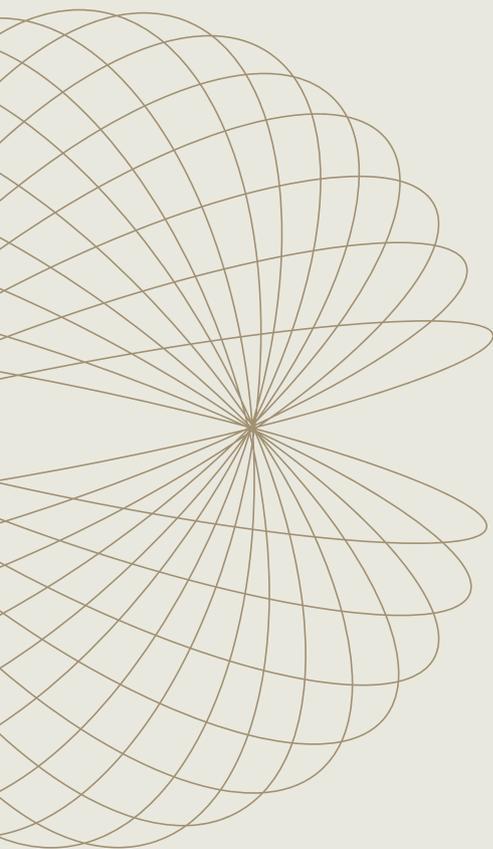


7–8 Juli/August 2014 \_ 25. Jahrgang\_www.BVDN.de

# NEUROTRANSMITTER

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



EVA-NP

**Vertrag ist unterzeichnet**

Psychiatrische Kasuistik

**Ganser-Syndrom: eine „ungewöhnliche Demenz“**

**CME:** Epilepsie

**Akut symptomatische Anfälle**



»Die präventive Beratung muss in der Überarbeitung unserer EBM-Kapitel berücksichtigt werden. Nur dann wird es gelingen, Gesundheitsprävention wirksam in die Praxisabläufe einzubinden.«

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen  
Vorsitzender des BVDN

## Ärztetag bleibt bei GOÄ-Reform vage

Viele von Ihnen werden sich noch an den spannenden Vortrag von Frank Schirmmacher auf dem Neurologen- und Psychiatertag 2005 in Köln erinnern. Der FAZ-Herausgeber und Autor von Bestsellern wie „Das Methusalem-Komplott“ und „Ego – Das Spiel des Lebens“, eine pessimistische Einlassung über das Netzzeitalter und was es mit unseren Gehirnen macht, ist am 12. Juni an den Folgen eines Herzinfarktes verstorben. Er wurde nur 54 Jahre alt. Schirmmacher war ein großartiger und weitblickender Publizist, der nicht nur das Feuilleton der FAZ maßgeblich geprägt und bereichert hat.

Der 117. Deutsche Ärztetag hat dagegen wenig Prägendes hinterlassen. Freundlich und wertschätzend gab sich Minister Gröhe bei der Eröffnung. Umso enttäuschender war es, dass ihm die fachärztliche Versorgung in seiner Rede keine Erwähnung wert war. Die Delegierten diskutierten unter anderem über Anforderungen an ein Präventionsgesetz und arbeiteten die Rolle des Arztes als „Präventionslotse“ heraus. Rudolf Henke, Vorsitzender der BÄK-Präventionsgremien, legte die zentrale Position des Arztes bei der Vorsorge dar, mahnte aber an, in der Praxis verstärkt Beratungsanlässe für präventive Aufklärung als Motivation zur Verhaltensänderung zu nutzen, um nicht später Krankheiten kostenintensiv behandeln zu müssen. Dem ist auch aus neurologischer und psychiatrischer Sicht uneingeschränkt zuzustimmen. Mit „Sport und Bewegung“ als Therapieoption und präventive Maßnahme, insbesondere auch von Erkrankungen des ZNS, haben wir vor wenigen Wochen auf unserer Hauptversammlung Akzente gesetzt. Doch gibt es bislang weder eine eigene Abrechnungsziffer für die präventive Beratung noch bestehen Anreize oder Instrumente, um Gesundheitsprävention von ZNS-Erkrankungen in die jeweiligen Praxisabläufe integrieren zu können. Bei der Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnung muss das Thema Prävention Eingang finden. Darüber hinaus muss präventive Beratung in der Überarbeitung unserer EBM-Kapitel berücksichtigt werden. Nur dann wird es gelingen, Gesundheitsprävention nicht nur als Schlaglicht auf Symposien und Veranstaltungen zu behandeln, sondern wirksam in die Praxisabläufe einzubinden.

Auf dem Ärztetag wurde die baldige Einführung der reformierten GOÄ erneut in Aussicht gestellt, ohne dass Details bekannt wurden. Aus Sorge, künftige Verhandlungen mit dem PKV-Verband über die Gebührensätze zu gefährden, blieben die Informationen an die Delegierten über die zu erwartende Entwicklung der künftigen GOÄ-Umsätze eher sybillinisch.

So blieb der Ärztetag insgesamt in den großen Themen wie GOÄ-Reform, Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnung oder Wartezeitenproblematik eher vage, abwartend und taktierend und arbeitete stattdessen eine Reihe von Einzelthemen ab wie den Schutz der Patientendaten vor Marktforschungsunternehmen, die Forderung nach Richtlinien zum Umgang mit nicht-invasiven Pränataltests, die Zunahme multiresistenter Keime und den Umgang von Ärzten und Krankenhäusern mit führenden Internet-Bewertungsportalen.

Heftig und polemisch fällt die Kritik der Professoren Pollmächer und Beine, beide Klinikleiter und -lobbyisten, zu einem Beitrag von Gunther Carl aus dem Neurotransmitter 5/2014 aus. Carl beanstandete zu Recht die Fehlentscheidung des G-BA, nach der Institutsambulanzen zukünftig in der Bedarfsplanung vertragsärztlicher Sitze in unseren Fachgebieten berücksichtigt werden können. Diesen Beschluss hatte der BVDN bereits zuvor in einer Presseerklärung gemeinsam mit anderen Verbänden scharf kritisiert. Doch gar nicht die Kritik an der G-BA-Entscheidung – die sie ebenfalls ablehnen – stieß den Interessenvertretern psychiatrischer Kliniken auf, sondern der Hinweis von Gunther Carl, dass viele PIAs den gesetzlichen Versorgungsauftrag nach § 118 Abs. 1 beziehungsweise Abs. 2 nicht einhalten. Die Eigengesetzlichkeiten einer schon routiniert reagierenden Empörungsgesellschaft zeigen sich exemplarisch in dem Leserbrief, den wir ungekürzt auf Seite 28 abdrucken.

Ich meine, wir sollten schnellstens zu einer sachlichen Diskussion zurückkehren. Die Berufsverbände haben die Notwendigkeit einer komplementären Versorgung durch Institutsambulanzen im Sinne der Sozialgesetzgebung nie bestritten. Im Gegenteil. Fehlentwicklungen werden wir allerdings auch in Zukunft unmissverständlich benennen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund fordern wir eine grundsätzliche Überarbeitung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Durch die Konzentration auf Kooperation in der Versorgung wollen wir eine Abkehr von der tradierten und institutionell ausgerichteten Versorgung erreichen. Insofern es tatsächlich um Patienteninteressen geht, ist ein solcher Weg alternativlos.

Ihr



## 15 EVA-NP: Endlich ist es soweit

Nachdem das erste Fortbildungscurriculum zur EVA-NP Anfang des Jahres erfolgreich beendet und von der Ärztekammer entsprechend zertifiziert wurde, haben sowohl die BARMER GEK als auch die DAK-Gesundheit über die KV Westfalen-Lippe einen Vertrag zur Abrechnung der zusätzlichen Leistung der EVA-NP unterzeichnet. Lesen Sie, was die EVA-NP leisten kann und soll.

## 29 „Wirtschaftliche Verordnung“ als Ziel

Auch nach Einführung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) im Jahr 2011 gilt unverändert, dass Versicherte unmittelbar nach Marktzugang Anspruch auf ein Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen haben. Eine Übersicht von RA Dr. Nitz erläutert die verschiedenen Phasen des AMNOG sowie die „wirtschaftliche Arzneimittelverordnung“ unter AMNOG.

## Hinweis

Auf Seite 54 f. dieser Ausgabe finden Sie den Medizin Report aktuell zum Thema „Schwindel: Diagnostik und Therapie / Bessere Behandlungsmöglichkeiten“. Wir bitten um Beachtung.

**Titelbild (Ausschnitt):** o. T., 2010  
Jenny Forster

## 3 Editorial

### Die Verbände informieren

---

#### 8 Schneller reagieren können

Neues aus dem BVDN-Landesverband  
Rheinland-Pfalz

*Friederike Klein, München*

#### 9 Strategien für flächendeckende ambulante Versorgung

*Redaktion*

#### 10 Gesundheitspolitische Nachrichten

KBV fordert höheren kalkulatorischen Arztlohn  
Barmer-GEK-Arztreport: Kein „Arzt-Hopping“  
feststellbar

In Deutschland ausgebildete Ärzte: Über 16.000 ins  
Ausland abgewandert

KBV-Kampagne für Vertragsärzte: „Wir arbeiten für  
ihr Leben gern“

Ärztmangel: Delegation an nichtärztliche Fachkräfte  
*Gunther Carl, Kitzingen*

#### 15 EVA-NP: Endlich ist es soweit!

*Rita Wietfeld, Witten*

### Rund um den Beruf

---

#### 18 Wie geht es weiter mit der ambulanten Versorgung von MS-Kranken?

Berichterstattung vom Jahrestreffen des  
ZNS-Versorgungsforums Hessen

*Christoph Meyer, Bensheim*

#### 24 Wartezeitendiskussion: Zwangsmaßnahmen schaffen keine neuen Behandlungskapazitäten

*Redaktion*

#### 26 Depressionsbehandlung über das Internet

Aus der Serie „Praxisprobleme“

*Gunther Carl, Kitzingen*

#### 28 Gemeinsam für eine bessere ambulante Versorgung oder getrennt zur Wahrung patientenferner Partikularinteressen?

Ein Leserbrief

*Thomas Pollmächer, Ingolstadt, Karl-Heinz Beine, Hamm*

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



## 32 Multimodale Schmerztherapie

Bei der Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen und Rückenschmerzen in Deutschland ist die ambulante Regelversorgung hinsichtlich Effektstärke und Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs einer stationären oder teilstationären multimodalen Schmerztherapie signifikant unterlegen. Die multimodale Therapie basiert auf einer präzisen Schmerzdiagnose. Neurologen und Psychiater können daher nur ermuntert werden, sich hier in die korrekte Differenzialdiagnose und Therapie mit ihrer Fachkompetenz mehr einzubringen.

### Wie Sie uns erreichen

#### Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese  
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435  
E-Mail: [gunter.freese@springer.com](mailto:gunter.freese@springer.com)

#### Schriftleitung:

Dr. med. Gunther Carl  
Telefon: 09321 5355, Fax: 09321 8930  
E-Mail: [carlg@t-online.de](mailto: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

## 29 Wirtschaftliche Verordnung als Ziel

Das AMNOG – Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz  
*Gerhard Nitz, Berlin*

## 31 Rundumversorgung aus einer Hand

Ein Praxisporträt über Ralf und Anita Bodenschatz  
aus Mittweida, Sachsen  
*Thomas Müller, Neu-Isenburg*

## Fortbildung

---

### 32 Chronischer Schmerz

*Multimodale Therapie aus Sicht des Neurologen*

### 39 Das Ganser-Syndrom: eine „ungewöhnliche Demenz“

Psychiatrische Kasuistik  
*Britta Jänen, Arne Klostermann, Oliver Peters, Berlin*

### 44 CME: Epilepsie

Akut symptomatische Anfälle  
*Barbara Schmalbach, Nicolas Lang, Kiel*

### 48 CME-Fragebogen

## Journal

---

### 56 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR

Haltung als Enthaltung  
„Fortunat“ – der vergessene Arzt-Roman eines  
Europäers  
*Gerhard Köpf, München*

### 60 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Jenny Forster  
Winterreise  
*Albert Zacher, Regensburg*

### 25 Kleinanzeigen

### 50 Pharmaforum

### 64 Termine

### 66 Verbandsservice

### 71 Impressum/Vorschau

## BVDN-Landesverband Rheinland-Pfalz

# Schneller reagieren können

Im Sommer 2012 wurde die Testphase für die quartalsgleiche Prüfung eingeleitet, seit dem ersten Quartal 2013 ist sie in Rheinland-Pfalz scharfgeschaltet. Die Erfahrungen damit sind positiv, wie der Landesverbandsvorsitzende Dr. Günther Endraß aus Grünstadt berichtet.

**A**brechnung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Regressforderungen, Beschwerdeausschuss oder Sozialgerichtsverfahren – das dauerte in der Vergangenheit zusammen leicht vier Jahre. Eine etwa festgestellte Unwirtschaftlichkeit hatte dann nicht nur Auswirkungen auf zwei oder drei Quartale, sondern über Jahre hinweg, weil der Betroffene sein Abrechnungsverhalten erst mit jahrelanger Verzögerung ändern konnte. Dazu wurde die Rückforderung der Honorare auch noch nach dem durchschnittlichen Punktwert des jeweiligen Quartals errechnet und nicht nach dem meist niedrigeren Restpunktwert.

### Quartalsgleich ist besser

In Rheinland-Pfalz ist seit dem Frühjahr 2013 einiges anders geworden. „Direkt in den Wochen, nachdem wir die Abrechnung abgegeben haben, erfolgt eine quartalsgleiche Prüfung“, berichtet Dr.

Günther Endraß, der Landesverbandsvorsitzende. Liegen die Kollegen oberhalb des Fachgruppendurchschnitts beziehungsweise der sozialrechtlichen Vorgaben für die Abrechnungsziffern, werden Honorarkürzungen ausgesprochen. Die erfolgen zudem meist mit dem niedrigeren Punktwert nach Überschreitung des Punktbudgets aus dem Vorjahresquartal, nicht nach dem Durchschnittspunktwert dieses Quartals. Durch die rasche Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungserbringung hat der Betroffene zeitnah die Möglichkeit, sein Abrechnungsverhalten zu überprüfen. Ein eventuelles Widerspruchsverfahren kann natürlich auch dazu führen, dass eine neue Praxisbesonderheit anerkannt wird und es künftig nicht mehr zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung/Kürzung bezüglich dieser, nun anerkannten Praxisbesonderheit, kommt. Das ist nach Endraß ersten Erfahrungen als unabhä-

nger Sachverständiger in einem der Beschwerdeausschüsse der „Gemeinsamen Prüfeinrichtung Rheinland-Pfalz“ in gut der Hälfte der Verfahren der Fall.

### Verfahren stark beschleunigt

Die zeitnah zum Abrechnungszeitraum stattfindende Prüfung bewirkt auch, dass nicht mehr automatisch mehrere weitere Quartale als unwirtschaftlich festgestellt werden. „Es betrifft nur einen Zeitraum von zwei oder drei Quartalen, weil in diesem Zeitraum die Verfahren in den Prüfeinrichtungen inklusive des Beschwerdeausschusses schon abgeschlossen werden“, erläutert Endraß. Das erfordert natürlich, dass die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV-RLP) ihre Abrechnungsabläufe beschleunigt und auch die Gemeinsame Prüfeinrichtung von Krankenkassen und KV-RLP zeitnah tätig wird. Das Vorstandsmitglied der KV-RLP und der frühere BVDN-Landesverbandsvorsitzende Dr. Klaus Sackenheim sowie der hausärztliche stellvertretende KV-Vorstand Dr. Peter Heinz als der Zuständige für das Prüfwesen, haben laut Endraß maßgeblich dazu beigetragen, dass entsprechend mit den Krankenkassen verhandelt werden konnte. So kann nun rasch festgestellt werden, ob das Abrechnungsverhalten unwirtschaftlich entsprechend der Prüfvereinbarung und der Rechtsprechung der Sozialgerichte war, oder ob eine Praxisbesonderheit besteht, die bisher noch nicht erfasst wurde und die eine wirtschaftliche Leistungserbringung im Einzelfall, trotz Überschreitung gegenüber der Fachgruppe, begründet.

### Positive wirtschaftliche Entwicklung

Mit der wirtschaftlichen Situation der Nervenärzte, Neurologen und Psychia-



Wirtschaftlichkeitsprüfungen gehen auch schneller, wenn KV und Krankenkassen wollen ...

ter in Rheinland-Pfalz zeigt sich Endraß zufrieden. Probleme zwischen den Fachgruppen gebe es nicht. „Wir haben ja keine RZVs und QZVs mehr, sondern Individualbudgets in Punkten. Das hat die Situation weiterhin für unsere Fachgruppen insgesamt und auch zwischen den Gruppen sehr entspannt. Die Honorare sind relativ stabil, die Unterschiede zwischen den Fachgruppen gering. So lag der Fallwert im vierten Quartal 2013 bei Nervenärzten bei 62,56 €, bei Neurologen 59,23 €.“

Wichtig für die derzeit positive Entwicklung der Fachgruppe ist auch die deutlich höhere „Fachärztliche Grundpauschale“ dank der sehr erfolgreichen Verhandlungen der KV-RLP mit den Krankenkassen im Jahr 2013, berichtet Endraß: „Das Gesamtvolumen ist um 6,1 % gestiegen und davon wurden extra 2 % für die Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung verwendet. Deshalb liegen wir in Rheinland-Pfalz bei der Pauschale nicht wie bundesweit bei 3,50 €, sondern bei 5,46 € pro Fall.“

Im Übrigen gebe es derzeit kaum Budgetprobleme im Verordnungsbereich Arzneimittel nach Änderung der Gesetzeslage mit dem Prinzip „Beratung vor Regress“. „Es gibt aber verstärkt Prüfungen auf ‚sonstigen Schaden‘“, sagt Endraß, „Off-label-Use-Verordnungen oder Verordnungen während stationärer Aufenthalte werden momentan verstärkt geprüft.“

## IV-Erfolgsgeschichten

Der IV (Integrierte Versorgung)-Vertrag Multiple Sklerose ist seit 12. April 2010 in Kraft. Vertragspartner sind die vier flächendeckenden ZNS-Netze in Rheinland-Pfalz und die Vertragsgemeinschaft von BKK/LKK-Hessen, Rhein-

land-Pfalz und Saarland (jetzt BKK Mitte). Der IV-Vertrag läuft weiter sehr gut, berichtet Endraß: „Die Ärzte sind zufrieden, die Krankenkassen sind zufrieden“. Die Evaluation von Daten aus dem Jahr 2011 habe beispielsweise gezeigt, dass die kostenintensiven stationären Aufenthalte im Rahmen des IV-Vertrags verringert werden konnten. Das sei auch ein Grund, warum etwa die BKK-Mitte weiter mit den ZNS-Netzen Verträge machen wollten.

Ebenfalls weiter erfolgreich läuft der Vertrag zur Versorgung von Patienten mit Psychosen, Depressionen, somatoformen Störungen mit den ICD 10-Diagnosen von F20 bis F48. Hier sind BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, IKK Rheinland-Pfalz und die Genossenschaft GoLu in Ludwigshafen Vertragspartner, bei der auch ZNS-Ärzte Mitglied sind.

## Parkinson-IV kommt!

Der IV zur Versorgung von Parkinson-Erkrankten, der bereits 2012 verhandelt worden war, verzögerte sich dagegen durch veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2012 dahingehend geändert, dass alle IV-Verträge rechtlich und wirtschaftlich durch das Bundesversicherungsamt geprüft werden müssen. „Es hat bis 2013 gedauert, bis die Krankenkassen wussten, was für Forderungen gestellt werden, welche Ablehnungsgründe es gibt und wie sie damit umgehen können.“ Anfang 2014 konnte endlich der Antrag zum Parkinson-IV-Vertrag eingereicht werden. Korrekturen aufgrund der Änderungswünsche – auch von Datenschutzbeauftragten und der Landesaufsicht des Gesundheitsministeriums des Landes Rheinland-Pfalz – wurden Ende Mai eingereicht und Endraß ist nun zuversichtlich, dass die Startphase in den ersten Modellpraxen im vierten Quartal 2014 anlaufen kann – wir werden berichten! □

## AUTORIN

Friederike Klein, München

## Strategien für flächendeckende ambulante Versorgung

— Die neue Bedarfsplanung verbessert die flächendeckende fachärztliche Versorgung nicht. Sie reduziert im Gegenteil sogar die Zahl der Arztsitze. Auf diesen bislang zu wenig wahrgenommenen Hinweis im neuen Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen macht der Spitzenverband ZNS (SPiZ) aufmerksam. „Wir fordern daher mehr Weiterbildungsassistenten in den Praxen und eine bessere Vernetzung der Versorgungsangebote in den Regionen – stationär, rehabilitativ und ambulant – zur langfristigen flächendeckenden Versorgung“, sagte der SPiZ-Vorsitzende Dr. Frank Bergmann.

### Weiterbildung in Praxen fördern

Immer mehr Leistungen verlagern sich aus den Kliniken in den niedergelassenen Bereich. „Also muss auch die Weiterbildung in Praxen stattfinden und nicht nur in Krankenhäusern“, so Bergmann. Einen Teil der Weiterbildung in der Praxis zu absolvieren, sei außerdem einer der wichtigsten Schritte, um junge Kollegen an eine Niederlassung heranzuführen. Der SPiZ fordert, dass die Versorgungsleistung der Weiterbildungsassistenten in der Praxis ebenso anerkannt werden wie die der Weiterbildungsassistenten in der Klinik, zum Beispiel durch einen angemessenen Aufschlag auf den von der Praxis abgerechneten Punktwert.

### Vernetzung ausbauen

Als ein weiteres wichtiges Instrument zur flächendeckenden Versorgung von Patienten mit psychischen und neurologischen Erkrankungen fordert der SPiZ, die bestehenden stationären und teilstationären, rehabilitativen und ambulanten Angebote regional besser zu vernetzen. „Zum Beispiel können Verträge zur integrierten Versorgung die verschiedenen Akteure in den Regionen zu Versorgungsnetzen zusammenbringen. So lassen sich personelle und finanzielle Ressourcen im Sinne der Patienten besonders effektiv einsetzen“, so Bergmann.

Quelle: Pressemitteilung SPiZ, 16. Juli 2014

## 2. Fachärztetag Rheinland-Pfalz

„Fachärztliche Versorgung: heute, morgen und dann?“

**Ort:** Mainz, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz

**Datum:** 13. September 2014, ab 10.30 Uhr

## HONORARE

## KBV fordert höheren kalkulatorischen Arztlohn

➔ Die Honorarverhandlungen für das Jahr 2015 zwischen KBV-Vorstand und dem Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-SV) beginnen im August 2014. Der derzeit gültige kalkulatorische Arztlohn, der wesentlich die Bewertung unserer EBM-Leistungen mitbestimmt, liegt bei 105.000€ und wurde 2008 festgelegt. Mittlerweile wurden die Gehälter der Krankenhausärzte im Rahmen der vom Marburger Bund geführten Tarifverhandlungen erheblich angehoben. Das 2008 für einen Oberarzt geltende Jahresgehalt von im Schnitt 105.000€ stieg im Jahr 2014 auf 133.000€. Berechnungsgrundlage für den ärztlichen Anteil der EBM-Leistungen ist die Vergütung eines durchschnittlichen Oberarztes, wenn er 51 Wochenstunden GKV-Patienten behandelt. Dr. Andreas Gassen, neuer Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), monierte hier einen erheblichen Nachholbedarf, der eingefordert werden soll. Außerdem werden gestiegene Praxiskosten und die zunehmenden Kosten der Morbiditätsentwicklung der Bevölkerung in die Honorarforderungen der Ärzteseite einbezogen. Überdies soll der EBM wieder mehr Abrechnungspositionen als Einzelleistungen erhalten. Mit Komplex- und Pauschalleistungen im gedeckelten Gesamtbudget lassen sich die heutigen Leistungsanforderungen der ambulanten Medizin nicht mehr stemmen, so Gassen.

**Kommentar:** Es wird endlich Zeit, dass wir zu jährlich neuen Tarifverhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante Medizin kommen. Nach Umsetzung der „Tarifreform“ im EBM mit normativer Erhöhung des Punktwertes von circa 3,5 auf 10 Cent und reziproker Absenkung der Punktebewertung jeder EBM-Leistung lässt sich die Preisdynamik ärztlicher Leistungen sehr transparent verfolgen. Derzeit liegt der Orientierungswert (= Punktwert) 2014 bei 10,13 Cent. Folgt man der Gehaltsentwicklung der übrigen Wirtschaft in den letzten Jahren, müsste der Orientierungswert 2015 bei mindestens 10,6 Cent liegen. Dies betrifft lediglich den Inflations- und Kostenausgleich zwischen 2014 und 2015. Aber zusätz-

lich muss auch die Bewertung des kalkulatorischen Arztlohnes nun dringend angepasst werden. Als weiterführende Lektüre kann ich in diesem Zusammenhang den Artikel von Dr. Dominik von Stillfried (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland) sehr empfehlen: „Vergütung in der ambulanten Versorgung: Ärztliche Arbeitszeit beim Orientierungswert berücksichtigen“ (Deutsches Ärzteblatt, Heft 4, 14. Januar 2014, A114–A117). Gerade für unsere Fachgruppen ist die Bewertung des ärztlichen Leistungsteils unserer Honorare von herausragender Bedeutung. Besonders bei Psychiatern besteht etwa 90% des Leistungsgeschehens aus höchstpersönlicher Arztleistung. Zirka 70% davon sind zeitgetaktet und nicht zu beschleunigen oder rationalisierbar. Wenn die Arztleistung immer noch mit 0,87€ pro Minute in die Kalkulation des EBM eingeht,

## BARMER-GEK-ARZTREPORT

## Kein „Arzt-Hopping“ feststellbar

➔ Der Barmer-GEK-Arztreport 2014 analysierte die Zahl und Frequenz der Behandlungsfälle im ambulanten Bereich im Jahr 2012: 92% der Versicherten haben mindestens einmal einen niedergelassenen Vertragsarzt besucht. Im Durchschnitt kontaktierte jeder Versicherte 3,4 unterschiedliche Ärzte. 56% beanspruchten dabei Leistungen von vier oder mehr unterschiedlichen Arztpraxen. 60% der Versicherten kontaktierten genau einen Hausarzt, 3% besuchten vier oder mehr unterschiedliche Hausarztpraxen. Seit der Einführung der pauschalierten Vergütung im Jahr 2008 ist allerdings die Zahl der gesamten Arztkontakte nicht mehr quantifizierbar. Ein generalisiertes „Arzt-Hopping“ habe man nicht feststellen können, so der Report. Ein Drittel aller abgerechneten Behandlungsfälle entfielen 2012 auf Hausärzte. 37% beanspruchten laborärztliche Leistungen, 26% besuchten einen Gynäkologen, 24% einen Augenarzt, 20% einen Radiologen, 19% waren beim Orthopäden, 18% beim Hausarzt, 18%



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

»Es wird Zeit, dass wir zu jährlich neuen Tarifverhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante Medizin kommen.«

wird sofort klar, dass eine psychiatrische Praxis niemals zu ökonomisch vergleichbaren Ergebnissen führen kann wie die Tätigkeit in anderen Fachgebieten. **gc**

beim Internisten, 17% gingen zum HNO Arzt, 14% zum Chirurgen, 13% beanspruchten eine pathologische Leistung, 11% gingen zum Kinderarzt, 10% zum Nervenarzt, 8% zum Urologen und 2% zum Psychotherapeuten.

**Kommentar:** Beinahe jeder GKV-Versicherte kontaktiert mindestens einmal pro Jahr einen Vertragsarzt. Immerhin ein Drittel der Versicherten besuchten dann doch zwei bis drei verschiedene Hausarztpraxen. Bei welcher „Arztmenge je Versicherten“ das „Arzt-Hopping“ beginnt, darüber besteht in gesundheitsökonomischen Kreisen meines Wissens nach noch kein Konsens. Verschwindend klein sind die angegebenen Häufigkeiten jedoch sicherlich nicht. Auch wenn bei den Kontaktfrequenzen fachärztlicher Praxen Doppelnennungen möglich sind, drängt sich doch der Eindruck auf, dass jeder Versicherte, der 2012 einen Hausarzt besuchte, mindestens auch einen Facharzt kontaktierte. **gc**

## IN DEUTSCHLAND AUSGEBILDETE ÄRZTE

## Über 16.000 ins Ausland abgewandert

➔ Von 2007 bis 2012 sind 16.882 in Deutschland ausgebildete Ärzte ins Ausland gezogen. Dies antwortete die Bundesregierung auf eine Anfrage der Partei Die Linke. 4.269 Kollegen gingen in die Schweiz, 1.649 nach Österreich, 1.041 in die USA und 605 nach Großbritannien. Die Bundesregierung gab an, mit den EU-Staaten engen Kontakt halten zu wollen, um die Auswir-

kungen der Abwanderung von Gesundheitsfachpersonal auf die jeweiligen Gesundheitssysteme zu analysieren.

**Kommentar:** Dem Vernehmen nach gibt es vor allem in der Schweiz immer bessere Möglichkeiten, sich ambulant auch als Facharzt niederzulassen. Nur wenige Kollegen bereuen die Umsiedlung ins Ausland.

Allerdings sind im Ausland generell freiberufliche fachärztliche Niederlassungen mit Zulassung durch den nationalen staatlichen Gesundheitsdienst oder die nationale gesetzliche Krankenversicherung kaum möglich, weil dort ein ambulanter fachärztlicher Versorgungssektor praktisch nicht existiert. **gc**



## KBV-KAMPAGNE FÜR VERTRAGSÄRZTE

## „Wir arbeiten für ihr Leben gern“

➔ Die KBV erweiterte ihre Werbekampagne für Vertragsärzte „Wir arbeiten für ihr Leben gern“ im Frühjahr 2014 mit „Ich bin Facharzt. Ich bin ein Qualitätsprodukt“ um das Thema „Qualität in der ambulanten Versorgung“. Überdies soll der Ärztenachwuchs angesprochen werden, um mehr Studenten und junge Ärzte von einer Niederlassung zu überzeugen.

**Kommentar:** Die Werbekampagne für Vertragsärzte war überfällig. Wir tun viel Gutes und sprechen nun auch darüber. Übrigens lächelt uns seit mehreren Monaten von großformatigen Plakaten auch eine sehr nette, vertrauenserweckende und kompetente Neurologin zu, schon bemerkt? **gc**

## ÄRZTEMANGEL

## Delegation an nichtärztliche Fachkräfte

➔ KBV und GKV-Spitzenverband haben sich im Juni 2014 auf eine Liste von Leistungen geeinigt, die niedergelassene Vertragsärzte an nichtärztliche Fachkräfte delegieren dürfen. Im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes 2013 hatte der Gesetzgeber die Vertragspartner beauftragt, die delegierbaren ärztlichen Leistungen zu benennen. Nach der Vereinbarung können nichtärztliche medizinische Fachangestellte beispielsweise Blutabnahmen, Blutdruckmessungen, Injektionen und Infusionen selbstständig durchführen. Haben Sie besondere Qualifikationen nachgewiesen, können sie auch andere Aufgaben übernehmen wie spirometrische Untersuchungen, Wundversorgung, Entfernung von Portnadeln oder Hausbesuche. Je nach Qualifikation der nichtärztlichen medizinischen Fachangestellten müssen Vertragsärzte diese Mitarbeiter mehr oder weniger um-

fänglich anleiten und ihre Arbeit überwachen. Die KBV fordert in diesem Zusammenhang eine Zusatzfinanzierung von Versorgungsmodellen wie „AGnEs“, „MoNi“, „Verah“ und „Eva“ (= Arzt entlastende Versorgungsassistentin).

**Kommentar:** In Zeiten zunehmenden Ärztemangels in der ambulanten Versorgung vor allem auf dem Land wird das GKV-System nicht umhin können, Leistungen an nichtärztliche, speziell qualifizierte Fachkräfte in unseren Praxen zu delegieren. Näheres hierzu finden Sie unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de). Ein Teil dieser Maßnahmen, beispielsweise Leistungen bei Hausbesuchen durch unsere medizinischen Fachangestellten (MFA) müssen dann auch selbstständig durchführbar sein und bezahlt werden. So wurde im Bereich der KV Westfalen-Lippe mit Unterstützung der Berufsverbände

Der Ärztemangel wird sich absehbar weiter verschärfen. Delegation tut daher not.



BVDN, BVDP, BDN das Versorgungsmodell Eva-NP (= Arzt entlastende Versorgungsassistentin Neurologie und Psychiatrie) initiiert und von der Landesärztekammer Westfalen-Lippe anerkannt. Mit einem Teil der Krankenkassen konnte bereits ein Finanzierungsvertrag geschlossen werden. **gc**

## EVA-NP

# Endlich ist es soweit!

Auf Initiative des BVDN konnte mit der Ausbildung zur „Entlastenden Versorgungsassistentin Schwerpunkt Neurologie/Psychiatrie“ (EVA-NP) eine anerkannte Fortbildung entwickelt werden.

Nachdem das erste Fortbildungscurriculum zur EVA-NP Anfang diesen Jahres erfolgreich beendet und von der Ärztekammer entsprechend zertifiziert wurde, haben sowohl die BARMER GEK als auch die DAK-Gesundheit über die KV Westfalen-Lippe (KVWL) einen Vertrag zur Abrechnung der zusätzlichen Leistung der EVA-NP unterzeichnet ([www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/eva/eva\\_np\\_vertrag.pdf](http://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/eva/eva_np_vertrag.pdf)).

## Was kann die EVA leisten?

Die EVA-NP soll den Arzt entlasten, sie führt delegationsfähige Leistungen durch, die über eine Symbolziffer identifiziert werden. Diese zusätzlichen Leistungen gelten für die Erkrankungen Angststörung, Demenz, Depression, Epilepsie, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Schizophrenie und Schlaganfall und umfassen vor allem die Medikamentenüberwachung und die Erstellung von Medikamentenplänen. Die EVA-NP ist in der Lage, einfache klinische Überprüfungen im Rahmen der medikamentösen Einstellung durchzuführen. Sie kann auch Patienten und Angehörige über Generikaverordnungen aufklären, Patientengespräche zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung und Angehörigengespräche führen und beraten. Auch das Überleitungsmanagement bei stationären Krankenhausaufenthalten, wie ambulante und stationäre Rehabilitation, entspricht gesondert mittels Symbolziffer identifizierbaren Leistungen.

Es müssen wenigstens zwei Leistungen aus diesem Leistungskatalog erbracht werden, dann lösen sie eine Pauschale in Höhe von 15 € pro Patient/Quartal aus. Zusätzlich werden maximal zwei Hausbesuche oder Besuche in Heimen mit je 17 € vergütet. Durch die qualifizierte EVA-NP erfährt die Praxis eine deutliche Aufwertung, was die Versorgung ihrer Patienten angeht und sich

## Ansprechpartner Spezialisierungsqualifikation EVA-NP:

Akademie für medizinische Fortbildung der ÄKWL und der KVWL

Burkhard Brautmeier, Postfach 4067 48022 Münster, Telefon 0251 929-2207

E-Mail: [burkhard.brautmeier@aekwl.de](mailto:burkhard.brautmeier@aekwl.de)

nummehr auch entsprechend finanziell niederschlägt. Es ist zu hoffen, dass möglichst viele Kollegen von diesem Angebot der Weiterqualifizierung ihrer Mitarbeiter Gebrauch machen, um die Qualität des Praxisangebotes zu verbessern. Der anfangs erhöhte finanzielle Einsatz rechnet sich für die Praxen auf verschiedenen Ebenen!

## Wie wird fortgebildet?

Die Initialzündung für die Fortbildung und weitere Qualifizierung unserer Mitarbeiter kam vom BVDN und dem Verband für Qualitätsentwicklung in Neurologie und Psychiatrie Quanut e.V. Kollege Alexander Simonow hatte als erster ein Weiterbildungscurriculum zur

PASS (Parkinson-Assistentin) entwickelt und Arzthelferinnen in Wochenendschulungen diese Kenntnisse vermittelt. Der BVDN-Bund nahm diese Anregung auf und bot bundesweit Wochenendschulungen zu psychiatrischen und neurologischen Themen an. Der BVDN Westfalen-Lippe sorgte gemeinsam mit der hiesigen Ärztekammer dafür, die verschiedenen Fortbildungsinhalte zu einem Gesamtcurriculum zusammenzuschweißen. Somit wurde auf Initiative des BVDN eine anerkannte Fortbildung entwickelt, die in einem weiteren Schritt der Bundesärztekammer vorgelegt werden wird. Wir haben die Anerkennung durch die genannten Krankenkassen erfahren und somit auch eine Refinanzierung ermöglicht. Wir hoffen, dass dieses Modell Westfalen-Lippe bundesweit Schule machen wird und sind bemüht, weitere Krankenkassen ins Boot zu holen. □

## AUTORIN

**Dr. med. Rita Wietfeld**

Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Witten

E-Mail: [praxis-dr.wietfeld@onlinehome.de](mailto:praxis-dr.wietfeld@onlinehome.de)

Zu den Aufgaben der EVA-NP gehört auch die Erstellung und Überwachung von Medikamentenplänen.



## ZNS-Versorgungsforum Hessen

# Wie geht es weiter mit der ambulanten Versorgung von MS-Kranken?

Einmal jährlich treffen sich die im Zentrum für Neurologie und Seelische Gesundheit (ZNS) Südhessen organisierten Neurologen, Psychiater und Nervenärzte und suchen nach regionalen Lösungsvorschlägen für die Versorgungsprobleme bestimmter Krankheitsgruppen. In diesem Jahr traf man sich gemeinsam mit Augenärzten, Urologen und Radiologen in Darmstadt, um multidisziplinäre Versorgungsaspekte bei MS-Patienten zu diskutieren\*. Einbezogen wurde auch die KV Hessen, da es auch um den Stand in der Entwicklung der spezialärztlichen Versorgungsebene ging.

**D**ass es sich bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS) nicht um eine Randgruppe handelt, stellte das Bundesversicherungsamt 2010 fest: „(...) bundesweit deutlich mehr MS-Kranke als die bisher angenommenen 140.000, unter Umständen bis zu 200.000.“ Dr. Stefan Specht, niedergelassener Neurologe in Griesheim und Vorstandsmitglied des ZNS-Südhessen, verwies in seinem Einführungsvortrag auf die zunehmende Komplexität in der Behandlung der MS, aber auch auf die Chancen. Laut MS-Register seien 13 Jahre nach Diagnosestellung immerhin noch 28 % der Patienten in Vollzeit beschäftigt, 40 %

beziehen eine Erwerbsminderungsrente. Mit immer früherer Diagnosestellung und früherem Behandlungsbeginn sowie mit Erweiterung der therapeutischen Optionen in den letzten 20 Jahren sei es ein realistisches Ziel, den Anteil der Vollzeitbeschäftigten zu erhöhen und länger auf dem ersten Arbeitsmarkt zu halten. Es sei zu erwarten, dass zumindest die indirekten (Patient, Rentenversicherung) und die immateriellen Krankheitskosten (Patient, Familie) weiter zurückgehen werden. Die direkten Kosten (Krankenkasse, Pflegekasse) werden im Moment noch sehr vom Preis der Medikamente bestimmt, sie be-

wegen sich je nach Medikament zwischen 17.000 € und 33.000 € pro Jahr. Im Durchschnitt müsse man von insgesamt 47.000 € direkten medizinischen und indirekten Krankheitskosten pro Patient und Jahr ausgehen. Im Vergleich dazu ist das Jahreshonorar eines Neurologen in Hessen für die umfassende Betreuung eines MS-Patienten alles andere als motivierend: 155,32 € pro Jahr in 2011, das entspricht 0,3 % der Kosten für einen MS-Patienten, Tendenz weiter fallend.

In Bezug auf die Adhärenz bewegen sich die MS-Patienten im Mittelfeld der chronischen Erkrankungen, Schätzungen gehen von 44 % der Patienten mit inkompletter Adhärenz aus (zum Vergleich: Asthma 20 %, Parkinson 54 %). Und eine weitere Zahl ließ aufhorchen: Ein Jahr nach Therapiebeginn sind nur noch 50 % der auf ein Interferon eingestellten MS-Patienten therapiepersistent, das bedeutet, 40–60 % der Patienten fallen nach einem Jahr aus der Behandlung. Dies ist umso tragischer, als längere Therapiepausen das Risiko für schwere Schübe erhöhen.

Eine schlechte Therapieadhärenz lässt sich übereinstimmend nur durch eine optimale Betreuung der Patienten und regelmäßige Kontrolltermine verhindern. Dies braucht honorierte Zeit und spezialisierte Fachärzte mit professionell geschulten Mitarbeitern. In Hessen betrug der Fallwert III/2013 eines Neurologen 35,89 €, inklusive aller Regelleistungsvolumen (RLV) und aller üblichen qualifikationsgebundenen Zusatzvolu-



Das jährliche Treffen der Mitglieder des Zentrums für Neurologie und Seelische Gesundheit (ZNS) Südhessen fand am 22. März 2014 in Darmstadt statt.

men (QZV). Damit wäre nach 10 Minuten Kontaktzeit der Fallwert bereits deutlich überschritten. Messungen, Infusionen und Gespräche (in Hessen 9,12€ pro 10 Minuten) werden nicht mehr vergütet. Trotzdem werden diese Leistungen noch erbracht – aber das sei absehbar nicht mehr möglich, denn freigewordene Sitze werden nicht mehr nachbesetzt, mangels „Freiwilliger“.

Specht gab auch einen Überblick der aktuellen therapeutischen Optionen bei MS. Mit jeder Neueinführung in den letzten 20 Jahren wurden die Therapieentscheidungen differenzierter. Bei den neueren Therapien tritt immer mehr die Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses in den Vordergrund. Regelmäßige Kontrollen und Kooperationen mit anderen Fachrichtungen – wie Radiologie oder Augenheilkunde – werden wichtiger. Hier sieht Specht auch den Nutzen in der geplanten spezialärztlichen Versorgungsebene, die auf eine enge multidisziplinäre Kooperation angewiesen ist. „Kooperation muss koordiniert werden und bedarf einer Förderung sowie finanzieller Unterstützung. Wir können gespannt sein auf die KV-Konzepte zur Netzwerkförderung und ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV)“.

### Neurogene Blasenstörungen

Zu Diagnostik und Therapie neurogener Blasenstörungen bei MS referierte Professor Maurice Stephan Michel, Universitätsklinik Mannheim. Die größte Herausforderung bei neurogener Blasenentleerungsstörung seien die Mischformen der fehlerhaften Funktion von Blase und Schließmuskel. Der krankheitsbedingte Kontrollverlust über diese gegenläufige Funktion und die unphysiologische Über-/Unteraktivität machen die Behandlung kompliziert. Michel gab den Teilnehmern der Tagung ein einfach zu benutzendes Handwerkszeug mit: Die meisten Probleme lassen sich schon durch den Einsatz eines Miktionsprotokolls und des Lutz-Fragebogens präzise eingrenzen, beides im Internet frei erhältlich.

Hauptbehandlungswerkzeug der Urologen in der MS-Behandlung seien immer noch die Anticholinergika. Allerdings seien hier die Nebenwirkungen zu

berücksichtigen über die muskarinergen Begleitwirkungen, die zu zentralen Funktionsstörungen (Gedächtnis, kognitive Funktion) oder auch unerwünschten Begleiterscheinungen seitens der Herzfrequenz, des Gastrointestinaltrakts oder auch der Augen führen können. Bei MS-Patienten wäre ebenso wie bei Älteren eine Behandlung mit Präparaten zu empfehlen, die die Blut-Hirnschranke schlechter durchdringen. Als Beispiele nannte er Solifenacin, Darifenacin, Fesoterodin und Trospium. Als gute Alternative könnte sich eine Behandlung mit Botulinumtoxin bei der Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie herausstellen, die zu einer präsynaptischen Hemmung der Transmitterfreisetzung führt. Haupteinsatzgebiet wäre die neurogene Detrusorhyperaktivität (NDO) und die nicht-neurogene/idiopathische Detrusorhyperaktivität (IDO). Interdisziplinäres Ziel sei der Erhalt der Lebensqualität und die Verhinderung von Komplikationen.

### Bildgebung

Auf die NMR-Befundung bei MS ging Professor Stefan Weidauer, Katharinen-Krankenhaus Frankfurt, ein. Mit reichhaltigem Bildmaterial zeigte er auf, wie differenziert und aussagekräftig inzwischen die Bildgebung sein kann, gerade für den Kliniker. Die Einteilung der „Idiopathic inflammatory demyelinating diseases“ (IIDD) sei aus radiologischer Sicht immer noch im Fluss, teilweise überlappend. Die klinisch und radiologisch häufigste MS-Variante sei mit 85 % die RRMS und deren sekundär chronisch progrediente Verlaufsform. CIS (klinisch isoliertes Syndrom) sei eigentlich nur eine monosymptomatische IIDD. 15 % der MS-Verläufe betreffen die „benigne“ MS (neuerlicher Schub nach mehreren Jahren), die primär progrediente MS (PPMS) oder die primär progrediente und progredient schubförmige MS. Seltene MS-Varianten mit fulminantem Verlauf (fulminant IIDD) seien „Marburg's disease“, „Schilder's disease“, „Balo's disease“ (konzentrische Sklerose) oder auch die tumefaktive MS.

Von der MS abzugrenzen seien die „atypische“ IIDD (megazystisch/tumefaktiv, diffus infiltrativ, „ring-like“, „Balo-like“), die ADEM (akute disseminier-

## Forschungspreis Psychotherapie mit 5.000 € dotiert

Das Kuratorium der Professor Dr. Gerhardt Nissen-Stiftung hat einen Forschungspreis für Psychotherapie in der Medizin ausgeschrieben. Ausgezeichnet werden wissenschaftliche Arbeiten, die neue Erkenntnisse für die Psychosomatik und Psychotherapie in der Medizin erbracht haben. Dotation: 5.000 €! Eingereicht werden können Arbeiten in deutscher oder englischer Sprache (mit ausführlicher deutscher Zusammenfassung) aus den vergangenen 24 Monaten vor der Ausschreibung in vierfacher Ausfertigung.

Bewerbungen können bis zum 31. Oktober 2014 eingereicht werden an:

Dr. med. Jochen Hefner  
Medizinische Klinik und Poliklinik II  
am Zentrum Innere Medizin  
der Universitätsklinik Würzburg  
Oberdürrbacher Str. 6, 97080 Würzburg

red

te Enzephalomyelitis (drei Verlaufstypen: monophasisch, multiphasisch, rekurrent) und die monosymptomatische IIDD (Transverse Myelitis, Opticus-Neuritis, inflammatorisches Hirnstamm-/Kleinhirnsyndrom [„brainstem inflammatory demyelinating syndrome“]). Bei der ätiologischen Zuordnung der IIDD mit „restricted topographical distribution“ (Neuromyelitis optica Devic, rekurrente Opticus-Neuritis, rekurrente transverse Myelitis) sei auch noch nicht das letzte Wort gesprochen. Eventuell helfe die zunehmende Differenzierung der radiologischen Befundung, Untergruppen zu definieren und noch effektivere Behandlungspfade zu etablieren.

Nach wie vor entscheidend für die Befundung bei MS-Patienten ist das Läsionsmuster im MRT. Hirnvolumenmessungen mit T1-3D-Datensätzen zeigen die Entwicklung der Atrophie. T1-Defekte zeigen das Ausmaß des axonalen Verlusts und „persistent black holes“ (PBH). T2-Defekte sind zwar sensitiv,

aber histologisch unspezifisch – sie zeigen das Ausmaß des Ödems, der Entzündung, der De- und Remyelinisierung, der „Reparaturvorgänge“. Mithilfe der MTR („magnetization transfer ratio“) kann das Ausmaß der De- und Remyelinisierung bestimmt werden.

Anhand neuer Techniken kann die Sensitivität des NMR erhöht werden. „Normal appearing white matter“ zeigt dann doch pathologische Vorgänge beim DTI („diffusion tensor imaging“), wo eine fraktionale Anisotropie dargestellt werden kann. Weitere neue Techniken sind die  $^1\text{H}$  MR Spektroskopie ( $^1\text{H}$  MRS) und die MTR.

Auch in der Darstellung von Störungen in der Blut-Hirnbarriere gäbe es einige Weiterentwicklungen: Neue Kontrastmittel wie Gadofluorin oder  $\text{Fe}^{2+}$  (USPIO, SPIO), „Double inversion recovery (DIR) sequences“ (besonders geeignet zur Darstellung kortikaler Läsionen), Spektroskopie, größere Feldstärken. Gerade in der Darstellung kortikaler Läsionen durch DIR ergeben sich neue Perspektiven durch neue MR-Techniken. Kortikale Läsionen reichen oft kein Kontrastmittel an und sie dehnen sich im Verlauf von drei Jahren nicht auf die weiße Substanz aus, andererseits bilden sie sich auch nicht zurück (99,2%). Durch Studien – vorwiegend von Professor Pasquale Calabrese, Basel, – konnte dargestellt werden, dass das Volumen kortikaler Läsionen mit dem EDSS („Expanded Disability Status Scale“)-Wert korreliert. So war zum Zeitpunkt der MS-Diagnose die Zahl der kortikalen Läsionen bei SPMS größer als bei RRMS.

Noch nicht geklärt ist der Zusammenhang zwischen der Läsionslast im NMR und dem Krankheitsverlauf. So zeigen sich bei der PPMS und der SPMS weniger Läsionen als bei RRMS (soweit vergleichbar). Andererseits weisen PPMS und SPMS ausgeprägte subpiale kortikale Läsionen sowie Destruktionen auf. Typisch sind für PPMS und SPMS das „cortical thinning“ (partiell unabhängig von der Inflammation des Marklagers) und viele spinale Läsionen. Es besteht also für den Kliniker eine Diskrepanz zwischen Läsionslast und erheblicher Behinderung (EDSS-Progression).

Unverändert wichtig für die Befundanalyse des NMR sind Aussagen zu räumlicher und zeitlicher Dissemination. Sehr hilfreich sind dazu die McDonald-Kriterien, die kontinuierlich den technischen Möglichkeiten und klinischen Erfahrung angepasst wurden, zuletzt 2001 und 2005, und nun erneut weiterentwickelt wurden durch Vorschläge der MAGNIMS-Arbeitsgruppe. Besonders geachtet werden sollte auf kleine (sub-) kortikale, infratentorielle und spinale Läsionen. Bei Balkenläsionen ist differenzialdiagnostisch vor allem an Vaskulitiden (z. B. Panarteriitis nodosa, Sac-Syndrom) zu denken, bei ausgedehnten Myelitiden (LETM) an Erkrankungen des NMO-Spektrums.

### Neue diagnostische Methoden

Dr. Alexandra Repp aus der Augenklinik des Klinikums Darmstadt berichtete über neue diagnostische Methoden bei der MS. Aus augenärztlicher Sicht sei die MS die häufigste Ursache (15–20 %) einer plötzlichen Visusverschlechterung im jungen und mittleren Erwachsenenalter. Die Retrobulbärneuritis (Neuritis nervi optici, NNO) sei immer verbunden mit einer Störung des Farbensehens, in 90 % der Fälle zusätzlich mit einer plötzlichen Sehverschlechterung, in über 30 % der Fälle mit produktiven visuellen Phänomenen wie Photopsien, Störung des Stereo-

# Hier steht eine Anzeige.



sehens, häufig auch mit bewegungsabhängig verstärkten periorbitalen Schmerzen. Die Schmerzen können der Visusbeeinträchtigung um bis zu fünf Tagen vorausgehen. Die Sehverschlechterung kann innerhalb von 14 Tagen trotz suffizienter Kortisonstoßtherapie zunehmen.

Die Diagnose einer NNO wird in erster Linie klinisch gestellt, die uralte Faustregel gilt unverändert: „Der Patient sieht nicht – und der Arzt auch nicht“. Immer findet sich ein Gesichtsfeldausfall, eine Farbsinnstörung und eine Visusreduktion; fast immer eine Herabsetzung der Kontrastempfindlichkeit und ein afferentes Pupillendefizit. So sind bei normaler Pupillomotorik beim Swinging-Flashlight-Test Zweifel an der Diagnose einer NNO angebracht.

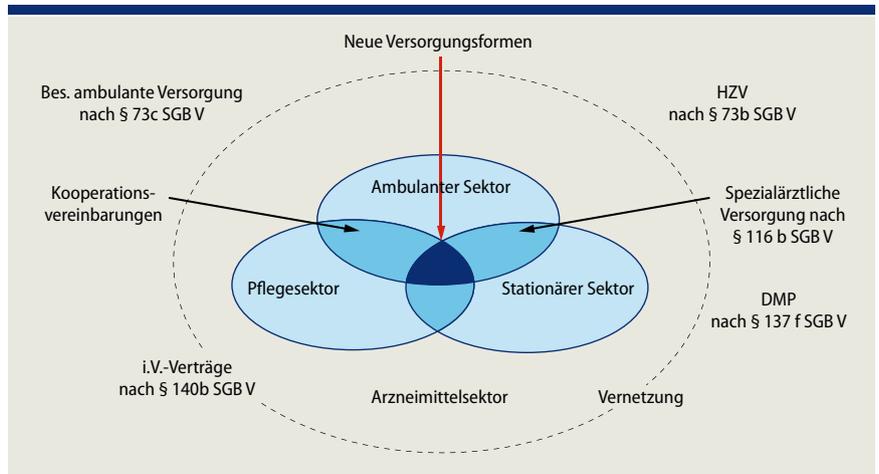
Als erweiterte Diagnostik kann das visuell evozierte Potenzial (VEP) eingesetzt werden, das in 70–80% der NNO-Fälle einen pathologischen Befund zeigt. Die optische Kohärenztomografie (OCT) zeigt einen retinalen Ganglienfeldverlust. Laboruntersuchungen, Lumbalpunktion und auch die Bildgebung erhöhen die diagnostische Sicherheit nicht. NMR und Lumbalpunktion bei NNO sollten aber zur Abschätzung des assoziierten MS-Risikos durchgeführt werden.

Therapie der Wahl ist die Kortisonstoßtherapie. In der ONTT-Studie wurde Methylprednisolon 250 mg für drei Tage eingesetzt, danach Prednison p.o. 1 mg/kg KG für elf Tage (gegen oral Prednison p.o. 1 mg/kg KG für 14 Tage). Unter diesem Regime zeigte sich eine rasche Visuserholung in allen drei Gruppen und Erholung nach vier bis sechs Wochen fast bis auf die Ausgangswerte. Die Visuserholung in der i.v.-Steroidgruppe war deutlich schneller. Allerdings hatte die i.v.-Therapie keinen Einfluss auf das funktionelle Langzeitergebnis, was übereinstimmt mit den Erfahrungen aus der Kortisonstoßtherapie in der MS-Behandlung. Lediglich in den ersten zwei Jahren habe man bei der NNO einen protektiven Effekt in der i.v.-Steroidgruppe feststellen können. So war das Risiko, bei auffälligem Ausgangs-NMR nach zwei Jahren an MS zu erkranken, bei oraler Kortisonstoßtherapie ähnlich wie bei Placebo (30%) doppelt so hoch wie in der i.v.-Gruppe (16%).

© Klinikum Darmstadt GmbH

Tab. 1: Einsatz der OCT bei NNO

Argumente dafür	Argumente dagegen
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Billig, nicht invasiv, reproduzierbar</li> <li>— Schneller als MRT, um demyelinisierte Axone zu quantifizieren</li> <li>— Auch Makulavolumen und Verlust retinaler Ganglienzellen (Analogon zur Atrophie grauer Substanz) quantifizierbar</li> <li>— Gute Korrelation mit Visus und Kontrastempfindlichkeit</li> <li>— Auch subklinische Befunde darstellbar (z. B. kontralaterales Auge)</li> <li>— Hilft bei der DD der Neuromyelitis optica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Keine Vorhersage über mögliches MS-Risiko möglich</li> <li>— Abnahme der Dicke der retinalen Nervenfaserschicht kann linear oder nicht linear verlaufen, Abnahme der retinalen Nervenfaserschicht kann bei Neuritis nervi optici unabhängig von Hirnatrophie verlaufen</li> <li>— Keine Korrelation von Befund der OCT und Hirnatrophie</li> <li>— Bisher noch keine Korrelation mit neurologischem „Disability-Score“</li> </ul>



© Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Team Neue Versorgungsformen

Abb. 1: Schnittstellen der Leistungssektoren.

Welche Rolle spielt die OCT bei der NNO (Tab. 1)? Sicher ist die Methode billig, nicht invasiv, reproduzierbar. Und sie ist schneller als das NMR, um demyelinisierte Axone zu quantifizieren. Auch das Makulavolumen und der Verlust retinaler Ganglienzellen (als Analogon zur Atrophie der grauen Substanz) sind quantifizierbar. Es besteht eine gute Korrelation mit Visus und Kontrastempfindlichkeit. Auch subklinische Befunde sind darstellbar (z. B. kontralaterales Auge). Ganz sicher hilft die OCT bei der Differenzialdiagnose der Neuromyelitis optica. Jede Methode hat aber auch ihre Grenzen: Durch die OCT ist keine Vorhersage über das individuelle MS-Risiko möglich. Und es gibt keine Korrelation von Befunden der OCT mit der Hirnatrophie bei MS, Ebenso wenig wie mit dem neurologischem „Disability-Score“.

**Ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV)**

Zum Abschluss des Versorgungsforums stellte Matthias Brittner die Situation und Perspektiven der Versorgung von Patienten mit MS aus Sicht der KV Hessen dar. Schwerpunkt war die ASV. Er gab einen Überblick über die aktuellen Schnittstellen der Leistungssektoren, dabei insbesondere zwischen dem ambulanten und stationären Sektor (Abb. 1). Diese Schnittstelle soll in Zukunft abgedeckt werden durch die spezialärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V, nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 20. Juli 2013. Die Teilnahme an der spezialärztlichen Versorgung setze eine spezielle Qualifikation, eine besondere Ausstattung und die regelmäßige Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus.

## Wartezeitendiskussion

## Zwangmaßnahmen schaffen keine neuen Behandlungskapazitäten

— Der Spitzenverband ZNS (SPiZ) hat in seiner Pressemitteilung vom 22. Juli intelligente versorgungspolitische Lösungen in der Diskussion um die Wartezeiten auf einen Facharzttermin angemahnt. „Lange Wartezeiten resultieren aus einem Missverhältnis zwischen Patientennachfrage und Versorgungskapazitäten in den Praxen. Sie sind Ausdruck einer gravierenden Unterversorgung“, sagte der Vorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Neurologen e.V. (BDN), Dr. Uwe Meier. Zwangsmaßnahmen wie Termingarantien und neue Koordinierungsstellen könnten dieses Problem nicht lösen, weil sie keine neuen Behandlungskapazitäten schafften. „Stattdessen fordern wir eine bessere Vernetzung der Angebote im Rahmen von IV- oder Strukturverträgen und Finanzmittel für Weiterbildungsassistenten in den Praxen“, so Meier.

### Praxen nach jahrelanger Fallzahlsteigerung am Limit

Die neurologischen und nervenärztlichen Praxen in Deutschland haben zwischen 1994 und 2004 ihre Fallzahl pro Arzt ständig ausgedehnt: von rund 2.500 auf etwa 3.500 Fälle pro Jahr [Allberg, Fürstenberg, Gottberg: Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung, Berlin, 2007]. Seither verharrt die Fallzahl pro niedergelassenem Arzt auf dem konstant hohen Niveau zwischen 800 und 1.000 Fällen pro Quartal und Arzt.

„Bei einer gesetzlich verordneten Termingarantie müssten die Praxen ihre Fallzahlen steigern. Dann stünde noch weniger Zeit für den einzelnen Patienten zur Verfügung“, so Meier. Er kritisierte, die Zeit für das Gespräch und die Beratung der Patienten beim Neurologen oder Nervenarzt sei auch jetzt bereits knapp bemessen. Sie weiter zu verkürzen, sei im Interesse der Patienten nicht machbar. „Patienten mit Erkrankungen des ZNS benötigen oft sehr zeitaufwändige Beratungen, zum Beispiel, wenn es darum geht, wie sie mit ihrer Erkrankung im Beruf zurechtkommen sollen“, so Meier. Eine weitere Steigerung der Fallzahl sei unrealistisch.

### Intelligente Versorgungskonzepte gefragt

Der SPiZ schlägt daher vor, die Facharztweiterbildung in Praxen zu fördern. Diese könnten dann ihre Behandlungskapazitäten ausbauen. Außerdem würde eine solche Weiterbildung den Ärztemangel im ambulanten Bereich verringern. „Einen Teil der Weiterbildung in der Praxis zu absolvieren, ist einer der wichtigsten Schritte, um junge Kollegen an eine Niederlassung heranzuführen. Junge Ärzte könnten so unbegründete Ängste vor der Gründung oder Übernahme einer Praxis abbauen“, erläuterte der SPiZ-Vorsitzende Dr. Frank Bergmann. Leider sei dies im Augenblick oft nicht umsetzbar, weil die Praxen es sich nicht leisten könnten, einen Assistenten auszubilden, kritisierte er. Grund dafür sei, dass sich der Weiterbildungsassistent durch seine Versorgungsleistung – also die Patientenbetreuung – nicht refinanzieren könne. Der SPiZ fordert daher: Die Versorgungsleistung der Weiterbildungsassistenten in der Praxis muss ebenso anerkannt werden wie die Versorgungsleistung von Weiterbildungsassistenten in der Klinik, zum Beispiel durch einen angemessenen Aufschlag auf den von der Praxis abgerechneten Punktwert.

Als ein weiteres wichtiges Instrument zur Verkürzung von Wartezeiten fordert der SPiZ, die bestehenden stationären und teilstationären, rehabilitativen und ambulanten Angebote regional besser zu vernetzen. „Die verschiedenen Akteure können im Rahmen von Verträgen zur IV in ihrer Region Versorgungsnetze bilden und so die personellen und finanziellen Ressourcen im Sinne der Patienten besonders effektiv einsetzen“, so Bergmann. Die entsprechenden Behandlungspfade haben die Berufsverbände auf der Basis von Leitlinien der entsprechenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften bereits geschaffen. „Jetzt braucht es Krankenkassen, die mit uns diese Versorgungsnetze in den Regionen zum Wohle der Patienten aufbauen“, so Meier.

Quelle: Pressemitteilung SPiZ, 22. Juli 2014

Ziel sei es, die hochspezialisierte Versorgung von Patienten mit schweren und seltenen Erkrankungen mit entsprechend geringen Fallzahlen abzusichern. Nach anfänglichen Anlaufschwierigkeiten werde die ASV nun schrittweise umgesetzt (April 2014: ASV für Tuberkulose, Juli: ASV für gastrointestinale Tumore, die als Blaupause für die ASV für MS gelte). Innerhalb der ASV sei festgelegt, welche GOP von den beteiligten Ärzten abgerechnet werden dürfen. Die Vergütung erfolge ohne Mengenbegrenzung und extrabudgetär.

Von den Teilnehmern des Versorgungsforums wurden die Teilnahmebedingungen an der ASV sehr sensibel wahrgenommen. In der Vorbereitung zur ASV und in der Durchführung werde ein weiterer bürokratischer Moloch geweckt. Diese aus vielen Jahren gesundheitspolitischer Erfahrung genährte Befürchtung könne eine eigentlich gute Idee zum Scheitern verurteilen.

Anhand von Versorgungsgrafiken stellte Brittner dar, dass in Hessen die Versorgung von MS-Patienten überwiegend von Hausärzten und Neurologen übernommen wird. Es gibt 15 Postleitzahlgebiete in Hessen, die mehr als 150 MS-Patienten aufweisen (QIII/2012). Bei genauerer Betrachtung stellt sich heraus, dass hier lediglich die Einzugsgebiete der Schwerpunktpraxen erfasst wurden – in den ländlichen Gebieten Hessens weiter gestreut als in den städtischen Gebieten.

Im Bereich der integrierten Versorgung der MS sind der KV Hessen zwei Projekte bekannt: Ein IV-Selektivvertrag in Rheinland-Pfalz und ein weiterer im Rheinland. Ein flächendeckender oder Krankenkassen-übergreifender Selektivvertrag zur MS besteht in Deutschland nicht.

Wie kann aus Sicht der KV Hessen die Versorgungslandschaft verbessert werden? Dazu verwies Brittner auf die länderspezifische „Initiative Hessischer Pakt“. Neben einer Ansiedlungsförderung werden hier Modellprojekte zur Delegation ärztlicher Leistungen und ärztliche Kooperationen erprobt. Die bisherigen Krankenhauskonferenzen wurden überführt in „Regionale Gesundheitskonferenzen“ mit dem Ziel, regionale Versorgungsstrukturen zu beobachten und mit den an der Gesundheits-



versorgung Beteiligten einen intensiven Dialog zu führen. Oberstes Ziel sei eine Win-Win-Situation, nämlich die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Von Seiten der Teilnehmer wurde darauf hingewiesen, dass es ganz nett wäre, wenn auch die sicherstellenden Ärzte an dieser Win-Win-Situation teilhaben könnten. Vor diesem Hintergrund wurde von Brittnier auch angeführt, dass man keine Angst vor einem Regress haben solle. Man müsse lediglich das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V beachten. Zusätzlich gäbe es inzwischen eine Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über bundesweite Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln (ab 1. Januar 2013), demzufolge viele Patienten mit schweren Erkrankungen nun von ihrem Arzt Verordnungen erhalten können, ohne dass der Arzt dafür das Morbiditätsrisiko tragen müsse. Dies gelte auch für die MS.

Brittnier ging auch auf den Stand zur Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V ein. Der Gesetzgeber eröffnete mit diesem Paragraphen die Möglichkeit, förderungswürdige Leistungen mit zusätzlichen finanziellen Anreizen zu versehen. Die Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen seien in den Honorarverhandlungen 2013 bereits thematisiert worden, jedoch sei man auf großen Widerstand bei den Krankenkassen gestoßen. Nun werde der Ausgang der Honorarverhandlungen 2014 abgewartet. Ziel sei unverändert, eine Möglichkeit für die Anerkennung von Praxisnetzen zur ambulanten medizinischen Versorgung zu finden. Die Krankenkassen müssten für dieses Thema Bereitschaft zeigen und sich auf Verhandlungen mit der KV Hessen einlassen. □

#### AUTOR

**Dr. med. Christoph Meyer, Bensheim**  
Arzt für Neurologie und Psychiatrie  
E-Mail: [info@therapiegemeinschaft.de](mailto:info@therapiegemeinschaft.de)

\*Auf [www.zns-suedhessen.de](http://www.zns-suedhessen.de) sind die PDF-Versionen der Vorträge sowie Informationen zu den Mitgliedern und Aktivitäten des ZNS-Südhessen einsehbar. Der Zugriff ist geschützt, ein Passwort erhalten Sie auf Anfrage beim Autor per E-Mail.

## Null-Euro-Kleinanzeigen im NEUROTRANSMITTER

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

### So geht es!

Ihre Anzeige sollte nicht länger als maximal 300 Zeichen (mit Leerzeichen) sein. Diese senden Sie bitte ausschließlich per E-Mail

(Fax oder die telefonische Aufgabe von Anzeigen sind nicht möglich) an unsere Geschäftsstelle in Krefeld: [bvdn.bund@t-online.de](mailto:bvdn.bund@t-online.de). Bei aktueller Mitgliedschaft wird Ihre Anzeige in der nächsterreichbaren Ausgabe abgedruckt. Chiffreanzeigen sind nicht möglich!

**Einsendeschluss nächster NEUROTRANSMITTER ist der 22. August 2014!**

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

Wir suchen ab sofort einen FA (m/w) für Nervenheilkunde oder Neurologie, gerne in TZ oder VZ. Flexible Arbeitszeiten: Frauen mit Kindern, die nur vormittags arbeiten können, sind willkommen; 20–25 h/Woche, täglich mindestens 4–5 h. Wir sind ein junges, engagiertes sehr kollegiales Praxisteam mit gutem Teamspirit! Wir würden uns sehr über MS-Erfahrung freuen, das ist aber keine Voraussetzung. Ab Januar 2015 könnten wir zusätzlich eine Weiterbildungszeit für einen Assistenzarzt (m/w) in Neurologie und in einen in Psychiatrie & Psychotherapie vergeben. In Psychiatrie habe ich zwei Jahre Weiterbildungsermächtigung. Eine weitere Fremdsprache wie türkisch oder serbokroatisch, wäre von Vorteil, ist aber natürlich keine Einstellungsvoraussetzung. **Kontakt:** [dr.cindik@gmail.com](mailto:dr.cindik@gmail.com) oder gerne mit schriftlichen Bewerbungsunterlagen im Neuro-Psychiatrischen Zentrum Riem, Adresse und Wegbeschreibung unter [www.npzr.de](http://www.npzr.de)

FA (m/w) für Psychiatrie oder Neurologie/ Psychiatrie mit psychiatrischem Schwerpunkt als Nachbesetzung für Anstellung in Teilzeit (20 h/Woche) in langjährig, gut etablierter nervenärztlicher Praxis mit moderner technischer Ausstattung in der Barlachstadt Güstrow/MV (40 km südlich von Rostock) ab I/15 gesucht, eventuell auch früher. **Kontakt:** [gabriel-neurologie@t-online.de](mailto:gabriel-neurologie@t-online.de) (Dr. Simone Gabriel)

Neurologisch/psychiatrische Doppelpraxis (2 KV Sitze) in Offenbach Innenstadt ab

Quartal III/2015 günstig – auch einzeln – abzugeben.

**Kontakt:** [thomas.mueller@onlinemed.de](mailto:thomas.mueller@onlinemed.de) (Th. Müller)

Gut eingeführte Nervenarztpraxis (vorrangig Psychiatrie/Psychotherapie) in zentraler Lage in Mainz Anfang 2015 abzugeben.

**Kontakt:** [nervenarzt-mainz@web.de](mailto:nervenarzt-mainz@web.de) (Dr. Ruppert-Schwirz)

### Zu vermieten

Freigewordene Praxisräume in der Essener Innenstadt (Fußgängerzone nahe Hauptbahnhof) nach Zusammenlegung zweier Praxen zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu vermieten. Im Gebäude befinden sich sowohl eine seit Jahrzehnten bekannte Apotheke, als auch eine allgemein-medizinische Hausarztpraxis.

**Kontakt:** 0151 22366760 oder 0151 40137913 (Tjin Su Bada Kim)

### Kaufen & Verkaufen

EEG kaputt, suche dringend Elektroden Box 5695 für Medelec 1A93.

**Kontakt:** [info@nervenarztpraxis-hansen.de](mailto:info@nervenarztpraxis-hansen.de) oder 03491 663167 (Maria Hansen)

### Sonstiges

Erstelle Businessplan für Praxisgründer beziehungsweise Darlehensanträge.

**Kontakt:** [pinch-essen@web.de](mailto:pinch-essen@web.de) oder Telefon 0151 40137913 (Tjin Su Bada Kim, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie)



### Sie fragen – wir antworten!

Haben Sie in Ihrer Praxis ein wenig zufriedenstellend gelöstes oder gar ungelöstes Problem, das auch in anderen Praxen relevant sein könnte? Wir versuchen, uns kundig zu machen, und publizieren einen entsprechenden – nicht rechtsverbindlichen – Lösungsvorschlag. Eine Haftung ist ausgeschlossen. Auf Wunsch sichern wir jedem Ratsuchenden auch Anonymität zu. Schreiben Sie mit dem Betreff „Praxisprobleme“ an:  
[bvbn.bund@t-online.de](mailto:bvbn.bund@t-online.de)

## Praxisproblem

# Depressionsbehandlung über das Internet

Seit einiger Zeit stehen auch deutschsprachige Internetprogramme zur Depressionsbehandlung zur Verfügung. Spezifische EBM-Abrechnungsmöglichkeiten für den Aufwand bei fachärztlicher Begleitung gibt es nicht, die GOP 21220 ist aber abrechenbar, wenn die EBM-Leistungsliegende erfüllt ist.

In den vergangenen Monaten fragten Patienten immer häufiger ihren Psychiater oder Nervenarzt nach einer fachärztlichen Begleitung bei der Depressionsbehandlung via Internet. Manche Kollegen regen ihre Patienten auch dazu an, begleitend zur psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung anerkannte Internetprogramme zur Depressionsbehandlung zu nutzen. Hintergrund ist, dass im Laufe des letzten Jahres mehrere Internetprogramme zur Depressionsbehandlung, teils auch von kommerziellen Anbietern oder Pharmafirmen, freigeschaltet wurden. Der Patient erhält einen kostenpflichtigen Zu-

gangscodiert samt Bedienungsanleitung. Mittlerweile sind etwa fünf derartige Programme online, darunter auch deutschsprachige. Nach den zur Verfügung stehenden Studien ist von einer statistisch signifikanten Wirksamkeit auszugehen. Die Effektstärke ist eher gering. Allerdings liegt die Effektstärke von Internet-Depressionsprogrammen mit Arztbegleitung etwa im Wirksamkeitsbereich von Antidepressiva oder von Face-to-face-Psychotherapie.

Indiziert sein können internetbasierte Depressionsprogramme bei leichten depressiven Störungen, zur Überbrückung der Wartezeit bis zum Beginn einer psy-

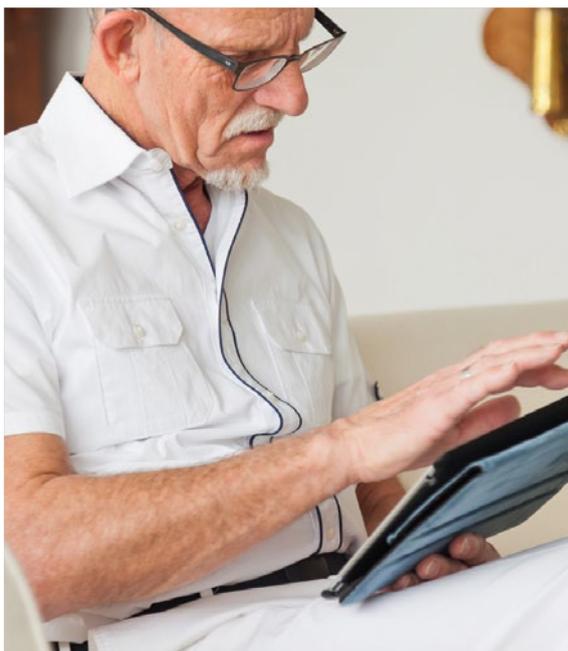
chiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung oder zur begleitenden Stabilisierung des Behandlungserfolges nach stationärer Krankenhausbehandlung oder engmaschiger psychiatrisch-psychotherapeutischer ambulanter Therapie. Bei mittelschweren oder schweren Depressionen ist die alleinige Therapie über Internet sicherlich nicht ausreichend.

Die Programme beinhalten meist einen interaktiv-dynamischen Dialog, der sich an der kognitiven Verhaltenstherapie orientiert. Es werden verschiedene Themen-, Verhaltens-, Erlebens- und Lebensbereiche behandelt und der Patient erhält Übungsaufgaben, die er in seinem Alltag bearbeiten kann. Die Kommunikation wird mit supportiven oder interaktiven E-Mails unterstützt. Fakultativ wird telefonische Unterstützung durch einen Therapeuten angeboten oder eine begleitende Kontaktaufnahme zum eigenen Psychiater oder Psychotherapeuten angedeutet. Evaluationsabfragen versuchen unter anderem Exacerbationen oder Suizidalität zu ermitteln und raten gegebenenfalls dazu, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Spezifische EBM-Abrechnungsmöglichkeiten für den Aufwand bei fachärztlicher Begleitung der Internet-Depressionsbehandlung gibt es nicht. Mehrere Kollegen fragten diesbezüglich bereits an.

### Lösung

Im Rahmen der ohnehin laufenden psychiatrischen Therapie spricht nichts dagegen, während der Behandlung via In-



Bei internetbasierten Depressionsbehandlungen soll der Arzt oder Therapeut auch per E-Mail oder Telefon mit Rat zur Verfügung stehen. Spezifische Abrechnungspositionen im EBM gibt es hierfür jedoch noch nicht.

ternet auftretende Herausforderungen oder Fragestellungen zu begleiten und gemeinsam zu lösen. Hierbei kann selbstverständlich die EBM-GOP 21220 (psychiatrisches Gespräch, psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, mindestens 10 Minuten) abgerechnet werden, wenn der Leistungsinhalt erfüllt ist. Analog gilt dies auch für andere psychosomatische oder psychotherapeutische Gesprächsziffern innerhalb der Leistungslegende. Nicht honoriert werden allerdings – auch therapeutische – Telefongespräche mit dem Patienten, wie im EBM üblich. Eine Ausnahme bildet gegebenenfalls ein einziges und alleiniges telefonisches Gespräch im Behandlungsfall (= Quartal mit GOP 01435), wenn der Patient ansonsten nicht zu einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in der Praxis erscheint. E-Mail Kontakte sind ebenfalls nicht abrechenbar, auch nicht bei thera-

peutischen Inhalten und ebenso nicht als einziger Kontakt im Quartal, denn hier fehlt es an der erforderlichen direkten Kommunikation.

Soll der behandelnde Psychiater oder Nervenarzt schriftlich oder per E-Mail vom Patienten eingereichte Internetdiagnose, Auswertbögen oder Übungsaufgaben ohne Anwesenheit des Patienten analysieren, so ist dieser Zeitaufwand ebenfalls nicht abrechenbar, es sei denn es handelt sich um einen Patienten, bei dem die Leistungslegende der Betreuungsleistungen erfüllt ist. Derartige Analysen und die resultierenden therapeutischen Implikationen sollten also zusammen mit dem Patienten in dessen Anwesenheit innerhalb der laufenden psychiatrischen Therapie besprochen werden. Dieser Zeitaufwand ist im Rahmen der EBM-Gesprächsleistungen abrechenbar, wenn die Leistungslegende erfüllt ist.

Für welche Leistungen und in welchem Umfang möglicherweise zukünftig so genannte telemedizinische Leistungen im EBM eingeführt werden und dann auch für unsere Fachgruppen nutzbar sein könnten, ist abzuwarten. Dies wird natürlich von den Berufsverbänden fachlich begleitet und gegenüber KBV und Bewertungsausschuss vertreten. □

---

**AUTOR**

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen

Anzeige

# Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Hier steht eine Anzeige.



Anzeige

### Leserbrief

## Gemeinsam für eine bessere ambulante Versorgung, oder getrennt zur Wahrung patientenferner Partikularinteressen?

**Zum Kommentar von Dr. Gunther Carl zur Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen in die Bedarfsplanung durch den G-BA (NEUROTRANSMITTER 5/2014, S. 13) erreichte uns folgender Leserbrief.**

Auch aus Sicht der psychiatrischen Kliniken ist die Entscheidung des G-BA, die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) rechnerisch in die Bedarfsplanung einzubeziehen, ein Fehler, ein Taschenspielertrick, der die aktuell ohnehin schon prekäre Situation im ambulanten Bereich in ungerechtfertigter Weise beschönigt. Aus Sicht der psychiatrischen Kliniken ist es aber befremdlich zu lesen, dass Gunther Carl als stellvertretender BVDN-Vorsitzender seine Kritik an den eigenen niedergelassenen Kollegen, die in den Gremien des G-BA dem Beschluss zugestimmt haben, mit einer Breitseite gegen die Institutsambulanzen verbindet. Er wirft den PIAs pauschal und ohne empirische Daten zu liefern vor, sie kämen ihrem gesetzlichen Auftrag nicht nach, chronisch und schwerstkranke Patienten zu versorgen. Dieser Vorwurf ist absurd und ungerechtfertigt. Regelmäßig wird in PIAs von den Krankenkassen überprüft, ob die Vorgaben des § 118 SGB V erfüllt sind. In Bayern, wo Herr Carl seine Praxis betreibt, durch eine eigens dafür berufene Kommission. Hierbei treten nur in verschwindend geringer Zahl Auffälligkeiten zu Tage und über diese wenigen Fälle lässt sich in der Regel trefflich streiten. Wenn PIAs Patienten behandeln, von denen fraglich ist, ob sie wirklich einer PIA-Behandlung bedürfen, dann meist in Regionen, in denen es keine nennenswerte ambulante Versorgung mehr gibt.

In diesem Kontext wirkt die Forderung von Herrn Carl, den § 118 abzuschaffen und die PIAs in den § 116b einzugliedern weltfremd, unkollegial und sie erweckt den Anschein einer Berufspolitik, die sich um eines definitiv nicht schert, nämlich die Interessen der schwerstkranken Patienten, die einer engmaschigen multiprofessionellen Behand-

lung in stabilem Beziehungskontext in den PIAs bedürfen.

Natürlich bleibt es dem BVDN unbenommen, wie aggressiv und polemisch er die vermeintlichen Interessen seiner Mitglieder vertritt. Es muss auch hingenommen werden, wenn der BVDN sich weigert berechnete Interessen der Kliniken zu unterstützen, wie die Forderung nach einem sachgerechten neuen Vergütungssystem, und deshalb das Ansinnen ablehnt, seine Mitglieder zur Unterstützung einer Petition gegen das PEPP-System aufzurufen, wie dies um die letzte Jahreswende geschehen ist.

Es muss aber dann die Frage erlaubt sein, worum es dem BVDN eigentlich geht: Um den Erhalt und die Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen gemeinsam mit allem daran Beteiligten, oder um patientenferne Partikularinteressen.

### AUTOREN

**Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer**

Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz, Verband der leitenden Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)

**Prof. Dr. med. Karl-Heinz Beine**

Vorsitzender des Arbeitskreises der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ACKPA)

## AMNOG – Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz

# Wirtschaftliche Verordnung als Ziel

Diese Übersicht erläutert die verschiedenen Phasen des AMNOG sowie die „wirtschaftliche Arzneimittelverordnung“ unter AMNOG.

**A**uch nach Einführung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) im Jahr 2011 gilt unverändert, dass Versicherte unmittelbar nach Marktzugang Anspruch auf ein Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen haben. Der Zweck des AMNOG ist eine Verlagerung der Kostenverantwortung vom Vertragsarzt auf Verhandlungen zwischen pharmazeutischem Unternehmer und dem GKV-Spitzenverband. Dazu wurde ein zweistufiger Prozess geschaffen:

- die frühe Nutzenbewertung, die sich von der Markteinführung über sechs Monate bis zum Nutzenbewertungsbeschluss des G-BA erstreckt und
- sechsmonatige Erstattungsbeitragsverhandlungen plus ein eventuelles Schiedsverfahren.

### Wirtschaftliche Verordnung während der frühen Nutzenbewertung

Mit dem AMNOG wird für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen eine frühe Nutzenbewertung eingeführt. Dazu reichen die pharmazeutischen Unternehmer beim „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (G-BA) zur Markteinführung ein Dossier zu Zusatznutzen und Kosten ein, auf dessen Grundlage der G-BA binnen drei Monaten eine Nutzenbewertung veranlasst, die in der Regel durch das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) durchgeführt wird. In dieser Bewertung wird insbesondere festgestellt, ob und für welche Patienten das Arzneimittel einen Zusatznutzen gegenüber einer vom G-BA bestimmten zweckmäßigen Vergleichstherapie hat. Innerhalb von drei Monaten nach der Veröffentlichung der Nutzenbewertung beschließt der G-BA nach Anhörung der Fachkreise und des pharmazeutischen Unternehmens über den (Zusatz-) Nutzen. Dieser Nutzenbewertungsbeschluss des G-BA ist Grundlage für die sich

anschließenden Erstattungsbeitragsverhandlungen.

In diesem ersten halben Jahr nach Markteinführung steht das Arzneimittel allen Patienten zur Verfügung und wird vom pharmazeutischen Unternehmen zum frei von ihm festgelegten Preis vertrieben. Insoweit besteht kein Unterschied zur Rechtslage vor dem AMNOG. Für die Verordnung bedeutet dies konkret:

1. Das Arzneimittel ist wie alle zugelassenen verschreibungspflichtigen neuen Arzneimittel unter denselben allgemeinen Voraussetzungen im Rahmen der Zulassungsindikation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig.
2. Die Verordnung muss dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse genügen, also nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin dem im konkreten Einzelfall medizinisch Gebotenen entsprechen.
3. Das Wirtschaftlichkeitsgebot fordert, dass der Arzt von mehreren therapeutisch gleichwertigen Alternativen die für die GKV kostengünstigere Therapieoption wählt. Gibt es einen medizinischen Grund zur Verordnung der kostenintensiveren Therapie, ist diese auch wirtschaftlich. Das Wirtschaftlichkeitsgebot fordert aber keine Kosten-Nutzen-Abwägung vom Arzt. Der medizinische Grund sollte zur Regressprophylaxe dokumentiert werden.

### Wirtschaftliche Verordnung während der Erstattungsbeitragsverhandlungen

Für Arzneimittel mit Zusatznutzen beziehungsweise für Arzneimittel ohne Zusatznutzen, die nicht festbeitragsfähig sind, vereinbart der pharmazeutische Unternehmer mit dem GKV-Spitzenverband innerhalb von sechs Monaten nach Veröffentlichung des G-BA-Beschlusses

einen Erstattungsbetrag. Erfolgt keine Einigung, setzt eine Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten einen Erstattungsbetrag fest. Dieser gilt frühestens ab Abschluss der Erstattungsbeitragsvereinbarung, spätestens ab dem 13. Monat nach Markteinführung.

Für die Wirtschaftlichkeit der Verordnung ändert sich gegenüber dem ersten Halbjahr nur, dass die Nutzenbewertung des G-BA veröffentlicht ist. Sie hat den Charakter eines Therapiehinweises und ist vom Vertragsarzt zu beachten:

1. Soweit der G-BA einen Zusatznutzen anerkennt, liegt hierin der vom Wirtschaftlichkeitsgebot geforderte medizinische Grund für die Auswahl der kostenintensiveren Therapie. Die Verordnung in einer Indikation mit Zusatznutzen ist mithin im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie wirtschaftlich. Dass später vielleicht einmal ein niedrigerer Erstattungsbetrag gilt, ist insoweit unerheblich.
2. Soweit der G-BA keinen Zusatznutzen feststellt, ist das Arzneimittel trotzdem weiter verordnungsfähig. Das Votum „kein Zusatznutzen“ stellt das durch die Zulassung rechtsverbindlich festgestellte positive Nutzen-Risiko-Verhältnis des Arzneimittels nicht infrage. Der Arzt muss allerdings berücksichtigen, dass für die vom G-BA untersuchte typisierte Studienkonstellation kein Zusatznutzen belegt ist, der Mehrkosten rechtfertigen kann. Die Verordnung einer kostenintensiveren Arzneitherapie ohne Zusatznutzen ist deshalb nur wirtschaftlich, wenn die Arzneitherapie aufgrund patientenindividueller Gründe – wie mangelnde Wirksamkeit oder Unverträglichkeit der zweckmäßigen Vergleichstherapie – medizinisch geboten ist. Dieser medizinische Grund sollte zur Regressprophylaxe dokumentiert werden.

Kommentar

**Sorgfältige Dokumentation bleibt wichtig**

Die Idee, mit dem AMNOG-Verfahren dem Vertragsarzt mehr Rechts- und Planungssicherheit bei der Verordnung von Arzneimitteln zu verschaffen und die Kostenverantwortung auf Verhandlungen zwischen pharmazeutischem Unternehmer und dem GKV-Spitzenverband zu verlagern, ist sicherlich richtig. Das Thema bleibt trotzdem kompliziert, weshalb wir im NEUROTRANSMITTER immer wieder darüber berichten. Der Artikel von RA Dr. Nitz fasst das Verfahren für Ärzte zusammen und erläutert die Zusammenhänge. Es wird deutlich, dass bei Berücksichtigung der Grundsätze das Risiko von Regressen minimiert werden kann. Gleichwohl gilt auch in der Phase der frühen Nutzenbewertung das Wirtschaftlichkeitsgebot in der Form, dass der Einsatz einer kostenintensiveren Therapie medizinisch begründet werden muss. Auch wenn bei später anerkanntem Zusatznutzen die Wirtschaftlichkeit in der Regel gegeben sein sollte, sollten wir in der Dokumentation darauf achten, dass die Verordnung für die Patientengruppe erfolgt, für die der Zusatznutzen auch anerkannt ist. Auch wenn das AMNOG eine gewisse Rechtssicherheit zur wirtschaftlichen Ordnungsweise schafft, ist die nötige Sorgfalt bei der Auswahl der Therapie und die entsprechende Dokumentation gefordert. Es bleibt davon unabhängig noch ein weiterer bitterer Nachgeschmack bei dem Versuch, gutes ärztliches Handeln und wirtschaftliche Aspekte gesetzlich zu regeln: Letztlich stehen bei der Bewertung eines Zusatznutzens nur Studiendaten zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um notwendiges, keinesfalls jedoch um hinreichendes Wissen für eine gute medizinische Versorgung. Letzteres erfordert immer noch Erfahrungswissen, sprich interne Evidenz gerade auch bei sehr individuellen Patientenkonstellationen. Die Umstände echter Patienten entsprechen nicht immer der Realität von Studienpopulationen. Hier müssen wir immer wieder auch von Leitlinien abweichen, um individuellen Bedarfen gerecht zu werden. Alles andere ist Mittelwertmedizin. **Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich**

**Wirtschaftliche Verordnung ab dem 13. Monat nach Inverkehrbringen**

Spätestens ab dem 13. Monat nach dem erstmaligen Inverkehrbringen des Arzneimittels mit neuem Wirkstoff gibt es einen Erstattungsbetrag; sollte dieser zu diesem Zeitpunkt noch nicht vereinbart sein, wird ihn die Schiedsstelle rückwirkend auf diesen Tag festsetzen. Der Erstattungsbetrag soll nutzenangemessen sein. Daher ist die Verordnung des Arzneimittels im Regelfall wirtschaftlich. Dies gilt auf jeden Fall für Indikationen mit Zusatznutzen in Relation zur zweckmäßigen Vergleichstherapie. In Relation zu anderen Therapieoptionen, die nicht zweckmäßige Vergleichstherapie waren, macht der Erstattungsbetrag indessen keine Aussage zur Wirtschaftlichkeit. Insoweit muss der Arzt also wie vor dem AMNOG selbst beurteilen, ob etwaige Mehrkosten durch einen medizinischen Grund gerechtfertigt sind.

Stellt der G-BA für das Arzneimittel keinen Zusatznutzen fest, sichert der Erstattungsbetrag ebenfalls die Wirtschaftlichkeit, weil hier der Erstattungs-

betrag maximal in Höhe der Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie festgesetzt worden sein kann (§ 130 b Abs. 3 SGB V).

Aktuell umstritten ist die nicht seltene Konstellation, dass der G-BA für einen Teil der der Zulassung unterfallenden Patientenpopulation einen Zusatznutzen feststellt, für einen anderen Teil indessen nicht. Hier besteht zunächst Einigkeit, dass in der Indikation mit Zusatznutzen der Erstattungsbetrag die Wirtschaftlichkeit gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie in der Regel sichert (s. o.). Einigkeit besteht weiterhin darüber, dass die Arzneitherapie auch in der Indikation ohne Zusatznutzen aufgrund patientenindividueller Gründe medizinisch geboten sein kann und dann auch wirtschaftlich ist. Erneut gilt: Der medizinische Grund sollte zur Regressprophylaxe dokumentiert werden. Umstritten ist aber, ob dies auch jenseits patientenindividueller Gründe für die Indikation ohne Zusatznutzen gilt, weil der Erstattungsbetrag wegen der „Einpreisung“ des partiellen Zusatznutzens in der Regel oberhalb der Kosten der

zweckmäßigen Vergleichstherapie liegen wird. Aus diesem Grund wird die Verordnung teilweise als unwirtschaftlich betrachtet. Unseres Erachtens gewährleistet der Erstattungsbetrag aber auch hier die Wirtschaftlichkeit im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie, weil das Arzneimittel aufgrund gesetzlicher Anordnung verordnungsfähig bleibt und der Erstattungsbetrag mithin unter der Prämisse vereinbart wurde, dass auch in dieser Indikation Patienten mit dem Arzneimittel behandelt werden. Die niedrigeren Kosten der Vergleichstherapie sind also ebenfalls in den Erstattungsbetrag „eingepreist“. Die Kompetenz zur Regulierung der wirtschaftlichen Ordnungsweise hat der Gesetzgeber durch das explizite Verbot von Verordnungseinschränkungen (§ 92 Abs. 2 Satz 11 SGB V) den Verhandlungspartnern GKV-Spitzenverband und Pharmaunternehmen zugewiesen; deren Bewertung des wirtschaftlichen Preises ist von Vertragsärzten, Krankenkassen, KVen und Prüfgremien hinzunehmen. Genau dies war nämlich auch ein zentrales Ziel des AMNOG: wirtschaftliche Preise zu regeln und so den Arzt zu entlasten.

Idealerweise würde die Frage der Wirtschaftlichkeit bereits in der Erstattungsbetragsvereinbarung selbst geklärt, indem eine Regelung über die Anerkennung als Praxisbesonderheit vereinbart wird, die dem Arzt mitteilt, bei welchen Patienten das Arzneimittel als wirtschaftlich gilt, bei welchen nicht. Dass dies in der Praxis nicht geschieht, gibt anderen Akteuren und Prüfgremien aber noch nicht die Kompetenz, die Wirtschaftlichkeit abweichend vom Erstattungsbetrag zu beurteilen. □

**AUTOR**

**Dr. Gerhard Nitz**  
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht  
Dierks+Bohle RAe Partnerschaft mbH  
Kurfürstendamm 195, 10707 Berlin

## Praxisporträt

## Rundumversorgung aus einer Hand

In 20 Jahren haben Ralf und Anita Bodenschatz nicht nur ein MVZ mit über 30 Mitarbeitern aufgebaut, sie decken auch einen Großteil der neurologisch-psychiatrischen Versorgung in der Region Mittweida ab – von der Kinder-, Jugend- und Sozialpsychiatrie bis zur Neurochirurgie.

Es mag überraschen, ein neuropsychiatrisches MVZ dieser Größenordnung in einer 15.000-Seelengemeinde vorzufinden. „Ich hatte jedoch schon immer eine Freude an unternehmerischem Handeln“, erläutert der Diplommediziner Ralf Bodenschatz. Er begann vor 22 Jahren in Mittweida mit einer Einzelpraxis, kurz danach kam die Pädiaterin Anita Bodenschatz hinzu, die sich auf Kinder- und Jugendpsychiatrie spezialisierte. Als dann zwei ältere Kollegen im Landkreis in Rente gingen, kaufte das Paar die zwei Arztsitze auf und gründete zusammen mit einem Kollegen das MVZ. Mit der Zeit konnten sie weitere Sitze erwerben. Inzwischen arbeiten neun Neurologen und Psychiater, fünf Psychotherapeuten und drei Sozialpädagogen in dem MVZ; ein dreiköpfiges Verwaltungsteam mit einem kaufmännischen Leiter kümmert sich um Verwaltung und Praxismanagement. Mit den Arzthelferinnen haben das MVZ und seine drei Außenstellen jetzt rund 35 Mitarbeiter.

### Beschränkung auf Kernkompetenzen

Zum Konzept des MVZ gehört eine Rundumversorgung für neuropsychiatrische Patienten: „Wir haben von Anfang an viel Wert darauf gelegt, uns auf unsere Kernkompetenz zu beschränken“, so Ralf Bodenschatz. Auf Fachärzte aus anderen Disziplinen wird verzichtet, stattdessen versucht das MVZ, den Patienten fast alles anzubieten, was ambulant in der Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie möglich ist. Anita Bodenschatz kümmert sich mit einem Teil der Mitarbeiter um die seelischen Nöte der Kinder und Jugendlichen und arbeitet dabei auch mit der Kinderpsychiatrie der Klinik in Mittweida eng zusammen. An der Klinik kann sie zudem die psy-



Dipl.-Med. Ralf Bodenschatz  
Dipl.-Med. Anita Bodenschatz

chologische Betreuung von Krebspatienten übernehmen. Die Klinik wiederum schickt Kinder in das MVZ für EEG-Messungen und hat direkten Zugriff auf diese Daten. Da sich das MVZ im Klinikgebäude befindet, kann es die Klinikärzte auch bei Notfällen unterstützen: „Die Intensivstation ist direkt unter uns. Schlaganfälle können wir uns innerhalb von einer Minute anschauen.“

Ein weiterer Schwerpunkt für den Neurologen, Psychiater und Geriater Bodenschatz ist die Heimbetreuung. Über 40 Pflegeheime in der Region mit etwa 1.000 Patienten besuchen er und seine Mitarbeiter jedes Quartal. Ein Team aus Sozialpädagogen, Psychiatrie-Fachschwestern und einer Psychologin kümmert sich um sozialpsychiatrische Aufgaben, eine Neurochirurgin steht für die Wirbelsäulensprechstunde zur Verfügung und kann die Patienten bei Bedarf in der Klinik operieren. Bodenschatz selbst deckt noch den Bereich Schlafmedizin mit ab. Hier arbeitet das MVZ mit der Klinik in Chemnitz zusammen. Doch für den Arzt gehören zur Versorgung auch nicht-

### Praxis-Steckbrief

**Inhaber:** Dipl.-Med. Ralf Bodenschatz (Neurologie, Psychiatrie, Geriatrie), Dipl.-Med. Anita Bodenschatz (Kinder und Jugendmedizin, Psychotherapie)

**Praxistyp:** MVZ

**Ort:** 09648 Mittweida, Sachsen

**Regionale Struktur:** Kreisstadt

**Anteil Privatpatienten:** etwa 5 %

**Nächste Klinik:** 25 km (Neurologie) und 25 km (Psychiatrie)

**Mitarbeiter:** 35

**Besonderheiten:** Psychoonkologie, Schlafmedizin, Neurochirurgie

ärztliche Leistungen, für die er und seine Familie eigene Unternehmen gegründet haben. Anita Bodenschatz ist dabei, eine ambulante psychiatrische Fachpflegefirma aufzubauen, der Sohn bietet Ergo- und Physiotherapieleistungen an, und schon lange gehört zum Familienbetrieb ein pharmakologisches Studienzentrum.

### Delegieren und vertrauen

Bodenschatz bleibt dennoch Zeit für seine Patienten: Einen Großteil der Verwaltung erledigt sein Geschäftsführer und dessen Team. Daher arbeitet der Arzt trotz allem nicht mehr als 45 Stunden pro Woche. „Ich delegiere gerne und beschränke mich auf das, was mein Job ist.“ Das klappt nur, so Bodenschatz, wenn er den Mitarbeitern viel Freiraum lässt und Vertrauen schenkt. So mischt er sich möglichst nicht in Angelegenheiten wie Urlaubsplanung und Arbeitsorganisation der Helferinnen ein – das regeln die unter sich. „Wir legen sehr viel Wert auf Eigenverantwortung und Eigeninitiative. Und das funktioniert auch.“ **mut**

## Chronischer Schmerz

# Multimodale Therapie aus Sicht des Neurologen

Bei der Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen und Rückenschmerzen in Deutschland ist die ambulante Regelversorgung wie auch die meist orthopädisch indizierte „Spritzenkur“ hinsichtlich Effektstärke und Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs einer stationären oder teilstationären multimodalen Schmerztherapie signifikant unterlegen. Die multimodale Therapie basiert auf einer präzisen Schmerzdiagnose. Neurologen und Psychiater können daher nur ermuntert werden, sich hier in die korrekte Differenzialdiagnose und Therapie mit ihrer Fachkompetenz mehr einzubringen.  
ANDREAS BÖGER, KASSEL



**Eine stationäre oder teilstationäre multimodale Schmerztherapie ist effektiver und kostengünstiger als die ambulante Regelversorgung.**

**32 Chronischer Schmerz**

Multimodale Therapie aus Sicht des Neurologen

**39 Psychiatrische Kasuistik**

Das Ganser-Syndrom: eine „ungewöhnliche Demenz“

**44 CME Epilepsie**

Akut symptomatische Anfälle

**48 CME Fragebogen**

Nach Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie und zahlreichen anderen Statistiken liegt die Prävalenz chronischer Schmerzen bei 23 % (bei 80 Millionen Einwohnern also 18,4 Millionen Patienten). Zieht man nur die schwer chronisch schmerzkranken Patienten in Betracht, die aufgrund der Komplexität, Chronizität und Komorbidität ihrer Erkrankung einer besonders spezialisierten Schmerzbehandlung bedürfen, bleiben 1,8 Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen [1]. Von diesen sind nach anderen Daten nur etwa 2 % in der Betreuung von Ärzten, die sich auf die Schmerztherapie spezialisiert haben [2].

### Versorgungssituation von Patienten mit chronischen Schmerzen

Da ein in Vollzeit schmerztherapeutisch tätiger Arzt nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie maximal 300 Patienten mit chronischen Schmerzen im Quartal behandeln kann, wird rechnerisch von etwa 5.500 bis 6.000 Schmerztherapeuten für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung ausgegangen. In Wirklichkeit gibt es jedoch kaum mehr als 2.000 ausgewiesene Schmerztherapeuten – Tendenz fallend – wofür sowohl die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen mit Fehlanreizen als auch der allgemeine Nachwuchsmangel eine Rolle

spielen. Nach wie vor gibt es in keiner deutschen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eine schmerztherapeutische Bedarfsplanung, die – auch, aber nicht nur – durch den fehlenden Facharzt für Schmerzmedizin verhindert wird. Die Fachgebietsgrenzen behindern hier eine Sicherstellung. So kann zum Beispiel ein als Schmerztherapeut tätiger Anästhesist seine Praxis nicht an einen schmerztherapeutisch tätigen Allgemeinmediziner oder Neurologen abgeben, sondern nur an einen Anästhesisten, egal ob er sich mit Schmerztherapie beschäftigt oder nicht.

### Nomenklatur nicht einheitlich

Die Nomenklatur von Schmerzen ist dabei mitunter uneinheitlich und zum Teil auch verwirrend. So wird der Begriff „chronisch“ im engeren Sinne gebraucht, wenn die Beschwerden an mehr als der Hälfte aller Tage eines Halbjahres bestehen [3], im weiteren Sinne, wenn es zu einer Generalisierung des Schmerzbildes mit wechselnder Lokalisation kommt und weitere zum Teil unspezifische Beschwerden wie Verdauungsstörungen und Tinnitus hinzukommen [4]. Bei Kopfschmerzen hingegen ist die Definition von „chronisch“ durch die International Headache Society ([www.ihs.com](http://www.ihs.com)) vorgegeben. Hier wird als chronischer Kopfschmerz (chronic daily headache) ein Kopf-

schmerz über mindestens 15 Tage pro Monat über mindestens drei Monate vorausgesetzt.

### Rückenschmerzen

Rückenschmerzen sind bei weitem der häufigste Grund für die Konsultation eines Schmerztherapeuten. In den westlichen Industrienationen ist von einer Lebenszeitprävalenz für Rückenschmerzen zwischen 58 % und 85 % auszugehen, die Punkteprävalenz wird gemäß dem statistischen Bundesamt im Jahre 1998 für 8 % bei Männern und 14 % bei Frauen angegeben. Vorsichtige Schätzungen der Gesamtkosten, also der direkten Kosten durch die medizinische Versorgung sowie indirekte Kosten durch Arbeitsausfälle und/oder Berentung, werden zwischen 400 und 7.000 € pro Patient und Jahr beziffert. Summa summarum lassen sich jährliche Kosten von über 50 Milliarden € alleine in Deutschland hochrechnen. Nach Schneider et al. [5] können 15 % aller Arbeitsunfähigkeitstage, 18 % aller Frühberentungen und 6 % aller direkten Krankheitskosten auf „Kreuzschmerzen“ zurückgeführt werden. Mit steigendem Chronifizierungsgrad vervielfachen sich oft die Kosten [6]. Ebenso führen komorbide psychische Erkrankungen und eine neuropathische Schmerzkomponente zu einem disproportionalen Kostenanstieg [7].

**Prädiktoren der Chronifizierung von Rückenschmerzen**

Stärkster Prädiktor der Chronifizierung von Rückenschmerzen ist die depressive Stimmungsstörung [8]. Darüber hinaus wird vor allem maladaptiven Coping-Strategien wie ängstlicher Bewegungsvermeidung (Kinesiophobie, „fear avoidance behaviour“), aber auch Durchhaltestrategien trotz zunehmender Erschöpfung ein großer Einfluss auf die Chronifizierung bescheinigt [9]. Bei der Identifizierung eines chronifizierenden Krankheitsverlaufs können standardisierte Fragebögen hilfreich sein, wie sie bislang praktisch ausschließlich beim Schmerztherapeuten üblich sind. Zusätzliche „yellow flags“ sind geringe Arbeitszufriedenheit, niedriger sozialer Status, passiver Lebensstil, Katastrophisierungsneigung und belastende Lebenserfahrungen. Selbstkritisch ist in diesem Zusammenhang auch an eine iatrogene Schmerzchronifizierung zu denken, die durch schlechte Kommunikation und Nocebo-Effekte induziert ist [10]. Neurologen, Nervenärzte und psychotherapeutisch tätige Ärzte werden meist erst nach einer fehlgeschlagenen Rückenoperation konsultiert, da sie vom Patienten – im Gegensatz zum Orthopäden – primär nicht als „Rückenschmerzexperten“ wahrgenommen werden.

**Über- und Unterversorgung**

Die bereits erwähnte Unterversorgung im schmerztherapeutischen Gebiet manifestiert sich gerade auch in der Behandlung von Rückenschmerzen. So hat die kürzlich beschlossene EBM-Novelle zur Durchführung der Computertomografie (CT)-gestützten periradikulären Therapien (PRT) dazu geführt, dass niedergelassene Schmerztherapeuten von Patienten bestürmt werden, eine Überweisung auszustellen. Die niedergelassenen Schmerztherapeuten können dies in der Breite und vor allem kurzfristig nicht leisten. Darüber hinaus ist zum einen die Einbindung der periradikulären Maßnahme in ein multimodales Behandlungskonzept gefordert, zum anderen die Sinnhaftigkeit einer CT-gestützten PRT wegen der im Vergleich zum Bildwandler höheren Strahlenbelastung durchaus diskussionswürdig.

**Operative Intervention**

Seit mehreren Jahren sind massive Zuwächse operativer Interventionen bei Rückenschmerzen in Deutschland im Gegensatz zu europäischen Nachbarländern bekannt, die zunehmend auch von Kostenträgern thematisiert und sogar in der Laienpresse aufgegriffen werden. In USA war eine ähnliche Entwicklung mit einer Zunahme der Mehrkosten und Komplikationen, jedoch nicht mit einem

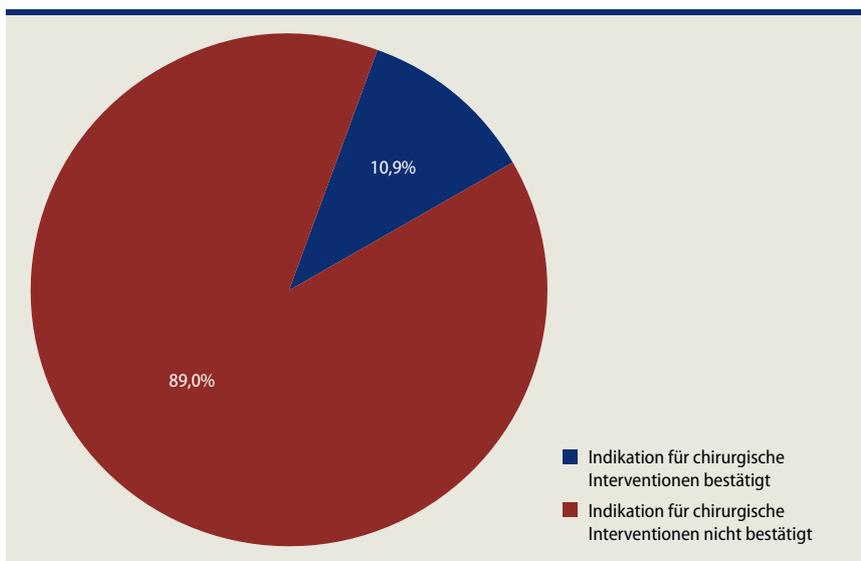
belegbaren Gewinn an Lebensqualität assoziiert [11]. In einem von der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie angestoßenen Projekt zur „Integrierten Versorgung von Rückenschmerzen“ (IV-Z und IV-R), das bei gestellter Operationsindikation wegen Rückenschmerzen die Einholung einer Zweitmeinung durch einen Schmerzspezialisten vorsieht, wurde in etwa 89% die Indikation zur Operation bezweifelt, lediglich in etwas über 10% bestätigt ([12] **Abb. 1**). Andere Zweitmeinungsprogramme werden mit Neurochirurgen, jedoch nicht mit Neurologen abgeschlossen, obwohl gerade die Neurologen aufgrund ihrer Ausbildung prädestiniert erscheinen, unter anderem eine spinale Wurzelaffektion, aber auch eine psychische Komorbidität zu erkennen.

**Nicht aktivierende Maßnahmen und medikamentöse Langzeittherapien**

Die verfügbaren Daten zur Realität der Versorgung von Rückenschmerzpatienten zeigen ein Überwiegen nicht aktivierender Maßnahmen wie körperliche Schonung, Massage, Akupunktur, Magnetfeldtherapie als IGeL, die zum Teil ärztlich initiiert, zum Teil vom Patienten intuitiv adressiert werden. Auch ist die Einnahme nicht steroidaler Antirheumatika (NSAR) über einen längeren Zeitraum in Deutschland gang und gäbe, was mit einer entsprechenden Morbidität und Mortalität assoziiert zu sein scheint und nach den zur Verfügung stehenden Daten wenig wirksam ist [13]. Auf der anderen Seite wird die langfristige Gabe von Opiaten durch die Leitlinie zur Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS) infragegestellt ([www.awmf.org](http://www.awmf.org)). Auch werden immer noch zu viele kurzwirksame Opiate bei nicht tumorbedingten chronischen Schmerzen verschrieben [14].

**Leitlinien – das unbekannte Wesen**

Die im März 2010 nach einem längeren Konsensusprozess veröffentlichte „Nationale Versorgungsleitlinie“ (NVL) Kreuzschmerz (der Begriff „Kreuzschmerz“ ist synonym mit „Rückenschmerz“ zu verstehen), die gemeinsam von der AWMF, der KBV und der Bundesärztekammer herausgegeben wurde,



**Abb. 1:** Zweitmeinungsverfahren („Second-Opinion“-)Programm für Rückenschmerz-bedingte chirurgische Interventionen [Poster, world congress on pain Montreal 2010].

beschreibt in der Langfassung auf 177 Seiten Definition, Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Rehabilitation akuter und chronischer Rückenschmerzen (www.kreuzschmerz-versorgungsleitlinien.de). Sie hat seit ihrem Erscheinen jedoch nicht zu einer Veränderung der Versorgungssituation geführt. Vielmehr ist sie in der Ärzteschaft größtenteils unbekannt. Weder zahlreiche Veröffentlichungen in neurologischen, orthopädischen und hausärztlichen Fachzeitschriften zu diesem Thema noch intensive Fortbildungsbemühungen (unter anderem der Regionalen Schmerzzentren der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie) haben einen messbaren Effekt auf die Versorgungssituation gehabt ([15], eigene Erfahrungen). Dabei bietet die NVL ein einfaches gestuftes Therapiekonzept, das sowohl für akute als auch für chronische Rückenschmerzen evidenzbasierte Empfehlungen gibt.

Problematisch ist die Fokussierung auf „unspezifische Kreuzschmerzen“, da mit dem Argument „spezifischer“ Rückenschmerzen von interessierter Seite die Therapieempfehlung übergangen und eine monomodale Therapie (z. B. interventionelle oder operative Maßnahmen) legitimiert werden, wodurch das multimodale Konzept entwertet wird. Allerdings ist trotz „red flags“ und elaborierten Untersuchungstechniken eine sichere Differenzierung von „spezifischen“ und „unspezifischen“ Rückenschmerzen nach wie vor schwierig und wird unter anderem in der europäischen Rückenschmerzleitlinie auch nicht vorgenommen.

Nach der NVL Kreuzschmerz soll in den ersten vier Wochen bei Fehlen von anamnestischen und klinischen „red flags“ (Tab. 1) auf Bilddiagnostik verzichtet werden, da der zu erwartende Informationsgewinn zu gering ist. Dies muss dem Patienten in einem ausführlichen validierenden Gespräch kommuniziert werden. Eine kurzfristige medikamentöse Analgesie kann durchgeführt werden, wenngleich der Nutzen insgesamt als gering bewertet wird. Insbesondere aber soll dem Patient von Schonung abgeraten werden. Passive Therapien – aber auch Physiotherapie – sollte zu nächst nicht verordnet werden, eine län-

gere Arbeitsunfähigkeit (AU) sollte vermieden werden.

Spätestens wenn die Schmerzen über zwölf Wochen mit alltagsrelevanten Einschränkungen (z. B. AU) trotz leitliniengerechter Versorgung persistieren, ist die Indikation für eine multimodale Schmerztherapie zu prüfen. Beim Vorliegen relevanter psychosozialer Risikofaktoren („yellow flags“ Tab. 2) sollte die Indikation bereits nach sechs Wochen gestellt werden. Eine multimodale Therapie ist jedoch im ambulanten Setting außerhalb einiger weniger Programme zur IV schwierig umzusetzen, da sich die Vergütung innerhalb des Bereichs der KVen lediglich nach dem EBM richtet und dieser eine solche Therapie nicht abbildet. Gleichwohl wird sie in der Qualitätssicherungsvereinbarung der KVen gefordert. Oft müssen – entsprechende Indikation vorausgesetzt – Patienten oft lange Wege in die nächstgelegene Schmerzklinik zurücklegen, in der sie stationär behandelt werden können. Tagesklinische Angebote sind oft zu weit entfernt oder werden von den Krankenkassen – wie in Hessen – aus grundsätzlichen Gründen abgelehnt.

**Multimodale Therapie – der Goldstandard?**

Zentrale Therapieempfehlung der NVL Kreuzschmerz ist die multimodale Schmerztherapie (Abb. 2). Sie gilt als „Goldstandard“ der Schmerztherapie und wurde als „gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Be-

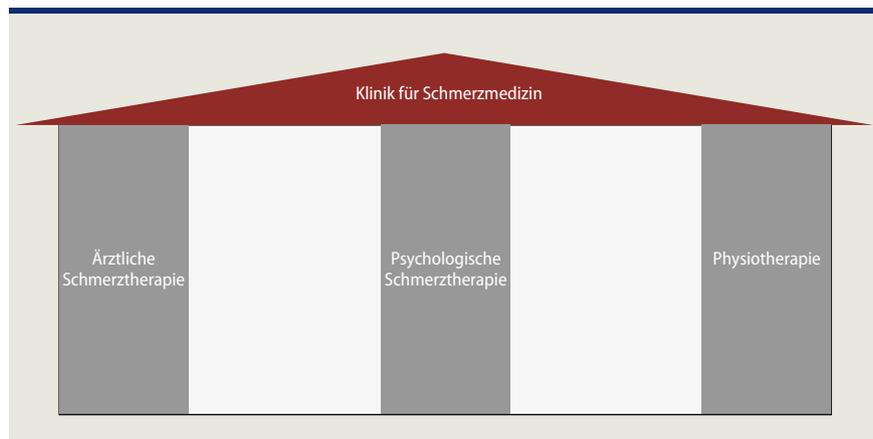
**Tab. 1: „red flags“**

- \_ Sturz- oder Unfallanamnese
- \_ Malignom
- \_ Infektgeschehen
- \_ Drogenanamnese
- \_ Immunsuppression
- \_ Kortikoideinnahme
- \_ Conus-/Caudasyndrom
- \_ Paresen
- \_ Ruheschmerz

**Tab. 2: „yellow flags“**

- \_ Geringe Arbeitszufriedenheit
- \_ Niedriger sozialer Status
- \_ Stress
- \_ Alter
- \_ Weibliches Geschlecht
- \_ Krankheitsgewinn
- \_ Passiver Lebensstil
- \_ Nikotin-, Alkohol-, Drogenkonsum
- \_ Adipositas
- \_ Katastrophisierung/Vermeidungsverhalten
- \_ Nicht unterstützende Kindheit/belastende Lebenserfahrungen

handlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen bezeichnet, in die verschiedene somatische, körperlich übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan mit identischem, unter Therapeuten abgeprochenem Therapieziel eingebunden



**Abb. 2: Die drei Säulen der multimodalen Schmerztherapie.**

sind“ [16]. Die Effektivität dieser Therapie ist vielfach in internationalen Studien belegt [17], die auch eine erfreuliche Kosteneffektivität beschreiben. So erreichten beispielsweise Korb und Nagel [18] bei berufstätigen Rückenschmerzpatienten einen Rückgang der AU-Tage um 75 % und eine Halbierung der schmerzbedingten Behandlungen beziehungsweise Arztkonsultationen bei gleichzeitig deutlicher Verbesserung der Lebensqualität und anderer Parameter. Dies führte nach einem Jahr zu einer Einsparung schmerzbedingter Kosten von 2.000 bis 6.000 €. Vergleichbare Zahlen existieren zum Beispiel für die chronische Migräne mit Medikamentenübergebrauch und das CRPS (Morbus Sudeck) – ebenso Krankheitsentitäten, die dem Neurologen gut vertraut sind.

**Zentrale Elemente**

Zentrales Element ist zum einen das gleichzeitig gerichtete und gemeinsame Therapieren durch das gesamte Team. Hierzu sind enge Absprachen, zum Beispiel in täglichen Schmerzkonferenzen und Teambesprechungen notwendig. Zum anderen ist die therapeutische Kleingruppe (maximal acht Teilnehmer) wichtigste Einheit. Es konnte gezeigt werden, dass nur eine intensive Therapie mit mindestens 100 Stunden gute Effektstärken und eine nachhaltige Funktionsverbesserung bewirken kann [17]. Entscheidend ist neben der allgemeinen Aktivierung des Patienten die Motivation zu eigenverantwortlichem Handeln und zum Erlernen von Selbstwirksamkeit. Daher ist eine frühzeitige Einbeziehung des Patienten in die Therapieentscheidungen wünschenswert. Oft müssen hier Ängste, auch Bewegungsängste (Ki-

nesiophobie), und fixierte passive Bewältigungsstrategien („machen Sie mich gesund!“) überwunden werden. Anders gesagt, setzt eine multimodale Therapie auf Seiten des Patienten eine grundsätzliche Veränderungsmotivation und die Bereitschaft eines selbstständigen aktiven Schmerzmanagements voraus. Im Rahmen des multimodalen Programms kann diese Veränderungsmotivation dann zugunsten eines aktiven strukturierten Lernens und später der Aufrechterhaltung neu erlernter Strategien und Fertigkeiten ausgebaut werden [19].

**Organisationsstruktur**

Das teamorientierte Vorgehen bedarf einer sehr guten Organisationsstruktur. Diese betrifft einerseits eine im Gegensatz zu chirurgisch-orthopädischen Settings flache Hierarchie über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg. Ein sich in den Vordergrund spielender „Heiler“, sei es ein Arzt, Psychologe oder Physiotherapeut, der etwa eigenmächtig konfrontiert oder „einrenkt“, ist ausgesprochen kontraproduktiv und kann den gesamten Therapieerfolg gefährden. Auch der leitende Arzt muss hier oft einen Schritt zurücktreten. Andererseits muss auch der Behandlungspfad ausreichend elaboriert und effektiv sein. So muss die Zuweisung „passgenau“ und so verlässlich sein, dass die multimodale Therapie tatsächlich die optimale Behandlungsmethode für diesen Patienten ist – und beispielsweise nicht eine psychosomatische Klinik. Die korrekte Abgrenzung einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10: F45.41) von einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung (ICD 10: F45.40) kann im Einzelfall durchaus schwierig sein und zu Kontroversen im

Assessment-Team führen. Es besteht hier ein Konsens, dass nicht nur die Therapie komplex ist, sondern auch die Patienten mit ihrem individuellen soziokulturellen Hintergrund und ihrer Komorbiditäten auf somatischem und psychischen Feld [20]. Es wundert daher nicht, dass die Durchführung eines multimodalen Assessments vor der eigentlichen Behandlung zu einem positiven und statistisch signifikanten Effekt hinsichtlich verschiedener Lebensqualitätsparameter und einer höheren Patientenzufriedenheit führte [21]. Daneben haben aber auch Strukturparameter wie Raumstruktur, Gruppengröße, Zahl der Teambesprechungen und Prozessparameter wie Anteil aktivierender Therapiemodule erheblichen Einfluss auf die Ergebnisqualität [22].

**Störungsspezifische Gruppen**

Störungsspezifische Gruppen haben in einigen Untersuchungen ebenfalls eine bessere Effektstärke. Während in tagesklinischen Einrichtungen solche homogenen Gruppen leichter zusammenzustellen sind, ist dies im vollstationären Setting schwieriger. In großen Einrichtungen wie in Kassel mit rund 40 Behandlungsplätzen werden zunehmend modular aufgebaute Programme differenziert, die sich an Störungsbildern oder auch Altersklassen orientieren. So unterscheiden sich in Kassel sowohl die Psychoedukationsmanuale als auch die Themen der Schmerzbewältigungsgruppen für Patienten mit Kopfschmerz-, Rückenschmerz- und widespread-pain. Darüber hinaus werden die Patienten vier unterschiedlichen Physiotherapiegruppen zugeordnet und bekommen nach Absprache Ergotherapie oder nehmen an der Feldenkrais- oder QiGong-Gruppe teil. Diese Ausdifferenzierung kann nicht „top-down“ angeordnet werden, sondern ist das Ergebnis eines längeren Abstimmungsprozesses im Team, der auch Fehler mit einschloss, die dann korrigiert werden mussten.

**Abrechnung**

Die Abrechnung der multimodalen Therapie erfolgt nach dem DRG (diagnosebezogene Fallgruppen)-System, das unter der OPS 918.XX die Aufnahmekriterien (Tab. 3) und die Strukturmerkmale

**Tab. 3: Stationäre Aufnahmekriterien für die multimodale Schmerztherapie (MMS)**

**Chronische Schmerzen (mindestens sechs Monate)**

**Mindestens drei der folgenden Kriterien:**

- \_\_\_ Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität/Arbeitsfähigkeit
- \_\_\_ Bisherige Therapien oder OP (fehlgeschlagen)
- \_\_\_ Medikamentenabhängigkeit/ -fehlgebrauch
- \_\_\_ Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- \_\_\_ Gravierende somatische Begleiterkrankung(en)

(Details unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) vorgibt. Es gibt im wesentlichen drei verschiedene stationäre DRG, nämlich die B42Z bei Krankheiten des Nervensystems, I42Z bei muskuloskelettalen Krankheiten und die U42Z bei Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Letztere DRG ist unbewertet, das heißt hier muss – nach einer grundsätzlichen Prüfung durch die Krankenkassen – der Erlös verhandelt werden. Das vergleichsweise hohe Relativgewicht darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass erhebliche personelle Ressourcen für diese Therapie bereitgestellt werden müssen. Sowohl die Aufnahmeindikation als auch Umfang und Dauer der Therapie werden vom „Medizinischen Dienst der Krankenkassen“ (MDK) sehr kritisch geprüft.

#### Fragwürdige „Wirbelsäulenzentren“

Mit Recht wird häufig kritisiert, dass „Wirbelsäulenzentren“ aus dem Bodenschiefen, die weder über die notwendige Interdisziplinarität noch über einen konsentierten Kriterienkatalog verfügen [23]. Oft dienen diese nur als Portal für operative Interventionen an der Wirbelsäule und werden der multifaktoriellen Genese von Schmerzen keineswegs gerecht. Die „stationäre Komplexbehandlung“, die vorrangig aus Infiltrationen wie periradikulären Injektionen und Gerätetraining besteht, hat ebenso eine viel geringere Effektstärke als die multimodale Schmerztherapie nach den Richtlinien der Schmerzgesellschaften [24]. Der in diesem Bereich anzutreffende Aktionismus ist auch deswegen kontraproduktiv, da er patienteneigene Ressourcen ausklammert und durch paternalistisch vorgebrachte passive Therapieempfehlungen ersetzt.

#### Struktur und Qualität schmerztherapeutischer Einrichtungen

Mehrere Autoren erhoben deutschlandweit Strukturdaten von ambulant tätigen Schmerzeinrichtungen. Dabei wurde festgestellt, dass es in den letzten Jahren zu einer deutlichen Zunahme insbesondere von Klinikambulanzen gekommen ist. Obwohl 80% der Einrichtungen angaben, multimodal zu behandeln, lag der Anteil der teilnehmenden

Einrichtungen mit psychologischer und physiotherapeutischer Qualifikation nur bei 2% (Praxis) bis 4,9% (Klinikambulanz). Damit werden die Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie häufig nicht erfüllt. Lindena et al. [25] untersuchten die klinische Versorgungsstruktur. 32% der Kliniken gaben an, ein schmerztherapeutisches Angebot vorzuhalten. Art und Umfang divergierten jedoch erheblich. Kombinationen aus stationären und/oder teilstationären und/oder ambulanten Programmen wurden nur bei 14 von 29 medizinischen Fakultäten angeboten.

Perspektivisch werden daher dringend Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Prozess- und Strukturqualität benötigt. Im Bereich akute Schmerzen existieren verschiedene Zertifizierungen, wie zum Beispiel Certcom. Für chronische Schmerzen existieren die Zertifizierung als Algesiologe sowie im ambulanten Bereich die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie der KV. Darüber hinaus ist mit dem Projekt Kedoq ([www.kedoq.de](http://www.kedoq.de)) ein zukunftsweisendes System der Qualitätssicherung und Dokumentation auf dem Markt, das unter anderem auch ein (anonymes) Benchmarking zulässt.

Konsequenterweise wird von manchen Autoren daher eine Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen gefordert. So könnte zwischen einem Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin, einem interdisziplinären Kopf- oder Rückenschmerzzentrum, einer Praxis für spezielle Schmerztherapie und einer Praxis mit qualifizierter Schmerztherapie differenziert werden [26]. Es ist zu erwarten, dass die Kategorie der Institution zu einem späteren Zeitpunkt auch Auswirkungen auf die Vergütung im KV- und im DRG-System haben wird. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass von Seiten einiger Klinikgeschäftsführungen in den letzten ein bis zwei Jahren auf den raschen Aufbau einer multimodalen Therapie gedrungen wird, die der geeignete meist anästhesiologische oder orthopädische leitende Arzt dann quasi „nebenher“ durchführen soll. Zwar sind aus Patientensicht eine Erweiterung des Angebots und auch mehr Wettbewerb eindeutig zu

befürworten, allerdings ist nach unseren Erfahrungen eine derartige „Nebentätigkeit“ oft nicht mit einer hohen Prozess- und Ergebnisqualität der multimodalen Therapie vereinbar.

#### Fazit für die Praxis

In Deutschland ist ein Miteinander aus Über- und Unterversorgung bei Patienten mit chronischen Schmerzen im allgemeinen und Rückenschmerzen im besonderen zu konstatieren. Die ambulante Regelversorgung ist wie auch die meist orthopädisch indizierte „Spritzenkur“ von der Effektstärke und von der Nachhaltigkeit des Therapieerfolges einer stationären oder teilstationären multimodalen Schmerztherapie signifikant unterlegen.

Die multimodale Therapie basiert auf einer präzisen Schmerzdiagnose. Neurologen und Psychiater können nur ermuntert werden, sich hier in die korrekte Differenzialdiagnose und Therapie mit ihrer Fachkompetenz mehr einzubringen. Bislang durchlaufen nur wenige Neurologen die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ oder beteiligen sich in Form von regionalen Schmerzkongressen an der Therapie chronisch Schmerzkranker. Die Zusatzweiterbildung kann innerhalb eines Jahres in einer ermächtigten Einrichtung erlangt werden, wobei die Beschäftigung durch eine meist sehr gute interdisziplinäre Teamatmosphäre und flexible Teilzeitmodelle gerade auch jungen Kolleginnen entgegenkommt. Ein stärkeres Einbringen nervenärztlicher Kompetenz würde die Struktur- wie auch der Ergebnisqualität der ambulanten und stationären Schmerztherapie verbessern und die – von den Leitlinien geforderte – gelebte Interdisziplinarität zum Wohle des Patienten um einen wichtigen Beitrag bereichern. □

#### LITERATUR

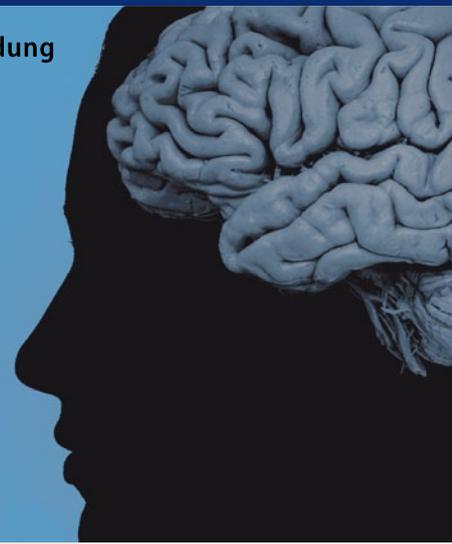
[www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

#### Dr. med. Andreas Böger

Chefarzt Klinik für Schmerzmedizin  
 Facharzt für Neurologie, Psychiatrie  
 und Psychotherapie  
 Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel  
 Hansteinstr. 29, 34121 Kassel  
 E-Mail: [Boeger@rkh-kassel.de](mailto:Boeger@rkh-kassel.de)

## Literatur

1. Cima M, Hollnack S, Kremer K, Knauer E, Schellbach-Matties R, Klein B, Merckelbach H. Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome – Die deutsche Version des „Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS., Nervenarzt 2003, Vol. 74, 977-986.
2. Bach O. Sigbert Ganser-ein bedeutender sächsischer Psychiater. Ärzteblatt Sachsen 4/2013. 164-165.
3. Butzke I F, Hofmann F, Offinger A, Stanga Z. Das Ganser-Syndrom: Scheinblödsinn oder Konversionsstörung? Schweiz Med Forschung 2005;5:299-300.
4. WHO. The tenth revision of the International Classification of Diseases and related health problems (ICD-10). Geneva: World Health Organization; 1992.
5. Slick D, Sherman EMS, Iverson G L. Diagnostic criteria für malingered neurocognitive dysfunction: proposed standards for clinical practice and research. The clinical neuropsychologist 1999, Vol 13, N0 4, 454-561.



## Psychiatrische Kasuistik

# Das Ganser-Syndrom: eine „ungewöhnliche Demenz“

### Anamnese

Der 51-jährige Herr M. stellte sich im Dezember 2012 erstmalig in der universitären Gedächtnisambulanz in Begleitung seiner Ehefrau vor. Der Patient gab an, dass er am Tag der Vorstellung einen Rentenantrag eingereicht habe. Im Anamnesegespräch wurde zunächst über eine seit eineinhalb Jahren langsam fortschreitende und seit einigen Wochen deutlich progrediente Gedächtnisstörung berichtet. Es bestünden auch örtliche Orientierungsstörungen und der Patient habe jüngst den Weg nach Hause nicht mehr gefunden. Weitere fremdanamnestisch durch die Ehefrau berichtete Einschränkungen bestanden im Bereich der alltagspraktischen Fertigkeiten sowie im Bereich der Organisation alltäglicher Angelegenheiten wie Haushalt und Finanzen. Weiterhin hätte der Patient das Autofahren aufgegeben. Bezüglich der Sprache fielen Wortfindungsstörungen wie auch Formulierungsschwierigkeiten auf.

### Psychiatrische Vorgeschichte

Bei dem Patienten besteht eine attestierte Arbeitsunfähigkeit seit dem Sommer 2009. Damals sei ein Bandscheibenprolaps im Bereich der Lendenwirbelsäule aufgetreten, mit konsekutivem chronischem Schmerzsyndrom ohne neurologische Ausfälle. Obwohl die behandelnden Ärzte eine Besserung der Schmerzen im Krankheitsverlauf versprochen hätten, sei diese nicht eingetreten. In diesem Kontext sei es zu einer zunehmend depressiven Stimmung gekommen, geprägt von Insuffizienzerleben, Stimmungsschwankungen und Zukunftssorgen. Der Patient gibt an, zu Beginn 2012 habe er eine Maßnahme

zur Wiedereingliederung in den erlernten und zuletzt ausgeübten Beruf abgebrochen. Darauf folgend sei erneut eine ausgeprägte depressive Symptomatik aufgetreten. Der Patient habe daraufhin ab April 2012 eine ambulante Psychotherapie begonnen. Von Oktober bis November 2012 habe er sich in vollstationäre psychosomatische Behandlung begeben, zunächst aufgrund depressiver Niedergeschlagenheit. Im Verlauf sei jedoch eine so ausgeprägte Desorientierung aufgetreten, dass eine Verlegung in die vollstationäre Behandlung der Neurologie erfolgte.

Angaben aus dem Arztbrief der neurologischen Abteilung, Befund bei Aufnahme: „Wacher, nicht orientierter Patient mit leichten mnestischen Defiziten, Altgedächtnis ist stark eingeschränkt (Helmut Kohl sei aktueller Bundeskanzler). [...] Orientierende neuropsychologische Testung: „Im Vergleich der Untertests wird deutlich, dass Herr M. sehr unterschiedliche und inhaltlich nicht einheitlich kohärent einander entsprechende oder ergänzende Ergebnisse aufweist. [...] Zusammengefasst gesagt, gibt es keinen Hinweis auf eine kognitive Leistungseinschränkung im demenziellen Sinne.“ Beurteilung: „Hier durchgeführte Untersuchungen [...] erbrachten keinen wegweisenden Befund, insbesondere zeigte sich kein Anhalt für eine rasch progrediente Demenz.“

### Familienanamnese

Keine Geschwister, Mutter mit etwa 70 Jahren an Krebserkrankung verstorben. Vater: demenzielle Entwicklung ab dem 58. Lebensjahr, laut Mutter des Patienten Alzheimer-Erkrankung, zudem vaskuläre Erkrankungen.

### 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 12/2013

**N:** Zunehmende Gangstörung mit Monospastik

NT 1/2014

**P:** Depression: Multimorbider Patient mit Komplikationen

NT 2/2014

**N:** Wenn sich der Prolaps spontan auflöst

NT 3/2014

**P:** „Stehen geblieben“ – Ullrich-Turner-Syndrom

NT 4/2014

**N:** Langsam zunehmendes Zittern im Alter

NT 5/2013

**P:** PTBS nach Foltererfahrung im Krisengebiet

NT 6/2013

**N:** Rezidivierende Tumore: entzündlich oder vaskulär?

NT 7–8/2013

**P:** Das Ganser Syndrom: eine „ungewöhnliche Demenz“

Das Online-Archiv finden Sie auf den Homepages der Berufsverbände unter [www.bvdn.de](http://www.bvdn.de)  
[www.neuroscout.de](http://www.neuroscout.de)  
[www.bv-psychiater.de](http://www.bv-psychiater.de)



**Substanzmittelanamnese**

Nikotin: bis November 2012 fünf Zigarillos/d. Alkohol: über mindestens fünf Jahre eine Flasche Wein/d, seit Oktober 2012 weitestgehend abstinent.

**Soziale Anamnese**

Der Patient ist seit etwa 20 Jahren verheiratet, keine Kinder. Schulbildung: mittlere Reife, Abbruch der Schule kurz vor dem Abitur. Ausbildung zum Kaufmann (1982 bis 1985).

Seit 2009 ruhe die Arbeitstätigkeit aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit (initial Bandscheibenprolaps mit im Verlauf chronischer Schmerzsymptomatik und zunehmend depressiver Stimmung).

**Somatische Anamnese**

Zustand nach Bandscheibenprolaps 2009, arterieller Hypertonus (4. Januar 2013 RR: 140/80 mmHg), chronisches Schmerzsyndrom der LWS.

**MRT des Kopfes (November 2012)**

Leichte generalisierte Atrophie mit in Ansätzen fronto-temporaler Betonung, symmetrische Erweiterung der Vir-

chow-Robinschen Räume. Keine Hippocampusatrophie, kein Makroinfarkt, keine Raumforderung (Abb. 1a–c).

**Befunde bei Vorstellung in unserer Klinik (ambulant und teilstationär)**

**Liquordiagnostik (Februar 2013)**

Unauffällige Basisparameter: keine Zellzahlzahlerhöhung, keine Schrankenstörung. Unauffällige Neurodegenerationsparameter: t-TAU 310 pg/ml,  $\beta$ -Amyloid1-42 1449 pg/ml, Ratio ( $A\beta$ 1-42/  $A\beta$ -40) 0.078.

**PET-CT Hirn mit 234 MBq F18-FDG (Februar 2013)**

Unauffällige FDG (Fluorodesoxyglucose)-Anreicherung im Neokortex sowie in den Basalganglien beider Hemisphären. Kein Nachweis von Speicherdefekten oder fokalen Minderanreicherungen (Abb. 2a–c).

**Psychopathologischer Befund**

Wach, zur Person und Situation voll orientiert, zur Zeit schlecht und zum Ort teilweise orientiert, leicht ablenkbar, leicht verminderte Konzentration und

Aufmerksamkeit, im formalen Gedankengang etwas weitschweifig und zerfahren, keine inhaltlichen Denkstörungen, sozialer Rückzug, Antriebsstörung, im Kontakt oft devot, vereinzelt aggressive Durchbrüche, sozial inadäquates Verhalten („rülpsen“ vor anderen Leuten, erzähle im Kino laut mit), Affektlabilität, emotional infantil anmutende Reaktionen, Insuffizienzgefühle, klagsam, gelegentlich Lebensüberdrussgedanken.

**Neurologischer Untersuchungsbefund**

Hirnnerven: ohne pathologischer Befund (o.p.B), Motorik und Reflexe: o.p.B, Sensibilität: o.p.B, Koordination: o.p.B.

**Verhalten bei der Ergotherapie während teilstationärer Aufnahme**

Zu Beginn zeigt der Patient ein deutlich ausgeprägt infantiles Verhalten, sowohl in Bezug auf die Sprache als auch in Bezug auf seine Handlungen. Zum Beispiel ging er grobmotorisch und betont ungeschickt mit Werkzeugen um. Im Laufe der Intervention machte es den Eindruck, als ob dieses Verhalten in den Hintergrund rückt und der Patient adäquat spricht und handelt.

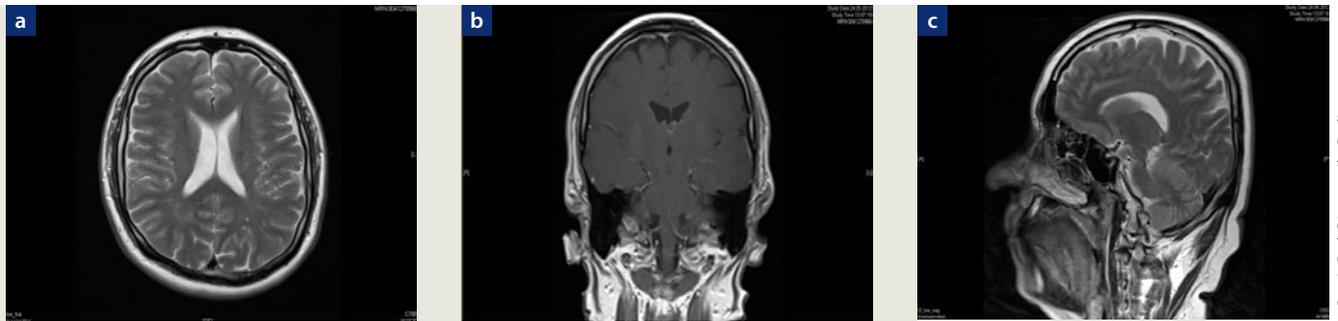


Abb. 1a–c: MRT-Kopf (5/2014) (Mit freundlicher Genehmigung der Praxis Radiologische Diagnostik, Kapweg 3 in 13405 Berlin).

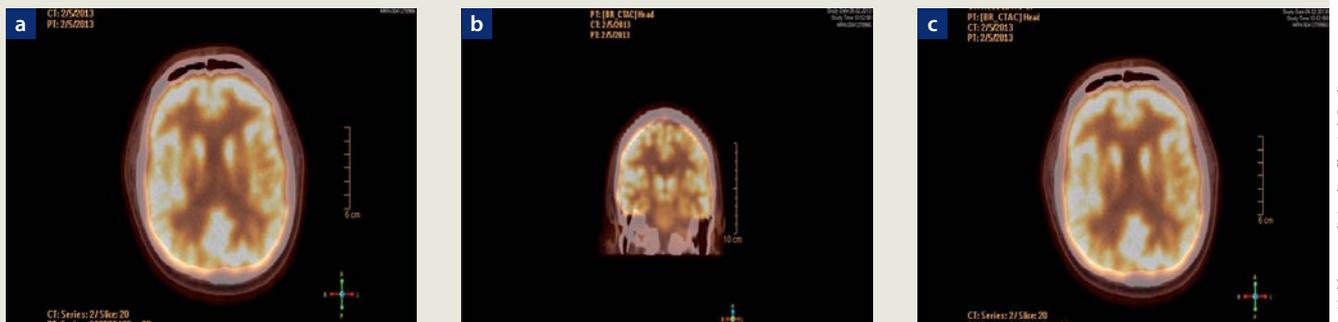


Abb. 2a–c: PET-CT Hirn (2/2013) (Mit freundlicher Genehmigung der Nuklearmedizin der Charité)

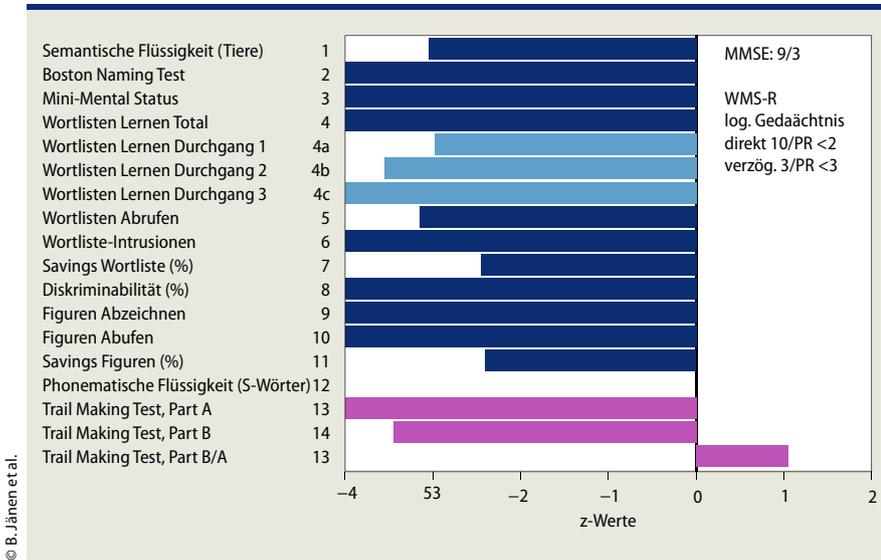


Abb. 3: Psychometrische Testung mit der CERAD-Testbatterie in Kombination mit dem Untertest logisches Gedächtnis des WMS-R.

**Neuropsychologische Testung (Januar 2013)**

Anfang Januar 2013 erfolgte eine erste psychometrische Testung mit der CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease)-Testbatterie in Kombination mit dem Untertest logisches Gedächtnis des WMS-R (Wechsler Memory Scale – Revised Edition). Herr M. war in der Testung durchweg wach und konzentriert. Insbesondere verstand er alle Testinstruktionen auf Anhieb. Die Leistungen waren jedoch alle weit unterdurchschnittlich (z-Werte zwischen -2,4 und -9,4) und wären in ihrer Ausprägung vereinbar mit einem mittelschweren bis schweren demenziellen Syndrom (Mini-Mental-Status-Test [MMSE] Gesamt 9/30, Orientierung 3/10) (Abb. 3). Bei genauerer Betrachtung der Untertests fiel auf, dass der Patient beim Schreiben des Satzes im MMSE Defizite im Schriftbild aufwies und auch sehr untypische Rechtschreibfehler beging (z. B. „Diy“ statt „die“). Zudem war das Schriftbild beim Einzeichnen der Uhr im Uhrentest unauffällig. Die Ziffern der Uhr standen visuell-räumlich fast richtig, nur deren Reihenfolge erschien willkürlich (Abb. 4). Weitere widersprüchliche Ergebnisse fanden sich beim Abzeichnen von Figuren und Abrufen in der CERAD-Testbatterie. Daher wurde zur Validierung der Ergebnisse

etwa drei Wochen später erneut die gleiche Testung durchgeführt, in der sich der Patient deutlich verbesserte und nun Defizite zeigte, die mit einem mittelschweren demenziellen Syndrom vereinbar wären (MMSE Gesamt 14/30, Orientierung 5/10). Im CERAD verbesserte sich der Patient mit Ausnahme der semantischen Flüssigkeit in allen Untertests signifikant (Verbesserungen im z-Wert zwischen 1,0 und 2,8). Inkonsistenzen bei differenzierter Betrachtung der Untertests blieben bestehen (beispielsweise zeichnete Herr M. beim Abzeichnen von Figuren die sich überlappenden Rechtecke so, als habe er die Gestalt der Rechtecke nicht erkannt, hatte jedoch fast keine Schwierigkeiten, einen dreidi-

mensionalen Würfel abzuzeichnen). Zur Beschwerdevalidierung wurde daraufhin der SIMS (Strukturierter Fragebogen simulierter Symptome) durchgeführt [1], ein Selbsteinschätzungsfragebogen, in dem der Proband in Bezug auf 75 Symptome aus fünf Skalen (z. B. affektive Störung, Psychose, amnestische Störung) einschätzen soll, ob diese bei ihm vorliegen. Das Prinzip des Fragebogens beruht auf der Tatsache, dass jedes einzelne der Symptome nur sehr selten ist und damit das Vorliegen vieler Symptome sehr unwahrscheinlich. Ergebnisse dieses Fragebogens können nicht für sich allein beurteilt werden, sondern werden immer im Kontext aller Daten aus Diagnostik und Anamnese betrachtet. Herr M. erzielte einen Gesamt-SIMS-Wert von 49 Punkten (Cut off > 16) und auf der Subskala amnestische Störung einen Wert von zwölf Punkten (Cut off > 2).

**Beurteilung und Diskussion**

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Inkonsistenzen in der psychometrischen Testung sowie der Diskrepanz zwischen kognitiven Defiziten und dem unmittelbaren Verständnis aller Testinstruktionen sind die Ergebnisse als unplausibel und damit nicht valide einzuschätzen. Insbesondere konnten unter Hinzuziehung mehrerer diagnostischer Verfahren keine neurobiologischen Hinweise gefunden werden, dass eine chronische neurodegenerative Erkrankung vorliegt. Die Beurteilung einer nicht neurodegenerativen Genese der Defizite wird zusätzlich durch die Verhaltensbeobachtungen im teilstationären Kontext gestützt. Bei fehlender Konstanz der kog-



Abb. 4: Schriftbild im MMSE.

nitiven Defizite, klinisch untypischem zeitlichen Verlauf für eine chronisch neurodegenerative Erkrankung mit konsekutivem demenziellen Syndrom sowie fehlendem Anhalt für das Vorliegen einer organischen oder psychotischen Erkrankung kann die Diagnose einer Demenzerkrankung nicht gestellt werden.

Unter Einbezug der Ergebnisse des SIMS gingen wir im vorliegenden Fall am ehesten von einer Konversionsstörung im Sinne eines Ganser-Syndroms aus. Dieses wurde um 1897 erstmalig von dem deutschen Psychiater Dr. Sigbert Joseph Maria Ganser (1853–1931) aus Dresden beschrieben [2]. Zentrale psychopathologische Symptome, welche Ganser damals im Rahmen seiner Tätigkeit als Psychoneurologe in Halle beschrieb, war ein Symptomkomplex bestehend aus Vorbeireden, bei dem der Patient bei vermutetem Verstehen der Frage diese mit stets ungefähr richtiger Antwort beantwortet (in unserem vorliegenden Fall etwa die Rechenaufgabe 2+2 ergibt 5). Weiterhin bestehe eine Orientierungsstörung zu Zeit und Ort,

zeitweise auch zur Person bei fehlender Verwirrtheit in Verbindung mit Gedächtnisverlust, psychogenen Anfällen sowie wechselnde und situationsabhängige Bewusstseintrübung ohne sonstiges objektivierbares Defizit. [3].

Differenzialdiagnostisch ist unter anderem eine depressive Pseudodemenz in Erwägung zu ziehen. Im aktuellen ICD-10 ist das Ganser-Syndrom als komplexe Störung definiert, die unter Umständen eine psychogene Ätiologie nahe legend auftritt und durch Vorbeiantworten und dissoziative Symptome gekennzeichnet ist (eingeordnet mit der Ziffer F44.80) [4]. Abgegrenzt werden muss hierzu die Simulation. Deskriptiv bestehen am ehesten Hinweise über das Vorliegen von zum Teil dissoziativ und hysterischen Mechanismen.

Im Rahmen des teilstationären Aufenthaltes werteten wir eine Diskrepanz zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung und dem Verhalten des Patienten im Verlauf als Hinweis für das Vorliegen einer dissoziativen Störung. Trotz erheblicher Defizite in der Orien-

tierung im Rahmen der neuropsychologischen Testung zeigte der Patient zum Beispiel während des teilstationären Aufenthaltes keinerlei räumliche Orientierungsschwierigkeiten. Über die Qualität der Bewusstseinsnähe lassen sich keine ausreichenden Aussagen machen. Dieses war im therapeutischen Rahmen nicht endgültig zu klären. Hinweise hierzu können insbesondere das Vorliegen eines gegebenen äußeren Anreizes (im Fallbeispiel Rentenanspruch) wie auch ein primärer und/oder sekundärer Krankheitsgewinn sein. Zur weiteren Einschätzung sei hier auf die von Slick dargestellten Entscheidungskriterien verwiesen [5]. □

#### LITERATUR

[www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

**Dr. med. Britta Jänen**

**Dipl. Psych. Arne Klostermann**

**PD Dr. med. Oliver Peters**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Charité, Campus Benjamin Franklin

Eschenalle 3, 14050 Berlin

E-Mail: [britta.jaenen@charite.de](mailto:britta.jaenen@charite.de)

## Fragen und Lösungen

### Frage 1

Welches sind typische Symptome eines Ganser-Syndroms?

- Orientierungsstörungen
- Vorbeireden
- Parkinson-Syndrom
- Fakultativ Sinnestäuschungen
- Fokal neurologisches Defizit

### Lösung

Richtig sind die Antworten a, b, d.

### Frage 2

Als was wird das Ganser-Syndrom nach ICD-10 klassifiziert?

- Simulation
- Schwere depressive Episode
- Wahnhafte Störung
- Dissoziative Störung
- Organisch affektive Störung

### Lösung

Richtig ist die Antwort d.



Weitere Infos auf [springermedizin.de](http://springermedizin.de)

### Strukturierter Fragebogen simulierter Symptome

Dieser Artikel beschreibt die psychometrischen Eigenschaften des Strukturiereten Fragebogens „Simulierter Symptome“ (SFSS), ein Instrument zur Messung von Simulation. Der SFSS wurde einer heterogenen Stichprobe forensischer Patienten und Studenten vorgelegt. Die Ergebnisse zeigten, dass der SFSS eine adäquate Stabilität und interne Konsistenz hat und eine wertvolle Screening-Methode zur Entdeckung vorgetäuschter psychiatrischer Symptome ist ([111694](#)).

### Demenz: Nicht nur vom Alzheimer-Typ

Das Verständnis der Erkrankungen, die mit kognitiven Defiziten assoziiert sind, hat bedeutende Fortschritte gemacht. Allerdings ist trotz intensiver Forschungsbemühungen noch kein therapeutischer Durchbruch gelungen. Die Alzheimer-Erkrankung ist keineswegs die einzige Form der Demenz. Die zum Teil recht unterschiedliche Symptomatik der jeweiligen Krankheitsbilder erfordert für die richtige Zuordnung klinische Sensibilität, differenzialdiagnostisches Wissen und interdisziplinäre Kooperation. An die Anamnese und körperliche Untersuchung sollte sich eine ausführliche neuropsychologische Testung anschließen ([2880172](#)).

Diese Artikel finden Sie, indem Sie den Titel oder die (in Klammern gesetzte) ID-Nummer in die Suche eingeben.

# Literatur

1. Müller-Schwefe GHH (2013): Eindimensionale Schmerztherapie ist out. *Schmerzmedizin* 29:2-3
2. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006): Survey of chronic pain in Europe. Prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain* 10(4):287-333.
3. von Korff M (1994): Studying the natural history of back pain. *Spine* 33:508-514
4. Schiltewolf P, Hennigsen P (2006): *Muskuloskeletale Schmerzen*. Dtsch Ärzte-Verlag, Köln
5. Schneider S, Schiltewolf M, Zoller S et al. (2005): The association between social factors, employment status and self reported back pain. *J Public Health* 13:30-39
6. Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B (2009): Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain* 13:280-286
7. Baumeister H, Knecht A, Hutter N (2012): Direct and indirect costs in persons with chronic back pain. *J Psychosom Res* 73:79-85
8. Jarvig JG, Hollingworth W, Heagerty PJ et al. (2005): Three-year incidence of low back pain. *Spine* 30:1541-1549
9. Chou R, Shekelle P (2010): Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA* 303:1295-1302
10. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ et al. (2011): Early identification and management of psychological risk factors in patient with low back pain. *Phys Ther* 91:737-753
11. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA et al. (2009): Overtreating chronic back pain. *J Am Board Fam Med* 22:62-68
12. Ueberall M, Nolte T, Müller-Schwefe GHH, Kletzko H: Economic results & perspectives of an integrated health care concept for chronic (low) back pain patients. Poster IASP Montreal 2010
13. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J et al. (2007): Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy. *Lancet* 370:1638-1643
14. Scharnagel R, Kaiser U, Schütze A, Heineck R, Grossrau G, Sabatowski R (2013): Chronic non-cancer-related pain. *Schmerz* 27:7-19
15. Werber A, Schiltewolf M (2012): Chronische Rückenschmerzen. *Nervenarzt* 83:243-258
16. Arnold B, Brinkschmidt T, Casser R et al. (2009): Multimodale Therapie – Konzepte und Indikation. *Schmerz* 23:112-120
17. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K et al. (2001): Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 322:1511-1516
18. Nagel B, Korb J (2009): Multimodale Therapie des Rückenschmerzes. *Orthopäde* 38:907-912
19. Küchler A, Sabatowski R, Kaiser U (2012): Veränderungsmotivation bei Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen. *Schmerz* 26 (Suppl. 1):124
20. Sabatowski R, Kaiser U (2012): Multimodal pain therapy – an established procedure? *Schmerz* 26(6):644-6.
21. Rothmann MG, Ortendahl M, Rosenblad A, Johansson AC (2012): Improved quality of Life. after a pretreatment multimodal assessment method. *Clin J Pain*
22. Nagel B, Pflingsten M, Brinkschmidt T et al. (2012): Struktur- und Prozeßqualität multimodaler Schmerztherapie. *Schmerz* 26:661-669
23. Rashbaum RF, Block AR, Ohnmeiss DD (2010): *Spine Clinics*. In Fishmann et al. (Hrsg) *Bonica's Management of Pain*. 4th ed. Lippincott Williams&Wilkins, Baltimore
24. Niemier K (2012): Langzeiteffekte interventioneller Behandlungen von chronischen Schmerzen des Bewegungssystems. *Schmerz* 26:185-191
25. Lindena G, Hildebrandt J, Diener HC et al. (2004): Schmerztherapeutische Angebote an Kliniken in Deutschland. *Schmerz* 18:10-16
26. Sabatowski R, Maier C, Willweber-Strumpf A, Thomm M, Nilges P, Kayser H, Casser R (2011): Empfehlungen zur Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen in Deutschland. *Schmerz* 25:368-376

## Epilepsie

# Akut symptomatische Anfälle

Anfälle, die in einem kausalen Zusammenhang mit einer relevanten systemischen Pathologie oder einer Pathologie des ZNS stehen, werden als akut symptomatisch bezeichnet. Im klinischen Alltag sind sie ein häufiges Phänomen und machen 40% aller epileptischen Anfälle aus. Es ist essenziell, potenzielle Auslöser zu kennen und zu identifizieren, da neben der Diagnose und der Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung die Abgrenzung zu unprovokierten Anfällen im Rahmen einer Epilepsie in Hinblick auf Therapie und Prognose entscheidend ist.

BARBARA SCHMALBACH, NICOLAS LANG, KIEL



Die Ursache eines epileptischen Anfalls sollten mit bildgebenden Verfahren wie CT in der Notfallsituation und MRT im Verlauf, sowie mit EEG untersucht werden.

**E**pilepsien sind heterogene Erkrankungen des Gehirns mit einer weltweiten Prävalenz von etwa 0,5–1% [1]. Sie sind definiert durch das wiederholte Auftreten von epileptischen Anfällen ohne erkennbare Ursache (unprovizierte Anfälle) [2]. Ein erster epileptischer Anfall muss jedoch nicht zwangsläufig der Beginn einer Epilepsie sein.

Akut symptomatische Anfälle können bei Epilepsiepatienten und bei Menschen auftreten, die nicht an einer Epilepsie leiden sowie keine Anzeichen für eine Disposition zur Epilepsie haben. Sie stehen in kausalem Zusammenhang mit systemischen Veränderungen wie Elektrolytstörungen, Hypo-, oder Hyperglykämien, Alkoholentzug, Intoxikationen oder Medikamenteneinnahme. Darüber hinaus werden aber auch Anfälle als akut symptomatisch bezeichnet, die im Rahmen von akuten Erkrankungen des Gehirns auftreten wie Schlaganfälle, Hirnblutungen, Sinus- oder Hirnvenenthrombose, Schädelhirntraumata, anoxische Enzephalopathie, Infektionen, PRES (posteriores reversibles Enzephalopathiesyndrom) und Eklampsie. Somit handelt es sich bei akut symptomatischen Anfällen um Anfälle, die gleichzeitig oder in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit einer systemischen Pathologie oder einer Pathologie des ZNS auftreten, die metabolisch, toxisch, strukturell, infektiös oder entzündlicher Genese sein kann [3]. Der enge zeitliche Zusammenhang gilt nach vorherrschender Meinung bei Schlaganfällen, Anoxie und Schädel-Hirn-Traumata als erfüllt, wenn der Anfall innerhalb einer Woche nach dem Akutereignis aufgetreten ist. Bei einer Infektion oder Entzündung des ZNS gilt ein zeitlicher Zusammenhang, wenn der Anfall während der akuten Phase der Erkrankung auftritt oder innerhalb von 24 Stunden nach schwerer metabolischer Störung oder Elektrolytstörung, bei Alkoholentzugsanfällen innerhalb von sieben bis 48 Stunden nach dem letzten Alkoholgenuß [3]. Ein akut symptomatischer Anfall sollte, sofern die Kriterien zutreffen, auch dann als ein solcher klassifiziert werden, wenn bereits eine Epilepsie besteht [3]. „Gelegenheitsanfall“ ist ein häufig eingesetzter aber unschärferer Begriff, der zusätzlich noch Fieberkrämpfe und situationsgebundene Anfälle etwa durch Schlafentzug oder Stress hervorgerufene Anfälle einschließt. Die „Internationale Liga gegen Epilepsie“ (ILAE) empfiehlt den Begriff „akut symptomatisch“ zu verwenden, da sowohl benigne als auch komplizierte Fieberkrämpfe Symptome spezieller Epilepsien mit großer genetischer Diversität sein können [4]. Auch isoliert provozierte Anfälle können in Situationen (z. B. durch Stress) auftreten, die üblicherweise keine epileptischen Anfälle hervorrufen und daher vermutlich besonders solchen genetischen Epilepsien zuzuordnen sind, welche ein zu geringes epileptogenes Potenzial besitzen, um unprovizierte Anfälle hervorzurufen [5]. Die Schwierigkeit der Zuordnung eines Anfalls zu der Gruppe der akut symptomatischen Anfälle besteht darin, sich zu entscheiden, ob die Schwere des auslösenden Faktors (metabolisch, toxisch etc.) ausreicht, um als provozierender Faktor angenommen zu werden [6]. In der derzeit gültigen ILAE-Klassifikation sind akut symptomatische Anfälle nicht explizit aufgenommen, sondern fallen in die Gruppe der „Anfälle, die nicht notwendigerweise der Diagnose einer Epilepsie bedürfen“ [7]. Die Abgrenzung zu unprovizierten Anfällen ist aufgrund der unterschiedlichen therapeutischen Maßnahmen und der unterschiedlichen Prognose wichtig.

## Ursachen, Epidemiologie und Semiotik

Die Hauptursachen akut symptomatischer Anfälle sind zerebrale Ischämien und Blutungen (16%), Schädelhirntraumata (16%), zerebrale Infektionen (15%), Einnahme von prokonvulsiven Medikamenten, Alkohol oder illegalen Drogen (14%), metabolische Entgleisungen und Elektrolytstörungen (9%), Enzephalopathien (5%) oder Eklampsie (2%) (Tab. 1) [8].

Akut symptomatische Anfälle machen 40% aller epileptischen Anfälle sowie 50–70% aller Status epileptici aus. Akut symptomatische Anfälle treten vor allem bei sehr jungen und sehr alten Personen auf [8], das Risiko ist für Männer doppelt so hoch wie für Frauen, was an der Verteilung der zugrunde liegenden Erkrankungen liegt.

Semiologisch handelt es sich am häufigsten um generalisiert tonisch-klonische Anfälle (GTKA), daneben kommen aber auch fokale Anfälle mit oder ohne Bewusstseinsstörung sowie vereinzelt tonische Anfälle vor. Primär generalisierte Anfallsformen wie Absencen und Myoklonien hingegen sind fast immer Ausdruck einer Epilepsie. Treten provozierte Anfälle als fokale Anfälle auf, gehen sie häufig in sekundär generalisierte Anfälle über.

## Diagnostik und Therapie

Ein erster epileptischer Anfall bei einem Erwachsenen sollte immer eine sorgfältige Untersuchung nach sich ziehen, die insbesondere darauf abzielt, Provokationsfaktoren zu evaluieren und das Risiko der Entwicklung einer Epilepsie zu bestimmen. Routineuntersuchungen in der Notfallambulanz umfassen die Bestimmung von Elektrolyten, des Blutzuckers und des Blutbildes [9, 10]. Unter Umständen sind toxikologische Untersuchungen geeignet. Es sollten bildgebende Verfahren mit CT in der Notfallsituation und MRT im Verlauf erfolgen sowie ein oder besser mehrere EEG. Eine Lumbalpunktion ist bei einem Verdacht auf eine entzündliche oder infektiöse Genese indiziert, wobei eine leichte Pleozytose im Liquor auch durch eine längere Anfallsaktivität bedingt sein kann [11].

Die Effektivität der Behandlung akut symptomatischer Anfälle hängt maßgeblich von der Identifizierung und Behandlung der ursächlichen Erkrankung ab. Eine antiepileptische Behandlung kann in der akuten Phase, solange die Grunderkrankung nicht behandelt ist, notwendig sein. Eine längerfristige Behandlung mit Antiepileptika ist jedoch nicht gerechtfertigt.

**Tab.: 1 Ursachen von epileptischen Anfällen (zirka in %)**

Epilepsien	60%
Akut symptomatische Anfälle	40%
davon	
Schlaganfälle/zerebrale Blutungen	16%
Schädelhirntraumata	16%
Zerebrale Infektionen	15%
Prokonvulsive Medikamente/Alkohol/illegale Drogen	14%
Metabolische Entgleisungen/Elektrolytstörungen	9%
Enzephalopathien	5%
Eklampsie	2%

tigt. Es liegt keine Evidenz vor, dass eine antikonvulsive Behandlung in der Akutphase einen modifizierenden Einfluss auf das Entstehen einer Epilepsie hat [12].

Im Folgenden werden detailliert Ursachen akut symptomatischer Anfälle beschrieben, die im Rahmen von systemischen Einflüssen oder Pathologien auftreten. Akut symptomatische Anfälle im Rahmen von ZNS-Erkrankungen werden in diesem Zusammenhang nicht weiter diskutiert.

### Medikamente

Akut symptomatische Anfälle können durch den Gebrauch oder im Entzug von Medikamenten auftreten. Das Risiko für von Medikamenten hervorgerufene Anfälle hängt von dem epileptogenen Potenzial des jeweiligen Medikamentes ab, von der absoluten Dosis und von Faktoren des Patienten, wie etwa vorausgegangenen Erkrankungen des ZNS oder renalen oder hepatischen Dysfunktionen [13]. Medikamente, die mit einem moderaten epileptogenen Risiko einhergehen sind Chlorpromazin, Clozapin, Maprotilin, Clomipramin, Bupropion, Pethidin, und Flumazenil [13]. Ein hohes Risiko für Anfälle hat eine Überdosis an zyklischen Antidepressiva, vor allem Maprotilin und Amoxapin [14], Theophyllin, Isoniazid, alkylierenden antineoplastischen Substanzen und Cyclosporin [13].

Besonders gut verstanden sind die Pathomechanismen der Induktion von Anfällen bei den sehr häufig eingesetzten Antibiotika. Besondere Vorsicht gilt für Risikogruppen wie Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion oder mit aktiver oder zurückliegender ZNS-Erkrankung. Zu den Antibiotika die epileptische Anfälle oder Status epilepticus hervorrufen können, gehören Cephalosporine der ersten, zweiten, dritten und vierten Generation [15], Penicilline (Oxacillin, Ampicillin und vor allem Benzylpenicillin haben ein großes epileptogenes Potenzial, Flucloxacillin kann Spikes und Polyspikes induzieren), Carbapenem, Chinolone und Polymyxine [16].

Pathophysiologische Mechanismen umfassen eine Inhibition am GABA-Rezeptor bei Penicillinen aufgrund der strukturellen Ähnlichkeit zwischen dem  $\beta$ -Lactam-Ring und dem GABA-Rezeptor [17]; Cephalosporine, Imipinem und Flurorchinolone sind Antagonisten am GABA-Rezeptor. Für einige Antibiotika, vor allem für Cephalosporine, wird ferner eine Aktivierung von Glutamat, eine verminderte Freisetzung von Cytokinen oder Induktion von Endotoxinen diskutiert [16, 18]. Durch Down-Regulation von GABA-Rezeptoren entstehen vermutlich Anfälle nach plötzlichem Absetzen von Barbituraten, Benzodiazepinen und anderen Sedativa wie Chloralhydrat, Meprobamat und Zolpidem [19, 20, 21].

### Alkohol

Akut symptomatische Anfälle können sowohl bei akuter Alkoholintoxikation als auch bei Alkoholentzug entstehen. Ein Drittel aller Anfälle, die zu einer notfallmäßigen Vorstellung führen, sind durch Alkohol verursacht [22]. Wichtige Kriterien zur Klassifikation von Anfällen als Alkoholentzugsanfälle sind chronischer Alkoholabusus in der Vorgeschichte, gegenwärtiger Alkoholabusus mit kürzlicher Reduktion der Trinkmenge sowie generalisiert tonisch-klonische Anfälle mit weiteren neurologischen Symptomen des Entzuges wie Tremor, Schwitzen und Ta-

chykardie. Der Anfall sollte sieben bis 48 Stunden nach dem letzten Alkoholgenuß aufgetreten sein [3]. Alkoholentzugsanfälle treten entweder isoliert, in kurzen Clustern oder in < 10% als Status epilepticus auf. Das interiktale EEG ist meist unauffällig [23]. Pathophysiologisch steht hinter dem Anfall ein plötzlicher Abfall des inhibitorischen Effektes von Alkohol auf NMDA-Rezeptoren und des agonistischen Effektes auf GABA-Rezeptoren bei zuvor aufgrund des chronischen Alkoholgenusses hochregulierten NMDA-Rezeptoren und herunterregulierten GABA-Rezeptoren [24]. Alkoholentzugsanfälle sollten prompt behandelt werden, da sie sich während des Entzuges mit einer Wahrscheinlichkeit von 13–24% wiederholen können [25]. Zur Prävention und Behandlung gibt es eine Evidenzgrad-A-Empfehlung für Benzodiazepine (Lorazepam oder Diazepam) [26], für die Wirksamkeit von Carbamazepin, Oxcarbazepin und Topiramid ergibt sich lediglich eine schwache Evidenz [27].

### Drogen

Drogen, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit akut symptomatische Anfälle hervorrufen können, sind Kokain und das aus Kokainsalz und  $\text{NaHCO}_3$  bestehende Crack sowie Amphetamin-ähnliche Stimulantien (Dextroamphetamin, Methamphetamin, Methylphenidat, Ephedrin) und die missbräuchliche Inhalation von Lösungsmitteln. Eine geringere Wahrscheinlichkeit besteht bei Halluzinogenen und PCP (angel dust); Heroin und Marijuana rufen in der Regel keine Anfälle hervor [3].

### Elektrolytstörungen

Die Homöostase von Elektrolyten ist essenziell für eine regelrechte Hirnfunktion. Veränderungen von Ionengradienten über zelluläre Membranen können indirekte oder direkte Effekte auf die Entladungen von Neuronen haben und damit epileptische Aktivität bahnen [28]. Elektrolytstörungen sind ein häufiges Phänomen im klinischen Alltag. Oft sind sie klinisch asymptomatisch und fallen erst bei Routinelaboruntersuchungen auf. Elektrolytstörungen können für ein sich rasch entwickelndes neurologisches Defizit mit epileptischen Anfällen verantwortlich sein [29]. Anfälle können aber auch das einzige Symptom sein. Wichtig ist jedoch bei Nachweis einer Elektrolytstörung im Rahmen eines ersten Anfalls, nicht weitere Ursachen zu übersehen.

Zur Identifikation akut symptomatischer Anfälle durch Elektrolytstörungen wurden mittels Literaturrecherche und epidemiologischer Untersuchungen obere und untere Grenzwerte definiert, wobei selbst die Autoren eine gewisse Beliebigkeit eingestehen (**Tab. 1**) [3]. Für die Praxis von Bedeutung ist, dass die Geschwindigkeit der Entwicklung der Elektrolytstörung entscheidend für das epileptogene Potenzial zu sein scheint. Die jeweiligen Elektrolytstörungen können in unterschiedlichem Ausmaß epileptische Anfälle hervorrufen. Besonders häufig sind Anfälle bei Patienten mit Hypo- oder Hypernatriämien, Hypocalcämien oder Hypomagnesiämien. Veränderungen des Kaliumhaushaltes hingegen rufen meist keine epileptischen Anfälle hervor [29].

Eine Hyponatriämie ist definiert als ein Serumnatrium von < 136 mmol/l, ab <120 mmol/l sind neurologische Symptome häufig [29]. Ursächlich kommen vor allem Nierenversagen, Diuretikatherapie, Herzinsuffizienz, Nebenniereninsuffizienz, Hypo-

thyreose, Diarrhoe, Leberzirrhose, Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH) oder eine extreme Wasserzufuhr in Frage. Anfälle bei einer akuten Hyponatriämie sind als Notfall anzusehen und erfordern eine Korrektur des Natriums, wobei ein zu rascher Ausgleich der Hyponatriämie zu einer zentralen pontinen Myolyse mit Pseudobulbärparalyse und spastischer Tetraparese führen kann [29]. Neurologische Symptome im Rahmen einer Hyponatriämie treten meist ab einem Serumnatrium von etwa 160 mmol/l auf. Zu epileptischen Anfällen kommt es vor allem im Rahmen einer Rehydrierung, sie entstehen entweder aufgrund fokaler Blutungen oder eines zerebralen Ödems. Daher ist in derartigen Fällen ein vorsichtiger Flüssigkeitsausgleich zu empfehlen [30]. Betroffen sind vor allem junge Patienten nach Gastroenteritiden und alte Patienten aufgrund zu geringer Flüssigkeitsaufnahme. Als weitere seltene Ursache kommen ein Diabetes insipidus oder strukturelle Läsionen im hypothalamischen Durstzentrum vor [29].

Eine Hypokalzämie kommt bei Patienten mit akutem Nierenversagen sowie akuter Pankreatitis vor, oder nach versehentlicher Exstirpation von Epithelkörperchen nach Schilddrüsenoperation [29]. Das Plasmakalzium stabilisiert übererregbare Membranen in Muskeln und Nervensystem. Die Konzentration wird durch das Zusammenspiel von Parathormon, Cholecalciferol und Calcitonin reguliert und durch die intestinale Resorption und renale Reabsorption und Resorption aus dem Knochen bestimmt. Die Therapie ist die i. v.-Substitution von Kalzium.

Da Magnesium ein vorwiegend intrazelluläres Elektrolyt ist, spiegelt eine gemessene Hypomagnesiämie nicht unbedingt die bedeutsamen Verhältnisse wieder [29]. Hypomagnesiämien entstehen bei Malnutrition, bei verminderter Absorption und renalem Verlust. Anfälle treten vor allem ab einer Serumkonzentration von  $< 0,8$  mmol/l auf. Die Behandlung der Anfälle erfolgt durch Korrektur des Magnesiums [31]. Vorübergehend kann die zusätzliche Gabe von Antiepileptika notwendig sein [32].

### Blutzuckeränderungen

Hypoglykämien entwickeln sich häufig im Rahmen der Therapie eines Diabetes mellitus, aber auch bei Insulinomen, Leberversagen, Alkoholintoxikation, disseminierten malignen Erkrankungen, Hypoparathyreoidismus und M. Addison. Hypoglykämien rufen epileptische Anfälle bis hin zum Status epilepticus auf eine ähnliche Art und Weise hervor wie Hypoxien. Die Läsionen liegen zumeist im Bereich des Kortex, Hippocampus, Striatum oder Cerebellum, Strukturen, die auch besonders susceptibel für Hypoxien sind [13]. Die Behandlung besteht aus der Infusion 10%iger Dextrose [25]. Fokale Anfälle können Symptome einer nicht-ketotischen hyperosmolaren Hyperglykämie oder bei älteren Menschen eines bisher nicht bekannten Diabetes mellitus sein. Das hyperosmolare Koma resultiert häufiger in einem epileptischen Anfall als das ketoazidotische Koma [33].

### Fazit für die Praxis

Als akut symptomatisch werden Anfälle bezeichnet, die in einem kausalen Zusammenhang mit einer relevanten systemischen Pathologie oder einer Pathologie des ZNS stehen. Sie sind im klinischen Alltag ein häufiges Phänomen und machen 40% aller epileptischen Anfälle aus. Mögliche Auslöser akut symptomatischer Anfälle zu

**Tab. 2: Akut symptomatische Anfälle bei metabolischen Entgleisungen (vorgeschlagene Grenzwerte) [3]**

Biochemischer Parameter	Wert
Serum Natrium	$< 115$ mg/dl ( $< 5$ mM)
Serum Kalzium	$< 5$ mg/dl ( $< 1,2$ mM)
Serum Magnesium	$< 0,8$ mg/dl ( $< 0,3$ mM)
Blut-Harnstoff-Stickstoff	$< 100$ mg/dl ( $< 35,7$ mM)
Kreatinin	$> 10$ mg/dl ( $> 884$ $\mu$ M)
Serum Glukose	$< 36$ mg/dl (2 mM) oder $> 450$ mg/dl (25 mM) mit Ketoazidose verbunden unabhängig von Diabetes mellitus

kennen und zu identifizieren ist für Neurologen essenziell, da neben der Diagnose und der Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung die Abgrenzung zu unprovokierten Anfällen im Rahmen einer Epilepsie in Hinblick auf Therapie und Prognose entscheidend ist. Zu den Medikamenten mit epileptogenem Potenzial insbesondere bei Risikopatientengruppen (renale oder hepatische Dysfunktion, zurückliegende ZNS-Erkrankung) zählen unter anderem zyklische Antidepressiva sowie einige Antibiotika. Eine weitere häufige Ursache akut symptomatischer Anfälle ist der Alkoholzug bei chronischem Alkoholabusus. Das epileptogene Potenzial von Elektrolytstörungen hängt vor allem von der Geschwindigkeit ab, mit der sich die Elektrolytstörung entwickelt, und nicht so sehr von absoluten Laborwerten. Das Management akut symptomatischer Anfälle besteht maßgeblich in der Identifizierung und Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung. Eine antiepileptische Pharmakotherapie kann in der akuten Phase, solange die Grunderkrankung nicht behandelt ist, notwendig sein. Eine längerfristige Behandlung mit Antiepileptika ist jedoch nicht gerechtfertigt. □

### LITERATUR

[www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

Dr. med. Barbara Schmalbach

PD. Dr. med. Nicolas Lang

Klinik für Neurologie

UKSH Campus Kiel

Arnold-Heller-Str. 3 (Haus 41), 24105 Kiel

E-Mail: [b.schmalbach@neurologie.uni-kiel.de](mailto:b.schmalbach@neurologie.uni-kiel.de)

### 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: NT1407Pp

gültig bis 27.8.2104

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](http://www.springermedizin.de/eAkademie) möglich.
- Ausführliche Erläuterungen unter [www.springermedizin.de/info-eakademie](http://www.springermedizin.de/info-eakademie)



Diese CME-Fortbildungseinheit ist von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung anerkannt.

DOI: 10.1007/s15016-014-0566-z

## Akut symptomatische Anfälle

Welche Aussage ist richtig? Nach einem akut symptomatischen Anfall ...

- ... ist eine lebenslange antiepileptische Therapie notwendig.
- ... sollte keinesfalls antiepileptisch behandelt werden.
- ... kann in der Akutphase eine antiepileptische Therapie notwendig sein.
- ... ist die Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung sekundär.
- ... hat die antikonvulsive Behandlung in der Akutphase einen modifizierenden Einfluss auf das Entstehen einer Epilepsie.

Welche Drogen rufen in der Regel *keine* epileptischen Anfälle hervor?

- Kokain
- Crack
- Methylphenidat
- Heroin
- angel dust

Welche Aussage ist richtig? Nach einem ersten epileptischen Anfall ...

- ... sollte immer eine Liquorpunktion erfolgen.
- ... ist eine zerebrale Kernspintomografie nicht notwendig.
- ... ist eine Blutuntersuchung nicht notwendig.
- ... sollten ein oder mehrere EEG gemacht werden.
- ... ist ein zerebrale Computertomografie nicht notwendig.

Welche der folgenden Antibiotika können akut symptomatische Anfälle hervorrufen ?

- Cephalosporine
- Aminoglykoside

- Tetrazykline
- Makrolide
- Trimethoprim

Welche Aussage zu akut symptomatischen Anfällen ist richtig?

- Akut symptomatische Anfälle treten nur bei Patienten mit Epilepsie auf.
- Akut symptomatische Anfälle treten nicht bei Patienten mit Epilepsie auf.
- Akut symptomatische Anfälle können in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer akuten Erkrankung des Gehirns auftreten.
- Fieberkrämpfe gehören zu den akut symptomatischen Anfällen.
- Situationsgebundene Anfälle gehören zu den akut symptomatischen Anfällen.

Welche der folgenden Aussagen ist richtig?

- Psychopharmaka rufen immer epileptische Anfälle hervor.
- Risikopatienten für akut symptomatische Anfälle sind Patienten mit einem angeborenen Herzfehler.
- Akut symptomatische Anfälle treten bei Therapie mit prokonvulsiven Medikamenten dosisunabhängig auf.
- Akut symptomatische Anfälle sind unabhängig von der Nierenfunktion des Patienten.
- Patienten mit einer zurückliegenden ZNS-Erkrankung sind prädisponiert für das Auftreten von akut symptomatischen Anfällen.

Welche Aussage ist richtig? Anfälle in Verbindung mit Alkoholabusus ...

- ... werden nicht den akut symptomatischen Anfällen zugeordnet.

- ... sollten nicht behandelt werden.
- ... sind mit Spike-wave-Komplexen im EEG assoziiert.
- ... treten beim Alkoholzug und bei akuter Alkoholintoxikation auf.
- ... sind sehr selten.

Welches sind die häufigsten Ursachen für akut symptomatische Anfälle?

- Eklampsie
- Zerebrale Ischämien und Blutungen
- Enzephalopathien
- Elektrolytstörungen
- Enzephalitiden

Welche Aussage ist richtig?

- Eine Hyponatriämie muss bei Auftreten von epileptischen Anfällen sehr schnell ausgeglichen werden.
- Hypokaliämien rufen häufig Anfälle hervor.
- Die Geschwindigkeit mit der sich die Elektrolytstörung entwickelt ist für akute Anfälle unerheblich.
- Es gibt klare Grenzwerte für die Einordnung einer Elektrolytstörung als auslösender Faktor eines epileptischen Anfalls.
- Störungen des Natriumhaushaltes können epileptische Anfälle hervorrufen.

Was gilt für akut symptomatische Anfälle?

- Ein Status epilepticus entwickelt sich in der Regel nicht.
- Frauen sind wesentlich häufiger betroffen als Männer.
- Sie treten häufig als Absenzen auf.
- Sie treten häufig bei sehr alten Personen auf.
- Sie treten nicht bei jungen Personen auf.

# Literatur

1. Hauser WA, Annegers JF, Rocca WA. Descriptive epidemiology of epilepsy: contributions of population-based studies from Rochester, Minnesota. *Mayo Clinic proceedings Mayo Clinic*. 1996 Jun;71(6):576-86. PubMed PMID: 8642887. Epub 1996/06/01. eng.
2. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 1993 Jul-Aug;34(4):592-6. PubMed PMID: 8330566. Epub 1993/07/01. eng.
3. Beghi E, Carpio A, Forsgren L, Hesdorffer DC, Malmgren K, Sander JW, et al. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. *Epilepsia*. 2010 Apr;51(4):671-5. PubMed PMID: 19732133. Epub 2009/09/08. eng.
4. Scheffer IE, Berkovic SF. Generalized epilepsy with febrile seizures plus. A genetic disorder with heterogeneous clinical phenotypes. *Brain : a journal of neurology*. 1997 Mar;120 ( Pt 3):479-90. PubMed PMID: 9126059. Epub 1997/03/01. eng.
5. Bauer J, Blumenthal S, Reuber M, Stoffel-Wagner B. Epilepsy syndrome, focus location, and treatment choice affect testicular function in men with epilepsy. *Neurology*. 2004 Jan 27;62(2):243-6. PubMed PMID: 14745061. Epub 2004/01/28. eng.
6. Beleza P. Acute symptomatic seizures: a clinically oriented review. *The neurologist*. 2012 May;18(3):109-19. PubMed PMID: 22549348. Epub 2012/05/03. eng.
7. Engel J, Jr. A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2001 Jun;42(6):796-803. PubMed PMID: 11422340. Epub 2001/06/26. eng.
8. Annegers JF, Hauser WA, Lee JR, Rocca WA. Incidence of acute symptomatic seizures in Rochester, Minnesota, 1935-1984. *Epilepsia*. 1995 Apr;36(4):327-33. PubMed PMID: 7607110. Epub 1995/04/01. eng.
9. Tardy B, Lafond P, Convers P, Page Y, Zeni F, Viallon A, et al. Adult first generalized seizure: etiology, biological tests, EEG, CT scan, in an ED. *The American journal of emergency medicine*. 1995 Jan;13(1):1-5. PubMed PMID: 7832926. Epub 1995/01/01. eng.
10. Dunn MJ, Breen DP, Davenport RJ, Gray AJ. Early management of adults with an uncomplicated first generalised seizure. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2005 Apr;22(4):237-42. PubMed PMID: 15788819. PubMed Central PMCID: 1726732. Epub 2005/03/25. eng.
11. Krumholz A, Wiebe S, Gronseth G, Shinnar S, Levisohn P, Ting T, et al. Practice Parameter: evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Neurology*. 2007 Nov 20;69(21):1996-2007. PubMed PMID: 18025394. Epub 2007/11/21. eng.
12. Temkin NR. Antiepileptogenesis and seizure prevention trials with antiepileptic drugs: meta-analysis of controlled trials. *Epilepsia*. 2001 Apr;42(4):515-24. PubMed PMID: 11440347. Epub 2001/07/07. eng.
13. Boggs JG. Seizures in medically complex patients. *Epilepsia*. 1997;38 Suppl 4:S55-9. PubMed PMID: 9240242. Epub 1997/01/01. eng.
14. Starkey IR, Lawson AA. Psychiatric aspects of acute poisoning with tricyclic and related antidepressants--a ten-year review. *Scottish medical journal*. 1980 Oct;25(4):303-8. PubMed PMID: 7010592. Epub 1980/10/01. eng.
15. Grill MF, Maganti R. Cephalosporin-induced neurotoxicity: clinical manifestations, potential pathogenic mechanisms, and the role of electroencephalographic monitoring. *The Annals of pharmacotherapy*. 2008 Dec;42(12):1843-50. PubMed PMID: 19033476. Epub 2008/11/27. eng.
16. Grill MF, Maganti RK. Neurotoxic effects associated with antibiotic use: management considerations. *British journal of clinical pharmacology*. 2011 Sep;72(3):381-93. PubMed PMID: 21501212. PubMed Central PMCID: 3175508. Epub 2011/04/20. eng.
17. Fujimoto M, Munakata M, Akaike N. Dual mechanisms of GABAA response inhibition by beta-lactam antibiotics in the pyramidal neurones of the rat cerebral cortex. *British journal of pharmacology*. 1995 Dec;116(7):3014-20. PubMed PMID: 8680737. PubMed Central PMCID: 1909237. Epub 1995/12/01. eng.
18. Sugimoto M, Uchida I, Mashimo T, Yamazaki S, Hatano K, Ikeda F, et al. Evidence for the involvement of GABA(A) receptor blockade in convulsions induced by cephalosporins. *Neuropharmacology*. 2003 Sep;45(3):304-14. PubMed PMID: 12871648. Epub 2003/07/23. eng.
19. Brust JC. Seizures and substance abuse: treatment considerations. *Neurology*. 2006 Dec 26;67(12 Suppl 4):S45-8. PubMed PMID: 17190922. Epub 2006/12/28. eng.
20. Cubala WJ, Landowski J. Seizure following sudden zolpidem withdrawal. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 2007 Mar 30;31(2):539-40. PubMed PMID: 16950552. Epub 2006/09/05. eng.
21. Fialip J, Aumaitre O, Eschalier A, Maradeix B, Dordain G, Lavarenne J. Benzodiazepine withdrawal seizures: analysis of 48 case reports. *Clinical neuropharmacology*. 1987 Dec;10(6):538-44. PubMed PMID: 3427560. Epub 1987/12/01. eng.
22. Earnest MP, Yarnell PR. Seizure admissions to a city hospital: the role of alcohol. *Epilepsia*. 1976 Dec;17(4):387-93. PubMed PMID: 1001283. Epub 1976/12/01. eng.
23. Sand T, Brathen G, Michler R, Brodtkorb E, Helde G, Bovim G. Clinical utility of EEG in alcohol-related seizures. *Acta neurologica Scandinavica*. 2002 Jan;105(1):18-24. PubMed PMID: 11903104. Epub 2002/03/21. eng.
24. McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2008 Aug;79(8):854-62. PubMed PMID: 17986499. Epub 2007/11/08. eng.
25. Hillbom M, Pieninkeroinen I, Leone M. Seizures in alcohol-dependent patients: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS drugs*. 2003;17(14):1013-30. PubMed PMID: 14594442. Epub 2003/11/05. eng.
26. Brathen G, Ben-Menachem E, Brodtkorb E, Galvin R, Garcia-Monco JC, Halasz P, et al. EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol-related seizures: report of an EFNS task force. *European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2005 Aug;12(8):575-81. PubMed PMID: 16053464. Epub 2005/08/02. eng.
27. Hughes JR. Alcohol withdrawal seizures. *Epilepsy & behavior : E&B*. 2009 Jun;15(2):92-7. PubMed PMID: 19249388. Epub 2009/03/03. eng.
28. Schwartzkroin PA, Baraban SC, Hochman DW. Osmolarity, ionic flux, and changes in brain excitability. *Epilepsy research*. 1998 Sep;32(1-2):275-85. PubMed PMID: 9761327. Epub 1998/10/07. eng.
29. Riggs JE. Neurologic manifestations of electrolyte disturbances. *Neurologic clinics*. 2002 Feb;20(1):227-39, vii. PubMed PMID: 11754308. Epub 2002/01/05. eng.
30. Kahn A, Blum D, Casimir G, Brachet E. Controlled fall in natremia in hypertonic dehydration: possible avoidance of rehydration seizures. *European journal of pediatrics*. 1981 Feb;135(3):293-6. PubMed PMID: 7227384. Epub 1981/02/01. eng.
31. Powell R, McLauchlan DJ. Acute symptomatic seizures. *Practical neurology*. 2012 Jun;12(3):154-65. PubMed PMID: 22661346. Epub 2012/06/05. eng.
32. Weisinger JR, Bellorin-Font E. Magnesium and phosphorus. *Lancet*. 1998 Aug 1;352(9125):391-6. PubMed PMID: 9717944. Epub 1998/08/26. eng.
33. Gao X, Wee AS, Nick TG. Effect of keto-acidosis on seizure occurrence in diabetic patients. *Journal of the Mississippi State Medical Association*. 2005 May;46(5):131-3. PubMed PMID: 15960181. Epub 2005/06/18. eng.

## Generika bei Parkinson

— Bei Parkinson-Medikamenten als sogenannte Critical-Dose-Medikamente können Abweichungen der Bioverfügbarkeit ernste therapeutische Probleme aufwerfen. Für die Kombination aus Levodopa/Carbidopa/Entacapone (Stalevo®) gibt es zur Kostensenkung und Aufrechterhaltung der Therapiesicherheit und Patientencompliance ein hauseigenes Generikum (LevodopaCarbidopaEntacapone Orion®) mit gleicher Galenik und identischer Bioverfügbarkeit zum Original.

Nach Informationen von Orion Pharma

## Besserung der kognitiven Dysfunktion bei Major Depression?

— Anlässlich des World Congress of Neuropsychopharmacology 2014 in Vancouver/Kanada präsentierte Lundbeck Ergebnisse der CONNECT-Studie. In der randomisierten, doppelblinden, placebo-kontrollierten Studie mit 602 Patienten (18 bis 65 Jahre) mit Major Depression wurde die Veränderung kognitiver Dysfunktionen (primärer Endpunkt) mittels Digit-Symbol-Substitution-Test erhoben. Die Behandlungsdauer mit Vortioxetin 10–20 mg betrug acht Wochen. Vortioxetin (Brintellix®) war im primären Studienendpunkt Placebo signifikant überlegen. Ebenso in zwei sekundären Endpunkten, der Patienteneinschätzung von kognitiven Defiziten (PDQ) und dem klinischen Gesamteindruck (CGI). Die antidepressive Wirksamkeit gegenüber Placebo wurde durch die Montgomery-Åsberg Depressionsskala (MADRS,  $p < 0,05$ ) belegt.

Nach Informationen von Lundbeck

## FDA prüft Alemtuzumab erneut

— Die US-amerikanische Arzneimittelbehörde FDA prüft die Wiedervorlage des Zulassungsantrags für Alemtuzumab (Lemtrada®) zur Behandlung schubförmig verlaufender Formen der Multiplen Sklerose. Die Wiedervorlage enthält neben Daten des ursprünglichen Antrags zusätzliche Analysen und Informationen als konkrete Antwort auf Rückfragen der FDA. Mit einer Antwort der FDA wird im vierten Quartal des Jahres gerechnet.

Nach Informationen von Genzyme

## Multiple Sklerose: Zulassungserweiterung für Fingolimod

➔ Die Zulassung für Fingolimod wurde erweitert: Laut EMA (European Medicines Agency) können Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) auf Fingolimod umgestellt werden, sofern sie trotz Behandlung mit mindestens einer verlaufsmodifizierenden Vortherapie eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen. Experten wie Professor Tjalf Ziemssen, Neurologische Universitätsklinik Dresden, begrüßten die Entscheidung der EMA, unter anderem weil sie den behandelnden Ärzten mehr Sicherheit gebe. Er plädierte für einen frühen Therapiestart und eine rechtzeitige Optimierung der MS-Therapie. „In der Praxis wird oft zu lange gewartet, bis auf eine wirksamere Medikation umgestellt wird“, monierte der Neurologe und verwies auf die Extensionsdaten der Studie TRANSFORMS, welche belegen, dass der Benefit der frühen Fingolimod-Therapie gegenüber einer verzögerten Gabe nicht aufgeholt werden kann. So zeigten Patienten, die ab Studienbeginn Fingolimod (Gilenya®) erhielten, eine niedrigere Schubrate (0,17 vs. 0,27;  $p < 0,001$ ) im Vergleich zu einer zwei Jahre späteren Umstellung [Khatir B et al.,

ENS 2012, Prag, Vortrag und Abstract 0218]. „Auch bezüglich der Hirnatrophie sowie der MRT-Aktivität profitieren die Patienten von einer frühen Umstellung auf Fingolimod“, berichtete Ziemssen.

Eine Zwischenauswertung der nicht-interventionellen Registerstudie PANGAEA zeigt einen vergleichbaren Trend: „Unabhängig von der Vorbehandlung sahen wir einen Rückgang der jährlichen Schubrate um 72% innerhalb eines Jahres“, erklärte Ziemssen. Der EDSS (bestätigt nach sechs Monaten) blieb bei über 80% stabil, bei 10% verbesserte er sich innerhalb der ersten 18 Monate [Ziemssen T et al., AAN 2014, Poster P3.152]. Therapieerfolge und gute Verträglichkeit spiegeln sich in einer Adhärenz von 83% nach einem Jahr wider. „Die Patienten kommen sehr gut mit Fingolimod zurecht, sowohl bei der Umstellung als auch auf lange Sicht“, bestätigte Dr. Klaus Tiel-Wick aus seinem Praxisalltag im Neurologischen Facharztzentrum, Berlin.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

MS-Therapie: Marathon oder Sprint? Berlin, 4.6.2014; Veranstalter: Novartis Pharma

## Regeneration geschädigter peripherer Nerven fördern

➔ Wenn Dysästhesien und Parästhesien zu einschließenden Schmerzattacken hinzukommen, wird es ernst. Wirbelsäulensyndrome gehen vielfach mit Schädigungen peripherer Nerven einher und müssen multimodal behandelt werden. Periphere Neuronen haben im Unterschied zu zentralen eine „relativ gute Regenerationstendenz“, heißt es in den Leitlinien zur Versorgung peripherer Nervenschmerzen. Auch wenn es seine Zeit braucht, so sind Regeneration und funktionelle Wiederherstellung möglich. Spezifische Arzneimittel zur Beschleunigung der Nervenregeneration gibt es bisher nicht. Doch konnte tierexperimentell gezeigt werden, dass die ergänzende Zufuhr relevanter Substanzen die Reparaturprozesse peripherer Nerven fördert. „Zusätzlich zu symptomlindernden und mobilitätserhaltenden Maßnahmen können

auch beim Menschen die intrinsischen Reparaturprozesse der peripheren Nerven durch eine neurotrope Nährstoffkombination aus Uridinmonophosphat, Vitamin B12 und Folsäure, wie sie in Keltican® forte vorliegt, unterstützt werden“, erklärte Dr. Jörg Döhnert, Leiter der Neurochirurgie Praxis-klinik in Leipzig. Für eine erfolgreiche neuronale Reparatur brauchen die geschädigten Nerven eine ausreichende Bereitstellung regenerationsfördernder Substanzen wie Uridinmonophosphat. Es unterstützt die Proteinbiosynthese und stellt auch eine ausreichende Enzymausstattung für die Reparatur und Remyelinisierung geschädigter Nervenfasern zur Verfügung. Außerdem fördert es als Bestandteil gruppenübertragender Coenzyme die Synthese weiterer Proteine, die für den Wiederaufbau neuro-naler Membranen notwendig sind.

Inwieweit dies auch bei Patienten mit schmerzhaften Bewegungs- und Funktionseinschränkungen nach Bandscheibenoperation hilfreich ist, untersuchte eine kontrollierte Studie bei 123 Patienten während einer dreiwöchigen stationären Rehabilitation. Dr. Björn Bersal, Facharzt für Orthopädie in Völklingen, stellte die Ergebnisse vor: Unter Einnahme der Nahrungsergänzung (n = 83) sank das Schmerzempfinden, objektiviert anhand der Visuellen Analogskala (VAS), signifikant ( $p < 0,001$ ) gegenüber der Kontrollgruppe (n = 40).

„Erfahrungsgemäß ist die Akzeptanz der Patienten für diese Nahrungsergänzung sehr hoch, auch wenn es seine Zeit braucht“, berichtete Döhnert. „Gleichzeitig gilt es, die

Patienten im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzepts so schnell wie möglich zu aktivieren und der Entwicklung von Fehlhaltungen entgegenzuwirken“, betonte Dr. Dirk Pajonk, Orthopädische Privatpraxis in Düsseldorf. Im Hinblick auf die Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit sollte die Rückenmuskulatur durch eine gezielte Bewegungstherapie gestärkt werden.

Dr. Ellen Jahn

**Pressekonferenz „Nervenregeneration als wichtiger Baustein im multimodalen Behandlungsansatz bei Wirbelsäulensyndromen – aus der Praxis für die Praxis“, Frankfurt am Main, 24.3.2014**  
Veranstalter: Trommsdorff

## Antikörper bremst Hirnatrophie bei MS

➔ Führen lediglich zwei Therapiephasen mit dem monoklonalen Antikörper Alemtuzumab zu einer Art Reset des Immunsystems, bei dem die Krankheitsaktivität weitgehend zum Erliegen kommt und jahrelang nicht wieder aufflammt? 3-Jahres-Daten der beiden Zulassungsstudien CARE-MS I und II, die auf dem AAN-Kongress in Philadelphia vorgestellt wurden, deuten jedenfalls in diese Richtung.

In beiden Studien wurde Alemtuzumab (Lemtrada®) gegen Interferon beta-1a verglichen. An CARE-MS I nahmen 581 MS-Patienten teil, die bislang noch keine Basistherapie erhalten hatten, an CARE-MS II beteiligten sich 840 Patienten, bei denen unter der bisherigen Basistherapie erneut Schübe aufgetreten waren.

Die Patienten der Alemtuzumab-Gruppe erhielten den Antikörper i.v. in Form von zwei Therapiephasen im Abstand von einem Jahr. Nach zwei Jahren waren in den Alemtuzumab-Gruppen deutlich mehr Patienten schubfrei als mit der Interferon-Therapie (78 % vs. 59 % in CARE-MS I, 65 % vs. 47 % CARE-MS II). Auch kam es deutlich seltener zu einer Behinderungsprogression.

### Keine Therapie mehr seit zwei Jahren

Am Ende der Studien wurde allen Patienten eine Fortführung der Therapie mit dem Antikörper angeboten. Die Alemtuzumab-Patienten erhielten allerdings nur dann eine weitere Infusion, wenn es zu erneuten Schüben kam oder sich im MRT neue Läsionen zeigten. Dies war im dritten Jahr nach

Therapiebeginn nur bei etwa jedem Fünften der Fall, berichtete Dr. Douglas Arnold Universität Montréal/Kanada. Ein Großteil der Patienten benötigte folglich über zwei Jahre hinweg keine MS-Medikation mehr. Es dürfte spannend sein, so Arnold, wie viele dieser Patienten auch in den folgenden Jahren keine MS-Aktivität mehr zeigen und vorerst keine weiteren MS-Arzneien brauchen. Insgesamt waren im dritten Jahr mehr als 70 % aller Patienten unter Alemtuzumab frei von im MRT nachweisbarer MS-Aktivität.

Interessant, so Arnold, sind auch Beobachtungen, wonach der Antikörper die Hirnatrophie bremst. So ging der Parenchym-Anteil im Gehirn im ersten Therapiejahr noch deutlich zurück. Bei den zu Beginn therapienaiven Patienten (CARE-MS I) trat in den ersten zwölf Monaten eine Hirnatrophie um knapp 0,6 %, im zweiten Jahr um 0,25 % und im dritten Jahr nur noch um 0,19 % ein. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei den Patienten aus CARE-MS II: Hier lag die Atrophierate im ersten Jahr bei 0,48 % und verringerte sich im zweiten Jahr auf 0,22 %. Im dritten Jahr kam die Atrophie mit im Schnitt nur noch 0,10 % fast zum Erliegen.

Thomas Müller

**Emerging Science Platform Session: Alemtuzumab improves brain MRI outcomes in patients with active RRMS: three-year follow-up of the CARE-MS studies. 66. AAN-Kongress Philadelphia, 29.4.2014**

## Neue Studiendaten zu Peginterferon

— Peginterferon beta-1a vereint durch Pegylierung die bewährten Eigenschaften von Interferon beta-1a mit einer erhöhten Wirkstoffexposition und einer verlängerten Halbwertszeit. Die Substanz befindet sich in fortgeschrittener klinischer Entwicklung, somit wird Patienten mit schubförmig-remittierender MS (RRMS) eine neue MS-Therapie mit einer niedrigen Applikationsfrequenz (zweiwöchentliche subkutane Gabe) in Aussicht gestellt. Im Rahmen des AAN 2014 wurden erstmals 2-Jahres-Daten der zulassungsrelevanten Phase-III-Studie ADVANCE präsentiert: Die Ergebnisse zeigen, dass sich die jährliche Schubrate unter zweiwöchentlicher Behandlung mit Peginterferon beta-1a im zweiten Therapiejahr noch weiter reduzierte. Die Anzahl an neuen oder sich vergrößernden T2-Läsionen nahm im Verlauf des zweiten Jahres unter zwei- und vierwöchentlicher Dosierung weiter ab. Auch nach zwei Jahren traten unter der Behandlung mit Peginterferon beta-1a keine neuen Sicherheitssignale auf [Deykin A et al., AAN 2014; Abstract # S4.005]. Der Ausschuss für Humanmedizin (CHMP) der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) hat Ende Mai ein positives Votum für die Zulassung von Peginterferon beta-1a s.c. zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose ausgesprochen. Die Zulassung wird noch für dieses Jahr erwartet.

### Nach Informationen von Biogen

## Ritalin auch für Erwachsene

— Das BfArM hat die Zulassung für die Behandlung von Erwachsenen mit Ritalin® Adult (Wirkstoff: Methylphenidat) in Deutschland erteilt. Dadurch können ADHS-Betroffene ihre Therapie beim Übergang ins Erwachsenenalter wie gewohnt fortsetzen. Die Zulassungsstudie SARA (Study of Adult ADHD) [Huss M et al. Adv Ther 2013; 1–22] hat das Wirksamkeits- und Sicherheitsprofil von Ritalin Adult gegenüber Placebo bestätigt und zeigt, dass es die Lebensqualität der Betroffenen in den Bereichen „Familie“, „Sozialleben“ und „Beruf“ verbessert.

### Nach Informationen von Novartis

## DMF bewirbt sich um Galenus-Preis

Biogen Idec bewirbt sich mit Tecfidera® um den Galenus-von-Pergamon-Preis 2014, der seit 1985 von Springer Medizin Ärzte Zeitung gestiftet wird. Die Arzneimittelkandidaten dürfen zum Zeitpunkt der Bewerbung nicht länger als drei Jahre in der eingereichten Indikation zugelassen sein.

Dimethylfumarat (DMF, Tecfidera®) von Biogen Idec ist seit Februar 2014 als orale Basistherapie für Erwachsene mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) in Deutschland erhältlich. Damit kommt man einem jahrelangen Wunsch der Patienten nach wirksamen, gut verträglichen und zugleich oral

verfügbaren Immunmodulatoren oder Immunsuppressiva, die die Lebensqualität und Therapieadhärenz der Betroffenen entscheidend verbessern, nach.



DMF ist indiziert für die Basistherapie bei erwachsenen Patienten mit schubförmig remittierender MS. Die Anfangsdosis beträgt 120 mg zweimal täglich, nach sieben Tagen wird die Dosierung auf die empfohlene Dosis von 240 mg zweimal täglich erhöht.

### Deutlich reduzierte Schubrate

Wirksamkeit und günstiges Sicherheitsprofil der Substanz wurden in zwei großen, für die Zulassung relevanten placebokontrollierten, multizentrischen und doppelblinden Phase-III-Studien mit insgesamt 2.651 Patienten nachgewiesen: DEFINE (Determination of the efficacy and safety of oral fumarate in relapsing-remitting MS) und CONFIRM (Comparator and an oral fumarate in relapsing-remitting multiple sclerosis).

Die Studien zeigten, dass eine Therapie mit zweimal täglich 240 mg Dimethylfumarat sowohl die jährliche Schubrate als auch das Fortschreiten des Behinderungsgrades, gemessen anhand der EDSS (Expanded Disability Status Scale), wirksam reduzierte. Primärer Endpunkt der DEFINE-Studie war der Anteil der Patienten, die innerhalb von zwei Jahren einen Schub entwickelten. Unter der zweimal täglichen Einnahme der

Tabletten verringerte sich innerhalb von zwei Jahren das Schubrisiko im Vergleich zu Placebo signifikant um 49%, und die jährliche Schubrate sank signifikant um 53% ( $p = 0,001$ ). Im Vergleich zur Placebogruppe wurde das Fortschreiten des Behinderungsgrads nach zwölf Wochen um 38% gesenkt ( $p = 0,005$ ).

In der CONFIRM-Studie wurde die Wirksamkeit der Substanz mit der von Glatirameracetat (GA) und Placebo verglichen, wobei die Studie nicht auf einen direkten Vergleich von GA und DMF ausgelegt war. Primärer Endpunkt war die Senkung der jährlichen Schubrate. Verglichen mit Placebo ging diese unter zweimal täglich 240 mg Dimethylfumarat um 44% ( $p = 0,001$ ), unter Glatirameracetat um 29% ( $p = 0,01$ ) zurück.

Sowohl in der DEFINE- als auch in der CONFIRM-Studie verminderte Dimethylfumarat die Entwicklung neuer Hirnläsionen: Die Zahl kernspintomografisch nachweisbarer neuer oder vergrößerter hyperintenser T2-Läsionen verringerte sich im Vergleich zu Placebo signifikant ( $p = 0,001$ ).

Dr. Silke Wedekind

Nach Informationen von Biogen Idec

## Morbus Parkinson: Lebensqualität im Fokus

Bereits im Frühstadium der Parkinson-Krankheit sind neben der Kontrolle der Motorik auch die Verbesserung der Lebensqualität sowie der Erhalt der Alltagskompetenz und Selbstständigkeit von Bedeutung. Gerade nicht motorische Symptome wie beispielsweise Fatigue, Depression, Obstipation und Schlafstörungen haben einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität, so Professor Heinz Reichmann, Direktor der Klinik für Neurologie an der Technischen Universität Dresden. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung kommen Wirkungsfluktuationen, kognitive Beeinträchtigungen und schwer therapierbare motorische Spätkomplikationen hinzu. Vor allem Wearing-Off-Symptome seien oftmals schwierig zu erkennen und stellten für die Patienten eine große Belastung dar, so Reichmann.

Der MAO-B-Hemmer Rasagilin (Azilect®) verbessere nicht nur die motorischen Kernsymptome der Erkrankung, sondern habe auch einen Einfluss auf die Lebensqualität.

In einer Beobachtungsstudie führte Rasagilin (1 mg/d) in Kombination mit anderen Dopaminergika (zumeist Levodopa) in allen acht Bereichen der mit der PDQ-Skala erfassten Lebensqualität zu signifikanten Verbesserungen um 12–23% gegenüber Baseline. Der Parkinson's Disease Questionnaire-39-Gesamtscore sank um 7,3 Punkte ( $p < 0,001$  vs. Baseline) [Reichmann H, Jost W. Eur J Neurol 2010; 17: 1164–71].

### Rasagilin: effektiv in der Spätphase

Die gute Wirksamkeit von Rasagilin als Kombinationstherapie in fortgeschrittenen Krankheitsstadien wurde kürzlich in der noch unveröffentlichten CHORAL-Studie (Chinese study of Rasagiline as adjunct treatment to Levodopa) bestätigt, berichtete Professor Zhen-Xin Zhang, Neurologin am Union Medical College Hospital in Peking. In die randomisierte, placebokontrollierte Doppelblindstudie wurden über 300 Parkinson-Patienten mit motorischen Fluk-

tuationen eingeschlossen. Sie waren seit durchschnittlich sieben Jahren an Morbus Parkinson erkrankt. Bei Einschluss in die Studie erhielten sie etwa 500 mg L-Dopa, in den meisten Fällen in Kombination mit weiteren Dopaminergika. Während der 16-wöchigen Studie sank die tägliche Off-Zeit in der Rasagilin-Gruppe signifikant stärker als in der Placebogruppe (–1,25 vs. –0,76 Stunden;  $p = 0,0228$ ). Die Verkürzung der Off-Zeit setzte schnell ein und hielt über die gesamte Behandlungsdauer an. Auch in Bezug auf die Verbesserung der Motorik während der On-Zeit und der Aktivitäten des täglichen Lebens während der Off-Zeit war der MAO-B-Hemmer laut Zhang gegenüber Placebo überlegen. **Abdol A. Ameri**

Symposium „Last results of rasagiline trials“, im Rahmen des 18. internationalen Kongresses der „Parkinson and Movement Disorder Society“ (MDS), Stockholm, 9.6.2014  
Veranstalter: TEVA

## Erstes Opioid zur Behandlung des Restless-Legs-Syndroms

Initial sprechen fast alle RLS-Patienten auf L-Dopa und Dopaminagonisten an. Doch bei manchen Patienten verschlimmern sich die Symptome unter langfristiger Medikation. Diese als Augmentation bezeichnete Nebenwirkung gilt als wichtigste Komplikation dopaminerger Therapien. Im Mai 2014 wurde mit der Fixkombination aus retardiertem Oxycodon und retardiertem Naloxon (Targin®) nun erstmals eine Opioidtherapie in der Indikation RLS zugelassen. In die Zulassungsstudie [Trenkwalder C et al. Lancet Neurol 2013; 12: 1141–50] eingeschlossen wurden RLS-Patienten mit schwerer Symptomatik und erfolgloser Vortherapie. Nach einwöchiger Auswaschphase erhielten die Patienten über zwölf Wochen Oxycodon/Naloxon (n = 150) oder

Placebo (n = 154) – die Zuteilung erfolgte randomisiert und doppelblind. Zweimal täglich wurden Tabletten verabreicht zu einer initialen Dosis von 5 mg/2,5 mg (Oxycodon/Naloxon), die je nach Ansprechen auf die Therapie auf das maximal Achtfache gesteigert werden konnte. Die mittlere verabreichte Dosis lag in der Verumgruppe bei 21,9 mg/11,0 mg.

Primärer Endpunkt war die Änderung des Scores nach Internationaler RLS-Schweregradskala (IRLS) mit einem maximalem Wert von 40 Punkten. In der Verumgruppe konnte der Ausgangswert von 31,7 nach zwölf Wochen um 16,6 Punkte auf 15,1 gesenkt werden. Unter Placebo betrug die Reduktion 9,5 Punkte (von 31,6 auf 22,1). Damit war die Linderung der RLS-Symptome unter

Opioidtherapie signifikant besser als in der Kontrollgruppe ( $p < 0,0001$ ). In einer 40-wöchigen offenen Extensionsphase wurde keine Augmentation beobachtet. Die Nebenwirkungen entsprachen dem bekannten Sicherheitsprofil von Opioiden.

Patienten mit unzureichender Symptomkontrolle unter bestehender Therapie bietet die Zulassung des Opioids eine wichtige Alternative, schlussfolgert Studienautorin Professor Claudia Trenkwalder, Paracelsus-Elena-Klinik, Kassel.

Regina Kilchenstein

Pressekonferenz „Fixkombination Oxycodon/Naloxon (Targin®): Erstes zugelassenes Opioid für die Therapie des RLS“; München, 5.6.2014  
Veranstalter: Mundipharma

## MS: weniger Injektionen – weniger Nebenwirkungen

Dreimal pro Woche 40 mg statt einmal am Tag 20 mg Glatirameracetat (GA) (Copa-xone®): Nach Zulassung der höher dosierten Spritze durch die Food and Drug Administration (FDA) Ende Januar 2014 ist dies für viele US-amerikanische Patienten mit Multipler Sklerose (MS) Realität geworden. Wie Dr. Jerry Wolinsky, University of Texas Medical School, Houston/USA, berichtete, traten hierunter in der zwölfmonatigen Phase-IIIb-Studie GLACIER mit rund 100 Patienten je Studienarm 50% weniger mit den Injektionen assoziierte Nebenwirkungen wie Schmerzen, Rötung oder Schwellung auf, als unter der täglichen Gabe.

Grundlage der Zulassung bildete die GALA-Studie, die gemäß FDA-Vorgabe im ersten Jahr placebokontrolliert durchgeführt wurde. Bei 943 eingeschlossenen Patienten war die Schubrate in der Verumgruppe um 34,4% reduziert (0,33 vs. 0,5 Schübe/Jahr;  $p < 0,0001$ ) (Abb. 1) [Khan O et al. Ann Neurol 2013; 73: 705–13]. Anschließend wurde auch den Placebopatienten die aktive Therapie angeboten, erklärte Professor Omar A. Khan, Wayne State University School of Medicine, Detroit/USA. Nach insgesamt 24 Monaten wiesen die initialen Verumpatienten eine signifikant geringere jährliche Schubrate auf als bei Gabe von Placebo im ersten Jahr [Khan O et al. AAN 2014, Abstract S31.003]. Der Anteil schubfreier Patienten betrug 67,5% vs. 56,6% ( $p = 0,0004$ ).

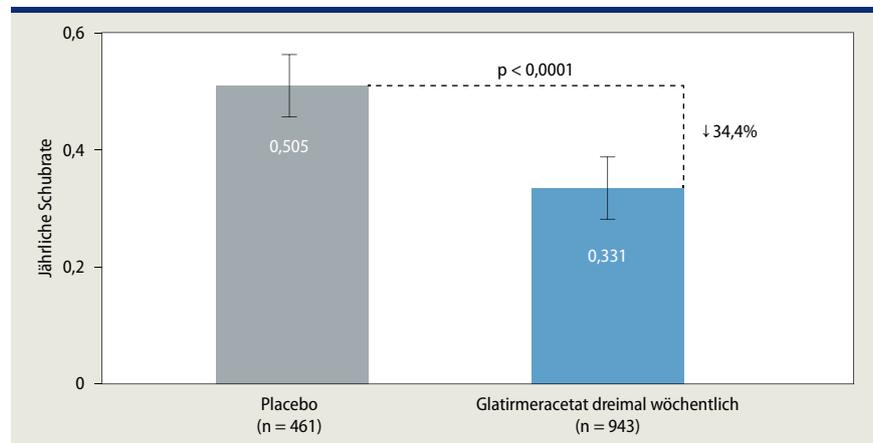


Abb.1: Schubrate von MS-Patienten unter Glatirameracetat dreimal wöchentlich 40 mg vs. Placebo: 12-Monats-Ergebnisse der GALA-Studie

Wann die Therapie mit dreimal wöchentlich 40 mg GA in Deutschland kommen wird, ist ungewiss. In den USA können Patienten mit schubförmiger MS aber jetzt schon mehr als 200 Injektionen pro Jahr „einsparen“.

### 20-Jahres-MRT-Daten zu GA

Aus der Extensionsphase der 1991 gestarteten Zulassungsstudie zu GA 20 mg liegen 20-Jahres-Daten zu 64 Patienten vor, die an einer Magnetresonanztomografie (MRT)-Substudie teilgenommen hatten. Trotz der langen Erkrankungsdauer waren sie mit einem EDSS (Expanded Disability Status

Scale)-Wert von 3,4 (0–8) im Mittel körperlich relativ wenig beeinträchtigt [Khan O et al. AAN 2014, Poster P3.196]. Am stärksten korrelierte der Behinderungsgrad mit der N-Acetylaspartat/N-Acetylaspartylglutamat (NAA/NAAG)-Ratio ( $p < 0,001$ ) als Maß der funktionellen Integrität der neuronalen Verbände.

Dr. Matthias Herrmann

Jahrestagung der American Academy of Neurology (AAN) Philadelphia, USA, 26.4.–3.5.2014

# Journal

## Haltung als Enthaltung

„Fortunat“ – der vergessene Arzt-Roman eines Europäers

Der Roman „Fortunat“ (1946) gilt als Hauptwerk von Otto Flake. Er stellt allein aufgrund seines Umfangs von über 800 Seiten gewisse Anforderungen an den heutigen Leser, die freilich durch den flüssigen Stil und die süffige Erzählweise deutlich herabgemindert werden. Hat man sich erst einmal eingelesen, so wird das Epos rasch zum „Pageturner“, und man mag nicht mehr aufhören ...

A photograph of a man with short brown hair and a light beard, looking directly at the camera. He is holding a large, dark brown book open in front of him, which is partially obscuring his face. The background is dark with a blueish glow behind the man's head.

Erfüllt sich das Versprechen, das Schriftsteller Max Rychner an das Ende seines Essays über „Fortunat“ gesetzt hat: „Der begabte Leser wird mehr finden, als er sucht.“?

## 56 Psychopathologie in Kunst & Literatur

### „Fortunat“ von Otto Flake

Noch ist es nicht richtig gelungen das Außenseitertum des so außergewöhnlichen Schriftstellers zu beenden und ihn wieder in die deutschsprachige Literaturgesellschaft einzugliedern. Geschehen müsste dies aber unbedingt

„**O**tto Flakes Unglück war, dass er in ein Land und in eine Literatur hineingeboren wurde, wo das Wort ‚Welt‘ einen ganz anderen Sinn hat – entweder einen kosmischen (‚diesen Kuss der ganzen Welt‘) oder einen bescheiden biedermännischen. Fausts Reise durch die kleine, dann die große Welt fängt in Auerbachs Keller an, einer Kneipe mittlerer Güte. Und die Welt, die Heinrich Böll oder Günter Grass ausmalen, ist nicht weit weg von den Stillleben Raabes oder Jean Pauls. Goethe, gewiss, war ein Mann von Welt, Humboldt auch, Fontane hatte eine Ahnung davon, Gottfried Benn schnupperte ein bisschen daran, aber lange Zeit war ‚mondän‘ eher ein Schimpfwort.“ So urteilte der Literaturkritiker Werner Ross in „Die Zeit“ vom 15. November 1974.

In der stark zum Regionalistischen, um nicht zu sagen zum Provinziellen neigenden deutschsprachigen Literatur des 20. Jahrhunderts gibt es nicht viele Autoren, die wahrhaft Europäer genannt werden können. Otto Flake (1880 bis 1963) jedoch gehört zweifellos dazu, wengleich dieser Schriftsteller heute so gut wie vergessen ist. Obwohl Rolf Hochhuth und Peter Härtling als Herausgeber der „Gesammelten Werke in fünf Bänden“ (bei S. Fischer 1973 bis 1976) versucht haben, Otto Flake in die deutschsprachige Literaturgesellschaft wieder einzugliedern, blieb dieser außergewöhnliche Autor ein krasser Außenseiter: „Flake hat es in Ruhm und Ruhmlosigkeit, fertig gebracht, ein Einzelgänger zu sein (...). Einer, der verletzt wurde, weil er sich politisch und literarisch nicht anbot (...). Er widersetzte sich Moden, lehnte es ab, sich parteiisch zu machen (...). Rechte und Linke fielen über ihn her“, bemerkt Härtling in seinem Essay „Der unbequeme Flake“.

Otto Flake ist vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg unterschätzt und verkannt worden. „Er war keine Figur der literarischen Öffentlichkeit mehr, obwohl er, wie nur wenige seiner Generationengefährten, selbst in seinen großen historischen Romanen dem Zeitgeist auf der Spur war. Er war im Denken und im Stil ein wahrhaft Unabhängiger“, heißt es im Klappentext zu seinen „Erzählungen“: „Er hat sich freigehalten von Parteien und Cliques, er hat geurteilt, doch nie verurteilt – darin den großen französischen Romanciers des 19. Jahrhunderts gleich, die er liebte und auch übersetzte.“ Seine Ideale waren, dem Schweizer Essayisten Max Rychner zufolge, Klarheit, Gelassenheit und Sinnlichkeit. Die Liste der von Flake aus dem Französischen übertragenen Autoren kann sich sehen lassen und zeugt vom stupenden Fleiß eines Autors, der am Ende seines Lebens auf eine Bibliografie von nahezu einhundert Buchtiteln verweisen kann: Alain-René Lesage, Benjamin Constant, Michel de Montaigne, Mirabeau, Gédéon Tallemant des Réaux, Jean de La Bruyère, Alexandre Dumas, Honoré de Balzac, Denis Diderot, André Suarès, Arthur de Gobineau.

Es hat lange gedauert, bis es einigermaßen gelungen ist, den Bannstrahl zurückzuweisen, den Thomas Mann, Bertolt Brecht und Alfred Döblin auf Flake geworfen haben, als dieser auf ausdrückliche Bitte seines jüdischen Verlegers S. Fischer einen Aufruf des „Reichsverbandes Deutscher Schriftsteller“ unterzeichnete, in dem „88 deutsche Schriftsteller durch ihre Unterschrift dem Reichskanzler Adolf Hitler“ Treue gelobten. Flake unterschrieb mit Rücksicht auf seinen Verlag, aber auch auf seine gefährdete Frau, die in der Terminologie der Nazis eine „Halbjüdin“ war. Härtling merkt

## 60 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

### Winterreise

Was könnte wohl die junge Malerin Jenny Forster und Franz Schubert, den österreichischen Komponisten aus dem 18. Jahrhundert, in ihren Werken verbinden?

dazu an: „Diese Unterschrift wurde Flake nach dem Kriege zum Vorwurf gemacht. Toren rechneten ihn zu den Nazis. Flake hatte nie von ‚Innerer Emigration‘, von Widerstand gesprochen, obwohl einige seiner Bücher nicht mehr erscheinen konnten – er verstand seine Freiheit so eigensinnig wie je: Er war allein, er hatte alle Widerwärtigkeiten und Anwürfe mit sich auszumachen, und wer ihn nicht begriff, sollte es bleiben lassen.“ Mehr noch: Flake wurde nachweislich mehrfach von den Nazis schikaniert. „Er hatte kein Glück mit den Deutschen. Sie interpretierten seine Vernunft entweder als verkappten Nationalismus oder als linkes Gehabe. Sie konnten seine Unabhängigkeit nicht begreifen. Es fragt sich, ob sie heute dazu fähig wären“ (Härtling).

Schon Stefan Zweig stellte fest: „Ganz fremd ist Flake, ich weiß es, ganz isoliert mit dieser seiner Art in unserer neueren Literatur, aber notwendig, sehr notwendig, denn er beweist den Deutschen, denen Dichtung fast immer eins ist mit Dämmerung, am besten, dass Kunst auch Klugheit sein kann und zwar Klugheit mit Kraft.“ Kurt Tucholsky hielt sein Werk in der „Weltbühne“ für „eine geistige Wohltat“. Und der Feuilletonist Werner Ross hat ihn wie folgt charakterisiert: „Er blieb ein bisschen Wiking und Wildling, Abenteurer und Sonderling, schwierig im Umgang, sich in Prinzipien wenn schon nicht der Weltanschauung, dann der Lebensführung verbeißend.“ Sich selbst nannte Flake „eher konservativ als radikal, und überzeugt, dass nicht der Geist der erzwungenen Einheit, vielmehr der des Maßes, der konkreten Völker und der gestalthaften Personen die Welt ordnen wird (...). Wenn dem Leben ein Sinn abgewonnen werden kann, besteht er in der Auffassung, man sei da, um das Leben zu bestehen – um ihm Muße, Ge-

nuss, Ruhe abzugewinnen, in einem wohl verstandenen und berechtigten Sinn. Am Ende muss man sagen können, es habe sich gelohnt, zu leben, weil man nicht nur Sklave anderer, nicht nur Diener anmaßender Gottheiten wie Staat, Klasse, Doktrin, Beruf und Geschlecht gewesen sei, sondern freies, überlegenes Individuum, das die Motive des Abstandes, der Würde, der Haltung selbstständig zu entwickeln weiß.“

### Flakes Hauptwerk „Fortunat“

Über die Vorgeschichte des Romans gibt uns der Autor in einem Nachwort Auskunft: „Vierzehn Monate vor dem Ausbruch des Krieges begonnen, hat er mich bis zum Ende des Jahres 1943 beschäftigt und mir erlaubt, diese Zeit des Unglücks der Völker als die Klausur anzusehen, auf die eine Arbeit von solcher Breite drängt (...). Dem Namen Fortunat begegnet man in Erzählungen der Romantiker Eichendorff und Tieck, die ihn wiederum dem alten Volksbuch vom Fortunat aus Famagusta auf Zypern entnommen haben, der Geschichte des Besitzers des Wunschhütteleins. An diesen Zusammenhang dachte die Mutter des Fortunat nicht, als er anno 1814 zu Hüningen bei Basel geboren wurde (...). Die Hebamme war es, die dem Buben zu dem ungewöhnlichen Namen verhalf. Er kam mit den Eihäuten zur Welt, und das galt beim Volk als Glückszeichen. Der bekannteste unter den in der Eihaut geborenen war einst Mazarin.“ Um eine fassliche inhaltliche Übersicht über diesen Ziegelstein von einem Roman zu gewährleisten, sei an dieser Stelle ein Zitat aus „Kindlers Literaturlexikon“ eingefügt. Der Roman gliedert sich in zwei Bücher:

„Die fiktive und vollständige Biografie des Jakob (später Jacques) Kestenholz, genannt Fortunat, umfasst die Zeit von 1814 bis 1897. Sein Vater ist ein russischer Emigrant, der als Offizier in französischen Diensten steht, seine Mutter ein badisches Bauernmädchen. Als die Liebschaft der beiden ihr Ende findet, nimmt der verwitwete Chirurgus Kestenholz die junge Mutter zur Frau. Fortunat wächst im Kreise seiner Stiefgeschwister auf. Vor dem Antritt des Universitätsstudiums macht er eine Reise und gerät dabei in einer Kneipe an einen zwielichtigen Geschäftemacher, der ihn

für eine Botenrolle nach Paris engagiert. Der Adressat ist der Vicomte Maslin, Fortunats bislang verschollener Vater, der in ihm sehr rasch seinen Sohn erkennt und ihn herzlich aufnimmt.

Fortunat lässt sich in Paris nieder und beginnt dort sein Medizinstudium. Vielfältig ist der gesellschaftliche Kreis, in dem er verkehrt; der geflohene Herzog von Braunschweig, Chopin, Rossini, Berlioz, Balzac, Hugo, Dumas und Delacroix gehören dazu. Nach dem Tode des Vaters unternimmt Fortunat, der inzwischen sein Studium abgeschlossen hat, eine abenteuerliche Reise in den Orient und lässt sich in Kairo als Frauenarzt nieder. Dort lernt er Alexandra kennen, die er bald drauf heiratet. Nach der Geburt von Zwillingen trennen sich jedoch die Ehegatten; Alexandra lässt sich im badischen Sasbach nieder, während Fortunat nach Paris zurückkehrt. Er eröffnet eine Praxis und wird zum beliebtesten Frauenarzt der großen Gesellschaft.

Zahlreiche Reisen führen ihn nach England und Deutschland. Der erste schwere Schicksalsschlag trifft ihn, als seine Geliebte Renée tödlich verunglückt. Hier schließt Teil 1 des Romans.

Das zweite Buch, das unter dem Motto ‚Ein Mann von Welt‘ steht, lässt eine Fülle von neuen Gestalten auftreten, die alle in den vielschichtigen Lebenskreis Fortunats einbezogen werden. In der Begegnung mit Wanda von Rhyn, einer illegitimen Enkelin Jérôme Bonapartes, findet er seine große Liebe. Aus der nach dem Tode Alexandras geschlossenen Ehe geht eine Tochter, Valentine, hervor. Wieder unternimmt Fortunat große Reisen nach Spanien, England, Deutschland und Amerika. Als Wanda einem tragischen Unfall zum Opfer fällt, bedeutet das für Fortunat den Eintritt in eine neue Lebensphase: ‚Er hatte mit den Träumen und Wünschen abgeschlossen, Haltung war alles; sie bewahrte vor der Resignation und vor der Erhitzung, vor dem Zynismus und der Sentimentalität.‘ Er will nun die Praxis aufgeben und ein Leben als ‚Privatmann‘ führen.

Das bedrängendste Ereignis im Leben des alten Mannes sind die Kriegswirren von 1870/71, die ihm große Entbehrungen auferlegen. Alice, seine außereheliche Tochter, umsorgt zärtlich den Greis, der sich ins badische Dorf Au zurückge-

zogen hat. Dort stirbt Fortunat am 31. Dezember 1897. Kaiserin Eugénie sandte einen Immortellenkranz.“

### Unterschiedliche literaturkritische und -historische Wertung

Ross setzt das Werk in eine vergleichende Beziehung zu Thomas Manns ‚Doktor Faustus‘ und zu Hermann Hesses ‚Glasperlenspiel‘, wendet jedoch ein, es halte den Vergleich nicht aus, „wenn man es an dem misst, was an Schicksalsproblematik, Entwicklungswirrnissen, Epochendramatik und Apokalypsenstimung in Manns und Hesses Romanen eingegangen ist. ‚Fortunatus‘ heißt zwar genauso wie ‚Faustus‘ lateinisch ‚der Glückliche‘, aber der Fortunat ist der, dem die Glücksgöttin Fortuna die Treue hält, der Weltzugewandte, der sich in der Welt behauptet, an ihr lernt, auf ihren Stufen emporsteigt, schließlich begütert und weise das Zeitliche segnet.“ Insofern sei Flakes Roman „ein Gegenstück zum deutschen Entwicklungs- und Bildungsroman“, denn er wolle demonstrieren, „dass der wirkliche Roman immer Gesellschaftsroman ist, also nichts mit ‚Faust‘, höchstens mit ‚Wilhelm Meister‘ zu tun“ habe (Ross). Aus diesem Grunde liest der Kritiker das weite Panorama, in dem das uneheliche Kind eines Offiziers und einer Bauernmagd zum großen Arzt in Paris aufsteigt, nicht als Familienroman, sondern als Weltchronik, „in der über fast jede Seite eine historische Figur wandelt, Florence Nightingale, Louis Bonaparte, Rothschild oder Fürst Pückler. Flake selbst hat seinen Roman als fiktive Biografie gekennzeichnet. Das ist ganz wörtlich zu nehmen. Seine Leidenschaft war die Geschichte als Selbstentfaltung großer Persönlichkeiten“, woraus sich auch seine Vorliebe für die Genauigkeit historischer Details erklärt. In einem Essay bekennt Flake einmal: „Es ist beim Schreiben besser, Talent vorausgesetzt, großer Herr als gebildeter Bürger zu sein (...). Es wird die Zeit wiederkommen, in der man vom Schriftsteller das verlangt, was alle Großen, um nur Leibniz, Descartes, Schiller, Goethe, Humboldt zu nennen, einst hatten: Kenntnis der Welt-händel.“ Das ist eine klare Absage an jedweden inhaltlichen oder stilistischen Provinzialismus. Es gilt laut Ross aber auch zu berücksichtigen, dass Flakes

„Fortunat“ in eine literarische Umgebung hineingeschrieben wurde, die von Plieviers „Stalingrad“ und Borcherts „Draußen vor der Tür“, von Zuckmayers „Des Teufels General“ und Brechts „Pantaleon“ geprägt wird. Es ist die Zeit, in der sich die Gruppe 47 formiert und ein Begriff wie „Kahlschlagliteratur“ die Runde macht. Deshalb muss aus heutiger Sicht auch der Aspekt der Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen in Rechnung gestellt werden. Und dennoch sind der humanistische und der europäische Grundgedanke bei Flake nicht zu übersehen: Der Held ist Franzose von einer deutschen Mutter, der Held ist Arzt und somit Diener am Menschen und der Wissenschaft, er ist ein Freund, ein Liebender und verwandtschaftlich verbunden mit Polen, Russen, Engländern, Dänen, Amerikanern, „so dass er sich unter den Seinen beständig in einem Kleinmodell Europas bewegt“ (Rychner). Und das zu einem Zeitpunkt, da Deutschland und der europäische Gedanke in Trümmern lagen.

### Gebührende Anerkennung Fehlanzeige

Der glückliche Fortunat brachte dem Autor kein Glück. Und von den namhaften Kritikern nahm sich nur der Schweizer Max Rychner Flakes an. Vermerkt jedoch wird in der Literaturkritik allemal Flakes Stil, der erheblich zur Bändigung der Stofffülle beitrage und „nur selten Ansprüche an das Gefühl des Lesers stellt, nie lyrisch ist und immer in einer gelassenen, gelegentlich ironisch-karikierenden Sachlichkeit bleibt (...). Die Personen sind nicht Träger von Ideen; sie wirken allein durch ihre Vielfalt und Buntheit, deren Unübersichtlichkeit durch die dem Roman angefügte Aufstellung der Verwandtschaftsverhältnisse nur wenig verringert wird. Aus der inneren Einheit der Hauptgestalt, der ‚Vernünftigkeit‘ Fortunats, ordnet sich das Ganze“ (Kindler). Gewiss ist Flakes Stil auch der Nietzsche-Formel vom „Pathos der Distanz“ verpflichtet, denn dieser Prosa geht es nicht um eine Überwältigung und Bemeisterung des Lesers durch sentimentales Schwelgen und romantische Stimmungsmalerei, sondern um eine Art von „Extra-dry-Prosa“, oder, mit den Worten Flakes selbst: „Meine Haltung konnte nur Enthaltung sein (...)“. Das Wort „Ab-

stand“ kommt bei Flake nicht oft, „aber immer in der Goldfassung vor. Es bezeichnet Unabhängigkeit, die es an Interesse nicht fehlen lässt, Selbstständigkeit, die sich ihr Urteil zunächst vorbehält, Freiheit, die als geistige Verpflichtung anerkannt wird“ (Rychner).

War das Modell des historisierenden Romans um 1940 herum die Möglichkeit für einen Autor aus der kranken Kriegsgegenwart zu flüchten? Der Literaturwissenschaftler Gert Ueding hat in einem klugen Essay über Otto Flake herausgearbeitet, dass Geschichte für Flake „nie der Ort gewesen (ist), wohin sich ein Schriftsteller aus den Wirren der Gegenwart zurückzieht, sondern Spiegel und Lehrfall in einem. Die Meisterung des Lebens, oder das Scheitern in ihm, bedeutete ihm immer auch den Umgang mit den politischen Mächten einer Zeit, auch sie zu meistern und ihnen nicht zum Raube zu fallen, ist Lebensaufgabe. Meisterung heißt hier vor allem, geistige Autonomie zu wahren.“ Wie eng Roman und Geschichte miteinander verknüpft sind, geht auch aus dem Gesamtwerk Flakes hervor, wenn man besonders seine bedeutenden historischen Essays über Ulrich von Hutten (1929), die Französische Revolution (1932), die Großen Damen des Barock (1939), den Marquis de Sade und Rétif de la Bretonne (1930) in Betracht zieht. Sie alle bezeugen eine außergewöhnliche Begabung, das historische Subjekt und das Geschehen seiner Zeit in die Anschaulichkeit zu heben, ohne in raunende oder bewundernde Gefühlsduselei abzugleiten: „Geschichte ist Lebensreigen und Todestanz in einem, beide entquellen dem Dunkel, ziehen über die Ebene des Geschehens hin und sinken in den Orkus hinab“, wobei für den Historiker „das Unwahrscheinliche und Abenteuerliche (...) Material“ ist, dem jeder Epiker „unterstellt“ ist, wie Flake postuliert und weiter ausführt: „Wer künftig die Geschichte des deutschen Romans schreibt, wird darauf achten müssen, dass ich aus der Verwandtschaft des Romans mit der Biografie Folgerungen gezogen habe: Die größeren meiner Romane sind fiktive Biografien.“ Flake will den Roman schließlich zu seinem Ursprung, nämlich zum Epos zurückführen. Und dazu bedürfe es nun einmal der „Bilder der Erinnerung“.

Peter de Mendelssohn, der deutsch-britische Schriftsteller, Historiker und Biograf von Churchill und Mann, bilanziert zum 100. Geburtstag von Otto Flake: „Ein Denker, ein Intellektueller von überragender künstlerischer Gestaltungskraft: So tritt er uns aus dem großen Alterswerk ‚Fortunat‘ entgegen. Morgenkühle und Abendblau vermischen sich zu einem einzigartigen Luftgespinnst von betörender erotischer Ausstrahlung, in dem jede Kontur scharf ist, das ganze Bild aber, pastellweich entschwindend, sich der Betastung durch die scharfsinnigen Fingerspitzen entzieht. Das gab es vor Flakes großen Sitten- und Bildungsromanen in Deutschland nur höchst selten: dass einer einen buntenfarbigen Ideenteppich zu weben verstand; und das gibt es nach ihm wohl überhaupt nicht mehr.“ Aber Flake blieb ein Unbekannter und Vergessener in Deutschland. Er wurde weder mit dem Frankfurter Goethe-Preis, noch mit dem Büchner-Preis von der Deutschen Akademie für Sprache und Dichtung in Darmstadt ausgezeichnet, noch von der Deutsch-Französischen Gesellschaft wahrgenommen. Im Alter von 74 Jahren gab man ihm, der nicht in Reichtum lebte, auf Drängen eines Bundestagsabgeordneten den Hebel-Preis in Höhe von 2.500 Mark. Jedoch überreichte die Medizinische Fakultät der Universität Düsseldorf auf Initiative des Psychiatrieprofessors Sioli 1948 Flake den Grad eines Dr. med. h.c. Da der Schriftsteller aber zu diesem Zeitpunkt gerade einmal 80 Mark besaß, wie er bitter-ironisch in seinen Lebenserinnerungen „Es wird Abend“ vermerkt, konnte er nicht zur Feier anreisen. Als Reaktion auf den Ehrendoktor freilich strich ihn die New Yorker Zentrale des PEN-Clubs von der Liste der Empfänger von Carepaketen. Vielleicht erfüllt sich für den europäischen Schriftsteller Otto Flake eines Tages doch noch das Versprechen, das Rychner an das Ende seines Essays über den „Fortunat“ gesetzt hat: „Der begabte Leser wird mehr finden, als er sucht.“ Ein Professor der Psychiatrie hat das schon früh erkannt. □

### LITERATUR

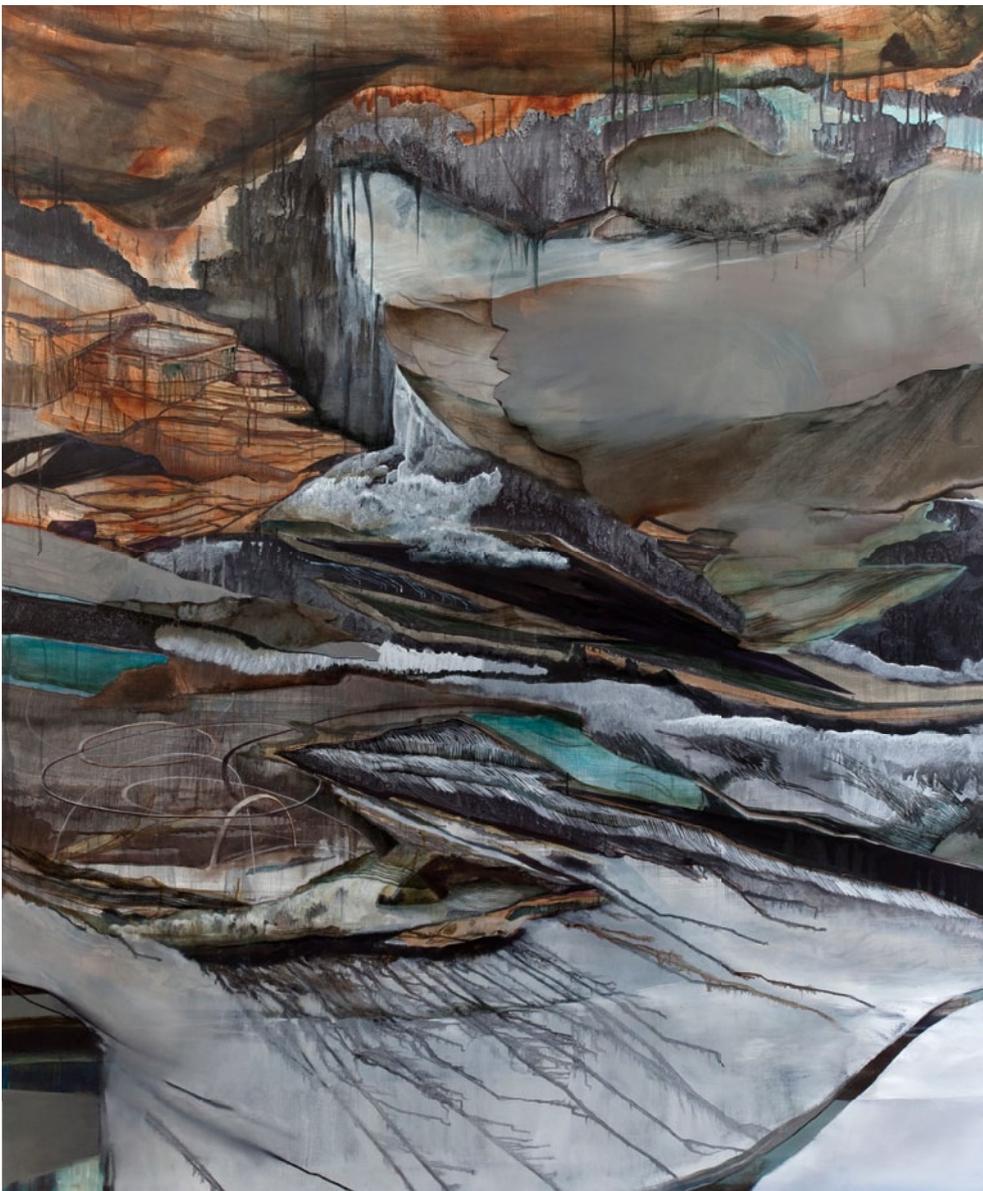
beim Verfasser

Prof. Dr. Gerhard Köpf

E-Mail: aribo10@web.de

# Jenny Forster Winterreise

Franz Schubert (1797 – 1828) entdeckte 1827 in zwei Etappen Wilhelm Müllers Winterreise-Gedichte für sich. Er verwandelte sie in einen Reigen „schauerlicher Lieder“, wie er sie selbst nannte, wollte tiefe Verzweiflung in all ihren Schattierungen, ein gelegentliches Aufbäumen gegen den düsteren Sog, gegen Bitterkeit, wollte irregeleitete kurz aufflackernde Hoffnung und bedrückend bedrängende Erinnerung an eine verlorene Liebe in dieses Werk fassen. Er vollbrachte dies zweifelsohne. Jenny Forster wiederum gelingt es in einer Reihe von ihren Bildern, die von Schubert geschaffenen Stimmungen vor Augen zu führen.



o. T., 200 x 160 cm, Acryl  
und Öl auf Baumwollgewebe,  
2010



Supermoon\_01, 24 x 18 cm, Mischtechnik auf Papier, 2013



Icelandic notes\_05, 24 x 18 cm, Mischtechnik auf Papier, 2013

Manche Bilder von Jenny Forster wecken auf Anhieb Assoziationen, weil sie tief Empfundenes ins Auge springend wiedergeben. So erging es mir beim Betrachten von gar nicht einmal zusammenhängenden oder thematisch aufeinander bezogenen Bildern der Malerin in der Galerie Lesmeister in Regensburg. Da sind – so dachte ich spontan – Lieder aus Schuberts „Winterreise“ in Bilder unterschiedlicher Größe, unterschiedlichster Technik gefasst.

### Des Wanderers Sinnen

In „Gute Nacht“ klagt der Wanderer der Winterreise, dass er sich selbst den Weg in der Dunkelheit weisen muss, und singt: *„Es zieht ein Mondenschatten als mein Gefährte mit und auf den weißen Matten such ich des Wildes Tritt“*. Diese düstere Nachtstimmung begegnet uns im Bild „Supermoon I“. Des Wanderers dunkles Sinnen scheint auch in „Icelandic notes-05“ wiederzugeben: *„Gefrorne Tropfen fallen von meinen Wangen ab: Ob es mir denn entgangen, dass ich geweinet hab? Ei Tränen, meine Tränen, und seid ihr gar so lau, dass ihr erstarrt zu Eise, wie kühler Morgentau? Und dringt doch aus der Quelle der Brust so glühend heiß, als wolltet ihr zerschmelzen des ganzen Winters Eis“*.

„o. T.“ links könnte „Auf dem Flusse“ nachempfunden sein, wo es heißt: *„Der Du so lustig rauschtest, Du heller, wilder Fluss, wie still bist Du geworden, gibst keinen Scheidegruß. Mit harter starrer Rinde, hast Du dich überdeckt, liegst kalt und unbeweglich im Sande ausgestreckt. (...) mein Herz, in diesem Bache er-*

*kennst Du nun Dein Bild? Ob's unter seiner Rinde wohl auch so reißend schwillt?“*

### Keine Blumen im Winter

Und könnte in „Collecting Sounds, Serie 04“ nicht das Irrlicht wiedergegeben sein? *„In die tiefsten Felsengründe lockte mich ein Irrlicht hin: Wie ich einen Ausgang finde, liegt nicht schwer mir in dem Sinn. Bin gewohnt das Irregehen, 'sführt ja jeder Weg zum Ziel: unsere Freuden, unsere Leiden, alles eines Irrlichts Spiel.“*

Später auf seinem Weg hat der düstere Wanderer vom Frühling, von bunten Blumen, grünen Wiesen und lustigem Vogelgeschrei geträumt. Als er erwacht, muss er feststellen, dass es nach wie vor um ihn herum (und in ihm) kalt und finster ist und nur das Geschrei der Raben vom Dach und das Gekräh der Hähne erklingt. Traurig sinnierend fragt er: *„Doch an den Fensterscheiben, wer malte die Blätter da? Ihr lacht wohl über den Träumer, der Blumen im Winter sah?“* („o. T.“).

*„Hie und da ist an den Bäumen manches bunte Blatt zu sehen, und ich bleibe vor den Bäumen oftmals in Gedanken stehen. Schaue nach dem einen Blatte, hänge meine Hoffnung dran; spielt der Wind mit meinem Blatte, zitttr' ich was ich zittern kann. Ach, und fällt das Blatt zu Boden, fällt mit ihm die Hoffnung ab. Fall ich selber mit zu Boden, wein' auf meiner Hoffnung Grab“*. „Letzte Hoffnung“ heißt das Lied und viel von seiner Stimmung findet sich im Bild „Icelandic notes\_01“.

Ich hoffe, dass diese Freiheit des Betrachters, die ich mir genommen habe, dem künstlerischen Willen von Jenny Forster

nicht zuwider läuft. In Landshut in Niederbayern ist sie geboren, hat nach dem Studium der Germanistik und Kunstpädagogik an der LMU-München ein Studium der freien Malerei an der Akademie der bildenden Künste in Nürnberg bei Professor Ralf Fleck aufgegriffen, studierte im Auslandsaufenthalt in Urbino (Italien) bei Professor L. Carboni und wurde 2011 zur Meisterschülerin von Professorin Karin Kneffel ernannt. Sie hat an verschiedensten Gruppen- und Einzelausstellungen teilgenommen.

---

#### AUTOR

Privatdozent Dr. med. A. Zacher, Regensburg

Mit freundlicher Genehmigung der Galerie Isabelle Lesmeister, Regensburg.



o. T., 420 x 150 cm, Graphit, Kohle und Tusche auf Papier, Ausschnitt, 2010,



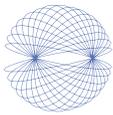
Icelandic notes\_01, 24 x 18 cm, Mischtechnik auf Papier, 2013



Collecting Sounds, Serie 04, 21 x 14,8 cm, Mischtechnik auf Papier, 2013

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2014		
Datum / Zeit / Ort	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
20.9.2014 Frankfurt am Main 	<b>Molekularbiologische Wirkmechanismen von Antidepressiva und labormedizinische Untersuchungen in Psychiatrie und Neurologie</b> <i>Referenten:</i> Prof. Dr. G. Gründer, Aachen, Prof. Dr. H. Füleßl, Haar <i>Sponsor:</i> Servier Deutschland GmbH	Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN – BDN – BVDP, Nadya Daoud Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 20555-16, Fax: 0931 20555-11 E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de
10. – 11.10.2014 Kloster Irsee, Schwäbisches Tagungs- und Bildungszentrum Klosterring 4, Irsee	<b>88. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte</b> Update Neurologie Update Psychiatrie	Bildungswerk des Bayerischen Beziaketags Klosterring 4, 87660 Irsee Tel.: 08341 906-604, -606, -608 Fax: 08341 906-605 E-Mail info@bildungswerk-irsee.de www.bildungswerk-irsee.de
13./14.11.2014 Grundseminar – Teil 1 4./5.12.2014 Grundseminar – Teil 2 Stephanstift Zentrum für Erwachsenenbil- dung gemeinnützige GmbH, Hannover	<b>5. Grundseminar Coaching-Kompetenz für Fachärzte</b> <i>Leitung:</i> Dr. med. Annette Haver	BVDN-Cortex-Geschäftsstelle Gut Neuhof am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 4546-920, Fax: 02151 4546-925 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
Fortbildungsveranstaltungen 2014		
8. – 12.9.2014 Claire-Waldoff-Str. 7, Berlin-Mitte	<b>18. + 19. DGPPN-Facharzt-Intensivkurs für Psychiatrie und Psychotherapie</b> <i>Die Themen:</i> Affektive Erkrankungen, Angsterkrankungen, Bipolare Erkrankungen, Essstörungen, Forensik, Notfälle, Organische psychische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Pharmakotherapie, Psychiatrische Rehabilitation, Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung, Psychotherapie, Schizophrene Psychosen, Schlafmedizin, Suchterkrankungen, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Überblick über psychotherapeutische Verfahren, Verhaltenstherapie (Dritte Welle), Wahnhafte Störungen und andere Differentialdiagnosen, Zwangserkrankungen	DGPPN, Frau Hoffmann, Tel.: 030 240477-217 E-Mail: f.hoffmann@dgppn.de
11. – 13.9.2014 Vorklinisches Lehrzentrum Johann-Joachim- Becherweg 13, Mainz	<b>NeuroUpdate 2014</b> <b>Funktionelle und klinische Neuroanatomie</b>	Institut für Mikroskopische Anatomie und Neurobiologie (IMAN) Bereich Medizinische Fortbildung (BMF) Ingrid Sebele, Tel.: 06131/39-26602 E-Mail: ingrid.sebele@unimedizin-mainz.de www.unimedizin-mainz.de
15. – 19.9.2014 Congress Center (ICM), München	<b>„neurowoche 2014“</b> <b>87. Kongress der DGN</b> <b>40. Jahrestagung der GNP</b> <b>59. Jahrestagung der DGNN zusammen mit DGNC und DGNR</b> Festival der Neuromedizin unter dem Motto „Köpfe – Impulse – Potenziale“	m:con – mannheim:congress GmbH Congress Center Rosengarten Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim Tel.: 0621 4106-0 www.neurowoche2014.org www.dgnkongress.org
21. – 26.9.2014 Bad Bevensen, Lüneburger Heide ÄK Niedersachsen 	<b>Seminarwoche Dr. Will „Burnout-Prävention und Resilienztraining für Ärzte und Therapeuten“</b>	www.dr-markus-will.de

Fortbildungsveranstaltungen 2014		
26. – 27.9.2014 Universitätsklinikum RWTH Aachen Pauwelsstr. 30, Aachen	<b>Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)</b>	Prof. Dr. Dr. Frank Schneider Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Universitätsklinikum RWTH Aachen Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen E-Mail: <a href="mailto:psychiatrie@ukaachen.de">psychiatrie@ukaachen.de</a> <a href="http://www.psychiatrie.ukaachen.de">www.psychiatrie.ukaachen.de</a>
30.9. – 2.10.2014 Charité – Universitätsmedizin, Campus Virchow-Klinikum Berlin	<b>Deutscher Suchtkongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie</b>	CPO Hanser Service, Hanser & Co GmbH Büro Hamburg Zum Ehrenhain 34, 22885 Barsbüttel Tel.: 040 670 882 0, Fax: 049 40-670 32 83 E-Mail: <a href="mailto:sucht2014@cpo-hanser.de">sucht2014@cpo-hanser.de</a> <a href="http://www.deutschersuchtkongress.de">www.deutschersuchtkongress.de</a>
16. – 18.10.2014 Yachthotel Prien am Chiemsee, Harrasser Str. 49	<b>19. Jahrestagung des Deutsch-Österreichisch-Schweizer Arbeitskreises Epilepsie</b> Neues und Bewährtes zur Diagnostik und Behandlung von Epilepsien	Universitätsklinik Erlangen Neurologische Klinik (Klinikbereich) Epilepsiezentrum Erlangen (EZE) Claudia Saint-lot Schwabachanlage 10, 91054 Erlangen Tel.: 09131 8536989, Fax: 09131 8534226 E-Mail: <a href="mailto:claudia.saint-lot@uk-erlangen.de">claudia.saint-lot@uk-erlangen.de</a> <a href="http://www.dach2013.de/">www.dach2013.de/</a>
16. – 18.10.2014 Congress Centrum Alpbach 246, 6236 Alpbach, Tirol, Österreich	<b>Kongress Essstörungen in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES) &amp; Medizinischen Universität Innsbruck</b> Im Mittelpunkt des Kongresses steht die Übersetzung von Forschungsergebnissen und klinischen Erfahrungen bei Essstörungen in die therapeutische Praxis	Netzwerk Essstörungen Templstr. 22, 6020 Innsbruck, Österreich Tel.: 043-512-57-6026, Fax: 043-512-583654 E-Mail: <a href="mailto:info@netzwerk-essstoerungen.at">info@netzwerk-essstoerungen.at</a> <a href="http://www.netzwerk-essstoerungen.at">www.netzwerk-essstoerungen.at</a>
23. – 25.10.2014 Gürzenich, Köln	<b>49. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)</b> <i>Programmschwerpunkte:</i> Neuroonkologie, Multimodale Bildgebungskonzepte, Pädiatrische Neuroradiologie, Schädelbasis, Spinalkanal, Update Neurointervention	Kongress- und Kulturmanagement GmbH Karl-Liebknecht-Str. 17 – 21, 99423 Weimar Tel.: 0 3643 2468-0, Fax: 0 3643 2468-31 E-Mail: <a href="mailto:info@kukm.de">info@kukm.de</a> <a href="http://www.kukm.de">www.kukm.de</a>
2. – 4.11.2014 Freudenstadt	<b>73. Psychotherapie-Seminar Freudenstadt e. V.</b> Die Lüge der Wahrheit ist die Wahrheit der Lüge – Wahrheit in Therapie und Beziehung – für Ärzte und Therapeuten	Psychotherapie-Seminar Freudenstadt e. V. im Verbund mit der SIGMA-Akademie Angelika Kümmel Univ.-Prof. Dr. med. Erich W. Burrer Am Waldrain 4, 78073 Bad Dürkheim Tel.: 07726 9395942, Fax: 07726 9393856 E-Mail: <a href="mailto:info@ptseminar-freudenstadt.de">info@ptseminar-freudenstadt.de</a> <a href="http://www.ptseminar-freudenstadt.de">www.ptseminar-freudenstadt.de</a>
7. – 8.11.2014 München	<b>40. Jahrestagung der Sektion Intrakranieller Druck, Hirndurchblutung und Hydrozephalus der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)</b>	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Justus Appelt/Franziska Schreiber Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-271, Fax: 03641 3116-243 E-Mail: <a href="mailto:sidhh@conventus.de">sidhh@conventus.de</a> <a href="http://www.conventus.de">www.conventus.de</a>
26. – 29.11.2014 CityCube Berlin, Messedamm 26, Berlin	DGPPN Kongress 2014 „Herausforderungen durch den demographischen Wandel – psychische Erkrankungen heute und morgen“	CPO HANSER SERVICE GmbH Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin Tel.: 030 300669-0, Fax: 030 300669-50 E-Mail: <a href="mailto:dgppn14@cpo-hanser.de">dgppn14@cpo-hanser.de</a> <a href="http://www.cpo-hanser.de">www.cpo-hanser.de</a>



**BVDN**

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ [www.bvbn.de](http://www.bvbn.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:** Ulrike Bennemann  
**Sachsen-Anhalt:** Michael Schwalbe  
**Schleswig-Holstein:** Fritz König  
**Thüringen:** Volker Schmiedel  
**Westfalen:** Rüdiger Saßmannshausen

**Ansprechpartner für Themenfelder**

**EBM/GÖÄ:** Gunther Carl, Frank Bergmann  
**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, Gunther Carl, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim, 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, Neuroophthalmologie:** 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  
**Schmerztherapie Neurologie:** Uwe Meier, Monika Körwer  
**Suchttherapie:** Ulrich Hutschenreuter



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ [www.neuroscout.de](http://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



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ [www.bv-psychoiater.de](http://www.bv-psychoiater.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

**Geschäftsstelle des BVDN**

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

**Delegierte in Kommissionen der DGN**

**Leitlinien:** Uwe Meier  
**Versorgungsforschung:** Uwe Meier  
**Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:** Rolf Hagenah  
**Anhaltzahlen/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-Merkel  
**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

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- Kostenlose NERFAX-Teilnahme gewünscht
- Kostenloser Mailservice „Das muss man wissen ...“ gewünscht

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_  
bei der \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Ort, Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift: \_\_\_\_\_

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>BADEN-WÜRTTEMBERG</b>					
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
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>BAYERN</b>					
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
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>BERLIN</b>					
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.raffauf@t-online.de
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>BRANDENBURG</b>					
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
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>BREMEN</b>					
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	ÄK/KV	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>HAMBURG</b>					
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neuroensch@aol.com
Dr. R. Trettin	Hamburg	ja	ÄK	040434818		dr.trettin@gmx.de
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>HESSEN</b>					
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
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>MECKLENBURG-VORPOMMERN</b>					
Dr. L. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@nervenaertze-rostock.de
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>NIEDERSACHSEN</b>					
Dr. R. Luebbe	Osnabrück	ja	KV	0541434748		ralph.luebbe@gmx.de
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>NORDRHEIN</b>					
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
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>RHEINLAND-PFALZ</b>					
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. Figlesthaller	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
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>SAARLAND</b>					
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
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>SACHSEN</b>					
Dr. M. Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733672625	03733 672627	mario.meinig@t-online.de
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>SACHSEN-ANHALT</b>					
N.N.						
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>SCHLESWIG-HOLSTEIN</b>					
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	ÄK/KV	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>THÜRINGEN</b>					
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
<b>BVDN-Landesverband:</b>	<b>WESTFALEN</b>					
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**

Wißstr. 9, 44137 Dortmund  
Tel.: 0231 142818  
E-Mail: info@klemt-bauersachs.de

**Dr. Gerd Benesch**

Bundesallee 95, 12161 Berlin  
Tel.: 030 3123783, Fax: -404972  
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 Bohlsen**

Klosterstr. 34-35, 13581 Berlin  
Tel.: 030 33290000, Fax: -33290017  
E-Mail: dr.j.bohlsen@gmx.net

**Dr. Thomas Briebach**

Ludwigstr. 15, 61169 Friedberg  
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, 20, 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-uhl@t-online.de

**Prof. Dr. Christian Gerloff**

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

**Dr. Heinrich Goossens-Merk**

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. 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, 50935 Köln  
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: 5030665  
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**

Holzhoferstr. 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

**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: dmbtschmidt@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: praxxvogel@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**

**Arbeitsgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)**

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

**Athene Akademie**

Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen  
**Geschäftsführerin:**  
 Gabriele Schuster  
 Traubengasse 15, 97072 Würzburg  
 Tel.: 0931 2055526, Fax: -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.: 0221 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.schilling@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 Neuro-psychologie (GNP) e.V. Geschäftsstelle Fulda**

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

**Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN)**

**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@Neuro radiologie.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. 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-medin.de

**Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse:** Die Urban & Vogel GmbH ist 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin-Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science+Business Media Deutschland 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

**Leitung Zeitschriften Redaktion:** Markus Seidl

**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 Szostek (-1346),

Dr. rer. nat. Thomas Riedel (-1327), Thomas Müller

Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409)

Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

**Herstellung:** Ulrike Drechsler (Leitung),

Tel.: 06221 4878-662, 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. 16 vom 1.10.2013.

**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-medin.de und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

**Bezugspreise:** Einzelheft 24 €, Jahresabonnement 204 € (für Studenten/AIP: 122,39 €) jeweils zzgl. Versandkosten Inland 30 €, Ausland 49 €, inkl. MwSt.. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 51 € zzgl. Versandkosten (s.o.).

**Copyright – Allgemeine Hinweise:**

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

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

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München

ISSN 1436-123X



**IA-MED**  
geprüft Facharzt-Studie 2012



© alexsokolov / thinkstockphotos.de

## Vorschau

Ausgabe 9/2014

# September

Erscheint am 12.9.2014

### Psychotische Störungen

Der Krankheitsverlauf bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko oder psychotischer Ersterkrankung kann durch frühzeitige Interventionen günstig beeinflusst werden. Die kognitive Verhaltenstherapie ist der derzeit am besten evaluierte Einzeltherapieansatz zur Psychoseprävention und Reduktion von Risikosymptomen.

### Phobischer Schwankschwindel

Der phobische Schwankschwindel ist das Paradebeispiel eines sekundär somatoformen Schwindels. Die Pathophysiologie geht von einer fehlerhaften Krankheitsverarbeitung, Veränderung der räumlichen Wahrnehmung und Umprogrammierung der sensorischen Rückmeldung aus.

### Datenverlust abwenden

Um die Praxis bei Stromausfall vor Datenverlust zu schützen, empfiehlt sich die Anschaffung eines Notstrom-Akkus, der den Computer automatisch herunterfährt.