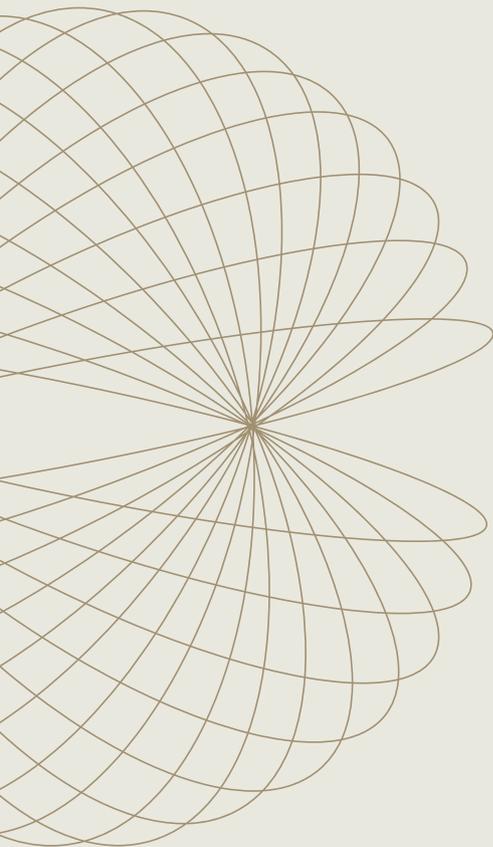


3

März 2013 _ 24. Jahrgang _ www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

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



Psychiatrie-Entgeltgesetz
Zurück zur Verwahropsychiatrie?

BVDP-Stellungnahme zur Zwangsbehandlung
Vom Wert der „Reanimation der Seele“

CME: Polyneuropathien im Alter
Rein altersbedingte PNP gibt es wohl nicht



»Als Spezialisten für das Gehirn kennen wir uns bestens aus mit den Stress verarbeitenden neuronalen, neuroendokrinen und neuroimmunologischen Systemen.«

Dr. med. Uwe Meier
Vorsitzender des BDN

Neurologie – von der Diagnostik zur Therapie zur Prävention?

Als Neurologen haben wir in den letzten Jahren zur Recht immer wieder betont, dass sich unser Gebiet von einer medizinhistorisch eher diagnostischen Disziplin zu einem therapeutischen Fach entwickelt hat. Die Therapiemöglichkeiten in der Neurologie stehen dabei hinter anderen konservativen Fächern nicht zurück. Dies betrifft interventionelle Verfahren ebenso wie moderne Neuropharmakologie und Immuntherapien, aber auch interdisziplinäre und multimodale Ansätze in der Schmerztherapie und Neurorehabilitation. Natürlich steigt die Arbeitszufriedenheit immens, wenn wir uns nicht nur diagnostisch klug äußern, sondern unseren Patienten auch therapeutisch tatsächlich helfen können.

Wie verhält es sich aber mit der Verhinderung von Krankheiten? Das Bundesministerium für Gesundheit hat jüngst ein Referentenentwurf zur Förderung der Prävention vorgestellt. Auch wenn noch unklar ist, ob das Gesetz noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden kann, begrüßen wir diese Gesetzesinitiative ausdrücklich. Welche Rolle spielt nun die Neurologie? Bemerkenswert ist zunächst der Umstand, dass unter den zahlreichen Fachgesellschaften und Verbänden die Neurologen nicht explizit zur Stellungnahme angeschrieben worden sind. Dies ist für sich genommen nichts Ungewöhnliches, es können schließlich nicht alle Verbände aufgeführt werden. Dennoch sollten wir dies zum Anlass für eine kritische Reflexion nutzen. Wie ist unsere Rolle als Präventionsmediziner in der internen und externen Wahrnehmung? Ist Prävention überhaupt ein Thema in der Neurologie?

Letztere Frage ist unbedingt zu bejahen! Professor Wolfgang Oertel hat auf der letzten DGN-Tagung, seinerzeit als DGN-Präsident, ein bedeutungsvolles wie zukunftsweisendes Plädoyer für die Neuroprävention gehalten und 5 Milliarden jährlich für die Erforschung von Hirnkrankheiten gefordert. Tatsächlich besteht in Anbetracht der epidemiologischen Herausforderungen hier noch ein erheblicher Wissensbedarf, etwa wie wir neurodegenerativen Krankheiten mit neuroprotektiven oder neuropräventiven Strategien künftig besser begegnen können. So lange sollten wir aber nicht warten. Bereits jetzt wissen wir, wie sich Lebensstile positiv oder negativ auf neurovaskuläre und neurodegenerative Erkrankungen auswirken.

Lebensstilfaktoren werden aber noch zu sehr im Rahmen negativer Risikoprofile thematisiert und wahrgenommen. Dabei könnten Neurologen und Nervenärzte dieses Thema durchaus ressourcenorientiert angehen. In Fragen der Primär- und Sekundärprävention neurovaskulärer Erkrankungen, aber auch von Demenzen können wir bereits jetzt das verfügbare Wissen in Präventionskonzepten bündeln und den Patienten zugänglich machen. Gesunde Ernährung, Rehasport-Konzepte und Stressmanagement sollten durchaus Themen sein, die wir in Netzwerken zusammen mit Rehasport-Einrichtungen und Ernährungsberatern, aber auch mit Hausärzten und Kardiologen offensiv angehen. Als Spezialisten für das Gehirn kennen wir uns zudem bestens aus mit den Stress verarbeitenden neuronalen, neuroendokrinen und neuroimmunologischen Systemen. Liegt es da nicht nahe, dass wir in Kooperation mit Psychiatern und Psychotherapeuten Angebote zum richtigen Umgang mit Stress, Präventionsangebote für gesundheitsbewusste Menschen und gesundheitsorientierte Betriebe sowie Therapiekonzepte – etwa für stressmodulierte Schmerzkrankheiten – formulieren? Diese Aufzählung ließe sich beliebig erweitern. Die Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP haben bereits begonnen betriebliche Präventionskonzepte zu erarbeiten und umzusetzen (siehe unter anderem auch Bericht vom Neurologen- und Psychiatertag 2012 im NEUROTRANSMITTER 4/2012, Seite 18 ff). Packen wir es an!

Mit herzlichen Grüßen,

Ihr



8 Kreativität ist gefragt

Vertragsärzte in Nordrhein müssen seit dem Übergang von Individualbudgets auf einen einheitlichen Punktwert im Jahr 2009 mit deutlich verringerten Vergütungen rechnen. Um sich nicht ins wirtschaftliche Aus zu manövrieren sind kreative Lösungsansätze und Kooperationen gefragt – wie sie die Architekten der Gehry-Bauten am alten Zollhof in Düsseldorf mit Rund und Eckig bereits erreicht haben.

26 Hausbesuchspflicht von Fachärzten

Hausbesuche werden laut Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMÄ) in der Regel von behandelnden Hausärzten durchgeführt. Wann und unter welchen Voraussetzungen auch Fachärzte zu einem Hausbesuch verpflichtet sind und wie groß dabei der Einzugsbereich sein darf, darüber klärt Dr. Gunther Carl im Rahmen der Serie Praxisprobleme auf.

Titelbild (Ausschnitt): „sea chess“
von Iskren Semkov

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 **Versorgung verbessern trotz begrenzter Mittel**

Neues aus dem BVDN-Landesverband Nordrhein

10 **Wann immer möglich zu vermeiden – in bestimmten Notfällen lebensrettend**

BVDP-Stellungnahme zur Zwangsbehandlung

13 **Menschen mit psychischen Störungen brauchen mehr Unterstützung**

Stellungnahme zum Referentenentwurf Präventionsgesetz

14 **Gesundheitspolitische Nachrichten**

SPD will Prämien und Zusatzbeiträge abschaffen
Vertragsärztliche Honorarverhandlungen in den KVen

Rund um den Beruf

16 **Zurück zur Verwehropsychiatrie?**

Vergütungssystem für die stationäre Psychiatrie und Psychosomatik in der Kritik

23 **Tinnitus – das quälende Ohrgeräusch**

Interview mit Prof. Dr. Gerhard Goebel, Prien

26 **Nur „erforderliche“ Hausbesuche sind ein Muss**

Serie Praxisprobleme (Teil 5)

28 **Pferdeallerlei**

Satire von PD Dr. Albert Zacher

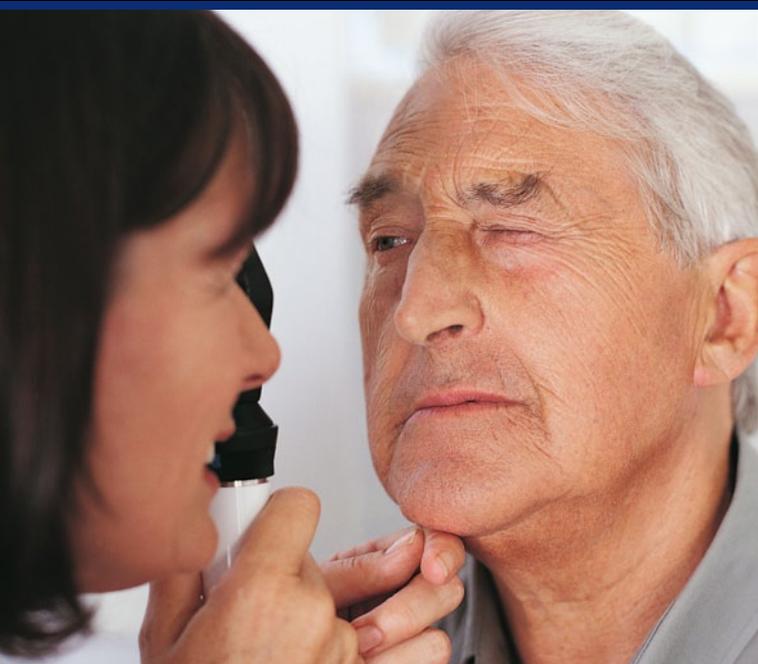
29 **Zur Überarbeitung der Soziotherapie-Richtlinien**

Berufspolitischer Beitrag aus der Mitgliedschaft

30 **Nachruf Klaus H. Heinsen**

33 **Zusammen arbeitet es sich leichter**

Drs. Stephanie und Stephan Gierer im Praxisporträt



54 Polyneuropathien im Alter

Man geht heutzutage davon aus, dass es eine allein durch das Alter hervorgerufene Polyneuropathie (PNP) nicht gibt, sondern dass zum einen am peripheren Nervensystem altersbedingte Veränderungen entstehen und zum anderen krankhafte Veränderungen vorzufinden sind, die sich ätiologisch nicht von denen anderer Lebensabschnitte unterscheiden. Im Einzelfall kann es schwierig sein, „altersphysiologische“ von geringen krankhaften Veränderungen abzugrenzen.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. Gunter Freese

Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435

E-Mail: gunter.freese@springer.com

Schriftleitung:

Dr. med. Gunther Carl

Telefon: 09321 5355, Fax: 09321 8930

E-Mail: carlg@t-online.de

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



BVDN



BDN



BVDP

Fortbildung

- 34 Morbus Parkinson Schlaganfall?**
Langzeiterfahrung mit Tiefer Hirnstimulation
- 40 Nicht nur die Leber ist in Gefahr**
Epidemiologie und Behandlung der Alkoholabhängigkeit
- 45 Das unterschätzte Risiko**
Suizidgefährdung bei Demenzzkranken
- 47 Posttraumatische Epilepsie und Verhaltensstörungen**
Neurologische Kasuistik
- 54 CME: Polyneuropathien im Alter**
Altersphysiologisch oder krankhaft verändert?
- 59 CME-Fragebogen**



Journal

- 66 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Dino Buzzati Erzählung „Das Haus mit den sieben Stockwerken“
- 70 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Iskren Semkov – Meister des Trompe-l'Œil

- 15 Kleinanzeigen**
- 61 Pharmaforum**
- 72 Termine**
- 74 Verbandsservice**
- 79 Impressum/Vorschau**

BVDN-Landesverband Nordrhein

Versorgung verbessern trotz begrenzter Mittel

Mit dem Übergang von Individualbudgets auf einen bundeseinheitlichen Punktwert zum 1.1.2009 sahen sich Vertragsärzte in Nordrhein plötzlich einer deutlich verringerten Vergütung gegenüber. Ein Ausgleich fand nie statt. Da heißt es kreativ zu sein, um auf einen steigenden Versorgungsbedarf reagieren zu können, ohne sich wirtschaftlich ins Aus zu manövrieren.

Schnittstellen definieren, vernetzen, aktiv neue gesundheitspolitische Rahmenbedingungen mitgestalten, das sind die wichtigsten Stoßrichtungen des BVDN-Landesverbands Nordrhein derzeit. Das wird nicht wettmachen, dass Nordrhein effektiv Geld fehlt, wie Dr. Frank Bergmann, nicht nur 1. Vorsitzender der BVDN Bund, sondern auch des Landesverbands Nordrhein, konstatieren muss. Bis 2009 gab es in Nordrhein zehn Jahre lang Individualbudgets mit der Folge, dass Ärzte die Leistungsmenge mehr und mehr auf das Budget ihrer Praxis zuschnitten, also begrenzten. So blieb der Punktwert hoch, die Leistungsmenge war relativ niedrig. Mit Einführung des bundeseinheitlichen Orientierungspunktwerts zum 1.1.2009 fehlte in Nordrhein plötzlich Geld, während an-

dere Länder mit hoher Leistungsmenge und inflationär niedrigem Punktwert viel mehr Geld erhielten. „Davon hat sich Nordrhein nie erholt“, sagt Bergmann. Zu einem ursprünglich vorgesehenen Ausgleich oder Stützungsmaßnahmen kam es nie, sodass Nordrhein auch nach der erneuten Regionalisierung der Budgets weiterhin mit den geringeren Mitteln klarkommen muss.

Mangelnde Versorgungstiefe

Die niedrige morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, niedrige Regelleistungsvolumina (RLV) und qualitätsgebundene Zusatzvolumina (QZV), die niedrigen Fallwerte, das alles führt dazu, dass die Versorgungstiefe in Nordrhein leidet. „Wenn sie einen Fallwert von 50 € haben, ist es sehr schwierig, beispielsweise eine

umfangreiche neurologische Diagnostik mit Lumbalpunktion und Elektrophysiologie zu machen und die Patienten mehrmals im Quartal zu sehen“, erläutert Bergmann und ergänzt: „Die Situation ist in der Psychiatrie nicht anders.“ Dazu kommen Probleme der Nachbesetzung freier Praxen – insbesondere in ländlicheren Regionen und lange Wartezeiten für Patienten. „Diese Probleme hängen alle zusammen“, betont Bergmann und Dr. Uwe Meier, Grevenbroich, BDN-Landessprecher und 1. Vorsitzender des BDN, ergänzt: „Bundesweit gibt es Fehlanreize im System. Wenn das Budget für die Praxen nicht reicht, kommt es zu sektorenübergreifenden Verschiebungen, die medizinisch wie ökonomisch unsinnig sind.“ So sind die Klinikambulanzen überlaufen und



In Nordrhein ist Kreativität gefragt, wie hier bei den Gehry-Bauten am alten Zollhof in Düsseldorf.

Hausarztpraxen müssen wegen der langen Wartezeiten mit einem Rückstau schwer kranker Patienten fertig werden. „Diese bundesweit existierenden Probleme gibt es in Nordrhein noch einmal verschärft“, bemerkt Meier.

KV mit im Boot

Die Misere an sich lässt sich derzeit nicht ändern, auch die gute Zusammenarbeit mit der KV ändert daran nichts. „Sie kann ja das Geld auch nicht drucken“, meint Meier, betont aber dass sich die KV in Nordrhein wirklich zu einem Dienstleister entwickelt hat. Wichtig ist dem Neurologen, dass man in Nordrhein weg kommt von der ständigen Umverteilung von einer Fachgruppe auf die andere. Die Misere betrifft ja alle gleichermaßen.

Die guten Kontakte zur KV haben die Berufsverbände aber doch genutzt, um das zur Verfügung stehende Honorar gerecht zu verteilen, beispielsweise die QZV leistungsbezogen auszubezahlen und nicht mit der Gießkanne, wie Bergmann erläutert: „Derjenige, der viele Heimbesuche macht oder derjenige, der viele Untersuchungsleistungen erbringt, muss auch mehr bekommen als der, der das nicht tut.“ Froh sind Bergmann wie Meier, dass der BVDN Nordrhein zusammen mit den Landessprechern von BDN und BVDN es geschafft haben, über die Untergruppen hinweg – Neurologen, Nervenärzte, Psychiater – wirklich gemeinsam Berufspolitik vor Ort zu machen. Eine Aufspaltung wie in anderen Bundesländern kam nie infrage.

Licht und Schatten der IV

Eine besondere Leistung der Berufsverbände ist zweifellos die Initiierung besonders vieler Projekte im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung, die zum Teil landesweit, zum Teil inzwischen sogar bundesweit Verbreitung gefunden haben. So existieren Verträge der „Integrierten Versorgung“ (IV) in den Indikationen Multiple Sklerose (MS), Kopfschmerz, Schlaganfall oder ambulante videogestützte Parkinsontherapie. Solche Projekte werden weiter wichtig sein, um die Versorgungssituation im Rheinland auch unter den derzeitigen Budgetbedingungen zu verbessern. Die dort gemachten Erfahrungen helfen aber

auch bei den anstehenden Verhandlungen zur spezialfachärztlichen Versorgung im Bereich Epilepsie und MS. Die Ergebnisse des IV-Vertrags zur MS waren zudem so überzeugend, dass die Krankenkassen auch bereit sind, neue Leistungskomplexe zu definieren, wie Meier berichtet: „Wir haben mit der DMSG ein Fatigue-Programm entwickelt, was wir den Patienten jetzt anbieten können. Das sind echte Versorgungsinnovationen!“

Schmerzliches lernen musste der BVDN Nordrhein allerdings auch: Der IV-Vertrag „Seelische Gesundheit Aachen“ wurde wie viele andere Verträge auch in anderen Fachgruppen nach dem Weggang des ehemaligen AOK-Vorstandsvorsitzenden Wilfried Jacobs 2011 gekündigt. Das hat gezeigt, wie abhängig solche Projekte – auch wenn sie gut funktionieren – von der jeweiligen Stimmung in einer Krankenkasse sind. Neue Verträge müssen aber nicht nur deshalb sorgfältig geprüft werden, so Bergmann: „Strukturierte Versorgungsmodelle bringen nur etwas, wenn sie möglichst einfach sind und wenig Bürokratie haben. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Krankenkassen vorrangig Geld einsparen wollen und das ist bei komplexen Projekten und chronischen Erkrankungen nicht so einfach. Und inzwischen möchten die Krankenkassen zunehmend Modelle, bei denen sie die Steuerung übernehmen. Da müssen wir viel kritischer schauen als vor sechs oder sieben Jahren: Sind das Projekte, die wir wirklich wollen?“

Erfahrungen nutzen

Aber Bergmann und Meier finden sowieso, dass die Zeit der immer neuen Selektivverträge vorbei ist. „Wir müssen unsere Erfahrungen nun in der Regelversorgung umsetzen. Wir brauchen dort gute, ausgearbeitete Behandlungspfade, damit wir nicht nur 1.000 oder 2.000 Patienten einer Indikation gut versorgen können“, sagt Bergmann. Er findet es schade, dass die Regelungen zur spezialfachärztlichen Versorgung solche Behandlungspfade nicht zur Bedingung gemacht haben. Der BVDN will trotzdem auf freiwilliger Basis darauf basierende Modelle über die beteiligten Strukturen hinweg initiieren. Für Meier

ist die spezialfachärztliche Versorgung zudem eine echte Chance, dass Praxen mit den entsprechenden Schwerpunkten – Epilepsie und MS – endlich auf einem hohen Niveau auch wirtschaftlich arbeiten können. Die verhandlungserprobten BVDN- und BDN-Vertreter werden sich in den kommenden Wochen beim Gemeinsamen Bundesausschuss dafür einsetzen.

Im psychiatrischen Bereich erhofft sich der BVDN eine bessere Zusammenarbeit mit den Kliniken, die ja mit dem neuen Entgeltgesetz Patienten früher entlassen müssen, dafür aber auch entsprechende ambulante Strukturen benötigen. „Wir streben kooperative Lösungen an, statt der bisherigen Konkurrenz“, sagt Bergmann. Um dem wachsenden neurologisch-psychiatrischen Versorgungsbedarf einer alternden Gesellschaft zu begegnen, schwebt ihm ein gemeinsamer Versorgungsauftrag von Kliniken und Vertragsärzten – auch Hausärzten – vor. Mit Blick auf solche zukünftigen Strukturen ermutigt er Kollegen einmal mehr, sich zu vernetzen – in ZNS-Netzen oder auch ortsübergreifenden Gemeinschaftspraxen – um das gesamte Versorgungsspektrum von der Gefäßsonografie über Lumbalpunktion und Elektrophysiologie bis hin zur neuropsychologischen Testung und Psychotherapie anbieten zu können. „Wir können Kollegen jederzeit betriebswirtschaftliche und juristische Perspektive dafür zur Verfügung stellen“, lädt er ein. Bergmann und Meier haben selbst sehr gute Erfahrungen damit gemacht.

Ein weiterer Termin auf Bergmanns und Meiers Terminkalender ist die Verhandlung der Grundversorgerpauschale, die im Dezember 2012 beschlossen wurde. „Als Neurologen, Nervenärzte und Psychiater sind wir ja der Prototyp der fachärztlichen Grundversorger“, meint Bergmann. Noch fehlt Berlin an den Feinheiten, dann geht es in die Verhandlungen in den Regionen. Zum 1. Juli soll die Pauschale dann kommen. Ein weiterer Hoffnungsschimmer für das gebeutelte Nordrhein. □

AUTORIN

Friederike Klein, München

BVDP-Stellungnahme zur Zwangsbehandlung

Wann immer möglich zu vermeiden – in bestimmten Notfällen lebensrettend

Der BVDP begrüßt die gesetzliche Neuregelung zur Zwangsbehandlung. Niedergelassene Psychiater müssen manchmal die Entscheidung treffen, jemanden gegen seinen Willen in eine Klinik einzuweisen. Dafür gibt es genaue gesetzliche Regelungen. Dass dieser Mensch danach in der Klinik behandelt werden darf und nicht nur verwahrt wird, regelt das neue Gesetz.

Unter dem Begriff „Zwangsbehandlung“ werden derzeit verschiedene Arten von Behandlung und unterschiedliche Begriffe subsummiert beziehungsweise vermischt. Gleichzeitig wird von der UN-Behindertenrechtskonvention eine, aus unserer Sicht gefährliche, generelle Gleichsetzung von Zwangsbehandlung mit Folter diskutiert.

„Reanimation der Seele“

Die Reanimation des Körpers eines Bewusstlosen, der nicht aktiv in die Be-

handlung zur Rettung seines Lebens einwilligen kann, wird nicht als Zwangsbehandlung empfunden, sondern als erstrebenswertes Ziel, weil man das Interesse des Patienten an einem gesunden Weiterleben als gegeben voraussetzen darf. Für uns Psychiater ist eine Behandlung bei akuten Psychosen sehr ähnlich einer Reanimation. Der Kranke ist quasi seelisch „bewusstlos“, er hat kein Bewusstsein für seine Erkrankung, oder sein Erleben ist für ihn selbst oder andere bedrohlich. Wie „tief“ diese „seelische Bewusstlosigkeit“ reicht, ist nur durch Spezialisten – also durch Psychiater – feststellbar. Ist die Reanimation einer Seele weniger wert? Muss sie anders bewertet werden?

»Ist die Reanimation einer Seele weniger wert als die Reanimation eines Körpers?«

nen, die jegliche Zwangsbehandlung ablehnen, sind für uns Psychiater nachvollziehbar. Es gibt bedauerlicherweise Menschen, die durch die psychiatrische Behandlung seelisch traumatisiert wurden. Diese Traumatisierungen sind unter anderem deshalb entstanden, weil es im medizinischen Gebiet der Psychiatrie noch nicht sehr lange spezifisch wirksame Behandlungsmethoden gibt. Insofern ist die Debatte derzeit sehr wertvoll und trägt dazu bei, die Verantwortung der Gesellschaft für Menschen

mit psychischen Störungen bewusst zu machen.

Leider haben wir weder in den Kliniken noch in den Praxen die personellen oder baulichen Mittel und Ausstattungen, um jegliches psychische Problem – auch das des etwa durch Drogen vollkommen enthemmten, gewaltbereiten Menschen, der mit der Machete um sich schlägt – ohne Zwang zu lösen. Unsere Ressourcen müssen jedoch planvoll und leitliniengerecht zum Einsatz kommen. Eine Nacharbeitung mit dem Patienten und das Ziel zu einer Behandlungsvereinbarung (ähnlich einer Patientenverfügung) zu kommen, sind unverzichtbar.

Freier Wille?

In der öffentlichen Debatte wird die Diskussion zu Zwangsbehandlungen zu meist so geführt, als gebe es für uns Menschen nie einen Zustand der Ein-

schränkung des freien Willens. Dieser kollektive Neglect rührt daher, dass unser Ich, unsere Vorstellung, Gedanken und Gefühle unter Kontrolle zu haben, in diesem wunderbaren, faszinierenden, aber noch kaum verstandenen Körperteil Gehirn sitzt. Wie der Verlust des freien Willens individuell aussehen kann, ob etwa durch eine Demenz oder eine Psychose bedingt, ist für jeden gesunden Menschen zunächst kaum konkret vorstellbar, macht Angst und wird insofern gern verdrängt. Viele seelische Krankheiten sind Erkrankungen des Konnektoms, also der Gesamtheit der Vernetzungen der 100 Milliarden Nervenzellen im Gehirn, und mithin so komplex, dass man sie nicht einfach schnell verstehen und behandeln kann.

Komplexes Gehirn

Die Psychiatrie steht derzeit vor einer faszinierenden Entwicklungsphase durch das zunehmende Verständnis für die komplexe Funktionsweise des Gehirns. Dass dies so spät erfolgt, später als beispielsweise die medizinischen Weiterentwicklungen in der Kardiologie oder der Intensivmedizin, liegt an der Komplexität des Gehirns und der Schwierigkeit es zu untersuchen. Man kann ein Gehirn eben nicht einfach aufschneiden und nachsehen. Und selbst wenn man dies täte, hätte man ein Vielfaches der komplexen Zusammenhänge nicht gesehen und nicht verstanden. □

AUTORIN

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

Wertvolle Debatte

Die Stellungnahmen wie die des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahre-

Stellungnahme zum Referentenentwurf Präventionsgesetz

Menschen mit psychischen Störungen brauchen mehr Unterstützung

Die allgemeinen Ziele des Präventionsgesetzes sind aus unserer Sicht ausgesprochen sinnvoll und werden begrüßt. Menschen mit psychischen Störungen sind jedoch häufig auch Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen nach § 2a SGB V, Erster Abschnitt. Diesen besonderen Belangen und dem gegenwärtig großen wie stetig steigenden Anteil psychischer Störungen bei Frühberentungen, Krankheitstage und Minderung der Teilhabe wird im Gesetzentwurf nicht Rechnung getragen.

Der Gesetzentwurf hat das Ziel, „das Wissen, die Befähigung und die Motivation“ in der Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu stärken.

Eine psychische Erkrankung schließt die Befähigung und Motivation oft vollkommen aus, auch wenn das Wissen durchaus vorhanden ist. Dabei spielen andere Faktoren für eine verringerte Befähigung oder Motivation eine Rolle, wie sie bei der Allgemeinbevölkerung der Fall sind. Eine psychische Erkrankung hat tiefgreifende Störungen von Wahrnehmung, Denken und Fühlen, Informationsverarbeitung und individueller Informationsbewertung zur Folge.

Verbesserung des Wissenstandes

Unser Vorschlag: Es wird ein Schwerpunkt zur Verhütung und Früherkennung psychischer Störungen in den Ge-

setzentwurf aufgenommen. Dabei ist ein vorrangiges Ziel die Verbesserung des Wissens über psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Dieser umfasst unter anderem Maßnahmen zur Wissensvermittlung über psychische Erkrankungen für das Personal der im Gesetzentwurf angesprochenen Lebenswelten und ebenso für das medizinische und pflegerische Personal an Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, für betriebsärztliche Dienste etc. □

AUTORIN

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

Referentenentwurf Präventionsgesetz: Zusammenfassung der Neuregelungen

Der Gesetzentwurf verfolgt unter anderem die folgenden Ziele:

- Unterstützung der Verständigung auf gemeinsame Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele durch Einrichtung einer „Ständigen Präventionskonferenz“ beim Bundesministerium für Gesundheit
- Zielorientierte Ausrichtung der Leistungen auf gemeinsame verbindliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele
- Stärkung medizinischer Vorsorgeleistungen
- Zielgerichtete Neustrukturierung der Finanzierung von Leistungen zur Prävention
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung
- Sicherstellung der Qualität und Förderung der Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung

Die Änderungen im SGB V Kapitel 3 betreffen im Einzelnen:

- „Gesundheitsziele.de“ wird in § 20 des Gesetzes verankert, die Ziele sollen bei den Krankenkassen in die Satzung aufgenommen werden.
- Die Ausgaben pro Versicherten, die die Krankenkassen für Prävention ausgeben

müssen, betragen künftig 3,01 € in 2013 und 6 € in 2014 (die Erhöhung soll mit 2 € der betrieblichen Prävention und mit 1 € den Leistungen zur Prävention in Lebenswelten [Kindertagesstätten, Schulen, Altenheime] zukommen).

- Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird aufgewertet. Sie übernimmt Unterstützeraufgaben für die Krankenkassen und wird dafür vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen pauschal quartalsweise bezahlt (zusätzlich mindestens 0,50 € pro Versicherten).
- Krankenkassen und Arbeitgeber können Gruppentarife für Präventionsmaßnahmen abschließen.
- § 20e: Es wird eine „Ständige Präventionskonferenz“ beim BMG eingerichtet. Diese bekommt eine eigene Geschäftsstelle am BMG. Sie soll alle vier Jahre der Bundesregierung Bericht erstatten. Den Vorsitz führt der Bundesgesundheitsminister, die Mitglieder sind: Vertreter der betroffenen Bundesministerien, der Länder, der kommunalen Spitzenverbände sowie Vertreter der für Gesundheitsförderung und Präven-

tion maßgeblichen Organisationen und Verbände.

- § 25: Die Ausgaben für Vorsorgeleistungen werden deutlich erhöht. Gesundheitsuntersuchungen werden ohne Altersbegrenzung (bisher ab dem 35. Lebensjahr) und jetzt auch ohne Begrenzung auf alle zwei Jahre möglich. Eine ärztliche Bescheinigung dafür und für eine Präventionsempfehlung ist darin inbegriffen. Der G-BA regelt innerhalb eines Jahres die Inhalte der Präventionsempfehlung. Im Kommentar zum Gesetzentwurf steht: Diese ärztliche Präventionsempfehlung „schränkt den Ermessensspielraum der Krankenkasse ein“. Die Präventionsempfehlung hat demnach eine hohe Verbindlichkeit für die Krankenkasse.
- § 65: Die Krankenkassen können ihren Versicherten Boni zahlen, wenn diese die Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig wahrgenommen haben. Dabei soll sich die Krankenkassen an der Zielerreichung orientieren. Bei betrieblicher Gesundheitsförderung soll der Arbeitgeber einen Bonus bekommen können.

PLÄNE FÜR EVENTUELLEN WAHLSIEG

SPD will Prämien und Zusatzbeiträge abschaffen

↳ Laut Elke Ferner, stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion, möchte die SPD nach einem Wahlsieg bei der Bundestagswahl im Herbst 2013 möglichst rasch zur paritätischen Finanzierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern zurückkehren. Derzeit sind die Arbeitgeber an der Finanzierung der GKV-Beiträge nur zu 7,3% an dem einheitlichen Beitragssatz von 15,5% beteiligt. Hierfür sollen die Prämien für Patienten wie Beitragsrückzahlungen oder Selbstbehaltregelungen abgeschafft werden. Außerdem möchte man im Rahmen der Einführung der Bürgerversicherung ab 2014 auf Zusatzbeiträge für Versicherte verzichten, die erhoben werden, wenn die Prämieinnahmen der GKV-Kassen zur Deckung der Krankheitskosten nicht ausreichen. Die SPD plant, dies in einem „Vorschaltgesetz“ Anfang 2014 zu regeln.

Kommentar: Diese Pläne zeigen, dass sich die SPD intensiv auf die gesundheitspoliti-

schen Möglichkeiten nach einem eventuellen Wahlsieg vorbereitet. Die geschilderten Maßnahmen würden zu Mehrausgaben bei Arbeitgebern und Unternehmern führen. Volkswirtschaftlich ergäbe sich hieraus eine Schlechterstellung der deutschen Wirtschaft. Aber auch sozial- und gesundheitspolitisch wären die geplanten Vorhaben ein Rückschritt. Die wirtschaftliche Autonomie und die Möglichkeiten der Krankenkassen würden geschwächt. Vor allem aber würden die Anreize an die Versicherten, sich eigenverantwortlich und gesundheitsökonomisch vernünftiger zu verhalten, durch die Rücknahme von Zusatzbeiträgen und Möglichkeiten der Prämienrückerstattung wieder eingeschränkt. Die gegenwärtige Phase eines Wirtschafts- und Beschäftigungsbooms mit sprudelnden Einnahmen der Kassen aus Versichertenprämien wird irgendwann auslaufen, es werden sich wieder Geldmangel und Finanzierungsdefizite bei der GKV aufbauen. Bereits die völlige Abschaffung der Praxisgebühr



Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

»Volkswirtschaftlich, sozial- und gesundheitspolitisch wären die Vorhaben der SPD ein Rückschritt.«

dürfte ein Fehler gewesen sein, obwohl sie ihre Steuerungsfunktion auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten verloren hatte. Kontraproduktive Befreiungsregelungen der Krankenkassen waren hierfür verantwortlich. Weitere kollektive und individuelle Ausgabensteigerungen der GKV sind absehbar. Die Gründe sind bekannt: die demografische Entwicklung, die Morbiditätssteigerung, die Verbesserung und damit Verteuerung der medizinischen Möglichkeiten und vor allem auch das immer höhere Inanspruchnahmeverhalten und Komfortbewusstsein der Versicherten. Viele Gesunde oder an Bagatellerkrankungen Leidende wünschen sich und erhalten häufig auch Gesundheitsoptimierung, obwohl die GKV bekanntermaßen nur Leistungen zur Krankheitsminderung, Prävention und Rehabilitation zur Verfügung stellt. Daher müsste man eigentlich eine Praxisgebühr für jeden Arztbesuch, auch für veranlasste Leistungen wie Labor und Röntgendiagnostik als Steuerungsinstrument einführen. Dies den Versicherten sinnvoll und gut geplant zu vermitteln, dürfte den Politikern nach Rücknahme der Praxisgebühr und Zusatzbeiträge umso schwerer fallen. Natürlich müssen bei einem solchen Steuerungsmechanismus soziale Aspekte ausreichend berücksichtigt werden. Es darf aber in diesem Zusammenhang niemand nichts zahlen müssen, ansonsten sind die Steuerungsmöglichkeiten und Anreize zur Selbstdisziplin und Eigenverantwortung rasch wieder dahin.

Bayerischer Gesundheitspreis 2012

Nervenärztin Dr. Gisela Eichfelder ausgezeichnet

BVDN-Mitglied Dr. Gisela Eichfelder, Nervenärztin im unterfränkischen Alzenau, hat den Sonderpreis 2012 des von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der IKK Klassik gestifteten „Gesundheitspreises Bayern“ erhalten. Mit ihrer Arbeit, so die Begründung, leiste Eichfelder einen wichtigen Beitrag zur Enttabuisierung psychiatrischer Erkrankungen. Schirmherrinnen des Preises sind die stellvertretende bayerische Ministerpräsidentin und Gesundheitsministerin a.D. Christa Stewens und Staatssekretärin Melanie Huml aus dem bayerischen Gesundheitsministerium. Die bayerische Staatsregierung betonte, wie wichtig ambulante regionale Versorgungsprojekte seien, um die hohe Versorgungsqualität im Flächenland Bayern zu erhalten. Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, bezeichnete die eingereichten Projekte als beispielgebend auch für andere Bundesländer.

Psychiaterin Gisela Eichfelder engagiert sich bereits seit über elf Jahren mit dem Verein Oberlicht e.V. für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen in ihrer Region am Obermain. Mit dem Selbsthilfeverein lassen sich neben der medizinischen Begleitung die Betroffenen besser in den gesellschaftlichen Kontext einbinden. Viele Veranstaltungsangebote, Selbsthilfegruppen und Informationsabende zu Themen wie Psychosen, Depression und Stressbewältigung fördern ein gegenseitiges Netzwerk der Unterstützung und Stabilisierung im Umgang mit der eigenen Krankheit, damit Angst und Depressionen der Erkrankten nicht zu Einsamkeit und Minderwertigkeitsgefühlen führen. Gisela Eichfelder begleitet mit Respekt und angemessener Nähe ihre Patienten, damit sie ein Gefühl entwickeln, ihr Leben in die eigene Hand zu nehmen.

gc

VERTRAGSÄRZTLICHE HONORARVERHANDLUNGEN

Stand der Vertragsabschlüsse in den KVen

➔ Ab 2013 bestehen für die regionalen KVen wieder mehr Möglichkeiten, regionale Sondervereinbarungen mit den Krankenkassen und gegebenenfalls auch eine höhere Gesamtvergütung abzuschließen. In Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Nordrhein, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein wurden teils ohne, teils erst nach Entscheidung des Schiedsamtes neue Honorarvereinbarung getroffen. In Baden-Württemberg ergab sich dabei eine Honorarsteigerung von 4,5 % gegenüber dem Vorjahr. In Bayern wurde die Vergütung um 3,5 % angehoben, dies sind 175 Millionen € mehr als 2012. In Berlin wurde eine Erhöhung von circa 3,5 % erzielt, inklusive einer besseren Bezahlung für Hausbesuche und Kinderheilkunde. In Bremen steigt die morbiditätsadaptierte Gesamtvergütung um

5,7%, etwa 11 Millionen €. Die KV Nordrhein vereinbarte mit den Krankenkassen eine Steigerung der Honorare um 5,15 %. In Sachsen-Anhalt schloss mit einer Honorarerhöhung von insgesamt 9,3 %, Schleswig-Holstein mit plus 4,5 % ab.

Kommentar: Die Honorarvereinbarungen müssen zwingend am Anfang des betroffenen Jahres abgeschlossen sein, dies ist ein großer Vorteil im Vergleich zu den früher möglichen Regionalverhandlungen. Damals zogen sie sich oft bis zum Jahresende hin. Auch die Förderung besonders qualifizierter Leistungen ist nun regional wieder besser möglich, wenn KV und regionale Krankenkassen zur gleichen Überzeugung kommen. Beispielsweise gelang es in Bayern und Niedersachsen, die psychiatrischen Gespräche als freie Leistungen zu definieren

oder die Schubbehandlung der Multiplen Sklerose finanziell besonders zu fördern, beides außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und zulasten der Krankenkassen. Andererseits können zu umfangreiche regionale Verhandlungsmöglichkeiten zu Verwerfungen zwischen den einzelnen Fachgruppen führen, weil regional oftmals nicht ausgewogen genug an alle Leistungsbereiche gedacht wurde. Klientelpolitik der regionalen KV-Vorstände und vernachlässigter Minderheitenschutz spielten früher eine große Rolle. Daher ist es auch in Zukunft außerordentlich wichtig, dass die großen EBM-Linien und tragende Grundsätze der Honorarverteilung weiterhin auf Bundesebene festgelegt werden. Hier können alle fachlichen und ökonomischen Aspekte qualifiziert beurteilt und gegeneinander abgewogen werden. Denn es wird weiterhin so sein, dass das GKV-System nicht ausreichend Honorar für alle Fachgruppen, alle Ärzte oder alle spezialisierten Tätigkeitsbereiche zu Verfügung stellen kann. **gc**

Null-Euro-Kleinanzeigen im NEUROTRANSMITTER

Veröffentlichen Sie als Verbandsmitglied von BVDN, BDN und BVDP Ihre Anzeige kostenlos im NEUROTRANSMITTER. Das Magazin wird monatlich an alle niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sowie auch an Oberärzte in Kliniken verschickt. Das schafft Reichweite und Aufmerksamkeit für Ihr Anliegen.

So geht es!

Ihre Anzeige sollte nicht länger als maximal 300 Zeichen (mit Leerzeichen) sein. Diese senden Sie bitte ausschließlich per E-Mail (Fax oder die telefonische Aufgabe von Anzeigen sind nicht möglich) an unsere Geschäftsstelle in Krefeld: bvnd.bund@t-online.de. Bei aktueller Mitgliedschaft wird Ihre Anzeige in der nächsterreichbaren Ausgabe abgedruckt. Chiffreanzeigen sind nicht möglich!

Einsendeschluss für den nächsten NEUROTRANSMITTER ist der 20.3.2013!

Geschäftsstelle und NEUROTRANSMITTER-Redaktion übernehmen keine Haftung für die Richtigkeit der in den Kleinanzeigen gemachten Angaben.

Nervenärztlicher oder psychiatrischer KV-Sitz im Essener Raum zur Übernahme gesucht.

Kontakt: Kim, Tjin Su Beda, Telefon 0201 79884911 oder info@zns-essen.de

Facharzt Neurologie sucht (ggf. gemeinsam mit FÄ für Psychiatrie) Praxissitz Nervenheilkunde/Neurologie für Einstieg oder Übernahme, bevorzugte PLZ 1, 2, 3, 7.

Kontakt: Martin Herbst, Telefon 0163 8909028

Suche zur Assoziation eine/n engagierte/n Kollegen/in für meine sozialpsychiatrisch ausgerichtete Praxis in Dillingen/Donau (zwischen Augsburg und Ulm). Die Neufeststellung der Bedarfszahlen wird eine KV-Zulassung ermöglichen. In jedem Fall ist ein Sonderbedarfsantrag für meinen Landkreis aussichtsreich.

Kontakt: Albert Pröller, Telefon 09071 71883 und 09072 920105; albert@proeller.de

Neurologe/in oder Nervenarzt/in gesucht für neurologisch-psychiatrische Gemeinschaftspraxis (neurologischer Schwerpunkt) in Solingen, verkehrsgünstig gelegen, zum Einstieg als Teilhaber (Übernahme eines Kassenarztsitzes) oder auch anfangs in angestellter Position (evt. Teilzeit). Günstige Einstiegsbedingungen!

Kontakt: dr-r-schaefer@versanet.de

Regensburg: Psychiatrisch-psychotherapeutische Teilzeitstelle in meiner Praxis ist frei. Verschiedenste Teilzeitmodelle möglich, daher zum Beispiel für Kollegin mit Kind zum Wiedereinstieg sehr geeignet.

Kontakt: bvndzacher@t-online.de

Kaufen & Verkaufen etc.

Neurofax EEG 8310G, Bj. 95, komplett mit Gerätewagen, Elektrodenbox, Kabelsatz, Photostimulator, voll funktionsfähig, mit Tinte und Papier.

Kontakt: Luenser-Hamm@t-online.de

2 x Schwarzer EMG 2002, Bj. 90 und 86, mit Gerätewagen, VEP-AEP-Modul, 1 x mit integriertem Drucker/1 x ergänzbar mit Videoprinter, einzeln oder im Doppelpack (evtl. zum Kannibalisieren).

Kontakt: Luenser-Hamm@t-online.de

35 Kohlerollen KS 210 (Nr. 757210, schwarz, 210 mm x 50 m) für ein Schwarzer EEG-Gerät. Preis pro Stück 10 €.

Kontakt: ursula.munro@t-online.de

Suche älteres gebrauchtes Ultraschallgerät, bevorzugt Multi-Dop P von DWL. Alles anbieten.

Kontakt: nannivoigtlaender@web.de

Vergütungssystem für die stationäre Psychiatrie und Psychosomatik

Zurück zur Verwahropsychiatrie – oder doch mehr Qualität für weniger Geld?

Das Psychiatrie-Entgeltgesetz und der PEPP-Entgeltkatalog übertragen nahezu unverändert die Systematik des DRG-Fallpauschalensystems auf die Psychiatrie und erfüllen deswegen weder die gesetzlichen Vorgaben noch werden sie den fachlichen Anforderungen an ein leistungsorientiertes Entgeltsystem gerecht. Schwer und chronisch kranke Patienten müssen befürchten, dass sich ihre Behandlungssituation verschlechtert. Diese Entwicklung wäre vermeidbar, wenn sich Kostenträger und politisch Verantwortliche auf einen konstruktiven Dialog und die Prüfung von Alternativen einlassen würden.

Zum 1. Januar 2013 hat das Bundesgesundheitsministerium gegen das Votum der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Fachverbände, der Patienten und der Angehörigen und trotz des Protestes Tausender Bürger (Deutsches Ärzteblatt, 2012; 12: 542) ein neues Entgeltssystem für die stationäre Behandlung psychiatrischer Patienten per Rechtsverordnung in Kraft gesetzt. Einer der wesentlichen Kritikpunkte ist, dass eine diagnose- und verweildauerabhängige Vergütungssystematik dazu führen wird, dass gerade schwer und chronisch kranke Patienten früher und kränker entlassen werden. Dies wird erhebliche

Auswirkungen auf den ambulanten Versorgungsbereich haben, weshalb eine kurze Darstellung der Vorgeschichte und der Eckpfeiler des neuen Entgeltsystems für die niedergelassenen Kollegen an dieser Stelle angebracht erscheint.

Die Vorgeschichte

Bei der Einführung der DRG in der somatischen Krankenhausmedizin vor zehn Jahren wurde bewusst darauf verzichtet, dieses Fallpauschalensystem auch in der Psychiatrie einzuführen, weil die verfügbare internationale Literatur klar belegt, dass Diagnosen weder die Behandlungsdauer noch den Res-

ourcenverbrauch im Verlauf einer Behandlung verlässlich vorhersagen können. Deshalb erhalten psychiatrische Krankenhäuser bis heute für ihre Leistungen pauschalierte tagesgleiche Pflegesätze. Eine wesentliche Grundlage zur Ermittlung der Höhe dieser Pflegesätze ist seit 1991 die Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV), die es erlaubt, anhand bestimmter patientenbezogener Kriterien den Personalbedarf einer Klinik zu schätzen. Die PsychPV-basierten tagesgleichen Pflegesätze variieren allerdings bundesweit erheblich – etwa um den Faktor 2 – und sie weisen keinen direkten Leistungsbezug auf, das Entgelt ist mithin unabhängig von der tatsächlichen Leistung, die für den einzelnen Patienten erbracht wird.

Umsetzung bis 2021

Deshalb wurde schon seit einigen Jahren intensiv über neue Vergütungsformen diskutiert. 2009 hat der Gesetzgeber in § 17 d des KHG (Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze) die Entwicklung eines eigenständigen, durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser verbindlich vorgeschrieben und die zunächst budgetneutrale Einführung auf das Jahr 2013 festgelegt. Bis 2021 soll das System vollständig umgesetzt sein (Abbildung 1).

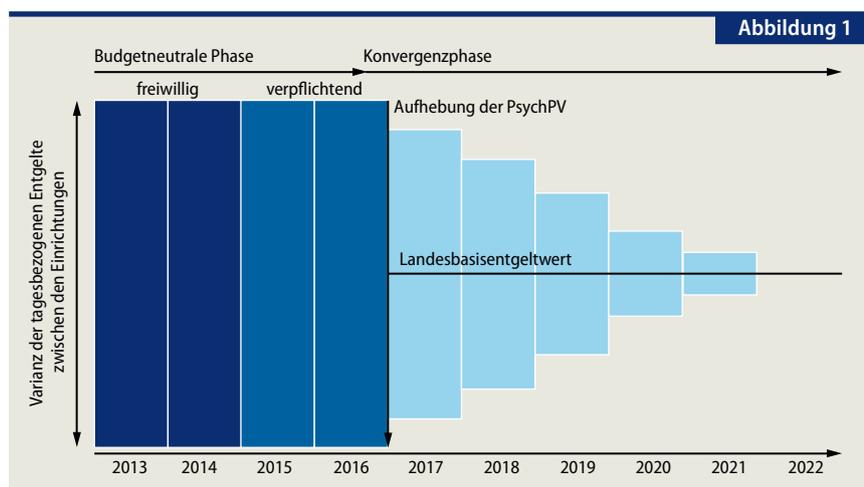


Abbildung 1: Die Entwicklung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser ist verbindlich vorgeschrieben und die zunächst budgetneutrale Einführung auf das Jahr 2013 festgelegt. Bis 2021 soll das System vollständig umgesetzt sein.

Das Entgeltsystem

Seit 2010 sind die Krankenhäuser verpflichtet, viele Patienten- und Leistungsdaten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu melden und es wurde damit begonnen, sogenannte Kalkulationskrankenhäuser anzuwerben, die dem InEK auf freiwilliger Basis zusätzlich Informationen über die Behandlungskosten zur Verfügung stellen. Ende 2011 wurde dann vom Bundesgesundheitsministerium der Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des ordnungspolitischen Rahmens des neuen Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik vorgelegt. Dieser Entwurf wurde im Sommer 2012 trotz erheblicher Einwände nahezu unverändert umgesetzt. **Tabelle 1** zeigt die Eckpfeiler des Psychiatrie-Entgeltgesetzes (PsychEntgG) und macht deutlich, dass die Prinzipien des DRG-Systems konsequent auf die Psychiatrie übertragen wurden. Die Schaffung von fixen Landesbudgets führt zu einer Abnahme der pro Patient verfügbaren finanziellen Ressourcen, wenn die Anzahl und/oder Intensität der notwendigen Behandlungen steigt. Beides wird mit großer Wahrscheinlichkeit eintreten, wie die Inanspruchnahmedaten der letzten Jahre und die demografische Entwicklung zeigen.

PsychEntgG – ein Kostenbegrenzungs-gesetz?

Dem können die Krankenhäuser nur durch eine Verkürzung der Verweildauern begegnen, oder durch eine Verknappung der personellen Ressourcen, die im PsychEntgG konsequenterweise durch eine ersatzlose Abschaffung der PsychPV ermöglicht wird. Es fehlt in diesem Gesetz eine klare Festlegung auf tagesbezogene Entgelte, so dass auch die Einführung von Fallpauschalen problemlos möglich ist. Es fehlt zudem eine Berücksichtigung der Kosten, die im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung ohne direkten Bezug zum einzelnen Patienten entstehen, so dass kleinere Behandlungseinheiten finanziell benachteiligt werden und eine weitere Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung ökonomisch unvorteilhaft sein wird. Zusammenfassend ist das PsychEntgG also ein reines Kostenbegrenzungs-gesetz, welches die Ressourcen für die stationä-

re Behandlung vor allem schwer psychisch kranker Menschen in ihrem regionalen Umfeld verknappen und insgesamt bei sinkenden Verweildauern zu einer Zunahme der Fallzahlen in psychiatrischen Krankenhäusern führen wird. Da bekanntermaßen das System der ambulanten Versorgung psychisch Kranker schon jetzt chronisch und zunehmend unterfinanziert ist, ist eine drastische Verschlechterung der Gesamtversorgung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten.

PEPP – Anreiz zur Fallmehrung und Verweildauerverkürzung

Nach Inkrafttreten des PsychEntgG im August 2012 hat im September das InEK den ersten Entgeltkatalog unter dem Namen PEPP (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik) vorgelegt. Diese Entgeltsystematik entspricht formal nicht den Fallpauschalen des DRG-Systems, kommt diesen inhaltlich aber sehr nahe. Grundlage der PEPP-Entgelte sind zunächst, wie im DRG-System, die Kosten des gesamten Falles. Auf der Basis der Fallkosten werden dann anhand vornehmlich diagnosebezogener Kriterien kostenhomogene Fallgruppen gebildet, die sogenannten PEPP. In diesen Fallgruppen werden dann aus den mittleren Tageskosten von Fällen unterschiedlicher Behandlungsdauer se-

Tabelle 1

Eckpfeiler des Psychiatrie-Entgeltgesetzes (PsychEntgG)

- Weitgehende Übereinstimmung mit dem Krankenhausentgeltgesetz für somatische Krankenhäuser (DRG-System)
- Keine eindeutige Festlegung auf tagesbezogene Entgelte
- Ersatzlose Streichung der PsychPV ab 2017
- Festlegung von Inzidenz- und Morbiditäts-unabhängigen Landesbudgets
- Fehlende Berücksichtigung der Erfordernisse der regionalen Pflichtversorgung

kundär tagesbezogene Entgelte berechnet. Diese Tagesentgelte sind in Vergütungsstufen gestaffelt, die einen monoton degressiven Charakter aufweisen, das heißt, das Tagesentgelt ist immer zu Beginn der Behandlung am höchsten und nimmt (in den allermeisten Fällen) im Verlauf der Behandlung deutlich ab (**Abbildung 2**). Das Ausmaß dieser Degression ist unterschiedlich, das Entgelt pro Tag kann aber auf bis zu 25 % des Ausgangswertes sinken. Zusätzlich sieht das PEPP-System, wie das DRG-System, eine Fallzusammenführung vor. Wenn Patienten innerhalb von 21 Tagen nach der Entlassung wieder aufgenommen

Abbildung 2

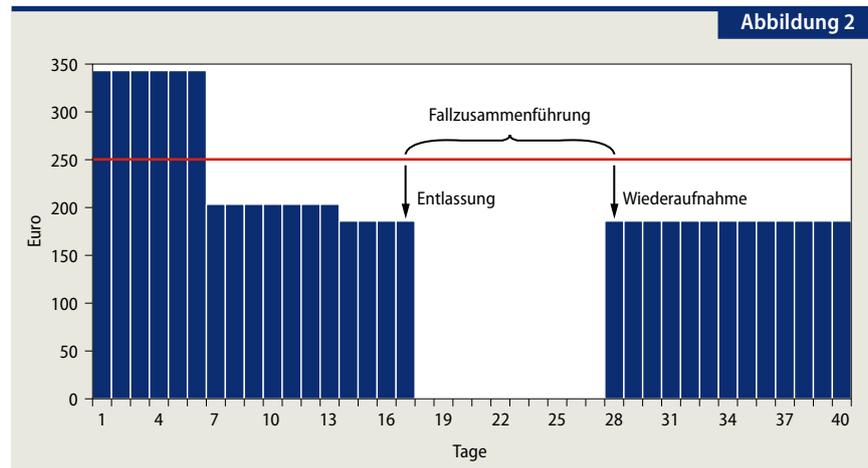


Abbildung 2: Verlauf der Tagesentgelte entsprechend dem PEPP-Katalog 2013 bei einem fiktiven Landesbasisentgeltwert von 250 € (rote Linie). Entlassung am Tag 17 und Wiederaufnahme am Tag 27 führen zu einer Fallzusammenführung, weshalb die Vergütung mit der niedrigsten vor der letzten Entlassung erreichten Vergütungsstufen beginnt (die Relativgewichte entsprechen der PEPP PA02A).

Tabelle 2

Grundlegende Strukturelemente des PEPP

- Bildung von kostenhomogenen Fallgruppen auf der Basis von Diagnosen und anderen Patientenmerkmalen, wie im DRG-System
- Separate Fallgruppenbildung für Psychiatrie und Psychosomatik auch bei identischen Diagnosen
- Berechnung von Tagesentgelten, weit überwiegend (Ausnahme Psychosomatik) in monoton degressiven Vergütungsstufen; Depression bis zu 75 %
- Keine Berücksichtigung der Kosten der regionalen Pflichtversorgung

werden, wird die weitere Behandlung dieser Patienten mit dem zuletzt gültigen – also dem bisher niedrigsten – Tagesentgelt weiter vergütet.

Im PEPP-System ist also die Vergütung, wie im DRG-Fallpauschalensystem, so strukturiert, dass aus Sicht der Krankenhäuser eine möglichst kurzdauernde Behandlung möglichst vieler Patienten ökonomisch belohnt wird, was einen starken Anreiz zur Fallmehrung

und Verkürzung der Verweildauern bedeutet. Schwer kranke Patienten, die über lange Zeit einer intensiven Betreuung bedürfen und damit große personelle Ressourcen binden, werden in einem solchen Vergütungssystem den Krankenhäusern zur ökonomischen Last. Wie im DRG-System, wird man entpersonalisiert von Cost- und Profit-Lieger und Lang-Lieger sprechen. Das Prinzip der Fallzusammenführung verschärft diese Problem weiter: Setzt zum Beispiel ein psychotisch erkrankter Patient kurz nach Entlassung seine Medikation ab, oder wird ein suchtkranker Patient innerhalb von 21 Tagen rückfällig, so erhält das Krankenhaus das niedrigste zuletzt gezahlte Tagesentgelt, ganz unabhängig davon, welcher Behandlungsaufwand tatsächlich entsteht.

Patienten psychiatrischer Kliniken benachteiligt

Die degressive Vergütungssystematik gilt für die Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder-, Jugend- und Erwachsenenalters durchgängig. Psychosomatische Kliniken hingegen erhalten in fast allen Fällen über den gesamten Behandlungszeitraum konstante Tagesentgelte. Obwohl die durchschnittliche Verweildauer von Patienten mit identischen Diagnosen

(z.B. affektiven Störungen) in psychosomatischen Kliniken schon derzeit deutlich länger ist als in psychiatrischen Kliniken, wird im PEPP-System der Anreiz zur Verweildauerverkürzung paradoxerweise selektiv in der Psychosomatik vermieden. Auch dieser inhaltlich völlig widersinnige Aspekt des PEPP-Systems benachteiligt wiederum in besonderem Maße die schwer und chronisch psychisch Kranken, die typischerweise nicht in psychosomatischen Kliniken behandelt werden. Schließlich berücksichtigt die PEPP-Kalkulation ausschließlich fallbezogene Behandlungskosten und deshalb nicht die zusätzlichen Kosten, die durch eine regionale Pflichtversorgung entstehen. Dies war so zu warten, da das PsychEntG die Berücksichtigung dieser Kosten nicht vorschreibt.

Es ist schwer verständlich und mutet sarkastisch an, dass eines der reichsten Länder der Welt in einer Zeit, in der die Kassen der Sozialversicherungen prall gefüllt sind, eine Vergütungssystem auf den Weg bringt, welches den Weg zurück in eine Verwahrspsychiatrie bahnt. Selbst rein gesundheitsökonomisch betrachtet lässt sich kein Sinn erkennen: Denn selbst wenn die Kosten stationärpsychiatrischer Behandlung sinken oder trotz Zunahme von Inzidenz und Morbidität konstant bleiben sollten, werden die direkten Krankheitskosten im komplementären Bereich steigen, etwa bei den Heimen. Auch die indirekten Krankheitskosten werden aufgrund einer zunehmend insuffizienten Behandlung in die Höhe gehen.

Die Alternativen

In § 17 d KHG zielt der Gesetzgeber darauf ab, durch die Schaffung eines durchdachten, dynamischen und leistungsorientierten Vergütungssystems die psychiatrische Versorgung transparenter zu machen und insgesamt zu verbessern. Allen Beteiligten war klar, dass sich hierfür eine fall- und diagnosebezogene Vergütungssystematik nicht eignet, weil der Betreuungs- und Behandlungsbedarf sowohl zwischen verschiedenen Patienten trotz gleicher Diagnose und bei ein und demselben Patienten im Verlauf einer Behandlung stark schwankt. Deshalb schreibt § 17 d KHG vor, dass die Vergütung auf der Grundlage von tagesbezo-

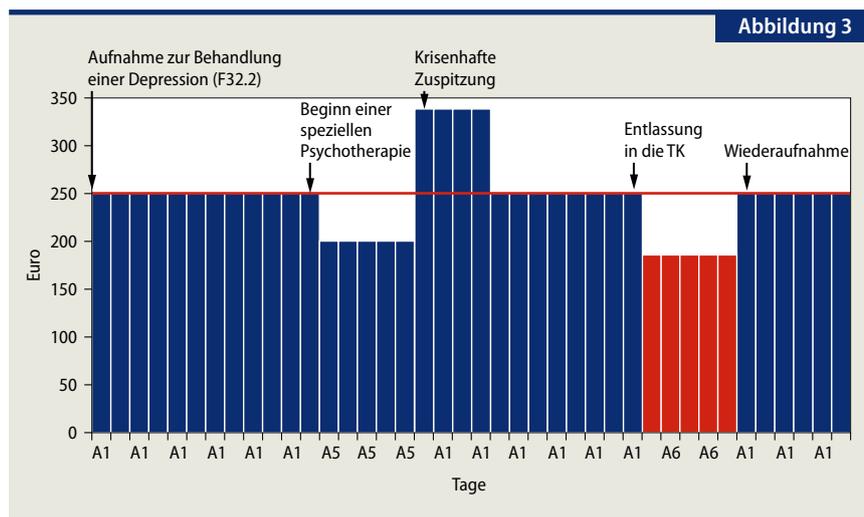


Abbildung 3: Verlauf hypothetischer leistungsbezogener Tagesentgelte im Rahmen der Behandlung einer depressiven Episode. Die ebenfalls arbiträren Vergütungsstufen entsprechen den P sychPV-Kategorien der Allgemeinpsychiatrie. Wie in Abbildung 2 ist ein hypothetischer Landesentgeltwert von 250 € angenommen. Die vollstationäre Behandlung ist blau, die teilstationäre rot dargestellt. Im Gegensatz zu den sekundären Tagesentgelten entsteht bei primären Tagesentgelten kein ökonomischer Anreiz zur Verkürzung oder Verlängerung von Krankenhausaufhalten.

genen Entgelten zu erfolgen habe, und dass das Vergütungssystem von den Behandlungsbereichen nach der PsychPV ausgehen solle. Gemeint ist damit die Entwicklung von pauschalierten Entgelten, die dem individuellen Aufwands- und Leistungsverlauf während der Behandlung eines psychiatrischen Patienten folgen. In **Abbildung 3** ist ein solcher Verlauf beispielhaft dargestellt. Zur Differenzierung des variablen Aufwandverlaufes wurden die PsychPV-Behandlungsbereiche der Allgemeinpsychiatrie verwendet. Die korrespondierenden Tagesentgelte sind arbiträr an den hypothetischen Landesbasisentgeltwert und an die Vergütungsstufen aus **Abbildung 2** angepasst. Der Vergleich von **Abbildung 2** und **3** macht den Unterschied zwischen Tagesentgelten deutlich, die sekundär aus einer Fallkalkulation generiert werden, und solchen, bei denen tatsächlich primär der tagesbezogene Aufwand kalkuliert wird. Im Gegensatz zu den sekundären Tagesentgelten folgt bei primären Tagesentgelten die Bezahlung dem tatsächlichen Verlauf der Leistung, weshalb weder ein ökonomischer Anreiz zur Verkürzung noch zur Verlängerung von Krankenhausaufenthalten entsteht. Fallzusammenführungen sind bei primären Tagesentgelten unnötig, weil bei einer Wiederaufnahme der tatsächliche Aufwand vergütet wird. Bei den sekundären Tagesentgelten des PEPP-Systems hingegen startet ein neuer Fall immer mit der höchsten Vergütung, was nur durch Fallzusammenführungen vermieden werden kann.

Setting-übergreifende Behandlung verbessern

Die tägliche PsychPV-Einstufung, wie sie derzeit von allen Krankenhäusern durchgeführt wird, kann und sollte Ausgangspunkt für die Entwicklung leistungsbezogener Tagesentgelte sein. In Zukunft brauchbare, empirisch ermittelte aufwandshomogene Klassen von Behandlungstagen werden sich aber von den vor mehr als 20 Jahren etablierten PsychPV-Behandlungsbereichen deutlich unterscheiden, schon weil deren Definition zu wenig quantifizierbar und überprüfbar sind. Es ist aber äußerst wahrscheinlich, dass eine neue empirisch fundierte Definition aufwandsho-

mogener Klassen von Behandlungstagen aus den Daten möglich ist, die die Kalkulationshäuser dem InEK liefern.

Gerade die Setting-übergreifende Behandlung, also die bedarfsadaptierte, schnittstellenoptimierte und durchgängige Behandlung eines Patienten im ambulanten, aufsuchenden, teilstationären und stationären Setting ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Behandlung schwer und chronisch kranker Menschen. Die Setting-übergreifende Behandlung durch eine Homogenisierung der Vergütung zu verbessern, ist auch ein besonderes Anliegen des Gesetzgebers, weswegen in § 17 d KHG der Auftrag verankert ist, zu prüfen, ob ambulante Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen in das neu zu entwickelnde Entgeltsystem einbezogen werden können. Eine entsprechende Prüfung hat bisher nicht stattgefunden und im jetzt etablierten fallbezogenen PEPP-System ist auch schon ohne spezielle Prüfung ersichtlich, dass eine Einbeziehung der ambulanten Leistungen nahezu unmöglich ist. Nicht einmal voll- und teilstationäre Leistungen können im PEPP-System homogen kontinuierlich, also ohne Generierung neuer Krankenhausesfälle mit allem dazugehörigen administrativen Aufwand, vergütet werden. Primär leistungs- und aufwandsbezogene Tagesentgelte ließen sich hingegen für ambulante, aufsuchende, teilstationäre und vollstationäre Behandlungen problemlos generieren, so dass eine homogene schnittstellenfreie, bedarfsadaptierte Behandlung durch das Krankenhaus Setting-übergreifend erheblich erleichtert würde.

Eine Alternative zu aufwandsbezogenen Tagesentgelten sind Krankenhausbudgets, die unabhängig von den für einzelne Patienten konkret erbrachten Leistungen und unabhängig vom Setting, in welchem diese Behandlung stattfindet, für eine bestimmte Patientenpopulation etwa in einer Region, eine Gesamtsumme festlegen. Mit solchen regionalen Budgets liegen im Sinne von Modellvorhaben bereits erste Erfahrungen vor und im Rahmen des Psychiatrie-Entgeltgesetzes wurde in § 64 b SGB V auch die Möglichkeit geschaffen, solche Vorhaben weiterhin durchzuführen und neu zu konzipieren. Gerade für diese

Setting- und möglicherweise sogar Sektor-übergreifenden Modelle der Leistungsvergütung sind aber die aktuellen fallbezogenen PEPP – im Gegensatz zu leistungsbezogenen Tagesentgelten – ein denkbar ungünstiger Ausgangspunkt.

Zusammenfassung

Psychiatrie-Entgeltgesetz und der PEPP-Entgeltkatalog übertragen nahezu unverändert die Systematik des DRG-Fallpauschalensystems auf die Psychiatrie und erfüllen deswegen weder die gesetzlichen Vorgaben des § 17 d KHG und des § 27 SGB V, noch werden sie den fachlichen Anforderungen an ein leistungsorientiertes Entgeltsystem gerecht. Im Kern handelt es sich um ein System der intensiven Leistungskontrolle verbunden mit Instrumenten der Kostendämpfung. Eine qualitative Verbesserung der psychiatrischen Versorgung ist davon nicht zu erwarten. Im Gegenteil: Da regionale Pflichtversorgung und Setting-übergreifende Behandlungsstrukturen behindert statt befördert sowie langwierige stationäre Behandlungen ökonomisch bestraft werden, müssen schwer und chronisch kranke Patienten befürchten, dass sich ihre Behandlungssituation verschlechtert. Nicht mehr Qualität für weniger Geld wird es geben, sondern weniger professionelle Hilfe im Krankenhaus für die, die sie am dringendsten brauchen. Dadurch wird sich das bekannte Problem der Fehlallokation von Ressourcen im KV-System zu Ungunsten der psychiatrischen Grundversorgung weiter verschärfen und womöglich wird die Zahl der in Heimen versorgten oder in forensischen Psychiatrien untergebrachten Patienten steigen. Allerdings wäre diese Entwicklung, die langsam einsetzen und sich erst in den 2020er-Jahren voll bemerkbar machen wird, vermeidbar, wenn sich Kostenträger und politisch Verantwortliche auf einen konstruktiven Dialog und die Prüfung von Alternativen, wie sie im Rahmen dieses Beitrags skizziert sind, einlassen würden. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
Zentrum für psychische Gesundheit,
Klinikum Ingolstadt

Tinnituspatienten in unseren Praxen

Das quälende Ohrgeräusch

In unsere Praxen kommen immer mehr Patienten, die über quälende Ohrgeräusche klagen. Einzelheiten zu zeitgemäßen diagnostischen und therapeutischen Ansätzen erläutert Professor Gerhard Goebel, Chefarzt an der Schön-Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee, im NEUROTRANSMITTER-Interview.

? *Sehr geehrter Herr Goebel, es dürfte in Deutschland kaum einen anderen Fachmann geben, der sich so früh, so lang und so ausführlich mit Tinnitus beschäftigt hat wie Sie. Wie kamen Sie dazu, sich diesem Thema zu widmen? Sie sind doch, soweit ich weiß, kein HNO-Arzt.*

Professor Goebel: Ich darf Ihnen widersprechen: Seit etwa 25 Jahren beschäftige ich mich wissenschaftlich und therapeutisch schwerpunktmäßig unter anderem auch mit dem Thema Ohrgeräusche. Als Mitte der 1980er-Jahre Hans Knör, einer der Gründer der gemeinnützigen Selbsthilfeorganisation Tinnitus-Liga, kurz auch DTL, mich damals als frischer Oberarzt ansprach, ob ich mich in der Klinik Roseneck mit der psychosomatischen Seite des Tinnitus und den entsprechenden Therapiemaßnahmen befassen könnte, gab es selbstverständlich bereits viele andere Experten in Deutschland, die sich mit dem Thema beschäftigten wie W. Arnold, München, H. Feldmann, Münster, H. Zenner, Tübingen, T. Lenarz, Heidelberg, H. von Wedel, Köln, M. Pilgramm, Detmold, U. Brinkmann, Oelde, E. Biesinger, Traunstein, um nur einige zu nennen. Über die DTL kam ich mit diesen überwiegend HNO-fachärztlichen Kollegen zusammen, um dann mit einem klinisch-psychologischen-Arbeitskreis in der DTL die Fachleute zusammenzubringen. Zugeht kam mir die Vorerfahrung in der kognitiven Verhaltenstherapie des chronischen Schmerzsyndroms, wo viele Kenntnisse auf das Verstehen vom chronischen Tinnitus übertragen werden konnten. Zum Aufbau eines Tinnitus-Behandlungsschwerpunkts in der Klinik bedarf es natürlich der Kenntnisse der somatischen Seite des Ohrgeräuschs, die ich mir mit meiner Arbeit im Kontakt mit den genannten Experten erarbeiten



Professor Dr. med. Gerhard Goebel
Chefarzt an der Schön-Klinik Roseneck,
Prien am Chiemsee

»Tinnitus wird wohl durch komplizierte Fehlschaltungen im zentralen Hörsystem verursacht und nicht im Innenohr. Vermutlich ist das Zusammenspiel zwischen limbischem System und dem Hypothalamus aus dem Ruder gelaufen.«

© Alfred Steffen

konnte. Es war durchaus nicht leicht, die psychologischen Therapieansätze den damals sehr somatisch ausgerichteten HNO-Ärzten zu vermitteln, zumal sich von psychologischer Seite in Deutschland nur vereinzelt Personen damit beschäftigen wollten wie W. Hiller, Prien, B. Kröner-Herwig, Göttingen, und R. Hallam, London. Im Verlauf habe ich mir Kenntnisse in der HNO-Heilkunde soweit erarbeitet, dass ich mich Jahre später auf diesem Fachgebiet habilitieren konnte und bin somit Professor für HNO-Heilkunde.

? *Fast jeder Patient, der ein Ohrgeräusch vernimmt, stellt sich mit der Diagnose vor: „Ich habe Tinnitus!“ Die Gefahr, diese diagnostische Bezeichnung einfach zu übernehmen, ist groß, aber es ist doch nicht jedes Geräusch ein Tinnitus im fachsprachlichen Sinne?*

Goebel: Hochrechnungen aus einer ernst zu nehmenden deutschen Untersuchung ergeben, dass 10.000.000 mal pro Jahr ein Ohrgeräusch auftritt. Natürlich kommt nicht jeder gleich zum Arzt und muss es auch nicht, wenn das Pfeifen

oder das Rauschen innerhalb von Minuten oder Stunden wieder verschwindet. Hält es allerdings über Tage an, sollte eine medizinische Untersuchung des Hörsystems erfolgen. In dieser Untersuchung ist zunächst herauszufinden, welche Erkrankung das Ohrgeräusch verursacht. Dann ist es die Aufgabe, diese Ursache zu heilen, damit das Geräusch wieder verschwindet. Bei 250.000 Menschen pro Jahr gelingt dies nicht, das Ohrgeräusch bleibt länger als drei Monate, was wir chronischen Tinnitus nennen. Dies ist bei etwa 3.000.000 erwachsenen Deutschen der Fall.

Als Tinnitus werden akustische Phänomene bezeichnet, die nur vom Betroffenen selbst gehört werden. Davon abzutrennen sind Geräusche, die der Körper mechanisch selbst produziert, wie das Knacken der Mittelohrmuskel, das Schlucken und das Rauschen des pulsierenden Gefäßsystems.

? *Psychiater und Nervenärzte könnten an manchen Tagen den Eindruck haben, dass jeder zweite Erwachsene unter einem Tinnitus leidet, weil sich in den*

letzten Jahren Patienten mit diesem Problem gehäuft in der Sprechstunde einfinden. Wie häufig ist denn tatsächlich der Tinnitus im engeren Sinne und wie häufig treten andere Ohrgeräusche auf?

Goebel: Wie gesagt, etwa 0,5 % bis 1 % – also knapp eine Million – Deutsche leiden unter quälendem Ohrgeräusch, weitere drei Millionen geben Ohrgeräusche an, ohne dass es sie stark stört. Ganz selten kann der Arzt feststellen, dass es sich

pekten der angegebenen Ohrgeräusche befragt. Hilfreich ist hier das strukturierte Tinnitus-Interview. So erlebt man oft, dass mehrere Ursachen das Ohrgeräusch begründen könnten. Ob ein Ohrgeräusch rasch wieder weg geht oder im Verlauf der Zeit verschwindet kann nur ungefähr vorhergesagt werden. Eine gute Prognose haben Ohrgeräusche bei einem guten Gehör, da durch Umgebungsgeräusche und im Verlauf der Zeit

»Knapp eine Million Deutsche leiden unter quälendem Ohrgeräusch, weitere drei Millionen geben Ohrgeräusche an, ohne dass es sie stark stört.«

nicht um ein „subjektives“, sondern um ein „objektives“ Ohrgeräusch handelt, also das Hören vom dem Puls des Gefäßsystems oder Spasmen der Mittelohrmuskeln. Natürlich gibt es Zentren, an die Patienten sich besonders häufig wenden. Besteht eine Depression oder eine schwere Angststörung, geben etwa die Hälfte dieser Menschen Ohrgeräusche an, wenn man sie fragt.

? Wie lassen sich durch gezielte anamnestische Fragen die verschiedenen Ohrgeräusche unterscheiden und was macht sie jeweils aus? Wie ist die jeweilige Prognose?

Goebel: Am besten geht man diagnostisch vor, indem man den Patienten strukturiert nach den verschiedenen As-

eher eine Gewöhnung eintritt als bei einem sehr schlechten Gehör, wo der Betroffene sich allzu häufig in Situationen befindet, in denen er nichts als das Ohrgeräusch hört, etwa nachts. Ohrgeräusche, die zum Zeitpunkt einer Depression, einer Angst- oder einer schweren Schlafstörung erstmals auftreten, bedeuten ein etwa siebenfach erhöhtes Risiko, dass in einigen Monaten der Betroffene sehr darunter leidet.

? Welche diagnostischen Maßnahmen sind unverzichtbar, um einen klassischen Tinnitus von anderen Formen, etwa einem Ohrgeräusch bedingt durch einen Kleinhirnbrückenwinkel-Tumor, um nur eine Differenzialdiagnose zu nennen, zu unterscheiden?

Goebel: Unverzichtbar sind bei der Erstuntersuchung ein Hörtest, die mechanische Untersuchung des Trommelfells, also die Tympanometrie, sowie der Ohrreflexe, also der Stapedius-Reflexe. Außerdem ist die Befundung der frühen akustischen Potenziale geboten. Damit lässt sich ganz gut vorhersagen, ob ein gutartiger Tumor, etwa ein Akustikusneurinom, auf den Hörnerv drückt und Ursache des Tinnitus oder des Hörsturzes ist. Es muss in manchen Fällen auch das Gleichgewichtsorgan untersucht werden, etwa beim Verdacht auf das Vorliegen eines Morbus Menière, der sich in Form von anfallsartigem Drehschwindel, Tinnitus und Hörsturz manifestiert. Aktuelle Ergebnisse zeigen, dass Tinnitus nicht vermehrt bei Bluthochdruck, Diabetes oder der Einnahme der Antibabypille auftritt. Der am Arbeitsplatz und in der Freizeit auf die Menschen einwirkende Lärm sowie Knallgeräusche sind vermutlich die Hauptquellen der Tinnitusursachen.

? Welche unsinnigen diagnostischen Maßnahmen werden nach Ihrer Erfahrung häufig unternommen?

Goebel: Eine psychiatrische Untersuchung ist nur bei Patienten erforderlich, die sehr stark unter dem Ohrgeräusch leiden. Hier gibt der Tinnitusfragebogen von Hiller & Goebel einen Hinweis. Liegt der Score über 50 Punkten, ist eine psychiatrische Untersuchung erforderlich. Einer neurologischen Untersuchung bedarf es lediglich bei Befunden, die auf das Vorliegen eines Akustikusneurinoms hinweisen, also die einseitige Störung der Vestibularisfunktion oder rezidivierende Hörstürze. Eine internistisch-angiologische Untersuchung dient der weiteren Abklärung von pulssynchronen Geräuschen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommen bei Tinnitus genauso häufig vor wie bei gleichaltrigen Nicht-Betroffenen, Diabetes korreliert nicht mit Tinnitus.

? Und nun zur möglichen Pathophysiologie des „klassischen“ Tinnitus. Was weiß die moderne Wahrnehmungsphysiologie oder was vermutet sie als Ursache dieser Störung?

Goebel: Neuerdings verdichten sich zunehmend die Erkenntnisse, wieso es zu



Ein Hörtest gehört zu den grundlegenden diagnostischen Maßnahmen bei einem Ohrgeräusch.

einem chronischen Ohrgeräusch kommt: Tinnitus wird durch komplizierte Fehlschaltungen im zentralen Hörsystem verursacht und nicht im Innenohr. Vermutlich ist das Zusammenspiel zwischen limbischem System und dem Hypothalamus aus dem Ruder gelaufen. Das erkrankte limbische System mit seinen Fehlkognitionen, Ängsten, Depressionen etc., schränkt die Möglichkeit ein, über Verschaltungen des Thalamus den Tinnitus aus der Wahrnehmung zu verdrängen. Es wurden auch plastische Verwerfungen der Hörkortex als Tinnitusursache gefunden. Schließlich ist auch das EEG-Muster bei Tinnitusbetroffenen gestört: Es findet sich im Vergleich zu Nicht-Betroffenen eine erhöhte Aktivität der Alphawellen mit reduzierter Aktivität der Deltawellen.

»Betroffene mit Kontakt zu einer Tinnitus-Selbsthilfegruppe oder einem Tinnitus-Forum, haben eine deutlich höhere Chance, mit ihrem Ohrgeräusch besser zurecht zu kommen.«

? *Es gibt ja demnach keine tatsächlich an den Ursachen angreifende Behandlungsmethode. Was empfehlen Sie, damit Patienten, die offenkundig mit ihrem Tinnitus nicht mehr zurechtkommen, einen Weg des „friedlichen Zusammenlebens“ finden?*

Goebel: Die kognitive Verhaltenstherapie hat sich in mehreren unabhängigen wissenschaftlichen Untersuchungen als die effektivste Methode herauskristallisiert, um den chronisch Betroffenen zu helfen, mit dem Tinnitus besser umzugehen. Damit reduziert sich das Leid. In einem zweiten Schritt kann dann das Ohrgeräusch immer öfter „vergessen“ werden. Der Betroffene findet sich mit dem Ohrgeräusch ab und kann sich wieder dem Leben zuwenden. Natürlich sollte er weiterhin dafür sorgen, dass er gegebenenfalls mittels Hörgeräteversorgung gut hört oder sich durch neutrale Umgebungsgeräusche „vor der Stille schützt“. Letzteres gelingt beispielsweise durch ein Kissen, in dem zwei Lautsprecher eingebettet sind, mit dem man sich auch nachts etwa mit Meeresrauschen oder beruhigender Musik ablenken kann.

? *Viel wird zur Tinnitusbehandlung angeboten. Können Sie einige unsinnige Behandlungsangebote nennen, damit Patienten sich nicht umsonst solchen Behandlungen unterziehen und neben einer Menge Geld vielleicht sogar ihre körperliche Unversehrtheit einbüßen?*

Goebel: Es gibt eine Fülle von Angeboten im Internet oder der Bunten Presse, die eine Heilung vom Tinnitus versprechen. Dazu gehören Akupunktur, unterschiedliche Ansätze mittels magnetischer Wellen oder ein Mix von Vitaminen und Nahrungsergänzungsmitteln, deren Ziel die Verbesserung der Innenohrfunktionsstörung versprechen, obwohl dort nicht mehr die Ursache des chronischen Ohrgeräusches zu finden ist. Als Informationsquelle eignen sich die Leitlinie Tinnitus der Deutschen

HNO-Gesellschaft sowie die Homepage der deutschlandweit aktiven Selbsthilfeorganisation DTL oder der DTL-Verbandszeitschrift „Tinnitus-Forum“.

? *Ist es für Patienten sinnvoll, sich der DTL anzuschließen?*

Goebel: Nach einer eigenen Untersuchung lässt sich belegen, dass Betroffene, die sich regelmäßig aus dem Tinnitus-Forum informieren oder Kontakt mit einer Tinnitus-Selbsthilfegruppe haben, eine siebenfach höhere Chance haben, mit ihrem Ohrgeräusch besser zurecht zu kommen. Wir starten gerade in Kooperation mit Dr. Christopher Kofahl von der Universität Hamburg eine große prospektive Studie, um über einen Zeitraum von drei Jahren den Effekt der Tinnitus-Selbsthilfe zu belegen.

Herzlichen Dank für das Interview!

Die Fragen stellte PD Dr. Albert Zacher.

Hier steht eine Anzeige.

 Springer



© Scanral_Rosenstiel / Fotolia.com

Mal wieder ein Praxisproblem? Sie fragen – wir antworten!

Wenn in Ihrer Praxis ein wenig zufriedenstellend gelöstes – oder gar ungelöstes – Problem besteht, von dem Sie glauben, dass es in vielen anderen Praxen ebenso vorkommen könnte, wenden Sie sich an uns. Wir versuchen, uns kundig zu machen, und werden einen Lösungsvorschlag publizieren. Selbstverständlich sichern wir jedem Ratsuchenden auf Wunsch auch Anonymität zu.

Schreiben Sie per E-Mail unter dem Betreff „Praxisprobleme“ an:
bvdn.bund@t-online.de

Hausbesuchspflicht von Fachärzten

Nur „erforderliche“ Besuche sind ein Muss

Das Problem

Immer wieder erreichen uns Anfragen, ob auch Fachärzte zu Hausbesuchen verpflichtet sind. Dies wollte auch Kollege Dr. Volker Schmidel, niedergelassener Nervenarzt aus Gera, wissen.

Ein Beispiel aus Thüringen

„Laut Auskunft der KV-Rechtsabteilung Thüringen mehrten sich die Anrufe und Beschwerden von Patienten oder Angehörigen über nicht erfolgende Hausbesuche sowohl von Haus- als auch von Fachärzten. Hintergrund ist das Problem der zunehmenden Überalterung mit Zunahme derjenigen Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, eine Praxis aufzusuchen und die deswegen ihre weitere Betreuung per Hausbesuchsanforderung regeln wollen.“

Anders als bei Hausärzten, deren Patienten meist im direkten Umfeld ihrer Praxis wohnen, sind bei den Fachärzten die Einzugsbereiche meist wesentlich größer. Ich praktiziere in Gera (circa 95.000 Einwohner) und versorge neben Gera aber auch den Umkreis von etwa 30 bis 50 Kilometern. Außer in einem Pflegeheim mache ich keine sonstigen

Hausbesuche, was seit 1997 auch kaum ein Problem war. Noch vor ungefähr vier Jahren gab mir die KV Thüringen die Auskunft, ich bräuchte keine Hausbesuche durchzuführen, die Weiterbetreuung eines gehunfähigen Patienten mit den notwendigen Medikamenten erfolge durch den Hausarzt, eine Therapieumstellung bei Verschlechterung werde gegebenenfalls durch Krankenhauseinweisung geregelt.

Anruf von der KV

Vor etwa vier Wochen rief mich eine Justiziarin der KV Thüringen an und teilte mir mit, dass ich laut Vertragsarztrecht auch Hausbesuche machen müsse beziehungsweise, dass ich „das Recht und die Pflicht“ hätte bei medizinischer Notwendigkeit konsiliarisch auch Hausbesuche durchführen zu können und zu müssen. Sie sei nicht weisungsberechtigt, würde aber empfehlen, mich mit dem Hausarzt darüber zu einigen. In dem konkreten Fall war dies auch möglich. Grundsätzlich sind die Hausärzte aber oft nicht bereit, die Verordnung fachärztlich indizierter Medikamente zu übernehmen, weil sie ihre Richtgrößen nicht über-

schreiten wollen. Im Praxisalltag ist es sogar eher umgekehrt: Patienten bekommen plötzlich ihre oft jahrelangen Dauermedikamente nicht mehr vom Hausarzt mit der Begründung rezeptiert, er habe dafür kein Budget oder dürfe es nicht mehr aufschreiben. Bei persönlicher Nachfrage wird dann von den Kollegen auf unzureichende Erfahrung mit den „komplizierten ZNS-Medikamenten“ verwiesen, die man sich nicht traue, zu verordnen.

Was ist Pflicht?

Wie ist die rechtliche Grundlage? Sind Nervenärzte zur Hausbesuchstätigkeit verpflichtet und wenn ja, unter welchen Bedingungen? Perspektivisch wäre ein intensiver zeitlicher Aufwand für diese Betreuung erforderlich, der die Versorgung von Patienten in der Praxis einschränken würde. Für einen Hausbesuch im 10 Kilometer entfernten Nachbarort wären beispielsweise minimal 60 Minuten zu veranschlagen. In dieser Zeit würden in der Sprechstunde sonst vier bis sechs andere Patienten betreut. Bei etwa 1.000 Patienten im Quartal, davon zwei Drittel Altersrentner, wäre in Zukunft

mit erheblichen Veränderungen im Praxisalltag zu rechnen. Mit einer Verschärfung des Problems muss in Thüringen jedenfalls gerechnet werden, da schon jetzt nicht stattfindende hausärztliche Besuche zur vermehrten Inanspruchnahme im Hausbesuchsdienst führen.“

Versuch einer Antwort

Laut Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMÄ) sieht die Rechtslage folgendermaßen aus: „§ 17 Sprechstunden, Besuche: ... (4) Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereiches kann der Vertragsarzt ablehnen, es sei denn, dass es sich um einen dringenden Fall handelt und ein Vertragsarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist. ... (6) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

- Wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
- wenn bei Patienten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist. ...“

Absprache über Notwendigkeit

Steht also ein fachärztlicher Hausbesuch bei einem Patienten an, ist zunächst abzuklären, ob sich der Wohnort des Patienten überhaupt im Einzugsbereich des Arztes befindet. Wenn nicht, kann der Besuch – abgesehen von Notfällen – abgelehnt werden. Hausbesuche werden laut BMÄ in der Regel von den behandelnden Hausärzten durchgeführt. Andererseits ist der Facharzt ebenfalls zu einem Hausbesuch verpflichtet, wenn er medizinisch erforderlich ist. Ob der konsiliarische Besuch tatsächlich medizinisch notwendig ist, ist das Ergebnis der gemeinsamen Beratung zwischen Haus- und Facharzt. In diesem in der Regel wohl telefonisch zu führenden Gespräch kann der Facharzt beispielsweise auf berichtete Untersuchungsergebnisse

des Hausarztes zurückgreifen und telefonisch fachärztlich-konsiliarische Behandlungsratschläge geben. Diese Vorgehensweise kann unnötige fachärztliche Hausbesuche vermeiden helfen. Wird ein Patient bereits vom Facharzt behandelt, muss er von ihm besucht werden, aber auch in diesem Falle nur, wenn der Besuch aufgrund einer fachspezifischen Erkrankung medizinisch notwendig ist. Als Begründung für einen Besuch genügt also weder alleine der Wunsch des Patienten oder des Hausarztes und selbstverständlich auch nicht lediglich die Verordnung von erkrankungsspezifischen Medikamenten. Bevorzugt man die oben beschriebene Vorgehensweise, lässt sich sicher mancher fachärztliche Hausbesuch, der nicht erforderlich ist, vermeiden.

Problem wird künftig größer werden

Andererseits ist das angesprochene Problem damit natürlich nicht gelöst, denn die demografische Entwicklung wird weiter fortschreiten. Insbesondere in dünn besiedelten Landstrichen werden Hausärzte – und natürlich auch Fachärzte – immer rarer. Einerseits wird sich der allgemeine Ärztemangel immer stärker bemerkbar machen, andererseits werden sich Ärzte bei zunehmender Entvölkerung

mancher Landstriche dort aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr niederlassen. Auf diese bereits in vollem Gang befindliche Entwicklung muss das GKV-System jetzt reagieren. Fachärzte, die durchschnittlich ein mindestens zehnmal so großes Versorgungsgebiet wie Hausärzte zu betreuen haben, geraten bei Hausbesuchen an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Denn vor allem die unproduktiven Wegezeiten sind sowohl für das GKV-System als auch für den Facharzt unwirtschaftlich. Man wird hier neue Regelungen treffen müssen, inwieweit Fachärzte überhaupt noch zu Hausbesuchen verpflichtet werden können. Zum anderen ist zu überlegen, inwieweit die große Menge an Hausbesuchen, die in Deutschland durchgeführt werden, ärztliche Hausbesuche sein müssen. In vielen Fällen dürfte es ausreichen, wenn geschulte nicht-ärztliche Praxismitarbeiter die Besuche machen. Beispiele hierfür gibt es mit EVA und VERA ja bereits. Derzeit wird darüber verhandelt, inwieweit bisher ärztliche Leistungen an qualifiziertes nicht-ärztliches Praxispersonal delegierbar sind.

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen



Diese Seniorin freut sich über den Besuch ihres Hausarztes auf ihrem Hof. In bestimmten Fällen sind auch Fachärzte zu einem Hausbesuch verpflichtet.

Pferdealerlei

Wie sehr sich die Wertvorstellungen unserer abendländischen Kultur in den letzten drei Jahrtausenden immer wieder vergaloppiert haben, ist gerade dieser Tage so offenkundig geworden wie noch selten, und zwar am Beispiel des Pferdes.

„Ein Königreich für ein Pferd“

Zuerst war in den bildungsbürgerlichen Gazetten der Republik zu lesen gewesen, dass Richard III., der blutrünstigste aus der Reihe der allesamt ohnehin recht unzimperlichen mittelalterlichen Könige Englands, nicht, wie es ihm rollengemäß zustünde, als Geist, sondern als Gerippe unter einem Parkplatz in England aufgetaucht und schließlich mit Hilfe genetischer Kreuzproben, für die man zwei überlebende Nachkommen aufstöbert hatte (von denen einer verständlicherweise anonym bleiben wollte), zweifelsfrei zu identifizieren war. Ob BILD, Regensburger Wochenblatt oder FAZ, alle bewiesen sie ihre stupenden Shakespeare-Kenntnisse, indem sie einen der letzten Sätze Richards zitierten: „Ein Königreich für ein Pferd“. Gemeinhin wird dieser Satz des Prototyps aller beredten Bösewichte so gedeutet, dass er dem, der ihm ein Pferd zur Verfügung stelle, im Gegenzug ein Königreich verleihen werde (und dies, obwohl er gerade dabei war, sein eigenes zu verlieren; ein weiterer Hinweis auf seine Durchtriebenheit).

Nun könnte man aber diesen Satz auch anders herum lesen, etwas stirnrunzelnd vielleicht, denn er bedeutete dann, dass er seinem Pferd ein Königreich übertragen wollte. Und welcher Herrscher verstiege sich wohl dazu? Dies wäre zumindest eine Überlegung des „gesunden Menschenverstandes“. Aber weit gefehlt, dass dies nicht denkbar sei, denn Caligula, ein eingefleischter Pferdenarr, der das Caesarentum insgesamt mehr mit Blut als mit Ehre bekleckert hat, wollte tatsächlich seinen Lieblingshengst Incitatus als Konsul bestallen lassen, und er hatte schon alle Vorkehrungen dazu getroffen, ihm einen ständigen Sitz im Senat zu verschaffen. Dies ärger-

te allerdings die Senatoren, ungeachtet dessen, ob sie ebenfalls über ein Pferdegebiss oder eine wallende Mähne verfügten, schrecklich, sie konnten nicht einmal darüber wiehernd lachen, und verhinderten, als Caligula die Zügel der Macht entglitten, die erste Inthronisation eines Gauls als römischen Konsul.

Aber auch Alexander der Große pflog ein spezielles Verhältnis zu seinem Pferd, dem legendären Bukephalos, das ihn bis nach Indien trug und auf dem Weg dorthin wacker mithalf, eine Menge Königreiche zu erobern, sodass Alexander, hätte ihn denn der Hafer gestochen, tatsächlich seinem Streitross eines hätte abtreten können. Bukephalos jedoch ertrank in der Schlacht am Hydaspes, und so blieb seinem untröstlichen Herrn nur, ihm ein prächtiges Begräbnis auszurichten und ihm diverse Denkmale zu widmen.

Sattelfesten Altphilologen fällt an dieser Stelle auf, dass sich von Bukephalos problemlos eine Verbindung zum jüngsten Lebensmittelskandal herstellen lässt, denn auf Deutsch lautete der Name von Alexanders Lieblingssperd „Rindskopf“.

Corned horse

Primär ist es also keine Beleidigung für das edle Ross, wenn es mit dem Ochsen gleichgesetzt wird. Aber dass vor allem in den ihre Reitpferde geradezu verherrlichenden Ländern Spanien und England Billigteigwaren zum allfälligen Verzehr verkauft wurden, die im Wesentlichen mit Pferdefleisch gefüllt waren, weil Horsesteak wesentlich preisgünstiger ist als Beefsteak, jagte nicht nur diesen Nationen einen Schauer über den Rücken. Es scheint einem geradezu kannibalischen Akt gleichzukommen, Klepper-Burger, Gaul-Lasagnen oder schlicht Rossbratwürste zu verzehren. Spielt da womöglich noch das Bild vom Centauren hinein, der zwar zu zwei Dritteln aus Pferd, aber immerhin zu einem Drittel aus Mensch bestand? Oder sahen wir uns alle plötzlich aus der Illusion gerissen, dass unsere Ackergäule, Brauereirösser und Dressurpferde nicht in Pferdeseniorenhöfen ihre Gnaden-



© Lux / Fotolia.com

Glücklich ist, wer vergisst.

gerste verzehren dürfen, bis sie schließlich sanft – ein leises letztes Wiehern auf den samtweichen Lippen – in den Armen einer speziell geschulten Pferdebegleiterin entschlafen, um dann auf Pferdefriedhöfen begraben zu werden oder in Rosskrematorien eingäschert sowie verurmt auf dem Sideboard des ehemaligen Pferdefrauchens eine würdige letzte Bleibe zu finden.

Erst jetzt gehen uns die Augen auf, dass wir doch noch nie einen entsprechenden Friedhof oder solche Urnen irgendwo gesehen hätten, und fragen uns, wo denn all die toten Rösser verblieben sind. Womöglich waren schon seit vielen Jahren die Mägen der Verbraucher die eigentlichen Pferdefriedhöfe – das muss erst einmal verdaut werden! Der Schock ist groß, ganze Bevölkerungsteile, gerade von der sensibelsten Sorte, sind nun traumatisiert, Kinder leiden unter dem Alptraum, in leckeren Fischstäbchen könnten womöglich süße Seepferdchen verwurstet sein. Wir wollen wieder Sicherheit! Akzeptieren zwar den Ungarn zuliebe störrische Esel in der Salami, aber doch nicht drollige Ponys oder stolze Araber zwischen zwei Pappdeckelschrippenhälften bedeckt von einem schlappen Salatblatt und einer auf Tomate geschminkten roten Sauce!

Wer allerdings ganz sicher gehen will, sich nicht nur lactose- und gluten-, sondern auch rossfrei zu ernähren, dem rate ich zu Obst. Es dürfte kaum einem Lebensmittelmafioso gelingen, dem Verbraucher beim Einkauf statt Tafeläpfel – Pferdeäpfel anzudrehen. **az**

Berufspolitischer Diskussionsbeitrag aus der Mitgliedschaft

Aktuelle Überarbeitung der Soziotherapie-Richtlinien

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) stehen aktuell die Soziotherapie-Richtlinien zur Überarbeitung und zeitnahen Abstimmung auf der Tagesordnung. Der Änderungsantrag wurde eingebracht von den Patientenvertretern auf Initiative der Verbände der Betroffenen und Angehörigen psychisch Kranker.

Soziotherapie wurde als § 37a SGB V mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung 2000 eingeführt und ist wie folgt definiert:

„Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbstständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen [...]. Sie bietet koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. [...] Die näheren Modalitäten bezüglich der Leistungserbringung sind in den Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände verbindlich geregelt.“

Bundesweit wird Soziotherapie wenig und in manchen Bundesländern gar nicht genutzt. Die verzögerte Implementierung liegt nicht an der mangelnden Wirksamkeit von Soziotherapie. Diese wurde schon vor Jahren empirisch nachgewiesen [1] und wird von den mit Soziotherapie arbeitenden Fachleuten bestätigt. Die mangelnde Nutzung der Soziotherapie liegt vor allem an den umsetzungsbehindernden Richtlinien des Bundesausschusses und den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie an der deutlichen Zurückhaltung der Krankenkassen Soziotherapie einzuführen. Die wesentlichen Gründe für den begrenzten Einsatz der Soziotherapie im Einzelnen sind nachfolgend aufgeführt:

— Boykott auf Seiten der Krankenkassen durch sehr restriktive Auslegung der

ohnein schon stark eingrenzenden Richtlinien (mit engem, quasi auf schizophrene bzw. wahnhaftes Syndrome begrenztem Indikationskatalog),

— nicht kostendeckende Honorierung der Leistung (meist unter 40 €),

— zu eng begrenzte Indikation und bürokratielastige Verordnungstätigkeit, — restriktive Zulassung von Soziotherapeuten durch die Krankenkassen.

Dieser begrenzte Einsatz ist mit ein Grund für die mangelnde Bekanntheit der Soziotherapie bei Haus- und Fachärzten. Dabei haben 87 % der 2008 im Auftrag des G-BA befragten Fachärzte die Frage, ob die Möglichkeit, Soziotherapie zu verordnen, die Versorgung ihrer Patienten verbessere, bejaht.

Berliner Erfahrungen

In Berlin konnte aufgrund eines breiten Engagements die Soziotherapie gut implementiert und vor allem im Zusammenhang mit den Verträgen der PIBB (Psychiatrie Initiative Berlin Branden-

burg) zur integrierten Versorgung (DAK, VAG BKK, AOK Nordost) zum Einsatz gebracht werden. Auch im Rahmen weiterer IV-Verträge (TK, KKH Allianz u. a.) ist Soziotherapie in Berlin als wichtiges Therapiemodul eingesetzt. Neben der notwendigen adäquaten Honorierung hat sich der ausgeweitete Indikationskatalog basierend auf einer guten Zusammenarbeit mit den Nervenarzt-/Psychiater-Praxen im IV-Netz als maßgeblich für den Erfolg der Soziotherapie gezeigt. Auf Seiten der PIBB realisieren circa 50 Nervenärzte/Psychiater und circa 40 Soziotherapeuten – unterstützt durch Maßnahmen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege – eine ambulante Komplexbehandlung, die umfänglich zur ambulanten Stabilisierung psychisch schwer Kranker beitragen und vielfach stationäre Behandlung verhindern konnte. Dabei hat sich das Prinzip der Beauftragung/Koordinierung dieser Komplexbehandlung durch die niedergelassenen Nervenärzte/Psychiater eindeutig bewährt.

Soziotherapie soll den Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, ärztliche Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen.



© Alexander Rath / iStockphoto

Die Berliner Erfahrungen mit der Soziotherapie haben im März 2012 zu einer weiteren Akzentuierung der soziotherapeutischen Tätigkeit geführt: Im Rahmen eines IV-Vertrages zur raschen fachärztlichen Intervention bei psychisch bedingter AU sind Soziotherapeuten jetzt adjuvant einsetzbar zur Klärung von Arbeitsplatzproblemen/-konflikten. Dieses neuartige Tätigkeitsfeld dürfte künftig eine zunehmend größere Bedeutung erhalten, wobei festzuhalten ist, dass niedergelassene Psychiater aufgrund ihrer hohen Inanspruchnahme zu dieser Tätigkeit sicher nicht in der Lage wären. Eine Anstellung von Soziotherapeuten in den Praxen oder in formaler Assoziation hingegen hat sich auch in Berlin leider nur in marginalem Ausmaß entwickelt. Fast alle Soziotherapeuten sind angestellt bei den psychosozialen Trägern des komplementären Bereichs, in denen auch Leistungen des SGB XII erbracht werden (Tagesstätten, Betreutes Wohnen, Kontakt- und Begegnungsstätten etc).

Welche Änderungen sind beantragt?

Im Wesentlichen geht es um die Themen

- Ausweitung des Indikationskataloges,
- Berücksichtigung der Funktionsstörung vor der Diagnose (ICF),
- Einsatz von Soziotherapie auch ohne vorausgehende Klinikbehandlung,
- Änderung der Zugangsberechtigung mit Anerkennung von Psychiatriczeiten außerhalb von Kliniken,
- Verordnungskompetenz.

Aufgrund der Berliner Erfahrungen ist der Indikationsausweitung und Orientierung an der Funktionsstörung zuzustimmen. Die Tätigkeit im sozialen Umfeld ist zu untermauern. Lediglich zum Einsatzfeld bei primärer Suchterkrankung können aus Berlin keine eigenen Erfahrungen beigetragen werden. Die bewährten Konzepte der Suchtbehandlung sollten berücksichtigt werden. Die Zugangsberechtigung zur Leistungserbringung sollte erleichtert und das Zulassungsverfahren von Soziotherapeuten beschleunigt werden.

Die Verordnungskompetenz des nervenärztlichen/psychiatrischen Facharztes beziehungsweise der MVZ hat sich in zweifacher Hinsicht bewährt: Zum einen werden die schwer funktionsgestörten Patienten fachärztlich vom Nervenarzt beziehungsweise Psychiater versorgt und zum anderen ist hier auch die notwendige sozialpsychiatrische Vernetzung und ambulante koordinative Kompetenz gegeben.

Der Ausweitung der Verordnungskompetenz auf die PIA (Psychiatrische Institutsambulanzen) steht deren primärer Behandlungsauftrag und das gesondert honorierte, ohnehin komplexe PIA-Behandlungsangebot entgegen.

Fazit für die Praxis

Das bisherige Scheitern der Soziotherapie beruht vorrangig auf der bisher restriktiven Haltung der Krankenkassen [2]. Aufgrund sehr positiver und umfangreicher Berliner

Erfahrungen kann der von den Betroffenen- und Angehörigenverbänden initiierte Änderungsantrag in dieser Form aus fachlich-psychiatrischer Sicht weitgehend unterstützt werden. Aus unserer Sicht sollte die sich jetzt bietende Chance, positive Erfahrungen aus der IV in die Regelversorgung zu übernehmen, nicht verpasst werden. Dies umso mehr als sich auf den unterschiedlichen Einfluss- und Entscheidungsebenen (BuMiG, KBV, DGPPN, Krankenkassen u.a.) diesbezüglich eine tendenziell veränderungsorientierte und Soziotherapie supportive Haltung entwickelt hat. Auch würden die sozialpsychiatrisch ausgerichteten Praxen eine wesentliche Stärkung wie auch Entlastung erfahren. Nicht zuletzt sollte ein klares Votum unserer Berufsverbände die Zusammenarbeit mit den beantragenden Betroffenen- und Angehörigenverbänden wie auch mit den Soziotherapeuten stärken. □

LITERATUR

1. Melchinger H. Ambulante Soziotherapie, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 115, 1999
2. Rössler W et al. Psychiatrische Praxis 2012; 39 (3): 106–8

Dr. med. Norbert Mönter

Arzt für Neurologie und Psychiatrie,
Psychotherapie

E-Mail: dr.moenter@psychiatrie-in-berlin.de



Klaus H. Heinsen – ein letzter Dank

Über 15 Jahre hinweg hatte Klaus H. Heinsen den organisatorischen Stil der Seminare unserer berufsverbandseigenen Fortbildungsakademie geprägt. Nicht nur mir und den teilnehmenden Kollegen sondern auch den Referenten, die er in dezent freundschaftlicher, ja manchmal geradezu väterlicher Weise betreut hatte, war „Herr Heinsen“ ans Herz gewachsen.

Seine Zuverlässigkeit, seine zupackende Art und die heitere, stets positive Haltung, mit der er seine manchmal durchaus nicht ganz einfache Aufgabe absolvierte, ließ ihn zu einem Markenzeichen der Fortbildungsakademie werden. 2009 hatte ich ihn im NEURO-TRANSMITTER verabschiedet und ihm gedankt, weil er auch den

Übergang der Organisationstätigkeit auf die Athene-Akademie in Würzburg völlig problem- und reibungslos gestaltet hatte. Nun mussten wir erfahren, dass Klaus H. Heinsen am 13. Oktober 2012 verstorben ist. Wir wussten, dass er schwer erkrankt war, konnten uns in Telefonaten jedoch immer wieder davon überzeugen, wie zuversichtlich er war, seine Erkrankung wieder zum Guten wenden zu können und gesund zu werden. Leider war ihm dies nicht gegönnt.

Seiner Frau und seinen Kindern, die nun ohne ihn leben müssen, gilt unser tiefes Beileid. Aber auch uns fehlt er sehr.

PD Dr. A. Zacher

Praxisporträt

Zusammen arbeitet es sich leichter

Wer in einer ländlichen Region als Neurologe praktiziert, kann viel von Kooperationen profitieren. Dr. Stephan Gierer aus Dillingen nutzt gleich mehrere: Er teilt sich mit seiner Frau die Gemeinschaftspraxis und betreut täglich fast zwei Stunden im nahen Klinikum eine Schlaganfallereinheit.

Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson: Wer sich für Patienten mit solchen Krankheiten interessiert, tut das am besten als niedergelassener Arzt – davon ist Dr. Stephan Gierer aus Dillingen an der Donau überzeugt: „In der Klinik reduziert sich die Neurologie zunehmend auf Schlaganfall.“ Dagegen ist das Patientenspektrum bei ambulant tätigen Neurologen sehr vielfältig. Für den Arzt ist es daher wichtig, dass beide Bereiche besser kooperieren. Er trägt jedenfalls seinen Teil dazu bei, indem er täglich eineinhalb bis zwei Stunden im nahen Kreisklinikum konsiliarisch eine Schlaganfallereinheit betreut. Er wünscht sich jedoch, dass die Verzahnung noch weiter geht: „Ich versuche immer wieder, Kliniken anzusprechen, Weiterbildungsassistenten gemeinsam auszubilden, gerade weil das Patientenspektrum im ambulanten Bereich so unterschiedlich ist.“

Breit aufgestellt

Kooperation ist für den Arzt aber auch innerhalb seiner Praxis entscheidend. Als er sich mit seiner Frau Dr. Stephanie Gierer – ebenfalls Neurologin – vor zehn Jahren für die Niederlassung entschied, war beiden klar, dass sie das nur zusammen machen würden. In Dillingen fanden sie zwei freie Facharztsitze und eröffneten eine Gemeinschaftspraxis. Zu zweit decken sie für den Landkreis fast die gesamte Neurologie ab. Gerade in einer ländlichen Region muss eine Praxis breit aufgestellt sein, sagt Gierer.

In dem Zweierteam behandelt er unter anderem die über 200 MS-Patienten – die Praxis zählt zu den regionalen MS-Zentren der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG). Unterstützt wird der Arzt dabei von einer speziell ausgebildeten MS-Nurse. Seine Partne-



Dr. Stephan Gierer und Dr. Stephanie Gierer

Praxis-Steckbrief

Inhaber: Dr. Stephan Gierer und Dr. Stephanie Gierer (Fachärzte für Neurologie)

Praxistyp: Gemeinschaftspraxis

Ort: 89407 Dillingen, Bayern

Regionale Struktur: Ländlicher Raum

Anteil Privatpatienten: etwa 5 – 10 %

Nächste Klinik: 25 km (Neurologie und Psychiatrie)

Mitarbeiterinnen: 7

Schwerpunkte: MS, Bewegungsstörungen, Parkinson, Epilepsie

Besonderheiten: MS-Schwerpunktpraxis, QM-Zertifizierung (DIN), Teilnahme an klinischen Studien

rin Stephanie Gierer hat sich auf Bewegungsstörungen spezialisiert und eine Botulinumtoxin- sowie einen Parkinson-Sprechstunde eingerichtet. Hinzu kommen viele Patienten mit Epilepsie – Dillingen verfügt über mehrere Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Ergänzt wird das Angebot um die ambulante Schlafmedizin, aber auch IGeL wie Akupunktur oder eine Schlaganfallrisiko-Analyse. Gute Erfahrungen haben die Ärzte mit Biofeedback zur Kopfschmerztherapie bei Kindern gemacht. Für dieses Verfahren haben sie extra eine der sieben Mitarbeiterinnen im Team ausgebildet.

Aufgaben an Fachkräfte delegiert

Gelegentlich nehmen die beiden Neurologen mit ihren Patienten an klinischen Studien teil, hier erledigt ebenfalls eine spezialisierte Mitarbeiterin Bürokratie und Dokumentation, während eine weitere Beschäftigte dafür sorgt, dass die DIN-zertifizierte Praxis die Regeln für

das Qualitätsmanagement einhält. „Für uns ist es wichtig, Arbeit zu delegieren und dem Personal zu vertrauen“, sagt Gierer. Nur so lassen sich die vielen Aufgaben bewältigen, ohne dass man täglich zwölf Stunden arbeiten muss.

„Wenn man die Arbeit gut organisiert und das Glück hat, zu zweit zu sein, dann schafft man es auch, noch etwas was für sich selbst zu tun.“ Das erfordert ein gewisses Maß an Disziplin. Die Sprechzeiten werden in der Regel nicht überschritten, und auch die Hausärzte wissen, dass sie nicht wahllos Patienten schicken können, sondern Termine zuvor besser mit ihnen absprechen. So bleibt schließlich auch noch Zeit, sich um die Bürokratie und nicht zuletzt um die drei Kinder zuhause zu kümmern. Familie und Arbeit unter einen Hut zu bekommen, ist für Stephan Gierer also kein Widerspruch: „Nicht jeder muss sich schließlich kaputt machen, wenn er eine Praxis führen will, die ein bisschen ambitioniert ist.“

mut

Morbus Parkinson

Langzeiterfahrungen mit Tiefer Hirnstimulation

Die meisten Patienten mit Morbus Parkinson können ihre Erkrankung gut mit medikamentösen Therapien kontrollieren. Mit zunehmender Therapiedauer über Jahre können aber Wirkungsschwankungen und unwillkürliche Überbewegungen auftreten, die auch mit pharmakologischen Kombinationstherapien nicht mehr zufriedenstellend behandelt werden können. Mit der „Tiefen Hirnstimulation“ steht für diese Patienten eine Behandlungsalternative zur Verfügung.

NIELS ALLERT, BONN



Abbildung 1: Das System zur Tiefen Hirnstimulation besteht aus einem Impulsgeber, Verlängerungskabeln sowie intrakraniell implantierten Elektroden mit vier einzeln oder in Kombination aktivierbaren Kontakten an der Spitze.

34 Morbus Parkinson

Langzeiterfahrungen mit THS

40 Alkoholabhängigkeit

Nicht nur die Leber ist in Gefahr

45 Suizidgefährdung bei Demenzkranken

Das unterschätzte Risiko

47 NEUROLOGISCHE KASUISTIK

Posttraumatische Epilepsie und Verhaltensstörungen

54 CME PNP im Alter

Sind die krankhaften Veränderungen altersphysiologisch?

59 CME Fragebogen

Dopaminerge Medikamente stellen noch immer die wichtigste Säule bei der Behandlung der motorischen Parkinson-Symptome (Rigor, Akinese, Tremor) dar. Levodopa verdient dabei zu Recht das Attribut des „Goldstandards“, da es kurzfristig die ausgeprägteste Wirkung und im Vergleich zu Dopaminagonisten ein geringeres Nebenwirkungsrisiko besitzt [1]. Der guten kurzfristigen Wirksamkeit dieser Substanz steht in der Langzeitbehandlung allerdings das Risiko der Entwicklung von Wirkungsschwankungen (Fluktuationen) und unwillkürlichen Überbewegungen (Dyskinesien) gegenüber. Diese Levodopa-Langzeitkomplikation konnte bislang auch durch optimierte pharmakologische Therapien (z. B. Dopaminagonisten mit längerer Halbwertszeit, Catechol-O-Methyltransferase-Hemmer oder Monoaminoxidase-B-Hemmer) nicht befriedigend beherrscht werden. Und auch die medikamentöse Kontrolle eines Parkinson-Tremors gelingt oft nur unzureichend. Somit besteht für die Behandlung der motorischen Parkinson-Symptome weiter Bedarf an innovativen Optionen.

Für die Eskalationstherapie bei Parkinson stehen heute im Wesentlichen drei Therapieoptionen zur Verfügung:

— Die kontinuierliche subkutane Apomorphininfusion mittels einer externen Pumpe,

— die kontinuierliche intestinale Levodopainfusion mittels einer externen Pumpe und einem über eine perkutane endoskopische Gastrostomie eingelegten Katheter sowie

— die „Tiefe Hirnstimulation“ (THS).

In diesem Artikel soll über die vorliegenden Langzeiterfahrungen der THS bei Patienten mit Morbus Parkinson berichtet werden. Dieses Verfahren wird seit den 1980er-Jahren zur Behandlung von Tremores eingesetzt [2]. Eine wesentlich größere Bedeutung und Verbreitung hat die THS erlangt, seit Anfang der 1990er-Jahre Zielpunkte gefunden wurden, die auch den Rigor und die Akinese sowie Dyskinesien bessern [3, 4].

Operation und Technik

Für die THS werden vierpolige Elektroden stereotaktisch in das Gehirn implantiert. Die Elektroden sind mit subkutanen Verlängerungskabeln verbunden und an einen Impulsgeber angeschlossen, der zumeist subklavikulär oder im Abdomenbereich platziert ist (**Abbildung 1, Abbildung 2**). Die Stimulationsparameter werden telemetrisch von außen eingestellt. Die wichtigsten operativen Komplikationen sind intrakranielle Blutungen bei der Elektrodenimplantation, bakterielle Entzündungen und Wunddehiscenzen, Elektrodendislokationen sowie technische Defekte.

In einer deutschen Studie wurde das operative Risiko über einen Beobachtungszeitraum von 30 Tagen nach der THS-Operation bei 1.183 Patienten aus fünf THS-Zentren ermittelt [5]. Intrakranielle Blutungen wurden in einer Häufigkeit von 2,2 % beobachtet, eine bleibende, operativ verursachte Schädigung bei 1 %. Bakterielle Infektionen werden in einer Häufigkeit von 5 % beschrieben [6]. Sie können auch später im Verlauf auftreten und sind fast ausschließlich extrakraniell lokalisiert. Zumeist müssen in diesen Fällen die betroffenen Komponenten des THS-Systems entfernt und nach Abheilen der Infektion ersetzt werden. Auch Wunddehiscenzen können erst später im Verlauf auftreten und erfordern eine umgehende chirurgische Versorgung [7, 8]. Elektrodendislokationen oder komplette Elektrodenbrüche treten nach Verbesserungen der Operationstechniken nur noch selten auf [9]. Daneben werden jedoch Dysfunktionen nur einzelner der vier Stimulationskontakte einer Elektrode mit einer Häufigkeit von etwa 3 % beobachtet [10]. Durch eine geeignete Anpassung der Stimulationsparameter kann in den meisten Fällen auf eine operative Revision verzichtet werden.

Zielgebiete

Bislang sind drei Zielgebiete für den THS-Einsatz bei Parkinson etabliert:

- Der Nucleus ventralis intermedius thalami (Vim),
- der Nucleus subthalamicus (STN) und
- der Globus pallidus internus (GPi).

THS des Vim

Die THS des Vim verbessert einen Parkinson-Tremor, nicht aber Akinese und Rigor. Damit wird dieser Zielpunkt nur bei solchen Patienten gewählt, bei denen ein Tremor ganz im Vordergrund der motorischen Symptome steht und nicht mit einer baldigen Entwicklung akinetisch-rigider Symptome zu rechnen ist. Bei 90% der Betroffenen kann eine zufriedenstellende Tremorkontrolle erzielt werden, die im Langzeitverlauf stabil ist [11, 12]. Als Hauptnebenwirkung, besonders bei bilateraler Vim-THS, können eine Dysarthrie sowie Gleichgewichtstörung beobachtet werden. In diesen Fällen muss bei der Optimierung der Stimulationsparameter der beste klinische Kompromiss gewählt werden. Alltagsrelevante kognitive Veränderungen treten in der Regel ebenso wenig auf wie psychiatrische Veränderungen oder soziale Anpassungsstörungen.

THS des STN und des GPi

Die THS des STN und die THS des GPi verbessern nicht nur einen Parkinson-Tremor, sondern auch Akinese und Rigor sowie Levodopa-abhängige Dyskinesien [3, 4]. Hierdurch haben diese Ziel-

punkte eine wesentlich größere Bedeutung für die Parkinson-Behandlung erlangt als die Vim-THS. Mitte der 1990er-Jahre erschienen die Ergebnisse der STN-THS denen der GPi-THS überlegen zu sein. So zeigte sich eine ausgeprägtere Wirkung auf die Akinese, die nur bei STN-THS eine Reduktion der dopaminergen Medikation um 50–60% ermöglichte. Auch die Langzeitwirkung erschien unter STN-THS besser, da unter GPi-THS bereits in den ersten Jahren häufiger ein Nachlassen der Wirkung beobachtet wurde [13]. Dies führte dazu, dass in den meisten THS-Zentren weltweit der STN als Zielpunkt favorisiert wurde und wird. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass eine Überlegenheit eines der Zielpunkte bislang in randomisierten Studien nicht nachgewiesen wurde [14].

Langzeitwirkung der STN-THS

Motorische Symptome

Ein Parkinson-Tremor wird durch die STN-THS ähnlich gut supprimiert wie durch die Vim-THS. Die Verbesserung von Rigor, Akinese sowie Gang- und Gleichgewichtstörungen durch die STN-THS ist individuell verschieden. Der wichtigste Prädiktor vor einer THS ist das Ansprechen dieser motorischen Störungen auf Levodopa [15]. Als Daumenregel gilt, dass die Verbesserung durch die STN-THS ähnlich derjenigen der

besten Wirkung von Levodopa ist. Dies bedeutet, dass die Wirkung der STN-THS umso ausgeprägter ist, je schwerer die motorische Beeinträchtigung in der Medikamenten-off-Phase ist und umso deutlicher die Verbesserung in der Medikamenten-on-Phase. Neben den motorischen Off-Symptomen werden Levodopa-abhängige Dyskinesien erheblich reduziert (70% auf klinischen Bewertungsskalen). Dieses beruht zumindest zum Teil auf einer gleichzeitigen Reduktion der dopaminergen Medikation um 50–60%.

Hinsichtlich der Langzeitwirkung muss zwischen On- und Off-Symptomen differenziert werden. Die präoperativen Off-Symptome bleiben in Studien mit fünf- bis achtjähriger Nachbeobachtung signifikant gebessert, wenn auch das Ausmaß der Besserung langsam abnimmt [16–18]. Von den präoperativen On-Symptomen bleiben die Levodopa-abhängigen Dyskinesien im Langzeitverlauf gebessert. Levodopa-resistente und damit auch THS-resistente Störungen nehmen jedoch zu. Besonders relevant ist dieses für axiale Symptome wie Gang- und Gleichgewichtstörungen, da diese für die Selbstständigkeit der Patienten besonders wichtig sind [19]. Zu den motorischen Störungen, die sich unter THS bereits frühzeitig (innerhalb des ersten Behandlungsjahres) verschlechtern können, gehören Artikulationsstörungen [20, 21].

Nicht-motorische Symptome

Unter den nicht motorischen Symptomen ist besonders die Wirkung auf kognitive Leistungen sowie psychische/psychiatrische Symptome von Interesse. Kognitive Funktionen werden von der STN-THS nicht gebessert. In einzelnen Domänen lassen sich durch spezifische Tests dagegen Beeinträchtigungen nachweisen, zum Beispiel eine Abnahme der Wortflüssigkeit [18, 22, 23]. Diese Veränderungen besitzen jedoch eine geringe Alltagsrelevanz [23, 24]. Die Gefahr von kognitiven Veränderungen ist bei älteren Patienten (> 70 Jahre) größer als bei jüngeren Patienten [25]. Hierbei muss auch die natürliche Krankheitsprogression berücksichtigt werden, da ab einem Alter von 70 Jahren – unabhängig von der Erkrankungsdauer – das



Abbildung 2: THS-Elektroden und Verlängerungskabel auf einer konventionellen Schädel-Röntgenaufnahme.

Risiko einer Parkinson-Demenz steigt [26, 27].

Komplexer als kognitive Störungen sind psychische Veränderungen und Verhaltensveränderungen, die unter STN-THS beobachtet werden können [28, 29]. Angaben zur Häufigkeit sind sehr variabel. Dieses hängt nicht zuletzt mit der methodischen Schwierigkeit zusammen, die vielfältigen Phänomene systematisch zu erfassen und in ihrem Schweregrad einzuordnen. Auch der Untersuchungszeitpunkt spielt eine Rolle, da Veränderungen besonders in der Einstellphase nach der Elektrodenimplantation auftreten, dann aber über einen variablen Zeitraum wieder abklingen. Als Anhaltspunkt können drei bis sechs Monate dienen, ein Zeitraum, der Patienten und Angehörigen vor einem Eingriff als Zeitbedarf der Stabilisierung nach der Operation genannt wird.

Das Spektrum psychischer Veränderungen ist weit. Im affektiven Erleben reicht es von Antriebsminderung und depressiven Symptomen bis zu Euphorie und manischen Störungen. In Metaanalysen werden Häufigkeiten von 7–8 % für Depression, 2–4 % für Manien und bis zu 4 % für weitere psychische/Verhaltensveränderungen angegeben [23, 28, 29]. Auch eine vermehrte Suizidalität mit einer Suizidrate von 0,45 % im ersten Behandlungsjahr einer STN-THS wird beobachtet [30]. Patienten können eine vermehrte Reizbarkeit und Aggressivität zeigen, leichter ablenkbar sein oder Impulskontrollstörungen entwickeln. Häufig kommt es unter der THS auch zu familiären und Partnerschaftskonflikten [31, 32]. Zum Teil wird dieses im Zusammenhang mit Anpassungsstörungen gesehen, wenn sich bei drastischer, motorischer Verbesserung eine über Jahre entwickelte Abhängigkeit plötzlich verändert („burden of normality“). Das Verständnis für diese vielfältigen Veränderungen hat sich in den letzten Jahren verbessert und damit auch die therapeutischen Möglichkeiten. So erwiesen sich Antriebsstörungen und depressive Störungen häufig als Folge einer zu ausgeprägten, dopaminergen Medikationsreduktion [33, 34]. Euphorie und manische Veränderungen können häufiger als direkte Folge einer Stimulation von neuronalen Strukturen beob-

Unabhängigkeit und Lebensqualität sinken bei Zunahme von Levodopa-resistenten motorischen Symptomen wie Gang- und Gleichgewichtsstörungen.



© George Doyle / thinkstockphotos.de

achtete werden, die für das emotionale und affektive Erleben bedeutsam sind, sodass sie durch eine Änderung der Stimulationsparameter reduziert werden können [35–37]. Eine verbesserte Aufklärung und Begleitung von Patienten und Angehörigen besonders im ersten Jahr der THS kann ebenfalls dazu beitragen, Veränderungen frühzeitig zu registrieren und zu behandeln.

Als weitere Veränderung unter einer STN-THS kommt es häufig zu einer Gewichtszunahme. Im Durchschnitt werden 5–10 kg beobachtet, mit dem höchsten Anstieg in den ersten Behandlungsmonaten [38]. In Einzelfällen werden exzessive Gewichtszunahmen von 20–30 kg und mehr beobachtet. Die Ursachen sind komplex. Neben einer Reduktion des Ruheenergieumsatzes können hormonelle und Verhaltensveränderungen eine Rolle spielen. Da gegenwärtig eine angepasste Diät das wichtigste Mittel zur Reduktion und Prävention darstellt, werden Patienten bereits vor der Operation auf diese Nebenwirkung hingewiesen und eine engmaschige Kontrolle besonders in den ersten Monaten der THS angeraten.

Lebensqualität

In einer randomisierten Studie konnte nachgewiesen werden, dass sich die Lebensqualität von Patienten unter einer STN-THS nach sechs Monaten gegenüber Patienten unter medikamentöser Therapie signifikant verbessert hatte [39]. Die beobachteten Verbesserungen waren

jedoch weniger stabil als die motorischen Verbesserungen und in vielen Bereichen bei einer Nachuntersuchung nach drei Jahren nicht mehr signifikant [40]. In einer weiteren Studie konnte eine verbesserte Lebensqualität nur bei jüngeren Betroffenen (< 65 Jahre) nachgewiesen werden [41]. Diese Studien unterstreichen nicht zuletzt die Bedeutung von nicht-motorischen Symptomen für das subjektive Erleben einer auch unter THS progredienten Multisystemerkrankung.

Fazit für die Praxis

Die THS stellt für ausgewählte Parkinson-Patienten eine geeignete Therapieoption zur Reduktion eines medikamentös therapieresistenten Tremors sowie von Fluktuationen und Dyskinesien dar. Die Wirkung bleibt zumeist langfristig erhalten, sodass die Therapie lebenslang fortgesetzt wird. Die Krankheitsprogression wird nicht verhindert. Unabhängigkeit und Lebensqualität sinken vor allem bei Zunahme von Levodopa-resistenten motorischen Symptomen (besonders Gang- und Gleichgewichtstörungen) und nicht-motorischen Symptomen (besonders kognitive Störungen). □

LITERATUR

unter springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. med. Niels Allert

Neurologisches Rehabilitationszentrum
Godeshöhe
Waldstr. 2–10, 53177 Bonn
E-Mail: allert@godeshoehe.de

Literatur

- Poewe W, Antonini A, Zijlmans JC, Burkhard PR, Vingerhoets F. Levodopa in the treatment of Parkinson's disease: an old drug still going strong. *Clin Interv Aging* 2010;5:229–238
- Benabid AL, Pollak P, Gervason C, Hoffmann D, Gao DM, Hommel M, Perret JE, de Rougemont J. Long-term suppression of tremor by chronic stimulation of the ventral intermediate thalamic nucleus. *Lancet* 1991;337:403–406
- Siegfried J, Lippitz B. Bilateral chronic electrostimulation of ventroposterolateral pallidum: a new therapeutic approach for alleviating all parkinsonian symptoms. *Neurosurgery* 1994;35:1126–1129
- Pollak P, Benabid AL, Gross C, Gao DM, Laurent A, Benazzouz A, Hoffmann D, Gentil M, Perret J. [Effects of the stimulation of the subthalamic nucleus in Parkinson disease]. *Rev Neurol (Paris)* 1993;149:175–176
- Voges J, Hilker R, Bötzel K, Kiening KL, Kloss M, Kupsch A, Schnitzler A, Schneider GH, Steude U, Deuschl G, Pinsker MO. Thirty days complication rate following surgery performed for deep-brain-stimulation. *Mov Disord* 2007;22:1486–1489
- Bhatia R, Balton A, Richards M, Hopkins C, Aziz T, Nandi D. The incidence of deep brain stimulator hardware infection: the effect of change in antibiotic prophylaxis regimen and review of the literature. *Br J Neurosurg* 2011;25:625–631
- Lanotte M, Verna G, Panciani PP, Taveggia A, Zibetti M, Lopiano L, Ducati A. Management of skin erosion following deep brain stimulation. *Neurosurgical Review* 2009;32:111–114
- Sixel-Döring F, Trenkwalder C, Kappus C, Hellwig D. Skin complications in deep brain stimulation for Parkinson's disease: frequency, time course, and risk factors. *Acta Neurochirurgica (Wien)* 2010;152:195–200
- Hamani C, Lozano AM. Hardware-related complications of deep brain stimulation: a review of the published literature. *Stereotact Funct Neurosurg* 2006;84:248–251
- Allert N, Markou M, Miskiewicz AA, Nolden L, Karbe H. Electrode dysfunctions in patients with deep brain stimulation: a clinical retrospective study. *Acta Neurochir (Wien)* 2011;153:2343–2349
- Hariz MI, Krack P, Alesch F, Augustinsson LE, Bosch A, Ekberg R, Johansson F, Johnels B, Meyerson BA, N'Guyen JP, Pinter M, Pollak P, von Raison F, Rehncrona S, Speelman JD, Sydow O, Benabid AL. Multicentre European study of thalamic stimulation for parkinsonian tremor: a 6 year follow-up. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008;79:694–699
- Pahwa R, Lyons KE, Wilkinson SB, Simpson RK Jr, Ondo WG, Tarsy D, Norregaard T, Hubble JP, Smith DA, Hauser RA, Jankovic J. Long-term evaluation of deep brain stimulation of the thalamus. *J Neurosurg* 2006;104:506–512
- Volkman J, Allert N, Voges J, Sturm V, Schnitzler A, Freund HJ. Long-term results of bilateral pallidal stimulation in Parkinson's disease. *Ann Neurol* 2004;55:871–875
- Follett KA, Weaver FM, Stern M, Hur K, Harris CL, Luo P, Marks WJ Jr, Rothlind J, Sagher O, Moy C, Pahwa R, Burchiel K, Hogarth P, Lai EC, Duda JE, Holloway K, Samii A, Horn S, Bronstein JM, Stoner G, Starr PA, Simpson R, Baltuch G, De Salles A, Huang GD, Reda DJ; CSP 468 Study Group. Pallidal versus subthalamic deep-brain stimulation for Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2010; 362: 2077–2091
- Bronstein JM, Tagliati M, Alterman RL, Lozano AM, Volkman J, Stefani A, Horak FB, Okun MS, Foote KD, Krack P, Pahwa R, Henderson JM, Hariz MI, Bakay RA, Rezai A, Marks WJ Jr, Moro E, Vitek JL, Weaver FM, Gross RE, DeLong MR. *Arch Neurol* 2011;68:165
- Krack P, Batir A, Van Blercom N, Chabardes S, Fraix V, Ardouin C, Koudsie A, Limousin PD, Benazzouz A, LeBas JF, Benabid AL, Pollak P. Five-year follow-up of bilateral stimulation of the subthalamic nucleus in advanced Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2003;349:1925–1934
- Fasano A, Romito LM, Daniele A, Piano C, Zinno M, Bentivoglio AR, Albanese A. Motor and cognitive outcome in patients with Parkinson's disease 8 years after subthalamic implants. *Brain* 2010;133:2664–2676
- Moro E, Lozano AM, Pollak P, Agid Y, Rehncrona S, Volkman J, Kulisevsky J, Obeso JA, Albanese A, Hariz MI, Quinn NP, Speelman JD, Benabid AL, Fraix V, Mendes A, Welter ML, Houeto JL, Cornu P, Dormont D, Tornqvist AL, Ekberg R, Schnitzler A, Timmermann L, Wojtecki L, Gironell A, Rodriguez-Oroz MC, Guridi J, Bentivoglio AR, Contarino MF, Romito L, Scerrati M, Janssens M, Lang AE. Long-term results of a multicenter study on subthalamic and pallidal stimulation in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2010;25:578–586
- St George RJ, Nutt JG, Burchiel KJ, Horak FB. A meta-regression of the long-term effects of deep brain stimulation on balance and gait in PD. *Neurology* 2010;75:1292–1299
- Frost E, Tripoliti E, Hariz MI, Pring T, Limousin P. Self-perception of speech changes in patients with Parkinson's disease following deep brain stimulation of the subthalamic nucleus. *Int J Speech Lang Pathol* 2010;12:399–404
- Tripoliti E, Zrinzo L, Martinez-Torres I, Frost E, Pinto S, Foltynie T, Holl E, Petersen E, Roughon M, Hariz MI, Limousin P. Effects of subthalamic stimulation on speech of consecutive patients with Parkinson disease. *Neurology* 2011;76:80–86
- Wojtecki L, Timmermann L, Jörgens S, Südmeyer M, Maarouf M, Treuer H, Gross J, Lehrke R, Koulousakis A, Voges J, Sturm V, Schnitzler A. Frequency-dependent reciprocal modulation of verbal fluency and motor functions in subthalamic deep brain stimulation. *Arch Neurol* 2006;63:1273–1276
- Parsons TD, Rogers SA, Braaten AJ, Woods SP, Troster AI. Cognitive sequelae of subthalamic nucleus deep brain stimulation in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Lancet Neurol* 2006;5:578–588
- Witt K, Daniels C, Reiff J, Krack P, Volkman J, Pinsker MO, Krause M, Tronnier V, Kloss M, Schnitzler A, Wojtecki L, Bötzel K, Danek A, Hilker R, Sturm V, Kupsch A, Karner E, Deuschl G. Neuropsychological and psychiatric changes after deep brain stimulation for Parkinson's disease: a randomised, multicentre study. *Lancet Neurol* 2008;7:605–614
- Saint-Cyr JA, Trépanier LL, Kumar R, Lozano AM, Lang AE. Neuropsychological consequences of chronic bilateral stimulation of the subthalamic nucleus in Parkinson's disease. *Brain* 2000;123:2091–2108
- Hely MA, Morris JG, Reid WG, Trafficante R. Sydney Multicenter Study of Parkinson's disease: non-L-dopa-responsive problems dominate at 15 years. *Mov Disord* 2005;20:190–199
- Hely MA, Reid WG, Adena MA, Halliday GM, Morris JG. The Sydney multicenter study of Parkinson's disease: the inevitability of dementia at 20 years. *Mov Disord* 2008; 23: 837–844
- Kleiner-Fisman G, Herzog J, Fisman DN, Tamma F, Lyons KE, Pahwa R, Lang AE, Deuschl G. Subthalamic nucleus deep brain stimulation: summary and meta-analysis of outcomes. *Mov Disord* 2006;21:290–304
- Temel Y, Kessels A, Tan S, Topdag A, Boon P, Visser-Vandewalle V. Behavioural changes after bilateral subthalamic stimulation in advanced Parkinson disease: a systematic review. *Parkinsonism Relat Disord* 2006;12:265–272.
- Voon V, Krack P, Lang AE, Lozano AM, Dujardin K, Schüpbach M, D'Ambrosia J, Thobois S, Tamma F, Herzog J, Speelman JD, Samanta J, Kubu C, Rossignol H, Poon YY, Saint-Cyr JA, Ardouin C, Moro E. A multicentre study on suicide outcomes following subthalamic stimulation for Parkinson's disease. *Brain* 2008;131:2720–2728
- Schüpbach M, Gargiulo M, Welter ML, Mallet L, Béhar C, Houeto JL, Maltête D, Mesnage V, Agid Y. Neurosurgery in Parkinson disease: a distressed mind in a repaired body? *Neurology* 2006;66:1811–1816
- Houeto JL, Mallet L, Mesnage V, Tezenas du Montcel S, Béhar C, Gargiulo M, Tornay F, Pellissolo A, Welter ML, Agid Y. Subthalamic stimulation in Parkinson disease: behavior and social adaptation. *Arch Neurol* 2006; 63: 1090–1095
- Thobois S, Ardouin C, Lhommée E, Klinger H, Lagrange C, Xie J, Fraix V, Coelho Braga MC, Hassani R, Kistner A, Juphard A, Seigneuret E, Chabardes S, Mertens P, Polo G, Reilhac A, Costes N, LeBars D, Savasta M, Tremblay L, Quesada JL, Bosson JL, Benabid AL, Broussolle E, Pollak P, Krack P. Non-motor dopamine withdrawal syndrome after surgery for Parkinson's disease: predictors and underlying mesolimbic denervation. *Brain* 2010;133:1111–1127
- Czernecki V, Schüpbach M, Yaici S, Lévy R, Bardinet E, Yelnik J, Dubois B, Agid Y. Apathy following subthalamic stimulation in Parkinson disease: a dopamine responsive symptom. *Mov Disord* 2008;23:964–969

35. Chopra A, Tye SJ, Lee KH, Sampson S, Matsumoto J, Adams A, Klassen B, Stead M, Fields JA, Frye MA. Underlying neurobiology and clinical correlates of mania status after subthalamic nucleus deep brain stimulation in Parkinson's disease: a review of the literature. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2012;24:102–110
36. Ulla M, Thobois S, Llorca PM, Derost P, Lemaire JJ, Chereau-Boudet I, de Chazeron I, Schmitt A, Ballanger B, Broussolle E, Durif F. Contact dependent reproducible hypomania induced by deep brain stimulation in Parkinson's disease: clinical, anatomical and functional imaging study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011;82:607–614
37. Coenen VA, Honey CR, Hurwitz T, Rahman AA, McMaster J, Bürgel U, Mädler B. Medial forebrain bundle stimulation as a pathophysiological mechanism for hypomania in subthalamic nucleus deep brain stimulation for Parkinson's disease. *Neurosurgery* 2009;64:1106–1114
38. Foubert-Samier A, Maurice S, Hivert S, Guelh D, Rigalleau V, Burbaud P, Cuny E, Meissner W, Tison F. A long-term follow-up of weight changes in subthalamic nucleus stimulated Parkinson's disease patients. *Rev Neurol (Paris)* 2012;168:173–176
39. Deuschl G, Schade-Brittinger C, Krack P, Volkmann J, Schafer H, Botzel K, Daniels C, Deutschlander A, Dillmann U, Eisner W, Gruber D, Hamel W, Herzog J, Hilker R, Klebe S, Klos M, Koy J, Krause M, Kupsch A, Lorenz D, Lorenzl S, Mehdorn HM, Moringlane JR, Oertel W, Pinski MO, Reichmann H, Reus A, Schneider GH, Schnitzler A, Steude U, Sturm V, Timmermann L, Tronnier V, Trottenberg T, Wojtecki L, Wolf E, Poewe W, Voges J. A Randomized Trial of Deep-Brain Stimulation for Parkinson's Disease. *N Engl J Med* 2006; 355: 896–908
40. Volkmann J, Albanese A, Kulisevsky J, Tornqvist AL, Houeto JL, Pidoux B, Bonnet AM, Mendes A, Benabid AL, Fraix V, Van Blercom N, Xie J, Obeso J, Rodriguez-Oroz MC, Guridi J, Schnitzler A, Timmermann L, Gironell AA, Molet J, Pascual-Sedano B, Rehncrona S, Moro E, Lang AC, Lozano AM, Bentivoglio AR, Scerrati M, Contarino MF, Romito L, Janssens M, Agid Y. Long-term effects of pallidal or subthalamic deep brain stimulation on quality of life in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2009;24:1154–1161
41. Derost PP, Ouchchane L, Morand D, Ulla M, Llorca PM, Barget M, Debilly B, Lemaire JJ, Durif F. Is DBS-STN appropriate to treat severe Parkinson disease in an elderly population? *Neurology* 2007;68:1345–1355

Nicht nur die Leber ist in Gefahr

Epidemiologie und Behandlung der Alkoholabhängigkeit

Aufgrund ihres Alkoholkonsums besteht bei über acht Millionen Bundesbürgern Beratungs- und Behandlungsbedarf. Die gesundheitlichen Folgen für den Einzelnen und die finanzielle Belastung für die Volkswirtschaft durch Alkoholmissbrauch sind enorm. Was können stationäre und zunehmend ambulant praktizierte Entwöhnungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen hier bewirken?

MICHAEL SOYKA, MÜNCHEN/MEIRINGEN

Epidemiologie des Alkoholkonsums

Alkoholmissbrauch, also schädlicher Gebrauch von Alkohol, und Alkoholabhängigkeit sind häufige Störungen. 3% der erwachsenen Bevölkerung gelten als alkoholabhängig. Die Zahl der behandlungsbedürftigen Patienten in Deutschland wird auf 1,3 bis 1,6 Millionen Alkoholabhängige sowie 2 Millionen Menschen mit Alkoholmissbrauch geschätzt (**Abbildung 1**). Dazu kommen etwa 5 Millionen Menschen mit einem Alkoholkonsum im potenziell gesundheitsschädlichen Bereich, der für Män-

ner bei 24 g und für Frauen bei 12 g pro Tag beginnt (**Abbildung 1, Tabelle 1**). Der jährliche Pro-Kopf-Konsum wurde für Deutschland (2010) mit 9,6 l reinen Alkohols berechnet. Der Löwenanteil entfällt auf Bier (107,4 l, Tendenz abnehmend) sowie Wein (20,5 l, Tendenz steigend) [2].

Chronischer Alkoholkonsum führt zu erheblichen körperlichen, psychischen und neurologischen Folgeerkrankungen. Besonders häufig sind Leber- und Stoffwechselleiden, neurologische und psychiatrische Erkrankungen (Hirnschädi-

gung, epileptische Anfälle), aber auch Unfälle und Suizide.

Die finanzielle Belastung durch Alkoholismus ist enorm. Jährlich werden etwa 320.000 Patienten wegen alkoholbezogener Störungen (ICD-10 F X) stationär behandelt. Die direkten Kosten, die durch Alkoholismus entstehen, werden auf 8,4 Milliarden € geschätzt (nach Mann et al., Übersicht in [6, 7]). Darin enthalten sind Leistungen für ambulante wie stationäre Behandlungen. Rehabilitationsmaßnahmen (üblicherweise zulasten der Rentenversicherung) kosten circa 820 Milli-



In Deutschland sind etwa 1,3 bis 1,6 Millionen Menschen alkoholabhängig, Alkoholmissbrauch (schädlicher Gebrauch) liegt bei rund 2 Millionen vor. Die Zahl der Bundesbürger mit riskantem Konsum wird auf 5 Millionen geschätzt.

onen €, andere direkte Kosten werden mit 1,3 Milliarden € berechnet.

Schwieriger zu ermitteln sind die indirekten Kosten für Alkoholismus. Sie werden auf 16 Milliarden € geschätzt. Allein die exzessive und vorzeitige Mortalität wird mit knapp 11 Milliarden € veranschlagt. Dazu kommen Kosten für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung etc. Dagegen betragen die Einnahmen aus der Alkoholsteuer nur circa 3,1 Milliarden €. In der Europäischen Union wurde die 12-Monats-Prävalenz für Alkoholstörungen mit 3,4% angegeben, was einer Gesamtzahl von 14,6 Millionen entspricht. Männer sind dreimal häufiger betroffen als Frauen.

Eine Alkoholkrankung entwickelt sich immer im Spannungsfeld zwischen Verfügbarkeit, Wirkung und Verträglichkeit des Suchtmittels, Anlage- und Umweltfaktoren, namentlich dem „Mikrokosmos“ der Familie und des Freundeskreises (Abbildung 2).

Soziale und somatische Folgeschäden

Alkoholismus spielt eine überragende Rolle für die Kriminalitätsbelastung in der Bevölkerung. Zahlreiche Straftaten werden unter Alkoholeinfluss verübt (Tabelle 2). Auch zahlreiche Unfälle mit Personenschäden sind auf Alkoholkonsum zurückzuführen, erfreulicherweise allerdings mit abnehmender Tendenz (27.357 im Jahr 2000, 15.070 im Jahr 2010). Auch die Zahl der durch alkoholisierte Kraftfahrer getöteten Personen ist deutlich zurückgegangen (von 1.022 auf 342 im selben Zeitraum); hier mag das Alkoholverbot für Fahranfänger eine Rolle spielen.

Zu den sozialen Folgeschäden durch Alkoholismus gehören neben Gewalttätigkeit und Unfällen auch Ehescheidungen und Arbeitslosigkeit sowie vor allem vorzeitige Berentungen/Arbeitsunfähigkeit.

Zu den alkoholbezogenen Todesfällen gibt es Modellrechnungen für Europa (Tabelle 3), die die exzessive Mortalität durch Alkoholismus veranschaulicht.

Therapie der Alkoholabhängigkeit

Generell wird die Behandlung Alkoholkranker in die Kontakt-, Entzugs-, Entwöhnungs- und Rehabilitationsphase eingeteilt.

Entzugsphase

Die Entzugsphase wird oft, allerdings nicht immer, stationär durchgeführt, mittlerweile häufig mit enger Befristung durch die Kostenträger. Eine reine somatische Entgiftung bei Alkoholismus ist wenig zielführend, der psychotherapeutische Ansatz mit Motivation zu weiterführenden Therapiemaßnahmen ist entscheidend. Für dieses Vorgehen hat sich im deutschsprachigen Raum der Begriff „qualifizierte Entgiftung“ eingebürgert.

Entwöhnungs- und Rehabilitationsphase

Die Entwöhnung beziehungsweise Rehabilitation Alkoholkranker wird in Deutschland üblicherweise zulasten der Rentenversicherungsträger durchgeführt, die eigene Suchtfachkliniken unterhalten, aber auch andere Sucht- oder psychiatrische Kliniken mit ihren Patienten belegen. In den letzten Jahren werden auch zunehmend ambulante Entwöhnungstherapien bei Alkoholabhängigkeit realisiert, ebenfalls mit gutem Erfolg. Pro Jahr werden in Deutschland circa 35.000 Patienten in Suchteinrichtungen behandelt, wobei Männer fast viermal häufiger betroffen sind als Frauen.

Für die therapeutische Versorgung und die Leistungen im Laufe der Entwöhnungsbehandlung liegen mittlerweile Qualitätsstandards vor (Klassifikation therapeutischer Leistungen [KTL] in der medizinischen Rehabilitation). Diese Rehabilitationsstandards sollen zu einer Verbesserung des Behandlungsergebnisses bei Alkoholabhängigkeit führen. Der sozialmedizinische Verlauf für Entwöhnungstherapien bei Alkoholabhängigkeit wird auch vonseiten der Kostenträger als günstig be-



Bei 8,3 Millionen Menschen in Deutschland besteht alkoholbedingter Beratungs- und Behandlungsbedarf.

wertet; 2-Jahres-Katamnesen für Rehabilitanden zeigen, dass immerhin 90% (!) der Alkoholkranken im Folgezeitraum im Erwerbsleben verblieben sind. Dabei werden durchschnittlich neun Monatsbeiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung und zehn Monatsbeiträge bei Arbeitslosigkeit entrichtet, was die sozialen Folgeschäden durch Alkoholismus hervorhebt. Nur 6% der Rehabilitanden erhielten eine Erwerbsminderungsrente [2]. Aus früheren Katamnesen ist ersichtlich, dass für Zeiträume über mehrere Jahre Abstinenzraten von 40–50% sowohl für stationäre als auch für ambulante Entwöhnungstherapien realistisch sind [1, 3].

Neuere pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten

Die immer noch hohe Rückfallgefährdung bei Alkoholabhängigkeit wirft die

Tabelle 1

Epidemiologie des Alkoholkonsums in Deutschland [2]

12-Monats-Prävalenz	Gesamt (%)	Männer (%)	Frauen (%)	N
Riskanter Alkoholkonsum				
> 12/24 g Alkohol pro Tag	18,3	20,9	15,6	9.500.000
> 20/30 g Alkohol pro Tag	11,4	15,0	7,5	5.900.000
Davon alkoholbezogene Störungen				
Missbrauch gemäß DSM-IV	3,8	6,4	1,2	2.000.000
Abhängigkeit gemäß DSM-IV	2,4	3,4	1,4	1.300.000

Abbildung 2

Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit

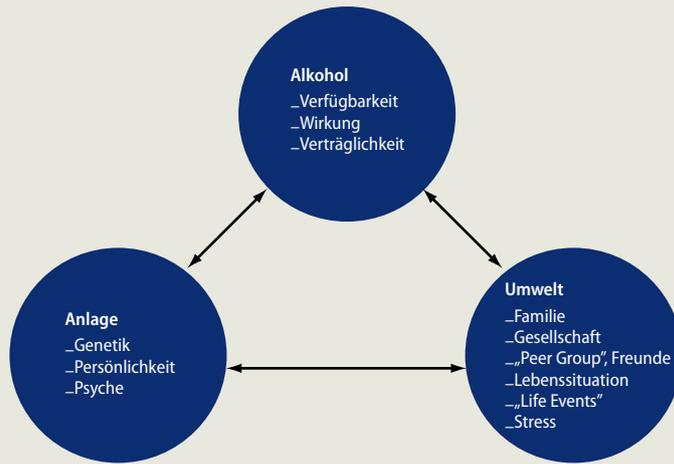


Tabelle 2

Prävalenz von Alkohol-
folgestörungen in Deutschland

Straftaten unter Alkoholeinfluss

Widerstand gegen die Staatsgewalt	65,4%
Gewalt/Kriminalität (gesamt)	31,8%
— Mord	21,3%
— Totschlag	40,1%
— Vergewaltigung etc.	29,3%
— Körperverletzung	34,7%

Tabelle 3

Alkoholbezogene Todesfälle pro Jahr in Europa (Altersgruppe 15 bis 64 Jahre)

Todesfälle insgesamt	137.000
Davon	
— Leberzirrhose	39.000
— Psychische und neurologische Störungen	13.000
— Kardiovaskuläre Erkrankungen (ohne Ischämien)	11.000
— Malignome	26.000
— Unfälle/Verletzungen	26.000
— Suizide etc.	18.000

Frage nach medikamentösen Strategien auf, die die Prognose verbessern können. Über viele Jahrzehnte bestand die einzige realistische Behandlungsperspektive in Disulfiram, das bei gleichzeitigem Alkoholkonsum eine Unverträglichkeitsreaktion hervorruft. Disulfiram blockiert die Acetaldehyddehydrogenase, sodass Acetaldehyd kumuliert. Diese Verbindung führt dann zu einem sehr unangenehmen Flush. Das Medikament ist in Deutschland nicht mehr im Handel, kann aber noch über internationale Apotheken verordnet werden (keine Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenversicherung. Eine Alternative wäre Calciumcarbimid (Import aus Österreich, keine Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenversicherung).

Zahlreiche Wirkstoffe sind in den letzten Jahrzehnten als mögliche Anti-craving-Substanzen überprüft worden. Viele, die im Tiermodell wirksam schienen, erwiesen sich beim Menschen als unwirksam. Seit den 1990er-Jahren gut überprüft und verfügbar ist das wahrscheinlich über glutamaterge Neurone wirkende Acamprosat. Eine aktuelle Cochrane-Analyse [4] zeigt, dass die Substanz mit einer mittleren Effektstärke in der Lage ist, das Rückfallrisiko bei Alkoholabhängigkeit zu reduzieren. Psychotrope Effekte hat Acamprosat nicht, das Nebenwirkungsprofil ist mild. Vor allem Durchfall ist häufiger als in den

mit Placebo behandelten Gruppen. Die Substanz hat keine große Akzeptanz gefunden.

Vor allem in den USA wurde lange Zeit der Einsatz von Opioidantagonisten propagiert. Hierzu zählen der μ -Opioid-Rezeptor-Antagonist Naltrexon beziehungsweise Depot-Naltrexon. Eine aktuelle Cochrane-Analyse [5] zeigt, dass orales Naltrexon die Trinkmenge deutlich reduziert, weniger aber die Abstinenzrate beeinflusst. Naltrexon ist in Deutschland (und der Schweiz) erst vor wenigen Jahren zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit zugelassen worden. Eine Zulassung für Depot-Naltrexon, für das vergleichsweise wenige Studien vorliegen, wird derzeit nicht angestrebt.

In Kürze ist die Zulassung für Nalmefen zu erwarten, einen weiteren μ -Opioid-Rezeptor-Antagonisten, der zugleich ein Modulator am κ -Opioid-Rezeptor ist und eine etwas längere Wirkdauer als Naltrexon hat. Die Substanz wurde bereits in einigen klinischen Prüfungen untersucht. Aktuell wurden drei größere europäische Untersuchungen abgeschlossen, die nach ersten Analysen eine deutliche Trinkmengenreduktion bei Alkoholpatienten erkennen lassen. Neu war der Einsatz von Nalmefen als „as needed“-Medikation, die nicht dauerhaft, sondern nur etwa an rund der Hälfte der Tage eingenommen wird. Die weitere Datenanalyse und der Zulassungsprozess werden zeigen, welchen Stellenwert Nalmefen in Zukunft bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit haben wird. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Michael Soyka

Psychiatrische Klinik
Ludwig-Maximilians-Universität
Nußbaumstraße 7, 80336 München
Privatklinik Meiringen
Willigen, 3860 Meiringen, Schweiz
E-Mail: Michael.soyka@privatklinik-meiringen.ch

Literatur

1. Bottlender M., Soyka M. Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: Predictors of outcome 6-months after treatment. *Eur Addict Res* 2005; 11: 132–137.
2. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht, Geesthacht*, Neuland-Verlag, 2012.
3. Feuerlein W., Kűfner H. A prospective multi-center study on inpatient treatment for alcoholics: 18- and 48-months follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1989; 239: 144–157.
4. Rűsner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Leherth P., Vecchi S., Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Sep 8; 9: CD004332.
5. Rűsner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Vecchi S., Srisurapanont M., Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Dec. 8; 12: CD001867.
6. Soyka M., Kűfner H. *Alkoholismus – Missbrauch und Abhűngigkeit*, 6. Auflage Stuttgart: Thieme, 2008.
7. Soyka M. *Praxisratgeber Alkoholabhűngigkeit*. Bremen: Uni-Med. Verlag, 2013 (in Druck).

Das unterschätzte Risiko

Suizidgefährdung bei Demenzkranken

Auch wenn in Statistiken vollendete Suizide von Menschen mit Demenzerkrankung eher selten dokumentiert werden, muss die Suizidgefährdung dieser Patienten ernst genommen werden. Gerade in der Frühdiagnostik geistiger Abbauprozesse sollte eine mögliche Suizidgefährdung evaluiert werden.

TILLMANN SUPPRIAN, DÜSSELDORF

Die Vorstellung, dass Menschen mit einer Demenzerkrankung infolge ihrer kognitiven Störungen zur Planung und Durchführung einer Suizidhandlung nicht in der Lage seien, ist falsch. Da der Anteil älterer Menschen rasch wächst, steigt die Zahl von Demenzkranken in der Gesamtbevölkerung.

Die Angst vor Demenz ist weit verbreitet und die Erkrankung wird häufig mit Abhängigkeit und Hilflosigkeit assoziiert. Behandlungskonzepte für Menschen mit Demenz sollten daher auch eine mögliche Suizidgefährdung berücksichtigen. Wichtig sind eine Entstigmatisierung der Demenzerkrankungen sowie besondere Achtsamkeit im Umgang mit depressiver Symptomatik bei diesen Patienten.

Suizidepidemiologie

Der Grund für die seit den 1980er-Jahren insgesamt rückläufigen Suizidraten wird in einer verbesserten medizinischen und psychosozialen Versorgung in Deutschland gesehen. Diese positive Entwicklung steht aber möglicherweise vor einer Trendwende. Im Jahr 2010 stieg die Anzahl vollendeter Suizide in Deutschland wieder an und liegt damit bei etwa 10.000. In Deutschland gibt es erhebliche regionale Unterschiede. Östliche Bundesländer wie Sachsen und Thüringen haben die höchsten Suizidziffern, in Nordrhein-Westfalen und dem Saarland sind die Zahlen hingegen relativ niedrig.

Die offiziellen Statistiken führen Suizide auf, die aufgrund der äußeren Umstände eindeutig als Selbsttötung identifiziert werden können. Es besteht aber eine Dunkelziffer durch tödlich verlau-

fende Unfallereignisse, die nicht als Suizid erkannt werden. Auch sogenannte indirekte Suizidhandlungen, etwa die Verweigerung notwendiger medizinischer Behandlungen mit dem Ziel, den eigenen Tod herbeizuführen – wie es bei hochaltrigen Menschen beobachtet werden kann –, werden mitunter nicht als Suizid erfasst.

Neben den vollendeten Suiziden spielen Suizidversuche für die medizinischen Versorgungssysteme eine große Rolle. Es wird geschätzt, dass pro Jahr mehr als 100.000 Suizidversuche verübt werden, die für die Betroffenen bisweilen schwere Folgen haben. Infolge der Selbsttötungsversuche kann es zu bleibenden Schädigungen und Funktionsbeeinträchtigungen kommen, die bislang unter sozio-ökonomischen Aspekten kaum erfasst werden.

Suizidprävention erfordert nationale Anstrengungen – nicht nur wegen der hohen Rate vollendeter Suizide, sondern auch wegen der großen Zahl von Suizidversuchen. Nach einem Suizidversuch ist das Risiko für weitere Suizidhandlungen deutlich erhöht.

Die Anzahl vollendeter Suizide steigt mit dem Lebensalter. Männer im höheren Lebensalter weisen derzeit eine mehr als doppelt so hohe Suizidrate wie jüngere Männer auf. In den letzten Jahren wächst allerdings auch der Anteil älterer Frauen an der Gesamtzahl der Suizide. Fast jede zweite Frau, die Suizid begeht, ist über 60 Jahre alt. [8].

Demenzdiagnose und suizidales Verhalten

Untersuchungen zur Mortalität bei Demenzerkrankungen haben für das Sui-

Die Suizidgefährdung von Patienten mit Demenzerkrankungen wird häufig unterschätzt.



zidrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung keine höhere Gefährdung in dieser Patientengruppe aufgezeigt. In Verlaufsuntersuchungen wurden bei weniger als 1 % der Demenzpatienten Suizidversuche beobachtet [9]. Ein möglicher Grund für die relativ niedrige Anzahl vollendeter Suizide bei Patienten mit manifester Demenzerkrankung könnte darin liegen, dass die Betroffenen entweder durch Familienangehörige oder in Pflegeeinrichtungen relativ intensiv betreut werden und viel Zuwendung erfahren. In einer Untersuchung von Burns et al. [2] an 178 Demenzpatienten fand sich unter 84 Todesfällen kein einziger Suizid. Auch in einer Untersuchung von Knopman et al. [5] wurde unter 20 Todesfällen kein Suizid festgestellt. Allerdings fanden Erlangsen et al. [3] in einer skandinavischen Untersuchung bei Patienten, die älter als 70 Jahre alt waren und eine Demenz aufwiesen, im Vergleich zu Menschen ohne eine Demenz ein dreifach erhöhtes Suizidrisiko. Sie identifizierten 136 Suizide von Patienten, bei denen eine Demenz diagnostiziert worden war. 26 % der männli-

chen und 40 % der weiblichen Suizidopfer verstarben in den ersten drei Monaten nach Stellen der Diagnose Demenz.

In einer neuropathologischen Untersuchung von Rubio et al. [7] wurde dem Zusammenhang zwischen hippokampalen Amyloidablagerungen und neurofibrillären Bündeln sowie vollendeten Suiziden in einer Fallkontrollstudie durch semiquantitative Auswertung nachgegangen. Ausgeprägte alzheimer-typische neuropathologische Befunde waren in der Gruppe älterer Patienten mit vollendeten Suiziden überrepräsentiert. In einer Literaturübersicht von Haw et al. [4] wurden als mögliche Risikofaktoren für Suizidhandlungen bei Demenzpatienten Depression, Hoffnungslosigkeit, leichte kognitive Störung, erhaltene Krankheitseinsicht, junges Lebensalter und fehlende Response auf eine antidementive Pharmakotherapie genannt.

Frühdagnostik und Suizidrisiko

Verbesserte Möglichkeiten in der Frühdagnostik demenzieller Erkrankungen führen zu einer steigenden Inanspruch-

Internetlinks zum Thema Suizidprävention

Informationen und Unterstützung bieten die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (www.suizidprophylaxe.de) und das Nationale Suizidpräventionsprogramm (www.suizidpraevention-deutschland.de).

nahme von Gedächtnisambulanzen und spezialisierten Einrichtungen. Die zurzeit verfügbaren symptomatischen Therapien der Alzheimer-Demenz werden leitliniengestützt empfohlen, bieten den Patienten aber nur sehr selten subjektiv wahrnehmbare therapeutische Effekte. Überzogene Erwartungen und eine daraus resultierende Enttäuschung im Therapieverlauf können Anlass für Suizidversuche von demenziell erkrankten Patienten in frühen Krankheitsstadien sein. Bei Patienten mit gut erhaltener Selbstwahrnehmung und großer Angst vor der Progredienz des Demenzsyndroms (verbunden mit der erwarteten Hilflosigkeit und Abhängigkeit) ist besondere Achtsamkeit bezüglich suizidaler Impulse geboten. Insbesondere wenn die Einschaltung von Angehörigen in das Gesamtbehandlungskonzept abgelehnt wird, sollte an eine mögliche suizidale Gefährdung der Betroffenen gedacht werden.

Die Frühdagnostik demenzieller Syndrome erfordert grundsätzlich auch eine behutsame Evaluation der Einstellung zur Erkrankung und einer Suizidgefährdung. □

Suizidprävention mit Antidepressiva?

Die Manifestation einer signifikanten depressiven Symptomatik erscheint auch bei Demenzpatienten als wichtiger Risikofaktor für suizidale Gefährdung. Unklar ist noch, in welchem Umfang pharmakotherapeutische und psychotherapeutische Interventionen in Bezug auf die depressive Symptomatik bei Demenzpatienten suizidpräventiv sein könnten. Die Annahme, dass eine antidepressive Pharmakotherapie auch bei Alzheimer-Demenz klinisch wirksam ist, wurde jüngst durch zwei Studien in Zweifel gezogen: Bislang wurde der Einsatz von SRI als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung depressiver Störung bei depressiven Demenzpatienten genannt [10]. In der HTA-SADD-Studie (Health Technology Assessment Study into the Use of Antidepressants for Depression in Dementia) [1] wurde die Wirksamkeit von Sertralin und Mirtazapin zur Behandlung depressiver Symptomatik bei Demenzpatienten jedoch infrage gestellt und auf ein erhöhtes Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen hingewiesen. Auch die DIADS-II-Studie (Depression in Alzheimer Disease Study) [6] fand keinen Beleg für eine Wirksamkeit von Sertralin und ebenfalls ein erhöhtes Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

Es ist weiterhin ungeklärt, ob eine antidepressive medikamentöse Therapie bei Demenzpatienten Einfluss auf die Häufigkeit von Suizidversuchen oder vollendeten Suiziden hat. Kontrollierte Studien mit großen Patientenpopulationen in frühen Krankheitsstadien wären zur Klärung dieser Frage erforderlich.

Aus Sicht des Autors darf an Demenz erkrankten Patienten bei schwerer depressiver Symptomatik eine antidepressive Pharmakotherapie nicht vorenthalten werden. Neben Medikamenten sind auch andere unterstützende Interventionen und Hilfen bei diesen Patienten unerlässlich. Im Hinblick auf die Tendenz zur „Singularisierung“ älterer Menschen (1-Personen-Haushalte) in vielen Regionen Deutschlands ist zu befürchten, dass ein Zusammenwirken von Einsamkeit, Fehlen sozialer Unterstützung und beginnenden Demenzerkrankungen das Suizidrisiko älterer Menschen weiter anwachsen lässt.

LITERATUR

unter springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Tillmann Supprian
Abteilungsarzt Gerontopsychiatrie
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie

LVR-Klinikum Düsseldorf

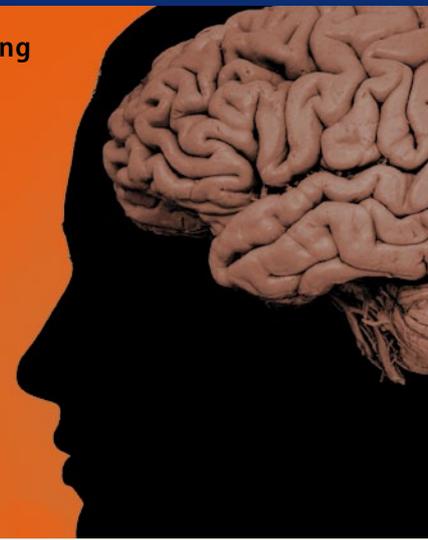
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf, Medizinische Fakultät

Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf

E-Mail: kn50502@lvr.de

Literatur

1. Banerjee Hellier J., Dewey M. et al. Sertraline or Mirtazapin for depression in dementia (HTA-SADD): A randomized, multi-center, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2011; 378 (9789): 403–411.
2. Burns A., Jacoby R., Luthert P., Levy R. Cause of death in Alzheimer's disease. *Age Ageing*. 1990 Sep;19(5): 341–344.
3. Erlangsen A., Zarit S.H., Conwell Y. Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16: 220–228.
4. Haw C., Harwood D., Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *Int Psychogeriatr* 2009; 21: 440–453.
5. Knopman D.S., Kitto J., Deinhard S, Heiring J. Longitudinal study of death and institutionalization in patients with primary degenerative dementia. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36(2): 108–112.
6. Rosenberg P.B., Tryelt Martin B.K. et al. Sertaline for the treatment of depression in Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18: 136–145.
7. Rubio A., Vestner A.L., Stewart J.M., et al. Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biol Psychiatry* 2011; 49: 137–145.
8. Schmidtke A., Sell R., Löhr C. Epidemiologie von Suizidalität im Alter. *Z Gerontol Geriat* 2008; 41: 3–13.
9. Schneider B., Maurer K., Frölich L. Demenz und Suizid. *Fortschr Neurol Psychiat* 2001; 69: 164–169.
10. Thompson S., Herrmann N., Rapoport M.J. et al. Efficacy and safety of antidepressants for treatment of depression in Alzheimer's disease: a metaanalysis. *Can J Psychiatry* 2007; 52: 248–255.



Neurologische Kasuistik

Posttraumatische Epilepsie und Verhaltensstörungen

Ein 48-jähriger, aus der Dominikanischen Republik stammender verheirateter Mann erlitt vor zwei Jahren als Beifahrer bei einem Autounfall ein schweres Schädel-Hirn-Trauma Grad III mit bifrontalen Kontusionsblutungen und einem diffusen Axonschaden. Zur Therapie des massiven Hirndruckes erfolgte damals auch eine großflächige osteoklastische Dekompressionstrepantation mit Hämatomausräumung. Bereits während des durch internistische Probleme (Aspirationspneumonie, Pankreatitis, paralytischer Ileus) komplizierten Krankheitsverlaufs kam es dann erstmals in der Frührehabilitation zu generalisierten epileptischen Anfällen. Bei motorisch bis auf eine leichte Hemiparese links guter Erholung zeigten sich auch am Ende der stationären Rehabilitation deutliche Kognitions-, Wesens- und Verhaltensstörungen. Da eine Versorgung zu Hause durch die als Betreuerin eingesetzte Ehefrau nicht möglich war, wurde der zu diesem Zeitpunkt nur noch spanisch sprechende Mann dann erstmals nach Verlegung in ein Alten- und Pflegeheim vorgestellt.

Anamnese

Unter einer Kombinationstherapie aus Valproinsäure (1.200 mg/d) und Levetiracetam (1.000 mg/d) kam es weiterhin einmal monatlich zu tonisch-klonischen Grand-Mal-Anfällen. Zusätzlich klagte der Patient über frontoparietale dumpf drückende Kopfschmerzen wechselnder Intensität. Im Alltag zeigte der auf einer geschlossenen Station (zusammen mit überwiegend betagten Demenzpatienten) betreute Patient neben einer Gangunsicherheit, eine allgemeine Verlangsamung und in erster Linie deutliche Ver-

haltensstörungen. Phasen mit überwiegender Apathie und Unruhezustände, teils mit körperlichen Auseinandersetzungen mit Mitpatienten wechselten sich ab, sodass eine neuroleptische Therapie mit Amisulpirid begonnen wurde. Zusätzlich „unangemessene“ sexuelle Verhaltensweisen mit verbalen sexuellen Anzüglichkeiten (deutsch und spanisch) und öffentliches Onanieren auf dem Stationsflur führten zu Auseinandersetzungen mit dem Pflegepersonal und den Angehörigen von Mitpatienten. Das Verhalten des Patienten wurde von einzelnen Pflegekräften toleriert und moduliert, von anderen abgelehnt und mit Aggression und Sanktionen beantwortet.

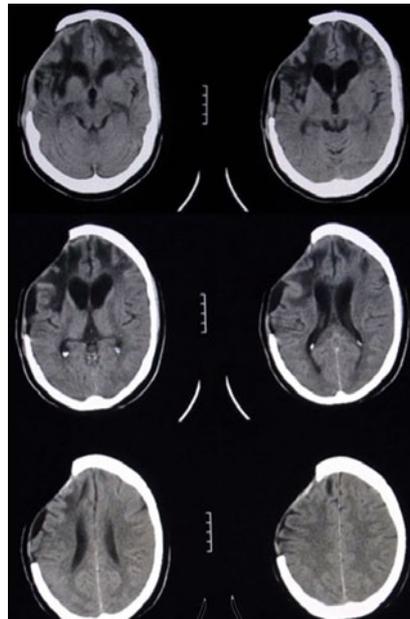


Abbildung 1: Ausgedehntes Defektsyndrom frontal (links > rechts), Einbeziehung des Pallidums und der Capsula externa rechts (cMRT).

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 9/2012

N: Apoplex im Alter: lange Physiotherapie unnötig?

NT 10/2012

P: Psychiatrische Kasuistik: Medikamenteninduzierte manische Symptome

NT 11/2012

N: TIA oder Aura – wie sicher ist die Diagnose?

NT 12/2012

P: Zerebrale Angiomatose und Borderline-Störung

NT 1/2013

N: Neurologisch nicht erklärbare Symptome

NT 2/2013

P: Unruhige Nächte und verschlafene Tage

NT 3/2012

N: Posttraumatische Epilepsie und Verhaltensstörungen

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



Unter der neuroleptischen Therapie wurde der Patient, der nur mit seiner Ehefrau und einem spanisch sprechendem Physiotherapeuten verbal ausreichend kommunizieren konnte, zunehmend apathisch. Die Anfallsfrequenz nahm zu und Spiegelbestimmungen ergaben sehr schwankende Konzentrationen der vom Pflegepersonal verabreichten Antiepiletika.

Neurologischer Befund

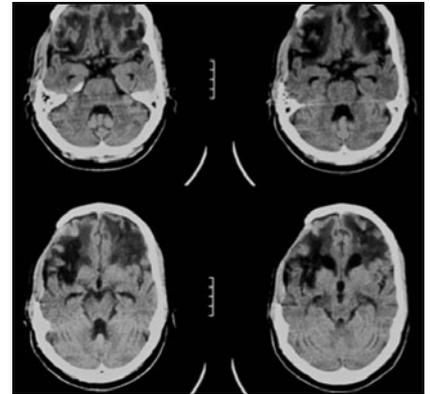
Der neurologische Befund zeigte eine sakkadierte horizontale Blickfolge, eine leichte Gangunsicherheit im Seiltänzergang und eine Feinmotorikstörung der linken Hand ohne Pronation oder Absinken im Armvorhalteversuch. Die Sensibilität war unauffällig. Die Muskeleigenreflexe des Patienten waren seitengleich lebhaft, pathologische Reflexe nicht auslösbar. Die Blasen- und Mastdarmfunktion war normal. Neuropsychologisch zeigte sich eine deutlich reduzierte Aufmerksamkeitsspanne mit leichter Ablenkbarkeit, eine Antriebsminderung mit reduzierter Psychomotorik. Im Affekt war der Patient verflacht, wechselnd reiz- und irritierbar. Es bestand eine leichte Orientierungsstörung. Im Zahlen-Buchstaben-Verbindungstest machte der Patient deutlich mehr Fehler und war deutlich verlangsamt. Der London-Tower-Test und komplexere Tests waren nicht durchführbar.

Kernspintomografische Untersuchung

Die kraniale Computertomografie (cMRT) (**Abbildung 1**) zeigte ein ausgeprägtes Defektsyndrom frontal (links > rechts) mit Einbeziehung des Pallidums und der Capsula externa rechts bei insgesamt leicht erweitertem Ventrikelsystem. Die basalen Schichten zeigten auch eine ausgeprägte Läsion subkortikaler frontaler Faserverbindungen (**Abbildung 2**).

Weiterer Krankheitsverlauf

Die mehrfache Erhöhung der Antiepileptikadosierung brachte keine anhaltende Verbesserung der Anfallsituation oder der Verhaltensstörung. Auch nach Verlegung des Patienten in ein anderes Heim wurde die Situation anfangs nicht besser. Erst die Möglichkeit das Heim stundenweise zu verlassen und zu der in unmittelbarer Nähe wohnenden Ehefrau zu gehen, verbesserte die Situation spürbar. Die Medikamentengabe durch die Ehefrau führte zu einer verbesserten Compliance und damit zum Sistieren der Anfälle. Eine regelmäßige Musiktherapie konnte begonnen und die neuroleptische Therapie ausgeschlichen werden. Die Ehefrau beschreibt weiterhin jedoch eine Wesenänderung mit Verlust der Empathie. Die vor dem Unfall bestehende partnerschaftliche Zuneigung sei verloren gegangen, was auch ihre sexuelle Beziehung veränderte und beeinträchtigte. Durch die sexuelle Befriedigung in der gemeinsamen Wohnung hoffe sie jedoch die bedrängen-



© P. Franz

Abbildung 2: Im cMRT zeigten die basalen Schichten eine ausgeprägte Läsion subkortikaler frontaler Faserverbindungen.

den Kontaktversuche auf der Station zu verhindern. Eine alleinige Versorgung zu Hause ist jedoch weiterhin nicht möglich.

Diagnose

Verhaltensstörung mit Frontalhirn-Syndrom und posttraumatische Epilepsie nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

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

Fragen

1. Welche Aussage zu den Folgen eines SHT (Schädel-Hirn-Trauma) trifft *nicht* zu?

- a) Posttraumatische Kopfschmerzen finden sich häufig auch nach einem nur leichtem SHT.
- b) Ein posttraumatischer Kopfschmerz ist auch nach leichtem SHT in über 65 % unverändert vorhanden.
- c) Das klinische Erscheinungsbild posttraumatischer Kopfschmerzen lässt sich nicht von primären Kopfschmerz unterscheiden.
- d) Schlafstörungen sind nach einem SHT häufig (> 40 %).
- e) Häufigste Ursache einer posttraumatischen Schlafstörung ist eine Störung des normalen Schlaf-Wach-Rhythmus.

2. Welche der aufgeführten psychiatrischen Folgen ist nach einem SHT mit subkortikaler frontaler Läsion am häufigsten?

- a) Apathie
- b) Manie
- c) Posttraumatische Belastungsreaktion
- d) Zwangsstörung
- e) Psychose

3. Welcher Test ist zur Untersuchung der Exekutivfunktion am wenigsten geeignet?

- a) London-Tower-Test
- b) Uhren-Test
- c) Zahlen-Buchstaben-Verbindungstest
- d) Mini-Mental-Status
- e) Regensburger Wortflüssigkeitstest

4. Sexuelle Verhaltensstörung nach einem SHT ...

- a) ... sind nur bei etwa einem Viertel der Patienten zu erwarten.
- b) ... werden von Patienten aufgrund der psychischen Belastung fast immer aktiv angesprochen.
- c) ... können zu rechtlichen Problemen in einer Pflegeeinrichtung führen.
- d) ... werden von Angehörigen, Mitpatienten und Pflegepersonal gleich belastend erlebt.
- e) ... sind nur in den ersten neun Monaten nach dem Trauma von Bedeutung.

1b, 2a, 3d, 4c

Die Inzidenz von Schädel-Hirn-Verletzungen liegt in Deutschland zwischen 330 bis 400 pro 100.000 Einwohner. Auch wenn davon etwa 90 % nur ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma (SHT) und nur 10 % ein mittelschweres bis schweres SHT erleiden ist in Deutschland mit jährlich zwischen 5.000 bis 10.000 Patienten zu rechnen, die dauerhafte Schäden davontragen und zu Langzeitpflegefällen werden. Diese Zahlen liegen über den in einer Übersicht ermittelten Durchschnittswerten europäischer Studien, die zwischen 1980 und 2003 veröffentlicht wurden. Hier errechnete Tagliaferri eine Inzidenz von 235 pro 100.000 Einwohner. Die Zahlen liegen jedoch in der gleichen Größenordnung wie publizierte Werte aus Südafrika (316/100.000) und New-South-Wales (322/100.000) [Hillier 1991, Nell 1991]. Noch deutlich höhere Werte wurden in einer skandinavischen Untersuchung mit 546/100.000 und in der USA mit 444 bis 540/100.000 gefunden [Andersson 2003, Jager 2000]. Nach wie vor sind dabei besonders junge aktive Menschen Opfer eines SHT. Dabei zeigt sich in den letzten Jahren eine Annäherung der verunfallten Frauen (42 %) an die Männer (58 %).

Zu Frage 1

Richtig ist Antwort b. Kopfschmerzen nach einem SHT sind eines der häufigsten Symptome und werden bei 35–85 % beschrieben [Jensen 1990]. Dabei klagen Frauen häufiger (1,6:1) über posttraumatische Kopfschmerzen. Die Kopfschmerzqualitäten unterscheiden sich klinisch nicht von den auch spontan auftretenden Kopfschmerztypen [Haas 1996]. Am häufigsten (75 %) findet sich ein Spannungskopfschmerz, in 20 % sind die Kopfschmerzen migräneartig. Nur etwa 5 % der Kopfschmerzen lassen sich nicht klassifizieren. Auch wenn langjährige Verläufe vorkommen, bessert sich die Kopfschmerzsymptomatik bei den meisten Patienten spontan. So leiden nach einem Jahr noch 35 % und nach zwei Jahren noch 22 % an posttraumatischen Kopfschmerzen. Eine Übersichtsarbeit, die Studien zwischen 1951 bis 2008 erfasste, zeigte, dass posttraumatische Kopfschmerzen bei leichten Traumata sogar häufiger auftraten als bei mittle-

ren oder schweren Traumata [Nampiaparampil 2008]. Schlafstörungen sind ein häufiges (> 40 %) Symptom nach SHT und tragen zusätzlich zu den neuropsychologischen Störungen nach einem Trauma bei. Polysomnografische Schlafuntersuchungen zeigen dabei ein breites Spektrum an Schlafstörungen mit Schlaf-Apnoe-Syndrom (23 %), Narkolepsie (6 %), periodischen nächtlichen Beinbewegungen (6 %) und Hypersomnien (7 %) [Castrionta 2011]. In einer prospektiven Untersuchung konnte eine posttraumatische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus bei 72 % der Patienten nachgewiesen werden. Bei 22 % fand sich eine posttraumatische Hypersomnie, definiert als Zunahme des Schlafbedürfnisses um zwei oder mehr Stunden verglichen zum prätraumatischen Zustand [Baumann 2007]. Als Unterstützung der Hypothese, dass ein traumatisch bedingtes Absinken des Hypocretin-1, einem Neuropeptid, das in der Regulation des Schlaf-Wach-Rhythmus von Bedeutung ist, bei der Entstehung einer posttraumatisch verstärkten Tagesmüdigkeit beteiligt ist, konnte diese Arbeitsgruppe signifikant niedrigere Konzentrationen von Hypocretin-1 bei den Patienten mit erhöhtem Schlafbedürfnis messen. Unabhängig von der Ursache und Art der Schlafstörung zeigte sich bei allen Patienten mit gestörtem Schlaf-Wach-Rhythmus eine Beeinträchtigung der Lebensqualität.

Zu Frage 2

Richtig ist Antwort a. Eine Langzeituntersuchung aus Finnland, in der Patienten 30 Jahre nach einem SHT psychiatrisch untersucht wurden, fand bei 48,3 % eine psychiatrische Störung, die nach dem Trauma einsetzte. Am häufigsten war dies eine Depression (26,7 %) [Koponen 2002]. Oft ist die Depression mit einer Angststörung kombiniert, reine Angststörungen treten bei 17 % auf. Patienten mit einer Angst- und depressiven Störung sind psychosozial stärker beeinträchtigt und haben einen protrahierten Verlauf [Jorge 2003]. Eine posttraumatische Belastungsreaktion fand sich nach leichtem SHT in einer prospektiven Untersuchung bei 14 % [Gil 2005]. Dass auch nach mittelschweren

SHT eine posttraumatische Belastungsreaktion auftreten kann, wurde in einer Studie von Bombardier gezeigt. Hier lag die kumulative Inzidenz sechs Monate nach dem Trauma bei 11 % [Bombardier 2006]. Eine posttraumatische Manie (9 %) ist ebenso wie eine Zwangsstörung selten [Schwarbold 2008].

Die Apathie, die in Abgrenzung zur Depression nicht von negativer Selbst- oder Zukunftssicht begleitet ist, wird zunehmend als ein Symptom nach SHT aber auch im Rahmen demenzieller Erkrankungen als eigenständiges Symptom erkannt. So fanden sich in einer Untersuchung von 83 Patienten mit SHT mit einer Apathie-Evaluations-Skala in 60 % eine mit einer Depression assoziierte Apathie und bei 11 % eine alleinige Apathie [Kant 1998]. Besonders jüngere Patienten und solche mit schwerem SHT boten dabei häufiger nur eine Apathie ohne depressive Symptome. Dabei werden frontale subkortikale Faserverbindungen, die von kortikal über striato-pallidale Verbindungen und den Thalamus zum Gyrus cinguli, dem N. accumbens, dem ventralen Globus pallidum sowie den mediodorsalen Thalamuskernen ziehen, als wesentlich für die Generierung der Motivation angesehen. Je nach Ausmaß der Schädigung kann das klinische Bild dann von einer Apathie bis zu einem akinetischen Mutismus reichen [Mega 1997]. Eine Psychose als Folge eines SHT ist mit 0,1–9,8 % selten [Schwarbold 2008].

Zu Frage 3

Richtig ist Antwort d. Traumatische Hirnverletzungen führen sehr häufig zu Störungen der Exekutivfunktionen [McDowell 1998]. Ursache sind neben fokalen Läsionen durch Kontusionsblutungen auch Störungen in ausgedehnten Netzwerken durch diffuse Axonschäden [Fontaine 1999]. Dadurch kann es zu sehr unterschiedlichen Mustern mit Störungen in verschiedenen Teilaspekten exekutiver Funktionen kommen. Dem klinischen Bild einer exekutiven Dysfunktion entsprechen Störungen des Handelns und Planens, des problemlösenden Denkens, der kognitiven Flüssigkeit, des Arbeitsgedächtnisses und der Selbstwahrnehmung. Störungen in die-

Fortsetzung

sen Bereichen führen zu einer Beeinträchtigung des Lernens und der Bewertung. In der sozialen Interaktion fällt eine situationsinadäquate Handlungsweise, ein stereotypes Handeln, eine fehlende Fähigkeit Handlungsabläufe aufgrund von Veränderungen anzupassen oder abzuberechnen auf.

Der orbitofrontale Kortex und der angrenzende anteromediale präfrontale Kortex sind zur Entscheidungsbildung auf Grundlage eigener Wertabschätzung und bei Lernprozessen, die eine Reizauswahl durch Wertzuweisung ermöglichen, von entscheidender Bedeutung [Fellows 2011]. So zeigen Patienten mit anteromedialer präfrontaler Schädigung keine Störung bei Wahrnehmungsaufgaben, jedoch deutliche Probleme bei Auswahlentscheidungen [Fellows 2007]. Tierexperimentelle Daten sprechen dafür, dass der mediale orbitofrontale Kortex für einen Wertevergleich und eine darauf basierenden Objektauswahl sorgt [Rudebeck 2011]. Hier erfolgt möglicherweise eine gemeinsame Wertezuweisung, die einen direkten Vergleich alternativer Wahlmöglichkeiten erst erlaubt. Die Folgen einer Störung dieser Funktion für den Alltag sind somit gravierend und erklären die Probleme beim Lernen und bei Verhaltensentscheidungen, die Patienten mit frontalen Hirnschäden so beeinträchtigen [Hofmann 2012].

Zahlreiche Testverfahren sind in den letzten Jahren entwickelt worden um exekutive Dysfunktionen zu erfassen [Chan 2008]:

Der Turm von London ist ein Test zur Beurteilung der Problemlösefähigkeit. Er basiert auf einer Transformationsaufgabe. Drei verschiedenartige Kugeln müssen von einer vorgegebenen Konstellation durch eine vorgegebene Zahl von Zügen auf drei unterschiedliche lange Stangen umgruppiert werden, wobei immer nur eine Kugel bewegt werden darf.

Der Uhrentest ist ein einfacher und effektiver Test zur Erfassung kognitiver Dysfunktionen. Auch wenn die meisten Untersuchungen in den letzten Jahren zum Einsatz in der Diagnose demenzieller Erkrankungen erfolgten, haben in jüngster Zeit Studien den positiven diagnostischen Wert dieses Tests bei hepatischer Enzephalopathie und in der Kurz-

zeitprognose nach SHT belegt [Wagner 2011]. In einer aktuellen Übersicht ist die funktionelle Neuroanatomie der verschiedenen Fehlerarten, die bei Zeichen einer vorgegebenen Uhrzeit auftreten können, herausgearbeitet und schematisch dargestellt worden [Eknoyan 2012].

Einhergehend mit der zunehmend differenzierteren Diagnostik kognitiver Störungen wurden in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Therapieverfahren entwickelt und erprobt, die auch exekutive Funktionsstörungen bessern sollen. Dabei lassen sich Verfahren unterscheiden, die einen kognitiv übenden Ansatz haben von Verfahren, die ein Verhaltensmanagement oder aber eine Manipulation und Modifikation der Umwelt zum Ziel haben [Cicerone 2006]. Leider zeigt sich, dass nicht alle in den Therapien erzielbaren Funktionsverbesserungen, selbst wenn sie auch anhaltend wirken, automatisch zu einer Verbesserung der Alltagskompetenz führen. So lies sich beispielsweise die Störung der Emotionssteuerung nach Verletzungen des orbitofrontalen Kortex zwar in routinemäßigen Strukturen verbessern, jedoch konnten die Patienten diese Verhaltensänderung nicht auf neue Situationen übertragen, sondern zeigten in den ungeübten Situationen weiterhin die Störungen ihres emotionalen und sozialen Verhaltens [Cicerone 1997]. Dennoch kam Cicerone in einer vor kurzem veröffentlichten systematischen Literaturübersicht mit Analyse von 112 Studien, die 370 Therapieverfahren untersuchten, zu dem Schluss, dass nun umfangreiche Hinweise auf einen positiven Effekt der kognitiven Rehabilitation bei Hirnverletzungen bestehen [Cicerone 2011]. Dagegen ist die Datenlage für eine pharmakologische Besserung von Verhaltensstörungen nach Schädel-Hirn-Verletzungen immer noch sehr spärlich [Chew 2009]. Hier zeigten bisher lediglich Dopamin und Dopaminagonisten einen positiven Effekt bei exekutiven Dysfunktionen [Kraus 2005, McDowell 1998].

Zu Frage 4

Richtig ist Antwort c. Sexualfunktionsstörungen nach Schädel-Hirn-Verletzungen kommen immer wieder auch in den

Fokus der Öffentlichkeit, wenn es zu extremen Verhaltensänderungen mit Hypersexualität kommt, die dann gern in der Boulevardpresse präsentiert werden. Diese können in anderen Ländern wegen der massiven sozialen Folgen und meist sehr langen Therapiekosten in Einzelfällen mit hohen Schadenersatzansprüchen kompensiert werden [Sun 2006].

Während Sexualfunktionsstörungen in der Vergangenheit nur selten Gegenstand von Untersuchungen bei SHT-Patienten waren, zeigt eine jüngste prospektive Studie, die bei 223 Patienten ein Jahr nach dem SHT nach Störungen der Sexualfunktionen aktive fragte und die Zufriedenheit des Sexuallebens (Global Sexual Satisfaction Index) erfasste, dass praktische alle Patienten signifikante Veränderungen in den Bereichen sexueller Vorstellungen/Phantasien, Sexualerlebens und Orgasmusfähigkeit aufwiesen [Sander 2012]. Während 68 % der Befragten angaben selbst aktiv über die sexuellen Schwierigkeiten mit den medizinischen Betreuern zu reden, würde fast ein Drittel der Patienten nicht von sich aus dieses doch so wichtige Thema ansprechen. Unzufrieden mit ihrer Sexualfunktion waren insgesamt 29 % der Studienteilnehmer, davon Männer häufiger als Frauen. Frühere retrospektive Untersuchungen hatten Sexualfunktionsstörungen nach SHT als Folge sehr verschiedenartiger Studienanlage mit einer enormen Varianz bei 4–71 % beschrieben [Sandel 1996]. Eine Aufklärung und Information der Patienten und ihrer Angehörigen, besonders der Partner, war bei dem in der Vergangenheit vernachlässigten Problem früher kaum erfolgt, mit entsprechend schweren Folgen für die Partnerschaften [Engel 1996]. Beschreibungen einer Hypersexualität oder eine Störung der Sexualpräferenz finden sich auch bei entzündlichen Erkrankungen, Ischämien oder Tumoren. Dabei zeigte sich ein gesteigertes Sexualverlangen bei frontobasalen und dienzephalen Prozessen, eine Störung der Sexualpräferenz trat nach Läsionen im limbischen System auf [Miller 1986]. Sandel konnte in einer Untersuchung an 52 Patienten (75 % Männer, 25 % Frauen) keinen Zusammenhang zwischen der

Fortsetzung

Schwere des Traumas und der sexuellen Funktionsstörung nachweisen, fand jedoch bei Schädigung des Frontallappens oder der rechten Hemisphäre häufiger eine sexuelle Enthemmung und einer Verlust sozial angepassten Sexualverhaltens. Die Hypersexualität ist deutlich seltener als eine Libidominderung. Bereits 1955 hatte Meyer in einer Untersuchung in Deutschland mit 100 hirnvorgeletzten Männern bei 71 % eine Abnahme und nur bei 4 % eine Steigerung des Sexualverlangens festgestellt. Eine erektile Dysfunktion bestand bei 13 % und eine Impotenz bei 7 % [Meyer 1955]. Die Erfassung und der Umgang mit sozial inadäquatem sexuellen Verhalten in Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist sehr stark von deren Ausrichtung und Einstellung abhängig [Johnson 2006]. Dabei ist auch die Bewertung und der Umgang mit diesen Verhaltensweisen zwischen Mitpatienten, Pflegepersonal und Angehörigen sehr verschieden. So zeigte sich in einer Befragung, dass sowohl die Mitpatienten als auch die Angehörigen wesentlich weniger tolerant

als das Pflegepersonal auf öffentliches Masturbieren, das Ansehen von pornografischen Materialien, sexuelle Handlungen oder sexuelle Übergriffe auf das Pflegepersonal reagierte [Gibson 1999]. Dabei spielen sicher zunehmend auch kulturelle Unterschiede sowohl bei den Patienten als auch den Pflegekräften eine bedeutende Rolle. Besonders in betreuten Einrichtungen sind hierbei auch rechtliche Probleme für den Träger von entscheidender Bedeutung. In einer sehr guten Zusammenstellung von Zinsmeister werden die sehr unterschiedlichen Verpflichtungen und Rechte der Beteiligten ausführlich erläutert. Das breite Spannungsfeld von Sexualassistenz und Sexualbegleitung im Licht des Sexualstrafrechts, heimrechtliche Maßgaben bis zum Schutz vor sexueller Belästigung am Arbeitsplatz werden anschaulich dargestellt [Zinsmeister 2005]. Das Thema Sexualität in Pflegeheimen wird in den nächsten Jahrzehnten auch durch die stetig wachsende Zahl von Demenzerkrankungen weiter an Brisanz

zunehmen. Dabei werden unter dem Begriff passiver Sexualassistenz Maßnahmen zusammengefasst, die Bedingungen schaffen, die Behinderten/Erkrankten erlauben ihre sexuellen Bedürfnisse zu befriedigen. Diese umfassen die Beschaffung und Bereitstellung von sexuellen Hilfsmitteln, Pornografie, Sexualberatung und -pädagogik bis zur Vermittlung von Prostituierten oder Sexualbegleitern/-innen. Davon unterschieden wird die aktive Sexualassistenz bei der eine helfende Person aktiv in die sexuellen Handlungen mit einbezogen wird [Bazuin 2006]. Eine europaweite Umfrage wies doch sehr deutliche Unterschiede im professionellen Umgang mit dieser Problematik nach. So gibt es bisher nur in Deutschland und in der Schweiz eine spezielle Ausbildung für Sexualbegleiter/-innen. Allein in den Niederlanden wird von einer Reihe von Kommunen ein finanzieller Zuschuss für die Sexualbegleitung gewährt. Eine gesetzliche Regelung gibt es noch in keinem europäischen Land [Bazuin 2006].



Exklusiv mit e.Med – neue Kursformate für Ihre Online-Fortbildung

Mit dem e.Med-Komplettpaket können Sie neben den bisherigen e.CMEs (Beitrags-PDF plus CME-Fragebogen) auch die neuen e.Learning-Formate e.Tutorial und e.Tutorial.plus nutzen.

► Das **e.Tutorial** ist speziell für die Online-Fortbildung konzipiert und didaktisch optimiert. Klar gegliederte Lernabschnitte, besondere Hervorhebung von Merksätzen, zoomfähige Abbildungen und Tabellen sowie verlinkte Literatur erleichtern das Lernen und den Erwerb von CME-Punkten.

► Das **e.Tutorial.plus** bietet multimedialen Zusatznutzen in Form von Audio- und Videobeiträgen, 3-D-Animationen und Experteninterviews sowie weiterführende Informationen. CME-Fragen und Multiple-Choice-Fragen innerhalb

der einzelnen Lernabschnitte ermöglichen die Lernerfolgskontrolle.

► **Wissenscheck:** Kurse, deren Zertifizierungszeitraum abgelaufen ist, können weiterhin für Ihre Fortbildung und Ihren persönlichen Wissenscheck genutzt werden.

Im e.Med-Komplettpaket ist der uneingeschränkte Zugang zur e.Akademie enthalten. Hier stehen Ihnen alle Kurse der Fachzeitschriften von Springer Medizin zur Verfügung.

Teilnehmen und weitere Informationen unter: springermedizin.de/eAkademie

Unser Tipp: Testen Sie e.Med gratis und unverbindlich unter springermedizin.de/eMed

Literatur

1. Alagiakrishnan K et al: Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgrad Med J* 81 (2005): 463–466
2. Andersson EH et al: Epidemiology of traumatic brain injury: a population based study in Western Sweden. *Acta Neurol Scand* 107(2003):256–259
3. Baumann CR et al: Sleep-wake disturbance 6 months after traumatic brain injury: a prospective study. *Brain* 130 (2007): 1873–1883
4. Bazuin A: Sexuelle Assistenz in Europa in Pro familia: Sexuelle Assistenz für Frauen und Männer mit Behinderungen. Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main, 1. Auflage 2005, pp 5–10 http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/expertise_sexuelle_assistenz.pdf
5. Bombardier CH et al: Posttraumatic stress disorder symptoms during the first six months after traumatic brain injury. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci* 18 (2006): 501–508
7. Bonelli RM et al: Frontal-subcortical circuitry and behavior. *Dialogues Clin Neurosci* 9 (2007): 141–151
8. Castriotta RJ et al: Sleep disorders in patients with traumatic brain injury: a review. *CNS Drugs* 25 (2011): 175–185
9. Cicerone KD et al: Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Arch Phys Med Rehabil* 92 (2011): 519–530
10. Dubois B et al: The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology* 55 (2000): 1621–1626
11. Fellows LK et al: The role of the ventromedial prefrontal cortex in decision making: judgement under uncertainty or judgement per se? *Cereb Cortex* 17 (2007): 2669–2674
12. Fellows LK: Orbitofrontal contributions to value-based decision making: evidence from humans with frontal lobe damage. *Ann N Y Acad Sci* 1239 (2011): 51–58
13. Fleming S: Long-term psychiatric disorders after traumatic brain injury. *Eur J Anaesthesiol Suppl* 42 (2008): 123–130
14. Fontaine A et al: Functional anatomy of neuropsychological deficits after severe traumatic brain injury. *Neurology* 53 (1999): 1963–1968
15. Gibson MC et al: Comparison of caregivers', residents', and community-dwelling spouses' opinions about expressing sexuality in an institutional setting. *J Gerontol Nurs* 25 (1999): 30–39
16. Gil S et al: Does memory of a traumatic event increase the risk of posttraumatic stress disorder in patients with traumatic brain injury? A prospective study. *Am J Psychiatry* 162 (2005): 963–969
17. Haas DC: Chronic post-traumatic headaches classified and compared with natural headaches. *Cephalalgia* 16 (1996): 486–493
18. Hama S et al: Post-stroke affective or apathetic depression and lesion location: left frontal lobe and bilateral basal ganglia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257 (2007): 149–152
19. Hillier SL et al: Epidemiology of traumatic brain injury in South Australia. *Brain Injury* 11(1997):649–659
20. Hofmann W et al: Executive functions and self-regulation. *Trends in Cogn Sci* 16 (2012): 174–180
21. Jager TE et al: Traumatic brain injuries evaluated in US emergency departments 1992–1994. *Acad. Emerg. Med* 7(2000):134–140
22. Jensen OK et al: The Influence of sex and pre-traumatic headache on the incidence and severity of headache after head injury. *Cephalalgia* 10 (1990): 285–293
23. Johnson C et al: Challenges associated with the Definition and Assessment of inappropriate sexual behaviour amongst individuals with an acquired neurological impairment. *Brain Injury* 20 (2006): 687–693
24. Kant R et al: Prevalence of apathy following head injury. *Brain Injury* 12 (1998): 87–92
25. Kangas M et al: Is it time to act? The potential of acceptance and commitment therapy for psychological problems following acquired brain injury. *Neuropsychol Rehabil* 21 (2011): 250–276
26. Kennerley SW et al: Evaluating choices by single neurons in the frontal lobe: outcome value encoded across multiple decision variables. *Eur J Neurosci* 29 (2009): 2061–2073
27. Koponen S et al: Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: a 30-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 159 (2002): 1315–1321
28. Margraf N et al: Bedside screening for executive dysfunction in patients with subcortical ischemic vascular disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 4 (2009): 1002–1009
29. McDowell S et al: Differential effect of a dopaminergic antagonist on prefrontal function in traumatic brain injury patients. *Brain* 121 (1998): 1155–1164
30. Meyer JE: Die sexuellen Störungen der Hirnverletzten. *Arch Psychiatr Nervenkr Z Gesamte Neurol Psychiatr* 193 (1955): 449–469
31. Nampiaparampil DE: Prevalence of chronic pain after traumatic brain injury: a systematic review. *JAMA* 300 (2008): 711–719
32. Nell V et al: Epidemiology of traumatic brain injury in Johannesburg-II, Morbidity, mortality and etiology. *Soc Sci Med* 33(1991):289–296
33. Orff HJ et al: Traumatic brain injury and sleep disturbance: a review of current research. *J Head Trauma Rehabil* 24 (2009): 155–165
34. Roach SM: Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *J Adv Nursing* 4 (2004): 371–379
35. Rohling ML et al: Effectiveness of cognitive rehabilitation following acquired brain injury: A Meta-Analysis re-examination of Cicerone et al.'s (2000; 2005) systematic reviews. *Neuropsychology* 23 (2009): 20–39
36. Royall DR et al: Clock drawing is sensitive to executive control: a comparison of six methods. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 54 (1999): 328–333
37. Rudebeck PH et al: Balkanizing the primate orbitofrontal cortex: distinct subregions for comparing and contrasting values. *Ann N Y Acad Sci* 1239 (2011): 1–13
38. Sandel ME et al: Head injury and sexual dysfunction. *Brain Injury* 10 (1996):719–728
39. Sander AM et al: Sexual functioning 1 year after traumatic brain injury: findings from a prospective traumatic brain injury model systems collaborative study. *Arch Phys Med Rehabil* 93 (2012):1331–1337
40. Schwarzbald M et al: Psychiatric disorders and traumatic brain injury. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 4 (2008): 797–816
41. SUN 2006 www.thesun.co.uk/sol/homepage/news/76156/3m-compo-for-sex-mad-hubby.html
42. Tagliaferri F et al: A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochir (Wien)* 148 (2006): 255–268
43. Takahashi YK et al: The orbitofrontal cortex and ventral tegmental area are necessary for learning from unexpected outcomes. *Neuron* 62 (2009): 269–280
44. Vecera SP et al: Normal processes and their breakdown. *Neurol Clin* 21 (2003): 575–607
45. Zinsmeister J: Sexualassistenz: Angebote im Kontext rechtlicher Grundlagen – Antworten auf die Fragen von pro familia in Pro familia: Sexuelle Assistenz für Frauen und Männer mit Behinderungen. Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main, 1. Auflage 2005, pp 11–66, http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/expertise_sexuelle_assistenz.pdf

Polyneuropathien im Alter

Sind die krankhaften Veränderungen altersphysiologisch?

Nachlassende Muskelreflexe, schwindende Kraft und reduziertes Vibrationsempfinden sind typische Zeichen des Alterns. Trotzdem existiert wohl keine allein durch das Alter hervorgerufene Polyneuropathie, denn neben den altersbedingten Veränderungen am peripheren Nervensystem gibt es auch krankhafte Veränderungen, die sich ätiologisch nicht von denen anderer Lebensabschnitte unterscheiden. Im Einzelfall kann es schwierig sein, „altersphysiologische“ von geringen krankhaften Veränderungen abzugrenzen.

BERNHARD NEUNDÖRFER, ERLANGEN/NÜRNBERG

Typisch für die ältere Diabetikerpopulation sind die multifokalen Neuropathien wie die diabetische Ophthalmoplegie.

Wenn auch Oppenheim [1] in seinem „Lehrbuch der Nervenkrankheiten“ eine spezielle „Polyneuritis senilis“ mit vorwiegend sensiblen Reizerscheinungen und nur gering ausgeprägten Paresen beschreibt, kann man heutzutage davon ausgehen, dass es eine gleichsam durch das Alter hervorgerufene Polyneuropathie (PNP) nicht gibt, sondern dass zum einen am peripheren Nervensystem altersbedingte Veränderungen entstehen, die „altersphysiologisch“ sind, und zum anderen krankhafte Veränderungen vorzufinden sind, die sich ätiologisch nicht von denen anderer Lebensabschnitte unterscheiden. Allerdings sind bezüglich der Ätiologien gewisse Unterschiede zu konstatieren, die im Folgenden näher beschrieben werden. Im Einzelfall kann es schwierig sein, „altersphysiologische“ von geringen krankhaften Veränderungen abzugrenzen, sodass zum Teil „schwimmende Übergänge“ zu beobachten sind.

Altersbedingte Veränderungen des peripheren Nervensystems

Klinische Untersuchungsbefunde

Am bekanntesten ist das Schwinden der Muskeleigenreflexe im Alter, vor allem an den unteren Extremitäten. So waren zum Beispiel bei 200 gesunden Rentnern im Alter von 65 bis 91 Jahren nur bei 7 % alle untersuchten Reflexe (Supinator-, Bizeps-, Trizeps-, Patellar- und Achillessehnenreflex) [2] auslösbar. Bei den unter 70-Jährigen waren die Armeigenreflexe normal, bei mehr als 50 % jedoch die Achillessehnenreflexe nicht. Bei den über 70-Jährigen fehlten in bis zu 65 % die Armeigenreflexe und in etwa 80 % sogar die Achillessehnenreflexe. Auch die Fremdreflexe wie die Plantar- und die Bauchhautreflexe nehmen im Alter ab, wobei dies bei den letzteren vor allem durch die Erschlaffung der Bauchmuskulatur bedingt sein dürfte.

Das Vibrationsempfinden (gemessen mit unterschiedlichen Methoden) lässt gleichfalls mit zunehmendem Alter nach, vor allem an den unteren Extremitäten und hier besonders an den Zehen. An den oberen Extremitäten ist dieser Effekt nicht mit Sicherheit messbar [2–4]. Dyck et al. [5] fanden auch eine höhere Schwelle für das Berührungsempfinden, für das Temperaturempfinden gibt es unterschiedliche Aussagen.

Auch die Muskelkraft nimmt mit dem Alter ab [2, 4]. Potvin et al. [4] registrierten einen Kraftverlust bei 20- bis 80-Jährigen von bis zu 45 %, wobei dieser im Bereich der Hüftbeuger stärker ausgeprägt war als beim Händedruck. Schließlich zeigt sich noch eine reduzierte Reagibilität des autonomen Nervensystems mit im Alter geminderter Pupillenweite und Pupillenreaktionen, mit Pulsverlangsamung und geminderter Herzfrequenzvariabilität sowie unempfindlicherer Thermoregulation [6, 7].

Morphologische Befunde

Sowohl bei unterschiedlichen Tierspezies [8, 9] als auch beim Menschen [10–12] finden sich mit zunehmendem Alter degenerative Veränderungen der peripheren Nerven mit Reduktion der Faserdichte sowohl der myelinisierten als auch der myelinlosen Fasern, mit Strukturstörungen der Fasern Zeichens der Waller-Degeneration, segmentaler Demyelinisation sowie Variationen der internodalen Distanz. Tohgi et al. [11] beschreiben eine Korrelation zwischen Abnahme der Nervenfasern und Stenosen der Vasa nervorum. Die Korrelation zwischen Faserdurchmesser und Länge der internodalen Distanz geht im Alter zunehmend verloren.

Ebenso wird das autonome Nervensystem im Alter nicht verschont. So nimmt die Zahl der sympathischen Neurone im Nucleus intermediolateralis des Rückenmarkes pro Lebensjahrzehnt um jeweils 8 % ab [13]. Außerdem zeigt sich in adrenergen sympathischen Ganglienzellen vermehrt Pigment-Granulat [14].

Elektrophysiologische Befunde

Entsprechend den morphologischen Befunden kommt es zu Veränderungen der Erregbarkeit und Leitfähigkeit der peripheren Nerven. Schon in den klassischen Untersuchungen von Buchthal und Rosenfalck [15] zeigte sich eine im Alter zunehmende Abnahme der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit des N. medianus und N. ulnaris. Desgleichen nimmt die distale sensible Leitzeit der Nn. medianus und ulnaris mit fortschreitendem Alter zu. Gleiche Befunde konnten für die motorische Nervenleitgeschwindigkeit (NLG) des N. suralis und die gemischten Nn. medianus, ulnaris, radialis, tibialis und peronäus beobachtet werden [16]. Die F-Wellenlatenzen nehmen im Alter zu. Amplituden und Dauer der Muskelantwortpotenziale erreichen im vierten Lebensjahrzehnt ihr Maximum beziehungsweise Minimum und nehmen dann mit fortschreitendem Alter zu beziehungsweise ab [17]. Während sich nach Buchthal et al. [18] die Dauer der motorischen Aktionspotenziale im Alter eher verlängert, konnte dieser Befund von Bischoff et al. [19] nicht repliziert werden.

Prävalenz und Ätiologie

Nur wenige Untersuchungen beschäftigten sich gesondert mit der Ätiologie der PNP im höheren Lebensalter [20–24]. In einer retrospektiven Untersuchung der Fälle mit PNP in den Jahren 1984 bis 1987, die in der Erlanger Neurologischen Universitätsklinik erfasst worden waren [23], konnten 243 Fälle mit einem Alter über 60 Jahre mit 178 Fällen bei unter 60-Jährigen verglichen werden (**Tabelle 1**). Das Durchschnittsalter der über 60-Jährigen lag bei 71,1 Jahren, das der jüngeren Gruppe bei 43,8 Jahren. Als hervorstechendster Unterschied ergab sich,

Tabelle 1

Ätiologie der Polyneuritiden und Polyneuropathien (n = 421 Patienten) [23]

Ätiologie	Alter				Gesamt	
	< 60 Jahre (n = 178)		> 60 Jahre (n = 243)		n	%
	n	%	n	%		
Ungeklärt	18	10,1	44	18,1	62	14,8
Multifaktorielle Genese	13	7,3	34	14	47	11,2
Diabetes	48	27	104 (137)*	42,8 (56,4)*	152	36,1
Alkohol	35	19,7	6 (9)*	2,4 (3,8)*	41	9,7
Gastrointestinale Malabsorption	2	1,1	14 (24)*	5,8 (9,9)*	16	3,8
Paraneoplastische PNP	5	2,8	8	3,3	13	3,1
Immunopathie	6	3,4	7	2,9	13	3,1
Komplette Niereninsuffizienz	–	–	2	0,8	2	0,5
Amyloid-PNP	–	–	1	0,4	1	0,2
Toxische PNP	3	1,7	1	0,4	4	0,9
HMSN I	2	1,1	–	–	2	0,5
Guillain-Barré Syndrom (GBS)	24	13,5	14	5,8	38	9
Bannwarth-Syndrom	18	10,1	8	3,3	26	6,2
Critical-Illness-PNP (CIP)	4	2,2	–	–	4	0,9
Summe	178	100	243	100	421	100

* unter Einschluss der Fälle mit multifaktorieller Genese; HMSN = Hereditäre motorisch-sensible Neuropathie

dass Diabetes mellitus in der älteren Gruppe mit 42,8 % deutlich häufiger vorkam als bei der jüngeren Gruppe (27 %), während Alkoholismus vor allem bei den jüngeren Patienten (19,7 % vs. 2,4 %) vorherrschend war. Bezüglich des Alkoholismus als Ursache einer PNP im höheren Lebensalter gibt es in anderen Zusammenstellungen allerdings höhere Prävalenzraten, die in einer Lausanner Studie sogar 18 % erreichten [24]. Insgesamt ist aber in anderen Studien eine abnehmende Tendenz im Alter erkennbar.

Hervorzuheben ist, dass in der Erlanger Studie im Alter eine Malabsorption eine bedeutende Rolle spielt (5,8 % bei den über 60-Jährigen gegenüber 1,1 % bei den unter 60-Jährigen). Der Unterschied wird noch deutlicher, wenn man die Malabsorption aus der multifaktoriellen Gruppe hinzurechnet, sodass sich 9,9 % ergeben. Dass in den anderen Studien Malabsorption nur selten beschrieben wird, dürfte damit zusammenhängen, dass in der Erlanger Studie intensiv nach entsprechenden Befunden mit Schilling- und Xylosetest, Bestimmung des Vitamin-B₁₂-Spiegels und eventuell sogar über Gastroskopie mit Schleimhautbiopsie gesucht wurde.

Bemerkenswert ist eine Studie von Chia et al. [25], die die Diagnosen von 100 Suralisbiopsaten von Patienten über 65 Jahren mit einer PNP analysierte. Bei drei Patienten mit einem normalen Biopsiefund ergab sich schließlich die Diagnose einer amyotrophen Lateralsklerose (ALS) und bei weiteren sechs Patienten eine Wurzelläsion. In 35 % fand sich eine Vaskulitis, worunter sich auch zwei Patienten mit einer multifokalen diabetischen PNP befanden. 14 Patienten hatten eine chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP) und elf Patienten eine monoklonale Gammopathie. Sechs Patienten litten an einem Diabetes mellitus, sechs Patienten an einer toxischen PNP und 15 % an so unterschiedlichen Erkrankungen wie Amyloidose, Lepra, Carcinomen und Alkoholismus.

Bei sechs Patienten mit einer axonalen Neuropathie konnte keine definitive Diagnose gestellt werden.

Nosologie

Entzündliche Polyneuropathien

Das akute Guillain-Barré-Syndrom (GBS) war zwar in dem Erlanger Kollektiv im jüngeren Alter häufiger als im höheren Alter (13,5 % vs. 5,8 %). In einer populationsbasierten Studie aus Holland mit einer wesentlich größeren Patientenzahl zeigte sich jedoch eine stete Zunahme im jeweils höheren Lebensalter [26].

Die chronisch-inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP) kommt in jedem Alter gleich häufig vor, aber jenseits des 64. Lebensjahres sind die Verläufe in der Regel chronisch progredient, häufiger gemischt sensomotorisch und die Rückbildung der Symptomatik ist seltener [27].

Eine typische Erkrankung des höheren Lebensalters ist der Herpes zoster. Man kann davon ausgehen, dass im Alter von 80 Jahren nahezu 50 % der Bevölkerung eine solche Erkrankung durchgemacht hat. Darüber hinaus besteht eine bevorzugte Lokalisation im Trigeminusbereich sowie in den thorakalen Dermatomen. Schließlich ist im höheren Lebensalter mit einem höheren Risiko einer postherpetischen Neuralgie zu rechnen [28].

Vaskulitische Polyneuropathien

Wie die Biopsie-Studie von Chia et al. [25] zeigt, spielen vaskulitische Veränderungen bei PNP als Ursache möglicherweise eine größere Rolle, als durchwegs angenommen. Man unterscheidet Neuritiden bei primär oder sekundär systemischen Vaskulitiden (z. B. Polyarthrit nodosa, Kollagenosen etc.) oder nicht systemische isolierte vaskulitische PNP (Tabelle 2). Die Diagnose der ersteren Formen erfolgt im Rahmen der Grundkrankheit, die der letzteren ist nur morphologisch durch eine

Tabelle 2

Klassifikation und Ursachen der Vaskulitiden [29, 30]

Bedingt durch direkte Infektion	Bakterien (z. B. Lues, Tuberkulose) Pilze (z. B. Cryptococcose, Aspergillose) Viren (z. B. Herpes zoster, Cytomegalie, HIV)	
Sekundär immunologisch	Systemisch nekrotisierend	<ul style="list-style-type: none"> — Polyarteriitis nodosa — Mikroskopische Polyangiitis — Churg-Strauss-Syndrom — Wegener-Granulomatose
	Infolge Kollagenose	<ul style="list-style-type: none"> — Rheumatoide Arthritis — Sjögren Syndrom — Systemischer Lupus erythematoses
	Hypersensitivitätsvaskulitiden	
	Isolierte Vaskulitis	— Isolierte Vaskulitis des peripheren Nervensystems

Tabelle 3

Im klinischen Alltag relevante Medikamente, die zu toxischen Polyneuropathien führen können [29]

Medikament	Dosisabhängig	PNP-Typ	Pathologie	Reversibel	Bemerkungen
Amiodaron	Nein	Symmetrisch sensomotorisch	Demyelinisierend	Ja	Plus Optikusneuropathie (selten)
Chloroquin	Nein	Symmetrisch sensomotorisch	Demyelinisierend	Ja	Plus Myopathie
Vinca-Alkaloide	Ja	Symmetrisch sensomotorisch und autonom	Axonal	Ja	
Cisplatin	Ja	Symmetrisch, vorwiegend sensibel	Axonal, Spinal-ganglienneurone	Ja (unvollständig)	
Paclitoxel	Ja	Symmetrisch, vorwiegend sensibel	Axonal	Ja (unvollständig)	Beginn häufig akut
Isoniazid	Ja	Symmetrisch sensomotorisch	Axonal	Ja	Bedingt durch sekundäre Pyridoxindefizienz (Substitution erforderlich)
Ethambutol	Ja	Symmetrisch, vorwiegend sensibel	Axonal	Ja	PNP (selten), plus Optikusneuropathie (häufig)
Nitrofurantoin	Ja	Symmetrisch sensomotorisch	Axonal	Ja (unvollständig)	Selten
Metronidazol	Ja	Symmetrisch, vorwiegend sensibel	Axonal	Ja	
Statine	?	Symmetrisch sensible bis hin zu symmetrisch sensomotorischer PNP, selten Mono-neuropathia multiplex	Axonal	?	

Nerv-/Muskelbiopsie zu stellen. Klinisch sollte eine isolierte vaskulitische PNP dann in Erwägung gezogen werden, wenn vor allem im Beginn ein asymmetrisches Verteilungsmuster der Symptomatik vorliegt, die Symptome relativ plötzlich einsetzen und mit Schmerzen verbunden sind [31]. Die Therapie der systemischen Formen richtet sich nach der Grundkrankheit. Bei der isolierten vaskulitischen PNP ist zunächst ein Behandlungsversuch mit Kortikoiden vertretbar, der dann zum Beispiel mit Azathioprin oder Methotrexat fortgesetzt werden kann. Bei weiterer Progression kommt dann vor allem Cyclophosphamid in Betracht [31].

Toxische Polyneuropathien

Bei PNP im höheren Alter sollte man immer auch an eine medikamentös-toxische Genese denken und einen eventuellen Auslassversuch durch Medikamentenwechsel vornehmen, wenn bei einer eingenommenen Substanz eine Neurotoxizität bekannt ist. Eine Auswahl von auch im Alter bedeutsamen Medikamenten zeigt die **Tabelle 3**.

In der letzten Zeit häufen sich die Hinweise darauf, dass auch bei Patienten mit Morbus Parkinson vermehrt PNP in Erscheinung treten. So fanden Toth et al. [32] bei einem Vergleich zwischen 55 Parkinson-Patienten sowie 58 alters- und geschlechtssortierten Patienten in 55 % der Parkinson-Patienten und nur bei 9 % der Patienten ohne Parkinson eine PNP. Der Homocystein- und Methylmalonsäure-Spiegel war als Hinweis auf einen Vitamin-B₁₂-Mangel erhöht. Die Höhe der L-Dopa-Dosierung korrelierte mit dem Schweregrad der PNP. Bei Parkinson-Patienten ohne L-Dopa hatten nur 13 % eine PNP. In die gleiche Richtung weisen fünf Kasuistiken von Manca et al. [33], Urban et al. [34] und Klostermann et al. [35] von PNP unter Duodopa-Behandlung. Bei allen Patienten fanden sich Hinweise auf Vitamin-B₁₂-Mangel (zum Teil erhöhte Homocystein- und Methylmalonsäure-Spiegel und erniedrigte oder grenzwertige Vitamin-B₁₂-Spiegel) sowie teilweise auch Folsäure- und Vitamin-B₆-Mangel. Nach entsprechender Substitution kam es zumindest zu einer Stabilisierung der Symptomatik.

Diabetische Polyneuropathien

Sowohl die somatisch sensomotorische diabetische Neuropathie wie auch die autonome diabetische Neuropathie nehmen im Alter zu. Zum Beispiel war in einer Population von 6.487 Diabetikern die Prävalenz einer DPNP (Diabetische PNP) bei 20- bis 29-Jährigen 5 %, bei 70- bis 79-Jährigen aber 44 %. Besonders typisch für die ältere Diabetikerpopulation sind die multifokalen Neuropathien:

- 1. Die diabetische Ophthalmoplegie** mit Ausfällen des III., IV. und VI. Hirnnerven setzt oft mit heftigen Schmerzen im entsprechenden Orbitalbereich ein, gefolgt von Doppelbildern. Am häufigsten ist der N. abducens betroffen. Die Pupillenreaktion bleibt meist erhalten. Im Kollektiv der Mayo-Klinik von 4.728 Fällen mit Augenmuskellähmungen, waren 103 Fälle mit Diabetes mellitus, die nahezu alle älter als 50 Jahre waren [36]. Meist bilden sich die Symptome innerhalb von vier bis sechs Wochen wieder zurück. Asbury et al. [37] fanden als Ursache einen Verschluss der Vasa nervorum. Hopf und Gutmann [38] allerdings vertreten die Ansicht, dass die diabetische Ophthalmoplegie vorwiegend auf eine mesencephale Ischämie zurückgeht, nachdem sie in zehn von elf entsprechenden Fällen einen pathologischen Masseterreflex sowie in drei Fällen eine hyperintensen Herd im Mittelhirn in der Magnetresonanztomografie (MRT) beobachten konnten.
- 2. Diabetische Radikulopathie:** Das ist gleichfalls vorwiegend eine Erkrankung des höheren Lebensalters [39], die sowohl beim Diabetes Typ 1 als auch beim Typ 2 vorkommt. Meist klagen die Patienten über plötzlich auftretende Schmerzen, die gürtelförmig ein- oder beidseitig von der Brustwirbelsäule bis zur Brust oder zur Bauchregion ziehen. In den betroffenen Segmenten finden sich eine Hypaesthesia und Hypalgesie und zum Teil ein Ausfall der Schweißsekretion. Bei Involvierung motorischer Fasern kommt es zu einer Lähmung der Bauchwandmuskeln, die dann als vortretender Muskelwulst imponiert. Die Prognose ist gemischt, oft bestehen langwierige Schmerzen.
- 3. Die diabetische Amyotrophie** entwickelt sich vorwiegend bei Typ 2-Diabetikern und tritt meist jenseits des 50. Lebensjahres auf [40, 41]. Männer erkranken häufiger als Frauen. Die Erkrankung manifestiert sich charakteristischer Weise mit plötzlich auftretenden Schmerzen, die von lumbal über die Hüfte zur Vorderseite eines Oberschenkels ziehen. Schnell entwickeln sich Paresen und Atrophien der Beckengürtel- und Oberschenkelmuskeln mit gleichzeitigem Ausfall des Patellarsehnenreflexes. Sensibilitätsstörungen treten ganz in den Hintergrund. Die Differenzialdiagnose zum L4-Syndrom bei Bandscheibenvorfall kann schwierig sein und eventuell den Einsatz von bildgebenden Verfahren notwendig machen. Die Prognose ist gemischt, Schmerzen können wochenlang anhalten. Nachdem histologische Untersuchungen von Suralis- und Femoralisastbiopsaten zum Teil eine epineurale Vaskulitis zeigten [41], sind Behandlungsversuche mit Kortikoiden oder Immunglobulinen vertretbar.

Polyneuropathien bei monoklonalen Gammopathien

Mit zunehmendem Alter finden sich vermehrt Paraproteinämien (monoklonale Gammopathien). So liegt etwa bei 3 % der

über 70-Jährigen sowie bei 10 % der Patienten mit PNP in dieser Altersstufe eine monoklonale Gammopathie vor [42]. In nur einem Drittel dieser Patienten entwickelt sich eine systemische Erkrankung wie Plasmazytom oder Morbus Waldenström, bei den anderen spricht man von einer monoklonalen Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS). Bezüglich der Ig-Klassen überwiegt mit mehr als 50 % der Ig-M-Typ [43]. Häufig besteht eine Assoziation der Ig-G-Immunglobuline mit Antikörpern gegen myelinassoziertes Glykoprotein (MAG). Klinisch zeigen die Anti-MAG-Antikörper-positiven Neuropathien vorwiegend symmetrisch-sensible Ausfälle mit Ataxie und häufig Tremor. Neurophysiologisch findet sich bei zwar deutlich verzögerter distaler Latenz eine nur gering verzögerte motorische Nervenleitgeschwindigkeit an den Beinen. Therapeutisch kommen neben Therapieversuchen mit IVIG, Plasmapherese auch Kombinationen von Kortikoiden mit Melphalan oder Cyclophosphamid oder mit Rituximab in Betracht [44]. Hier empfiehlt sich eine Kooperation mit Hämatologen beziehungsweise Onkologen.

Anti-MAG-Antikörper-negative-MGUS-Neuropathien gleichen häufig einer CIDP und können wie diese behandelt werden. □

LITERATUR

unter springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Bernhard Neundörfer

Em. Ord. Professor für Neurologie

an der Universität Erlangen

Neurologie am Stadtpark

Am Stadtpark 2

90409 Nürnberg

E-Mail: gerta.neundoerfer@gmx.de

Interessenkonflikt

Die Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrags von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen.

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.

CME-Fragebogen

FIN NT1303qW

gültig bis 27.03.2013

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent an allen Kursen der e.Akademie,
- als Abonnent einer Fachzeitschrift an den Kursen der abonnierten Zeitschrift oder
- als Leser dieses Magazins – zeitlich begrenzt – unter Verwendung der FIN.

Bitte beachten Sie:

- Die Teilnahme ist nur online unter www.springermedizin.de/eAkademie möglich.
- Ausführliche Erläuterungen unter www.springermedizin.de/info-eakademie



Diese CME-Fortbildungseinheit ist von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei bzw. drei Punkten zur zertifizierten Fortbildung anerkannt.

Polyneuropathien im Alter

Mit zunehmendem Lebensalter ...

- ... bleibt die Muskelkraft unverändert erhalten.
- ... schwinden die Muskeleigenreflexe.
- ... ist das Vibrationsempfinden an den oberen Extremitäten gemindert.
- ... ist die Reagibilität des autonomen Nervensystems ungestört.
- ... ändert sich die Schwelle für das Berührungsempfinden nicht.

Im Alter ...

- ... tritt eine Reduktion der Faserdichte der Nervenfasern ein.
- ... bleibt die Zahl der sympathischen Neurone im Nucleus intermedio-lateralis des Rückenmarkes erhalten.
- ... ist die Erregbarkeit und Leitfähigkeit der peripheren Nerven unverändert.
- ... ist die Nervenleitgeschwindigkeit der peripheren Nerven nur an den Beinen, nicht an den Armen gemindert.
- ... nehmen die F-Wellenlatenzen ab.

Welche Aussage zur Polyneuropathie trifft zu?

- Die diabetische Polyneuropathie kommt vorwiegend bei Patienten im Alter unter 60 Jahren vor.
- Die isolierte vaskulitische Polyneuropathie geht immer mit typischen blutserologischen Befunden einher.
- Eine multifaktorielle Genese ist bei Polyneuropathien im Alter ein seltenes Ereignis.
- Bei Patienten mit Polyneuropathien im Alter findet man in bis zu 10 % eine gastrointestinale Malabsorption.
- Monoklonale Gammopathien führen nicht zu einer Polyneuropathie.

Die Chronisch Inflammatorische Demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP) ...

- ... nimmt im Alter zu.
- ... verläuft im Alter rasanter.
- ... verläuft im Alter meist chronisch progressiv.
- ... betrifft im Alter nur die sensiblen Fasern.
- ... bildet sich im Alter meist wieder zurück.

Herpes Zoster hat bei Patienten bis zu 80 Jahren eine Lebenszeitprävalenz von ...

- ... etwa 10 %.
- ... etwa 20 %.
- ... etwa 30 %.
- ... etwa 40 %.
- ... etwa 50 %.

Welche Aussage zu Herpesinfektionen trifft zu?

- Herpes Zoster ist im höheren Lebensalter vornehmlich an den Armen lokalisiert.
- Herpes Zoster ist im höheren Lebensalter vornehmlich an den Beinen lokalisiert.
- Herpes Zoster ist im höheren Lebensalter vorwiegend im Trigemusbereich und in thorakalen Dermatomen lokalisiert.
- Herpes Zoster tritt vorwiegend im jüngeren Erwachsenenalter auf.
- Eine postherpetische Neuralgie tritt im höheren Lebensalter nur selten auf.

Die isolierte vaskulitische Polyneuropathie ...

- ... ist mit Sicherheit nur mit einer Nervenbiopsie zu diagnostizieren.
- ... ist durch bestimmte blutserologische Befunde definiert.
- ... ist meist symmetrisch angeordnet.

- ... ist meist schmerzlos.
- ... spricht auf Kortikoide nicht an.

Welche(s) Medikament(e) führt nicht zu einer Polyneuropathie?

- Statine
- Ramipril
- Vinca-Alkaloide
- Amiodaron
- Nitrofurantoin

Bei der diabetischen Ophthalmoplegie ist am häufigsten betroffen ...

- ... der N. oculomotorius.
- ... der N. opticus.
- ... der N. facialis.
- ... der N. abducens.
- ... der N. trochlearis.

Die diabetische Radikulopathie ...

- ... ist mit gürtelförmigen Schmerzen im Brust- und/oder Bauchbereich assoziiert.
- ... betrifft nur die motorischen Fasern.
- ... kommt nur beim Typ-I-Diabetes vor.
- ... ist nicht mit Lähmungen verbunden.
- ... führt zu keiner Störung der Schweißsekretion.

Bitte beachten Sie: Diese zertifizierte Fortbildung ist 12 Monate auf springermedizin.de/eakademie verfügbar. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmeabschluss.

Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit (Richtig- oder Falschaussage) zutreffend. Sowohl die Fragen als auch die zugehörigen Antwortoptionen werden im Online-Fragebogen in zufälliger Reihenfolge ausgespielt, weshalb die Nummerierung von Fragen und Antworten im gedruckten Fragebogen unterbleibt. Prüfen Sie beim Übertragen der Lösungen aus dieser Ausgabe daher bitte die richtige Zuordnung.

Literatur

1. Oppenheim H. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 6. Aufl. Bd. 1. Berlin: Karger; 1913.
2. Howell TH. Senile Deterioration of the Central Nervous System. A Clinical Study. *Brit Med J* 1949;1:56-58.
3. Claus D, Mustafa C, Vogel W, Herz M, Neundörfer B. Assessment of diabetic neuropathy: Definition of norm and discrimination of abnormal nerve function. *Muscle Nerve* 1993;16:757-768.
4. Potvin AR, Syndulko K, Tourtellotte WW, Lemmon JA, Potvin JH. Human Neurologic Function and the Aging Process. *J Amer Geriatr Soc* 1980;28:1-9.
5. Dyck PJ, Schultz PW, O'Brien PC. Quantitation of Touch-Pressure Sensation. *Arch Neurol* 1972;26:465-473.
6. Loewenfeld IE. Pupillary changes related to age. In: Thompson HS, ed. *Topics in Neuro-Ophthalmology*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1979:124-150.
7. Low PA. The Effect of Aging on the Autonomic Nervous System. In: Low PA, ed. *Clinical Autonomic Disorders: Evaluation and management*. 2nd ed. Philadelphia – New York: Lippincott Raven; 1997:161-175.
8. Samorajski T. Age Differences in the Morphology of Posterior Tibial Nerves of Mice. *J Comp Neur* 1974;157:439-452.
9. Stanmore A, Bradbury S, Weddell AGM. A quantitative study of peripheral nerve fibres in the mouse following the administration of drugs. 1. Age changes in untreated CBA mice from 3 to 21 months of age. *J Anat* 1978;127:101-115.
10. Arnold N, Harriman DGF. The incidence of abnormality in control human peripheral nerves studied by single axon dissection. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1970;33:55-61.
11. Tohgi H, Tsukagoshi H, Toyokura Y. Quantitative changes with age in normal sural nerves. *Acta Neuropath* 1977;38:213-220.
12. Vital A, Vital C, Rigal B, Decamps A, Emeriau JP, Galley P. Morphological study of aging human peripheral nerve. *Clin Neuropathol* 1990;9:10-15.
13. Low PA, Dyck PJ. Splanchnic Preganglionic Neurons in Man. III. Morphometry of Myelinated Fibers of Rami Communicantes. *J Neuropathol Exp Neurol* 1978;37:734-740.
14. Hervonen A, Vaalasti A, Partanen M, Kanerva L, Hervonen H. Effects of ageing on the histochemically demonstrable catecholamines and acetylcholinesterase of human sympathetic ganglia. *J Neurocytol* 1978;7:11-23.
15. Buchthal F, Rosenfalck A. Evoked action potentials and conduction velocity in human sensory nerves. *Brain Research* 1966;3:1-122.
16. Ludin HP. *Praktische Elektromyographie*. Stuttgart: Enke; 1981.
17. Taylor PK. Non-Linear Effects of Age on Nerve Conduction in Adults. *J Neurol Sci* 1984;66:223-234.
18. Buchthal F, Pinelli P, Rosenfalck P. Action potentials parameters in normal human muscles and their physiological determinants. *Acta Physiol Scand* 1954;22:219-229.
19. Bischoff C, Machetanz J, Conrad B. Is there an age-dependent continuous increase in the duration of the motor unit action potential? *Electroenceph Clin Neurophysiol* 1991;81:304-311.
20. [20] Huang CY. Peripheral Neuropathy in the Elderly: A Clinical and Electrophysiologic Study. *J Amer Geriatr Soc* 1981;29:49-54.
21. [21] George J, Twomey JA. Causes of polyneuropathy in the elderly. *Age and Ageing* 1986;15:247-249.
22. [22] Grahmann F, Schober S, Hilz MJ, Neundörfer B. Late Life Polyneuropathy. *Age* 1996;19:13-16.
23. [23] Neundörfer B, Grahmann F. Polyneuropathien im Alter. In: *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie*. Bd. 5. Berlin – Heidelberg: Springer; 1989:84-89.
24. [24] Regli F. Les polyneuropathies du troisième âge. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1987;76:270-272.
25. [25] Chia L, Fernandez A, Lacroix C, Adams D, Plante V, Said G. Contribution of nerve biopsy findings to the diagnosis of disabling neuropathy in the elderly. A retrospective review of 100 consecutive patients. *Brain* 1996;119:1091-1098.
26. [26] Van Koningsveld R, van Doorn PA, Schmitz PIM, Ang CW, van der Meché FGA. Mild forms of Guillain-Barré syndrome in an epidemiologic survey in the Netherlands. *Neurology* 2000;54:620-625.
27. [27] Hattori N, Misu K, Koike H, et al. Age of onset influences clinical features of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *J Neurol Sci* 2001;184:57-63.
28. [28] Johnson RT. Herpes zoster. In: Johnson RT, ed. *Current Therapy in Neurologic Disease*. Philadelphia: Decker; 1990:119-121.
29. [29] Neundörfer B, Stögbauer F. Polyneuropathien im Alter. In: Deuschl G, Reichmann H, Hrg. *Gerontoneurologie*. Stuttgart – New York: Thieme; 2006:209-222.
30. [30] Jennette JC, Falk RJ, Andrassy K, Bacon PA, et al. Nomenclature of systemic vasculitides. Proposal of an international consensus conference. *Arthritis Rheum* 1994;37:187-192.
31. [31] Heuss D. Vaskulär bedingte Formen – insbesondere vaskulitische Neuropathien. In: Neundörfer B, Heuss D. *Polyneuropathien*. Stuttgart, New York; Thieme 2007:54-61.
32. [32] Toth C, Breithaupt K, Ge S, Duan Y, et al. Levodopa, Methylmalonic Acid, and Neuropathy in Idiopathic Parkinson Disease. *Ann Neurol* 2010;67:28-36.
33. [33] Manca D, Cossu G, Murgia D, Molari A, et al. Reversible Encephalopathy and Axonal Neuropathy in Parkinson's Disease During Duodopa Therapy. *Movement Disord* 2009;24:2293-2294.
34. [34] Urban, PP, Wellach I, Faiss S, Layer P, et al. Subacute Axonal Neuropathy in Parkinson's Disease with Cobalamin and Vitamin B6 Deficiency Under Duodopa Therapy. *Movement Disord* 2010;25:1748-1752.
35. [35] Klostermann F, Jugel C, Müller T, Marzinzik F. Malnutritional neuropathy under intestinal levodopa infusion. *J Neural Transm*; publ. online 24.07.2011.
36. [36] Richards BW, Jones jr FR, Young BR. Causes and Prognosis in 4,278 Cases of Paralysis of the Oculomotor, Trochlear, and Abducens Cranial Nerves. *Amer J Ophthalmol* 1992;113:489-496.
37. Asbury AK, Aldredge H, Hershberg R, Miller Fischer C. Oculomotor palsy in diabetes mellitus: A clinico-pathological study. *Brain* 1970;93:555-566.
38. Hopf HC, Gutmann L. Diabetic 3rd nerve palsy: Evidence for a mesencephalic lesion. *Neurology* 1990;40:1041-1045.
39. Asbury AK. Focal and Multifocal Neuropathies of Diabetes. In: Dyck PJ, Thomas PK, Asbury AK, Winegrad AI, Porte jr D (Eds). *Diabetic Neuropathy*. Philadelphia; Saunders 1987:45-65.
40. [40] Coppack SW, Watkins JP. The natural history of diabetic femoral neuropathy. *Quart J Med* 1991;79:307-313.
41. Dyck PJB, Norell JE, Dyck PJ. Microvasculitis and ischemia in diabetic lumbosacral radiculoplexus neuropathy. *Neurology* 1999;53:2113-2121.
42. Ropper AH, Gorson KC. Neuropathies associated with paraproteinemia. *N Engl J Med* 1998;338:1601-1607.
43. Gorson KC, Ropper AH, Weinberg DH, Weinstein R. Treatment Experience in Patients with Anti-Myelin-Associated Glycoprotein Neuropathy. *Muscle & Nerve* 2001;24:778-786.
44. Neundörfer B, Heuss D. *Polyneuropathien*. Stuttgart, New York; Thieme 2007:54-61.

Bei MS frühzeitig an das langfristige Outcome denken

Bei der schubförmigen Multiplen Sklerose (RRMS) sollte man mit einer Eskalationstherapie nicht zu lange warten, wenn der Patient trotz Basistherapie weiter Schubaktivität zeigt. Denn auch in diesem Krankheitsstadium gebe es ein „Window of Opportunity“ mit den größten Chancen, die Krankheitsaktivität anhaltend zu reduzieren, mahnte Professor Hans-Peter Hartung, Neurologische Universitätsklinik Düsseldorf. Dass auch in der Eskalationstherapie ein solches Zeitfenster existiert, innerhalb dessen Patienten mit hoher Krankheitsaktivität von einer rechtzeitigen Umstellung am meisten profitieren, zeigen laut Hartung die inzwischen bis zu einer Therapiedauer von sieben Jahren vorliegenden Extensionsstudien für Fingolimod (Gilenya®). Es komme darauf an, die Entscheidung rasch zu fällen,

wenn der Patient die Indikation für eine Eskalationstherapie erfülle. Die Basistherapie weiterzuführen und auf einen Therapieerfolg zu hoffen, sei die falsche Strategie, meinte Hartung. Die Verläufe in den großen Phase III-Studien (FTY720 Research Evaluating Effects of Daily Oral Therapy in Multiple Sclerosis; n = 1272 und FREEDOMS II; n = 1083) nach zwei und vier Jahren zeigen, dass der frühzeitige Einsatz von Fingolimod Vorteile bietet. Denn die frühzeitig mit Fingolimod behandelten Patienten hätten im Vergleich zu den erst später von Placebo auf Fingolimod umgestellten Patienten eine anhaltend geringere Schubaktivität und weniger Krankheitszeichen im MRT aufgewiesen, so Hartung. Die Extensionsstudie der TRANSFORMS-Basistudie habe nach 4,5 Jahren zudem gezeigt, dass die weiterhin

mit Interferon-beta 1a i. m. behandelten Patienten schlechter abschneiden als die mit Fingolimod behandelten Patienten.

In einer Analyse der Phase-II/III-Basistudien und Extensionsstudien mit Fingolimod wurden die Sicherheitsdaten von 3.553 Teilnehmern (9.070 Patientenjahre) ausgewertet. Die Daten zeigen keinen Hinweis, dass sich das Sicherheitsprofil mit wachsender Behandlungsdauer verschlechtert, sagte Hartung. Dies gelte auch für das Auftreten von Infektionen, Blutdruckerhöhungen, kardialen Effekten und Malignomen.

Dr. Alexander Kretzschmar

Satellitensymposium „Growing global experience with once-daily oral fingolimod in MS“ im Rahmen des ECTRIMS 2012, Lyon, 10.10.2012
Veranstalter: Novartis Pharma

Klinische Relevanz am Beispiel Escitalopram

Der dänische Hersteller Lundbeck hatte gegen die Eingruppierung von Escitalopram in eine Festbetragsgruppe geklagt und im Rahmen eines Eilverfahrens vom Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg Recht bekommen. Grundlage war eine völlig andere Beurteilung der Studienlage. „Wenngleich der Hauptsachetermin noch aussteht, scheint diese Entscheidung doch richtungsweisend“, erklärte Professor Hans-Jürgen Möller, ehemaliger Direktor der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er verwies insbesondere auf die sorgfältige Herangehensweise des LSG, bei der Einschätzung der klinischen Relevanz und der therapeutischen Verbesserung von Escitalopram (Cipralex®) gegenüber Citalopram. Die vorhandenen Studien wurden nochmals eingehend geprüft. Dabei stieß das LSG auf mehrere Beurteilungsfehler des G-BA. Dazu zählt etwa, dass der Ausschluss der Studie von Yevtushenko nach Ansicht der Richter nicht zulässig ist [Yevtushenko VY et al. Clin Ther 2007; 29: 2319–32]. Diese Studie wurde aufgrund „außergewöhnlich guter Ergebnisse“ kritisch beurteilt und von den Bewertungen des G-BA ausgeschlossen (**Abbildung 1**). Auch dass es zwischen Escitalopram und Citalopram keine relevanten Unterschiede bei den Nebenwirkungen gebe, sei nicht nachvollziehbar.

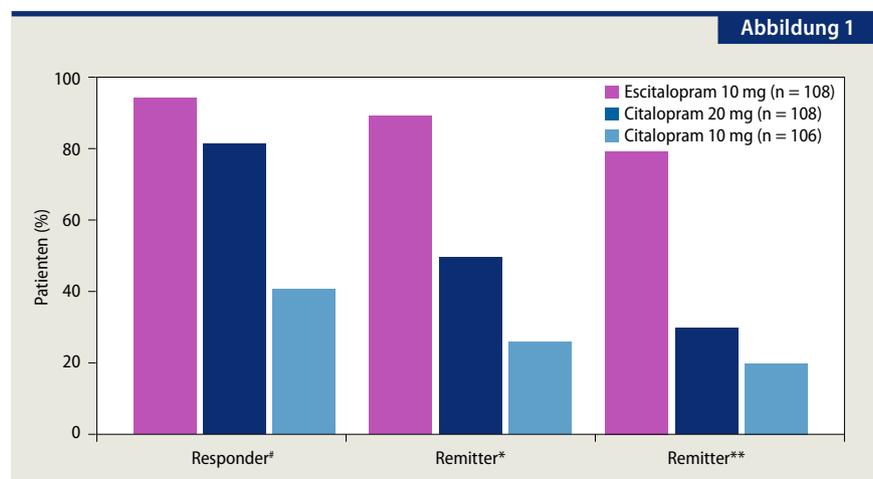
„Für wichtig halte ich zudem, dass ein Unternehmer laut LSG einen Rechtsanspruch darauf hat, vor einer zu schnellen Einstufung in Festbetragsregelungen geschützt zu werden. Denn er trägt zur Weiterentwicklung von Therapien bei und sollte für dieses wirtschaftliche Risiko einen Benefit erhalten“, betonte Möller.

Professor Gerd Laux, Ärztlicher Direktor des kbo-Inn-Salzach-Klinikums, Wasserburg, legte dar, wie schwierig die Beurteilung der klinischen Relevanz ist. „Statistisch kleine

Unterschiede können große klinische Relevanz aufweisen. So bedeuten beispielsweise zwei Punkte im HAM-D Score zu Suizidalität einen gigantischen Unterschied. Daher lohnt es sich, genauer hinzusehen um welches Item es sich handelt“, erklärte Laux.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

11. Lundbeck Dialog ZNS, München, 9.10.2012 in München
Veranstalter: Lundbeck



Deutliche klinische Überlegenheit von Escitalopram versus Citalopram hinsichtlich Response und Remission [# 50% Abnahme auf der MADRS-Skala, *MADRS ≤ 12, **MADRS ≤ 10]

App für Patienten mit Depression

Das Unternehmen Lundbeck stellt die App „Back to Job“ für Patienten mit Depression ab sofort zur Verfügung. Die Anwendung für das iPhone kann kostenlos im App-Store heruntergeladen werden.

Die App unterstützt Patienten bei der regelmäßigen Dokumentation ihrer Gefühlslage, gibt Tipps für den Alltag und bietet die Möglichkeit, die Dokumentation mit dem behandelnden Arzt abzustimmen. Mittels einer Kalenderfunktion können die Patienten einzelne Parameter der Krankheit nach dem Schulnotensystem bewerten. Beurteilt werden die Stimmung zur aktuellen Tageszeit, das Maß an Freude und Interesse, sowie Energie und Antrieb, das körperliche Befinden, die Schlafqualität und das aktuelle Befinden. Die Daten werden als Grafik für verschiedene Zeiträume ausgegeben und können per E-Mail an den Arzt gesandt werden. Dieser kann so etwaige Änderungen im Affekt erkennen und die Behandlung des Patienten gegebenenfalls individuell anpassen. Berufstätigen Patienten mit Depression, die ihr Smartphone immer bei sich haben, kann die App zusätzlich helfen, ihren Alltag zu strukturieren. Die App soll in Kürze auch für Android-Systeme verfügbar werden.

Nach Informationen von Lundbeck

10. ADHS-Förderpreis

Bereits zum zehnten Mal sollen Projekte ausgezeichnet werden, die zu einer verbesserten Versorgung von Menschen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beitragen. Bewerbungen für den von der Shire Deutschland GmbH mit 10.000 € dotierten Preis können bis zum 30. April 2013 eingereicht werden. Teilnehmerunterlagen und weitere Informationen können per E-Mail angefordert werden: ADHSfoerderpreis@shire.com

Nach Informationen von Shire

MS-Therapie rechtzeitig eskalieren

Etwa die Hälfte der Patienten mit Multipler Sklerose (MS) erreicht sechs bis neun Jahre nach dem ersten Schub einen EDSS-Wert von 3 und nach 16 bis 17 Jahren einen EDSS-Wert von 6. Eine frühzeitige Anpassung der Therapie an die Krankheitsaktivität kann die Behinderungsprogression bremsen.

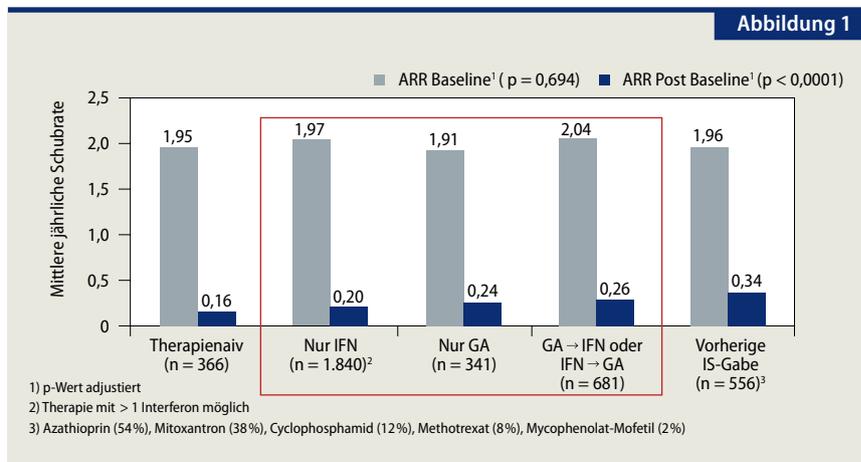
Die Progression der MS verläuft nicht linear, betonte Professor Bernd Kieseier, Neurologische Klinik, Düsseldorf. Die Erkrankung sei entsprechend eines Zweiphasenmodells [Leray E et al. Brain 2010; 133: 1900–13] in der „Frühphase“ bis zu einem EDSS von 3 stark entzündlich getrieben und die Progression für verschiedene Patienten sehr heterogen. In der „Spätphase“ dominiere die Neurodegeneration und die Verläufe schritten auf der Skala der Behinderungsprogression synchron voran. Daher sollte mit den verfügbaren antientzündlichen Wirkstoffen in der Frühphase so schnell wie möglich interveniert werden, um die sekundäre irreversible axonale Schädigung zu verhindern, die mit einer anhaltenden Behinderungsprogression korreliert. Die in der Praxis gut zu erfassende Schubaktivität bedeute aber nicht nur akute Verschlechterung. So sei jeder Schub bei einem Großteil der Patienten mit einer Verschlechterung des EDSS um 0,5–1 verbunden.

Etwa 25% der MS-Patienten erleiden trotz Basistherapie weiterhin Schübe sowie Krankheitszeichen im MRT und erfüllen damit die Kriterien für eine Eskalation. Allerdings hat die aktuelle Analyse des Tysabri-

Beobachtungsprogramms (TOP) gezeigt, dass die MS-Therapie in Deutschland mit Natalizumab (Tysabri®) im Mittel erst nach 2,3 Schüben eskaliert wird. Eine Zwischenanalyse von TOP [Kappos L et al. AAN 2012, Poster P467] belegt weiter, dass der frühe Einsatz des monoklonalen Antikörpers den Krankheitsverlauf unabhängig von der Vortherapie positiv beeinflusst. So betrug die mittlere jährliche Schubrate vor Therapiebeginn mit Natalizumab 1,99 und sank nach einem Jahr auf 0,28 Schübe pro Jahr. Patienten, die nach nur einer Vorbehandlung auf Natalizumab umgestellt wurden, hatten mit 0,2 bis 0,24 Schüben pro Jahr eine niedrigere Schubrate, als Patienten, die vor der Eskalationstherapie noch innerhalb der Basistherapie von Glatirameracetat (GA) auf Interferon (IFN) und umgekehrt wechselten (0,26 Schübe/Jahr) oder mit Immunsuppressiva (IS) vorbehandelt wurden (0,34 Schübe/Jahr) (**Abbildung 1**). Der MS-Experte folgerete daraus, dass der Wechsel zwischen verschiedenen Basistherapien in der Praxis anscheinend häufig nicht so effektiv ist wie erhofft und daher besser frühzeitig eskaliert werden sollte. Kieseier resümierte, dass der Nutzen von Natalizumab und die damit verbundene Reduktion der Krankheitsaktivität am größten sei, wenn es frühzeitig eingesetzt werde, also nach Versagen der ersten Basistherapie

Dr. Thomas Riedel

Satellitensymposium „Ziele der MS-Therapie – Illusion oder Realität?“, 85. DGN-Kongress, Hamburg, 27.9.2012; Veranstalter Biogen Idec



Mittlere jährliche Schubrate vor und nach Natalizumab-Therapie bei unterschiedlichen Vorbehandlungen [nach Kappos L et al. AAN 2012, Poster P04.134].

Online-Programm unterstützt Depressionstherapie

Bei Patienten mit Depression macht eine Online-Therapie in vielen Situationen Sinn: Damit lässt sich etwa die Zeit bis zum Termin beim Arzt oder Therapeuten überbrücken, sie kann die Rückfallprophylaxe unterstützen oder als niederschwelliges Therapieangebot dienen. Zudem kann ein solches Programm den Therapeuten alarmieren, sollte sich die Situation des Patienten deutlich verschlechtern. Darauf hat das Unternehmen Merz bei der Präsentation des Online-Therapieprogramms *deprexis*® im Rahmen des DGPPN-Kongresses in Berlin hingewiesen.

Bei *deprexis*® handelt es sich nach Angaben des Unternehmens um das erste CE-zertifizierte Online-Therapieprogramm zur individualisierten interaktiven Therapie von Patienten mit unipolarer Depression oder depressiver Verstimmung. Es wurde von europäischen und US-amerikanischen Psychiatern, Psychotherapeuten und IT-Spezialisten entwickelt und anschließend in klinischen Studien geprüft. Das Programm basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Es enthält strukturierte Übungen und Module, die sich inhaltlich und methodisch an den Empfehlungen der nationalen S3-Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression orientieren.

Die Patienten werden in den Übungen ermutigt, problematische Gedanken zu hinterfragen, hinderliche Verhaltensmuster zu erkennen und Strategien zu erarbeiten, um schwierige Lebenssituationen besser zu meistern. Das Programm vermittelt auch Informationen zum Krankheitsbild Depression und unterstützt die Anwender mit SMS

sowie E-Mails, um die Inhalte der Online-Übungen zu vertiefen und im Alltag zu integrieren. Es reagiert individuell auf die Antworten der Patienten und passt die Inhalte entsprechend an.

Anwender erhalten einen Zugangsschlüssel und können das Programm 90 Kalendertage nutzen. Spezielle Computerkenntnisse sind nicht nötig. Empfohlen wird, die Online-Therapie ein bis zweimal wöchentlich 30 Minuten lang anzuwenden. Dabei kann das Programm so eingerichtet werden, dass Therapeuten auf die wesentlichen Ergebnisse zugreifen können.

Der Nutzen der Online-Therapie wurde inzwischen in mehreren Studien überprüft. In einer Untersuchung mit 210 Patienten nahm die Hälfte an dem Programm teil, die anderen (Kontrollgruppe) wurden einer Warteliste zugeteilt und durften das Programm zu einem späteren Zeitpunkt nutzen. Innerhalb von acht Wochen ging dabei der Wert nach dem Beck Depression Inventory (BDI) mit *deprexis*® von knapp 29 auf 20,5 Punkte zurück, in der Kontrollgruppe dagegen nur von 30 auf knapp 26 Punkte. Der Unterschied war signifikant.

Zu Beginn der Studie waren die meisten Teilnehmer skeptisch: Nur 38 % erwarteten einen Nutzen. Hinterher beurteilten aber zwei Drittel die Online-Therapie als hilfreich [Behav Res Ther 2012; 50: 513–21].

Thomas Müller

DGPPN-Kongress 2012: Vorführung des Programms *deprexis*® am Stand des Unternehmens sowie Pressemitteilung der Firma Merz Pharmaceuticals

Gedächtnisleistung über 20 Jahre beobachtet

Die öffentlich geförderte PAQUID-Studie (Personnes Agées Quid) ist die einzige Studie zu Hirnalterung und Demenzentwicklung, die sich über einen Beobachtungszeitraum von 20 Jahren erstreckt. Da Demenzen meist durch schleichende Abbauprozesse im Gehirn über Jahrzehnte entstehen, sind die Ergebnisse dieser Studie besonders interessant.

Für PAQUID wurden 1988 in Frankreich 3.777 Personen über 65 Jahren rekrutiert. Hauptziel der Studie ist die Erforschung der Hirnalterung mit Blick auf die Entstehung von Demenzen. Dazu wurden 36 Schutz- und Risikofaktoren untersucht. Die Teilnehmer – zufällig aus den Einwohnern von 75 Gemeinden ausgewählt – wurden alle zwei bis drei Jahre durch geschulte Psychologen

Morbus Parkinson Patientenwohl und Praxisalltag

Morbus Parkinson verläuft chronisch progredient – dies aber individuell sehr unterschiedlich. Im Kontakt mit den Patienten gilt es, eine empathische und inhaltlich an die Anforderungen der jeweiligen Krankheitsphase angepasste Gesprächsführung, die zu diesem Zeitpunkt bestmögliche medikamentöse Therapie sowie die für den betreffenden Patienten geeigneten Allgemeinmaßnahmen zu finden. Eine nicht ganz leichte Aufgabe, räumt Dr. Andreas Loh, Psychologe am Universitätsklinikum Freiburg ein. Eine Online-Befragung von rund 300 Neurologen zeigt, dass 80 % sich gerne in der empathischen Patientenführung weiter schulen würden. Nun hat ein interdisziplinäres Expertengremium einen Praxisleitfaden entwickelt, der dem behandelnden Arzt Empfehlungen für eine fall-spezifische multimodale Therapie in den verschiedenen Krankheitsphasen an die Hand gibt. Das Ziel ist, ein „therapeutisches Bündnis“ mit dem Patienten einzugehen. Dazu gehört auch – so einer der Ratschläge der Experten – die Medikamentenwahl gegenüber dem Patienten zu begründen. Einen hohen Stellenwert in der Parkinson-Behandlung räumt der Leitfaden auch nicht-medikamentösen Maßnahmen ein.

Der neue Leitfaden kann gratis unter www.boehringer-interaktiv.de (Services/ServiceMaterial/Morbus Parkinson) heruntergeladen werden.

Nach Informationen von Boehringer Ingelheim

Restless-Legs-Syndrom

Für die Therapie des Restless-Legs-Syndroms ist Rotigotin transdermales System (Neupro®) ab sofort in allen Dosierungsstärken als Quartalspackung mit 84 Pflastern (N3) verfügbar. Neue Packungen für 1 mg/24 h und 3 mg/24 h erweitern das bisherige Sortiment, die Dosierungsstärken sind durch Farbcodes gekennzeichnet. Eine neue Formulierung erlaubt die Lagerung bei Raumtemperatur (bis zu 25 °C) über bis zu 24 Monate.

Nach Informationen von UCB Pharma

befragt. Bestand der Verdacht auf eine Demenz, erfolgte die Diagnose durch einen Facharzt. Im Beobachtungszeitraum von über 20 Jahren entwickelten mehr als 800 Personen eine Demenz.

In der nun veröffentlichten 20-Jahres-Auswertung von PAQUID zeigte sich, dass bei Studienteilnehmern, die wegen Gedächtnisproblemen den Ginkgo-biloba-Spezial-extrakt EGb 761® eingenommen hatten, sich die geistige Leistung, gemessen mit dem Mini-Mental-State-Test, signifikant weniger verschlechterte als bei den Teilnehmern, die keine Präparate zum Gedächtnisschutz einnahmen [Amieva H et al. PLoS ONE 2013; 8 (1): e52755; doi: 10.1371/journal.pone.0052755]. Bei Teilnehmern, die ein Präparat mit

anderem Wirkmechanismus eingenommen hatten, verschlechterten sich die Gedächtnisleistungen signifikant. Studienautorin Professor Hélène Amieva schließt daraus, dass es sich bei dem günstigeren Verlauf unter der Einnahme von EGb 761c® nicht um eine unspezifische Folge höherer Motivation zum Erhalt kognitiver Fähigkeiten durch Einnahme irgendeines Präparats handelt, sondern um einen spezifischen Effekt: Frühzeitig und ausreichend lange eingenommen kann EGb 761® das Fortschreiten von Gedächtnisstörungen verlangsamen.

Redaktion

Nach Informationen der Dr. Willmar Schwabe GmbH

Bei Burnout, Depression und Angst übererregte Synapsen beruhigen

➔ Stress am Arbeitsplatz, finanzielle Sorgen: Bei immer mehr Menschen gerät das Seelenleben irgendwann aus dem Tritt. Doch bevor sich Depressionen oder Angststörungen manifestieren, machen viele Betroffene Phasen seelischer und körperlicher Erschöpfung durch. Die Symptome: Innere Unruhe, Schlafstörungen, Gereiztheit, Antriebs- und Freudlosigkeit – Beschwerden, die gerne verschwiegen werden. Denn nur als „Burnout“ ist ein solcher Symptomkomplex halbwegs gesellschaftsfähig.

Viele dieser Patienten leiden unter depressiven Verstimmungen oder subsyndromalen Angststörungen, erläuterte Professor Hans-Peter Volz, Ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses Schloss Werneck. Dem Arzt schildern sie oft zunächst unspezifische körperliche Beschwerden. Es lohnt sich, hellhörig zu bleiben und öfter nach zugrunde liegenden psychischen Störungen zu fahnden, sagte Volz. Denn frühzeitige Behandlung kann der Chronifizierung vorbeugen.

Eine gute Therapieoption in frühen Stadien ist das spezielle Lavendelöl Lasea®, so Volz. Der Wirkstoff verschließt präsynaptische Kalziumkanäle und hemmt somit die bei Angst- und Unruhezuständen übererregten Systeme der Reizweiterleitung. Lasea® wird täglich einmal eingenommen und ist laut Volz sehr gut verträglich. Insbesondere wirkt es nicht sedierend. Einzige auffällige „Störwirkung“ im Placebovergleich ist ein Laven-

delgeruch. Weitere Vorteile bestünden darin, dass der Wirkstoff weder abhängig macht noch Arzneimittelwechselwirkungen hervorruft. „Gerade in frühen Stadien ist das Präparat breit einsetzbar, bei hoher Patientenzufriedenheit, so meine Erfahrung“, berichtete Volz. Die angstlösende Wirksamkeit wurde in zwei Doppelblindstudien gegenüber Paroxetin beziehungsweise Lorazepam getestet. Behandelt wurden 340 Patienten mit generalisierten Angststörungen. Das Phytopharmakon war ebenso schnell und gut wirksam, wie die beiden Vergleichspräparate, so Volz. Auch häufige Begleitsymptome wie depressive Stimmung, innere Unruhe oder Schlafstörungen werden von Lasea® gelindert, ergänzte Dr. Gunther Essinger, Medizinischer Direktor am Klinikum Nordschwarzwald in Calw-Hirsau.

In einer aktuellen Doppelblindstudie wurden 170 Patienten mit subsyndromalen Angststörungen zehn Wochen lang behandelt. Bereits nach zwei Wochen wurde eine Wirksamkeit deutlich, die ab der vierten Woche signifikant stärker war als unter Placebo, so Essinger. Neben der Angstsymptomatik besserten sich insbesondere die innere Unruhe und die Schlafqualität.

Dr. med. Dirk Einecke

Pressekonferenz „Wenn die Seele krank macht – Burnout, Depression und Angststörung“, Hamburg, September 2012
Veranstalter: Spitzner

Mehr initiale Therapieoptionen

➔ Bei der Parkinson-Erkrankung ist in jedem Fall eine möglichst frühe Behandlung indiziert, betonten Fachärzte auf einem Symposium in Hamburg. „Zahlreiche klinische und bildgebende Studien“, so Professor Heinz Reichmann, Direktor der Neurologischen Uniklinik Dresden, „deuten darauf hin, dass die Frühphase der Erkrankung entscheidend für die weitere Progression ist.“ So zeigt sich bereits 18 Monate nach Diagnosestellung zwischen unbehandelten und mit irgendeinem Parkinson-Medikament in Monotherapie behandelten Patienten ein signifikanter Unterschied in der Lebensqualität [Grosset D et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry; 2007; 78 (5): 465–9]. Die neue Leitlinie zieht den Schluss: „Die pharmakologische Therapie des idiopathischen Parkinson-Syndroms sollte frühzeitig beginnen, effizient und gut verträglich sein.“ Empfohlen wird eine Therapieeinleitung direkt nach der Diagnosestellung. Für die Therapieeinleitung gilt eine Differenzierung gemäß dem Alter. Patienten unter 70 Jahre sollten initial mit einem Non-Ergot-Dopamin-Agonisten (DA) behandelt werden; ab dem 70. Lebensjahr kann mit L-Dopa begonnen werden. Reichmann wies ausdrücklich darauf hin, dass dieser Alters-Cut-off sehr großzügig zu interpretieren ist. „Entscheidend ist das biologische Alter. Bei manchen 75-Jährigen kann noch mit einem DA begonnen werden.“ Die neue Leitlinie sieht alternativ vor, bei milder Symptomatik mit einem MAO-B-Hemmer zu starten. Dies ist bei jüngeren und älteren Patienten möglich. Die Leitlinie bestätigt die Vorteile von Rasagilin (Azilect®) gegenüber Selegilin, so Reichmann. „Bei Rasagilin wird eine geringere zentralnervöse und kardiovaskuläre Nebenwirkung angenommen.“ Außerdem wird auf die gute symptomatische Wirkung des MAO-B-Hemmers hingewiesen, welche die On-Zeit verlängert. Rasagilin ist diesbezüglich mit dem COMT-Hemmer Entacapon vergleichbar und kann auch zu dopaminergen Präparaten hinzukombiniert werden.

Reimund Freye

Satellitensymposium: „Die unterschiedlichen Herausforderungen in der Behandlung des Morbus Parkinson“, 85. DGN-Kongresses, Hamburg, 27.9.2012; Veranstalter: TEVA

Journal

Erzählung von Dino Buzzati

Das Haus mit den sieben Stockwerken – eine Spezialklinik

Der italienische Schriftsteller Dino Buzzati ist Insidern und den Lesern des NEUROTRANSMITTER spätestens seit der Ausgabe 2/2011 (Seite 70–77) bekannt. Wieder einmal hat sein damals vorgestellter Roman „Die Tatarenwüste“ im letzten Jahr eine geschmackvolle, überarbeitete und um ein höchst informatives Nachwort von Maike Albath ergänzte Neuausgabe in der „Anderen Bibliothek“ erfahren. Es gibt aber mehr von Buzzati, als nur Neuauflagen seines Klassikers.



Buzzatis Spezialklinik hat sieben Stockwerke: Auf jeder Etage werden Patienten entsprechend dem Stadium ihrer Erkrankung behandelt. Oben die leichten Fälle, ganz unten wartet der Tod.

© BSIP_Superbild-YPT

66 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Dino Buzzati erzeugt großartige Spannung in seiner Erzählung „**Das Haus mit den sieben Stockwerken**“, in dem er nicht von Beginn an eine Handlung fern der Wirklichkeit initiiert. Irrealität wird erst zum Ereignis innerhalb des Textes, wenn durch Temposteigerung an irgendeinem Punkt der reale Rahmen zerplatzt.

70 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Es ist ein augenzwinkernder Umgang mit der Realität, der sich in Bildern von **Iskren Semkov** niederschlägt, keine Täuschung, um den Betrachter in die Irre zu führen. Die Vielschichtigkeit des Gesehenen, die Fragilität der optischen Wahrnehmung im tiefsten Sinne vor Augen führen, das möchte der Künstler.

In seiner Rezension der Neuauflage des Romans „Die Tatarenwüste“ von **Dino Buzzati** weist **Hubert Spiegel** in der FAZ (vom 18.1.2013) darauf hin, dass es periodisch immer wieder den Versuch gibt, **Buzzati** in Deutschland noch bekannter zu machen, als er es unter Insidern (und Lesern des **NEUROTRANSMITTER**) bereits ist: „Alle fünfzehn bis zwanzig Jahre erscheint hierzulande eine neue Ausgabe des Romans, ohne dass einer von ihnen je größere Resonanz beschieden gewesen wäre.“ **Buzzatis** Erzählungen freilich, die nicht weniger qualitativ sind wie sein berühmter Roman, fristen hierzulande ein Schattendasein. Womöglich sind auch sie ein Opfer des ebenso hartnäckigen wie geradezu lächerlichen Vorurteils von Verlagen, die Leser wollten ausschließlich Romane lesen, aber keine Erzählungen. Eine rühmliche Ausnahme bildet hier der italophile Verlag **Klaus Wagenbach**, der in seiner geschmackvoll aufgemachten **SALTO-Reihe** 2011 unter dem Titel „Aus Richtung der unsichtbaren Wälder“ einen Band mit **Buzzati-Erzählungen** vorgelegt hat. Ansonsten aber sind diese wunderbaren Erzählungen weit verstreut und nicht einheitlich gesammelt.

Fast so bekannt wie der Roman „Die Tatarenwüste“ wurde eine Erzählung **Buzzatis**, die unter dem Titel „Das Haus mit den sieben Stockwerken“ zuletzt 1991 als Fischer Taschenbuch erschien; eine von **Charles Wirth** besprochene

Hörkassette wurde in der Reihe „Steinbachs Sprechende Bücher“ 1999 ediert. Die Faszination, die von **Buzzatis** Erzählungen ausgeht, verdankt sich den Worten der Literaturwissenschaftlerin **Andrea Rückert** „der Spannung zwischen realistischen und phantastischen Momenten und ebenso den poetischen Verfahrenswesen, mit denen eine reale Ausgangssituation verfremdet wird. Nicht von Beginn an spielt die Handlung in einer anderen Wirklichkeit, sondern Irrealität wird erst zum Ereignis innerhalb des Textes, in dem durch eine Temposteigerung an irgendeinem Punkt der reale Rahmen zerplatzt. Dies ist der für **Buzzatis** Texte so charakteristische Moment, in dem das Vertraute zu wanken und etwas Unfassbares sich langsam zu präzisieren beginnt (...)“. Das gilt präzise auch für die Erzählung „Das Haus mit den sieben Stockwerken“.

Der Leser stößt bei **Buzzati** immer wieder auf eine doppelbödige, doppelgesichtige Welt, weswegen man auch mit einer ganzen Reihe von Adjektiven versucht hat, das Werk dieses „Meisters der phantastischen Erzählkunst“ aus dem Geiste **E. T. A. Hoffmanns**, **Stevensons**, **Poes** und **Swift** zu charakterisieren: „übersinnlich – irreal – surreal – symbolisch – allegorisch – metaphorisch – metaphysisch – transzendierend – magisch – existenzialistisch etc.“ Am häufigsten wird **Buzzati** aber in die Nähe **Kafkas** gestellt, ja gar „italienischer **Kafka**“ ge-

nannt. Der Freund von **Albert Camus** hörte das gar nicht gerne: „**Kafka** – das ist mein Kreuz“ war sein Stoßseufzer (**Antkowiak**)

6. Stock

Erzählt wird in „Das Haus mit den sieben Stockwerken“ eine Krankengeschichte als Geschichte eines Kranken sowie einer rätselhaften Krankheit. Die Rede ist von einem gewissen **Giuseppe Corte**, der nach eintägiger Bahnreise an einem März morgen in die Stadt kommt, in der die berühmte Heilstätte liegt, die nachts und aus der Ferne betrachtet einem riesigen Palast gleicht. Obgleich **Corte** ein wenig Fieber hat, beschließt er, zu Fuß zur Klinik zu gehen. Schwer scheint seine Erkrankung also nicht zu sein, und auch der Erzähler informiert den Leser, dass sich „die Erkrankung nur in leichtester Form bemerkbar gemacht“ hatte. Dennoch hatte man **Corte** dieses Sanatorium empfohlen, „in dem nichts anderes behandelt wurde als nur diese einzige Krankheit“, deren Name der Leser allerdings nie erfährt. „Daher galten die Ärzte dort als außergewöhnliche Spezialisten, und die gewissenhafteste Vollständigkeit in der Einrichtung war garantiert.“

Inmitten hoher Bäume findet **Corte** ein beeindruckendes, ja überwältigendes weißes Gebäude mit sieben Stockwerken. Nach einer ersten oberflächlichen Visite wird er in ein freundliches



Zimmer des obersten Stockwerkes mit schöner Aussicht eingewiesen: „Alles war still, gastfreundlich und beruhigend.“ Eine junge Krankenschwester klärt ihn über die Besonderheit dieses Hospitals auf: Die Patienten sind je nach Krankheitsbild über die sechs Stockwerke und das Erdgeschoss verteilt. Im sechsten, also dem obersten, sind die ganz leichten Fälle untergebracht. Begründung: „Abgesehen davon, dass dieses einzigartige System den Dienst außerordentlich erleichtere und in Schwung halte, verhindere es auch, dass einen leicht Erkrankten die Nachbarschaft eines Gefährten, der in Agonie liegt, aufregen könnte, es garantiere vielmehr in jedem Stock eine gleichmäßige Atmosphäre. Andererseits könne die Behandlung gradweise bis zur Vollkommenheit abgestuft werden und die bestmöglichen Resultate erzielen.“ Nach dieser Information hat Corte das Gefühl, kein Fieber mehr zu haben, und er richtet sein Augenmerk auf die unterste Etage, die ihm „unendlich fern“ vorkommt und deren Fenster durch graue Rollläden verschlossen waren. Ein Flurnachbar erzählt ihm, er sei gemeinsam mit seinem Bruder eingeliefert worden, der aber jetzt schon im dritten Stock liege. Die Fälle dort seien zwar „noch nicht verzweifelt, doch da ist nicht mehr viel Grund zur Heiterkeit vorhanden“. Sein Nachbar weiß außerdem, dass ganz unten im Erdgeschoss gar keine Ärzte mehr tätig seien, sondern nur noch der Priester, und dort, wo die Rollläden heruntergelassen seien, da sei vor kurzem jemand verstorben.

Die nächste ärztliche Hauptuntersuchung stimmt Corte wieder froh. Zwar sei das Fieber nicht verschwunden, doch der Arzt meinte aufmunternd, in zwei, drei Wochen werde wohl alles vorüber sein. Corte hält sich deshalb besonders streng an alle Vorschriften und ist ein vorbildlicher Patient. Nach etwa zehn Tagen bittet ihn der Oberpfleger nebenbei um eine Gefälligkeit. Ein Neuzugang, eine Dame mit zwei Kindern, benötige einen zusätzlichen Raum, da nur zwei Zimmer frei seien. Und indem er sich überschwänglich für Cortes galantes Verständnis und dessen Höflichkeit bedankt, macht er ihn beiläufig darauf aufmerksam, dass sein neues Zimmer einen Stock tiefer liege. Corte ist unangenehm berührt, doch man versichert ihm, es sei ja nur „eine vorübergehende Regelung“ und habe keinerlei medizinische Ursachen, es handle sich lediglich um eine Gefälligkeit gegenüber jener Dame. Zwar willigt Corte nolens volens ein, doch er sieht es als „schlechte Vorbedeutung“.

5. Stock

Im fünften Stock erkennt er im Gebaren von Pflegerinnen und Ärzten und den Kranken selbst eine erhöhte klinische Ernsthaftigkeit. Das sechste Stockwerk, so denkt Corte, sei eigentlich nur für „Dilettanten der Krankheit“ eingerichtet; hier dagegen beginne das richtige Sanatorium. Seinen Mit-Patienten gegenüber betont er, dass er eigentlich in das höhere Stockwerk gehöre. Der Erzähler kommentiert: „Die anderen billigten, wenig überzeugt, seine Worte.“ Der Arzt mein-

te, auf dieser Ebene könne man ihn aber vielleicht doch besser behandeln, denn „die Heftigkeit des Übels ist kaum nennenswert, aber seine Schwingungsweite beachtlich; der Auflösungsprozess des Zellgewebes (...) steckt absolut in den Anfängen, vielleicht hat er noch gar nicht begonnen, aber er verrät die Anlage. Ich sage nur: die Anlage, gleichzeitig größere Teile des Organismus zu befehlen.“ Buzzati zeigt hier auf eindruckliche Weise die gar nicht so selten praktizierte vage Ausdrucksweise von Ärzten, die mit enigmatisch-spekulativen Andeutungen und finsternen Konjunktiven die Patienten verunsichern.

4. Stock

Das Problem löst sich jedoch von selbst, denn der Chefarzt erlässt aus organisatorischen Gründen den Beschluss, bei allen Patienten generell den Schweregrad eines jeden um einen halben Punkt zu senken. Corte erhofft sich dadurch die Rückkehr in den sechsten Stock, realiter aber wird er ohne weitere Begründung in den vierten Stock verlegt. Daraufhin bekommt er einen Wutanfall, schreit etwas von Beschwerde und Heimreise. Der herbeieilende Arzt beschwichtigt den Patienten und bestätigt ihm, zwar gehöre er zweifellos in den sechsten Stock, doch am Ende könne (!) seine Krankheit „in einem gewissen Sinne, versteht sich, auch zum fünften Grad gerechnet werden, und zwar infolge der Ausbreitung der Krankheitsmerkmale.“ Eventuell liege auch ein Fehler beim Abschreiben der Krankenakte in der Verwaltung vor, was aber am Ende zähle, „sei die Krankheit, nicht der Platz, an dem ein Patient untergebracht sei“. Überdies habe der Stationschef des tieferen Stockwerks mehr Erfahrung, denn je tiefer die Patienten stiegen, desto erfahrener würden die Ärzte. Das sei nach Ansicht der Direktion nur logisch. Corte spürt, wie ihm Kraft und Wille zum Widerspruch fehlen, und er lässt sich in das tiefere Stockwerk bringen.

3. Stock

Seine Stimmung fällt, ein Schauer ergreift ihn beim Gedanken an die geschlossenen Fenster im Erdgeschoss. Nach drei Tagen Aufenthalt im vierten Stock bekommt er einen Hautausschlag

am rechten Bein, doch der Apparat zur Bestrahlung befindet sich im dritten Stock. Dort soll Corte bleiben, bis sich Besserung zeigt, aber Corte protestiert: „Ich habe jetzt genug vom Abstieg! Und wenn ich krepieren muss, in den Dritten gehe ich nicht.“ Schließlich bittet er selbst darum, denn es will sich keine Besserung des Ausschlags einstellen. Im Gegensatz zu seinen Mit-Patienten geht es ihm immer noch relativ gut. Als er dem neuen Arzt seine Lage schildert und darauf besteht, eigentlich in den sechsten Stock zu gehören, lacht ihn der Mediziner aus und billigt ihm bestenfalls den fünften Stock zu. Er hofft, Corte damit Mut zu machen, doch dieser ist bitter enttäuscht: „Jetzt erkannte er, dass die Ärzte ihn getäuscht hatten (...). An diesem Abend war das Fieber hoch.“ Nun bricht für Corte die ruhigste Phase in der Klinik an, er findet den Arzt sympathisch, er diskutiert mit anderen Patienten, sein Wunsch nach Besserung wird zur Besessenheit. Er fragt den Doktor nach der „Auflösung seines Zellgewebes“, doch der Arzt kontert: „O was für scheußliche Worte (...). Wo haben Sie die nur gelernt? Das gehört sich doch nicht, zumal für einen Patienten nicht! Nie wieder will ich solche Reden von Ihnen hören.“ Und dann nennt der Arzt den Auflösungsprozess, das Wort *explicite* wiederholend „hartnäckig“. Eine Prognose sei schwer, doch rate er ihm, wenn er an Cortes Stelle wäre, zum zweiten oder zum ersten Stockwerk. Dort seien die Heilmethoden gründlicher, die Apparate vollständiger und wirksamer, das Personal tüchtiger, dort residiere Professor Dati, „die Seele dieses Hauses“, dort strahle dessen leitende Kraft aus, weiter aufwärts würden dessen Vorschriften verblässen: „Das Herz des Hospitals ist in der Tiefe, und in der Tiefe muss man sein, um die beste Behandlungsweise zu genießen.“ Überdies sei da noch ein Ekzem (...). Aufsteigen könne er bei einer Besserung dann immer noch (...). Kommentar des Erzählers: „Reden dieser Art führte der Arzt jeden Tag.“ Folge: Corte zieht einen Stock tiefer.

2. Stock

Dort registriert er eine besondere Fröhlichkeit beim Personal. Man klärt ihn auf: Grund dafür seien die bevorstehen-

den Ferien des Personals, allerdings mit der Folge, dass man die Patienten vom zweiten und vom ersten Stock im ersten Stock zusammenlege. In 14 Tagen könne er in sein altes Zimmer zurück. Corte wagt es nicht, sich der erneuten Verlegung zu widersetzen. Er sieht mitfühlend ein, dass gerade dieses Personal ein Recht auf Urlaub hat.

1. Stock

Corte lässt aber, ungeachtet der Spöttelien der Krankenschwestern, ein Kärtchen an seiner Türe anbringen: „Giuseppe Corte, vom zweiten Stock, nur vorübergehend hier.“ Die Ärzte lassen es kommentarlos geschehen. Corte entwickelt einen Zählzwang, und sein Gemüt verdüstert sich. Nach sieben Tagen erscheinen plötzlich ein Oberpfleger sowie drei Krankenwärter und fragen Corte, ob er bereit sei zur „Überfahrt“. Der Patient hat keine Ahnung, wovon die Rede ist. Man teilt ihm mit, auf ausdrückliche Anweisung von Professor Dati solle er in das Erdgeschoss überführt werden.

Erdgeschoss

Bei Corte zeigen sich Entsetzen, höllische Wut, er brüllt, endlich kommt ein Arzt, klärt das Ganze auf übertriebene, das heißt fadenscheinige Weise als „Irrtum“ auf und entschuldigt sich tausendmal. Leider habe aber Professor Dati vor einer Stunde seinen Urlaub angetreten, seine Anweisungen freilich dürften auf keinen Fall und unter keinen Umständen aufgeschoben werden. Dati werde sich ganz bestimmt persönlich entschuldigen, was etwas heißen wolle. Doch bis zu seiner Rückkehr in zwei Tagen müsse Corte leider im Erdgeschoss verbleiben. „Ein mitleiderregender Schauer packte Corte und schüttelte ihn. Die Fähigkeit, sich zu beherrschen, war ihm völlig verschwunden. Das Entsetzen hatte ihn überwältigt wie einen kleinen Knaben. Sein Schluchzen drang durch das Zimmer.“ So kam er also aufgrund eines Irrtums zu den Moribunden, er, der doch eigentlich in den sechsten Stock gehörte. Der Erzähler kommentiert: „Die Lage war derart grotesk, dass Corte in manchen Augenblicken Lust verspürte, laut herauszulachen.“ Er hat das Gefühl, in einer irrealen Welt angefangen zu sein.

Ende

Der abschließende Kommentar des Erzählers bedarf keiner weiteren Erläuterung: „Sechs Stockwerke, sechs furchtbare Steinwände ragten jetzt, wenn auch aufgrund eines äußerlichen Irrtums, über Giuseppe Corte empor und lasteten auf ihm mit unerträglichem Gewicht. Wie viele Jahre – ja, man musste mit ganzen Jahren rechnen – würde er benötigen, um wieder bis zum Rand dieses steilen Felsen empor zu klimmen? Aber wieso wurde das Zimmer auf einmal so dunkel? Es war doch immer noch heller Nachmittag. Mit äußerster Anstrengung blickte Corte, der sich von einer seltsamen Starrheit gelähmt fühlte, nach der Uhr auf dem Nachttischchen neben dem Bett. Es war halb vier Uhr. Er drehte den Kopf auf die andere Seite und sah, dass der Rollladen, einem geheimnisvollen Befehl gehorchend, sich langsam senkte und dem Licht jeden Eintritt verschloss.“

Maike Albath, eine intime Kennerin der italienischen Literatur, schreibt dazu: „Der Held hat keine andere Möglichkeit, als sich seinem Schicksal zu beugen. Handlungsfreiheit entpuppt sich als Illusion.“ Das trifft sich mit einem Diktum des Verlegers Klaus Wagenbach, der sagt: „Der Einzelne, isoliert, blind für andere, wird zurückgeworfen auf sich selbst, erblindet schließlich sogar gegenüber dem eigenen Schicksal. Er wartet auf das Unerwartete, sein Lebensraum wird die Ungewissheit.“ Man kann diese Erzählung, die bereits 1937 erschien, allerdings auch als eine Parabel auf jene anonymisierte, durchorganisierte Klinikmaschinerie deuten, die durch die Überbewertung alles organisatorisch Formalen Effizienz nur vortäuscht und in Wirklichkeit Menschenferne praktiziert. Einmal mehr erweist sich jedoch, dass für Buzzati das vermeintlich Surreale stets eine Möglichkeit ist, das Absurde des Realen zu deuten und dadurch transparent zu machen. □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. Gerhard Köpf

Ariboweg 10, 81673 München

E-Mail: aribo10@web.de

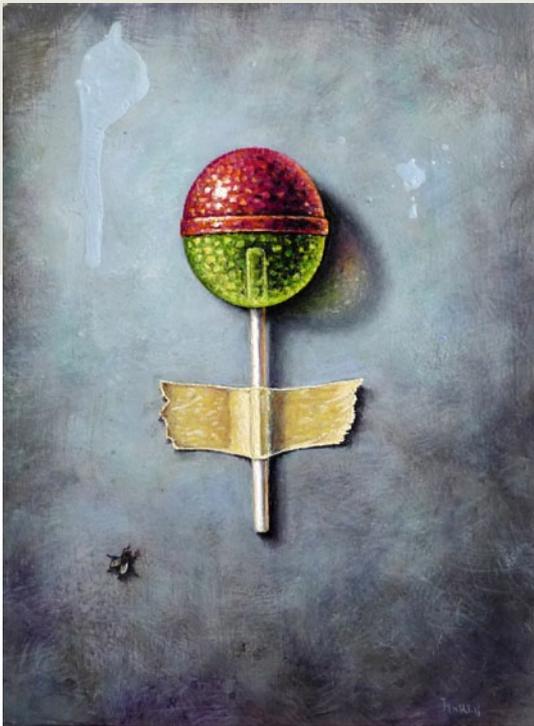
Iskren Semkov

Meister des Trompe-l'Œil

Den Betrachter durch ein flächig gemaltes Bild so in die Irre zu führen, dass er meint, auf diesem Gemälde gebe es tatsächlich mehrere Ebenen und seien die abgebildeten Gegenstände, Tiere und Personen in Wirklichkeit dreidimensional vorhanden, nennt man Trompe-l'Œil – Augentäuschung. Mit diesem stupendem Wahrnehmungseindruck wurde ich erstmals beim Deckenfresko des Treppenhauses der Würzburger Residenz konfrontiert, bei dem Giovanni Battista Tiepolo (1696 – 1770) den Hund von Balthasar Neumann so gemalt hat, dass man den Kopf darauf verwetten möchte, es handle sich in Wirklichkeit um eine Skulptur, die auf dem Stucksims steht. Heute beherrscht das Handwerk der illusionistischen Malerei vor allem auch Iskren Semkov.



„Graffiti star“



„Lollypop“



„Still life with tangerine“

Die Darstellungstechnik Trompe-l'Œil, die zwar Überschneidungen zur hyperrealistischen Malerei aufweist, jedoch nicht identisch ist mit ihr, blühte in der Renaissancezeit. Aus dieser Zeit gingen vor allem die Quodlibetbilder hervor, mit Krimskrams, der auf Regalen herumliegt oder an einem Nagel an einer täuschend echten gemalten Holzwand aufgehängt ist, die Augen des Betrachters geradezu an der Nase herumführend – ein zwar unpassender Ausdruck, der aber die sublimen Humoristik dieser virtuos gemalten Bilder unterstreichen mag. Eine erneute, wenn auch kleine Renaissance dieser Technik erleben wir zur Zeit und Iskren Semkov ist einer ihrer sympathischsten Vertreter. Dass das Bild „graffiti-star“, ein banales Zeichen, hingesprüht auf eine violette Wand, allerdings untypischer Weise eingespannt in einen Holzrahmen tatsächlich weder über die scheinbar hervortretenden Farbtropfen noch über den Rahmen und auch nicht über den Spray-Sprühkopf verfügt, sondern insgesamt eine flächige Malerei darstellt, verblüfft wegen des täuschenden Eindrucks, verweist aber auch zugleich auf die künstlerische Herkunft von Semkov. Er hat nämlich als Graffiti-maler begonnen, und sich dann erst der Ölmalerei zugewandt. Man könnte sagen, eine Rückwendung von einer der aktuellsten Kunstgattungen überhaupt hinein in das 16. Jahrhundert und schließlich doch wieder hochmodern aufgrund des dargestellten Themas.

Die Fliege auf dem Bild „Lollypop“ wird nicht wegfliegen, wenn sie sich dem Bild im Original nähern und sie verscheuchen wollen, denn sie ist gemalt, und der Klebestreifen lässt sich nicht wegreißen, der Lutscher nicht von der Wand lösen, so sehr dies auch möglich zu sein scheint. Alles Täuschung, genauso wie das überaus komplexe Stillleben mit Tangerine

(einer Rückkreuzung von Mandarine und Pomeranze, benannt nach der Stadt Tanger in Marokko), auf dem das Bild von der Frucht sich am Rand durch das scheinbar hervortretende Blatt nach vorne materialisiert und der Stengel von einer Schnur umknötet ist, die sich aus dem Stillleben im Stillleben herauswindet, scheinbar mit Abstand vor der Wand hängt und an einem Nagel befestigt ist. Unglaublich lebensecht auch der Wassertropfen links unterhalb der Darstellung der Tangerine, den eine übereifrige Putzfrau vielleicht mit einem Lappen wegwischen möchte, wie weiland die Fettecke von Boys, die allerdings tatsächlich materiell vorhanden war.

Es ist ein augenzwinkernder Umgang mit der Realität, der sich in diesen Bildern niederschlägt, keine böswillige Täuschung, um den Betrachter irre zu führen, sondern um die Vielschichtigkeit des Gesehenen, die Fragilität der optischen Wahrnehmung im tiefsten Sinne vor Augen zu führen.

Im Ausstellungskatalog der Galerie Isabelle Lesmeister in Regensburg ist zu lesen, dass Iskren Semkov auf Ausstellungen in verschiedenen Städten Bulgariens, in Taipei und Wien sowie nun auch in Regensburg zurückblicken kann und dass viele seiner Arbeiten in österreichischen, dänischen, deutschen, griechischen, niederländischen, US-amerikanischen Privatsammlungen vertreten sind. □

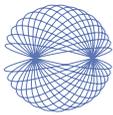
AUTOR

PD Dr. med. Albert Zacher, Regensburg

Mit freundlicher Genehmigung der Galerie Isabelle Lesmeister, Regensburg. info@galerie-lesmeister.de

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2013		
Datum / Zeit / Ort	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
13.4.2013 Köln, Park. Inn-City-West	BVDN 11. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag	Geschäftsstelle Krefeld Tel.: 02151 4545920
20.4.2013 Teupitz	BRA Mitgliederversammlung/Fortbildung	Geschäftsstelle Krefeld Tel.: 02151 4545920
27.4.2013 München, Hörsaalgebäude Klinikum R. d. Isar CME-Punkte	BAY Mitgliederversammlung/Fortbildung <i>Referent:</i> Prof. Dr. Hemmer Neueste und zukünftige Therapie bei Multipler Sklerose <i>Referent:</i> Prof. Dr. Förstl Was oder wer wirkt in der Psychiatrie?	Fortbildungsakademie der Berufsverbände Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de
4.6.2013 Berlin	BER Mitgliederversammlung/Fortbildung	Geschäftsstelle Krefeld Tel.: 02151 4545920
15.6.2013 Sulzbach	HES Mitgliederversammlung/Fortbildung	Geschäftsstelle Krefeld Tel.: 02151 4545920
7.9.2013 Berlin	BER 60 Jahre BVDN-Berlin	Geschäftsstelle Krefeld Tel.: 02151 4545920
28.9.2013 Bezirksklinikum Haar bei München	BAY Mitgliederversammlung	Bezirksklinikum Haar bei München Vockestr. 72, 85540 Haar Tel.: 089 4562-0, Fax 089 4562-2960 E-Mail kontakt@krankenhaus-haar.de www.krankenhaus-haar.de
Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP		
27.4.2013 in Frankfurt 4.5.2013 in München 8 CME-Punkte	Schmerz – Angst – Depression <i>Referenten:</i> Prof. Dr. H.-P. Kapfhammer/Prof. Dr. G. Laux <i>Sponsor:</i> Pfizer Pharma GmbH	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 www.akademie-psych-neuro.de
4.5.2013 in Köln 1.6.2013 in Hamburg 8 CME-Punkte	Molekularbiologische Wirkmechanismen von Psychopharmaka und laborchemische Untersuchungen in der psychiatrischen und neurologischen Praxis. <i>Referenten:</i> Prof. Dr. H. Fießl/ Prof. Dr. H.-P. Volz <i>Sponsor:</i> Neuraxpharm Arzneimittel GmbH	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 www.akademie-psych-neuro.de

Fortbildungsveranstaltungen		
4.4.2013 10.00 – 17.00 Uhr, Berlin Kaiserin Friedrichhaus, Robert Koch-Platz 7,	Internationales Wissenschaftliches Symposium „Pathophysiologie und Neuroepidemiologie des Schädelhirntraumas – Zugang und aktuelle Aspekte“	ZNS – Hannelore Kohl Stiftung Rochusstr. 24, 53123 Bonn Tel.: 0228 97845-0, Fax: 0228 97845-55 E-Mail: info@hannelore-kohl-stiftung.de
10.4.2013 ab 15.00 Uhr, Halle Universitätsklinikum Halle (Saale) Funktionsgebäude 5/6 Hörsaal 4, Ernst-Grube-Str. 40	„DMKG-Kopfschmerz-Update“ – Klinisches und wissenschaftliches Symposium	Universitätsklinikum Halle (Saale) Universitätsklinik für Neurologie Dr. med. T. Kraya Ernst-Grube-Str. 40 06120 Halle (Saale)
11. – 14.4.2013 Istanbul, Türkei	The 7th World Congress on Controversies in Neurology	ComtecMed Medical Congresses E-Mail: cony@comtecmed.com www.comtecmed.com/cony
24.4.2013 Berlin, Seminarraum der Klinik für Neurologie Charité – Universitäts- medizin Berlin Campus Charité Mitte Campusadresse: Bonhoefferweg 3	Der geriatrische Schlaganfallpatient – Fallvorstellung <i>Referentin: Dr. Isabelle Missala</i>	Geschäftsstelle Berliner Schlaganfall-Allianz Charité – Universitätsmedizin Berlin, CCM Centrum für Schlaganfallforschung Berlin Charitéplatz 1, 10117 Berlin Tel.: 030 450 560 607, Fax: 030 450 560 960 E-Mail: info@schlaganfall-allianz.de www.schlaganfall-allianz.de
26. – 27.4.2013 Grainau/Zugspitzdorf Hotel Am Badersee 1 	DGN-Fortbildung u. a. zu den Themen Schlaganfall, Kopfschmerzen, Fallstricke bei der Neurologischen Begutachtung, Periphere Nervenläsionen – ein all- tägliches Problem!?, Neurointensivfälle, REM-Schlaf, Schwindel etc.	DGN-Fortbildungsakademie c/o UKE Neurologische Klinik Martinistr. 52, 20246 Hamburg Tel.: 040 74105 7920, Fax: 040 74105 9380 E-Mail: k.schilling@uke.de www.dgn.org/
3./4.5.2013 Tutzing, Tagungszentrum Roncalli-Haus, Kirchenstr. 10	Sommertagung 2013 der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)	Benedictus Krankenhaus Tutzing Gefäßzentrum Starnberger See Annegreth Wagner Tel.: 08158 23-143, Fax: 08158 23-580 E-Mail: gefaesszentrum@krankenhaus-tutzing.de Sonja Dodel Tel.: 08157 28-142, Fax: 08157 28-141 E-Mail: sonja.dodel@klinik-feldafing.de
26. – 29.5.2013 CCD – Congress Center Düsseldorf, Stockumer Kirchstr. 61	64. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie und Friendship-Meeting mit der Chinesischen Neurochirurgischen Gesellschaft (CNS) <i>Themen: Tumore der Hypophyse und Schädelbasis; Aneurysmen: Pathophysiologie und Prognosen; Neuroonkologie: Behandlungskonzepte bei Metastasen und Rezidiv-Gliomen; Wirbelsäule: MIS – Minimalinvasive Wirbelsäulenchirurgie; Trauma und Tumore</i>	Porstmann Kongresse GmbH (PCO) Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin Tel.: 030 284499-0, Fax: 030 284499-11 E-Mail: dgnc2013[at]porstmann-kongresse.de www.porstmann-kongresse.de
18. – 21.9.2013 München	28. Symposium der AGNP (Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie) mit Fortbildungstag	AGNP-Tagungssekretariat Doreen Schmidt, c/o MPI für Psychiatrie Kraepelinstr. 10, 80804 München Tel.: 0151 14 46 00 77, Fax: 08165 64 08 224 E-Mail: agnp@gmx.de www.kongress2013.agnp.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: N.N.
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich; Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Birgit Imdahl
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: Volker Schmiedel
Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

Ansprechpartner für Themenfelder

Neue Medien: Arne 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, Neuroophthalmologie: M. Freidel
Neuroorthopädie: B. Kugelgen
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. Wörs
Suchttherapie: U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie: M. Freidel



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: Andreas Engelhardt, Oldenburg; Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt, Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder

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



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: Christian Vogel, München
Schriftführer: Sabine Köhler, Jena
Schatzmeister: Oliver Binasch, 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

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

Delegierte in Kommissionen der DGN

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

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

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

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: N. N.
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf, Frank Freitag
Bremen: Helfried Jacobs
Hamburg: Heinrich Goossens-Merk, Peter Emrich
Hessen: Thomas Briebach
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Richard Rohrer
Sachsen: Elke Wollenhaupt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Uwe Meyer-Hülsmann
Thüringen: Dirk Neubert
Westfalen: Martin Bauersachs, Klaus Gorsboth

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 Bavendam, Guntram Hinz
Hessen: Peter Kramuschke
Mecklenburg-Vorpommern: Christine Lehmann
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Christian Raida
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach
Saarland: Gerd Wermke
Sachsen: Benemann
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 46 925/26**

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag meist 485 bis 580 €, je nach Landesverband, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 580 € für Chefarzte/Niedergelassene; 440 € für Fachärzte an Kliniken; Ärzte in Weiterbildung 90 €; Senior 60 €).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN** – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 580 €.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 580 € für Chefarzte/Niedergelassene; 440 € für Fachärzte an Kliniken; Ärzte in Weiterbildung 90 €; Senior 60 €).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN** – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 580 €.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP** – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 720 €.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet:

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- Kostenlose NERFAX-Teilnahme gewünscht
- Kostenloser Mailservice „Das muss man wissen ...“ 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
Dr. P. Hezler-Rusch	Konstanz	ja	ÄK	07531 18330	07531 18338	paula.hezler-rusch@online.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. M. Eder	Regensburg	nein	ÄK	0941 3690	0941 3691115	
Dr. W. Klein	Ebersberg	ja	ÄK	08092 22445		
Dr. Katrin Krome	Bamberg	nein	ÄK			
Dr. H. Martens	München	ja	ÄK	089 2713037	08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
Dr. W. Schulte-Mattler	Regensburg	nein	ÄK	0941 944-0	0941 944-5802	
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. Walter Raffauf	Berlin			030 2832794	030 2832795	Walter.raffauf@t-online.de
BVDN-Landesverband:	BRANDENBURG					
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 7409500	0331 7409615	st-alder@t-online.de
Dr. M. Böckmann	Großbeeren	ja	ÄK	033701 338880		
Dr. G.-J. Fischer	Teltow	ja	ÄK	03328 303100		
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379 371878		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	neuroensch@aol.com
Dr. Rita Trettin	Hamburg	ja	ÄK	040434818		dr.trettin@gmx.de
BVDN-Landesverband:	HESSEN					
Dr. Klaus Baumgarten	Gießen	ja	KV	0641 791379	0641 791309	kbaumgarten@t-online.de
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
Peter Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 9779745	tegethoff@neuopraxis-rechtenbach.de
Dr. 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	vfrf@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	03733 672627	mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband:	SACHSEN-ANHALT					
Dr. H. Deike	Magdeburg	nein	ÄK	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. C. Kramer	Bielefeld	ja	ÄK	0521 124091	0521 130697	
Dr. K. Gorsboth	Warstein	ja	ÄK	02902 97410	02902 97413	
Dr. A. Haver	Gütersloh	ja	ÄK	05241 16003		annette.haver@t-online.de

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 Biniash

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
Mobil: 0173 2552541
E-Mail: busch@evk-ge.de

Dr. Gunther Carl

Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel.: 09321 5355, Fax: 09321 8930
E-Mail: carlgt@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@nervenzentrum-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 Döle

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

Dr. Reinhard Ehret

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

Dr. Joachim Eißmann

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

Dr. Joachim Elbrächter

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

Dr. Günther Endrass

Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt,

Tel.: 06359 9348-0, Fax: 06359 9348-15

E-Mail: g.endrass@gmx.de

Prof. Dr. Andreas Engelhardt

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

Prof. Dr. Michael Faist

Hauptstr. 46, 77704 Oberkirch,
Tel.: 07802 6610, Fax: 07802 4361
E-Mail: michael.faist@web.de.

Dr. Peter Franz

Ingolstädter Str. 166, 80939 München,
Tel.: 089 3117111, Fax: 089 3163364
E-Mail: pkfranz@aol.com

Dr. Matthias Freidel

Brauerstr. 1-3, 24568 Kaltenkirchen,
Tel.: 04191 8486, Fax: 04191 89027

Dr. Frank Freitag

Berliner Str. 127, 14467 Potsdam,
Tel.: 0331 62081125, Fax: 0331 62081126

Prof. Dr. Wolfgang Fries

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

Prof. Dr. Christian Gerloff

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

Dr. Heinrich Goossens-Merk

Wördemann 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. Annette Haver

Strengerstr. 16-18, 33330 Gütersloh
Tel.: 05241 16003, Fax: 05241 24844

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. 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@http-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.ibt@t-online.de

Dr. Greif Sander

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

Dr. Rüdiger Saßmannshausen

Poststr. 30, 57319 Bad Berleburg,
Tel.: 02751 2785, Fax: 02751 892566,
E-Mail: sassmannshausen@bvdn-
westfalen.de

Dr. Volker Schmiedel

Wiesestr. 5, 07548 Gera,
Tel.: 0365 8820386, Fax: 0365 8820388,
E-Mail: dr.v.schmiedel@teleme.de

Dr. Michael Schwalbe

Annendorfer Str. 15,
06886 Lutherstadt-Wittenberg,
Tel.: 03491 442567, Fax: 03491 442583
E-Mail: schwalbenhorst@t-online.de

Dr. Karl-Otto Sigel

Hauptstr. 2, 82008 Unterhaching,
Tel.: 089 4522 436 20,
Fax: 089 4522 436 50
E-Mail: karl.sigel@gmx.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. Roland Urban

Turmstr. 76 a, 10551 Berlin,
Tel.: 030 3922021, Fax: 030 3923052
E-Mail: drurban-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: info@prof-westphal.de

Dr. Gerd Wermke

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

Dr. Rita Wietfeld

Annenstr. 172, 58453 Witten
Tel.: 02302 60323, Fax: 02302 698975

Dr. Elke Wollenhaupt

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

Dr. Werner Wolf

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

PD Dr. Roland Würz

Friedrichstr. 73, 76669 Bad Schönborn,
Tel.: 07253 31865, Fax: 07253 50600

PD Dr. Albert Zacher

Watmarkt 9, 93047 Regensburg,
Tel.: 0941 561672, Fax: 0941 52704
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Dr. Falk von Zitzewitz

Schillerplatz 7, 71638 Ludwigsburg,
Tel.: 07141 90979, Fax: 07141 970252
E-Mail: falk.von-zitzewitz@gmx.de

1. Vertragliche Kooperationspartner der Berufsverbände

Arbeitsgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)

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

Athene Akademie

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

Cortex GmbH

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

Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie (DIQN)

Schanzenstr. 27, Schlosserei 4,
51063 Köln, Tel.: 0221 955615-95,
Mobil: 0173 2867914,
E-Mail: info@diqn.de

Fortbildungsakademie

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

QUANUP e.V.

Verband für Qualitätsentwicklung in Neurologie und
Psychiatrie e.V., Gut Neuhof,
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld,
Tel.: 02151 4546920,
Fax: 02151 4546925,
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
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.schilling@uke.uni-
hamburg.de

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e.V. (BV ANR)

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

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)

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

Bundesverband Neuro-Rehabilitation (BNR)

Vorsitz: R. Radzuweit,
Godeshöhe, Waldstr. 2–10,
53177 Bonn-Bad Godesberg,
Tel.: 0228 381-226 (-227),

Fax: 0228 381-640,
E-Mail: r.radzuweit@bv-
neurorehabodeshoehe.de
www.bv-neuroreha.de

Gesellschaft für Neuro-psychologie (GNP) e.V.

Geschäftsstelle Fulda,
Postfach 1105,
36001 Fulda,
Tel.: 0700 46746700,
Fax: 0661 9019692,
E-Mail: fulda@gnp.de
www.gnp.de

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN)

Vorsitz: Dr. M. Prosiegel,
Fachklinik Heilbrunn,
Wörnerweg 30,
83670 Bad Heilbrunn,
Tel.: 08046 184116,
E-Mail: prosiegel@t-online.de
www.dgnkn.de

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

Alte Jakobstr. 77,
10179 Berlin,
Tel.: 030 284499 22,
Fax: 030 284499 11,
E-Mail: gs@dgnc.de
www.dgnc.de

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)

Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin,
Tel.: 030 284499 33,
Fax: 030 284499 11,
E-Mail: gs@bdnc.de
www.bdnc.de

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)

Straße des 17. Juni 114,
10623 Berlin,
Tel.: 030 330997770,
Fax: 030 916070-22,
E-Mail: DGNR@Neuro-
radiologie.de
www.neuroradiologie.de

Psychiatrie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Reinhardtstr. 14,
10117 Berlin,
Tel.: 030 28096601/02,
Fax: 030 28093816
Kommiss. Geschäftsführung:
Juliane Amlacher

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 Univer-
sität 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:

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

Verlag:

Springer Medizin | Urban & Vogel GmbH,
Aschauer Str. 30, 81549 München,
Tel.: 089 203043-1300, Fax: 089 203043-1399,
www.springerfachmedien-medin.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;
Dr. Karin Szosteck (-1346); Thomas Müller;
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. 15 vom 1.10.2012

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-medin.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: 23 €. Jahresabonnement: 207 €. Für Studenten/AIP: 142 €. Versandkosten jeweils: Inland 29 €, Ausland 48 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 56,72 € 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 Gebührensatzung 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



© T. Schelle

Vorschau

Ausgabe 4/2013

April

Erscheint am 12. April 2013

Nervensonografie bei PNP

Bei Polyneuropathien ist die Rolle der hochauflösenden Sonografie zwar noch nicht ausreichend evaluiert, sie stellt aber in dieser Indikation ein großes diagnostisches Potenzial für die Zukunft dar.

Coach BVDN

Psychiater und Nervenärzte sind prädestiniert, bei psychischen Probleme im Arbeitsleben zu helfen. Eine neue Ausbildung zum „Coach BVDN“ vermittelt zusätzliche Kenntnisse und ermöglicht es, diese Kompetenz bei Unternehmen und anderen Interessierten darzustellen.

Depressionen bei Jugendlichen

Mit Depression werden Traurigkeit, Passivität, Erschöpfung und Rückzug assoziiert, was den ICD-10-Kriterien auch recht gut entspricht. Weniger bekannt sind jedoch die altersabhängig teils völlig abweichenden Symptome sowie latentere Ausdrucksformen der Depression.