12 Dezember 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)

Kostenerstattungspraxis einiger PKVen
BÄK-Stellungnahme zur GOP 801 GOÄ

Jobsharing-Praxen
Honoraranpassungen sicherstellen

CME: Perioperative Nervenläsionen
Lokalisationsdiagnostik, Prognose und therapeutische Weichenstellung

NeuroTransmitter-Telegramm 4/2013

Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände in dieser Ausgabe:
„Ergebnisse der Pharmakotherapie-Faxumfrage bei Nervenärzten, Neurologen, Psychiatern“

BVDN BDN BVDP

»Die Beitragszahler werden alsbald mit Mehrbelastungen rechnen dürfen, spätestens wenn die aktuellen Überschüsse der Kassen abgeschmolzen sind.«

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
Vorsitzender des BVDN

Große Koalition: Lösungen = Fehlanzeige

Jens Spahn und Karl Lauterbach haben ihre Verhandlungen abgeschlossen. Die gesundheitspolitischen Vorstellungen einer großen Koalition bekommen Kontur.

Versenkt wurde das Hauptthema des Wahlkampfes: die Bürgerversicherung. Kommt nicht. Abgeschafft werden sollen die einkommensunabhängigen fakultativen Zusatzpauschalen zugunsten einkommensabhängiger individueller Beiträge, und zwar nur für die Arbeitnehmer, die Arbeitgeberbeiträge werden „eingefroren". Darüber hinaus steigen ab 2015 die Beiträge zur Pflegeversicherung. Stolz wurde der Kompromiss verkündet. Die Freude der Beitragszahler dürfte sich indes in Grenzen halten, sie werden alsbald mit Mehrbelastungen rechnen dürfen, spätestens wenn die aktuellen Überschüsse der Kassen abgeschmolzen sind.

Was die gesundheitspolitischen Akteure der großen Koalition außerdem an Zielen vorgegeben haben, ist kaum geeignet, die bestehenden Probleme der ambulanten vertragsärztlichen neurologischen und psychiatrischen Versorgung zu verbessern. Unerträglich ist insbesondere die Diskussion zu Wartezeiten auf Facharzttermine. Wer nicht innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin hat, soll auf Kosten der Honorare der niedergelassenen Ärzte ins Krankenhaus gehen können. Antworten auf die strukturellen Probleme in Vertragsarztpraxen: Fehlanzeige. Antworten auf die Unterfinanzierung konservativ arbeitender Fachärzte, insbesondere von Neurologen und Psychiatern: Fehlanzeige. Lösung der Schnittstellenproblematik zwischen Krankenhaus und Vertragsärzten, Stichwort Krankenhausambulanzen: Fehlanzeige. Zwar wirft SPD-Verhandlungsführer Lauterbach einige Nebelkerzen in die Runde und droht etwa an, Krankenhäuser zu schließen, weil nach seinen Ausführungen ein Drittel der deutschen Krankenhäuser rote Zahlen schreiben würden. Das ist nichts Neues und wäre für manche Häuser ein längst überfälliger Schritt. Gleichzeitig soll aber in den Koalitionsverhandlungen der stationäre Sektor, auch die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser, gestärkt werden.

Die DGPPN hat alle Energie der letzten Monate gebündelt, um die Einführung des neuen Entgeltsystems im stationären Bereich zu verhindern, zu verschieben oder die Auswirkungen abzumildern. Sie ist damit bis zur Politik durchgedrungen. Die prognostizierte schnellere Entlassung psychiatrischer Patienten aus dem Krankenhaus hätte die ambulante Versorgung zusätzlich belastet. Andererseits bestehen auch für die Aufnahme von Patienten im Krankenhaus häufig kaum tolerable Wartezeiten. Ein vom stationären Sektor nur ungern öffentlich thematisiertes Problem.

Die Förderung des hausärztlichen Sektors in einer Regierung mit SPD-Beteiligung war zu erwarten und die Position der Hausärzte soll nicht nur in finanzieller Hinsicht gestärkt werden. Schon jetzt liegen die durchschnittlichen Einkommen von Hausärzten in nahezu allen KVen deutlich höher als die konservativer Fachärzte. Auch im Bereich der Selbstverwaltung soll die Position der Hausärzte deutlich gestärkt werden. Die zum Teil unappetitlichen Auseinandersetzungen und das Tauziehen um die Macht in den KV-Vorständen und Vertreterversammlungen dürften sich fortsetzen. Schaden durch diesen „Spaltpilz" wird zum Schluss die Ärzteschaft in toto erleiden.

„Schadensbegrenzung" ist zurzeit das Stichwort bei der Debeka. Es wurde publik, dass Beamtenadressen durch Mitarbeiter des Versicherungsunternehmens gekauft wurden. Die Staatsanwaltschaft Koblenz ermittelt gegen unbekannte Mitarbeiter der Debeka wegen des Verdachts auf Bestechung und Anstiftung zur Verletzung des Dienstgeheimnisses. Mitarbeiter des Unternehmens sollen in den 1980er- und 1990er-Jahren mit Adressen von angehenden Beamten gehandelt haben und der Debeka einen Wettbewerbsvorteil verschafft haben. Angesichts dieser Investitionen für Provisionen und Schmiergelder wird augenscheinlich an anderer Stelle gespart: So zeigt sich die Debeka in der Vergütung psychiatrischer Leistungsabrechnungen äußerst „sparsam". Nach wie vor werden in nicht zulässiger Weise psychiatrische Untersuchungsziffern gestrichen und Patienten völlig unbotmäßig zur Rechnungslegung ihrer behandelnden Ärzte „informiert". Gespräche zwischen dem Vorstand der BÄK und dem Vorstand der Debeka haben diese provokante Variante der „Rechnungsprüfung" nur bedingt eindämmen können. Lesen Sie hierzu auch den Artikel von Herrn Golfier, BÄK, auf Seite 18.

Mit völlig neugestalteten Homepages von BVDN, BDN und BVDP und starten wir in das neue Jahr. Auch unsere beliebten Patientenseiten „Neurologen und Psychiater im Netz" präsentieren sich frisch überarbeitet. Sehen Sie selbst unter: www.bvdn.de und www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org .

Ich wünsche Ihnen frohe Weihnachten, geruhsame Tage „zwischen den Jahren" und alles Gute zum Neuen Jahr!

Herzlichst,
Ihr

Inhalt 12 Dezember 2013

3 Editorial
Frank Bergmann, Aachen

Die Verbände informieren

8 60 Jahre Verein Berliner Nervenärzte
Festakt im Haus der Kulturen
Gerd Benesch, Berlin

12 BVDN-Vorstand im Amt bestätigt
Ländervertreterversammlung des BVDN in Potsdam
Roland Urban, Berlin

14 Vom Bohren dicker Bretter
Interview mit dem BVDN-Vorsitzenden Dr. Frank Bergmann
Arne Hillienhof, Köln

15 Gesundheitspolitische Nachrichten
Ergebnis Forsa-Umfrage: ZNS-Erkrankungen häufig und dauerhaft
Große Koalition: PKV und GOÄ als Spielbälle des Vehandlungsbasars
Vertragsärztliche Vergütung: Regionale Gerechtigkeit gefordert
Gunther Carl, Kitzingen

17 Bezahlverweigerung der Debeka
Dauerthema GOP 801 (GOÄ)
Die Vorstände von BVDN, BVDP und BDN

18 Problembehaftete Kostenerstattungspraxis bei der Leistung nach Nr. 801 GOÄ
Stellungnahme der Bundesärztekammer
Alexander Golfier, Berlin

21 Jahresrückblick der Geschäftsstelle
Mehr Verbände, mehr Service
Friederike Klein, München

Rund um den Beruf

24 Honoraranpassungen in Jobsharing-Praxen
Aus der Serie „Praxisprobleme“
Gunther Carl, Kitzingen

25 Mehr Zeit für Akutpatienten
Dr. Eckhard Dannegger aus Lörrach im Praxisporträt
Thomas Müller, Neu-Isenburg

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

8 60 Jahre Landesverband Berlin

Als Berliner Landesverband des BVDN blickt der Verein Berliner Nervenärzte (VBN) e. V. auf eine bewegte Geschichte zurück. Das 60-jährige Gründungsjubiläum war am 19. Oktober 2013 Anlass für eine große Festveranstaltung für Mitglieder und Partner in der Berliner Kongresshalle, auch „schwangere Auster“ genannt.

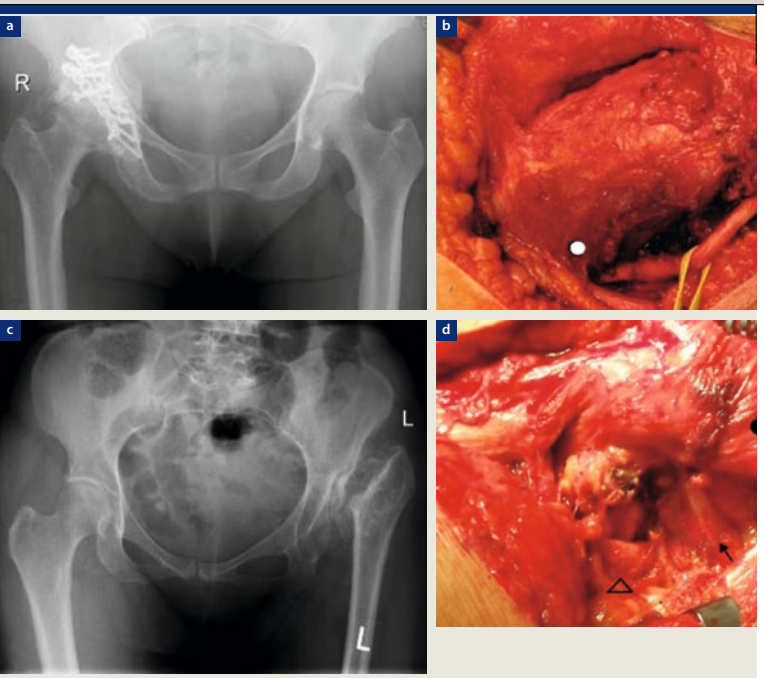
18 BÄK-Stellungnahme zur GOP 801 GOÄ

Bekanntermaßen gibt es mit einigen privaten Krankenversicherungen – insbesondere mit der Debeka – seit Jahren Probleme bei der Bezahlung der GOP-Nr. 801 der GOÄ. Als Begründung wurde seitens der Debeka stets ein (irreführender) Artikel angegeben, der 2007 im Deutschen Ärzteblatt erschien. Lesen Sie nun die offizielle Stellungnahme der Bundesärztekammer zu diesem unerquicklichen Thema.

Hinweis

Auf Seite 56 f. finden Sie Pharmawissen aktuell mit dem Beitrag „ Arzneimittelinteraktionen im Praxisalltag – Johanniskraut-Extrakt mit Weitblick verordnen!“
Wir bitte um Beachtung.

Titelbild (Ausschnitt): Ohne Titel von Christoph Scholter



46 Perioperative Nervenläsionen

Perioperative Nervenläsionen treten in der Regel als direkte Nervenläsion in räumlicher Nähe zum Operationsgebiet oder als Lagerungsschaden durch Druck- oder Zugschädigung unter Umständen auch in räumlicher Entfernung zum Operationsgebiet auf. Aufgaben des konsiliarisch hinzugezogenen Neurologen sind die Diagnosesicherung der peripheren Nervenläsion, die Lokalisationsdiagnostik, die Feststellung des Schweregrades, die prognostische Einschätzung und davon abhängig auch die therapeutische Weichenstellung hin zu einem primär konservativen oder operativen Vorgehen.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:
Dr. rer. nat. 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

26 Depressive Störungen
Internetbasierte Selbsthilfeprogramme unterstützen die Behandlung
Jörn Moock, Sally Sophie Kindermann, Kai Kossow, Lüneburg

35 Steal-Phänomene der Hirnarterien
Farbduplexsonografie
Günter Seidel, Hamburg

38 Zunehmende Gangstörung mit Monospastik
Neurologische Kasuistik
Peter Franz, München

43 Verworrene Diagnostik bei Patienten mit Mobbing- und Stalking-Syndrom
Kumulative traumatische Belastungsstörung
Argeo Bämayr, Coburg

46 CME: Perioperative Nervenläsionen
Lokalisationsdiagnostik, Prognose und therapeutische Weichenstellung
Peter Schwenkreis, Martin Tegenthoff, Bochum

51 CME-Fragebogen

Journal

58 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR
Antonio Tabucchis „Der Rand des Horizonts" – Das Verwirrspiel mit den Identitäten
Gerhard Köpf, München

62 NEUROTRANSMITTER-GALERIE
Christoph Scholter – natura morta viva
Albert Zacher, Regensburg

24 Kleinanzeigen

52 Pharmaforum

64 Termine

66 Verbandsservice

71 Impressum/Vorschau

Festakt im Haus der Kulturen

60 Jahre Verein Berliner Nervenärzte

Der Verein Berliner Nervenärzte (VBN) e. V. feierte am 19. Oktober 2013 sein 60-jähriges Gründungsjubiläum und lud seine Mitglieder und Ihre Partner zu einer großen Festveranstaltung in die Berliner Kongresshalle, auch als „schwangere Auster" bekannt, ein.

Als Berliner Landesverband des BVDN blickt der Verein auf eine bewegte Geschichte zurück. Hierauf machte der Landesvorsitzende Dr. Gerd Benesch in einer Begrüßungsansprache die über 100 Gäste aufmerksam. Er verwies beispielhaft auf eine lange Berliner Tradition von großen Nervenärzten wie Professor Moritz Romberg, der im 19. Jahrhundert 25 Jahre lang in den Armendistrikten Berlins ambulant nervenkranke Menschen behandelte und schon zu Lebzeiten hohes Ansehen genoss. Er gilt heute als einer der Begründer der klinischen Neurologie. Professor Wilhelm Griesinger war der erste Kollege in Deutschland, der (in der Charité) einen Lehrstuhl für Neurologie und Psychiatrie inne hatte und beide Fächer als gleichwertig ansah. Er plädierte damals dafür, dass die Nervenärzte raus aus den Krankenhäusern, in die Wohngebiete und Häuser der Patienten gehen sollten. Benesch erinnerte zudem an Alfred Döblin, der den meisten als berühmter deutscher Schriftsteller bekannt ist, der aber auch als Nervenarzt in eigener Praxis in Berlin tätig war. Schon 1928 sagte er: „Die Kassenärzte sind nicht zu beneiden!" Wie er wurden mehr als 2.000 Berliner Ärzte zwischen 1933 und 1945 aus Berlin vertrieben oder ermordet. Döblin kehrte zwar nach dem Krieg nach Berlin zurück, verbrachte aber seine letzten vier Lebensjahre in Frankreich. Ausgerechnet im Gründungsjahr des VBN 1953, verließ er enttäuscht Berlin.

1953 gründeten nur vier Wochen nach der Niederschlagung des Arbeiteraufstandes am 17. Juni in Ost-Berlin, 28 niedergelassene Nervenärzte im Westen der Stadt den Verein „Westberliner Nervenärzte e. V.". Dieser wurde dann erst 1990 nach dem Mauerfall in den „Verein Berliner Nervenärzte e. V." (VBN) umbenannt.

Der heutige VBN-Vorsitzende Benesch stellte seine Vorgänger im Vorsitz des Berliner Landesverbandes vor und würdigte ihr Wirken (siehe **Tabelle**). Eine großartige Integrationsleistung aller Kollegen aus beiden Teilen der Stadt ermöglichte schließlich nach 1989 den Zusammenschluss von Ost- und Westberliner Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern. Die Mitgliederzahl wuchs zwischenzeitlich auf über 200 Kolleginnen und Kollegen an.

Erfolg nach harten Zeiten

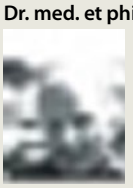
In den 1990er-Jahren führten die Budgetierung und weitere „Verschlimmbesserungen" im deutschen Gesundheitssystem zum Niedergang der Honorare, so dass 2005 in Berlin, wie in der ganzen Republik, tausende Ärzte auf die Straße gingen. Benesch lobte hier den Kampfgeist der Berliner Kollegen, die in dieser Zeit viele Arbeitskreise und Vereinigungen gründeten (Arbeitskreis MS, Parkinsonverein, Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit, Psychiatrie-Initiative Berlin-Brandenburg [PIBB], Niedergelassene Neurologen Berlin [NNB]).

Der berufspolitische Kampf hat sich gelohnt: Seit vier Jahren sind Berliner Praxen wieder finanziell überlebensfähig und attraktiv. Die Berliner Kollegen können stolz sein. Durchschnittlich versorgen die knapp 300 Fachärzte trotz schwieriger Umstände 800 Fälle pro Praxis im Quartal und zusammen 700.000

Geschichte des VBN

1950er-Jahre

Vorsitz:
Dr. med. et phil. Walter Schellworth
(1953 – 1960)



1953: 28 niedergelassene Fachkollegen waren die „Gründungsväter" des ersten Berliner Berufsverbandes für Nervenärzte

1948: Gründung der Freien Universität (FU) Berlin

17. Juni 1953: Niederschlagung des Arbeiteraufstandes in der DDR

1953: Gründung des Vereins „Westberliner Nervenärzte e. V."

1953: Gründung der BGPN-West an der FU durch Professor Selbach, der bis 1972 die Psychiatrische und Neurologische Universitätsklinik in West-Berlin leitet (BRD)

1957 – 1970 (DDR): Professor Karl Leonhard leitet die Psychiatrie und Nervenklinik der Charité

Besonderheiten in der Psychiatrie

Erste Neuroleptika; Trizyklika; Tetrazyklika; EKT als Standardtherapie; weniger Insulintherapie

Besonderheiten in der Neurologie

Penicillin u. a. Antibiotika; seit 1895 Röntgen; seit 1919 Pneumencephalografie

Krankheiten im Fokus

Schizophrenie; Syphilis; Psychopathien; Hysterie; Zwangsneurose

In der „Schwangeren Auster“ feierte der Verein Berliner Nervenärzte sein 60-jähriges Bestehen.

© World travel images / Fotolia.com

1960er-Jahre	1970er-Jahre	1980er-Jahre	1990er-Jahre	2000er-Jahre
Vorsitz: **Dr. med. et phil. Georg Hinzmann-Fürstenau** (1960 – 1965)* **Dr. med. Rainer Taepper** (1965 – 1969) *zuvor: 1946 – 1947: Treuhänder der Medizinalberufsverbände und 1948 – 1951: Berliner Stadtverordneter (CDU)	**Vorsitz:** **Dr. med. Ludwig Peters** (1969 – 1981)* *betrieb eine klassische Nervenarztpraxis in Berlin-Tiergarten und setzte sich für den Niedergelassenen-Status im KV-System ein	**Vorsitz: Dr. med. Ursula Knudsen** (1981 – 1988) **Dr. med. Christoph Lipski** (1988 – 1992) 1989: Mauerfall ermöglicht Zusammenschluss mit Ost-Berliner Kollegen www.bvdn.de www.npin.de	 **Vorsitz: Dr. med. Adelheid Barth-Stopik** (1992 – 1998) **Dr. med. Roland Urban** (1998 – 2002) Mitgliederzuwachs (Ost-Berlin), Abspaltung des BNP NeuroTransmitter in Berlin (Praxis Dr. Droll)	 **Vorsitz: Klaus-Jürgen Nordmeyer** (2002 – 2004) **Dr. med. Norbert Mönter** (2004 – 2006) 184 VBN-Mitglieder www.berliner-nervenaerzte.de www.pi-bb.de www.parkinsonverein.de www. ms-in-berlin.de
1961: Der Mauerbau trennt für 28 Jahre Ost- und West-Berlin/-Deutschland Kubakrise (droht 3. Weltkrieg?) „Wirtschaftswunder“ sichert in West-Berlin freie Praxen **1963:** Ärztekammer konstituiert sich in West-Berlin **1968:** Kultur- und Studenten-Revolte leitet Reformbewegung ein (Reformpsychiatrie) **Ost-Berlin:** Polikliniken stellen die neurologisch-psychiatrische Versorgung sicher	**1971:** Gründung der DGSP/BGSP und verschiedener Psycho-sozialer Träger (Die Brücke, Pinel und andere) **1974:** Psychiatrie-Enquete ermöglicht Enthospitalisierung und Integration psychisch Kranker in die Gemeinden (Schließung von Landesnervenkliniken) **1973 – 1999 (BRD) FU:** Professor H. Helmchen leitet die Psychiatrische Klinik Professor Hans Schliack die Neurologische Klinik **Ab 1970 (DDR) Charite:** Professor Seidel (Psychiatrie), Professor Schulze (Neurologie)	**1985:** PsychKG-Verabschiedung und Bildung von PSAG in Bezirken Antipsychiatrie („Irrenoffensive e. V.“) etabliert sich (später im Trialog mit dem Verein der Psychiatrie-Erfahrenen) Computer erobern die Welt und die ärztlichen Praxen VBN = 1 von 17 Landesverbänden des BVDN Mehr sektorübergreifende Zusammenarbeit mit Klinikkollegen („auf Augenhöhe“) gefordert	**1990:** Umbenennung in „Verein Berliner Nervenärzte e. V.“ (VBN) **1993:** Beginn der Honorarbudgetierung Integration der Psychologen in die KV Einführung des FA für Psychosomatische Medizin **1998:** Foucault Tribunal „Demografischer Wandel“ führt u. a. zur Gründung der DGGPP Charité: Professor Neumärker (Kinder- und Jugendpsychiatrie), Professor Uebelhack (Psychiatrie), Professor Einhäupl (Neurologie)	**2005:** Tausende Ärzte demonstrieren deutschlandweit u. a. gegen existenzgefährdende Honorarverluste, Regresse, Bürokratie Starke Zunahme der Richtlinien-Psychotherapie Gefährdung der neurologisch psychiatrischen Versorgung Gründung u. a. von QZ Parkinson-Verein, MS-Arbeitskreis, Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPsG e. V.) Psychiatrie Initiative Berlin/Brandenburg (PIBB) Bildung von Sektionen BDN BVDP neben BVDN-Bund
Viele verschiedene Psychotherapie-Institute etablieren sich in Berlin; MAO-Hemmer	Depotneuroleptika; Benzodiazepine lösen zunehmend Barbiturate ab; Clozapin	SSRI, SNRI; Psychopharmakotherapie immer anspruchsvoller mit > 60 Wirkstoffen	Psychotherapie als unbudgetierte Kassenleistung; Atypika; Drug-Monitoring	Integrierte Versorgung mit Soziotherapie; ambul.-psych. Pflege; Angehörigenarbeit, Trialog
Erstmalig ambulante EEGs und differenzierte Epilepsiebehandlung; L-Dopa wird Standardtherapie des Morbus Parkinson	Erstmalig CT (1974); EMG; ENG; spezielle Labordiagnostik (u. a. im Liquor); Toxikologie	Interferone und ambulante MS-Schubbehandlung; 1981 MRT; Bildgebung/Neuroimaging ersetzen zunehmend EEG	Evozierte Potenziale und Sonografie hirnversorgender Gefäße; Antidementiva; Botox-Behandlung, mod. Schmerztherapie	Polysomnografie; MEP; PET; SPECT; fMRT; „Hirnschrittmacher“; videogestützte Parkinson-Therapie; Leitlinien; QM
Angst; Depression; Epilepsie; Morbus Parkinson; Oligophrenien	Substanzbezogene Suchterkrankungen; Insomnien; Myasthenie	HIV, MS und andere entzündliche ZNS-Erkrankungen; Polyneuropathien	BSE/Prionenerkrankungen; Borreliose; Demenz; Dystonien; Chorea; ALS	RLS; Schlaganfall; Bipolare Störung; CFS; somatoforme Störung; Autismus

Gelungenes Fest: (im Uhrzeigersinn) Ralph Drochner Hauptorganisator der Jubiläumsfeier; Dr. Angelika Christopher wird für ihren Einsatz geehrt; VBN-Vorstand und Dr. Frank Bergmann, BVDN-Bundesvorsitzender, im Gespräch; Die „Singing shrinks" begeistern; Kritischer Festredner: Professor Manfred Spitzer; Zufriedener Gastgeber: Dr. Gerd Benesch.

Fälle pro Jahr neuropsychiatrisch. Die Berliner Bevölkerung kann sich auch weiterhin auf die Kollegen verlassen. Hierfür ist der Zusammenhalt zwischen Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern wichtiger denn je, da sich ein zunehmender Nachwuchsmangel und Mitgliederschwund bemerkbar macht.

Unter den Gästen der Jubiläumsveranstaltung war auch der Bundesvorsitzende Dr. Frank Bergmann, dem Benesch die Unterstützung des BVDN durch den LV-Berlin zusicherte und dessen Glückwünsche er im Namen des Landesverbandes dankbar entgegennahm.

Leidenschaft und Humor

Anschließend gab Benesch das Wort an den Festredner des Abends Professor Dr. Dr. Manfred Spitzer, der in beeindruckender Weise seine Erkenntnisse zum Thema „Mentale Stärke gegen digitale Demenz" vorstellte. Mit großer Leidenschaft und gleichzeitig mit Humor brachte dieser seine Sorge um die verpassten Bildungschancen einer „Wischer- und Google-Generation" zum Ausdruck. Sehr interessant waren dabei die von ihm angeführten Studien und Bilder (u. a. von Synapsen-Sprossungen) und seine Ausführungen zur Neuroplastizität. Er erhoffe sich eine weite Verbreitung dieses Wissens bei den Pädagogen und Bildungseinrichtungen. Seiner Rede folgte langer Beifall. Spitzer selbst bemerkte nach seinem Vortrag, dass er nur selten Gelegenheit habe, vor Fachkollegen über dieses Thema zu sprechen, und bedankte sich für die Einladung.

Als weiteres Highlight präsentierte der erste und bisher weltweit einzige Chor von Psychiatern, Neurologen und Psychologen, die „Singing Shrinks", eine Reihe von Berliner und internationalen Liedern, die beschwingt den musikalischen Abend eröffneten. Die Mitglieder dieses Chors setzen sich unter anderem aus psychiatrischen Chefärzten von Lehrkrankenhäusern der Charité zusammen, die in wunderbar selbstironischer Weise den niedergelassenen Kollegen ihr „Ständchen" brachten und hierfür großen Applaus ernteten. Einer von ihnen, Professor Tom Bschor, ist aktuell Vorsitzender der ehrwürdigen Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (BGPN), die 1846 von Professor Wilhelm Griesinger gegründet wurde.

Da der VBN seinen 60. Geburtstag feierte, war es naheliegend, dass die Live-Band Berlin Beat Club Songs aus den „Sixties" (unter anderem Rolling Stones) darboten. Bis tief in die Nacht wurde dazu getanzt und mit den Singing Shrinks improvisiert. In „sektorübergreifender" Eintracht nahm das Fest mit Musik und einem köstlichen Buffet seinen Ausklang.

Ganz besonders stolz ist der Verein Berliner Nervenärzte darauf, dass er die gesamte Feier ohne jegliche Unterstützung der Pharmaindustrie organisiert und finanziert hat. □

AUTOR

Dr. med. Gerd Benesch, Berlin

© VBN (7)

Ländervertreterversammlung des BVDN in Potsdam

BVDN-Vorstand im Amt bestätigt

Die diesjährige Ländervertreterversammlung des BVDN fand am 8. und 9. November 2013 in Potsdam statt. In einem Marathon von Referaten und Diskussionen brachten sich die Landesvertreter in berufspolitischen Fragen auf den neuesten Stand. Der bisherige Vorstand wurde ohne Gegenstimmen bestätigt, Professor Gereon Nelles wurde als Beisitzer neu gewählt.

In schöner Umgebung auf dem historischen Gelände des Krongut Bornstedt hatte der Landesverband Brandenburg einen sehr angenehmen Rahmen für die Ländervertreterversammlung geschaffen. Wie immer gab es eine volle Tagesordnung mit vielen verschiedenen Punkten, die von den Länderdelegierten abzuarbeiten waren, wobei die gewohnt stringente Diskussionsleitung durch PD Dr. Albert Zacher eine große Hilfe bei der Bewältigung des Programms war.

GOÄ-Entwurf – kein Ende in Sicht?

Dr. Frank Bergmann sprach in seinem Bericht des Vorsitzenden eine Vielzahl von Punkten an, insbesondere Fragen der EBM-Weiterentwicklung und zum Stand in der Diskussion zur Weiterbildungsordnung, die ja in den nächsten Jahren völlig verändert werden soll. Außerdem gab er ein Update zur neuen GOÄ-Fassung, die bereits seit vielen Jahren überarbeitet wird. Dabei ist ein Ende noch nicht abzusehen, denn der fertige BÄK-Entwurf muss vor Inkrafttreten noch Parlament und Bundesrat passieren.

Schatzmeister PD Dr. Paul Reuther stellte den Haushaltsplan und den Kassenbericht vor, die ohne Gegenstimmen angenommen wurden. Die Haushaltslage des BVDN ist ausgeglichen.

Die Homepage des BVDN wurde inzwischen überarbeitet und Jochen Lamp, Beauftragter des BVDN für die Öffentlichkeitsarbeit, berichtete zu den Neuerungen wie auch zu der weiterhin erfolgreichen Entwicklung der Webseite „Neurologen und Psychiater im Netz“ (NPiN).

Vier weitere Jahre

Es stand die Wahl des Vorstands für die nächste Amtsperiode (2014 bis 2018) an. Bergmann erklärte hierzu den Ländervertretern, dass sich der Vorstand in seiner Gesamtheit entschlossen habe, sich nochmals zur Wahl zu stellen. Er berichtete weiter, dass die Zusammenarbeit im Vorstand sehr gut sei und dass die Aufgabenverteilung auf die einzelnen Vorstandsmitglieder nach aktuellen Erfordernissen immer wieder neu besprochen und angepasst werde. Zusätzlich zu den bisherigen Vorstandsmitgliedern kandidierte Professor Gereon Nelles, Neurologe aus Nordrhein, der bereits seit einem Jahr im Vorstand mitgearbeitet hat. In der Wahl wurde der gesamte Vorstand ohne Gegenstimmen bestätigt und Professor Nelles als Beisitzer neu in den Vorstand gewählt.

Nach der Wahl stellte Reuther das aktuelle IGES-Gutachten zu Fragen der Versorgung am Beispiel von Patienten mit Schizophrenie, Demenz und MS in Umrissen vor. Es ist allerdings noch nicht zur Veröffentlichung freigegeben. Hierüber wird zu einem späteren Zeitpunkt ausführlich zu berichten sein.

Dr. Roland Urban und Dr. Friedhelm Jungmann berichteten aus den Sektionen Psychiatrie und Neurologie der UEMS (Union of European Medical Specialists, der Vereinigung der europäischen Fachärzte), Bergmann und Dr. Gunther Carl aus den verschiedenen Ausschüssen und Organisationen, in denen der BVDN vertreten ist (Ausschüsse der KBV, Bundesausschuss, GfB etc.)

Nächster NuP-Tag wieder in Köln

Mit den für alle Ländervertreter immer wieder informativen Berichten aus einzelnen Landesverbänden zu den verschiedensten berufspolitischen Fragen (HVM, RLV, integrierte Versorgung, EBM-Probleme, Honorarunterschiede) endete schließlich das Treffen der Delegierten der BVDN-Landesverbände nach einem anstrengenden Marathon von Referaten und Diskussionen.

Der nächste Neurologen- und Psychiater-Tag (NuP-Tag) wird am 4./5. April 2014 in Köln stattfinden. □

Der BVDN-Vorstand (v. l. n. r.): Dr. Paul Reuther (Schatzmeister, Beisitzer), Dr. Roland Urban (Schriftführer), Dr. Frank Bergmann (Vorsitzender), Dr. Gunther Carl (stellvetretender Vorsitzender), Professor Gereon Nelles (Beisitzer), Dr. Uwe Meier (Beisitzer). Nicht im Bild: Dr. Christa Roth-Sackenheim (Beisitzerin)

AUTOR

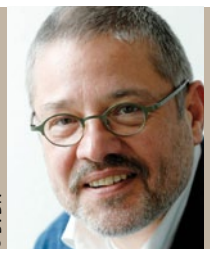
Dr. med. Roland Urban, Berlin

© BVDN

Interview mit dem BVDN-Vorsitzenden

Vom Bohren dicker Bretter

Im November bestätigte die Delegiertenversammlung des BVDN den Vorstand im Amt. Im Gespräch mit dem NeuroTransmitter berichtet Dr. Frank Bergmann – Vorsitzender seit 2001 – über die berufspolitische Arbeit und die besonderen Herausforderungen der nächsten Zeit.



© BVDN

»Erkrankungen des ZNS machen rund ein Drittel der Krankheitsfälle aus.«

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
BVDN-Vorsitzender

? *Was waren (oder sind) die größten Herausforderungen in den vergangenen zwölf Jahren?*

Frank Bergmann: Politik ist bekanntermaßen die Kunst des Möglichen, dies gilt auch für die Berufspolitik. Aufgrund der Komplexität des deutschen Gesundheitssystems mit unzähligen Gremien, Verbänden, KVen und Kammern auf Landes- und Bundesebene sind auch in der Berufspolitik Veränderungen nur schwer durchsetzbar, Berufspolitik bedeutet insofern das „Bohren dicker Bretter". Dies erfordert vor allem viel Zeit, Beharrlichkeit, Kontinuität in der Arbeit und Geduld, wenn man Veränderungen bewirken möchte. Eine große Herausforderung in den vergangenen zwölf Jahren war, eine gute Zusammenarbeit mit den damals neu gegründeten Berufsverbänden BVDP und BDN zu etablieren. Diese Kooperation ist heute aus der berufspolitischen Landschaft nicht mehr wegzudenken. Durch die hervorragende Zusammenarbeit mit den Vorsitzenden Dr. Christa Roth-Sackenheim und Dr. Uwe Meier konnten wir den Interessen der neuropsychiatrischen Vertragsärzte deutlich mehr Gewicht verleihen.

? *Was ist momentan in der Arbeit der Berufsverbände besonders wichtig?*

Bergmann: Die Sicherung der finanziellen Grundlage der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ist eine wichtige Aufgabe der Berufsverbände. Aktuell steht die dringend notwendige Überarbeitung des neurologischen und psychiatrischen Kapitels im EBM an. Ziele sind die bessere Darstellung und Vergütung unserer Gesprächs- und Betreuungsleistungen, aber auch der elektrophysiologischen Diagnostik im Kapitel Neurologie sowie die Aufnahme neuer Leistungen wie beispielsweise Botox-Behandlungen oder der Neuropsychologie. Außerdem arbeiten wir an der neuen GOÄ mit und sind in die Gespräche zur neuen Muster-Weiterbildungsordnung in der Bundesärztekammer eingebunden.

? *Der Spitzenverband ZNS ist neu gegründet – welcher Projekte wollen Sie sich gemeinsam mit den Partnerverbänden annehmen?*

Bergmann: Der ZNS-Spitzenverband bündelt die Interessen der neurologisch-psychiatrischen Mitgliederverbände. Er koordiniert und vertritt sie gegenüber Politik, Selbstverwaltung und Öffentlichkeit. Dabei wollen wir ausdrücklich eng mit anderen fachärztlichen Vereinigungen und Verbänden zusammenarbeiten.

? *Welche Problembereiche sollte die neue Bundesregierung bei der Versorgung von psychiatrischen und neurologischen Patienten angehen?*

Bergmann: Von der neuen Bundesregierung erwarten wir Unterstützung in der Umsetzung drängender neurologisch-psychiatrischer Versorgungsziele. Nicht nur im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie, sondern auch im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen kommen stetig wachsende Aufgaben auf uns zu. Uns helfen keine holzschnittartigen, populistischen Forderungen, wie die Forderung nach einer Terminvergabe innerhalb von vier Wochen. Häufig ist ja auch eine schnellere Terminvergabe erforderlich. Viel wichtiger sind Reformen, die es uns ermöglichen, vernetzte Versorgungskonzepte zu implementieren und in der flächendeckenden Versorgung im Sicherstellungsauftrag zu verankern.

Auch im Bereich der neurologischen Versorgung steigen die Fallzahlen kontinuierlich an, nicht zuletzt aufgrund der demografischen Entwicklung. Schon jetzt machen Erkrankungen des ZNS rund ein Drittel aller Krankheitsfälle aus. Dies drückt sich in den bekannten Zahlen zu Arbeitsunfähigkeitszeiten, aber auch zu Frühberentungen und Behinderung aus. Die ambulante neurologisch-psychiatrische Versorgung muss für diese Aufgaben gestärkt und zukunftsfest ausgestaltet werden. Dies bedeutet auch, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Planungssicherheit haben müssen.

? *Welche Hoffnung verbinden Sie mit der neuen Legislaturperiode?*

Bergmann: Ich hoffe, dass es gelingt, den Berg an Bürokratie in den Praxen abzubauen, damit wir mehr Zeit für unsere eigentliche Arbeit haben. Last but not least: Das Damoklesschwert der Arzneimittelregresse muss abgeschafft werden. Die Politik muss ihre Versprechungen wahr machen. Das Verschieben von Regressen in „regionale Vereinbarungen" ist keine Lösung, sondern eine Verschiebung des Problems. □

Interview: Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

FORSA-UMFRAGE

ZNS-Erkrankungen häufig und dauerhaft

Die „Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung" (F.A.S.) berichtete in ihrer Ausgabe vom 27.10.2013 über eine Untersuchung des Meinungsforschungsinstitutes Forsa. Die Frage an 1.014 Bundesbürger lautete: „Unter welchen gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden sie häufig beziehungsweise dauerhaft?" Bei den Antworten waren Mehrfachnennungen erlaubt, hier die häufigsten: 53 % der Befragten nannten Muskelverspannungen und Rückenschmerzen, 31 % Erschöpfung, 28 % Kopfschmerzen und Migräne, 26 % Erkältungskrankheiten, 20 % Nervosität, Gereiztheit, Angstzustände. Weitere 20 % leiden unter Schlafstörungen, 12 % unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 12 % nannten Übelkeit und Magenbeschwerden, 12 % niedergeschlagene Stimmung und Depression. 9 % berichten über häufig oder dauerhaft vorhandenen Tinnitus oder Ohrgeräusche.

Kommentar: *Nicht nur bei den gravierenden akuten und chronischen Erkrankungen sind Krankheiten des ZNS offenbar sehr häufig und gesundheitsökonomisch von großer Bedeutung. Vermutet haben wir das schon immer, nun liegt die Bestätigung vor. Auch bei Störungen des Befindens und Bagatellerkrankungen nehmen ZNS-Störungen in der Häufigkeit vordere Rangplätze ein. Wenn man den Untersuchungsergebnissen glaubt, leiden vermutlich über die Hälfte der Menschen zumindest vorübergehend unter Dysfunktionen des ZNS mit den Symptomenkomplexen Erschöpfung, Nervosität, Gereiztheit, Angstzustände, Depression beziehungsweise Kopfschmerzen oder Tinnitus. Hierbei sind Muskelverspannungen und Rückenschmerzen noch gar nicht einbezogen. Auf dieses Massenphänomen sind wir in unseren nervenärztlichen, neurologischen oder psychiatrischen Facharztpraxen vermutlich gar nicht eingerichtet. Die meisten dieser Betroffenen – von Patienten lässt sich in diesem Zusammenhang vermutlich nicht sprechen – haben offenbar eigene Kompensationsmechanismen entwickelt oder wenden sich gelegentlich an den Hausarzt. Der Wellness-Markt ist bereits in starkem Maße auf Kunden mit derartigen Beschwerden eingerichtet.* **gc**

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.

Springer

GROSSE KOALITION

PKV und GOÄ als Spielbälle des Verhandlungsbasars

Die Bürgerversicherung ist seitens der CDU nicht verhandelbar. Die SPD weigert sich, der Portabilität von Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung (PKV) zuzustimmen. Diese wurde von der CDU immer als wichtiges Wettbewerbsinstrument zugunsten der PKV angemahnt. Die SPD wünschte dem gegenüber eine Öffnung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Beamte. Beamte sollten auch von der PKV zur GKV unter Mitnahme ihrer Altersrückstellungen wechseln können. In der GKV müssen Beamte als freiwillig Versicherte den GKV-Beitrag vollständig selbst begleichen. Daher sind Beihilfetarife in der PKV wesentlich attraktiver. Der „Pflege-Bahr" soll dagegen bestehen bleiben. Die Zukunft der GOÄ spielt für die SPD keine Rolle bei den Koalitionsverhandlungen. Dagegen hält der Verhandlungsführer der CDU, Jens Spahn, eine Überarbeitung der GOÄ auf der Basis der Übereinkunft zwischen den Ärzten und der PKV für gut vorstellbar.

Kommentar: *In den Koalitionsverhandlungen zur großen Koalition aus CDU/CSU und SPD sind auch die Themenkreise PKV und GOÄ zum Spielball des Verhandlungsbasars geworden. Im Ergebnis wird sich also für die PKV und deren Versicherte wegen der sich diametral gegenüberstehenden Verhandlungspositionen von CDU/CSU und SPD nichts ändern. Für ältere PKV-Versicherte mit steigenden Prämien dürfte sich dies in Zukunft zu einem immer größeren finanziellen Problem auswachsen.*
Im November 2013 hatten sich Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) auf eine Rahmenvereinbarung zu einer baldigen und umfassenden Novellierung der GOÄ geeinigt. Man forderte die Politiker auf, diese Thematik in der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU/CSU und SPD zu berücksichtigen. Eine einheitliche Vergütungsregelung für GKV-Versicherte und PKV-Kunden sollte vermieden und eine Bürgerversicherung verhindert werden. Bis Ende 2014 soll laut Angaben von BÄK und PKV-Verband eine gremienreife Entwurfsfassung vorliegen. Die GOÄ müsse als eigenständige Grundlage für privat ärztliche Leistungen erhalten bleiben. Es handele sich um eine Referenzgebührenordnung, die auch eine Orientierung für andere Abrechnungssysteme – sprich das GKV-System – darstellt. Man wolle gemeinsam festlegen, von welchem prozentualen Honorarzuwachs in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten auszugehen sei. Außerdem sollen geeignete Maßnahmen zur Erfassung der Auswirkungen der Novellierung vereinbart werden.

gc

© Kay Nietfeld / dpa

Präsentieren erste Ergebnisse des Verhandlungsbasars: Jens Spahn (CDU) und Karl Lauterbach (SPD, re.), nach dem Ende der Gespräche in der AG Gesundheit der Koalitionsverhandlungen.

VERTRAGSÄRZTLICHE VERGÜTUNG

Regionale Gerechtigkeit gefordert

Zum wiederholten Male haben die Vorsitzenden der KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die dortigen Vorsitzenden der Ärztekammer an die Politik appelliert, sich für bundesweite Vergütungsgerechtigkeit einzusetzen. Dies solle im Koalitionsvertrag festgelegt werden. GKV-Versicherte in Nordrhein-Westfalen zahlen nach Angaben der KV-Vorsitzenden denselben Beitragssatz wie die Versicherten in anderen Bundesländern. Denen stehe allerdings wesentlich mehr Geld für die ambulante Versorgung zur Verfügung. Die Kennzahl der „morbiditätsbedingten Gesamtvergütung" je Versichertem ist seit Jahren in Nordrhein-Westfalen am niedrigsten in der Rangfolge aller KVen. Die bisherigen Bemühungen für mehr Gerechtigkeit bei der finanziellen Ausstattung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung zwischen den einzelnen Bundesländern scheiterten nach Angaben der KV-Vorsitzenden von Nordrhein und Westfalen-Lippe an den anderen KVen beziehungsweise den Landespolitikern der besser ausgestatteten KV-Regionen.

Kommentar: *Ein finanzieller Verschiebebahnhof oder Ausgleichsfonds zwischen den KVen kann selbstverständlich nicht die Lösung des Problems sein. Für eine wesentliche Kompensation sorgt bereits der Gesundheitsfonds. Wenn die Krankenkassen in manchen Bundesländern wesentlich höhere Ausgaben für die stationäre Krankenhausversorgung zulassen und zudem mangels Wirtschaftskraft dieser Bundesländer weniger Versicherungsprämien zusammenkommen, ist hierfür eine Kompensation durch die besser gestellten KVen nicht denkbar. Zunächst einmal muss das Missverhältnis zwischen stationären und ambulanten GKV-Ausgaben in den eigenen Bundesländern gelöst werden.*

gc

Bezahlverweigerung der Debeka

BÄK nimmt Stellung zur GOP 801 (GOÄ)

Nachdem mit einigen privaten Krankenversicherungen seit Jahren Probleme bei der Bezahlung der GOP 801 der GOÄ bestehen, nimmt nun die Bundesärztekammer offiziell Stellung.

Bekanntermaßen verweigert die Debeka seit 2011 vielen ihrer Versicherten, die in psychiatrischer Behandlung stehen, die vom Facharzt erbrachte und in Rechnung gestellte psychiatrische Untersuchungsleistung nach GOP 801. In mit Textbausteinen standardisierten Briefen an die Patienten unterstellt sie den behandelnden Psychiatern oder Nervenärzten eine unrechtmäßige Rechnungslegung und fordert eine Begründung, weil die GOP 801 mehrfach erbracht wurde. Sie bezieht sich dabei auf eine irreführende Publikation (Dtsch Ärztebl 2007). Hierzu nimmt die BÄK nun offiziell Stellung (nächste Seite).

In der GOÄ ist eine Häufigkeitslimitierung der GOP 801 nicht vorgesehen. Wir stehen in dieser Angelegenheit seit über zwei Jahren mit der BÄK in Kontakt. Es fand ein Spitzengespräch zwischen dem Präsidium der BÄK, den Verbänden und Debeka-Vertretern statt. Dabei räumte die Debeka ein, dass die GOP 801 grundsätzlich in der Häufigkeit nicht begrenzt ist und nicht bei jeder wiederholten GOP 801 eine Begründung erforderlich ist. Nach dem Gespräch hatten wir den Eindruck, dass die Debeka die Kostenerstattung der GOP 801 seltener verweigerte, zuletzt häufen sich jedoch wieder die Berichte. Bitte informieren Sie uns, wenn die Debeka bei Ihren Patienten weiterhin/erneut die Rechnung erst nach Begründung, Einsendung der Dokumentation oder gar nicht bezahlt. Wir können nur dazu raten, sich schriftlich bestätigen zu lassen, dass die Rechnung vom Patienten beglichen werden muss, auch wenn die Debeka die Erstattung verweigert. □

Die Vorstände von BVDN, BVDP und BDN

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Problembehaftete Kostenerstattungspraxis bei der Leistung nach Nr. 801 GOÄ

Vor dem Hintergrund der seit Jahren bei der Kostenerstattung der Leistungen nach Nr. 801 GOÄ bestehenden Probleme, sieht sich die Bundesärztekammer zu einer Stellungnahme veranlasst.

Im Zusammenhang der seit Jahren zu beobachtenden Probleme bei der Kostenerstattung der Leistung nach Nr. 801 GOÄ (Eingehende psychiatrische Untersuchung – ggf. unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson; 250 Punkte), insbesondere durch die Debeka (Krankenversicherungsverein a.G.), aber auch durch andere Unternehmen der privaten Krankenversicherung, wird seitens der PKV-Unternehmen oftmals behauptet, ihre [bezüglich der Nr. 801 GOÄ] gezeigte [restriktive] Kostenerstattungspraxis orientiere sich an entsprechenden Ausführungen der Bundesärztekammer. Teilweise wird in diesem Kontext von den PKV-Unternehmen darauf hingewiesen, dass der Ombudsmann der privaten Kranken- und Pflegeversicherung diese Einschätzung [man orientiere sich an den Ausführungen der Bundesärztekammer] ebenfalls vertrete. Vor diesem Hintergrund sieht sich die Bundesärztekammer zur nachfolgenden Stellungnahme veranlasst: „Die Bundesärztekammer geht davon aus, dass insbesondere seitens der Debeka, aber auch seitens anderer Unternehmen der privaten Krankenversicherung, sowie seitens des Ombudsmanns der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, mit dem Verweis auf angeblich vorliegende Ausführungen der Bundesärztekammer zur Abrechnung der Nr. 801 GOÄ, offenbar auf einen GOÄ-Ratgeber (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 44, 2.11.2007) mit dem Titel ‚Eingehende psychiatrische Untersuchung' Bezug genommen wird. Die in diesem GOÄ-Ratgeber enthaltene Aussage – *Eine Kombination der Nr. 801 GOÄ mit der Nr. 804 GOÄ ‚Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch …' oder der Nr. 806 GOÄ ‚Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch …' ist, außer zu Beginn einer Behandlung, nicht regelhaft medizinisch notwendig.* – wird leider trotz Klarstellung durch die Bundesärztekammer von einzelnen Krankenversicherungsunternehmen fehlinterpretiert.

Nach den Erkenntnissen der Bundesärztekammer ist die Kombination der Leistung nach Nr. 801 GOÄ mit der Leistung nach Nr. 804 GOÄ oder mit der Leistung nach Nr. 806 GOÄ bei multiplen Krankheitsbildern nicht nur zu Beginn einer Behandlung, sondern – ohne jeden Zweifel – auch während der laufenden Behandlung medizinisch notwendig.

Die Tatsache der nicht immer gegebenen Voraussetzungen zur kombinierten Abrechnung der Nrn. 801 und 804 GOÄ beziehungsweise der Nrn. 801 und 806 GOÄ sollte nach unserer Einschätzung mit der im vorgenannten GOÄ-Ratgeber gewählten Formulierung zum Ausdruck gebracht werden.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass auf Initiative der Bundesärztekammer bereits vor einigen Monaten bilaterale Gespräche zwischen der Bundesärztekammer, unter Beteiligung psychiatrischer Berufsverbände und Fachgesellschaften, mit der Debeka zur Beilegung von Abrechnungsproblemen im Zusammenhang der Leistung nach Nr. 801 GOÄ stattfanden. Nach den aktuellen – uns von den Landesärztekammern zur Verfügung gestellten – Informationen, ist seither ein kontinuierlicher Rückgang der Beschwerden hinsichtlich der Abrechnung der Leistung nach Nr. 801 GOÄ festzustellen.

Die Bundesärztekammer wird die diesbezügliche Entwicklung [Kostenerstattungspraxis der PKV-Unternehmen] in enger Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Berufsverbänden und Fachgesellschaften aufmerksam beobachten und bewerten – sowie, sollte dies erforderlich sein, geeignete Schritte zur Wahrung der berechtigten Interessen der die Leistung nach Nr. 801 GOÄ erbringenden Ärztinnen und Ärzte in die Wege leiten.

Für Hinweise zur konkreten Kostenerstattungspraxis im Zusammenhang dieser für die Ärzteschaft wichtigen Angelegenheit, wäre das Dezernat 4 – Gebührenordnung und Gesundheitsfinanzierung – der Bundesärztekammer den betroffenen Ärztinnen und Ärzten außerordentlich dankbar und steht diesen für Rückfragen gerne zur Verfügung." □

AUTOR

Alexander Golfier, MBA
Arzt, Gesundheitsökonom (FH)
Referent, Bundesärztekammer, Dezernat 4,
Gebührenordnung und Gesundheitsfinanzierung
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
E-Mail: dezernat4@baek.de

Jahresrückblick der Geschäftsstelle

Mehr Verbände, mehr Service

Die Geschäftsstelle des BVDN in Krefeld ist nicht nur für die Berufsverbände BVDN, BDN und BDP zuständig. Seit Ende 2012 unterstützt sie auch QUANUP e. V. und den BV ANR. Ein Rückblick auf ein erfolgreiches Jahr 2013.

Es herrscht emsiges Treiben in der BVDN-Geschäftstelle im denkmalgeschützten Zollhof in Krefeld. Von Oktober bis April ist Hochsaison, insbesondere wegen der vielen Veranstaltungen. „Das können in dieser Zeit schon mal bis zu drei pro Tag sein", berichtet Dagmar Differt-Fritz, Leiterin der Geschäftstelle und gleichzeitig Geschäftsführerin der CORTEX Management GmbH. Das ist nicht weniger geworden, denn seit Ende letzten Jahres hat sich ihr Zuständigkeitsbereich um zwei Verbände erweitert: QUANUP e. V. und der Bundesverband der ambulanten/teilstationären neurologischen Einrichtungen BV ANR e. V. verlassen sich nun ebenfalls auf ihre Erfahrung und Unterstützung. Synergien gibt es genug, meint Differt-Fritz: Aufgaben wie die Mitgliederverwaltung, die Organisation von Veranstaltungen und die Sponsorensuche fallen in ähnlicher Weise an wie bei den bisher schon betreuten Verbänden.

Ansprechpartner für alle Fälle

Viele Anfragen landen täglich auf dem Schreibtisch von Dagmar Differt-Fritz und Thorsten Seehagen, ihrem Mitarbeiter. Dank eigener Datenbank können Adressänderungen und Zeitschriftenwünsche rasch bearbeitet werden. Aber auch Abrechnungsfragen laufen hier ein und werden, wenn sie nicht mithilfe der Abrechnungskommentare direkt beantwortet werden können, rasch per Mail an die jeweiligen Ansprechpartner, zum Beispiel die zuständigen Landesvorsitzenden, weitergeleitet. „Wenn die KV-Abrechnung kommt, haben wir immer Hochkonjunktur", erzählt Differt-Fritz und betont: „Die Zusammenarbeit mit dem Vorstand und den Landesvorsitzenden funktioniert wunderbar, da muss keiner drei Tage auf eine Antwort warten." Innerhalb von Stunden erhält sie eine Rückmeldung, die sie schnellstens an den Anfragenden weitergibt.

Im Fokus: Mitglieder werben

Am Jahresende werden die Mitgliedsrechnungen verschickt, dann kommt eine Flut von Anfragen zu Änderungen von Adresse und Bankverbindung oder Zeitschriftenwechsel. Gelegentlich kommen auch Kündigungen. Um den Gründen dafür auf die Spur zu kommen, fragt sie bei jedem genau nach. Das Bild ist jedes Jahr dasselbe: „Die Kündigungen erfolgen zu mindestens 70 % wegen der Praxisaufgabe", so Differt-Fritz. Aktuell ist entsprechend der Altersstruktur der nervenärztlichen Fachgruppe die Zahl der Austritte deshalb größer als die der Eintritte. „Es kommen dafür mehr rein neurologische oder psychiatrische Fachärzte nach." Differt-Fritz bietet den ausscheidenden Fachärzten die Möglichkeit einer Seniormitgliedschaft zum reduzierten Mitgliedsbeitrag an: „Dann bekommt man weiter alle Informationen und den NeuroTransmitter, allerdings keine der anderen Fachzeitschriften mehr." Wichtiger ist aber die Werbung um neue Mitglieder, die im nächsten Jahr weiter intensiviert werden soll. Ob am Stand bei den DGN- und DGPPN-Kongressen oder über die Veranstaltungen der Verbände, die nur für Mitglieder kostenfrei sind, nutzen Differt-Fritz und Seehagen schon jetzt jede Möglichkeit, Nichtmitglieder zu er-

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Ihre Ansprechpartner in der Geschäftsstelle

Dagmar Differt-Fritz
Leiterin der Geschäftstelle der Verbände, Geschäftsstelle CORTEX Management GmbH

Thorsten Seehagen
Mitarbeiter der Geschäftsstelle

Kontakt:
BVDN-Geschäftsstelle
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Telefon 02151 454692-1
Fax 02151 454692-5 und -6
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

reichen und für die Mitgliedschaft zu gewinnen. „Wenn wir Fortbildungsveranstaltungen anbieten, und es sind noch Plätze frei, laden wir auch gezielt Nichtmitglieder ein, die bei dieser Gelegenheit Mitglied werden können", erläutert die Geschäftsstellenleiterin. Der Vorteil ist besonders offensichtlich bei den berufspolitischen Seminaren, die in 20 Städten durchgeführt werden. „Da geht es um Abrechnung – ein besonders geeignetes Thema, um die Fachärzte von der Mitgliedschaft zu überzeugen", weiß sie.

Service rund um Veranstaltungen

Die Mitarbeiter im Alten Zollhof in Krefeld sind nicht nur für Mitgliederverwaltung und Teilnehmerregistrierung zuständig: Sie nehmen je nach Bedarf auch die gesamte Veranstaltungsorganisation in die Hand – von der Hotelbuchung und den Einladungen über die Referentenverträge bis zur Suche nach den für die Finanzierung der Veranstaltungen wichtigen Sponsoren. Über viele Jahre hat Differt-Fritz ein Netzwerk aufgebaut, das in diesem Jahr besonders viele Früchte trug – die Sponsoren kommen inzwischen auch von sich aus auf sie zu, um Projekte der Verbände zu unterstützen.

Der Höhepunkt ist für sie in jedem Jahr der Neurologen- und Psychiatertag, der in diesem Jahr mit dem Schwerpunktthema „Posttraumatische Belastungsstörung" in Köln stattfand. „Die Veranstaltung betreuen wir wirklich von A bis Z, wir kümmern uns in enger Zusammenarbeit mit Dr. Bergmann wirklich um alles." Letztlich besteht der „Tag" aus drei Tagen, die organisiert werden wollen: Am ersten Tag trifft sich der Vorstand, am zweiten kommen die Länderdelegierten zusammen, danach findet der eigentliche Neurologen- und Psychiatertag statt. Fast 200 Teilnehmer aus dem gesamten Bundesgebiet besuchten den diesjährigen 11. Neurologen- und Psychiatertag.

Insider-Informationen für Mitglieder

So wichtig die persönliche Begegnung bei Veranstaltungen zum Austausch mit Bundes- und Landesvorständen ist, so wichtig ist der laufende Informationsfluss via Medien im Alltag. „Wir können unsere Mitglieder von jetzt auf gleich per Fax informieren", betont Differt-Fritz. Das geschieht flexibel nach Bedarf mehrfach im Jahr und exklusiv für die zu diesem Informationsdienst angemeldeten Mitglieder. Dazu erscheint das vierseitige NeuroTransmitter-Telegramm mit aktuellen Abrechnungsinformationen und Veranstaltungsterminen als Beilage im NeuroTransmitter – ebenfalls nur für Mitglieder – vier Mal im Jahr.

In diesem Jahr gab es auch gleich mehrere Neuauflagen von Abrechnungskommentaren, das Mitgliederverzeichnis wurde überarbeitet und wirtschaftliche Praxishilfen sowie der Leitfaden für ZNS-Netze herausgebracht. Auch hier unterstützt die Geschäftsstelle den Verband nicht nur beim Versand, sondern auch redaktionell. Und um Verkäufer und Käufer im kostenlosen Kleinanzeigenmarkt des NeuroTransmitter zusammenzubringen, faxt die Geschäftsstelle allmonatlich die Mitglieder an, sammelt die zugesandten Kleinanzeigen und prüft die Umsetzung im Druck. Ein Mitgliederservice, der sehr gut angenommen wird.

Kooperation groß geschrieben

Die erfolgreiche Verbandsarbeit in der Geschäftsstelle setzt ein hohes Organisationstalent und eine stete Flexibilität voraus. Sie ist aber vor allem auch möglich aufgrund der ausgesprochen vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Landesvorsitzenden und insbesondere dem Bundesvorstand. „Das klappt wirklich reibungslos", freut sich Differt-Fritz. □

Das Geschäftstellenjahr 2013 in Zahlen

Mitglieder (Stand 18.10.2013)
- BVDN: 2.673 Mitglieder
- BDN: 625 Mitglieder
- BVDP: 503 Mitglieder
- QUANUP e.V.: ca. 50
- BV ANR e.V. :ca. 50

Von der Geschäftstelle unterstützte Veranstaltungen:
- 20 berufspolitische Seminare
- Coaching-Seminar für Ärzte
- Veranstaltungen der Fortbildungsakademie
- Veranstaltungen der Landesverbände
- Stände auf dem Hauptstadtkongress, dem DGN-Kongress in Dresden und dem DGPPN-Kongress in Berlin
- Workshops und Seminare für Arzthelferinnen zur PASS/PASS Update für QUANUP e.V.
- Organisation Mitgliederversammlung und Vorstandssitzung BV ANR e.V.

Information der Mitglieder:
- 4 NeuroTransmitter-Telegramme
- BVDN Fax-Abruf
- Neuauflage Abrechnungskommentare GOÄ, EBM, Gutachten und andere Kostenträger
- Wirtschaftliche Praxishilfen
- Leitfaden für ZNS-Netze
- BVDN-Ketten-Fax „Nerfax"
- Betreuung der Kleinanzeigenbörse im NeuroTransmitter

AUTORIN

Friederike Klein, München

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 entsprechenden Lösungsvorschlag publizieren. Selbstverständlich sichern wir jedem Ratsuchenden auf Wunsch auch Anonymität zu.
Schreiben Sie mit dem Betreff „Praxisprobleme“ an: bvdn.bund@t-online.de

Praxisproblem

Honoraranpassungen in Jobsharing-Praxen

In vielen neurologischen und psychiatrischen Jobsharing-Praxen kommen positive EBM-Änderungen oder normative Honorartopferhöhungen nicht oder nur unvollständig bei den Ärzten an.

Das Problem

Aus Jobsharing-Praxen erreichen uns regelmäßig Klagen, dass Honorarerhöhungen nur verzögert und unvollständig erfolgen. Insbesondere bei positiven EBM-Änderungen in unseren Fachgruppen mache sich dies negativ bemerkbar. Auch die normative Honorartopferhöhung 2010 wurde offensichtlich nur unvollständig in die Honorarobergrenze der Jobsharing-Praxen übertragen. Gleiches wird möglicherweise bei der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFO) eintreten. Nach den gesetzlichen Vorschriften werden die Honorarobergrenzen bei Jobsharing-Praxen vom Zulassungsausschuss, nicht von der KV, festgelegt. Vor Beginn des Jobsharing-Verhältnisses verpflichten sich die Praxisteilnehmer in der Regel auf eine Obergrenze, die nicht mehr als 3 % über dem bisherigen Honorar liegt. Nach § 44 der Bedarfsplanungsrichtlinie darf eine Neuberechnung der Jobsharing-Obergrenze nur erfolgen, wenn wesentliche Änderungen des EBM oder des HVM spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlage haben. In den meisten KVen wird daher – falls die Jobsharing-Praxis dies beantragt – die durchschnittliche Honorarentwicklung der Fachgruppe berechnet und dann gegebenenfalls vom Zulassungsausschuss auf die betroffene Praxis übertragen.

Mögliche Lösung des Problems

Jobsharing-Praxen sollten sich bei ihrer KV rückversichern und genau prüfen, dass allgemeine Honorarerhöhungen der eigenen Fachgruppe auf die Jobsharing-Praxen automatisch übertragen werden. Falls eine EBM-Verbesserung zu einer überdurchschnittlichen Honorarerhöhung der Jobsharing-Praxis führen müsste, etwa weil die Jobsharing-Praxis auf diese Leistung spezialisiert ist, sollte ein begründeter Antrag an den Zulassungsausschuss gestellt werden.

Seitens des Berufsverbandes haben wir die KVen aufgefordert, Jobsharing-Praxen regelmäßig über möglicherweise erfolgte Honorarerhöhungen zu informieren und überdies individuelle Spezialisierungen automatisch zu berücksichtigen. Genehmigungsinstanz sollte die KV sein, nicht mehr der Zulassungsausschuss. Zudem konnten wir vor wenigen Monaten erreichen, dass auf G-BA-Beschluss in nervenärztlichen Jobsharing-Praxen nun auch reine Neurologen oder Psychiater tätig werden können. Zuvor war nur der Zusammenschluss von zwei nervenärztlichen Kollegen erlaubt. □

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen

Null-Euro-Kleinanzeigen im NeuroTransmitter

Veröffentlichen Sie als Mitglied von BVDN, BDN und BVDP Ihre Kleinanzeige kostenlos im NeuroTransmitter!

Ihre Anzeige (max. 300 Zeichen mit Leerzeichen) senden Sie bitte ausschließlich per E-Mail an unsere Geschäftsstelle in Krefeld: **bvdn.bund@t-online.de** (Aufgaben per Fax oder Telefon sind ebenso wie Chiffreanzeigen nicht möglich.)

Einsendeschluss für den nächsten NeuroTransmitter ist der 9.1.2014!

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

Suchen ab sofort Study-Nurse für ca. 20 Std.-Woche in Neuropraxis/82008 Unterhaching.
Kontakt: dr.scarel@neuropraxis-muenchen.de

Suche für nervenärtzliche Praxis Weiterbildungsassisent (m/w) in Teilzeit. Grundversorgung auf breiter Ebene, testpsychologische Untersuchungen, intensive Home-Treatment-Tätigkeit. Schwerpunkt: Sozialpsychiatrie. Weiterbildungsgenehmigung für den Bereich Psychiatrie liegt vor. Familienfreundliche Arbeitszeiten.
Kontakt: dr.rita-wietfeld@onlinehome.de
(Praxis Dr. Wietfeld, Tel.: 02302 60323

Kaufen & Verkaufen etc.

Offenburg: Stehpult, Rollwagen (Buche hell), Untersuchungsliege (Kopfteil verstellbar) für Praxis von Flötotto, fast neuwertig.
Kontakt: dr.juergen.gotthardt@t-online.de

Neurofax EEG 8310 G komplett mit Gerätewagen, Fotostimulator, Tinte und Papier.
Kontakt: 0172 7910477 (Dr. R. Nause)

Suche Dopplersonografiegerät gebraucht,günstig für Extra und Transkranielle Dopplersonografie.
Kontakt: docrauber@t-online.de

© Scanrai_Rosenstiel (oben), Laurent Renault (unten) / Fotolia.com

Praxisporträt

Mehr Zeit für Akutpatienten

Mit Selektivverträgen hat Dr. Eckhard Dannegger inzwischen viel Erfahrung gesammelt – die Bilanz ist durchaus gemischt. Dem aktuellen PNP-Vertrag kann der Psychiater und Psychotherapeut aber viel Positives abgewinnen. Er erleichtert Ärzten die Versorgung von Patienten in Notsituationen.

Der Selektivvertrag „Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie“ (PNP) ist nicht der erste, an dem sich Dr. Eckhard Dannegger aus Lörrach beteiligt, doch schon nach zwei Quartalen fällt die Bilanz für den Psychiater und Psychotherapeuten positiv aus. „Der Vertrag ermöglicht Akutpatienten intensiver ambulant zu betreuen.“ Pro Patient kann er im Quartal bis zu 300 Minuten abrechnen, und zwar im 10-Minuten-Takt. „Das ist sehr praktisch: Viele Patienten brauchen tatsächlich nur 10 Minuten, wenn sie ihre Spritze bekommen, Notfallpatienten benötigen hingegen 40 bis 50 Minuten. Und wenn so ein Patient die folgende Woche noch einmal kommt und 50 Minuten braucht, ist das im Selektivvertrag kein Problem.“

Dr. Eckhard Dannegger

© privat

Praxis-Steckbrief

Inhaber: Dr. med. Eckhard Dannegger, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Praxistyp: Einzelpraxis

Ort: 79540 Lörrach, Baden-Württemberg

Regionale Struktur: Kreisstadt

Anteil Privatpatienten: etwa 10 %

Nächste Klinik: 2 km (Neurologie) und 17 km (Psychiatrie)

Mitarbeiterinnen: drei Arzthelferinnen, zwei Psychotherapeutinnen

Besonderheiten: Teilnahme am PNP-Selektivvertrag

Klinikeinweisungen verhindern

Anders bei Patienten im Kollektivvertrag, bei denen das RLV gerade einmal eine halbe Stunde im Quartal vorsieht. Der PNP-Vertrag lässt ihn auch Patienten ambulant behandeln, die er sonst in die Klinik schicken müsste. Bereits zwei Klinikeinweisungen konnte er auf diese Weise verhindern, und das, obwohl er erst 34 Patienten über den neuen Selektivvertrag betreut. Dannegger rechnet jedoch mit deutlichen Zuwächsen in den nächsten Quartalen, weil der Vertrag sowohl für die Patienten als auch den Arzt Vorteile bringt: Die Patienten profitieren von einer intensiveren Behandlung sowie kürzeren Wartezeiten, und Dannegger muss weniger auf das Zeitbudget achten. „Das ist ja einer der frustrierenden Aspekte der Arbeit: Sie haben einen Notfall und müssen eigentlich viel tun, wissen aber, das bekommen sie nicht vergütet.“ Allerdings müssen die Patienten auch in den Hausarztvertrag zwischen den Kassen und Medi eingeschrieben sein, um am Selektivvertrag teilzunehmen. Diese Kriterien erfüllen bislang nur wenige. Der Selektivvertrag erfordert zudem eine gute Praxisorganisation: Die Patienten sollen möglichst rasch Termine erhalten, es müssen schnell Konsile erstellt oder Berichte geschrieben werden, eventuell sind auch Abendsprechstunden nötig. Zudem brauchen die Ärzte eine spezielle Praxissoftware. All dies schreckt viele Kollegen ab, für Dannegger überwiegen jedoch die Vorteile.

Fokus auf IPT

Einen Großteil seiner Zeit beansprucht die psychiatrische Behandlung, dennoch nimmt sich Dannegger auch Zeit für die Psychotherapie. Sein Interesse gilt dabei besonders der interpersonellen Psychotherapie (IPT). Zusammen mit Professor Elisabeth Schramm von der Uniklinik Freiburg hat er Fortbildungen organisiert, sodass es nun eine kleine Gruppe IPT-kundiger Therapeuten in der Region gibt. Demnächst will er auch eine IPT-Gruppentherapie für Depressive ermöglichen. Schon jetzt bietet er in der Gruppe ein soziales Kompetenztraining für Patienten mit sozialen Phobien, Ängsten und Depressionen an, ebenso leitet er Gruppen zur Psychoedukation bei Schizophrenie. Gerade solche Patienten profitieren auch von der guten Zusammenarbeit mit dem sozialpsychiatrischen Dienst. Ohne ihn wäre die Versorgung deutlich schwieriger.

Eine Besonderheit sind zwei angestellte psychologische Psychotherapeutinnen: Sie kümmern sich um Patienten, die in der benachbarten Schweiz arbeiten und dort versichert sind – in Deutschland Versicherte kann er nicht von angestellten Psychotherapeuten behandeln lassen.

Dabei sieht Dannegger gerade in ländlichen Regionen wie Lörrach noch große Defizite in der ambulanten Versorgung. Selektivverträge sind für ihn ein wichtiger Schritt, um die Situation zu verbessern, er wünscht sich aber auch eine bessere Evaluation der ambulanten Therapie – damit psychisch kranke Patienten tatsächlich die Behandlung bekommen, die sie benötigen. **mut**

Depressive Störungen

Internetbasierte Selbsthilfeprogramme unterstützen die Behandlung

Das Angebot internetgestützter Behandlungs- und Selbsthilfeprogramme psychischer Störungen wächst stetig. Sowohl Befürworter als auch Kritiker führen gute Argumente an, vergessen dabei jedoch, dass diese Programme kein Ersatz für die klassische, persönliche Psychotherapie sind. Allerdings können sie einen Beitrag dazu leisten, Menschen, die sich in einer psychischen Notlage befinden zu unterstützen und sie zu motivieren, für ihre psychische Gesundheit aktiv zu werden oder eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen.

JÖRN MOOCK, SALLY SOPHIE KINDERMANN, KAI KOSSOW, LÜNEBURG

Vor allem Personen mit leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen scheinen von internetbasierten Programmen zu profitieren.

© Huchen Lu / iStockphoto.com

26 **Depressive Störungen**
Internetbasierte Selbsthilfeprogramme unterstützen die Behandlung

35 **Steal-Phänomene der Hirnarterien**

38 **Neurologische Kasuistik**
Zunehmende Gangstörung mit Monospastik

43 **Verworrene Diagnostik bei Patienten mit Mobbing- und Stalking-Syndrom**

46 CME **Perioperative Nervenläsionen**

51 CME **Fragebogen**

Psychische Störungen weisen hinsichtlich ihrer Prävalenz- und Inzidenzraten sowie der verursachten Kosten seit Jahren eine steigende Tendenz auf [1]. Nach Angaben der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) liegt ihre Zwölf-Monats-Prävalenz bei der erwachsenen Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren bei 33,3 % [2]. Nach Einschätzung der Weltbank und der Harvard University zum „global burden of disease" werden psychische Störungen, allen voran depressive Erkrankungen, im Jahr 2020 den zweitgrößten Beitrag zu den „disability-adjusted life years" (DALYs) leisten [3].

Psychische Störungen

Bei Erwachsenen sind affektive Störungen und Angststörungen am häufigsten, gefolgt von den somatoformen Störungen und den Suchterkrankungen [4]. Patienten mit psychischen Störungen finden sich zu gleichen Anteilen in der hausärztlichen und ambulanten fachärztlichen Versorgung [5].

Neben der hohen Krankheitslast in der Bevölkerung sind psychische und psychosomatische Störungen in Deutschland zunehmend Ursache für eine geminderte Leistungsfähigkeit und erfordern einen hohen Behandlungsaufwand, sodass sie enorme volkswirtschaftliche Kosten verursachen. Der Ausfall an Bruttowertschöpfung aufgrund von Krankheitskosten durch psychische Störungen wird für das Jahr 2011 mit rund 45,4 Milliarden Euro [6] ausgewiesen, die volkswirtschaftlichen Folgekosten werden voraussichtlich in den kommenden Jahren weiter steigen. Derzeit liegen die direkten Kosten (Versorgungskosten) trotz der niedrigen Behandlungsrate psychischer Störungen [4] bei etwa 28,6 Milliarden Euro, wobei ein Großteil auf die stationären Behandlungen entfällt. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes könnten diese bis 2030 auf rund 32 Milliarden Euro anwachsen. Psychische Störungen werden somit zunehmend zu einer gesamtgesellschaftlichen Herausforderung.

Während der Krankenstand in den letzten Jahren insgesamt rückläufig war, ist bei psychischen Störungen im vergangenen Jahrzehnt eine Zunahme an Fehltagen von mehr als 50 % zu verzeichnen [7, 8]). Sie verursachten im Jahr 2010 13,6 % aller Arbeitsunfähigkeitstage und stehen damit an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten [6]. Dabei ist auffällig, dass immer häufiger junge Menschen betroffen sind, vor allem von Depressionen. Nach Angaben aus der DEGS-Studie bestand bei 8,1 % der Teilnehmer eine depressive Symptomatik [9]. Mit fast 10 % war der Anteil unter den 18- bis 29-Jährigen am höchsten. Der niedrigste Wert zeigte sich mit 6,3 % bei den 65-Jährigen. Zudem nehmen psychische Erkrankungen mit einer durchschnittlichen Falldauer von 27,8 Tagen die Spitzenposition ein [8].

Depressive Störungen

Depressionen stellen heute in der Allgemeinbevölkerung die häufigste psychische Störung dar, wobei die Punktprävalenz zwischen 5,2 % und 16 % [10, 11] enorm schwankt. Die Zwölf-Monats-Prävalenz liegt zwischen 3 % und 10,9 % [12, 10]. Über die gesamte Lebensspanne (Lebenszeitprävalenz) betrachtet erkrankt annähernd jeder fünfte mindestens einmal an einer depressiven Störung [1], dabei beträgt das Verhältnis von Frauen zu Männern etwa 2 : 1. Etwa 10,6 % der hausärztlichen Patienten [13] sind von einer depressiven Störung betroffen und leiden häufig unter weiteren komorbiden psychischen Störungen. Rund 60 % der Personen mit einer depressiven Störung und fast 80 % derjenigen Personen mit einer Dysthymie weisen mindestens eine weitere psychische Störung auf [14]. Dabei gehören Angst- und Zwangs-, Ess- , Persönlichkeits- und somatoforme Störungen sowie Alkoholabhängigkeit zu den häufigsten Komorbiditäten depressiver Störungen.

Defizite im Versorgungssystem

Für die Versorgung psychisch kranker Menschen stehen heute in Deutschland eine Vielzahl von Einrichtungen zur Verfügung. Seit der Psychiatriereform Mitte der 1970er-Jahre gab es große Anstrengungen und eine Vielzahl von Modellprojekten zur Verbesserung der Versorgung, zur Installierung gemeindepsychiatrischer Angebote und zur Vernetzung der einzelnen Leistungserbringer [15]. Die angestrebte gemeindenahe Versorgung wurde jedoch nicht mit letzter Konsequenz umgesetzt, sodass weiterhin nur wenige Menschen mit einer psychischen Störung irgendeine und noch weniger eine adäquate Behandlung erhalten. Die tatsächlichen Behandlungsraten fallen mit unter 50 % nach wie vor gering aus [4]. Eine einfache Erklärung für den geringen Versorgungsgrad gibt es nicht. Die Gründe sind vielfältig und reichen von der Unkenntnis psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung und Angst vor gesellschaftlicher Ausgrenzung durch Stigmatisierung und anderen sozialen Restriktionen, über mangelhafte Früherkennung bis zu Zeitmangel bei den Haus- und Fachärzten [16]. Darüber hinaus tragen die regionale psychotherapeutische Unterversorgung und die resultierenden langen Wartezeiten zu den niedrigen Therapie-

quoten bei [17]. Dies und die Tatsache, dass verschiedene Sektoren und Kostenträger jenseits der GKV in die Versorgung involviert sind, führt zu einer starken Fragmentierung und dazu, dass das System nicht nur für Unbeteiligte unübersichtlich ist [18]. Die Versorgung ist somit teilweise durch Unübersichtlichkeit, begrenzte Effektivität, Unwirtschaftlichkeit sowie Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Onlinegestützte Behandlungsangebote für Menschen mit einer psychischen Störung werden diese Herausforderungen nicht allein bewältigen, aber sie können als zugleich innovative und ökonomische Variante herkömmlicher Therapiemöglichkeiten einen Beitrag zur Erweiterung des gegenwärtigen Behandlungsangebots leisten, und dadurch mehr Menschen ein strukturiertes und breit zugängliches Versorgungsangebot, entweder in Eigenregie oder mit therapeutischer Unterstützung, offerieren.

Internetbasierte Angebote für Selbsthilfe oder Therapie

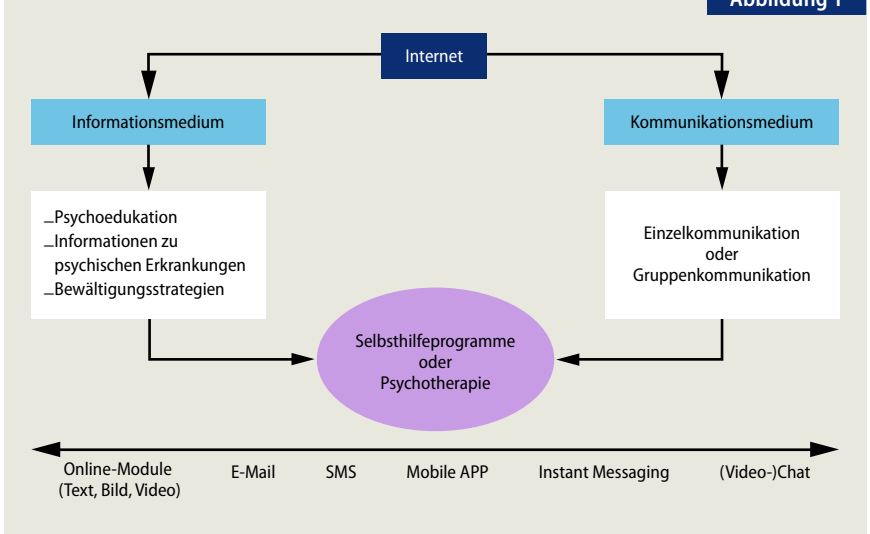
Kaum eine andere Technologie hat das berufliche und private (Er-)leben in zwei Jahrzehnten so weitgehend verändert wie das Internet. Vor 20 Jahren, am 30. April 1993, wurde der Zugang zu „Hypertext Markup Language“ (HTML)-Dokumenten für die öffentliche Nutzung freigeschaltet. Standen damals nur einige wenige rein textbasierte Homepages zur Verfügung, sind es zwei Jahrzehnte später weit mehr als 14 Milliarden Websites. Zudem hat sich die Reichweite des Internets stetig vergrößert, sodass mittlerweile weltweit 2,4 Milliarden Menschen das Internet als zentrale Informations- und Kommunikationsplattform nutzen. Waren die ersten Websites noch statische Dokumente aus Texten und Bildern, geben mittlerweile komplexe, interaktive Anwendungen in Verbindung mit umfangreichen Datenbanken den Ton im World Wide Web an. Eine weitere Technologieinnovation markiert die Einführung des Apple iPhone im Jahr 2007 mit seiner Multitouch-Bedienoberfläche. Bereits sechs Jahre später haben Smartphones einen Marktanteil von über 50 % und tragen so zu einer rasanten Verbreitung des mobilen Internets bei. Gerade die dadurch ermöglichte Vernetzung verschiedener Gerätetechnologien (u. a. Notebook, Tablet, Smartphone) sichert breite Zugangswege sowie Flexibilität für die Nutzer und macht das Internet auch für den Gesundheitssektor interessant, da es die Möglichkeit bietet über reine Informationsportale hinaus auch Versorgungsleistungen internetbasiert anzubieten.

Noch vor wenigen Jahren erschien es undenkbar, dass die Versorgung von Menschen mit einer psychischen Störung auch internetgestützt durchgeführt werden könnte. Doch mittlerweile wird diese uneingeschränkte Kritik nicht mehr von allen geteilt. Einerseits gibt es zahlreiche internationale Studien, die gute Behandlungseffekte von internetgestützten Therapien und Selbsthilfeprogrammen ausweisen. Andererseits wächst die Zahl der Befürworter aus dem ärztlichen Sektor, die in der internetgestützten Versorgung eine Chance sehen, die gravierenden Versorgungslücken, insbesondere in ländlichen Regionen, zu schließen.

Das Angebot an psychiatrischen Interventionen im Internet ist groß und reicht von Nachsorge und psychoedukativen Selbsthilfeprogrammen über moderierte Einzel- und Gruppenchats, bis hin zu Therapieformen bei denen Patient und Therapeut entweder zeitversetzt oder in Echtzeit textbasiert miteinander kommunizieren. **Abbildung 1** gibt hierzu einen Überblick. Da das Internet vor allem als Informations- und synchrones oder asynchrones Kommunikationsmedium fungiert, lassen sich mehrere Dimensionen in der Einteilung von internetbasierten Therapieformen unterscheiden, die in verschiedenen Kombinationen auftreten können [19]. Damit gehen internetgestützte Angebote weit über andere telekommunikationsgestützte Programme, wie etwa die Telefonseelsorge, hinaus und könnten zukünftig ein ergänzender Baustein in der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Störung sein.

Deutschland hängt dem internationalen Trend hinterher, parallel zu den üblichen Versorgungsangeboten auch internetgestützte Programme zu etablieren. Internetbasierte psychotherapeutische Behandlungen werden seit etwa 20 Jahren entwickelt und sind vor allem in Ländern wie Großbritannien, den Niederlanden, Australien und den USA verbreitet. In Deutschland gibt es sie bisher überwiegend in Form von Studien und Modellprojekten oder als Selbstzahlerangebote. Als Bestandteil der Regelversorgung sind sie jedoch nicht zugelassen [20, 21]. Anders ist die Situation in den europäischen Nachbarländern. Aus den Niederlanden stammt mit „Interapy“ eines der bekanntesten Online-Therapieangebote (www.interapy.nl), das mittlerweile Interventionsangebote für eine Vielzahl von Störungsbildern (u. a.

Abbildung 1



© J. Moock et al.

Psychiatrische Interventionen im Internet

posttraumatische Belastungsstörung, sexueller Missbrauch bei Adoleszenten, Essstörungen, Panikstörungen, Burnout und Depression) anbietet. In den Niederlanden können solche online durchgeführten Interventionsprogramme bereits seit 2005 mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Für Schweden und Norwegen konnten Andersen und Svensson 60 Online-Angebote identifizieren, die sich an Menschen mit einer psychischen Störung richten [22]. In Großbritannien hat das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) im Jahr 2006 in seinen Leitlinien zur Behandlung der Depression eine internetbasierte Verhaltenstherapie als zweiten Schritt eines gestuften Behandlungsplans vorgeschlagen und das Online-basierte Selbsthilfeprogramm „Beating the Blues" empfohlen [23].

Die folgende Auflistung zeigt ausgewählte Anbieter internetgestützter Programme für psychisch Erkrankte in anderen Ländern:

Europa

- „Beating the Blues" (England): Online-Module gegen Depressionen und Angststörungen. Kosten werden vom NHS übernommen (www.beatingtheblues.co.uk)
- „Fear Fighter" (England): Online-Module bei Angststörungen (www.fearfighter.com)
- „Interapy" (Niederlande/Schweiz): strukturierte Schreibtherapie für traumatisierte Patienten (www.interapy.nl).

Australien

- „Mood Gym": kostenloses Online-Coaching gegen Depressionen von der Australian National University (www.moodgym.anu.edu.au)
- „CRUfAD": vom St. Vincent's Hospital Sydney; Kombination aus verhaltenstherapeutischer Online-Therapie und telefonischer Unterstützung durch einen Therapeuten. Therapiebereiche sind Depressionen, Angststörungen, Panikattacken und soziale Phobie (www.crufadclinic.org).

USA

- „Online-Therapy": ein privates Programm zur kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) für Störungsbildern wie Angststörungen, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). Es werden je Acht-Wochen-Online-Module angeboten, die durch einen Therapeuten im Hintergrund begleitet werden (Feedback, Chat-Möglichkeit) (www.online-therapy.com).

Obwohl das Internet erst seit zwei Jahrzehnten einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung steht und Online-gestützte Selbsthilfe- und Therapieangebote für Menschen mit einer psychischen Störung erst zu Beginn des neuen Jahrtausends entwickelt wurden, ist der eMental Health Sektor ein sehr aktiver Forschungsbereich. Bereits die einfache Suche nach den Begriffen „Internet-based psychological treatment" bei PubMed erzielt 196 Treffer (27. Mai 2013). Häufig werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze (Computerised Cognitive Behavioral Therapy, CCBT) verwendet, die auf bewährte Therapiemanuale aus dem Face-to-Face-Setting zurückgreifen. Standen Anfangs vor allem Angststörungen und leichte bis moderate depressive Störungen im Zentrum der internetgestützten Angebote, werden neuerdings auch Online-Programme für schwere psychische Erkrankungen entwickelt. So gibt es in Großbritannien seit kurzer Zeit ein internetgestütztes Selbsthilfeprogramm für Menschen mit einer Schizophrenie (www.copingtutor.com).

Computergestützte Selbsthilfe- und Therapieangebote: Vor- und Nachteile

Online-Angebote für Menschen mit einer psychischen Störung werden intensiv beforscht. Mittlerweile liegen zahlreiche prospektive, randomisierte, kontrollierte Längsschnittstudien vor, die für unterschiedliche Programme positive Effekte nachweisen [23 – 30]. Alle Autoren weisen jedoch darauf hin, dass die erzielten Behandlungseffekte je nach untersuchtem Programm stark schwanken und nicht allen Programmen eine Wirksamkeit attestiert werden kann. Dieses Ergebnis ist nicht verwunderlich, da sich die Programme in verschiedenen Merkmalen wie Eingangsdiagnostik, Ausschlusskriterien, Individualisierungsgrad und der Einbindung eines Therapeuten unterscheiden.

Bevor der Patient an einem Programm teilnehmen kann, muss eine umfassende Eingangsdiagnostik stattfinden. In der Regel werden hierfür internetgestützt generische und störungsspezifische Fragebögen zur subjektiven Einschätzung eingesetzt. Im Gegensatz zum ambulanten Setting fehlt in den meisten Fällen eine Fremdbeurteilung durch einen Psychiater oder psychologischen Psychotherapeuten. Zwar handelt es sich bei den eingesetzten Instrumenten meist um gut eingeführte und valide Messverfahren, allerdings kann dies häufig nicht ein Fremdurteil durch einen Experten ersetzen. Aus diesem Grund erfolgt auch für internetgestützte Programme zunehmend eine Kombinationsdiagnostik aus Eigen- und Fremdbeurteilung in Form von klinisch-diagnostischen Interviews, die sowohl im persönlichen Kontakt als auch telefonisch oder per Videotelefonie durchgeführt werden.

Während im ambulanten Setting schwere psychische Störungen, mit einer hohen dissoziativen Symptomatik und psychotischem Erleben, aber auch eine erhöhte Suizidalität in der Regel keine Ausschlusskriterien für eine Behandlung darstellen, ist dies bei internetbasierten Behandlungs- und Selbsthilfeangeboten anders. Gegenwärtig ist es übliche Praxis, Personen mit einer akuten Suizidalität von internetgestützten Behandlungsangeboten auszuschließen. Eine Studie aus Australien zeichnet jedoch ein anderes Bild: Annähernd 300 Patienten nahmen an der internetbasierten KVT für Depression (www.thiswayup.org.au) teil, davon gab mehr als die Hälfte (54 %) der Patienten zu Beginn der Online-Therapie an, suizidale Gedanken oder konkrete Suizidabsichten zu haben [31]. Diese Rate verringerte sich, unabhängig von Alter und Geschlecht, nach Beendigung des Programms auf 30 %. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass es möglicherweise gute Gründe dafür gibt, Patienten mit einer erhöhten Suizidgefahr nicht von internetgestützten Programmen auszuschließen, da diese eine protektive Wirkung auf die Suizidalität haben [32].

Weiter unterscheiden sich die Programme hinsichtlich des Individualisierungsgrades und darin, ob es sich um ein therapeutenbegleitendes oder therapeutenunabhängiges Programm handelt. Eine Studie aus Schweden zeigt, dass es einen direkten Zusammenhang

zwischen der eingesetzten Therapeutenzeit und der Wirksamkeit der Behandlung gibt [33]. Eine kürzlich publizierte systematische Übersichtsarbeit aus den USA berichtet vergleichbare Ergebnisse [34] und weist darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen Therapeutenpräsenz und Erkrankungsschwere besteht und dass Programme, die von einem Therapeuten begleitet werden, insbesondere für Menschen mit einer schweren depressiven Störung und in einem klinischen Kontext geeignet sind.

Behandlungseffekte von internetgestützten Angeboten

Studienergebnisse zeigen, dass die hohe Verfügbarkeit von Internetzugängen auch in entlegenen Regionen und die häufig niedrigschwelligen Psychotherapie- und Selbsthilfeangebote zu einer hohen Akzeptanz und Teilnahmebereitschaft an den Untersuchungen führten. Zudem weisen die systematischen Übersichtsarbeiten darauf hin, dass die Internetangebote besonders bei Angststörungen moderate bis hohe Behandlungseffekte aufweisen. In einem umfassenden Review berücksichtigten Barak et al. [28] 92 Studien und fanden einen moderaten Gesamteffekt zugunsten der internetgestützten Intervention von Cohens d = 0,53. Die Wissenschaftler schließen daraus, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze besonders gut für eine internetgestützte Umsetzung geeignet sind und in Studien Behandlungseffekte erzielen, die mit denen von Face-to-Face-Interventionen vergleichbar sind.

Während Internetangebote zur Behandlung von Angststörungen weitestgehend positive Ergebnisse zeigen, sind die Ergebnisse bei Angeboten für Menschen mit einer depressiven Störung uneinheitlich. Sikorski et al. untersuchten in einem systematischen Review die Effektivität computer- und internetgestützter kognitiver Verhaltenstherapie bei Depression [35]. Anhand von 16 Studien wurden Effektstärken von Cohens (d = 0,0 – 1,1) in Abhängigkeit der Häufigkeit und Dauer des Therapeutenkontaktes sowie der Art der Kontrollgruppe berichtet. In einem aktuellen Review von Johansson und Andersson wurden 25 Studien eingeschlossen [24]. Es zeigte sich ein moderater Gesamteffekt von d = 0,41, wobei die Wirksamkeit in engem Zusammenhang mit dem Konzept des Internetprogramms stand. Während bei Selbsthilfeprogrammen ohne persönlichen Kontakt kleine Effekte von d = 0,25 (95 % Konfidenzintervall (KI): 0,14 – 0,35) auftraten, zeigten sich bei moderierten Angeboten (d. h. mit therapeutischem Kontakt) moderate bis große Behandlungseffekte von d = 0,61 (95 % KI: 0,45 – 0,77). Diese Analysen stützen die Ergebnisse von Andersson und Cuijpers aus dem Jahr 2009, die insgesamt zwölf Studien zu internetgestützten Programmen zur Bewältigung einer depressiven Störung einschlossen und bei den Angeboten ohne therapeutische Unterstützung keine Wirksamkeit, aber hohe Drop-out-Raten beobachteten. Vergleichbare Ergebnisse wiesen Kaltenthaler et al. nach [23]. In einer systematischen Literaturarbeit fanden sie kleine bis mittlere Behandlungseffekte und Drop-out-Raten von 18 – 41 %.

Deutschland: Nachzügler bei internetgestützten Behandlungsangeboten

Auch in Deutschland existieren seit einigen Jahren internetgestützte KVT-Selbsthilfeprogramme, die sich vor allem darin unterscheiden, ob sie als reine Selbsthilfe- oder als therapeutengeleitete Programme angeboten werden:

Bei Net-Step (www.net-step.de) handelt es sich um ein Modellprojekt der AOK Rheinland/Hamburg für ihre Mitglieder, die an sozialen Ängsten, Depressionen oder Panikstörungen leiden.

Die Novego AG (www.novego.de) ist ein junges Start-up-Unternehmen aus Niedersachsen, das internetgestützte Selbsthilfeprogramme für unterschiedliche Störungsbilder entwickelt. Das Behandlungsangebot umfasst Depression, postpartale Depression, Herzerkrankungen, chronischen Rückenschmerz, Burnout und Angststörungen mit therapeutischem Feedback und Telefonberatung sowie die Möglichkeit, den eigenen Arzt oder Therapeuten einzubinden. Das Angebot ist kostenpflichtig und richtet sich an Mitglieder bestimmter Krankenkassen, welche die Kosten übernehmen sowie an Selbstzahler. Die Selbsthilfeangebote sind modular aufgebaut und werden anhand eines umfassenden Eingangs-Screening auf die individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Teilnehmers abgestimmt. Neben dem zwölfwöchigen Depressionsprogramm bietet Novego zwei weitere Vier-Wochen-Programme zu den Themen „Burnout“ und „Angst“ an. Die von Novego angebotenen Programme basieren auf Methoden der KVT, der systemischen Therapie sowie des Achtsamkeitstrainings und beinhalten neben Informationstexten vor allem interaktive Übungen, praktische Hilfestellungen für den Alltag, Gedankenanstöße für neue Sichtweisen in Form von Audios sowie eigens für das Programm komponierte Musik. Das Programm ist online erhältlich und bleibt auch nach Ablauf der zwölf Wochen noch ein Jahr verfügbar.

Ein europaweites Online-Präventionsprogramm für Jugendliche im Alter von 15 bis 25 Jahre ist ProYouth (www.proyouth.eu). In Deutschland wird das Programm für Jugendliche mit erhöhtem Risiko für Essstörungen unter Federführung der Forschungsstelle für Psychotherapie des Universitätsklinikums Heidelberg angeboten. Wesentliches Ziel des ProYouth-Internetportals ist es, Jugendliche über seelische Gesundheit, Gesundheitsförderung und Essstörungen zu informieren und aufzuklären sowie jungen Menschen zu helfen, problematische Einstellungen und riskante Verhaltensweisen zu erkennen. Darüber hinaus bietet das Portal konkrete Unterstützung durch Gleichaltrige, Moderatoren oder Experten, um die Entwicklung von Essstörungen und ihre Kontextfaktoren zu verhindern beziehungsweise zu reduzieren.

Das Programm „Supportives Monitoring und Krankheitsmanagement über das Internet“ (SUMMIT; https://summit.fost-hd.de) wurde im Rahmen des DFG-Forschungsprojekts „Individualisiertes Behandlungsmanagement bei chronisch rezidivierender Depression: Wirksamkeit einer internetgestützten Interventionsstrategie“ an der Forschungsstelle für Psychotherapie des Universitätsklinikums Heidelberg entwickelt. Ziel dieses Onlinetools ist es, Menschen, die wiederholt Phasen einer depressiven Erkrankung durchlaufen haben, eine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung anzubieten. Im Rahmen einer Multicenterstudie wird das Programm gegenwärtig evaluiert.

Deprexis ist ein internetgestütztes Selbsthilfeprogramm, das von dem Hamburger Unternehmen GAIA entwickelt wurde und mittlerweile zum Pharmaunternehmen Merz Pharmaceuticals gehört. Das Angebot richtet sich an Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Depression und besteht aus zehn Modulen, die wöchentlich bearbeitet werden. Es umfasst viele Interventionen, die in der Regel auch Bestandteil einer KVT sind: Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen, Aufklärung über die Kraft der Gedanken, Motivation zum Aufbau von Aktivitäten und Erfolgserlebnissen.

Das Diskussionsforum vom Bündnis gegen Depression und der Stiftung Deutsche Depressionshilfe (www.diskussionsforum-depression.de) hat das Ziel, Betroffenen und Angehörigen eine internetgestützte Plattform für den Erfahrungsaustausch zur Verfügung zu stellen. Es können Informationen ausgetauscht und Empfehlungen abgegeben werden. Damit kein kommunikativer Wildwuchs, wie in vielen anderen Internetdiskussionsforen entsteht, wird das Diskussionsforum Depression von Mitarbeitern der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig moderiert [36].

Im Rahmen des Innovationsinkubators der Leuphana Universität Lüneburg entwickelt und evaluiert das Kompetenztandem „GesundheitsTrainings.online" (GET.ON; www.geton-training.de) verschiedene internetgestützte Gesundheitstrainings. Darunter finden sich Programme zur Bewältigung von depressiver Stimmung, Stressbewältigung, gesundem Schlaf, Panik, Angstzuständen, Prokrastination und Vaginismus. Die Trainings basieren auf Methoden der KVT. Zusätzlich zu dem Online-Angebot werden die teilnehmenden Patienten per Videochat von einem eCoach begleitet, der sie bei der Bearbeitung der einzelnen Module unterstützt.

Die genannten Selbsthilfeangebote basieren zwar auf bewährten Methoden, den empirischen Nachweis der Wirksamkeit bleiben sie jedoch bislang schuldig. Allerdings sind in den vergangenen zwei Jahren zahlreiche Untersuchungen gestartet, die die Programme in randomisiert kontrollierten Studiendesigns untersuchen. So evaluiert eine Arbeitsgruppe um Professor Wulf Rössler im Rahmen des Innovationsinkubators der Leuphana Universität Lüneburg das Selbsthilfeprogramm „HelpID" der Firma Novego in einer randomisiert kontrollierten Längsschnittuntersuchung. Das Online-Programm Deprexis wird unter Leitung der Universität zu Lübeck im Rahmen einer kontrollierten Studie für Menschen mit leichten bis mittelgradigen depressiven Symptomen evaluiert und die vom Kompetenztandem „GET.ON" entwickelten Online-Trainings werden ebenfalls anhand randomisierter Studien evaluiert, so dass im kommenden Jahr mit ersten belastbaren Ergebnissen zu rechnen ist.

Fazit für die Praxis

Befürworter der internetgestützten Selbsthilfe oder psychotherapeutisch begleiteten Programme führen als Vorteile Kostenwirksamkeit, Anonymität, unmittelbare Verfügbarkeit und permanente Zugriffsmöglichkeit ins Feld. Therapieangebote aus dem Internet können für Personen, deren Lebenssituation (z. B. aufgrund von Mobilitätseinschränkungen) einen Zugang zu einer herkömmlichen Face-to-Face-Therapie erschwert oder die Angst vor einer Stigmatisierung haben, eine Möglichkeit sein, professionelle Hilfe zu erhalten oder diese in Anspruch zu nehmen. Vor allem für Menschen, die in psychotherapeutisch unterversorgten oder in ländlichen Regionen leben, eröffnen Online-Programme eine alternative Zugangsmöglichkeit zu einer Behandlung und können so einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsoptimierung leisten. Die Kritiker benennen den Verlust der direkten verbalen und non-verbalen Kommunikation als einen der größten Nachteile. Zudem weisen sie auf ethische und rechtliche Probleme hin und schätzen die empirische Evidenzlage als noch unzureichend ein.

Sowohl Befürworter als auch Kritiker führen gute Argumente an, vergessen dabei aber einen wesentlichen und zentralen Aspekt: Internetgestützte Programme sind kein Ersatz für die klassische, persönliche Psychotherapie, sie können aber einen Beitrag dazu leisten, Menschen, die sich in einer psychischen Notlage befinden, bei der Bewältigung dieser zu unterstützen und sie zu motivieren, für ihre psychische Gesundheit aktiv zu werden sowie gegebenenfalls eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen. Darüber hinaus weisen zahlreiche internationale Studien darauf hin, dass vor allem Personen mit leichten bis mittelgradigen Störungen von internetbasierten Programmen profitieren und dass Methoden aus der KVT besonders gut für eine Online-Adaption geeignet sind [35]. Die angeführte Kritik sollte somit weniger standespolitisch als vielmehr inhaltlich geprägt sein und internetgestützte Programme durchaus differenziert aber auch objektiv beurteilen. Vielmehr ist es wichtig, dass Fachvertreter mit den Entwicklern in eine Diskussion um die Qualität der Programme einsteigen, denn es ist sicher nicht hilfreich, wenn Lifestyle- und Wellness-Homepages Menschen mit einer psychischen Störung suggerieren, dass die Heilung nur einen Klick entfernt ist und ein kurzes zehn- bis zwölfwöchiges modulares Intermezzo sie von ihrer Erkrankung heilt. Fachvertreter sollten gezielt Programme empfehlen, deren Wirksamkeit empirisch nach Kriterien guter wissenschaftlicher Praxis nachgewiesen wurde. Das Angebot an internetgestützten Behandlungs- und Selbsthilfeprogrammen wird in den kommenden Jahren stetig wachsen, was eine fachliche Auseinandersetzung mit den dargebotenen Inhalten umso wichtiger macht, damit Patienten tatsächlich sowohl von einem internetgestützten Selbsthilfeprogramm als auch von einer Face-to-Face-Therapie profitieren und es eventuell in naher Zukunft gute Kombinationsangebote im Sinne eines „stepped care"-Ansatzes gibt. Es bedarf also noch großer Anstrengungen in der Kommunikation und in der Zusammenarbeit zwischen den Entwicklern von Online-Programmen und den psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychologischen Fachvertretern, um für die Patienten effektive und maßgeschneiderte Behandlungsalternativen zur Verfügung zu stellen. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. rer. med. Jörn Moock
Dipl.-Psych. Sally Sophie Kindermann
Dipl.-Psych. Kai Kossow
Kompetenztandem „Vernetzte Versorgung"
Innovations-Inkubator
Leuphana Universität Lüneburg
Rotenbleicher Weg 67, 21335 Lüneburg
E-Mail: joern.moock@inkubator.leuphana.de

Literatur

1. Jacobi F, Wittchen H, Holting C, Hofler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med. 2004;34(4):597-611
2. Wittchen HU, Jacobi F, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Gaebel W, Zielasek W, Maier W, Wagner M, Hapke U, Siegert J, Höfler M. Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Erste Ergebnisse der "Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit" (DEGS-MHS). In: Kurth BM (Hrsg.): Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS). Bundesgesundheitsblatt. 2012;55:980–99
3. Murray CJL, Lopez AD. Evidence- based health policy-lessons from the global burden of disease study. Science. 1996;274:740-743
4. Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt. 2001;44:993–1000
5. Löwe B, Gräfe K, Kroenke K, Zipfel S, Quenter A, Wild B, Fiehn C, Herzog W. Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. Psychosomatic Medicine. 2003;65(5):764-770
6. BKK Bundesverband. BKK Faktenspiegel – Seelische Gesundheit. BKK Bundesverband, Essen. 2012; online verfügbar: www.bkk.de/faktenspiegel
7. Bundespsychotherapeutenkammer. BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit: Psychische Erkrankungen – keine Frage des Alters. 2011; online verfügbar unter http://www.bptk.de.
8. DAK. DAK-Gesundheitsreport 2011. DAK, Hamburg. 2011 online verfügbar: http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/E6F3246A8B9E2276C12578240047C8B7/$File/DAK_Gesundheitsreport_2011_I.pdf
9. Busch A, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl. 2013;56:733–739
10. Ellert U, Wirz J, Ziese T. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2. Welle): deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin: Robert-Koch-Institut, (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). 2006
11. Fichter M, Kohlboeck G, Quadflieg N. The Upper Bavarian longitudinal community study 1975-2004. 2. Long-term course and outcome of depression. A controlled study. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2008;258:476-488
12. Friemel S, Bernert S, Angermeyer M, König HH. Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland - Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Projekt. Psychiatrische Praxis. 2005;32:113-121
13. Pittrow D, Pieper L, Klotsche J, Wittchen HU. DETECT-Ergebnisse einer klinisch-epidemiologischen Querschnitts- und Verlaufsstudie mit 55000 Patienten in 3000 Hausarztpraxen. Elsevier, Urban & Fischer: München. 2007
14. Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitssurvey 1998. Bundesgesundheitsblatt. 2001;44:993-1000
15. Rössler W. Versorgungsstrukturen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. Psychiatrie und Psychotherapie. Springer: Berlin. 2008:937-962. Abgerufen von http://dx.doi.org/10.1007/9783540331292_39
16. Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, de Pilars MP, Abholz HH. Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. Psychiat Prax. 2009;62(Suppl. 26):23-28
17. Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U. Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41. Berlin, Robert-Koch-Institut. 2008
18. Bramesfeld A, Wismar M, Mosebach K. Managing mental health service provision in the de-centralized, multilayered health and social care system of Germany. The Journal of Mental Health Policy and Economics. 2004;7(1):314
19. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy. A review of meta-analyses. Clin Psychol Rev. 2006;26:17–31
20. Almer S & Warntjen M. Psychotherapie und Internet. Psychotherapeut. 2009;54(5):393-396
21. Wagner B & Maercker A. Psychotherapie im Internet – Wirksamkeit und Anwendungsbereiche. Psychotherapeutenjournal. 2011;1:33-42
22. Andersen AJ & Svensson T. Internet-based mental health services in Norway and Sweden: characteristics and consequences. Adm Policy Ment Health. 2013;40(2):145-53
23. Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E, Tumur I, Ferriter M, Beverley C, Parry G, Rooney G, Sutcliffe P. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2006;10(33):1-168
24. Johansson R & Andersson G. Internet-based psychological treatments for depression. Expert Rev Neurother. 2012;12(7):861-9
25. Cunningham JA, Khadjesari Z, Bewick BM, Riper H. Internet-based interventions for problem drinkers: From efficacy trials to implementation. Drug Alcohol Rev. 2010;29(6):617-22
26. Amstadter AB, Broman-Fulks J, Zinzow H, Ruggiero KJ, Cercone J. Internet-based interventions for traumatic stress-related mental health problems: a review and suggestion for future research. Clin Psychol Rev. 2009;29(5):410-20
27. Andersson G & Cuijpers P. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. Cognitive Behaviour Therapy. 2009;38(4):196-205
28. Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M. A comprehensive Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. Journal of Technology in Human Services. 2008;26(2/4):109-160
29. Cuijpers P, Marks IM, van Straten A, Cavanagh K, Gega L, Andersson G. Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. Cogn Behav Ther. 2009;38(2):66-82
30. Spek V, Cuijpers P, Nyklícek I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. Psychol Med. 2007;37(3):319-28
31. Watts S, Newby JM, Mewton L, Andrews G. A clinical audit of changes in suicide ideas with internet treatment for depression. BMJ Open. 2012;13;2(5)
32. Williams AD & Andrews G. The effectiveness of Internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for depression in primary care: a quality assurance study. PLoS One. 2013;8(2):e57447
33. Palmqvist B, Carlbring P, Andersson G. Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2007;7(3):291-7
34. Newman MG, Szkodny LE, Llera SJ, Przeworski A. A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: is human contact necessary for therapeutic efficacy? Clin Psychol Rev. 2011;31(1):89-103
35. Sikorski C, Luppa M, Kersting A, König HH, Riedel-Heller S. Effektivität computer- und internetgestützter kognitiver Verhaltenstherapie bei Depression. Ein systematischer Literaturüberblick. Psychiat Prax. 2011;38:61–68
36. Blume A, Mergl R, Niedermeier N, Kunz J, Pfeiffer-Gerschel T, Karch S, Havers I, Hegerl U. Evaluation eines Online-Diskussionsforums für an Depression Erkrankte und Angehörige - eine Untersuchung zu Motiven und Auswirkungen der Teilnahme. Neuropsychiatrie. 2009;23(1):42-51

Farbduplexsonografie

Steal-Phänomene der Hirnarterien

Steal-Phänomene der hirnversorgenden Arterien machen spezifische bildgebende Diagnosemethoden notwendig, wobei sich die Farbduplexsonografie am besten eignet. Steal-Syndrome erfordern gegebenenfalls invasive Therapieverfahren. Liegt eine Arteriosklerose zugrunde, müssen die vaskulären Risikofaktoren der Patienten analysiert und behandelt werden, um die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität zu senken.

GÜNTER SEIDEL, HAMBURG

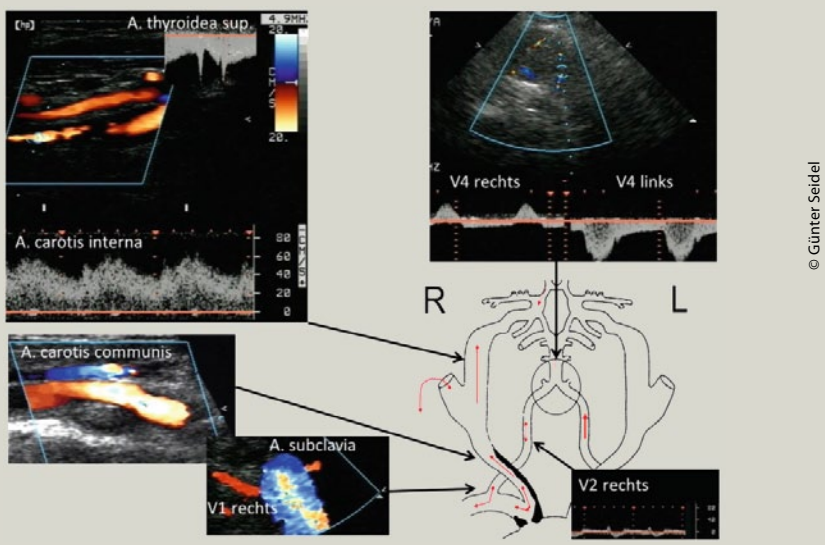
Unter einem Steal-Phänomen ist allgemein die Umverteilung von Blut in einem komplexen Gefäßabschnitt durch eine vorgeschaltete Obstruktion zu verstehen. Das häufigste und bekannteste Steal-Phänomen ist das Subclavian-Steal durch höhergradige Stenose oder Verschluss der A. subclavia oder des Truncus brachiocephalicus mit hämodynamischen Auswirkungen zumindest auf die ipsilaterale A. vertebralis (0,5 – 2 % der dopplersonografischen Hirnarterienuntersuchungen). Dieses hämodynamische Phänomen lässt sich sehr exakt mit Hilfe der Doppler- und Farbduplexsonografie der hirnversorgenden Arterien analysieren. Neben der technischen Durchführung sind die Interpretation der Ergebnisse und deren Einbindung in den klinischen Kontext des Patienten (Steal-Syndrom) für die nachfolgende Behandlung entscheidend.

Dieser Beitrag, der sich auf einen Vortrag der DGN-Jahrestagung 2012 bezieht, geht auf die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten im Umgang mit Steal-Phänomenen und -Syndromen ein.

Steal-Phänome

Der Prototyp und häufigste Manifestation eines Steal-Phänomens ist das Subclavian-Steal-Phänomen. Hierbei kommt es durch eine Stenose oder einen Verschluss der A. subclavia oder des Truncus brachiocephalicus proximal des Abgangs der A. vertebralis zu einer – im Herzzyklus zeitweisen oder permanenten – retrograden Durchströmung der A. vertebralis.

Diagnostisch wird zunächst die A. subclavia auskultiert und der arterielle Blutdruck an den Armen unblutig gemessen. Ist die Differenz des systolischen Blutdrucks beider Arme größer als 20 % relativ oder größer als 30 mmHg absolut besteht der akute Verdacht auf eine hochgradige Stenose oder einen Verschluss der proximalen A. subclavia oder des Truncus brachiocephalicus. Mit Hilfe der Doppler- oder besser der Farbduplexsonografie werden dann die A. subclavia und A. vertebralis beidseits sowie der Truncus brachiocephalicus untersucht. Natürlich ist die Analyse der zerebralen Hämodynamik nur durch die komplette extra- und intrakranielle Farbduplexsonografie möglich. Das Dopplerfrequenzspektrum in der A. vertebralis gibt Auskunft über die hämodynamische Relevanz der vorgeschalteten Stenose. Bei Verdacht auf ein inkomplettes Steal-Phänomen kann der „Oberarmkompressionstest“ zur Klärung des suspekten Dopplerfrequenzspektrums beitragen. Hierzu wird über ein bis zwei



© Günter Seidel

Abbildung 1: Komplexes Steal-Phänomen bei hochgradiger langstreckiger proximaler Stenose des Truncus brachiocephalicus mit Beteiligung der proximalen A. carotis communis und hieraus resultierendem kombinierten annähernd komplettem vertebro-vertebralen (V2-Segment Pendelfluss/V4-Segment retrograder Fluss) und inkomplettem interno-subclavialen Steal (systolische Entschleunigung der A. carotis interna und auch der A. thyreoidea superior).

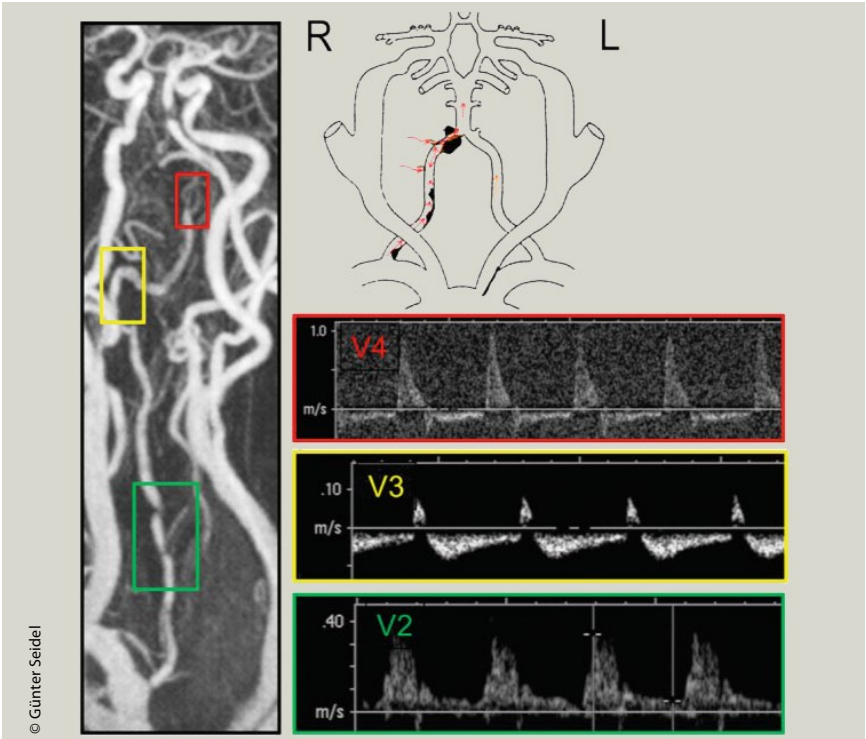


Abbildung 2: Segmentales externo-cerebello-vertebrales Steal in der A. vertebralis bei multisegmentaler proximaler Stenose der A. vertebralis und Hypoplasie des V4 Segmentes. Im V2-Segment (V2) relativ pulsatiles Signal prästenotisch. Im V3-Segment inkomplettes Steal-Phänomen (V3) mit Akzentuierung im V4-Segment (V4). Schemazeichnung (oben), seitliche Ansicht der CE-MR-Angiografie (links) und Dopplergeschwindigkeitsspektren (rechts) in verschiedenen Segmenten der A. vertebralis rechts.

Minuten eine ipsilaterale suprasystolische Oberarmkompression durchgeführt und fortlaufend das Spektrum der ipsilateralen A. vertebralis (V2-Segment) erfasst. Nach Lösen der Stauung kommt es bei inkomplettem Steal zu einer Änderung des Spektrums in Richtung auf eine permanent retrograde Strömung.

Neben dem klassischen vertebro-vertebralen Überlauf gibt es bei proximaler hochgradiger Subclavia-Stenose (/-Verschluss) das externo-vertebrale Steal mit dem „Anzapfen" von Ästen der A. carotis externa zur Füllung der A. vertebralis. In sehr seltenen Fällen kommt es zu dem interno-basilären Steal-Phänomen. Hierbei wird Blut aus dem intrakraniellen Karotissystem über die A. communicans posterior in das Basilarisströmgebiet geleitet, was dann über die retrograd fließende A. basilaris die A. subclavia speist. Steal-Phänomene können auch bei proximaler Stenose oder Verschluss des Truncus brachiocephalicus auftreten, was dann zu einem kombinierten vertebro-vertebralen und interno-subclavialen Steal führen kann (**Abbildung 1**). Die Entwicklung dieses Phänomens ist stadienhaft, wobei zunächst ein vertebro-vertebrales Steal auftritt, was dann bei zunehmendem Stenosegrad des Truncus von inkomplett zu komplett propagiert und zu dem dann auch ein interno-subclaviales zunächst inkomplettes, dann komplettes Steal hinzutritt [1].

Ein vermutlich unterdiagnostiziertes Steal-Phänomen ist das segmentale Steal der A. vertebralis (segmentales externo-cerebello-vertebrales Steal, **Abbildung 2**). Wichtig zur Diagnose ist die hierauf ausgerichtete Einstellung des Ultraschallsystems. Bei häufig sehr langsamen Flussgeschwindigkeiten muss der Wandfilter ausgeschaltet werden, damit geringe retrograde Strömungskomponenten erkannt werden können und nicht durch den Wandfilter eliminiert werden, was zur Fehldiagnose eines distalen Vertebralisverschlusses führt.

Im Vergleich zu nicht invasiven diagnostischen Verfahren (computertomografische Angiografie, CTA und Magnetresonanz-Angiografie, MRA) eignet sich die Farbduplexsonografie am besten zur exakten Beschreibung der hämodynamischen Relevanz der zugrunde liegenden Gefäßpathologie. Retrograde oder Pendelströmungen lassen sich nicht mit den routinemäßig durchgeführten kontrastmittelgestützen Schnittbildverfahren erkennen. Die Dopplertechniken sind hierfür durch die hohe zeitliche Auflösung und die Darstellung der flussrichtungskodierten Geschwindigkeitsspektren der Streuer im strömenden Blut bestens geeignet.

Steal-Syndrome

Aus einem Steal-Phänomen wird ein Steal-Syndrom, wenn bei einer hochgradigen Stenose oder einem Verschluss klinische Symptome auftreten, die sich auf das betroffene Gefäßterritorium beziehen lassen und gegebenenfalls durch Belastungstests reversibel provozierbar sind. Folgende Symptome sind für das Subclavian-Steal-Syndrom beschrieben worden [2]: Vertebrobasiläre Insuffizienz (nicht neurologische Bezeichnung für intermittierenden Drehschwindel, „drop attacks", Tinnitus, passagere Innenohrschwerhörigkeit, Gangunsicherheit und seltener auch perzeptive Sehstörungen und bilaterale Gesichtsfeldausfälle, 18–62 %), Arm-Claudicatio (13–69 %), transitorisch ischämische Attacken (14–16 %). Asymptomatisch waren in dieser Publikation 0–10 % der Betroffenen, was den Publikationsbias verdeutlicht und in der klinischen Realität die allermeisten Patienten betrifft [2]. Bei hochgradiger Stenose oder Verschluss des Truncus brachiocephalicus fanden sich folgende Symptome [3]: halbseitige sensomotorische Ausfalls- oder Reizsymptome (20,8 %), Amaurosis (10,4 %), Schwindel (36,4 %), Arm-Claudicatio (52,0 %). Klinisch asymptomatisch waren in dieser Publikation 24,7 % der untersuchten Personen (n = 72).

Ein iatrogenes Steal-Syndrom tritt bei proximaler hochgradiger Subclaviastenose oder -verschluss nach koronarem A. mammaria interna (IMA)-Bypass auf (Coronary-Subclavian Steal). Hier wird nach der Bypass-Operation Blut zur Versorgung des Arms aus dem Koronarstrombahngebiet drainiert, was zu einer klinisch relevanten Myokardischämie führen kann. So kann bei diesem Steal Armbelastung zu Angina pectoris und Herzinsuffizienz führen [4].

Zur invasiven Therapie des Subclavian-Steal-Syndroms sind ein Bypass oder eine Angioplastie (± Stent-Versorgung) geeignet. Daneben muss die Indikation für eine entsprechende Intervention vor einer geplanten aorto-koronaren Bypass-Operation geprüft werden (cave: Coronary-Subclavian Steal). Die in **Tabelle 1** dargestellten Ergebnisse der beiden invasiven Prozeduren für die Behandlung von hochgradigen Stenosen oder Verschlüssen der A. subclavia beziehungsweise des Truncus brachiocephalicus [2] deuten auf eine Überlegenheit der perkutanen Angioplastie mit Stentversorgung gegenüber der operativen Therapie im Hinblick auf die periinterventionellen Komplikationen hin. Vermutlich ist aber die operative Therapie nachhaltiger, was durch die höhere Rate an weiterhin offenen Arterien im zeitlichen Verlauf belegt wird.

Neben den bereits beschriebenen lokalen Auswirkungen einer hochgradigen Subclavia- oder Truncus-brachiocephalicus-Stenose stellt eine hämodynamisch relevante Stenose dieser Arterien, mit einer Differenz des systolischen Blutdrucks der Arme im Seitenvergleich systolisch über 15 mmHg, nach einer aktuellen Metaanalyse [5] ein Marker für eine erhöhte kardiovaskuläre Mortalität (Hazard Ratio, HR 1,7; 95 %-Konfidenzintervall, KI 1,1 – 2,5) und eine erhöhte Gesamtmortalität (HR 1,6; 95 % KI 1,1 – 2,3) dar. Entsprechend ist bei Patienten mit einem Subclavian Steal-Syndrom oder mit Steal-Phänomen eine umfassende kardiovaskuläre Risikoprofilabklärung und eine gegebenenfalls präventive Therapie notwendig. Bei jüngeren Patienten muss daneben an eine Takayasu-Arteriitis gedacht und eine entsprechende Abklärung eingeleitet werden.

Tabelle 1

Therapieübersicht bei symptomatisch akuten Stenosen oder Verschlüssen der A. subclavia/des Truncus brachiocephalicus [2]

Hochgradige Stenose oder Verschluss		Bypass	Perkutane Angioplastie ± Stent-Applikation
A. subclavia	Rate offener Arterien	96 % in 5 a	70 % in 5 a
	Mortalität	< 2,2 %	< 1 %
	Komplikationen	< 29 %	< 11,4 %
Truncus brachiocephalicus	Rate offener Arterien	> 80 % in 5 – 10 a	> 95 % in 2 a
		Mortalität: 3 – 11 %	Schwere Komplikation: < 2 %
		Schlaganfall: 2,9 – 8 %	Jegliche neurologische Komplikation: 2 – 4 %

Fazit für die Praxis

Zusammengefasst können Steal-Phänomene in allen zerebralen Strombahnen auftreten und belegen die hämodynamische Relevanz eines vorgeschalteten Strombahnhindernis. Mit der Farbduplex-/Dopplersonografie können Steal-Phänomene mit hoher Sicherheit erkannt und hämodynamisch analysiert werden. Dabei sind die sonografischen Verfahren eindeutig den konventionellen Schnittbildverfahren wie MRT und CT überlegen. Nur symptomatische Steal-Phänomene (= Syndrome) sollten interventionell behandelt werden, vorzugsweise mit einer stentgestützten perkutanen Angioplastie. Falls die Angioplastie nicht durchführbar ist sollte ein Bypass erwogen werden. Neben den lokalen Behandlungsoptionen müssen das vaskuläre Risikoprofil der Patienten analysiert und die Risikofaktoren behandelt werden, da es sich bei den Indexpatienten um eine Hochrisikopopulation im Hinblick auf kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität handelt. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Günter Seidel
Chefarzt
Abteilung Neurologie
Asklepios Klinik Nord
Tangstedter Landstr. 400
22417 Hamburg
E-Mail: g.seidel@asklepios.com

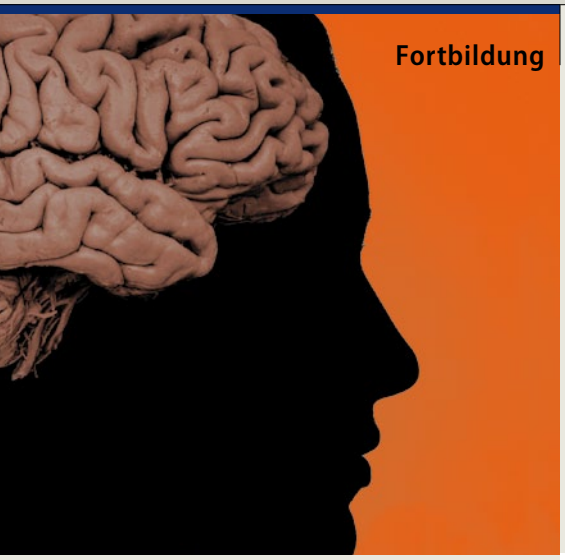
Anzeige

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Literatur

1. Brunhölzl C, von Reutern GM. Hemodynamic effects of innominate artery occlusive disease. Evaluation by Doppler ultrasound. Ultrasound in medicine & biology 1989; 15:201–204
2. Aiello F, Morrissey NJ. Open and endovascular management of subclavian and innominate arterial pathology. Semin Vasc Surg 2011; 24:31–35
3. Paukovits TM, Lukács L, Bérczi V, Hirschberg K, Nemes B, Hüttl K. Percutaneous endovascular treatment of innominate artery lesions: a single-centre experience on 77 lesions. Eur J Vasc Endovasc Surg 2010; 40:35–43
4. Westerband A, Rodriguez JA, Ramaiah VG, Diethrich EB. Endovascular therapy in prevention and management of coronary-subclavian steal. J Vasc Surg 2003; 38:699–703
5. Clark CE, Taylor RS, Shore AC, Ukoumunne OC, Campbell JL. Association of a difference in systolic blood pressure between arms with vascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2012; 379:905–914



Neurologische Kasuistik

Zunehmende Gangstörung mit Monospastik

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 5/2013
N: Alkoholabusus: Gang und Okulomotorik gestört

NT 6/213
P: Depression: Alternative bei Therapieresistenz

NT 7 – 8/2013
N: Kopfschmerzen bei Epilepsie und Hemispastik

NT 9/213
P: Clozapin-induzierte Kardiomyopathie

NT 10/2013
N: Rasches Rezidiv eines Schädelbasistumors

NT 11/2013
P: Schnell wirksame Antidepressiva

NT 12/2013
N: Zunehmende Gangstörung mit Monospastik

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

Ein 55-jähriger Angestellter wurde erstmals vor sieben Jahren neurologisch untersucht nachdem ihm beim Joggen wiederholt eine Schwäche des rechten Beines aufgefallen war. Über Jahre waren lumbale Schmerzen ohne radikuläre Ausstrahlung bekannt gewesen. Etwa drei Jahren vorher hatte sich langsam eine erektile Dysfunktion entwickelt. Motorische Ausfälle an den oberen Extremitäten waren ebenso wie eine Blasen- oder Mastdarmdysfunktion nicht aufgefallen. Die Familienanamnese war leer für neurologische Erkrankungen.

Neurologische Untersuchung

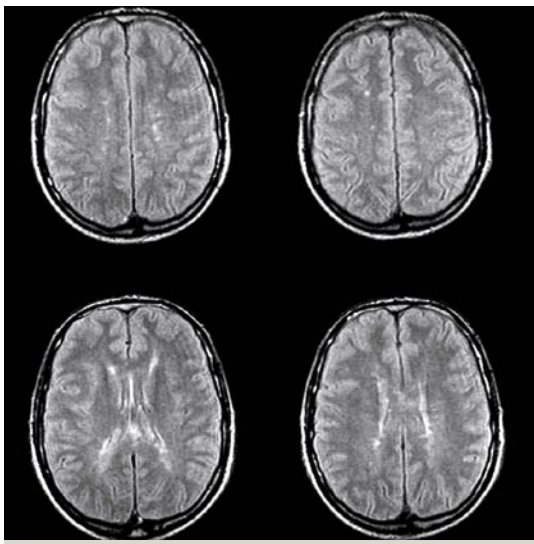
Bei der Erstuntersuchung zeigte die neurologische Untersuchung damals einen normalen Hirnnervenstatus. Die Koordination war normal. Die Stand- und Gangprüfung ergab eine deutliche Unsicherheit im Seiltänzergang mit ungerichteter Fallneigung. Die Sensibilität war für alle Qualitäten normal. Die Muskeleigenreflexe waren allseits gesteigert, Babinski-Zeichen rechts positiv, links negativ. Distal betonte spastische Monoparese des rechten Beines mit deutlicher Einschränkung beim monopedalen Hüpfen. Die Gehstrecke war ohne Einschränkung. Der Zehen- und Fersenstand war normal. Bei normaler Blasen- und Mastdarmfunktion bestand eine leichte erektile Dysfunktion. Bei beidseits nicht auslösbaren Bauchhautreflexen war der Kremasterreflex seitengleich normal.

Neurophysiologie

Bei der neurophysiologischen Untersuchung zeigten sich beidseits verlängerte VEP-Latenzen mit rechts 125 ms und links 120 ms. Die zentralmotorische Leitungszeit (MEP) war zum rechten Fuß (M. extensor digitorum communis) mit 30,7 ms massiv erhöht, zum linken Fuß mit 16,8 ms normal. Auch zur rechten Hand (M. abductor pollicis brevis) war die motorische Leitungszeit mit 18,8 ms deutlich erhöht, nach links mit 8,3 ms normal.

MRT

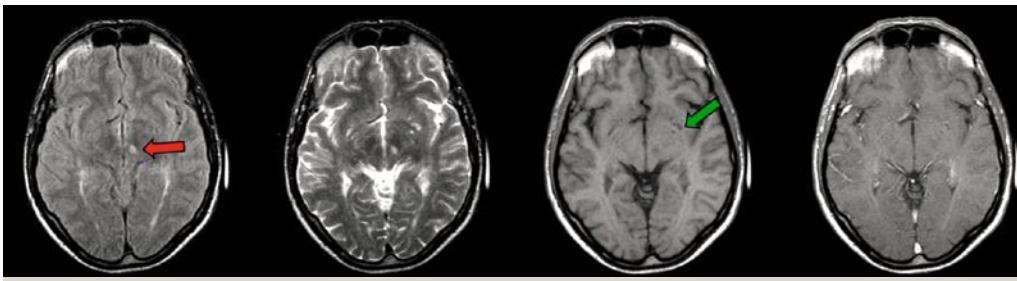
Das Schädel-MRT (**Abbildung 1**) zeigte multiple signalreiche Marklagerläsionen paraventrikulär ohne Kontrastmittelaufnahme sowie einen Herd in der Capsula interna im Übergang zum Crus cerebri links (**Abbildung 2**). Im MRT der Halswirbelsäule (HWS) und Brustwirbelsäule (BWS) fanden sich deutlich degenerative Veränderungen mit Schwer-



© P. Franz

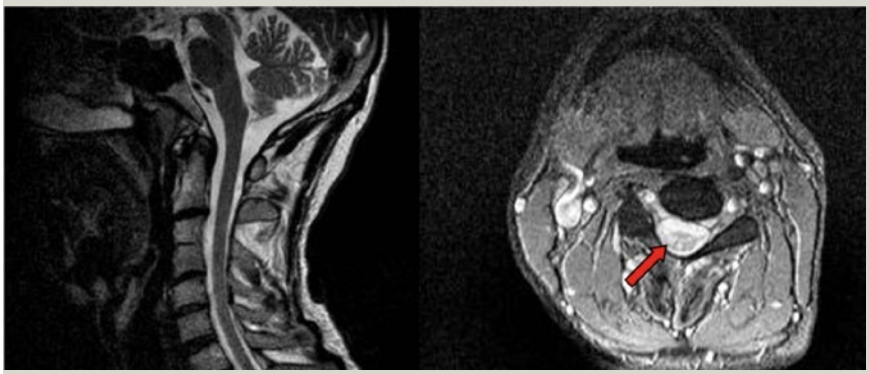
Abbildung 1: Multiple signalreiche Marklagerläsionen paraventrikulär in den FLAIR-Sequenzen bei der Erstuntersuchung (MRT).

punkt im Segment HWK 3/4. Bei Retrospondylose HWK 2/3 und HWK 4/5 war jedoch keine Spinalkanalstenose zu erkennen. In der axialen Schichtung wurde in Höhe HWK 4 lateral eine Signalerhöhung dargestellt (**Abbildung 3**), die einem Demyeliniserungsherd entspricht.



© P. Franz

Abbildung 2: Ein Herd am Crus cerebri links (roter Pfeil) mit Signalerhöhung in den FLAIR- und T2-Sequenzen und Signalminderung in den T1-Sequenzen ohne Kontrastmittelaufnahme (ganz rechts). Verbreiterte Virchow-Robin-Räume (grüner Pfeil).



© P. Franz

Abbildung 3: MRT der HWS bei Erstuntersuchung mit degenerativen Veränderungen mit Schwerpunkt im Segment HWK 3/4. Geringe Retrospondylose auch bei HWK 2/3. Nur in der axialen Schichtung ist in Höhe HWK 4 lateral eine Signalerhöhung erkennbar.

Laborchemische Untersuchung

In der laborchemischen Untersuchung war lediglich eine positive Borrelien-Serologie auffällig; die Lues-Serologie, Phospholipid-AK, Vitamin B12, Folsäure, ACE waren ohne pathologischen Befund. Der lumbale Liquorbefund war mit normaler Zellzahl, einem Gesamteiweiß von 36 mg/dl und einer Glukose von 58 mg/dl unauffällig. Es konnte jedoch eine intrathekale Immunreaktion mit dem Nachweis liquorspezifischer oligoklonaler Banden erbracht werden. Borrelien-AK waren im Liquor nicht nachweisbar.

Diagnose

Monospastik des rechten Beines bei primär chronischer Verlaufsform einer Multiplen Sklerose (PPMS, primär progrediente MS).

Epikrise

Eine Kortisonstoßtherapie mit Methylprednisolon (3 x 1.000 mg) hatte nach der Diagnosestellung keine Besserung der Monospastik gebracht. Bei leicht zunehmender Spastik des rechten Beines ergab die MRT des Schädels acht Monate nach der Erstuntersuchung einen unveränderten Befund ohne Zunahme der T2-Läsionslast oder der kontrastmittelaufnehmenden Herde. Die Tibialis-SEPs (somatosensiblen evozierten Potenziale) ergaben beidseits erhöhte kortikale Latenzen mit P40 rechts 55,4 ms und links 57,4 ms.

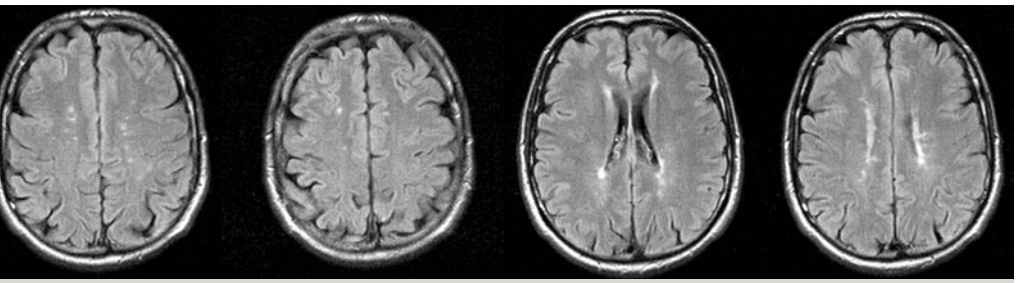
Die neurologische Untersuchung zwei Jahre nach Diagnosestellung zeigte, bei klinisch stabilem kranialen MRT-Befund, im MRT der HWS einen nur in den sagittalen T2-Schichten erkennbaren neuen intramedullären Herd in Höhe HWK 3, der kein Kontrastmittel aufnahm. Bei der Kontrolle im nächsten Jahr konnte dieser Herd nicht mehr nachgewiesen werden. Der klinische Verlauf war unverändert mit leicht reduzierter Gehstrecke auf 1,5 km. Sechs Jahre nach Diagnosestellung war der klinische Befund zunehmend durch die spastische Hemiparese geprägt. Es bestand eine Feinmotorikstörung der rechten Hand, wobei die Zeit im 9-Hole-Peg-Test beidseits (rechts 15,4 s und links 13,3 s) normal war, jedoch bei dem Rechtshänder rechts höher lag als links. Das monopedale Hüpfen war rechts nicht mehr möglich, links weiterhin unauffällig und die Gehstrecke lag frei um 500 m. Im Schädel-MRT zeigte sich ein unveränderter Befund ohne neue Läsionen.

Bei der letzten Untersuchung sieben Jahre nach der Diagnosestellung war die Gehstrecke frei auf 100 bis 200 m reduziert, es fand sich eine deutlich zuneh-

Anzeige

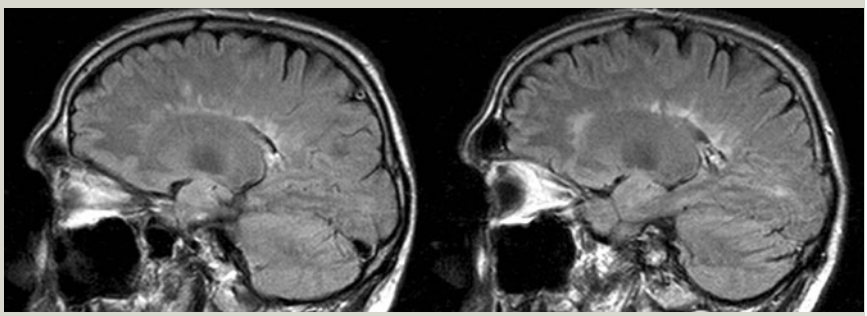
Hier steht eine Anzeige.

Springer



© P. Franz

Abbildung 4: MRT-Untersuchung nach sieben Jahren Krankheitsverlauf mit unveränderter Läsionslast im Schädel-MRT. Typischer Verlauf der Läsionen perpendikulär („Dawson-Finger").



© P. Franz

Abbildung 5: Die sagittalen MRT-Schichten zeigen nach siebenjährigem Krankheitsverlauf unveränderte MS-typische flammenartige Marklagerläsionen.

mende Beugespastik des rechten Beines und eine Blasenentleerungsstörung. Hinweise für eine kognitive Störung fanden sich bei zunehmender Konzentrationsstörung und psychischer Erschöpfung weder im Montreal Cognitive Assesment noch im Face-Symbol-Test. Die MRT-Schädel-Untersuchung zeigte im Verlauf einen weiterhin stabilen Befund der T2- und FLAIR-Läsionen (**Abbildung 4 + 5**) ohne Hinweise auf eine über die Altersnorm hinausgehende Atrophie in den T1-Standard-Sequenzen. In der MRT-Untersuchung der HWS und BWS waren jetzt nicht kontrastmittelaufnehmende Herde bei HWK 3, HWK 5 und BWK 11 nachweisbar. □

LITERATUR

www.Springermedizin.de/neurotransmitter

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

Fragen und Lösungen

Frage 1

Welcher Befund spricht gegen die Diagnose einer PPMS (primär progrediente Multiple Sklerose)?

a. Unauffälliger lumbaler Liquorbefund
b. Persistierend (>3 Monate) kontrastmittelaufnehmende MRT-Herde
c. Solitärer spinaler Herd ohne Kontrastmittelaufnahme
d. Geringe T2-Läsionslast über Jahre im Schädel-MRT
e. Normale VEP-Latenzen

Lösung

Richtig ist Antwort b. Bereits 1965 wurde der Begriff „Chronisch progrediente Multiple Sklerose" von Schumacher eingeführt [1]. Neben der Dokumentation der klinischen Progredienz über sechs bis zwölf Monate stützt sich die Diagnose auf den Nachweis oligoklonaler Banden. 1997 wurden dann erstmals aufgrund einer retrospektiven Analyse von 156 Patienten mit einer PPMS erweiterte Diagnosekriterien vorgeschlagen, die den zunehmenden Einsatz der Kernspintomografie zur Diagnosesicherung berücksichtigten [6]. Die Diagnose war hierdurch zu stellen, wenn über ein Jahr persistierende neurologische Symptome bestehen, ein positiver Nachweis liquorspezifischer oligoklonaler Banden gelingt und mindestens neun T2-Läsionen, mit für eine Entmarkungskrankheit typischer Verteilung im Schädel-NMR, oder vier bis acht kraniale Läsionen zusammen mit mindestens einer spinalen Läsion nachweisbar sind [6]. Unter Anwendung dieser Kriterien konnte allerdings nur bei 64 % der Studienpatienten die Diagnose einer sicheren primär progredienten MS gestellt werden. Der Nachweis einer Dissemination in Raum und Zeit durch eine zweitzeitige MRT-Untersuchung durch McDonald führte dann 2001 zu einer Neufassung der Diagnosekriterien [7]. Kernkriterium war auch hier, neben dem klinisch progredienten Verlauf über ein Jahr, der Nachweis oligoklonaler Banden. Nachdem jedoch in einer großen Therapiestudie mit Glatirameracetat mit 943 PPMS-Fällen in 22 % keine oligoklonalen Banden nachweisbar waren, obgleich alle anderen Kriterien zur Diagnosestellung einer PPMS vorlangen, wurde die Bedeutung eines negativen Liquorbefundes als Ausschlusskriterium in Frage gestellt [15]. Bereits frühere kleinere Serien hatten mit 79–83 % einen gleich hohen Anteil positiver liquorspezifischer oligoklonaler Banden bei PPMS gefunden [26].

Die veränderten Diagnosekriterien von McDonald 2005 und 2010 berücksichtigen diese Erkenntnisse und wiesen einer kernspintomografisch nachweisbaren Krankheitsdissemination eine größere Bedeutung zu [20]. Dabei sind die Anforderungen an den NMR-Nachweis einer Dissemination mit entweder mindestens einer Marklagerläsion in zwei von drei typischen Lokalisationen oder von zwei oder mehr spinalen Läsionen aufgrund der oftmals in den konventionellen NMR-Aufnahmen nicht erkennbaren spinalen Läsionen eher zu strikt angelegt. So konnte Kelly 2012 in einer Vergleichsanalyse der bis 2010 vorgelegten PPMS-Diagnosekriterien in einer irischen Kohorte von 88 PPMS-Fällen belegen, dass die Sensitivität zwischen 64 % – gleichwertig für die Thompson- und die McDonald-Kriterien von 2001 – und 77 % für die überarbeiteten McDonald-Kriterien von 2010 lag [28]. Die Sensitivität ließ sich auf 84 % erhöhen, wenn zwei von drei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

1. Nachweis oligoklonaler Banden

2. Eine oder mehrere Marklagerläsionen in zwei von drei typischen Lokalisationen für kraniale Entmarkungsherde,
3. Wenigstens eine typische T2-Entmarkungsläsion im Spinalmark.

Sind die kernspintomografischen Befunde nicht ausreichend, kommt unverändert dem Nachweis oligoklonaler Banden die größte Bedeutung zu. Dabei sollte bei anfangs negativem Befund eine Kontrollpunktion im Verlauf erfolgen, die dann oftmals doch den positiven Nachweis erbringen kann [4]. Insbesondere bei negativen oligoklonalen Banden kann der Nachweis einer räumlichen Dissemination durch die Messung evozierter Potenziale zur Diagnosesicherung hilfreich sein. Dabei finden sich pathologische visuell evozierte Potenziale (VEP) bei PPMS mit 92 % sogar signifikant häufiger als bei schubförmiger MS mit 67 % [13]. Dies gilt auch für die motorisch evozierten Potenziale und die Tibialis-SEP nicht jedoch für die akustisch evozierten Potenziale (BAEP).

Dass auch solitäre Entmarkungsherde im Hirnstamm oder Halsmark das klinische Bild einer primär progredienten MS erzeugen können, wurde unlängst in einer kleinen Serie von sieben Patienten belegt. Über eine Beobachtungszeit von zwei bis 27 Jahren entwickelten diese alle eine zunehmende motorische Behinderung, die einer einzelnen Marklagerläsion funktionell zugeordnet werden konnte. Bei keinem der Patienten ließ sich eine zeitlich oder räumliche Dissemination weder in der klinischen, noch in der MRT-Untersuchung nachweisen. Nur bei vier fanden sich oligoklonale Banden im Liquor; bei allen wurden andere Differenzialdiagnosen ausgeschlossen. Verlaufsuntersuchungen bei drei Patienten fanden keine neuen MRT-Läsionen. Auch autoptisch fand sich bei einem verstorbenen Patienten lediglich die bekannte isolierte pontine Entmarkung als Ursache der progredienten spastischen Parese [22]. Nur ein Patient mit einer Krankheitsdauer von vier Jahren erfüllte durch den Nachweis einer weiteren nicht kontrastmittelaufnehmenden zervikalen Läsion die Kriterien einer PPMS nach McDonald in ihrer letzten Version von 2010. Durch die neuen Diagnosekriterien ließ sich die Sensitivität zwar verbessern, weiterhin besteht dabei auch nach der Erfahrung von MS-Spezialisten die Gefahr von Fehldiagnosen [11]. Häufigste Fehlinterpretationen sind im Praxisalltag wahrscheinlich unspezifische Marklagerläsionen, mikroangiopathische Veränderungen oder Läsionen bei einer Migräne [23]. Als Warnzeichen vor einer Fehldiagnose in der MRT-Beurteilung sind dabei eine persistierende Kontrastmittelaufnahme über mehr als drei Monate oder eine raumfordernde Wirkung eines Marklagerherdes zu werten [14].

Untypische Marklagerveränderungen sollten immer auch an seltene Formen einer Leukenzephalopathie denken lassen, nachdem jüngst in zwei Fallbeschreibungen erstmals Fälle einer sporadischen Form der hereditären Leukenzephalopathie mit axonalen Spheroiden und pigmentierten Glia, die zuerst als PPMS diagnostiziert worden waren, veröffentlicht wurden [27, 32].

Frage 2

Welche Angabe zum klinischen Verlauf bei PPMS (primär progrediente Multiple Sklerose) ist falsch?

a. Das Erkrankungsalter liegt etwa zehn Jahre über dem bei schubförmiger MS.
b. Häufigstes Erstsymptom ist in über 80 % eine spastische Paraparese.
c. Nur etwa 5 % zeigen eine Schubsymptomatik.
d. Prognostisch günstig ist ein nur geringer progredienter Verlauf in den ersten Jahren.
e. Der Nachweis einer Thalamusläsion ist prognostisch ungünstig.

Lösung

Richtig ist Antwort c. Etwa 10 – 15% der MS-Patienten haben von Anfang an einen schleichend progredienten Verlauf. Im Vergleich zu den Patienten mit schubförmig remittierendem (RRMS) Verlauf liegt das Erkrankungsalter im Mittel mit 38 Jahren zehn Jahre über dem bei SRMS (sekundär progrediente MS). Es entspricht damit jedoch dem Alter das SRMS-Patienten beim Übergang in die sekundär progrediente Verlaufsphase haben [10]. Einige klinische Unterschiede zwischen diesen Verlaufsformen wurden von Rice herausgearbeitet. So dominiert als Erstsymptomatik bei PPMS im Gegensatz zur RRMS meist eine spinale Paraspastik (80 – 85 %), 10 – 15 % weisen eine progrediente zerebelläre Ataxie und nur 2 – 4 % Hirnstamm- oder visuelle Symptome auf [31]. Einzelfallbeschreibungen belegen, dass der klinischen Symptomatik dabei bis zu einem Jahrzehnt MS-typische MRT-Läsionen vorausgehen können. So fanden sich bei einem 39-jährigen Mann, der als Normalperson in einer Parkinson-Studie, die sein Vater mitmachte, bei der MRT-Untersuchung multiple periventrikuläre und an der Mark-Rindengrenze gelegene signalreiche Läsionen als Zufallsbefund [8]. Erst nach zehn Jahren, bei bis dahin klinisch unauffälligem Befund, fiel eine Feinmotorikstörung der rechten Hand und eine zunehmende Parese des rechten Fußes auf. Bei positiven Pyramidenbahnzeichen fand sich ein neuer Herd zervikal bei C5/6. Bei über die folgenden fünf Jahre langsam progredienter Parese, positivem Lhermitte´schen Zeichen und Fatigue trat im gesamten Verlauf keine Schubsymptomatik auf. Die evozierten Potenziale und der lumbale Liquorbefund waren normal.

Auch wenn Schübe deutlich seltener auftreten als bei der RRMS sprechen sie nicht gegen eine PPMS-Diagnose. So erlitten in einer Verlaufsstudie (über im Mittel 23 Jahre) 28 % von 216 Patienten mit PPMS einen Schub. Teilweise trat auch dieser erst Jahrzehnte

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.

Springer

nach der Diagnosestellung auf [3]. Neben der deutlich geringeren Schubrate sind auch MRT-Läsionen bei der PPMS etwa sechsmal seltener als bei RRMS [2]. Dennoch finden sie sich bei über 90% der PPMS im Schädel-MRT [5]. Eine Kontrastmittel (KM)-aufnahme ist dabei im Vergleich zur RRMS seltener. Auch nimmt der Anteil der aktiven Herde, die eine akut entzündliche Reaktion mit Schrankenstörung hervorrufen, im Krankheitsverlauf ab. Eine höhere Zahl KM-aufnehmender Herde in der frühen Krankheitsphase ist mit einem erhöhten Risiko einer Mobilitätseinschränkung in den ersten fünf Jahren assoziiert [18].

Den Unterschieden in den kernspintomografischen Befunden bei RRMS und PPMS liegen pathologische Veränderungen zugrunde, wie eine Untersuchung an 52 MS-Patienten zeigt. Dabei fanden sich neue und aktive Entzündungsherde mit Demyelinisierung im Marklager überwiegend bei der schubförmig verlaufenden MS, während eine diffuse Schädigung der normal erscheinenden weißen Substanz und eine kortikale Demyelinisierung Kennzeichen eines sekundär oder primär progredienten Verlaufs sind [12]. Dabei können die diffusen Marklagerveränderungen mit axonaler Schädigung, die bereits in der Frühphase der Erkrankung auftreten, mit den Standardverfahren der MRT nicht erfasst werden. Neuere Methoden wie die Diffusions-Tensor-Bildgebung, die die Richtung der Gewebediffusion erfasst, erlauben eine genauere Untersuchung der weißen Substanz. Hiermit lassen sich auch in der mit Standardsequenzen normal erscheinenden weißen Substanz ausgedehnte Veränderungen nachweisen, die unabhängig von den T2-Läsionen auftreten [9].

Neue pathophysiologische Vorstellungen weisen auch bei der progredienten Verlaufsform der MS einer Entzündungsreaktion die entscheidende Rolle bei der Gewebsschädigung zu [34]. Im Gegensatz zur schubförmigen MS ist die Entzündungsreaktion bei der PPMS hinter einer geschlossenen Blut-Hirn-Schranke im Hirnparenchym eingeschlossen und spielt sich im meningealen Kompartment ab. Aus diesem können freigesetzte Substanzen zu überaktiven Mikrogliazellen diffundieren und dort die Ausschüttung exzessiver Mengen von neurotoxischen Verbindungen auslösen, die dann zur Gewebsschädigung führen. Auch der klinische Verlauf in den ersten Jahren ist für die Langzeitprognose von Bedeutung. So zeigte sich bei rascher Progredienz in den ersten zwei Jahren auch in den Folgejahren eine raschere funktionelle Beeinträchtigung [10]. In einer großen Verlaufsstudie mit 219 PPMS-Patienten benötigten die Patienten nach acht Jahren Krankheitsverlauf eine einseitige Gehhilfe und waren nach 18 Jahren rollstuhlpflichtig [3]. Alter und Geschlecht haben keinen Einfluss auf den Langzeitverlauf.

Neue Untersuchungen mit der Diffusions-Tensor-Bildgebung konnten nun bei 54 Patienten mit PPMS belegen, dass eine Thalamusschädigung in der Frühphase mit einem schlechteren funktionellen Befund nach fünf Jahren verbunden ist [19]. Pathologische Untersuchung bestätigen, dass der Thalamus bei MS-Patienten als graues Kerngebiet mit betroffen und im Vergleich zu Kontrollen kleiner ist. Eine umfangreiche Zusammenstellung der jüngsten Befunde wurde von Minagar veröffentlicht [29].

Frage 3

Welche der Substanzen hat einen Effekt auf die Progressionsrate bei PPMS?

a. Rituximab
b. Dronabinol
c. Interferon ß-1a/b
d. Amilorid
e. Glatirameracetat

Lösung

Richtig ist Antwort c. Mit dem positiven Wirkungsnachweis der Basistherapeutika der ersten Generation (Interferone und Glatirameracetat) bei der schubförmig remittierenden Verlaufsform der MS wurden auch Studien bei PPMS durchgeführt. Dabei zeigte sich mit den Basistherapeutika ein widersprüchliches Bild [17]. Glatirameracetat konnte nur bei Männern einen leichten Effekt erzielen [15]. Rituximab ein monoklonaler anti-CD20 Antikörper (ursprünglich zur Behandlung von malignen Lymphomen) zeigte in einer Studie mit 439 PPMS-Patienten keinen Effekt auf den primären Endpunkt, dem Zeitpunkt einer gesicherten Progression [16]. Cyclophosphamid wurde bisher nur in einer offenen Studie mit 490 Patienten mit PPMS und sekundär progredienter MS untersucht und kommt daher nur in Einzelfällen bei rascher Progression zum Einsatz. Trotz der enttäuschenden Studienlage werden in der täglichen Praxis dennoch auch Patienten mit einer PPMS oftmals mit einer immunmodulatorischen Therapie behandelt. So ergab eine Befragung an MS-Zentren in den USA, dass die Mehrheit der dort tätigen Neurologen doch eine immunmodulierende Therapie bei einer PPMS beginnen würde, vor allem wenn sich kernspintomografisch Krankheitsaktivät nachweisen lässt. Kein Konsens bestand dabei in der Wahl des bevorzugten Mittels [21].

Die schlechten Ergebnisse der immunmodulatorischen Therapieverfahren führten in den letzten Jahren zu Versuchen, mit neuroprotektiven Mitteln wenigsten die Progression der PPMS zu verlangsamen. Leider war nach positiven Befunden in tierexperimentellen Arbeiten eine randomisierte, doppelblind, placebokontrolliere Multicenterstudie, die den Effekt von Dronabinol auf die Progression untersuchte, auch negativ ausgegangen [33]. Ein neuer Ansatz in der Therapie der MS ist der Einsatz eines Ionenkanalmodulators wie den spannungsabhängigen Kalium-Kanal-Blocker Fampridin (4-Aminopyridin), der bereits klinisch zur symptomatischen Besserung der Gehfähigkeit eingesetzt wird. Eine sehr gute Übersicht der augenblicklich favorisierten Kanaltypen und der potenziell zur Verfügung stehenden Medikamente sowie zukünftiger Entwicklungen wurde unlängst von Bittner vorgelegt [25].

Vor kurzen wurde erstmals in einer kleinen Studie an 14 PPMS-Patienten die Wirkung von Amilorid, einem vertrauten Medikament zur Behandlung der Herzinsuffizienz und der arteriellen Hypertonie, auf die Progression der Erkrankung veröffentlicht [24]. Ausgehend von neuen Befunden, die einen erhöhten Natriumgehalt in der weißen und grauen Substanz bei Patienten mit MS fanden, wurde die Idee einer protektiven Therapie mit Amilorid, das den Natriumtransport über den epithelialen Natriumkanal (SCNN1) steuert, entworfen. In einer kleinen offenen Studien mit 20 PPMS-, 27 RRMS- und 23 sekundär progredienten MS-Patienten sowie 27 Gesunden wurde das Konzept getestet [30]. Die Natrium-Bildgebung (Natrium-MRT) konnte hierbei eine Korrelation zwischen dem EDSS-Status und dem Natriumgehalt in der grauen Substanz der Kerngebiete sichern. Inzwischen wurde die protektive Wirkung von Amilorid in einer kleinen offenen Pilot-Studie an 14 PPMS-Patienten nachgewiesen [24].

Literatur

1. Schumacher GA, Beebe BG, Kibler RF, et al: Problems of experimental trials of ther-apy in multiple sclerosis: report by the panel on the evaluation of experimental trials of therapy in multiple sclerosis. Ann NY Acad Sci 122: 552-568, 1965
2. Thompson A, Kermode A, Wicks D, et al: Major differences in the dynamics of primary and secondary progressive multiple sclerosis. Ann Neurol 29: 53-62, 1991
3. Cottrell DA, Kremenchutzky M, Rice GP, et al: The natural history of multiple sclero-sis: a geographicallly based study: 5. The clinical features and natural history of primary progressive multiple sclerosis. Brain 122: 625-639, 1999
4. Zeman AZ, Kidd D, McLean BN, et al: A study of oligoclonal band negativ multiple sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 60: 27-30, 1999
5. Kremenchutzky M, Lee D, Rice GPA, et al: Diagnostic brain MRI findings in primary progressive sclerosis. Mult Scler 6: 81-85, 2000
6. Thompson AJ, Montalban X, Barkhof F, et al: Diagnostic cirteria for primary progres-sive multiple sclerosis: A position paper. Ann Neurol 47: 831-835, 2000
7. McDonald WI, Compston A, Edan G, et al: Recommended diagnostic criteria for mul-tiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. Ann Neurol 50: 121-127, 2001
8. McDonnell GV, Cabrera-Gomez J, Calne DB, et al: Clinical presentation of primary progressive multiple sclerosis 10 years after the incidental finding of typical magnetic resonance imaging brain lesions: the subclinical stage of primary progressive multiple sclerosis may last 10 years. Mult Scler 9: 204-209, 2003
9. Rocca MA, Innucci G, Rovaris M, et al: Occult tissue damage in patients with primary progressive multiple sclerosis is independent of T2-visible lesions – a diffusion tensor MR study. J Neurol 250: 456-460, 2003
10. Ebers GC: Natural history of primary progressive multiple sclerosis. Multiple Sclerosis 10: S8-S15, 2004
11. Johannssen K, Rupprecht K, Toyka V, et al: Primär chronisch progrediente multiple Sklerose: Das Einhalten der neuen diagnostischen Kriterien verhindert Fehldiagnose. Akt. Neurol 31: 407-410, 2004
12. Kutzelnigg A, Lucchinetti CF, Stadelmann C. et al: Cortical demyelination and diffuse white matter injury in multiple sclerosis. Brain 128: 2705-2712, 2005
13. Leocani L, Rovaris M, Boneschi FM, et al: Multimodal evoked potentials to assess the evolution of multiple sclerosis: a longitudinal study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 77: 1030-1035, 2006
14. Traboulsee AL, Li DK: The role of MRI in the diagnosis of multiple sclerosis. Adv Neu-rol 98: 125-146, 2006
15. Wolinsky JS, Narayana PA, O'Connor O, et al: Glatiramer acetate in primary progres-sive multiple sclerosis: Results of a multicentre, double-blind, placebo-controllled trial. Ann Neurol 6: 14-24, 2007
16. Hawker K, O'Connor P, Freedman MS, et al: Rituximab in patients with primary progressive multiple sclerosis: Results of a randomized double-blind placebo-controlled multicenter trial. Ann Neurol 66: 460-471, 2009
17. Montalban X, Sastre-Garriga J, Tintorè M, et al: A single-center, randomized, double-blind, placebo-controlled study of interferon beta-1b on primary progressive and tran-sitional multiple sclerosis. Mult Scler 15: 1195-1205, 2009
18. Khalleeli Z, Ciccarelli O, Mizskiel K, et al: Lesion enhancement dimishes with time in primary progressive multiple sclerosis. Mult Scler 16: 317-324, 2010
19. Mesaros S, Rocca MA, Pagani E, et al: Thalamic damage predicts the evolution of primary progressive multiple sclerosis at 5 years. AJNR 32: 1016-1020, 2011
20. Polman C, Reingold S, Banwell B, et al: Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revision to the McDonald criteria. Ann Neurol 69: 292-302, 2011
21. Khan O, Miller AE, Tomatore C, et al: Practice patterns of US neurologists in patients with SPMS and PPMS: A concensus study. Neurol Clin Pract 2: 58-66, 2012
22. Schmalstieg WF, Keegan BM, Weinshenker BG: Solitary sclerosis: progressive mye-lopathy from solitary demyelinating lesion. Neurology 78: 540-5444, 2012
23. Solomon AJ, Klein EP, Bourdette D: „Undiagnosing" multiple sclerosis: the challenge of misdiagnosis in MS. Neurology 78: 1986-1991, 2012
24. Arun T,Tomassini V, Sbardella E, et al: Targeting ASIC1 in primary progressive multi-ple sclerosis: evidence of neuroprotection with amiloride. Brain 136: 106–115, 2013
25. Bittner S, Meuth SG: Targeting ion channels for the treatment of autoimmune neu-roinflammation. Ther Adv Neurol Disord 6: 322-336, 2013
26. Dobson R, Ramagopalan S, Davis A, et al: Cerebrospinal fluid oligoclonal bands in multiple sclerosis and clinical isolated syndromes. A meta-analysis of prevalence, prognosis and effect of lattitude. J Neurol Neurosurg Psychiatry 84 (8): 909-914, 2013
27. Kawarai IT, Fujita K, Kawamura K, et al: A new CSF1R mutation presenting with an extensive white matter lesion mimickng primary progressive multiple sclerosis. J Neurol Sci 2013 Aug 29. pii: S0022-510X(13)02869-4. doi: 10.1016/j. jns.2013.08.020. [Epub ahead of print]
28. Kelly SB, Kinsella K, Duggan M, et al: A proposed modification to the McDonald 2010 cirtera fort he diagnosis of primary progressive multiple sclerosis. Mult Scler 19: 1095-1100, 2013
29. Minagar A, Barnett MH, Benedict R HB, et al: The thalamus and multiple sclerosis. Modern views on pathologic, imaging, and clinical aspects. Neurology 80: 210-210, 2013
30. Paling D, Solanky BS, Riemer F, et al: Sodium accumulation is associated with disa-bility and a progressive course in multiple sclerosis. Brain 136; 2305-2317, 2013
31. Rice CM, Cotrell D, Wilkins A, et al: Primary progressive multiple sclerosis: progress and challenges. J Neurol Neurosurg Psychiatry 84 (8): 1100-1106, 2013
32. Saitoh BY, Yamasaki R, Hayashi S, et al: A case of hereditary diffuse leukoencepha-lopathy with axonal spheroids caused by a de novo mutation in CSF1R masquerading as primary multiple sclerosis. Mult Scler 19: 1367-1370, 2013
33. Zajicek J, Ball S, Wright D, et al: Effect of dronabiol on progression in progressive multiple sclerosis (CUPID): A randomised, placebo-controlled trail. Lancet Neurol 12: 857-865, 2013
34. Bradl M, Lassmann H: Progressive multiple sclerosis. Semin Immunopathol 31: 455-465, 2009

Kumulative traumatische Belastungsstörung

Verworrene Diagnostik bei Patienten mit Mobbing- und Stalking-Syndrom

Es gibt eine hunderttausendfach auftretende ätiologisch klar definierbare psychiatrische Erkrankung, die in keinem medizinischen Wörterbuch und in keinem Diagnoseregister zu finden ist. Es handelt sich um die durch psychische Gewalt hervorgerufene „Kumulative traumatische Belastungsstörung" (KTBS), unter der zum Beispiel das Mobbing- und das Stalking-Syndrom zu subsumieren sind.

ARGEO BÄMAYR, COBURG

Bereits der hundertste Deutsche Ärztetag im Jahre 1997 bezeichnete die Folgen von Mobbing als ein zentrales Gesundheitsproblem und forderte gezielte Maßnahmen in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung, von Kranken- und Rentenversicherungsträgern sowie von den Verantwortlichen in Betrieben [1]. Trotzdem haben sich diesbezüglich in den letzten 15 Jahren keine entscheidenden universitären medizinischen Fortschritte erkennen lassen, sodass die Erkennung und Beschreibung einer KTBS, beziehungsweise eines Mobbing-Syndroms, aus der ärztlichen Praxis heraus angestoßen werden muss. Auch die Justiz vermisst seit Jahren die Beschreibung eines „Mobbing-Syndroms" [2, 3].

Hausärzte, Psychosomatiker, Psychiater, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, vor allem aber Gutachter stehen bisher vor dem Problem, dieses häufige Krankheitsbild einer KTBS klar zu erkennen, zu diagnostizieren und entsprechend dem ICD-10 [4] korrekt einzuordnen. Die Folge hiervon ist eine Sprachverwirrung, die sich in einer Viel-

Mobbing-Syndrom: Eine durch psychische Gewalt hervorgerufene kumulative traumatische Belastungsstörung.

© Gernot Krautberger / Fotolia.com

zahl von Diagnosen widerspiegelt, die weder die Ätiologie, noch die zeitliche Abfolge einer einwirkenden „psychischen Gewalt", noch den zeitlichen Verlauf der Krankheitssymptomatik berücksichtigt. Besonders gravierend ist die Ausblendung der Ätiologie und der Betrachtung der kumulierenden Wirkung im Längsschnitt, wenn die psychische Gewalt zum Zeitpunkt des Kontakts mit dem Therapeuten oder dem Gutachter weiterhin auf Patienten gesundheitsschädlich einwirkt.

ICD-10 und DSM

Die KTBS ist eine Störung, die zweifellos eine Reaktion auf eine schwere Belastung darstellt. Der im ICD-10 aufgeführte Schlüssel-Nr. F43.– „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" listet jedoch nur drei Diagnosen auf:

- F43.0 – Akute Belastungsreaktion,
- F43.1 – Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und
- F43.2 – Anpassungsstörungen.

Die wesentlich häufigere Erkrankung einer KTBS ist bisher in Ermangelung einer eindeutigen Klassifizierung im ICD-10 hilfsweise entweder als

- „Sonstige Reaktion auf schwere Belastung" (F43.8) oder als
- „Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet" (F43.9)

einzustufen. Damit gehen wertvolle Informationen verloren.

Die im ICD-10 aufgeführten Kriterien der „akuten Belastungsreaktion" und der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sind bei einer KTBS meist nicht erfüllt. Entweder geht die KTBS über die kurz andauernde akute Belastungsreaktion zeitlich weit hinaus oder erfüllt noch nicht die Kriterien einer PTBS, ganz davon abgesehen, dass die PTBS durch das Adjektiv „posttraumatisch" einen Zustand nach einem abgeschlossenen Trauma impliziert.

Wenn, wie so oft, bei einer vorliegenden KTBS die Diagnose einer „Anpassungsstörung" gestellt wird, handelt es sich durchgängig um eine Fehldiagnose. Im Widerspruch zum objektiven Bedrängnis der KTBS handelt es sich bei der Anpassungsstörung (F43.2) laut Definition jedoch „nur" *„(...) um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten (...). Unter anderem gehören hierzu Hospitalismus bei Kindern, Kulturschock, Trauerreaktion."*

Auch das zweite und in der Forschung gebräuchlichere „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen" (DSM-IV-TR) [5] beschreibt in den diagnostischen Kriterien für „Anpassungsstörungen" unter Punkt B: *„Diese (emotionalen) Symptome oder Verhaltensweisen sind insofern klinisch bedeutsam, als sie zu deutlichem Leiden führen, welches über das hinausgeht, was man bei Konfrontation mit diesem Belastungsfaktor erwarten würde, (...)."*

Kein geringfügiger Belastungsfaktor

Bei der KTBS (Mobbing-, Stalking-Syndrom, häusliche Gewalt etc.) liegt keine Unstimmigkeit zwischen einem geringen Belastungsfaktor und einer oft bis zur Arbeitsunfähigkeit oder gar zum Suizid führenden psychischen Erkrankung vor! Eine kumulierend wirkende psychische Gewalt ist kein geringer Belastungsfaktor sondern Psychoterror. Eine Resistenz gegen Psychoterror gibt es nicht. Der Psychoterror zerstört alle intrapsychischen Schutzmechanismen und die Legislative bietet keinen adäquaten Schutz, da zum Beispiel die psychische Gewalt mit Ausnahme von Stalking in Deutschland nicht strafbar ist und eine körperliche „Notwehr" eher Tätern in die Hände spielt.

Durch den psychischen Gewaltcharakter ist die „Bedrängnis" zum Beispiel bei Mobbing durch den psychischen Gewaltcharakter „objektiv" und nicht „subjektiv". Niemand kann sich einem Psychoterror in einer Täter-Opfer-Konstellation mit dem Zweck der psychosozialen Destabilisierung ohne Erkrankung „anpassen". Überdies befindet sich die Mehrzahl der Opfer eines Psychoterrors noch mitten im traumatisierenden Prozess und nicht nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach einem belastenden Lebensereignis.

Die Fehldiagnose einer „Anpassungsstörung" stellt eine klassische diskriminierende Opferbeschuldigung dar, indem man dem Opfer vorwirft, sich dem Psychoterror nicht anpassen zu können. Diese und weitere Diagnosen haben den führenden Mobbing-Forscher Leyman dazu veranlasst, in seinem fünfphasigen Mobbing-Modell die Phase 4 den stigmatisierenden Diagnosen zu widmen [6]. Bestätigt wird diese Einstufung durch die Lehre der Psychotraumatologie, die das Phänomen der Opferbeschuldigung ausführlich behandelt [7].

Symptomdiagnosen beschreiben nur Teilaspekte

Aufgrund der bisher ausstehenden Einführung der KTBS-Diagnose im ICD-10 ist jeder Therapeut bei der Abrechnung und der Ausstellung einer AU-Bescheinigung und jeder Gutachter gezwungen, entweder auf die bereits genannten Diagnosen aus dem Spektrum der „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" oder auf andere Diagnosen auszuweichen, die meist als Symptomdiagnosen einzustufen sind. Folgende erfahrungsbelegte Beispiele liefern eine (nicht erschöpfende) Auswahl vorgefundener Symptomdiagnosen bei Opfern mit einer KTBS, die alle nur einen Teilaspekt der Erkrankung beschreiben und dadurch die Komponente der kumulativ wirkenden psychischen Gewalt entweder nicht erkennen oder bagatellisieren.

- Affektive Störungen (F30 – F39)
  - Depressive Episode (F32)
  - Rezidivierende depressive Störung (F33)
  - Dysthymie (F34.1)
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40 – F48)
  - Soziale Phobien (F40.1)
  - Arbeitsplatzphobie (F40.2)
  - Panikstörung (F41.1)
  - Generalisierte Angststörung (F41.1)
  - Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)
  - Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang (F42.0)
  - Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)
  - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) (Kopf-, Rückenschmerz)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50 – F59)

Die lückenhafte und dadurch mangelhafte Beschreibung einer tatsächlich vorliegenden KTBS erschwert eine innerärztliche Kommunikation, besonders auch zwischen Therapeuten und Gutachtern mit hieraus resultierenden insuffizienten oder gar falschen Therapieentscheidungen.

Gutachter von Patienten mit einer KTBS können eine Falschbegutachtung de facto praktisch nicht umgehen, da diese wie Therapeuten an den ICD gebunden sind, in dem sich aber keine passende Diagnose für die KTBS finden lässt. Dieses Manko besteht besonders bei der entwürdigenden Unsitte einer psychiatrischen Begutachtung nach Aktenlage aber auch bei der persönlichen Begutachtung, wenn entweder Symptom- oder Fehldiagnosen (z. B. Anpassungsstörung) unkontrolliert übernommen oder selbst gestellt werden müssen, weil der ICD nichts Passendes hergibt. Da haben sich schon Gutachter von Mobbing-Opfern selbst bis zu paranoiden Störungen verstiegen, aufgrund deren Fehlbegutachtungen zum Beispiel vier Steuerfahnder in den vorzeitigen Ruhestand entlassen wurden [8] oder gar für Jahre in einer psychiatrischen Klinik weggesperrt werden (Fall Mollath). Fehlentscheidungen finden sich gehäuft bei Beendigungen der AU oder Zwangsrehabilitationen durch den MDK. Aber auch abgelehnte Psychotherapieanträge im Gutachterverfahren nach Aktenlage hinterlassen zwangsläufig den Eindruck der Willkür, wenn die Therapie nur deshalb abgelehnt wird, weil es die KTBS offiziell nicht gibt und obendrein eine indizierte Methodenvielfalt hinsichtlich unterschiedlicher Psychotherapieverfahren unzulässig ist. Einen Ausweg aus diesem Dilemma erlaubt die Einführung der Diagnose einer KTBS im ICD-10, welche in einer Unterordnung den Zentralkonflikt benennen kann. Dies kann am Beispiel des Mobbing-Syndroms aufgezeigt und problemlos auf weitere Syndrome wie das Stalking-Syndrom übertragen werden.

Unter dem Dach der KTBS, die den Schlüssel F43.3 erhalten könnte, lässt sich das Mobbing-Syndrom im zeitlichen Verlauf in vier Stadien beschreiben [9, 10] (siehe **Stadien Mobbing-Syndrom**). Abhängig von der Verwundbarkeit des Mobbing-Opfers durch seine primäre Persönlichkeitsstruktur, Vorerkrankungen oder einer Behinderung und der Schwere und Häufigkeit der Mobbing-Handlungen müssen nicht alle Stadien durchlaufen werden. Sie können sich überlappen und sind mit Ausnahme des vierten Stadiums meist erst nach Beendigung einer Mobbing-Konstellation erfolgreich zu therapieren.

Das Mobbing-Syndrom in vier Stadien [9, 10]

Stadium 1: Akute Belastungsreaktion (F43.0, Vorstufe des Mobbing-Syndroms)
Das Stadium 1 ist definitionsgemäß nach vier Wochen beendet. Mehrere „akute Belastungen" können jedoch bei gleicher Zielsetzung zum Stadium 2 führen und werden daher besser als Vorstufe zum „Mobbing-Syndrom" bezeichnet.

Stadium 2: „Kumulative" traumatische Belastungsstörung (KTBS, bisher F43.9)

- Biphasisches Auftreten von Depression und Angst im Wechsel mit Aggressionen und eventuell damit einhergehenden Suizidgedanken
- Einbrechendes Selbstwertgefühl mit Selbstzweifeln und Schuldgefühlen
- Zunehmendes Vermeidungsverhalten
- Schlafstörungen mit Grübelzwängen
- Substanzmissbrauch aufgrund von Angst und Schlafstörungen
- Eingeengtes Denken an den Konflikt, woraus sich die Plausibilität für Mobbing ableitet, wenn entsprechende Handlungen mit Mobbing-typischer Intention vorliegen
- Hypervigilante Kognition betreffend den Mobbing-Konflikt
- Eingeschränkte Kognition im Alltag aufgrund des eingeengten Denkens an den Konflikt
- Psychosomatische Funktionsstörungen (vor allem im Bewegungs-/Magen-Darm-Bereich)
- Entwicklung einer Phobie gegen Fremdbestimmung

Das Stadium 2 ist die Folge von mehreren akuten Belastungsreaktionen des Stadium 1. Diese nach Fischer und Riedesser im Kapitel „Mobbing" bezeichnete „kumulierende Traumatisierung" [7] stellt den eigentlichen Beginn des „Mobbing-Syndroms" dar. Dieses weist eine Mehrzahl der im Stadium 2 beschriebenen Charakteristika auf. Einige Symptome dieses Stadiums können auch bei den übrigen Stadien des Mobbing-Syndroms gefunden werden. Die in 20-jähriger Erfahrung herausgearbeiteten Kriterien bestätigen und konkretisieren die in drei Ländern (Schweden, Deutschland, Österreich) erhobenen Beschwerden ([7] Tab. 20).

Stadium 3: Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, F43.1)

Stadium 4: Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0)

- Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (F 60.6)
- Paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)
- Obsessive Persönlichkeitsstörung (F60.0)

Fazit für die Praxis

Die Einführung der Diagnose einer KTBS im ICD-10 mit dem Schlüssel F43.3, eines Mobbing-Syndroms mit F43.30 und eines Stalking-Syndroms mit F43.31 würde einen ersten wichtigen Schritt darstellen, die gesundheitlichen Folgen von psychischer Gewalt der Realität entsprechend so deutlich darzustellen, dass der Gesetzgeber veranlasst wird, die psychische Gewalt genau so zu sanktionieren wie die körperliche Gewalt. Gemeinsam könnten so die Ärzteschaft und der Gesetzgeber einen nahezu kostenlosen Beitrag zur Prävention leisten, um die erschreckend zunehmenden Auswirkungen auf den Gesundheitszustand mit seinen Folgekosten (Fehlzeiten im Betrieb, Behandlungskosten in der ambulanten und stationären Medizin, dem Krankengeld, Reha-Maßnahmen, vorzeitiger Berentung etc.) einzudämmen. □

LITERATUR

www.Springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. med. Argeo Bämayr
Postfach 1364, 96450 Coburg
E-Mail: mobbingsyndrom@gmail.com

Literatur

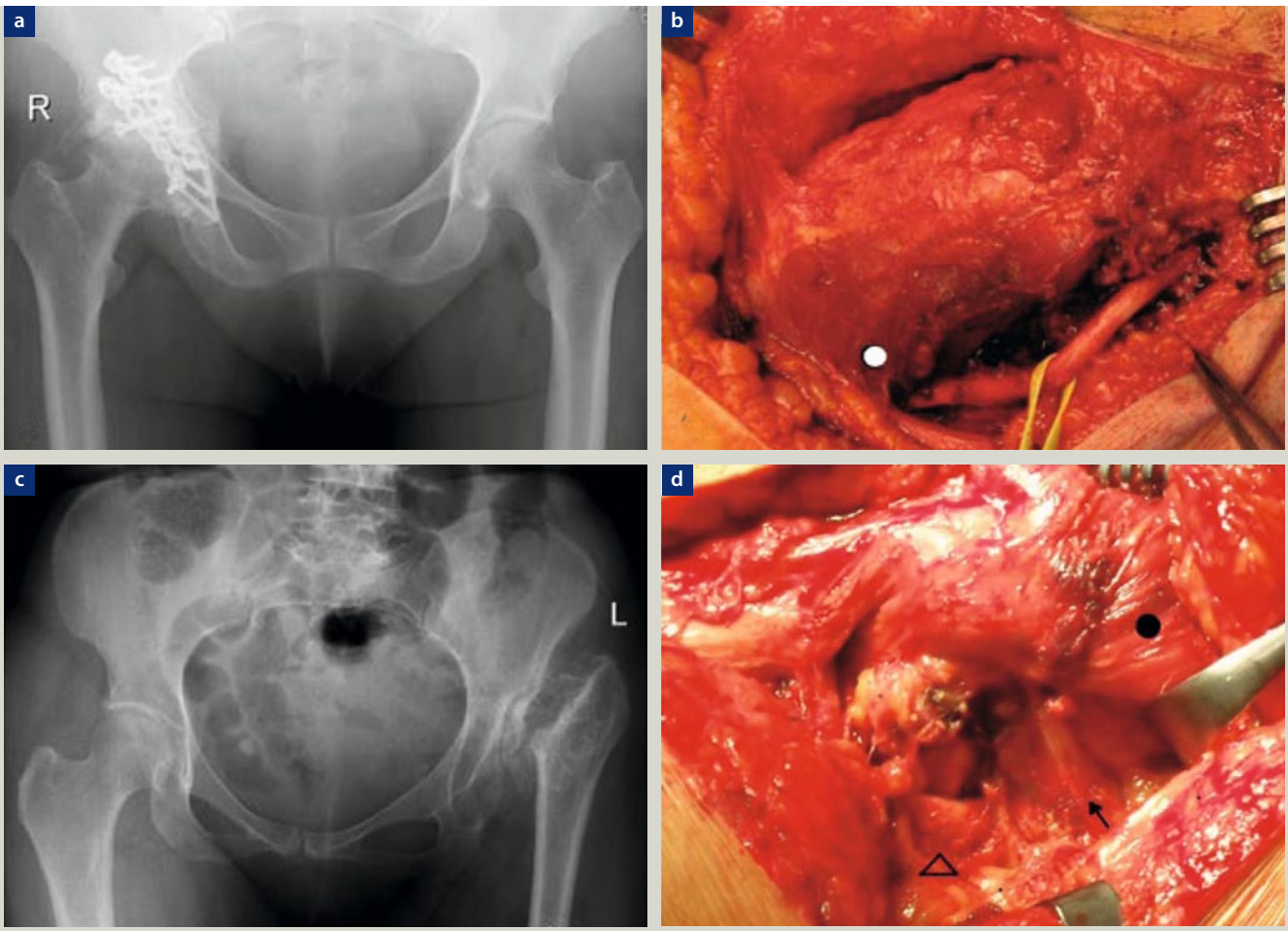
1. Dt Ärztebl 1997; 94: A 1663 [Heft 24]
2. Wickler P (Hrsg), Coserio P, Hänsch B, Schwan H: Handbuch Mobbing-Rechtsschutz, C.F. Müller Verlag, Heidelberg, 2004
3. Wickler P: Mobbing als Noxe, in: Der medizinische Sachverständige 2004; 2:64–69
4. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): ICD-10-GM Version 2013, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) – German Modification ,
5. Saß H, Wittchen H, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual PsychischerStörungen (DSM-IV-TR)
6. Leymann H: Der neue Mobbing-Bericht, Reinbek bei Hamburg 1995; Rowohlt Störungen. DSM-IV, Göttingen 1996; Hogrefe,
7. Fischer G, Riedesser P: Lehrbuch der Psychotraumatologie, München, Basel 1998; Reinhard-Verlag
8. Verwaltungsgericht Giessen: Urteil wegen Falschbegutachtung, Az 21 K 1220/09.GL.B
9. Bämayr A: Das Mobbingsyndrom, Diagnostik, Therapie und Begutachtung im Kontext zur in Deutschland ubiquitär praktizierten psychischen Gewalt, Bochum: Europäischer Universitätsverlag 2012
10. Bämayr A: Mobbing, Klassifikation des Erkrankungsverlaufs, in: Neurotransmitter 2006; 11: 22

Perioperative Nervenläsionen

Lokalisationsdiagnostik, Prognose und therapeutische Weichenstellung

Sowohl in der Klinik als auch in der niedergelassenen Praxis werden Neurologen und Nervenärzte immer häufiger mit perioperativ aufgetretenen Nervenverletzungen konfrontiert. Ihnen kommt dabei eine wichtige Rolle bei Diagnose, Prognoseeinschätzung und Therapie zu.

PETER SCHWENKREIS, MARTIN TEGENTHOFF, BOCHUM



© Springer-Verlag 2011

Abbildung 1: Risiko für Nervenläsionen durch Hüftendoprothesenimplantation und Beinverlängerung.
Bei der endoprothetischen Versorgung posttraumatischer Koxarthrosen mit vorangegangener Osteosynthese im Bereich des Azetabulums (a) empfiehlt sich die schonende Darstellung des N. ischiadicus (b, angeschlungener Nerv unter dem mit einem Kreis markierten M. glutaeus). Damit ist eine Läsion im Rahmen der oft erforderlichen Metallentfernung am ehesten vermeidbar.
Bei einer geplanten Beinverlängerung von maximal 3–4 cm im Rahmen der endoprothetischen Versorgung von Dysplasiekoxarthrosen (c) wird der N. ischiadicus im Rahmen des hinteren Zugangs dargestellt (d), um nach Reposition die Spannung überprüfen zu können (Dreieck: N. ischiadicus, Pfeil: Piriformissehne, Kreis: M. glutaeus).

Perioperative Läsionen peripherer Nerven stellen einen relevanten Anteil an der Gesamtzahl aller peripheren Nervenverletzungen dar und lassen sich trotz größter ärztlicher Sorgfalt letztendlich nicht immer vermeiden. Dabei sind verschiedene Operationen mit unterschiedlich großen und für die einzelnen Operationen spezifischen Risiken für eine perioperative periphere Nervenläsion verknüpft. Prinzipiell können dabei im Bereich des Operationsgebietes primäre von sekundären Nervenverletzungen unterschieden werden.

- Primäre Verletzungen entstehen unmittelbar durch akzidentielle partielle oder komplette Durchtrennung eines Nerven im Operationsgebiet (spitzes Trauma) oder durch Druck- oder Zugschädigung des entsprechenden Nerven in räumlicher Nähe zum Operationsgebiet (stumpfes Trauma). Daneben kommen auch thermische Schäden bei Wärmeentwicklung im Rahmen einer Thermokoagulation von Gefäßen, durch Polymerisation von Knochenzement oder beim Bohren und Fräsen vor [1]. Primäre Nervenverletzungen sind unmittelbar postoperativ bereits nachweisbar.
- Sekundäre Nervenverletzungen treten mit einem gewissen zeitlichen Intervall zur Operation auf und werden typischerweise durch Komplikationen wie eine zunehmende Hämatombildung, eine ischämische Schädigung durch Verletzung oder Ligatur eines Gefäßes oder durch eine überschießende Kallusbildung verursacht. Solche sekundären Schäden sollten immer Anlass zu einer sorgfältigen Ursachensuche und gegebenenfalls operativen Revision mit Behebung dieser Ursache geben.

Neben peripheren Nervenverletzungen in räumlicher Nähe zum Operationsgebiet kann es perioperativ aber auch zu Lagerungs- oder selten auch Zugschäden in vom Operationsgebiet entfernten Regionen kommen, wobei pathophysiologisch meistens eine Druckschädigung im Bereich von aufgrund ihrer anatomischen Besonderheiten prädisponierten Stellen (z. B. N. ulnaris im Bereich des Sulcus) vorliegt.

Aufgaben des Neurologen und diagnostische Schwierigkeiten

Die Aufgabe des in der Regel postoperativ konsiliarisch hinzugezogenen Neurologen ist die Sicherung der Diagnose oder aber der Ausschluss einer peripheren Nervenläsion, eine exakte Lokalisationsdiagnostik, eine Feststellung des Schweregrades mit prognostischer Einschätzung der Nervenläsion, und daraus abgeleitet auch die therapeutische Weichenstellung. Unmittelbar postoperativ kann die klinische Beurteilung durch eingeschränkte Untersuchungsbedingungen deutlich erschwert sein. Hierzu gehören Verbände oder offene Wunden ebenso wie eine aktive oder passive Bewegungshemmung durch Schwellung oder starke Schmerzen. Hier kann die elektrophysiologische Zusatzdiagnostik (insbesondere Elektroneurografie, ENG und Elektromyografie, EMG) wertvolle Dienste bei der Sicherung der Diagnose einerseits und bei der Abschätzung von Ausmaß und Prognose der Verletzung andererseits leisten [2]. Bei bestimmten Verletzungsmustern, bei denen periphere Nervenverletzungen sowohl im Rahmen des initialen Traumas als auch im Rahmen der operativen Versorgung relativ häufig auftreten (z. B. Ischiadicusläsion bei Acetabulumfraktur), ist eine präoperative neurologische Statuserhebung für eine spätere Differenzierung zwischen primär traumabedingter und perioperativer iatrogener Läsion (mit den daraus erwachsenden möglichen juristischen Konsequenzen) hilfreich **(Abbildung 1).** Elektrophysiologisch kann ein Nachweis pathologischer Spontanaktivität im EMG in den ersten postoperativen Tagen auf eine bereits länger als 14 Tage zurückliegende Läsion und damit einen operationsunabhängigen Vorschaden hinweisen.

Für die Diagnostik einer peripheren Nervenläsion ist die Kenntnis der für bestimmte Operationen typischen perioperativen Nervenverletzungen von besonderer Bedeutung. Daher sollen im Folgenden mögliche Ursachen für perioperative Verletzungen der wichtigsten peripheren Nerven der oberen und unteren Extremitäten systematisch dargestellt werden. Eingriffstypische Nervenläsionen sind exemplarisch für eine Reihe von häufig durchgeführten Eingriffen in **Tabelle 1** dargestellt.

Perioperative Nervenläsionen der oberen Extremität

N. ulnaris

Operationen in Oberarmblutsperre können zu einer Druckschädigung des N. ulnaris führen. Im Bereich des Ellenbogens ist der N. ulnaris bei der Reposition oder operativen Versorgung ellenbogengelenksnaher Frakturen oder Luxationsfrakturen gefährdet, so zum Beispiel bei der Versorgung von suprakondylären Humerusfrakturen oder Frakturen des Radiusköpfchens [3]. Nicht selten treten dabei auch kombinierte Verletzungen des N. ulnaris und N. radialis auf. Die häufigste Ursache für perioperative Ulnarisläsionen am Ellenbogen sind allerdings Lagerungsschäden in Narkose, wobei eine Ulnarisluxation sowie ein flacher Sulcus als prädisponierende anatomische Faktoren einen solchen Lagerungsschaden begünstigen [4]. Die Prognose dieser Lagerungsschäden ist in der Regel gut. Perioperative Ulnarisläsionen am Unterarm sind im Gegensatz zu den Läsionen am Ellenbogen selten. Gelegentlich kommen hier Verletzungen bei der osteosynthetischen Versorgung von Unterarmschaftfrakturen oder bei der Anlage eines arteriove-

Tabelle 1

Typische perioperative Nervenverletzungen bei häufigen operativen Eingriffen

Eingriff	Häufigste Nervenverletzungen
Operative Eingriffe in Schulternähe (z. B. Arthroskopie, Endoprothese)	N. axillaris Plexus brachialis
Operative Eingriffe in Ellenbogengelenksnähe (z. B. Osteosynthese, suprakondyläre Humerusfraktur, Radiusköpfchenfraktur)	N. medianus N. radialis N. ulnaris
Operative Eingriffe am Handgelenk (z. B. Osteosynthese, distale Radiusfraktur)	N. medianus N. ulnaris
Operative Eingriffe in Hüftgelenksnähe (z. B. Endoprothese, Osteosynthese, Acetabulumfraktur)	N. femoralis N. ischiadicus N. gluteus superior Plexus lumbosacralis
Operative Eingriffe in Kniegelenksnähe (z. B. Endoprothese, Arthroskopie)	N. peronäus N. tibialis
Operative Eingriffe im Bereich des Sprunggelenkes	N. peronäus N. tibialis
Operative Eingriffe allgemein (Lagerungsschaden in Narkose)	N. ulnaris N. peronäus Plexus brachialis

nösen Shunts vor. Darüber hinaus können prinzipiell sämtliche Eingriffe am Handgelenk beziehungsweise der Hand mit einer Ulnarisparese assoziiert sein.

N. medianus

Am Oberarm kann der N. medianus bei Operationen in Oberarmblutsperre geschädigt werden, zum Teil in Kombination mit dem N. ulnaris. Daneben ist der Nerv in diesem Bereich bei Osteosynthesen von Humerusschaftfrakturen gefährdet. Auch bei der Versorgung von ellenbogengelenksnahen Frakturen (insbesondere suprakondyläre Humerusfrakturen) oder der Reposition von Ellenbogenluxationen kann es zu einer Medianusschädigung kommen [5]. Verletzungen am Unterarm im Rahmen einer Versorgung von Unterarmschaftfrakturen oder einer Shunt-Anlage sind wie beim N. ulnaris selten, wohingegen Eingriffe am Handgelenk, und hier insbesondere die operative Versorgung der häufigen distalen Radiusfrakturen mit einer Verletzung des N. medianus im Bereich des Karpaltunnels einhergehen können. Hier kann es durch Nachblutungen mit Hämatombildung oder postoperativen Schwellungszuständen unter Umständen auch zur Ausbildung eines akuten Karpaltunnelsyndroms kommen, welches eine rasche Nervendekompression durch Spaltung des Retinaculum flexorum erforderlich machen kann [6].

Weitere einzelne Armnerven

Der N. thoracicus longus kann am häufigsten im Rahmen einer Axillaausräumung bei Mammakarzinom oder einer Thorakotomie geschädigt werden [7]. Eingriffe im Bereich des Schultergelenks (z. B. Arthroskopien, Endoprothesen) können hingegen zu einer Läsion des N. axillaris führen, eine solche Verletzung kann auch einmal im Rahmen einer Schulterreposition auftreten. Der N. radialis ist bei der operativen Versorgung von Oberarmschaftfrakturen oder ellenbogengelenksnahen Frakturen (insbesondere Radiusköpfchenfrakturen) besonders gefährdet.

Plexus brachialis

Direkte Läsionen des Plexus brachialis können bei Operationen im Schulter-Hals-Bereich, bei Resektion der ersten Rippe oder bei Operationen von Mammakarzinomen auftreten, aber auch als Injektionsschäden im Rahmen einer Plexusanästhesie. Daneben sind aber auch perioperative Lagerungsschäden in Narkose mit Überdehnung des Plexus nicht selten.

N. accessorius

Bei Operationen im Bereich des lateralen Halsdreiecks (insbesondere Lymphnotenexstirpationen) kann der XI. Hirnnerv verletzt werden, was sich in einem ipsilateralen Schultertiefstand manifestiert.

Perioperative Nervenläsionen der unteren Extremität

N. femoralis

Perioperative Läsionen des N. femoralis treten bevorzugt bei Eingriffen am Hüftgelenk und hier vor allem bei Totalendoprothesen auf, wobei unterschiedliche Mechanismen (Zug- bzw. Druckschädigung durch Haken, Nervendehnung bei Überstreckung des Hüftgelenks) für die Nervenläsion verantwortlich sein können [8]. Daneben können Femoralisparesen im Rahmen von Herniotomien (insbesondere Schenkelhernien) und Hysterektomien durch Pfannenstielschnitt auftreten. Bei gefäßchirurgischen Eingriffen an der Aorta abdominalis oder den Iliacalgefäßen kann es zu einer ischämischen Schädigung des Nerven kommen. Selten wurde über eine Druckschädigung bei Oberschenkelblutsperre berichtet.

N. ischiadicus und Äste (N. peronäus, N. tibialis)

Direkte Schädigungen des N. ischiadicus durch mechanische, thermische und ischämische Einwirkungen können bei sämtlichen Eingriffen am Hüftgelenk (hier insbesondere Totalendoprothesen und Versorgung von Acetabulumfrakturen) **(Abbildung 1)** und Oberschenkel auftreten [9]. Die wichtigste pathogenetische Rolle spielen jedoch Dehnungen und Zerrungen des Nerven bei Flexion des Hüftgelenkes beziehungsweise Extension des Beines nach distal [10]. Ein Dehnungsschaden des N. ischiadicus kann auch im Rahmen von Verlängerungsosteotomien des Oberschenkels (> 3 cm), bei der Reposition von Femurfrakturen oder bei verbesserter Hüftflexion nach Hüfttotalendoprothese (TEP) bei langjähriger Osteoporose entstehen. Daneben kommen aber auch Lagerungsschäden des N. ischiadicus im Rahmen von Narkosen **(Kasuistik 1)** vor, wobei die Erschlaffung des M. gluteus maximus eine pathogenetisch wichtige Rolle zu spielen scheint.

Nach dem N. ulnaris am zweithäufigsten von Lagerungsschäden in Narkose betroffen ist der N. peronäus, wobei die Druckschädigung typischerweise auf Höhe des Fibulaköpfchens erfolgt [11]. Da bei Läsionen des N. ischiadicus der peronäale An-

teil typischerweise eine höhere Vulnerabilität als der tibiale Anteil zeigt, kann eine inkomplette Ischiadicusschädigung klinisch als Peronäusparese imponieren. Im Einzelfall muss daher zum Beispiel bei Fußheberschwäche nach Hüft-TEP eine sorgfältige Abgrenzung zwischen einer direkten Ischiadicusschädigung im Bereich des Hüftgelenks und einer Druckschädigung des N. peronäus am Fibulaköpfchen erfolgen. Richtungsweisend sind hier einerseits subtile klinische Zeichen für eine Mitbeteiligung des N. tibialis (z. B. Abschwächung des Achillessehnenreflexes), andererseits aber auch die Elektromyografie des kurzen Bicepskopfes, der vom peronäalen Anteil des N. ischiadicus innerviert wird. In Höhe des Knies kann der N. peronäus auch direkt bei der Versorgung kniegelenksnaher Frakturen, bei Totalendoprothesen und bei Arthroskopien geschädigt werden. Am Unterschenkel und Sprunggelenk kommen ebenfalls direkte Nervenläsionen im Rahmen von Osteosynthesen, aber auch bei Varizenoperationen vor. Daneben ist der N. peronäus ähnlich wie der N. tibialis bei Verlängerungsosteotomien am Unterschenkel gefährdet.

Im Gegensatz zu Läsionen des N. ischiadicus beziehungsweise N. peronäus sind perioperative Läsionen des N. tibialis selten. Die Eingriffe, bei denen eine Gefährdung besteht, entsprechen denjenigen des N. peronäus (Versorgung kniegelenksnaher Frakturen, Knie-TEP, Arthroskopien, Osteosynthesen am Unterschenkel und Sprunggelenk).

Weitere einzelne Beinnerven

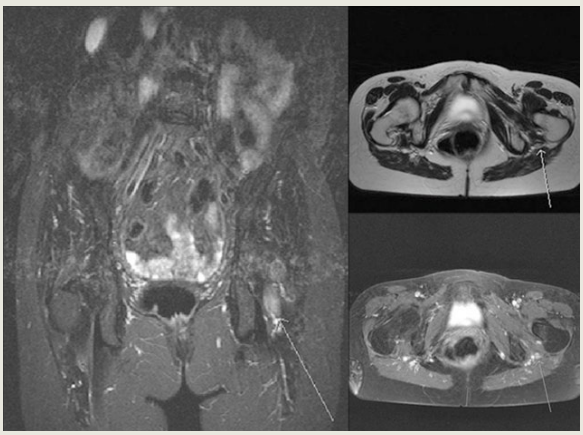
Der N. gluteus superior ist vor allem bei Totalendoprothesen des Hüftgelenks gefährdet. Das für eine Parese des M. gluteus medius typische Trendelenburghinken ist nach einer Hüfttotalendoprothese allerdings nicht in jedem Falle beweisend für eine Läsion des N. gluteus superior. Ein solches postoperatives Trendelenburghinken kann auch bei intaktem Nerv durch einen Abriss des Trochanter major entstehen **(Kasuistik 2)**. Der Röntgenbefund ist hier zwar richtungsweisend, eine exakte Differenzierung mit Ausschluss einer Nervenläsion gelingt jedoch nur mit dem EMG. Der N. saphenus als Endast des N. femoralis kann bei der Entnahme von Venentransplantaten oder bei Varizenoperationen geschädigt werden. Läsionen des N. genitofemoralis treten bei Eingriffen im kleinen Becken, Leistenhernienoperationen oder gynäkologischen Eingriffen auf. Läsionen des N. cutaneus femoris lateralis sind nicht selten nach Spongiosaentnahme am Beckenkamm zu beobachten, können allerdings auch nach Eingriffen am Hüftgelenk auftreten.

Plexus lumbosacralis

Häufigste Ursache perioperativer Läsionen des Beinplexus sind operative Eingriffe am Hüftgelenk, und hier insbesondere Totalendoprothesen, wobei die Schädigung typischerweise aus einer Überdehnung des Plexus resultiert. Seltener sind scharfe Verletzungen, thermische Schädigungen durch Knochenzement oder Kompression des Plexus durch Hämatombildung. Weitere Ursachen einer Beinplexusläsion sind gefäßchirurgische Eingriffe an Aorta und Ilicalgefäßen mit ischämischer Schädigung des Plexus sowie abdominalchirurgische beziehungsweise gynäkologische Eingriffe, bei denen sorgfältig nach postoperativen Hämatomen gefahndet werden muss.

Kasuistik 1

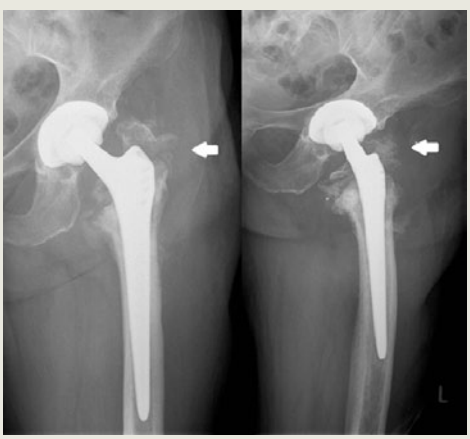
59-jährige Patientin. Nach Koloskopie in Kurznarkose wegen chronischer Diarrhöen Sensibilitätsstörungen linker Unterschenkel, Schwäche linkes Bein, Gangunsicherheit, Schmerzen Wade und Gesäß bemerkt. Bei neurologischer Erstuntersuchung nach 14 Tagen ausgefallener ASR links, leichte Fuß- und Zehenheberparese sowie Fußsenkerparese, Hypästhesie lateraler und dorsaler Unterschenkel links sowie linker Fuß. Im MRT Nachweis eines Ödems sowie von Kontrastmittelaufnahme (s. Pfeile) des N. ischiadicus links. Diagnose Lagerungsschaden des N. ischiadicus links. Unter Physiotherapie gute Symptomrückbildung.



© P. Schwenkreis/M. Tegenthoff

Kasuistik 2

68-jährige Patientin. Sturz auf Glatteis, mediale Schenkelhalsfraktur links. Noch am Unfalltag Hüft-TEP links. Postoperativ Trendelenburghinken, Parese der Hüftabduktion links KG2. EMG aus dem M. gluteus medius links drei Wochen nach der Operation unauffällig! Röntgenologisch Abriss des Trochanter major (Pfeile) im Rahmen des Unfalls als wichtige Differenzialdiagnose zu einer perioperativen Läsion des N. gluteus superior, welche ebenfalls ein Trendelenburghinken verursachen kann. Eine Unterscheidung ist nur mittels EMG möglich.



© P. Schwenkreis/M. Tegenthoff

Prognose perioperativer Nervenläsionen

Die Prognose einer perioperativen peripheren Nervenläsion ist abhängig von Ausmaß und Art der Schädigung: Bei einer Neurapraxie liegt lediglich ein Leitungsblock an der Läsionsstelle vor, ohne dass es zu einer Durchtrennung der Axone mit resultierender Wallerscher Degeneration kommt. Im Gegensatz dazu besteht bei der Axonotmesis eine Durchtrennung von Axonen, bei allerdings erhaltenen bindegewebigen Hüllstrukturen. Beide Schädigungsformen gehen prinzipiell mit einer guten Prognose einher, wobei allerdings bei der Axonotmesis eine deutlich längere Zeitdauer bis zur Funktionswiederherstellung veranschlagt werden muss. Bei der Neurotmesis hingegen sind nicht nur Axone, sondern auch bindegewebige Hüll- und Leitstrukturen verletzt, bis hin zu einer vollständigen Kontinuitätsunterbrechung des gesamten Nerven, was mit einer deutlich schlechteren Prognose vergesellschaftet ist. Entscheidend für die Differenzierung zwischen Neurapraxie, Axonotmesis und Neurotmesis ist die Elektromyografie und -neurografie. Dabei ist eine Differenzierung zwischen Neurapraxie einerseits und Axonotmesis/Neurotmesis andererseits erst nach zwei bis drei Wochen zuverlässig möglich [12]. Erst nach diesem Zeitraum sind die Zeichen einer Wallerschen Degeneration nach Axonverletzung nachweisbar, in Form von pathologischer Spontanaktivität im EMG und einer Amplitudenerniedrigung beziehungsweise eines Ausfalls von Muskelsummenaktionspotenzial (MSAP) und sensiblem Nervenaktionspotenzial (SNAP) nach Stimulation distal des Läsionsorts in der ENG. Eine Unterscheidung zwischen Axonotmesis und Neurotmesis ist hingegen nur durch elektrophysiologische Verlaufsuntersuchungen möglich. Das Ausbleiben einer zeitgerechten Reinnervation (Faustregel: Regenerationsgeschwindigkeit 1 mm/d ausgehend vom proximalen Axonstumpf) spricht hier für eine höhergradige Nervenläsion mit Verletzung bindegewebiger Hüllstrukturen, und damit für eine schlechte Prognose bezüglich einer spontanen Regeneration.

Therapeutisches Vorgehen

Das therapeutische Vorgehen richtet sich nach Art und Ausmaß der Nervenläsion. Bei einer primären, klinisch und elektrophysiologisch kompletten Nervenläsion im Bereich des Operationsgebietes besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine Neurotmesis mit schlechter Regenerationsprognose. Hier ist eine operative Revision mit Darstellung des Nerven und gegebenenfalls Beseitigung einer Kontinuitätsunterbrechung gerechtfertigt. Bei inkompletten primären Läsionen im Bereich des Operationsgebietes oder Lagerungsschäden ist die Prognose in der Regel jedoch deutlich besser, hier ist zunächst ein abwartendes Vorgehen mit konservativer Therapie (insbesondere Physio- und Ergotherapie) gerechtfertigt. Allerdings sind unbedingt regelmäßige klinische und elektrophysiologische Verlaufskontrollen erforderlich. Bei sekundärer Verschlechterung oder ausbleibender zeitgerechter Reinnervation sollte aber auch in diesen Fällen eine operative Revision angestrebt werden. Entschließt man sich zu einer operativen Revision, so sollte diese allerdings spätestens sechs Monate nach dem Trauma erfolgen, da nach neun bis zwölf Monaten von einer irreversiblen Endplattendegeneration im Zielmuskel ausgegangen werden muss, welche eine erfolgreiche Reinnervation auch dann nicht mehr erwarten lässt, wenn aussprossende Axone den Zielmuskel erreichen.

Sekundäre Nervenläsionen sollten immer Anlass zu einer sorgfältigen Diagnostik geben, da bis zum Beweis des Gegenteils eine postoperative Komplikation (z. B. Hämatombildung) als Ursache angenommen werden muss, die eine operative Revision erfordern kann.

Fazit für die Praxis

Perioperative Nervenläsionen treten in der Regel als direkte Nervenläsion in räumlicher Nähe zum Operationsgebiet oder als Lagerungsschaden durch Druck- oder Zugschädigung unter Umständen auch in räumlicher Entfernung zum Operationsgebiet auf. Aufgaben des in der Regel konsiliarisch hinzugezogenen Neurologen sind die Diagnosesicherung der peripheren Nervenläsion, die Lokalisationsdiagnostik, die Feststellung des Schweregrades, die prognostische Einschätzung und davon abhängig auch die therapeutische Weichenstellung hin zu einem primär konservativen oder operativen Vorgehen. Dabei ist die Kenntnis der für bestimmte Operationen typischen peripheren Nervenverletzungen von besonderer Bedeutung. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Peter Schwenkreis
Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil
Neurologische Klinik
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum
E-Mail: peter.schwenkreis@ruhr-uni-bochum.de

Prof. Dr. med. Martin Tegenthoff
Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil
Neurologische Klinik

Interessenkonflikt
Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrags von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen.
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 NT1312eE

gültig bis 3.1.2014

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.

DOI: 10.1007/s15016-013-0300-2

Perioperative Nervenläsionen

Worauf sind perioperative Nervenverletzungen in vom OP-Gebiet entfernten Regionen am häufigsten zurückzuführen?
- ☐ Thermische Schädigung
- ☐ Lagerungsschaden
- ☐ Akzidentelle Nervendurchtrennung
- ☐ Ligatur eines Gefäßes
- ☐ Überschießende Kallusbildung

Der am häufigsten von einem perioperativen Lagerungsschaden betroffene periphere Nerv ist der …
- ☐ … N. ulnaris.
- ☐ … N. medianus.
- ☐ … N. femoralis.
- ☐ … N. obturatorius.
- ☐ … N. suralis.

Eine perioperative Läsion des N. thoracicus longus tritt typischerweise auf bei einer …
- ☐ … distalen Radiusfraktur.
- ☐ … suprakondylären Humerusfraktur.
- ☐ … Arthroskopie des Ellenbogengelenks.
- ☐ … Axillaausräumung bei Mammakarzinom.
- ☐ … Radiusköpfchenfraktur.

Was versteht man unter einer Neurapraxie?
- ☐ Eine Nervenverletzung mit Beteiligung von Axonen und bindegewebigen Hüllstrukturen
- ☐ Eine vollständige Kontinuitätsunterbrechung eines Nerven
- ☐ Eine Nervenverletzung mit isolierter Schädigung der Axone
- ☐ Eine komplette irreversible periphere Nervenläsion
- ☐ Eine Nervenverletzung mit umschriebener Myelinscheidenschädigung bei erhaltenen Axonen

Welches Vorgehen ist bei einer inkompletten peripheren Nervenläsion im Bereich des Operationsgebietes sinnvoll?
- ☐ Sofortige Revisionsoperation mit primärer Nervennaht
- ☐ Revisionsoperation 14 Tage nach Primär-OP und Einsatz eines Suralisinterponates
- ☐ Revisionsoperation bei ausbleibender fortschreitender Nervenregeneration nach zwei Jahren
- ☐ Konservative Therapie mit klinischen und elektrophysiologischen Verlaufskontrollen
- ☐ Frühzeitige Planung einer plastischen Ersatzoperation aufgrund der ausgesprochen schlechten Prognose

Wann sollte eine operative Revision bei ausbleibender Nervenregeneration spätestens erfolgen?
- ☐ Spätestens nach 14 Tagen
- ☐ Spätestens nach 6 Monaten
- ☐ Spätestens nach 15 Monaten
- ☐ Spätestens nach 36 Monaten
- ☐ Es gibt keine sinnvolle zeitliche Grenze.

Die Regenerationsgeschwindigkeit nach Durchtrennung eines peripheren Nerven beträgt ausgehend vom proximalen Axonstumpf …
- ☐ … etwa 0,01 mm/d.
- ☐ … etwa 0,1 mm/d.
- ☐ … etwa 1 mm/d.
- ☐ … etwa 5 mm/d.
- ☐ … etwa 10 mm/d.

Bei einem 65-jährigen Patienten fällt unmittelbar postoperativ nach einer Hüfttotalendoprothesen-OP links eine klinisch komplette Ulnarisparese rechts auf. Es wird ein Lagerungsschaden am Ellenbogen vermutet. Was ist das sinnvollste Vorgehen?
- ☐ Unverzügliche operative Exploration und gegebenenfalls Nervennaht im Falle einer Kontinuitätsunterbrechung
- ☐ Gipsruhigstellung des Armes ellenbogengelenksübergreifend für sechs Wochen
- ☐ Physiotherapie und engmaschige klinische und elektrophysiologische Verlaufskontrollen
- ☐ Aufgrund der durchweg guten Prognose sind keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen erforderlich
- ☐ MRT-Untersuchung des Kopfes zum Ausschluss einer zentralnervösen Ursache

Ein perioperativer Abriss des Trochanter major nach Hüft-TEP kann zu differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten führen in Abgrenzung zu einem Schaden des …
- ☐ … N. gluteus superior.
- ☐ … N. peroneus.
- ☐ … N. tibialis.
- ☐ … N. saphenus.
- ☐ … N. obturatorius.

Der Begriff „sekundäre Nervenverletzung" bezeichnet …
- ☐ … eine Verletzung zweier peripherer Nerven an derselben Extremität.
- ☐ … einen perioperativen Lagerungsschaden in räumlicher Entfernung zum Operationsgebiet.
- ☐ … eine unabsichtliche Durchtrennung eines peripheren Nerven im OP-Gebiet.
- ☐ … eine Denervierungsoperation zur Schmerztherapie.
- ☐ … eine mit einem gewissen zeitlichen Intervall zu einer Operation auftretende Nervenläsion, verursacht zum Beispiel durch zunehmende Hämatombildung.

Literatur

1. Mumenthaler M, Stöhr M, Müller-Vahl H. Läsionen peripherer Nerven und radikuläre Syndrome. 9. Aufl. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag; 2007
2. Widder B, Gaidzik PW. Begutachtung in der Neurologie. 2. Aufl. Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag; 2012
3. Slobogean BL, Jackman H, Tennant S, Slobogean GP, Mulpuri K. Iatrogenic ulnar nerve injury after the surgical treatment of displaced supracondylar fractures of the humerus: number needed to harm, a systematic review. J Pediatr Orthop 2010;30:430-6
4. Alvine FG, Schurrer ME. Postoperative ulnar-nerve palsy. Are there predisposing factors? J Bone Joint Surg Am 1987;69:255-9
5. Burczak JR. Median nerve palsy after operative treatment of intraarticular distal humerus fracture with intact supracondylar process. J Orthop Trauma 1994;8:252-4
6. Niver GE, Ilyas AM. Carpal tunnel syndrome after distal radius fracture. The Orthopedic clinics of North America 2012;43:521-7
7. Agee N, Bouton ME, Vanderhoof JW. Successful repair of the long thoracic nerve after complete transection during axillary lymph node dissection. Am Surg 2009;75:266-8
8. Fox AJ, Bedi A, Wanivenhaus F, Sculco TP, Fox JS. Femoral neuropathy following total hip arthroplasty: review and management guidelines. Acta Orthop Belg 2012;78:145-51
9. Oldenburg M, Muller RT. The frequency, prognosis and significance of nerve injuries in total hip arthroplasty. Int Orthop 1997;21:1-3
10. 1Telleria JJ, Safran MR, Harris AH, Gardi JN, Glick JM. Risk of sciatic nerve traction injury during hip arthroscopy-is it the amount or duration? An intraoperative nerve monitoring study. J Bone Joint Surg Am 2012;94:2025-32
11. Stöhr M. Iatrogene Nervenläsionen. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 1996
12. Stöhr M. Klinische Elektromyographie und Neurographie - Lehrbuch und Atlas. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2005

Tranylcypromin in der Praxis

Das Antidepressivum Tranylcypromin (Jatrosom®) ist ein irreversibler MAO-A/B-Hemmer und wird bevorzugt bei therapieresistenter und chronifizierter Depression eingesetzt. Beim fünften Jatrosom®-Expertengespräch in Köln betonten die Experten insbesondere dessen gute Dosis-Wirkungs-Korrelation. Im Durchschnitt wird eine eher niedrige Erhaltungsdosis von 40 mg/d angestrebt. Doch für Patienten, die eine höhere Dosis benötigen, heißt es „viel hilft viel", betonte Dr. Patrick Thilmann, Mannheim. „Auch der Sprung von 40 auf 60 mg/d kann noch einen Effekt haben."

Nach Informationen von Aristo Pharma

Neu in der WHO-Liste

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat kürzlich bekanntgegeben, dass Risperidon zur Liste der unentbehrlichen Arzneimittel (WHO Model List of Essential Medicines) hinzugefügt wurde. Somit hat Janssen mit Haloperidol und Risperidon zwei der vier Psychopharmaka entwickelt, die weltweit aus medizinischer Sicht als unentbehrlich gelten.

Nach Informationen von Janssen Cilag

TARGET Depression in Workplace

Aufgrund einer Depressionserkrankung könnten in der europäischen Union bei 34,6 Millionen Berufstätigen 1,2 Millionen Fehltage zustandekommen. Basierend auf diesen alarmierenden Zahlen kooperieren erstmalig einige der größten europäischen Arbeitgeber, darunter Ford und die Deutsche Post, um mit der „TARGET Depression in Workplace"-Kampagne Hilfestellungen zur Prävention von Depression für die Berufspraxis zu geben. Unterstützt wird diese Maßnahme von Lundbeck. Ziel ist es, Führungskräften konkrete Hilfsmittel zur Prävention von Depression sowie zur Unterstützung von berufstätigen Depressionserkrankten zu geben und Aufklärungsarbeit bei der frühzeitigen Erkennung von psychisch erkrankten Mitarbeitern zu leisten.

Nach Informationen von Lundbeck

Aktive MS – Die Prognose lässt sich verbessern

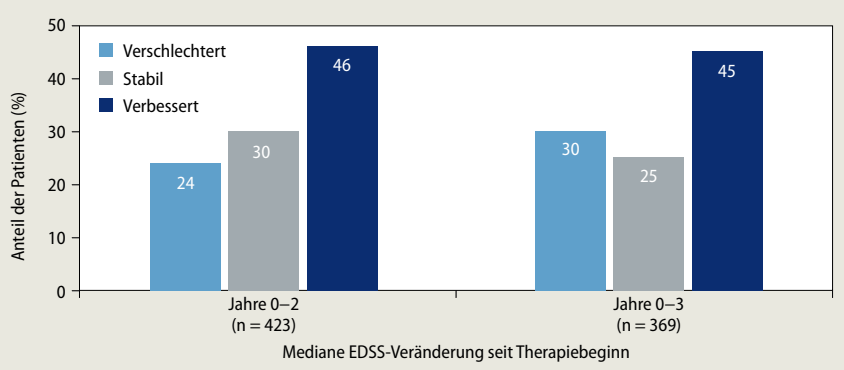
Die frühe Behandlung der schubförmig remittierenden Multiplen Sklerose (RRMS) soll die Verluste von Axonen und Hirnvolumen verringern und die Entwicklung von Behinderung verzögern oder verhindern. Die Prognose von Patienten mit ungünstigen prognostischen Faktoren zu verbessern, bezeichnete Professor Gavin Giovannoni, Neurologe am Blizard Institute in London, dabei als wichtiges Therapieziel. Ungünstige prognostische Faktoren seien ein später oder ein multifokaler Erkrankungsbeginn, männliches Geschlecht, eine Beteiligung efferenter Systeme, eine unvollständige Erholung vom ersten Schub, eine hohe Schubrate in den ersten zwei bis fünf Jahren, eine bedeutsame Behinderung nach fünf Jahren, abnorme Befunde mit einer hohen Läsionslast in MRT und oligoklonale Banden im Liquor.

Bisher sah die Behandlungsstrategie bei Krankheitsbeginn zunächst moderat wirksame Therapeutika vor, um dann bei nicht ausreichender Wirksamkeit zu eskalieren. Die Entscheidung der europäischen Zulassungsbehörden, Alemtuzumab (Lemtrada®) relativ breit für die Behandlung der RRMS mit aktiver Erkrankung, definiert durch klinischen Befund oder Bildgebung zuzulassen, eröffnet jetzt die Möglichkeit einer am individuellen Patienten ausgerichteten Therapie. Giovannoni rief dazu auf, eine aktive MS nicht mehr einfach zu akzeptieren. Die Entscheidung, das hoch wirksame Alemtuzumab einzusetzen, ist allerdings eine Entscheidung für einen längeren Zeitraum. Wie Professor Tjalf Ziemssen, Leiter des MS-Zentrums der Universitätsklinik Dresden, erläuterte, ist nach den Extensionsdaten der Phase-III-Studien CARE-MS I und II zwar in vielen Fällen keine weitere Behandlung nach den zwei Behandlungsphasen zu Beginn des ersten und zweiten Behandlungsjahres notwendig, wohl aber ein engmaschiges Monitoring aufgrund möglicher Nebenwirkungen wie Autoimmunerkrankungen, zum Beispiel der Schilddrüse, eine Immunthrombozytopenie oder eine Glomerulonephritis oder auch – selten – schwere Infektionen. Ziemssen betonte, dass die Kontrolle und gegebenenfalls das Ergreifen geeigneter Maßnahmen das Risiko kalkulierbar machen und bewertete insgesamt das Nutzen-Risiko-Profil als positiv. So waren in der CARE-MS-II-Extension ein Großteil der Patienten, die vor Beginn der Studie unter einer Standardtherapie weiter Schübe entwickelt hatten, auch nach drei Jahren noch hinsichtlich des Behinderungsgrads stabil oder hatten sich sogar verbessert (**Abbildung 1**).

Friederike Klein

Symposium „The Challenges of Disease Management in MS: Navigating the Landscape"; 29. ECTRIMS Kongress, Kopenhagen, 4.10.2013 Veranstalter: Genzyme

Abbildung 1



Ein Großteil der in nur zwei Phasen mit Alemtuzumab behandelten Patienten weist über drei Jahre stabile oder verbesserte EDSS-Werte auf [Hartung HP et al. ECTRIMS 2013, Poster P592].

Polypharmazie bei Schizophrenie: Interaktionen niedrig halten

In der Behandlung der Schizophrenie werden im klinischen Alltag überaus häufig Kombinationstherapien eingesetzt. Zu den wichtigsten Gründen für eine Polypharmakotherapie zählen die Therapieresistenz sowie unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen unter einer hoch dosierten Monotherapie.

Professor Martina Hahn, Fachapothekerin für klinische Pharmazie am Vitos Klinikum Rheingau in Eltville, machte deutlich, dass bei gleichzeitiger Gabe mehrerer Medikamente immer auch mit Wechselwirkungen gerechnet werden muss: „Die Anzahl der Interaktionen steigt exponenziell mit der Anzahl der Medikamente. Bei sechs verschiedenen Präparaten ergeben sich rechnerisch bereits 15 mögliche Interaktionspaarungen mit pharmakodynamischen und pharmakokinetischen Wechselwirkungen", so Hahn.

„Pharmakodynamische Interaktionen sind häufig der Grund für Nebenwirkungen, die zu einer mangelhaften Therapieadhärenz bei den Patienten führen", erläuterte Hahn, pharmakokinetische Wechselwirkungen erfordern Modifikationen des Dosierungsschemas. So sind beispielsweise bei Kombinationen mitInduktoren oder Inhibitoren Dosisänderungen erforderlich. In der Psychopharmakotherapie sind vor allem Inhibitoren von Cytochrom (CYP) 2D6 und Induktoren von CYP3A4 von Bedeutung [Hahn M. InFo Neurologie & Psychiatrie 2012; 14: 58–65].

Interaktionscheck vornehmen

„Um Interaktionen zu vermeiden und das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu senken, sollte bei Polypharmaziepatienten vor dem Ansetzen eines neuen Medikaments grundsätzlich ein Interaktionscheck vorgenommen werden", riet Hahn. Darüber hinaus sollten nach Möglichkeit Wirkstoffe mit günstigem Interaktionspotenzial wie Paliperidonpalmitat (Xeplion®) gewählt werden. Beim Einsatz des lang wirkenden, atypischen Neuroleptikums sind keine klinisch bedeutsamen pharmakokinetischen Wechselwirkungen mit Arzneimitteln zu erwarten, die durch Cytochrom-P450-Isoenzyme metabolisiert werden.

Dr. Silke Wedekind

Psychiatrie-Symposium „Schizophrenie von vielen Seiten beleuchtet – Patienten mit Psychose eine Zukunft geben"; Mainz, 21.9.2013
Veranstalter: Janssen-Cilag

Machen Sie den Interaktionscheck!

Hilfe bieten Onlinedatenbanken wie die PSIAC-Datenbank (PsiacOnline):
www.psiac.de
die mediQ-Datenbank:
www.mediq.ch
und die P450-Interaktionstabelle der Universität Indiana:
http://medicine.iupui.edu/clinpharm/ddis/table.aspx

Gute Langzeitdaten für Immunmodulator in der MS-Therapie

Eine Therapie mit dem Immunmodulator Glatirameracetat (Copaxone®) hält über viele Jahre hinweg die Schubrate bei MS niedrig und verhindert die Progression von Behinderungen. Inzwischen liegen Therapiedaten über 20 Jahre vor. Darauf hat Professor Fred Lublin von der Icahn School of Medicine in New York hingewiesen. Als Beispiel nannte der Neuroimmunologe auf dem ECTRIMS-Kongress in Kopenhagen eine 1991 begonnene US-Studie. Darin erhielten Patienten mit schubförmiger MS zunächst für drei Jahre Glatirameracetat (GA) oder Placebo, anschließend bekamen alle verbliebenen 232 Patienten den aktiven Wirkstoff. Nach zwölf Jahren war die Schubrate in der Intention-to-Treat-Analyse (ITT) noch immer um 80 % geringer als zu Therapiebeginn: Statt 1,2 Schübe pro Jahr hatten die Patienten nur noch einen Schub alle fünf Jahre. Auch der EDSS-Wert war weitgehend stabil geblieben [Ford CC et al. Mult Scler 2006; 12:309–20]. Im Schnitt ist er nach zwölf Jahren nur um 0,5 Punkte von 2,5 auf 3 Punkte gestiegen. In die ITT-Analyse gingen Daten aller Patienten ein, die mindestens eine Dosis GA bekommen hatten. Die Analyse berücksichtigt also auch Patienten, die im Verlauf der Studie ausgeschieden sind.

Auf dem ECTRIMS wurden nun auch 20-Jahres-Daten der Studie veröffentlicht. Immerhin noch 74 Patienten – also etwa ein Drittel – waren bei der GA-Therapie geblieben, 158 waren zu dem Zeitpunkt ausgeschieden. In der ITT-Analyse ließ sich noch bei mehr als der Hälfte der Patienten ein EDSS-Wert von weniger als 4 Punkten nachweisen [Ford CC et al. ECTRIMS 2013, Poster Nr. 577].

Krankheitsverlauf lässt sich beeinflussen

Wie wichtig für den Krankheitsverlauf ein früher Therapiestart ist, belegen ebenfalls Langzeitdaten. Lublin nannte hier die vor kurzem veröffentlichten Ergebnisse der Studie PreCISe (PreCISe: Early GA Treatment in Delaying Conversion to Clinically Definite Multiple Sclerosis in Subjects Presenting With a Clinically Isolated Syndrome (CIS)) [Comi G et al. Mult Scler 2013; 19: 1074–83]: Patienten mit klinisch isoliertem Syndrom erhielten entweder sofort eine GA-Therapie oder aber erst bei einem zweiten Schub. Nach drei Jahren wurde die Studie offen fortgeführt und alle Patienten auf GA eingestellt. Fünf Jahre nach Studienbeginn hatten bereits 50 % der Patienten mit verzögertem Therapiebeginn eine klinisch gesicherte MS, aber erst 32 % der Patienten mit früher Behandlung – ein signifikanter Unterschied von 41 %.

Für GA gebe es aber nicht nur gute Langzeitdaten zur Wirksamkeit, sondern auch zur Sicherheit, sagte Lublin. Inzwischen könne man auf über eine Million Patientenjahre mit dem Wirkstoff zurückblicken. Dabei seien unter der Therapie keine erhöhten Raten von opportunistischen Infekten, Tumoren oder immunvermittelten Erkrankungen registriert worden.

Thomas Müller

Satellitensymposium „Emerging insights in multiple sclerosis: re-evaluating the treatment algorithm", 29th Congress of the European Committee for Research and Treatment in Multiple Sclerosis (ECTRIMS); Kopenhagen, 3.10.2013
Veranstalter: Teva Neuroscience

Immunmodulator bremst auch die Hirnatrophie bei MS-Patienten

Der orale Sphingosin-1-Phosphat(S1P)-Modulator Fingolimod führt nicht nur zu einer signifikanten Schubratenreduktion, sondern verzögert auch den schleichenden Volumenverlust des Gehirns.

Schübe zu verhindern ist eines der wichtigsten Ziele in der Therapie der MS, erklärte Professor Sven Meuth, Universitätsklinikum Münster. Noch folgenschwerer für die persönliche Zukunft des Patienten sind jedoch neurodegenerative Prozesse in der grauen und weißen Substanz, die sich bereits in frühen Krankheitsphasen abspielen. Der Verlust an Gehirnvolumen sei ein sensitiver Marker für kognitive Defizite und den Behinderungsgrad. Als wichtiges Therapieziel sieht Meuth deshalb neben der Antiinflammation auch die direkte Neuroprotektion durch gehirngängige Substanzen.

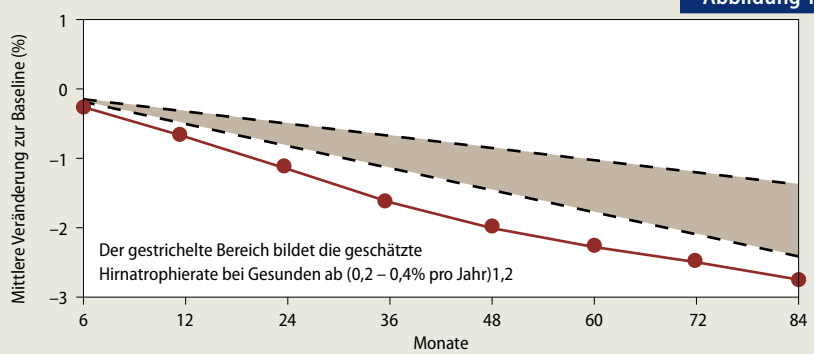
Als erster S1P-Modulator vermindert Fingolimod (Gilenya®) nicht nur die entzündliche Infiltration in Gehirn und Rückenmark, sondern wirkt auch dem Verlust von Gehirnsubstanz entgegen: In allen drei Zulassungsstudien sank der Abbau des Hirnvolumens unter Verum konsistent um etwa ein Drittel. In einer Phase-II-Extensionsstudie hielt sich die Hirnatrophie über sieben Jahre nahezu auf dem Niveau von Gesunden. „Damit ist klar, Fingolimod hat einen signifikanten Effekt auf die Verzögerung der Hirnatrophie“, betonte Meuth.

Dass sich die guten Erfahrungen aus den klinischen Studien auch in der täglichen Praxis bestätigen, zeigen erste Zwischenergebnisse des Registers PANGAEA [Post-Authorization Non-interventional German SAfety Study of GilEnyA in RRMS patients] mit bis dato 2.239 Patienten: Nach einem Jahr waren mehr als 70 % der Patienten schubfrei, der Grad der Behinderung blieb überwiegend stabil und verbesserte sich sogar bei jedem vierten Patienten. Positiv bewerteten Ärzte und Patienten auch die Verträglichkeit, was sich in der hohen Adhärenz (89 %) niederschlug.

Aufgrund dieser positiven Ergebnisse befürwortet Professor Mathias Mäurer, Facharzt für Neurologie am Caritas Krankenhaus Bad Mergentheim, einen rechtzeitigen Therapiewechsel, wenn die Behandlungsziele unter der Basistherapie nicht erreicht werden. „Für mich ist Fingolimod die erste Umstellungsoption“, resümierte er.

Dr. Martina-Jasmin Utzt

Abbildung 1



Fingolimod hält die Hirnatrophie nahezu auf dem Niveau von Gesunden [Antel J et al. (2012), AAN-Kongress, Abstract P01.129]

Pressegespräch „Worauf warten Sie noch? Gilenya® verringert die Hirnatrophie als langfristigen Prognosefaktor bei Multipler Sklerose“ 86. DGN-Kongress 2013, Dresden, 19.9.2013; Veranstalter: Novartis

Bei Rückenschmerz an neuropathische Komponente denken

Der axiale Rückenschmerz kann viele Ursachen haben – auch neuropathische Komponenten können dazu beitragen. Dies schlägt sich in der Therapie nieder. In einer Erhebung mit 7.772 Patienten mit axialem Rückenschmerz ließ sich mithilfe des Schmerzfragebogens painDETECT bei 37 % der Teilnehmer ein neuropathischer Anteil ermitteln, berichtete Privatdozent Dr. Rainer Freynhagen, Chefarzt des Zentrums für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Palliativmedizin, Benedictus Krankenhaus Tutzing [Freynhagen R et al. Curr Med Res Opin 2006; 22 (10): 1911 – 20]. Je höher der Wert in diesem Schmerzerfassungsinstrument, je wahrscheinlicher also ein neuropathischer Anteil ist, desto schwerer ist der Rückenschmerz, ergänzte Professor Ralf Baron, Universitätsklinikum Kiel.

Leitlinienempfehlungen reichen nicht

In der nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz [Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz. Stand: August 2013. AWMF-Registernr. nvl/ 007] werden primär die traditionellen nicht steroidalen Antirheumatika – möglichst niedrig dosiert und möglichst kurzzeitig angewendet – und Paracetamol empfohlen, wenn das nicht ausreichend ist, auch Opiode und Muskelrelaxantien sowie Antidepressiva als Komedikation. Antiepileptika wie Pregabalin (Lyrica®) gehören nicht zu den NVL-Empfehlungen. Baron erläuterte, dass es bei dieser NVL-Empfehlung nur um den unspezifischen axialen Rückenschmerz ging. Bei bestimmten Subgruppen, beispielsweise Patienten mit chronischem Rückenschmerz und auch bei einigen akuten Formen, sei das anders. Hier könne anhand des painDETECT ein neuropathischer Anteil aufgedeckt werden. Bei diesen Patienten reduziere Pregabalin effektiv den Schmerz wie eine offene Studie bei 3.790 Patienten mit neuropathischem Rückenschmerz zeigen konnte [Tölle TR et al. The Open Pain Journal 2012; 5: 1 – 11]. Die sechswöchige Einnahme von Pregabalin reduzierte den medianen Schmerzwert bei diesen schon seit Jahren erkrankten Patienten von 7 auf 3 Punkte (58 %, $p < 0{,}05$).

Friederike Klein

Symposium „Der Rückenschmerz nervt?! – Debatte ohne Ende? – Ende der Debatte!“. 86. DGN-Kongress, Dresden, 19.9.2013. Veranstalter: Pfizer

Motorische Komplikationen der L-Dopa-Therapie begrenzen

Das Auftreten motorischer Komplikationen in Form von Fluktuationen und Dyskinesien unter einer L-Dopa-Therapie ist stark abhängig von der L-Dopa-Dosis. Schon im ersten Behandlungsjahr können – laut ELLDOPA-Studie [Fahn S et al. N Engl J Med 2004; 351: 2498 – 508] – bei 17 % der Behandelten Dyskinesien und bei circa 30 % Wearing-off-Fluktuationen auftreten, erinnerte Professor Werner Poewe, Direktor der Universitätsklinik für Neurologie, Innsbruck. Die ELLDOPA-Studie habe verdeutlicht, dass nicht nur Dyskinesien sondern auch das Wearing-off dosisabhängig auftreten, wobei Letzteres von den Patienten meist stärker gefürchtet wird als selbst massiv auftretende Dyskinesien. Eine Erklärung dafür könne eine Arbeit zum Auftreten nicht-motorischer Begleiterscheinungen liefern [Storch A et al. Neurology 2013; 80: 800 – 9]. Sie zeigt, dass Wirkungsfluktuationen zu mehr führen als nur zur Wiederkehr motorischer Symptome, denn einige der heterogenen, nicht-motorischen Symptome wie Depression, Angst oder innere Unruhe waren häufiger in Off-Phasen zu verzeichnen, mit einem entsprechend negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten.

Auch die Post-hoc-Analyse der STRIDE-PD-Studie [Olanow CW et al. Mov Disord 2013; 28: 1064 – 71], hat gezeigt, wie eng das Auftreten motorischer Komplikationen mit der L-Dopa-Dosis korreliert. In dieser Studie waren 747 als L-Dopa-pflichtig eingestufte Patienten randomisiert mit L-Dopa/Carbidopa oder L-Dopa/Carbidopa/Entacapon behandelt und in engmaschigen Intervallen unter anderem auf Dyskinesien hin untersucht worden. Anschließend wurden die Patienten, abhängig von der nominalen L-Dopa-Dosis zum Zeitpunkt des Auftretens von Dyskinesien, in vier Gruppen unterteilt: < 400 mg/d, 400 mg/d, 401 – 600 mg/d und > 600 mg/d. Die Studie hat anschaulich gezeigt, so Poewe, wie ab dem Überschreiten der 400-mg-Dosis die Dyskinesierate deutlich zunimmt.

Für eine rasche und zuverlässige Symptomreduzierung ist L-Dopa unverändert ein wichtiger Wirkstoff im Rahmen der zur Verfügung stehenden Therapeutika. Darauf verwies Professor Heinz Reichmann, Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Universität Dresden. Eine der erstrangigen Optionen zur leitliniengerechten Behandlung des Wearing-off wiederum ist der Einsatz eines COMT-Hemmers wie Entacapon. Die Gabe des Entacapon-optimierten L-Dopa (L-Dopa/Carbidopa/Entacapon, Stalevo®) verlängert die Halbwertszeit und erhöht die Bioverfügbarkeit des Wirkstoffs gegenüber herkömmlichem L-Dopa signifikant, besonders die tiefen Täler der Plasmaspiegel werden vermieden. Das Kombinationspräparat steht in sieben unterschiedlichen Dosisstärken (mit 50 mg, 75 mg, 100 mg, 125 mg, 150 mg, 175 mg und 200 mg L-Dopa) zur Verfügung. Damit ist eine individuelle Anpassung an die Patientenbedürfnisse leicht möglich. **Ursula Hilpert**

Satellitensymposium „Motorische Komplikationen bei Morbus Parkinson – ein Update", 86. DGN-Kongress 2013, Dresden 18.9.2013 Veranstalter: ORION Pharma

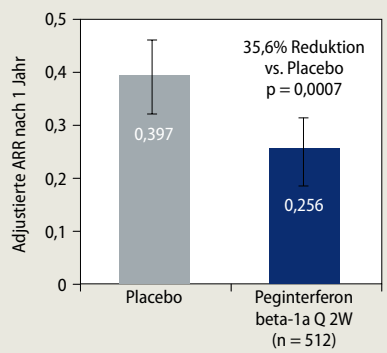
MS-Therapie: Bewährtes noch besser machen

Die Therapie der MS hat sich aufgrund mehrerer Neuzulassungen weiterentwickelt. Die hochwirksamen Präparate gehen zum Teil aber auch mit dem Risiko schwerwiegender Nebenwirkungen und einem aufwändigen Monitoring einher. Die bewährten Basistherapien der MS haben daher nach wie vor ihren hohen Stellenwert.

Für Wirkstoffe wie Interferon beta-1a i.m. (Avonex®) spricht die langjährige Erfahrung mit nachgewiesener Wirksamkeit, bekanntem Sicherheitsprofil und etabliertem Nebenwirkungsmanagement. Ein wichtiger Faktor für den Erfolg einer MS-Basistherapie ist die Adhärenz, denn Studien belegen ein höheres Schubrisiko bei geringerer Therapieadhärenz [Steinberg S et al. Clin Drug Investig 2010; 30: 89 – 100]. So ergab eine internationale Beobachtungsstudie, dass 85 % der Patienten unter Interferon beta-1a i.m. adhärent sind [Devonshirse V et al. Eur J Neurol 2011; 18: 69 – 77]. Durch Verwendung des Autoinjektors Avonex® Pen kann die Adhärenz weiter gesteigert werden [Sperling B et al. ENS-Kongress 2013; P386]. Je häufiger eine Basistherapie injiziert werden muss, umso höher ist die Therapiebelastung. Es besteht daher Bedarf an einer Vereinfachung der Therapie. Ein möglicher Weg hierzu besteht in der Pegylierung von Interferon-beta 1a, die einige Vorteile verspricht. Durch das mittels Pegylierung vergrößerte Molekül verringert sich die renale Clearance, was zu einer längeren Halbwertszeit und einer erhöhten Exposition im Körper führt. Mit der Pegylierung wird das Molekül auch abgeschirmt, was Proteolyse und Immunogenität senkt. In der Folge kann die Applikationsfrequenz gesenkt werden, bei mindestens gleichbleibender Wirksamkeit. Das belegen die bisherigen Daten der Studie ADVANCE zur zwei- oder vierwöchentlichen Verabreichung von pegyliertem Interferon-beta 1a (**Abbildung 1**). Zulassungsanträge für pegyliertes Interferon beta-1a sind bei der US-amerikanischen FDA und der europäischen EMA bereits eingereicht. **Dr. Gunter Freese**

Satellitensymposium „MS-Therapie im Wandel – Therapieziele im Fokus", 86. DGN-Kongress, Dresden 19.9.2013; Veranstalter: Biogen Idec

Abbildung 1



In der Studie ADVANCE senkte Peginterferon beta 1a die jährliche Schubrate (ARR) im Vergleich zu Placebo um relative 35,6 % (Injektion alle zwei Wochen) beziehungsweise um relative 27,5 % (Injektion alle vier Wochen).

Journal

Antonio Tabucchis „Der Rand des Horizonts“

Das Verwirrspiel mit den Identitäten

Barbara von Becker bezeichnet Antonio Tabucchi als Meister „im Erspüren einer beiläufigen Rätselhaftigkeit des Lebens“. Die dahin strömende Handlung seiner Werke scheint keinerlei Kalkül zu unterliegen. Dies trifft auch auf seinen Roman „Der Rand des Horizonts“ zu. Die Hauptfigur, der gescheiterte Medizinstudent Spino, fristet ein schattenhaftes Dasein als Leichenbeschauer. Wie von der Welt verlassen verbringt er seine Tage in einem heruntergekommenen Leichenhaus und verwaltet dort die Verstorbenen. Erst die Ablieferung eines namenlosen Toten, der ihm zum Verwechseln ähnelt, bringt sein in festen Bahnen laufendes Leben aus dem Takt und schickt den Leser in ein Verwirrspiel zwischen Realität und Fiktion.

Antonio Tabucchi in den 1980er-Jahren. Der Meister des Verwirrspiels lässt den Rezipienten gerne im Unklaren über die Grenze zwischen wirklich Geschehenem und Hineininterpretiertem.

© akg-images / Mondadori Portfolio

58 Psychopathologie in Kunst & Literatur

„Der Rand des Horizonts“
Antonio Tabucchis Hauptfigur, der Leichenbeschauer Spino, durchlebt eine Gratwanderung zwischen Realität und Einbildung, Vernunft und Wahnsinn, als er auf einen ihm stark ähnelnden Toten trifft.

62 Neurotransmitter-Galerie

natura morta viva
Christoph Scholter hat das reale Bild vor Augen, während er seine bühnenhaften Szenerien aus banalen Alltagsgegenständen mit dem Pinsel beinahe lebensecht auf die Leinwand bannt.

Antonio Tabucchi, der italienische Schriftsteller und Professor für portugiesische Sprache und Literatur (Lusitanistik), geboren 1943 in Vecchiano bei Pisa, hinterließ ein umfangreiches, mit bedeutenden Preisen ausgezeichnetes und mehrfach verfilmtes literarisches Werk. Sein Roman „Erklärt Pereira“ (1994), der in der Zeit der Salazar-Diktatur spielt, machte ihn bekannt und gilt bis heute als seine wichtigste Arbeit. Er wurde 1995 von Roberto Faenza mit Marcello Mastroianni in der Hauptrolle verfilmt.

Als Gelehrter erwarb Tabucchi hohes Ansehen mit seiner Kommentierung des kompliziert verschlüsselten Werkes des portugiesischen Dichters Fernando Pessoa. Sein Buch „Lissabonner Requiem“ schrieb Tabucchi auf Portugiesisch und ließ es dann ins Italienische übersetzen. Er starb am 25. März 2012 in Lissabon.

Kennzeichnend für Tabucchis literarisches Werk sind die Suche nach der Identität und das Spiel mit dem komplexen Beziehungsgeflecht zwischen Fiktion und Realität, Autor und Leser. Es gibt da kaum sicheren Boden, und auch die Vielzahl literarischer Verweise auf andere Werke anderer Epochen und Kulturen sowie auf Kunst- und Filmgeschichte geben keine Sicherheiten, sondern erweitern im Gegenteil die Heterogenität der Bezugsnetze. Barbara von Becker schrieb in „Die Zeit“: „Tabucchi lässt Reales und Imaginäres ineinanderfließen und webt ein Gespinst von ‚suspense‘, in dem man sich beim Lesen gerne verfängt.“ Und „Der Spiegel“ nannte Tabucchi anlässlich seines Todes einen „Grenzgänger zwischen der Literatur Italiens und Portugals“ und verglich den Autor mit seiner Figur Pereira, wenn es heißt: „Ähnlich dem Helden dieses Romans wurde Tabucchi vor allem in der Amtszeit von Ministerpräsident Silvio Berlusconi immer mehr zum kritischen Zeitzeugen Italiens: ‚Ich habe ehrlich gesagt keine Lust, in einem Land zu leben, das Bürgerwehren autorisiert, Immigration als Verbrechen bezeichnet und mich einmal zur künstlichen Ernährung zwingen könnte‘, sagte Tabucchi einmal zur politischen Situation in seinem Heimatland (…). Vielleicht deshalb verbrachte der Künstler den Großteil des Jahres in Lissabon“, wo er auch sterben wollte.

Der Rand des Horizonts

Der nur 90 Seiten umfassende Roman „Der Rand des Horizonts“, erstmals erschienen 1986 (deutsch: 1988), ist in 20 kurze Kapitel untergliedert. Er beginnt mit der Beschreibung der Arbeit eines Mannes, der in einem Leichenschauhaus tätig ist. Wir erfahren gleich zu Beginn Wesentliches über den Umgang des Mannes mit den Toten: „Er verwaltet das Vorzimmer, das zum endgültigen Verschwinden ihres sichtbaren Bildes führt, registriert ihr Kommen und Gehen, ordnet sie ein, nummeriert sie, hin und wieder fotografiert er sie, er füllt die Karteikarte aus, die es ihnen gestattet, aus der Welt des sinnlich Wahrnehmbaren zu verschwinden, schenkt ihnen die letzte Eintrittskarte. Er ist ihr letzter Gefährte, und nicht nur das; er ist eine Art Beschützer im Nachhinein, ein gleichmütiger und objektiver Beschützer.“ Die Frage, die diesen Mann bei seinem Umgang mit den Leichen beschäftigt, lautet: „Ist denn die Entfernung zwischen den Lebenden und Toten wirklich so groß?“ Der Ort, an dem dies alles stattfindet, ist ein ehemaliges Krankenhaus im historischen Zentrum einer nicht näher genannten Stadt, das allmählich verfällt. Von dem Krankenhaus ist nur noch das Leichenschauhaus übrig. Wenn er nach Feierabend mit seiner Freundin Sara verabredet ist, will er nicht, dass diese ihn abholt, denn er fürchtet, die zahllosen Ratten der Gegend könnten sie erschrecken. Spino, so heißt der Mann, glaubt, das Leichenschauhaus ziehe die Ratten an. Zu der Namens- und Titelwahl seines Werkes bemerkt Tabucchi übrigens am Ende des Romans in einer „Randbemerkung“: „Spino ist ein Name, den ich erfunden und den ich liebgewonnen habe. Der eine oder andere wird vielleicht denken, er sei eine Abkürzung von Spinoza, und ich leugne nicht, dass Spinoza ein Philosoph ist, den ich sehr schätze, aber gewiss hat der Name auch noch andere Bedeutungen. Spinoza war, nebenbei gesagt, ein Sepharde, und wie viele seinesgleichen trug er den Rand des Horizonts im Auge. Der Rand des Horizonts ist ja tatsächlich ein geometrischer Ort, denn er bewegt sich, wenn wir uns bewegen. Ich wünsche sehr, dass meine Figur ihn mit Hilfe eines Wunders erreicht hat, denn auch sie trug ihn im Auge.“

Das zweite Kapitel stellt dem Leser Spinos Freundin Sara vor, mit der er am Wochenende abends gerne in ein Pro-

grammkino namens „Laterna Magica“ geht. Sara träumt davon, einfach wegzufahren und ihre Phantasievorstellungen scheinen zu den Ritualen der beiden Liebenden zu gehören. So sieht sie sich an Bord eines Ozeandampfers inmitten einer eleganten Abendgesellschaft, wo ihr beim Tanz der galante Kapitän den Hof macht und Spino nicht bloß ihr Mann, sondern der Schiffsarzt ist. Diese Imagination bringt sie dazu, ein unangenehmes Thema anzuschlagen: Spinos versäumte Promotion, der nunmehr in fortgeschrittenem Alter keine Lust mehr hat, das Studium der Medizin abzuschließen und aus dem Liebesverhältnis eine ordentliche Ehe zu machen. Da ist es doch einfacher, über die Filmstars Mirna Loy und Humphrey Bogart und deren exquisite Garderobe zu sprechen. Zwar würde Sara ihren Liebsten am Ende des Abends nur zu gerne mit nach Hause nehmen, aber ihm ist es lieber, wenn sie anderentags zu ihm kommt. Um sie aufzuheitern sagt er: „Es ist eine Sache, ein Liebespaar zu sein, und eine andere, verheiratet zu sein, der Alltag ist der größte Feind der Liebe, er macht sie zunichte.“

Das dritte Kapitel bringt Bewegung ins Romangeschehen: Mitten in der Nacht wird auf merkwürdig stille Art eine Leiche im alten Krankenhaus angeliefert. Seltsamerweise verspürt Spino in dieser Nacht „eine bedrückende Müdigkeit, als lastete auf seinen Schultern die Müdigkeit all dessen, was rund um ihn war; er trat auf den Hof hinaus und spürte, dass auch der Hof müde war, und die Mauern des alten Krankenhauses waren müde und auch die Fenster und die Stadt und alles; er hob den Blick, und ihm war, als ob auch die Sterne müde wären, und er verspürte den Wunsch, es möge für alles, was existiert, eine Ausnahme geben, wie einen Aufschub oder ein Vergessen.“

Im vierten Kapitel streift Spino durch den Hafen und die Stadt, um sich in ein ungarisches Gasthaus namens „Ungheria“ zu setzen. Dort verbringt er fast den ganzen Tag und versucht in der Dämmerstunde seinen Freund, den Journalisten Corrado, anzurufen, der aber ungehalten ist, weil Spino stört, zumal die Zeitung gerade in Druck gehen soll. Die Sprache kommt aber sogleich auf den Toten der letzten Nacht, von dem nicht einmal der Presse ein Name bekannt ist. „Nenn ihn Kid“, schlägt Spino seinem Freund vor.

Das fünfte Kapitel referiert den Zeitungsartikel, von dem am Vortag die Rede war, und gibt dem Leser weitere Informationen über den seltsamen Toten, genannt „der namenlose Bandit“, der offenbar bei einer Haussuchung von seinen eigenen Gefährten erschossen wurde. Seine Personalien sind unbekannt, er war im Besitz falscher Papiere, angeblich ist er ein Student, über den freilich niemand recht Auskunft geben kann. Als Spino mit seiner Freundin Sara den Zeitungsartikel studiert und das Polizeifoto betrachtet, sagt diese den folgenreichen Satz: „Mit Bart und zwanzig Jahre jünger könntest du es sein.“ Spino aber antwortet darauf nicht und tut so, „als wäre es eine Bemerkung ohne Bedeutung.“ Natürlich ist das Gegenteil der Fall. Spätestens hier merkt der literarisch versierte Leser, dass es – trotz der sich spannend entwickelnden Krimihandlung – in diesem Roman nicht primär um die Story geht, sondern um das Spiel mit der Identität des Protagonisten.

Hypothesen

In einem Essay mit dem Titel „Worüber lacht Herr Spino?“, veröffentlicht in dem soeben (2013) publizierten Essayband „Die Autobiographien der anderen“, schreibt Antonio Tabucchi über seinen Roman: „Spino (…) hat sich in den Kopf gesetzt, herauszufinden, wer der junge Mann ist, der bei einer Schießerei mit der Polizei ums Leben gekommen ist. Der Weg, den er einschlägt, um dessen Identität festzustellen (der im Wesentlichen der Handlung des Romans entspricht), ist unlogisch, wenn nicht gar ein einziger Irrweg. Dennoch spielt ihm der Zufall Indizien (oder hypothetische Indizien) zu. Er hangelt sich von Indiz zu Indiz, bis er zu einem mysteriösen Treffen eingeladen wird, von dem er sich die Information erhofft, von der er mittlerweile besessen ist. Das Treffen mit der unbekannten Person (oder den Personen) soll spät am Abend in einem Hafengebäude jener Stadt erfolgen, die zwar keinen Namen trägt, jedoch starke Ähnlichkeit mit Genua hat, obwohl alle Ortsangaben erfunden sind. Nach langer Vorbereitung findet sich Spino am Treffpunkt ein, und erst jetzt ist er sich ganz sicher, dass niemand kommen wird. In diesem Augenblick lacht er und tritt ins Dunkel.“ Zu diesem rätselhaften Lachen, das natürlich auch zu dem Spiel des Autors mit dem Leser gehört, bietet Tabucchi quasi zur Diskussion mehrere Hypothesen an, die sich auf unterschiedliche Theorien des Lachens beziehen, wie sie Luigi Pirandello, Paul Valéry oder Henri Bergson, Kant und Rimbaud formuliert haben. Tabucchi schließt seine Überlegungen mit den Worten: „Merkwürdig, durch all diese Überlegungen hat Spino den Roman verlassen. Er ist aus dem Rahmen herausgetreten, in den ihn der Wille eines Schriftstellers gezwungen hatte. Er ist aus seiner Geschichte geflüchtet. Um wieder ins Dunkel zu treten, in dem er sich auch zuvor befand, bevor ihn die Hand des Autors herausgezogen und zum Leben erweckt hat. Spino ist in das Nichts zurückgekehrt, in das er gehört. Und lacht. Aber worüber oder über wen lacht Herr Spino? Vielleicht über mich“, schreibt Antonio Tabucchi, „der ich ihn erfunden habe.“ Spino heißt übrigens, wie die Übersetzerin Karin Fleischanderl an dieser Stelle süffisant anmerkt, auf Italienisch Wirbelsäule. Und in der Tat ist die Figur des Spino eine Art Wirbelsäule des Romans.

„Geisterphotographie“

Die Literaturwissenschaftlerin Monica Schmitz-Emans schreibt in ihrer Abhandlung „Geisterphotographie im Spiegel literarischer Texte“ (www.actalitterarum.de/theorie/mse/aufsatz/geisterphotographie.html): „In Antonio Tabucchis Roman (…) wird das Entwickeln eines Photos im Labor zum Sinnbild der Begegnung mit einer verrätselten und dunklen Vergangenheit im Erinnerungsprozess, und es wird in eben dieser Eigenschaft mit dem Beschwören von Geistern verglichen. Tabucchis Protagonist Spino arbeitet in einer Leichenhalle; diese wird einleitend in einer Weise beschrieben, die sie als ein großes Photoalbum erscheinen lässt, in dem die Toten sortiert und etikettiert aufgereiht sind. Tod und Photographie treten also von vornherein in eine metonymische Beziehung. In die Leichenhalle eingeliefert wird ein namenloser Toter. Spino

versucht, dessen Identität zu klären und dessen Geschichte zu rekonstruieren, da ein Photo des Toten ihm selbst ähnlich sieht – es scheint, als sei er selbst in einer früheren Lebensphase abgebildet. Seine Bemühungen um die phantasmatische Existenz des Toten, als dessen Pseudonym unter anderem der Name ‘Carlo Nobodi‘ ins Spiel kommt, gelten letztlich dem eigenen Ich – einem vergangenen Ich, einem möglichen Alternativ-Ich, einem bisher ungekannten Teil-Ich. Ein Stück weit vermag Spino die Geschichte seines rätselhaften Doppelgängers hypothetisch zu rekonstruieren; er nimmt die Spur eines winzigen Photos auf, das in der Wohnung des Toten lag und eine Gruppe von Personen zeigt; eigenhändig stellt er eine Vergrößerung her, ruft damit jene Geister auf, die jemand anders einst ins Bild gebannt hat. (…) Mit Tabucchis Roman geht es um die Intransparenz des Ichs für sich selbst. Seine Neigung zur Dissoziation – die vor allem aus seiner Zeitlichkeit resultiert – findet dabei ihr Gleichnis im Medium der Photographie; das Motiv der Geisterphotographie unterstreicht den halluzinatorischen Charakter vermeintlicher Identitäten. Spinos Recherchen führen nicht zu greifbaren Ergebnissen. Das unscharfe Bild des Toten verschmilzt mit dem unscharfen Bild, das er von sich selbst hat. Wenn Spino zuletzt am Rand des Hafens ins Dunkel tritt, so wirkt dieser Schritt als Moment einer Selbstauflösung, in welcher die Genese eines photographischen Bildes in der Entwicklerflüssigkeit rückgängig gemacht wird.“

Verwirrung

Eine bisher nicht da gewesene Potenzierung des Spiels mit den Identitäten (und dem Leser) aber betreibt Tabucchi, wenn er in seinem oben erwähnten Essayband „Die Autobiographien der anderen“ unter dem Titel „Autopsie“ einen Brief abdruckt, den ihm – wie er glaubhaft versichert – der portugiesische Filmemacher Fernando Lopes am 20. Dezember 2002 in Fotokopie zur Verfügung gestellt hat. Der Brief, dessen Absender Tabucchi allerdings verschweigt, stammt vom 8. Dezember 2002 und wurde in New York geschrieben. Er stammt angeblich aus der Feder eines italienischen Arztes und Wissenschaftlers, der in den USA arbeitet. Fernando Lopes hat den Roman „Der Rand am Horizont“ verfilmt, und der Verfasser des Briefes schreibt: „Ich möchte (…) feststellen, dass Sie mit Tabucchis Roman etwas gemacht haben, das Mondrian mit den verzweigten Ästen eines Baumes gelungen ist, nämlich sie in horizontale und vertikale Linien umzuwandeln (…). Die Hauptfigur, Spino, und der Tote, dessen Identität er herausfinden will, sind im Film ein und derselbe, am Ende sind ihre Fingerabdrücke identisch. Deshalb schreibe ich Ihnen. Ich habe Tabucchi vor vielen Jahren in Genua kennengelernt. Ich glaube, es war im Jahr 1981. Ich habe ihn in einer Buchhandlung in der Via Cairoli kennengelernt, die bis acht Uhr abends geöffnet hatte (…). Er blätterte in einer Literaturzeitschrift, einer vermeintlichen Literaturzeitschrift, denn ich wusste, dass darin ganz andere – verschlüsselte – Botschaften enthalten waren. Die Zeitschrift war das als Kulturzeitschrift getarnte Presseorgan einer terroristischen Organisation, die es damals noch gab. Jahre später kam ans Licht, dass das Geld, mit dem sie finanziert wurde, aus den merkwürdigsten Quellen stammte, sogar von einem Schweizer Konto Imelda Marcos’.“

Der über neun Seiten lange Brief, der voller überraschender Argumentationsketten und abstrus-absurder Schlussfolgerungen ist, die hier nachzuzeichnen der Platz fehlt, gipfelt in der Behauptung des Briefeschreibers, immerhin eines Professors, der an einer Universität unterrichtet und sich als Kunst- und Literaturkenner ausweist, Tabucchi habe, „feige wie alle Menschen, die nicht den Mut haben, in der ersten Person zu sprechen, die Wirklichkeit und ihr Leben zu akzeptieren“, in seinem Roman „alle Eigenschaften, die eigentlich seine waren, auf die Figur, für die ich Pate gestanden hatte (und die mir bis zu den Gesichtszügen ähnelt)“ projiziert: „Seine Wut, seine Melancholie, seine Unfähigkeit, die Ereignisse zu verstehen, die heruntergekommenen Gebäude seiner Universität, den Argwohn, den er gegen gewisse Personen hegte, die er gegen seinen Willen bei manchen Institutssitzungen treffen musste. Meine Frau ist immer eine positiv denkende, lebhafte Frau gewesen; die frustrierte, süßliche Sara in Tabucchis Roman, die Spino unbedingt heiraten will, entspricht möglicherweise der älteren Dame, mit der ich ihn einmal in einem Café in Sottaripa gesehen habe. Kurz und gut, Spino, diese trübsinnige Figur, der arme Kerl, der durch das Labyrinth der Straßen von Genua irrt, ist Tabucchi selbst. Und mit einem billigen Trick hat er mich zu seinem alten Ego gemacht. Das kam mir niederträchtig vor. Ich schrieb ihm einen Brief, auf den er nicht antwortete (…).“

Coda

Was ist da geschehen? Welches Bündel psychopathologischer Kategorien greift hier, um das Verhalten des italienischen Medizinprofessors zu erklären, der felsenfest davon überzeugt ist, dass der Spino des Romans „Der Rand des Horizonts“ in Wirklichkeit Tabucchi selbst ist, der sich aber die Züge des Briefschreibers gegeben habe? Besonders hübsch ist der Abschluss des Briefes, in dem der in New York arbeitende Mediziner erklärt, er habe Tabucchi unter den Zuschauern gesucht, als die Verfilmung seines Romans im Bard College vorgeführt worden sei: „Aber ich habe ihn nicht gesehen. Und falls er doch da gewesen sein sollte, habe ich ihn nicht erkannt. Seitdem wir uns in Genua kennengelernt haben, sind mehr als zwanzig Jahre vergangen, ich bin schon lange in Amerika, und Fotos habe ich in der Zwischenzeit keine von ihm gesehen. Wer weiß, vielleicht war er einer der alten Professoren, die vor mir saßen: glatzköpfig und etwas gebeugt, als ob ihnen das Leben auf den Kopf gefallen wäre. Damit wäre er endlich Spino geworden, so alt, wie Spino heute wäre (…).“

Oder sollte – Literatur in der Literatur, Puppe in der Puppe – für den Brief des Tabucchi-Lesers an Fernando Lopes gelten, was Giordano Bruno in seinem Werk „Gli eroici furori“ (Paris 1585, deutsch: „Von den heroischen Leidenschaften“) notiert hat: „Se non è vero, è ben trovato (…)“? □

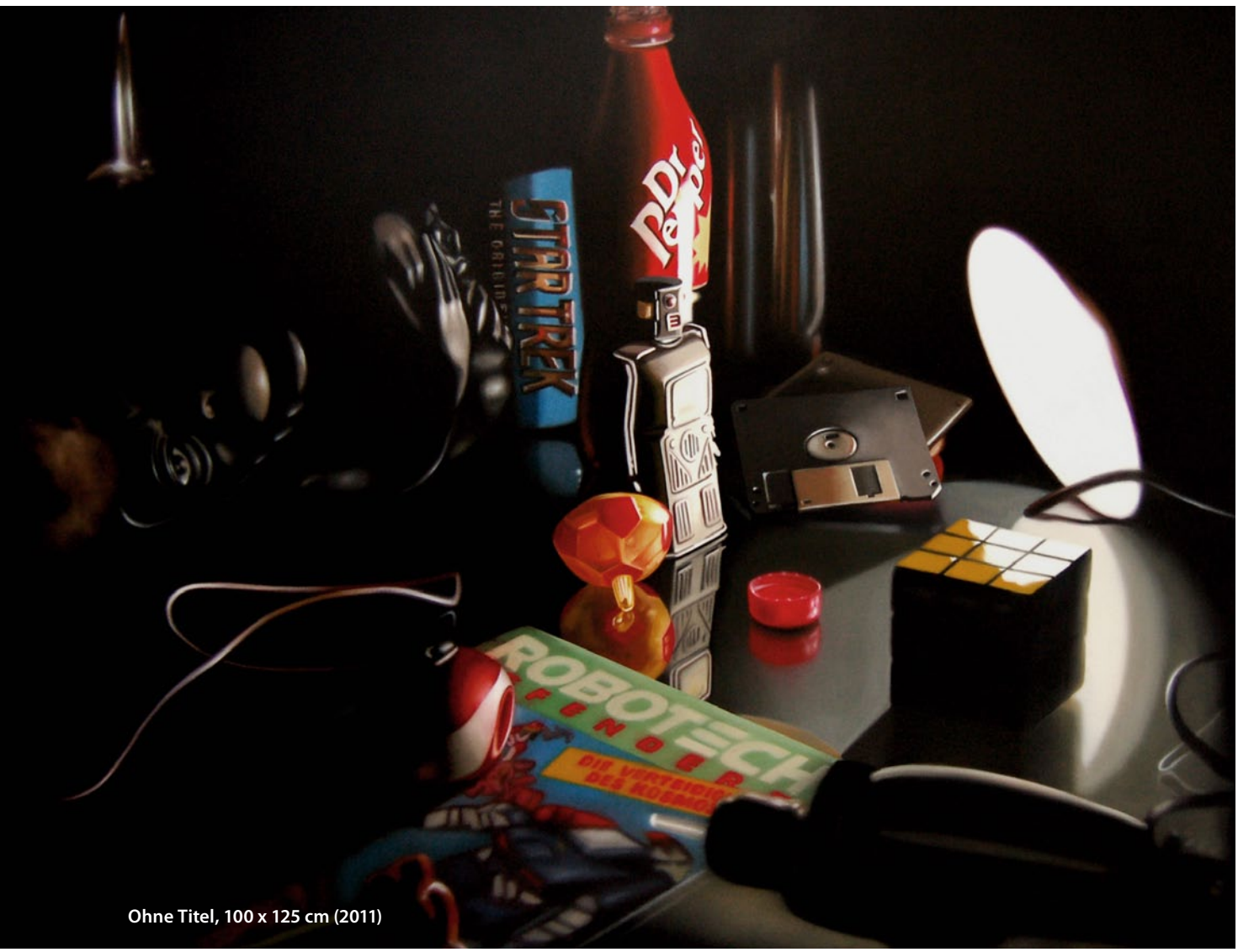
LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. Gerhard Köpf
Ariboweg 10, 81673 München
E-Mail: aribo10@web.de

Christoph Scholter
natura morta viva

Fotografie oder Malerei? Christoph Scholter lässt den Betrachter zweifeln. Erst beim Näherkommen sind seine fotorealistischen Gemälde als solche zu erkennen. Eingefangen wurden meist banale Alltagsgegenstände – die Ausgestaltung lässt sie jedoch monumental wirken. Das dramatische Spiel mit Licht und Schatten, das beinahe bühnenhafte der Bildausschnitte stehen im krassen Gegensatz zum Inhalt und führen die gesamte Szenerie so lustvoll ad absurdum.



Ohne Titel, 100 x 125 cm (2011)

© alle Art Affair Galerie

Ohne Titel 100 x 125 cm (2012)

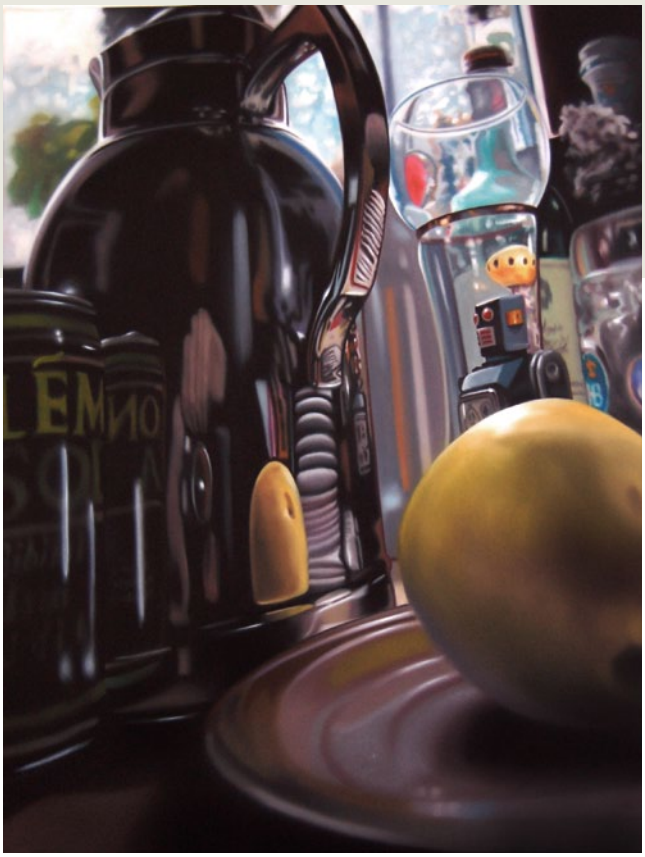
Christoph Scholter ist einer dieser jungen Maler, die über phantastische handwerkliche Fähigkeiten verfügen, ein Künstler, der Malerei und Fotografie kombiniert und damit Stillleben schafft. Die Besonderheit ist, dass er nicht nur Gegenstände „malerisch" arrangiert und kunstvoll wiedergibt, sondern den abgebildeten Dingen des modernen Alltags ein geradezu gespenstisches Leben einzuhauchen vermag.

Scholter studierte von 2003 bis 2006 an der Universität Regensburg Pädagogik, Kunstgeschichte und Kunsterziehung. Von 2006 bis 2012 schloss sich die Ausbildung an der Akademie der bildenden Kunst in Nürnberg an, 2012 als Meisterschüler der Klasse für freie Malerei und Kunsterziehung bei Professor Michael Munding. Den Kunstförderpreis der Stadt Lauf erhielt Scholter 2008 und 2009. Er konnte dank eines DAAD-Stipendiums 2009 an der Universität für angewandte Kunst in Wien studieren und wurde 2011 mit dem Klassenpreis der Klasse von Professor Munding in Nürnberg ausgezeichnet.

Geisterstunde?

Es sind völlig belanglose moderne Dinge, es ist ein Sammelsurium von meist billigen Alltagsgegenständen, die Scholter in seinen Bildern in naturalistischem Durcheinander arrangiert und dank eines kunstvollen handwerklichen Prozesses unter Verwendung von Acryl- wie auch Ölfarben leuchtend und kontrastreich wiedergibt. Das Besondere daran geht jedoch eindeutig über die reine virtuose Beherrschung des Handwerks hinaus: Die gemalten Gegenstände scheinen bei längerem intensiven Betrachten ein Eigenleben zu entwickeln, so als ob sie gerade darauf warten würden, wie in manchen Märchen beschrieben, damit anzufangen, sich zu bewegen, zu sprechen, herauszutreten aus der eigentlichen Natur des Stilllebens, starr und unlebendig zu sein (siehe den Begriff „natura morta", der in der Kunstgeschichte das Stillleben kennzeichnet).

Es gelingt dem Künstler etwas geradezu Suggestives, ein seltsam anmutendes Vexierspiel, das den Betrachter, der sich in seine Bilder hineinversenkt, in diese banale Wunderwelt hinein zu locken vermag, die traum- oder märchenhaft anmutet.



Ohne Titel 80 x 60 cm (2011)

Der kleine Roboter im Lichtkegel der Leselampe, der Buddha zwischen dem Amecke-Saft und der Blümchentasse, die etwas blöde dreinschauende Affenskulptur: Alle scheinen sie kurz davor zu stehen, zum Eigenleben zu erwachen so wie der Nussknacker in Klärchens Traum vom Nussknacker und Mäusekönig (E.T.A. Hoffmann) und seine Spielzeugsoldatenarmee. Werden sie sich, einmal zum Leben erwacht, in dieser Welt billiger Gebrauchs- und Wegwerfgegenstände, zwischen dem Konsumschrott, den Verpackungsorgien in ihren aufdringlichen Farben, im Angesicht allgegenwärtiger Plastikteile ohne jegliche edle Ausstrahlung der Gegenstände klassischer Stillleben besser zurecht finden als wir?

Christoph Scholters natura-morta-Bilder legen uns nicht unbedingt das „memento-mori" der Stillleben der goldenen Zeit der Malerei in den Niederlanden nahe, sondern ein „nimm wahr, dass auch du ein Produkt und ein Element der Vermassung bist, vielleicht kurz davor, in diese gespenstisch-lebendige Szenerie aufgenommen und womöglich am Ende von all diesem Komfortmüll verschluckt zu werden". □

AUTOR

PD Dr. med. Albert Zacher, Regensburg

Mit freundlicher Genehmigung der Art-Affair Galerie Regensburg (www.art-affair.net)

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2013/14		
Datum / Zeit / Ort	**Landesverband / Titel / Themen**	**Anmeldung**
1. 2. 2014 Frankfurt 8 CME-Punkte	**Begutachtung von posttraumatischen Belastungsstörungen** *Referenten:* PD Dr. phil. Dipl.-Psych. M.Schützwohl, Dresden, W. J. Kainz, München	Fortbildungsakademie der Berufsverbände Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de
15. 2. 2014 München 8 CME-Punkte	**Molekularbiologische Wirkmechanismen von Psychopharmaka und labormedizinische Untersuchungen in der Psychiatrie** *Referenten:* Prof. Dr. H. Füeßl, Haar, Prof. Dr. H.-P. Volz, Werneck	Fortbildungsakademie der Berufsverbände Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: N. Daoud@akademie-psych-neuro.de
10. 5. 2014 München, Hörsaalgebäude Klinikum R. d. Isar CME-Punkte	**BAY Mitgliederversammlung/Fortbildung**	Fortbildungsakademie der Berufsverbände Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de
24. 6. 2013 Berlin, Haus der Land- und Ernährungswirtschaft, Claire-Waldoff-Str. 7	**16. Hauptstadtsymposium** **„Psychisch Kranke – Stiefkinder des Gesundheitswesens ?"** Vorträge und Podiumsdiskussion mit Vertretern aus der Politik Veranstalter: DGPPN in Verbindung mit ACKPA, BApK, BVDN und BVDP, DGBS u. a. (Zertifizierung beantragt)	www.dgppn.de/en/veranstaltungen/hauptstadtsymposium.html Kurzfristige Anmeldung vor Ort möglich!
Fortbildungsveranstaltungen		
6. – 8. 2. 2014 Stuttgart-Fellbach Schwabenlandhalle	**10. Stuttgarter Intensivkongress (SIK)**	MCN – Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg Tel.: 0911 3931616 oder -54, Fax: 0911 3931656 E-Mail: mcn@mcn-nuernberg.de
20.–21. 2. 2014 Berlin, ver.di – Bundesverwaltung, Paula-Thiede-Ufer 10	**6. Fachtagung Psychiatrie** **Regionale psychiatrische Hilfesysteme und Ökonomie:** **„Spielregeln" psychiatrischer Versorgung zwischen Markt und Regulierung**	Forum für Gesundheitswirtschaft e. V. in Kooperation mit der Gewerkschaft ver.di Karl-Ferdinand-Braun-Str. 2, 28359 Bremen Tel.: 0421 96096-18 + Fax: 0421 96096-10 info@forum-fuer-gesundheitswirtschaft.org www.fachtagung-psychiatrie.org
1. – 4. 3. 2014 München, ICM – International Congress Centre Munich	**European Congress of Psychiatry – EPA 2014** **European Psychiatry Focusing on Body and Mind**	kenes international für Deutsche Tinnitus-Stiftung Charité (German Tinnitus Foundation) 1 – 3, Rue de Chantepoulet PO Box 1726 1211 Geneva 1, Schweiz Tel.: +41 22 908 0488, Fax: +41 22 906 9140 E-Mail: epa@kenes.com
2. – 7. 3. 2014 Bad Bevensen, Hotel zur Amtsheide 68 CME-Punkte der Kategorie C	**Burnout-Prävention und Resilienztraining** **für Ärztinnen und Ärzte** **Ärztliche Fortbildungswoche in der Lüneburger Heide**	Dr. Markus Will Klosterplatz 3, 57439 Attendorn Tel.: 02722 636860 E-Mail: seminare@dr-markus-will.de www.dr-markus-will.de
7. – 8. 3. 2014 Mainz, Rheingoldhalle	**6. Neurologie-Update-Seminar** **www.neuro-update.com**	wikonect GmbH Hagenauer Str. 53, 65203 Wiesbaden Tel.: 0611 204809-19, Fax: 0611 204809-10 E-Mail: update@wikonect.de

Fortbildungsveranstaltungen		
19. – 21. 3. 2014 Benshiem, Tagungshotel Bacchus	**Kongress für gemeindeorientierte Suchttherapie**	Verein für gemeindeorientierte Psychotherapie e. V. z. Hd. Frau Schäffer c/o Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld Tel.: 0521 77278551, Fax: 0521 77278452 E-Mail: cra-bielefeld@evkb.de www.cra-kongress.de/kongress/anmeldung-und-veranstaltungsort-2014/
19. – 23. 3. 2014 Berlin, Estrel Hotel & Convention Center Berlin	**International Congress of Clinical Neurophysiology (ICCN) and Annual Meeting of the German Society for Clinical Neurophysiology and Functional Imaging 2014**	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Project Managers Justus Appelt & Nadia Al-Hamadi Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116311/15, Fax 03641 3116243 E-Mail: iccn2014@conventus.de www.iccn2014.de
20. – 21. 3. 2014 Wiesbaden, Rhein-Main-Hallen, Friedrich-Ebert-Allee	**5. Deutscher Interdisziplinäre Notfallmedizin Kongress – DINK**	MCN – Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg Tel.: 0911 39316-40, -47, Fax: 0911 39316-66 E-Mail: dink@mcnag.info www.dink2014.de
20. – 22. 3. 2014 Universität Leipzig CAMPUS Augustusplatz Hörsaalgebäude	**Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen e.V.**	event lab. GmbH Dufourstr. 15, 04107 Leipzig Tel.: 0341 24059662 E-Mail: dgess-leipzig@eventlab.org www.dgess-leipzig2014.de
21. – 23. 3. 2014 Landshut, Stadtsäle Bernlochner Ländtorplatz 2	**Frühjahrstagung der Arbeitsgruppe Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) e. V.**	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Marit Herrnberger Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116362, Fax 03641 3116243 E-Mail: marit.herrnberger@conventus.de www.dgsm-paediatrie.de
28. – 29. 3. 2014 Wiesbaden, Kurhaus	**4. Psychiatrie-Update-Seminar** **www.psychiatrie-update.com**	wikonect GmbH Hagenauer Str. 53, 65203 Wiesbaden Tel.: 0611 204809-19, Fax: 0611 204809-10 E-Mail: update@wikonect.de
8. – 11. 5. 2014 Hilton Berlin Hotel, Berlin **CME-Punkte**	**8. World Congress on Controversies in Neurology (CONy)** Wissenschaftliche Schwerpunkte: Multiple Sklerose, Stroke, Parkinson's Disease, Migräne, Demenz, Alzheimer und Epilepsie	ComtecMed 53, Rothschild Boulevard, PO Box 68, Tel Aviv, 61000, Israel Tel.: +972 3 5666166, Fax: +972 3 5666177 E-Mail: cony@comtecmed.com www.comtecmed.com/cony/2014
17. 5. 2014 9.30 – 16.00 Uhr Universitätsklinikum RWTH Aachen Pauwelsstr.30	**4. Aachener Symposium – Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter**	Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Lütticher Str. 512a, 52074 Aachen Tel.: 0241 4703130, Fax: 0241 79419 E-Mail: info@stiftung-kjpp.de, www.stiftung-kjpp.de
21. – 24. 5. 2014 Berlin, Langenbeck-Virchow Haus	**International Tinnitus Seminar 2014 der Deutschen Tinnitus-Stiftung Charité (German Tinnitus foundation)**	CPO HANSER SERVICE GmbH Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin Tel.: 030 300669-0 E-Mail: its2014@cpo-hanser.de www.international-tinnitus-seminar-2014.com

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: Holger Marschner
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Rudolf Biedenkapp
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 Saßmanshausen

Ansprechpartner für Themenfelder
Neue Medien: Arne Hillienhof
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Thomas Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: Friedhelm Jungmann
Belegarztwesen Neurologie: Joachim Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: Roland Urban
U.E.M.S. – Psychiatrie, EFPT: Roland Urban
U.E.M.S. – Neurologie: Friedhelm Jungmann

Ausschüsse
Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: Albert Zacher, Uwe Meier
Ambulante Neurologische Rehabilitation: Paul Reuther
Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: Norbert Mönter
Weiterbildungsordnung: Frank Bergmann, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim, Wolfhard Lünser, P. Christian Vogel
Leitlinien: Frank Bergmann, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: Vorstand

Referate
Demenz: Jens Bohlken
Epileptologie: Ralf Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: Paul Reuther
Neurootologie, Neuroophtalmologie: Matthias Freidel
Neuroorthopädie: Bernhard Kügelgen
Neuropsychologie: Paul Reuther
Neuroonkologie: Werner E. Hofmann
Pharmakotherapie Neurologie: Gereon Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: Roland Urban
Prävention Psychiatrie: Christa Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: Paul Reuther
Schlaf: Ralf Bodenschatz, Wolfhard Lünser
Schmerztherapie Neurologie: Uwe Meier, Monika Körwer
Schmerztherapie Psychiatrie: Roland Wörz
Suchttherapie: Ulrich Hutschenreuter, Rolf Peters
Umweltmedizin Neurologie: Matthias Freidel

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

BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen

www.neuroscout.de

Vorstand des BDN
1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
2. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg
Schriftführer: Heinz Wiendl, Münster
Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten
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: Uwe Meier, Paul Reuther
GOÄ/EBM: Rolf F. Hagenah, Uwe Meier, Holger Grehl
Qualitätsmanagement: Uwe Meier
Risikomanagement: Rolf F. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN
DRG: Reinhard Kiefer

Delegierte in Kommissionen der DGN
Leitlinien: Uwe Meier
Versorgungsforschung: Uwe Meier
Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung: Rolf Hagenah
Anhaltszahlen/Qualitätssicherung: Fritjof Reinhardt, Paul Reuther
Rehabilitation: Harald Masur
CME: Friedhelm Jungmann, Paul Reuther
DRG: Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden
DGNR: Harald Masur; **AG ANR:** Paul Reuther
BV-ANR: Paul Reuther; **UEMS:** Friedhelm Jungmann

BDN-Landessprecher
Baden-Württemberg: Wolfgang Freund
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Paul
Bremen: Helfried Jacobs
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkt
Hessen: Thomas Briebach
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Richard Rohrer
Sachsen: Mario Meinig
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Uwe Meyer-Hülsmann
Thüringen: Dirk Neubert
Westfalen: Martin Bauersachs

BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP
1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: Christian Vogel, München
Schriftführer: Sabine Köhler, Jena
Schatzmeister: Oliver Biniasch, Ingolstadt
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Frank Bergmann, Aachen; Greif Sander, Hannover

Referate
Soziotherapie: Sybille Schreckling
Sucht: Greif Sander
Psychotherapie/Psychoanalyse: Hans Martens
Forensik: P. Christian Vogel
Übende Verfahren – Psychotherapie: Gerd Wermke
Psychiatrie in Europa: Gerd Wermke
Kontakt BVDN, Gutachterwesen: Frank Bergmann
ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto
PTSD: Christa Roth-Sackenheim
Migrationssensible psych. Versorgung: Greif Sander

BVDP-Landessprecher
Bayern: Oliver Biniasch, Christian Vogel
Baden-Württemberg: Birgit Imdahl, Thomas Hug
Berlin: Norbert Mönter
Brandenburg: Delia Peschel
Bremen: N. N.
Hamburg: Ute Bavendamm, Guntram Hinz
Hessen: Peter Kramuschke
Mecklenburg-Vorpommern: Christine Lehmann
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Christian Raida
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach
Saarland: Gerd Wermke
Sachsen: Ulrike Bennemann
Sachsen-Anhalt: Regina Nause
Schleswig-Holstein: Uwe Bannert
Thüringen: Lutz Bode
Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

Ich will **Mitglied** werden!

An die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45469-25/-26

☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN)**
(Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).

☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN)**
(Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).

☐ **Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.**

☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP)**
(Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).

☐ **Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.**

☐ **Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP – zu gleichen Beitragskonditionen.**

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

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

E-Mail/Internet:

Ich bin ☐ **niedergelassen** ☐ **in der Klinik tätig** ☐ **Chefarzt** ☐ **Facharzt**
☐ **Neurologe** ☐ **Nervenarzt** ☐ **Psychiater**
☐ **Weiterbildungsassistent**
☐ **in Gemeinschaftspraxis tätig mit:** _____ ☐ **in MVZ tätig mit:** _____

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

☐ **Fortschritte Neurologie / Psychiatrie**
☐ **Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG**
☐ **Die Rehabilitation**
☐ **Aktuelle Neurologie**
☐ **Psychiatrische Praxis**
☐ **Psychotherapie im Dialog**

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

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. K. 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. W. Raffauf	Berlin			030 2832794	030 2832795	Walter.raffau@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. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
Dr. R. Trettin	Hamburg	ja	ÄK	040434818		dr.trettin@gmx.de
BVDN-Landesverband:	**HESSEN**					
Dr. K. 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
P. Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 9779745	tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de
Dr. W. Wolf	Dillenburg	ja	KV	02771 8009900		praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband:	**MECKLENBURG-VORPOMMERN**					
Dr. L. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@ nervenaertze-rostock.de
BVDN-Landesverband:	**NIEDERSACHSEN**					
Dr. R. 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. M. Dapprich	Bad Neuenahr	ja	ÄK	02641 26097	02641 26099	Dapprich@uni-bonn.de
Dr. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. V. Figlesthaler	Speyer	ja	ÄK	06232 72227	06232 26783	vrfr@aol.com
Dr. R. Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	0160 97796487	02632 964096	C@Dr-Roth-Sackenheim.de
Dr. K. Sackenheim	Andernach	ja	ÄK/KV	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. S. 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. U. Mielke	Homburg	ja	ÄK	06841 2114	06841 15103	mielke@servicehouse.de
Dr. H. Storz	Neunkirchen	ja	KV	06821 13256	06821 13265	h.storz@gmx.de
BVDN-Landesverband:	**SACHSEN**					
Dr. M. 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: -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: -32765024
E-Mail: Dr.G.Benesch@t-online.de

Dr. Ulrike Bennemann
Holzhäuser Str. 75, 04299 Leipzig
Tel.: 0341 5299388, Fax: -5299390
E-Mail: ubennemann@psychiatrie-leipzig.de

Dr. Frank Bergmann
Kapuzinergraben 19, 52062 Aachen
Tel.: 0241 36330, Fax: -404972
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Prof. Dr. Peter-Dirk Berlit
Alfried-Krupp-Krankenhaus, 45131 Essen
Tel.: 0201 4342-527, Fax: -4342-377
E-Mail: berlit@ispro.de

Dr. Rudolf Biedenkapp
Frankfurter Str. 127, 63067 Offenbach
Tel.: 069 82366061, Fax: -82366063
E-Mail: biedenkapp.r@t-online.de

Dr. Oliver Biniasch
Friedrich-Ebert-Str. 78, 85055 Ingolstadt
Tel.: 0841 83772, Fax: -83762
E-Mail: psypraxingo@t-online.de

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

Dr. Jens Bohlken
Klosterstr. 34 – 35, 13581 Berlin
Tel.: 030 33290000, Fax: -33290017
E-Mail: dr.j.bohlken@gmx.net

Dr. Thomas Briebach
Ludwigstr. 15, 61169Friedberg
Tel.: 06031 3830, Fax: -3877
E-Mail: thomas.briebach@t-online.de

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: -8930
E-Mail: carlg@t-online.de

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

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

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

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

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

Dr. Matthias Freidel
Brauerstr. 1 –3, 24568 Kaltenkirchen
Tel.: 04191 8486, Fax: -89027

Dr. Frank Freitag
Berliner Str. 127, 14467 Potsdam
Tel.: 0331 62081125, Fax: -62081126

Dr. Wolfgang Freund
Waaghausstr. 9 – 11, 88400 Biberach
Tel: 07351 7833, Fax -7834
E-Mail: freund-ulm@t-online.de

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

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

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

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

Dr. Liane Hauk-Westerhoff
Deutsche Med Platz 2, 18057 Rostock
Tel.: 0381 37555224, Fax: -37555223
E-Mail: liane.hauk-westerhoff@nervenaerzte-rostock.de

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

Dr. Annette Haver
Strengerstr. 16 – 18, 33330 Gütersloh
Tel.: 05241 16003, Fax: -24844

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

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

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

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

Dr. Helfried Jacobs
Bremerhavener Heerstr. 11
28717 Bremen
Tel.: 0421 637080, Fax: -637578
E-Mail: cristina.helfried@t-online.de

Dr. Friedhelm Jungmann
Im Wildfang 13a, 66131 Saarbrücken
Tel:.06893 9875020, Fax -9875029
E-Mail: mail@dr-jungmann.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: -7060282
E-Mail: info@neurologie-koenig-luebeck.de

Dr. Thomas Krichenbauer
Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen
Tel.: 09321 5355, Fax: -8930
E-Mail: drkrichenbauer@gmx.de

Dr. Christine Lehmann
Wismarsche Str. 5, 18057 Rostock
Tel.: 0381 4965981, Fax -4965983
E-Mail: christine-lehmann-rostock@t-online.de

Holger Marschner
Zossener Damm 33, 15827 Blankenfelde
Tel.: 03379 371878, Fax: -371879
E-Mail: bvdn@nervenarztpraxis-marschner.de

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

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

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

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

Christoph Meyer
Darmstädter Str. 44, 64625 Bensheim
Tel.: 06251 4444, Fax: -4141
E-Mail: c.meyer@therapiegemeinschaft.de

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

Prof. Dr. Gereon Nelles
Werthmannstr. 1, 50935Köln
Tel.: 0221 7902161, Fax: -7902474
E-Mail: gereon.nelles@uni-due.de

Dirk Neubert
Bärwinkelstr. 33, 99310 Arnstadt
Tel.: 03628 602597, Fax: 582894
E-Mail: dirk@neubert.net

Dr. Martin Paul
Bergstr. 26, 15907 Lübben
Tel.: 03546 2256988
E-Mail: mail@neurologe-luebben.de

Dipl. med. Delia Peschel
Fröbelstr. 1, 03130 Spremberg
Tel.: 03563 52213, Fax: -52198
E-Mail: delip@web.de

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

Dr. Christian Raida
Urbacher Weg 31, 51149 Köln
Tel.: 02203 560888, Fax: 503065
E-Mail: praxis@dr-raida.de

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

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

Dr. Richard Rohrer
Kaiserstr. 3, 66386 St. Ingbert
Tel.: 06894 4051, Fax: 06894 4021
E-Mail: richard.rohrer@gmx.net

Dr. Wolfgang W. Rossbach
Holzhofstr. 5, 55116, Mainz
Tel.: 06131 222377, Fax: -227939
E-Mail: w.rossbach@gmx.de

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

Dr. Greif Sander
Bödekerstr. 73, 30161 Hannover
Tel.: 0511 667034, Fax: -621574
E-Mail: dr.sander@wahrendorff.de

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

Babette Schmidt
Straße am Park 2, 04209Leipzig
Tel.: 0341 4220969, Fax _4220972
E-Mail: dmbschmidt@aol.com

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

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

Dr. Karl-Otto Sigel
Hauptstr. 2, 82008 Unterhaching
Tel.: 089 4522 436 20
Fax: -4522 436 50
E-Mail: karl.sigel@gmx.de

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

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

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

Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch
Neurol. Klinik, Am Tannenwald 1
79215 Elzach
Tel.: 07682 801870, Fax: -801866
E-Mail: klaus.wallesch@neuroklinik-elzach.de

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

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

1. Vertragliche Kooperationspartner der Berufsverbände

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

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

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

Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie (DIQN)
Schanzenstr. 27, Schlosserei 4
51063 Köln, Tel.: -955615-95
Mobil: 0173 2867914
E-Mail: info@diqn.de

Fortbildungsakademie
Traubengasse 15, 97072 Würzburg
Tel.: 0931 2055516, Fax: -2055511
E-Mail: info@akademie-psych-neuro.de
www.akademie-psych-neuro.de
Vorsitzender: PD Dr. Albert 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: -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: -4004 56-388 ,
E-Mail info@baek.de
www.bundesaerztekammer.de

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

Neurologie

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Geschäftsführung:
Dr. Thomas Thiekötter
Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin,
www.dgn.org

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

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e.V. (BV ANR)
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld,
Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925,
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: -9039501
E-Mail: ekoenig@schoen-kliniken.de
www.dgnr.de

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

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

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN)
Vorsitzender: Dr. Mario 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: -284499 11
E-Mail: gs@dgnc.de
www.dgnc.de

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)
Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin
Tel.: 030 284499 33
Fax: -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: -916070-22,
E-Mail: DGNR@Neuroradiologie.de
www.neuroradiologie.de

Psychiatrie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin
Tel.: 030 28096601/02
Fax: -8093816
Kommissarische 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: -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: -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: -16918422
E-Mail: mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO)
Brücker Mauspfad 601
51109 Köln
Tel.: 0221 842523, Fax: -845442,
E-Mail: staeko@vakjp.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.
c/o Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel. und Fax: 040 42803 5121
E-Mail: info@dgsuchtmedizin.de
www.dgsuchtmedizin.de/

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)
Vorsitzender: Univ.-Doz. Dr. med. Elmar Etzersdorfer
Furtbachkrankenhaus
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Furtbachstr. 6, 70178 Stuttgart
Tel.: 0711 6465126, Fax: -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: -404972
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP:
D. Differt-Fritz, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: -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: -203043-1399
www.springerfachmedien-medizin.de

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die Urban & Vogel GmbH ist 100 %ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin-Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100 %ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science+Business Media GmbH ist die Springer Science+Business Media Deutschland GmbH, die 100 % der Anteile hält. Die Springer Science+Business Media Deutschland GmbH ist eine 100 %ige Tochtergesellschaft der Springer SBM Two GmbH, die 100 % der Anteile hält. Die Springer SBM Two GmbH ist eine 100 %ige Tochter der Springer SBM One GmbH, die 100 % der Anteile hält. Die Springer SBM One GmbH ist eine 100 %ige Tochter der Springer SBM Zero GmbH, die 100 % der Anteile hält. Die Springer SBM Zero GmbH ist eine 100 %ige Tochter der Springer Science+Business Media G. P. Acquisition S. C. A., Luxemburg, die 100 % der Anteile hält.

Geschäftsführer: Joachim Krieger (President Professional Businesses), Fabian Kaufmann, Dr. med. Esther Wieland

Director Facharzt Medizin: Dr. med. Christoph Posch

Ressortleitung: Dr. rer. nat. Gunter Freese

Redaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung)
Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435
E-Mail: gunter.freese@springer.com
Dr. rer. nat. Carin Szostecki (-1346),
Dr. rer. nat. Thomas Riedel (-1327), Thomas Müller
Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409)
Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

Herstellung: Alison Hepper (Leitung),
Tel.: 06221 4878-265, Edda Führer (Layout)

Corporate Publishing: Ulrike Hafner (Leitung),
Tel.: 06221 4878-104, E-Mail: ulrike.hafner@springer.com

Anzeigenverkauf: Peter Urban (Leitung),
Tel.: 089 203043-1333, E-Mail: peter.urban@springer.com)
Zur Zeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 15 vom 1.10.2012.

Vertrieb: Marion Horn (Leitung), Tel.: 06102 506-148
E-Mail: marion.horn@springer.com

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-4304, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter www.springerfachmedien-medizin.de und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft: 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 Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Druck: KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen
Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München

ISSN 1436-123X

LA-MED geprüft Facharzt-Studie 2012

© olly / Fotolia.com

Vorschau

Ausgabe 1/2014

Januar

Erscheint am 23.1.2014

Riskanter Alkoholkonsum im Alter

In höherem Lebensalter steigt die Sensitivität gegenüber den negativen Wirkungen des Alkohols infolge physiologischer Veränderungen. Gleichbleibende Konsummengen können dann mehr schaden als in jüngeren Jahren.

Hirnmetastasen – alles zu spät?

Eine zerebrale Metastasierung ist meist gleichbedeutend mit einer palliativen Behandlungssituation. Mit einem multimodalen und interdisziplinären Therapiekonzept lässt sich jedoch häufig auch längerfristig eine Tumorkontrolle im ZNS erreichen und damit eine gute Lebensqualität bewahren.

Asperger-Syndrom im Praxisalltag

Die Ausprägungen des Asperger-Syndroms sind vielfältig und nicht immer auf den erstem Blick zu erkennen. Klare Kriterien für präzise Diagnostik und fachgerechte Therapie sind im Umgang mit dieser Patientengruppe eine große Stütze im Praxisalltag.