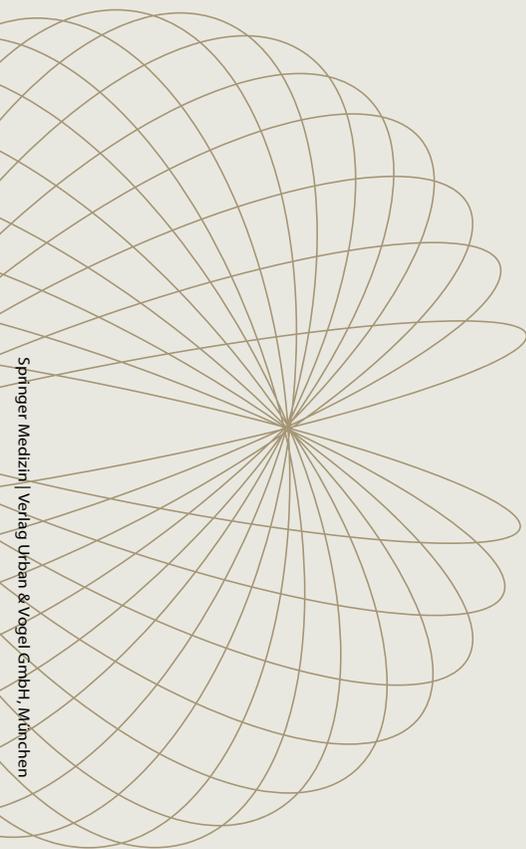


NEUROTRANSMITTER

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



§ 73c-Vertrag in Baden-Württemberg
„Versuchslabor“ parallel zur KV-Struktur

Spezialärztliche Versorgung
Klare Behandlungspfade gefordert

Satire, Real-Satire oder Grotteske?!
Regressfalle Rabattvertrag

CME: Borderline-Persönlichkeitsstörung
Störungsspezifische Pharmakotherapie



BVDN



BDN



BVDP



»Tempora mutantur et nos mutamur in illis – sagten schon die alten Römer, die lange vor den nationalen und internationalen Invasoren und Investoren der Neuzeit Bayern okkupiert hatten.«

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

Bayern für Nichtbayern

Ein prachtvolleren Rahmen hätte sich der Bayerische Nervenärztetag 2011 nicht wählen können, als das im Alpenvorland liegende Kloster Irsee. Das Wetter spielte mit. Kalt war es, aber klar und die Sonne brachte den so geschmackvoll wie gewaltig auftrumpfenden Jubel des Barockklosters zum Klingen. Wundert es einen, wenn sich viele Restdeutsche und sonstwoherige Leute auf den Weg machen oder gerne machen möchten, um sich auf Bayerns Auen und Fluren oder in seiner Städte Bau eine Bleibe zu suchen? Dumme Frage: natürlich nicht. Aber jeder Migrant (und sogar Urlauber) sollte schon ein wenig mehr von Land und Leuten wissen, als dass es Oktoberfest, Neuschwanstein und Horst Seehofer beherbergt – und dazu möchten diese Zeilen beitragen.

Von der Isar bis zum Main

Weil die bekanntesten und bereits angesprochenen Sehenswürdigkeiten des Landes etwas mit Oberbayern zu tun haben und das ganze Bayern von Uneingeweihten deshalb mit diesem gleichgesetzt wird, meinen die Bewohner selbigen Landstriches, die übrigen Bayern wären die Unterbayern. Aber Niederbayern, Oberpfälzer, Schwaben und vor allem die diversen Franken sind den Bewohnern der Münchener Schotterebene und deren Umgebung, sei es dank ihrer bodenständigen Unnachgiebigkeit, ihrer allemannischen Gewandt- oder fränkischen Gewitztheit mindestens ebenbürtig. Darum merke: Es gibt verschiedene bayerische Stämme, deren jeder seinen eigenen Teil zum texanischen Selbstbewusstsein des ganzen Landes beiträgt.

Der Trachtenjanker

Bis vor kurzem konnte man (vor allem norddeutsche) Einwanderer an der meist aus einer Art Fensterleder hergestellten Trachtenjacke erkennen, während sich die Ureinwohner in Adidas- oder Puma-Trainingsanzüge gewandte – entgegen anderem Eindruck keine ostasiatischen, sondern nordbayerische Firmen – somit gleichsam ihre patriotische Grundgesinnung zur Schau tragend in den städtebaulichen und architektonischen Kostbarkeiten ihres Heimatlandes tummelten. Hier ist eine krasse Wende zu vermerken: Nur wer aufgepoppte Lederhosen und Dirndl trägt (eine Art bayerische Krawalltracht) wird sich heutzutage auf dem Oktoberfest und seinen älteren und traditi-

onsreicheren Ablegern richtig angezogen fühlen können. Und seit ich mir selber eine Lodenjoppe zugelegt habe (Loden: der Tweed des Bayern) finde ich zumindest die soliden Exemplare dieser Art von Gewand sowohl innerbayerisch wie international durchaus parkettfähig, auch wenn ich mich als junger Bursche so nicht hätte sehen wollen. Tempora mutantur et nos mutamur in illis – sagten schon die alten Römer, die lange vor den nationalen und internationalen Invasoren und Investoren der Neuzeit Bayern okkupiert hatten.

München

Bayerns Hauptstadt sucht ihresgleichen und findet sie nirgends. Den bayerischen Nichtmünchner beschleicht, wenn er die an manchem Föntag makellos Schöne aufsucht ein zwiespältiges Gefühl: Stolz auf eine der Kulturmetropolen der Welt in einem Staat der weniger Einwohner als eine mittelgroße chinesische Stadt zählt, und zugleich ein misstrauisches Unbehagen. Gustav Adolf soll im 30-jährigen Krieg gesagt haben, München sei ein goldener Sattel auf einem mageren Gaul. Nun – mager ist er nicht mehr, der bayerische Gaul, kommt eher sattgefressen daher wie ein Brauereiross, aber der Sattel strotzt inzwischen auch noch von Edelsteinen – und die müssen ja irgendwo her stammen! Na, woher wohl? Eines ist sicher: nicht aus Brüssel, eher schon aus dem Umland.

Vieles Weitere ließe sich anbringen, um Einblicke in Land und Leute zu vermitteln – aber für heute soll's genug sein – Sie werden's ja eh so schnell vergessen wie Sie's gelesen haben. Aber weil Sie's gelesen haben, hat es sich schon gelohnt, es zu schreiben. Und sollten Sie's nicht gelesen haben, dann sollten Sie sich geschweigend ärgern, dass Sie es versäumt haben.

Ihr



© Gernot Krautberger / Fotolia.com

24 Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzkonflikt

Psychische Erkrankungen in Kombination mit einem Arbeitsplatzkonflikt stellen hohe Anforderungen an den Arbeitsunfähigkeit attestierenden Arzt sowie den sozialmedizinischen Gutachter. Eine differenzierte und umfassende Betrachtung sowie die frühzeitige Einordnung der Wertigkeit der Arbeitsplatzkonflikts in der Gesamtsituation ist von entscheidender Bedeutung. Ein Arbeitsplatzkonflikt allein begründet noch keine Arbeitsunfähigkeit.

12 „Versuchslabor“ parallel zur KV-Struktur

Die Bundesvorstände von BDN, BVDP und BVDN haben gegen den Abschluss des § 73c-Vertrags in Baden-Württemberg votiert. Sie verfolgen einen anderen Weg und wollen eine besser strukturierte qualitative Versorgung in Neurologie und Psychiatrie flächendeckend auf der Bundesebene (kollektiv-)vertraglich vereinbaren.

Hinweis!

Auf Seite 68 f. finden Sie Pharmawissen aktuell „Depressionsbehandlung / Agomelatin ermöglicht normales emotionales Erleben“ und auf Seite 74 f. den Medizin Report aktuell „Rotigotin-Pflaster beim Morbus Parkinson und Rest-Less-Legs-Syndrom“.

Wir bitten um Beachtung!

Titelbild:

© Angelika Tóth: „Tales from The Little Girl I“

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 Krank, gehandicapt, ausgelaugt?

Neuropsychiatrische Gesundheit am Arbeitsplatz

10. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag 2012

10 Aktivitäten auf dem DGN-Kongress 2012 in Wiesbaden

BDN setzt Akzente

12 Stellungnahme zum § 73c-Versorgungsvertrag in Baden-Württemberg

„Versuchslabor“ parallel zur KV-Struktur

16 Gesundheitspolitische Nachrichten

Wettbewerbswildwuchs und unkontrollierte

Mengenausweitung vermeiden

„Gesundheitsrat“ soll Priorisierung diskutieren

Außer Bürokratie wenig gewesen?

20 BDN-Forum beim DGN-Kongress 2011

Was das Versorgungsstrukturgesetz (vielleicht) bringt

20 Neue Leitlinie: Leichtere Wege zur passenden

MS-Therapie

22 Spezialärztliche Versorgung: Klare Behandlungspfade

gefordert

Rund um den Beruf

23 Eigene Webpräsenz: Testärzte gesucht

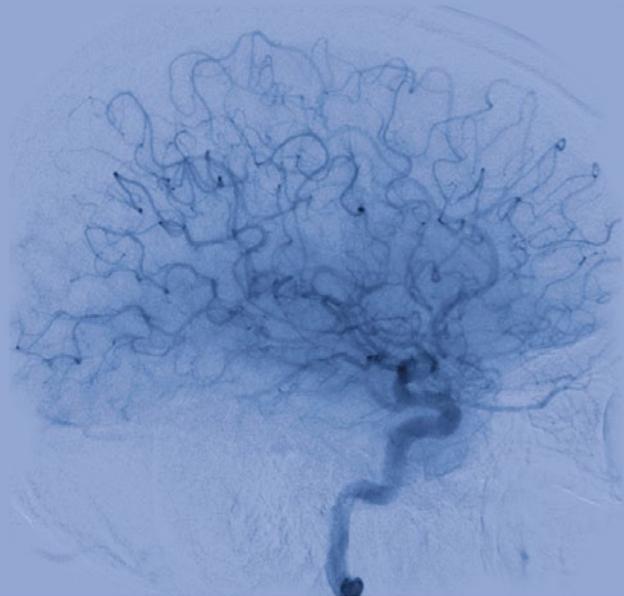
24 Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzkonflikt

Klappen beim Attestieren und Begutachten

29 Regressfalle Rabattvertrag – eine Satire?

32 Praxisporträt Dr. Christoph Kley

Klinik oder Praxis? – Es geht auch beides



© A. Berlits

34 Intraarterielle Rekanalisation

Bei einem akuten Schlaganfall ist eine hohe Thrombuslast mit lokaler Behandlung besser zu beherrschen als durch eine systemische Lyse. Heute ermöglichen die lokale intraarterielle Lyse und mechanische Verfahren hohe Rekanalisationsraten.

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

34 Akuter Schlaganfall

Lokale endovaskuläre Therapie

43 Störungen der Hirnleistungen

Das Konzept der subkortikalen Demenz

46 Naturheilkunde bei somatoformen Störungen

Mit Melisse und Lavendel gegen Angst und Depression?

55 PSYCHIATRISCHE KASUISTIK

Aphasie als Leitsymptom einer frontotemporalen Lobärdegeneration

60 CME: Borderline-Persönlichkeitsstörung

Störungsspezifische Pharmakotherapie

65 CME-Fragebogen



Journal

76 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR

Der Fall Céline

82 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Angelika Tóth

Die Schönheit des Alltäglichen

70 Pharmaforum

80 Buch-Tipp

85 Termine

86 Verbandsservice

91 Impressum/Vorschau



»Die Sicherung des Arbeitsplatzes bei und nach Krankheit im Sinne der sozialen Sicherung des Einzelnen, der zunehmende Arbeitskräftemangel, aber ebenso die zunehmende Belastung der sozialen Sicherungssysteme sind drängende Probleme, die eine Intensivierung des Diskurses über neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt nahe legen.«

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

Krank, gehandicapt, ausgelaugt? Neuropsychiatrische Gesundheit am Arbeitsplatz

10. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag 2012

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auf der gemeinsamen Tagung des BVDN-Bundesvorstandes und der Vorstände der Landesverbände des BVDN Mitte Oktober in Würzburg haben wir Thema und Programm für den Neurologen- und Psychiatertag am 22. März 2012 in Berlin festgelegt. Das Thema lautet „Neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt“. Der Hintergrund für die Wahl dieses Themas ist die augenscheinliche Zunahme der seelischen und neurologischen (z. B. neurovaskulären) Gesundheitsstörungen in der Arbeitswelt mit den sowohl individuellen wie auch gesamtgesellschaftlichen Problemen und Auswirkungen. Das geht weit hinaus über die derzeit allgegenwärtige Diskussion über sogenannte Burnout-Syndrome. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund zahlreicher öffentlicher Bekenntnisse von Sportlern zu Depressionen und Überlastungssyndromen gab es in den vergangenen Wochen und Monaten kaum eine Tages- oder Wochenzeitung, die sich dieses Themas nicht angenommen hätte. Gesundheit am Arbeitsplatz umfasst aber auch Fragen zur Arbeitsunfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern: Wann und wie lange ist Krankschreibung zum Beispiel bei psychischen Erkrankungen sinnvoll, wie kann gewährleistet werden, dass bei Eintreten psychischer Erkrankung der Arbeitsplatz nicht gefährdet ist, wie können Arbeitgeber informiert und sensibilisiert werden zu den Problemen und Auswirkungen neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen, aber auch

informiert werden über Heilungschancen? Und wie können sie motiviert werden, erkrankte Arbeitnehmer wieder in ihrem Betrieb einzugliedern?

Gerade im Hinblick auf die bekannte demografische Entwicklung mit deutlicher Zunahme der Älteren und Alten in der Gesellschaft, wird sich der Anteil älterer Arbeitnehmer in den Betrieben deutlich erhöhen. Dies wird damit einhergehen (müssen), dass im Sinne einer besseren beruflichen Reintegration Arbeitgeber und Betriebe Kenntnisse über Funktionsbeeinträchtigungen durch neuropsychiatrische Erkrankungen erlangen und zukünftig aktiver in die Arbeitsplatzgestaltung beruflicher Rehabilitanden einbezogen werden.

Präventive Lösungsansätze entwickeln

Die Sicherung des Arbeitsplatzes bei und nach Krankheit im Sinne der sozialen Sicherung des Einzelnen, der zunehmende Arbeitskräftemangel, aber ebenso die zunehmende Belastung der sozialen Sicherungssysteme sind drängende Probleme, die eine Intensivierung des Diskurses über neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt nahe legen. Bislang ist eine medizinische, sozialmedizinische oder soziale Lösung für die angesprochenen Problemfelder nicht oder nur unzureichend erkennbar und verfügbar. Neurologisches und psychiatrisches know how, sozialmedizinische epidemiologische Kenntnisse sowie insbesondere auch präventive verhaltensmodifizierende Lösungsansätze wollen wir gemeinsam entwickeln.

Vernetzung mit der Arbeitswelt

Als flächendeckend vor Ort tätige Experten für seelische und neurologische Gesundheit wollen wir Nervenärzte, Neurologen und Psychiater Bereitschaft signalisieren, unsere präventive Expertise weiter zu entwickeln und mit der „Arbeitswelt“ verstärkt zu kooperieren. In einer ersten „öffentlichen“ Veranstaltung zum Thema „Neuropsychiatrische Prävention in der Arbeitswelt“ im Rahmen des Neurologen- und Psychiatertags am 22. März 2012 in Berlin wollen wir eine Klärung der wechselseitigen Bedarfe erreichen und eine problemorientierte Vernetzung mit der Arbeitswelt initiieren. Zu dieser Veranstaltung, die unter Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers Daniel Bahr stattfindet, laden wir daher auch Vertreter der Industrie, der Arbeitgeber sowie der Arbeitnehmer ein, darüber hinaus Arbeitsmediziner und Werksärzte.

Im Rahmen der internen Mitgliederversammlung, die etwa ab 15.00 Uhr stattfinden wird, wollen wir neben den dargestellten übergeordneten Aspekten die Veranstaltung als Kick-Off für eine bundesweite Fort- und Weiterbildungsinitiative nutzen. Wir wollen Sie alle als überwiegend kurativ tätige Nervenärzte, Neurologen und Psychiater interessieren und gewinnen für die Aspekte von Vorbeugung, Vermeidung und Heilung gesundheitlicher Probleme in der Arbeitswelt. Zu diesem Zweck werden wir für interessierte Kolleginnen und Kollegen Schulungen anbieten, die Sie in die Lage versetzen, Kooperationen mit interessierten



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte



Berufsverband Deutscher Neurologen



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

Firmen und Arbeitgebern in ihrer Region im Hinblick auf präventive betriebliche Maßnahmen zu gestalten. Nicht zuletzt könnte das für einige von Ihnen interessante zusätzliche wirtschaftliche Aspekte beinhalten.

Burnout: Nicht bei mir?

Last but not least: Neuropsychiatrische Gesundheit am Arbeitsplatz betrifft auch Ihre Praxen, Ihre Mitarbeiter und nicht zuletzt Sie selbst. Die Statistiken belegen eindrucksvoll, dass Burnout-Syndrome überproportional häufig in den psychosozialen und medizinischen Berufsgruppen auftreten. Die Statistiken belegen auch, dass viele von Ihnen 50 und mehr Stunden in ihren Praxen tätig sind. Die Probleme der zunehmenden neuropsychiatrischen Unterversorgung in vielen Regionen, einhergehend mit der bekannten chronischen Unterfinanzierung unserer Arbeit, sind allemal kräftezehrend und nervenraubend.

Unser berufspolitisches Mandat in BVDN, BDN und BVDP ist es, an der Verbesserung dieser Rahmenbedingungen durch kontinuierliche Arbeit und Zusammenarbeit mit KVen, KBV, Ärztekammern und Ministerien und Politikern zu arbeiten.

In diesem Sinne: Bleiben Sie gesund!

Herzlichst

TERMINANKÜNDIGUNG UND PROGRAMMVORSCHAU

10. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag 2012

Termin: Donnerstag 22. März 2012

Ort: Berlin (Urania)

Programm

10:30 Uhr Begrüßung Dr. med. Frank Bergmann

10:45 Uhr Gesamtgesellschaftliche Relevanz

11:15 Uhr Die Initiative der Berufsverbände

11:30 Uhr Initiativen aus der Arbeitswelt – Initiative Great Place to Work

11:45 Uhr Die Sicht der Arbeitgeber

12:00 Uhr Die Sicht der Arbeitnehmer

12:15 Uhr Die Sicht der Arbeitsmediziner und Werksärzte

12:30 Uhr Neuropsychiatrische Prävention in der Arbeitswelt – Aktivität der Gesundheitspolitik

12:45 Uhr Mittagspause

13:30 Uhr Podiumsdiskussion!

15:00 Uhr Kaffeepause

15:15 Uhr Mitgliederversammlung BVDN

17:00 Uhr Ende

Aktivitäten auf dem DGN-Kongress 2012 in Wiesbaden

BDN setzt Akzente

Auf dem diesjährigen DGN-Kongress war der BDN wieder vielseitig aktiv: Neben dem traditionellen, berufspolitischen BDN-Forum haben wir das neu geschaffene DGN-Forum mitgestaltet und unsere Mitgliederversammlung abgehalten. Mit Professor Rolf Friedrich Hagenah und Professor Hans-Christoph Diener sind zwei sehr verdienstreiche Persönlichkeiten aus dem Vorstand ausgeschieden. Neuer erster Vorstandsvorsitzender ist nun Professor Christian Gerloff.

Auf der diesjährigen DGN-Tagung wollten die Veranstalter mit dem neu geschaffenen „DGN-Forum“ einen eigenen „verkehrsberuhigten“ Raum für Gespräche und Diskussionen zur Verfügung zu stellen. Die Veranstaltungen im DGN-Forum wurden rege besucht, und die Teilnehmer konnten sich an den Ständen der DGN, der Jungen Neurologen und des BDN/BVDN mit Informationen eindecken. Im DGN-Forum fanden während der gesamten Kongresszeit Vorträge und Diskussionen zu gesellschaftlichen und berufspolitischen Themen statt, bei denen die Verbände stark präsent waren.

Die Idee des DGN-Forums war aus unserer Sicht sehr erfolgreich. Gesellschaftlichen und versorgungsrelevanten Themen einen eigenständigen Raum zu geben, und die Möglichkeit, sich abseits der „Hektik“ des dichten Kongressprogrammes in eine „berufspolitische Lounge“ zu begeben haben zu durchweg positiven Rückmeldungen geführt. Wir hof-

fen, dass dieses Forum auf kommenden Kongressen seine Fortsetzung findet.

Versorgungsgesetz im Fokus

Im Mittelpunkt des diesjährigen BDN-Forums standen die Entwürfe des geplanten Versorgungsgesetzes. Insbesondere die spezialärztliche Versorgung wird sich in der Neurologie auf die Versorgungsstrukturen nicht unerheblich auswirken, so sie denn beschlossen wird. Denn noch ist unklar, ob und mit welchen genauen Inhalten das Gesetz verabschiedet werden wird. Wir haben die Gelegenheit genutzt und mit unserem Verbandsjustiziar Dr. Ingo Pflugmacher, Professor Heinz Wiendl als Vertreter einer Uni-Klinik und des Krankheitsbezogenen Kompetenznetzes MS sowie Dr. Frank Bergmann und Dr. Uwe Meier als Verbandsvertreter die Eckpunkte und mögliche Auswirkungen auf die Versorgung zu diskutieren. Einen ausführlichen Bericht lesen Sie ab Seite 20.

Stabswechsel im Vorstand

Im Rahmen der Mitgliederversammlung fanden turnusgemäß Neuwahlen statt. Mit Professor Rolf Friedrich Hagenah und Professor Hans-Christoph Diener sind zwei verdienstreiche Mitglieder aus dem Vorstand ausgeschieden. Professor Hagenah ist nicht mehr angetreten. Bei der letzten Mitgliederversammlung hatte er sich noch bereit erklärt, weitere zwei Jahre aktiv im Vorstand mit zu arbeiten, obschon er die Leitung seiner Klinik bereits abgegeben hatte. In dieser Zeit hat er wichtige Termine zur Weiterentwicklung der GOÄ wahrgenommen und so erneut wertvolle Arbeit für die Verbände geleistet. Wir haben die Gelegenheit auf der Mitgliederversammlung genutzt, Professor Hagenah für sein berufspolitisches Engagement zu danken und möchten dies auch an dieser Stelle gerne wiederholen. Professor Hagenah war Vater und Geburtshelfer des BDN. Die nicht ganz einfachen Geburtsvorbereitungen als



Wurden im Rahmen der BDN-Mitgliederversammlung für ihre Verdienste um den Berufsverband geehrt: Professor Hans-Christoph Diener (4. v.l.) und Professor Rolf Friedrich Hagenah (4. v.r.). Zu den Gratulanten gehörten unter anderem (v.l.n.r.) Professor Christian Gerloff, Dr. Uwe Meier, Dr. Thomas Thiekötter, Professor Martin Grond, Professor Wolfgang Oertel, Dr. Frank Bergmann und Professor Ralf Gold.

Leiter einer eigens hierfür gegründeten BDN-Kommission haben aufgrund des ihm eigenen diplomatischen Geschicks zur erfolgreichen Gründung des BDN geführt. Von Beginn an hat er mit dafür gesorgt, dass ein kooperatives Miteinander der Vertreter von Kliniken und Niedergelassenen nicht nur proklamiert, sondern gelebt wurde. Dies führte auch dazu, dass wir den satzungsgemäßen Wechsel des ersten Vorsitzes zwischen Klinikern und Niedergelassenen sehr frühzeitig als reine Verbandsformalie behandelt und uns fortan nach außen nur noch als zwei Vorsitzende zu erkennen gegeben haben. Nach zwölf Jahren BDN-Tätigkeit wird Professor Hagenah eine große Lücke im BDN hinterlassen!

Professor Diener hatte vor zwei Jahren die Nachfolge von Professor Hagenah im Vorsitz eingenommen. Auch er ist, wie damals bereits von ihm angekündigt, nicht mehr zu den Wahlen angetreten. Er setzt damit seinen Wunsch nach einer neuen Lebensplanung um, nach der er sich von sämtlichen Kommissionstätigkeiten – auch in der DGN – zurückzieht. Die Verdienste von Professor Diener für die deutsche Neurologie sind unübersehbar und eine angemessene Würdigung

würde diesen Rahmen mehr als sprengen. Betrachtet man die Liste seiner Publikationen, drängt sich der Eindruck auf, dass diese quantitativ allein durch die Geschwindigkeit seines Laserdruckers limitiert wird. Dass die Quantität nur durch die Qualität getoppt wird, wird exemplarisch deutlich anhand des Zitationsvergleiches der Neurowissenschaften 2003 bis 2007, den er mit Abstand anführt. Es gibt wohl kaum einen Neurologen, den Dieners zahlreiche Buchpublikationen nicht im Alltag begleiten, allen voran die wissenschaftlichen Leitlinien, die unter seiner Leitung entstanden sind und die international und national ihresgleichen suchen. Dass Professor Diener sich darüber hinaus für Berufspolitik und Versorgungsfragen engagiert hat, ehrt ihn aus unserer Sicht auf besondere Weise!

Die Nachfolge von Professor Diener hat Professor Christian Gerloff, Ärztlicher Direktor der Klinik für Neurologie und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, angetreten. Er ist bereits vor zwei Jahren in den Vorstand gewählt worden und hat nun den ersten Vorsitz inne. Er ist gleichzeitig Vertreter der Ordinarien im Vorstand. Neu in den Vorstand wurden Privatdozent Dr. Elmar Busch und

Professor Heinz Wiendl gewählt. Professor Busch ist Chefarzt der Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie der evangelischen Kliniken Gelsenkirchen. Er ist dem BDN schon lange eng verbunden und hat sich in Veranstaltungen und Projekten wie der Integrierten Versorgung engagiert. Er ist neben Professor Berlit Vertreter der neurologischen Kliniken. Professor Wiendl hat 2010 die Leitung der neu gegründeten neurologischen Spezialklinik für „Entzündliche Erkrankungen des Nervensystems und Neuroonkologie“ im Universitätsklinikum Münster übernommen. Er ist Sprecher des Vorstandes im Krankheitsbezogenen Kompetenznetzwerk Multiple Sklerose (KKNMS) und Vorstandsmitglied im Ärztlichen Beirat der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft (DMSG).

Wiedergewählt wurden Dr. Uwe Meier als zweiter Vorsitzender, Dr. Karl-Otto Siegel als Schatzmeister sowie Dr. Frank Bergmann, Dr. Heinz Herbst und Professor Peter Berlit als Beisitzer. □

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Stellungnahme zum § 73c-Versorgungsvertrag in Baden-Württemberg „Versuchslabor“ parallel zur KV-Struktur

Nach zähen Verhandlungen ist in Baden-Württemberg ein neurologisch-psychiatrischer Versorgungsvertrag nach § 73c abgeschlossen worden. Trotz einiger unbestreitbarer Vorteile haben die Bundesverbände von BDN, BVDP und BVDN gegen diesen Abschluss votiert. Wir verfolgen einen anderen Weg und wollen eine besser strukturierte qualitative Versorgung in Neurologie und Psychiatrie flächendeckend auf der Bundesebene (kollektiv-)vertraglich vereinbaren. Ob der § 73c-Vertrag zu einer höheren Vergütung als zuvor durch die KV führt, bleibt abzuwarten. Es werden Nervenärzte, Neurologen und Psychiater gesucht, die an diesem „Versuchslabor“ parallel zur KV-Struktur mitarbeiten wollen.

Die AOK Baden-Württemberg, BKK Bosch und MEDI haben mit dem Landesverband des BVDN in Baden-Württemberg sowie der Freien Liste der Psychotherapeuten und der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung einen Vertrag nach SGB V § 73c abgeschlossen,

der an einen Hausarztvertrag gemäß § 73b gekoppelt ist. Der Vertragsbeginn steht unter dem Vorbehalt, dass es zu einem Vertrag mit der KV Baden-Württemberg zur Bereinigung kommt. Darüber hinaus wurde ein Quorum eingerichtet: 180 Neurologen, 220 Psychiater und 450 Thera-

peuten müssen dem Vertrag beitreten. Neben fachlichen Voraussetzungen und einer KV-Zulassung gibt es eine Reihe von weiteren Bedingungen für Ärzte, unter anderem die Teilnahme an einer Vertragsschulung mit den medizinischen Fachangestellten, Teilnahme an vertragsspezi-

fischer Fortbildung und Qualitätszirkelarbeit, die Einführung einer zertifizierten Praxis-Software, eine onlinefähige IT-Ausstattung, technische Voraussetzungen für einen Patientenpass sowie Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Eine Refinanzierung der Vertragsleistungen soll dadurch erfolgen, dass sich alle Ärzte zum Einsatz von Rabattverträgen verpflichten und sich an die Vorschläge, die durch die Vertragssoftware gemacht werden, binden. Bei Erreichen von definierten Sparzielen in der rationalen Pharmakotherapie können Qualitätszuschläge (Boni) erreicht werden. Darüber soll durch sogenanntes Right-Coding erreicht werden, dass Krankenkassen entsprechende Zuschläge aus dem Morbi-RSA für gesicherte Diagnosen bekommen.

Neue Verpflichtungen und neue Vergütung

Teilnehmende Ärzte verpflichten sich, reguläre Sprechstundentermine oder Erstkontakte zwei Wochen nach Anmeldung anzubieten und Akutfälle am Tag des Anrufes durch den Hausarzt zu behandeln, ferner eine Psychotherapie innerhalb von vier Wochen zu beginnen. Weiterhin verpflichten sie sich, Dokumentationen aller Befunde anzulegen und für die sofortige Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegenden Befunde – einschließlich korrekter und endstelliger ICD-10-Kodierungen unter Beachtung der Kodierrichtlinien – an den Hausarzt innerhalb von fünf Werktagen zu sorgen. Sie verpflichten sich auch, Anfragen der AOK, der BKK und des MDK zur Arbeitsunfähigkeit innerhalb von vier Werktagen zu beantworten. Neben Sprechstunden an allen Werktagen besteht die Verpflichtung zum Angebot einer Abendsprechstunde pro Woche bis mindestens 20.00 Uhr und eine Begrenzung der Wartezeit für Patienten auf möglichst 30 Minuten. Versicherte sollen zur Teilnahme am Vertrag motiviert werden, es soll ein elektronischer Patientenpass ausgefüllt werden und Versicherte sollen zur Teilnahme an spezifischen Gesundheits- und Präventionsangeboten der AOK und der BKK Bosch motiviert werden. Darüber hinaus soll nach Rabattverträgen verordnet werden unter Beachtung von in den Leitlinien genann-

Leserbrief

Geheimnis um den § 73c-Vertrag?

Seit über einem Monat ist es nicht möglich Einblick in die juristischen Gedanken und Überlegungen von Professor Dr. Thomas Schlegel zum § 73c-Vertrag in Baden-Württemberg zu bekommen. Der Vorstand des Landesverbandes, der das Kurzgutachten in Auftrag gegeben hatte, verschiebt, zögert und taktiert; man kann sich des Eindrucks nicht erwehren: unter ganz erheblichem Druck.

Worum geht es? Im Rahmen der Verhandlungen mit MEDI, AOK und BKK-Bosch hatte der Vorstand des Landesverbandes beim renommierten Medizinrechtler Schlegel in Frankfurt eine Stellungnahme beziehungsweise ein Kurzgutachten zu dem Vertragsentwurf erbeten und auch erhalten. Dies ist sehr sinnvoll, auch dass dafür Mitgliedsbeiträge verwendet wurden.

Der Experte war eingeladen, seine Einschätzung auf einer Mitgliederversammlung des Landesverbandes vorzutragen. Dazu kam es aber nicht, da der Experte – auf erheblichen Druck hin – vom Landesvorstand wieder ausgeladen werden musste.

Warum darf man nicht lesen was Professor Schlegel festgestellt hat? Wer hat etwas dagegen? Oder anders ausgedrückt: Wer hat etwas zu verheimlichen und zu verbergen?

Alle Kollegen sollten doch vor einer Entscheidung für oder gegen eine Einschreibung in diesen Vertrag selber lesen dürfen, ob die guten und/oder schlechten Seiten, die Professor Schlegel an dem Vertrag gefunden hat, im abgeschlossenen und veröffentlichten Vertragstext eingearbeitet und berücksichtigt wurden oder nicht.

Dr. Bernward Büchler, Bernd Friedrich, Dr. Maria Nothwang,
Nervenärzte, Psychiater in Winnenden

ten Wirkstoffen und unter Verwendung preisgünstiger Generika.

In der psychiatrischen Vergütungsstruktur wird eine Grundpauschale von 20 € gezahlt oder alternativ eine Heimpauschale von 45 €. Daneben gibt es indikationsbezogene Zusatzpauschalen wie für Schizophrenie (22 €) oder für Persönlichkeitsstörungen (10 €). Ferner werden Einzelleistungen vergütet, wie etwa „Diagnostik und Testung Demenz“ (41 €).

In der Neurologie besteht eine ähnliche Grundsystematik: Die Grundpauschale für neurologische Patienten beträgt 37 €, bei Heimpatienten 45 €. Zusatzpauschalen gibt es beispielsweise für zerebrovaskuläre Krankheiten (15 €) sowie für M. Parkinson und extrapyramidale Syndrome (je 20 €). Darüber hinaus werden Strukturzuschläge (2 €) für eine MS-Schwerpunktpraxis oder für eine Elektromyografie (ebenfalls 2 €) gewährt. Für eine „rationale Pharmakotherapie“ sind Zuschläge von 1 € bei Epilepsie und 50 Cent bei Polyneuropathie sowie bis zu 25 € bei Multipler Sklerose möglich.

Welche neurologische Praxis profitiert?

Bei der neurologischen Vergütungsstruktur gilt, dass Leistungspositionen der spe-

ziellen Neurologie sehr differenziert den Versorgungsaufwand für eine Vielzahl wichtiger neurologischer Erkrankungen abbilden. Die Konstruktion einer indikationsbezogenen Zusatzpauschale und von Beratungszuschlägen ist im Grundsatz rational, auch die Abrechnungsmöglichkeiten für sehr aufwendige Leistungen wie Liquorpunktionen, Infusionstherapien und Einstellung von Schrittmachern oder Medikamentenpumpenbetreuung wie auch Heimbefuche bieten durchaus Anreize für eine versorgungsgerechte Behandlung gerade der Schwerkranken. Dies gilt auch für die Bereitstellung von Struktur- und Qualitätszuschlägen für das Vorhalten von Fachpersonal und besondere ärztliche Qualifikationen. Eher kritisch wird man Boni für „rationale Pharmakotherapie“ beobachten müssen. Problematisch ist auch, dass die diagnostische Abklärung von Verdachtsdiagnosen oder die Behandlung von Symptomkrankheiten wie Kopfschmerzen, Schmerzen und Schwindel mit eher gering bewerteten Pauschalen ohne zusätzlich abrechenbare technische Leistungen durchgeführt werden muss.

Im neurologischen Bereich dürften vor allem Schwerpunktpraxen von diesem



Schneller zu einem Termin für eine Psychotherapie Dank §73c-Vertrag?

© Klaus Rose

Vertrag profitieren. Offen bleibt, wie sich die Vergütung in Praxen mit gemischtem Patientenkontext und breiter neurologischer Versorgung auswirken wird.

Welche psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis profitiert?

Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich erfährt vor allem die richtlinien-psychotherapeutische Behandlung eine sehr starke Aufwertung. Zusätze auf das Honorar für richtlinienpsychotherapeutische Leistungen mit zeitlicher Staffelung sollen gewährleisten, dass eine solche Behandlung sehr schnell aufgenommen wird. Es ist unschwer vorherzusehen, dass im psychiatrischen Bereich vor allem diejenigen Praxen profitieren werden, die in hohem Maße psychotherapeutisch tätig sind. Vor allem werden ausschließlich psychotherapeutisch ausgerichtete psychologische und ärztliche Praxen profitieren.

Die feste Koppelung an hausarztzentrierte Versorgung sowie andere Facharztverträge führt bei allen Patienten zu einer deutlichen Einschränkung der freien Arztwahl.

Fazit

BVDN, BDN und BVDP sehen in dem aktuell abgeschlossenen Vertrag in der Strukturierung der Vergütung Elemente, die begrüßenswert sind und die gerade im Hinblick auf den Anreiz schwerer Kranke zu versorgen, seit langem auch flächendeckend auf Bundesebene gefordert wurden. Kritisch bewerten wir die feste Koppelung an hausarztzentrierte Versorgung und den damit einhergehenden Überweisungsvorbehalt sowie die vergleichsweise geringe Vergütung für

psychiatrische und konsiliarische Leistungen und die Abklärung von Verdachtsdiagnosen. Nach unseren Modellrechnungen ist es fraglich, ob mit den vereinbarten Leistungspauschalen ein psychiatrischer oder neurologischer Honorarzuwachs im Vergleich zu dem derzeit in Baden-Württemberg ausbezahlten KV-Honorar zu erzielen ist.

Wer an dem Vertrag partizipieren will entscheidet sich, eine vertragspezifische Software zu installieren, insbesondere aber auch die sehr anspruchsvollen Verpflichtungen zur zeitnahen Datenübermittlung zu akzeptieren. Die Verpflichtung, Kassen- und MDK-Anfragen innerhalb von vier Tagen zu beantworten, ist ein Hinweis auf das große Interesse der Kostenträger an den Praxisdaten. Auch zeigt sich an der Verpflichtung zur Anwendung der ambulanten Kodierrichtlinien die hohe Bedeutung des Right-Coding für die Krankenkassen. Ein wirklicher Ausstieg aus der KV findet nicht statt, allerdings eine neue und nicht minder reglementierte vertragliche Bindung an die hausärztliche Vertragsgemeinschaft beziehungsweise MEDI. Und: Der – partielle – Ausstieg aus dem KV-System hat seinen Preis: Neurologen, Nervenärzte und Psychiater geben einen erheblichen Teil der Steuerungskompetenz aus der Hand und überlassen diese dem Hausarzt beziehungsweise der Krankenkasse. Den Krankenkassen wird dadurch eine in Deutschland bisher nie gekannte Macht verliehen. Eine ähnliche Machtfülle haben Kassen insbesondere in Managed-Care-Systemen in den USA. Übrigens zeichnet sich in diesem Zusammenhang bereits ab, dass Krankenkassen psychologische Psychotherapeuten einstellen, die die Versicherten vor allem nach längerer Arbeitsunfähigkeit direkt (ohne Umweg über Haus- oder Fach-

arzt) behandeln sollen. Ein weiterer erheblicher Machtzuwachs bei den Krankenkassen ist auch durch die unmittelbaren Datenflüsse zu erwarten, die über die spezifische Vertragssoftware zunächst an MEDI und dann weiter an die AOK geleitet werden. Die flächendeckende kollektivvertragliche Versorgung durch die KVen erfährt mit diesem neuen §73c-Vertrag eine erhebliche Schwächung. Viele Details wie Notdienstversorgung und Fremdkassenausgleich bei Fremdversorgung in anderen Bundesländern sind nicht erfasst und weiterhin ungeklärt. Auch verbleibt der Sicherstellungsauftrag zunächst bei der KV.

Im Hinblick auf die Struktur der Vergütung ist je nach Behandlungsfall ein verbesserter Fallwert möglich. Ob allerdings das Produkt aus Fallzahl und Fallwerten am Quartalsende zu einer höheren Vergütung als zuvor durch die KV führt, bleibt zunächst abzuwarten.

Die Bundesvorstände von BDN, BVDP und BVDN haben aus grundsätzlichen Erwägungen gegen diesen Vertragsabschluss votiert. Wir verfolgen einen anderen Weg und wollen eine besser strukturierte qualitative Versorgung in Neurologie und Psychiatrie flächendeckend auf der Bundesebene (kollektiv-) vertraglich vereinbaren. Wir akzeptieren und fördern sogenannte Add-on-Verträge. Vertragsabschlüsse mit Bereinigung und partiellem Ausstieg aus der KV und mit erheblicher Beschneidung der Steuerungsfunktion von Nervenärzten, Psychiatern und Neurologen sowie neuen unkalkulierbaren Abhängigkeiten hingegen lehnen wir ab.

In Baden-Württemberg wird parallel zur KV-Struktur ein „Versuchslabor“ betrieben, in dem nunmehr auch Nervenärzte, Neurologen und Psychiater auf Wunsch mitarbeiten können. Der BVDN-Landesverband Baden-Württemberg hat einen harten und wenig vergnüglichen Verhandlungsmarathon hinter sich gebracht und dabei viel Zeit, Kraft und Langmut benötigt. Gemeinsam mit den Kollegen in Baden-Württemberg werden wir den weiteren Verlauf des Vertrages beobachten und analysieren. □

AUTOREN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen,
Vorsitzender BVDN

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

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich,
Vorsitzender BDN

SPEZIALÄRZTLICHE VERSORGUNG

Wettbewerbswildwuchs und unkontrollierte Mengenausweitung vermeiden

➔ In einer gemeinsamen Erklärung haben sich die wichtigsten ärztlichen Spitzenorganisationen zum geplanten GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) geäußert. Das Papier wird von folgenden ärztlichen Verbänden und Vereinigungen getragen: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GfB), Hartmannbund, NAV-Virchow-Bund, Marburger Bund, Deutscher Ärztinnenbund, Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Wissenschaftlicher Fachgesellschaften, Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, Freie Ärzteschaft, Bundesverband der Knappschaftsärzte. Zur geplanten spezialärztlichen Versorgung nehmen sie folgende Position ein:

- „... Auch die Etablierung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgungsebene – oder, wie vom Deutschen Ärztetag präziser formuliert, eine ‚spezialisierte fachärztliche Versorgung‘ – ist im Grundsatz zu begrüßen. Ungenügend ist jedoch deren konkrete Ausgestaltung. Die ärztlichen Spitzenorganisationen fordern deshalb, dass die spezialärztliche Versorgung nach dem Motto ‚Jeder, der kann, der darf‘ nicht zu Wettbewerbswildwuchs und unkontrollierter Mengenausweitung zulasten der wohnortnahen ärztlichen Versorgung führen darf. Strikte Qualitätskriterien müssen aufgestellt und ihre Einhaltung regelmäßig überwacht werden. Die ärztlichen Verbände und Institutionen fordern,
- die Möglichkeit, spezialärztliche Leistungen über die vorhandenen Strukturen der KVen abzuwickeln, statt über die Krankenkassen,
 - die Regelung der Ausgestaltung des neuen Versorgungsbereichs der ambulanten

spezialärztlichen Versorgung auf Grundlage des Berufs- und Weiterbildungsrechts durch vierseitige Vereinbarungen zwischen KBV, DKG, BÄK und GKV-Spitzenverband,

- gleiche, gemeinsam erarbeitete Qualifikations- und Qualitätsanforderungen in der gesamten spezialisierten fachärztlichen Versorgung,
- präzise gesetzliche Vorgaben der stufenweisen Einbeziehung zunächst der Leistungen nach § 116b SGB V (Eingrenzung auf seltene Erkrankungen und nachgewiesene Versorgungsdefizite) sowie der späteren Einbeziehung weiterer Leistungen.“

Kommentar: Auch unsere Berufsverbände BVDN, BVDP, BDN haben sich gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) und den politischen Parteien in diesem Sinne geäußert. Entscheidend für die neue Ausgestaltung des § 116b SGB V ist, dass in Krankenhausambulanzen und niedergelassenen Facharztpraxen die gleiche Qualität geleistet wird; dies bedeutet beispielsweise, dass in Krankenhausambulanzen die Patienten ausnahmslos von einem geprüften Facharzt persönlich behandelt werden müssen. Es müssen gleiche Preise für gleiche Leistungen gelten. Die ambulante Leistungspalette muss für Polikliniken und Facharztpraxen identisch sein. Krankenhausambulanzen können von Patienten nur mit fachidentischer Facharztüberweisung aufgesucht werden. Die Vertragsgestaltung erfolgt zwischen KBV, Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Krankenkassen. Eine Weiterentwicklung des § 116b SGB V ist unbedingt erforderlich, denn die derzeit gültige Regelung lässt die Eröff-



Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

„Entscheidend für die neue Ausgestaltung des § 116b SGB V ist, dass in Krankenhausambulanzen und niedergelassenen Facharztpraxen die gleiche Qualität geleistet wird.“

nung vieler weiterer Krankenhausambulanzen unbegrenzt ohne KV-Kontrolle und mit bilateralen, gegebenenfalls besseren Honorarvereinbarungen als KV-seitig, zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu. Darüber hinaus ist der ungehinderte Zugang der Patienten in diese Polikliniken möglich. Die vertragsärztlichen Facharztpraxen müssen Gelegenheit erhalten, in einen Wettbewerb mit den Krankenhausambulanzen einzutreten. Bei ausgewogener gesetzlicher Gestaltung kann die spezialfachärztliche Versorgung eine Chance für die Weiterentwicklung der fachärztlichen Tätigkeit darstellen. Dies gilt übrigens auch für den psychiatrischen Bereich. Hier ist zu fordern, dass auch die Behandlungsmöglichkeiten für die im § 118 (psychiatrische Institutsambulanzen) genannten Patienten niedergelassener Psychiater und Nervenärzte gegen adäquates Honorar, wie es derzeit bereits an psychiatrische Krankenhausambulanzen ausgezahlt wird, angewandt werden können. **gc**

FORDERUNG ÄRZTLICHER SPITZENORGANISATIONEN

„Gesundheitsrat“ soll Priorisierung diskutieren

➔ Die Resolution der ärztlichen Spitzenorganisationen nimmt auch zum Thema Rationierung und Priorisierung medizinischer Leistungen Stellung: „Angesichts der unzureichenden Finanzierung des Gesundheitssystems ist es mittler-

weile unbestreitbar, dass es zu Rationierung in der medizinischen Versorgung kommt. Längst sind die Rationalisierungsreserven in vielen Bereichen ausgeschöpft. Die Schere zwischen dem, was an guter medizinischer Versorgung geleistet werden könnte, und

dem, was noch leistbar ist, geht immer weiter auseinander. Gesellschaft und Politik müssen deshalb dringend darüber diskutieren, wie trotz der begrenzten Ressourcen eine gerechte Versorgung gestaltet werden kann. Die entscheidende Frage lautet, wie aus ethischer

und rechtlicher Sicht eine gerechte Zuteilung der begrenzten Ressourcen erfolgen kann. Die ärztlichen Spitzenorganisationen fordern angesichts schwindender Ressourcen bei steigendem Behandlungsbedarf, die Priorisierung medizinischer Leistungen öffentlich zu diskutieren. Priorisierung im Gesundheitswesen bedeutet die Festlegung einer Vorrangigkeit, damit die Versorgungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen erhöht werden kann. Priorisierung bedeutet nicht den Ausschluss von medizinisch notwendigen Leistungen, sondern eine Abstufung der Leistungsgewährung nach Vorrangigkeitsprinzipien. Die Vorteile der Priorisierung liegen vor allem in der Transparenz des Verfahrens sowie in der Chance der Gleichförmigkeit von Verteilungsentscheidungen. Vorschläge für Priorisierungen soll ein Gesundheitsrat erarbeiten, in den VertreterInnen aus den Be-

reichen der Philosophie, Theologie, Rechtswissenschaften sowie PatientenvertreterInnen, ÄrztInnen und Mitglieder anderer Gesundheitsberufe berufen werden. Diese Vorschläge sollen anschließend der Politik zur Letztentscheidung übergeben werden.“

Kommentar: *Erklärter Standpunkt aller Parteien zum Thema Rationierung und Priorisierung medizinischer Leistungen ist derzeit parteienübergreifend „Nichtbefassung“. Die Begründungen der Politiker: Die Rationalisierungsreserven sind noch nicht ausgeschöpft, es ist genug Geld im System, wir haben das beste Medizinsystem der Welt, Ärzte und Pflegeberufe müssen ihrer Pflicht nachkommen, das ist schließlich ihr Beruf, und überhaupt bekommt doch jeder Patient das, was er medizinisch braucht, stille Rationierung gibt es nicht. Der wahre Grund ist: Die Politiker haben*

Angst vor den Wählern, wer es zuerst ausspricht ist der Verlierer der nächsten Wahl. Dabei ist ganz klar, es ist die Aufgabe von Politik und Kassen, den Bürgern das Missverhältnis zwischen dem medizinisch Möglichen und den finanziellen Ressourcen zu erklären. Seit Jahren drücken sich die Zuständigen vor dieser Aufgabe. Inzwischen ist für die Ärzte in der täglichen Patientenbehandlung mit impliziter Rationierung und Arbeitsverdichtung die Lage so schwierig geworden, dass sich die verfasste Ärzteschaft des Themas annehmen musste. Schon mehrfach in den vergangenen Jahren haben Ärztekammerpräsidenten die Politik an ihre Aufgabe unmissverständlich erinnert. Nun geschieht es ein weiteres Mal. Vermutlich verlassen sich Politiker jedoch immer noch darauf, dass Pflegende und Ärzte sich in ihrer Ethikfalle wohl fühlen. Wie lange, hängt von uns ab. **gc**

QUALITÄTSMANAGEMENT IN DEUTSCHEN PRAXEN UMGESETZT

Außer Bürokratie wenig gewesen?

➔ Laut einer Stichprobenauswertung der KBV erfüllen 80% der Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an das interne Qualitätsmanagement. Viele Praxen haben darüber hinaus sogar ein Qualitätsmanagementzertifikat erworben. Die Angaben beruhen auf einer Selbstausskunft. Die Stichprobengröße war zirka 3.500. Im Jahr 2009 verdoppelte sich die Anzahl der Ärzte, die ihr Qualitätsmanagement mit einer Überprüfung abschlossen. Vertragsarztpraxen sind gesetzlich zum Qualitätsmanagement verpflichtet. 2006 trat die Richtlinie des G-BA zum Qualitätsmanagement in Kraft. Nach der Richtlinie des G-BA umfasst die Einführung in den Praxen vier Phasen, eine zweijährige Planungsphase und weitere zwei Jahre die Umsetzungsphase. Die Überprüfung des Qualitätsmanagements in den Praxen erfolgt im fünften Jahr, ab dem sechsten Jahr wird das Qualitätsmanagement kontinuierlich weiterentwickelt. Seit 2006 werden pro Jahr in einer Stichprobe mindestens 2,5% aller niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten von der KBV befragt. Der Rücklauf lag 2010 bei 94%. Von etlichen zur Verfügung stehenden Qualitätsmanagementsystemen wird das von der KBV und den KVen zur Verfügung gestellte zertifizierungsfähige QEP-System von 30% der Praxen genutzt.

Kommentar: *Weder vor noch nach der Einführung der gesetzlichen Pflicht zum Qualitätsmanagement in Vertragsarztpraxen wurde nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin nachgewiesen, dass die Patienten qualitätsgemanagter Praxen signifikant besser diagnostiziert oder therapiert werden als in Praxen ohne Qualitätsmanagement. Dagegen werden Vermutungen und Hinweise geäußert, dass die Einführung derartiger gesetzlicher Pflichten, beispielsweise auch der CME-Fortbildungspflicht, Teil des Drangsalierungs- und Bürokratisierungsbedürfnisses der damals zuständigen Gesundheitsgesetzgebung war. Dem Patienten und einem Gesundheitsunternehmen zweifellos nützliche Kardinaltugenden wie Maßhalten, Tatkraft, Gerechtigkeit und Weisheit kann Qualitätsmanagement nicht sicherstellen, ebenso wenig die Identifikation mit sogenannten Sekundärtugenden wie Ehrlichkeit, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Treue und Höflichkeit. Die Sicherung des Hygienestandards und die Verbesserung von Ablaufstrukturen in maßnahmenorientierter getakteter Medizin wie operativen, kathedertechnischen, endoskopischen Fächern oder im Laborbereich ist sicher für viele Praxen sinnvoll und kann sogar zu besserer Ergebnisqualität führen. In einigen Fachgebieten beschränkt sich Qualitätsmanagement im*

Wesentlichen jedoch auf die Erfüllung bürokratischer Auflagen, Planung struktureller Abläufe, das Bestellwesen oder die Festlegung von Zuständigkeiten und Regelmäßigkeiten. Erfolgreiche Praxen haben ihre Betriebsabläufe längst auch ohne Qualitätsmanagementzertifikat aus eigenem Antrieb systematisiert. Wer dazu nicht in der Lage ist, dem wird vermutlich auch Qualitätsmanagement nicht helfen, dieses wird lediglich als weiteres lästiges Bürokratieattribut in der Praxis mitlaufen. Das Ergebnis jährlich durchgeführter Patienten- und Zuweiserverfragungen dokumentiert regelmäßig Kompetenz und Freundlichkeit des Praxisteam. Bemängelt werden ebenso regelmäßig lange Wartezeiten (unter Budgetrestriktionen bei limitierter ärztlicher Arbeitszeit) und fehlende Parkplätze, was sich voraussichtlich nicht so bald ändern lässt. Dafür steigt der Kenntnisstand der PraxismitarbeiterInnen über die Struktur des angewendeten Qualitätsmanagementzertifikats von Jahr zu Jahr. Das hilft vielen Praxen nicht weiter, dafür aber der Qualitätsmanagementberatungsindustrie. Abspecken der Qualitätsmanagementinhalte auf wenige wirklich notwendige Maßnahmen und Tätigkeitsbereiche kann ein Ziel von Qualitätsmanagement sein. Das geht auch ohne Zertifikat.

gc

BDN-Forum beim DGN-Kongress 2011

Was das Versorgungsstrukturgesetz (vielleicht) bringt

Im BDN-Forum wurden die wesentlichen Merkmale des „Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vorgestellt und die möglichen Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft in der Neurologie diskutiert. In einer sektorenverbindenden Versorgung sollen Krankenhäuser und niedergelassene Fachärzte wettbewerblich die ambulante Versorgung gestalten, plant der Gesetzgeber. Stufenweise ist an die Einführung eines spezialärztlichen Bereichs gedacht. In der Neurologie wäre etwa der Spezialarzt für Multiple Sklerose denkbar.



Diskutierten die möglichen Auswirkungen des neuen Versorgungsstrukturgesetzes für die Neurologie (v. l. n. r.): Professor Hans-Christoph Diener (BDN), Dr. Uwe Meier (BDN), Dr. Frank Bergmann (BVDN), Professor Heinz Wiendl (KKNMS), Dr. Ingo Pflugmacher (Rechtsanwalt, Busse & Miessen)

© Thomas Müller

NEUE LEITLINIE

Leichtere Wege zur passenden MS-Therapie

Für MS-Kranke ist es eine gute Nachricht: Die Zahl der zugelassenen Therapeutika wächst. Damit wird es aber immer schwieriger, die richtige Entscheidung bei der Therapie zu treffen. Eine neue Leitlinie sowie Qualitätshandbücher sollen Neurologen und Nervenärzte dabei unterstützen.

Die MS-Therapie befindet sich im Umbruch: Medikamente wie Natalizumab und Fingolimod erweitern die Optionen bei der Eskalationstherapie. Viele weitere Arzneien wie die monoklonalen Antikörper Alemtuzumab, Ocrelizumab oder Daclizumab sowie neue oral anwendbare

Arzneien könnten in den kommenden Jahren folgen. Die neuen Medikamente seien zwar viel effektiver als die bisherigen Therapien, so Professor Heinz Wiendl, Vorstandssprecher des Krankheitsbezogenen Kompetenznetzes Multiple Sklerose (KKNMS). Sie seien zum Teil beim Sicherheitsprofil aber problematischer und zudem oft viel teurer, berichtete Wiendl beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Wiesbaden. Hinzu kommen veränderte Diagnosekriterien und der Wunsch nach einer möglichst frühen Behandlung. Das alles mache es Ärzten nicht unbedingt

leicht, die richtigen Entscheidungen zu treffen, sagte der MS-Experte.

Revidierte McDonald-Kriterien berücksichtigt

Für einheitliche Standards bei Diagnose und Therapie könnte eine überarbeitete Therapieleitlinie zu MS sorgen, die in den nächsten Wochen veröffentlicht werden soll. Diese evidenzbasierte S2-Leitlinie haben die Experten des KKNMS federführend im Auftrag der DGN erstellt. Beteiligt waren 23 MS-Experten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Die Leitlinie greift die ver-

gangenes Jahr revidierten Diagnosekriterien nach McDonald auf und erläutert die vereinfachten MRT-Kriterien nach Swanton. Erstmals gibt es darin auch eine Zusammenfassung und Bewertung wichtiger Studien in Evidenztabelle, um die Handlungsempfehlungen einfacher und besser nachzuvollziehen. Zudem wird detailliert auf die Anwendung der neuen Therapeutika Fingolimod und Natalizumab eingegangen, inklusive möglicher Risiken und Nebenwirkungen. Basierend auf der Therapieleitlinie soll es bis zum Frühjahr auch eine Versorgungsleitlinie zu MS geben, sagte Wiendl.

Qualitätshandbücher für den Praxisalltag

Die Leitlinienkapitel zu Natalizumab und Fingolimod erscheinen auch in je

einem gesonderten Qualitätshandbuch. Zusätzlich zum Leitlinientext erläutern die Handbücher im Broschürenformat die empfohlene diagnostische Untersuchung vor und während der Therapie, sagte Wiendl. Dabei gehen die Handbücher zum Teil über die Empfehlungen der EU-Zulassungsbehörde EMA hinaus. So wird vor einer Therapie mit Fingolimod zu einer MRT- und EKG-Untersuchung geraten. Bei Natalizumab beleuchten die Autoren besonders das Risiko für eine progressive multifokale Leukenzephalopathie (PML) und hinterfragen dabei den Test auf JC-Virus-Antikörper. Ein negatives Testergebnis spricht für ein geringes PML-Risiko, schließt eine PML aber nicht aus. Der Test wird im Handbuch vor allem für MS-Patienten mit vorangegangener immunsuppressiver The-

rapie empfohlen sowie für Patienten nach zweijähriger Natalizumab-Behandlung, da bei ihnen das PML-Risiko besonders erhöht scheint. Als Bonus enthalten die Handbücher zudem Patientenaufklärungsbögen, Checklisten und Workflowtabellen. Erarbeitet wurden sie in Abstimmung mit der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), mit der DGN sowie den Berufsverbänden BDN und BVDN. Ärzte erhalten die Handbücher kostenlos über die Geschäftsstelle des KKNMS oder können sie über ein Kontaktformular im Web bestellen (www.kompetenznetz-multiple-sklerose.de/de/kontakt).

Thomas Müller

BDN-Forum beim DGN-Kongress, Wiesbaden, 29.9.2011

SPEZIALÄRZTLICHE VERSORGUNG

Klare Behandlungspfade gefordert

Kommt bald neben Haus- und Facharzt der Spezialarzt? Falls ja, dann müsse in Sektoren übergreifenden Behandlungspfaden geklärt werden, welche Patienten er wann behandeln darf, hieß es auf einem BDN-Symposium beim Neurologenkongress in Wiesbaden.

Droht ein unregulierter dritter Sektor?

Noch ist nicht sicher, ob die ambulante spezialärztliche Versorgung tatsächlich Teil des neuen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes wird. So sind die Bundesländer nicht bereit, die Neuregelung des § 116 b des SGB V in der derzeitigen Fassung mitzutragen. Sie begründen dies unter anderem damit, dass zu Lasten der ärztlichen Grundversorgung ein unregulierter dritter Sektor entstehe. Die Länderkammer hat Ende September dafür votiert, den Passus komplett aus dem Gesetzentwurf zu streichen und die spezialärztliche Versorgung in einem eigenen Gesetz zu regeln. Gelingt dies den Ländern tatsächlich, so der BVDN-Vorsitzende Dr. Frank Bergmann, dann bleibt vom Versorgungsgesetz aber nicht mehr viel übrig. Man darf also gespannt sein, ob und in welcher Form das Gesetz zum Jahresbeginn in Kraft tritt.

Chancen für Vertragsärzte

Grundsätzlich sieht Bergmann in der geplanten Neuregelung des § 116 b auch gute Chancen für Vertragsärzte. Danach könnten Neurologen und Nervenärzte gleichermaßen wie Kliniken Patienten mit Krankheiten aus dem Katalog des § 116 b versorgen, das sind derzeit MS und Epilepsie. „Gleichermaßen heißt, mit gleichen Qualitätsanforderungen, aber auch mit gleicher Vergütung. Das wollten wir immer, aber zu gleichen Konditionen wie Krankenhausambulanzen“, sagte der BVDN-Vorsitzende. Darüber hinaus sei sicherzustellen, dass die spezialärztliche Versorgung nicht zu Lasten der Grundversorgung finanziert werde.

Gibt der G-BA die Richtung vor?

Unklar sei derzeit aber noch, wie das Ganze organisiert werden solle: „Kommt dann jeder mit tauben Fingern gleich in eine MS-Ambulanz? Kann jede Schülerin, die ohnmächtig wird, weil sie einen Blutstropfen gesehen hat, in die Epilepsie-Ambulanz? Hier seien klare Behandlungspfade nötig. Diese soll nach dem jetzigen Plan eigentlich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festlegen, die KBV plädiert jedoch für dreiseitige Verträge zwischen KBV, DKG und Spitzen-

verband Bund der Krankenkassen. Alle Beteiligten wollten nicht, dass der G-BA das vorschreibt, sagte auch der BDN-Vorsitzende Dr. Uwe Meier.

Spezialärztliches Kompetenzzentrum

Meier demonstrierte am Beispiel der MS, wie ein solches Sektoren übergreifendes Versorgungsnetzwerk aussehen könnte, wenn als dritte Kraft der Spezialarzt Wirklichkeit wird. So könnten Neurologen und Nervenärzte, die sich an der aufwändigen Behandlung mit den neuen MS-Arzneien nicht beteiligen können oder wollen, ihre Patienten an ein spezialärztliches MS-Kompetenzzentrum überweisen. „Es ist dann in Ordnung, wenn sich solche Ärzte mit der Basisversorgung zufrieden geben“, so Meier. Sicherergestellt werden müsse aber, dass solche Fachärzte nicht ihre Patienten an die Spezialärzte verlieren, sondern sie nach der Behandlung zurückbekommen. Das MS-Kompetenzzentrum wiederum könnte bei einem MS-Referenzzentrum Hilfe und Beratung erhalten, etwa bei schweren Nebenwirkungen wie PML.

Thomas Müller

BDN-Forum beim DGN-Kongress, Wiesbaden, 29.9.2011

Patientenkommunikation: Bauen Sie Ihre eigene Website und gewinnen Sie!

Das Internet hat als Informationsmedium in der Medizin einen enormen Stellenwert. Das gilt nicht nur für Ärzte, auch Patienten informieren sich im Netz immer häufiger über Krankheiten und Behandlungsangebote. Diese Entwicklung sollten Ärzte nutzen, um Patienten auf das Leistungsspektrum ihrer Praxis aufmerksam zu machen. Ärzte nutzen das Internet zunehmend intensiver – so das Ergebnis der aktuellen LA-Med-Studie (Leseranalyse medizinische Fachkreise). Dabei halten sich die berufliche und private Nutzung in etwa die Waage. Favoriten bei der beruflichen Nutzung sind die medizinische Recherche, E-Mail, Online-Fortbildung (CME) und Datenaustausch. Bei der Patientenkommunikation hingegen sind die Ärzte weniger aktiv. Dabei wächst das Bedürfnis der Patienten nach medizinischen Informationen rasant, wie viele Studien zeigen: Immer mehr Patienten kommen mit selbst recher-

chierten Informationen in die Praxis. Das Problem dabei: Nach einer Prognos-Studie ist zum Beispiel weit mehr als die Hälfte der Informationen zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln falsch. Für Ärzte ist es oft nicht einfach, gegen Fehlinformationen aus dem Web zu argumentieren. Um dem vorzubeugen, ist es hilfreich, selbst regelmäßig Informationen zu Krankheitsbildern oder den Angeboten der Praxis auf die eigene Homepage zu stellen. Hinzu kommt: Mehr als 50 % der Deutschen suchen im Internet nach Ärzten oder informieren sich vorab über Spezialisierungen, Öffnungszeiten etc.

Professionelle Website

Ärzte, die noch keine eigene Internetpräsenz haben und nicht alles selbst machen möchten, können jetzt das neue Angebot der Fachverlagsgruppe Springer Medizin, zu der auch der NEUROTRANSMITTER gehört,

nutzen. Mit wenig Aufwand und zu geringen Kosten können Sie eine eigene Homepage aufbauen, die mehr als nur Standardinformationen zum Praxisteam und zu den Öffnungszeiten enthält. Der Zeitaufwand, um die eigene Website zu erstellen, beträgt nur etwa 20 Minuten. Um Ihre Patienten auch aktuell zu informieren, können Sie auf Inhalte von Springer Medizin zurückgreifen.

Testärzte gesucht – iPad 2 zu gewinnen

Um dieses Angebot auf Herz und Nieren zu prüfen und den Service für die Online-Bedürfnisse optimal zu gestalten, werden jetzt 300 Testärzte gesucht, die als erste von dieser Möglichkeit profitieren wollen.

Unter den Testpersonen, die bis zum 30.11.2011 teilnehmen, werden zehn iPad 2 verlost. Teilnahme unter: www.springermedizin.de/arztonline **ger/cp**

Anzeige

Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsplatzkonflikt

Klippen beim Attestieren und Begutachten

Der Trend zur Zunahme psychischer Erkrankungen als Ursache für eine Arbeitsunfähigkeit ist ungebrochen – nicht selten verbunden mit einem Arbeitsplatzkonflikt. Dieser Artikel erläutert die Grundlagen der AU-Attestierung und Begutachtung im Spannungsfeld von Arbeitsplatzkonflikten und AU.



Arbeitsplatzkonflikte sind häufig, aber noch kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und auch nicht für Krankengeldzahlungen.

Nicht nur die Anzahl der psychischen Erkrankungen, sondern auch die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen nimmt stetig zu (siehe Grafik). Da der Arbeitsplatz ein wichtiger Bestandteil zur Gesundheit und zum Wohlbefinden von erwerbstätigen Menschen ist, steht – insbesondere bei psychisch erkrankten Menschen – im Vordergrund, diesen zu erhalten. Hier muss genau differenziert werden, ob die Arbeitsunfähigkeit (AU) generell vorliegt, sie an einen Arbeitsplatzkonflikt gekoppelt ist oder nur ein Arbeitskonflikt vorliegt. Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes liegt eine AU im sozialmedizinischen Sinne bei berufstätigen Personen nämlich nur dann vor, wenn diese ihre zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübte Tätigkeit nicht weiter verrichten können.

Maßgeblich ist das konkrete Tätigkeitsprofil „genau dieser letzten Tätigkeit“.

Arbeitsplatzkonflikte allein begründen keine AU

Davon abzugrenzen sind Arbeitsplatzkonflikte inklusive Mobbing. Mobbing ist keine Erkrankung und deshalb auch nicht im Diagnosefeld einer AU-Bescheinigung zu dokumentieren. Unter dem Begriff wird in der Rechtsprechung eine fortgesetzte, aufeinander aufbauende und ineinander übergreifende Anfeindung definiert. Legt man diese Definition zugrunde, dürfte ein Mobbing in der Mehrzahl der Fälle, in denen darüber geklagt wird, gar nicht vorliegen, sondern nur ein „Konflikt am Arbeitsplatz“.

In den AU-Richtlinien (§2 Abs. 1 Satz 1), die eine verbindliche untergesetzliche Rechtsnorm darstellen, heißt es:

„Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte aufgrund von Krankheit seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit nicht mehr, oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausüben kann (...). Andere Gründe als eine (drohende) Erkrankung können eine AU nicht begründen. Auch kein Arbeitsplatzkonflikt.“

Krankheit im Sinne des Sozialversicherungsrechts ist eine Störung des körperlichen oder seelischen Wohlbefindens, somit eine Abweichung von der Norm „Gesundheit“ (vgl. § 120 Abs 1 Z 1 ASVG). Der deutsche Bundesgerichtshof hat den Begriff „Krankheit“ am 21. März 1958 so definiert: „Krankheit ist jede Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers, die geheilt, das heißt beseitigt oder gelindert werden kann.“ Nach einer neueren Formulierung wird im deutschen Kranken- und Unfallversicherungswesen unter Krankheit „ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ verstanden (BSGE 35, 10, 12 f.).

Arbeitsplatzkonflikte ohne Gesundheitsproblematik

Reine Arbeitsplatzkonflikte ohne eine Gesundheitsproblematik fallen nicht in die Zuständigkeit der GKV. Sie müssen arbeitsrechtlich oder über die Personalvertretung geklärt werden. Der Arbeitgeber muss das Persönlichkeitsrecht des Arbeitnehmers schützen und im Rahmen seiner Fürsorgepflicht auf das Wohl und die berechtigten Interessen des Arbeitnehmers Rücksicht nehmen. § 84

SGB IX verpflichtet ihn zu einem Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement (kurz BEM), wenn ein Arbeitnehmer im letzten Jahr länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig war.

Der isolierte Arbeitsplatzkonflikt ist kein Grund für eine Krankengeldzahlung. Im Diagnosefeld der AU-Bescheinigung sollte der Arbeitsplatzkonflikt deshalb allenfalls als ergänzende Information zur AU-begründenden Diagnose benannt werden (verschlüsselbar nach ICD10 mit „Z56 Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit“). Ein Arbeitsplatzkonflikt kann aber natürlich eine psychische Erkrankung akzentuieren oder auslösen, die dann ihrerseits wiederum AU begründet. Andererseits ruft längst nicht jeder Arbeitsplatzkonflikt eine AU hervor und nicht jede Verstimmung oder Unlust ist eine psychische Erkrankung. In diesem Spannungsfeld sind die Anforderungen an die Erfahrung

und Sachkunde sowohl des AU-attestierenden Arztes als auch an den sozialmedizinischen Gutachter hoch.

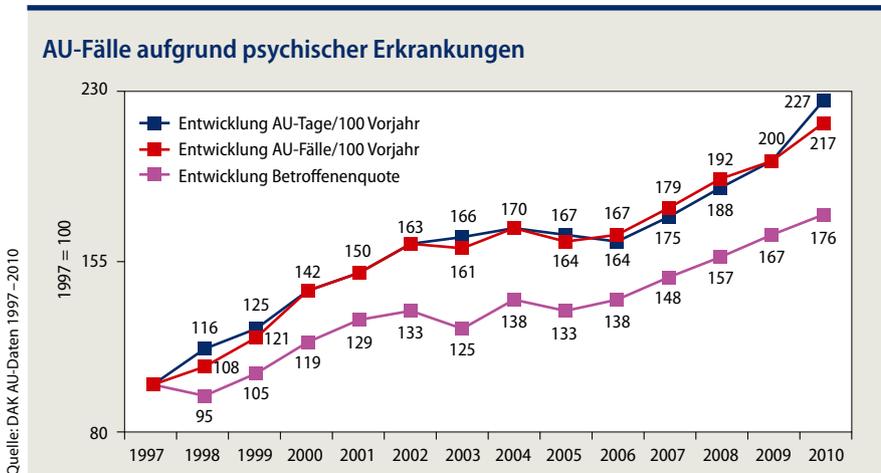
Beispielhafte Fallkonstellationen

Im Rahmen der AU-Begutachtung lassen sich modellhaft Fallkonstellationen unterscheiden, die im Folgenden beispielhaft aber nicht abschließend aufgeführt werden: Das primäre Vorliegen einer psychischen Erkrankung, sekundär der Arbeitsplatzkonflikt oder primär ein gesunder Patient, sekundär eine psychische Erkrankung auf dem Boden eines Arbeitsplatzkonfliktes.

Bei dem erstgenannten Beispiel, primär die psychische Erkrankung, sekundär der Arbeitsplatzkonflikt, handelt es sich um Patienten, deren Anamnese psychische Erkrankungen und Konfliktsituationen in anderen Lebensbereichen aufweist. Beispielsweise kann bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung oder einer Depression diese Erkrankung

die Ursache für einen Arbeitsplatzkonflikt sein. Die Untersuchung deckt eine krankheitswertige psychopathologische Symptomatik auf, die dem Patienten allerdings nicht bewusst sein muss. Bei dieser Fallkonstellation besteht oft keine Übereinstimmung zwischen dem Leistungsvermögen und dem Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Der Versicherte erfüllt die Kriterien der AU und sollte in der Regel einer intensivierten fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung sowie einer späteren stufenweisen Wiedereingliederung zugeführt werden. Ist die kurative Behandlung nicht ausreichend, um das Behandlungsziel zu erreichen, sollte an die Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit psychotherapeutischem Schwerpunkt gedacht werden.

Bei dem primär gesunden Patienten, der sekundär eine psychische Erkrankung auf dem Boden eines unlösbaren Arbeitsplatzkonfliktes hat, hat der Arbeitsplatz-



Die Fallzahlen von durch psychische Erkrankungen bedingter AU steigen seit Jahren an. Zusätzlich nimmt die Dauer der AU zu. Wer wegen einer psychischen Erkrankung AU ist, bleibt dies immer länger.

konflikt eine psychische Erkrankung verursacht, zum Beispiel eine Depression oder eine Angsterkrankung. Die Anamnese bezüglich psychischer Erkrankungen ist unauffällig. Typischerweise zeigen diese Personen in anderen Lebensbereichen weder Konflikte noch soziale Anpassungsprobleme.

In diesem Fall sind zwei Begutachtungsergebnisse häufig: Oft liegt „Arbeitsunfähigkeit auf Zeit“ vor. Die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz würde die Gesundheit und die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen erheblich gefährden. Die Attestierung von AU ist gerechtfertigt. Eine intensive kurative Behandlung oder medizinische Rehabilitationsmaßnahmen wären hier jedoch nicht zielführend. Medizinisch lässt sich dieser Konflikt daher nicht beseitigen, stattdessen wäre ein innerbetrieblicher Lösungsansatz zu überlegen. Bei Kleinbetrieben fehlt eine solche Möglichkeit oft. Dann liegt es dem zweiten Begutachtungsergebnis zufolge im Ermessen des Betroffenen, sein Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen zu lösen, ohne dass dies eine Sperrfrist der Agentur für Arbeit auslöst, wenn Maßnahmen wie beispielsweise eine Arbeitsplatzumbesetzung ausscheiden. Fordern kann die Krankenkasse dies jedoch nicht.

Endet das Beschäftigungsverhältnis während der AU, steht einer Aufnahme der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nach Rekonvaleszenz bei einem anderen Arbeit-

geber nichts entgegen, da die gesundheitsgefährdenden Faktoren am Arbeitsplatz nun nicht mehr fortbestehen. Rechtlich betrachtet handelt es sich um eine Änderung des beruflichen Umfeldes mit Fortführung einer gleichgearteten Tätigkeit, sodass die Arbeitsunfähigkeit nach § 2 Abs. 4 der AU-Richtlinien in der Regel beendet werden kann.

Auch die Fallkonstellation eines primär gesunden Patienten ohne wesentlichen Arbeitsplatzkonflikt, Beispiel für ein sogenanntes „Gefälligkeitsattest“, ist nicht selten: Der Arbeitnehmer äußert in der Untersuchung pauschal seine Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz, ohne dass eine konkrete, das alltägliche Maß überschreitende Konfliktsituation eruierbar ist. Die psychische Anamnese ist meist leer. Eine fachpsychiatrische Behandlung ist hier in der Regel weder erfolgt noch medizinisch notwendig. In diesen Fällen wird der MDK dem AU attestierenden Arzt empfohlen, diese zu beenden oder nach persönlicher Begutachtung selbst beenden. Sinnvoller wäre natürlich, die AU gar nicht erst zu attestieren.

Fazit

Psychische Erkrankungen in Kombination mit einem Arbeitsplatzkonflikt stellen hohe Anforderungen an den AU-attestierenden Arzt sowie den sozialmedizinischen Gutachter. Eine differenzierte und umfassende Betrachtung sowie die frühzeitige Einordnung der Wertigkeit des Arbeitsplatzkon-

fliktes in der Gesamtproblematik ist von entscheidender Bedeutung. Ein Arbeitsplatzkonflikt allein begründet noch keine AU.

Im Vordergrund steht bei psychisch Kranken der Erhalt des Arbeitsplatzes. Um einem Arbeitsplatzverlust vorzubeugen, sollten die behandelnden Ärzte, Betriebsärzte und Arbeitsmediziner, Krankenkassen und der MDK zeitnah und intensiv zusammen arbeiten.

Für den betroffenen Arbeitnehmer ist es besonders wichtig, dass geeignete Maßnahmen, einschließlich Hinweise auf Beratungsstellen, Einschaltung der Personalvertretung, der Organisation arbeitsplatzspezifischer Lösungsansätze, zeitnah eingeleitet werden. Auch ein betriebliches Wiedereingliederungsmanagement kann helfen, einem Arbeitsplatzverlust, einer Langzeit-AU, einer Chronifizierung der psychischen Erkrankung, Komorbidität (z. B. Abhängigkeitserkrankungen) sowie letztendlich dem sozialen Abstieg des Betroffenen vorzubeugen. □

QUELLEN / AUTOREN

Diverse BSG-Urteile vom 19.9.2002, B1 KR 11/02 R, sowie vom 7.12.2004, B1 KR 5/03, als Ausgangspunkt der aktuellen AU-Richtlinie des G-BA vom 1.1.2007
Kostenloser Download der AU-Richtlinie unter:
http://www.g-ba.de/downloads/62-492-56/RL_Arbeitsunfaehigkeit-2006-09-19.pdf

Dr. med. Edelgard Gorsky-Ostmeier
MDK Nord, Leiterin der Stabsstelle Wissen und Kommunikation, Leiterin des Fachbereichs Arbeitsunfähigkeit
Hammerbrookstr. 5, 20097 Hamburg

Dr. med. Frank Heckelmann
MDK Nordrhein, Leiter des Medizinischen Fachbereichs Arbeitsunfähigkeit

Dr. Sabine Grotkamp
MDK Niedersachsen, Leiterin der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG 1), „Leistungsbeurteilung/Teilhabe“ der MDK-Gemeinschaft

Dr. med. Bernhard van Treeck
MDK Nord, Leiter Ambulante Versorgung
Hammerbrookstr. 5, 20097 Hamburg

Regressfalle Rabattvertrag – eine Satire?¹

Boshaft? Heimtückisch? – So verprellt man jedenfalls noch den letzten niederlassungswilligen Jungarzt. Dermatologe Kollege Bratzke aus Berlin beschreibt in folgendem Artikel die „Regressfalle Rabattvertrag“ als Satire. Auch wenn der Autor selbst die Brisanz dessen, was er beschreibt, in einer Fußnote etwas abmildert, kann die Tatsache, die er schildert, nicht als Real-Satire angesehen werden, sondern es handelt sich dabei ganz klar um einen „Rechts“-Zustand, der nicht mehr Lachen, sondern Erschrecken hervorruft. Lesen Sie selbst. Machen Sie sich ein eigenes Bild. Schreiben Sie Ihre Meinung hierzu an den NEUROTRANSMITTER!

Einer meiner Patienten benötigt zur Behandlung seiner Psoriasis Methotrexat. In gewohnter Weise habe ich für den Quartalsbedarf das preiswerteste Präparat Lantarel® 10 mg/30 Tabletten zum Apothekenabgabepreis (AVP) von 31,42 € rezeptiert. Da der Festbetrag weit unterschritten wird, entsteht durch die Wahl dieses Präparates für den Patienten ein kleiner Vorteil, es fällt keine Zuzahlung an. Umso überraschter war der Patient, als die Apotheke² die Zuzahlung dennoch einforderte und ihm ein anderes Präparat aushändigen wollte. Die angebotenen Präparate lagen preislich alle deutlich höher (40,75 €) und waren damit zuzahlungspflichtig.

Unerwartetes Sozialopfer für die Kasse

Nicht etwa Lieferschwierigkeiten waren die Ursache für das teurere Angebot, vielmehr hat die Kasse mit verschiedenen Anbietern Rabattverträge vereinbart. Ist „aut idem“ auf dem Rezept nicht durchgekreuzt, muss die Apotheke das Rabattpräparat herausgeben und dessen Listenpreis abrechnen. Der GKV-Versi-

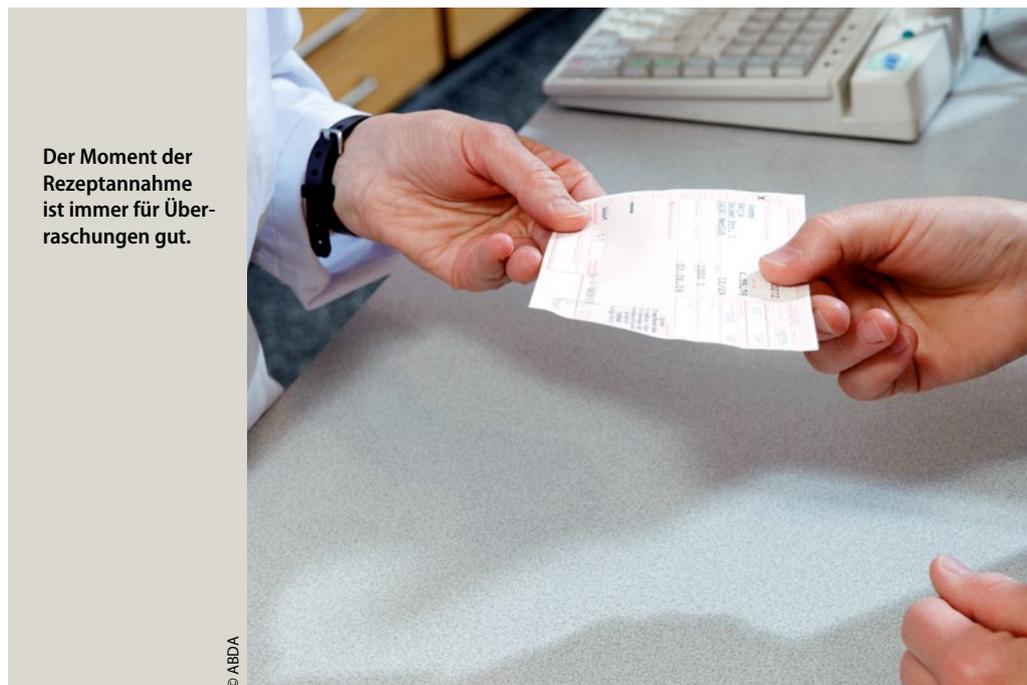
cherte muss dies hinnehmen und die unerwartete Zuzahlung gleichsam als Sozialopfer leisten, damit seine Kasse sparen kann. Wie viel sie spart, kann man nur schätzen. Angeblich liegen die vereinbarten Rabatte bei etwa 50% des Herstellerabgabepreises. Das von mir verordnete Präparat außerhalb der Rabattverträge wäre nur durch den üblichen Apothekenrabatt (2,05 €) und den Herstellerabschlag (16% auf den Herstellerabgabepreis, etwa 2,70 €) preisgemindert worden und der Versicherte hätte nichts zuzahlen müssen. Die Belastung der Kasse läge dann bei 26,65 €.

Ohne Rabattvertrag, aber unter Abzug der unnötigen Patientenzuzahlung

von 5,00 € hätte das abgegebene Methotrexat mit dem höheren Apothekenverkaufspreis (40,75 €) die Kasse 29,84 € gekostet. Dank Rabattvertrag (50 % von Herstellerabgabepreis sind etwa 12,12 €) schlägt es bei der Kasse nur noch mit etwa 17,61 € netto auf.

Die Einsparung durch den Rabattvertrag sollte mir eigentlich recht sein, denn zufällig bin ich bei derselben Kasse versichert und möchte auch auf lange Sicht keinen Zusatzbeitrag leisten. Wäre da nicht die so radikal abgesenkte Arzneimittelrichtgröße für Berliner Dermatologen. Nur noch 26,59 € je Quartal und Fall hat mir das Schiedsamt zugebilligt. Dieses Volumen bemisst sich am Apothe-

Der Moment der
Rezeptannahme
ist immer für Über-
raschungen gut.



¹ Warum ist das mit Satire überschrieben? Auch wenn der Rechenweg und die Zahlen alle richtig wiedergegeben sind, weiß ich doch, dass man wegen eines Rezepts nicht in den Richtgrößenregress kommt. Mindestens 500 abgerechnete Fälle über das Jahr will die Prüfungsstelle in der Regel haben, um die Prüfung durchzuführen. Auch entfallen nicht alle Verordnungen auf Rabattpräparate und nicht alle Rabattpräparate führen zu einer solchen Kostensteigerung. Ein übler Geschmack bleibt trotzdem zurück. Wir sollen dafür haften, dass die Kassen mit teuren Anbietern Verträge schließen.

² Die Apotheke hat den Patienten und mich auf das Problem aufmerksam gemacht.

Richtgrößenrelevante Verordnungskosten und Nettokosten der Kasse in Euro für das im Text geschilderte Beispiel		
	Rabattpräparat	Billigstes Präparat
Herstellerpreis (APU)	24,14	16,90
Großhandelszuschlag nach Arzneimittelpreisverordnung 6–15% vom APU	+1,45	+1,01
Großhandelsabschlag 0,8% vom APU	-0,19	-0,14
Apothekeneinkaufspreis (EK)	25,40	17,75
Apothekenzuschlag 3% auf EK	+0,76	+0,53
Fixer Apothekenzuschlag 8,10 €	+8,10	+8,10
Mehrwertsteuer 19%	+6,51	+5,02
Richtgrößenrelevanter Apothekenabgabepreis	40,75	31,41
Gesetzlicher Apothekenabschlag fix 2,05 €	-2,05	-2,05
Gesetzlicher Herstellerabschlag 16% vom APU	-3,86	-2,70
Zuzahlung des Patienten 10% vom Apothekenabgabepreis, mindestens 5 höchstens 10 €	-5,00	0
Nettokosten bei der gesetzlichen Kasse vor Rabattvertrag	29,84	26,65
Abzugs Rabatt geschätzt 50% des APU	-12,12	0
Nettokosten bei der gesetzlichen Kasse nach Rabattvertrag	17,61	26,65
Regressbetrag der verordnenden Praxis	-5,63	0
Die Kasse zahlt nur noch	12,14	26,65

ken-Brutto-Abgabepreis, wie er in der Roten Liste ausgewiesen wird – ohne Abzug irgendwelcher Rabatte oder Zuzahlungen, hier also 40,75 €. Und da rechne ich nach.

Hätte der Apotheker das tatsächlich von mir verordnete Medikament ausgehändigt, wäre ich bei 118% der Richtgröße angekommen, in der Wirtschaftlichkeitsprüfung also nur mit einer Beratung belastet worden. „Dank“ des Kassenrabattvertrags werde ich auf 153% hochkapultiert und riskiere den über 125% liegenden Betrag der Kasse erstatten zu müssen. Das sind dann 7,51 €. Ach ja, ganz so viel muss ich nicht zahlen, denn die Zuzahlung und die Einsparung aus dem Rabattvertrag werden auf meinen Regress angerechnet; allerdings nicht in der tatsächlich angefallenen Höhe. Da auch der Prüfungsstelle die tatsächlichen Einsparungen durch gewährte Rabatte der Hersteller nicht bekannt sind, wird die Regresssumme nur nach einer Quote vermindert. Scheinbar rächt es sich, dass ich

in einem sozial schwachen Bezirk ausharre und auch noch Pflegeheimbewohner versorge, viele sind von allen Zuzahlungen befreit. Aber auch diese „Sozialkomponenten“ berechnet die unabhängige Prüfungsstelle und lässt alles zusammen in eine Minderung des tatsächlich zu zahlenden Regressbetrages einfließen. Dieser Abschlag betrug im Richtgrößen-Prüfungsjahr 2008 in Berlin je nach Facharztgruppe und dem Anteil von zuzahlungsbefreiten Patienten in der betreffenden Praxis 20–30% von der Regresssumme.

Bediene ich mich der goldenen Mitte und lege für meinen konkreten Fall 25% als Quote zugrunde, wird also mein Regress um 1,88 € Patientenzuzahlungs- und Rabattquote auf 5,63 € gemindert. Somit kostet das Medikament die Kasse netto nur noch 12,29 €. Den größeren Anteil haben zu ungleichen Teilen der Hersteller durch seine Rabatte (11,95 und 3,83 €), ich durch meinen Regress (5,63 €), der Patient durch seine Zuzahlung

(5,00 €) und der Apotheker durch seinen Zwangsrabatt (2,05 €) bezahlt.

Das gesamte Rechenexempel ist in der Tabelle links nochmals übersichtlich zusammengefasst.

Schluss mit den Auswüchsen der Wirtschaftlichkeitsprüfung!

Schließe ich aut idem durch ein Kreuz an der richtigen Stelle aus, zahlt die Kasse mehr, der Patient und ich aber weniger. Diese Lösung mag richtig erscheinen, ist aber aus Sicht des Gesundheitsministeriums nicht erlaubt. Der Arzt darf aut idem nur ausschließen, wenn medizinische Gründe dem Rabattpräparat entgegenstehen. So schrieb das Bundesministerium für Gesundheit am 18. Februar 2011 unter dem Aktenzeichen 226-20420-04 an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. „Sofern eine Substitution aus sachfremden Gründen ausgeschlossen wird, verstößt dies gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot und ist im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sanktioniert“, teilte in diesem Schreiben Arend Becker vom Referat 225 des BMG der Ärzteschaft mit.

Und nun überlege ich, welches Kreuz ich nehme. Kreuze ich „aut idem“ aus, wird die Regressvermeidung und die Entlastung des Patienten als sachfremd im Sinne des Ministeriums angesehen und ich muss zahlen. Lasse ich das Kreuz weg und damit „aut idem“ zu, muss ich auch zahlen. Diesmal weil ich zu weit über der Richtgröße gelandet bin. Es wird höchste Zeit, die unsinnigen Auswüchse der Wirtschaftlichkeitsprüfung abzuschneiden und die Richtgrößenprüfung ersatzlos abzuschaffen. Das seit der letzten Wahl liberal geführte Ministerium hat im Gesetzgebungsverfahren zum Versorgungsgesetz die Möglichkeit dazu.

Wenn Sie das schaffen Herr Minister, dann kriegen Sie auch ein Kreuz von mir – bei der nächsten Wahl, bei Ihrer Partei.“ □

AUTOR

Burkhard Bratzke, Berlin

Der Autor ist niedergelassener Dermatologe in Berlin und Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin.

Praxisporträt

Klinik oder Praxis? – Es geht auch beides

Als Arzt sowohl in der Klinik als auch in der Praxis zu arbeiten – Dr. Christoph Kley sieht darin viele Vorteile. Benötigen seine Patienten aus dem MVZ eine stationäre Therapie, kann er sie persönlich im Krankenhaus weiterbehandeln. Da er die Patienten schon gut kennt, klappt dann vieles besser.



© Kley

Praxis-Steckbrief

Ärztlicher Leiter: Dr. Christoph Kley, Facharzt für Neurologie
Praxistyp: Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit fünf Neurologen und zwei Chirurgen
Ort: 53844 Troisdorf (Sieglar) bei Köln
Träger: St. Johannes Krankenhaus Troisdorf
Regionale Struktur: Stadt
Anteil Privatpatienten: 10 – 15%
Nächste Klinik: Neurologie: im Haus, Psychiatrie: 10 km
Zahl der Ärzte: 7 (Teilzeit)
Schwerpunkte: Parkinson, Dysphagie, MS, Epilepsie

Die Patienten wissen es zu schätzen: Müssen sie ins Krankenhaus, kennen sie den Arzt dort bereits, und der Arzt kennt sie. Denn Dr. Christoph Kley hat viele der Patienten mit Parkinson und Dysphagie, die er im St. Johannes Krankenhaus in Troisdorf-Sieglar behandelt, schon im MVZ an der Klinik betreut. Umgekehrt kann er in seiner Doppelfunktion als Klinikarzt und ambulant tätiger Neurologe die Patienten selbst nachbehandeln, wenn sie aus dem Krankenhaus entlassen werden. „Die Patienten haben es immer mit demselben Team zu tun, sehen dieselben Ärzte. Das ist gerade bei chronisch Kranken sehr wichtig“, weiß Kley.

Vorteile hat dies aber auch für die Ärzte. Es gibt keine langwierigen Übergaben beim Wechsel der Patienten vom MVZ in die Klinik, die Versorgung lässt sich viel flexibler gestalten, da die Ärzte direkten Zugriff auf die Klinikbetten haben. Umgekehrt können Patienten schneller aus der stationären Behandlung ent-

lassen werden: „Wenn ich jemand für den Montag auch ambulant einbestellen kann, muss ich ihn nicht unbedingt übers Wochenende im Krankenhaus lassen“, so der ärztliche Leiter des MVZ. Er mag gerade diese hohe Flexibilität ohne Schnittstellenprobleme, die Abwechslung zwischen den schwer kranken Klinikpatienten und den ambulanten Patienten in den Sprechstunden – vor allem aber schätzt er die Arbeit im Team: „Hier kann man immer jemanden um Rat fragen.“

Am Anfang stand ein Praxissitz

Angefangen hat der Neurologe 2004 in der Inneren Abteilung des St. Johannes Krankenhauses und betreute dort zunächst die Stroke Unit. Dann hat er jedoch einen Praxissitz erworben und diesen an die Klinik verlegt, weil er dort weiterhin konsiliarisch tätig sein wollte. Als das Krankenhaus eine eigene neurologische Abteilung gründete, bot man ihm deren Leitung an. „Ich stand dann

vor der Wahl, die Praxis abzugeben oder in ein MVZ zu überführen. Da wir noch einen zusätzlichen chirurgischen Sitz bekommen konnten, haben wir schließlich aus beiden Sitzen ein MVZ gemacht.“

Ein Viertel der Zeit am MVZ

Inzwischen arbeiten im MVZ fünf Neurologen und zwei Chirurgen in Teilzeit. Meist verbringen die Ärzte etwa einen Tag pro Woche in der ambulanten Versorgung, den Rest in der Klinik. Kley schätzt, dass er selbst ein Viertel seiner Arbeitszeit am MVZ verbringt. In seiner Sprechstunde kümmert er sich vorwiegend um Parkinson- und Dysphagiepatienten, seine Kollegen bieten Sprechstunden für MS- und Epilepsieerkrankte an. Zwei der Neurologen betreuen die Allgemeinsprechstunden, in die etwa Patienten vom Hausarzt für neurologische Untersuchungen geschickt werden. Zur Diagnostik können die Ärzte auf den Gerätepool der Klinik zurückgreifen.

Die MVZ-Ärzte übernehmen zudem viele Konsile: „Jeder hat deswegen pro Woche etwa drei Stunden Außentermine an anderen Krankenhäusern“, sagt der Neurologe. Betreut werden auch sieben Pflegeheime, in denen die Ärzte regelmäßig Visiten machen. Als ärztlicher Leiter des MVZ muss sich Kley zudem um die Kommunikation mit der KV und um Personalangelegenheiten kümmern – insgesamt arbeiten am MVZ in Teilzeit auch sieben Arzthelferinnen.

Ein Problem sind für Kley die langen Wartezeiten: Liegt kein Notfall vor, müssen sich die Patienten bis zu vier Monaten gedulden. „Das ärgert mich sehr. Gerne würde ich noch einen Arzt einstellen, durch die Deckelung der Krankenkassen ist das aber leider nicht möglich, das rechnet sich dann nicht mehr.“

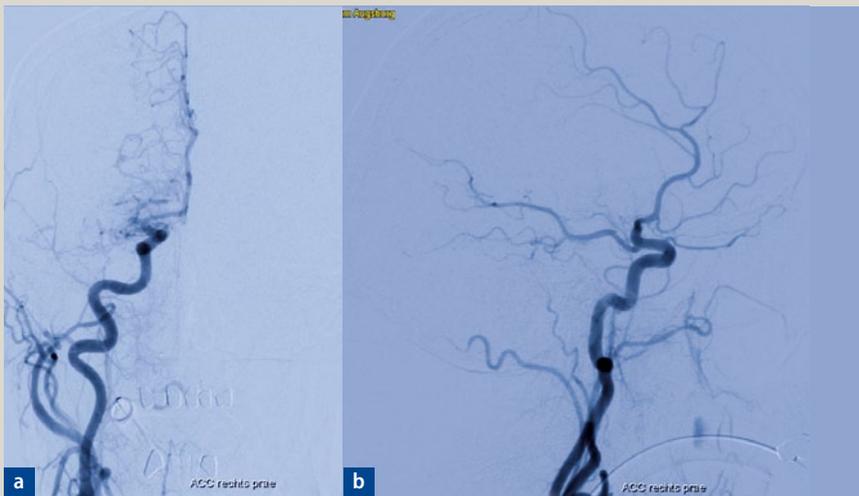
Thomas Müller

Akuter Schlaganfall

Lokale endovaskuläre Therapie auf dem Vormarsch

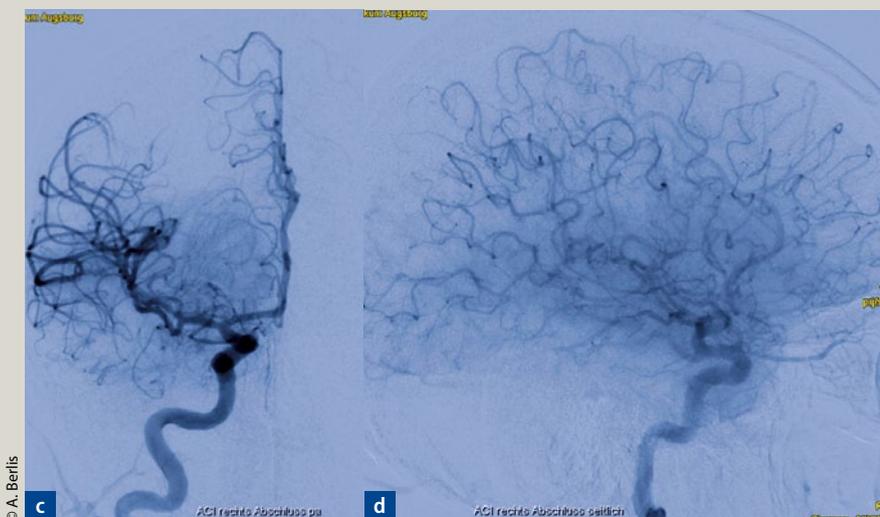
Bei einem akuten Schlaganfall ist eine hohe Thrombuslast mit lokaler Behandlung besser zu beherrschen als durch systemische Lyse. Heute ermöglichen die lokale intraarterielle Lyse und mechanische Verfahren hohe Rekanalisationsraten.

ANSGAR BERLIS



Abbildungen 1a–d: 69-jähriger Patient mit Mediainfarkt rechts.

Ausgangsbefund: A. Carotis communis rechts mit Verschluss des proximalen Mediahauptstamms.
(a: PA-Ansicht;
b: Laterale Ansicht)



Rekanalisation nach Stent-retrieving und Wiederherstellung der Durchblutung entsprechend TIC1 3. Die Rekanalisation erfolgte 27 min nach Beginn der Angiografie. Der NIHSS bei Aufnahme/Entlassung betrug 13/3.
(c: PA-Ansicht;
d: Laterale Ansicht)

34 Akuter Schlaganfall

Lokale endovaskuläre Therapie auf dem Vormarsch

43 Störungen der Hirnleistungen

Das Konzept der subkortikalen Demenz

46 Mit Melisse und Lavendel

gegen Angst und Depression?

55 PSYCHIATRISCHE KASUISTIK

Aphasie als Leitsymptom einer frontotemporalen Lobärdegeneration

60 CME Borderline-Persönlichkeitsstörung
Störungsspezifische Pharmakotherapie

65 CME Fragebogen

Die vor fast 30 Jahren erstmals beschriebene medikamentöse lokale intraarterielle Fibrinolyse ist ein seit längerem anerkanntes und etabliertes Verfahren zur Behandlung proximaler Hirngefäßverschlüsse. Sie hat allerdings erst in den letzten Jahren aufgrund neuerer Untersuchungsergebnisse bezüglich ihrer Akzeptanz einen erheblichen Aufschwung erhalten. Gründe hierfür sind, dass eine hohe Thrombuslast mit Thrombuslängen von mehr als 7 mm durch lokale Behandlung wesentlich besser als durch systemische Lyse beherrschbar ist. Hinzu kommen die multimodalen Therapiemöglichkeiten, wobei vor allem in den letzten zehn Jahren die Entwicklung mechanischer Verfahren mit dem Ziel schneller und häufiger zu rekanalisieren, vorangetrieben wurde. Mittlerweile sind mittels neuer Generationen von Stentretreivern und Saugkathetern auch bei hoher Thrombuslast Rekanalisationen in 80–90 % möglich.

Lokale intraarterielle Lyse

Die lokale intraarterielle Fibrinolyse (LIF) wurde erstmals von Sussmann und Fitch [1958] beschrieben, die erfolgreich einen ACI-Verschluss wiedereröffneten. Zeumer und Mitarbeiter leisteten seit den 1980er-Jahren Pionierarbeit bei der LIF der Hirngefäße und Lyseschemata bis hin zum „Bridging“-Therapieansatz mit einer Kombination aus systemischer und lokaler Lyse.

Bereits in der PROACT-II-Studie konnte gezeigt werden, dass die intraarterielle Thrombolyse mit Prourokinase in-

nerhalb von 6 h sicher und effektiv ist und zu einer signifikant höheren Rate funktionell unabhängiger Patienten führte, auch bei initial schwerer Schlaganfallsymptomatik und proximalem Gefäßverschluss. Die Effektivität der LIF bei der Behandlung des Schlaganfalls ist in verschiedenen klinischen Studien beschrieben worden. Experimentelle Studien haben zudem zeigen können, dass im Vergleich zur intravenösen Applikation mittels intraarterieller Gabe schneller und mit bereits geringerer Dosis eine Thrombolyse erreicht werden kann. Auch wenn die LIF bis heute nicht offiziell von der FDA zugelassen ist, stellte im Jahr 2001 eine gemeinsame Erklärung der Amerikanischen Gesellschaften für Neuroradiologie, Kardiologische und Interventionelle Radiologie fest, dass die intraarterielle Behandlung des akuten Schlaganfalls eine akzeptierte und geeignete Therapie ist.

IVT und LIF im direkten Vergleich

In jüngster Zeit sicherlich wegweisend für die Akzeptanz der Therapie, besonders aus Sicht der bis dahin eher konservativen und kontemplativen Neurologen, war die von Mattle et al. in Stroke 2008 publizierte Vergleichsarbeit von intravenöser Thrombolyse (IVT) und LIF bei Mediahauptstammverschlüssen, die in Bern und Zürich durchgeführt wurde. In dieser Arbeit konnte der eindeutige und statistisch hochsignifikante Vorteil der LIF mit Urokinase gegenüber der IVT bei vergleichbarem Patientengut mit Mediahauptstammverschluss, der bildgebend durch ein „dichtes Mediazeichen“

nachgewiesen wurde, herausgearbeitet werden. Es zeigte sich eine Differenz im Bezug auf einen guten klinischen Verlauf mit einer mRs (Modified Rankin Scale) ≤ 2 bei nahezu 30 % mehr Patienten mit LIF als bei IVT.

Keine IVT-Rekanalisation ab 7 mm Thrombuslänge

Die Kieler Arbeitsgruppe um Professor Jansen hatte auf der Neurowoche 2010 in Mannheim ihre Analysen bei 139 Patienten mit Mediahauptstammverschluss und IVT vorgestellt. Bei immerhin 89 % konnte der Thrombus im CT identifiziert werden. Innerhalb von 24 h konnte bei 51 % keine Rekanalisation erreicht werden. Diese Daten decken sich mit denen der Literatur bei IVT (Tabelle 2). Bei detaillierter Betrachtung konnten die Kieler zeigen, dass ab einer Thrombuslänge von 7 mm im Mediahauptstamm keine Rekanalisation durch IVT zu erwarten ist. Zur Detektion dieser Thrombuslast wird aus der selben Arbeitsgruppe und von Kollege Riedel 2010 in Stroke publiziert, gefordert, dass in einem nativen Dünnschicht-CT mit 2,5 mm Schichtdicke im Verlauf der A. cerebri media die Thrombuslänge vermessen wird. Entsprechend dem Ergebnis kann dann eine adäquate und Erfolg versprechende Therapie eingeleitet werden.

Bridging-Therapie

Am Klinikum Augsburg wird, wenn es der zeitliche Verlauf zulässt, regelhaft eine Bridging-Therapie initiiert, sodass innerhalb von 4,5 h mit IVT begonnen

Multimodales Behandlungskonzept				Tabelle 1
1.	Medikamentös i. v.			
2.	Medikamentös i. v.	Medikamentös intraarteriell		
3.	Medikamentös i. v.	Medikamentös intraarteriell	Mechanisch	
4.	Medikamentös i. v.		Mechanisch	
5.		Medikamentös intraarteriell		
6.	.	Medikamentös intraarteriell	Mechanisch	
7.	..		Mechanisch	

Rekanalisationsraten (53 Studien, n = 2.066 [7])		Tabelle 2
— Spontan		24,1 %
— Intravenöse Fibrinolyse		46,2 %
— Intraarterielle Fibrinolyse		63,2 %
— Kombination i. v./i. a. (Bridging):		67,5 %
— Mechanisch:		83,6 %

Mechanische Systeme zur Rekanalisationsbehandlung (seit 1999*)				Tabelle 3
	System	Funktion	Indikation/Anmerkungen	
1. Drahtsysteme	Gewöhnlicher Mikrodraht	Thrombusfraktionierung, Oberflächenvergrößerung für medikamentöse Behandlung	Sondieren intrakranieller Gefäße durch einen Mikrokatheter	
	Drahtschlinge „Snare“	Bergen oder Fraktionierung von Blutgerinnseln	Bergen von Fremdkörpern, z. B. Platinspiralen	
	Körbchen, z. B. Catch	Bergen von Blutgerinnsel	Bergen von Fremdkörpern	
	MERCI-System	Bergen von Blutgerinnsel Korkenzieher-ähnliche Drahtkonfiguration	Bergen von Blutgerinnsel	
	Alligator	„Mikrogreifzange“	Bergen von Fremdmaterial (z. B. Coils), Einzelfallberichte zu Rekanalisationen	
2. Thrombusaspiration	Proboscis OTW-Mikrokatheter	Absaugen	Mikrokatheter	
	Penumbra	Absaugen mittels Pumpe und Thrombusentfernung	Sicherheitsstudie 10/2005 – 2/2006 (20 Patienten), Folgestudie mit 125 Patienten ab 5/2006	
	X-Sizer	Rotationssystem zum Absaugen	Studie nach zwei Patienten eingestellt	
	Angiojet	Absaugen durch gepulste Hochdruckwasserpumpe	Machbarkeitsstudie	
3. Thrombuszertrümmerung	EKOS	Endovaskuläre Ultraschallanwendung mit Thrombuszertrümmerung und rtPA-Gabe	Machbarkeitsstudie, Anwendung im Rahmen IMS-II- und III-Studie (EKOS + Bridging)	
	LATIS	Direkter Laserbeschuss des Blutgerinnsels	Sicherheitsstudie, eingestellt	
	EPAR	Laser-induzierte Zertrümmerung innerhalb der Katheterspitze	Sicherheits- und Machbarkeitsstudie, eingestellt	
4. Stentretreiver	u. a. Solitaire, Trevo, Aperio, Revive, pRESET	Zurückziehbare selbstexpandierbare Stents	Aktuell die wahrscheinlich am häufigsten eingesetzten Systeme zur mechanischen Rekanalisationsbehandlung.	
5. PTA und Stent	Ballons und Stents	Rekanalisation bei arteriosklerotischer Stenose oder Verschluss mit Thrombusverlagerung in die Gefäßwand	Ballonexpandierbarer Stent (Pharos), selbstexpandierbarer Stent (Wingspan) für Hirngefäßstenosen zugelassen, PTA-Ballons für Stenosen (Zulassung z. B. für Gateway-Ballon für Hirngefäßstenosen)	
* Die Tabelle erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.				

wird, die dann intraarteriell fortgesetzt wird. Es muss aber nicht unmittelbar mit intraarterieller medikamentöser Lyse fortgefahren werden. Befundabhängig kann auch direkt mechanisch behandelt und die residuale Lyse für in die Peripherie abgeschwemmte Blutgerinnselanteile benutzt werden. Die Therapieoptionen und multimodalen Behandlungskonzepte sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Tabelle 2 zeigt die Rekanalisationsraten einer Datenanalyse von 53 Studien [Rha und Saver 2007].

Mechanische Rekanalisation

Neben der lokalen Fibrinolyse mit Urokinase und Actilyse sind in den letzten zehn Jahren mechanische Rekanalisationsverfahren weiterentwickelt worden, die alleine oder in Kombination mit LIF zu Rekanalisationsraten bis zu 90% führen. Als mechanische Rekanalisations-systeme wurden in den letzten zehn Jahren die in Abbildung 3 gelisteten Systeme verwendet. Aktuell am häufigsten eingesetzt werden Stentretreiver (z. B. Solitaire, ev3; Trevo, Concentric; Apero, Acandis; Revive, Codman; pRESET, Phenox). Dabei handelt es sich um selbstexpandierbare Stents, die innerhalb des Thrombus platziert werden, dort für wenige Minuten verweilen und anschließend mit dem Ziel, den Thrombus herauszuziehen, entfernt werden (Abbildungen 1a–d). Weitere häufig eingesetzte Systeme sind das MERCI-System, das wie ein Korkenzieher im entfalteten Zustand aussieht und mit dem ebenfalls das Blutgerinnsel herausgezogen werden soll. Das Absaugsystem Penumbra hat sich durch hohe Rekanalisationsraten ausgezeichnet. Je kaliberstärker der Saugkatheter desto besser die Ergebnisse. Allerdings ist es oft schwierig diese relativ dicken Mikrokatheter vor Ort zu navigieren, sodass kleinere Systeme eingesetzt werden, die dann nicht so effektiv und schnell zu einer Rekanalisation führen.

Klinischer Verlauf

Nach wie vor ist die Rekanalisationsrate der wichtigste Faktor für einen guten klinischen Verlauf. Rha und Saver konnten 2007 in einer Analyse von 33 Studien mit 998 Patienten zeigen, dass ein guter funktioneller klinischer Verlauf nach drei Monaten häufiger bei Patienten mit Rekanalisation als bei erfolgloser Rekanalisation

mit persistierendem Verschluss zu erwarten ist (Odds Ratio, OR: 4,43, 95%-Konfidenzintervall, KI 3,32–5,91).

Es muss kritisch angemerkt werden, dass die zuletzt publizierten Ergebnisse mechanischer Verfahren zwar mit hohen Rekanalisationsraten aufwarten konnten, diese aber sich beileibe nicht in guten klinischen Verläufen widerspiegelten.

Lagen in der initialen Penumbra-Studie [AJNR 2008] die Rekanalisationsrate noch bei 100%, so konnte in der folgenden Studie bei Verwendung dieses „Absaugkatheters“ bei 125 Patienten immer noch eine Rekanalisationsrate von 82% erreicht werden. Diese exzellenten Daten werden vom klinischen Verlauf mit nur 25% mit einem mRS von ≤ 2 und einer Mortalität von 33% nach 90 Tagen erheblich getrübt. Eine mögliche Ursache für den schlechten klinischen Verlauf mag in der erheblichen Zeitverzögerung von 2,2 h vom Eintreffen des Patienten (1,9 h) bis zur Gefäßpunktion (4,1 h) liegen.

Ähnliche Ergebnisse zeigte eine von Taschner et al. publizierte Arbeit. Hier wurden vergleichbare Daten der Rekanalisationsbehandlung ohne und mit Penumbra-System verglichen. Wie in der Penumbra-Studie waren die Rekanalisationsergebnisse mit 78 versus 53% beein-

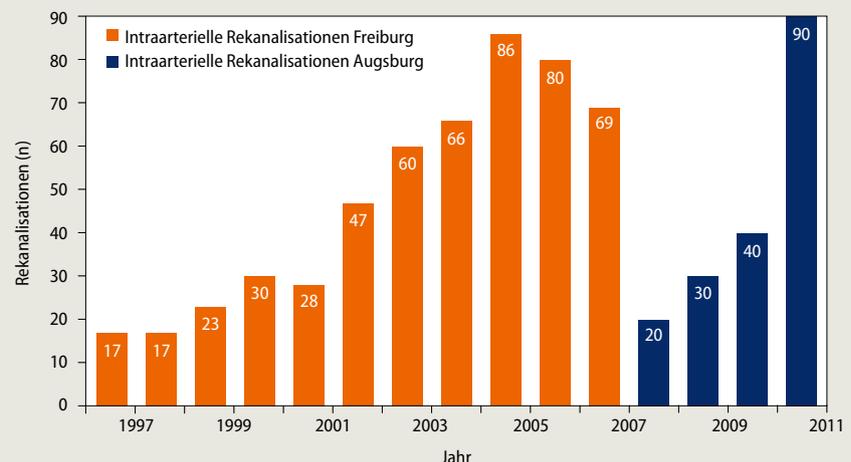
druckend. Der klinische Verlauf bei Entlassung lag mit Penumbra bei 15% mit $mRS \leq 2$ und erstaunlicherweise bei 35% in der Kontrollgruppe.

Bildgebende Diagnostik

Diese Ergebnisse sind ernüchternd und sprechen nicht für eine erfolgversprechende zukunftsweisende Methode. Dem muss man allerdings entgegenhalten, dass wir heute Methoden in die Hand gelegt bekommen, die eine Rekanalisation in hohem Maß ermöglichen, die aber nur dann eingesetzt werden sollten, wenn eine klare Indikation besteht. An dieser Stelle muss die initiale Bildgebung, die zur Therapieentscheidung führt, in den Vordergrund gerückt werden.

Die Interpretation des CT und der CT-Angiografie oder eines MRT und der MR-Angiografie sind entscheidend für den klinischen Verlauf. Bei sich bereits demarkierenden Infarkten muss analysiert werden, ob eloquente Areale vorhanden sind, die erhaltungswürdig sind. Bei fehlendem intrakraniellen Verschlussnachweis sollte eine vorgeschaltete zervikale oder im Bereich der Schädelbasis lokalisierte Stenose oder der Verschluss durch Arteriosklerose oder Dissektion in Betracht gezogen werden, die es mögli-

Endovaskuläre Schlaganfallbehandlung (Freiburg 1997–2007, Augsburg 2008–2011)



*Die Daten für 2008 und 2011 sind extrapoliert aus den Daten von 5–12/2008 und 1–6/2011. Im ersten Halbjahr 2011 erfolgten 45 Schlaganfallbehandlungen, 22 wurden mit rTPA behandelt, davon 16 kombiniert i. a. und i. v. Bei 22 Patienten wurde das mechanische Stentretreivingsystem Solitaire (ev3) eingesetzt.



Abbildung 3:
Solitaire-
Stentriever mit
Blutclot.

cherweise aus hämodynamischen Gründen zu eröffnen gilt. Genauere Analysen der Kollateralen, besonders der leptomeningealen Kollateralen sind in der CT-A und MR-A nachweisbar, wenngleich eine Quantifizierung und eine Beurteilung der Qualität nur durch fehlende definitive Infarktdemarkierung erreicht werden. Zusätzliche Perfusionsmessungen können besonders bei hämodynamisch bedingten Durchblutungsstörungen hilfreich sein.

Keine rigiden Zeitfenster

Aus den aufgeführten Punkten lässt sich erschließen, dass rigide Zeitfenster für eine Therapieentscheidung nicht ausreichen. Bei fehlender Kollateralversorgung ist bereits nach weniger als 1 h im CT ein demarkierter Infarkt zu erkennen, der in keinem Fall weder systemisch noch intraarteriell behandelt werden sollte. Dem gegenüber sind in bestimmten Fällen auch Rekanalisationsbehandlungen nach zum Teil weit mehr als 6 h angezeigt und durchaus erfolgversprechend, wenn die Interpretation der initialen Bildgebung sowie klinische und morphologische Aspekte dies in Aussicht stellt. Dies benötigt eine enge Kooperation von Neurologie und klinisch denkenden Neurointerventionalisten.

Interventionelle Erfahrung entscheidend

Die intraarterielle Rekanalisation wird in den kommenden Jahren nicht zuletzt auch aufgrund der demografischen Entwicklung immer häufiger werden. Leider kann im Gegensatz zu der einfachen Handhabung der systemischen Lyse derzeit kein flächendeckender Einsatz dieser Methode erfolgen, da ein diagnostisch und interventionell erfahrener Neuroradiologe erforderlich ist und die Quali-

tät und der klinische Erfolg unmittelbar hiermit zusammenhängen.

Wahrscheinlich kann die Therapie auch von Ärzten ohne neurointerventionelle Spezialisierung relativ rasch erlernt werden. Die Gefahr besteht im fehlenden Beherrschen des Komplikationsmanagement und vor allem darin, dass die Qualität der Ergebnisse eben nicht einfach nur mit dem Erfolg der Rekanalisation verbunden ist.

Hohe Rekanalisationsraten und guter klinischer Verlauf

Die von Smith et al. 2008 veröffentlichten Ergebnisse der Multi-Merci-Trial zeigen einen guten klinischen Verlauf mit mRs ≤ 2 bei 36% der Patienten mit einer Rekanalisationsrate von 45,5% bei Verwendung des alten und von 57,3% bei Verwendung des neuen Systems. Wird dieses wie ein Korkezieher aussehende Retrieversystem mit einer medikamentösen Lysebehandlung kombiniert, erhöht sich die Rekanalisationsrate auf 69,5% bei insgesamt 2,5% systembezogener Komplikation.

Ein besseres Beispiel für gute Rekanalisationsergebnisse zeigen die kürzlich auf der internationalen Stroke-Konferenz 2011 in Hamburg präsentierten Ergebnisse des SolitaireTM-Revaskularisationssystems. Anderson et al. stellten ihre retrospektiven Multizenterdaten aus sechs europäischen Kliniken mit Erfahrung im Gebrauch dieses Stentrieverystems vor. Es wurden 141 Patienten mit einer medianen NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) von 18 behandelt. Eine erfolgreiche Rekanalisation mit TICI (Thrombolyse in cerebral infarction score) ≥ 2 war bei 86% der Patienten möglich. Eine Rekanalisation erfolgte im Median in 45 min nach Leistenarterienpunktion. Ein guter klinischer Verlauf fand sich bei 56% der Patienten nach 90 Tagen. Was ist der Grund für diese guten Ergebnisse? Zum einen sicher, dass sich hier erfahrene Schlaganfallkliniken mit hohen Fallzahlen zusammengeschlossen haben, die über die entsprechende Erfahrung in der Patientenselektion zur Therapie verfügen. Zum anderen führt die Entfaltung des Stents zu einer kürzer oder länger währenden Rekanalisation, sodass der Blutstrom wiederhergestellt ist, da das Thrombusmaterial zunächst zwischen Stent-

streben und Gefäßwand verlagert wird. Nach wenigen Minuten dringt das Thrombusmaterial in der Regel wieder in den Stent ein, verhakt sich zwischen den Stentstreben und kann dann nach 3–5 min zusammen mit dem Stentsystem retrahiert werden. Unter Aspiration wird dann der Stentriever mit dem Blutclot durch den Führungskatheter nach außen geführt (Abbildung 3). Innerhalb des Führungskatheter kann das Blutgerinnsel abgestreift werden, sodass der Aspiration und anschließenden Reinigung des Führungskatheter besonderes Augenmerk geschenkt werden muss.

Neurovaskuläre Zentren

Die positiven Ergebnisse der intraarteriellen Rekanalisationsbehandlung sollten Anlass dafür sein, dass Patienten mit schweren Schlaganfall aus einem peripheren Haus entsprechend der 2010 in Stroke publizierten Arbeit von Pfefferkorn et al. „Drip, ship, and retrieve“ in ein neurovaskuläres Zentrum verbracht werden. Die Anzahl neurovaskulärer Zentren mit Expertise und ausreichenden Fallzahlen in intraarterieller Rekanalisation hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen, wird aber in den nächsten Jahren weiter steigen müssen. Ziel darf es allerdings nicht sein, dass die Methode durch fachfremde und geringe Fallzahlen und damit verbundenen schlechten Ergebnissen diskreditiert wird.

Fazit

Die intraarterielle Rekanalisation ist eine multimodale Therapie bei der Neurointerventionalisten mit ihrer Materialkunde und dem Wissen und die Handhabung der verschiedenen Rekanalisationssysteme den wichtigsten Teil einnehmen. Der Garant für den Erfolg ist aber die interdisziplinäre Diskussion bei der Klinik und Ergebnisse der Bildgebung in einer sinnvollen Indikationsstellung münden. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

PD Dr. med. Ansgar Berlis

Diagnostische und interventionelle
Neuroradiologie, Klinikum Augsburg
Stenglinstr. 2, 86356 Augsburg
E-Mail: ansgar.berlis@klinikum-augsburg.de

LITERATUR:

1. Anderson T, Castaño C, Mendes Pereira V, Chapot R, Bonafé A, Grala J. Solitaire™ FR Revascularization Device: A Multi-Center retrospective study as a first line device for acute ischemic stroke. Abstract
2. Berlis A, Lutsep H, Barnwell S, Norbash A, Wechsler L, Jungreis CA, Woolfenden A, Redekop G, Hartmann M, Schumacher M. Mechanical Thrombolysis in acute ischemic stroke with EPAR (Endovascular Photoacoustic Recanalization). *Stroke* 35:1112-1116, 2004
3. Bose A, Alfke K, Henkes H, Reith W, Mayer T, Berlis A, Branca V, Sit SP for the Penumbra Stroke Trial Investigators. The Penumbra system: A mechanical device for the treatment of acute stroke due to thromboembolism. *AJNR Am J Neuroradiol* 2008;29:1409-13
4. Eckert B. Acute stroke therapy 1981-2009. *Clinical Neuroradiology* 1:8-19, 2009
5. Mattle HP, Arnold M, Georgiadis <d, <baumann C, Nedeltchev K, Benninger D, Remonda L, Budingen C von, Diana A, Pangalu A, Schroth G, Baumgartner RW. Comparison of Intra-arterial and Intravenous Thrombolysis for Ischemic Stroke with Hyperdense Middle Cerebral Artery Sign (HMCAS) *Stroke* 39:379-383, 2008
6. Pfefferkorn T, Holtmannspötter M, Schmidt C, Bender A, Pfister HW, Straube A, Mayer TE, Brückmann H, Dichgans M, Fesl G. Drip, ship, and retrieve: cooperative recanalization therapy in acute basilar artery occlusion. *Stroke* 2010
7. Rha J-H and Saver JL. The impact of recanalization on ischemic stroke outcome: a meta-analysis. *Stroke* 38:967-973, 2007
8. Riedel CH, Jensen U, Rohr A, Tiedtke M, Alke K, Ulmer S, Jansen O. Assessment of thrombus in acute middle cerebral artery occlusion using thin-slice nonenhanced computed tomography reconstructions. *Stroke* 41:1659-1664, 2010
9. Smith WS, Sung G, Saver J, Budzik R, Duckwiler G, Liebeskind DS, Lutsep HL, Rymer MM, Higashida RT, Starkman S, Gobin YP, Frei D, Grobelny T, Hellinger F, Huddle D, Kidwell C, Koroshetz W, Marks M, Nesbit G, Silverman IE. Mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke: final results of the Multi MERCI Trial. *Stroke*, 39:1205-12, 2008
10. Sussmann BJ, Fitch TSP. Thrombolysis with fibrinolysis in cerebral artery occlusion. *J Am Med Assoc* 167:1705-1709, 1958
11. Taschner CA, Treier M, Schumacher M, Lehre N, Berlis A, Weber J, Niesen WD. Mechanical thrombectomy with the penumbra recanalization device in acute ischemic stroke. *Journal of Neuroradiology*, 38:47-52, 2011
13. Zeumer H, Hacke W, Kolmann HL, PoECK K. Lokale Fibrinolysetherapie bei Basilaristhrombose. *Dtsch Med Wochenschr* 107:728-31, 1982

Störungen der Hirnleistungen

Das Konzept der subkortikalen Demenz

Die Differenzialdiagnose der subkortikalen Demenz folgt im Ansatz dem Konzept für den kortikalen Typ, stellt diesem aber die Störungen von Basisfunktionen höherer Hirnleistungen und deren mittelbare Auswirkungen auf „Hirnwerkzeuge“ gegenüber.

CLAUS-W. WALLESCHE

Die klinische Definition der konstituierenden Symptome des Syndroms der Demenz über die Phänomenologie der Alzheimer-Demenz durch ICD und DSM hat die syndromatische Zuordnung anderer zu Demenz führender degenerativer und nicht-degenerativer Erkrankungen erschwert (Tabelle 1). So ist das im DSM IV zwingend erforderliche Symptom einer Gedächtnisstörung für die Alzheimer-Demenz charakteristisch, es steht bei frontotemporalen Demenzen oder der Demenz mit Lewy-Körperchen jedoch häufig nicht im Vordergrund. Dies gilt insbesondere für frühe Stadien dieser Erkrankungen, in denen alltagsrelevante Defizite nicht das Gedächtnis, sondern andere kognitive Funktionen betreffen. So konnten Shinagawa et al. [6] zeigen, dass bereits drei Jahre vor Diagnosestellung 41% der späteren Patienten mit frontotemporaler Demenz Veränderungen im Sozialver-



Psychomotorische Verlangsamung gilt als ein Charakteristikum für eine subkortikale Demenz.

Tabelle 1

Demenzkriterien [DSM IV]

Die kognitiven Defizite verursachen eine signifikante Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktionen und stellen eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar. Sie treten nicht im Rahmen einer rasch einsetzenden Bewusstseins-trübung oder eines Delirs auf. Zur Beeinträchtigung des Gedächtnisses muss noch mindestens eine der folgenden Störungen hinzutreten:

- Aphasie
- Apraxie
- Agnosie
- Dysexekutives Syndrom

© Klaus Rose

Tabelle 2

Erkrankungen, bei denen eine Demenz vom subkortikalen Typ auftreten kann (unvollständige Liste)	
Extrapyramidale Erkrankungen	Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom Morbus Parkinson Chorea Huntington Morbus Wilson
Subkortikale vaskuläre Schädigung	Subkortikale arteriopathische Enzephalopathie CADASIL Vaskulitiden und Kollagenosen
Raumforderungen	Normaldruckhydrozephalus Aquäduktstenose (wegen Kompression des periaquäduktalen Graus gelegentlich sehr eindrucksvolle Symptomatik) Chronisches SDH Langsam wachsender Tumor
Chronisch entzündliche Erkrankungen	Sarkoidose M. Whipple Multiple Sklerose HIV-Enzephalopathie
Intoxikationen	Postakute und chronische Intoxikationen (z. B. Schwermetalle, CO, Alkoholdemenz, Psychopharmaka)
Metabolische Störungen	Chronische metabolische Störungen (kardio-pulmonale, renale, hepatische Insuffizienz) Hypothyreose Hypophyseninsuffizienz Rezidivierende Hypoglykämien Zerebrale Speicherkrankheiten (z.B. Leukodystrophien)
Weitere Erkrankungen	Z. n. Schädel-Hirntrauma Z. n. (tiefen) Massenblutungen Leukencephalopathie nach Bestrahlung und Chemotherapie Depression

ten, 59% mit semantischer Demenz sprachliche Auffälligkeiten und 62% der später mit Morbus Alzheimer diagnostizierten Gedächtnisdefizite aufwiesen – ein starker Hinweis auf die Bedeutung der Anamnese in der Differenzialdiagnostik der degenerativen Demenzen.

Störung höherer „kortikaler“ Funktionen ...

Nach ICD 10 ist Demenz ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer „kortikaler“ Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Hier wird Demenz als

Störung mutmaßlich kortikaler Funktionen definiert. Ohne hier diskutieren zu wollen, welche Funktionen im Gehirn kortikal oder subkortikal repräsentiert sind, ist festzustellen, dass die ICD Leistungen auflistet, die im Rahmen umschriebener Hirnverletzungen weitgehend isoliert gestört sein können („Hirnwerkzeugstörungen“). Die Demenz stellt sich im ICD als Syndrom aus multiplen Teilleistungsstörungen dar.

.. oder von Basisfunktionen und deren mittelbare Auswirkungen?

Das Konzept der subkortikalen Demenz folgt diesem Ansatz für die „kortikalen Demenzen“, stellt diesen aber die Auswirkungen von Störungen von Basis-

funktionen höherer Hirnleistungen gegenüber. Störungen von Aufmerksamkeitsfunktionen, Antrieb und psychomotorischer Geschwindigkeit beeinträchtigen kognitive Prozesse generell und haben so mittelbare Auswirkungen auf die genannten „Hirnwerkzeuge“ Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Sie treten besonders häufig bei symptomatischen Demenzen infolge chronischer metabolischer und nutritiver Störungen, intrakranieller Raumforderungen oder entzündlicher Prozesse wie bei Multipler Sklerose auf und sind häufiger als degenerative Demenzen mit EEG-Veränderungen verbunden. Für die Planung der Diagnostik werten Wallesch und Förstl [7] die Verlangsamung und Antriebsstörung wie ein neurologisches Herdzeichen, das erweiterte bildgebende und Labordiagnostik nach sich ziehen müsse (zur Labordiagnostik vgl. Lang [5]).

Verhaltensneurologischer Algorithmus

Die Gegenüberstellung von „kortikalen“ und „subkortikalen“ Demenzsyndromen durch Albert et al. [1] war und ist für die verhaltensneurologische klinische Diagnostik somit von erheblicher Bedeutung. Zu einer Zeit, in der die zerebrale Bildgebung gerade einmal in den Kinderschuhen steckte, gab sie einen Algorithmus vor, mit dem potenziell behandelbare Demenzen erfasst und von der zahlenmäßig dominierenden Alzheimer-Demenz abgegrenzt werden konnten. Andere Autoren haben später als dritten phänomenologischen Typus die „frontale“ Demenz hinzugefügt, der sich aber – vor allem wegen der geringeren klinischen Bedeutung – nicht in dem Umfang durchgesetzt hat, wie der Terminus „subkortikale Demenz“. Wegen der engen physiologischen Beziehungen zwischen Basalganglien und Frontalhirn ist die phänomenologische Unterscheidung der subkortikalen von der frontalen Demenz schwierig (z. B. Verlangsamung und Antriebsstörung als subkortikale versus Abulie und Mutismus als frontale Symptome [3]).

Albert et al. beschrieben 1974 die neuropsychologische Symptomatik von 56 Fällen mit progressiver supranukleärer Parese (Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom). Alle fünf eigenen Fälle und

weitere 51 aus der Literatur wiesen psychomotorische Verlangsamung auf. Im Folgenden werden Kernaussagen dieser Arbeitsgruppe vorgestellt [1]. Es zeigt sich, dass das Konzept hinsichtlich der konstituierenden Symptome reduziert, hinsichtlich der zugrunde liegenden Erkrankungen jedoch ausgeweitet wurde: *“Progressive supranuclear palsy (Steele et al.) has a characteristic pattern of dementia: (1) forgetfulness, (2) slowing of thought processes, (3) emotional or personality changes (apathy or depression with occasional outbursts of irritability), and (4) impaired ability to manipulate acquired knowledge. In many neurological disease states associated with subcortical pathology, a similar pattern of dementia exists. The neurobehavioral changes of progressive supranuclear palsy thus typify a clinical pattern which may be referred to as subcortical dementia.”*

Aktuelle Kriterien zur Charakterisierung

Heute werden andere diagnostische Kriterien für die subkortikale Demenz herangezogen, die etwa der Charakterisierung durch Cummings und Benson entsprechen [4]:

- Psychomotorische Verlangsamung
- Vergesslichkeit und kognitive Beeinträchtigungen als Epiphänomen
- Apathie
- Depressivität
- Außerdem, von Cummings und Benson beschrieben, aber als Kriterium nicht genannt, die Leistungsverbesserung durch Außenantrieb (Stimulation durch den Untersucher).

Die Vergesslichkeit beruhe laut Albert et al. nicht auf einer Gedächtnisstörung im engeren Sinne: Wenn den Patienten genügend Zeit eingeräumt und auf sie verbale Anfeuerung oder auch Druck angewendet wurde, ließen sich die Leistungen deutlich verbessern. Neben der psychomotorischen Verlangsamung bestünden Defizite selbstgenerierter Aktivierungen.

Defizite kortikaler Funktionen wie aphasische, apraktische oder agnostische Symptome fanden Albert et al. nicht. Die Erstbeschreiber wiesen bereits auf die klinische Ähnlichkeit mit der Demenz bei bilateralen Frontalhirnläsionen hin.

Schließlich wagen Albert et al. eine spekulative Vorhersage: *“If the subcortical dementias are produced by disturbances of activating, alerting, or timing mechanisms,*

then drugs which have an effect on the anatomical systems dealing with these mechanisms – for example amphetamines, L-dopa ... – may have a therapeutic usefulness in the treatment of dementia.” Diese Vorhersage wird heute in der Neurologischen Rehabilitation umgesetzt. Auch deshalb, weil die Lenkung therapeutischer Aufmerksamkeit auf Antrieb und psychomotorische Geschwindigkeit konkrete pharmakologische Therapieoptionen (Dopaminergika, Amantadin, antriebssteigernde Antidepressiva, Amphetamine) nach sich ziehen kann, ist das Konzept der subkortikalen Demenz weiterhin fruchtbar.

Bedeutsame diagnostische Entität

Der angesichts der klinischen Leitsymptome und pharmakotherapeutischen Optionen griffige Terminus „subkortikale Demenz“ hat sich behaupten können, auch wenn viele Patienten, die diesem Syndrom zugeordnet werden, keine schwerpunktmäßige Läsion oder Funktionsstörung in subkortikalen Kerngebiete

aufweisen [3]. Umgekehrt weisen Patienten mit subkortikalen degenerativen Erkrankungen nur Einzelaspekte des Syndroms der subkortikalen Demenz auf [2].

Tabelle 1 stellt eine Liste von Krankheiten dar, die mit dem Syndrom der subkortikalen Demenz einhergehen können. Wegen der Vielzahl dieser symptomatischen und potenziell behandelbaren Erkrankungen ist die subkortikale Demenz weiterhin eine klinisch bedeutsame diagnostische Entität, ein Syndrom bestehend aus einer überzufällig häufigen Assoziation von Symptomen, das erweiterte Diagnostik (Bildgebung, EEG, interistische Diagnostik, Labor, Liquor) nach sich ziehen sollte. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Claus-W. Wallesch

BDH-Klinik Elzach

Am Tannwald 1, 79215 Elzach

E-Mail: claus.wallesch@neuroklinik-elzach.de

Anzeige

Naturheilkunde bei somatoformen Störungen

Mit Melisse und Lavendel gegen Angst und Depression?

Wenn Patienten im Rahmen einer Somatisierungsstörung durch Ängste und Depressionen belastet sind, kann die Natur helfen: So zeigten zum Beispiel Passionsblumenextrakt und Lavendelöl eine ähnlich starke anxiolytische Wirkung wie ein Benzodiazepin. Vor allem mit Kombinationen verschiedener Pflanzeninhaltsstoffe lassen sich Erfolge erzielen.

KARIN KRAFT



Kann Balsam für die Seele sein: Lavendel.

Nach dem ICD-10 werden folgende psychosomatische Erkrankungen unterschieden.

- Die Somatisierungsstörung (F45.0) ist gekennzeichnet durch multiple, wiederholt auftretende, häufig wechselnde körperliche Symptome, die seit mindestens zwei Jahren bestehen. Sie ist oft mit einer lang dauernden Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens verbunden.
- Bei der undifferenzierten Somatisierungsstörung (F45.1) bestehen die Beschwerden seit weniger als zwei Jahren, die Symptome sind hinsichtlich Anzahl und Schwere geringer ausgeprägt als bei F45.0.

Die 12-Monatsprävalenz aller Somatisierungsstörungen beträgt im Alter zwischen 18 und 65 Jahren 6,3%; dabei sind Frauen häufiger betroffen als Männer [1].

Typisch sind die andauernden Klagen über verschiedene und ständig wechselnde körperliche Beschwerden.

Bei den Somatisierungsstörungen nach F45.0 und F45.1 treten häufig Angst und Depression auf [2]. Diese beiden Symptome werden nicht nur in klinischen Studien verwendet, um den Erfolg von Therapien zu beurteilen, sondern eignen sich auch in der ärztlichen Praxis für die Beobachtung von Verlauf und Therapie-wirksamkeit [3].

Die Symptome Angst und Depression werden entsprechend den Leitlinien mit Arzneimitteln aus den Gruppen Anxiolytika, Sedativa und Antidepressiva behandelt. Diese haben auch den Patienten gut bekannte Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, innere Unruhe, Sedierung, Abhängigkeits- und Gewöhnungspotenzial, weshalb sie oft abgelehnt werden. Angst

und Depression können jedoch auch mithilfe der Phytotherapie behandelt werden. Die Evidenzlage bezüglich klinischer Studien ist bisher gering, aber es liegen langjährige klinische Erfahrungen vor.

So wirkt Phytotherapie bei Angst und Depression

Der Neurotransmitter Gamma-Aminobuttersäure (GABA) spielt eine große Rolle bei der Kontrolle von Angst und Stressreaktionen. Die Benzodiazepine, die seit Jahrzehnten als Anxiolytika und Sedativa verwendet werden, steigern die GABAerge Aktivität, haben jedoch ein erhebliches Abhängigkeitspotenzial. In den letzten Jahren wurde deshalb verstärkt nach Naturstoffen mit anxiolytischen und sedierenden Eigenschaften gesucht. Fündig wurde man bei alten Bekannten, die bisher hauptsächlich als

pflanzliche Hypnotika mit milder Wirkung beziehungsweise als Antidepressiva eingestuft wurden, nämlich bei Extrakten aus Baldrianwurzel, Hopfenzapfen, Melissenblättern, Passionsblumenkraut, Johanniskraut und auch beim Lavendelöl. Interessanterweise hat jedes dieser Phytotherapeutika sein eigenes Wirkprofil; die Sinnhaftigkeit von großenteils seit Jahrzehnten erhältlichen Kombinationsarzneimitteln aus Phytotherapeutika wird durch aktuelle pharmakologische Untersuchungen bestätigt.

- Inhaltsstoffe der Baldrianwurzel binden an GABA-Rezeptoren, zudem steigert der Extrakt nicht nur die GABA-Freisetzung, sondern reduziert auch den Re-uptake [4–6]. In tierexperimentellen Studien mit Baldrianextrakten wurden Verhaltensveränderungen im Sinne einer Verminderung von Depressionen und Angst beobachtet. Sedierende Effekte wurden dagegen nicht nachgewiesen [7, 8].
- Hopfenextrakt hemmt dagegen den Abbau von GABA und wirkt zudem zentral sedierend [4, 9].
- Extrakte aus Melissenblättern hemmen nicht nur den Abbau von GABA, sondern wirken auch auf das cholinerge System des ZNS, wodurch sie Stimmung und Gedächtnisfunktion insbesondere unter Stressbedingungen günstig beeinflussen [4, 10–12].
- Für Passionsblumenextrakt wurden dagegen direkte GABAerge und anxiolytische Wirkungen nachgewiesen [13].
- Inhaltsstoffe von Lavendelöl besetzen direkt zerebrale GABA-Rezeptoren, der Effekt wird durch die Kombination mit Melissenöl verstärkt [10].

Die antidepressive, stimmungsaufhellende und tiefschlaffördernde Wirkung von Johanniskrautextrakten beruht auf der unspezifischen Wiederaufnahmehemmung von Neurotransmittern wie Noradrenalin, Serotonin, Dopamin, GABA und Glutamat und der Modulation der zugehörigen Rezeptoren. Psychovegetative Störungen, Angst und nervöse Unruhe werden im Rahmen der Gesamtwirkung mit beeinflusst [14–16].

Wirksamkeit in klinischen Studien

Klinische Studien bei Patienten mit generalisierten Angststörungen zeigten ebenfalls günstige Wirkungen. So waren

45 Tropfen Passionsblumenextrakt/Tag nach vier Wochen ebenso wirksam wie 30 mg Oxazepam/Tag [17]. Nach zwei Wochen Therapie mit aufkonzentriertem Lavendelöl (80 mg/Tag) zeigte sich eine signifikante Anxiolyse, nach sechs Wochen entsprachen die anxiolytische Wirkung und Verbesserung der Lebensqualität der von Lorazepam (0,5 mg/Tag) [18, 19]. Bei Somatisierungsstörungen (F45.0, F45.1) wirkten 2 x 300 mg Johanniskrautextrakt/Tag innerhalb von sechs Wochen anxiolytisch, die Responderrate war mit 45,4% gegenüber Placebo (20,9%) deutlich höher [20, 21].

Kombinationen besser als Monotherapie

Kombinationen der genannten Phytotherapeutika sind der Monotherapie offenbar überlegen. Nach klinischen Studien scheint die antidepressive Wirkung bei der Kombination von Johanniskrautextrakt mit Baldrianextrakt oft schon ab dem zehnten Behandlungstag einzutreten, die anxiolytischen und spannungslösenden Wirkungen sind zudem ausgeprägter als bei einer Monotherapie mit 900 mg Johanniskraut/Tag [22, 23].

Bei Patienten mit Somatisierungsstörungen (F45.0, F45.1) konnte eine zweiwöchige Therapie mit einem Kombinationspräparat aus Pestwurz-, Baldrian-, Passionsblumen- und Melissenextrakt Angst bei 71,2% und Depression bei 55,9% der Patienten zu über 50% verbessern, mit Placebo nur bei 16,7% beziehungsweise 13,0%. Bei 2,2% der Patienten traten leichte Nebenwirkungen auf [24].

Einsatz von Phytotherapie bei Angst

Phytotherapie eignet sich zur Therapie von leichten bis mittelschweren Angstzuständen insbesondere, wenn eine mittelfristige bis längere Behandlung erforderlich ist. Nicht nur die Angst selbst, sondern auch Folgezustände können erfahrungsgemäß gebessert werden, zum Beispiel Niedergeschlagenheit und Resignation, Merk- und Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit, aggressive Tendenzen sowie vegetative Symptome (z. B. funktionelle Beschwerden des Gastrointestinal- und Urogenitaltrakts). Der Patient muss jedoch darüber aufgeklärt werden, dass bis zum vollständigen Wirkungseintritt mindestens eine Woche vergeht.

Zur Behandlung von Angst bei somatoformen Störungen sollte Baldrianwurzel mit anderen Phytotherapeutika, beispielsweise Hopfenzapfen, Melissenblättern oder Passionsblumenkraut kombiniert werden. Als Indikation gelten „nervöse Unruhezustände“. Die Tagesdosis beträgt in Kombinationspräparaten für Baldrianwurzel bis 1.500 mg, für Hopfen bis 130 mg, für Passionsblume bis 1.000 mg und für Melissenblätter bis 270 mg Trockenextrakt. In der Regel werden drei Dosen pro Tag eingenommen, im Einzelfall gelten die Angaben der Hersteller. Passionsblumenkraut kann, da es deutlich anxiolytisch wirkt, bei dieser Indikation auch allein verwendet werden, die empfohlene Tagesdosis beträgt dann 1.200 mg Trockenextrakt [22].

Je nach Symptomatik können verschiedene Kombinationen verwendet werden. Die Kombination von Baldrian mit Hopfenzapfen eignet sich wegen der leicht sedierenden Eigenschaften der Hopfenzapfen vor allem für Angst in Kombination mit Unruhe, während die Kombination mit Melissenblätterextrakt günstig bei begleitenden Konzentrationsstörungen ist.

Neuerdings steht zudem zur Behandlung von Angststörungen Lavendelöl mit aufkonzentrierten Inhaltsstoffen zur Verfügung. Die empfohlene Dosis beträgt 80 mg/Tag, die Wirkung tritt nach 14 Tagen ein und erreicht innerhalb von zehn Wochen den Maximaleffekt [18].

Das obengenannte Kombinationspräparat aus Pestwurz-, Baldrian-, Passionsblumen- und Melissenextrakt ist zur Behandlung von nervösen Spannungs- und Unruhezuständen in der Schweiz zugelassen und wird dreimal täglich eingenommen.

Phytotherapie bei Depression:

Wirkeintritt frühestens nach 14 Tagen

Johanniskrautextrakt ist in der Tagesdosis von 600 mg/Tag zur Therapie von psychovegetativen Störungen, depressiven Verstimmungszuständen, Angst und/oder nervöser Unruhe zugelassen. Auch Kombinationsarzneimittel mit Baldrianwurzel sind erhältlich. Hinsichtlich der Responderraten bei depressiven Verstimmungszuständen unterscheiden sich chemisch definierte Antidepressiva und Johanniskrautpräparate nicht, bei der

Verträglichkeit sind Letztere in der Behandlung leichter und mittelschwerer Depressionen den synthetischen Arzneimitteln deutlich überlegen. Hinsichtlich Wirksamkeit sind beide Substanzgruppen entsprechend der neueren GCP-Studien ebenbürtig.

Johanniskrautextrakte wirken nicht sedierend, haben kein Gewöhnungs- oder Abhängigkeitspotenzial und beeinflussen Aufmerksamkeit und Reaktionsvermögen nicht. Ihre Wirkung tritt nach frühestens 14 Tagen ein, die Maximalwirkung nach drei bis fünf Wochen. Die Mindesttherapiedauer beträgt drei Monate, empfohlen werden sechs Monate, die Therapie sollte dann langsam ausgeschlichen werden. Die Behandlungskosten liegen deutlich unter denen der synthetischen Arzneimittel.

Nebenwirkungen, Interaktionen und Kontraindikationen

Kontraindikation für den Einsatz aller genannten Phytotherapeutika ist eine schwere endogene Depression. Spezifische Nebenwirkungen, Kontraindikationen und Interaktionen sind für Baldrianwurzel, Hopfenzapfen, Melissenblätter und Passionsblumen nicht beschrieben. Wegen einer möglichen Verstärkung der Wirkung von chemisch definierten GABAergen Arzneimitteln durch eine Kombination aus Baldrianwurzel- und Passionsblumenextrakt sollten diese nicht miteinander kombiniert werden [25].

Nach Gabe von Lavendelöl werden bei bis zu 7,5% der Patienten Aufstoßen und Geruch des Atems nach Lavendel sowie in 5% der Fälle Dyspepsie beobachtet, Kontraindikationen und Interaktionen wurden nicht beschrieben [19].

Das Kombinationspräparat aus Pestwurz-, Baldrian-, Passionsblumen und Melissenextrakt ist bei bekannten Allergien gegenüber den Inhaltsstoffen und bei schweren Leberschäden kontraindiziert.

Die Nebenwirkungsrate bei Johanniskraut beträgt bis zu 5,7%. Am häufigsten werden gastrointestinale Symptome, erhöhte Lichtempfindlichkeit und Hautsymptome berichtet. Mundtrockenheit, innere Unruhe, Sedierung und ein Abhängigkeits- und Gewöhnungspotenzial finden sich bei Johanniskrautpräparaten nicht [26]. Die oft erwähnte Phototoxizität ist in den üblichen Dosierungsbereichen nicht gegeben. Dennoch sollten die Patienten

darüber informiert werden, dass Johanniskrautextrakt, ähnlich wie einige SSRI, die Lichtempfindlichkeit erhöhen kann und dass eine intensive Exposition gegenüber UV-Strahlung während der Einnahme vermieden werden sollte [27].

Die Kontraindikationen von Johanniskraut leiten sich aus Fallberichten her, die klinisch relevante Interaktionen bei Gabe von Cyclosporin oder anderen Immunsuppressiva nach Organtransplantation, Proteaseinhibitoren und anderen Virostatika, die bei mit HIV infizierten Patienten verwendet werden, belegen. Zudem ist Johanniskraut bei zytostatischer Therapie kontraindiziert. Folgende Anwendungsbeschränkungen sollten beachtet werden: Die Plasmaspiegel von Alprazolam, Amitriptylin, Fexofenadin, Benzodiazepinen, Methadon, Simvastatin, Midazolam und Triptanen können bei gleichzeitiger Einnahme von Johanniskrautextrakten reduziert werden, die klinische Relevanz ist unklar. Die Abnahme der Plasmaspiegel von oralen Kontrazeptiva kann theoretisch zu Blutungen und unerwünschten Schwangerschaften führen, hier sind höher dosierte Präparate oder andere kontrazeptive Maßnahmen zu empfehlen. Bei gleichzeitiger Einnahme von Antikoagulanzen vom Cumarintyp werden intensivere Kontrollen des Gerinnungsstatus empfohlen.

Während der Behandlung mit Johanniskrautextrakten sollten Johanniskrautextrakte wenigstens zehn Tage vor einer elektiven Operation wegen möglicher, bisher jedoch nicht beschriebener Interaktionen mit Allgemein- und Lokalanästhetika abgesetzt werden. Wegen nicht ausreichender Untersuchungen zur Unbedenklichkeit wird schließlich die Anwendung bei Personen unter 18 Jahren und während der Schwangerschaft und Stillzeit nicht empfohlen.

Die genannten Phytotherapeutika haben somit im Vergleich zu den konventionellen Medikamenten ein günstigeres Nebenwirkungsprofil. Sie wurden daher für die Selbstmedikation freigegeben und sind damit außer bei mittelschwerer Depression (Johanniskraut) nicht erstattungsfähig. Patienten mit Somatisierungsstörungen sind dennoch oft bereit, ihre psychischen Symptome mit diesen Medikamenten für längere Zeit behandeln zu lassen.

Fazit

Bei der Somatisierungsstörung (F45.0) und der undifferenzierten Somatisierungsstörung (F45.1) treten begleitend häufig Angst und Depression auf. Beide Symptome können auch mit Phytotherapie behandelt werden. Extrakte aus Baldrianwurzel, Passionsblumenkraut, Lavendelblüten und Johanniskraut wirken entspannend und anxiolytisch, aber nicht sedierend, sie eignen sich zur Behandlung von chronischen leichten

bis mittelschweren Angstzuständen. Auch Folgezustände der Angst werden günstig beeinflusst. Die Wirkung setzt frühestens nach einer Woche ein, für eine zuverlässige Wirkung sollte auf standardisierte Fertigarzneimittel zurückgegriffen werden. Die bekannten Interaktionen mit anderen Arzneimitteln müssen beachtet werden. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen sind bei allen genannten Phytotherapeutika leicht und selten. Wegen der noch nicht ausrei-

chenden Beleglage sind weitere klinische Studien erforderlich. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Karin Kraft

Lehrstuhl für Naturheilkunde
Medizinische Fakultät, Universität Rostock
Ernst-Heydemannstr. 6, 18057 Rostock
E-Mail: karin.kraft@med.uni-rostock.de

Galenus-Preis und Charity-Award von Springer Medizin verliehen

Bei einer festlichen Gala in Berlin erhielten das Osteoporose-Präparat Denosumab (Prolia®) sowie der Thrombopoetin-Rezeptor-Agonist Romiplostin (Nplate®) den Galenus-Preis 2011. Mit dem Charity-Award wurde die Berliner Ärztin Jenny De la Torre geehrt.

„In diesem Jahr war es schwierig, eine Entscheidung zu fällen“, so der Galenus-Jury-Präsident und Kardiologe Professor Erland Erdmann aus Köln bei der Bekanntgabe des Gewinners in der Kategorie Primary Care. Letztlich hatten die Jury-Mitglieder aber mit deutlicher Mehrheit entschieden, dass Denosumab von Amgen und GlaxoSmithKline den ersten Preis erhalten soll.

Neues Wirkprinzip gegen Osteoporose

Denosumab ist ein monoklonaler Antikörper, der den Knochenabbau gezielt verlangsamt. Ansatzpunkt des Medikaments ist der RANK-Ligand – ein Protein, welches Reifung, Funktion und Überleben der Osteoklasten steuert. In einer großen Doppelblindstudie mit 7.808 postmenopausalen Frauen mit Osteoporose konnte Denosumab in einem Zeitraum von drei Jahren das Risiko für Wirbelfrakturen um 68% von 7,2% auf 2,3% sowie das Risiko für Hüftfrakturen um 40% von 1,2% auf 0,7% senken. Außer bei postmenopausalen Frauen mit erhöhtem Frakturrisiko ist das Medikament auch zur Therapie bei Männern mit Prostatakarzinom und erhöhtem Frakturrisiko unter Hormonablation zugelassen.

Erstes Medikament gegen Thrombozytopenie

Der Gewinner in der Kategorie Specialist Care, Nplate® von Amgen, enthält den Wirkstoff Romiplostin. Der Thrombopoetin-Rezeptor-Agonist stimuliert die Thrombozytenbildung. In Studien über bis zu fünf Jahren erhöhte er die Zahl der Blutplättchen signifikant und dauerhaft bei 95% der Patienten auf Werte über 50.000 pro Mikroliter Blut. Indiziert ist Romiplostin zur Behandlung der chronischen immuntrombozytopenischen Purpura ITP.

Pathomechanismus von Nierenzysten entschlüsselt

In der Kategorie Grundlagenforschung hat sich die Jury in diesem Jahr für eine nephrologische Arbeit entschieden: Gewinner ist die Arbeitsgruppe um Professor Wolfgang Kühn vom Uniklinikum Freiburg. Kühn ist es mit Dr. Fruzsina Kotsis und Dr. Christopher Böhlke aus Freiburg gelungen, den molekularen Pathomechanismus der erblichen polyzystischen Nierenerkrankung zu entschlüsseln, wodurch sich Hoffnungen auf eine Therapie begründen.

Alle drei Preise in Form einer Medaille und einer Urkunde sowie 10.000 € für

den Gewinner des Grundlagenforschungspreises hat Bundesforschungsministerin Professor Annette Schavan, Schirmherrin des Galenus-Preises 2011, in Berlin überreicht. „Die nominierten Kandidaten stehen für Spitzenleistungen in der Forschung, in der Entwicklung und in der Kommerzialisierung“, sagte Schavan.

Engagement für Menschen im Abseits prämiert

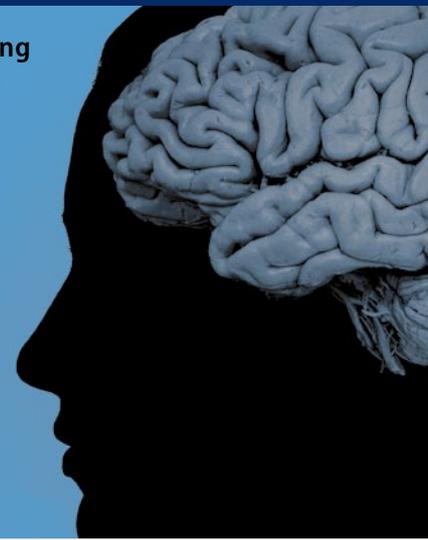
Zeitgleich mit dem Galenus-von-Pergammon-Preis für herausragende Forschungsleistungen wird seit einigen Jahren der Charity-Award verliehen, der vorbildliche und selbstlose Initiativen in der Gesundheitsversorgung prämiert. Mit dem Charity-Award 2011 wurde die Berliner Ärztin Jenny De la Torre ausgezeichnet. Seit 16 Jahren setzt sie sich für die Betreuung von Obdachlosen in Berlin ein und versorgt täglich bis zu 60 hilfsbedürftige Menschen. In Vertretung des Schirmherren des Charity-Award, Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, überreichte die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz den Preis, der mit einem Medienpaket im Wert von 100.000 € und einem Barscheck über 50.000 € dotiert ist. □

LITERATUR

1. Awad, R., Levac, D., Cybulska, P., Merali, Z., Trudeau, V.L., Arnason, J.T.: Effects of traditionally used anxiolytic botanicals on enzymes of the gamma-aminobutyric acid (GABA) system. *Can. J. Physiol. Pharmacol.* 85 (2007), 933-942.
2. Ortiz, J.G., Nieves-Natal, J., Chavez, P.: Effects of Valeriana officinalis extracts on [3H]flunitrazepam binding, synaptosomal [3H]GABA uptake, and hippocampal [3H]GABA release. *Neurochem Res*, 24 (1999) 1373-1378.
3. Benke, D., Barberis, A., Kopp, S., Altmann, K.H., Schubiger, M., Vogt, K.E., Rudolph, U., Möhler, H.: GABA A receptors as in vivo substrate for the anxiolytic action of valerenic acid, a major constituent of valerian root extracts. *Neuropharmacology* 56(2009), 174-181.
4. Hattesoehl, M., Feistel, B., Sievers, H., Lehnfeld, R., Hegger, M., Winterhoff, H.: Extracts of Valeriana officinalis L. show anxiolytic and antidepressant effects but neither sedative nor myorelaxant properties. *Phytomedicine* 15 (2008), 2-15.
5. Murphy, K., Kubin, Z. J., Shepherd, J. N., Ettinger R. H.: Valeriana officinalis root extracts have potent anxiolytic effects in laboratory rats. *Phytomedicine* 17 (2010), 674-678
6. Schiller, H. Forster, A., Vonhoff, C., Hegger, M., Biller, A., Winterhoff, H.: Sedating effects of Humulus lupulus L. extracts. *Phytomedicine* (13) 2006, 535-541.
7. Huang, L., Abuhamad, S., Howes, M.J., Dixon, C.L., Elliot, M.S., Ballard, C., Holmes, C., Burns, A., Perry, E.K., Francis, P.T., Lees, G., Chazot, P.L.: Pharmacological profile of essential oils derived from Lavandula angustifolia and Melissa officinalis with anti-agitation properties: focus on ligand-gated channels. *J. Pharm. Pharmacol.* 60 (2008), 1515-1522.
8. Awad, R., Levac, D., Cybulska, P., Merali, Z., Trudeau, V. L., Arnason, J.T.: Effects of traditionally used anxiolytic botanicals on enzymes of the gamma-aminobutyric acid (GABA) system. *Can J Physiol Pharmacol.* 85 (2007), 933-942.
9. Ibarra, A., Feuillere, N., Roller, M., Lesburgere, E., Beracochea, D.: Effects of chronic administration of Melissa officinalis L. extract on anxiety-like reactivity and on circadian and exploratory activities in mice. *Phytomedicine* 17 (2010), 397-403.
10. Kennedy, D.O., Little, W., Scholey, A.B.: Attenuation of laboratory-induced stress in humans after acute administration of Melissa officinalis (Lemon Balm). *Psychosom Med.* 66 (2004), 607-613.
11. Grundmann, O., Wähling, C., Staiger, C., Butterweck, V.: Anxiolytic effects of a passion flower (Passiflora incarnata L.) extract in the elevated plus maze in mice. *Pharmazie*. 64 (2009), 63-64.
12. Ara, J., Bano, S.: St. John's Wort modulates brain regional serotonin metabolism in swim stressed rats. *Pak. J. Pharm. Sci.* 22 (2009), 94-101.
13. Tadros, M. G., Mohamed M. R., Youssef A.M., Sabry, G. M., Sabry, N. A., Khalifa, A. E.: Involvement of serotonergic 5-HT1A/2A, alpha-adrenergic and dopaminergic D1 receptors in St. John's wort-induced prepulse inhibition deficit: a possible role of hyperforin. *Behav Brain Res*, 2009; 199(2): 334-39
14. Kumar, A., Garg, R., Prakash, A. K.: Effect of St. John's Wort (Hypericum perforatum) treatment on restraint stress-induced behavioral and biochemical alteration in mice. *BMC Complement Altern Med.* 7 (2010), 10:18.
15. Kennedy, D.O., Little, W., Haskell, C.F., Scholey, A.B.: Anxiolytic effects of a combination of Melissa officinalis and Valeriana officinalis during laboratory induced stress. *Phytother. Res.* 20 (2006), 96-102.
16. ESCOP Monographs. The Scientific Foundation of Herbal Medicinal Products, ed 2. Stuttgart, Thieme, 2003
17. Miyasaka, L.S., Atallah, A. N., Soares, B.: G. Passiflora for anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 1 (2007) :CD004518..
18. Akhondzadeh, S., Naghavi, H.R., Vazirian, M., Shayanpour, A., Rashidi, H., Khani, M.: Passionflower in the treatment of generalized anxiety: a pilot double-blind randomized controlled trial with oxazepam. *J Clin Pharm Ther.* 26 (2001), 363-367.
19. Movafegh, A., Alizadeh, R., Hajimohamadi, F., Esfehni, F., Nejatfar, M.: Preoperative oral Passifloraincarnata reduces anxiety in ambulatory surgery patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Anesth Analg*, 106 (2008), 1728-1732.
20. Volz, H.P., Murck, H., Kasper, S., Möller, H.J.: St John's wort extract (LI 160) in somatoform disorders: results of a placebo-controlled trial. *Psychopharmacology (Berl)*. 164 (2002), 294-300.
21. Müller, T., Mannel, M., Murck, H., Rahlfs, V.W.: Treatment of somatoform disorders with St. John's wort: a randomized, double-blind and placebo-controlled trial. *Psychosom. Med.* 66 (2004), 538-547.
22. Kasper, S., Gastpar, M., Müller, W.E., Volz, H.P., Möller, H.J., Dienel, A., Schläfke, S.: Silexan, an orally administered Lavandula oil preparation, is effective in the treatment of 'subsyndromal' anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Int. Clin. Psychopharmacol.* (2010) May 27. [Epub ahead of print]
23. Woelk, H., Schläfke, S.: A multi-center, double-blind, randomised study of the Lavender oil preparation Silexan in comparison to Lorazepam for generalized anxiety disorder. *Phytomedicine* 17 (2010), 94-99.
24. Müller, D., Pfeil, T., von den Driesch, V.: Treating depression comorbid with anxiety – results of an open, practice-oriented study with St John's wort WS® 5572 and valerian extract in high doses. *Phytomedicine* 10 (suppl. 4) (2003), 25-30.
25. Müller, S. F., Klement, S.: A combination of valerian and lemon balm is effective in the treatment of restlessness and dysomnia in children. *Phyto-medicine* 13 (2006), 383-387.
26. Melzer, J., Schrader, E., Brattström, A., Schellenberg, R., Saller, R.: Fixed herbal drug combination with and without butterbur (Ze 185) for the treatment of patients with somatoform disorders: randomized, placebo-controlled pharmacological trial. *Phytother Res.* 23 (2009), 1303-1308.
27. Carrasco, M.C., Vallejo, J.R., Pardo-de-Santayana, M., Peral, D., Martín, M.A., Altimiras, J.: Interactions of Valeriana officinalis L. and Passifloraincarnata L. in a patient treated with lorazepam. *Phytother Res.* 23 (2009), 1795-1796.
28. Nahrstedt, A., Butterweck, V.: Lessons learned from herbal medicinal products: the example of St. John's Wort. *J. Nat. Prod.* 73 (2010), 1015-1021.
29. Müller, W.E.: Current St. John's wort research from mode of action to clinical efficacy. *Pharmacol Res* 47 (2003), 101-109.
30. Madabushi, R., Frank, B., Drewelow, B., Derendorf, H., Butterweck, V.: Hyperforin in St. John's wort drug interactions. *Eur J Clin Pharmacol* 62 (2006), 225-233.
31. Schrader, E., Meier, B., Brattström, A.: Hypericum treatment of mild-moderate depression in a placebo-controlled study. A prospective, double-blind, randomized, placebo-controlled, multicentre study. *Hum Psychopharmacol* 13 (1998), 163-169.
32. Schrader, E.: Equivalence of St John's wort extract (Ze 117) and fluoxetine: a randomized, controlled study in mild-moderate depression. *Int Clin Psychopharmacol.* 15 (2000), 61-68.
33. Linde, K., Knüppel, L.: Large-scale observational studies of hypericum extracts in patients with depressive disorders – a systematic review. *Phytomedicine* 12 (2005), 148-157.
34. Schulz, V.: Therapiesiken durch Johanniskraut. *Dtsch Apotheker Ztg* 146 (2006), 42-55.

Psychiatrische Kasuistik

Aphasie als Leitsymptom einer frontotemporalen Lobärdegeneration



Anamnese

Ein 43-jähriger Patient stellte sich mit Einweisung durch seinen Hausarzt in unserer Gedächtnissprechstunde vor. Bereits im Erstkontakt fiel auf, dass der Patient wenig spricht. Das Anamnesegespräch war durch kurze Sätze und einseitige Antworten geprägt. Dabei schien das Sprechen dem Patienten deutliche Mühe zu bereiten. Wesentliche Anteile der Anamnese wurden mit Hilfe der anwesenden Ehefrau erhoben. Der Patient leide seit etwa drei Jahren unter progredienten Störungen der Sprache. Begonnen habe die Symptomatik mit „Stottern“ und Wortfindungsstörungen. Im Verlauf sei es zu einer langsamen und den Patienten deutlich beeinträchtigenden Zunahme der Sprachprobleme gekommen. Der Patient habe Schwierigkeiten bei der Benennung von Gegenständen und Personen sowie eine zunehmend stockende Sprache entwickelt. Das Sprechen wirke gehemmt, die hervorgebrachten Wörter wie gepresst, dabei seien auch grammatikalische Fehler vorgekommen. Seit einigen Monaten würde dem Patienten auch das Lesen und Schreiben schwerer fallen. Die Sprachschwierigkeiten haben zum Verlust des Arbeitsplatzes geführt. Im Privaten habe sich der Patient zunehmend zurückgezogen und leide unter depressiver Verstimmung, Grübelneigung und Schlafstörungen.

Aufgrund der geschilderten Beschwerden befand sich der Patient bereits in stationärer und ambulanter neurologischer Behandlung. Es wurden die Verdachtsdiagnosen eines „hirnorganischen Psychosyndroms“ beziehungsweise eines „beginnenden demenziellen Syndroms“ bei motorischer Aphasie und Apraxie gestellt. Seit einigen Monaten erhielt der

Patient eine antidepressive Behandlung mit Sertralin.

Klinische Untersuchung

Der neurologische Untersuchungsbe- fund des Patienten ergab neben einem aphasischen Syndrom mit gestörter Spontansprache bei weitgehend intaktem Sprachverständnis auch Hinweise auf eine ideomotorische Apraxie (Luria-Test mit Durchführung von Bewegungs- folgen nicht möglich). Hinsichtlich der Motorik bestand ein leichter, armbeton- ter Extremitätenrigor ohne Zahnrad- phänomen. Die übrigen Befunde der Motorik, der Koordination und der Sen- sibilität waren unauffällig. An internis- tischen Begleiterkrankungen bestanden eine hypertrophe Kardiomyopathie und ein Diabetes mellitus Typ 2.

Die Familienanamnese war negativ für neurologische oder psychiatrische Erkrankungen, die Suchtmittelanamnese bis auf einen gelegentlichen Alkoholkon- sum unauffällig. Hinsichtlich des psycho- pathologischen Befundes war der Patient wach und bewusstseinsklar sowie zu allen Qualitäten voll orientiert. Die Konzentra- tion wurde als subjektiv gemindert ange- geben, die serielle Subtraktion gelang dabei zügig und fehlerfrei. Es bestanden ein leichtes depressives Syndrom (12 Punkte auf der 17-Item- Hamilton De- pressionsskala) und keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäu- schungen, Ich-Störungen, Zwangssym- ptome, Phobien oder Suizidalität.

Neuropsychologische Diagnostik

Die ersten Untersuchungen wurden mit Hilfe der CERAD-Testbatterie durchge- führt, um einen orientierenden Über- blick über vorhandene kognitive Defizite

Testen Sie Ihr Wissen!

In dieser Rubrik stellen wir Ihnen abwech- selnd einen bemerkenswerten Fall aus dem psychiatrischen oder dem neurologischen Fachgebiet vor. Hätten Sie die gleiche Diagno- se gestellt, dieselbe Therapie angesetzt und einen ähnlichen Verlauf erwartet? Oder hätten Sie ganz anders entschieden? Mithilfe der Fragen und Antworten am Ende jeder Kasuistik vertiefen Sie Ihr Wissen.

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

NT 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

NT 7–8/2011

N: Flugreisen – worauf Neurologen und ihre Patienten achten sollten

NT 9/2011

P: Kein Tic, sondern eine dissoziative Bewegungsstörung

NT 10/2011

N: Schluckstörung – Wenn die Wirbelsäule zum Hindernis wird

NT 11/2011

P: Aphasie als Leitsymptom frontotemporaler Lobärdegeneration

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



zu erhalten. Die Ergebnisse der Untersuchungen ergaben deutliche Einschränkungen für die sprachassoziierten Leistungen (Wortflüssigkeit, Boston-Naming-Test), für die Exekutivfunktionen (Figuren abzeichnen, Uhrentest) und Tempoleistungen (Trail Making).

Im verbalen Gedächtnis (10-Wortliste) hingegen zeigten sich zwar leicht unterdurchschnittliche Werte im freien Abruf (Einschränkung am ehesten durch Aphasie bedingt), nicht jedoch im Wiedererkennen der gelernten Inhalte (Diskriminabilität).

Eine erweiterte neuropsychologische Diagnostik objektiviert die Befunde einer nicht flüssigen Aphasie, Dyslexie und konstruktiv-ideomotorischen Apraxie. Die frontal assoziierten Leistungen in der Frontal Assessment Battery (FAB) ergaben deutliche Einschränkungen, die je-

Tabelle 1

Klinisch-diagnostische Konsensuskriterien der frontotemporalen Demenz, FTLD [Neary et al. 1997]

Frontale/Fronto-temporale Verlaufsform

I. Grundlegende klinische Merkmale (alle zu erfüllen)

- ___ Schleichender Beginn und allmähliche Progredienz
- ___ Früh auftretendes Defizit im zwischenmenschlichen Sozialkontakt
- ___ Früh auftretende Verhaltensauffälligkeit
- ___ Früh auftretende emotionale Indifferenz
- ___ Früh auftretender Verlust der Krankheitseinsicht

II. Unterstützende Merkmale

- | | | |
|---|---|--|
| Verhaltensauffälligkeiten
___ Vernachlässigung der Körperpflege und Hygiene
___ Geistige Inflexibilität
___ Ablenkbarkeit und fehlende Ausdauer
___ Hyperoralität und Veränderung der Essgewohnheiten
___ Perseveratives und stereotypes Verhalten | Sprache und Sprechen
___ Veränderte Sprachproduktion
___ Sprachantriebsstörung, Wortkargheit
___ Logorrhö
___ Sprachliche Stereotypen
___ Echolalie
___ Perseveration
___ Mutismus | Somatische Symptome
___ Primitivreflexe
___ Inkontinenz
___ Akinese, Rigor, Tremor
___ Erniedrigter, labiler Blutdruck |
|---|---|--|

Zusatzuntersuchungen

- ___ Neuropsychologie: Defizite in Testverfahren „frontaler“ Funktionen, bei Fehlen von schwerer Gedächtnisstörung, Aphasie oder visuell-räumlicher Störung
- ___ Konventionelles EEG: normal trotz klinisch deutlicher Demenz
- ___ Zerebrale Bildgebung (strukturell und/oder funktionell): vorherrschende frontale und/oder temporale Pathologie

Primär-progressive (nichtflüssige) Aphasie

I. Grundlegende klinische Merkmale (beide zu erfüllen)

- ___ Schleichender Beginn und allmähliche Progredienz
- ___ Nichtflüssige Aphasie mit mehr als einem dieser Symptome: Agrammatismus, Paraphasien

II. Unterstützende Merkmale

- | | |
|--|--|
| Verhaltensauffälligkeiten
___ Im frühen Stadium intaktes Sozialverhalten
___ Im späten Stadium Verhaltensauffälligkeiten ähnlich wie bei frontaler/frontotemporaler Verlaufsform | Sprache und Sprechen
___ Stottern oder Sprechapraxie
___ Störung des Nachsprechens
___ Alexie, Agraphie
___ Im frühen Stadium erhaltenes Sprachverständnis auf Wortebene
___ Im späten Stadium Mutismus |
|--|--|

Semantische Demenz

I. Grundlegende klinische Merkmale

- ___ Schleichender Beginn und allmähliche Progredienz
- ___ Sprachstörung
- ___ Inhaltsarme flüssige Spontansprache
- ___ Verlust des Wissens über Wortbedeutungen, der sich beim Benennen und im Sprachverständnis zu erkennen gibt
- ___ Semantische Paraphasien und/oder visuelle Agnosie mit prosopagnosie (Störung des Erkennens von Gesichtern) und/oder Objektagnosie

Weitere Merkmale

Erhaltene Fähigkeit, Objekte anhand ihrer Gestalt zuzuordnen (ohne sie notwendigerweise zu erkennen) und Zeichnungen zu kopieren, Einzelworte nachzusprechen, laut zu lesen und Worte orthografisch korrekt nach Diktat zu schreiben

doch aufgrund der sprachlichen Defizite nur bedingt interpretierbar waren. Zusammenfassend ließen sich die neuropsychologischen Befunde als aphasisches und apraktisches Syndrom bei weitgehend intakten episodischen Gedächtnisleistungen interpretieren.

Erweiterte Diagnostik

Die Blut/Serumdiagnostik (siehe auch S3-Leitlinie zur Demenzdiagnostik) ergab unauffällige Befunde der klinischen Chemie, des Blutbildes und der Gerinnungsfaktoren. Zusätzlich führten wir eine Lumbalpunktion durch, um neben den gängigen Basisparametern zum Ausschluss eines chronisch oder akut entzündlichen Prozesses auch Biomarker für chronisch neurodegenerative Erkrankungen zu bestimmen. Im Einzelnen wurden die Proteine total-Tau, phospho-Tau, β -Amyloid₁₋₄₂ sowie die Proteine 14-3-3 bestimmt, letztere zum Ausschluss einer Prionenerkrankung. Die Liquordiagnostik ergab ein grenzgradig erhöhtes total-Tau-Protein von 324 pg/ml als Hinweis auf einen neurodegenerativen Prozess, die übrigen Parameter ergaben keinen richtungsweisenden Befund.

Eine aktuelle MRT-Untersuchung des Neurokraniums zeigte eine diskret links-tempo-parietal betonte Atrophie (Abbildungen 1a–b), bei fehlenden Hinweisen auf eine Raumforderung, einen Makroinfarkt oder deutliche mikroangiopathische Läsionen. Eine vorliegende EEG-Untersuchung zeigte keine pathologischen Auffälligkeiten.

Keine sichere ätiologische Zuordnung nach Routinediagnostik

Zusammenfassend waren die bisher erhobenen Befunde wie bereits in der Vorgesichte des Patienten aus diagnostischer Sicht nicht aussagekräftig genug, um eine sichere ätiologische Zuordnung treffen zu können. Bei einem deutlichen und neuropsychologisch objektivierbaren, aphasischen und apraktischen Syndrom, einer unspezifischen neurologischen Begleitsymptomatik (Extremitätenrigor) und einer unspezifischen psychiatrischen Begleitsymptomatik (leichtes depressives Syndrom) ließen sich keine ausreichenden Hinweise für ein kortikales Demenzsyndrom (intakte episodische Gedächtnisleistungen) wie bei der Alzheimer-Demenz finden. Auch die Liquordiagnostik ergab keinen diesbezüglich richtungsweisenden Befund im Sinne einer Amyloidstoffwechselstörung (abgesenkte Werte für β -Amyloid₁₋₄₂) oder einer eindeutigen Neurodegeneration (deutliche Erhöhung des Tau-Proteins).

Histopathologische oder in der Liquordiagnostik nachweisbare Biomarker bei chronisch neurodegenerativen Erkrankungen

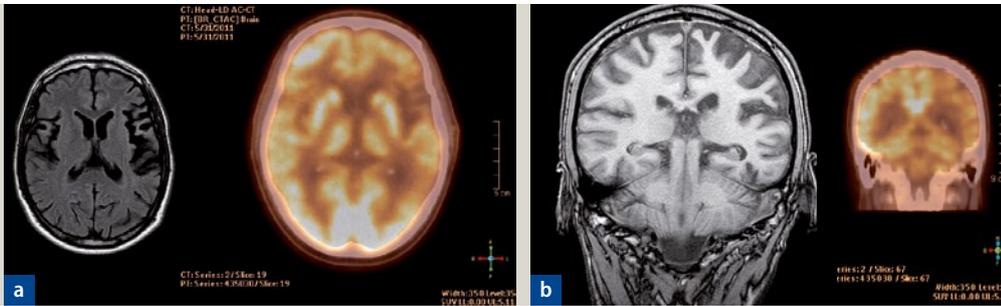
Tabelle 2

Protein	Funktion	Erkrankung
TDP-43 (TAR-DNA-bindendes Protein 43)	Ubiquitäres, stark konserviertes Zellkernprotein mit möglicher Bedeutung bei der Transkriptionsregulation. In pathologischer Form wird es ubiquitiniert.	<ul style="list-style-type: none"> ___ FTLD (frontale/frontotemporale Verlaufsform) ___ Semantische Demenz (___ Primär progressive Aphasie) ___ Amyotrophe Lateralsklerose
Tau (Mikrotubulus-assoziiertes Protein)	In großer Menge in axonalen Fortsätzen von Neuronen vorhanden, Funktion bei der Stabilisierung des Zytoskeletts und beim axonalen Transport. In pathologischer Form liegt es in hyperphosphoryliertem und aggregiertem Zustand vor.	<ul style="list-style-type: none"> ___ Kortikobasale Degeneration ___ Primär progressive Aphasie ___ Progressive supranukleäre Paralyse ___ Demenz vom Alzheimer-Typ ___ Silberkornkrankheit
β -Amyloid ₁₋₄₂	Aus dem Zellmembranprotein APP gebildetes Eiweiß mit hoher Aggregationsneigung, das in oligomerer Form toxisch auf Synapsen wirkt und extrazellulär abgelagert wird. Hauptbestandteil von senilen Plaques.	___ Alzheimer-Krankheit
α -Synuklein	Ein kleines, lösliches Protein, das unter anderem die Dopaminausschüttung reguliert, Membrankanäle bildet, als Transportprotein dient und wie Tau mit Mikrotubuli interagiert. α -Synuklein ist ein aus dem Precursorprotein NACP (non-Abeta component protein) gebildetes Eiweiß, das an pathogenen Prozessen bei neurodegenerativen Erkrankungen beteiligt ist.	<ul style="list-style-type: none"> ___ Lewy-Körperchen-Krankheit ___ Morbus Parkinson
FUS (fused in sarcoma)	Ubiquitäres DNA- und RNA-bindendes Zellkernprotein, das unter anderem die Genexpression reguliert und DNA-Schäden repariert.	<ul style="list-style-type: none"> ___ FTLD (frontale/frontotemporale Verlaufsform) ___ Amyotrophe Lateralsklerose

Funktionelle Bildgebung

Wir entschlossen uns in einem weiteren diagnostischen Schritt zur Durchführung einer funktionellen Bildgebung mittels Positronen Emissions Tomografie (PET) zur Darstellung des zerebralen

Glucose-Metabolismus unter Verwendung von Fluordesoxyglucose (FDG). Die Abbildungen 1a–b zeigen die Ergebnisse der PET-Untersuchung des Patienten, die einen deutlichen Hypometabolismus der linken Hemisphäre vor allem präfrontal, postzentral und insulär zeigte. Aufgrund dieser Befunde konnte im Falle des Patienten eine im Verlauf der Diagnostik zunehmend wahrscheinliche Verdachtsdiagnose erhärtet werden. Die Befunde waren mit einer primär progressiven Aphasie als seltene Ausprägungsform einer frontotemporalen Lobardegeneration (FTLD) vereinbar.



Abbildungen 1a–b: MRT und FDG-PET-Aufnahmen des Patienten in axialer (a) und koronarer (b) Schichtung zeigen eine links-temporoparietal betonte Atrophie und einen Hypometabolismus links präfrontal, postzentral und insulär.

Gemäß S3-Leitlinie werden nuklearmedizinische Verfahren zur Messung des zerebralen Glukosemetabolismus wie das FDG-PET auch aufgrund der hohen Kosten und der untersuchungsbedingten

Strahlenbelastung bisher nicht routinemäßig empfohlen, können aber bei differenzialdiagnostischer Unsicherheit insbesondere in frühen Stadien und bei jungen Patienten wie im vorliegenden

Fall hilfreich sein und zur Sicherung der Diagnose beitragen. Das Verfahren weist eine hohe Sensitivität und Spezifität in der Differenzierung der beginnenden Neurodegeneration vom FTD-Typ ge-

Fragen

1. Welche klinisch-diagnostischen Konsensskriterien der FTLD erfüllt der vorgestellte Patient?

- a) Nicht flüssige Aphasie als initiales Merkmal
- b) Klinisch im Vordergrund stehende Verhaltensänderung
- c) Störung des Sprachverständnisses bei flüssiger Spontansprache
- d) Alexie und Agraphie
- e) Hyperoralität und Änderung der Essgewohnheiten

2. Welche Unterteilungen gibt es innerhalb der FTLD?

- a) Semantische Demenz
- b) Mischdemenz
- c) Frontale/frontotemporale Verlaufsform mit führender Wesensänderung
- d) Lewy-Körper Demenz
- e) Primär-progressive Aphasie

3. Welche Zuordnung von zerebralem Atrophiemuster zu neurodegenerativer Erkrankung ist falsch?

- a) Anterior temporal asymmetrisch – Semantische Demenz
- b) Temporal entorhinal – Alzheimer-Erkrankung
- c) Occipital rechtsbetont – Kortikobasale Degeneration
- d) Frontal/mesolimbisch – Frontotemporale Verlaufsform der FTLD
- e) Parieto-temporal linksseitig/insulär – Primär progressive Aphasie

4. Welche Proteine sind bei FTLD typischerweise verändert?

- a) FUS
- b) TDP-43
- c) α -Synuklein
- d) Tau-Mikrotubulus-assoziiertes Protein
- e) β -Amyloid_{1–42}

5. Welche Aussage zur Diagnostik der FTLD ist falsch?

- a) Der Nachweis eines frontotemporal betonten Hypometabolismus in der FDG-PET Untersuchung gilt als beweisend in der Diagnostik der FTLD.
- b) Die Liquordiagnostik von Biomarkern wie dem Tau-Protein und dem β -Amyloid_{1–42} kann bei der Differenzialdiagnose von Demenzsyndromen hilfreich sein.
- c) Neuropsychologische Testverfahren können bei der Diagnostik der FTLD Anhalt für objektivierbare Einschränkungen liefern.
- d) Eine Abgrenzung der FTLD zur vaskulären Demenz ist meist durch eine ausführliche klinische Untersuchung, Anamneseerhebung und Durchführung einer zerebralen Bildgebung möglich.
- e) In späteren Krankheitsstadien kommt es bei zunehmender Ausbreitung der zunächst lokal betonten kortikalen Atrophie häufig zu Überschneidungen der drei klinischen Prägnanztypen der FTLD.

genüber der beginnenden Alzheimererkrankung auf.

Befund

Im Falle des hier vorgestellten Patienten handelt es sich in Abgrenzung zur wesentlich häufigeren frontalen/frontotemporalen (Syn. behavioralen) Ausprägungsform um eine seltenere Variante der FTLD, bei der eine langsam progrediente, nicht flüssige Aphasie das vorherrschende klinische Merkmal darstellt. Im Verlauf der Erkrankung treten weitere Störungen wie beispielsweise eine Apraxie, Agraphie und/oder Alexie sowie fakultativ Verhaltensänderungen wie bei der frontalen/frontotemporalen Variante der FTLD (Enthemmung, Defizite in Sozialkontakten, emotionale Indifferenz, mangelnde Krankheitseinsicht) auf.

Fazit

Der Begriff der FTLD wird heute stellvertretend für ein ganzes Spektrum neurodegenerativer Erkrankungen verwendet, deren gemeinsames Merkmal eine Degeneration des Frontal- und Temporallappens ist. Die Erkrankungen des FTLD-Spektrums gelten neben der Alzheimer-Demenz als häufigste Demenzform mit Beginn vor dem 65. Lebensjahr, wobei etwa 70–80% der Betroffenen Symptome der behavioralen Variante aufweisen.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Konsensuskriterien der drei klinischen Hauptvarianten der FTLD, bei denen entweder Verhaltensänderungen (frontale/frontotemporale Verlaufsform) oder sprachassoziierte Symptome (primär progressive Aphasie und semantische Demenz) die Grundmerkmale bilden. Jede klinische Variante ist dabei durch ein unterschiedliches zerebrales Atrophiemuster in früheren Krankheitsstadien gekennzeichnet:

- Frontal/mesolimbisch beidseitig bei der frontalen/frontotemporalen Verlaufsform,
- anterior-temporal asymmetrisch bei der semantischen Demenz sowie
- links-parieto-temporal und insulär bei der primär progressiven Aphasie.

Außerdem überschneidend sich teilweise die histopathologischen Merkmale

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

Zu Frage 1

Die Antworten a und d sind richtig. Vergleiche auch Tabelle 1.

Zu Frage 2

Die Antworten a, c und e sind richtig. Die FTD wird in drei klinisch definierte Prägnanztypen unterteilt, die vor allem im Frühstadium unterscheidbar sind. Sie gehen im Verlauf, zum Teil auch schon von Beginn an, ineinander über:

1. Frontale/frontotemporale Verlaufsform mit führender Wesensänderung (Haupttyp)
2. Primär-progressive Aphasie (führende nichtflüssige Aphasie)
3. Semantische Demenz (führende flüssige, semantische Aphasie).

Diese Subtypisierung wird in den Konsensuskriterien aufgegriffen (siehe Tabelle 1). Aus der S3-Leitlinie „Demenzen“.

Zu Frage 3

Die Antworten c ist richtig. Siehe auch im Text:

... Jede klinische Variante ist dabei gekennzeichnet durch ein unterschiedliches zerebrales Atrophiemuster (frontal/mesolimbisch beiseits bei der frontalen/frontotemporalen Verlaufsform, anterior-temporal asymmetrisch bei der semantischen Demenz sowie links-parieto-temporal und insulär bei der primär progressiven Aphasie) in früheren Krankheitsstadien ...

Zu Frage zu 4

Die Antworten a, b und d sind richtig. Neben der Ubiquitinpositiven und somit TDP-43-positiven FTLD-U, gibt es auch eine Ubiquitin-negative, Tau-positive Form der FTLD (FTLD-TAU). Patienten mit dem Prägnanztyp der primär progressiven nichtflüssigen Aphasie zeigen vermehrt eine Tau-positive FTLD (FTLD-TAU), Patienten mit dem Prägnanztyp der semantischen Demenz zeigen öfter eine TDP-43-positive Form der FTLD (FTLD-U).

Das Protein FUS (fused in sarcoma) ist wie TDP-43 ein ubiquitär exprimiertes DNA/RNA-bindendes Protein und reguliert die Genexpression. Bei einigen FTD-Patienten, bei denen die Wesensänderung im Vordergrund steht, kann man FUS-positive Einschlüsse detektieren (FTLD-FUS).

Zu Frage 5

Die Antwort a ist richtig. Gemäß der S3-Leitlinie kann eine PET-Untersuchung zur Differenzialdiagnostik bei unklarer Ätiologie eines Demenzsyndromes hilfreich sein, wird aber nicht routinemäßig empfohlen. Entscheidend für die Diagnose sind die klinischen Konsensuskriterien.

der Varianten (Tabelle 2). Zum Spektrum der FTLD werden heute aufgrund klinischer und histopathologischer Überschneidungen auch die atypischen Parkinsonsyndrome der Kortikobasalen Degeneration (CBD) und der Progressiven Supranukleären Paralyse (PSP) sowie die frontotemporale Lobärdegeneration in Verbindung mit der Amyotrophen Lateralsklerose (FTLD-ALS) gezählt. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Dr. med. Alexander Luborzewski

Cand. med. Lisa Katharina Joachim

Dr. med. Oliver Peters

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité – Campus Benjamin Franklin
Eschenallee 3, 14050 Berlin

E-Mail: Alexander.Luborzewski@charite.de

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Störungsspezifische Pharmakotherapie

Obwohl die meisten BPS-Patienten medikamentös versorgt werden, zeichnet sich ab, dass es keine Therapie gibt, um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung per se zu behandeln. Nach den neuesten Forschungsergebnissen haben Therapien vielmehr nur Effekte auf bestimmte Symptome, sodass sie in Zukunft symptomorientiert ausgewählt und eingesetzt werden können.

KLAUS LIEB UND JUTTA STOFFERS



Unangemessene starke Wut – ein typisches Symptom für eine Borderline-Störung.

© steffa / shutterstock.com

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist die häufigste Persönlichkeitsstörung und betrifft etwa 2–5% aller Menschen in Deutschland. Dabei galt sie lange Zeit als unbehandelbar. Die Betroffenen galten als schwierig, manipulativ, brachen häufig die Therapien ab, waren gleichzeitig wiederholt zu Krisenbehandlungen in den Kliniken und brachten die therapeutischen Teams häufig an ihre Grenzen. Betrachtet man die Komplexität der Symptomatik, ist es nicht verwunderlich, dass die Behandlung nicht einfach ist. Patienten mit BPS leiden unter starken Stimmungsschwankungen, handeln impulsiv, verletzen sich selbst, denken chronisch daran, sich umzubringen und unternehmen wiederholt suizidale Handlungen, leiden unter instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen und haben Schwierigkeiten, Wut und Ärger zu kontrollieren. Dazu kommen eine Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung sowie ein chronisches Gefühl von Leere. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die diagnostischen Kriterien der BPS.

Die meisten BPS-Patienten werden medikamentös behandelt [Zanarini et al. 2004; Lieb et al. 2004]. Obwohl in Deutschland kein Medikament zur Behandlung der BPS per se zugelassen ist und Psychotherapie das Mittel der Wahl darstellt, werden Medikamente vor allem mit folgenden Zielsetzungen eingesetzt:

- Zur Krisenintervention: Hier kommen beispielsweise Benzodiazepine oder Antipsychotika zur Behandlung akuter Anspannungszustände oder Erregungszustände zum Einsatz.
- Zur Behandlung komorbider Erkrankungen: Fast alle Patienten leiden im Verlauf der Erkrankung unter komorbiden Störungen wie Depressionen, Angsterkrankungen, Psychosen, Zwangsstörungen oder ähnliches, die mit entsprechend zugelassenen Substanzen behandelt werden.
- Zur Behandlung spezifischer Symptomkonstellationen: Hier werden Medikamente entsprechend ihrer Wirksamkeit auf spezifische Symptombereiche (Tabelle 1) eingesetzt.

Betrachtet man die Heterogenität der Symptome, so verwundert es nicht, dass es kein spezifisches Medikament zur Behandlung der BPS gibt. Vielmehr haben sich alle bisher vorgeschlagenen und überprüften pharmakotherapeutischen Ansätze an der Behandlung von Achse-I-Störungen orientiert, die mehr oder weniger ähnliche Symptome aufweisen. So wurden in Therapiestudien bisher auch vornehmend Substanzen getestet, die bereits zur Behandlung einer Achse-I-Störung zugelassen sind. Besonders sind hier Antipsychotika der ersten und zweiten Generation, Stimmungsstabilisierer und Antidepressiva zu nennen.

Die erste randomisierte, kontrollierte Medikamentenstudie wurde im Jahr 1979 publiziert. Zu dieser Zeit versuchte man, die Erkrankung durch klassische Neuroleptika wie Haloperidol oder Flupentixol zu behandeln. Seit Beginn der 2000er-Jahre haben neuere Antipsychotika und Stimmungsstabilisierer vermehrt Aufmerksamkeit erfahren. Die Leitlinienempfehlungen seitens der APA (American Psychiatric Association), die aus dem Jahr 2001 datieren und ausschließlich die bis zum Jahr 1998 publizierte Evidenz berücksichtigen, müssen daher als veraltet angesehen werden. Neuere Leitlinien wie die der World Federation of Societies of Biological Psychiatry von 2007 [Herpertz et al. 2007] haben die meisten der neueren Studien bereits aufgenommen und zeichnen ein abweichendes und differenzierteres Bild der medikamentösen Behandlung der BPS. Die von unserer Arbeitsgruppe in Zusam-

menarbeit mit der Cochrane Collaboration [Lieb et al. 2010; Stoffers et al. 2010] durchgeführte Metaanalyse ergibt neue Erkenntnisse, die hier im Überblick dargestellt werden sollen.

Symptomorientierte Pharmakotherapie: Ergebnisse eines Cochrane-Collaboration-Reviews

Ziel der Übersichtsarbeit war es, die aktuell verfügbare Evidenz aus randomisiert-kontrollierten Studien (randomised controlled trials, RCT) zur Wirksamkeit pharmakotherapeutischer Interventionen umfassend und systematisch darzustellen. In Tabelle 2 sind die Einschlusskriterien für Primärstudien aufgeführt.

Nach ausgedehnten Literaturrecherchen konnten 28 RCTs eingeschlossen werden, deren methodische und Berichtsqualität als ausreichend bewertet worden war. Die Studienergebnisse wurden durch die Berechnung vergleichbarer Effektstärken aus den post-Behandlungsdaten der untersuchten Gruppen standardisiert

Tabelle 1

Diagnostische Kriterien der BPS nach DSM-IV

Die Diagnose einer BPS erfordert das Vorliegen der allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung: Dauerhafte Erfahrungen und Verhaltensmuster, die deutlich von den Normen abweichen, unangepasst und unflexibel sind und zu Leiden und Beeinträchtigungen der betroffenen Person führen. Darüber hinaus müssen mindestens fünf der folgenden neun Kriterien vorliegen:

Affektivität

- Unangemessene starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
- Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung gekennzeichnet (z. B. wiederkehrende Episoden hochgradiger Niedergestimmtheit, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage dauern)
- Chronisches Gefühl der Leere

Impulsivität

- Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“)
- Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungen

Kognition

- Identitätsstörung im Sinne einer ausgeprägten und andauernden Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
- Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Interpersoneller Bereich

- Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
- Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist

und, wo möglich, metaanalytisch integriert. Die Studienlage stellt sich recht heterogen dar, das heißt, es wurde eine Vielzahl unterschiedlicher Substanzen untersucht, sodass pro Vergleich häufig nur einzelne Studien verfügbar waren (Tabelle 3).

Antidepressiva

Für keines der untersuchten Antidepressiva ergeben sich Hinweise für signifikante Effekte im Vergleich zu placebobehandelten Kontrollgruppen bezüglich der Reduktion des BPS-Gesamtschweregrads oder eines der einzelnen BPS-Kriterien, wie sie im DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) dargelegt sind. Einzig für das Trizyklikum Amitriptylin wurde ein mittlerer, signifikanter Effekt in der Behandlung assoziierter Depressivität gefunden. Die Tolerabilität im Sinne höherer Raten vorzeitigen Therapieabbruchs war für keines der untersuchten Medikamente unterschiedlich zur Placebobehandlung. Insoweit wird eine Wirksamkeit der untersuchten Antidepressiva bei BPS bezüglich Depressivität oder „affektiver“ Symptome der BPS wie

chronisches Gefühl der Leere und Langeweile, affektive Instabilität oder unangemessen starker Wut durch die aktuelle Evidenz nicht gestützt. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und andere Antidepressiva sind daher aktuell nur zur Behandlung komorbider Erkrankungen wie Depressionen, Zwangsstörungen oder ähnliche zu empfehlen. Dabei ist besondere Vorsicht geboten, affektive Symptome der BPS wie chronische Gefühle der Leere und Langeweile oder Ängste vor dem Verlassenwerden nicht als Symptome einer therapieresistenten Depression fehlzuinterpretieren. Aufgrund der besonders hohen Toxizität bei Überdosierung sollte beim Einsatz von Trizyklischen Antidepressiva (TZA) bei BPS (obwohl hierfür ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt) höchste Vorsicht geboten sein.

Stimmungsstabilisierer

Die Studienbefunde stützen die Wirksamkeit der untersuchten Stimmungsstabilisierer sowohl hinsichtlich BPS-spezifischer Symptome als auch bezüglich assoziierter Psychopathologie. Hinsichtlich interpersoneller Probleme wurden signifikant bessere Resultate durch die Behandlung mit Valproinsäure und Topiramat gefunden. Auch für die Behandlung von Impulsivität liegen große, signifikante Effekte für Topiramat und Lamotrigin vor. Signifikante Wirksamkeitsbefunde ergeben sich mit großen Effekten besonders für affektive Symptome, das heißt ungemessener Wut (Topiramat, Lamotrigin, Valproinsäure), assoziierte Depressivität (Valproinsäure) und Angst (Topiramat). Für Topiramat wird zudem ein signifikanter Effekt hinsichtlich der Reduktion der allgemeinen psychopathologischen Belastung berichtet. Keinerlei positive Effekte wurden für Carbamazepin gefunden. Alle untersuchten Substanzen weisen eine gute Tolerabilität auf, in keinem Fall war die Abbruchrate der Experimentalgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Die vorliegenden Daten zeigen einen signifikanten Nebenwirkungseffekt für Topiramat, wo für die mit Topiramat behandelten Patienten ein stärkerer Gewichtsverlust beobachtet wurde.

Stimmungsstabilisierer können insoweit zu einer Reduktion von Impulsivität, Wut und interpersonellen Schwierigkeiten führen, und daher eingesetzt werden, wenn psychotherapeutische Interventionen nicht zum gewünschten Erfolg führen oder überhaupt ermöglicht werden sollen. Außerdem wurden positive Effekte für Depressivität und Angst und die generelle psychopathologische Belastetheit gefunden. Stimmungsstabilisierer wie Valproinsäure, Lamotrigin und Topiramat können auch dann empfohlen werden, wenn komorbid eine Bipolar-I- oder Bipolar-II-Störung vorliegt. Obwohl diese Assoziation nach Ansicht vieler Autoren eher selten ist, zeigt eine neuere Studie eine Komorbiditätsrate von 10–25%.

Antipsychotika

Einige ältere RCTs liegen für Antipsychotika der ersten Generation vor. Signifikante Effekte zeigen sich dabei für Haloperidol in der Reduktion ungemessener Wut sowie für Flupenthixol in der Reduktion impulsiven selbstverletzenden Verhaltens.

Seit 2005 haben besonders die neueren Antipsychotika wie Aripiprazol, Olanzapin und Ziprasidon zur Behandlung der BPS verstärkte Aufmerksamkeit gefunden. Signifikante Wirksamkeitsbelege finden sich für diese Substanzen vor allem für Symp-

Tabelle 2	
Einschlusskriterien für RCTs zur Aufnahme in die systematische Übersichtsarbeit	
Stichprobe	
— Patienten mit valide diagnostizierter BPS nach DSM-Kriterien	
Interventionen	
— Kontinuierliche medikamentöse Behandlung	
Vergleichsbedingungen	
— Placebo	
— Aktive Medikation	
— Kombinierte Medikation	
Ergebnisvariablen	
— BPS-Gesamtschweregrad	
— Einzelne BPS-Symptome	
— Assoziierte Psychopathologie	
— Therapieabbrüche	
— Tolerabilität	

Tabelle 3	
Substanzen und Substanzklassen: Anzahl placebokontrollierter Vergleiche aus RCTs	
Antidepressiva	Antipsychotika
— Amitriptylin (n = 1)	... der ersten Generation
— Fluoxetin (n = 2)	— Haloperidol (n = 2)
— Fluvoxamin (n = 1)	— Thiothixen (n = 1)
— Phenelzinsulfat (n = 1)	— Flupentixoldecanoat (n = 1)
— Mianserin (n = 1)	
Stimmungsstabilisierer	... der zweiten Generation
— Carbamazepin (n = 1)	— Aripiprazol (n = 1)
— Valproinsäure (n = 2)	— Olanzapin (n = 6)
— Lamotrigin (n = 2)	— Ziprasidon (n = 1)
— Topiramat (n = 3)	
	Nahrungsergänzungsmittel
	— Omega-3-Fettsäuren (n = 2)

tome des affektiven Clusters (Aripiprazol: Wut; Olanzapin: Wut, affektive Instabilität), aber auch für assoziierte affektive Symptomatik (Aripiprazol: Depressivität und Angst; Olanzapin: Angst). Symptome des kognitiv-perzeptuellen Clusters (psychotisch-paranoide Symptome) wurden ebenfalls signifikant positiv durch Aripiprazol und Olanzapin beeinflusst. Aripiprazol zeigt zudem signifikante Effekte hinsichtlich der Reduktion interpersoneller Probleme und des Gesamtschweregrades psychopathologischer Belastetheit. Für impulsive Symptome ergibt sich ein differenziertes Bild: Während Aripiprazol mit einer signifikanten Reduktion von Impulsivität einherging, wurde für Olanzapin in fünf der sechs Studien, die diese Ergebnisvariable erhoben, mehr impulsiv-selbstschädigendes Verhalten berichtet. Keinerlei Wirksamkeitsbelege finden sich für Ziprasidon.

Die Tolerabilität ist für alle untersuchten Substanzen gut, das heißt nicht schlechter als für die Placebobehandlung. Dennoch findet sich ein großer, stabiler Effekt im Sinne einer signifikanten Gewichtszunahme unter Olanzapin. Weiterhin zeigen die Daten signifikante Nebenwirkungen von Olanzapin hinsichtlich der Veränderung verschiedener Blutwerte, insbesondere von Leberkennwerten, des Blutcalciumgehalts und des Prolactinspiegels. Da ausschließlich für Olanzapin solch differenzierte Werte berichtet werden, sollte aus diesen Befunden nicht geschlossen werden, dass für die übrigen Substanzen keine ähnlich gelagerten Nebenwirkungen vorliegen, sondern vielmehr die bekannten Nebenwirkungsprofile berücksichtigt werden.

Antipsychotika der ersten Generation können heute aufgrund der sehr begrenzten Wirksamkeit und unerwünschter Nebenwirkungen (vor allem extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen) zur kontinuierlichen Behandlung nicht mehr empfohlen werden. Gute Effekte zeigen sich in allen vier BPS-Symptombereichen sowie für die generelle psychopathologische Belastetheit für Aripiprazol. Auch für Olanzapin zeigen sich positive Effekte hinsichtlich affektiver und psychotischer Symptome, wobei die vorliegenden Daten jedoch auch auf eine Zunahme selbstschädigenden Verhaltens unter Olanzapin hinweisen. Zur Behandlung komorbider Psychosen oder Pseudohalluzinationen sind Antipsychotika der zweiten Generation aufgrund des Nebenwirkungsprofils vorzuziehen, auch wenn die häufige Gewichtszunahme unter Olanzapin gerade bei BPS-Patientinnen mit komorbiden Essstörungen problematisch sein kann. Zudem ist bei Patienten mit BPS die Prävalenz von Diabetes, Übergewicht und Bluthochdruck erhöht [Frankenburg und Zanarini, 2004], sodass auch diesbezüglich Vorsicht geboten ist.

Andere Substanzen

Für weitere Substanzen liegen zwei RCTs zur Behandlung mit Omega-3-Fettsäuren vor. Untersucht wurden Eicosapentaensäure (E-EPA) und Decosahexaensäure (DHA). Die Studienergebnisse deuten dabei auf die Wirksamkeit von Omega-3-Fettsäuren bezüglich der Reduktion selbstverletzenden Verhaltens und von assoziierter Depressivität hin. Beide Wirksamkeitsbefunde wurden für die längerfristige, kombinierte Behandlung (E-EPA + DHA) gefunden. In beiden Studien war die Verträglichkeit im Sinne vergleichbarer Abbruchraten in beiden Studiengruppen gut. Insoweit deutet die aktuelle Datenlage auf eine potenzielle Wirksamkeit von Omega-3-Fettsäuren bezüglich

impulsiv-selbstschädigenden Verhaltens und depressiver Symptomatik hin. Besonders ist hier die erwartbar gute Verträglichkeit zu vermerken, die eine Behandlung mit Omega-3-Fettsäuren nahe legen kann.

Polypharmazie

Langzeitstudien zeigen konsistent, dass eine Vielzahl von BPS-Patienten intensiv pharmakologisch behandelt wird, häufig mit mehreren Medikamenten gleichzeitig. Unterschiedliche Mechanismen können zu Polypharmazie führen:

- Es werden mehrere komorbide Erkrankungen angemessen beziehungsweise behandelt. So kann zum Beispiel eine Depression und das Auftreten stressbedingter psychotischer Symptome in der Behandlung mit einem SSRI, einem Stimmungsstabilisierer und einem Antipsychotikum resultieren.
- Eine Kombination mehrerer sedierender Medikamente wird in Krisensituationen verwendet, wenn zu einer bereits bestehenden Therapie beispielsweise mit niederpotenten Antipsychotika Benzodiazepine hinzugegeben werden oder Schlafstörungen nicht mit einem Medikament durchbrochen werden können.
- Unter der Vorstellung, die Wirkung einer erfolglos gegebenen Substanz augmentieren zu können, werden zusätzliche Medikamente hinzugenommen.

Die Datenlage zur Polypharmazie ist hingegen dünn: In einem RCT wurde eine kombinierte Behandlung aus dem Antidepressivum Fluoxetin (SSRI) und dem Antipsychotikum Olanzapin mit der Behandlung durch die beiden einzelnen Wirkstoffe jeweils ohne Kombination untersucht. Hierbei ergaben sich keinerlei signifikante Wirksamkeitsunterschiede im Sinne der Überlegenheit einer Kombinationstherapie. Obgleich Polypharmazie also eher die Regel als die Ausnahme sein dürfte, gibt es für die Wirksamkeit der Kombination von zwei oder mehr Substanzen im Vergleich zur einfachen Behandlung bisher keinerlei Belege aus RCTs. Polypharmazie sollte daher wenn immer möglich vermieden werden. Besonders der Einsatz von Benzodiazepinen ist aufgrund des erheblichen Suchtpotenzials problematisch und sollte in jedem Fall nur kurzfristig erfolgen.

Fazit

Die Befundlage ist, nach Symptomclustern geordnet, in Tabelle 4 zusammengefasst. An diesen Effekten kann man sich bei Therapieentscheidungen praktisch orientieren. So ist es sinnvoll, zur Behandlung von Symptomen wie Impulsivität und Schwierigkeiten in der Kontrolle von Wut und Ärger Stimmungsstabilisierer wie etwa Lamotrigin oder Topiramid oder das Antipsychotikum Aripiprazol einzusetzen. Für andere Substanzen dagegen, wie die Antidepressiva, konnten wir auf Ebene der Metaanalyse keine konsistenten Effekte finden. Dies ist insofern relevant, als die meisten Patienten mit einem Antidepressivum aus der Gruppe der SSRI behandelt werden. Auch für das Antipsychotikum Olanzapin konnten wir kaum Effekte nachweisen. Neben den Nebenwirkungen wie erheblicher Gewichtszunahme kam es zu einem leichten Anstieg von Suizidalität, weshalb Olanzapin ebenso wie Antidepressiva in der spezifischen Behandlung der BPS nicht mehr empfohlen werden können (es sei denn, es liegen andere Indikationen wie Psychosen vor). In der praktischen Behandlung empfiehlt es sich, mit den Patienten Zielsymptome einer Pharmakotherapie zu definieren

Tabelle 4

Placebokontrollierte Wirksamkeitsbefunde von Pharmakotherapien bei Borderline-Störungen

	BPS-spezifische Pathologie			Allgemeine Pathologie	
	Affektivität	Impulsivität	Interpersonelle Probleme	Kognitive Symptome	Depressivität, Angst, allgemeines Funktionsniveau, Gesamtschweregrad
Klassische Neuroleptika	++	+			
Antipsychotika der zweiten Generation	++	++ *	+	++	+
Stimmungsstabilisierer	++	++	+		++
Antidepressiva					+

+ belegt durch direkte Vergleiche mit randomisierten Kontrollgruppen, ++ belegt durch metaanalytische Zusammenfassung mehrerer Studien
 * signifikante Effekte im Sinne einer Zunahme von Suizidalität

(z. B. Reduktion des impulsiven und fremdaggressiven Verhaltens), die Symptomatik (impulsives Verhalten) während der Behandlung kontinuierlich zu messen und die Medikation bei Erfolg weiterzugeben oder abzusetzen, wenn der Erfolg nicht eingetreten ist. Dadurch kann das ständige Hinzunehmen neuer Medikamente und damit eine Polypharmakotherapie verhindert werden.

Abschließend sind mehrere Limitationen zu nennen, welche die Aussagen der Studien einschränken. Im Vergleich zu anderen Erkrankungen wie den Depressionen oder Schizophrenien gibt es nur wenige Therapiestudien zu den einzelnen Medikamenten. Darüber hinaus haben die Studien nur kleine Fallzahlen und kurze Beobachtungszeiträume von meist nur zwölf Wochen. Besonders problematisch ist, dass akut suizidale Patienten meist aus den Therapiestudien ausgeschlossen wurden. Dadurch lassen sich die Ergebnisse nicht einfach auf die Situation schwerkranker Patienten in akuten Krisensituationen übertragen. Es wird daher auch weiterhin so sein, dass man in der Behandlung der Patienten neben der Information aus RCTs auch auf die klinische Erfahrung zurückgreifen muss und so – zumindest zu Beginn der Behandlung und unter Berücksichtigung eventuell vorhandener weiterer psychischer Störungen sowie des jeweiligen Nebenwirkungsprofils des in Frage kommenden Arzneimittels – um eine Kombination mehrerer Medikamente nicht herum kommt. Ziel sollte aber immer sein, die Patienten möglichst schnell einer Behandlung mit einem der beschriebenen Psychotherapieverfahren zuzuführen. Im Verlauf einer wirksamen Psychotherapie wird es dann meist auch möglich sein, die Medikamente schrittweise zu reduzieren.

Ausblick

Die BPS ist eine schwere Erkrankung, die mit einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome einhergehen kann, die meist nicht nur für die Patienten selbst, sondern auch für deren Umfeld sehr problematisch sind. Von 28 Therapiestudien zur Pharmakotherapie der BPS wurden seit dem Jahr 2000 allein 19 Studien publiziert, davon zehn seit 2005. Dies zeigt, dass in den letzten Jahren ein erhebliches wissenschaftliches Interesse an der Therapie der BPS entstanden ist. Es zeichnet sich ab, dass es keine Therapie gibt, um die Borderline-Störung per se zu behandeln, vielmehr haben die Therapien nur Effekte auf bestimmte Symptome, sodass sie in Zukunft vermehrt symptomorientiert ausgewählt und eingesetzt werden können. Dafür ist weitere Forschung erforderlich. Es muss zum Beispiel geprüft werden,

ob Patienten mit bestimmten Symptommustern erfolgreicher durch die eine als durch die andere Therapie behandelt werden können. Bisher wurde nur gezeigt, dass durch verschiedene Therapien bestimmte Symptome behandelbar sind.

Dass Patienten mit BPS unbehandelbar sind, konnte in den letzten 20 Jahren der Forschung eindeutig widerlegt werden, und auch die Prognose der Erkrankung ist nicht so schlecht, wie das bis vor einigen Jahren noch angenommen wurde. Aus Langzeitstudien wissen wir, dass über einen Zeitraum von zwölf Jahren fast alle Patienten eine deutliche Symptomreduktion erleben und lernen, besser mit der Erkrankung umzugehen. □

LITERATUR

1. Lieb K, Vollm BA, Rücker G et al. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. Br J Psychiatry 2010; 196: 4–12
2. Stoffers J, Völlm BA, Rücker G et al. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev 2010: CD005653

Univ.-Prof. Dr. med. Klaus Lieb (**Korrespondenz**)
 Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
 Untere Zahlbacher Straße 8, 55131 Mainz
 E-Mail: klaus.lieb@unimedizin-mainz.de

Dipl.-Psych. Jutta Stoffers
 Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie,
 Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 E-Mail: jutta.stoffers@uniklinik-freiburg.de

Erklärung zu Interessenkonflikten

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen und dass keine potenziellen Interessenkonflikte bestehen. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

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

Borderline-Persönlichkeitsstörung – Störungsspezifische Pharmakotherapie

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

1. Medikamente folgender Wirkstoffklassen sind gegenwärtig in Deutschland zur Behandlung bei BPS per se zugelassen:

- A Antidepressiva
- B Atypische Neuroleptika
- C Anxiolytika
- D Stimmungsstabilisierer
- E Gegenwärtig ist in Deutschland kein Medikament zur Behandlung der BPS per se zugelassen.

2. Die Prävalenz der BPS beträgt in der Allgemeinbevölkerung ...

- A ... unter 1%.
- B ... 1%.
- C ... 2–5%.
- D ... etwa 10%.
- E ... mehr als 10%.

3. Für die Diagnose einer BPS nach DSM-IV gilt:

- A Kriterium selbstverletzenden Verhaltens muss erfüllt sein.
- B Alle BPS-Patienten weisen unter Belastung eine psychotische Symptomatik auf.

- C Aus jedem Symptombereich der BPS muss mindestens ein Kriterium erfüllt sein
- D Zwei Personen mit Diagnose einer BPS können sehr heterogene Symptomatiken aufweisen.
- E Insgesamt müssen sechs Kriterien erfüllt sein.

4. Für welche Substanzklassen liegen keinerlei Daten aus randomisiert-kontrollierten Studien bei BPS-Patienten vor?

- A Anxiolytika
- B Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
- C Trizyklische Antidepressiva
- D Antipsychotika der ersten Generation
- E Antipsychotika der zweiten Generation

5. Welche Aussage ist zutreffend?

- A Nur eine geringe Minderheit der BPS-Patienten wird medikamentös behandelt.
- B Komorbide depressive Erkrankungen sind eher selten.

- C Die medikamentöse Behandlung bei BPS wird meist zur gezielten Behandlung bestimmter Symptombereiche eingesetzt.
- D Die medikamentöse Behandlung bei BPS verfolgt meist das Ziel einer Besserung des Gesamtschweregrads.
- E Der Einsatz von Medikamenten bei BPS erfolgt meist nur in akuten Krisen.



6. Die meisten placebokontrollierten Vergleichsstudien bei BPS liegen gegenwärtig vor zu ...

- A ... Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern.
- B ... Omega-3 Fettsäuren.
- C ... Antipsychotika der ersten Generation.
- D ... Antipsychotika der zweiten Generation.
- E ... Antidepressiva.

7. Polypharmazie bei BPS-Patienten ...

- A ... wird durch aktuelle randomisiert-kontrollierte Studien gestützt.
- B ... ist in der klinischen Praxis eher eine Ausnahme.
- C ... wird nur für die Kombination von Antidepressiva und atypischen Antipsychotika empfohlen.
- D ... ist in der klinischen Praxis die Regel, wengleich hierfür keine Studienbefunde vorliegen.
- E ... wird grundsätzlich empfohlen, um verschiedene Symptombereiche zu behandeln.

8. Bei welchen Antidepressiva besteht bei der Therapie von BPS-Patienten die Gefahr einer besonders hohen Toxizität bei Überdosierung?

- A Trizyklische Antidepressiva
- B MAO-Hemmer
- C Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
- D Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
- E Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer

9. Für einen Wirkstoff welcher Substanzklasse liegen Befunde im Sinne einer Zunahme selbstverletzenden Verhaltens vor?

- A Antipsychotika der ersten Generation
- B Antipsychotika der zweiten Generation
- C Stimmungsstabilisierer
- D Antidepressiva
- E Ausschließlich für SSRI

10. Welche Aussage zur Pharmakotherapie von BPS-Patienten trifft zu?

- A Antipsychotika der zweiten Generation sind die Medikation der Wahl bei BPS.
- B Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sind erwiesenermaßen zur Reduktion von Impulsivität bei BPS wirksam.
- C Antidepressiva sind Stimmungsstabilisierern bei BPS zunächst vorzuziehen.
- D Für alle in RCTs untersuchten Wirkstoffe finden sich Befunde im Sinne einer Reduktion des Gesamtschweregrades der BPS.
- E Für keinen Wirkstoff finden sich Belege im Sinne einer Verbesserung des Gesamtschweregrads der BPS.



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

Dopaminspiegel in der Parkinsontherapie optimieren

➔ Nach einem ersten „Honeymoon“ der dopaminergen Therapie kommt es innerhalb weniger Jahre bei den meisten Parkinsonpatienten zu Wearing-off- und On-Off-Phänomenen. Für das Management dieser Komplikationen ist die Annäherung an eine optimale Levodopakonzentration wichtig. Mit fortschreitender Krankheitsprogression wird das therapeutische Fenster von L-Dopa immer schmaler. Um ein Wearing-off einzudämmen, sollte man deshalb möglichst wenig Schwankungen im Dopaminspiegel anstreben, erläuterte Professor Heinz Reichmann, Direktor der Neurologischen Universitätsklinik in Dresden. Im Vergleich zu konventionellem Levodopa erreicht die Behandlung mit der Kombination von L-Dopa, Carbidopa und Entacapone (Stalevo®) einen signifikant höheren Levodopa-Talspiegel im Plasma [1]. So steht laut Reichmann länger Dopamin zur Verfügung, die On-Zeiten verlängern sich. Gegenüber einer Therapie von

Levodopa plus Benserazid (LB) oder Levodopa plus Carbidopa (LC) ermöglicht die Dreifachkombination eine signifikante zusätzliche Symptomminderung nach den motorischen und die Alltagsaktivitäten betreffenden Skalen der Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) [2]. Auch nicht-motorische Symptome wie Stimmungsschwankungen, Schmerz oder Angst bessern sich bei Therapie mit dieser Kombination.

Spitzen reduzieren

In der Levodopa Concentration Profile With Stalevo 75/125 mg (NEWSTA)-Studie wurde untersucht, ob sich durch Anpassen der Dosis des Dreifachkombinationspräparats mit Hilfe der Dosisstärken 75 und 125 ein Anstieg der Spitzenkonzentrationen vermeiden lässt, ohne gleichzeitig die Vorteile einer gegenüber der herkömmlichen Levodopatherapie günstigeren Talspiegel zu verlieren [3]. Tatsächlich konnten so die Konzentrationsam-

plituden mit der Zeit etwas verringert werden, ohne allerdings schon optimal konstante Levodopakonzentrationen zu erreichen, so Reichmann. Eine gute Möglichkeit der weiteren Optimierung stellen die Zwischendosierungen des Präparats dar. So kann beispielsweise morgens, wenn es den Patienten am schlechtesten geht, die Dosis um 25 mg höher eingesetzt werden als in den Folgedosen. Reichmanns Erfahrung: „Es funktioniert!“

Friederike Klein

1. Kuoppamäki M et al. Eur J Clin Pharmacol 2009; 65: 443–55
2. Eggert K et al. J Neural Transm 2010; 117: 333–42
3. Ingman K et al. 2nd World Parkinson Congress 2010, Glasgow. Poster P36.05

Satellitensymposium „Parkinson: neue Daten und Therapieoptionen“, 84. DGN-Kongress, Wiesbaden, 29.9.2011
Veranstalter: Orion Pharma

Das Restless-Legs-Syndrom beschwerdeangepasst behandeln

➔ Symptome eines Restless-Legs-Syndroms (RLS) sind häufig. Beeinträchtigen sie mindestens zweimal wöchentlich Schlaf und Alltag, sind die Beschwerden behandlungsbedürftig. Diese Kriterien treffen in Deutschland auf 3 % der Erwachsenen, aber auch 1 % der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren und 0,5 % der Kinder zwischen 8 und 11 Jahren zu, berichtete Professor Daniela Berg, Tübingen. Mittel der ersten Wahl ist eine dopaminerge Therapie. Als kontinuierliche Medikation sind dafür in Deutschland nur drei Dopaminagonisten (Pramipexol, Ropinirol und Rotigotin) sowie ein Levodopa-

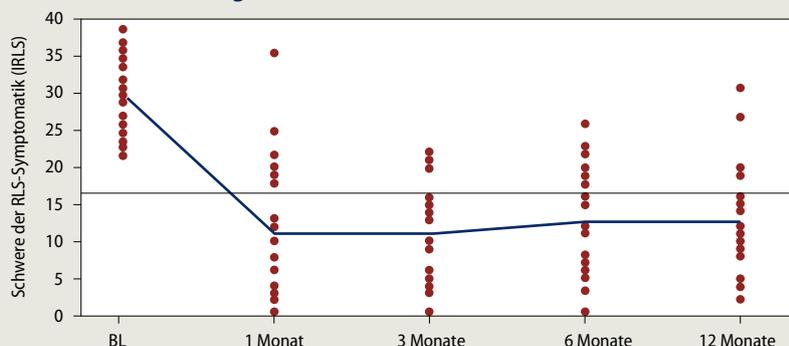
Präparat zugelassen. Je nach Art der Beschwerden können nicht-retardierte und retardierte Präparate zum Einsatz kommen. Bei reinen Einschlafstörungen ist eine retardierte Formulierung nicht sinnvoll. Ganz anders bei Durchschlafstörungen – alleine oder in Kombination mit Einschlafstörungen. Hier wie auch bei Beschwerden tagsüber empfiehlt Berg als Mittel der ersten Wahl retardiertes Levodopa oder transdermales Rotigotin (z. B. Neupro®).

Eine Augmentation mit Zunahme der Intensität und Vorverlagerung der Beschwerden unter dopaminergem Medikation betrifft je

nach Präparat und Behandlungsdauer bis zu 80 % der Patienten, erläuterte Berg und betonte: „Die Augmentation ist sicher das Kernproblem bei schwierig zu behandelnden Patienten. Bei einer Augmentation unter anderen dopaminergen Substanzen hat Berg in einer Fallserie mit 28 Patienten in ihrer Ambulanz gute Erfahrungen mit der Umstellung auf das Rotigotin-Pflaster gemacht. Die Schwere der RLS-Symptomatik nahm über Monate stabil ab (siehe Grafik). Eine andere Maßnahme bei Augmentation unter dopaminergem Therapie kann die Dosisreduktion sein. So überschritt die Dosierung in einer Studie in 61,5 % der Fälle bei Augmentation die von der europäischen Arzneimittelbehörde EMA zugelassene Rotigotin-Dosis [Garcia-Borreguero D et al. Neurology 2011; 76 (Suppl. 4): A127].“

Friederike Klein

12-Monatsbeobachtung bei schwerstem RLS



Satellitensymposium „Idiopathisches Parkinson- und Restless-Legs-Syndrom: Erkrankungen mit vielschichtigen Symptomen!“
84. DGN-Kongress, Wiesbaden, 30.9.2011
Veranstalter: UCB Pharma

Chronifizierung des Schwindels verhindern

➔ Nach epidemiologischen Studien leidet fast jeder zweite über 60-Jährige an Schwindel. Akuter Schwindel nach einem einseitigen Labyrinthausfall oder einem Schlaganfall sei immer ein Notfall und erfordere eine sofortige umfassende Diagnostik, betonte Dr. Klaus Sallach, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Gelsenkirchen. Doch sehr viel häufiger seien Patienten mit chronischem Schwindel.

Bei der differenzialdiagnostischen Abklärung müssen unterschiedlichste Ursachen diskutiert werden. Dazu gehören unter anderem auch neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson oder Multiple Sklerose. „Doch gerade bei Älteren ist Schwindel meist kein Symptom mit erfassbarer oder definierbarer Ätiologie, sondern Teilaspekt eines geriatrischen Syndroms“, sagte Professor Ingo Füsgen, Universität Witten/Herdecke.

Um eine Chronifizierung zu verhindern, sei eine frühzeitige effektive medikamentöse Therapie unverzichtbar, die durch ein spezielles Bewegungstraining sowie verhaltenstherapeutische Maßnahmen ergänzt werden müsse, sagte Sallach.

Für die medikamentöse Therapie empfiehlt sich ein nicht-sedierendes Antivertiginosum; denn die Sedierung bessert zwar die Schwindelsymptomatik, verhindert jedoch einen Trainingseffekt für das Gleichgewichtsorgan. Ein im praktischen Alltag bewährtes und Evidenz-basiertes Therapieprinzip ist das Kombinationspräparat Arlevet®, das 20 mg Cinnarizin und 40 mg Dimenhydrinat enthält. Während Cinnarizin, ein zentral wirksamer Kalziumantagonist, positive Effekte am peripher-vestibulären Labyrinth entfaltet, ist Dimenhydrinat ein H1-Antihistaminikum mit anticholinergischer Wirkung, welches am zentral-vestibulären System angreift.

Wirkung und Verträglichkeit dieser Substanz konnten im Rahmen zahlreicher randomisierter, kontrollierter doppelblinder Studien und auch in einer großen Metaanalyse mit dem Evidenzgrad Ia dokumentiert werden.

Dr. med. Peter Stiefelhagen

Round-Table-Gespräch „Schwindel im Alter“,
Frankfurt a. M., 28.9.2011
Veranstalter: Hennig Arzneimittel

Neue Immunmodulatoren ante portas?

➔ Auf einem Satellitensymposium beim DGN-Kongress wurden Studienergebnisse mit dem potenziellen neuen MS-Therapeutikum Teriflunomid vorgestellt.

Der selektive Dihydro-Orotat-Dehydrogenase-Hemmer Teriflunomid blockiert die De-novo-Synthese von Pyrimidin und reduziert so die Proliferation von autoreaktiven T- und B-Zellen. Professor Heinz Wiendl, Münster, präsentierte Daten aus dem Studienprogramm mit Teriflunomid. In der randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Phase-III-Studie TEMSO wurde der orale Wirkstoff in den Dosierungen 7 und 14 mg an 1.088 Patienten mit schubförmiger MS in der Monotherapie über zwei Jahre hinweg geprüft. Teriflunomid reduzierte sowohl klinische als auch MRT-Parameter signifikant. So sank die jährliche Schubrate unter beiden Dosierungen um gut 30% gegenüber Placebo. Beide Dosierungen bremsen auch die Behinderungsprogression (7 mg: 21,7%; 14 mg: 20,2%; Placebo: 37,3%), allerdings war der Unterschied zu Placebo nur bei der höheren Dosierung signifikant.

Teriflunomid zeigte laut Wiendl ein günstiges Verträglichkeitsprofil. Weder das Risiko für Malignome noch für schwerwiegende opportunistische Infektionen sei erhöht gewesen. Der Wirkstoff könne – wenn erforderlich – rasch mit Cholestyramin ausgewaschen werden so Wiendl. Eine Phase-II-Studie über ein Jahr ergab, dass die zusätzliche Gabe von Teriflunomid zur Basistherapie mit IFN-beta gut toleriert wurde. Die MRT-Daten legen eine relative Risikoreduktion durch IFN-beta plus Teriflunomid um 80% im Vergleich zur IFN-beta plus Placebo nahe. In der angelaufenen Phase-III-Studie TERACLES soll die Kombination an einer größeren Patientenzahl geprüft werden.

Heike Grosse

Satellitensymposium „Neue Therapiestrategien zur Behandlung der Multiplen Sklerose“,
84. DGN-Kongress, Wiesbaden, 30.9.2011
Veranstalter: Sanofi und Genzyme

Höhere Piribedil-Dosis in der Kombinationstherapie

— Der Non-Ergot-Dopaminagonist Piribedil (Clarium®) kann in der Kombinationstherapie mit L-Dopa jetzt auch in der Dosis 250 mg (vormals 150 mg) bei Morbus Parkinson eingesetzt werden. Das entschied das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Besonders für Parkinsonpatienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium könnte diese Dosiserweiterung relevant sein, weil dann häufig höhere Dosierungen notwendig sind. Piribedil ist in den Packungsgrößen 60 Tabletten (N2) und 200 Tabletten (N3) erhältlich. Durch sein Rezeptorprofil wirkt es nicht nur auf die Kardinalsymptome des Morbus Parkinson, sondern beeinflusst offenbar auch die Vigilanz und Kognition der Patienten positiv, was in der Phase-III-Studie PiViCog genauer evaluiert wird. Erste Ergebnisse werden für 2012 erwartet. **red**

Nach Informationen von Desitin

Olanzapin-CT® wieder auf dem Markt

— Das Unternehmen CT Arzneimittel nimmt Olanzapin-CT-Tabletten und Olanzapin-CT-Schmelztabletten wieder in das Portfolio auf. Es handelt sich dabei um das gleiche Produkt, das 2007 und 2008 bereits auf dem Markt war. Olanzapin-CT Tabletten gibt es in sechs Wirkstärken: 2,5, 5, 7,5, 10, 15 und 20 mg. Olanzapin-CT Schmelztabletten sind in fünf Wirkstärken verfügbar: 5, 7,5, 10, 15 und 20 mg. **red**

Nach Informationen von CT-Arzneimittel

Olanzapin AbZ® eingeführt

— AbZ-Pharma und Teva erweitern ihre neuropsychiatrische Produktpalette um das Antipsychotikum Olanzapin AbZ®. Olanzapin AbZ® zur Behandlung der Schizophrenie wird als Tabletten und Schmelztabletten in allen wichtigen Stärken und Packungsgrößen angeboten, es ist indikationsgleich und bio-äquivalent zum Originalpräparat. **red**

Nach Informationen von AbZ-Pharma und Teva

Konzept der MS-Basistherapie bestätigt

➔ Neue Immunmodulatoren haben die Therapieoptionen der Multiplen Sklerose (MS) in den letzten Jahren deutlich erweitert. Das aktuelle Stufenschema zur MS-Therapie bestätigt jedoch den hohen Stellenwert der bisher eingesetzten Basistherapien. Bei aller Euphorie über neue Wirkstoffe zur Therapie der MS ist das Armamentarium der Basistherapie in der Praxis nach wie vor stark eingeschränkt, betonte PD Dr. Matthias Mäurer, Bad Mergentheim. Auch das auf dem DGN-Kongress vorgestellte, von der KKNMS (Krankheitsbezogenes Kompetenznetz Multiple Sklerose) im Auftrag der DNG überarbeitete Stufenschema zur MS-Therapie [2011 im Druck] bestätigte weiterhin die Empfehlung zur Frühtherapie mit Interferon- β -Formulierungen und Glatirameracetat zur Basistherapie. Vor dem Hintergrund der Lang-

zeitsicherheit und der Effektivität werde der Einsatz dieser Präparate wahrscheinlich auch in den nächsten fünf Jahren Grundlage der MS-Therapie bleiben, insbesondere bei früher MS oder geringer Krankheitsaktivität. Der Wunsch nach Präparaten mit verbesserter Wirksamkeit sei verständlich, ein seriöser Vergleich der Schubratenreduktion verschiedener Wirkstoffe aber nur mit Head-to-Head-Studien möglich.

Mäurer betonte die Bedeutung der Langzeitdaten zu den Basistherapien, die im Mittel einen Zeitraum von über zehn Jahren abdecken. Für die Therapie mit Glatirameracetat (Copaxone[®]) wurden MS-Patienten sogar in einer prospektiven Follow-up-Studie über einen Zeitraum von bisher 15 Jahren nachverfolgt. Die 15-Jahresdatenanalyse [1] belege, dass die EDSS (Expanded Disability

Status Scale) der MS-Patienten (n = 100) unter kontinuierlicher Behandlung mit dieser Immuntherapie relativ stabil bleibe. Nach 15 Jahren hatten 57 % der Patienten stabile oder verbesserte EDSS-Werte, 65 % weiterhin eine schubförmige MS und 82 % waren noch gehfähig. Dies zeige, dass es bei frühem Therapiebeginn und konsequenter Weiterbehandlung mit dem Basistherapeutikum möglich sei, MS-Patienten über 10 bis 15 Jahre erfolgreich zu stabilisieren, resümierte Mäurer.

Dr. Thomas Riedel

1. Ford et al. Multiple Sclerosis. 2010; 16 (3): 342 – 50

Satellitensymposium „MS- und MS-Therapie: 30 Jahre und wie weiter?“, 84. DGN-Kongress, Wiesbaden, 29.9.2011
Veranstalter: Sanofi Aventis und Teva Pharma

Bessere Schlafqualität fördert die Schmerztoleranz

➔ Bei der Medikamentenauswahl für Patienten mit neuropathischen Schmerzen gilt ebenso wie für ältere Epilepsiepatienten: sowohl Komorbiditäten als auch Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sind zu beachten. Begleiterscheinungen wie Schlafstörungen sollte man nicht unterschätzen und ebenfalls adäquat therapieren. Neben der Verbesserung der neuropathischen Schmerzen bewirkt Pregabalin (Lyrica[®]) auch eine bessere Schlafqualität der Patienten. Dass dieser Eigenschaft des Medikaments eine klinische Bedeutung zukommt, verdeutlichte Professor Göran Hajak, Bamberg. Schlafstörungen stellen das häu-

figste Begleitsymptom bei peripheren neuropathischen Schmerzen dar. Der Verlust der Tiefschlafphasen beeinträchtigt jedoch nicht nur die Erholung der Patienten, sondern beeinflusst auch das Schmerzempfinden.

Wie eine Studie zeigte, ist die Toleranz gegenüber Schmerzen unter Schlafentzug massiv vermindert [1]. [Abb.: Bild 209] So hält es ein gut ausgeschlafener Mensch im Schnitt 12 Sekunden aus, seine Hand auf eine heiße Herdplatte zu halten. Durfte er jedoch nur vier Stunden oder gar nicht schlafen, verringert sich diese Zeit deutlich. „Wir benötigen den Tiefschlaf, um Schmerzen besser aushalten zu können“, resümierte der

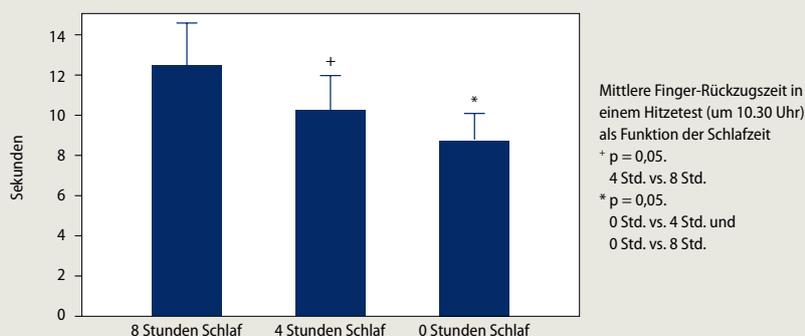
Psychiater. Unter Pregabalin verbessern sich die Tiefschlafphasen, die wichtigen Traumphasen (REM) sowie das Durchschlafvermögen der Patienten.

Hinsichtlich möglicher Interaktionen zeichnet Pregabalin aus, dass es in In-Vivo-Studien keine klinisch relevanten Wechselwirkungen etwa mit Phenytoin, Carbamazepin, Valproat, Lamotrigen oder Gabapentin zeigte. Seine renale Clearance wird auch durch andere, häufig verordnete Medikamente wie orale Antidiabetika, Insulin oder Diuretika nicht beeinträchtigt. Dies kommt auch Epilepsiepatienten zugute, für deren Behandlung Pregabalin ebenfalls zugelassen ist. „Großer Vorteil der renal eliminierten Medikamente ist, dass man die Nierenfunktion besser messen kann als die Leberfunktion. Daher bevorzuge ich bei älteren Epilepsiepatienten grundsätzlich renal eliminierbare Medikamente“, erklärte Universitätsprofessor Konrad Werhahn von der Universität Mainz.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

1. Roehrs T et al. Sleep 2006; 29 (2): 145 – 51

Einfluss von Schlafentzug auf die Schmerzwahrnehmung



Symposium beim 84. DGN-Kongress, Wiesbaden, 30.9.2011 in Wiesbaden
Veranstalter: Pfizer

Morbus Parkinson: Was kann eine Frühtherapie leisten?

➔ Parkinsonpatienten profitieren von einer Frühtherapie, mit der sich nicht nur eine symptomatische Besserung, sondern möglichst auch eine Modifikation des Krankheitsverlaufs verbindet.

Nach einer Parkinsondiagnose sollte die Therapie sofort begonnen werden, erklärte Professor Wolfgang Jost, Wiesbaden, bei jüngeren Patienten zum Beispiel mit einem Monoaminoxidase (MAO)-B-Hemmer wie Rasagilin (Azilect®), bei über 70-Jährigen mit L-Dopa. Als Gründe für die Frühtherapie nannte Jost den bereits fortgeschrittenen degenerativen Prozess, die Symptomatik sowie die Möglichkeit, den Verlauf günstig zu beeinflussen. Der Beweis einer Krankheitsmodifikation ist jedoch schwierig. Rasagilin ist allerdings die einzige Parkinsontherapie, die in einer Studie mit dem von den US-amerikanischen und europäischen Zulassungsbehörden geforderten Design (Delayed start-Studie) die Krankheitsprogression signifikant verlangsamte, berichtete Professor Jörg B. Schulz, Aachen.

Krankheitsprogression gebremst

In die Studie ADAGIO [1] wurden 1.176 primär unbehandelte Patienten sofort oder verzögert, das heißt nach 36-wöchiger Placebophase (delayed start), mit Rasagilin behandelt. Bei Patienten, die von Anfang an 1

mg Rasagilin erhalten hatten, blieb der UPDRS-(Unified Parkinson's Disease Rating Scale-)Score in den ersten 36 Wochen weitgehend konstant, während in der Placebogruppe ein kontinuierlicher Anstieg zu beobachten war. Diesen Vorteil konnte die verzögerte Rasagilin-Gabe bis zum Ende der Beobachtung nach 72 Wochen nicht ausgleichen.

„Insbesondere bei jüngeren Patienten“, sagte Schulz, „sollten wir die Therapie mit Rasagilin beginnen und, wenn die symptomatische Wirksamkeit nicht ausreicht, durch einen Dopaminagonisten beziehungsweise im späteren Verlauf durch L-Dopa ergänzen“. Wie Jost ausführte, ist die Wirksamkeit von

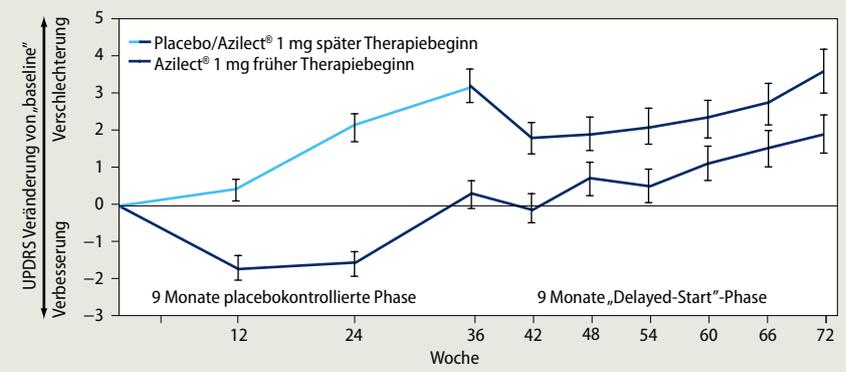
Rasagilin auch bei fortgeschrittener Parkinsonkrankheit belegt, unter anderem durch die Studie LARGO [2] bei Patienten mit motorischen Fluktuationen unter L-Dopa-Therapie, in der Rasagilin die tägliche Off-Zeit so effektiv wie Entacapon und signifikant günstiger als Placebo beeinflusste ($p < 0,001$).

Günter Springer

1. Olanow CW et al. N Engl J Med 2009; 361: 1268–78
2. Rascol O et al. Lancet 2005; 365: 947–54

Satellitensymposium „Rasagilin – Eine runde Sache“, 84. DGN-Kongress, Wiesbaden, 29.9.2011

Vorteil der Frühtherapie mit Rasagilin im Vergleich zu Placebo



Endocannabinoidsystem-Modulator gegen MS-induzierte Spastik

➔ Im Verlauf ihrer Erkrankung an Multipler Sklerose leiden nach eigenen Angaben 80% der Patienten an einer Spastik [1]. In Deutschland erhält fast ein Drittel dieser Patienten gar keine Therapie, nur 29% der behandelten Patienten sind mit der Wirksamkeit ihrer aktuellen Behandlungen zufrieden [2].

Seit Mai 2011 ist die 1:1-Fixkombination aus Delta-9-Tetrahydrocannabinol und Cannabidiol (Sativex®) für die Add-on-Therapie bei denjenigen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik zugelassen, deren bisherige Therapie nicht ausreichend wirksam war. Die Zulassungsstudie zeigte in der Intention-to-treat-Analyse eine signifikante Veränderung des Numerical Rating Scale (NRS)-Spastizitätsscores vs. Placebo ($-0,04$ vs. $+0,63$; $p = 0,0002$). Zudem wurden auch die Häufigkeit der Spastik und der Schlafunterbrechungen signifikant gesenkt ($p = 0,005$ bzw. $p < 0,0001$; [3].

Adaptives Titrationsschema

Da interindividuell eine große Spannbreite der pharmakokinetischen Parameter besteht, sollte zu Behandlungsbeginn eine zweiwöchige Titration zur individuellen Dosisanpassung durchgeführt werden, empfahl Professor Uwe Zettl, Universitätsklinikum Rostock. Durch die langsame Titration sind die häufigsten Nebenwirkungen – Schwindel und Müdigkeit – vermeidbar. Wegen möglicher psychiatrischer Wirkungen ist das oromukosale Spray bei Patienten, die eine psychotische Erkrankung hatten beziehungsweise in deren Familie psychiatrische Komorbiditäten bekannt sind, nicht indiziert. In einer aktuellen prospektiven, multizentrischen Versorgungsstudie MOVE 2 (Mobility improvEMENT in MS induced spasticity) wird bei 500 Patienten der Einsatz des Sprays in der täglichen Praxis untersucht. Erste Stu-

dienergebnisse zu klinischer Wirksamkeit, Verträglichkeit, Sicherheit und Lebensqualität werden im Oktober 2012 erwartet.

Dr. Friederike Holthausen

1. Rizzo MA et al. Multiple Sklerosis 2004; 10: 589–95
2. Flachenecker P et al. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105: 113–17
3. Novotna A et al. Eur J Neurol 2010; 1–10, doi:10.1111/j.1468-1331.2010.03328.x

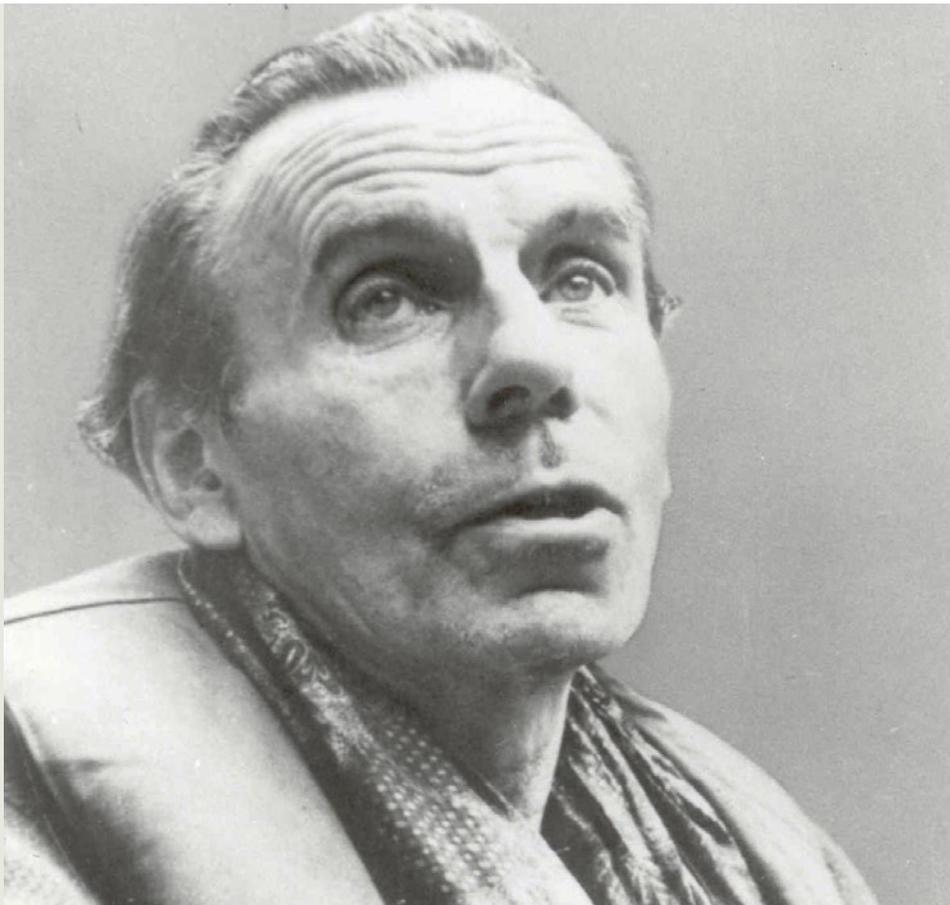
Satellitensymposium „Neue Ansätze der symptomatischen Therapie bei Multipler Sklerose. Spastikbehandlung mit einem Endocannabinoidsystem-Modulator“, 84. DGN-Kongress, Wiesbaden, 28.9.2011

Veranstalter: Almirall GmbH

Journal

Der Fall Céline

Der Roman „Reise ans Ende der Nacht“ aus dem Jahre 1932 ist „das beste Buch, das in den letzten zweitausend Jahren geschrieben wurde.“ Wenigstens behauptet das der amerikanische Schriftsteller Charles Bukowski. Aber sein Verfasser, Louis-Ferdinand Céline (geboren 1894, im Jahre der Affäre Dreyfus, gestorben 1961), „ist ein Problem, das es in Deutschland nicht gibt. Er war Rassist, Antisemit, Genie und nationaler Großschriftsteller. So jemanden haben wir nicht“. Das schreibt Iris Radisch, Literaturjournalistin Anfang diesen Jahres in DIE ZEIT.



Vor wenigen Jahren sagte Nicolas Sarkozy, der Céline als seinen Lieblingsdichter bezeichnet: „Man kann Céline lieben, ohne Antisemit zu sein, so wie man Proust lesen kann, ohne homosexuell zu werden.“

76 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Der Fall Céline

Faszination und Abscheu, solch widersprüchliche Gefühle mögen den Leser nach der Lektüre des Romans „Reise ans Ende der Nacht“ bewegen. Dann ist es Zeugnis großartiger Schriftstellerei.

82 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Die Schönheit des Alltäglichen

Angelika Tóth beherrscht die Technik der Aquarellmalerei geradezu meisterlich. Vor allem Frauen in flüchtigen Szenen des alltäglichen städtischen Lebens sind dennoch Bildnis eindrucksvoller Eleganz.

Louis-Ferdinand Céline, Autor des weltberühmten Romans „Reise ans Ende der Nacht“ gilt nach Marcel Proust als der meistgelesene Schriftsteller Frankreichs. Wegen seiner antisemitischen Hetzschriften wurde er auf Beschluss des französischen Kulturministers Frédéric Miterrand aus dem diesjährigen Jahrbuch nationaler Gedenktage gestrichen, in dem sein 50. Todestag am 1. Juli bereits vermerkt war. Der Minister erklärte: „Man kann im Namen republikanischer Werte keinen Kranz auf den Grabstein Célines legen.“ Ausgelöst wurde die Kampagne gegen den Autor durch den Anwalt und Nazijäger Serge Klarsfeld, der im Namen der „Vereinigung der Söhne und Töchter der deportierten Juden Frankreichs“ die Streichung des Schriftstellers von der Ehrenliste verlangt hatte. Der namhafte französische Literaturwissenschaftler und Céline-Forscher Henri Godard sprach von Zensur und meinte: „Die künstlerische Kreativität ist ein Wert geworden, den wir anerkennen, auch in solchen Fällen, in denen unsere moralischen Werte nicht mit denen des Künstlers übereinstimmen und sogar widersprechen.“ Und Frédéric Vitoux von der Académie Française hält den Entschluss des Ministers für lächerlich: „Er erinnert an Stalin, der die in Ungnade gefallenen Genossen von den Fotos wegetuschieren ließ.“ Jürg Altwegg kommentierte in der FAZ (vom 25.1.2011): „Seit dem Krieg tut sich Frankreich mit Céline schwer. Er bekam verdiente Auszeichnungen, die ihm umgehend aberkannt wurden. Sein Haus sollte unter Denkmalschutz gestellt werden – auch das gab Protest.“

Die Strukturalisten und die Zeitschrift „Tel Quel“ befassten sich in ihren

Avantgardetheorien mit den Verwirrungen des Dichters. Er wurde mit de Sade verglichen, dessen Phantasien auch niemand wörtlich nahm. Für Philippe Sollers zeigt Céline die fiebrige Temperatur seiner Epoche an – wie Artaud, Joyce, Kafka, Pasolini. Schlichter drückte sich vor wenigen Jahren Nicolas Sarkozy aus, der Céline als seinen Lieblingsdichter bezeichnet: „Man kann Céline lieben, ohne Antisemit zu sein, so wie man Proust lesen kann, ohne homosexuell zu werden.“ Carla Bruni hat die Witwe besucht.

Spät aber doch: Einzug in die Pléiade

Mit großer Verspätung hielt Céline Einzug in die Dünndruck-Klassikerbibliothek Pléiade. Eine Gesamtausgabe gibt es noch immer nicht. Als Anerkennung seiner Bedeutung ist die Präsenz auf der Liste der nationalen Gedenktage, die keine Ehrenlegion für moralische Verdienste ist, kein Skandal. Mit Serge Klarsfeld einverstanden wäre zumindest Céline selbst. Er hasste Ehrungen und Zeremonien und bleibt sich auch postum treu. „Er provoziert noch immer.“ Für ein eher konservatives Blatt wie die FAZ ist dies ein durchaus bemerkenswerter Standpunkt. Iris Radisch in der als linksliberal geltenden ZEIT schlägt andere Töne an, wenn sie kommentiert: „Große Künstler, so die begütigende Lesart, seien zuweilen Amoralisten, vielleicht sogar (wohliges Schauern) umso größer, desto amoralischer. Eine Prise salonfähiger Antihumanismus gehört vom Marquis de Sade über Michel Houellebecq, Jonathan Littell bis zu Mathias Énard zum Pariser Skandalschriftsteller wie die Perlen zum Champagner. (...) Die Causa Céline ist

unlösbar. Die Eingemeindung des großen Autors unter Nichtbeachtung von seinen Nachtseiten ist unmöglich. Die unter Berücksichtigung seines Antisemitismus aber auch. Es gibt keinen genialen Mister Jekyll, der unabhängig vom rassistischen Mister Hyde agierte, wie es die allzu veröhnungstaumelige Nachkriegsrezeption nahelegt. Célines Geistesaristokratismus, sein glühender Avantgardismus, sein antimodernes Ressentiment und sein nackter Rassismus sind nicht in ordentlich voneinander getrennten Bauabschnitten entstanden. Sie sind Teil einer großen Obsession, Motor für viele tausend Zeilen Hass im Namen des großen Einzelnen gegen den Uniformismus, den Konformismus, den Materialismus, den Internationalismus, den Rationalismus, den sterilen Industrialismus, die mechanische Dressur der Kinder – die seiner Meinung nach übersichtlicher Weise alle das Werk von Juden seien.“

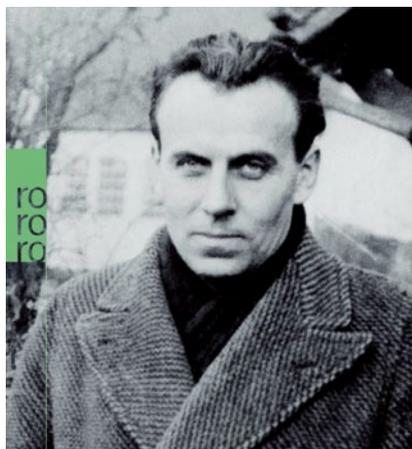
Leben und Werk nicht voneinander trennbar

Auch bei einem Autor wie Louis-Ferdinand Céline, der eigentlich Louis-Ferdinand Auguste Destouches hieß, sind Leben und Werk nicht voneinander zu trennen. Der Sohn einer kleinen Händlerin und eines Bilanzbuchhalters erlebte eine armselige Kindheit, absolvierte zwei Sprachreisen nach Deutschland und nach England, besuchte die Volksschule in Diepholz sowie das University College in Rochester, scheiterte mehrfach bei der Ausbildung zum Handelsassistenten und wurde 1912 den Kürassieren in Rambouillet zugeteilt, nahm als Freiwilliger am Ersten Weltkrieg teil, wurde

gleich im Herbst 1914 bei einem Melde-ritt, einem Husarenstreich bei Ypern in Westflandern schwer an Kopf und Schulter verwundet, woraufhin er im Heeresbericht erwähnt, mit der Médaille militaire ausgezeichnet und von den Zeitungen als Held gefeiert wurde. Die Bremer Literaturwissenschaftler Gert und Christine Sautermeister haben diese Lebensphase anhand des Notizbuches des Kürassiers Destouches und des Textes „Kanonenfutter“ näher untersucht und kommentiert. Mit einem teilweise gelähmten Arm und einer Angstpsychose dienstuntauglich geschrieben trat der junge Kriegsheld eine Stelle bei der französischen Botschaft in London an, reiste 1916/17 frisch verheiratet als Angestellter einer Handelsfirma nach Kamerun und unternahm im Auftrag der Rockefeller-Stiftung Vortragsreisen zum Thema Tuberkulose. 1918 nahm er das Stu-

dium der Medizin in Rennes auf, promovierte (eher literarisch als medizinisch) über Ignaz Philipp Semmelweis und spezialisierte sich auf Seuchenmedizin. Nachdem er Frau und Kind verlassen hatte, arbeitete er beim Völkerbund als Sekretär am Institut der Hygiene und Epidemiologie, engagierte sich in Paris und Liverpool, reiste 1926 nach Amerika, um bei den Ford-Werken in Detroit bei Hygieneproblemen tätig zu werden. Weitere Reisen im Auftrag des Völkerbundes führten ihn nach Kanada, Kuba und Afrika, um jeweils lokale Seuchenrisiken zu begutachten. Im Rheinland untersuchte er 1936 die gesundheitlichen Auswirkungen der Massenarbeitslosigkeit auf die Bevölkerung. Im Jahre 1928 übernahm er die Leitung der Abteilung für Infektionskrankheiten an der Staatsklinik von Clichy, seit 1936 arbeitete er – mit Ausnahme seiner Tätigkeit als Schiffsarzt 1939 auf der „Chella“ – bis zu seinem Tod als praktischer Arzt und war stets stolz darauf, als Armer von den Armen kein Honorar zu nehmen.

nellen, anarchischen Romans war immens (...). Célines Protagonisten, die dem Bodensatz der Gesellschaft entstammen und mit beißendem Spott geschildert werden, können als offensichtliche Vorläufer von Becketts pessimistischen Antihelden betrachtet werden. Ohne Kenntnis dieses Buches ist es kaum möglich, die weitere Entwicklung der Gattung Roman zu verstehen.“ Der erhoffte Prix Goncourt blieb dem Verfasser versagt: eine Kränkung, die er sein Lebtag nicht vergessen konnte. Die von Louis Aragon und Elsa Triolet besorgte Übersetzung des Romans ins Russische hatte eine zweimonatige Reise in die Sowjetunion zur Folge, von der Céline aufgrund wenig pompöser Empfänge bitter enttäuscht zurückkehrte, um seinem negativen Eindruck sogleich in einem Pamphlet namens „Mea Culpa“ Luft zu machen. Eine bitterböse Abrechnung mit dem Kommunismus und den Juden, die aber seltsamerweise als „Zugabe“ Célines Dissertation enthielt: einen Hymnus auf den Juden Semmelweis.



Louis-Ferdinand
Céline

Ulf Geyersbach

monographie

**Louis-Ferdinand Céline erlangte Welt-
rum, aber seine rassistischen und anti-
semitistischen Äußerungen haben ihn in
Verruf gebracht. Diese informative wie
lesenswerte Rowohlt-Monografie be-
schreibt Leben und Werk eines Schrift-
stellers, dessen Leistung als kreativer
Sprachschöpfer und Erneuerer der lite-
rarischen Formen noch immer unter-
schätzt wird (Geyersbach U. Rowohlt,
2008; ISBN 978-3-499-50674-1).**

Mit einem Schlag berühmt

Célines literarische Arbeit begann mit dem Bühnenstück „Die Kirche“ (1928), einem Aufschrei gegen den Kolonialismus und das „Gerede von den Menschenrechten“. Der Roman „Die Reise ans Ende der Nacht“ (1932) machte ihn mit einem Schlag berühmt, polarisierte aber von Anfang an: „Ein neuer moderner Stil ist geboren. Die Verben, die Artikel, alles nicht unbedingt zur Sache Gehörige wird unterdrückt. Keine Grammatik mehr, keine Satzzeichen, dafür ein Meer von Pünktchen. Und der Inhalt folgt der Form: eine Kaskade irrwitziger Prophezeiungen, ein Sturzbach von Diffamierungen“ (Georg Stefan Troller). In dem von dem englischen Literaturprofessor Peter Boxall herausgegebenen, höchst originellen Nachschlagewerk „1001 Bücher, die Sie lesen sollten, bevor das Leben vorbei ist“ heißt es zu „Reise ans Ende der Nacht“: „Der Roman zeichnet sich durch eine drastische, vitale, schonungslose Sprache, sardonischen Witz und vernichtenden Zynismus aus. Bei allem Slang, allen Obszönitäten und umgangssprachlichen Ausdrücken, die Céline verwendet, bleibt er doch immer lyrisch und eloquent (...). Der literarische Einfluss dieses origi-

Vom „politischen Surrealist“ zum offenen Anhänger Hitlers

Im Jahre 1937 erschien der für Célines weiteres Leben und bis auf den heutigen Tag folgenreichste Text: „Bagattes pour un massacre“ (deutsch: Die Judenverschwörung in Frankreich). Dabei handelt es sich um eine bislang nie dagewesene, weit über die Grenzen des Selbstparodistischen (deshalb, wie Troller anmerkt, später von Goebbels verbotene) hinausgehende Hasstirade gegen das Judentum, die aber auch Ballettentwürfe enthält, da der Autor diesen Frauentypus besonders bevorzugte. Der Text ist derart grotesk, dass André Gide riet, Céline als „politischen Surrealisten“ zu verstehen. Ein Jahr später erschien mit „L'École des cadavres“ ein weiteres Pamphlet, das laut Wikipedia „alle nur denkbaren Niveauengrenzen des guten Geschmacks, der politischen Vernunft, der elementaren Menschlichkeit und der literarischen Qualität“ unterschreitet. In der Folgezeit erklärte sich Céline offen zum Anhänger Hitlers, suchte den Dialog mit deutschen Besatzern wie Otto Abetz, dem deutschen Botschafter in Paris, Hans Carossa, Ernst Jünger, Karl Heinrich Waggerl und Arno Breker, der später eine Bronzestatue von Céline schuf. Hanns Grössel zitiert aus

Ernst Jüngers Erinnerungen (in „Strahlungen“): Céline „sprach sein Befremden, sein Erstaunen darüber aus, dass wir Soldaten die Juden nicht erschießen, aufhängen, ausrotten – sein Erstaunen darüber, dass jemand, dem die Bajonette zur Verfügung stehen, nicht uneingeschränkten Gebrauch von ihnen macht.“

Interniert, zum Tode verurteilt und doch wieder begnadigt

Der politische Berserker und genialische Literat entging einem Anschlag der Résistance nur knapp, floh nach Dänemark, kehrte wieder zurück, wurde von den deutschen Behörden nach Deutschland zwangsumgesiedelt, hielt sich in Baden-Baden auf, dann zusammen mit dem Rest der Vichy-Regierung in Sigmaringen, bis er in Kränzlin bei Neu-Ruppin interniert wurde. Mutmaßungen zufolge soll er versucht haben, als „baltischer Arzt“ für die Wehrmacht tätig zu werden, was schließlich den deutschen Botschafter in Paris veranlasst habe, Céline von der SS als geistesgestört einstufen zu lassen. Ende April 1945 floh Céline erneut nach Dänemark, mit seiner Frau, wo er eine größere Honorarsumme aus dem Ertrag von „Reise ans Ende der Nacht“ deponiert hatte, wurde dort aber zunächst in Kopenhagen interniert und der Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt. Ab 1947 lebte er als „Freigänger“ mit seiner Frau auf einem dänischen Bauernhof. In Frankreich wurde er in Abwesenheit wegen Kollaboration zum Tode verurteilt, 1950 aber begnadigt.

Ein Jahr später kehrte Céline nach Frankreich zurück und versuchte als praktischer Arzt in Meudon einen Neuanfang, zelebrierte aber weiterhin seine Provokationen, nahm nichts zurück, polemisierte eifrig gegen den von ihm beeinflussten Sartre, pflegte sein Image als Armenarzt und versorgte nebenher zahlreiche Haustiere. Der Schriftsteller kehrte nun den Verfolgten heraus. Dazu hatte er, folgt man der Argumentation von Hanns Grössel, auch allen Grund: „Er hatte eine Vergangenheit als Verfolger, die es zu vergessen zu machen galt und die zu leugnen oder einfach wegzulügen er schon früh begonnen hatte.“ Immer wieder stellte sich jedoch der Roman „Reise ans Ende der Nacht“ vor jedwede politisch-moralische Wertung Célines. So schreibt der

Romanist Thomas Schmidt-Grasse: „Die politische Linke rühmte die Schonungslosigkeit in der Darstellung der sozialen Realitäten und der Kriegsschrecken, die Rechte fand Gefallen an der Radikalität seines Pessimismus.“ Die allenthalben damit verbundene ästhetische Rehabilitation fand jedoch beispielsweise in Jean Améry einen frühen Kritiker. Er bedauerte (1975) ausdrücklich, dass „Céline mit seinem paranoiden Wortsalat (...) wiederentdeckt und in seine Rechte eingesetzt“ worden sei.

Warum die Leidenschaft zu Tänzerinnen und der Antisemitismus?

Von Célines Privatleben ist bekannt, dass er mehrmals verheiratet war, zuletzt mit der Tänzerin Lucette Almanzor, daneben aber zahlreiche Affären vorzugsweise mit Tänzerinnen hatte. Troller erklärt Célines Antisemitismus teilweise aus der Tatsache, dass ihm ein jüdischer Justizbe-

amter einst seine Geliebte, die Tänzerin Elizabeth Craig, der er den Roman „Reise ans Ende der Nacht“ gewidmet hatte, ausgespannt hatte.

Célines Vorgesetzter beim Völkerbund (laut Céline „die größte Synagoge im größten Freimaurertempel der Welt“) war ein polnischer Jude namens Dr. Ludwig Rajchman, mit dem sich der Schriftsteller bald überwarf. Der Verleger Denoël zog „L'École des cadavres“ auf Betreiben seines jüdischen Kompagnons Bernard Steele aus dem Handel. Jean Zay, der jüdische Kulturminister unter Léon Blum, lehnte diverse Ballett-Szenarien ab, die Céline zur Weltausstellung bei der Pariser Oper eingereicht hatte (...). Die antisemitischen Pamphlete, die durchaus auch dem Bodensatz kleinbürgerlicher antisemitischer Affekte der sich bis über die Jahrhundertwende hinziehenden Affäre Dreyfus entstammen, die verbalen Auswürfe mit der fixen Idee von der „jü-

Anzeige



Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. **Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie. Band 2: Spezielle Psychiatrie.** 4. vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage; in zwei Bänden, nicht einzeln erhältlich. Preis: 199,95 €. Springer Medizin, Heidelberg, 2011

Nahezu enzyklopädisch aktuell, das psychiatrische Standardwerk in Neuauflage

Denke ich an meine eigene Weiterbildungszeit in der Psychiatrie zurück, dann war diese verglichen mit dem Angebot von heute ziemlich arm an umfassenden Lehrbüchern. Es gab den oftmals wieder aufgelegten und überarbeiteten „Bleuler“, den „Schulte-Tölle“ und den „Huber“. Während das Lehrbuch von Bleuler einen sehr persönlich gehaltenen Einblick in die Psychiatrie im Sinne des „Erfahrungsvermächtnisses“ zweier Generationen großer Psychiater gewährte, wiesen die anderen beiden deutlicher den Charakter moderner Lehrbücher auf, wie sie vor 30 Jahren in der inneren Medizin und der Pharmakologie schon überwogen. Das Psychiatrie-Lehrwerk von Möller, Laux und Kapfhammer beweist, und das nicht erst seit der jetzigen, 4. Auflage, dass unser Fach nun über Standard-Lehrbücher verfügt, die den Vergleich mit den übrigen medizinischen Fächern in keiner Weise zu scheuen brauchen. Darüber hinaus zeigt es überdeutlich, wie groß das Fachwissen der Psychiatrie geworden ist, denn es umfasst 2.900 Seiten und wurde von insgesamt 140 Spezialisten bearbeitet. Glücklicherweise wird es in zwei Bänden ausgeliefert, so dass doch eine gewisse Handlichkeit erhalten geblieben ist. Längst ist es unmöglich geworden, die Psychiatrie als Einzelner zu überblicken. Das Wissen der einzelnen Teildisziplinen ist so angewachsen, dass letztlich nur mehrere Autoren zusammen ein Gesamtwerk verfassen können.

Der erste Band umfasst die allgemeine Psychiatrie mit der Geschichte unseres Faches, den ethischen Implikationen, diskutiert die Krankheitsmodelle der Psychiatrie und befasst sich mit Epidemiologie, Ätiopathogenese, Methodologie, Klassifikation und Diagnostik sowie den therapeutischen Grundlagen. Der zweite Band der die spezielle Psychiatrie beinhaltet, ist die Krankheitsbilder betreffend, wie derzeit üblich und wohl auch unausweichlich an der ICD 10 ausgerichtet, und gibt damit einen umfassenden Einblick in all die Krankheitsbilder, mit denen sich der Psychiater beschäftigt, enthält aber auch aufschlussreiche Kapitel über spezielle Facetten der Psychiatrie wie die klinische Psychosomatik, die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, behandelt die juristischen und forensischen Aspekte unseres Faches.

Ein großes Lehrbuch, den Autoren und dem Herausgeber kann dafür nur gedankt werden. Ein aktuelles Lehrbuch, wofür die Anerkennung auch dem Verlag gebührt und natürlich den vielen Kollegen, deren großes Interesse an der 3. Auflage dazu geführt hat, dass nach wenigen Jahren das Werk erneut überarbeitet und an die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst herausgegeben wird, ja werden musste. Dieses Buch, das ein riesiges Stichwortverzeichnis enthält, damit sich der Leser oder besser gesagt „Sucher“ schnell orientieren kann, sollte in keinem Bücherschrank eines Psychiaters, psychiatrisch tätigen Nervenarztes oder Weiterbildungsassistenten in der Psychiatrie fehlen.

za

dischen Weltverschwörung“ hinderten Céline nicht, sexuelle Verhältnisse zu Jüdinnen wie der Wiener Tänzerin und Gymnastiklehrerin Cillie Ambor-Tuchfeld zu unterhalten: „Nie versucht der Briefeschreiber, seine Widersprüche unter einen Hut zu bekommen, sondern lebt sie mit genüsslicher Verzweiflung aus“, kommentiert Troller, der Céline als junger Reporter einmal vor seinem Haus in Meudon begegnet ist: „Der Meister erscheint mit Plastiktüte, auf dem Weg zur eisernen Mülltonne. Eine dürre Vogelscheuche von einem Menschen, eine Art Clochard mit Hakennase in abgetragener Kleidung, um den Hals einen hängenden Wollschal. Die Haltung vorgebeugt, das Gesicht verbraucht und verbissen. Und wirft mir einen Blick zu, so voller Argwohn, Ablehnung und – aber das begriff ich erst später – so durchsetzt mit horrender Selbstverhöhnung, dass ich mich verlegen abwende und verschwinde.“

Kein Psychopath, aber psychologische Deutungen möglich

Neben der ebenso informativen wie lesenswerten Rowohlt Monografie von Ulf Geysersbach (2008) stammt eine der differenziertesten Abhandlungen zu Céline aus der Feder des Übersetzers, Lektors, WDR-Redakteurs und Literaturkritikers Hanns Grössel, die schon im Titel die gesamte Problematik der ambivalenten und zerrissenen Existenz Célines umreißt: „Auf der richtigen Seite stehen“ (1981). Grössel beginnt seinen Essay mit der Feststellung: „Céline war kein Psychopath. Aber zu dem psychischen Mechanismus, der sich bei ihm herausgebildet hatte, gehörte, dass er auf Kränkungen seines labilen, weil durch Identitätszweifel geschwächten Ichgefühls mit Hassausbrüchen reagierte – Hassausbrüche, die sich gegen ein Kollektiv, eine ‚Horde‘ richteten.“ Worum es Grössel zu tun ist, das ist ein Einspruch gegen die These, die faschistischen Neigungen Célines als psychische Deformation abzutun: „Vielmehr sollte man sie, ausgehend von Célines Verantwortung, im Rahmen seines Gesamtwerkes und seines Lebens sehen und interpretieren. Dass dabei die psychologische Deutung keineswegs ausgeschlossen werden kann“, zeigt Grössels Abhandlung überzeugend, deren Hauptfrage darauf zielt, was Louis-Ferdinand Céline „auf den Weg des politischen Opportunismus und des Antisemitismus gebracht hat“. Selbstgerechtigkeit und Selbstmitleid wurden für Céline zunehmend zur Falle, aus der es kein Zurück mehr gab. Schließlich blieb nach der Amnestie nichts, als sich zum „Erledigten“ zu erklären, um „seine Henkersknechte mitleidig zu stimmen“, wie Hanns Grössel schreibt: „Die vier Zugstricke, die er dazu benutzt, sind: der humanitäre Charakter seines Arztberufes, die Tragik seiner Rolle als Cassandra des Zweiten Weltkriegs – geschmäh, weil er die Wahrheit vorausgesagt hat, sein Elend und sein dürftiger Gesundheitszustand“, den er auf seine ruhmreiche Kriegsverletzung zurückführt. Neben dem Todestrieb erkennt Grössel in den Katastrophenphantasien ein frühes Merkmal Célineschen Erzählens: „Sie finden sich als Bedrohung eines Einzelnen (...) wie auch als entfesselter Ausbruch einer Menschenmenge, die auf ein bestimmtes Ziel zustürzt (...). Kennzeichnend ist, dass solche Katastrophen überdeterminiert werden, das heißt: Auf einen zunächst als begrenzt geschilderten Einbruch in ein Ordnungsgefüge werden so viele auflösende und zerstörende Kräfte gelenkt, dass die Auflösung des gesamten Gefüges unvermeidlich wirkt.“

In seinem „Essai de psychocritique de Louis-Ferdinand Céline“ kommt der französische Wissenschaftler Albert Chesneau hinsichtlich der Katastrophenphantasien Célines zu einem anderen Ergebnis: „Nach Chesneau entspringt die aggressive Fixierung Célines auf den vermeintlichen Bastard seiner Angst davor, selber ein Bastard, das heißt: nicht der Sohn eines Vaters zu sein, dessen Minderwertigkeit er mit seinem eigenen hohen Selbstwertgefühl nicht in Einklang bringen kann (...). Die Sohnschaft zur Mutter hingegen wird ihm nicht zweifelhaft, und nicht von ungefähr hat Céline einen der Vornamen seiner Mutter als nom de plume gewählt. Das lässt auf einen ungelösten ödipalen Konflikt schließen, und in der Tat findet sich in *Tod auf Kredit* auch die Phantasie einer Vaternötung, von Ferdinand nur unvollständig mit einer Schreibmaschine (!) ausgeführt“ (Grössel).

Céline polarisiert bis zur Stunde

Schon Célines dänischer Anwalt Thorvald Mikkelsen notierte: „Ich habe ihn begleitet in all seinen Phasen von Verzweiflung, Feigheit, Heuchelei, Habsucht, Hochmut, Bosheit (...). Die Liste ist lang (...). Anscheinend ist er zwei Personen – ein großer Schriftsteller und ein kleiner Spießbürger, unwirsch und neidisch“ (zitiert nach Grössel). Vielleicht fasst die Kurzformel, die Rolf Vollmann in seinem Romannavigator gibt, den „Fall Céline“ aufgrund ihrer Banalität am präzisesten zusammen: „Céline (...) war politisch ein völliger Idiot, unbelehrbar auch; aber er hat eben diesen hinreißenden, mehr oder minder autobiografischen Roman geschrieben (...).“ So geht es einem am Ende womöglich wie dem großen Sándor Márai mit Knut Hamsun: „Mit Abscheu wende ich mich ab von ihm, vom politisch unzuverlässigen Hamsun. Und dann gehe ich in mein Zimmer, hole sein neues Buch hervor und beginne es heimlich, hastig und mit Heißhunger zu lesen.“ Denn selten liegen Faszination und Abscheu bei einem Schriftsteller so eng beieinander wie im Falle von Céline. □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. Gerhard Köpf

Ariboweg 10, 81673 München

E-Mail: aribo10@web.de

Angelika Tóth

Die Schönheit des Alltäglichen

Meisterhaft bedient sich Angelika Tóth der Technik der Aquarellmalerei, um Impressionen des alltäglichen städtischen Lebens herauszugreifen, denen eine momenthafte flüchtige und dennoch eindrucksvolle Eleganz eigen ist. Unverkennbar auch die Kenntnisse über die fundierte kalligrafische Tuschemalerei des fernen Ostens in den Bildern der ungarischen Künstlerin.



„Tales from The Little Girl I.“, aquarelle, ink on ricepaper , 2011



„Somewhere I.“, oil on canvas, 2011



„Aquarelle“, ink, pastel on paper, 2011

Es sind vor allem Frauen, die von Angelika Tóth beim Radfahren, beim Abstellen des Fahrrades oder beim Innehalten, um einen kurzen Telefonplausch zu führen, auf das zarte Medium Reispapier mit wenigen gekonnten Pinselstrichen gebannt werden.

Die Aufsicht auf eine vorbeiradelnde junge Frau könnte den Blick eines Beobachters wiedergeben, der an einem Fenster lehnt und Bilder der Strasse in sich aufnimmt. Ob diejenigen, die oft den halben Tag lang ein Kissen der Bequemlichkeit halber auf die Fensterbank gelegt sich dort abstützend die Geschehnisse auf der Strasse verfolgen, die besondere Ästhetik dieses kurzen und rasch vorübergehenden Eindrucks aufnehmen, den die Künstlerin erfasst hat? Sie wären zu beneiden ob des Auskostens dieser ästhetischen „Trouvaillen“ des Alltags, die sich auch im Bild der ihr Fahrrad abstellenden jungen Frau finden oder der schon kurz angesprochenen Telefonierenden.

Eine andere Radlerin entschwindet gerade unseren Blicken, wir sehen sie aus leichter Untersicht von hinten. Das Ruhige, Gemessene ihres Fahrens, es sieht so aus, als ob sie mit vollem Einkaufskorb vom Markt zurückkehrt, ist genauso treffend eingefangen wie die flotte, vorbeihuschende Geschwindigkeit der anderen jungen Frau, die vielleicht als Fahrradkurier unterwegs ist.

Spuren kalligrafischer Tuschemalerei des fernen Ostens

Einige typische Elemente der Aquarellmalerei, vor allem ihre Brillanz und der impressionistisch wirkende Malduktus finden sie auch auf den etwas monumentaler und statischer wirkenden Ölgemälden wie zum Beispiel in „Somewhere I“ wieder. „Tales from The Little Girl I“ ist unter Verwendung von Aquarellfarben und Tinte auf Reispapier gemalt. Hier wird deutlich, dass sich Angelika Tóth intensiv mit der kalligrafisch fundierten Tuschemalerei des fernen Ostens, insbesondere Japans auseinandergesetzt haben muss, von der schon die klassische Moderne wesentliche Inspirationen erfahren hat.



„Tandem“, oil on canvas, 2011

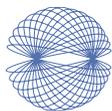
setzt haben muss, von der schon die klassische Moderne wesentliche Inspirationen erfahren hat.

Angelika Tóth wurde 1977 in Vác in Ungarn geboren, studierte an der Akademie der bildenden Künste in Nürnberg von 2005 bis 2011 und wurde dort 2010 durch Professor Marko Lehanka zur Meisterschülerin ernannt. Sie lebt und arbeitet in Budapest. In den letzten Jahren hat sie an verschiedensten Gruppenausstellungen mitgewirkt und Werke von ihr wurden in die öffentliche Sammlung der Commerzbank aufgenommen. □

AUTOREN

Dres. A. & D. Zacher
Regensburg

Termine		
18.–21.1.2012 in Berlin, Estrel Convention Center	ANIM 2012 – 29. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin gemeinsam mit der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft <i>Themen:</i> Invasives und nicht-vasives intensivmedizinisches Monitoring, SAB und vaskuläre Neurochirurgie, Schlaganfall etc.	<i>Information:</i> Congrex Deutschland GmbH, Hauptstr. 18, 79576 Weil am Rhein, Tel.: 07621 9833-0, Fax: 07621 78714 E-Mail: info@congrex.de
9.–11.2.2012 in Wiesbaden, Rhein-Main-Hallen	DINK 2012 – Deutscher Interdisziplinärer Notfallmedizin Kongress <i>Themen:</i> Leitlinien Schlaganfall, Psychiatrischer Notfall, Der alte Patient etc.	<i>Organisation und Anmeldung:</i> MCN – Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911 3931640, Fax: 0911 / 3931666 E-Mail: dink@mcnag.info Internet: www.dink2012.de
22.3.2012 in Berlin, Urania	10. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag „Initiative – Neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt“	<i>Organisation:</i> Geschäftsstelle des BVDN, Dagmar Differt-Fritz, Gut Neuhof, Am Zollhof 22a, 47829 Krefeld, Tel.: 02151 4546920 Fax: 02151 4546925
24.3.2012 in Nürnberg, Maritim Hotel	Bayerische BVDN-Frühjahrstagung „Nervenärzte, Psychiater, Neurologen – Wie teilen wir uns die neuropsychiatrische Versorgung?“	<i>Anmeldung:</i> Athene Akademie, Traubengasse 15, 97072 Würzburg, Tel.: 0931 2055526, Fax: 0931 2055525 E-Mail: g.schuster@athene-qm.de
21.4.2012 in Aachen, SuperC	Wissenschaftliches Symposium der AGANS – Arbeitsgemeinschaft Autonomes Nervensystem <i>Themen:</i> Neurovegetative Funktionsstörungen im Alter, Neues zur Diagnostik und Therapie von Synkopen etc.	<i>Organisation:</i> PD Dr. Christina Haubrich, Neurologische Klinik, Universitätsklinikum Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen, E-Mail: chaubrich@ukaachen.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

1. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg
2. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
Schriftführer: Heinz Wiendl, Münster
Kassenwart: Karl-Otto Sigel, München
Beisitzer: Frank Bergmann, Aachen; Elmar Busch, Gelsenkirchen; 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

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

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Heinz Herbst
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf, Frank Freitag
Bremen: Helfried Jacobs, Bremen
Hamburg: Heinrich Goossens-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 Chefärzte/Niedergelassene; 260 EUR für Fachärzte an Kliniken; 55 EUR für Ärzte in Weiterbildung).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Fachärzte an Kliniken/Niedergelassene).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 625 EUR.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

Konto-Nr.: _____

bei der _____ BLZ _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: BADEN-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						
Peter Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 9779745	tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de
Werner Wolf	Dillenburg	ja	KV	02771 8009900		praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN						
Dr. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@nervenaertze-rostock.de
BVDN-Landesverband: NIEDERSACHSEN						
Dr. Ralph Luebbe	Osnabrück	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. Michael Dapprich	Bad Neuenahr	ja		02641 26097	02641 26099	Dapprich@uni-bonn.de
Dr. Volkmar Figlesthaler	Speyer	ja		06232 72227	06232 26783	vrfr@aol.com
Dr. Rolf Gerhard	Ingelheim	ja		06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.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

Munkelstr. 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 17, 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-Merkt

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

Dr. Holger Grehl

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

Dr. Klaus Gorsboth

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

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah

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

Dr. Angelika Haus

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

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

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

Dr. Guntram Hinz

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

Dr. Werner E. Hofmann

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

Dr. Thomas Hug

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

Dr. Ulrich Hutschenreuter

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

Dr. Birgit Imdahl

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

Dr. Josef Kesting

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

Dr. Werner Kissling

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

Dr. Fritz König

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

Dr. Johanna Krause

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

Prof. Dr. Peter Krauseneck

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

Dr. Thomas Krichenbauer

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

Dr. Bernhard Kügelgen

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

Dr. Peter Laß-Tegethoff

Frankfurter Straße 71,
35625 Hüttenberg,
Tel.: 06441 9779722,
Fax: 06441 9779745
E-Mail: tegethoff@neuropraxis-
rechtenbach.de

Dr. Andreas Link

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

Dr. Wolfhard Lünser

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

Dr. Hans Martens

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

Dr. Norbert Mayer-Amberg

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

Dr. Ramon Meißner

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

Dr. Uwe Meier

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

Dr. Norbert Mönter

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

Dr. Rolf Peters

Römerstr. 10, 52428 Jülich,
Tel.: 02461 53853, Fax: 02461 54090,
E-Mail: dr.rolf.peters@t-online.de

Dr. 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 721510, Fax: 03573 7074157,
E-Mail: ProfReinhardt@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

ANR Ahrweiler, Schülzenstr. 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

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

Dr. Roland Urban

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

Dr. P. Christian Vogel

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

Prof. Dr. Klaus Peter Westphal

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

Dr. Gerd Wermke

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

Dr. Elke Wollenhaupt

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

Dr. Werner Wolf

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

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-neuroreha.godeshoehe.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 Nessler

E-Mail: sekretariat@dgppn.de
www.dgppn.de

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

Postfach 1366,
51675 Wiehl,
Tel.: 02262 797683,
Fax: 02262 9999916,
E-Mail: G5@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)

Von-der-Leyen-Str. 21,
51069 Köln,
Tel.: 0221 16918423,
Fax: 0221 16918422,
E-Mail: mail@bkjpp.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),
Kapuzinergraben 19, 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, 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);
Dr. Thomas Riedel (-1327);
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



NEURO INTENSIV
Schlaganfallstation
Neurologische Klinik I

© SDSh

Vorschau

Ausgabe 12/2011

Dezember

Erscheint am 21. Dezember 2011

Stroke-Unit bringt am meisten

Bei akutem Schlaganfall sind Stroke-Units heute ein zentrales Element der evidenzbasierten Versorgungsstruktur. Mittlerweile wächst auch der Stellenwert der rtPA-Lyse, nicht zuletzt aufgrund des bis zu 4,5 Stunden erweiterten Zeitfensters.

Viel mehr als nur Chorea

Choreatische Bewegungen bei Morbus Huntington sind bekannt – allerdings ist das klinische Spektrum erheblich breiter und umfasst neben neurologischen besonders psychiatrische und kognitive Symptome.

Gewichtszunahme droht

Das metabolische Risiko ist unter Behandlung mit Antidepressiva und Antipsychotika ein klassen- wie auch substanzspezifisches Phänomen und sollte daher schon bei der Therapieplanung berücksichtigt werden.