt, zwei seiner fünf Brüder sind ebenfalls Ärzte. Während des Kolonialkrieges, dieses „Krieges von Kindersoldaten und Offiziersknaben“, diente der spätere junge Doktor 27 Monate lang als Militärarzt in Angola. Nicht freiwillig, sondern zwangsverpflichtet. Was er dort erleben musste, hat ihn bis heute nicht losgelassen.

Von enormem Schreibdruck geleitet

Verwoben in Geschichte und Gegenwart Portugals verarbeitet Lobo Antunes metaphernreich und mit teilweise höchst unkonventionellen, mitunter auch gewöhnungsbedürftigen erzählerischen und sprachlichen Mitteln existenzielle Probleme, die immer wieder um Krankheit, Tod, Gewalt und Sexualität kreisen und kaum eine psychopathologische Symptomatik auslassen. Der vormalige Nervenarzt scheint angesichts der Fülle und des Umfangs seiner bisher erschienenen Werke von einem enormen inneren Schreibdruck geleitet zu werden. Für Friedhelm Rathjen ist Lobo Antunes „ein grandioser Monomane der Sprache, die sich aus seiner Feder ergießt wie ein reißenber Fluss über brüllende Kaskaden. Der formale Ausdruck dieser Monomanie sind die hitzigen Monologe, aus denen alle Bücher Lobo Antunes' komponiert sind“. Allein dieser „Furor des Erzählens“ (Rathjen) übt eine große Faszination auf seine stetig wachsende Leserschaft aus, denn Lobo Antunes' Stilistik

erzeugt einen unwiderstehlichen Sog, der von seiner ganz und gar eigenwilligen Erzähltechnik und seinen Themen ausgeht, die alles andere als eine heile Welt umkreisen. So sind die „flimmernden Welten“ von Lobo Antunes laut Rathjen „Ausdruck eines in die Seele gesprengten schwarzen Loches, in das all die wirbelnden Weltartikel am Ende unweigerlich hineingerissen werden.“

Die Faszination an Autor und Werk ist so groß, dass sich sogar „Das Streiflicht“ der Süddeutschen Zeitung (2./3. April 2011) mit dem Portugiesen beschäftigt und schreibt: „Er wählte sich angekommen in der Hölle, als er nach der langen Überfahrt von Lissabon über Madeira schließlich Luanda erreichte. Mit den anderen Soldaten wurde er gleich weitergekartt ins Landesinnere, wo Portugal seinen Kolonialkrieg gegen Angola kämpfte, und so lernte er, dass es noch eine Hölle nach der Hölle gibt, und dann eine weitere. Zwei Jahre musste er bleiben, von 1971 bis 1973, er war Arzt. Fast jeden Tag schrieb er an Maria José, die er liebte bis zur Raserei. Einmal schrieb er: ‚Ich erinnere mich an lächerliche Einzelheiten, den Leberfleck auf dem Spann Deines Fußes, an Deinen Goldzahn, an die Furche in Deinem Nacken, und ich mag alles auf absurde Weise: Gnädige Frau, ich liebe Sie. Würde ich Sie nicht schon kennen, würde ich Sie auf den Straßen mit abstoßenden, ungestümen Angeboten verfolgen.“ Und weiter heißt es im „Streiflicht“:



„Es ist ein Glück, dass alle diese Briefe erhalten sind, seine Töchter haben sie unter dem Titel ‚Leben, auf Papier beschrieben‘ veröffentlicht. In diesem wunderbaren Buch offenbart sich António Lobo Antunes als großer Liebender und als werdender Schriftsteller. Wer sich nicht rühren und im Innersten ergreifen lässt von diesen Briefen aus dem Krieg, zählt zu den bedauernswerten Kreaturen, denen die Schöpfung ein steinernes Herz zugeteilt hat.“ Die Angebotete hat ihre Briefe gehütet wie einen Schatz, obwohl sie von ihrem feurigen Briefeschreiber im fernen Afrika verlassen wurde, doch als sie schwer erkrankte, kehrte der junge Arzt zu ihr zurück und wich bis zu ihrem Tod nicht mehr von ihrer Seite.

Ein großer Monolog

Diese Unbedingtheit im Handeln ist häufig ein Kennzeichen der Figuren von Lobo Antunes, und einige Titel geben davon Kunde: „Einblick in die Hölle“, „Die Leidenschaften der Seele“, „Reigen der Verdammten“, „Der Judaskuss“, „Das Handbuch der Inquisitoren“ bis hin zu „Einen Stein werd ich lieben“.

Die Unbedingtheit ist eine Schwester der Unerbittlichkeit, und diese kennzeichnet das Buch, mit dem Lobo Antunes der internationale Durchbruch gelang: „Der Judaskuss“. Es handelt von einem Mann in einer Bar, der vor sich hinredet, der ohne Unterlass quasselt und schwadroniert und säuft: ein einziger riesiger Monolog. Die Tonlagen wechseln, überlappen und überlagern sich von zart bis obszön, von wild bis sanft, von weinerlich

bis jähzornig, von verzweifelt bis hoffnungsbesoffen. Wovon redet dieser Mann? Im Klappentext heißt es: „Noch einmal schickt der portugiesische Diktator Salazar seine Truppen mit dem Segen der Kurie in die Kolonie Angola, noch einmal wird ein sinnloser Krieg gegen die stillstehende Zeit und einen unsichtbaren Feind geführt, und noch einmal kehren nach siebenundzwanzig Monaten Soldaten heim in eine Welt, in der sich alles auflöst: die Ideale, die Machtverhältnisse, die Freundschaften, die Ehen. Die Erinnerung wird zur Höllenfahrt – dabei hat der Mann in der Bar nur einen Wunsch: Er will mit der Schönen der Nacht, die hin und wieder ihr Glas hebt und den Mann verwundert und neugierig ansieht, schlafen; er will den ganzen Alptraum vergessen. In seinem infernalischen Monolog sind Gegenwart und Vergangenheit eins, schieben sich übereinander in eine Geschichte, in der das Land und der Mann und der Alptraum nicht mehr zu trennen sind, alles ist zugleich da und wird in der Verzweiflung ununterscheidbar: Der Krieg und das Begehren, der ‚Feind‘ und die Frau, die Betäubung und die Liebe, die Geilheit und die Zerstörung, die Bigotterie und die Sehnsucht. Nur wenn die Schöne besänftigend die Hand auf den Arm des Mannes legt, scheint es für einen Moment, als seien Erlösung und Rettung aus dieser Hölle noch möglich.“

So werden wir informiert, ehe wir uns auf das höchst empfehlenswerte Abenteuer der Lektüre dieses Romans einlassen, den man jedem Militärpsychiater als Pflichtlektüre verordnen sollte. Es

ist selbst nach dieser ersten Einführung nicht verwunderlich, wenn der Verlag (Hanser) darauf aufmerksam macht, dass das Erscheinen des Buches Sensation und Skandal in einem war. Die französische Zeitung *Libération* nannte das Werk gar einen „gewaltigen Lachanfall gegen die Heuchelei der Nationen, eine Reise ans Ende des Schreckens, erzählt von einem halb Betrunkenen. Die Hölle von A bis Z, ein finsterner, obsessiver Monolog, der ebenso viele Kapitel umfasst wie das Alphabet Buchstaben. Der Autor: ein würdiger Landsmann Pessoa.“

Immer wieder rühmt die Presse, Lobo Antunes sei die literarische Stimme des postkolonialistischen Portugal und seine Romane lieferten präzise Bilder über den Zustand der Gesellschaft dieses Landes. Zugleich aber überstiegen sie diese Zustandsbeschreibungen „ins höllisch Fratzenhafte, ins Apokalyptische.“ Was der Schriftsteller herbeihalluziniere, das seien „Portugals Dämonen, so grotesk wie fürchterlich. Seine Romane sind barocke Untergangsgeschichten vom portugiesischen Wesen und Verwesens, bizarr und melancholisch. Die triftigste Untergangsmetapher ist immer noch die Familie: Lobo Antunes erzählt das Unglück Portugals deshalb vornehmlich als Familiensaga, als Herrschafts- und Leidensgeschichte von der Gewalt der Väter und der Ohnmacht der Söhne, als Verfallsrhapsodie einer untergehenden Klasse. Lobo Antunes stimmt den Abgesang vom lusitanischen Popanz an, er besingt den gloriosen Niedergang, die blühende Auflösung Portugals, das seine Zukunft seit langem hinter sich hat. Sein Portugal ist eine marode Phantasmagorie, geschichtsmatt und weltvergessen, voller Furunkel aus Palästen und Harnsteinen aus kranken Kathedralen, sein Lissabon eine versunkene Stadt, über der sich die Fluten der Zeit geschlossen“ haben, wie es in einem Porträt des Autors von Sigrid Löffler heißt.

Aus diesem Sachverhalt entwickelt sich ein seltsames Paradoxon: Auf der einen Seite schreibt Lobo Antunes mit größtmöglicher Vehemenz, so Löffler, „gegen das Ancien régime“ an, auf der anderen Seite aber kommt er gerade davon nicht los und beschwört es doch immer wieder neu herauf, indem er es ständig zum Gegenstand seiner Abrech-

nungen macht: „Die beherrschenden großen Familien der Salazar-Zeit, die Wirtschaftsbarone und Financiers, gehören ebenso zum Personal seiner Romane wie die Militärs, die verstockten imperialen Phantasten und achtlosen Menschenwürger, einschließlich ihrer Büttel und Folterknechte.“

Simultaneität und Polyphonie

Übereinstimmend in literaturwissenschaftlichen Artikeln und internationalen Pressestimmen wird die Technik der Simultaneität bei Lobo Antunes konstatiert und bewundert: das Zugleich von „Fatimawunder und Konzentrationslager“, verkörpert in dem mit „Nonnenschrittchen“ trippelnden und mit fiepender Stimme kommandierenden Diktator Salazar. Und so heißt es im ZEIT-Dossier von 1997: „Bei Lobo Antunes ist alles immer Gegenwart. In seinen Romanen geschieht alles simultan. Vielmehr: Alles geschieht simultan nicht. Da im Portugal des Lobo Antunes alles am toten Punkt stagniert, bewirkt der allgemeine Stillstand die Gleichzeitigkeit aller Vorgänge. Das zeitliche Nacheinander ist aufgehoben in der Synchronizität aller Ereignisse. Wo nichts geschieht, geschieht alles zugleich. Das Nacheinander des epischen Erzählens wird von diesem Autor ersetzt durch ein labyrinthisches Verschränkungs- und Parallelisierungsspiel, das alle Zeitebenen überblendet und unterschneidet – bis den Leser ein Schwindelgefühl totaler Gleichzeitigkeit erfasst.“

Als Lobo Antunes in den 1990er-Jahren noch in jenem Krankenhaus praktizierte, das schon sein Vater leitete, gab er Auskunft über das Handwerk seines Schreibens, erzählte von den bunten Kugelschreibern und dem engzeilig beschriebenen Krankenhauspapier, auf denen die einzelnen Fassungen festgehalten werden. Der Psychiater und Autor von Weltliteratur gestand Sigrid Löffler, dass er zwar über alles und auch bei größtem Lärm schreiben könne, dass es jedoch oft nur langsam und zäh vorangehe, „oft zwölf, fünfzehn Stunden täglich. Wenn er nicht arbeite, fühle er sich schuldig. Er ordne seine Romane gerne in Zyklen. Zuerst drei autobiografische Romane über Kolonialkrieg, Liebe und Irrenhaus. Dann vier Romane über Portugal. Danach die Benfica-Trilogie – drei Bücher über das Vil-

lerviertel, in dem er aufgewachsen ist.“ Aus dieser heilen Welt einer großbürgerlich-aristokratischen Familie, zu der Ärzte, hohe Militärs, brasilianische Kautschukbarone und eine deutsche Großmutter zählten und in der am Sonntag über deutsche Schriftsteller wie Peter Weiss oder Arno Schmidt und englische Literatur gesprochen wurde, riss ihn erst Angola heraus und öffnete ihm die Augen für eine Wirklichkeit, die er bis dato nicht gekannt hatte. Die politischen Verhältnisse schließlich zerschnitten die Familie in zwei Lager: in die Befürworter der Revolution und in solche, die nostalgisch einer untergegangenen Welt nachhingen. Bis dato ist dies für die literarische Thematik von Lobos Antunes bestimmend.

Mag die Synchronizität ein Merkmal für das erzählerische Tempus-System dieses Werkes sein, so gilt dies zweifelsfrei auch für die Charakterisierung der Personen durch ihre Stimmlagen und Sprechweisen. Als Beispiel sei hierfür das Werk „Das Handbuch der Inquisitoren“ genannt. Den fiktiven Rahmen bildet eine inquisitorische Befragung. „Achtzehn Zeugen melden sich zu Wort und geben ihre Sicht der Dinge zu Protokoll, ein buntgemischtes Personal: Haushälterin, Hausmeister und Chauffeur, der Tierarzt, den der Minister kommen ließ, damit er die Köchin von seiner Bastardtochter entbinde, diese Tochter selbst, deren angolnische Ziehmutter, die Mätresse und deren Mutter, schließlich die engere Familie und am Ende deren Oberhaupt selber, der morsche Patriarch und triste Autokrat. Sie alle erheben die Stimme, beharren auf ihren Leitmotiven, vermischen in Zeitsprüngen assoziativ Vergangenheit und Gegenwart, monologisieren drauflos, verbergen sich, verraten sich, trauern, zetern, höhnen, flüstern, verstummen. Was für ein Stimmengewirr! Was für eine symphonisch durchkomponierte Stimmenordnung! Lobo Antunes gibt jedem Sprecher seine eigene Stimmmlage, seinen Tonfall, sein Milieu, seine Sichtweise, seine biographische Wahrheit“ (Löffler).

Zu Recht hat man hier auf die polyphone Verfahrensweise von William Faulkner (insbesondere in seinen Romanen „Schall und Wahn“ und „Als ich im Sterben lag“) verwiesen, doch wurde auch darauf aufmerksam gemacht, dass dem Psychiater Lobo Antunes die assoziativen

Aussagen seiner Patienten auf der Couch ebenso geläufig seien: Redeschwälle und Bewusstseinsströme, manische Wortausbrüche, Logorrhö und apokalyptische Rechtfertigungsreden indes fließen in eins, wobei naturgemäß hinter dem kunstvoll arrangierten Assoziationswirrwarr ähnlich wie bei Faulkner, Döblin oder Joyce ein höchst elaboriertes literarisches Kompositionsprinzip steckt. Freilich entzündet sich daran auch Kritik, wie sie Albert Ostermeier am Beispiel des Romans „Portugals strahlende Größe“ formuliert: Es fehle mitunter „der Raum für die Phantasie des Lesers, so präzise sind die Leitmotive, Schnitte und Perspektivenwechsel gesetzt. Mitunter zwingt der Autor den Leser zu lähmender Bewunderung für seine Meisterschaft.“

Bei all diesem Können mit Weltrang ist António Lobo Antunes ein bescheidener Mann geblieben, allerdings einer mit strengen Maßstäben, der den Wert seiner Bücher danach bemisst, ob sie ihm auch als Kopfpolster auf seinem Totenbett taugen. Er sieht sich nicht als Bestseller-Autor und zweifelt auch daran, je einer zu werden. Aber in seiner Bescheidenheit liegen auch unüberhörbar Kühnheit und Stolz, wenn er Sigrid Löffler gesteht: „Ich bin bescheiden. Ich möchte die Kunst des Romans verändern. Ich möchte eine neue, nie dagewesene Art erfinden, die Dinge auszudrücken. Wenn man dieses Ziel nicht anstrebte, hätte es keinen Sinn zu schreiben.“ Und dann erzählt er der österreichischen Journalistin von seinem Freund, dem italienischen Autor und Lusitanisten Antonio Tabucchi. Den habe er gefragt, warum er seine Zeit darauf verschwende, Lobo-Antunes-Romane ins Italienische zu übersetzen, anstatt seine eigenen Bücher zu schreiben. „Weil du mehr Talent hast als ich“, habe Tabucchi geantwortet. □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. Gerhard Köpf

Ariboweg 10, 81673 München

E-Mail: aribo10@web.de

Chinesische Lackkunst

Vielschichtige Meisterwerke

Nicht nur die Porzellanherstellung haben chinesische Kunsthandwerker schon vor Jahrhunderten beherrscht, mit komplexen Dekors aus dutzenden Lackschichten verzierten sie Teller, Dosen, Vasen oder gar Tische. Damit konnten die Künstler nicht nur Geschichten plastisch erzählen, sie gaben der reichen chinesischen Symbolsprache eine weitere Dimension. Einige der Meisterwerke aus der Privatsammlung Piert-Borgers sind jetzt in Frankfurt/Main zu sehen.



Großer Teller
mit Figuren- und
Landschaftsde-
kor, Yuan-Dyna-
stie, 1279–1368



Szene mit dem „Gott des Langen Lebens“ auf einer Deckeldose (links, Ming-Dynastie, 16./17. Jh.), eine große, blütenförmig geschweifte Deckeldose (mitte, Qing-Dynastie, 18. Jh.) sowie zwei Vasen in Form von Flaschenkürbissen (Qing-Dynastie).

Ob die chinesischen Künstler in Jahrhunderten gedacht haben, als sie das Harz des Lackbaums ernteten, es sorgfältig reinigten und aufbereiteten, mit Pigmenten färbten und Schicht für Schicht auf Holz, Ton, Metall oder Textil legten? Wussten Sie, dass es noch Generationen nach ihnen bewundern würden, als sie jede einzelne Lage mehrere Tage trockneten, härteten, polierten, um dann nach Wochen oder gar Monaten endlich mit der eigentlichen Kunst zu beginnen: die Schichten nach einem sorgfältigen Plan so wieder abzutragen, dass daraus eine anfassbare, plastische Erzählung entsteht. Vielleicht haben sie es gewusst. Jedenfalls sind einige dieser Kunstwerke, die zum Teil aus den kaiserlichen Werkstätten stammen, hervorragend erhalten geblieben, etwa jener große Teller, der vermutlich den berühmten chinesischen Kalligrafen Wang Xizhi zeigt, wie er sich von den Hälsen der Gänse für seine Schriftkunst inspirieren lässt. Der Meister sitzt im Freien vor einem Pavillon, denn Blick auf die Vögel gerichtet, auf dem Wasser kräuseln die Wellen. Die Abfolge von roten und schwarzen Schichten ergibt zusammen mit der leicht konkaven Form eine tiefe räumliche Wirkung, ein dreidimensionales Bild aus dem 13. Jahrhundert.

Bis zu 900 Jahre alte Schnitzlacke

Zu sehen ist der Teller derzeit mit etwa 80 weiteren chinesischen Lack-Meisterwerken im Museum für Angewandte Kunst in Frankfurt am Main. Die Exponate stammen zum größten Teil aus der Privatsammlung von Barbara Piert-Borgers und Walter Borgers, ergänzt um einige Objekte aus dem Frankfurter Museum. Ein Schwerpunkt liegt auf den frühen, zum Teil sehr seltenen, bis zu 900 Jahre alten Schnitzlacken der Song- und der Yuan-Dynastie. Bei den Schnitzlacken werden dutzende bis über hundert alternierend gefärbte Schichten einzeln aufgetragen, meist sind es mit Zinnober pigmentierte rote sowie mit Ruß versetzte schwarze Lagen, aber auch ockerfarbene und grüne Lacke wurden verwendet. In den Lack schnitzten die Künstler Dekore mit Tier-, Pflanzen- und Drachenmotiven sowie Landschaften mit Szenen chinesischer Erzählungen. Sie schufen Be-

cher, Schalen, Näpfe, verzierten aber auch größere Gegenstände wie einen Holztisch aus dem 18. Jahrhundert.

Einen Kontrast zu den überwiegend rot-schwarzen Schnitzlack-Dekoren bilden die Perlmutter-Intarsien auf einigen Deckeldosen und Schatullen. Die grünlich rosa und bläulich schimmernden, zum Teil weniger als einen zehntel Millimeter dicken Einlagen wurden meist in schwarzen Lack gesetzt. Eine Deckeldose beeindruckt etwa mit einer detailgenauen Darstellung des „Gottes des Langen Lebens“ und seinem knorrigen Stock.

Lacke sind empfindlich und werden nur selten ausgestellt

Solche Kunstwerke in einem Museum zu sehen, ist sehr ungewöhnlich. Zwar ist Lack sehr hart, aber auch lichtempfindlich, weshalb die Objekte meist für die Öffentlichkeit unzugänglich in Museumsarchiven schlummern. Dass die Lacke nun für kurze Zeit ausgestellt werden, ist vor allem dem Ehepaar Piert-Borgers zu verdanken, sie haben inzwischen eine der hochwertigsten Sammlungen chinesischer Lacke in Europa zusammengetragen. Barbara Piert-Borgers lernte als Restauratorin in Japan den Umgang mit Lacken und hat einige der Objekte selbst restauriert – der Beginn ihrer Sammelleidenschaft. Zugute kam ihr, dass in Japan viele chinesische Lacke sehr geschätzt und für die Teezeremonie verwendet wurden. Da asiatische Sammler ihre Objekte zudem nicht permanent ausstellen, sondern nur bei besonderen Anlässen hervorholen, haben viele Lacke im Dunkel der Jahrhunderte gut überdauert. **mut**

Lack – Meisterwerke aus China

Die Ausstellung „Lack – Meisterwerke aus dem China des 12. bis 18. Jahrhunderts“ ist bis zum 28. August im Museum für Angewandte Kunst in Frankfurt/Main zu sehen. Erarbeitet wurde sie vom Museum für Lackkunst in Münster. Dazu erhältlich ist der Katalog „Chinesische Lackkunst“ von Patricia Frick für 28 Euro.

CHRONOBIOLOGIE

Neue Erkenntnisse zum inneren Taktgeber

Chronobiologie war bis vor kurzem noch eine Sache für Außenseiter. Das hat sich gewaltig geändert, seit die Schlaf-forschung, die Lichttherapie und nun auch Substanzen, die chronobiologische Abläufe beeinflussen, für die Patienten-versorgung immer wichtiger werden. Da ist es an der Zeit, sich mit den Grundlagen dieses Faches tiefer auseinanderzusetzen, vor allem, wenn einer der Pioniere der Chronobiologie ein Buch schreibt, das gut, wenn auch nicht immer leicht, zu lesen ist.

Roenneberg bringt dem Leser die biologischen Hintergründe und die historische Entstehung der Chronobiologie und Chronotherapie anhand von 24 oft ein Schmunzeln hervorlockenden Episoden nahe. Er regt dadurch zum Nachdenken und gelegentlich Umdenken an, weil die äußeren und inneren Zeitvorgänge unsere biologischen Abläufe und unser psychisches wie soziales Leben viel stärker beeinflussen, als wir uns bewusst sind.

Obwohl die Forschung schon viel über die Rhythmicität unseres Lebens



Till Roenneberg:
Wie wir ticken. Die Bedeutung der Chronobiologie für unser Leben.
DuMont Buchverlag
2010, 240 S.,
19,95 €, ISBN 978-3832195205

erkannt hat, steht dieses hochinteressante Fach erst am Anfang, denn seine Erkenntnisse müssten in viel stärkerem Ausmaß als bisher in das Denken des Einzelnen, aber auch der Politik und der Wirtschaft eingehen. **az**

PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Die Kunst des Sich-elend-Fühlens

In diesem Buch wird alles auf den Kopf gestellt, was man bisher über Persönlichkeitsstörungen gehört hat. Der Autor schreibt, dass er quasi eine Lücke gefunden hat, sich einer hilflosen Gruppe von Menschen zuzuwenden, die von der therapeutischen Arena bisher völlig ausgeschlossen waren, Menschen, die aus der Mode gekommen sind: Sie gehören nirgends dazu, weil sie offenbar keine Probleme haben, mit denen man zurzeit angeben kann.

Der Autor entwickelt diese Idee mit viel Humor, wobei es leider für den Laien nicht erkennbar ist, was ernst gemeint ist und was nicht. Auf jeden Fall ist es für den

Psychiater oder psychotherapeutisch Tätigen nicht sonderlich hilfreich, dauernd an der Nase herum geführt zu werden. Ein Kernpunkt ist etwa der, „dass es zwar einen kleinen Prozentsatz von Fällen geben mag, in denen die Depression durch äußere Umstände und/oder körperliche Probleme verursacht wurde, die allermeisten Depressionen aber hausgemacht sind.“ Es weiß jeder, der mit depressiven Patienten zu tun hat, dass dem so nicht ist. Trotzdem: Man kann mit Vergnügen hier und da Formulierungen zur Kenntnis nehmen. Als Lehrbuch – immerhin im Huber-Verlag erschienen – ist das Buch allerdings ungeeignet.



Bill L. Little:
Selbsterstörung leicht gemacht. Wie Sie sich Probleme schaffen und wieder loswerden. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2010, 181 S., 19,95 €, ISBN 978-3-456-84838-9.

Im Klappentext steht auch Folgendes: „Sich elend zu fühlen ist kein Gemütszustand, es ist eine Kunst. Man sollte diese Kunst erlernen, um mit der Mode zu gehen. Denn ohne Störungen ist der Mensch in unserer Gesellschaft ein bleibendes Nichts.“ Dahinter steckt offensichtlich ein wahrer Kern.

Prof. Dr. med. Fritz Reimer, Weinsberg

SCHMERZTHERAPIE

Anregungen für die tägliche Arbeit

Es handelt sich wie bei der ersten Auflage um ein umfassendes Werk, das sowohl die theoretischen Grundlagen als auch praktische Vorgehensweisen anschaulich beschreibt. Die zweite Auflage des Lehrbuches Schmerztherapie wird im Sachbereich aktualisiert. Viele Fachärzte werden mit Gewinn Anregungen und Hinweise für ihre tägliche Arbeit mit entsprechenden Kranken finden. Kritisch zu vermerken ist, dass die Schmerzbehandlung durch Antidepressiva zu kurz

kommt. Hier gibt es bei der nächsten Auflage noch Nachholbedarf.

Kaum dargestellt wird, dass bei der Schmerztherapie daran zu denken ist, dass bei den Patienten, bei denen ein wesentlicher somatischer Befund fehlt, mit der Gefahr der Medikamentenabhängigkeit zu rechnen ist und in vielen Fällen ein Psychiater notwendig ist, um die Abhängigkeit rechtzeitig zu erkennen. In erster Linie richtet sich das Buch aber an Schmerztherapeuten, an Anästhesisten



Thomas Standl, Jochen Schulte am Esch, Rolf-D. Treede, Michael Schäfer, Hubert J. Bardenheuer (Hrsg.): **Schmerztherapie. Akutschmerz – Chronischer Schmerz – Palliativmedizin.** Thieme, Stuttgart/New York, 2. Auflage 2010, 700 S., gebunden, 99,95 €, ISBN 978-3-13-114882-7

und Internisten, aber eben auch an Psychiater und Neurologen.

Prof. Dr. med. Fritz Reimer, Weinsberg

ROMANBIOGRAFIE

Das Leben des Grafen von Keyserling

Gerhard Köpf, Literaturprofessor, hochgeschätzter Autor von Romanen, Erzählungen, Essays und Hörspielen und natürlich jedem Leser des NEUROTRANSMITTERS bekannt durch seine einzigartigen Darstellungen von Psychiatern in der Literatur, hat eine feingeistige, berührende Erzählung herausgebracht, die dem Leben des Dichters Graf Eduard von Keyserling gewidmet ist. Die ganz besondere Färbung erhält Köpfs kleine Romanbiografie dadurch, dass er sie vom Diener des Dichters, einem zwar ein wenig kauzigen aber kunstsinnigen und eleganten alten Herrn berichten lässt. Dieser Dr. Gustaf „Gustl“ Loiblfing, der als junger

Mann in den Dienst des kurländischen Adelligen getreten war, um sein Medizinstudium zu finanzieren und der schließlich den Grafen bis zu seinem Tod begleitete, studiert nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges Kunstgeschichte und arbeitet nebenbei in einem Ministerium bis zu seiner Pensionierung.

Aber das ist die zweite Geschichte in dieser Geschichte, nicht minder romanhaft als die erste, und am Ende laufen gar beide ineinander, sodass man nicht mehr weiß, ist der stets Fliegen tragende Loiblfing noch er selber oder hat er sich von Keyserlings Leben so angeeignet, dass er sich und seinen hochverehrten früheren



Gerhard Köpf:
Als Gottes Atem leiser ging. Erzählung.
Allitera-Verlag
München 2010,
99 S., 11,90 €, ISBN
978-3869060941

Herrn nicht mehr auseinander halten kann und will.

Nun, das war jetzt nur der Rahmen. Lesen Sie die Erzählung, um den eigentlich Dargestellten kennenzulernen, Graf Eduard von Keyserling, von dem es ob seiner tiefsinnig-zarten Erzählweise hieß: „Als Gottes Atem leiser ging, schuf er den Grafen Keyserling.“ **az**

BIOGRAFIE

Schumanns Jahre in der Irrenanstalt

Peters ist ein bekannter Psychiater, viele Jahre Ordinarius, zuletzt in Köln, sehr belesen, literarisch außerordentlich bewandert. Er kann das Fach Psychiatrie überschauen und sich auch den Personen mit Interesse widmen, die am Rande unseres Faches von Bedeutung sind, so auch der Komponist Robert Schumann. Schumann wird in der bisherigen Literatur als „Paralytiker“ oder als „Schizophrener“ geführt, das aber ist nach Peters falsch. Peters zeichnet in diesem authentischen Buch das Leben Schumanns

in der Irrenanstalt nach, beschreibt seine Hoffnungen und seine Enttäuschungen, seine Gedanken und Gefühle sowie sein Verhältnis zu seinen Ärzten. Peters hat, wie gar nicht anders zu erwarten, zahlreiche Quellen aufgetan, mit einem außerordentlichen Fleiß und einem Verständnis für die Zeit Schumanns. Er hat dabei Schritt für Schritt das Leben des Komponisten beleuchtet.

Das Werk ist spannend geschrieben, von hohem Niveau, man muss das Buch gelesen haben. Vermutlich wird Peters mit



Uwe Henrik Peters:
Gefangen im Irrenhaus: Robert Schumann. ANA Publishers, 1. Auflage 2010, geb., 620 S., 34,80 €, ISBN 978-3-931906-07-8

seiner Darstellung der Wahrheit am nächsten kommen. Es ist zu wünschen, dass viele dieses eindrucksvolle Werk in die Hand nehmen.

Prof. Dr. med. Fritz Reimer, Weinsberg

ADIPOSITAS-CHIRURGIE

Wenn Diät und Psychotherapie scheitern

Wie sich in der letzten Zeit herausstellte, scheint die Adipositas-Chirurgie die einzige dauerhaft wirksame Maßnahme zu sein, um extrem adipöse Patienten von ihrer Krankheit zu befreien.

Die chirurgische Adipositas-Behandlung hat einen hohen Stellenwert erlangt bei denjenigen Patienten, die viele Kuren und Diäten hinter sich haben und bei denen auch lange Psychotherapie betrieben wurde. Besonders bei zusätzlichen

körperlichen Beschwerden wie hoher Blutdruck, Diabetes oder Arthrosen ist die Maßnahme derzeit vermutlich ohne Konkurrenz.

Das Buch hier ist allerdings primär für Chirurgen gedacht. Es werden verschiedene chirurgische Schulen vorgestellt, wie diese operativ mit den Patienten verfahren. Wer mit solchen Patienten zu tun hat, das sind auch Psychiater und Psychotherapeuten, sollte über die Geschichte der Adipositas-Chirurgie und den ge-

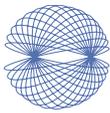


Michael Korenkov (Hrsg.): **Adipositaschirurgie. Verfahren, Varianten und Komplikationen.** Verlag Hans Huber, 2010, 320 S., 259 Abb., 12 Tab., geb., 99,95 €, ISBN 978-3-456-84776-4, E-Book-ISBN 978-3-456-94776-1

genwärtigen Stand der Behandlung Bescheid wissen.

Prof. Dr. med. Fritz Reimer, Weinsberg

Termine		
8. – 9. 7. 2011 in München (IFB ^{LMU})	Münchener Schwindelseminar VERTIGO XV Periphere, zentrale und somatoforme Schwindelsyn- drome. Eine Fortbildungsveranstaltung des „Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrums für Schwindel, Gleichgewichts- und Okulomotorikstörungen (IFB ^{LMU})“ und der klinischen Forschergruppe „Vestibuläres System und Okulomotorik“	<i>Organisation:</i> Sekretariat IFB ^{LMU} , Frau Eßer, Tel.: +49 (0) 89 7095-4820, E-Mail: esser@nefo.med.uni-muenchen.de; Frau Appendino, Tel.: +49 (0) 89 7095-7826, E-Mail: Ute.Appendino@med.uni-muenchen.de <i>Anmeldung:</i> Fax: +49 (0) 89 7095-4801 oder www.schwindelambulanz-muenchen.de oder www.ifb.klinik.uni-muenchen.de
15. – 16. 7. 2011 in Nürnberg (Congress Center Ost)	Bayerischer Fortbildungskongress (BFK)	<i>Information:</i> MCN – Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Tel.: +49 (0) 911 39316-16 oder -54, Fax: +49 (0) 911 39316-56, E-Mail: hai@mcnag.info www.bfk-blaek.de
24. – 26. 7. 2011 in Veitshöchheim	Summer Academy 2011 Vorträge: Anosognosia or not? A patients´ s perspective; Anosognosia and related disorders: A scientific update with clinical implications; Understanding and treating disturbance in higher integrative brain functions	<i>Anmeldung:</i> International Academy of Applied Neuropsychology, Akademie bei König & Müller, Sammelstr. 36/38, 97070 Würzburg, Fax: +49 (0) 931 460790-34 www.koenigundmueller.de
2. – 3. 9. 2011 in Borna	EEG-Tage Leipziger Land: Didaktischer EEG-Grundkurs	<i>Auskunft:</i> Chefarzt Dr. A. Reinshagen, Klinik für Neurologie, HELIOS Klinikum Borna, R.-Virchow-Str. 2, 04552 Borna, Tel.: +49 (0) 3433 21-1481, Fax: +49 (0) 3433 21-1482, E-Mail: neurologie.borna@helios-kliniken.de
7. – 9. 9. 2011 in Basel Congress Center	3rd Scientific Meeting of the ESN Federation of European Societies of Neuropsychology	<i>Organisation:</i> Gregor Steiger-Bächler, Memory Clinic - Neuropsychology Center, University Hospital Basel, Schanzenstr. 55, 4031 Basel/Schweiz <i>Kongressbüro:</i> Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH, Seifgrundstr. 2, 61348 Bad Homburg, Tel.: +49 (0) 6172 6796-0, Fax: +49 (0) 6172 6796-26 www.esn2011.org
11. – 13. 9. 2011 im ICC Berlin	13. Hauptstadtkongress der DGAI für Anästhesiologie und Intensivtherapie mit Pflegesymposium	<i>Information und Auskunft:</i> MCN – Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Tel.: +49 (0) 911 39316-40 oder -41, Fax: +49 (0) 911 39316-66, E-Mail: hai@mcnag.info www.mcn-nuernberg.de
23. – 25. 9. 2011 in Halle/Saale Georg-Friedrich-Händel-Halle	62. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e. V.	<i>Information:</i> Geschäftsstelle der DGPT e. V., Johannisbollwerk 20, 20459 Hamburg, Tel.: +49 (0) 40 75 66 49 90, Fax: +49 (0) 40 75 66 49 929, E-Mail: kongressdgpt.de, www.dgpt.de
28. 9. – 1. 10. 2011 in Wiesbaden	84. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie mit Fortbildungsakademie <i>Kongresspräsident:</i> Prof. Dr. Albert C. Ludolph, Ulm	<i>Kongressorganisation:</i> Congrex Deutschland GmbH, Hauptstr. 18, 79576 Weil am Rhein, Tel.: +49 (0) 7621 98 33-0, Fax: +49 (0) 7621 7 87 14, E-Mail: info@congrex.de
7.–9. 10. 2011 in Schwerin	70. Jahrestagung der Gesellschaft für Nervenheilkunde des Landes Mecklenburg-Vorpommern e. V. „Zwang oder Sucht?“	MED FOR MED, Messestr. 70, 18069 Rostock, Tel.: +49 (0) 381 20 74 97 09, Fax: +49 (0) 381 795 33 37, E-Mai: kontakt@med-for-med.de www.med-for-med.de



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvndn.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: Günther Endrass
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. Bodenschätz, W. Lünser
Schmerztherapie Neurologie: U. Meier, M. Körwer
Schmerztherapie Psychiatrie: R. Wörz
Suchttherapie: U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie: M. Freidel

Geschäftsstelle des BVDN

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



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

Vorsitzende: Uwe Meier, Grevenbroich; Hans-Christoph Diener, Essen
Schriftführer: Christian Gerloff, Hamburg
Kassenwart: Karl-Otto Sigel, München
Beisitzer: Rolf F. Hagenah, Rotenburg; Frank Bergmann, Aachen; Peter Berlit, Essen; Heinz Herbst, Stuttgart
Beirat: Elmar Busch, Gelsenkirchen; Andreas Engelhardt, Oldenburg; Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt, Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: U. Meier, P. Reuther
GOÄ/EBM: R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl
Qualitätsmanagement: U. Meier
Risikomanagement: R. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN
DRG: R. Kiefer

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: U. Meier
Versorgungsforschung: U. Meier
Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung: R. Hagenah
Anhaltzahlen/Qualitätssicherung: F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation: H. Masur
CME: 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-Merkel, 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



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

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

Referate

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

Forensik: C. Vogel

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

BVDP-Landessprecher

Bayern: Hans Martens, Christian Vogel
Baden-Württemberg: F. von Zitzewitz, 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 Chefarzte/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 Chefarzte/Fachärzte an Kliniken/Niedergelassene).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 625 EUR.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

Konto-Nr.: _____

bei der _____ BLZ _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: BADEN-WÜRTTEMBERG						
Prof. Dr. J. Aschoff	Ulm	nein	ÄK	0731 69717		
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	ÄK/KV	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@web.de
BVDN-Landesverband: BAYERN						
Dr. Ch. Andersen-Haag	München	ja	KV	089 62277260	089 62277266	christina.andersen@t-online.de
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	ÄK/KV	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. Karl Ebertseder	Augsburg	ja	KV	0821 510400	0821 35700	dr.ebertseder@t-online.de
Dr. H. Martens	München	ja	ÄK	089 2713037	08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
Dr. K.-O. Sigel	München	ja	ÄK	089 66539170	089 66839171	dr.sigel@neuropraxis-muenchen.de
Dr. C. Vogel	München	ja	ÄK	089 2730700	089 27817306	praxcvogel@aol.com
BVDN-Landesverband: BERLIN						
Dr. G. Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	dr.g.benesch@t-online.de
Dr. H.-J. Boldt	Berlin	ja	KV	030 3186915-0	030 3186915-18	BoldtNA@t-online.de
Dr. D. Rehbein	Berlin	ja	ÄK	030 6931018	030 69040675	
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 3922021	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband: BRANDENBURG						
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 748720-7	0331 748720-9	st-alder@t-online.de
Dr. Gisela Damaschke	Lübben	ja	KV	035464038		mail@nervenarztpraxis-damaschke.de
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband: BREMEN						
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	ÄK/KV	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband: HAMBURG						
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. Andre Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
Dr. Rita Trettin	Hamburg	ja	ÄK	040434818		dr.trettin@gmx.de
BVDN-Landesverband: HESSEN						
Dr. Klaus Baumgarten	Gießen	ja	KV	0641 791379	0641 791309	kbaumgarten@t-online.de
Dr. B. Ende	Buseck	nein	ÄK	06408 62828		
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
Peter Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 447424	tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de
BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN						
Dr. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@nervenaerzte-rostock.de
BVDN-Landesverband: NIEDERSACHSEN						
Dr. Ralph Luebbe	Osanbrück	ja	KV	0541434748		ralph.luebbe@gmx.de
BVDN-Landesverband: NORDRHEIN						
Dr. F. Bergmann	Aachen	ja	KV	0241 36330	0241 404972	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. M. Dahm	Bonn	ja	ÄK/KV	0228 217862	0228 217999	dahm@seelische-gesundheit-bonn.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	ÄK/KV	0221 402014	0221 405769	hphaus1@googlemail.com
BVDN-Landesverband: RHEINLAND-PFALZ						
Dr. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	0635993480		g.endrass@online.de
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	02632 96400	02632 964096	c@dr-roth-sackenheim.de
Dr. Klaus Sackenheim	Andernach	ja	ÄK/KV	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
BVDN-Landesverband: SAARLAND						
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	ÄK/KV	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. Ulrich Mielke	Homburg	ja	ÄK	06841 2114	06841 15103	mielke@servicehouse.de
Dr. Helmut Storz	Neunkirchen	ja	KV	06821 13256	06821 13265	h.storz@gmx.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN						
Dr. Mario Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733672625		mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN-ANHALT						
Dr. H. Deike	Magdeburg	nein	KV	0391 2529188	0391 5313776	
BVDN-Landesverband: SCHLESWIG-HOLSTEIN						
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	ÄK/KV	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband: THÜRINGEN						
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband: WESTFALEN						
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	KV	0231 515030	0231 411100	boettger@AOL.com
Dr. U. Thamer	Gelsenkirchen	ja	KV	0209 37356	0209 32418	Thamer.Herten@t-online.de

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

PD Dr. Elmar Busch
Munckelstr. 55, 45879 Gelsenkirchen,
Tel.: 0209 160-1501 oder 0173 2552541
E-Mail: busch@evk-ge.de

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

Dr. Mike Dahm
Meckenheimer Allee 67-69,
53115 Bonn
Tel.: 0228 217862, Fax: 0228 217999,
E-Mail: dahm@seelische-gesundheit-
bonn.de

Dr. Gisela Damaschke
Bergstr. 26, 15907 Lübben,
Tel.: 03546 4038

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

Prof. Dr. Hans-Christoph Diener
Universitätsklinikum Essen,
Hufelandstr. 55, 45122 Essen

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

Dr. Reinhard Ehret
Schloßstr. 29, 20, 12163 Berlin,
Tel.: 030 790885-0, Fax: 030 790885-99,
E-Mail: drehret@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

Prof. Dr. Michael Faist
Hauptstr. 46, 77704 Oberkirch,
Tel.: 07802 6610, Fax: 07802 4361,
E-Mail: michael.faist@web.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 Bahnhofplatz 4,
81241 München, Tel.: 089 896068-0,
Fax: 089 896068-22, E-Mail: fries@elfinet.de

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

Dr. Heinrich Goossens-Merk
Wördemanns Weg 25, 22527 Hamburg
E-Mail: dr.goossens-merk@neurologie-
hamburg.net

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

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

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah
Appelhorn 12, 27356 Rotenburg,
Tel.: 04261 8008, Fax: 04261 8400118,
E-Mail: rhagenah@web.de

Dr. Angelika Haus
Dürener Str. 332, 50935 Köln,
Tel.: 0221 402014, Fax: 0221 405769,
E-Mail: hphaus1@aol.com

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

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

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

Dr. 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: drjkr@t-online.de

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

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

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

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

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

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

Dr. Manfred Salschek
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: drsander@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. Treichel
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
Agnestr. 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. 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,
Schülzchenstr. 10,
53474 Ahrweiler,
E-Mail: preuther@rz-online.de

Athene Akademie

Qualitätsmanagement im
Gesundheitswesen
Geschäftsführerin:
Gabriele Schuster,
Traubengasse 15,
97072 Würzburg,
Tel.: 0931 2055526,
Fax: 0931 2055525,
E-Mail: g.schuster@athene-qm.de

Cortex GmbH

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

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

Fortbildungsakademie

Traubengasse 15,
97072 Würzburg,
Tel.: 0931 2055516,
Fax: 0931 2055511,
E-Mail: info@akademie-
psych-neuro.de
www.akademie-psych-neuro.de
Vorsitzender: PD Dr. A. Zacher,
Regensburg

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

2. Politische Kooperationspartner der Berufsverbände

Bundesärztekammer (BÄK) Arbeitsgemeinschaft der

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

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

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

Neurologie

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

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

Fortbildungsakademie der DGN

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

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e.V. (BV ANR)

Pasinger Bahnhofplatz 4,
81242 München,
Tel.: 089 82005792,
Fax: 089 89606822,
E-Mail: info@bv-anr.de
www.bv-anr.de

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)

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

Bundesverband Neuro-Rehabilitation (BNR)

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

Gesellschaft für Neuro-psychologie (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 Nesslerer
E-Mail: sekretariat@dgppn.de
www.dgppn.de

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGPPP) e.V.

Postfach 1366, 51675 Wiehl,
Tel.: 02262 797683,
Fax: 02262 9999916,
E-Mail: GS@dggppp.de
www.dggppp.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)

Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin,
Tel.: 030 28096519,
Fax: 030 28096579,
E-Mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de, www.dgkjp.de

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)

Stuttgarter Str. 51 (Im Spital),
71263 Weil der Stadt,
Tel.: 07033 691136,
Fax: 07033 80556,
E-Mail: bkjpp@dr-schaff.de
www.bkjpp.de

Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO)

Brücker Mausepfad 601,
51109 Köln,
Tel.: 0221 842523,
Fax: 0221 845442,
E-Mail: staeko@vakjp.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin 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.springerfachmedien-medizin.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, Ulrich Huber, Stephan Kröck,
Dr. Esther Wieland, Matthias Wissel

Director Facharzt Medizin: Dr. Christoph Posch

Ressortleitung: Dr. Gunter Freese

Redaktion: Dr. Gunter Freese (Leitung),
Tel.: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435,
E-Mail: gunter.freese@springer.com;
Thomas Müller (-1461);
Monika Hartkopf (CvD, -1409);
Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

Layout: Alison Hepper (Leitung),
Edda Führer (Layout)

Corporate Publishing:

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

Bezugspreise:

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

Copyright – Allgemeine Hinweise:

Veröffentlicht werden nur Arbeiten und Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrhG zur Gebührensanzahlung 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



IA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2008



© imago

Vorschau

Ausgabe 7 – 8/2011

August

Erscheint am 12. August 2011

Heilbare Demenzen

Bei etwa einem Fünftel aller Patienten mit Demenzsymptomen beruhen die Beschwerden ganz oder zum Teil auf einer internistischen Erkrankung und sind damit potenziell reversibel. In der Praxis wird eine komplette Remission aber selten beobachtet.

Wenn HAART die Nerven trifft

Eine hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) führt bei HIV-Patienten oft auch zu Neuropathien, Myopathien, Kopfschmerzen und Depressionen. Ein rechtzeitiger Wechsel der Medikation kann diese Begleitsymptome verhindern.

Überfluss ohne Freude

Massenwohlstand und anonyme Jobwelt schaffen neue psychische Störungen, oft egozentrisch-narzißtischer Prägung. Burnout, Boreout, Leisure-Sickness oder Internetsucht zählen zu solchen modernen Erkrankungen.