2 Februar 2012 _ 23. Jahrgang_www.BVDN.de

NeuroTransmitter

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

Strukturiertes Behandlungsmanagement
Psychische Probleme am Arbeitsplatz bewältigen

Integrierte Versorgung in der Region
Effektive und wirtschaftliche Versorgung als Ziel

CME: Parkinson-Syndrome
Warum die Differenzialdiagnose so wichtig ist

NeuroTransmitter 2/2012

Springer Medizin | Verlag Urban & Vogel GmbH, München

BVDN BDN BVDP

» Sind die Sterne verduftet? Wollen sie unser ewig gleiches törichtes Treiben nicht mehr mit anschauen müssen? «

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

„Weißt Du, wie viel Sternlein ...

... stehen an dem blauen Himmelszelt?“ Aus unerfindlichen Gründen ging mir an einem der letzten Abende dieses alte Kinderlied durch den Sinn und so wandte ich mich dem Nachthimmel zu, um sie wieder einmal in ihrer überwältigenden glitzernden Schönheit zu bestaunen, die ungezählten, unzählbaren Sonnen, Planeten, Milchstraßen des Alls. Es waren dann jedoch höchstens 15, die ich dort erkennen konnte, zwei davon sogar Eindringlinge von Menschenhand, denn sie bewegten sich flotter als Sterne und langsamer als deren Schnuppen von Dannen.

Oh je, das soll der Sternenhimmel der Dichter, der Astrologen, der Verliebten, der Capri-Fischer, der funkelnde Widerschein des göttlichen Übermaßes, der jegliche Zählversuche des Menschen von vorne herein als Aberwitz erscheinen ließ, sein? Was ich zu sehen bekam, war schlichtweg mickrig und hatte mit dem viel besungenen bestirnten Firmament nichts zu tun.

Sind die Sterne verduftet? Wollen sie unser ewig gleiches, törichtes Treiben nicht mehr mit anschauen müssen? Nein, natürlich ziehen sie nach wie vor auf ihrer ewigen Bahn dahin. Der Mensch ist es wieder einmal, der verändernd eingegriffen und der Welt ein weiteres atemberaubendes Grandioses geraubt hat. Die Sterne verblassen, weil er meint, die ganze Erde in künstliches Licht tauchen zu müssen. Lichtverschmutzung nennen das die Kritiker, während die Stromlieferanten, Lampenhersteller und der Tourismusverband meinen, dass dies zwar zu einer leichten Beeinträchtigung der Schönheit des Nachthimmels führe, aber dass darunter höchstens Astronomen und Verliebte etwas leiden, während die Navigation der Capri-Fischer durch das GPS viel besser gewährleistet werde als durch Sternbilder, und die astrologischen Sterngucker eh nur Quatsch von sich gegeben hätten.

Sternenfreund Kant

Die Genannten übersehen allerdings, dass noch ein anderes beim Bestaunen des gestirnten Himmelszeltes ins Spiel kommt, als dessen Zeuge Immanuel Kant angerufen sei, der schrieb: „Zwei Dinge erfüllen das Gemüt mit immer neuer und zunehmender Bewunderung und Ehrfurcht, je öfter und anhaltender sich das Nachdenken damit beschäftigt: Der bestirnte Himmel über mir und das moralische Gesetz in mir (…). Das erste fängt von dem Platze an, den ich in der äußeren Sinnenwelt einnehme, und erweitert die Verknüpfung, darin ich stehe, ins unabsehlich Große mit Welten über Welten und Systemen von Systemen, über dem noch in grenzenlose Zeiten ihrer periodischen Bewegung, deren Anfang und Fortdauer. Das Weite fängt von meinem unsichtbaren Selbst, meiner Persönlichkeit an und stellt mich in einer Welt dar, die wahre Unendlichkeit hat, aber nur dem Verstande spürbar ist, und mit welcher (dadurch aber auch zugleich mit allen jenen sichtbaren Welten) ich mich nicht wie dort in bloß zufälliger, sondern allgemeiner und notwendiger Verknüpfung erkenne. Der erstere Anblick einer zahllosen Weltenmenge vernichtet gleichsam meine Wichtigkeit als eines tierischen Geschöpfs, das die Materie, daraus es ward, dem Planeten (einem bloßen Punkt im Weltall) wieder zurückgeben muss, nachdem es eine kurze Zeit (man weiß nicht wie) mit Lebenskraft versehen gewesen. Der zweite erhebt dagegen meinen Wert als eine Intelligenz unendlich durch meine Persönlichkeit, in welcher das moralische Gesetz mir ein von der Tierheit und selbst von der ganzen Sinnenwelt unabhängiges Leben offenbart.“

Stellt er damit nicht etwa fest, dass das eine, das moralische Gesetz, die Überhobenheit des Menschen über die Tierexistenz nicht ohne das Staunen vor dem anderen, ohne die Überwältigung durch die Unendlichkeit des Sternenhimmels rege wird? Dann wäre aber die Lichtverschmutzung für das Wesen des Menschen ähnlich verheerend wie die Verschmutzung der Luft für sein leibliches Dasein.

Apps für alles

„Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch!“ Wir wollen's mit Hölderlins Hoffnung auf Hilfe halten und der unbegrenzt praktischen Phantasie moderner Techniker. Wer denn wieder einmal die Begegnung mit dem Innersten seines Soseins als Mensch aufnehmen möchte, kann heutzutage schließlich für ein paar Euro ins Planetarium gehen und in diesem Sternenzoo ein Abbild des unendlichen Himmels schauen, oder er lädt sich, falls er über einen entsprechenden Tablet-PC verfügt, eine App herunter, die ihm, hält er das technische Wunderwerk über sich, den Sternenhimmel seines jeweiligen Standortes zeigt – sogar mit Beschriftung der Planeten und Sternbilder, wie ich gehört habe. Da kann der echte Himmel gar nicht mehr mithalten! Und das moralische Gesetz? Mal sehen, ob es dafür nicht auch bald eine App gibt.

Ihr

Inhalt 2 Februar 2012

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 Entwickeln Sie mit uns Handlungsperspektiven für die neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt!

9 Mitgliederversammlung 2011 des BVDP

14 Gesundheitspolitische Nachrichten
Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung
Berufspolitik-Update BVDN – BDN – BVDP
Pflegereform
Weitere Krankenkassenfusionen

18 Regressforderungen abwenden
Neues aus dem Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Rund um den Beruf

20 Umweltpsychologie
Bewegung an der frischen Luft therapeutisch nutzen

24 Integrierte Versorgung in der Region
Effektive und wirtschaftliche Versorgung als Ziel

29 Anlaufstelle für chronisch Kranke
Praxisporträt Matthias Freidel

20 Natur und psychische Gesundheit

In unseren Breiten führen moderne Lebensstile zu einer Naturentfremdung, mit entsprechenden negativen Konsequenzen für die Umwelt, aber auch für das Wohlbefinden des Menschen. Die positiven Effekte von Bewegung in der Natur werden vielfach unterschätzt und auch noch zu selten in Behandlungskonzepte psychischer Störungen integriert.

24 Integrierte Versorgung in der Region

Dass Integrierte Versorgung zu Innovation und effektiver Versorgung motiviert, zeigt sich aus Sicht eines niedergelassenen Nervenarztes beispielhaft am regionalen Versorgungssystem „UGOM“ im bayerischen Amberg. Lesen Sie, warum nicht nur Patienten und niedergelassene Ärzte, sondern auch die Kliniken von diesem System profitieren, dass stark auf die Kompetenzen vor Ort setzt.

Hinweis

In dieser Ausgabe finden Sie auf Seite 71 die Sonderpublikationen Pharmawissen aktuell „Versorgungsforschung bei mittelschwerer Depression / Was nutzt dem Alltagspatienten?“

Wir bitten um Beachtung.

Titelbild: August Brömse: „Eine Tote“, Blatt 12 aus dem Zyklus „Tod und Mädchen“, 1902 (Radierung)
© Kunstforum Ostdeutsche Galerie Regensburg

32 Frühwarnsystem der Forensik

Jede Gesellschaft hat das Recht zu erfahren, von welchen Straftätern weitere Gefahr ausgeht. Dazu werden Risikoeinschätzungen benötigt, eine Aufgabe der forensischen Psychiatrie, der nach dem letzen Urteil des Bundesverfassungsgerichts wachsende Bedeutung zukommt.

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

32 **Forensische Prognosebegutachtung**
Szenarioanalysen als Frühwarnsystem

42 **Strukturiertes Behandlungsmanagement**
Interaktiv gegen psychische Probleme am Arbeitsplatz

48 **NEUROLOGISCHE KASUISTIK**
Chronisch rezidivierende Kopfschmerzen

58 **CME: Parkinson-Syndrome**
Warum die Differenzialdiagnose so wichtig ist

63 **CME-Fragebogen**

Journal

72 **PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Karl Schönherr
Der Weibsteufel

76 **NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
August Brömse
Schattenseiten des Menschen

67 **Pharmaforum**

79 **Termine**

80 **Verbandsservice**

85 **Impressum/Vorschau**

BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen

BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

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

Entwickeln Sie mit uns Handlungsperspektiven für die neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit Riesenschritten naht die BVDN-Hauptversammlung, der Neurologen- und Psychiatertag, der in diesem Jahr in Berlin in der Urania stattfindet. Am Donnerstag, den 22. März 2012 lautet das Motto „Initiative – neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt". Die Veranstaltung, die unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers Daniel Bahr steht, beschäftigt sich unter anderem mit dem Thema Arbeitsbelastungen und psychische Störungen. Das Hauptreferat hält Professor Johannes Siegrist, Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie in der Universität Düsseldorf. Im Anschluss daran wird Dr. Anette Haver aus Gütersloh, nervenärztliche Kollegin, die Initiative der Berufsverbände darstellen. Haver beschreibt in ihrem Beitrag auf Seite 42 f. dieser NEUROTRANSMITTER*-Ausgabe, welche Herausforderung sich für die Berufsgruppe der Psychiater und Nervenärzte durch die Zunahme der psychischen Probleme im Arbeitsleben ergeben. Haver, die als Associate Coach DBVC jahrelange Erfahrung in der Betreuung von Probanden mit arbeitskorrelierten Störungen hat, wird ein strukturiertes Behandlungsmanagement für den interaktiven Beratungsprozess vorstellen. Im Weiteren wird Dr. Mladen Petkovic, Personalchef in der Robert Bosch GmbH in Eisenach, die Sicht aus seiner Funktion darstellen, und Dr. Achim Dercks, stellvertretender Hauptgeschäftsführer des Deutschen Industrie- und Handelskammertages, die Unternehmensperspektive. Ein Vortrag aus Sicht der Arbeitnehmer sowie die Perspektive des Präsidenten des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte runden zusammen mit dem Vortrag von Ministerialrat Liebig aus dem Bundesgesundheitsministerium das Bild ab. Im Anschluss daran wird eine Podiumsdiskussion, die von dem Journalisten Markus Dettmer vom SPIEGEL-Hauptstadtbüro moderiert wird, das Thema vertiefen.*

„Ich begrüße es sehr, dass die neuropsychiatrischen Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP sich im Rahmen einer neu eingerichteten Arbeitsgruppe dieser Thematik angenommen und den 10. Neurologen- und Psychiatertag 2012 unter das Thema „Neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt" gestellt haben", so der Gesundheitsminister Daniel Bahr im Grußwort des Programms.

Wir werden uns am Nachmittag im verbandsinternen Forum fokussieren auf die Frage, wie wir ausreichende Kompetenz für die präventiven Aufgaben erlangen. Mit Kurzvorträgen zu Gesundheit in der Arbeitswelt der Nervenärzte, zu Angeboten aus psychiatrischer und neurologischer Sicht sowie der Darstellung eines Weiterbildungsangebotes zum Erwerbscoaching wollen wir Handlungsperspektiven für die nächsten Jahre mit Ihnen zusammen entwickeln.

Prävention nicht vergessen!

Die aktuell in den Medien geführte Diskussion zu Burnout-Syndromen zeigt sicher nur einen Teilaspekt des Problems. Gleichwohl ist unbestritten, dass zunehmende Belastungen für Gesellschaft und Wirtschaft durch arbeitsbedingte psychische Erkrankungen entstehen. In einer Veröffentlichung vom Sommer 2011 durch Bödecker et al. wird die Höhe der direkten medizinischen und indirekten arbeitsausfallbedingten Kosten (konservativ!) auf rund 7 Milliarden geschätzt. Die demografiebedingte Zunahme der Älteren und Alten in der Bevölkerung führt zu weiterem Anpassungsdruck in Firmen und Betrieben. Darüber hinaus lenkt der einseitige Blick auf Burnout und psychische arbeitsplatzkorrelierte Beschwerden leicht ab von den präventiven Aufgaben im neurologischen Bereich, zum Beispiel in der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der Schlaganfallprävention oder auch von der notwendigen Adaption von Arbeitsplätzen für Patienten, die beispielsweise nach neurologischer Rehabilitation ein eingeschränktes Leistungsspektrum aufweisen. Sekundärprävention und Kooperation mit Arbeitgebern und Unternehmen bei der Reintegration neuropsychiatrischer Patienten skizzieren ein weiteres Themenfeld.

Auf nach Berlin

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihr Interesse für das Thema des diesjährigen Neurologen- und Psychiatertages wecken konnten und freuen uns, Sie in Berlin begrüßen zu können.

In diesem Sinne verbleibe ich herzlichst

Ihr

Mitgliederversammlung 2011 des BVDP

Mit frischem Wind für die Interessen der niedergelassenen Psychiater

Auf der Mitgliederversammlung des BVDP im Rahmen des DGPPN-Kongresses 2011 wurde ein neuer Vorstand gewählt. Wiedergewählt wurden Dr. Christa Roth-Sackenheim (Vorsitz) und Dr. Christian Vogel (stellvertretender Vorsitz). Neu in den Vorstand gewählt wurden Dr. Sabine Köhler (Schriftführerin) und Dr. Oliver Biniasch (Kassenwart).

© photos.com/Getty Images / IStockphoto

Am 25.11.2011 fand im Rahmen des DGPPN-Kongresses die 12. Mitgliederversammlung des BVDP im Berliner ICC statt. Dr. Christa Roth-Sackenheim, die Vorsitzende des BVDP, führte nach der Begrüßung der knapp 30 Teilnehmer durch die Versammlung.

Je einen „reinen" Neurologen und Psychiater im BVDN-Vorstand

Zunächst erläuterte Roth-Sackenheim den Beschluss der Delegiertenversammlung in Darmstadt vom 22.10.2010. Darin verpflichten sich die Landesverbände des BVDN, „(…) ab 2011 jeweils einen ‚reinen Neurologen' und einen ‚reinen Psychiater' als gewählten Vertreter des BDN beziehungsweise des BVDP als Vorstandsmitglied in ihren Vorstand zu integrieren." Roth-Sackenheim bezeichnete dies als wichtigen Schritt, um der Weiterentwicklung unseres Fachgebietes hin zu Fachärzten für Neurologie und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie – mit den jeweils ganz spezifischen und durchaus unterschiedlichen Problemen – Rechnung tragen zu können. Mittlerweile sind für jedes Bundesland BVDP-Landessprecher benannt (siehe Serviceseiten am Ende dieser Ausgabe sowie unter www.bvdn.de).

BVDP-Standpunkte zur neuen GOÄ und dem Versorgungsstrukturgesetz

Anschließend berichtete Roth-Sackenheim von ihrer Arbeit in den verschiedenen Gremien. In die Diskussion zur Novellierung der GOÄ bringt sie unter anderem folgende BVDP-Forderungen ein:

- Vereinfachung des Abrechnungssatzes
- Vermeidung der Vermischung ärztlicher und psychologischer Leistungspositionen
- Höhere Bewertung der ärztlichen Gesprächsleistungen

Neben der Mitarbeit an der Novellierung der GOÄ wirkt Roth-Sackenheim auch am neuen Versorgungsstrukturgesetz mit. In diesem Zusammenhang erläuterte sie die Forderungen des BVDP, die Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit, die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie, probatorische Sitzungen sowie die Leistungen, die für die Einleitung und Fortführung

Anzeige

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Vorsitzende BVDP

Dr. med. Christian Vogel,
Stellvertretender Vorsitzender

Dr. med. Sabine Köhler
Schriftführerin BVDP

Dr. med. Oliver Biniasch,
Kassenwart

einer Psychotherapie notwendig sind, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach der Euro-Gebührenordnung zu honorieren. So sehen es auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von den Krankenkassen vor. Bei der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung fordert der BVDP, die steigende Morbiditätslast durch psychiatrische Erkrankungen in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Sollten dadurch mehr Vertragsarztsitze notwendig werden, muss dies durch eine angepasste Gesamtvergütung zusätzlich honoriert werden.

Anhebung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung

Im Zusammenhang mit der Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems verlangt der BVDP nachdrücklich, die Vergütung an den Versorgungsbedarf anzupassen. Dabei soll die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherten ab 2012 in den Kassenärztlichen Vereinigungen, die unter dem Durchschnitt liegen, zumindest auf das bundesdurchschnittliche Niveau des Jahres 2012 angehoben und eine Umverteilung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgeschlossen werden.

Arzneimittelversorgung und Abbau des Pauschalierungszwangs

Stichpunktartig ging Roth-Sackenheim schließlich auf die Arzneimittelversorgung, den Abbau des Pauschalierungszwangs im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und den Entwurf zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung ein. Bei der Arzneimittelversorgung lehnt der BVDP das Konzept der Wirkstoffverordnung ab und fordert, dass die bisherigen Richtgrößenprüfungen nach Kosten- und Preiskriterien entfallen und die Möglichkeit beibehalten wird, dass der Arzt die Aut-idem-Möglichkeit, also den wirkstoffgleichen Austausch durch den Apotheker, ausschließen kann. Beim Abbau des Pauschalierungszwangs begrüßt der BVDP die Anstrengungen des Gesetzgebers, zur Einzelleistungsvergütung zurückzukehren. Den Entwurf zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung lehnt der BVDP ab, wenn keine Nachbesserungen erfolgen, die eine Wettbewerbsgleichheit zwischen den Versorgungsbereichen herstellen.

Nach dem Bericht zur Kassenlage und der Verlesung der Stellungnahme der beiden Kassenprüfer stimmte die Mitgliederversammlung für die Entlastung des Schatzmeisters und des Vorstands. Als neue Kassenprüfer wurden Dr. Ullrich Brickwedde (in Abwesenheit) und Dr. Jens Molthan gewählt.

Änderung der BVDP-Mitgliedsbeiträge

In intensiven Diskussionen in den Delegiertenkonferenzen im Herbst 2010 in Darmstadt und im Frühjahr 2011 in Würzburg war beschlossen worden, dass in allen Landesverbänden gleiche Mitgliedsbeiträge erhoben werden, unabhängig von Doppel- und Dreifachmitgliedschaften im BVDN, BVDP und BDN (zu Doppelmitgliedschaft siehe auch Kasten auf Seite 12). Der Mitgliedsbeitrag eines Vollmitglieds beträgt nun 485 € (statt wie bisher 335 €). Roth-Sackenheim schlug vor, den Mitgliedsbeitrag für Gemeinschaftspraxen und angestellte Ärzte zu ändern. So soll ein Jahresbeitrag von 350 € für das zweite Mitglied und etwaige weitere Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis und für angestellte Ärzte in Praxen, MVZ und Kliniken erhoben werden. Dieser Vorschlag wurde von der Mitgliederversammlung angenommen.

Wahl des Vorstandes

Am Abend der Versammlung wählten die Mitglieder des BVDP einen neuen Vorstand. Zur Wahl für die Amtsperiode 2011 bis 2013 stellten sich Dr. Christa Roth-Sackenheim und Dr. Christian Vogel, die bereits bis zum Jahr 2011 Mitglieder des Vorstandes waren, sowie Dr. Sabine Köhler und Dr. Oliver Biniasch. Für das Amt des Beisitzers stellten sich Dr. Uwe Bannert, Dr. Greif Sander und Dr. Frank Bergmann (für den BVDN) zur Wahl, die dieses Amt auch bis 2011 innehatten.

In der geheimen Wahl wurden Roth-Sackenheim (mit 25 Ja-Stimmen), Vogel (26), Biniasch (24) und Köhler (27) gewählt. Für die Beisitzer stimmten 28 Mitglieder mit „ja“. Alle Gewählten nahmen die Wahl an. Den Vorsitz wird erneut Dr. Christa Roth-Sackenheim einnehmen, ihr Stellvertreter ist weiterhin Dr. Christian Vogel. Dr. Oliver Biniasch ist der neue Kassenwart und Dr. Sabine Köhler übernimmt die Funktion der Schriftführerin.

Die neuen Vorstandskollegen kommen aus Ingolstadt – Biniasch ist dort als Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Schlafmedizin seit Juli 2001 in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen – und Jena, wo Köhler eine Praxis als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie innehat. Biniasch ist Stellvertretender Vorsitzender im Praxisverbund Seelische Gesundheit in der Region Ingolstadt e.V. (psin e.V.) und entwickelt einen Vertrag zur Integrierten Versorgung mit der BKK Audi für verschiedene Indikationen. Außerdem hat er das Amt des Beisitzers für den Bereich Psychiatrie im Landesverband Bayern des BVDN inne und ist seit 2011 als Fachexperte im Arbeitskreis „Plausibilitätsprüfung der KVB" berufen. Köhler ist seit 2009 Vorstandsmitglied des BVDN Thüringen, Landessprecherin für niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und engagiert sich seit 2010 in der Arbeitsgemeinschaft des BVDN „Initiative Neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt". Als Beraterin brachte sie sich im Rahmen des dritten Psychiatrieberichts des Thüringer Ministeriums für Familie, Soziales und Gesundheit dafür ein, die ambulante psychiatrische Versorgung zu würdigen und weiterzuentwickeln.

Lob und Ehre für die ausscheidenden Vorstände

Roth-Sackenheim und Vogel dankten den bisherigen Vorstandsmitgliedern für die gute, vertrauensvolle Zusammenarbeit der letzten beiden Jahre und würdigten besonders die Arbeit der Kollegen, die für die kommende Amtszeit nicht weiter zur Verfügung stehen. Dies sind der bisherige Kassenwart Dr. Gerd Wermke, der bisherige Schriftführer Dr. Hans Martens und der Beisitzer Professor Werner Kissling. Wermke schilderte kurz persönlich die spannende, aber auch Kraft kostende Arbeit im Vorstand und verabschiedete sich in eigenen Worten „mit einem lachenden und einem weinenden Auge". Auch Martens langjährige Mitarbeit sowie die jahrzehntelange Mitwirkung Kisslings wurden in deren Abwesenheit eingehend gewürdigt. Der Antrag von Dr. Rolf Tiedemann, die Protokolle der Mitgliederversammlungen des BVDP in den geschützten Bereich der Homepage einzustellen, wurde von der Versammlung angenommen.

Neue Aufgaben im Jahr 2012

Der BVDP sieht sich für das Jahr 2012 mit vielfältigen strukturellen und gesundheitspolitischen Veränderungen konfrontiert und möchte außerdem die Interessen der niedergelassenen Psychiater auf den verschiedenen Ebenen verantwortungsvoll vertreten. Nur über eine starke Standesvertretung können wir unsere Bedürfnisse und Leistungen entsprechend darstellen. Deshalb ist es so wichtig, Standesvertreter in politischen Gremien und Instanzen der Bundesärztekammer sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu haben, die nahe an den Themen der Praxis stehen.

AUTORIN

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
E-Mail: sab.koehler@web.de

VON DER EINZEL- ZUR DOPPELMITGLIEDSCHAFT OHNE MEHRKOSTEN

Bauen Sie auf eine starke berufspolitische Zukunft mit BVDN und BVDP!

Liebe psychiatrische Kolleginnen und Kollegen und Nervenärzte mit psychiatrischem Schwerpunkt als Einzelmitglieder im BVDN: Wir wenden uns an Sie, mit der Bitte, eine Doppelmitgliedschaft im BVDN und BVDP einzugehen. Eine starke berufspolitische Arbeit gelingt nur, wenn die finanziellen Ressourcen dazu auch zur Verfügung stehen. Wie Sie wissen ändern sich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ständig – die vom Gesetzgeber beschlossene „Regionalisierung" lässt wieder neue Chancen aber auch Risiken entstehen.

Die Fakten: Der die Interessen der psychiatrisch tätigen Kolleginnen und Kollegen vertretende BVDP mit etwa 340 Mitgliedern, steht in Konkurrenz zu zahllosen überwiegend psychologischen Verbänden (unter anderem: APS, AHPsy, BAPt, BDP, BPM, BVP, BVPPT, BVVP, DAGG, DeGPT, DFP, BGAP, DGIP, DGPM, DGPT, DGSF, DGVT, DPG, DPV, DVG, DVT, GBP, VFP, VPK, VPP). Allein der größte Psychotherapeutenverband umfasst über 4.000 Mitglieder.

Die gesetzlich festgesetzten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen werden meist erst auf Bundes(KV)- und Länderebene detailliert umgesetzt, so dass es entscheidend ist in solchen Gremien stets auch von psychiatrischer Seite präsent zu sein. Auch bei der Leitlinienentwicklung kommt es leicht zu einer verzerrten Sicht der Dinge, wenn die ärztliche Kompetenz hinsichtlich Diagnostik und Therapie durch Dominanz psychologischer Verbände nicht ausreichend eingebracht werden kann. Für die Zukunft wird es also noch wichtiger sein den BVDP auch finanziell zu stärken um den kommenden Aufgaben gerecht zu werden.

Über 400 Psychiater sind gegenwärtig Einzelmitglieder im BVDN – nach der Beitragsordnung und den Verteilungsregelungen unserer drei Schwesterverbände erhält der BVDP jedoch nur einen Anteil des Mitgliederbeitrags, wenn keine Doppelmitgliedschaft besteht. **Wir bitten Sie daher um eine Doppelmitgliedschaft, die für Einzelmitglieder nicht mit höheren Kosten verbunden ist. Der Jahresbeitrag ist identisch!**

Auf den Seiten 80 ff. finden Sie ein Formular von unserer Geschäftsstelle, mit der Sie Ihre Einzelmitgliedschaft unkompliziert in eine Doppelmitgliedschaft umwandeln können.

Herzlichen Dank!

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Vorsitzende BVDP
Dr. med. Frank Bergmann, 1. Vorsitzender BVDN
Dr. med. Oliver Biniasch, Kassenwart BVDP

GENDIAGNOSTIKGESETZ

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

Vermutlich werden bei Ihnen in den nächsten Wochen Informationen der Standespresse und der ärztlichen Selbstverwaltung zu diesem Thema Verunsicherung und Ärger auslösen. Grund ist eine Bestimmung des Gendiagnostikgesetzes (GenDG), welches der Gesetzgeber im vergangenen Jahr verabschiedet hat. Das Gesetz legt fest, dass Ärzte im Rahmen einer Übergangsregelung vom 1.2.2012 bis zum 10.7.2016 eine Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung durch eine bestandene Wissenskontrolle nachweisen müssen. Diese Bestimmung wurde weder mit den Ärztekammern abgestimmt, noch wurde auf die bestehende Weiterbildungsordnung Bezug genommen. Die Wissenskontrolle soll aus 10 oder 20 Fragen bestehen, davon fünf fachspezifisch. Freiwillig ist eine Fortbildung mit sechs Stunden, um dieses Wissen zu erwerben. Die Landesärztekammern bemühen sich derzeit um eine Lösung dieses Problems, unter anderem zum Teil mithilfe eines E-Learning-Angebotes.

Berufspolitik-Update BVDN – BDN – BVDP

Auch dieses Jahr veranstalten die neurologischen und psychiatrischen Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP wieder in allen Regionen zirka 20 berufspolitische Seminare, in denen die Themen GKV-VStG, EBM, GOÄ, ZNS-Netze und überhaupt alle uns interessierenden berufspolitischen Felder zur Sprache kommen. Die Bundesvorstandskollegen Frank Bergmann, Gunther Carl und Uwe Meier werden in Zusammenarbeit mit den Landesverbänden und den regionalen BVDP- und BDN-Sprechern wie bereits in den letzten Jahren referieren und zu allen Fragen kompetent Stellung nehmen. 2012 stehen in manchen Bundesländern möglicherweise erneut gravierende Veränderungen der Honorarverteilungsmaßstäbe an. Neue EBM-Änderungen werfen ihre Schatten voraus, Stichwort differenzierte Bewertung von alten und neuen Patienten. Für Kontroversen sorgen außerdem Selektivverträge in unseren Fachgruppen und die vom Gesetzgeber beschlossene Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Nicht zuletzt haben sich Abrechnungsprobleme mit der GOÄ ergeben. Auch über die geplante GOÄ-Reform wollen wir berichten. Was unsere Seminare aber besonders interessant macht, ist die Möglichkeit im mündlichen Gespräch spezifische oder vertrauliche Einzelfragen zu klären und pragmatische Ratschläge zu bekommen. Neben dem NeuroTransmitter, dem NeuroTransmitter-Telegramm und unseren Rundbriefen haben die Berufsverbandsmitglieder nirgendwo so hautnah und zudem kostenfrei die Möglichkeit, sich aus erster Hand über die aktuelle Berufspolitik und auch Abrechnungsfragen zu informieren. Nutzen Sie also diese Gelegenheit und kommen Sie zu dem Berufsverbandsseminar in Ihrer Region. Auch Nichtmitglieder sind mit einer Teilnahmegebühr von 250 € herzlich willkommen, bei Eintritt in den Berufsverband ist die Teilnahme gratis. Die ersten Seminare in Berlin, Leipzig, Düsseldorf, Saarbrücken, Erfurt, Hamburg und Rostock sind bereits vorüber, wenn diese NeuroTransmitter-Ausgabe erscheint. Anmeldung für die Seminare ab Mitte Februar 2012 über BVDN-Geschäftsstelle in Krefeld (Kontaktdaten siehe Verbandsseiten ab Seite 80 ff.) erbeten. **gc**

15.2.2012 (Mittwoch) 16:00 – 18:00 Uhr	Stuttgart	Mo. Hotel Hauptstr. 26, 70563 Stuttgart	Dr. Frank Bergmann Dr. Gunther Carl Dr. Uwe Meier
25.2.2012 (Samstag) 10:00 – 12:00 Uhr	Hannover	Sheraton Hannover/Pelikan Hotel Perlikanplatz 31, 30177 Hannover	Dr. Uwe Meier
29.2.2012 (Mittwoch) 17:00 – 19:00 Uhr	Köln	KV Nordrhein, Raum E14 – E15 Sedanstr. 10 – 16, 50668 Köln	Dr. Frank Bergmann
29.2.2012 (Mittwoch) 16:00 – 18:00 Uhr	Würzburg	Tagungszentrum In der Zehntscheune, Juliusspital Klinikstr. 1, 97070 Würzburg	Dr. Gunther Carl
3.3.2012 (Samstag) 10:00 – 12:00 Uhr	Potsdam	Seminanaris Seehotel An der Pirschheide 40, 14471 Potsdam	Dr. Uwe Meier
7.3.2012 (Mittwoch) 17:00 – 19:00 Uhr	Kamen	Park Inn Kamen Karree 2, 59174 Kamen	Dr. Uwe Meier
14.3.2012 (Mittwoch) 16:00 – 18:00 Uhr	Mannheim	Dorint Hotel Friedrichsring 6, 68161 Mannheim	Dr. Gunther Carl
25.4.2012 (Mittwoch) 16:00 – 18:00 Uhr	Ulm	Maritim Hotel Basteistr. 40, 89073 Ulm	Dr. Gunther Carl
9.5.2012 (Mittwoch) 16:00 – 18:00 Uhr	Unter- föhring	Feringapark Hotel Feringastr. 2 – 6, 85774 Unterföhring	Dr. Gunther Carl
20.6.2012 (Mittwoch) 16:00 – 18:00 Uhr	Freiburg	Dorint Hotel An den Heilquellen 8, 79111 Freiburg	Dr. Gunther Carl
11.7.2012 (Mittwoch) 16:00 – 18:00 Uhr	Nürnberg	Averna Park Görlitzer Str. 51, 90471 Nürnberg	Dr. Gunther Carl

Kommentar: *Was passiert, wenn der Arzt diese Qualifikation nicht erwirbt, ist bisher unklar. Wir werden Sie weiter auf dem Laufenden halten. Die neuropsychiatrischen Berufsverbände setzen sich dafür ein, dass der entsprechende Passus aus dem GenDG in den §§ 7 und 23 gestrichen wird. Wir sehen hier ein neues Beispiel für unnötige Bürokratie im Gesundheitswesen. Die ärztliche Selbstverwaltung ist unschuldig. Verantwortlich ist der Gesetzgeber, der ohne Absprache mit den ärztlichen Gremien in die Weiterbildungsordnung und ins ärztliche Standesrecht hinein regiert hat. Es ließen sich ohne weiteres noch viele ärztliche Tätigkeitsfelder finden, bei denen eine besondere Verantwortlichkeit und Qualifikation gefordert werden kann und für die man zusätzlich zur Facharztausbildung neben der bereits bestehenden CME-Fortbildungskontrolle Zusatzqualifikationen und Wissenskontrollen einführen könnte. Dabei verhält es sich bei der genetischen Beratung genauso wie bei allen anderen ärztlichen Tätigkeiten: Sie muss qualifiziert und vollständig bezogen auf den individuellen Patientenfall abgegeben werden. Wer dies nicht gewährleisten kann, darf eine solche Leistung nicht erbringen. Er muss den Patienten dann zu einem Fachmann überweisen, zum Beispiel in eine Schwerpunktpraxis, eine Spezialambulanz oder zum Humangenetiker. Wenn der Patient durch eine fehlerhaft erbrachte Leistung geschädigt wird, ist der Arzt schadenersatzpflichtig. Erinnert sei rückblickend nebenbei in diesem Zusammenhang an die verpflichtende Fortbildungsmaßnahme für Ärzte, die Rehabilitationsmaßnahmen nach den Vordruckmustern 60 und 61 verordnen wollen. Nachvollziehbarerweise haben viele Ärzte diese Qualifikation nicht erworben.* **gc**

Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender
des BVDN

» Was unsere Seminare besonders interessant macht, ist die Möglichkeit im mündlichen Gespräch spezifische oder vertrauliche Einzelfragen zu klären und pragmatische Ratschläge zu bekommen. «

DEMENZ

Pflegereform

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) legte einen Entwurf zur Reform des Pflegegesetzes vor. In Zukunft sollen Demenzkranke und pflegende Angehörige stärker unterstützt werden. Ab 2013 werden dafür 655 Millionen € zur Verfügung gestellt. Um dies finanzieren zu können, muss der Beitragssatz in der Pflegeversicherung ab 2013 um 0,1 % angehoben werden. Die Rücklagen der Pflegeversicherung von 5 Milliarden € bleiben unberührt. Bei insgesamt begrenzten Mitteln sollen überwiegend diejenigen 500.000 Demenzkranken von den zusätzlichen Mitteln profitieren, die zuhause betreut werden.

Laut Bahr sollte ein besonderer Fokus auf Demenzkranke gelegt werden, deren Versorgung mit den bisher finanzierten Leistungen häufig nicht ausreicht. Weiterhin die bisherigen Leistungen bekommen Patienten im Heim und andere Pflegebedürftige. Demenzkranke in der Pflegestufe 1 erhalten zukünftig 225 € pro Monat für Pflegesachleistungen. In der Pflegestufe 2 werden diese Pflegesachleistungen von 450 auf 665 € erhöht und in der Pflegestufe 3 von 1.100 auf 1.250 €. Haben sich Pflegebedürftige für das Pflegegeld entschieden, sind es in der Pflegestufe 1 120 €, in der Pflegestufe 2 305 € und 525 € in der Pflegestufe 3. Auch

die Wahlfreiheit bei den angeforderten Leistungen wurde erhöht. Beispielsweise kann das Zeitkontingent mit den Pflegediensten dem individuellen wechselnden Bedarf mit unterschiedlichen Leistungen angepasst werden. Pflegende Angehörige sollen sich einfacher dafür entscheiden können, eine Auszeit zu nehmen. Pflegebedürftige können derweil in eine Kurzzeitpflege von maximal vier Wochen gehen, für die das Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt wird. Alternative Wohnformen für Pflegebedürftige und Demenzkranke sollen gefördert werden.
Ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, soll in Zukunft besser von gegebenenfalls auch externen Gutachtern beurteilt werden. Die Krankenkassen werden zu einem Beschwerdemanagement verpflichtet.
Krankenkassen können Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und geeigneten Ärzten vermitteln. Mittels finanzieller Anreize sollen Ärzte leichter zu Hausbesuchen in Pflegeheimen veranlasst werden.
Der Pflegebedürftigkeitsbegriff soll von einem Expertengremium unter Leitung des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CSU), und des bisherigen Vorstandsmitglieds der GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV), Karl-Dieter Voß, neu definiert werden. Von der Opposition wurde der Reformentwurf umgehend kritisiert. Die Finanzierung sei nicht nachhaltig genug gesichert. Es fehle ein Zeitplan für die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Das Begutachtungsverfahren sei reformbedürftig. Die zusätzlichen Leistungen seien marginal.
Der Deutsche Pflegeverband forderte ebenfalls die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und bezeichnete die Leistungsverbesserungen als absolut unzureichend.

Kommentar: *Wie immer ist das Konzert der Kritiker bei Reformversuchen in der Sozialgesetzgebung vielstimmig und widersprüchlich. Manche beklagen gleichzeitig die höhere Belastung der Beitragszahler, die zu geringe Gegenfinanzierung und die unzureichende Leistungsverbesserung. Hier wird die ausschließliche Motivation, dem politischen Gegner zu schaden, offensichtlich. Bereits in der vergangenen Legislaturperiode gab es geringfügige Verbesserungen für Demenzkranke und deren Angehörige im Leistungsumfang und bei der Beurteilung der Pflegestufen. Das jetzige Vorhaben der Bundesregierung geht nun deutlicher in die richtige Richtung. Auch unsere fachärztlichen Erfahrungen in der Versorgung von Demenzkranken und deren Angehörigen weisen in diese Richtung: Die zuhause in ihrer vertrauten Umgebung betreuten Kranken müssen von ihren Angehörigen besser versorgt werden können. Dabei muss noch wesentlich stärker als bisher darauf geachtet werden, dass die Betreuungspersonen nicht überfordert werden und selbst krank werden, was bisher leider oft genug der Fall ist. Insofern ist diese geplante Pflegegesetzreform in Anbetracht der finanziellen Möglichkeiten ein deutlicher Schritt in die richtige Richtung.* **gc**

KRANKENVERSICHERUNG

Weitere Krankenkassenfusionen

Anfang 2012 gibt es in Deutschland noch 137 GKV-Krankenkassen. Ende 2010 waren es 175, vor 15 Jahren noch beinahe zehnmal so viele. Nach der Prognose des Präsidenten des Bundesversicherungsamtes (BVA), Dr. Maximilian Gaßner, wird es 2012 noch weitere Fusionen geben, möglicherweise auch Insolvenzen, obwohl die durchschnittliche Finanzlage der Krankenkassen derzeit aufgrund der positiven Wirtschaftsentwicklung gut ist.
90 % der Versicherten sind bei den 30 größten Krankenkassen angemeldet. Bei den drei größten bundesweiten Krankenkassen zahlt circa ein Drittel der 70 Millionen GKV-Versicherten ihre Prämien ein. Es handelt sich dabei um die Barmer GEK, die DAK Gesundheit und die Technikerkrankenkasse (TK). Das Bundeskartellamt streitet sich mit dem BVA über die Wettbewerbskontrolle. Das BVA macht darauf aufmerksam, dass die Funktionskontrolle des Bundeskartellamtes (BKartA) erst bei einer Verdichtung auf circa fünf bis zehn Krankenkassen zuständig ist. Möglicherweise wird jedoch das BKartA zukünftig doch zuständig sein. Auch die Rabattverträge der GKV-Kassen mit den Arzneimittelherstellern werden bereits nach dem Wettbewerbsrecht und nicht nach dem Sozialrecht bewertet.
Bei den landwirtschaftlichen, gärtnerischen und Forstsozialversicherungen läuft ein Konzentrationsprozess. Hier sollen die Regionalstellen insgesamt auf vier reduziert werden und der Personalbestand schrumpfen, um die Verwaltungskosten zu senken.

Kommentar: *Landwirtschaftlich GKV-Sozialversicherte dürfen ihre Kasse nicht wechseln, sie sind die einzigen Versicherten, die aufgrund ihres Berufes auf die landwirtschaftliche Kranken- und Rentenversicherung fixiert bleiben. Hierfür werden mancherlei teils plausible Gründe genannt. Allerdings führen sinkende Versichertenzahlen bei weiter bestehenden Kassenstrukturen zu ständig wachsenden prozentualen Verwaltungskosten in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung.*
Die in den letzten Jahren rasant sinkende Anzahl von GKV-Krankenversicherungsunternehmen durch Fusionen vor allem auch im AOK-Bereich führt zwischenzeitlich zu sehr großen überregionalen Krankenkassen. Man erinnert sich an die Vorhersage der ehemaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD), 30 bis 50 GKV-Krankenkassen würden ausreichen. Dieser Zustand dürfte mittlerweile wohl beinahe erreicht sein. Denn die kleineren circa 100 Krankenkassen haben lediglich einen Marktanteil von 10 %. Damit besteht für Versicherte und Ärzte eine bessere Übersichtlichkeit und transparentere Vergleichbarkeit der Krankenkassen.
Auch bei Honorar- und Budgetverhandlungen der KVen dürfte sich eine Schrumpfung der unübersichtlichen Kassenanzahl eher positiv auswirken. Dies gilt übrigens auch für gegebenenfalls anstehende Selektivvertragverhandlungen. Wettbewerbsabträglich wäre dann allerdings die Bildung einer einzigen oder sehr weniger monopolähnlicher Kassenstrukturen. **gc**

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Regressforderungen abwenden

Die neuropsychiatrische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern ist durch die dünne Besiedlung und eine vergleichsweise schlechte Infrastruktur erschwert. Die Kollegen des BVDN-Landesverbandes trotzen dem mit drei regionalen Netzen und einer bestmöglichen Kooperation mit den Kliniken.

Der BVDN-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern hat unter den niedergelassenen Kollegen einen Organisationsgrad von etwa 75 % in drei Regionen: Neubrandenburg-Vorpommern (Ost), Mitte (Rostock) und Westmecklenburg-Schwerin (West). Einzelne Kollegen sind in einem MVZ tätig. In jeder Region treffen sich die Mitglieder regelmäßig zu Qualifikationszirkeln mit Fortbildungen („Stammtische"). Auch dienen die regionalen Gruppen als Träger unserer drei regionalen Netze, die meist eng mit den zuständigen neurologischen und psychiatrischen Kliniken vor Ort zusammenarbeiten. Viele Kollegen haben dort ihre Weiterbildung absolviert, es bestehen also gute persönliche Kontakte.

Es gibt gemeinsame Fortbildungen für Niedergelassene und Kliniker, aber mitunter auch ein wenig Sand im Getriebe, gerade in der Zusammenarbeit mit den universitären Einrichtungen und den PIA. Während eines gemeinsamen Symposiums auf der 70. Jahrestagung der Gesellschaft für Nervenheilkunde des Landes Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin im Oktober 2011 wurde daher erneut vereinbart, die Kollegen aus den Kliniken zu den regionalen Stammtischen einzuladen, um die Kommunikation zu verbessern.

Ziel: Absichtsvereinbarung mit der AOK

Auf Landesebene finden zweimal im Jahr Mitgliederversammlungen statt. Im Frühjahr treffen wir uns traditionell an einem Mittwochnachmittag in Rostock. Unsere Herbsttagung findet an wechselnden Orten von Freitag bis Sonntag statt. Zur Tagung 2011 in Wismar waren auch Mitglieder der Verbände Schleswig-Holstein und Hamburg eingeladen, da wir gemeinsam einen IV-Vertrag zur psychiatrischen Versorgung mit den BKKen anstreben. Durch die Fusion der BKK-LV Nord und West sind inzwischen auch Mitglieder der Verbände Rheinland und Westfalen hinzugestoßen, der Abschluss des Vertrages ist derzeit jedoch wieder ins Stocken geraten.

Aktuell führen wir „Regressgespräche" mit der AOK-Nordost, da diese flächendeckend Kollegen mit Heimbetreuung Regresse angedroht hat. Hintergrund ist die Ausstellung von Rezepten auf Bestellung der Heime, obschon die Patienten/Bewohner zwischenzeitlich ins Krankenhaus gekommen waren. Wir streben eine „Absichtsvereinbarung" mit der AOK an, nach der der Landesverband über anstehende Regressverfahren informiert wird, um systemische Fehler aufzudecken. Auch soll die AOK bei zunehmender Berücksichtigung der Rabattverträge sowie der Aut-idem-Regelung und der Verordnung von Generika sowie von Re-Importen auf Regressforderungen verzichten.

Mit der KV tauschen wir uns regelmäßig aus. Aktuell führen wir Gespräche zur Gestaltung der Honorarverteilung ab 2012. In Mecklenburg-Vorpommern hat die KV gegen die Genehmigungen der § 116-Zulassungen (MS betreffend) geklagt. Zunehmend problematisch gestaltet sich die ambulante Versorgung auf dem Land, da Mecklenburg-Vorpommern dünn besiedelt ist und sich die Infrastruktur (ÖPNV etc.) laufend verschlechtert. Leider gibt es keine Anbieter für die verordnungsfähige ambulante psychiatrische Pflege – außer in Stralsund und Rostock. Weder der Pflegeverband noch die KV, die Ärztekammer oder das Landessozialministerium fühlen sich zuständig, Abhilfe zu schaffen, obwohl die Problematik allen bekannt ist. Da der Landesverband auch im erweiterten Psychiatriebeirat des Landessozialministeriums vertreten ist, wollen wir dieses Thema bei der nächsten Sitzung erneut vorbringen.

Der Vorstand des BVDN-Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern (v. l. n. r.: Heike Kumpe, Liane Hauk-Westerhoff, Ramon Meißner, Ute Rentz, Jan Uhlig, Karsten Reininghaus, Melanie Kerber, Gunnar Zinapold; auf dem Foto fehlen Frank Unger und Christine Lehmann) unterstützt vom Pommerschen Greif, einem Symbol friedlicher Kraft.

AUTOR

Dipl.-Med. Ramon Meißner, Sternberg/M.
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,
1. Vorsitzender des BVDN-Landesverbandes
Mecklenburg-Vorpommern
E-Mail: rc.meissner.praxis@gmx.de

© R. Meißner

Umweltpsychologie

Bewegung an der frischen Luft therapeutisch nutzen

Eine aktuelle Studie zeigt, dass die Entstehung angenehmer Gefühle vor einem Aufenthalt in der Natur unterschätzt wird. Dies hat Implikationen sowohl für die Umweltbindung und den Umweltschutz, aber auch für die Behandlung psychischer Störungen.

Bewegung in der Natur hat vielfältige positive Effekte, auch auf psychische Störungen. Dies wird jedoch häufig bei Behandlungskonzepten nicht berücksichtigt. In unseren Breiten führen moderne Lebensstile zudem zu einer Naturentfremdung, mit entsprechenden negativen Konsequenzen für die Umwelt, aber auch für das Wohlbefinden des Menschen. In zwei Experimenten bestätigten kanadische Forscher, dass Bewegung in der Natur zu angenehmeren Gefühlen führte als ein ebenso möglicher Weg durch Innenräume. Sie fanden zudem heraus, dass die Teilnehmer genau diesen positiven Effekt vorher unterschätzten – und daher oft die Chance verpassen, sich auf diese einfache Weise etwas Gutes zu tun. Aus der eigenen Alltagsgestaltung heraus lässt sich das leicht nachvollziehen – der Gedanke an einen Verzicht auf das Auto für kürzere Strecken löst eher Befürchtungen eines höheren Aufwands aus als die Erwartung eines Glücksgefühls. Die an der frischen Luft entstandenen positiven Emotionen, so ein weiteres Untersuchungsergebnis, begünstigten wiederum ein Gefühl einer engeren Bindung an die Natur; ein Konstrukt, das eng verbunden ist mit Umweltverantwortung und nachhaltiger Lebensweise.

Durch Fehleinschätzung verstellter glücklicher Weg zur Nachhaltigkeit

Für diese Studie, publiziert im vergangenen Jahr in „Psychological Science“ unter dem Titel „ Underestimating nearby nature: Affective forecasting errors obscure the happy path to sustainability“ [1], durften 150 Studenten der Carleton-Universität nach zufälliger Aufteilung einen Weg außerhalb des Universitätsge-

© JCB Prod / panthermedia.net

Auch bei psychischen Erkrankungen sollte der – scheinbar banale – Ratschlag zu einem Spaziergang unter freiem Himmel häufiger erteilt werden. Mit dem Verweis auf die wissenschaftliche Datenlage wird er auch eher befolgt werden.

ländes zu einem vereinbarten Ziel gehen oder in derselben Zeit durch Tunnels auf dem Gelände selbst. Beide Wege beanspruchten je etwa 17 Minuten, es regnete nicht, und es herrschten Herbsttemperaturen von 2,5 bis 17 Grad. In beiden Gruppen durfte jeweils ein Teil der Teilnehmer vorher einschätzen, welche Gefühle der jeweilige Weg wohl auslösen würde, die anderen hatten ihre tatsächlich entstandenen Emotionen am Ende des Marsches anzugeben. Es zeigte sich, dass diejenigen, die außen gingen und am Ziel befragt wurden, signifikant entspannter und deutlich besserer Stimmung waren als die Teilnehmer, die den Weg durch die Gebäude hinter sich hatten. Die Studenten jedoch, die schon vor dem Marsch ihre Gefühle antizipieren sollten, unterschätzten die positiven Effekte des Aufenthaltes im Freien, während der Gang durch die Gebäude emotional eher überbewertet wurde.

Unter Verwendung eines standardisierten Fragebogens stellte sich weiterhin heraus, dass die persönliche Verbundenheit mit der Umwelt bei den Frischluft-Gehern größer war als bei den Tunnel-Nutzern. Dieser Effekt wiederum war eng verknüpft mit den guten Gefühlen, die draußen entstanden waren. Wenn man also mit gutem Grund davon ausgehen kann, dass die Vorannahme von Gefühlen, die durch eine Handlung entstehen könnten, die Wahl der Handlung selbst wesentlich beeinflusst, so führt dies den Autoren nach zu der Schlussfolgerung, dass viele Menschen es versäumen, mehr Zeit in der Natur zu verbringen, weil sie vorher gar nicht annehmen, dass es ihnen gut dabei gehen könnte. So entgeht ihnen eine einfache Möglichkeit, sich besser zu fühlen und der Natur verbunden zu sein. Dieses Konstrukt der Naturverbundenheit ist jedoch, wie andere Studien schon gezeigt hatten [2, 3], eng verknüpft mit umweltgerechten Einstellungen und entsprechendem Verhalten.

Nun gut, ein Spaziergang von einer Viertelstunde rettet nicht die Welt, das räumen auch die Autoren ein. Aber ihre Ergebnisse zeigen ihrer Ansicht nach einen positiv getönten Weg zu Nachhaltigkeit auf, der eher vermittelbar ist als all die vielfältigen Katastrophenszenarien von Klimawandel und Luftverschmutzung, die den Einzelnen eher rat- und hilflos machen und somit vielmehr lähmen als aktivieren. Bewegung im Grünen könnte somit beiden helfen: Mensch und Umwelt.

Heilsame Wirkung von grüner Umgebung

Bekannt ist zudem, dass bei einem hohen Anteil an Grünflächen um den Wohnsitz schwerwiegende Lebensereignisse weniger belastend sind und das psychische Befinden als besser eingeschätzt wird [4].

Anzeige

© Oliver Boehmer - bluedesign / Fotolia.com

Eine erneuerte Bindung an die Natur könnte in der Folge auch dem Umweltschutz zugute kommen.

Auch treten Ängste und Depressionen seltener auf [5]. Weiter fördern Spiel und Bewegung im Freien bei Kindern motorische, sprachliche und mathematische Fertigkeiten sowie die Konzentration und die Leistungsfähigkeit [6–10]. Allein der Blick aus dem Krankenhausfenster ins Grüne hilft, Schmerzmittel einzusparen und beschleunigt die Heilung verglichen mit dem Blick auf eine Backsteinwand, wie bereits Studien der 1980er-Jahre ergaben [11]. Jogger, die in natürlichen Landschaften laufen, fühlen sich erholter, weniger ängstlich, aggressiv oder depressiv als Menschen, welche die gleiche Menge Kalorien in Fitnessstudios oder anderen Innenräumen verbrennen [12]. Ängstlichkeit und schwere Depressionen mögen allerdings viele Betroffene davon abhalten, nach außen zu gehen. Offenbar ist aber viel Grün in der Umgebung allein schon vor dem Fenster positiv wirksam, ähnlich dem Blick aus dem Krankenhausfenster.

„Naturdefizitstörung" als neuer Begriff

Viele Menschen scheinen der banalen Feststellung nicht mehr zu trauen, wie gut Natur eigentlich tun könnte, was mit der zunehmenden Entfremdung von ihr und dem Verlust der Bindung zur Natur durch fortschreitende Nutzung von Technik und Maschinen zu tun haben dürfte. Der Zoologe E. O. Wilson hatte 1984 die „Biophilie-Hypothese" postuliert [13], wonach sich die menschliche Evolution in natürlicher Umgebung vollzogen hat, der Mensch sich daher zu Lebewesen und Natur hingezogen fühlt und viele Menschen evolutionshistorisch gesehen erst seit kurzem getrennt von ihrer natürlichen Umwelt leben. Insbesondere der moderne Lebensstil trage dazu bei, die Verbindung zur Natur zu unterminieren. Umweltexperten sprechen bereits von einer „Naturdefizitstörung" [14], wie sie sich insbesondere bei Kindern durch weniger unorganisiertes Spielen draußen, zunehmenden (sitzenden) Gebrauch von Medien, Gewichtszunahme, Konzentrationsminderung, vermehrte Unruhe oder auch mangelnde Fähigkeit, Gefahren in der Natur einzuschätzen, zeigt. Doch bei Erwachsenen ist es nicht wesentlich besser, wie aufgeführte Untersuchungsergebnisse zeigen.

Wirkung von Natur in Kombination mit Bewegung

Sicher kommt der positive Effekt der Natur zum Teil auch durch die dabei ausgeübte Bewegung zustande. Dies reicht aber als alleinige Erklärung nicht aus, sonst hätte der Weg durch Gebäude und Tunnels im beschriebenen Experiment gleichermaßen angenehme Emotionen bewirkt wie der Weg unter freiem Himmel. Antidepressive Wirkungen von Ausdauersport sind bekannt [15]. Metaanalysen der Cochrane Collaboration haben zudem Hinweise erbracht, dass Sport insbesondere bei leichteren Depressionen beziehungsweise Dysthymien (womit man häufig in der Praxis konfrontiert ist) vergleichbar gut wirkt wie kognitive Verhaltenstherapie oder Antidepressiva [16], so dass die Kombination aus Natur und Bewegung sinnvoll erscheint. Viele Patienten reagieren interessiert und dankbar auf solch scheinbar banale Empfehlungen, weil sie sehen, dass der Psychiater über Medikamente hinaus auch über andere Therapiebausteine verfügt. So haben Befragungen ergeben, dass die Bewegungs- und Sporttherapie im stationären Setting als sehr hilfreich erlebt wird [17]. Dies erscheint durchaus im Sinne einer individuell angepassten Behandlungsempfehlung abhängig vom jeweiligen Ausmaß einer Antriebsminderung sowie von körperlicher Konstitution und Kondition auch in den ambulanten Bereich übertragbar – und wird mit Bezug auf wissenschaftliche Ergebnisse auch eher aufgenommen, als wenn es nur als Tipp im Nebensatz formuliert wird.

Erhalt einer natürlichen Umgebung – für die psychische Gesundheit

Somit steht auch dem nächsten eigenen, psychohygienisch sinnvollen Spaziergang – etwa in der Mittagspause – oder der Nutzung des Fahrrads für den Arbeitsweg, so die Entfernung dies zulässt, nichts mehr entgegen bei dem Wissen, dass die Überwindung mit dann besserem Befinden belohnt wird. Dies wiederum könnte durch erneuerte Bindung an die Natur in der Folge auch dem Umweltschutz zugute kommen. Denn bei schwindendem Grün (täglich werden laut bayerischem Umwelt- und Gesundheitsministerium allein in Bayern Freiflächen in der Größe von 29 Fußballfeldern zu Siedlungs-, Gewerbe- und Verkehrsflächen umgewandelt) vermindert sich fortlaufend die Möglichkeit, die aufgelisteten positiven Natureffekte zu erleben. Über die Bewegung in der Natur hinaus können somit auch Umweltschutz und das Engagement dafür im besten Sinne Elemente einer Präventivmedizin sein [18] – wenn man in der Lage ist, positive Effekte eines Aufenthaltes in der Natur zu antizipieren. □

LITERATUR

unter springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. med. Andreas Meißner
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Tegernseer Landstr. 49, 81541 München
E-Mail: psy.meissner@gmx.de

LITERATUR

1. Nisbet EK, Zelenski JM. Affective Forecasting Errors Obscure the Happy Path to Sustainibility. Psychological Science 2011; 22(9):1101-1106
2. Nisbet EK, Zelenski JM, Murphy SA. The nature relatedness scale: Linking individuals' connection with nature to environmental concern and behaviour. Environment and Behavior 200; 41: 715-740
3. Schultz PW. The structure of environmental concern: Concern for self, other people, and the biosphere. Journal of environmental psychology 2001; 21:327-339
4. van den Berg AE, Maas J, Verheij RA, Groenewegen PP. Green space as a buffer between stressful life events and health. Soc Sci Med 2010; 70 (8):1203-1210
5. Maas J, Verheij RA, de Vries S, Spreeuwenberg P, Schellevis FG, Groenewegen PP. Morbidity is related to a green living environment. J Epidemiol Health 2009; 63:967-973
6. Fjortoft, I. The Natural Environment as a Playground for Children: The Impact of Outdoor Play Activities in Pre-Primary School Children. Early Childhood Educ J 2001; 29(2): 111-117
7. Alvarez L. Suutarila Journal: Educators Flocking to Finland, Land of Literate Children. New York Times, 09.04.2004
8. Lieberman GA, Hoody LL. Closing the achievement gap: using the environment as an integrating context for learning. San Diego: State Education and Environment Roundtable; 1998
9. Programm for International Student Assessment. Problem solving for tomorrow's world. Paris: OECD; 2004
10. Smith GA, Sobel D. Place- And Community-Based Education in Schools (Sociocultural, Political, and Historical Studies in Education). London: Routledge Chapman & Hall; 2010
11. Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. Science 1984; 224: 42-421
12. Pretty J, Peacock J, Sellens M, Griffin M. The mental and physical health outcomes of green exercise. Int J Environ Health Res 2005; 15(5): 319-337
13. Wilson EO. Biophilia. 1984: Cambridge, MA: Harvard Universiy Press
14. Louv, R. Last child in the woods: Saving our children from nature-deficit disorder. Chapel Hill, NC: Algonquin Books; 2008; auf deutsch erschienen: Louv R. Das letzte Kind im Wald? Geben wir unseren Kindern die Natur zurück! Weinheim, Basel: Beltz; 2011
15. Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, Khatri P, Doraiswamy M, Moore K, Craighead WE, Baldewicz TT, Krishnan KR. Exercise treatment for major depression: maintenance and therapeutic benefit at 10 months. Psychosom Med 2000; 62:633-638
16. Mead GE, Morley W, Campbell PG, Carolyn A, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. Cochrane Database Syst Rev 2009; 3:CD004366
17. Heimbeck A, Hölter G. Bewegungstherapie und Depression – Evaluationsstudie zu einer unspezifischen und einer störungsorientierten bewegungstherapeutischen Förderung im klinischen Kontext. Psychother. Psych. Med. 2011; 61:200-207
18. Frumkin H. Beyond toxicity: human health and the natural environment. Am J Prev Med 2001; 20: 234–240

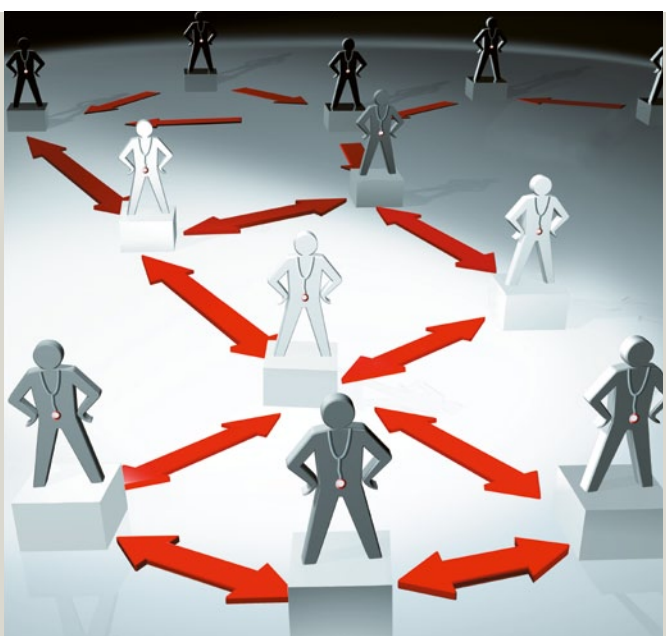
Integrierte Versorgung in der Region

Effektive und wirtschaftliche Versorgung als Ziel

Es gibt viele Modelle und Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V. Manche klingen gut, finden aber kaum teilnehmende Patienten und/oder Ärzte. Andere stehen wegen der vermuteten Einflussnahme der Pharmaindustrie und der Einschränkung der freien Arztwahl unter besonderer Beobachtung. Dass Integrierte Versorgung zu Innovation und effektiver Versorgung motiviert, zeigt sich aus Sicht eines niedergelassenen Nervenarztes beispielhaft am regionalen Versorgungssystem „UGOM" im bayrischen Amberg.

Die derzeitigen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem wirken durch Budgetierung und Reglementierung vor allem im Bereich der Kliniken und der niedergelassenen Ärzte hemmend auf Kreativität und Motivation zur Gestaltung einer besseren und effizienteren Versorgung. Dabei steuern gerade diese beiden „Player" im Gesundheitswesen sowohl die Kosten als auch die Qualität medizinischer Versorgung entscheidend.

Das Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & CO KG (UGOM) in Amberg hat gemeinsam mit der AOK Bayern über zehn Jahre hinweg einen Vertrag nach § 140 SGB V entwickelt, der ein förderndes Rahmenklima für Innovation, Kooperation und Effizienz schaffen soll. Derzeit sind über 15.000 Patienten in ein Netz aus drei Kliniken sowie 95 niedergelassenen Haus- und Fachärzten eingeschrieben. Stufenweise wurde eine Infrastruktur geschaffen, die es seit 2011 ermöglicht, die gesamten Versorgungskosten der eingeschriebenen Patienten aus einem dem Netz zur Verfügung gestellten Budget zu bestreiten. Dieses Budget definiert sich durch die morbiditätsgewichteten Erlöse der AOK aus dem Gesundheitsfonds für die eingeschriebenen Patienten. Hieraus werden alle Kosten – einschließlich der Verwaltungskosten der Kasse – bestritten. Der Gewinn wird unter den Netzteilnehmern aufgeteilt. Erfolgsvoraussetzung ist eine differenzierte Infrastruktur, um ökonomischer und effizienter sein zu können als die übrige Versorgungslandschaft. Gut koordinierte Behandlung und wirksame Prävention werden unter diesen Bedingungen zu wesentlichen Faktoren, um wirtschaftlichen Gewinn zu erzielen. Davon profitieren sowohl die Patienten als auch die Leistungserbringer und die Krankenkassen.



© [M] Stefan Rajewski / Fotolia.com | ill

Bei der Integrierten Versorgung die Kompetenz der Ärzte und Kliniken vor Ort bündeln.

Das ist UGOM

Die sechs wesentlichen Infrastrukturmerkmale von UGOM sind:

1. Regional angepasste Behandlungspfade für die zehn wichtigsten Krankheitsbilder, die regeln, wer wann welche Leistungen erbringen sollte. So wird beispielsweise eine „einfache" Depression in der Regel zunächst vom Hausarzt behandelt. Therapieresistenz, Suizidalität und Initiierung einer Psychotherapie oder einer stationären Behandlung sind aber stets Gründe, einen Facharzt hinzuzuziehen.
2. Ein kommunikationsfähiges Praxisverwaltungssystem. Jeder Netzarzt und die Kliniken haben beim Einlesen der Versichertenkarte automatisch Zugriff auf einen Datensatz der Diagnosen, Verordnungen, Arztbriefe, Krankschreibungen und andere wichtige Daten wie beispielsweise Bilddo-

Wirkungskreis des UGOM ist die Region Amberg/Sulzbach-Rosenberg.

kumente von allen EKG-Ableitungen. Dieser Datensatz wird nicht auf einem Zentralserver abgelegt, sondern nur zwischen den an der Behandlung des jeweiligen Patienten beteiligten Netzärzten kommuniziert.

3. Ein einheitliches Qualitätsmanagement(QM)-System (DIN-ISO 9001: 2008), in welchem auch netzspezifische Anforderungen an eine Praxis geregelt sind. Das Netz beschäftigt ein eigenes Management zur Qualitätssicherung, was die Kosten minimiert und die QM-Anforderungen den Bedürfnissen anpasst. Jährlich werden acht ausgeloste Praxen extern auditiert. Bei erfolgreichem Audit jeder einzelnen der acht Praxen erhalten alle Netzpraxen das Zertifikat.
4. Ein Weiterbildungssystem für Arzthelferinnen zur Verbesserung der Kompetenz des Assistenzpersonals, der Kooperation zwischen den Praxen und der Serviceangebote an die Netzpatienten.
5. Ein institutionalisiertes Management bestehend aus derzeit sieben Mitarbeitern, die neben Netzmanagement und Weiterentwicklung des Netzes auch die Honorarabrechnung für Hausärzte und eine Reihe von Facharztgruppen, das Qualitätsmanagement und einen EDV-Support der Praxen sicherstellen.
6. Regelmäßige Treffen aller Gesellschafter in der Gesellschafterversammlung und in fachbezogenen Kompetenzgruppen zur Weiterentwicklung der Behandlungspfade und von netzinternen Leitlinien zur Pharmakotherapie.

Gemeinsame Ziele

Allein die entstandene Infrastruktur bewirkt in meinem Alltag als Nervenarzt eine erhebliche Verbesserung der Effizienz und der Arbeitszufriedenheit. Der regelmäßige persönliche Kontakt zu den Netzmitgliedern und das gemeinsame Verfolgen eines Zieles stellt die Zusammenarbeit in der Betreuung von Patienten auf eine erheblich tragfähigere Basis als früher. Darüber hinaus war das durchschnittliche Honorar für die in das Netz eingeschriebenen Patienten während der gesamten Entwicklungsphase des Modells höher als für die übrigen Patienten der Praxis. Gemeinsam mit der AOK wurde über die Jahre hinweg ein valides Evaluationsmodell entwickelt, welches uns jetzt erlaubt, die Kostenverantwortung für die Netzpatienten zu übernehmen, ohne ein unkalkulierbares Risiko einzugehen.

Auch die Kliniken profitieren

Auch die beteiligten Kliniken gewinnen wirtschaftlich durch das Netz, und dies, obschon ein Großteil der Effizienz aus der Vermeidung stationärer Behandlungen resultiert. Denn im Gegenzug verfügen sie durch die enge Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten über ein Netz von Zuweisern, das nach dem Regionalitätsprinzip die stationäre Behandlung der gesamten Patienten der Region in den regionalen Kliniken konzentriert. Ähnliches gilt für die am Netz beteiligten Fachärzte. Leistungen, die an Netzpatienten von Ärzten außerhalb des Netzes erbracht werden, werden von der KV der Krankenkasse – und damit dem Netz – zusätzlich in Rechnung gestellt. Es besteht daher für Hausärzte ein Anreiz Netzpatienten zur Inanspruchnahme von Fachärzten des Netzes zu motivieren. Die freie Arztwahl bleibt dabei freilich bestehen.

Die Hausärzte wie auch ein Teil der Fachärzte werden durch Pauschalen honoriert, die ein einfaches und transparentes Honorarsystem sicherstellen, das nicht zu einer Ausweitung von Einzelleistungen motiviert und mit geringem Verwaltungsaufwand realisiert werden kann.

Der Patient wird zur Einschreibung ins Netz durch die gut koordinierte Betreuung, den verbesserten Service in und die schnelle Terminkoordination zwischen den Praxen motiviert. Würde die Effizienz zulasten der Qualität der medizinischen Versorgung gehen, bestünde das Risiko, dass viele Patienten das Netz verlassen. Auch wäre mit höheren Folgekosten zu rechnen.

Prävention wird wichtiger

Ein regionales Versorgungssystem mit Kostenverantwortung führt zwangsläufig auch zu einem höheren Stellenwert präventiver Maßnahmen. Präventionskampagnen in verschiedenen Bereichen werden deshalb in regelmäßigen Abständen vom Netzmanagement initiiert.

Aufgrund der bisherigen Erfahrung glauben wir, dass regionale Versorgungsstrukturen mit Kostenverantwortung durchaus ein Zukunftsmodell sind, welches neben einer Verbesserung der Versorgung auch höhere wirtschaftliche Chancen bietet sowie Budgetierung und Reglementierung ersetzen kann.

Vor Ort die Initiative ergreifen

Solche Modelle bieten natürlich nicht zuletzt großen Gesundheitskonzernen die Option, die regionale Versorgung zu übernehmen. Umso wichtiger erscheint es, frühzeitig bestehende regionale Strukturen fach- und sektorenübergreifend zu vernetzen und eine Infrastruktur aufzubauen. Dies braucht Geduld und Engagement, da ortsspezifische Gegebenheiten die Struktur eines Netzes wesentlich prägen müssen. Eine Übertragung bestehender Netzstrukturen auf andere Regionen wird immer nur bedingt möglich sein. Doch wer hätte mehr Kompetenz, sinnvolle Strukturen zu entwickeln als die in einer Region ansässigen Ärzte und Kliniken? □

AUTOR

Dr. med. Walter Scharl, Amberg
E-Mail: dr.scharl@t-online.d

Praxisporträt

Anlaufstelle für chronisch Kranke

Mancher Arzt würde gerne auf chronisch Kranke verzichten. Nicht so Matthias Freidel: Der Neurologe und Psychiater hat sich auf MS, Parkinson und RLS spezialisiert. Er schätzt die intensive Zusammenarbeit mit diesen Patienten – und die nehmen dafür schon mal längere Anfahrtswege in Kauf.

Es kann schon mal sein, dass ein MS-Patient zwei Stunden braucht, bis er es von der Insel Amrum zu Matthias Freidel nach Kaltenkirchen nördlich von Hamburg schafft. Aber viele chronisch Kranke aus ganz Schleswig-Holstein und auch einige aus Mecklenburg-Vorpommern nehmen einmal im Quartal solche langen Wege auf sich – denn sie wissen, dass sich hier jemand auf ihre Erkrankung spezialisiert hat.

Etwa 650 MS-Kranke sieht Freidel jedes Quartal, hinzu kommen noch Patienten mit oft kompliziertem Parkinson- oder RLS-Verlauf. Und schafft es jemand nicht mehr in die Praxis, dann leitet Freidel mitunter den Hausarzt an, bei einem MS-Schub richtig zu reagieren. „Vor allem Ärzte auf den Nordseeinseln sind sehr kooperativ, die fühlen sich nicht gleich auf den Schlips getreten, wenn man sie bittet, dies oder jenes zu tun."

Praxis-Steckbrief

Inhaber: Matthias Freidel, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Diplompsychologe
Praxistyp: Einzelpraxis
Ort: 24568 Kaltenkirchen
Regionale Struktur: ländlicher Raum
Anteil Privatpatienten: etwa 5 %
Nächste Klinik: 25 km (Psychiatrie und Neurologie)
Mitarbeiterinnen: 5 (im Bild v. l. oben n. r. unten) Finnja Freidel, Yvonne Kurth, Frauke Freidel, Silke Tonder
Schwerpunkte: Multiple Sklerose, Parkinson, Restless-Legs-Syndrom

© Springer Medizin

Seit 17 Jahren spezialisiert

Matthias Freidel hat sich schon recht früh auf Patienten mit chronischen neurologischen Erkrankungen eingestellt. Er ist zwar nicht nur Facharzt für Neurologie, sondern auch für Psychiatrie und hat zudem einen Abschluss als Diplom-Psychologe, letztlich haben es ihm aber die neurologischen Patienten angetan, als er sich vor 23 Jahren in Kaltenkirchen niederließ. Seit 17 Jahren hat er sich auf MS, Parkinson und RLS spezialisiert, andere Patienten behandelt er nur noch selten. Die chronisch Kranken können sich jedoch bei ihm darauf verlassen, dass sie im Notfall schnell behandelt werden, ebenso Patienten, bei denen MS oder Parkinson frisch diagnostiziert wurde.

Generell will Freidel seine Patienten mindestens einmal im Quartal sehen, und mindestens einmal pro Jahr stehen größere Untersuchungen an: Bei den MS-Patienten werden dabei evozierte Potenziale abgeleitet oder es wird der Verlauf im MRT kontrolliert, die Parkinson-Kranken unterzieht der Arzt neuropsychologischen Tests oder EEG-Untersuchungen. Er bietet seinen chronisch Kranken zudem eine Art Komplettversorgung an: Die Schubtherapie bei MS ist in seiner Praxis ebenso möglich wie die etwas komplizierteren Behandlungen mit monoklonalen Antikörpern oder die Einstellung auf die neue orale MS-Therapie.

Auch Parkinson-Patienten mit Duodopa- oder Apomorphinpumpe werden von ihm betreut, ebenso solche mit Hirnschrittmacher. Vergleichsweise einfach ist dagegen meist der Umgang mit den RLS-Patienten. „Aber hier kann man wirklich viel erreichen, und die Patienten sind einem tief dankbar."

Klinische Studien als Standbein

Ein wichtiges Standbein der Praxis sind klinische Studien. Freidel ist am Netzwerk Neurotransdata beteiligt, einem Zusammenschluss von etwa 70 neurologischen Praxen in Deutschland. Über dieses Netz laufen viele der Studien. Was ihn besonders freut: Für eine davon hat Freidel zusammen mit weiteren Praxen beim diesjährigen DGN-Kongress einen Posterpreis gewonnen. Verkehrsmedizinische Gutachten, bevorzugt solche für MS- und Parkinson-Patienten, gehören ebenso zu seinem Alltag.

Um dies alles zu bewältigen, sitzt Freidel meist schon morgens um sieben am Schreibtisch und geht in der Regel erst elf Stunden später nach Hause. Trotzdem schätzt er die Arbeit mit den chronisch Kranken. „Der Kontakt ist sehr intensiv, wir haben eine starke Patientenbindung."

Die Behandlung ist für ihn dabei nur ein Teil der Arbeit, der andere ist, die Patienten zu führen, sie zu motivieren, etwas gegen die Krankheit zu tun, sich nicht hängen zu lassen. Ein Wermutstropfen bleibt jedoch: „Die Versorgung von chronisch Kranken wird noch immer nicht ausreichend gewürdigt. Kollegen mit einer Diagnostik-Durchgangspraxis stehen finanziell oft besser da." **mut**

Forensische Prognosebegutachtung

Szenarioanalysen als Frühwarnsystem

Jede Gesellschaft hat das Recht zu erfahren, von welchen Straftätern weitere Gefahr ausgeht. Dazu werden Risikoeinschätzungen benötigt, eine Aufgabe der forensischen Psychiatrie, der nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 4. Mai 2011 wachsende Bedeutung zukommt. Die sich in hoher Frequenz ändernde Rechtslage wird zusammenfassend dargestellt.

CORNELIS STADTLAND

© Winfried Rothermel / imago

Szenarioanalysen sind ein Frühwarnsystem, mit dem Risiken frühzeitig erkannt werden können. Notwendige Entscheidungen können vorausgeplant werden.

32 **Forensische Prognosebegutachtung**
Szenarioanalysen als Frühwarnsystem

42 **Interaktiv gegen psychische Probleme am Arbeitsplatz**

48 **NEUROLOGISCHE KASUISTIK**
Chronisch rezidivierende Kopfschmerzen

58 **CME Parkinson-Syndrome**
Warum die Differenzialdiagnose so wichtig ist

63 **CME Fragebogen**

Gutachterliche Einschätzungen oder Prognosen können nur dann sinnvoll sein, wenn sie dem jeweils aktuellen Forschungsstand entsprechend durchgeführt werden. Somit unterscheidet sich die Prognosebeurteilung in der forensischen Psychiatrie kaum von grundsätzlichen Prinzipien der Medizin. Erst die kontinuierliche Erforschung und Überprüfung von Ursachen und Wirkmechanismen ermöglicht eine Prognosemethode, die sich den tatsächlichen Gegebenheiten anpasst.

Irrtumswahrscheinlichkeit von Prognosen

Von haftungsrechtlichen Ansprüchen abgesehen, besteht ein entscheidender Unterschied zu allen anderen medizinischen Fachrichtungen jedoch darin, dass ein Irrtum des forensischen Gutachters nicht nur zulasten des Probanden gehen kann, sondern auch der Gesellschaft Risiken aufbürdet. In allen anderen Fachgebieten treffen Irrtümer grundsätzlich immer zunächst den Patienten. Wird in der forensischen Psychiatrie ein Proband irrtümlicherweise nicht entlassen, obwohl er nicht rückfällig werden würde, hat der Betroffene allein das Nachsehen. Das ist der häufigere Fall. Wesentlich mehr Aufsehen erregen allerdings die Irrtümer, die zulasten der Gesellschaft gehen, weil Rückfallfreiheit prognostiziert wurde, tatsächlich aber ein krimineller Rückfall eintrat. Aus diesem Unterschied leitet sich das Recht der Gesellschaft nach zuverlässiger Risikoeinschätzung ab.

Grundsätzlich ist eine Vorhersage zukünftiger Ereignisse immer mit Unsicherheit verbunden. Es ist allerdings möglich, die Genauigkeit und die Irrtumswahrscheinlichkeit von Prognosen, auch zukünftige Straftaten betreffend, zu erforschen. Zunächst müssen dazu Risikofaktoren und protektive Faktoren krimineller Rückfälligkeit ermittelt werden. Weiter muss die Treffgenauigkeit statistischer Prognosemethoden untersucht werden, erst dann können sie sinnvoll in die Prognosebeurteilung integriert werden. Zu diesem Zweck wurde das Münchner Prognoseprojekt gegründet.

Statistische Prognosetechniken und klinische Risikoeinschätzungen

Bereits die grundsätzliche Überlegung, ob statistische Prognosetechniken klinischen Risikoeinschätzungen überhaupt überlegen sind, wird seit einem halben Jahrhundert unter forensischen Psychiatern kontrovers diskutiert. Noch nach der vor über 50 Jahren von Meehl in die internationale Literatur gebrachte Debatte („Clinical versus statistical prediction“ [1, 2]) besteht unter Experten keine Einigkeit darüber, ob statistische oder mechanische Prognosetechniken klinischen Einschätzungen tatsächlich überlegen sind [3, 4]. In letzter Zeit mehren sich allerdings Hinweise, das statistische Verfahren klinischen überlegen sein könnten [5]. Eine Metaanalyse, die Studien mit statistischen und klinischen Prognosen miteinander verglich fand, dass die Genauigkeit statistischer Verfahren in etwa 33–47 % der Fälle klinischen überlegen ist, klinische Prognosen dagegen in nur 6–16 % den statistischen überlegen sind [6]. Viele Psychiater und Psychologen verwenden deshalb auch in Deutschland seit einigen Jahren zunehmend strukturierte Prognoseinstrumente. Für einige wurden aus verschiedenen Ländern moderate bis gute prädiktive Validitäten beschrieben [7]. Alle Instrumente sind sehr ähnlich aufgebaut, ihre Merkmale überschneiden sich mehr oder weniger. So war auch die Treffgenauigkeit der einzelnen Instrumente in verschiedenen Untersuchungen so ähnlich, dass selbst die zufällige Kombination einzelner Items noch signifikante Ergebnisse ergibt [8].

Warum werden nun klinische Prognoseverfahren von einigen Praktikern weiter favorisiert, wenn vieles für die Thesen statistischer Überlegenheit [1] spricht? Möglicherweise greifen Therapeuten, die klinische Einschätzungen abgeben, ebenfalls bereits auf das in der empirischen Prognoseforschung gewonnene Wissen zurück, nur eben nicht in strukturierter Form. So könnte sich erklären, dass einige Arbeitsgruppen größere Treffgenauigkeiten von klinischen und intuitiven Prognosen fanden, wenn sie diese mit den hier untersuchten strukturierten Verfahren verglichen [9–12]. Möglicherweise liegt eine Stärke klinischer Prognosen im Kurzzeitbereich, wenn also Zeiträume bis zu zwei Jahren untersucht werden. Ein vollständiger Beleg für diese Vermutung ist bis heute allerdings nicht erbracht worden [12, 13]. Es muss als wahrscheinlich angenommen werden, dass die Qualität klinischer Risikoeinschätzung stark vom jeweiligen Gutachter abhängt und damit starken Schwankungen unterworfen ist.

Das Münchner Prognoseprojekt

Da langfristig angelegte Validierungsstudien in Deutschland fast vollständig fehlten, wurde 2001 das Münchner Prognoseprojekt (MPP) gegründet. Einige zentrale Fragen der Prognoseforschung sollten damit im Bereich der Forensischen Psychiatrie beantwortet werden.

Das gewählte Untersuchungsdesign unterscheidet sich von dem vieler anderer Studien, die sich oft entweder auf die Untersuchung Strafgefangener oder Maßregelvollzugspatienten beschränken [9, 10, 13]. Die entscheidende Besonderheit dieser Studie ist, dass durch das weit zurückreichende retrospektive Untersuchungsdesign erstmals viele Straftäter mit ungünstigen Legalprognosen (Risikoab-

schätzung) erfasst wurden. Nur so konnten ausreichend viele Täter, die hohe Werte auf den Untersuchungsskalen erhielten, in Freiheit nachbeobachtet werden. Bei einem prospektiv gewählten Untersuchungsmodus wäre ein Teil dieser Täter erst später oder überhaupt nicht mehr in Freiheit gekommen, da die dann erstellte ungünstige Prognose eine Entlassung aus gesicherten Einrichtungen verhindert hätte. In diesem Fall wäre es nicht mehr möglich, die Validität der ungünstigen Prognose zu überprüfen.

Grundsätzlich ist eine prospektive Untersuchung, die Straftäter mit sehr ungünstigen Prognosen in Freiheit nachbeobachtet, aus ethischen Gründen kaum vorstellbar. Wenn die Täter aber nicht oder nur sehr selten in die Stichproben eingeschlossen werden, werden die Ergebnisse verzerrt. Das passiert auch, wenn man etwa alle Strafgefangenen nach ihrer Entlassung untersucht, weil jene mit günstigen Prognosen vorzeitig mit Bewährungsauflagen und Bewährungshelfer entlassen werden. Jene Täter mit ungünstigen Prognosen kommen oft ohne derartige Unterstützungen und meist ohne Entlassungsvorbereitung am Strafende in Freiheit und haben damit wesentlich schlechtere Ausgangsbedingungen.

In dem Maße wie Risikovariablen gefunden, publiziert und den Therapeuten bekannt gemacht werden, beeinflussen sie deren Entscheidungen. Anders gesagt mit Bekanntwerden der im MPP gefundenen Risikofaktoren nimmt deren Bedeutung in der Zukunft kontinuierlich ab, da einige therapeutisch tätige Ärzte sie in ihre Entscheidungen mit einbeziehen werden. Die Identifikation von Risikovariablen enthält damit sich selbst überholende Ergebnisse, deren Bedeutung nur eine begrenzte Dauer haben wird. Dieser Effekt ist bei einem ausschließlich prospektiven Vorgehen kaum zu kontrollieren.

Zu Beginn des MPP standen die im Folgenden aufgeführten vier epidemiologische Fragestellungen:

Wie viele Gutachtenprobanden werden rückfällig?

Die Rückfallquote aller 487 Untersuchten (ausschließlich der Sexualstraftäter) mit Gewalttaten lag bei 16 %. Wurden die 401 Männer alleine betrachtet stieg diese Quote auf 18,5 % an, sie sank dementsprechend bei ausschließlicher Betrachtung der 86 Frauen auf nur 4,7 % ab.

Einfluss des Alters ist erheblich

Neben einer Unterteilung nach dem Geschlecht, erfolgte eine Unterteilung nach dem Alter. Je älter die Probanden wurden, umso seltener wurden sie rückfällig. Von den 401 Männern waren 30 zum Untersuchungszeitpunkt älter als 54 Jahre. Von ihnen wurden nur noch 3,3 % (n = 1) mit Gewalttaten rückfällig. In der verbleibenden Gruppe der 371 Männer bis einschließlich 54 Jahre zum Untersuchungszeitpunkt lag die Quote für gewalttätige Rückfälle bei etwa einem Fünftel (19,7 %).

Wann werden die Probanden rückfällig?

Viele Rückfälle ereignen sich relativ rasch nach der Entlassung. Mit zunehmender Zeit nimmt das Risiko kontinuierlich ab [14]. Diese Ergebnisse fanden sich auch im MPP. Nach gut zwei Jahren hatte sich bereits die Hälfte aller Rückfälle ereignet. Das 75 %-Perzentil der Überlebenszeit wurde mit zwölf Monaten (Standardabweichung, SD 1,3), das 50 %-Perzentil mit 26 Monaten (SD 2,9) und das 25 %-Perzentil mit 58 Monaten (SD 4,6) berechnet. Es sollte deshalb untersucht werden, ob sich mit den bisher vorhandenen Prognosemethoden der Zeitpunkt eines Rückfalls näher eingrenzen lässt. Im MPP wurden dafür für alle Prognoseinstrumente Kaplan-Meier-Überlebensanalysen getrennt durchgeführt. Diese zeigen für alle untersuchten Prognoseinstrumente hochsignifikant, dass Probanden mit höheren Scores nicht nur häufiger, sondern meist auch früher rückfällig werden.

Neuordnung der Sicherungsverwahrung

Das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 17.12.2009 zur Rückwirkungsproblematik im Bereich der Sicherungsverwahrung führte bis zum 22.12.2010 zur Entwicklung eines „Gesetzes zur Therapierung und Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter" (Therapieunterbringungsgesetz, ThuG). Mit dem für die „Altfälle" eingeführten ThuG wurde ein neues Instrumentarium zur Unterbringung geschaffen. Die Frage, wie die von § 1 Abs. 1 Nr. 1 ThuG gebrauchte Kategorie der „psychischen Störung" ausgefüllt wird, ist noch umstritten und wird als „Psychiatrisierung der Strafbarkeit" kritisiert. Was somit in der Praxis unter einem „psychisch gestörten" aber in der Regel „schuldfähigen" Probanden zu verstehen ist, muss sich zeigen. Die Gesetzesbegründung hat wohl Probanden mit überwiegend narzisstischen oder dissozialen Persönlichkeitsstörungen, Psychopathien und Störungen der Sexualpräferenz (neben der Pädophilie auch der sexuelle Sadismus) im Blick, bei denen zudem „eine Gesamtwürdigung ihrer Persönlichkeit, ihres Vorlebens und ihrer Lebensverhältnisse ergibt, dass sie infolge ihrer psychischen Störung mit hoher Wahrscheinlichkeit das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder die sexuelle Selbstbestimmung einer anderen Person erheblich beeinträchtigen wird" (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 ThUG) und die Unterbringung aus diesen Gründen zum Schutz der Allgemeinheit erforderlich ist (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 ThUG). Die konkrete Ausfüllung des Begriffs der psychischen Störung bleibt abzuwarten, das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 15.9.2011 ein sehr weites Verständnis zugrunde gelegt; die Vereinbarkeit eines solch weiten Begriffs mit Art. 5 Abs. 1 lit. e EMRK ist offen.

Bereits am 4.5.2011 hat das Bundesverfassungsgericht die bisherigen gesetzlichen Vorschriften über die Dauer und Anordnung der Sicherungsverwahrung in weiten Teilen für verfassungswidrig erklärt. Es ordnete allerdings eine Übergangslösung an; in Altfällen muss die besondere Gefährlichkeit bis Ende 2011 geprüft worden sein. Die verfassungswidrigen Normen bleiben bis 2013 – teils unter zusätzlichen Voraussetzungen – weiter anwendbar und ermöglichen eine gesetzliche Neuregelung. In den gegen das Vertrauensschutzgebot verstoßenden Konstellationen ist die Anordnung und Fortdauer der Sicherungsverwahrung aktuell nur zulässig, wenn eine „hochgradige Gefahr schwerster Gewalt- oder Sexualtaten aus konkreten Umständen ableitbar" (verschärfte Anforderung an Verhältnismäßigkeit) besteht und bei Untergebrachten eine „psychische Störung" im Sinne des Art. 5 EMRK vorliegt.

Tabelle 1

Die Risikofaktoren des MPP (geordnet nach Signifikanz)

Variablen	Wald-Koeffizient*	Signifikanz (p-Wert)
PCL-R-Gesamtscore	18,171	0,000
Entwicklungsstörungen bei Blutsverwandten	7,504	0,006
Ledig	7,382	0,007
Hirnorganische Erkrankungen	7,156	0,007
Verwitwet	6,270	0,012
Vorangegangene Delikte	6,208	0,013
Statomotorische oder Sprachverzögerungen	6,086	0,014
Somatische körperliche Störungen	5,653	0,017

Tabelle 2

Die protektiven Faktoren des MPP (geordnet nach Signifikanz)

Variablen	Wald-Koeffizient*	Signifikanz (p-Wert)
Zielgerichteter Tatablauf	13,436	0,000
Alter des Probanden	9,944	0,002
Psychiatrische Vorbehandlung	7,707	0,005
Ängstlich – Furchtsam	5,749	0,016

*Die Wald-Statistik ist eng an die Überprüfung der Signifikanz einzelner Koeffizienten innerhalb der linearen Regressionsanalyse (t-Test) angelehnt und testet die Null-Hypothese. Sie besagt, dass sich der Regressionskoeffizient einer unabhängigen Variable signifikant von Null unterscheidet und somit eine bestimmte unabhängige Variable keinen Einfluss auf die Trennung der Gruppen hat.

Größtes Risiko direkt nach Entlassung

Für die Praxis und die Nachsorgeeinrichtungen bedeutet dies, dass unmittelbar nach einer Entlassung die größte Vorsicht geboten ist, besonders bei Straftätern mit Risikowerten, die über dem Durchschnitt liegen.

Welche Risikofaktoren korrelieren mit gewalttätigen kriminellen Rückfällen?

Bei allen beschriebenen Analysen im Rahmen des MPP wurde die Gesamtstichprobe untersucht. Hierbei fanden sich einige bemerkenswerte Ergebnisse. Für 12 von insgesamt 119 untersuchten Variablen der Dokumentationssysteme konnten signifikante Einflüsse für die Vorhersage gewalttätiger Rückfälle nachgewiesen werden. Die Anpassungsgüte des Modells wird anhand des Hosmer-Lemeshow-Tests für hoch befunden (Chi-Quadrat = 4.192, df = 8, p = 0.839).

Wegen starker Korrelation der Instrumente untereinander und bedingt durch die Tatsache, dass viele Variablen anderer Prognoseinstrumente wie des HCR 20 und der ILRV bereits in den Dokumentationssystemen erfasst sind, wurde ausschließlich der PCL-(Psychopathy-Checklist-)R-Score in den Regressionsanalysen berücksichtigt. Wie in dem Modell von Steadman et al. [15] zeigten die Analysen einen erheblichen Einfluss der PCL-R für die Vorhersage von gewalttätigen Rückfällen. Keine Variable der Regressionsanalyse des MPP war in ihrer Treffgenauigkeit der PCL-R überlegen. Die Risikofaktoren und die protektiven Faktoren sind nach abnehmender Vorhersagekraft in **Tabelle 1** und **Tabelle 2** zusammengestellt.

Ergebnisse der Regeressionsanalyse

Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse lassen sich stark vereinfacht wie folgt zusammenfassen:

- Nichts korreliert so deutlich mit kriminellen Rückfällen wie der PCL-R-Score. Weiterhin haben rückfällige Täter gehäuft erbliche Belastungen für Entwicklungsstörungen und zeigen selber eine verzögerte statomotorische oder Sprachentwicklung. Sie neigen zu hirnorganischen aber auch zu körperlichen Erkrankungen und haben oft bereits früher Straftaten begangen. Rückfällige Straftäter sind gehäuft ledig oder verwitwet.
- Die Ergebnisse sind im Einklang mit den Befunden von Steadtman et al. [15], die ebenfalls die überragende prädiktive Validität der PCL-R fanden. Diehl et al. [16] beschrieben kürzlich den Zusammenhang zwischen demenziellen Erkrankungen und delinquentem Verhalten. In dieser Arbeit begingen die insgesamt 74 Untersuchten jedoch meist weniger schwerwiegende Straftaten wie Diebstähle oder Bedrohung von Angehörigen und Fremden, nur in einem Fall wurde ein Opfer körperlich verletzt [16].
- Die Risikofaktoren müssen gegenüber den im MPP gefundenen protektiven Faktoren abgewogen werden. Wenn bei der Straftat selber ein zielgerichteter Tatablauf bestand, ist das Risiko krimineller Rückfälle vermindert. Weitere protektive Faktoren sind ein zunehmendes Lebensalter, eine psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte, sowie ein ängstlicher und furchtsamer Affekt bei der Untersuchung.
- Ein zunehmendes Lebensalter als protektiver Faktor steht im Einklang mit der Literatur [17–20].

Wie genau können gewalttätige Rückfälle vorhergesagt werden?

Generell fand sich in der Untersuchung des MPP die triviale Erkenntnis bestätigt, dass häufigere Ereignisse einfacher vorhergesagt werden können, als seltene. Nicht gewalttätige Rückfälle waren bei dieser Untersuchung häufiger als gewalttätige, wurden hier aber bewusst nicht für die Entscheidungsfindung verwendet.

Die auch in dieser Studie wesentlich häufigeren Rückfälle mit nicht gewalttätigen Straftaten wurden hier ausgewertet, jedoch in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Nicht gewalttätige Rückfälle können zwar der Anfang einer erneuten problematischen Entwicklung sein und Gewalttaten nach sich ziehen. Die Vorhersage eines Rückfalls hingegen, der als gefähr-

lich einzustufen wäre, lässt sich damit in aller Regel nicht begründen. Erst durch eng gefasste Zielkriterien, wie etwa gefährliche und gewalttätige Rückfälle, sind einschneidende Maßnahmen wie eine Unterbringung zu begründen; dagegen nicht durch die Vorhersage eines zukünftigen Ladendiebstahls.

Integration der Ergebnisse in die Risikobeurteilung

Die Ergebnisse dieser Arbeit werfen die Frage auf, wie Prognoseinstrumente in den Gesamtkontext einer Prognosebegutachtung sinnvoll zu integrieren sind. Grundsätzlich dürfen statistische Risikoeinschätzungen nicht isoliert erfolgen. Sie müssen in eine Gesamtbeurteilung eingebettet werden.

Verschiedene Autoren [21, 22] befürworten die Entwicklung von Risiko-basierenden Konstrukten, welche Hypothesen beinhalten und diese dann testen. Sie argumentieren, dass erst dadurch eine plausible Erklärung für delinquentes Verhalten gefunden werden kann, welches bei Einschätzung des zukünftigen Risikos bedacht und durch Therapie beeinflusst werden kann. Ein solcher Ansatz benötigt immer einen Rahmen, der die äußeren Grenzen des maximal zu befürchtenden oder zu erhoffenden Risikos absteckt [21].

Die aus vergangenem Verhalten abgeleiteten und im Therapieverlauf überprüften und unter Umständen positiv (oder negativ) beeinflussten Hypothesen sollten Erkenntnisse, die in modernen Prognoseinstrumenten bereits integriert sind, berücksichtigen. Hierzu sind in der aktuellen Literatur unterschiedliche Vorgehensweisen vorgeschlagen worden. Von dem hypothesengeleiteten [22] ist ein normothetisches oder klinisches Konzept [9] und ein Konzept computergestützter Individualprognosen abzugrenzen [23].

In dieser Arbeit wird das noch relativ wenig verbreitete, von dem Autor in forensisch-psychiatrischem Kontext erstmals im Jahr 2003 vorgestellte Modell der Szenarioanalyse vorgestellt.

Das Konzept der Szenarioanalysen

Szenarioanalysen sind geeignet, die Risiken potenzieller zukünftiger Entwicklungen auf deskriptiver Ebene bereits zum Prognosezeitpunkt zu beschreiben und auf einer Zeitachse bei wechselnden Rahmenbedingungen und unter Berücksichtung von Störeinflüssen zu bewerten. Sie dienen somit dazu, konsistente Zukunftsentwicklungen zu konstruieren. Die Methode wurde in den 1950er-Jahren im Rahmen militärstrategischer Studien entwickelt und findet in der Wirtschaft bei strategischen Planungen seit den 1970er-Jahren Eingang [24–26]. Mit diesem Konzept können verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten eines Patienten durchgespielt werden. Ein Szenario ist somit die Beschreibung der zukünftigen Entwicklung des Projektionsgegenstandes (hier des Probanden) bei alternativen Rahmenbedingungen auf einer Zeitachse. Es versucht nicht nur ein einzelnes Bild der Zukunft zu zeichnen, die Analyse will alternative hypothetische Zukunftsbilder (Szenarien) entwerfen. An einem Szenariotrichter können diese Zukunftsbilder gezeigt werden. Der sich auf der Zeitachse in die Zukunft öffnende Trichter beschreibt dabei den abnehmenden Einfluss determinierender Größen zur Zukunft hin, mit anderen Worten ausgedrückt: Prognostizierte Szenarien weichen in naher Zukunft weniger vom prognostizierten Trend ab, als in ferner Zukunft **(Abbildung 1)**.

Möglichst realistische Zukunftsbilder

Das Ziel solcher Analysen ist es, wenige aber möglichst realistische Szenarien zu erhalten, sodass strategische Entscheidungen vernünftig (auf einer guten Wissensgrundlage) und ausgeglichen (verschiedene Interessen berücksichtigend) getroffen werden können.

Kurzzeitprognosen, wie etwa Lockerungsprognosen gelten nur für einen sehr kurzen Abschnitt der Zeitachse (z. B. nur für eine Stunde Ausgang). Langzeitprognosen, wie etwa die Unterbringung im Maßregelvollzug oder Entlassung aus Unterbringung müssen längere Zeiträume umfassen. Der Szenariotrichter verdeutlicht bildlich, wie die prognostische Sicherheit mit zunehmender Zeit abnimmt.

In Prognoseinstrumenten sind potenzielle Zukunftsszenarien in Form von Risiko- und Zukunftsvariablen bereits in Ansätzen erfasst. Sie ermöglichen somit zum Zeitpunkt der Begutachtung hypothetische Aussagen über zukünftige Szenarien. Valide Untersuchungsergebnisse über die Treffgenauigkeit von Prognoseinstrumenten in individuellen Situationen können helfen, mehrere realistische Szenarien in die Zukunft zu projizieren und die Risiken empirisch zu begründen.

Je mehr Zeit nach der Begutachtung vergeht, desto größer wird das Risiko, dass Störfaktoren diesen prognostizierten Trend positiv oder negativ beeinflussen. Im Idealfall würde bei dieser Methode der Gutachter bereits zum Untersuchungszeitpunkt mehrere realistische potenzielle Störfaktoren aufzeigen und beschreiben, wie sie die Prognose beeinflussen könnten. Auch hier kann der Gutachter auf Prognoseinstrumente zurückgreifen. Mit Hilfe der Zukunftsvariablen einzelner Instrumente können zukünftige Störfaktoren identifiziert und die sich dann neu ergebenden Risiken hypothetisch diskutiert werden.

Hinweise für das Risikomanagement

Szenarien können Hinweise für das Risikomanagement geben und Störfaktoren können frühzeitig eliminiert werden. Wenn etwa bei einem zum Untersuchungszeitpunkt abstinenten Probanden Alkoholmissbrauch als Risikofaktor für Gewalttaten identifiziert worden wäre, könnte erneuter Alkoholkonsum in der Zukunft einen Störfaktor darstellen. Dieser würde den prognostizierten Trend in Richtung „worst case“, das heißt, gewalttätiger Rückfall ablenken, der aber etwa durch Wiederaufnahme des Probanden in die Klinik eliminiert werden könnte.

Frühwarnsystem der Forensik

Szenarien sind eine wichtige Möglichkeit für den Umgang mit der Zukunft. Durch Szenarien werden die möglichen, künftigen Entwicklungen deutlich. Notwendige Entscheidungen können vorausgeplant werden. Wenn Veränderungen und Ereignisse frühzeitig erkannt werden, kann die gewonnene Zeit genutzt werden, um Risiken erfolgreich abzuwehren. Szenarioanalysen werden somit zu einem Frühwarnsystem, mit welchem Risiken frühzeitig beachtet werden können.

Anwendungsbeispiel Szenarioanalyse

Das Prinzip der Szenarioanalyse wird an folgendem Beispiel verdeutlicht:

Der Proband leidet an einer psychischen Erkrankung und hat unter deren Einfluss eine Straftat begangen. Er hat gleichzeitig eine Substanz missbräuchlich

Abbildung 1

Szenarioanalyse

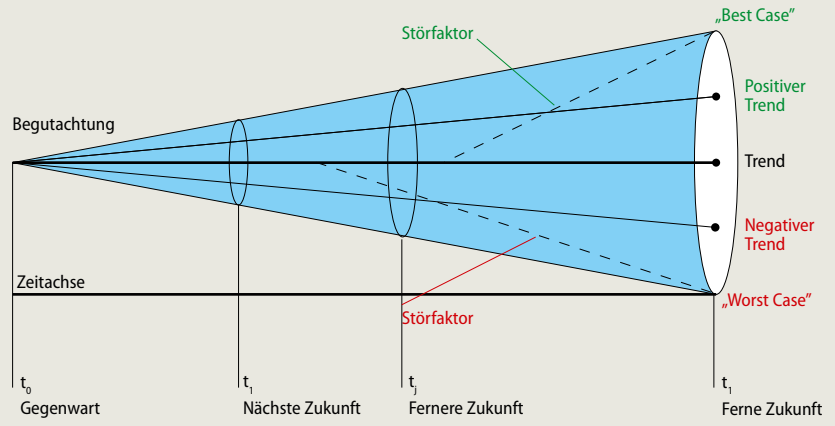
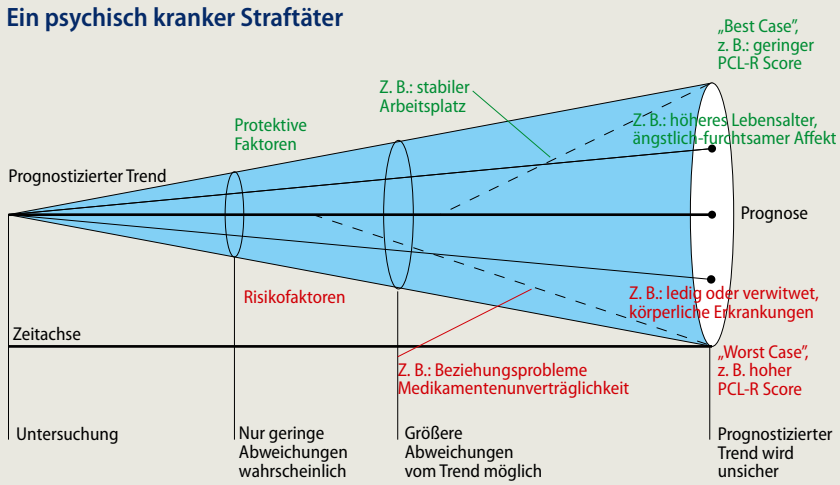


Abbildung 2

Szenarioanalyse an einem Beispiel: Ein psychisch kranker Straftäter



Modifiziert nach Retzmann, 1996; Weinbrenner, 1997; Wilkening, 2002

eingenommen und Beziehungsprobleme. Zum Zeitpunkt der Prognosebegutachtung (t1) ist er abstinent von der Substanz, lebt ohne Partnerschaft und sucht Arbeit. Die Straftat leitete sich aus den Symptomen der Erkrankung ab, zum Begutachtungszeitpunkt waren die Krankheitssymptome unter Medikamenteneinfluss nicht mehr nachweisbar. Als wesentliche Risikofaktoren werden der Substanzmissbrauch und die Beziehungsprobleme identifiziert. Als Prognoseinstrument wird die PCL-R eingesetzt. Der PCL-R-Score gibt die Richtung des Trends in Richtung „Best Case" oder „Worst Case" vor.

Abbildung 1 zeigt die Grundlagen der Szenarioanalysen. **Abbildung 2** verdeutlicht stark vereinfacht, wie die Szenarioanalysen bei der Prognosebegutachtung eines psychisch kranken Straftäters durchgeführt werden könnte. Der dargestellte Szenariotrichter verdeutlicht die Interpretationsmöglichkeiten der Analyse und zeigt, wie ein Prognoseinstrument (hier PCL-R) in die Analyse integriert werden kann. Der Gutachter kann aufgrund der Szenariotechnik aufzeigen, dass eine Abweichung vom prognostizierten Trend dann wahrscheinlicher wird, wenn der Proband erneut Substanzen missbräuchlich einsetzt und wenn er erneut in konfliktbehaftete Beziehungen gerät. Der Trend würde sich Richtung „Worst Case" verändern. Eine ausgesprochen stabile Partnerschaft oder ein fester Arbeitsplatz könnte dagegen den Trend in Richtung des „Best Case" verändern. Die Abweichung vom prognostizierten Trend wird umso größer, je mehr Zeit seit der Begutachtung auf der Zeitachse in Richtung „Ferne Zukunft" vergeht. Mit anderen Worten die Prognose wird ungenauer. Wenn jetzt noch Stör- oder Einflussfaktoren wie etwa Obdachlosigkeit, Medikamentenunverträglichkeit oder Geldschulden auftreten, kann der Trend zum „Worst Case" oder zum „Best Case" etwa im Fall eines stabilen Arbeitsplatzes abgelenkt werden.

Mit einer neuen Straftat verändert sich das Risiko für einen Rückfall.

Szenarioanalysen ermöglichen spezifisches Risikomanagement

Im Idealfall sind die Risikofaktoren zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits bekannt. Risiko- und protektive Faktoren sind in dieser Arbeit aufgeführt und können so bei der Begutachtung aufgezeigt werden. Durch entsprechende Interventionen kann dann ein Überhandnehmen der Risikofaktoren beeinflusst und damit das Risiko für einen „Worst Case" (Rückfall) vermindert sowie der Trend positiv beeinflusst werden. Dies könnte beispielsweise durch eine Medikamentenumstellung, Unterstützung bei der Wohnungssuche oder Vermittlung einer Schuldnerberatung geschehen.

Aufgabe der Zukunft wäre es, die bisherigen Konzepte und das Modell der dynamischen Szenarioanalysen anhand einer vergleichbaren Population zu überprüfen und dann erneut zu analysieren, ob eines der Konzepte den anderen überlegen ist, das heißt, ob die Zahl der Falsch-Negativ- und Falsch-Positiv-Prognosen gesenkt werden kann. □

LITERATUR

beim Verfasser

PD Dr. med. Cornelis Stadtland
IPG-München
Institut für psychiatrische Gutachten
Jagdhornstr. 4, 81827 München
E-Mail: c.stadtland@ipg-muenchen.de

Strukturiertes Behandlungsmanagement

Interaktiv gegen psychische Probleme am Arbeitsplatz

Der Psychiater ist ein Expertenberater. Im Gegensatz zum Vorgehen bei anderen Krankheitsbildern kann er Patienten mit psychischen Probleme im Arbeitsleben aber keine Lösung vorschlagen. Hier ist ein interaktiver Beratungsprozess erforderlich, bei dem der Patient seine eigenen Lösungen findet.

ANNETTE HAVER

Psychische Probleme im Arbeitsleben nehmen zu und führen zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Betroffenen und weiterhin zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten. Ursachen sind häufig ein stetig anwachsender Arbeitsdruck, kombiniert mit einer mangelnden Wertschätzung im Arbeitsleben und fehlenden Selbstfürsorge. Für ein Wirtschaftsunternehmen sind wirtschaftliche Zahlen ein Gradmesser des Erfolges und weniger die „gesunde" Qualität der Beschäftigungsverhältnisse. Im Rahmen der demografischen Entwicklung unserer Bevölkerung ist es allerdings äußerst wichtig, Ressourcen zu erhalten. Das ist eine Herausforderung für die Berufsgruppe der Psychiater und Nervenärzte. Durch Präventionsmaßnahmen und ein gut strukturiertes und zeitnahes Behandlungsmanagement können Leidenswege verkürzt und Kosten gesenkt werden. Die Richtlinienpsychotherapie (Verhaltens- und Tiefenpsychologie) ist als Einzelmethode aber nicht ausreichend, um diese spezifische Problematik zu lösen, außerdem ist sie zu langwierig.

Beratungsform erweitern

Die Kompetenzen der Psychiater und Nervenärzte beinhalten bereits eine große Bandbreite von Möglichkeiten ihren Patienten zu helfen, die unter psychischen Problemen im Arbeitsleben leiden. Dies sind die Fähigkeit eine präzise Diagnose zu stellen und die Möglichkeit, eine medikamentöse Therapie zu verordnen Sie haben aber auch die Option für weitere Maßnahmen, wie die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder eines Attests sowie eine Reha oder eine stationäre Behandlung einzuleiten. Im Besonderen aber ist diese Fachgruppe nicht an ein spezielles Therapieverfahren gebunden und kann sich flexibel in einem psychotherapeutischen „Methodenmix" bewegen. Dieser kann sich aus Elementen der systemischen, tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Verfahrensweisen, dem NLP und Coaching zusammensetzen. Eine wichtige Voraussetzung ist die Erweiterung der Beratungsform. Psychiater und Nervenärzte sind sogenannte Expertenberater. Das bedeutet, dem Patienten wird erklärt, was zu seiner Gesundung beiträgt. Bei Arbeitsplatzproblemen versagt diese Methode, weil der Arzt in diesem Bereich keine Lösung vorschlagen kann. Bei dieser Problematik ist ein interaktiver Beratungsprozess erforderlich, der es dem Patienten ermöglicht, seine eigene Lösung zu finden.

Im interaktiven Beratungsprozess muss der Patient seine eigene Lösungen erarbeiten.

© Photos.com plus

Mehr Kompetenz – höheres Honorar?

Grundkenntnisse der erwähnten Verfahren könnten kompakt in der Berufsgruppe vermittelt werden. Die Erweiterung der Behandlungskompetenz im Sinne einer Zusatzqualifikation muss aber zwangsläufig zu einer Veränderung der Honorare führen. Möglicherweise müssen auch außerhalb der Krankenkassen weitere Kostenträger, wie Unternehmen,

Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungsträger herangezogen werden.

Das strukturierte Behandlungsmanagement

Im Folgenden wird ein strukturiertes Behandlungsmanagement dargestellt. Im Gespräch haben Patient und Psychiater unterschiedliche Arbeitsmodi. Diese werden aber nicht in einer starren festgelegten Abfolge eingehalten, sondern flexibel und situationsgerecht gehandhabt. Die unterschiedlichen Arbeitsmodi von Psychiater und Klienten sind:

Aus der Sicht des Klienten

- Der Klagemodus
- Der Analysemodus
- Der Lösungsmodus

Aus der Sicht des Psychiaters

- Der Diagnosemodus
- Der Analysemodus
- Der lösungsinitiierende Modus
- Der Interventionsmodus
- Der Stabilisierungsmodus

Der Klagemodus des Patienten – Diagnosemodus des Psychiaters

Das natürliche Bedürfnis des Patienten ist, seine Beschwerden zu schildern. Leider kann ein Problem vom Klagen alleine nicht gelöst werden. Je mehr über ein Problem geredet wird, desto größer wird es. Dennoch ist es bei der Anamnese wichtig, gezielt die psychischen Kernsymptome zu erfragen, um eine präzise psychiatrische Diagnose zu erstellen. Erst sie ermöglicht die optimale Therapie unter Ausschöpfung aller möglichen Behandlungsmaßnahmen einschließlich einer Medikation.

Bei Arbeitsplatzproblemen geht es im Besonderen um die genaue Differenzierung, ob eine depressive Episode (F32.0-3) oder eine Anpassungsstörung (F43.2) vorliegt. Das in den letzten Jahren sehr populär gewordene Burnout-Syndrom zählt zu den Anpassungsstörungen. Es zeichnet sich durch ein überaus hohes berufliches Engagement aus, häufig auch kombiniert mit einer mangelnden Wertschätzung und Selbstfürsorge. Klärend sind unter anderem Fragen zum beruflichen Einsatz, Freizeitverhalten und Fragen zur privaten Situation. Es gilt vor allem die „Kraftsauger" ausfindig zu machen.

Der Weg zur Lösung

Der Lösungsweg des Patienten wird nicht durch den Psychiater/Nervenarzt vorgegeben, denn das läge außerhalb der Kompetenz desselben. Stattdessen werden die „richtigen" Fragen gestellt, damit der Patient seine eigene Lösung erarbeiten kann. Der Psychiater/Nervenarzt steuert den Lösungsprozess. Meist wird im ersten Schritt das zugrunde liegende Problem analysiert und danach eine Lösung erarbeitet. Dazu gibt es folgende unterschiedliche Fragekategorien:

- Zur Problemanalyse
- Zur Lösungsorientierung
- Herbeiführung eines Perspektivwechsels
- Einführung einer Zukunftsperspektive
- Zur Erkennung der Ressourcen
- Zur Erkennung der spezifischen Fähigkeiten des Patienten (Potenzialanalyse, Karriereberatung)

Der Analysemodus

Dieser wird manchmal auch vom Patienten direkt eingeleitet, indem er sofort seine belastende Situation schildert, oder der Psychiater stellt Fragen zur Problemanalyse:

- Was glauben Sie selbst, was diese psychischen Beschwerden ausgelöst hat?

Vertiefende Fragen

- Was machen Sie beruflich, welche Position haben Sie?
- Wie hat sich Ihr Aufgabenfeld in der letzten Zeit entwickelt? (Beispiele: mehr Arbeit, weniger Kollegen, kaum Freizeit, stagnierendes Gehalt)
- Wie sehen Sie selbst Ihr berufliches Engagement in den letzten Jahren?
- Was belastet Sie zurzeit am meisten bei der Arbeit?
- Welche zusätzlichen Verpflichtungen haben Sie neben Ihrer Berufstätigkeit?
- Haben Sie Konflikte mit Mitarbeitern/Vorgesetzten?

Lösungsmodus des Patienten

Auch der Lösungsmodus des Patienten wird durch Impulse (Fragen) des Psychiaters angeregt. Der Patient soll sich selbst über seine Situation klar werden, möglicherweise seine eigene Situation aus einer anderen Perspektive betrachten und seine Ressourcen erkennen. Falls eine Weiterbeschäftigung im gleichen Unternehmen nicht wahrscheinlich ist, weil der Patient bereits eine „innere Kündigung" vorgenommen hat, kann jedoch eine Karriereberatung ausgeführt werden **(Tabelle 1)**.

Tabelle 1

Lösungsmodus Patient

Lösungsorientierte Fragen

- Was kann ich für Sie tun?
- Was glauben Sie, wie ich/was Ihnen am besten helfen kann?
- Was müsste passieren, dass Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz besser fühlen?
- Woran würden Sie erkennen, dass die Situation besser wird?

Fragen zum Perspektivwechsel

- Was würden Sie ihrem besten Freund in solch einer Situation raten?
- Wie sieht Ihr Kollege/Ihr Vorgesetzter Sie?

Zukunftsperspektive

- Wo möchten Sie gerne in einem Jahr stehen?
- Wie werden Sie diese Situation/dieses Problem in zehn Jahren sehen?

Erkennung der Ressourcen

- Welche Erfahrung haben Sie in ähnlich schwierigen Situationen gemacht und was hat Ihnen damals geholfen?
- Was hat Ihnen geholfen, diese Situation so lange durchzuhalten?

Karriereberatung

- Welche speziellen beruflichen Fähigkeiten haben Sie?
- Was sind Ihre Stärken?
- Welche Ausbildungen/Fortbildungen haben Sie?
- Welche besonderen Fähigkeiten im Freizeitbereich haben Sie?
- Wie sehen Sie Ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt?
- Erkennen Sie jetzt neue berufliche Möglichkeiten für sich?

Tabelle 2

Lösungsmöglichkeiten

Bei zu hohem Leistungsdruck

Extrinsisch

- Mit dem nächsten oder nächsthöheren Vorgesetzten sprechen, damit entlastet wird.
- Eigene Ideen entwickeln, die der Arbeitserleichterung dienen und diese mit dem Vorgesetzten durchsprechen.
- Fortbildungsmaßnahmen eingehen oder fordern, falls zum Beispiel technische Defizite bestehen.

Intrinsisch

- Auf ausgleichendes Freizeitverhalten achten (z. B. kein Marathonlauf nach Feierabend).
- Eigene Leistungsansprüche korrigieren und an die Situation anpassen (Energie sparen).
- Arbeiten mit dem inneren Team (das eigene innere Team optimal aufstellen).
- Symbole für schöne Freizeitmomente mit in den Arbeitsalltag nehmen, um gedanklich kurzzeitig in einem angenehmeren Modus zu sein.
- Kleine unauffällige Ruhephasen in den Arbeitsalltag integrieren.

Bei Konflikten mit Mitarbeitern

Extrinsisch

- Eine innerbetriebliche Umbesetzung anstreben, falls die Fronten nicht beruhigt werden können.
- Den Betriebsarzt/Betriebsrat einschalten.
- Klärung der Hierarchien und Arbeitsabläufe (mit Hilfe des Vorgesetzten, Personalabteilung, Betriebsarzt, die Arbeitsplatzbeschreibung mit dem tatsächlichen Aufgabenfeld vergleichen).

Intrinsisch

- Auflösung einer Konkurrenzsituation. (z. B. der ältere Arbeitnehmer-Juniorchef)
- Korrektur eines unangemessenen Leistungsverhaltens.
- Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit.

Der Interventionsmodus des Psychiaters

Manchmal gelingt es noch nicht, eine Lösung zu erarbeiten. Dann können Psychiater und Nervenarzt mit den folgenden Aussagen/Ansprachen stützend intervenieren:

- Das ist wirklich ein großes Arbeitspensum, Sie verfügen offenbar über große Kräfte.
- Sie haben diese schwierige Situation bewundernswert lange durchgehalten.
- Das System, in dem Sie gearbeitet haben, ist nicht gesund, nicht Sie haben versagt, sondern das System.

Durch diese Vorgehensweise erfährt der Patient (vielleicht zum ersten Mal nach langer Zeit) Wertschätzung und Anerkennung und er fühlt sich verstanden. Viele Patienten haben sich schon lange als Versager und schwach gefühlt, haben resigniert. Meist lockert sich durch diese Intervention die Stimmungslage auf und häufig gelingt es danach sogar, die Ressourcen herauszuarbeiten, möglicherweise auch eine Potenzialanalyse einzuleiten.

Der Stabilisierungsmodus des Psychiaters

Dieser wird erforderlich, wenn der Patient so stark psychisch dekompensiert ist, dass eine Lösung im Laufe des Erstkontaktes nicht erarbeitet werden kann.

- Signalisierung, dass die Problematik verstanden und nachvollziehbar ist.
- Praktische Lösungsvorschläge und Hilfsmaßnahmen. (Ein Problem ist meist nicht einzigartig, sondern andere Betroffene haben ähnliches erlebt und eine Lösung gefunden, diese kann dem Patienten als Denkanstoß übermittelt werden.)
- Stabilisierende Antidepressiva (z. B. Opipramol, Trimipramin, Mirtazapin, Agomelatonin, etc.)
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für eine klar definierte Zeit, ansonsten stationäre Therapie

Prävention

Das zeitnahe Behandlungsmanagement, also die Beratung, bevor es zur Krankheit kommt, ist bereits ein Teil der Prävention. Weitere Maßnahmen betreffen die Aufklärung der Unternehmensleitung hinsichtlich krankmachender Umstände und im Besonderen, dass gesunde Arbeitsverhältnisse die Einsatzbereitschaft und Effektivität der Mitarbeiter und damit den Profit des Unternehmens fördern. Hierzu ist weitere Konzeptarbeit erforderlich. Außerdem empfiehlt sich eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Betriebsärzten, die vor Ort in das Arbeitsplatzgeschehen eingreifen können. Der Mitarbeiter kann mit folgenden Maßnahmen unterstützt werden:

- Ökonomisieren des Einsatzes (Relativierung der inneren Antreiber: sei perfekt, beeil Dich, streng Dich an, sei gefällig, sei stark)
- Sprechstunde im Unternehmen
- Stressbewältigung /Entspannungsverfahren
- Arbeiten mit dem inneren Team (s. o.)

Praktische Beispiele

Wie Lösungsmöglichkeiten bei zu hohem Leistungsdruck oder bei Konflikten mit Mitarbeitern in der Praxis umgesetzt werden können, ist in **Tabelle 2** exemplarisch dargestellt.

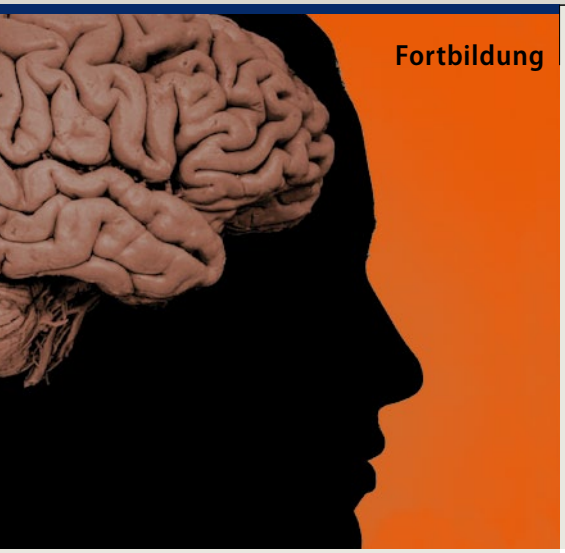
Fazit

Die Behandlung psychischer Probleme im Arbeitsleben erfordert für den Psychiater/Nervenarzt ein erweitertes Behandlungsrepertoire. Durch ein optimiertes Behandlungsmanagement, welches möglicherweise im Sinne einer Zusatzqualifikation angeeignet werden könnte, können Kosten reduziert und menschliche Ressourcen erhalten werden. Das bedeutet für die Berufsgruppe der Psychiater/Nervenärzte die Möglichkeit, ein neues Arbeitsfeld zu erschließen, muss aber auch zu einer Anpassung der Honorarsituation führen. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. med. Annette Haver
Associate Coach DBVC
Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie
Strengerstr. 16–18, 33334 Gütersloh
E-Mail: praxis@fae-np.de



Neurologische Kasuistik

Chronisch rezidivierende Kopfschmerzen

Testen Sie Ihr Wissen!

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

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

NT 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

NT 12/2011
N: Hohes Alter – kognitive Störungen – M. Alzheimer: ein zunehmender Reflex?

NT 1/2012
P: Krampfanfälle bei Benzodiazepinentzug

NT 2/2012
N: Chronisch rezidivierende Kopfschmerzen

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

Anamnese

Ein 70-jähriger verheirateter, berenteter Angestellter leidet seit über 15 Jahren an rezidivierenden Kopfschmerzen. Diese nahmen in den letzten Wochen, nach einer Schulteroperation und einer langwierigen zahnärztlichen Behandlung mit Zahnextraktion bei anhaltenden Lokalschmerzen, deutlich an Frequenz und Intensität zu. Seit Ende 2010 seien nun täglich Kopfschmerzen vorhanden **(Abbildung 1)**. Dominierend seien hier starke Kopfschmerzen (6–7/10 auf einer Analogskala von 1–10). Diese seien von dumpf-drückender Qualität, fast immer holocephal vorhanden und nur gelegentlich mit Übelkeit und Erbrechen verbunden. Ein- bis zweimal pro Monat träten frontal beidseits bentont massive Kopfschmerzen auf, die von stechendem Charakter sind und von einer Photo- und Phonophobie begleitet werden. Zusätzliche neurologische Symptome werden nicht beschrieben. Nur an wenigen Tagen seien die Kopfschmerzen von leichter Intensität, sodass sie nicht als belastend empfunden würden. Zeitweise erwache er bereits mit starken Kopfschmerzen, die sich über den Tag nicht mehr besserten, gelegentlich wechsle die Schmerzintensität im Verlauf des Tages doch spürbar.

Seit einigen Jahren besteht ein beidseitiges Ohrgeräusch, das in Ruhephasen als sehr störend empfunden wird. Ein begleitender Schwindel oder eine Hörminderung werden verneint.

Zusätzlich besteht seit Jahren eine Angststörung mit Panikattacken und rezidivierenden depressiven Episoden. Zur Besserung der Kopfschmerzen nimmt der Patient nur Novaminsulfon oder gelegentlich Acetylsaliylsäure ein. Ein chronischer Medikamentenkonsum wird verneint. Auch fremdanamnestisch ergeben sich keine Anhaltspunkte für einen erhöhten Konsum von Analgetika oder Triptanen.

Ein Schädel-Hirn-Trauma wird ebenso wie eine ZNS-Infektion verneint.
Familienanamnese: Es besteht keine Belastung für eine Migräne.
Gefäßrisikofaktoren: Arterielle Hypertonie und Hyperlipoproteinämie.

Als Dauermedikation wird die Einnahme von ASS® 100 mg, Simvastatin 20 mg, CoAprovel® (Irbesartan 300 mg und Hydrochlorothiazid 12,5 mg) und Tebonin® 2 x 100 mg angegeben.

Neurologischer Befund

Die neurologische Untersuchung zeigt einen unauffälligen Befund. Die Arteria temporalis ist unauffällig und beidseits nicht druckdolent tastbar. Bei der psychiatrischen Untersuchung dominiert eine leichte generalisierte Angststörung mit gelegentlichen Panikattacken. Es finden sich aktuell keine Anhaltspunkte für eine depressive Episode oder eine kognitive Störung.

Internistisch-tomografischer Befund

In einer Duplex-Sonografie der Halsarterien finden sich einzelne nicht stenosierende Plaques im Bereich des Bulbus der Arteria carotis communis beiderseits (rechts größer als links) mit leichter Intimaverdickung. Die Kernspintomografie des Schädels zeigt mehrere kleine signalreiche Marklagerläsionen periventrikulär beidseits in den T2- und FLAIR-Sequenzen. Ein raumfordernder Prozess, eine kortikale Ischämie oder eine Gefäßmißbildung können ausgeschlossen werden. Die arterielle MR-Angiografie zeigt eine Hypoplasie der A. vertebralis links

sowie eine Hypoplasie der proximalen A. cerebri posterior beiderseits bei normaler Weite der distalen Abschnitte. Die Nasennebenhöhlen waren bis auf eine tapetenartige Schleimhautschwellung normal belüftet.

Ein Schlaf-Apnoe-Screening ergibt keinen Anhalt für eine nächtliche Hypoxie oder behandlungsbedürftige Apnoephasen.

Diagnose

- Chronischer täglicher Kopfschmerz
- Idiopathischer Tinnitus beidseits
- Angststörung mit Panikattacken
- Rezidivierende depressive Störung
- Multiple Marklagerläsionen
- Gefäßrisikofaktoren: arterielle Hypertonie, Hyperlipoproteinämie

Epikrise

Mit dem Patienten wurde in einem langen Aufklärungsgespräch die Problematik eines chronischen Kopfschmerzsyndroms ausführlich besprochen und eine verhaltenstherapeutische Behandlung bei der Kombination mit einer Angststörung eingeleitet. Da die Kopfschmerzsymptomatik sich durch die lokalen Schmerzen nach Schulter- und Kieferoperation deutlich verschlechterte und zu schmerzbedingten Schlafstörungen führte, wurde eine Kopfschmerzprophylaxe mit Amitriptylin begonnen, die jedoch wegen starker Nebenwirkungen wieder abgesetzt werden musste. Therapieversuche mit Escitalopram und Citalopram in deren Verlauf zunehmend Panikattacken auftraten, wurden ebenfalls nicht toleriert. Es erfolgte dann eine Behandlung mit Topiramat (Aufdosierung bis 100 mg/d) unter gleichzeitiger antidepressiver Behandlung mit Venlafaxin. Hierunter besserte sich die Kopfschmerzintensität deutlich **(Abbildung 2)**. Migräneattacken traten nicht mehr auf und die leichten weiterhin täglich vorhandenen Kopfschmerzen beeinträchtigten die Alltagsaktivitäten nicht mehr. Bei zunehmenden Konzentrationsstörungen, depressiver Verstimmung und innerer Unruhe wurde die Topiramatdosis jedoch zuerst reduziert und bei fortbestehenden Nebenwirkungen wieder ausgeschlichen. Einen Therapieversuch mit Valproinsäure lehnte der Patient bei bekannten, erhöhten Leberwerten ab. Da auch weiterhin Panikattacken auftraten, erfolgte eine Umstellung auf Pregabalin (langsam aufdosierend bis auf 175 mg/d) unter reduzierter Dosis von Venlafaxin (75 mg/d). Diese Medikation wurde erneut nicht vertragen und aufgrund eines zunehmenden Benommenheitsgefühls („sei nie mehr richtig bei sich“) wieder ausgeschlichen. Die Kopfschmerzintensität und -frequenz nahm in den Folgewochen wieder deutlich zu **(Abbildung 3)**. Es traten auch wieder typische Migräneattacken auf.

Nachdem verschiedene Pharmakotherapien entweder keinen Effekt hatten oder bei positivem Effekt auf den chronischen Kopfschmerz wegen Nebenwirkungen immer wieder abgesetzt werden mussten, erfolgte zuletzt eine Botulinumtoxin-Injektionsbehandlung der perikranialen Muskulatur. Innerhalb der ersten zwei Wochen kam es zu einer deutlichen

Abbildung 1: Kopfschmerzkalender 2010/2011. Eigenprotokoll der Schmerzintensität (leichte Kopfschmerzen = 1–2/10, KS = 3–4/10, starke Kopfschmerzen = 5–6/10, starke Kopfschmerzen = 7–8/10, extreme Kopfschmerzen = 9–10/10).

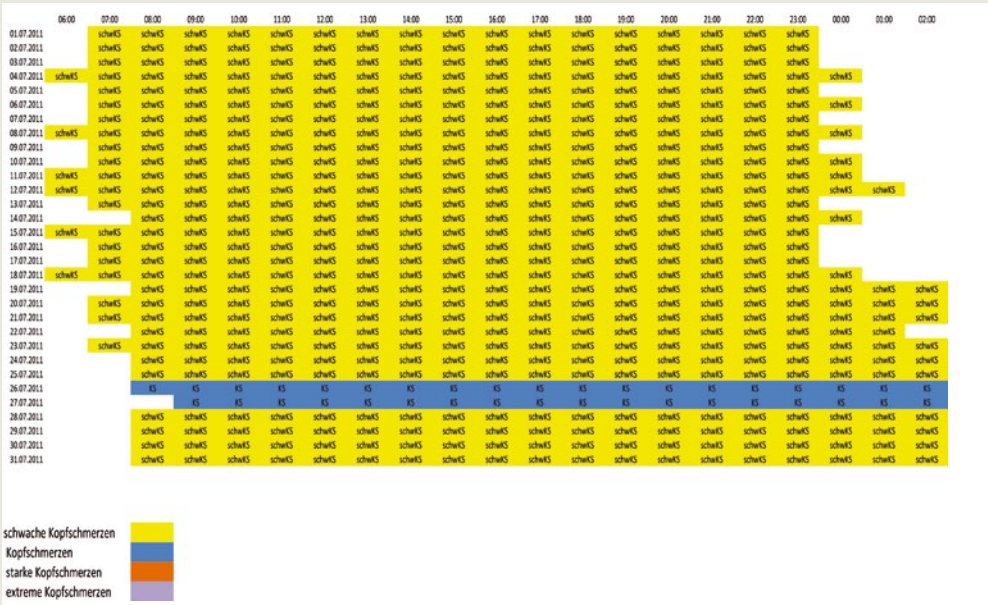


Abbildung 2: Kopfschmerzkalender Mitte 2011 unter Topiramat

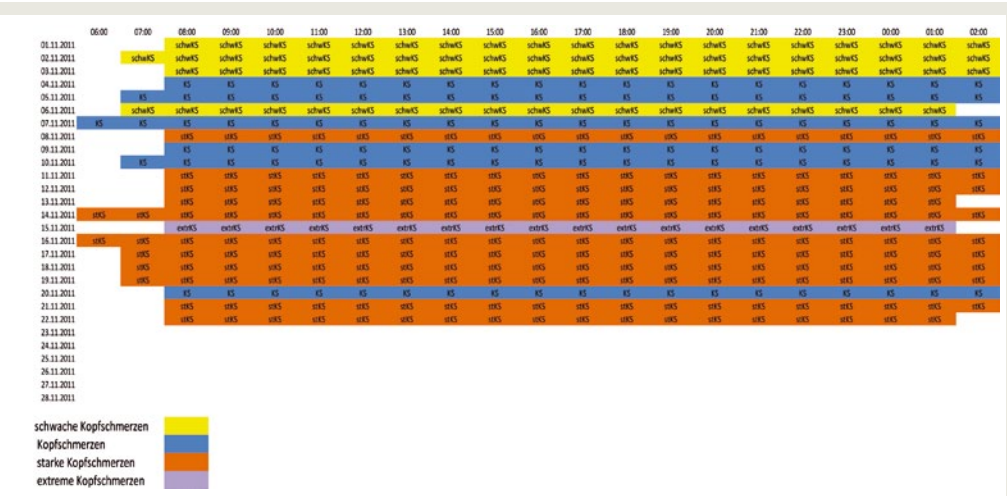


Abbildung 3: Kopfschmerzkalender Ende 2011

Besserung der Kopfschmerzsymptomatik ohne jegliche Nebenwirkungen. Nach den erstmals wieder kopfschmerzfreien Tagen seit langer Zeit verschlechterte sich die Symptomatik jedoch erneut im Rahmen eines stärkeren grippalen Infektes mit Husten und Rhinitis. Die Angststörung ist aktuell stabil. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. med. Peter Franz
Neurologische Gemeinschaftspraxis
Tagesklinik München Nord
E-Mail: pkfranz@aol.com

Fragen

1. Welche der Aussagen über einen chronisch täglichen Kopfschmerz ist richtig?

a Ein sekundärer Kopfschmerz sollte immer kernspintomografisch ausgeschlossen werden.

b Häufigste Ursache eines sekundären chronischen täglichen Kopfschmerzes ist ein medikamenten-induzierter Kopfschmerz.

c Häufigste Ursache eines primären chronischen Kopfschmerzes ist eine Migräne oder ein Spannungskopfschmerz.

d Die Prävalenz einer chronischen Migräne zeigt deutliche regionale Unterschiede und liegt zwischen 0,2 – 5,1%.

e Alle Antworten sind richtig.

2. Welche der Angaben über den Verlauf chronischer täglicher Kopfschmerzen ist falsch?

a Häufig finden sich Phasen der Remission mit anschließenden Rezidiven.

b Als Risikofaktoren gelten: eingreifende Lebensveränderungen, schlechter sozialer Status, zusätzliche chronische Schmerzzustände.

c Zu den behandelbaren Risikofaktoren zählen arterielle Hypertonie, Schnarchen, Rauchen und erhöhter Koffeinkonsum.

d Bei einem Medikamenten-induziertem Kopfschmerz ist das Rezidivrisiko in den ersten sechs Monaten am geringsten.

e Über die Hälfte aller Patienten mit chronischer Migräne oder Spannungskopfschmerzen behält den dominierenden Kopfschmerz auch im Langzeitverlauf.

3. Welche der Aussagen zur Chronifizierung von Kopfschmerzen ist falsch?

a Beim Übergang vom episodischen zum chronischen Spannungskopfschmerz treten periphere Schmerzmechanismen zunehmend in den Hintergrund.

b Im NMR konnte beim chronischen Spannungskopfschmerz eine Verringerung der grauen Substanz in zentralen Schmerzzentren gezeigt werden.

c Eine zentrale Sensitivierung spielt nur bei der Migräne, nicht jedoch beim Spannungskopf eine wichtige Rolle.

d Eine Störung der zentralen Schmerzinhibition trägt zur Chronifizierung bei chronischen Kopfschmerzen bei.

e Ein hoher Angstindex im Kindesalter und eine erhöhte Stressreaktivität erhöhen das Risiko für einer Migräne im Erwachsenenalter.

4. Welche der Substanzen wirkt nicht bei chronischer Migräne und Spannugskopfschmerzen?

a Topiramat

b Botulinumtoxin

c Amitriptylin

d Valproat

e Keine wirkt bei beiden Kopfschmerzarten.

Lösungen

1e, 2d, 3c, 4b

Ein chronischer Kopfschmerz, der über Jahre mit wechselnder Frequenz und Intensität teilweise mit wechselnder Verteilung und Qualität auftritt, ist in der neurologischen Praxis ein sehr häufiges und bekanntes Problem. Etwa 4 % der Erwachsenen leiden weltweit jedoch an täglichen chronischen Kopfschmerzen: Spanien 4,7 %, USA 4,1 %, Taiwan 3,9 % [Castillo 1999, Scher 1998, Wang 2000]. Während eine Übersicht verschiedener epidemiologischer Untersuchungen in Europa ebenfalls eine jährliche Prävalenz von annähernd 4 % ergab, zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede in der Prävalenz in einzelnen europäischen Studien [Stover 2006]. So fand sich in einer Populationsstudie in Norwegen nur eine Prävalenz chronischer Kopfschmerzen von 1,5 % [Hagen 2000].
Der Bedeutung chronischer täglicher Kopfschmerzen für die Lebensqualität und als Ursache einer Behinderung und Leistungseinschränkung im Beruf und bei den Alltagsaktivitäten wird auch in der Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Rechnung getragen, die eine Behinderung durch eine chronische Migräne den Belastungen und Einschränkungen einer Demenz, einer Tetraplegie oder Psychose gleichstellt [Harwood 2004].

Zu Frage 1:
Antwort e ist richtig. Ein chronischer, täglicher Kopfschmerz (CTK) wird diagnostiziert, wenn über mindestens drei Monate an mindestens 15 Tagen im Monat Kopfschmerzen bestehen. Die Diagnose ist rein deskriptiv und erfordert den Ausschluss einer ganzen Reihe sekundärer Kopfschmerzursachen. Eine kernspintomografische Untersuchung ist dabei zum Ausschluss einer zerebralen Gefäßerkrankung, eines raumfordernden Prozesses, entzündlicher Erkrankungen oder einer Liquordruckstörungen der häufig noch eingesetzten Computertomografie überlegen [Halker 2011]. Immer sollte auch an einen medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerz (MIK) gedacht werden. Häufigste Ursache ist jedoch eine primär episodische Migräne (72 %) oder ein Spannungskopfschmerz (20 %). Andere primäre Kopfschmerzen wie der Clusterkopfschmerz (meist 1 Attacke/Tag mit einer durchschnittlichen Dauer von 60 Minuten) oder die paroxysmale Hemikranie (mittlere Attackenfrequenz 11/Tag, Attackendauer 15 Minuten) lassen sich aufgrund der Schmerzdauer und Frequenz anamnestisch meist leicht abgrenzen.
Nur wenn der Kopfschmerz ohne frühere Kopfschmerzanamnese innerhalb von drei Tagen auftritt und eine symptomatische Ursache einschließlich eines medikamenteninduzierten Kopfschmerzes ausgeschlossen wurde, kann er als neuaufgetretener täglicher Kopfschmerz diagnostiziert werden (http://ihsclassification.org/de/02_klassifikation/02_teil1/04.08.00_other.html).
Die Prävalenz der chronischen Migräne, definiert nach den Kriterien von Silberstein und Lipton oder den überarbeiteten internationalen Kopfschmerzkriterien, beträgt zwischen 0,2 und 5,1 % wobei nach Schätzungen der Schwerpunkt zwischen 1,4 – 2,2% liegt [Silberstein 1996, Zeeberg 2009]. Für Deutschland fand Straube in einer kürzlich veröffentlichten Studie an 7.417 Migränepatienten in drei Regionen Deutschlands jedoch nur eine sehr niedrige Rate von 1,41 %. Die durchschnittliche Kopfschmerzfrequenz lag bei 19 Kopfschmerztagen/Monat. Nach Ausschluss der Patienten mit medikamenten induziertem Kopfschmerz konnten in der Altersgruppe von 35 bis 75 Jahren letztlich nur bei 0,09 % die Diagnose einer „reinen" chronischen Migräne gestellt werden [Straube 2010].
Die Prävalenz eines MIK liegt in der Allgemeinbevölkerung bei etwa 1,5 % [Diener 2004]. Dabei fand sich in einer Metaanalyse von 29 Studien mit zusammen 2.612 Patienten bei 65 % eine Migräne, bei 27 % ein Spannungskopfschmerz und bei den restlichen 8 % eine gemischter Typ oder ein anderer primärer Kopfschmerz als Ursache [Kavuk 2004]. Dabei ist das Risiko für Frauen dreieinhalb Mal höher als für Männer. Das Risiko einen MIK zu entwickeln ist für die eingenommen Medikamente unterschiedlich hoch. So ist das Risiko für opioidhaltige Präparate, barbiturathaltige Kombinationspräparate (Butalbital) und Acetalysalicylsäure-/Acetaminophen-/Koffeinhaltige Kombinationspräparate sehr hoch, für Triptane mittelhoch und für einfache nicht steroidale Analgetika (NSAID) gering [Smith 2004]. Bereits bei einer Einnahme von zwei bis drei NSAID pro Woche sollte jedoch bei einem chronischen Kopfschmerz die Möglichkeit eines MIK berücksichtig werden.

Zu Frage 2:
Antwort d ist richtig. Patienten mit CTK können im Langzeitverlauf häufig zwischen Phasen mit täglichem Kopfschmerzen und attackenförmigen primären Kopfschmerzen hin- und herwechseln. Dabei kommt es bei Migränepatienten häufig zu einer Abnahme der Kopfschmerzintensität, die meist einem Spannungskopfschmerz entsprechend bilateral als dumpf-drückend angegeben werden. Vegetative Begleitsymptome kommen seltener vor. In der von Lipton veröffentlichten Spectrum-Studie zeigten dabei Patienten, die an einem Spannungstyp-Kopfschmerz und Migräne litten, auch einen guten Effekt unter Sumatriptan, wenn die Migräneattacken vorher angesprochen hatten [Lipton 2000]. Patienten mit reinen Spannungskopfschmerzen ohne Migräneattacken sprachen hingegen nicht auf das Triptan an.
Eine Langzeitverlaufsbefragung bei 591 Kopfschmerzpatienten aus Zürich, die innerhalb von 30 Jahren siebenmal befragt wurden, ergab, dass 69 % der Migräne- und nur 58 % Spannungskopfschmerz-Patienten über den gesamten Zeitraum an dem gleichbleibenden dominierenden primären Kopfschmerztyp litten [Marikangas 2011].
Der Verlauf chronischer Kopfschmerzen wurde in einer großen Populationsstudie mit 55.255 Teilnehmern untersucht. 2.599 davon litten an mehr als 180 Tagen an Kopfschmerzen (CTK) und nur 2.033 hatten an zwei bis 104 Tagen Kopfschmerzen [Scher 2003]. Nach einem Jahr konnte aus der ersten Gruppe (> 180 Tage/Kopfschmerzen) noch 1.134 befragt werden. Hiervon hatten 44 % weiterhin an über 180 Tagen Kopfschmerzen, bei 43 % kam es zu einer leichten Abnahme der Kopfschmerzfrequenz (105 bis 179 Kopfschmerztage/Jahr) und bei 13 % zu einer deutlichen Abnahme auf weniger als 104 Kopfschmerztage/Jahr. Aus der Gruppe

Lösungen

Fortsetzung

der Kopfschmerzpatienten mit anfangs niedriger Frequenz entwickelten 3 % im Verlauf des Jahres einen chronischen Kopfschmerz (> 180 Tage/Jahr). In dieser Untersuchung erwiesen sich ein erhöhter Bildungsstand und eine nicht kaukasische Abstammung als positive Prädiktoren einer Remission des CTK.
In einer kleinen Langzeitbeobachtung von 26 Patienten aus Taiwan litten 27 % auch nach 13 Jahren unverändert an einem chronisch täglichen Kopfschmerz. Gleich häufig handelte es sich dabei um eine chronische Migräne (3 Patienten) und einen Spannungskopfschmerz (3 Patienten). Bei einem Patienten wurde ein chronischer Medikamenten-induzierter Kopfschmerz diagnostiziert [Fuh 2008]. Die gleiche Arbeitsgruppe fand auch bei Jugendlichen (12 bis 14 Jahre) in einer Verlaufsuntersuchung über acht Jahre bei 65 % der CTK-Patienten eine Abnahme der Kopfschmerzfrequenz [Wang 2009].
Zum Langzeitverlauf bei Migräne wurde in Amerika 2005 eine Zufallsbefragung von 24.000 Menschen durchgeführt. Von diesen konnte bei der Erstbefragung 18.514, nach einem Jahr 14.063 und nach zwei Jahren 14.069 Fragebögen ausgewertet werden. Von den 383 Teilnehmern bei denen 2005 eine chronische Migräne diagnostiziert werden konnte, litten nach einem Jahr noch 53 % und nach zwei Jahren weiterhin 34 % an einer chronischen Migräne. Nur 26 % litten an weniger als zehn Tagen pro Monat an Kopfschmerzen. Als ungünstig für eine Besserung zeigte sich in dieser Studie das Auftreten einer Allodynie und eine über 25 Tagen/Monate liegende Ausgangsfrequenz der Kopfschmerzen [Manack 2011].
Als Risikofaktoren für einen täglichen chronischen Kopfschmerz konnte in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Faktoren herausgearbeitet werden [Scher 2003]. So fanden sich eingreifende Lebensänderungen (Umzug, Trennung, etc.) als Auslöser eines CTK [Scher 2008]. Ein weibliches Geschlecht, niedriger sozialer Lebensstandard, niedriges Bildungsniveau, single-status, ein früheres Schädel-/Nackentrauma oder ein bestehendes zusätzliches Schmerzsyndrom zählen dabei zu den nicht änderbaren Risikofaktoren. Hingegen lassen sich die ebenfalls nachgewiesenen Risikofaktoren arterielle Hypertonie, Übergewicht, nächtliches Schnarchen und Schlaf-Apnoe-Syndrom, Rauchen, hoher Koffeinkonsum und ein Analgetika- oder Triptankonsum therapeutisch beeinflussen [Übersicht Garza 2010].
Der Verlauf eines MIK wurde in einer spanischen Population untersucht. Unter 4.855 Kopfschmerzpatienten konnten mittels eines Fragebogens 72 mit einem MIK ermittelt werden. Die Kontrolle nach einem Jahr zeigte, dass 64 % nicht mehr als MIK diagnostizierbar waren, bei über einem Drittel (36 %) persistierte die Symptomatik jedoch. Unter den nach vier Jahren noch teilnehmenden 68 Patienten nahm der Prozentsatz typischer MIK-Symptomatik sogar wieder auf 44 % zu [Fontanilas 2010]. In einer Verlaufsuntersuchung bei 96 Patienten aus Deutschland zeigte sich, dass die Rückfallrate in den ersten sechs Monaten mit 31 % am höchsten war, nach einem Jahr nur noch leicht auf 41 % und nach vier Jahren auf 45 % anstieg [Katsarava 2005].
Während weltweit aufgrund von epidemiologischen populationsgestützten Studien die Prävalenz eines MIK mit 2 – 5 % ermittelt wurde, erstaunt der bei Analyse der Daten der Deutschen Migräne und Kopfschmerzgesellschaft von 7.417 Patienten aus drei Regionen in Deutschland mit 0,1 % erhobene sehr niedrige Wert eines MIK [Straube 2010]. Dabei lag der Prozentsatz der Patienten, die an chronischer Migräne (>15 Kopfschmerztage/Monat) litten und einen erhöhten Analgetikakonsum betrieben mit 50 % im Rahmen der in verschiedenen Serien nachgewiesenen Rate von 40 – 80 % [Rapoport 1988, Diener 2004].

Zu Frage 3:
Antwort c ist richtig. Die exakten pathophysiologischen Abläufe, die zu chronischen Kopfschmerzen führen sind noch unbekannt. Klinische Studien bestätigen jedoch eine Entwicklung aus einer episodischen Migräne in einen Spannungskopfschmerz und weiter in einen täglichen Kopfschmerz. Ebenso finden sich auch Remissionen und eine wiederholte Transformation eines primären Kopfschmerzes in einen anderen. Entscheidend für den Übergang einer episodischen in eine chronische Migräne ist die Entwicklung einer kortikalen Übererregbarkeit. Mittels transkranieller Magnetstimulation konnte eine Übererregbarkeit okzipitaler Kortexgebiete nachgewiesen werden [Übersicht Aurora 2011]. Wahrscheinlich führt die erhöhte kortikale Erregbarkeit auch zu einer Einschränkung in der Verarbeitung sensibler Reize. Bildgebungsverfahren lassen hier Unterschiede beim Übergang einer episodischen zu einer chronischen Migräne erkennen [Ferrari 2007].
Gleichartige Mechanismen, die durch kontinuierliche Schmerzreize aus peripheren myofaszialen Strukturen zu einer zentralen Sensitivierung und damit zu einer Chronifizierung des Kopfschmerzes führen, wurden auch für den chronischen Spannungskopfschmerz nachgewiesen [Bezov 2011]. Darüber hinaus konnte auch gezeigt werden, dass chronische Spannungskopfschmerzen mit einer verminderten Inhibition zentraler Schmerzwahrnehmung assoziiert sind [Pielsticker 2005]. Unterstützt wird diese Annahme auch durch die Ergebnisse einer kleinen Anwendungsstudie bei chronischem Spannungskopfschmerz. Durch eine niederfrequente Elektrostimulation, die im Tierversuch zu einer langanhaltenden Schmerzhemmung führt, konnte hierbei bei 20 Patienten mit einem chronischen Spannungskopfschmerz eine anhaltende Schmerzreduktion erreicht werden [Lindelof 2010].
Kernspintomografisch zeigte sich bei 20 Patienten mit chronischem Spannungskopfschmerz, nicht jedoch bei einer gleichen Anzahl mit medikamentinduziertem Kopfschmerz, eine signifikante Abnahme der grauen Substanz in den für die zentrale Schmerzverarbeitung zuständigen Regionen [Schmidt-Wilcke 2005]. Eine kürzlich veröffentlichte NMR-Untersuchung vom 295 Migränepatienten zeigte demgegenüber eine signifikant erhöhte Zahl von Marklagerläsionen, subklinischen Infarkten im Posterior-Versorgungsgebiet und einen erhöhte Eisengehalt im Putamen, Globus pallidum und Nucleus ruber. Eine erhöhte Attackenfrequenz, eine begleitende Aura und eine längerer Krankheitsdauer waren dabei mit vermehrten Marklagerläsionen auch im Hirnstamm verbunden [Kruit 2010].

Lösungen

Fortsetzung

Als Trigger für einen Spannungskopfschmerz werden wie bei der Migräne Stress und emotionale Konflikte angegeben [Chen 2009]. In einer großen Populationsstudie bei der Kinder (geboren: 1.4.1972 bis 31.3.1973 in Dunedin Neuseeland, Einwohnerzahl ca. 120.000) im Alter von 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 21, 26 und zuletzt 32 Jahren untersucht wurden, konnte bei 96,2 % (!) die Kopfschmerzdaten bis zum 26. Lebensjahr erfasst werden. Die Analyse dieser, über einen sehr langen Beobachtungszeitraum erhobenen Kopfschmerzen ergab, dass unter Berücksichtigung von Geschlecht und kindlicher/elterlicher Kopfschmerzanamnese das Risiko im Alter von 26 Jahren an einer Migräne zu leiden signifikant erhöht war, wenn diese im Kindesalter einen erhöhten Angstindex hatten, im Alter von 18 Jahren an einer Angststörung litten oder eine erhöhte Stressreaktivitätspersönlichkeit zeigten [Übersicht bei Cahill 2005]. Für das Risiko eines Spannungskopfschmerzes lies sich dieser Zusammenhang nicht nachweisen. In einer Übersicht von neun Populationsstudien fand sich eine deutliche Komorbidität bei Migräne für eine ganze Reihe von psychiatrischen Erkrankungen. Am deutlichsten war der Zusammenhang bei Depression und Angsterkrankung, hierbei besonders mit Panikstörung und Phobien [Radat 2004]. Auch beim chronischen Spannungskopfschmerz findet sich eine im Verlauf oft bestimmende psychiatrische Komorbidität mit Depressionen (51 %) und Panikstörung (22 %) [Juang 2000].

Zu Frage 4:

Antwort b ist richtig. Aufgrund des chronischen Verlaufs der Erkrankung mit Remissionen und Rezidiven ist das erste Ziel therapeutischer Maßnahmen eine Reduktion der Kopfschmerztage und der Schmerzintensität, nicht jedoch eine Kopfschmerzfreiheit. Begleitend sind daher auch immer nicht medikamentöse und psychotherapeutische Verfahren zu ergänzen [Halker 2011]. Für eine Vielzahl von Substanzen liegen zwischenzeitlich auch gute Studien zur Beurteilung der Wirksamkeit vor.

Valproinsäure führte in einer kleinen prospektiven, randomisierten, doppelblinden placebokontrollierten Studie mit 41 Patienten, die an einem chronischen Spannungskopfschmerz litten, in einer Dosierung von 2 x 500 mg/d zur einer signifikanten Reduktion der Kopfschmerzfrequenz ohne Einfluss auf die Schmerzintensität [Yurekli 2008]. In einer Subgruppenaanalyse einer prospektiven, doppelblinden, placebokontrollierten randomisierten Studie konnte bei Patienten mit chronischer Migräne ein signifikanter Effekt von Valproinsäure gezeigt werden [Bigal 2009]. Für Topiramat konnte in zwei großen randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudien mit Parallelgruppen ein Therapieeffekt bei chronischer Migräne nachgewiesen werden [Silberstein 2007, Diener 2007]. Interessant ist hierbei, dass dieser Effekt auch beim Bestehen eines medikamenteninduzierten Kopfschmerzes auftrat. In einer offenen Studie konnte bei 46 Patienten mit chronischem Spannungskopfschmerz durch die Gabe von Topiramat (25 – 100 mg/d) bei 73 % eine über 50 %ige Abnahme der Kopfschmerzfrequenz erzielt werden [Lampl 2006].

Amitritylin hat in einer Reihe von Studien einen positiven Effekt auf einen chronischen Spannungskopfschmerz zeigen können [Jensen 2000). Zur Therapie der chronischen Migräne liegen allerdings bisher keine guten Studien vor. In einer kleinen prospektiven Studie, bei der doppelblind Amitritylin versus Amitritylin plus Fluoxetin getestet wurde, ergab sich kein Effekt für die Kombination, in beiden Gruppen kam es jedoch zu einer deutlichen Besserung der Kopfschmerzsymptomatik. Eine fehlende Placebogruppe und der Einfluss eines medikamenteninduzierten Kopfschmerzes bei der nur kleinen Patientenzahl (39) beschränken die Aussage dieser Studie jedoch erheblich [Krymchantowski 2002].

Zur Behandlung mit Pregabalin liegt bisher nur eine offene Studie zur Behandlung eines medikamenteninduzierten chronischen täglichen Kopfschmerzes vor. Hier wurde die Wirksamkeit von 150 mg Pregabalin im Vergleich zu 100 mg Topiramat untersucht. Beide Substanzen führten zu einer gleichartigen Besserung der Kopfschmerzsymptomatik [Rizzato 2011]. Eine weitere offene Studie für Pregabalin liegt zur Therapie der chronischen Migräne vor. Auch hier konnte unter Pregabalin eine deutliche Reduktion der Kopfschmerzfrequenz und -stärke erreicht werden. Allerdings zeigten Patienten mit wirklich täglichen Kopfschmerzen keine Besserung [Calandre 2010]. Offene Studien für Memantine und Levetiracetam bei chronischer Migräne wiesen jeweils eine positiven Therapieeffekt auf [Übersicht Garza 2010]. Hier müssen jedoch größere doppelblinde placebokontrollierte Studien die Effekte erst bestätigen. Eine jüngst veröffentlichte doppelblinde, randomisierte, placebokontrollierte Studie mit Levetiracetam (3 g/d) fand nur einen nicht signifikanten Trend zu einer Zunahme kopfschmerzfreier Tage (entsprechend einem zusätzlichen kopfschmerzfreien Tag pro Monat) bei teilweise beeinträchtigenden Nebenwirkungen [Beran 2011].

Obgleich eine große doppelblinde, randomisierte, placebokontrollierte Studie bei episodischer Migräne keine Überlegenheit einer Therapie mit Botulinumtoxin gegenüber dem Placeboarm zeigte, wurden inzwischen zwei, allerdings offene, doppelblinde, placebokontrollierte Studien (PREMPT1+2) bei chronischer Migräne durchgeführt. Zusammen wurden 1.384 Patienten doppelblind, placebokontrolliert in Parallelgruppen 24 Wochen behandelt, bevor sich eine 32-wöchige offene Therapiephase anschloss. Therapeutisch wurden bei allen Patienten 155 Einheiten an 31 Stellen der Kopf-, Hals- und Nackenmuskulatur (M. frontalis, M. corrugator supercilii, M. procerus, M. temporalis, M. occipitalis, M. trapezius) nach einem festen Lokalisations- und Dosisschema injiziert. Abhängig von der Schmerzverteilung und Intensität konnten zusätzlich bis zu 40 Einheiten verabreicht werden [Aurora 2010, Diener 2010]. Nur in PREEMPT 2 konnte dabei eine signifikante Abnahme der Kopfschmerztage im Vergleich zu Placebo nachgewiesen werden [Dodick 2010]. Für einen therapeutischen Effekt bei Spannungskopfschmerzen fand sich kein Effekt [Schulte-Mattler 2006]. In einer Vergleichsstudie zur Behandlung einer chronischen Migräne war der Einsatz von Botulinumtoxin A dem prophylaktischen Effekt von Topiramat gleichwertig [Cady 2011].

Parkinson-Syndrome

Warum die Differenzialdiagnose so wichtig ist

Auch in den Zeiten der modernen Bildgebung basiert die Erkennung und korrekte diagnostische Einordnung von Parkinson-Syndromen im wesentlichen auf einer sorgfältigen Anamnese und klinischen Untersuchung. Insbesondere bei der Differenzialdiagnose verschiedener Parkinson-Syndrome spielt außerdem die konsequente Überprüfung des Ansprechens der klinischen Symptome auf dopaminerge Medikation eine wichtige Rolle. Paraklinische Befunde können in klinisch mehrdeutigen Fällen die Differenzialdiagnose unterstützen.

GEORG EBERSBACH

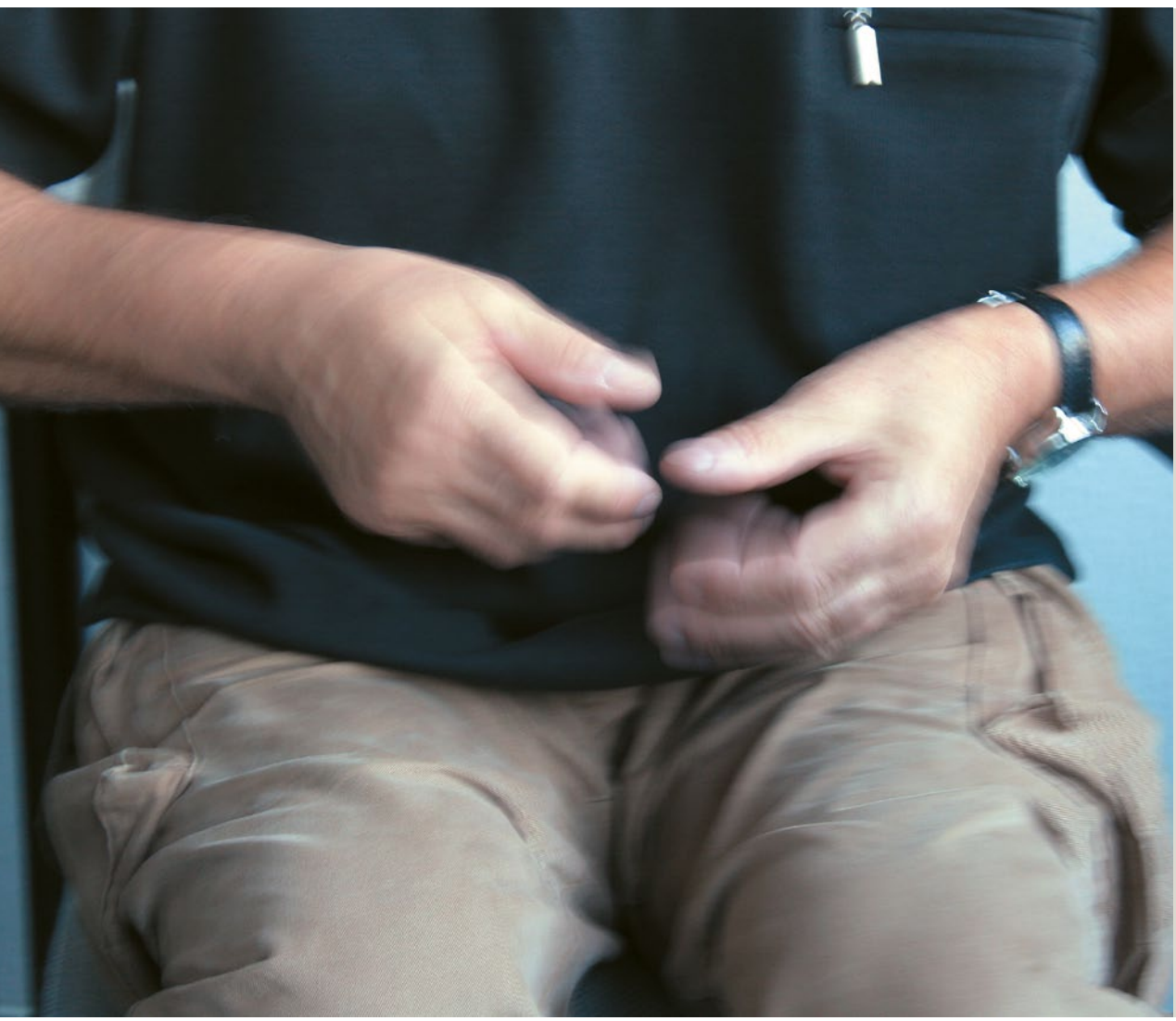


Abbildung 1
Drei Viertel der Parkinson-Patienten entwickeln einen meist asymmetrischen Ruhetremor.

© Ralf Dolberg

Die Diagnose und Differenzialdiagnose der Parkinson-Krankheit und -Syndrome ist in erster Linie klinisch. Der erste diagnostische Schritt ist stets die Klärung der Frage, ob überhaupt ein Parkinson-Syndrom vorliegt.

Definition des Parkinson-Syndroms

Die Kardinalsymptome des Parkinson-Syndroms sind wie folgt definiert:

- Akinese, meist gleichbedeutend verwendet mit Bradykinese und Hypokinese, als fundamentales Leitsymptom, ohne das die Diagnose nicht gestellt werden kann.
- Ruhetremor
- Rigor
- Störung der reflektorischen Ausgleichsbewegungen bei passiver Auslenkung aus dem Gleichgewicht, die nicht primär durch visuelle, vestibuläre, zerebelläre oder propriozeptive Störungen erklärbar ist.

Klinische Untersuchung der Kardinalsymptome

Bei der klinischen Untersuchung der motorischen Symptome empfiehlt es sich, der Systematik der Unified Parkinson's Disease Rating Scale (motorischer Teil, UPDRS-III) zu folgen, die kostenfrei im Internet (z. B. www.wemove.org) erhältlich ist. Derzeit befindet sich eine revidierte Fassung (MDS-UPDRS) in der Phase der Validierung, die in Deutschland 2012 abgeschlossen wird.

Bradykinese

Wesentliches Leitsymptom aller Parkinson-Syndrome ist die Bewegungsverarmung und -verlangsamung. Es lassen sich dabei drei Komponenten differenzieren: Eine Bewegungsverlangsamung oder Bradykinese, eine Verminderung der Bewegungsamplituden (z. B. zunehmende Verkleinerung des Schriftbildes = Mikrografie) und der Spontanbewegungen (Armemitschwingen beim Gehen, Gestik, Hypomimie, „Pokerspieler-Gesicht") oder Hypokinese sowie eine Hemmung der Bewegungsinitiation oder Akinese. Im klinischen Sprachgebrauch werden die drei genannten Begriffe unter dem Oberbegriff Akinese zusammengefasst. Die Akinese ist ein obligates Kardinalsymptom, das in Verbindung mit einem weiteren Kardinalsymptom die formale Diagnose eines Parkinson-Syndroms erlaubt.

Rigor

Unter Rigor versteht man eine zähe („Bleirohr") Tonussteigerung, die im Gegensatz zur Spastik über die komplette Amplitude der passiven Bewegung spürbar ist und – wiederum im Gegensatz zur Spastik – eher bei langsamen als bei schnellen passiven Bewegungen spürbar wird. Bei diskretem Rigor ist das Froment-Manöver (nicht zu verwechseln mit dem Froment-Zeichen bei Ulnaris-Paresen) hilfreich. Hierbei wird der Patient aufgefordert mit einer Extremität eine repetitive Willkürbewegung auszuführen, während der Untersucher die kontralaterale Extremität passiv durchbewegt. Tritt ein Rigor nur unter Anwendung des Froment-Manövers auf, ist er nur dann als spezifisches Parkinson-Symptom zu interpretieren, wenn er sich einseitig oder zumindest asymmetrisch manifestiert.

Tremor

Tremor ist definiert als unwillkürliche, rhythmische Oszillation eines oder mehrerer Körperabschnitte. Bei der Parkinson-Krankheit entwickeln etwa 75 % der Patienten einen meist asymmetrischen Ruhetremor (meist Hände > Beine), der typischerweise bei Stress oder beim Gehen zunimmt und an den Händen als „Pillendrehtremor" imponiert **(Abbildung 1)**. Etwa die Hälfte der Patienten zeigt zusätzlich oder ausschließlich einen Haltetremor vor allem der Hände. Wichtig für die Differenzierung eines Tremors ist, dass ein Parkinson-bedingter Haltetremor im Gegensatz zum essenziellen Tremor meist erst nach kurzer Latenz auftritt. Diagnostische Fallstricke ergeben sich daraus, dass ein Ruhetremor auch in etwa 10% der Fälle von essenziellem Tremor auftritt. Der Ruhetremor bei essenziellem Tremor ist allerdings häufig symmetrisch und von geringerer Amplitude als der (dann meist ohne Latenz einsetzende) Haltetremor. Ein Intentionstremor gehört nicht zum Symptomspektrum der idiopathischen Parkinson-Erkrankung und weist auf eine zerebelläre Pathologie hin.

Posturale Reflexe

Im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf, gelegentlich aber auch in frühen Stadien, finden sich häufig Zeichen einer Störung der reflektorischen posturalen Ausgleichsbewegungen. Im „Pull-Test", bei dem der Patient durch den Untersucher nach vorheriger Ankündigung an den Schultern nach hinten gezogen wird, müssen Patienten mit posturaler Instabilität mehrere Schritte als Ausgleichsmanöver ausführen oder vom Untersucher aufgefangen werden. Während dieses Fehlen reaktiver Ausgleichsbewegungen ein Kardinalsymptom darstellt, sind andere Gleichgewichtsstörungen (z. B. vermehrtes Schwanken im Romberg-Stehversuch) nicht als spezifischer Hinweis für ein Parkinson-Syndrom verwendbar. Ist neben dem Pull-Test auch der Tandemgang beeinträchtigt, ist von einem erhöhten Sturzrisiko auszugehen [3].

Differenzialdiagnose

Die Abgrenzung der verschiedenen Parkinson-Syndrome untereinander, insbesondere die Differenzierung des idiopathischen Parkinson-Syndroms (IPS) von anderen neurodegenerativen Parkinson-Syndromen wie der Multisystematrophie (MSA) oder der progressiven supranukleären Paralyse (Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom) kann schwierig sein. Die Differenzialdiagnostik der Parkinson-Syndrome ist aber von therapeutischer Relevanz. Fehlende oder ungenügende Pharmakoresponsivität und rasche Progredienz sind Gründe, warum atypische Parkinson-Syndrome oft eine ungünstigere Prognose haben als das IPS.

Idiopathisches Parkinson-Syndrom

Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff idiopathisches Parkinson-Syndrom (IPS) verwendet, um den Morbus Parkinson im engeren Sinn zu bezeichnen (primäres Parkinson-Syndrom in ICD-10 G20). Die Prävalenz des IPS beträgt 1,8 % bei Menschen über 65 Jahren und älter mit einem Zuwachs von 0,6 % für Menschen in einem Alter von 65 bis 69 Jahren pro Jahr bis hin zu einer Prävalenz von 2,6 % für Menschen zwischen 85

und 89 Jahren [2]. Männer und Frauen sind etwa gleich häufig betroffen.

Die Diagnosekriterien des IPS basieren ausschließlich auf klinischen Merkmalen **(Tabelle 1)** [6]. Der Zeitraum zwischen den ersten Beschwerden und der Diagnose des Patienten beträgt mitunter Jahre, gerade bei jüngeren Patienten. Erste Anzeichen von Bradykinese werden mitunter übersehen oder fehlgedeutet, sodass die neurologische Diagnose verzögert gestellt wird. Der typische Ruhetremor ist als Erstsymptom nur in 50 % der Fälle vorhanden. Einfache Labortests fehlen weiterhin. Die kranielle Strukturbildgebung mit zerebralem CT dient dazu, Parkinson-Syndrome aufgrund eines Normaldruckhydrozephalus oder einer subkortikalen arteriosklerotischen Enzephalopathie zu identifizieren. Hinweise auf ein atypisches neurodegeneratives Parkinson-Syndrom (MSA oder PSP) kann die Magnetresonanztomografie (MRT) liefern.

Andere Parkinson-Syndrome

Die Differenzialdiagnose von Parkinson-Syndromen beinhaltet neben dem IPS andere (atypische) neurodegenerative sowie symptomatische oder sekundäre Parkinson-Syndrome **(Tabelle 2)**. Eine Sonderstellung nehmen die genetisch determinierten Parkinson-Syndrome ein, die sich klinisch teilweise wie das IPS präsentieren. Unterschieden werden hierbei mono- und polygenetische Formen. Während die monogenetischen Formen (in Mitteleuropa und USA) nur einen geringen Prozentsatz der Parkinson-Prävalenz ausmacht, wird vermutet, dass den meisten sporadischen Manifestationen des IPS ein Zusammenwirken von genetischer Disposition und (noch unzureichend definierten) Umweltfaktoren zugrunde liegt [7].

Unter den sekundären Parkinson-Syndromen sind aufgrund ihrer Häufigkeit das medikamentös induzierte Parkinson-Syndrom, das vaskuläre Parkinson-Syndrom und der Normaldruckhydrozephalus (NPH = normal pressure hydrocephalus) hervorzuheben. Andere sekundäre Parkinson-Syndrome, wie etwa toxischer (Mangan-Bergbau) oder traumatischer Genese (Boxer-Parkinsonismus), sind demgegenüber von zahlenmäßig untergeordneter Bedeutung.

Medikamentös induzierte Parkinson-Syndrome können nicht nur durch klassische Neuroleptika ausgelöst werden, sondern gerade bei älteren Patienten auch durch die Einnahme von sogenannten Atypika (z. B. Risperidon, Olanzapin), Substanzen mit Neuroleptika ähnlicher Wirkung wie Metoclopramid oder durch Kalziumantagonisten (Flunarizin, Cinnaricin).

Tabelle 1

Diagnostische Kriterien der Parkinson-Krankheit [6]

Parkinson-Syndrom
- Bradykinese
  plus mindestens ein zusätzliches Leitsymptom:
  - Ruhetremor
  - Rigor
  - Störung der posturalen Reflexe

Unterstützende Kriterien zur Diagnose einer Parkinson-Erkrankung
- Einseitiger Beginn
- Ruhetremor
- Langsam progrediente Erkrankung (> 10a)
- Persistierende Seitendominanz
- Ansprechen auf L-Dopa (initial> 5a)
- L-Dopa-induzierte Dyskinesien

Ausschlusskriterien einer Parkinson-Erkrankung
- Apoplektischer Beginn und Remission
- Ausschließliche Einseitigkeit > 3a
- Fehlendes Ansprechen auf L-Dopa
- Supranukleäre Blickparese, zerebelläre Zeichen
- Pyramidenbahnzeichen
- Frühe Demenz mit Sprachstörungen und Apraxie
- Enzephalitis, Tumor, Hydrozephalus
- Parkinson-induzierende Pharmaka zu Beginn

Parkinson-Syndrom im Rahmen der SAE und des NPH

Leitsymptom für das Parkinson-Syndrom bei der subkortikalen arteriosklerotischen Enzephalopathie (SAE) und des Normaldruckhydrozephalus (NPH = normal pressure hydrocephalus) ist die Gangstörung, die auch als frontale Gangstörung bezeichnet wird. Das Gangbild ist kleinschrittig und von ausgeprägten Startschwierigkeiten und Blockaden geprägt. Anders als beim idiopathischen Parkinson-Syndrom ist bei der SAE und beim NPH die Schrittbasis infolge begleitender Gleichgewichtsstörungen verbreitert und die Beweglichkeit der oberen Körperhälfte, wie die Gestik, das Mitschwingen der Arme beim Gehen und die Haltung des Rumpfes, sind in der Regel normal, bisweilen sogar übertrieben („lower body parkinson“ [4]). Das Parkinson-Syndrom beziehungsweise die Gangstörung bei SAE und NPH sind häufig mit kognitiven Defiziten und Miktionsstörungen assoziiert.

Multisystematrophie

Die Multisystematrophie (MSA) ist eine sporadisch auftretende Erkrankung, die sich klinisch durch eine Kombination von Symptomen und Zeichen auszeichnet, wie sie bei der Parkinson-Krankheit und bei Störungen des autonomen Nervensystems, des Kleinhirns und/oder der Pyramidenbahn zu finden sind. Damit fasst der Terminus MSA die Diagnosen striatonigrale Degeneration, die olivo-ponto-zerebelläre Atrophie und das Shy-Drager-Syndrom zusammen. Nach den Konsensuskriterien [5] werden diese Typen als MSA-P (MSA mit überwiegendem Parkinsonismus; etwa 80 %) und MSA-C (MSA mit überwiegend zerebellären Symptomen; etwa 20%) bezeichnet Klinisch kann aufgrund der Symptomkonstellationen zwischen einer „möglichen“ und einer „wahrscheinlichen“ MSA unterschieden werden. Die Kriterien der wahrscheinlichen MSA sind erfüllt, wenn eine autonome Dysfunktion (Blaseninkontinenz oder ein orthostatischer Blutdruckabfall vom 30 mm Hg systolisch beziehungsweise 15 mm Hg diastolisch) sowie entweder ein wenig doparesponsives Parkinson-Syndrom oder ein zerebelläres Syndrom vorliegen.

In der Regel sprechen Patienten mit MSA-P langfristig nicht auf die Gabe von L-Dopa an. Im Frühstadium können allerdings

bis zu 30 % der Patienten auf dopaminerge Substanzen reagieren. Die mediane Überlebenszeit nach Symptombeginn beträgt etwa neun Jahre (Spannbreite 2 – 17 Jahre).

Progressive supranukleäre Blickparese (PSP, Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom)

Als progressive supranukleäre Blickparese (PSP) wird eine Erkrankung mit einem Parkinson-Syndrom bezeichnet, deren typisches klinisches Zeichen eine supranukleäre Ophthalmoplegie mit vertikaler Blickparese darstellt. Daneben ist eine früh im Krankheitsverlauf eintretende Störung posturaler Reflexe mit Stürzen für die Diagnose relevant [8]. Akinese und Rigor sind häufig in der Körperachse betont, sodass Veränderungen der Mimik, des Sprechens und der Körperhaltung im Vordergrund stehen. Kognitive Störungen treten häufig früh im Krankheitsverlauf auf und führen bei den meisten Patienten zur Demenz. Mittlerweile wird die PSP in eine klassische Form („Richardson-Syndrom“), eine dem IPS ähnlichere Verlaufsform („PSP-Parkinsonismus“) und weitere, seltenere Varianten differenziert [11].

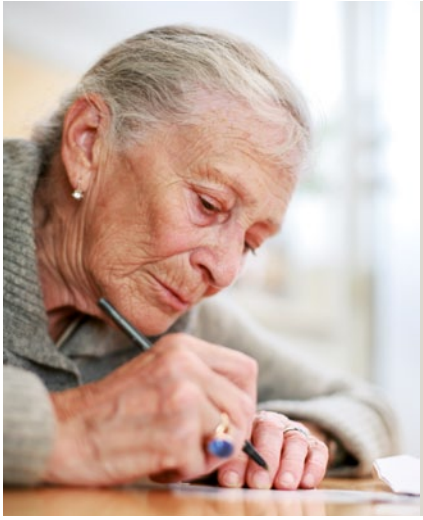
Kortikobasale Degeneration

Das klassische Syndrom beginnt um das 60. Lebensjahr schleichend und bei vielen Patienten ähnlich wie ein typisches IPS mit einer ausgeprägten Seitenasymmetrie der rigid-bradykinetischen Symptomatik. Im weiteren Verlauf kommen Dystonie und Pyramidenbahnzeichen sowie Gang- und Standunsicherheit hinzu. Die Asymmetrie in der Klinik entspricht im MRT der fokalen kortikalen Atrophie. Weitere typische Symptome sind das Alien-Limb-Phänomen (unwillkürliche Bewegungen eines als fremd erlebten Körperteils), kortikale Sensibilitätsstörungen, Myoklonien und Pyramidenbahnzeichen [10].

Lewy-Körper-Demenz und andere Parkinson-Syndrome mit Demenz

Klinische Kriterien für eine Lewy-Körper-Demenz sind neben dem Parkinson-Syndrom kognitive Defizite, Vigilanzschwankungen und visuelle Halluzinationen. Die demenzielle Symptomatik tritt typischerweise bereits im ersten Jahr nach Manifestation des Parkinson-Syndroms auf [9]. Typisch sind außerdem früh auftretende Stürze, Orthostase und Überempfindlichkeit gegen Neuroleptika, die sich in rasch einsetzendem Rigor und Akinese, Sedierung und delirähnlichen Zuständen äußert. Die kognitiven Symptome können der Alzheimer-Krankheit ähneln, die Gedächtnisstörungen sind jedoch zu Beginn eher diskret. Charakteristisch im Vergleich zur Alzheimer-Krankheit sind starke Schwankungen der Aufmerksamkeit.

Als Pick-Komplex oder frontotemporale Lobärdegenerationen wird eine Gruppe von demenziellen Erkrankungen mit fokalen neuropsychiatrischen Symptomen zusammengefasst, bei denen ein Parkinson-Syndrom in unterschiedlichen Krankheitsstadien auftreten kann. Die Ähnlichkeiten zwischen frontotemporaler Demenz (FTD), der primär progredienten Aphasie (PPA), der kortikobasalen Degeneration (CBD) bis hin zur progressiven supranuklären Blicklähmung (PSP) in der Neuropathologie sowie die klinische Überlappung im Verlauf der Krankheiten führten zum Konzept der Lobäratrophie als Überbegriff für diese Entitäten [1]. Die CBD ist hier deshalb hervorzuheben, weil im Verlauf das Parkinson-Syndrom und die Demenz in der Regel gleichermaßen in den Vordergrund rücken.



© Konstantin Sutyagin / Shutterstock.com

Auch die zunehmender Verkleinerung des Schriftbildes ist ein typisches Parkinson-Syndrom.

Zusatzuntersuchungen

Prüfung der Pharmakoresponsivität

Das Ansprechen auf dopaminerge Medikation hat weitreichende diagnostische und prognostische Bedeutung. Die Durchführung eines akuten Dopa-Tests **(Tabelle 3)** ist, gegebenenfalls nach Vorbehandlung mit Domperidon, auch ambulant unkompliziert möglich. Bei dem in der Aussagekraft ähnlichen Apomorphin-Test ist häufiger mit Nebenwirkungen zu rechnen, sodass dieser nur in entsprechend qualifizierten Zentren erfolgen sollte. Wichtig bei der Interpretation der akuten medikamentösen Challenges ist, dass diese Tests bei positivem Ergebnis eine recht gute

Tabelle 2

Differenzialdiagnose der Parkinson-Syndrome

Neurodegenerative Parkinson-Syndrome
- Parkinsonkrankheit (Morbus Parkinson)
- Multisystematrophie vom Parkinsontyp (MSA-p)
- Progressive supranukleäre Blicklähmung
- Demenz mit Lewy-Körperchen
- Kortikobasale Degeneration

Symptomatische Parkinson-Syndrome
- Medikamentös induziertes Parkinson-Syndrom (z. B. Neuroleptika, Metoclopramid, Flunarizin)
- Parkinson-Syndrom bei Intoxikation (z. B. Kohlenmonoxyd, Mangan, Cyanid, Methanol, MPTP)
- Parkinson-Syndrom bei metabolischen Störungen (z. B. M. Wilson, Ferritinopathien)
- Parkinson-Syndrom bei Basalganglienläsionen (z. B. Enzephalitis, Infarkt, Hypoxie, posttraumatisch)
- Normaldruckhydrozephalus
- Subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie

Tabelle 3

Dopa-Test

Falls noch nie keine dopaminerge Medikation verabreicht wurde, sollte vorbereitend eine Medikation mit Domperidon (3 x 10 mg) zur Vorbeugung gegen Nausea erfolgen. Als Testdosis werden beim akuten Dopa-Test meistens 200 mg L-Dopa in Wasser aufgelöst verabreicht. Die klinische Untersuchung (vorzugsweise mit der UPDRS-Skala) erfolgt vor der Einnahme und 30 bis 60 Minuten nach Einnahme des Medikamentes. Der Dopa-Test ist positiv, wenn eine mindestens 30 %ige Besserung des motorischen Scores eintritt.

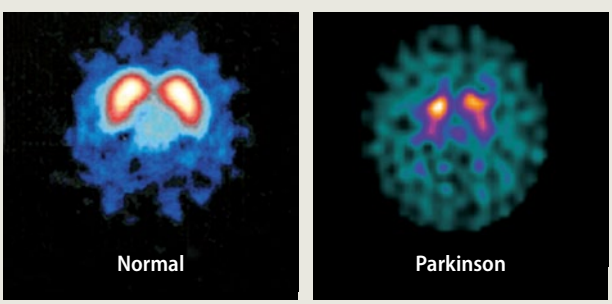
prädiktive Aussagekraft im Hinblick auf den Erfolg der weiteren dopaminergen Pharmakotherapie haben, im Falle eines negativen Ergebnisses aber nur von einer Sensitivität von etwa 70 % auszugehen ist. Da falsch-negative Ergebnisse des akuten Dopa-Tests häufig sind, sollte sich in diesem Fall ein chronischer Dopa-Test anschließen, der die Aufdosierung auf 1000 mg L-Dopa/d und eine mindestens zweimonatige Behandlung mit dieser Tagesdosis beinhaltet. Erst wenn auch dieser chronische Dopa-Test negativ ist, muss von einem dopa-resistenten Parkinson-Syndrom ausgegangen werden.

Paraklinische Verfahren

Formal kann die Diagnose einer Parkinson-Erkrankung allein durch Befragung und Untersuchung des Betroffenen und durch Prüfung der Medikamentenwirkung gestellt werden. Zusätzliche Untersuchungen sind hilfreich, wenn Zweifel bestehen, ob es sich um die Parkinson-Erkrankung oder um ein atypisches Parkinson-Syndrom handelt oder wenn neben der Parkinson-Erkrankung noch eine weitere Krankheit vermutet wird.

Folgende Zusatzuntersuchungen werden bei Parkinson-Syndromen angewendet:

- Computertomografie (CT): bei Verdacht auf vaskuläres Parkinson-Syndrom oder Normaldruckhydrozephalus. Ausschluss eines chronischen subduralen Hämatoms.
- Magnetresonanztomografie (MRT): spezifische Strukturveränderungen in Basalganglien, Hirnstamm und Zerebellum bei MSA, PSP und seltenen Differenzialdiagnosen
- Single-Photonen-Emissions-Computer-Tomografie (SPECT). *FP-CIT-SPECT* (DAT-Scan, markiert präsynaptische Dopamintransporter, **Abbildung 2**): Abgrenzung eines neurodegenerativ bedingten Parkinson-Syndroms von anderen Krankheiten (z. B. essenzieller Tremor, dissoziative Bewegungsstörungen, medikamentös induzierte Bewegungsstörung). Eine Unterscheidung verschiedener neurodegenerativer Parkinson-Syndrome mit dem FP-CIT-SPECT ist allerdings nicht möglich.
  IBZM-SPECT (markiert post-synaptische D2-Dopaminrezeptoren). Wird zur Unterscheidung des IPS von atypischen neurodegenerativen Parkinson-Syndromen angewendet, ist wegen unzureichender Spezifität aber von geringem klinischen Wert.
- Riech-Test (z. B. mit „Sniffin' Sticks"): Ein herabgesetztes Geruchsempfinden ist bei Parkinson häufig und kann ein prämotorisches Symptom darstellen.
- Hirn-Parenchym-Sonografie: Eine Hyperechogenität der substantia nigra weist auf ein IPS hin.



© G. Ebersbach / I. Brink

Abbildung 2: SPECT-Untersuchung (DAT-Scan). Auf der rechten Aufnahme sind die hellen Flecken geringer ausgeprägt. Hier besteht ein Mangel an Dopamintransporter (Hinweis auf Vorliegen eines neurodegenerativen Parkinson-Syndroms).

Ausblick

Neben den hier dargestellten diagnostischen und differenzialdiagnostischen Verfahren gewinnen derzeit zunehmend erste Ansätze zu einer Frühdiagnose der Parkinson-Erkrankung durch Erfassung nicht motorischer Symptome an Bedeutung, die den klassischen Kardinalsymptomen vorausgehen. Auch unspezifische Symptome wie Depressionen, Verstopfung, Schwindel, Schlaf- und Gedächtnis- oder Riechstörungen können mit Parkinson in Verbindung stehen. Besonders für die möglicherweise in Zukunft verfügbaren progressionshemmenden Therapien könnte die korrekte Zuordnung nicht motorischer Prodomalsymptome bei der Parkinson-Erkrankung von Bedeutung sein. □

LITERATUR

unter springermedizin.de/neurotransmitter

PD Dr. med. Georg Ebersbach
Chefarzt
Neurologisches Fachkrankenhaus
für Bewegungsstörungen/Parkinson
Paracelsusring 6A,14547 Beelitz-Heilstätten
E-Mail: ebersbach@parkinson-beelitz.de

Erklärung zu Interessenkonflikten

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ 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 die beiden Fortbildungsbeiträge der vorangegangenen Seiten. Die Antworten ergeben sich zum Teil aus dem Text, zum Teil beruhen sie auf medizinischem Basiswissen.

Zertifizierte Continuing Medical Education CME Fortbildung

CME-Fragebogen

Diagnose von Parkinson-Syndromen

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

1. Welches Symptom spricht für eine idiopathische Parkinson-Erkrankung?

A MRT-Signalveränderungen im Putamen
B Harninkontinenz
C Fehlendes Ansprechen auf L-Dopa
D Fehlende Progredienz
E Asymmetrische Symptomausprägung

2. Stürze im ersten Erkrankungsjahr sind besonders charakteristisch für ...

A ... progressive supranukleäre Blicklähmung.
B ... diffuse Lewy-Körperchen-Erkrankung.
C ... Multisystematrophie.
D ... Idiopathische Parkinson-Erkrankung.
E ... Amyotrophe Lateralsklerose.

3. Welches Parkinson-Syndrom ist typischerweise mit einer Demenz assoziiert?

A Juveniles Parkinson-Syndrom
B Multisystematrophie
C Progressive supranukleäre Blicklähmung
D Tremordominantes Parkinson-Syndrom
E Medikamentös induziertes Parkinson-Syndrom

4. Welches Symptom ist ein Leitsymptom der Multisystematrophie?

A Demenz
B Epileptische Anfälle
C Orthostase
D Vertikale Blickparese
E Blepharospasmus

5. Ein 75-jähriger Patient mit arterieller Hypertonie zeigt ein kleinschrittiges, breitbasiges, unsicheres Gangbild bei gut erhaltener Beweglichkeit der oberen Extremitäten. Welches Verfahren ist am besten zur Diagnoseklärung geeignet?

A Dopplersonografie
B FP-CIT-SPECT
C Zerebrales CT
D EEG
E Riechtest

Online punkten! www.cme-punkt.de

6. Zerebelläre Symptome sind besonders typisch für ...

A ... progressive supranukleäre Blickparese.
B ... Multisystematrophie.
C ... kortikobasale Degeneration.
D ... idiopathische Parkinson-Erkrankung.
E ... Demenz mit Lewy-Körperchen.

7. Was spricht *gegen* eine idiopatische Parkinson-Erkrankung?

A Alter über 65 Jahre
B L-Dopa induzierte Dyskinesien
C Pyramienbahnzeichen
D Langsam progrediente Erkrankung
E Persistiende Seitendominanz

8. Welche Erkrankung gehört zur Gruppe der Lobäratrophien?

A Multisystematrophie
B Demenz mit Lewy-Körperchen
C Kortikobasale Degeneration
D Morbus Wilson
E Normaldruckhydrozephalus

9. Welches Verfahren ist zur Unterscheidung zwischen idiopathischer Parkinson-Erkrankung und Multi-sys-tematrophie geeignet?

A EEG
B MRT
C FP-CIT-SPECT
D Liquoruntersuchung
E Sensibel evozierte Potenziale (SEP)

10. Welches Symptom wird zu den Kardinalsymptomen der idiopathischen Parkinson-Erkrankung gezählt?

A Myoklonien
B Kopftremor
C Spastik
D Posturale Instabilität
E Intentionstremor

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

LITERATUR

1. Boeve BF, Lang AE, Litvan I. Corticobasal degeneration and its relationship to progressive supranuclear palsy and frontotemporal dementia. Ann Neurol 2003; 54 Suppl 5: S15-S19.
2. de Rijk MC, Launer LJ, Berger K et al. Prevalence of Parkinson's disease in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology 2000; 54: S21-S23.
3. Ebersbach G, Gunkel M. Posturography reflects clinical imbalance in Parkinson's disease. Mov Disord 2011; 26: 241-246.
4. FitzGerald PM, Jankovic J. Lower body parkinsonism: evidence for vascular etiology. Mov Disord 1989; 4: 249-260.
5. Gilman S, Wenning GK, Low PA et al. Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy. Neurology 2008; 71: 670-676.
6. Hughes AJ, Ben-Shlomo Y, Daniel SE, Lees AJ. What features improve the accuracy of clinical diagnosis in Parkinson's disease: a clinicopathologic study. Neurology 1992; 42: 1142-1146.
7. Klein C. Implications of genetics on the diagnosis and care of patients with Parkinson disease. Arch Neurol 2006; 63: 328-334.
8. Litvan I, Hauw JJ, Bartko JJ et al. Validity and reliability of the preliminary NINDS neuropathologic criteria for progressive supranuclear palsy and related disorders. J Neuropathol Exp Neurol 1996; 55: 97-105.
9. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. Neurology 2005; 65: 1863-1872.
10. Wenning GK, Litvan I, Jankovic J et al. Natural history and survival of 14 patients with corticobasal degeneration confirmed at postmortem examination. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1998; 64: 184-189.
11. Williams DR, de SR, Paviour DC et al. Characteristics of two distinct clinical phenotypes in pathologically proven progressive supranuclear palsy: Richardson's syndrome and PSP-parkinsonism. Brain 2005; 128: 1247-1258.

Verträgliche Option bei manischen Episoden bipolarer Störungen

Das seit gut einem Jahr zugelassene atypische Antipsychotikum der zweiten Generation Asenapin (Sycrest®) ist eine neue Therapieoption manischer Episoden in der Mono- und Kombinationstherapie der bipolaren Störung. Es weist ein vergleichsweise geringes Nebenwirkungspotenzial auf und ist insbesondere zu erwägen bei Patienten, die unter anderen Therapieoptionen mangelnde Wirksamkeit oder schlechte Verträglichkeit zeigen.

Professor Dieter Naber, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, betonte, dass in der Pharmakotherapie von Patienten mit bipolarer Störung zwischen der Akut- und der Langzeitbehandlung unterschieden werden müsse. Während in der Akutbehandlung die Reduktion von Selbst- und Fremdgefährdung, Erregung, Unruhe und anderer Symptome im Vordergrund stehe, habe die Langzeitbehandlung die Rezidivprophylaxe als Ziel. Lithium und Antikonvulsiva, aber auch atypische Antipsychotika seien sowohl in der Akut- als auch in der Langzeitbehandlung wirksam, allerdings oft mit Verträglichkeitsproblemen verbunden. Die hohe Non-Compliance bipolarer Patienten sei im Wesentlichen bedingt durch mangelnde Krankheitseinsicht und reduzierte Verträglichkeit, so Naber.

Asenapin habe sich in mehreren Kurz- und Langzeitstudien als eine rasch wirksame und gut verträgliche Alternative bei Patienten mit bipolaren Störungen dargestellt. Insbesondere die geringe Inzidenz von relevanten Nebenwirkungen wie persistierende Sedierung, Somnolenz, Gewichtszunahme, motorischen Nebenwirkungen und sexuellen Funktionsstörungen sei für die Langzeitbehandlung von wesentlicher Bedeutung.

Naber berichtete von ersten eigenen Therapieerfahrungen mit dem neuen Antipsychotikum. In der Akuttherapie habe er fünf Patienten erfolgreich mit Asenapin (15 – 20 mg/Tag) behandelt, alle in Kombination mit Valproat (1.000 – 2.500 mg/Tag). Die Wirksamkeit sei ähnlich gut gewesen wie bei anderen Atypika bei den stationären Aufenthalten zuvor. Sowohl objektiv als auch subjektiv seien keine relevanten Nebenwirkungen aufgetreten. In Langzeit behandle er einen Patienten über vier Monate in Monotherapie und einen Patienten über sechs Monate in Kombination mit Valproat. Beide Patienten hätten über eine deutlich bessere subjektive Befindlichkeit berichtet. Sie fühlten sich „normaler" und verzeichneten weniger Gewichtszunahme.

Asenapin sei insbesondere zu erwägen bei Patienten, die unter Lithium, Antikonvulsiva oder anderen Atypika unzureichende Wirksamkeit und/oder insbesondere mangelnde Verträglichkeit zeigen, resümierte Naber..

Dr. Gunter Freese

Satellitensymposium „Neu bei Manie: Sycrest® – das untypische Antipsychotikum". DGPPN-Kongress, Berlin, 25.11.2011 Veranstalter: Lundbeck GmbH

Neurodegeneration bei MS verlangsamen

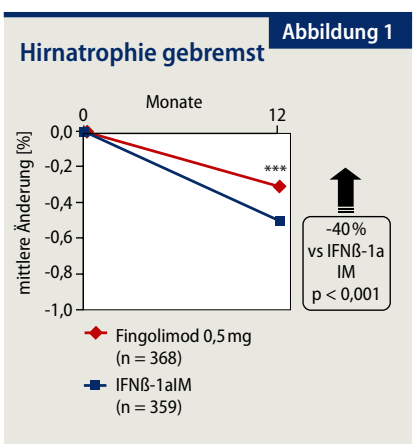
Gesunde erwachsene Menschen verlieren pro Jahr etwa 2 % ihres Hirnvolumens. Bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS) ist die Atrophierung beschleunigt. Aktuell zugelassene Therapeutika scheinen diesem Prozess unterschiedlich stark entgegenzuwirken.

Schon früh im Krankheitsverlauf der MS werden Myelinscheide und Axone irreversibel geschädigt. Damit beginnt der zunehmende Verlust von Hirngewebe, erkennbar im MRT etwa am sich stärker verringernden Hirnvolumen, erklärte Dr. Jaume Sastre-Garrega, Neurologe, Universitätsklinik Vall d'Hebron, Barcelona, Spanien. Der Verlust des Hirnvolumens entspricht dabei der Aggressivität des Krankheitsverlaufs. Ein Abbremsen des Hirnvolumenverlusts im Verlauf kann ein Hinweis auf eine neuroprotektive Wirkung einer Therapie sein. In der TRANSFORMS-Studie zeigte sich bei den Patienten mit hoher entzündlicher Aktivität, erkennbar an Gadolinium-aufnehmenden Herden im MRT, unter Therapie mit Fingolimod (Gilenya®) eine gegenüber der Kontrolltherapie Interferon beta-1a i.m. (IFNbeta-1a) deutlich verringerte Abnahme des Hirnvolumens, wie eine Subgruppenanalyse zeigt (**Abbildung 1**; [1]).

Hirnschwund gebremst

Die Ergebnisse der TRANSFORMS-Studie bezeichnete Professor Bernd Kieseier von der neurologischen Universitätsklinik in Düsseldorf als einzige Klasse-1-Evidenz in einer bisher durchgeführten Head-to-Head-Studie: Fingolimod hatte Schubrate und MRT-Endpunkte signifikant deutlicher reduziert als IFNbeta-1a. Die europäische Zulassungsbehörde hat aber im Unterschied zur amerikanischen den Einsatz der neuartigen Substanz auf Patienten mit Schüben trotz Interferon-Therapie oder auf Patienten mit einer früh sehr aktiven schubförmigen MS beschränkt. Entsprechende Subgruppenanalysen zeigen laut Kieseier, dass eine Therapie mit Fingolimod bei Patienten mit hochaktiver MS wie auch bei frühzeitig schwer erkrankten, behandlungsnaiven Patienten noch deutlicher die jährliche Schubrate gegenüber IFNbeta-1a senkt als in der Gesamtstudienpopulation (– 71 % bzw. – 67 %, jeweils $p < 0{,}001$). Er betonte, dass im Studienprogramm von Fingolimod bei einer bis zu sieben Jahren dauernden Behandlung von fast 2.500 Patienten keine neuen Sicherheitssignale aufgetreten sind.

Friederike Klein



Fingolimod verlangsamt im Vergleich zu IFNbeta-1a den Verlust von Hirngewebe im Krankheitsverlauf (TRANSFORMS-Studie)..

1. Barkhof F et al. ECTRIMS/ACTRIMS 2011, Poster P907

Pressekonferenz „The future is now: The new MS treatment landscape". ECTRIMS/ACTRIMS, Amsterdam, 21.10.2011, Amsterdam Veranstalter: Novartis Pharma, Nürnberg

Depression und Psychose überlappen sich

Daten aus Psychopathologie, Neurobiologie und Genetik sprechen für eine erhebliche Überlappung von schizophrener Psychose und Depression – eine Herausforderung für die Differenzialdiagnose und eine individuell abgestimmte Therapie.

In vielem gleichen sich Patienten in der Prodromalphase von Schizophrenie und Depression, erläuterte Professor Heinz Häfner, ehemaliger Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim, anhand von Ergebnissen der ABC-Schizophrenie-Studie. Nur die Positivsymptome sind einige Monate vor der eigentlichen Erkrankungsepisode bei Schizophrenie wesentlich ausgeprägter als bei Patienten mit Depression. Depressivität ist in beiden Fällen in der Prodromalphase häufig und bei Schizophrenie auch im gesamten Verlauf die häufigste Symptomdimension. „Wir müssen der Behandlung depressiver Symptome mehr Aufmerksamkeit widmen", forderte Häfner.

In Kliniken erfolgt die Therapie häufig mit Blick auf Syndrome wie die Depressivität nicht immer indikationsbezogen. In der Praxis ist das aber so gar nicht möglich, weil die stationär gewählte Medikation für die jeweilige Indikation off label ist, erklärte Professor Göran Hajak, Bamberg. Umso interessanter sind Therapieoptionen, die ein breites Indikationsspektrum abdecken. So ist retardiertes Quetiapin (Seroquel Prolong®) zur Therapie von Schizophrenie, Manie und Depression bei bipolarer Störung und zur Behandlung depressiver Erkrankungen (Episoden einer Major-Depression) als Zusatztherapie bei Patienten zugelassen, die unzureichend auf die Monotherapie mit einem Antidepressivum angesprochen haben. Die Leitlinie der World Federation of Societies of Biological Psychiatry zur Therapie bipolarer Depression empfiehlt sogar Quetiapin, nicht Antidepressiva, als Monotherapie mit dem höchsten Evidenzniveau und höchsten Empfehlungsgrad (A1) [1]. Ein Problem sind laut Hajak derzeit die unterschiedlichen zugelassenen Dosierungen von Quetiapin in den verschiedenen Indikationen. In den meisten Fällen helfe aber die Standarddosis [2]. Das Motto „Ein Medikament für alles" könne aber nicht gelten: Wesentlich sei die klare Definition des Behandlungsziels mit dem individuellen Patienten und die daran orientierte Medikation gemäß Zulassung.

Friederike Klein

1. Grunze H et al. World J Biol Psychiatry 2002; 3: 115 – 24
2. Sparshatt S et al. CNS Drugs 2008; 22: 49 – 68

Satellitensymposium „Personalisierte Therapie der Schizophrenie und affektiver Störungen – was sind die Erfolgsfaktoren".
DGPPN-Kongress, Berlin, 24.11.2011
Veranstalter: AstraZeneca GmbH

Monotherapie in Einmalgabe erleichtert Leben mit Epilepsie

Bei der Entwicklung neuer Antiepileptika wird heute, neben guter Wirksamkeit und sicherem Nebenwirkungsprofil, zunehmend Wert auf patientengerechte Parameter gelegt, die das Leben mit Epilepsie verbessern. Zugelassen werden sie jedoch in der Regel zunächst nur zur Zusatztherapie, auch wenn sie sich durch ein günstiges Nebenwirkungsspektrum und leichte Handhabbarkeit auszeichnen.

Zonisamid (Zonegran®), das in Einmalgabe verabreicht werden kann, ist in der Zusatztherapie fokaler Therapie bereits gut etabliert. Jetzt liegen die ersten Ergebnisse der Monotherapiestudie vor, die PD Dr. Martin Holtkamp, Charité Berlin, im Rahmen einer Pressekonferenz vorstellte.

Die randomisierte, doppelblinde Nichtunterlegenheitsstudie untersuchte Zonisamid und retardiertes Carbamazepin in flexibler Dosierung bei 583 Erwachsenen mit neu diagnostizierter fokaler Epilepsie [1]. Bereits nach der ersten Zieldosis erreichten die meisten Patienten in beiden Gruppen Anfallsfreiheit **(Abbildung 1)**. Der Anteil anfallsfreier Patienten über mindestens 26 Wochen war in beiden Gruppen ähnlich groß (Zonisamid: 79,4 %, retardiertes Carbamazepin: 83,7 %). Auch die Gesamtinzidenz unerwünschter Ereignisse war vergleichbar, wobei die Patienten unter Zonisamid häufiger eine Gewichtsabnahme berichteten, unter Carbamazepin dagegen häufiger Schwindelgefühl. Der Unterschied sei die leichtere Handhabbarkeit von Zoni-

Festbetrag für Escitalopram ausgesetzt

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat mit rechtskräftigem Beschluss dem Antrag der Lundbeck GmbH stattgegeben und den Festbetrag für Escitalopram (Cipralex®) im Eilverfahren außer Vollzug gesetzt. Das Gericht geht von einer offensichtlichen Rechtswidrigkeit der Festbetragsfestsetzung aus, da die Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur therapeutischen Verbesserung von Escitalopram im Vergleich zu Citalopram nicht nachvollziehbar ist. „Es sind nach summarischer Prüfung beachtliche Mängel bei der Zusammenstellung des Beurteilungsmaterials feststellbar" so das Ergebnis des 1. Senats.

Nach Informationen von Lundbeck

Erstes Donepezil-Generikum

Mit Donepezilhydrochlorid Pfizer® steht in Deutschland ab sofort das erste und bisher einzige Generikum für das aus dem Patent laufende Originalpräparat Aricept® zur Verfügung. Es ist indiziert zur symptomatischen Behandlung der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz. Wirkstoff und Galenik des Generikums sind identisch zum Original.

Nach Informationen von Pfizer

Kramer-Pollnow-Preis 2011

Professor Stephan Bender, Dresden, ist mit dem Kramer-Pollnow-Preis 2011 ausgezeichnet worden. Die Arbeitsgruppe um Bender konnte nachweisen, dass die motorische Hyperaktivität bei ADHS nicht allein von einer allgemeinen Reifungsverzögerung verursacht wird, sondern dass zusätzlich Defizite bei der Steuerung des motorischen Systems in Form einer mangelhaften Hemmung im Gehirn vorliegen. Der von der Medice Arzneimittel Pütter GmbH unterstützte Forschungspreis wird alle zwei Jahre für besondere Leistungen in der klinischen Forschung zur biologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie verliehen und ist mit 6.000 Euro dotiert.

Nach Informationen von Medice

Tafamidis bei TTR-FAP

Der Wirkstoff Tafamidis (Vyndaqel®) ist von der Europäischen Kommission für die Behandlung der familiären Amyloid-Polyneuropathie vom Transthyretin-Typ (TTR-FAP) bei erwachsenen Patienten mit symptomatischer Polyneuropathie im Stadium 1 zugelassen worden. TTR-FAP ist eine seltene, progrediente und tödlich verlaufende neurodegenerative Erkrankung, von der weltweit rund 8.000 Menschen betroffen sind. Vyndaqel® ist das erste zugelassene Arzneimittel, das ein Fortschreiten der neurologischen Störungen bei TTR-FAP verzögern kann.

Nach Informationen von Pfizer

Umfrage zu Ängsten

Laut einer repräsentativen Online-Befragung von 1.050 Erwachsenen leidet fast jeder Vierte häufig unter Angst- und Unruhezuständen. Hintergrund sind fast immer persönliche Lebensumstände. Viele Befragte haben Angst vor einer womöglich wesensverändernden und die Funktionsfähigkeit beeinträchtigenden Psychopharmakatherapie. Im Dilemma zwischen Leidensdruck und Therapieangst sind laut Umfrage die meisten bereit, pflanzliche Medikamente auszuprobieren, wenngleich die Erwartungshaltung, insbesondere hinsichtlich der Wirksamkeit solcher Präparate, begrenzt ist. Das seit 2010 zugelassene Arzneimittel Lasea® mit dem pflanzlichen Inhaltsstoff eines speziellen Lavendelöls (Silexan®/ WS® 1265) kann hier eine Therapieoption sein.

Nach Informationen von Spitzner

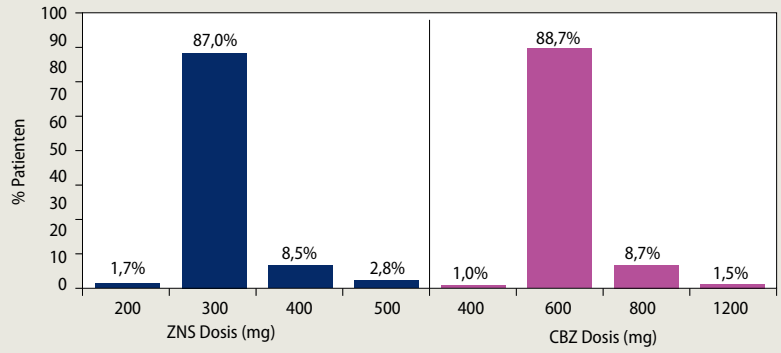
Indikationserweiterung für Rebif® rückt näher

Das Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) hat eine positive Stellungnahme zur von Merck Serono beantragten Indikationserweiterung für Interferon beta 1a s.c. (Rebif®) 44 µg dreimal wöchentlich abgegeben. Der Hersteller strebt die Zulassung zur Behandlung von Patienten mit frühen Anzeichen von Multipler Sklerose an.

Nach Informationen von Merck Serono

Abbildung 1

Welche Dosis bis zur Anfallsfreiheit?



Dosis bis zum Erreichen einer 26-wöchigen Anfallsfreiheit unter Zonisamid (ZNS) und Carbamazepin (CBZ) im Vergleich.

samid in Einmalgabe sowie die fehlende Gewichtszunahme.

Die Europäische Arzneimittelagentur hat den Antrag auf Zulassungserweiterung für Zonisamid als Monotherapie für neu diagnostizierte Epilepsiepatienten mit fokalen Anfällen, mit oder ohne sekundäre Generalisierung, bereits zur Überprüfung angenommen. **Dr. Katrin Wolf**

1. Boulac MC: 29. IEC, Rom, 30.8.2011, Abstract 869

Fachpresse-Roundtable „Eisai-Epilepsie-Portfolio: Neue Erkenntnisse – Neue Horizonte". Düsseldorf, 30.11.2011; Veranstalter Eisai

Mit Schlafstabilisierung gegen die Volkskrankheit Depression

Der Melatoninagonist und 5 HT_{2c}-Antagonist Agomelatin (Valdoxan®) ist nicht nur antidepressiv wirksam, er kann auch die Schlafeffizienz von Patienten mit Depression deutlich bessern. Ebenso ist die bei Therapie mit SSRI mitunter auftretende Affektverflachung („Emotional Blunting") unter Agomelatin deutlich seltener zu verzeichnen.

In seinem Vortrag „Monoaminerge und zirkadiane Therapiemechanismen – die Zeitmaschine in uns" betonte Professor Göran Hajak, Bamberg, die gute Wirkung von Agomelatin auf den Schlaf-Wach-Rhythmus von Patienten mit Depression, der sehr häufig gestört sei. Laut den Ergebnissen einer 2011 veröffentlichten multizentrischen, randomisierten Doppelblindstudie mit 138 Patienten mit Depression habe Agomelatin bei vergleichbar guter Wirksamkeit den Schlaf-Wach-Rhythmus im Vergleich zu Escitalopram signifikant besser stabilisiert, so Hajak [1]. Dies sei etwa an der REM-Schlaf-Latenz abzulesen, die unter Agomelatin im Vergleich zu Escitalopram deutlich geringer ausfiel.

Unter Therapie mit SSRI tritt bei etwa 25 % der Patienten ein „Emotional Blunting" (emotionale Verflachung) auf. Im Vergleich zu Escitalopram schnitt Agomelatin in einer ebenfalls 2011 veröffentlichten Studien-Subgruppe [2] mit 66 Patienten mit Depression bezüglich der Affektverflachung deutlich besser ab. Nach 24 Wochen bejahten unter Agomelatin signifikant weniger Patienten die Aussagen „Meinen Emotionen fehlt Intensität" und „Dinge, die mich vor meiner Krankheit beschäftigten, erscheinen mir nicht mehr wichtig" (20 bzw. 18 %) als unter Escitalopram (58 bzw. 42 %). Frühere Studien mit höheren Fallzahlen hatten bereits die antidepressive Wirksamkeit im Vergleich zu Placebo [3] beziehungsweise gegenüber SSRI und SNRI [4] gezeigt. **Heike Grosse**

1. Quera-Salva MA et al. International Clinical Psychopharmacology: 2011; 26 (5): 252 – 62
2. Corruble E et al. Europ Psychiatry 2011; 26 (Suppl 1): P02 – 24
3. Demyttenaere K Eur Neuropsychopharmacol 2011; (Suppl 4): 703 – 9
4. Kasper S et al. J Clin Psychiatry 2010; 71 (2): 109–20

Satellitensymposium „Spektrum Depression: Differenzierung von Diagnostik und Therapie". DGPPN-Kongress, Berlin, 24.11.2011 Veranstalter: Servier Deutschland

Journal

Karl Schönherr

Der Weibsteufel

Der Dramatiker Karl Schönherr (1867 – 1943) war der Sohn eines Tiroler Dorfschullehrers. Er besuchte das Gymnasium in Brixen und Bozen, später auch in Hall, studierte in Innsbruck an der Universität zunächst Philosophie, später in Wien Medizin und wurde zum Dr. med. promoviert. Noch vor der Jahrhundertwende machte er sich bereits mit Mundartgedichten, kleinen Erzählungen und Kalendergeschichten literarisch einen Namen.

© Mauritius images

Die Geschichte in Schönherrs erfolgreichstem Stück „Der Weibsteufel“: In den Bergen geraten eine Frau und zwei Männer in ein labiles Dreiecksverhältnis. Als die Frau erkennt, dass sie von beiden Männern zu deren Zwecken benutzt wird, spielt sie die beiden gegeneinander aus.

72 Psychopathologie in Kunst & Literatur

„Der Weibsteufel“
aus dem Jahre 1914, vielfach übersetzt und mehrmals verfilmt, ist des Dramatikers Karl Schönherr erfolgreichstes Werk. Es eignet sich bis heute bestens, unterschiedliche Sichtweisen und Bewertungen (s)einer Theaterkunst zu verdeutlichen.

76 Neurotransmitter-Galerie

August Brömse
„Ich gebe mit meinem Werk meine Persönlichkeit. Was ich sah, erlebte und erlitt. Frohes und Schmerzvolles.“ Das Frohe in Brömses Bildern ist nicht zu erkennen. Rettend seine Sichtweise: „In der Kunst kann uns nichts niederdrücken, jedoch erschüttern, dann erheben, aufrichten und froh machen“.

Früh schloss sich der in Axams in Tirol gebürtige Karl Schönherr der Bewegung „Jung Tirol“ mit ihren „deutschnationalen und antiklerikalen Zielen“ (Bortenschlager) an. Nach ersten Theatererfolgen gab er seinen Arzt-Beruf auf und lebte fortan als freier Schriftsteller abwechselnd im Sommer auf seinem Landsitz bei Telfs in Tirol, im Winter in Wien. Sein Werk steht zwischen Naturalismus, Kulturkampf und Nationalsozialismus. Im Online-Lexikon Wikipedia ist zu seinem weiteren Werdegang unter Berufung auf die in Rezensionen nicht unumstrittenen Untersuchungen von Ernst Klee zu Kulturschaffenden im „Dritten Reich“ vermerkt: „Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten gehörte er (i. e. Schönherr) der ‚gesäuberten' Deutschen Akademie der Dichtung an, einer Unterabteilung der Preußischen Akademie der Künste. Reichsdramaturg Rainer Schlösser bezeichnete Schönherrs schriftstellerische Tätigkeit am 9. Mai 1933 im ‚Völkischen Beobachter' als ‚blutechtes, bodenständiges Schaffen'. Schönherr schrieb zu dieser Zeit Werke wie ‚Die Fahne weht' (1937). Anlässlich der ‚Volksabstimmung' über den Anschluss Österreichs schrieb er im April 1938 folgende Verse:

Nun sind wir wieder ein gewaltiges Land, / so wie in alter Zeit, / das keine Welt auseinanderreißt.

Schönherr, der nach den rassistischen Nürnberger Gesetzen mit einer Jüdin verheiratet war, erhielt weiterhin Schreiberlaubnis, verstarb aber 1943. Er ruht in einem Ehrengrab auf dem Wiener Zentralfriedhof.“

Karrierebrüche

Freilich verzeichnet die Karriere des Arztes und ewigen Konkurrenten seines Tiroler Landsmannes Franz Kranewitter aus Nassereith durchaus auch Brüche: Konflikte mit der Zensur, insbesondere an der Hofbühne; einen Aufsehen erregenden Plagiatsstreit über „Glaube und Heimat“ mit Enrica von Handel-Mazzetti; eine Auseinandersetzung mit dem Innsbrucker Stadttheater, die dazu geführt hat, dass eine Zeitlang ausgerechnet in der Heimat dieses Heimatdichters keines seiner Werke aufgeführt worden ist; schließlich 1918 die durch Hermann Bahr bewirkte Lösung des Vertrages mit der Direktion des Burgtheaters. Nach dem Ersten Weltkrieg ist überhaupt das Interesse an Schönherrs Werk mehr und mehr zurückgegangen. Im Gegensatz zu den Heimatromanen sind die Stücke, die aktuelle soziale Fragen erörtert haben, die Familiendramen, zum Beispiel die „Kindertragödie“(1919) und das Schauspiel „Es“ (1922), und die Ärztedramen wie „Herr Doktor, haben Sie zu essen?“ (1930) sowie etliche weitere Spiele zwar wohl da und dort inszeniert, aber längst nicht mehr als Meisterleistungen der deutschsprachigen Dramatik gewertet worden. Anfang der dreißiger Jahre hat der Verlag Staackmann, Schönherrs wichtigster Verleger, die Bestände der meisten seiner Werke sogar größtenteils eingestampft, wie der Innsbrucker Germanist Johann Holzner berichtet.

Abrechnung ohne Ergebnis

Das Arzt-Stück „Herr Doktor, haben Sie zu essen?“ wurde mehrfach umgearbeitet und fungierte auch unter den Titeln „Der Spurius“ oder „Vivat Academia“. Der Literaturwissenschaftler Bortenschlager vermerkt hierzu: „Mit bissigem Humor rechnet der Arzt Schönherr mit der Tätigkeit seiner Berufskollegen ab, den Professoren an der Universität, aber auch mit der Zeit, da die Akademiker arbeitslos sind und ihr Leben kaum fristen können, weil ihnen der notwendige ‚Spurius', der Geschäftsgeist fehlt. Es ist der tägliche Kampf zwischen den hohen Zielen des Berufes und den Entwürdigungen, welche der Alltag des Arztes mit sich bringt. Als Komödie gedacht, wurde das Stück zu einer bitteren sozialen Anklage.“ Die Arztthematik wird auch im „Narrenspiel des Lebens“ (1918) aufgegriffen: Ein alternder berühmter Chirurg sieht das Leben nur noch als Narrenspiel, als ihn die von ihm gerettete Selbstmörderin beschimpft, weil er sie nicht sterben ließ. „Der Polizist aber, der bei der Rettung eines Kindes verletzt wurde, stirbt ihm. Seine Jugendliebe hat Brustkrebs. So verzweifelt er an der Unzulänglichkeit der ärztlichen Kunst und vergiftet sich, damit ihm ‚seine Toten' nicht mehr erscheinen“ (Bortenschlager). Weitreichende Erfolge waren diese heute gänzlich vergessenen Arztstücke nicht.

Aufschwung mit Erfolg

Der Aufschwung Schönherrs beginnt erst wieder durch den Sieg der Nationalsozialisten. Trotz vielfacher Ehrungen (1908: Ritterkreuz des Franz-Joseph-Ordens; 1908: Bauernfeld-Preis; 1908: Deutsche Staats-Schiller-Preis; 1911: Grillparzer-Preis) ist die Positionierung von Karl Schönherr in der Literaturgeschichte umstritten. Rühmen ihn die einen als einen „Meister der Komprimierung“, rücken ihn die anderen in die Nähe der Blut-und-Boden-Literatur. Unumstritten ist, dass der Tiroler lange Zeit als der wichtigste und erfolgreichste österreichische Dramatiker neben Arthur Schnitzler angesehen wurde. Für seine Lyrik gilt ebenso wie für seine Prosa und erst recht für die Dramen, dass Heimatkunst und Naturalismus bestimmende Koordinaten für Schönherrs Werke sind. So heißt es denn auch in der einschlägigen wissenschaftlichen Litera-

tur zu den Theaterstücken: „Ihrem Gattungsnamen nach heißen seine Dramen nicht Volksstücke, aber sie sind es ohne Zweifel. Sie spielen größtenteils in der Tiroler Bauernwelt, gesprochen wird mit wenigen Ausnahmen Dialekt, die Personen sind stark typisiert, die Probleme gewissermaßen menschliche Grundkonflikte in einem von der städtischen Zivilisation unberührten heimatlichen Bereich“ (Aust). Aufbauend auf den Positionen des Volksstückes bei Anzengruber reichert Schönherr, wie die Literaturwissenschaftler Aust, Haida und Hein nachgewiesen haben, seine Stücke mit neuen, das heißt vor allem naturalistischen Motiven an. Schon in der Literaturgeschichtsschreibung der 30er-Jahre des letzten Jahrhunderts werden drei Gruppen von Schönherr – Dramen unterschieden: Heimatdramen und Bauernstücke, erotische Problem- und Thesenstücke, zu denen auch sogenannte Familiendramen zählen, und schließlich „Berufsdramen“ wie zum Beispiel „Die Bildschnitzer“ oder „Karrnerleut“.

Schon das erste Schauspiel Schönherrs spielt in Tirol und befasst sich mit der Zeit des Bauernaufstandes unter Andreas Hofer: „Der Judas von Tirol“. Es wurde in Wien uraufgeführt und legte mit den weiteren Schauspielen die Grundlagen zu jenem Erfolg, der es Schönherr ermöglichte, seine ärztliche Praxis in Wien zu schließen und sich nur noch dem Schreiben zu widmen. Den Sommer über verbrachte der Schriftsteller und Arzt in Tirol, zumeist in Telfs, später in Stams. Er konnte, „anders als sein großer Gegenspieler Franz Kranewitter, der sich in Innsbruck niedergelassen hatte und im übrigen seinem Geburtsort Nassereith verbunden blieb, einerseits sich aus dem kulturellen Gezänk in der Provinz befreien, andererseits einen Theaterbetrieb beobachten, der eine Fülle von Anregungen bot“, wie Johann Holzner, Spezialist für Tiroler Literatur an der Universität Innsbruck, schreibt. Er weist auch auf die Einflüsse von Ibsen und Gerhart Hauptmann auf Schönherrs Dialogführung und Rollengestaltung hin.

Schönherr machte rasch Karriere nicht in der Medizin, sondern in der Literatur. Er erhielt zahlreiche Angebote bedeutender Schaubühnen des deutschsprachigen Raumes und gab meistens dem Wiener Burgtheater oder dem deutschen Volkstheater in Wien den Vorzug bei der Uraufführung seiner Stücke. Seine Komödie „Erde“ begründete Schönherrs Ruhm über den deutschsprachigen Raum hinaus. Die Uraufführung fand 1907 in Zagreb in kroatischer Sprache statt, die deutschsprachige Erstaufführung erfolgte erst ein Jahr später am Düsseldorfer Schauspielhaus.

© Wikimedia Commons

Heimatkunst und Naturalismus sind die bestimmenden Koordinaten für Karl Schönherrs Werke. Unten: Panorama Telfs in Tirol. Dort arbeitete der Schriftsteller im Sommer oft auf seinem Landsitz – in passender Umgebung.

© Michael Bauer / Fotolia.com

Literarische Methodik

Das einstmals von Egon Friedell erfundene, von Johann Holzner zitierte, sanft ironische Interview mit Karl Schönherr wirft ein charakteristisches Licht auf die literarische Methodik, aber auch auf die lokale Anbindung von Schönherrs Dramenkunst: „Unsere Rundfrage: Woran arbeiten Sie? – Karl Schönherr: Ich arbeite an einem ganz komprimierten Dreiakter, in dem nur eine einzige Person vorkommt, und zwar ein Stummer. Das Stück spielt in Tirol.“ Unumstritten ist die holzschnittartige Typisierung der Figuren, die sich in der Regel als Schwache und Starke gegenüberstehen. Sind die einen strotzend vital, potent, sexuell aktiv, lebenstüchtig und kraftvoll, so sind die Gegenspieler schwach, romantisch verträumt und nicht selten sexuell inaktiv oder impotent. Gerade durch solche Kontrastierungen öffnet sich der Weg zum völkisch akzentuierten Stück. Allein die Titel sprechen für sich: „Glaube und Heimat“ mit dem Untertitel „Die Tragödie eines Volkes“ (1910) oder „Volk in Not. Ein deutsches Heldenlied“ (1916).

Die Wissenschaftler Aust, Haida und Hein zeigen, wie die Figuren der Stücke Schönherrs „aus nicht-intellektuellen, vitalistischen Trieben heraus leben“. Darauf hat schon Friedrich Kainz 1937 aufmerksam gemacht, wenn er schreibt: „Stets handelt es sich um elementare Triebe und Leidenschaften: Selbsterhaltungstrieb, Geschlechtstrieb, Liebe, Hunger, Sehnsucht nach Weibtum, nach dem Kind“. Und Alfred Polgar merkt 1908 an: „Schönherr ist als Dramatiker sozusagen: Biolog.“ Diese Grundlagen eignen sich durchaus für eine Weiterführung des Dramas in die Richtung der völkischen Ideologie, die mit der Mythisierung des Heimat- und Volksbegriffes, des Bewusstseins einer geschichtlichen Sendung und der Gewissheit einer Bedrohung verbunden ist: „Heimat und Eigenart des Volkes werden gegen äußere Bedrohung mit den besonderen Tugenden der Grenzlandbewohner verteidigt: Bodenständigkeit, Zähigkeit, Festigkeit, Treue, Selbstaufopferung“ (Aust). So war folgerichtig „die erste Novität, die nach dem sogenannten Anschluss 1938 am Burgtheater vorgestellt worden ist, Schönherrs letztes Stück ‚Die Fahne weht‘“ (Holzner). Dennoch vertritt der Innsbrucker Germanist die

Ansicht, ein Stück wie „Der Weibsteufel" sei mit der Blut-und-Boden-Literatur „nie und nimmer kompatibel".

„Der Weibsteufel"

Nach der spektakulären, inzwischen auch auf DVD erhältlichen Inszenierung von Martin Kušej am Wiener Burgtheater mit Werner Wölbern, Nicholas Ofczarek und Birgit Minichmayr in der Spielzeit 2008/2009 und der Wiederaufnahme dieser Inszenierung am Münchner Residenztheater 2011 erlebt „Der Weibsteufel" – und damit Karl Schönherr – eine Renaissance in der Beachtung. Ob damit eine „Neubewertung" verbunden ist, darf als Frage offen bleiben. Fest steht, dass „Der Weibsteufel" aus dem Jahre 1914 vielfach übersetzt und mehrmals verfilmt, Schönherrs erfolgreichstes Stück gewesen ist.

Worum geht es? Das Landestheater Innsbruck, das 2002 den „Weibsteufel" interessanterweise zusammen mit Schönherrs Zwei-Personen-Stück „Es" (1923) aufgeführt hat, schreibt auf seiner Internetseite: „Eine Frau lebt allein mit ihrem Mann in den Bergen. Sie pflegt und umsorgt ihren kränkelnden Mann, der von Natur aus sehr schwächlich ist. Die Frau möchte ein Kind. Der Mann entlohnt seine Frau mit Seide und Spitzen und der Aussicht auf ein schönes, repräsentatives Haus im Ort. Der Mann verdient sein Geld durch Schmuggelei und fällt damit auf. Ein Grenzjäger will die Frau mit seiner Männlichkeit verführen und sie dann über die illegalen Geschäfte des Mannes aushorchen. Die Frau empfindet plötzlich Lust. Der Grenzjäger verfällt der Frau und verliert langsam die Kontrolle. Der Mann will sein Eigentum, das sind seine Frau und sein Geld, behalten. Die Frau erkennt, dass sie von beiden Männern zu deren Zwecken benutzt wird. Sie spielt die beiden Männer gegeneinander aus (…). Aus der Sparsamkeit der dramatischen Mittel erwächst eine beklemmende Ausdrucksintensität. Mit bühnenwirksamen Dialogen in stilisiertem Dialekt und geschultem psychologischem Sinn für die unterschwelligen Zwischentöne dieses labilen Dreiecksverhältnisses konstruiert Schönherr ein Inferno unerfüllter Leidenschaften, in dem jeder des anderen Teufel ist.

Auch in ‚Es', einem Zwei-Personen-Stück aus dem Jahr 1923, wird die Frau zur Handelnden. Szenen einer Ehe: Aus der Idylle eines ungetrübten Beginns voller Hoffnung wird für ein Arztehepaar ein Alptraum, als der Mann, ein strikter Verfechter der Fortpflanzungskontrolle, seiner schwangeren Frau eröffnet, dass er an einer vererbbaren Krankheit leide. ‚Die kranken Äste müssen abgehauen werden!' Der Arzt nützt die Ohnmacht seiner Frau für eine Abtreibung. Doch sie beginnt, für ein ‚Es' zu kämpfen (...). Es ist mehr als die Darstellung eines privaten Beziehungsdramas durch zwei diametral entgegengesetzte Lebensprinzipien: Es geht auch um Wissenschaft als Ideologie und um die Grenzen der Machbarkeit."

All jene Interpreten, die im „Weibsteufel", in diesem „rabiaten Stück Volkstheater" eine „Strindbergiade um eine Frau und zwei Männer und eine erotische Gaunerkomödie aus den Tiroler Bergen" erkennen, akzentuieren einerseits die Triebkontrolle der beiden Männer, die freilich angesichts der „Dynamik des Begehrens" nicht funktionieren kann, sehen aber andererseits auch eine Aufwertung der Frau: „Von den konkurrierenden Männern zur Ware degradiert, erkennt sie in ihrem Warenwert ein Kampfmittel. Sie lernt, den ihr zugemessenen Wert zu steigern, einzusetzen, in Tausch zu bringen und die Herren der Ökonomie am Ende mit ihren eigenen Mitteln zu schlagen" (Edition Burgtheater DVD).

Folgt man dem Literaturprofessor Bortenschlager, der ausführlich über das Tiroler Drama und Tiroler Dramatiker gearbeitet hat, so „vernichtet (…) die Eigengesetzlichkeit dieser weiblichen Natur, was sich ihr in den Weg stellt, sie ist die Urkraft des Weibes schlechthin. Die Menschen tragen in dem Stück keine Namen, sind keine Individuen mehr, sondern nur Weib, Mann und Grenzjäger; dies erinnert bereits an den beginnenden Expressionismus."

Handelt es sich beim „Weibsteufel" am Ende um ein Emanzipationsstück? Trifft hier „weibliche Urgewalt" auf „männliche Kampfzonen", wie Eva Maria Klinger in ihrer Wiener Premierenkritik 2008 vermutet? Wird hier „eine Dreiecksgeschichte von Strindbergschem Ausmaß" erzählt? Egbert Tholl, der Kritiker der „Süddeutschen", erkennt immerhin die „ideologischen Fallen des Stücks", das von einem „Hauch von Lebensborn" durchweht werde. Er bemerkt „den Ibsen im Schönherr", denn es gehe um eine „ebenso pralle wie präzise Zeichnung einer Ehe- und Liebeshölle aus fernen Zeiten." Anlässlich einer Aufführung zum Berliner Theatertreffen vermerkt allerdings in einem Online-Forum namens nachtkritik.de ein Zuschauer mit dem online-Namen „schön? herr!": „Wirklich bemerkenswert. Die deutschen Kritiker jubeln geschlossen eine Aufführung hoch, die sich inhaltlich und ästhetisch in Nazisymbolik suhlt. Der teutsche Wald liefert den Hintergrund. Monumental finster. Dann wird eine Fabel aufgetischt, die darauf hinausläuft, dass der gesunde Wunsch des Weibs nach einem Kind den schwachen, kränklichen, ränkeschmiedenden Intellektuellen aus dem Weg räumt, um endlich mit dem gesunden Soldaten Kinder zeugen zu können. Wortwahl und Idee wie aus dem Nazibilderbuch. Dabei von einer schlichten Dumpfheit. Dass die Kritiker, die das mit Ibsen oder Strindberg vergleichen, diese vielleicht mal lesen sollten. Ein Frauenbild, das direkt aus der Urgesellschaft stammt. Eine Fabel, in der nichts wahr, alles nur Blut und schweißtriefendes gewolltes Symbol ist. Eine Dreiecksgeschichte, die mit dem Holzhammer passend gedroschen wurde."

Wer die Wiener/Münchner Inszenierung gesehen hat, der wird nicht umhin können, jene ideologiekritischen Einwände ernstlich zu bedenken, die gegen das Stück trotz aller Aktualisierungsversuche und trotz aller schauspielerischer Glanzleistungen vorzubringen sind. Die Grundthematik wabert eben doch mehr, als sie dramaturgisch überzeugt: hier der potente und virile Grenzjäger, dort der impotente Ehemann und Hehler, dazwischen ein gebärlüsternes Weib, das bereits Kindswäsche hortet. Freilich könnte sich angesichts dessen im Kontext von Ökospießertum und fundamentalistisch-biologistischer Weiblichkeitsdiskussion so etwas wie eine Renaissance von Schönherr durchaus abzeichnen. □

LITERATUR

beim Verfasser

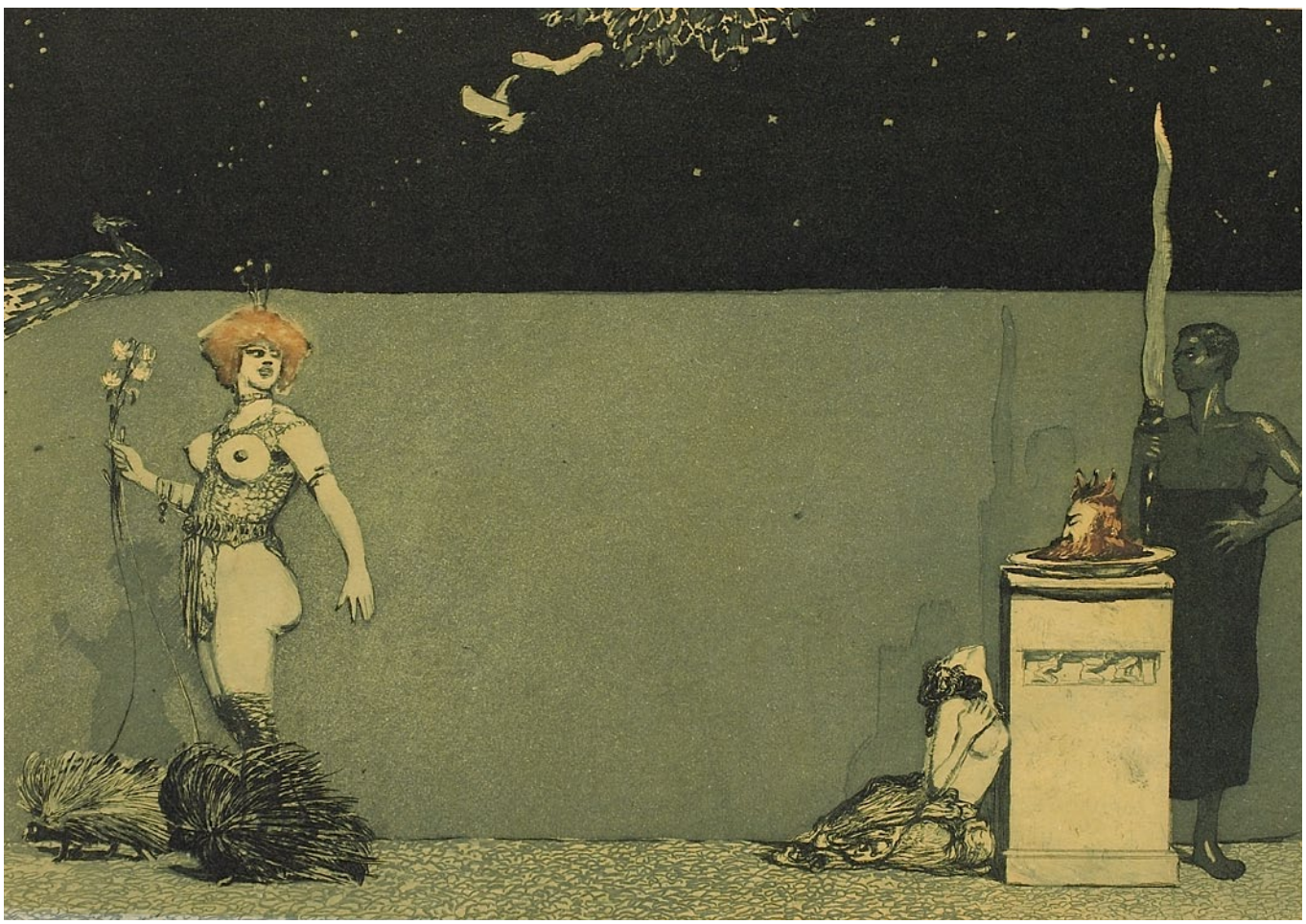
PROF. DR. GERHARD KÖPF

Ariboweg 10, 81673 München

E-Mail: aribo10@web.de

August Brömse
Schattenseiten des Menschen

Das Kunstforum Ostdeutsche Galerie in Regensburg hat sich in den letzten Jahren, wie mehrfach im NeuroTransmitter aufgegriffen, um die Wiederentdeckung von Künstlern verdient gemacht, die im Kunsthype der großen Namen in den letzten Jahrzehnten mehr oder weniger übergangen worden waren. Ähnlich erging es August Brömse, der als Student der „Königlichen Akademie der Künste“, als Maler und Grafiker zuerst in Berlin, dann ab 1910 bis zu seinem Tod als geachteter und angesehener Akademieprofessor in Prag gelebt und gewirkt hat. Dort leitete er die „Graphische Spezialschule“, wurde er 1919 von jungen Künstlern aus seinem Umkreis zum geistigen Führer der Gruppe „Die Pilger“ gewählt.



© Kunstforum Ostdeutsche Galerie Regensburg

August Brömse: „Prometheus“, um 1910 (Tempera)

© Kunstforum Ostdeutsche Galerie Regensburg

August Brömse: „Alles um Liebe", Blatt 56 aus dem Zyklus „Das ganze Sein ist flammend Leid", 1907 (Radierung)

© Kunstforum Ostdeutsche Galerie Regensburg

© VG Bild-Kunst, Bonn 2011

Von der Kunst des Urgroßvaters sichtlich inspiriert: links: August Brömse: „Der Angeklagte", 1924 (Papierlithografie); rechts: Urenkelin Kathrin Brömse: „O. T.", 2005 (Kohle und Acryl)

Das Kunstforum Ostdeutsche Galerie in Regensburg beherbergt und verwaltet den Nachlass von August Brömse, der neben etwa 12.000 Druckgrafiken mehrere 100 Zeichnungen und an die 680 Gemälde, Skizzentafeln und kleinformatige Temperaskizzen, vor allem jedoch auch die Korrespondenz zwischen Brömses und seiner späteren Frau Else Schünemann umfasst. Gerade letzteres bietet ausgezeichnetes Quellenmaterial, das Verständnis zum biografischen und geistigen Hintergrund seiner Kunst vermittelt.

Einheit von Biografie und künstlerischem Schaffen

Brömse selbst schrieb in einem Brief an seine Frau Else Schünemann vom Ursprung seiner Kunst: „Ich gebe mit meinem Werk meine Persönlichkeit. Was ich sah, erlebte und erlitt. Frohes und Schmerzvolles". Viel Frohes hat dieser Künstler in seinem Werk jedoch nicht anzubieten. Sein erster Radierzyklus befasste sich mit dem Thema „Tod und Mädchen" (siehe Titelbild dieser Ausgabe), ein späterer grafischer Zyklus ist mit „Das ganze Sein ist flammend Leid" betitelt. So schreibt denn auch die Kustodin dieser Ausstellung im Kunstforum Ostdeutsche Galerie, PhDr. Gabriela Kâsková: „Das Thema von Versuchung und Schuld als etwas, das tief im Inneren der menschlichen Seele nagt, umkreiste Brömse in seinen grafischen Arbeiten immer wieder. Einzelblätter aus der Zeit nach 1910 illustrieren die Botschaft ‚Das ganze Sein ist flammend Leid' an Beispielen von archetypischen Lebenssituationen. Die Gestalten von Bettlern, Blinden und Wahnsinnigen, die Brömse auf den Prager Straßen treffen konnte, werden zu Wahrzeichen des leidvollen Schicksals (…). Spätere Grafiken zeigen den seinen Ängsten und Trieben ausgelieferten Menschen, von bedrückenden Gemütszuständen und Empfindungen gequält. In der Intensität seiner Aussagen nähert sich Brömse den Werken von Edvard Munch. Thematische Parallelen lassen sich auch in den Arbeiten deutscher Kollegen wie zum Beispiel Erich Häckel, Ernst Barlach und Käthe Kollwitz erkennen." Diese bedrückt-bedrückende Sicht der menschlichen Existenz, der Brömse in seinem Werk packend Ausdruck gibt, wird auch aus einem Briefzitat deutlich, in dem er resümiert: „(…) wenn wir so durchgehen, was wir erlebt und andere um uns und mit uns, so kommen wir zum Schlusse, dass eigentlich nur Leid, offenes und verstecktes auf der Welt ist." Da er an anderer Stelle äußerte „wir brauchen uns gar nicht vor dem Schmerz zu fürchten, oder vor dem Tragischen in der Kunst, denn in der Kunst kann uns nichts niederdrücken, jedoch erschüttern, und dann erheben, aufrichten und froh machen", denkt Kâsková, dass Brömse in seiner Kunst seinen eigenen Weg zur Erlösung gesucht habe. Im künstlerischen Schaffen verarbeite und überwinde er seine persönlichen Abgründe und Schattenseiten, hier fände der mystische Prozess der Annäherung an das Transzendente statt.

Mit dem Urgroßvater in einer Ausstellung

Wohl als Symbol für seine künstlerische Existenz ist Brömses Bild vom gefesselten Prometheus zu verstehen, der in Analogie zu einem leidenden Christus an das Atlas-Gebirge gekettet, ergeben darauf wartet, dass der Adler des Zeus ihm ein Stück seiner Leber wegfrisst. Als starker Kontrast dazu bietet sich dem Blick des Betrachters in der Ferne eine geradezu ideale, friedlich hingebreitete Landschaft dar – sicherlich eine Hommage an eines der großen Vorbilder von Brömse, an Albrecht Dürer und dessen Darstellungen der Apokalypse.

Eine besondere Note erhält die Ausstellung im Kunstforum Ostdeutsche Galerie dadurch, dass auch die Urenkelin von August Brömse, Kathrin Brömse einen Teil ihrer Werke zeigt, uns als Künstlerin mitunter von den Werken ihres Urgroßvaters inspiriert wirkt. Auch dieses Werk steht unter dem Zeichen, die Schattenseiten des Menschen sichtbar zu machen. **za**

Ort	Veranstaltung	Anmeldung / Organisation
22.3.2012 in Berlin, Urania	**10. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag** „Initiative – Neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt“	Geschäftsstelle des BVDN Dagmar Differt-Fritz, Gut Neuhof Am Zollhof 22a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
24.3.2012 in Nürnberg, Maritim Hotel	**Bayerische BVDN-Frühjahrstagung** „Nervenärzte, Psychiater, Neurologen – Wie teilen wir uns die neuropsychiatrische Versorgung?“	Athene Akademie Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055526, Fax: 0931 2055525 E-Mail: g.schuster@athene-qm.de
21.4.2012 in Aachen	**Wissenschaftliches Symposium der Arbeitsgemeinschaft Autonomes Nervensystem**	PD Dr. Christina Haubrich, Neurologische Klinik, Universitätsklinikum Aachen Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen E-Mail: chaubrich@ukaachen.de Prof. Dr. Rolf R. Diehl, Neurologische Klinik, Alfried-Krupp-Krankenhaus Essen Alfried-Krupp-Str. 21, 45131 Essen E-Mail: Rolf.diehl@krupp-krankenhaus.de
31.5. – 2.6.2012 in Hamburg, University Medical Center, Campus Lehre	**RIMS 2012** Rehabilitation in Multiple Sclerosis 17th Annual Conference 2012	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Institut für Neuroimmunologie und Klinische MS-Forschung (inims), Prof. C. Heesen Martinistr. 52, 20246 Hamburg Tel.: 040 7410-54076, Fax: 040 7410-56973 www.inims.de / www.uke.de
14. – 16.6.2012 in München	**13. Münchner Neuroradiologie Symposium** *Schwerpunkte:* Hirnanatomie, Entzündliche und metabolische ZNS-Erkrankungen, Neuro-pädiatrische Bildgebung, Epilepsie etc.	LMU – Klinikum der Universität München Campus Großhadern, Abteilung Neuroradiologie Marchioninistr. 15, 81377 München E-Mail: eveline.jung@cocs.de
16.6.2012 in Aachen	Symposium 2012 **„Aggressive Verhaltensstörung im Jugendalter – Möglichkeiten kooperativer Hilfen durch Kinder- und Jugendpsychiatrie“** der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	Stiftung-KJPP, Christian K. D. Moik Lütticher Str. 512b, 52074 Aachen Tel.: 0241 73960, Fax: 0241 79419 E-Mail: info@Stiftung-kjpp.de www.stiftung-kjpp.de
Termine der Fortbildungsakademie		
10./11.3.2012 in Frankfurt am Main 14 CME-Punkte	**Kausalitätsfragen in der gesetzlichen Unfall-versicherung und Sozialrechtliche Beurteilung von Fibromyalgie und Schmerzstörungen**	Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP, Nadya Daoud Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax 0931 2055511 E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de
17.3.12 in Stuttgart 28.4.12 in Hamburg 5.5.12 in Berlin 2.6.12 in Köln 16.6.12 in München 8 CME-Punkte	**ADHS im Erwachsenenalter**	Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP, Nadya Daoud Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax 0931 2055511 E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de

BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

www.bvdn.de

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

1. Vorsitzende der Landesverbände
Baden-Württemberg: Falk von Zitzewitz, Klaus Peter Westphal
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Gisela Damaschke
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Peter Laß-Tegethoff
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: Rüdiger Sassmanshausen

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

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

Referate
Demenz: J. Bohlken
Epileptologie: R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: P. Reuther
Neurootologie, Neuroophtalmologie: M. Freidel
Neuroorthopädie: B. Kügelgen
Neuropsychologie: P. Reuther
Neuroonkologie: W. E. Hofmann
Pharmakotherapie Neurologie: G. Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: R. Urban
Prävention Psychiatrie: C. Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: P. Reuther
Schlaf: R. Bodenschatz, W. Lünser
Schmerztherapie Neurologie: U. Meier, M. Körwer
Schmerztherapie Psychiatrie: R. Wörz
Suchttherapie: U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie: M. Freidel

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

BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen

www.neuroscout.de

Vorstand des BDN
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
Anhaltszahlen/Qualitätssicherung: F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation: H. Masur
CME: F. Jungmann, P. Reuther
DRG: R. Hagenah, R. Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden
DGNR: H. Masur / **AG ANR:** P. Reuther
BV-ANR: P. Reuther / **UEMS:** F. Jungmann

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

BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP
1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: Christian Vogel, München
Schriftführer: Sabine Köhler, Jena
Schatzmeister: Oliver Biniasch, Ingolstadt
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Frank Bergmann, Aachen; 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: Delia Peschel
Bremen: n.n
Hamburg: Ute Bavendamm, Guntram Hinz
Hessen: Peter Kramuschke
Mecklenburg-Vorpommern: Christine Lehmann
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 485 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 350 EUR für Fachärzte an Kliniken/Gemeinschaftspraxismitglieder; 90 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 485 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 350 EUR für Fachärzte an Kliniken/Gemeinschaftspraxismitglieder; 90 EUR für Ärzte in Weiterbildung).**

☐ **Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.**

☐ **Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 625 EUR.**

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

Tel.-Nr. _____ **Fax** _____

E-Mail/Internet: _____

Ich bin ☐ **niedergelassen** ☐ **in der Klinik tätig** ☐ **Chefarzt** ☐ **Facharzt**

☐ **Weiterbildungsassistent** ☐ **Neurologe** ☐ **Nervenarzt** ☐ **Psychiater**

☐ **in Gemeinschaftspraxis tätig mit:** _____

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

☐ **Fortschritte Neurologie / Psychiatrie** ☐ **Aktuelle Neurologie**

☐ **Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG** ☐ **Psychiatrische Praxis**

☐ **Die Rehabilitation** ☐ **Psychotherapie im Dialog**

☐ **PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie** n **Balint-Journal**

Es ist nur e i n e 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	ÄK	02641 26097	02641 26099	Dapprich@uni-bonn.de
Dr. Günter Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. Volkmar Figlesthaler	Speyer	ja	ÄK	06232 72227	06232 26783	vrfr@aol.com
Dr. Rolf Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. Christa Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	0160 97796487	02632 964096	C@Dr-Roth-Sackenheim.de
Dr. Klaus Sackenheim	Andernach	ja	ÄK/KV	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. Siegfried Stepahn	Mainz	ja	ÄK	06131 582814	06131 582513	s.stephan@nsg-mainz.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
Wißtstr. 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. Oliver Biniasch
Friedrich-Ebert-Str. 78, 85055 Ingolstadt,
Tel.: 0841 83772, Fax: 0841 83762
E-Mail: psypraxingo@t-online.de

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

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

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

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

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

Dr. Gisela Damaschke
Bergstr. 26, 15907 Lübben,
Tel.: 03546 4038, Fax: 03546 8409
E-Mail: mail@nervenarzt-luebben.de

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

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

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

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

Dr. Joachim Eißmann
Brühlstr. 15, 66606 St. Wendel/Saar,
Tel.: 06851 2112, Fax: 06851 2777

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

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

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

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 Bahnhofsplatz 4,
81241 München, Tel.: 089 896068-0
Fax: 089 896068-22, E-Mail: fries@elfinet.de

Prof. Dr. Christian Gerloff
Universitätsklinikum Hamburg-Eppen-dorf,
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. Sabine Köhler
Dornburger Str. 17a, 07743 Jena,
Tel.: 03641 443359
E-Mail: sab.koehler@web.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 Str. 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

Dipl. med. Delia Peschel
Fröbelstr. 1, 03130 Spremberg,
Tel.: 03563 52213, Fax: 03563 52198
E-Mail: delip@web.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.-Erxleben-Str. 2,
01968 Senftenberg,
Tel.: 03573 752150, Fax: 03573 7074157
E-Mail: ProfReinhardt@web.de

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

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

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

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

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

Dr. Michael Schwalbe
Annendorfer Str. 15,
06886 Lutherstadt-Wittenberg,
Tel.: 03491 442567; Fax: 03491 442583

Dr. Karl-Otto Sigel
Hauptstr. 2, 82008 Unterhaching,
Tel.: 089 6653917-0, Fax: 089 6653917-1
E-Mail: dr.sigel@neuropraxis-muenchen.de

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

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

Dr. Siegfried R. Treichel
Halterner 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 Dillenbrug,
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

Arbeitgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)
von BVDN und BDN,
Sprecher: Dr. Dr. Paul Reuther,
Schülzchenstr. 10,
53474 Ahrweiler,
E-Mail: preuther@rz-online.de

Athene Akademie
Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen
Geschäftsführerin:
Gabriele Schuster,
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.bundesaerztekammer.de

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

Neurologie

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
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.schillinig@uke.uni-hamburg.de

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

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

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

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

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

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

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

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

Psychiatrie

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

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

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

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)
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 Mauspfad 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. 14 vom 1.10.2011

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 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise:
Einzelheft: 22 €. Jahresabonnement: 203 €. Für Studenten/AIP: 142 €. Versandkosten jeweils: Inland 28 €, Ausland 40 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 49,95 € zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright – Allgemeine Hinweise:
Veröffentlicht werden nur Arbeiten und Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Druck:
KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© **Verlag Urban & Vogel GmbH, München**

ISSN 1436-123X

LA-MED geprüft Facharzt-Studie 2008

© Yuri Arcurs / shutterstock.com

Vorschau

Ausgabe 3/2012

März

Erscheint am 13. März 2012

Therapieresistente Depression

Für die Behandlung der Therapieresistenz auf Antidepressiva wurden unterschiedliche pharmakologische Behandlungsstrategien entwickelt, die eine Ververbesserung der depressiven Symptomatik ermöglichen können.

Orale Antikoagulation

Vorhofflimmern ist ein wichtiger unabhängiger Risikofaktor für ischämische Insulte. Die neuen oralen Antikoagulanzien stellen einen großen Fortschritt in der Primär- und Sekundärprävention des Schlaganfalls dar.

Wann macht der Beruf krank?

Der Beruf des Psychotherapeuten ist mit großen seelischen und körperlichen Belastungen verbunden, die im Hinblick auf den eigenen Gesundheitszustand hohe Anforderungen an die Psychohygiene erfordern.