6 Juni 2015 _ 26. Jahrgang_www.BVDN.de

NeuroTransmitter

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

Aufruf zur Debatte

Gewalt gegen Psychiater – was tun?

Neurologen- und Psychiatertag 2015

Kooperation ist der Schlüssel zur vernetzten Versorgung

BVDN-Landesverband Hamburg

Im Wechselbad der Honorarbescheide

CME: Spinale Neuralrohrdefekte

Meningomyelocele und assoziierte Fehlbildungen

Springer Medizin BVDN BDN BVDP

» Auf dem Spiel stehen nicht mehr und nicht weniger als die ärztliche Freiberuflichkeit und die ärztliche Therapiefreiheit, die von Reform zu Reform immer stärker unterwandert werden. «

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

„Denk ich an Deutschland in der Nacht …“

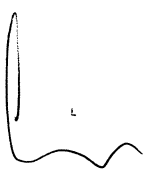
Ich kann durchaus behaupten, dass mir der Vorsitz des Berufsverbandes Freude bereitet – überwiegend zumindest. Es gibt aber natürlich auch ungeliebte Themen, unliebsame Begegnungen und lähmende Ereignisse, die diese Freude zuweilen substanziell konterkarieren. Zu letzteren zählt die anwachsende und zunehmend aggressive Streikbereitschaft in Deutschland. Nein, ich will das Streikrecht nicht infrage stellen. Aber wenn man bei erhöhter Reisetätigkeit regelmäßig auf paralysierte Bahnhöfe und Flughäfen trifft, lähmt dies unweigerlich auch die Empathiebereitschaft. Durchaus mit zynisch gefärbtem Amüsement durfte ich dann lesen, dass der DGB-Vorsitzende Reiner Hoffman fordert, dass dringend für ausreichend Personal für die Kontrolle des Mindestlohns gesorgt werden müsse. Was ist der Hintergrund dieser Forderung und was hat das mit uns zu tun?

Um Missverständnissen gleich vorzubeugen: Ich habe keine Expertenmeinung, weder zur Tarifautonomie noch zum Mindestlohn, schon gar nicht will ich hier eine arbeitspolitische Meinung von mir geben, die man missverständlich irgendwo ins Parteienspektrum einordnen könnte. Aber mit gleicher Deutlichkeit kritisiere ich eine allgemeine Tendenz zur Überregulierung, zur Überbürokratisierung und zur Kontrollwut in Deutschland. Dies trifft uns nämlich alle hart und hier schlage ich auch den Bogen: Unabhängig davon, ob der Mindestlohn sinnvoll ist oder nicht, und ob es zu den gewünschten Effekten führen wird oder nicht, sind hier Folgeprozesse angestoßen, die bedenklich stimmen: Es gibt eine Dokumentationspflicht für jede Minute Arbeit, für jede Pause, bei Bedarf auch für Kost und Logis inklusive Arbeits-, Miet- und Bewirtungsverträge. Dies gilt auch für Arztpraxen. 1.600 (steuerfinanzierte) Zollbeamte sollen künftig eingestellt werden, die zusätzlich nötig sind, um die Einhaltung des gesetzlichen Mindestlohnes zu kontrollieren. Wie gut die Ursprungsidee immer gewesen sein mag, dies ist ein weiterer Schritt in den Überwachungs- und Kontrollstaat. Wow!

Was klagen wir? In der Medizin sind wir solches schon lange gewohnt. Der Gesetzgeber delegiert immer mehr Konkretisierungen von Gesetzesvorgaben an untergeordnete Institutionen wie den Gemeinsamen Bundesausschuss (der schon lange nicht mehr über die nötigen Ressourcen verfügt, dem zeitnah nachzukommen), die uns nach und nach mit Richtlinien überschwemmen, deren Einhaltung wir kaum noch überblicken können. Über allem schwebt die Regressangst, die uns gleichsam lähmt. Die Überregulierung soll nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sogar noch ausgeweitet werden: Terminservicestellen, Zwangsaufkauf von Vertragsarztsitzen, Kompetenzausweitungen des G-BA etc. Aus diesem Grund hat der 118. Deutsche Ärztetag jüngst in Frankfurt einen Beschluss gefasst, in dem er vor einer zunehmenden Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt warnt und den Gesetzgeber auffordert, zentrale Maßnahmen des Entwurfes zu überarbeiten. Auf dem Spiel stehen nicht mehr und nicht weniger als die ärztliche Freiberuflichkeit und die ärztliche Therapiefreiheit, die von Reform zu Reform immer stärker unterwandert werden. Überregulation und Kontrolle sind Vertrauenskiller. Jan Fleischhauer hat in seiner brillanten Spiegelkolumne zu diesem Thema festgestellt: „Wenn man als Politiker davon ausgeht, dass man dem Bürger nicht über den Weg trauen kann, kommt man nicht umhin, ihm genau auf die Finger zu schauen“. Aber wo soll das noch hinführen? Denke ich an diesen politischen Trend in Deutschland, wird mein Nachtschlaf jedenfalls zunehmend gestört.

Die Mindestlohnkontrolleure werden übrigens mit Schusswaffen ausgestattet. Wenigstens bleibt die Hoffnung, dass die Streikaktivitäten sich auch auf die Kontrolleure ausweiten und Deutschland immer wieder einmal – und sei es auch nur kurz in Phasen einer Gegenparalyse – mit Frischluft umweht wird.

Ihr



© davis / Fotolia.com

Inhalt 6

Juni 2015

3 **Editorial**
„Denk ich an Deutschland in der Nacht ...“
Uwe Meier, Grevenbroich

Die Verbände informieren

6 **Kooperation ist der Schlüssel zur vernetzten Versorgung**
Bericht vom Neurologen- und Psychiatertag 2015
Oliver Biniasch, Ingolstadt

12 **Ländervertreterversammlung des BVDN**
Roland Urban, Berlin

14 **Gesundheitspolitische Nachrichten**
Honorarverbesserung bei der UV-GOÄ
ASV: Modifikationen im Gesetzesentwurf geplant
Umfrage der IKK classic: Patienten sind mit Wartezeiten zufrieden
Positiver Medizinklimaindex bei Haus- und Fachärzten
DKG plant Proteste gegen Krankenhausreform
Gunther Carl, Kitzingen

16 **Wissenschaft, Gesundheitsökonomie und Versorgungsalltag**
Frühjahrstagung des BVDN-Landesverbandes Bayern
Christian Vogel, München

22 **Im Wechselbad der Honorarbescheide**
Neues aus dem BVDN-Landesverband Hamburg
Friederike Klein, München

Rund um den Beruf

26 **Wie gehen wir mit Gewalt gegen Psychiater um?**
Aufruf zur Debatte
Christa Roth-Sackenheim, Andernach

31 **Wann sollte Cystatin C bestimmt werden?**
Aus der Serie „Praxisprobleme: Sie fragen – wir antworten!“
H. S. Füeßl, München

32 **„Deutschland misshandelt seine Kinder“**
Eine Streitschrift
Michael Tsokos, Saskia Guddat, Berlin

35 **Neue Perspektiven nach Hirnschädigung**
Dr. Thomas Belian aus Rüdersdorf im Praxisporträt
Thomas Müller, Neu-Isenburg

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

6 Neurologen- und Psychiatertag 2015

Der Neurologen- und Psychiatertag am 18. April 2015 in Köln stand unter dem Thema „Vernetzte Versorgung“. Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten diskutierten unter anderem ein Versorgungskonzept der KBV, das auf ein multiprofessionales Behandlungsangebot mit fach- und sektorenübergreifende Behandlungspfade setzt.

26 Gewalt gegen Psychiater

Zu langjährig behandelten Patienten entwickeln Psychiater eine sehr enge, krankheitszentrierte therapeutische Beziehung. Dies kann dazu führen, das mögliche Gewaltpotenzial eines Patienten zu unterschätzen. Wie gehen wir als Berufsstand mit berufsbedingter Gewalt um und wie schützen wir uns und die Praxismitarbeiter davor? Ein Aufruf zur Debatte.

Titelbild (Ausschnitt): „The God of Whatever““ von Rigo Schmidt

Fortbildung

36 **SPG-Stimulation**
Neue Therapieformen bei trigeminoautonomen Kopfschmerzen
Andreas Böger, Kassel

40 **Albträume durch PTBS oder eine Schlafstörung?**
Psychiatrische Kasuistik
Lydie Dietl, Stefan Röpke, Berlin

43 **Geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung**
Verbessert intensives Training die alltagspraktischen Fähigkeiten?
Reinhold Wolke, Anja Siegle, Karin Schmidt, Annette Riedel, Esslingen

48 **CME Spinale Neuralrohrdefekte**
Meningomyelocele und assoziierte Fehlbildungen
Reinhold Cremer, Köln

53 **CME-Fragebogen**

Journal

60 **PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Ein Tropenarzt
J.M.G Le Clezios Porträt „Der Afrikaner"
Gerhard Köpf, München

64 **NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Junge Kunst aus Leipzig
Die G2-Kunsthalle
Angelika Otto, München

28 **Kleinanzeigen**

56 **Pharmaforum**

68 **Termine**

70 **Verbandsservice**

75 **Impressum/Vorschau**

48 Spina bifida

Spinale Neuralrohrdefekte aufgrund eines unvollständigen Neuralrohrschlusses können neben einer Spina bifida ohne neurologische Ausfälle in selteneren Fällen auch zur Meningomyelocele mit Symptomen einer Querschnittslähmung mindestens ab der Höhe des Wirbelbogendefekts führen.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:
Dr. rer. nat. Gunter Freese
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435
E-Mail: gunter.freese@springer.com

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

Aboservice:
Bei Fragen rund um Abonnement und Postbezug
Telefon: 06221 345-4304; Fax: 06221 345-4229
E-Mail: leserservice@springer.com

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

BVDN BDN BVDP

Neurologen- und Psychiatertag 2015

Kooperation ist der Schlüssel zur vernetzten Versorgung

Beim „NuP-Tag“ zum Thema „Vernetzte Versorgung“ am 18. April 2015 in Köln stand das Versorgungskonzept der KBV im Mittelpunkt der Diskussion. Es setzt auf ein multiprofessionales Behandlungsangebot, bei dem Ärzte und Psychotherapeuten zu verpflichtender Kooperation sowie auf fach- und sektorenübergreifende Behandlungspfade bewegt werden sollen. Näher vorgestellt wurden Beispiele für sektorenübergreifende, strukturierte Versorgungsmodelle in der Neurologie (MS) und der Psychiatrie (Depression).

Den diesjährigen Neurologen- und Psychiatertag – kurz NuP-Tag – eröffnete Frank Bergmann, Vorsitzender des BVDN, mit einem Überblick auf die laufenden Gesetzgebungsverfahren wie Versorgungsstrukturgesetz, E-Health-Gesetz, Gesetzesvorhaben gegen die Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen und die geplante Stärkung der Themen Gesundheitsförderung und Prävention. Die beabsichtigten Gesetzesvorhaben der Bundesregierung scheinen jedoch die grundsätzlichen Probleme der Unter- und Fehlversorgung der Patienten mit zentralnervösen beziehungsweise psychischen Erkrankungen in keiner Weise gerecht zu werden, meinte Bergmann und beschrieb die Elemente, die darauf abzielen die ärztliche Selbstverwaltung zu schwächen: Die Einrichtung von Terminservicestellen und die Aufkaufvorschrift für Praxen in überversorgten Gebieten fördert die Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung. Die Möglichkeit, dass Kommunen MVZ betreiben dürfen, führt zur Schwächung der Position des Arztes als Freiberufler und zur Aushöhlung des Sicherstellungsauftrages. Die beabsichtigte Förderung der Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin (mit Finanzierung zu 25 % aus den Töpfen der Fachärzte) führt schließlich zu einer Schwächung des fachärztlichen Versorgungssystems. Bergmann wies darauf hin, dass die Defizite in der ambulanten Versorgung trotz lange bekannter Daten aus der Versorgungsforschung – auch mit Blick auf das hohe Maß an gesellschaftlicher Belastung durch psychische Erkrankungen – unangetastet bleiben. Psychiater ziehen sich aufgrund der defizitären Vergütungssituation aus der psychiatrischen Regelversorgung zurück und wenden sich dann fast ausschließ-

Impressionen vom NuP-Tag 2015. Links: Die Referenten (v. l. n. r.) Frank Bergmann, Barbara Lubisch, Ralf Gold und Iris Hauth. Rechts: Der Saal im Hotel Inn City West in Köln war gut gefüllt.

© Dr. Uwe Meier, BDN

lich der Richtlinienpsychotherapie zu. Das Thema Stigmatisierung bleibt trotz oberflächlicher Fortschritte (positive Konnotation von „burn out“) weiterhin latent bestehen, das zeigt nicht zuletzt die Tragödie um den Germanwings-Absturz. Während die Psychopharmakologie zunehmend in die „Schmuddelecke“ geschoben wird, idealisiert man die Psychotherapie, was die methodenübergreifende Konzeptualisierung von Behandlungspfaden erschwert.

Mehr Kooperation statt immer neuer Konzepte

Eine Verbesserung im gegenwärtigen Versorgungssystem sieht Bergmann nicht durch immer neue Dienste und Anbieter im Versorgungssystem, sondern durch Kooperation. Er verwies auf ein Versorgungskonzept, das die KBV unter maßgeblicher Beteiligung von BVDN, BVDP und BDN mit psychotherapeutischen Verbänden entwickelt hat. Vorgestellt wurde es von Dr. Bernhard Rochell, Verwaltungsdirektor der KBV in Berlin, der feststellte, dass Entwicklungen wie die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und Deprofessionalisierung ärztlicher Versorgungsinhalte den kassenärztlichen Sicherstellungsauftrag auch von außen unter Druck setzen.

Kern des Versorgungsmodells ist die Definition von Versorgungsaufträgen in Abhängigkeit von ICD-Diagnosen unter Berücksichtigung klinischer Verläufe. Dadurch werden die Versorgungsaufgaben von Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten definiert. Ziele und Inhalte sind ein besserer Zugang zur Akutversorgung, das Angebot von Kurzzeittherapien, Edukationsgruppen, die Förderung von Gruppentherapien, Qualitätszirkeln und Netzleistungen, der Einbezug regionaler Selbsthilfeangebote und die Koordination des multiprofessionalen Behandlungsangebots. Fach- und sektorenübergreifende Behandlungspfade verbinden die einzelnen Elemente.

Rochell sieht in dem Versorgungskonzept einen Meilenstein, da es erstmals gelungen ist, Ärzte und Psychotherapeuten zu verpflichtender Kooperation zu bewegen und damit ein wertvoller Gegenentwurf zu den eher dirigistischen Vertragskonzepten der Krankenkassen besteht. Konzipiert ist das Modell als Anlage zum Bundesmantelvertrag. Damit wäre nun der Startpunkt gelegt für Verhandlungen mit den Krankenkassen und Rochell wünscht sich, dass die Politik nun einen klaren Auftrag an die Verhandlungspartner zur Umsetzung gibt. In der anschließenden Diskussion drängte Uwe Bannert, 2. Vorsitzender des BVDN-Landesverbands Schleswig Holstein, auf die Notwendigkeit der Entkopplung der Ordination- und Gesprächsziffer wie bereits bei den Hausärzten geschehen. Und Norbert Mönter, Berlin, erinnerte an die notwendige Förderung für Ärztenetze und schlug vor, das KBV-Vertragsmodell mit Blick auf die Sozialpsychiatrievereinbarung der Kinder- und Jugendpsychiater auch durch komplexpsychiatrische Behandlungsangebote zu erweitern.

Gewalt in Praxen wird zum Thema

Der diesjährige Neurologen- und Psychiatertag wurde überschattet durch den gewaltsamen Tod unserer Kollegin aus Saarbrücken. Mit einer Schweigeminute wurde ihrem Andenken und dem Leid der Hinterbliebenen Respekt gezollt.

Frank Bergmann verwies darauf, dass sich die Berufsverbände und die DGPPN in einem Symposium auf dem nächsten DGPPN-Kongress mit dem Thema Gewalt in Praxen und Kliniken auseinandersetzen wollen. Der DGPPN-Kongress 2015 mit dem Titel „Der Mensch im Mittelpunkt, Versorgung neu denken“ wird vom 25. bis 28. November 2015 im City Cube Berlin stattfinden.

© Dr. Uwe Meier, BDN

© Dr. Uwe Meier, BDN

Dr. Bernhard Rochell, Verwaltungsdirektor der KBV Berlin.

Mit dem Hinweis, dass Änderungen der Vergütungsstruktur unabhängig von dem vorgestellten Versorgungsmodell, baldmöglichst umgesetzt werden müssen, um den Exodus der Regelversorgung zu stoppen, schloss Bergmann die Diskussion zu diesem Programmpunkt und leitete über zu zwei konkreten Versorgungskonzepten aus den Bereichen Neurologie und Psychiatrie.

Sektorenübergreifend MS-Patienten versorgen

Das sektorenübergreifende, strukturierte Versorgungsmodell aus der Neurologie stellte Professor Ralf Gold aus Bochum, 1. Vorsitzender der DGN, zur Indikation Multiple Sklerose (MS) vor. Ausgehend von den epidemiologischen Daten mit etwa 200.000 MS-Erkrankten in Deutschland und 156 Betroffenen pro 100.000 Einwohner zielt das Modell auf eine Phase von etwa 3 bis 15 Jahren (entspricht DSS 3 „mäßige Behinderung, erhaltene Gefähigkeit") mit der besten therapeutischen Beeinflussbarkeit der Erkrankung ab.

Die bisherige Einstufung von Basis- und Eskalationsstrategien wird abgelöst durch eine Einteilung die von der Verlaufsform abhängig ist: Es werden mild/moderate und (hoch) aktive Verlaufsformen unterschieden, so dass eine frühzeitig Umstellung von Basistherapeutika auf aktive immunmodulierende Therapien möglich ist.

Herausforderung für eine sektorenübergreifende Versorgung ist der rasche therapeutische Fortschritt mit der Vielzahl neuer therapeutischer Möglichkeiten, die spezifischen Risiken und der Ressourcenverbrauch der neuen Therapeutika, die gegebenenfalls einzuhaltende Übergangsfristen bei Therapieumstellung sowie die Beratung der Patienten. Die Erfahrung zeigt, dass die Patienten zwar sehr gut aber nicht unbedingt objektiv informiert sind.

Gold schlägt ein System auf drei Ebenen vor:

- niedergelassene Nervenärzte beziehungsweise Neurologen,
- MS-Kompetenzzentren (das können Klinikambulanzen oder MS-Schwerpunktpraxen sein) und
- universitäre Referenzzentren.

Wichtig erscheinen Austausch und Rücküberweisungsmöglichkeit in beide Richtungen, um einzelne Ebenen nicht zu überlasten.

Depression hat den Status Volkskrankheit

Ein Modell für die sektorenübergreifende strukturierte Versorgung aus dem Bereich der Psychiatrie stellte Dr. Iris Hauth, Berlin, Präsidentin der DGPPN, am Beispiel Depression vor. Ausgangslage ist auch hier die epidemiologische Notwendigkeit. Mit fünf Millionen Betroffenen in Deutschland wird dieses Krankheitsbild in den Status einer Volkskrankheit gehoben – mit allen damit einhergehenden enormen volkswirtschaftlichen Problemen. Demgegenüber ist der Blick auf die Versorgungsrealität ernüchternd: So ist bei den Hausärzten zu 50 % die Diagnose Depression als „unspezifische Depression" klassifiziert, nur 25 % der Depressiven bekommen eine leitliniengerechte Behandlung, 18 % bekommen überhaupt keine Behandlung. Hauth sieht ein Grundproblem in der Vielzahl der Akteure im System, vom Hausarzt bis zur Reha-Klinik, mit einem stark zersplitterten Finanzierungssystem. Ein möglicher Lösungsansatz könnte ein Regionalbudget Psychiatrie sein und funktionierende Elemente solcher Modellregionen könnte man auch in die Regelversorgung übernehmen. Sie räumt aber auch ein, dass Niedergelassene bislang bei solchen Modellen nicht ausreichend teilnehmen konnten. Eine DMP Depression könnte auch ein Ansatzpunkt für sektorenübergreifende Versorgung sein, wobei die Risiken der Bürokratisierung gesehen werden. Das KBV-Konzept sei eine gute Grundlage, meinte Hauth, fehlende Elemente beschreibt sie in einem Versorgungspfad der nach Bedarf, von gering über höher bis hoch komplex gestaffelt ist. Ausgehend von dem individuellen Bedarf wird dann abgeleitet welcher Leistungserbringer am besten geeignet ist, den Bedarf zu erfüllen.

In der nachfolgenden Diskussion gab PD Dr. Albert Zacher, Regensburg, zu bedenken, dass eine Steuerung sehr schnell in eine „Zwangssteuerung" münden und damit dem Patienten die freie Behandlungswahl genommen werden könnte. Hauth verwies auf die Notwendigkeit von Steuerung in vernetzten Systemen, plädierte auf die partizipative Entscheidungsfindung mit dem Patienten und sah eher die Gefahr einer Zwangssteuerung durch die Krankenkassen.

Psychotherapeutische Versorgung

Das Thema der Versorgungsaufträge in der Versorgung psychischer Erkrankungen durch Fachärzte und ärztliche sowie psychologische Psychotherapeuten wurde von Dipl.-Psych. Barbara Lubisch aus ihrer Sicht als Bundesvorsitzende der deutschen Psychotherapeutenvereinigung vorgetragen. Auch sie betonte die hohe Prävalenz, die hohe Komorbidität und damit auch die volkswirtschaftliche Dimension psychischer Erkrankungen. In den direkten (28,7 Milliarden €) und indirekten Kosten (26,1 Milliarden €) psychischer Erkrankungen im Gegensatz zu den Ausgaben für die Versorgung (2,1 Milliarden €) wird ein krasses Missverhältnis deutlich.

Schnittstellenprobleme, lange Wartezeiten, Unterversorgung bestimmter Patientengruppen, Probleme der Zuweisungslogik sowie Erschwernisse durch die somatische Komorbidität müssen gelöst werden durch flexiblere Angebote, gestufte Versorgungsmodelle, Präventionsangebote und bessere Zusammenarbeit mit den Betrieben, zählte Lubisch auf. Sie räumte auch Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung ein. So fehlen Anreize für die Versorgung akut erkrankter, „schwieriger" Patienten mit

modernen Verfahren wie zum Beispiel dem EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung). Weitere Probleme sind die geringe Flexibilität der Psychotherapie-Richtlinie, mangelnde Gruppenbehandlungsmöglichkeiten sowie insgesamt der fehlende Anreiz zur Kooperation mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen.

Lubisch lobte die im KBV-Entwurf festgelegte „spiegelbildliche", kooperative Versorgung durch Psychotherapeuten und Fachärzte und die Zusatzleistungen, die zusätzlich zur bisherigen Regelversorgung definiert sind. Vorteilhaft für die Fachärzte wäre auch dass von Fachärzten dem Psychotherapeuten zugewiesene Patienten bevorzugt behandelt würden und der Facharzt dann auch einen differenzierten Bericht zur Diagnose und Therapie erhält. Es gibt jedoch noch weiteren Klärungsbedarf wie das Management freier Therapieplätze, Anreizelemente zur bevorzugten Aufnahme einer Psychotherapie und schließlich die Frage, auf welcher Ebene solche Kooperationsmodelle auch rechtlich umsetzbar sind .

Auch konfliktbehaftete Themen sparte Lubisch nicht aus. Sie sieht Reformbedarf auch hinsichtlich der beruflichen Einschränkungen der psychologischen Psychotherapeuten wie den Wunsch, Überweisungen, fachspezifische Krankenhauseinweisungen und Soziotherapieverordnungen ausstellen zu dürfen. Verbesserungsbedarf gäbe es auch in der Entwicklung von Präventionsangeboten, in der psychotherapeutischen Vergütung und in der Notwendigkeit die PT-Ausbildung zu reformieren. Aus ihrer Sicht sollte eine Direktausbildung mit fünfjährigem wissenschaftlichem Studium, einem sechs Monate langem praktischen „Jahr", anschließender Approbation und dann einer fünfjährigen Weiterbildung in einem Fachgebiet erfolgen.

In weiteren Diskussionsbeiträgen wurde die „geringe Innovation des KBV-Modells", die Gefahr innerärztlicher Spaltung durch IV-Verträge und die Schwerfälligkeit der versorgungspolitischen Gemengelage kritisiert. Frank Bergmann räumt den „Frust" über die bisherige Entwicklung ein, sieht aber die Chance auf einen Neuanfang durch die gemeinsame Positionierung der Fachärzte und psychologischen Psychotherapeuten. Dem pflichtete Hauth bei, auch in den Kliniken sei der Druck gestiegen, Kooperationen mit Niedergelassenen und der KBV einzugehen. Man sei jedoch noch nie so nahe an der Möglichkeit einer durchgreifenden Veränderung gewesen, meinte Lubisch. Positiv bewertet wurde in verschiedenen Diskussionsbeiträgen, dass die Psychotherapeuten „ihren Elfenbeinturm der Richtlinienpsychotherapie" verlassen wollen, gleichzeitig wurde jedoch eine bessere Vernetzung und Kooperation der psychologischen Psychotherapeuten eingefordert. □

AUTOR

Dr. med. Oliver Biniasch, Ingolstadt

ZNS-Ärzte sind Grundversorger!

Psychiater, Neurologen, Nervenärzte und Kinder- und Jugendpsychiater begrüßen den Beschluss der Großen Koalition, auch die Weiterbildung grundversorgender Fachärzte mit zunächst 1.000 Stellen bundesweit zu fördern.

„Dieses Stellenkontingent kann aber nur ein Anfang sein, und muss baldmöglichst aufgestockt werden", sagte der Vorsitzende des Spitzenverbandes ZNS (SPiZ), Dr. Frank Bergmann. Die genannten vier Facharztgruppen seien als Grundversorger die zentralen Ansprechpartner für Patienten mit psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen. „Sie betreuen ihre Patienten umfassend – das bezieht auch das soziale und berufliche Umfeld und die enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen ein", so Bergmann. Der SPiZ sieht daher die Notwendigkeit, die ZNS-Fächer umfänglich in die Förderung der ambulanten Weiterbildung einzubeziehen, wie es das Versorgungsstärkungsgesetz jetzt für 1.000 Weiterbildungsstellen in der Facharztmedizin vorsieht.

Der SPiZ weist daraufhin, dass auch die Bedarfsplanungsrichtlinie (Fassung von Dezember 2014) Nervenärzte dezidiert zur „allgemeinen fachärztlichen Versorgung" zählt. „Zur Arztgruppe der Nervenärzte gehören die Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie", führt die Richtlinie danach aus (Abschnitt 4, §12, Absatz 2).

Bergmann betonte, dass die ZNS-Fächer – und hier insbesondere die Psychiatrie – gravierende Nachwuchsprobleme haben. Das belegt unter anderem eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), wonach Kliniken 2009 knapp 14 % ihrer ausgewiesenen Arztstellen für Psychiater nicht besetzen konnten [1].

Das Deutsche Krankenhausinstitut schreibt in einer Studie zum Thema, die Psychiatrie sei „das Fachgebiet mit dem größten Ärztemangel überhaupt" [2]. „Vor allem die ambulante und die Krankenhausversorgung in ländlichen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, sind gefährdet", stellen die Autoren der Publikation Psychiatrie 2020plus fest [3]. „Es ist daher entscheidend wichtig, dass die Selbstverwaltungspartner die Psychiatrie, die Neurologie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie als grundversorgende Facharztmedizin mit in die geplante Förderung der ambulanten Weiterbildung einbeziehen", so Bergmanns Fazit.

Literatur

1. Schneider, Falkai, Maier, Psychiatrie 2020plus, S. 68
2. Blum, Löffert et al, Psychiatrie Barometer 2011, Januar 2012:https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/psychbarometer_2011.pdf
3. Schneider, Falkai, Maier, Psychiatrie 2020plus, S. 34

Spitzenverband ZNS (SPiZ)
www.bvdn.de
www.bv-psychiater.de
www.bv-neurologe.de

Ländervertreterversammlung des BVDN

Im Rahmen des Neurologen- und Psychiatertages in Köln fand am 17. April 2015 die Ländervertreterversammlung des BVDN statt. In seinem Bericht des 1. Vorsitzenden informierte Frank Bergmann die Ländervertreter über die aktuelle berufspolitische Situation und über anstehende gesetzliche Entwicklungen, die neben dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte betreffen werden – selbst wenn sie derzeit nicht so sehr im Fokus des (arzt-)öffentlichen Interesses stehen. Bergmann listete die vielfältigen Aktivitäten im berufspolitischen Feld auf, die von ihm selbst sowie von seinem Stellvertreter, Gunther Carl, und den Vorsitzenden des BVDP, Christa Roth-Sackenheim, und des BDN, Uwe Meier, in den letzten Monaten wahrgenommen worden waren.

Über den aktuellen Stand der Bearbeitung des EBM, der noch immer nicht abgeschlossen ist, informierte Gunther Carl. Der BVDN steht in Kontakt mit der Honorarabteilung der KBV und es finden fortlaufend Gespräche statt. Des Weiteren wurden die Länderdelegierten über die aktuelle berufspolitische Situation im Hinblick auf die Arbeit in den verschiedenen Gremien, in denen der BVDN vertreten ist oder mit denen er zusammenarbeitet, informiert.

In den Berichten aus den einzelnen Landesverbänden wurde über spezifische Vertragssituationen ebenso informiert wie über spezielle Probleme bei der Honorarverteilung, seien es Verwerfungen zwischen den Gruppen der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater oder Dispute in einzelnen KVen zur Honorarverteilung insgesamt. Diskutiert wurden auch Regressforderungen oder Regressbefürchtungen im Hinblick auf die Verordnungsweise.

Verabschiedung von Paul Reuther

Wichtiger Tagungsordnungspunkt war die Neuwahl des Schatzmeisters. Nach mehr als zehn Jahren Tätigkeit in dieser Funktion stand Paul Reuther nicht mehr zur Verfügung. Bereits im Vorjahr hatte er erklärt, sich aus persönlichen Gründen nur noch um seine anderen Tätigkeiten in der Versorgungslandschaft kümmern zu wollen, insbesondere um Verbesserungen im Bereich der ambulanten Reha von Schädel-Hirn-Verletzten. Er bedankte sich bei den Länderdelegierten, dem Vorstand und bei Dagmar Differt-Fritz von der Geschäftsstelle für die angenehme Zusammenarbeit.

Bergmann dankte Paul Reuther herzlich für die überaus hilfreiche und erfolgreiche Arbeit als Schatzmeister und betonte seine Verdienste um die Übersichtlichkeit der Haushaltspläne und Kostenrechnungen, was bei dieser insgesamt etwas sperrigen Materie und den vielen verschiedenen Buchungskonten nicht immer einfach gewesen sei. Als Nachfolger wurde Gereon Nelles, Neurologe aus Köln, einstimmig (mit einer Enthaltung) gewählt.

Weitere Personalia

Albert Zacher legte nach fast 25 Jahren sein Amt als Diskussionsleiter nieder und übergab an Egbert Wienforth aus Troisdorf. Er werde sich zeitlich nun deutlich mehr um seine musikalischen Interessen kümmern und gab den erfreuten Delegierten in einem Privatissime einen kurz gefassten Überblick über das deutsche Kunstlied im 19. Jahrhundert. Bergmann dankte Zacher und sprach seine Anerkennung aus für die jahrelange Arbeit bei der Diskussionsleitung der Ländervertreterversammlungen, die in der Vergangenheit auch gelegentlich durch gewisse Turbulenzen gekennzeichnet waren und die Zacher dennoch souverän geführt habe. Bergmann erinnerte weiterhin daran, dass Zacher sich für den BVDN auch durch die Herausgabe des NeuroTransmitter überaus verdient gemacht hat, den er von einem gefalteten A4-Blatt zu einer anerkannten und überaus erfolgreichen Publikation entwickelte. Zudem habe sich Zacher als Begründer der Fort- und Weiterbildungsakademie sehr erfolgreich für die Fortbildung der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen engagiert.

Bereits seit einiger Zeit als kooptiertes Vorstandsmitglied tätig, wurde Sabine Köhler, Psychiaterin aus Jena, einstimmig (bei einer Enthaltung) in den Vorstand gewählt.

Weitere Programmpunkte waren der Bericht aus der Geschäftsstelle von Dagmar Differt-Fritz und der Bericht von Gunther Carl zur Cortex Management Gesellschaft. In der Nachmittagssitzung ging es in der Diskussion unter anderem wieder einmal um die „Nachbesetzungsproblematik" mit ihren mitunter verheerenden Folgen für die Versorgungssituation bei der Weitergabe von nervenärztlichen Praxen an reine Neurologen oder Psychiater. □

© Dr. Egbert Wienforth

Mitglieder des BVDN-Vorstands in Köln (v. l. n. r.: Sabine Köhler, Gereon Nelles, Christa Roth-Sackenheim, Uwe Meier, Gunther Carl, Frank Bergmann und Roland Urban (Schriftführer).

AUTOR

Dr. med. Roland Urban, Berlin

BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE GEBÜHRENORDNUNG

Honorarverbesserung bei der UV-GOÄ

Ab dem 1. April 2015 wurden die Gebühren für freie Gutachten bei der Abrechnung mit den Unfallversicherungsträgern (Berufsgenossenschaften) im Rahmen der UV-GOÄ deutlich angehoben. Die UV-GOÄ-Nr. 160 für ein freies Gutachten ohne Fragestellung zum ursächlichen Zusammenhang ist nun mit 280 € bewertet (bisher 180 €). Die UV-GOÄ Nr. 161 – ein Gutachten mit Fragestellung zum ursächlichen Zusammenhang – kostet jetzt 490 € (statt bisher 280 €). Ein eingehend begründetes wissenschaftliches Gutachten nach UV-GOÄ Nr. 165 wird seit 1. April 2015 mit 700 € (zuvor 360 €) bezahlt. Weiterhin können nach § 59 des BG-Vertrages die Höchstsätze für frei erstattete Gutachten bei Vorliegen besonderer Gründe und mit vorheriger Zustimmung des Unfallversicherungsträgers überschritten werden. Die Schreibgebühren erhöhen sich je Seite von 3,50 € auf 4,50 €. Dies trifft neben den Gutachten-Nrn. 160, 161 und 165 auch für das Seitenhonorar bei den Arztvordrucken nach den UV-GOA-Nrn. 117 bis 124 und für die Formulargutachten nach den UV-GOÄ-Nrn. 146 bis 155 zu.

Kommentar: *Diese Gebührenanhebung war überfällig. Wer bisher derartige Gutachten erstellte, beispielsweise bei peripheren Nerven- oder Plexusverletzungen beziehungsweise Schädel-Hirn-Traumata, war mit einer Fülle zu beachtender weiterer Verletzungsfolgen, Nebenbedingungen, komplexer, langwieriger Heilungsverläufe, differenzierter Ursachen- und Folgenbetrachtungen langwierig beschäftigt. Im Gegensatz zur normalen GOÄ bemühen sich die Berufsgenossenschaften wenigstens in Teilbereichen um eine Anpassung der Honorare an die medizinischen Gegebenheiten, so zum Beispiel kürzlich auch bei der Bewertung von neuropsychologischen Tests geschehen (siehe NeuroTransmitter 2/15).* **gc**

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

»Die Anhebung bei den BG-Gutachten war überfällig, doch immerhin bemühen sich die Berufsgenossenschaften wenigstens in Teilbereichen um eine Anpassung der Honorare an die medizinischen Gegebenheiten.«

AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Modifikationen im Gesetzesentwurf geplant

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) im Zusammenhang mit der Öffnung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für Krankenhäuser ist ein zentraler Diskussionspunkt im anstehenden Gesetzgebungsverfahren. Georg Baum, der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) äußerte sich unlängst positiv zur Tatsache, dass der Zugang zur ASV in Zukunft wieder bei onkologischen Patienten und auch bei Rheumaerkrankungen unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung möglich sein soll. Bisher waren hierfür besonders schwere oder besondere Krankheitsverläufe als Voraussetzung vorgegeben. In der Regierungskoalition hat man sich möglicherweise auf folgende Modifikationen geeinigt:

- Die Einschränkung auf schwere Verlaufsformen bei Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen soll bei onkologischen und bei rheumatologischen Erkrankungen gestrichen werden.
- Der Bestandsschutz für Krankenhäuser nach § 116b SGB V a. F. soll auf drei Jahre befristet werden.
- Die Mitwirkung der obersten Landesbehörden und der Patientenvertretung in den erweiterten Landesausschüssen soll konkretisiert werden.
- Die Krankenhäuser sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit der Abrechnung der ASV beauftragen können (Umsetzung einer Forderung des Bundesrates); die Abrechnung von ASV-Leistungen soll auf öffentlich-rechtliche Stellen begrenzt werden (Streichung § 116b Abs. 6 Satz 16 und § 295 Abs. 5 SGB V).

Kommentar: *Außerordentlich wichtig ist, dass der Bestandsschutz für Krankenhäuser, die nach § 116b SGB V bereits limitiert ambulante fachärztliche Medizin anbieten, möglichst umgehend beseitigt wird. Möglicherweise gibt es einige Argumente, die besonders bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen dafür sprechen, das Schweregradkriterium aufzuheben und so Krankenhausambulanzen als auch Facharztpraxen innerhalb der ASV die Möglichkeit zu geben, alle Schweregrade der entsprechenden Erkrankungen zu behandeln. Für unsere neurologischen Indikationen Epilepsie und Multiple Sklerose, die im entsprechenden Gesetzeskatalog ebenfalls genannt werden, trifft diese Einschätzung jedoch keinesfalls zu. Die allermeisten Epilepsie- und Multiple-Sklerose-Patienten können heutzutage ohne weiteres qualifiziert und sicher ausschließlich in der ambulanten fachärztlichen GKV-Regelversorgung diagnostiziert und behandelt werden. Nur sehr wenige therapieresistente oder besonders schwer erkrankte Patienten müssen – wie bereits bisher – von Spezialambulanzen aufgefangen werden. Dass in Zukunft im Rahmen der ASV für die Behandlung dieser Patienten im ambulant-niedergelassenen Bereich und für Krankenhausambulanzen gleiche Qualitätsanforderungen und Honorierungsbestimmungen gelten sollen, ist dagegen zu begrüßen.* **gc**

UMFRAGE DER IKK-CLASSIC

Patienten sind mit Wartezeiten zufrieden

Die IKK-classic befragte im März 2015 im Rahmen der Untersuchung „Arztsuche und Arztauswahl 2015" online 1.000 Erwachsene repräsentativ. Danach erhalten beinahe 60 % der Patienten einen Termin bei einem Facharzt innerhalb von zwei Wochen. Bei zirka 15 % beträgt die Wartezeit zwei bis drei Wochen und bei 10 % der Patienten betrug die Wartezeit drei bis vier Wochen. Dies galt sowohl für in der Stadt als auch auf dem Land wohnende Versicherte. Drei Viertel der Patienten gaben dies als ihren Wunschtermin an. In Hamburg bekamen etwa 40 % der Patienten innerhalb einer Woche einen Termin während in Mecklenburg-Vorpommern beziehungsweise Brandenburg 22 % beziehungsweise 18 % der Versicherten länger als acht Wochen warten mussten. Von den PKV-Versicherten erhielten im Bundesdurchschnitt 48 % binnen einer Woche einen Facharzttermin, 26 % der GKV-Patienten kamen innerhalb einer Woche zum Facharzt. In beiden Gruppen betrug die Zufriedenheit jedoch gleichermaßen 75 %. Die Entfernung zum Hausarzt beträgt bei 72 % der Befragten weniger als fünf Kilometer, 17 % müssen fünf bis zehn Kilometer zum Hausarzt fahren. Die Entfernung ist auch das wichtigste Kriterium für die Wahl des Hausarztes, als weiteres Kriterium kommen Empfehlungen von Freunden und Bekannten hinzu. Zirka 40 % der Versicherten richten sich bei der Wahl eines Facharztes nach der Empfehlung eines anderen Arztes. Etwa 35 % fragen Bekannte oder Kollegen. Etwa 20 % besuchen Bewertungsportale im Internet, bei den unter Dreißigjährigen sind dies zirka 35 %. Auf der Suche nach dem Facharzt blättern 10 % in den Gelben Seiten des Telefonbuchs.

Kommentar: *Offenbar spielen die so häufig genannten langen Wartezeiten und Versorgungsengpässe für die Patienten in Wirklichkeit eine deutlich geringere Rolle als von Politik und Presse vermutet. Dies gilt auch für die Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten. Bedenklich stimmt der bei 20 % mittlerweile hohe Prozentsatz von Patienten, die sich nach Internet-Bewertungsportalen ihren Arzt aufsuchen. Denn die Aussagekraft, Unabhängigkeit, Transparenz, Rationalität und Seriosität dieser Internet-Instrumente lässt bekanntermaßen sehr zu wünschen übrig.* **gc**

STIMMUNGSUMFRAGE BEI HAUS- UND FACHÄRZTEN

Medizinklimaindex positiv

Die neueste Erhebung des Medizinklimaindex (MKI) zeigte mit 6,2 einen ungewöhnlich hohen Wert. Seit 2006 wird der MKI zweimal jährlich im Auftrag der Stiftung Gesundheit von der Gesellschaft für Gesundheit Marktanalyse erhoben. Haus- und Fachärzte bewerteten mit 6,1 beziehungsweise 6,3, Zahnärzte deutlich besser mit 14,3. Psychologische Psychotherapeuten gaben im Schnitt einen Wert von 3,2 an. Etwa 38 % der Hausärzte schätzten ihre aktuelle wirtschaftliche Lage als gut ein. 50 % waren zufrieden, 12 % empfanden ihre Lage als schlecht. Dabei erwarten 65 % für das kommende halbe Jahr Kontinuität, 11 % rechnen mit einer Verbesserung, 24 % mit einer Verschlechterung. Bei den Fachärzten war die Einschätzung weniger gut. Für 31 % stellte sich die Lage gut dar, 56 % waren zufrieden, 14 % hielten die Situation für schlecht.

Kommentar: *Den medizinischen Geschäftsklimaindex gibt es erst seit 2006. Vermutlich war bis zu diesem Zeitpunkt bereits eine gewisse Konsolidierung der wirtschaftlichen Lageeinschätzung nach „vielen mageren Jahren" eingetreten. Durchaus bemerkenswert ist die erhebliche Streuung der Einschätzung bei den verschiedenen Berufsgruppen, die nur zum Teil ohne weiteres nachvollziehbar ist.* **gc**

NACHBESSERUNGEN IM GESETZ ERFORDERLICH

DKG plant Proteste gegen Krankenhausreform

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) „… will mobil machen". Die Krankenhäuser seien unterfinanziert, sie litten unter einem tarifbedingten Personalkostenzuwachs, die Finanzierung der Notfallversorgung laufe aus dem Ruder. Die DKG vermutet, dass die Krankenhäuser durch eine systematisch geplante Unterfinanzierung ausgetrocknet werden sollen. Ziel sei, dass immer mehr versorgungsrelevante Kliniken vom Netz gehen müssen. Die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU, Annette Widmann-Mauz, stellt eine insgesamt gute Versorgung fest. Sie bemängelt allerdings auch ein „Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung". Aufgrund falscher finanzieller Anreize und Überökonomisierung würden zu viele unnötige Operationen durchgeführt. Die Investitionsförderung in Krankenhäuser durch die Länder sei in vielen Regionen nicht ausreichend.

Kommentar: *In vielen kleinräumigen Regionen mit guter Infrastruktur und in der Nähe von Großstädten existieren in geringer Entfernung zueinander kleinere Krankenhäuser mit gemischtem und undifferenziertem Versorgungsangebot ohne wirtschaftliche, kommunikative und fachliche Zusammenarbeit oder Arbeitsteilung. So gibt es in Ballungsräumen mehrere Transplantationszentren nahe beieinander, die gegeneinander in Konkurrenz treten. Diese Strukturen sind nicht nur unwirtschaftlich, sondern führen über ökonomische Fehlanreize auch zu medizinisch bedenklichen und schwer nachvollziehbaren Mengenausweitungen. Dass dies analog im ambulanten Bereich ebenso vorkommen kann, soll hier nicht verschwiegen werden.* **gc**

BVDN-Landesverband Bayern

Wissenschaft, Gesundheitsökonomie und Versorgungsalltag

In seit Jahren bewährtem Format trafen sich niedergelassene Bayerische Nervenärzte, Neurologen und Psychiater am 25. April 2015 in Nürnberg zur sehr gut besuchten Frühjahrstagung mit einem wissenschaftlichen Vortrag zum versorgungsrelevanten Krankheitsbild der Demenz, einem gesundheitsökonomischen Referat – mit lebhafter Diskussion – zur neuen Prüfung von Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung und informierten sich in der anschließenden Mitgliederversammlung über die Aktivitäten des Berufsverbandes sowie gesundheitspolitische Entwicklungen in Bund und Land.

Mit einigen Anmerkungen zum gesundheitsökonomisch zunehmend relevanten neuropsychiatrischen Krankheitsbild der Demenz leitete Dr. Gunther Carl, 1. Vorsitzender des Landesverbandes Bayern, den Vortrag von Professor Adrian Danek, Oberarzt der Neurologischen Klinik der LMU München, ein. Das wissenschaftliche Institut der Barmer Ersatzkasse in Bremen habe unter anderem aufgrund von Daten aus den Jahren 2008 bis 2010 festgestellt, dass 60 % der diagnostizierten Demenzen als „nicht näher bezeichnet" eingeordnet wurden. Nur bei 25 % wurde im Verlauf eine testpsychologische Untersuchung durchgeführt.

Differenzialdiagnose und Therapie der Demenzen

Danek, Leiter der Arbeitsgruppe kognitive Neurologie und Mitarbeiter des Deutschen Zentrums für neurodegenerative Erkrankungen in der Helmholtz-Gesellschaft, führte zunächst die ernüchternde Tatsache aus, dass seit der Veröffentlichung der S3-Leitlinie zur Demenz von DGPPN und DGN im Jahre 2010 keine neuen therapeutischen Optionen entwickelt worden sind.

Die Demenz als klinisches Syndrom mit erworbener, nicht passagerer Störung mehrerer höherer Hirnleistungen und mit Auswirkungen auf den Alltag könne durch verschiedene Krankheitsbilder symptomatisch, vaskulär oder neurodegenerativ bedingt sein. Als Standard ärztlicher Demenzdiagnostik nannte er bildgebende Verfahren, zuvorderst cMRT, Laboruntersuchungen (u. a. Vitamine, TSH und Lues-Serologie) sowie fachspezifisch die chemische Analyse des Liquor auf Biomarker nebst neuropsychologischen Untersuchungen. Die Liquordiagnostik sollte insbesondere die Destruktionsmarker Tau-Protein, p-Tau, Beta-Amyloid und Protein 14-3-3 umfassen. Als spezifische Zusatzdiagnostik in der nuklearmedizinischen Bildgebung hob er die FDG-PET hervor.

Auf im Versorgungsalltag handhabbare neuropsychologische Testverfahren ging Danek besonders ein, da diese auch für die Praxis des niedergelassenen Nervenarztes, Psychiaters und Neurologen von Bedeutung sind. Es gebe allerdings keinen verbindlichen Teststandard. Häufig eingesetzt würden der MMST und der Uhren-Test. Den DemTect bewertete Danek sehr kritisch; seine Wer-

Die Frühjahrstagung des BVDN Landesverbandes Bayern mit Mitgliederversammlung fand in diesem Jahr in Nürnberg statt. Ein wichtiges Thema war die Wirkstoffvereinbarung der KV Bayern.

© Laiotz / Fotolia.com

tigkeit sei nicht sicher. Seltener verwendet, aber in seiner Aussagekraft höher seien der SIDAM (Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ, der Multiinfarkt- oder vaskulären Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM-III-R, DSM-IV und ICD-10) und der relativ neue MoCA (Montreal Cognitive Assessment). Danek bestätigte – auch wegen der Handhabbarkeit – die Alltagsrelevanz von MMST und Uhren-Test, propagierte aber gleichzeitig sehr engagiert die Anwendung des MoCa, auch im ambulanten Versorgungsalltag. Der Test ist mitsamt Instruktionen und Normwerten sowie Hinweisen zur Interpretation im Internet kostenlos erhältlich (www.moca-test.org). Er umfasst Untertests zur Gedächtnisfunktion, Aufmerksamkeit, Sprache, zu Abstraktionsvermögen, Erinnerung und Orientierung. Im Alltag ist er ebenso leicht zu handhaben wie der MMST.

Ausführlich beschrieb Danek degenerative Demenzsyndrome, die nicht dem Morbus Alzheimer zuzuordnen sind sowie den aktuellen Forschungsstand zur Genetik degenerativer Demenzsyndrome. Er erläuterte dies an einem konkreten Fall einer 55-jährigen Patientin, die ab dem 52. Lebensjahr Persönlichkeitsveränderungen zeigte, durch zunehmende Reizbarkeit am Arbeitsplatz auffiel, sich sozial zurückzog, Haushalt und Körperpflege vernachlässigte, eine Abnahme der Sprachproduktion aufwies sowie gestörte Aufmerksamkeit und Gedächtnisfunktionen. Er legte die Diagnostik mit MoCA, cMRT, PET und Liquoranalyse vor, erläuterte die Genetik und leitete daraus die Diagnose einer frontotemporalen Lobärdegeneration ab.

Am Ende seines Vortrags stellte Danek die derzeitigen Forschungsinitiativen zur Genetik neurodegenerativer Erkrankungen vor, unter anderem das Deutsche Netzwerk frontotemporale Lobärdegeneration (www.ftld.de). Als weiteres Forschungsprojekt beschrieb er DIAN (Dominantly Inherited Alzheimer Network), woran unter anderem auch die Neurologische Klinik der LMU München teilnimmt.

Zum Schluss der lebhaften Diskussion wurde Danek gefragt, welche Demenzpatienten aus dem Spektrum der niedergelassenen Praxis einer genetischen Spezialdiagnostik zugeführt werden sollten. Seine Antwort: Patienten unter 60 Jahren, die einen raschen Beginn und Verlauf der Symptomatik zeigen, und es sollten außer dem Index-Patienten weitere „komische Menschen" in der Familie aufgefallen sein.

Die neue Wirkstoffvereinbarung der KVB

In der Ankündigung des Vortrags von Johann Fischaleck, Apotheker für klinische Pharmazie und Teamleiter Arzneimittel in der KV Bayern, zur neuen Wirkstoffvereinbarung der KV Bayern wies Carl schlaglichtartig darauf hin, dass im ambulanten Bereich bundesweit pro Jahr Arzneimittel für 31 Milliarden € verordnet werden. 10 % davon werden von Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern verordnet, obwohl diese Facharztgruppe nur 3,5 % der Vertragsärzte ausmacht. Die Verordnung von spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der neuropsychiatrischen Volkskrankheiten Demenz und Depression erfolgt bei 50 % der Patienten ausschließlich von Hausärzten und bei 25 % ausschließlich von Fachärzten.

Die Schwäche der bisherigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Bereich Arzneimittel mit Richtgrößen, die sich an den Kosten der Verordnung orientierten, war immer ein struktureller Bias. Sie berücksichtigten nicht das spezifische Klientel und insbesondere nicht die Versorgungstiefe. Aus diesen Gründen wurde in der KV Bayern seit Jahren an einer neuen Methodik der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Verordnung von Medikamenten gearbeitet und der BVDN war von Anfang an in die Entwicklung einbezogen. Es entfaltete sich eine intensive und – wie das Ergebnis zeigt – sehr fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Berufsverband und KV Bayern, insbesondere dem dort dafür verantwortlichen Teamleiter Fischaleck.

Die bisherige Prüfung nach Richtgrößen oder Umsatz-Durchschnittswerten, die von vielen Kollegen als undurchschaubar und unfair empfunden wurde, ist im Bereich der KVB seit dem 1. Dezember 2014 ersetzt durch eine transparente neuartige Steuerung im Rahmen

Weiterbildung in Praxen fördern

Der Spitzenverband ZNS (SPiZ) schlägt vor, die Facharztweiterbildung in Praxen zu fördern, erklärte der SPiZ-Vorsitzende, Dr. Frank Bergmann, anlässlich des 118. Deutschen Ärztetages in Frankfurt. „Einen Teil der Weiterbildung in der Praxis zu absolvieren, ist einer der wichtigsten Schritte, um junge Kollegen an eine Niederlassung heranzuführen", so Bergmann. Praxen könnten es sich aber nicht leisten, einen Assistenten auszubilden, kritisierte er. Grund dafür sei, dass sich der Weiterbildungsassistent durch seine Versorgungsleistung – also die Patientenbetreuung – nicht refinanzieren könne. Der SPiZ fordert: Die Versorgungsleistung der Weiterbildungsassistenten in der Praxis muss ebenso anerkannt werden wie die des Assistenten in der Klinik, zum Beispiel durch einen angemessenen Aufschlag auf den von der Praxis abgerechneten Punktwert. Darüber hinaus sollen Weiterbildungsverbünde von Kliniken und Praxen etabliert werden.

Sprechende Medizin aufwerten

Zur Rolle ärztlicher Körperschaften und Facharztgruppen bei der Gestaltung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) stellen die im SPiZ organisierten fachärztlichen Berufsverbände klar: Die mehrfach geübte Fundamentalkritik an der Bundesärztekammer bezüglich ihres Vorgehens im Rahmen der Novellierung der GOÄ und hier insbesondere der Verortung der Leistungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten teilen wir nicht. Wir stehen zur Orientierung an der bereits seit dem Jahr 2000 bestehenden Rechtsverordnung, innerhalb derer eine konstruktive Weiterentwicklung der Gebührenordnung für beide Berufsgruppen aus unserer Sicht möglich ist. Die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten ist bislang keine eigenständige Gebührenordnung, sondern ermöglicht, dass (nur) Leistungen, die dem fachlichen Standard entsprechen, entsprechend der GOÄ abgerechnet werden dürfen (§ 1 Abs. 2 GOP). Aus Sicht des SPiZ besteht die wesentliche Forderung an die neue GOÄ wie auch an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) darin, ärztliche Gespräche, insbesondere neurologische und psychiatrische Gesprächsleistungen aufzuwerten und adäquat abzubilden.

Quelle: Spitzenverband ZNS (SPiZ)

einer Wirkstoffvereinbarung. Nicht mehr der Preis des verordneten Medikaments ist ausschlaggebend, sondern die Auswahl des Wirkstoffes. Die Verordnungsziele orientieren sich an fachgruppenspezifischen aktuellen Quoten, die aus Generika, Rabattarzneimitteln und Leitsubstanzen gebildet werden. Die Ermittlung der Wirkstoffauswahl und Wirkstoffmenge erfolgt auf Basis von DDD (= Defined Daily Dose, entspricht der angenommenen mittleren Tagesdosis). Dadurch wird Folgendes erreicht:

- Das Morbiditätsrisiko liegt nicht mehr beim Arzt.
- Der Arzt trägt nicht mehr die Verantwortung für den Preis.
- Sogenannte Verdünner spielen keine Rolle mehr.
- Die Verordnung von Innovationen wird weiter ermöglicht.
- Das Verfahren ist transparent.

Die arztbezogene Prüfung von Verordnungen bezieht sich auf die Wirkstoffauswahl und -menge im jeweiligen Anwendungsgebiet. Für jede der 30 Indikationsgruppen (z. B. Antidepressiva, Neuroleptika, Antiepileptika, Anti-Parkinson-Mittel, MS-Therapeutika) wird ein Verordnungsziel definiert. Auf Grundlage des bisherigen Verordnungsverhaltens der Mitglieder der KV Bayern (Quartale III/2013 bis II/2014) wurde ein Durchschnittswert ermittelt, von dem aus sich der Zielwert und ein Wert für die Prüfgrenze errechnet. So gilt beispielsweise bei Neuroleptika für Psychiater als Zielwert ein Anteil von Generika und Rabattarzneimitteln von 80 %, für die Verordnung von MS-Therapeutika bei Neurologen und Nervenärzten ein Zielwert von 61 % für die definierten Leitsubstanzen.

Grundlage der Entwicklung dieser Wirkstoffvereinbarung ist § 106, Abs. 3b SGB V. Es heißt dort: „(…) *kann eine arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen, bezogen auf die Wirkstoffauswahl und die Wirkstoffmengen, im jeweiligen Anwendungsgebiet vorgesehen werden (…). Dabei sind Regelungen für alle Anwendungsgebiete zu treffen, die für*

Mitgliederversammlung des BVDN-Landesverbandes Bayern im Rahmen der Frühjahrstagung

In der Mitgliederversammlung standen die Entwicklung der Honorare sowie die Gremienarbeit im Vordergrund. Demnach hat sich die Honorarsituation der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in Bayern stabilisiert. Positive Entwicklungen gab es insbesondere bei Nervenärzten und Neurologen. Psychiater konnten sich beim Honorar zwar auch verbessern, haben aber gegenüber den anderen Gruppen immer noch einen erheblichen Nachholbedarf.

Die Befürchtung, dass sich durch die Rücknahme der extrabudgetären Vergütung der Gesprächsleistungen im Jahre 2014 die Honorarsituation der Psychiater verschlechtern würde, bestätigte sich – zumindest über die Fachgruppe insgesamt gesehen – nicht. Dies schließt nicht aus, dass es bei einzelnen Praxen mit vorwiegend gesprächsintensiven Patienten zu Verwerfungen gekommen ist.

Honorarzuwachs

Über die Fachgruppe gesehen gibt es nach vorliegenden Statistiken der KV Bayern im Quartal III/2014 einen Zuwachs gegenüber III/2013. Dabei spielt einerseits die PFG (Pauschale für fachärztliche Grundversorgung) eine Rolle, andererseits der Zuschlag von 1 € pro abgerechneter Gesprächsleistung (GOP 21220) und 2 € je abgerechnetem Gruppengespräch (GOP 21221). Es konnte erreicht werden, dass diese Sondervergütung für psychiatrische Gespräche über das Kontingent besonders förderungswürdiger Leistungen in 2015 fortgesetzt wird. Ebenso fortgesetzt werden die Sonderentgelte für MS-Patienten (Infusion: 50 €, Lumbalpunktion 20 €, Patientenschulung 20 €, Internetdokumentation 8 €).

Facharzt-EBM

Über die Entwicklung des neuen Facharzt-EBM auf Bundesebene und die diesbezüglichen intensiven Vorbereitungen des Berufsverbandes berichtete Dr. Gunther Carl. Ziel ist es, durch die Vorlage elaborierter Berechnungen über Kostenstruktur und Bewertung ärztlicher Leistung vornehmlich das Honorar für psychiatrische Gespräche deutlich zu verbessern. Für das neurologische Fachgebiet soll eine deutliche Verbesserung der Honorierung neurophysiologischer Leistungen erreicht werden.

Der stellvertretende Vorsitzende Dr. Christian Vogel berichtete über die Gremienarbeit in Bund und Land sowie die beratenden Fachausschüsse für Psychotherapie der KBV und der KV Bayern, denen er angehört. Schwerpunkte waren die bereits beschlossenen Änderungen der Psychotherapierichtlinie wie die Aufnahme der Krankheitsbilder Schizophrenie und affektive psychotische Störung in den Indikationskatalog für Psychotherapie, die Konzepte zur Erweiterung der Richtlinienpsychotherapie auf die Akutsprechstunde, psychoedukative Gruppen und Erhaltungstherapie sowie der Vertrag zur Versorgung der Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen, der von der KBV-Vertragswerkstatt entwickelt wurde. Vogel erläuterte diesen Vertragsentwurf und stellte einerseits die Bedeutung eines solchen Konzepts für die Verbesserung der ambulanten Versorgung heraus, andererseits die versorgungspolitische Relevanz der Tatsache, dass sich die Berufsverbände der Fachärzte, der Psychotherapeuten und die KBV hier auf ein gemeinsames Konzept einigen konnten. Weitere Punkte waren die Neufassung der Soziotherapierichtlinien und erste Initiativen von Seiten des Staatsministeriums für Gesundheit in Bayern für den Entwurf eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes (PsychKHG). Als Modell wurde das in Baden-Württemberg am 12. November 2014 verabschiedete Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz diskutiert.

Gremienarbeit

Über seine Teilnahme an Gremien, die sich mit gemeindepsychiatrischen Modellen beschäftigen, berichtete Dr. Oliver Biniasch. Er machte sehr deutlich, dass diese Gremien von Vertretern aus Klinik und komplementären Organisationen dominiert werden, die sehr häufig Konzepte vertreten, in denen die Bedeutung niedergelassener Nervenärzte und Psychiater kaum gesehen wird und diese für die Planung nur noch eine untergeordnete Rolle spielen. Und dies obwohl in Wirklichkeit von ihnen die Hauptlast der Versorgung getragen wird. Er betonte, wie wichtig es sei, dass sich die Niedergelassenen nicht entmutigt aus diesen Gremien zurückziehen, sondern sich dort eindeutig positionieren. Darüber hinaus wurde über die in Bayern etablierten Modelle von Verträgen zur integrierten Versorgung berichtet.

die Versorgung und die Verordnungskosten in der Arztgruppe von Bedeutung sind (…). Sie löst die Richtgrößenprüfung nach Abs. 2 ab."

Weitere Eckpunkte der neuen Wirkstoffvereinbarung sind:

- Erreicht eine Arztfachgruppe insgesamt ihre Ziele, so findet für die ganze Arztfachgruppe keine Prüfung statt.
- Auch eine schrittweise Verbesserung vermeidet eine Prüfung (15 %-Kriterium pro Quartal).
- Es werden keine Kosten gemessen.
- Die Anzahl der Patienten ist unerheblich.
- Sprechstundenbedarf ist nicht betroffen.
- Seltene Arzneimittel wie Nalmefen, Acamprosat, Naltrexon, Tetrabenazin, Riluzol fallen in das ATC-Kapitel N07 und werden nicht geprüft.

Am Beispiel der MS-Leitsubstanzen entwickelte sich eine sehr intensive Diskussion über die Bewertung der Verordnung bei Patienten, die bereits auf Präparate eingestellt sind, die nicht den Leitsubstanzen zuzuordnen sind und wie eine notwendig werdende Eskalationstherapie gehandhabt wird.

Bei der Fachgruppe der Nervenärzte und Neurologen sei mit den bayerischen Krankenkassen konsentiert, dass allein wegen der Wirkstoffvereinbarung stabil eingestellte MS-Patienten nicht umgestellt werden sollen, sagte Fischaleck. Bei Änderung der Therapie oder bei Neueinstellungen solle bevorzugt auf die Leitsubstanzen zurückgegriffen werden. Außerdem gelten MS-Mittel außerhalb der Leitsubstanzen, für die in Bayern Rabattverträge existieren, ebenfalls als wirtschaftlich. Damit verbleiben für etwa 40 % der Patienten Therapiemöglichkeiten mit Nicht-Leitsubstanzen oder zur Eskalation.

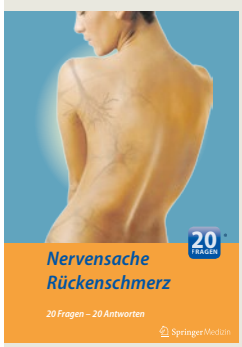
Nachbesserungsbedarf in Sachen Kommunikation

Als Ergebnis der Diskussion ist festzuhalten, dass noch Nachbesserungsbedarf in der Kommunikation der Wirkstoffvereinbarung besteht, was auch Fischaleck einräumte. Konkret wurde in der Diskussion auch die Wirkstoffprüfung auf DDD-Basis erläutert: So entsprechen beispielsweise 20 mg Citalopram oder 50 mg Sertralin jeweils einer DDD. Depot-Neuroleptika werden in DDD umgerechnet, je nach Wirkdauer (zwei Wochen 14 DDD, vier Wochen 28 DDD). Bei der Wirkstoffprüfung wird dann auf DDD-Basis die Summe der „positiven DDD" (beispielsweise Generika und Rabattarzneimittel) der Summe der „negativen DDD" (Originalpräparate) gegenübergestellt. Daraus wird die Quote ermittelt. Für jedes Quartal erhält jeder Arzt von der KV Bayern eine entsprechende Information über sein Verordnungsverhalten für jede der von ihm verordneten Arzneimittelgruppe. Das Verordnungsverhalten wird mit einer Ampel bewertet: Gelb mit einer Differenz zum Ziel < 10 %, Rot bei einem Verfehlen des Ziels um mehr als 10 %. Fischaleck betonte abschließend, dass in den Quartalen IV/2014 bis II/2015 keine Prüfungen stattfinden. Die bisherigen Ergebnisse hätten gezeigt, dass die Zahl der auffälligen Praxen deutlich gesunken sei. Er belegte dies mit einer Reihe von statistischen Schaubildern und betonte, dass die Umsetzung der Wirkstoffprüfung noch ein dynamischer Prozess sei. Gespräche mit den Berufsverbänden fänden laufend statt und die Umsetzung werde mit weiteren Informationsveranstaltungen von Seiten der KV Bayern begleitet. Laut Prognoseberechnungen gehe die Anzahl der auffälligen Ärzte durch die neue Wirkstoffvereinbarung extrem zurück. □

AUTOR

Dr. med. Christian Vogel, München

Kostenlose Broschüre für Ihre Patienten: Aktiver leben trotz Rückenschmerzen



Fast jeder Ihrer Patienten wird sich vermutlich wenigstens einmal im Leben mit Rückenschmerzen plagen. Degenerative Veränderungen, druckbedingte oder traumatische Nervenreizungen und Bandscheibenvorfälle können dafür Ursache sein. Oft finden sich auch keine auffälligen Befunde. Was können solche Patienten tun, um ihre Beschwerden auch ohne langfristige Schmerzmitteleinnahme in den Griff zu bekommen? Dabei kann ihnen eine kostenlose Broschüre helfen.

Spezifische und unspezifische Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten Gesundheitsproblemen in Deutschland. Der Leidensdruck ist bei vielen Patienten hoch, psychische Probleme verstärken die Schmerzsymptomatik oft noch zusätzlich. Sie sind bereit, etwas für eine schnellere Wiederherstellung der Beweglichkeit und gegen eine Chronifizierung zu unternehmen, das über die akute Schmerzlinderung hinausgeht. Ein gutes Beispiel dafür sind Patienten mit Wirbelsäulensyndrom, mit degenerativen Erscheinungen und akuten Nervenreizungen, zum Beispiel Lumbago oder Ischialgien. Neben Physiotherapien und einer adäquaten Schmerztherapie möchten diese häufig wissen, was sich zusätzlich kausal gegen die Beschwerden unternehmen lässt und welche Tipps helfen, wieder ein aktives und bewegliches Leben zu führen.

Die Patientenbroschüre „20 Fragen – 20 Antworten" mit dem Titel „Nervensache Rückenschmerz" beantwortet auf knapp 30 Seiten die häufigsten Fragen, die im Zusammenhang mit akuten und chronischen Rückenbeschwerden gestellt werden. So bleibt in der Sprechstunde mehr Zeit für gezieltere Fragen.

Die Broschüre kann von allen Ärzten (als Paket mit jeweils 50 Exemplaren) kostenlos für das Wartezimmer bestellt werden.

Bestellungen bitte per E-Mail an:

vertrieb@springer.com

oder per Fax an 06102/506240

Stichwort:

„20 Fragen zu Rückenschmerzen"

Neues aus dem BVDN-Landesverband Hamburg

Im Wechselbad der Honorarbescheide

Für die schwierigen Jahre 2005 bis 2008 sollte es eine Nachzahlung geben, die nicht kommen will. Die guten Jahre danach verursachen dafür aktuell Rückzahlungen. Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in Hamburg sind wahrlich nicht verwöhnt.

Mit der Ablehnung der Revision durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 9. Mai 2012 (B 6 KA 24/11 R) lautet das Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichts Hamburg: Die Honorarverteilung in den Quartalen III/2005 bis IV/2008 war rechtswidrig. „Wir haben das erweitert auf die ersten beiden Quartale 2005, weil wir der Meinung sind, dass auch dort schon eine Veränderung zugunsten der Nervenärzte hätte eingeführt werden müssen", berichtet Dr. Guntram Hinz, 1. Vorsitzender des BVDN-Landesverbands Hamburg. Die KV Hamburg hätte damals schon auf das Regelleistungsvolumen (RLV) abheben und das starre Budget ablösen müssen, so die Argumentation. „Unsere Anwältin hat auch dagegen noch einmal Klage eingelegt beziehungsweise eine Revision beim BSG beantragt", sagt Hinz.

© ARC / Fotolia.com

Die Honorarverteilung für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in Hamburg gleicht nicht nur einem Wechselbad, sie war in den Jahren 2005 bis 2008 auch rechtswidrig.

Recht bekommen reicht nicht

Er ist sich sicher: Die KV Hamburg muss für die Klagenden und die widersprechenden Praxen für den gesamten Zeitraum nachzahlen. Bisher hält diese sich aber bedeckt. „Wir haben kürzlich in einem Gespräch mit dem Vorstand der KV Hamburg unseren Forderungen Nachdruck verliehen und werden da auch weiterhin nicht stillhalten. Wir haben angekündigt, dass wir Mitte des Jahres erneut intervenieren werden, wenn bis dahin nichts geschieht." Danach sieht es derzeit aus.

Honorar neu berechnen

Es wäre möglich gewesen, einen Vergleich zu schließen, erläutert Hinz, aber die KV Hamburg sei der Meinung, das Honorar müsse neu berechnet werden. Kein leichtes Unterfangen, wurde der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) in dieser Zeit doch mehrfach verändert. „Da gibt es kein Standardvorgehen", weiß Hinz, „In verschiedenen KVen ist da ganz unterschiedlich mit umgegangen worden." Die KV Hamburg zieht sich auf den Standpunkt zurück, dass die Krankenkassen auch eine Nachzahlung leisten müssen, weil diese damals mit für die Honorarverteilung verantwortlich waren. Dazu sind die Krankenkassen aber nicht ohne weiteres bereit. So passiert – erst einmal gar nichts.

Die Jahre 2005 bis 2008 waren von der Honorarsituation her eine sehr schwierige Zeit, besonders für die neurologischen und psychiatrischen Praxen in Hamburg. „Es wäre nur fair, wenn da

noch etwas nachgeschossen würde", sagt Hinz. Aber das kann dauern. Das höchstrichterliche Urteil ist schon drei Jahre alt. Einige der damaligen Versorger sind bereits im Ruhestand. „Ein Kollege ist sogar schon verstorben", klagt Hinz und betont: „Wir sind über das Verhalten der KV wirklich empört und werden nicht nachlassen, persönlich und juristisch Druck zu machen."

Bessere Zeiten

Die Jahre 2009 und 2010 brachten einen Honorarzuwachs für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater. Im letzten und in diesem Jahr haben sich die Umsätze aus kassenärztlicher Tätigkeit aber wieder verschlechtert – auch wegen dieser guten Jahre. „Anfang 2009 bis Mitte 2010 wurde ein höherer Anteil unserer Leistungen vergütet, weil der Vorstand der KV Hamburg davon ausgegangen ist, dass es ab 2009 nach den neuen Richtlinien, die von der Bundesebene kamen, der Einführung des RLV-Systems in Hamburg und des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), mehr Geld von den Krankenkassen geben würde", berichtete Hinz. Doch es kam anders. Die Morbiditätsentwicklung wurde von den Krankenkassen nicht in dem Maße abgebildet wie erwartet und sie stellten weniger Geld zur Verfügung als geplant – die KV Hamburg nahm weniger ein, als sie den fachärztlichen Gruppen ausgezahlt hatte. „Das fiel erst etwas später auf und es entstand ein internes Defizit von 35 Millionen Euro im Honorarausgleichsfond, das die Fachärzteschaft in Hamburg zurückzahlen muss." Die Rückzahlungen mindern nun die fachärztlichen Umsätze. Und das ist nicht alles: „Wir müssen auch noch um 1 % höhere Verwaltungsbeiträge aus dem Umsatz budgetierter Leistungen zahlen, weil die KV Hamburg neu baut", erzählt Hinz.

Mehr Geld für Wachstum

Dazu ist eine interne Umverteilung zu konstatieren. Etablierte Praxen, die seit Jahren unverändert ein breites Versorgungsangebot gewährleisten, erleiden laut Hinz zunehmend dadurch Verluste, dass nach dem Hamburger HVM aus dem Fachgruppentopf Mittel an wachsende Praxen abgegeben werden. Die KV Hamburg verlangt jetzt, dass dieser freie Honoraranteil in allen Fachgruppen weiter vergrößert wird, weil es immer noch kaum gelingt, innerhalb des Budgets zu wachsen. „Wir Neurologen und Psychiater erbringen ja 95 % Budgetleistungen, deshalb betrifft uns das ganz besonders", erläutert Hinz. Bei den Hausärzten mache der freie Anteil bereits 30 % aus. „Ein so hoher Anteil würde unsere Budgets natürlich noch kleiner machen."

Die Vergütungsquoten liegen in Hamburg in der nervenärztlich/neurologisch/psychiatrischen Fachgruppe bei 80 %. Innerhalb der Fachgruppe variieren die Vergütungsquoten laut Hinz aber zwischen 50 % und 100 %, abhängig von der Praxisentwicklung. Das möchte die KV Hamburg näher zusammenführen.

Die wichtigste Forderung des BVDN Hamburg ist dagegen, dass die neurologischen und psychiatrischen Therapiegespräche wieder außerhalb des Budgets bezahlt werden müssen analog der Psychotherapie. „Das ist unsere Hauptforderung und wir werden nicht müde, das einzufordern. Anders als in Bremen und in Niedersachsen stößt das allerdings bisher auf wenig Gegenliebe.

Versorgungsbedarf ist riesig

Ärzte in der Metropolgegend Hamburg versorgen in hohem Maße das Umland mit. „Diese Versorgungsstrukturen sind in der Bedarfsplanung der Arztsitze aber nicht realistisch abgebildet", sagt Hinz. „Es wird auch immer mehr ambulantisiert, aber die Mittel folgen dem nicht nach. Da besteht dringender Änderungsbedarf." Im Juni findet eine Veranstaltung der KV statt, bei der es um das Verhältnis von ambulanter und stationärer Versorgung und Themen der Bedarfsplanung und der Mittelverteilung zwischen ambulant und stationär geht. Im Mittelpunkt stehen allerdings Kardiologie und ambulante Chirurgie, nicht Neurologie und Psychiatrie.

Konkurrenz sind die Krankenhäuser mit ihren ambulanten Aktivitäten angesichts des Versorgungsbedarfs in Hamburg nicht, weder die von der Stadt zusammen mit dem Konzern Asklepios in vier Stadtteilen eingerichteten ambulanten psychiatrischen Zentren mit Tagesklinik und PIA, noch die Klinik-MVZ. Hinz hat im Übrigen den Eindruck, dass der Aufkauf von Facharztsitzen für Klinik-MVZ seinen Scheitelpunkt überschritten hat. Er vermutet, weil sich die aufgekauften Sitze nur ungenügend amortisieren.

Vom Projekt in die Regelversorgung?

Als Teil der Projekts „Gesunde Stadt" gab es in Hamburg vier Jahre lang das Projekt „psychenet". Dabei ging es laut Hinz darum, sinnvolle und rationale Behandlungspfade über alle Teilnehmer der Versorgung hinweg vom Hausarzt bis in die Krankenhäuser für psychische Erkrankungen zu entwickeln und einzusetzen. „Das hat sich vor allem für den Bereich Depression und Psychosebehandlung bewährt, aber auch bei somatoformen und funktionellen Störungen", berichtet Hinz. Das Projekt wurde von entsprechenden Forschungsprojekten begleitet und ist nun abgeschlossen. Teilprojekte, die sich als sinnvoll und wirksam erwiesen haben, sollten eigentlich in die Regelversorgung überführt werden.

„Die Wirksamkeit konnte inzwischen nachgewiesen werden, trotzdem sperren sich die Krankenkassen zu einem großen Teil jetzt dagegen, die Finanzierung der Projekte fortzuführen, sodass diese bis auf einige wenige nicht weitergeführt werden können", klagt Hinz. Bestand hat ein IV-Projekt für Psychosekranke mit der AOK und eines mit mehreren Krankenkassen im Bereich „home treatment" – jeweils ausgehend von der Hamburger Universitätsklinik. Auf die Breite der gesamten Metropolregion haben sich die Projekte nicht ausdehnen lassen. „Und das war eigentlich das, was die Krankenkassen zu Beginn signalisiert hatten", sagt Hinz, der durchaus ein positives Fazit aus den Projekten zieht: „psychenet hat die Zusammenarbeit mit den Hausärzten und Psychotherapeuten verbessert und auch für die Patienten etwas gebracht. Aber das wird auf Dauer nicht weiterzuführen sein, wenn das nicht auch durch entsprechende Mittel unterstützt wird." □

AUTORIN

Friederike Klein, München

Aufruf zur Debatte

Wie gehen wir mit Gewalt gegen Psychiater um?

Psychiater sind neben Haus- und Notärzten am häufigsten Opfer von Gewalt im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit. Nicht immer sind psychische Erkrankungen der Täter ursächlich, jedoch in den meisten Fällen.

Die Faktenlage ist aktuell noch recht dünn. Im Deutschen Ärzteblatt erschien 2001 der Artikel „Tödliche Bedrohung – Gewalt als Berufsrisiko" von Klaus Püschel und Olaf Cordes [1], der sich auf eine damals aktuelle Untersuchung in JAMA bezog, wonach die Wahrscheinlichkeit, in Ausübung ihres Berufs getötet zu werden, für Psychiater unter allen Ärzten am höchsten ist. Betrachtet man alle Berufe, stehen Psychiater an vierter Stelle – nach Taxifahrern, Verkäufern und Polizisten.

Nun ist in den USA die Versorgung psychisch kranker Menschen bekanntermaßen deutlich schlechter als bei uns. Dies allein schon, weil in den USA in der Regel nur Erwerbstätige eine Krankenversicherung haben und chronisch psychisch Kranke oft beschäftigungslos sind. Untersuchungen in den USA zeigen, dass die „Versorgung" psychisch Kranker nicht selten darin besteht, dass sie in Gefängnissen landen. Ob „Obamacare" hier eine Veränderung bringen wird, muss sich erst zeigen. Ferner beschreibt der Artikel spektakuläre Einzelfälle und listet die Art der Gewalt nebst den Folgen auf. Eine systematische Untersuchung, ob eine psychische Erkrankung des Täters ursächlich war, verfolgt der Artikel nicht, beschreibt aber „psychiatrische" Erkrankungen als Risikofaktor.

Eine 2008 im British Journal of Psychiatry erschienene Arbeit aus der deutschsprachigen Schweiz zeigte, dass sich die Häufigkeit kritischer Gewaltsituationen auf psychiatrischen Akutstationen mit einem Risiko-Assessment signifikant senken lässt [2]. Grundlage für die Untersuchung war die Annahme, dass nahezu jeder Psychiater mindestens einmal in seinem Arbeitsleben Opfer von Gewalt durch Patienten wird.

Aus anderen Blickwinkeln sind zuletzt weitere Studien hinzugekommen, die aber vorsichtig zu interpretieren sind. Laut Studien von ADHS- und Autismus-Forschern im Justiz- und Maßregelvollzug wird die Diagnose ADHS unter männlichen Strafgefangenen sehr häufig gefunden. Die „bevorzugten" Delikte sind Raub, Körperverletzung (oft in Verbindung mit Fehlverhalten im Straßenverkehr), Vergewaltigung und Betrug.

Eine aktuelle, noch unveröffentlichte Übersicht „A systematic review of People with Autism spectrum Disorder and the Criminal Justice System" von Claire King von der Universtität Kent trägt die zu Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) vorliegenden Daten zusammen. Hierbei werden zwei Typen von Studien ausgewertet: einmal solche, die die Prävalenz von ASS bei Inhaftierten der britischen Kriminaljustiz und zum anderen Studien, die die Prävalenz von Gewaltdelikten bei ASS untersuchen. Mithin: Wie viele Gefängnisinsassen haben ASS und wie viele

© Edler von Rabenstein / Fotolia.com

Zu langjährig behandelten Patienten entwickeln Psychiater eine sehr enge, krankheitszentrierte therapeutische Beziehung. Dies kann dazu führen, das mögliche Gewaltpotenzial eines Patienten zu unterschätzen.

Was wir jetzt brauchen

Es ist für unsere Berufsverbände notwendig, eine offene Debatte zu führen zu den Themen:

- Wie gehen wir als Berufsstand mit berufsbedingter Gewalt um und wie schützen wir uns und die Praxismitarbeiter davor?
- Wie kann die Berichterstattung über Gewalttaten durch psychisch Kranke objektiver werden?
- Wie schaffen wir den Spagat zwischen Verdrängung oder Verharmlosung der Gefahr für andere, die durch psychische Erkrankungen erwachsen kann und der anzustrebenden Enttabuisierung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen?

Menschen mit der ASS-Diagnose begehen Straftaten? Weiterhin untersucht die Studie, wie viele und welche Komorbiditäten in diesem Fall vorliegen und welche Risikofaktoren sich identifizieren lassen. Zusammengefasst scheint das Vorliegen von ASS zu begünstigen, dass Straftaten begangen werden. Hinweise, dass ASS das Auftreten von Amok-Taten begünstigen, sind dagegen nicht genügend belegt. Andere psychische Störungen wie psychotische Störungen oder Suchterkrankungen, sind mit einer höheren Kriminalitätsrate verknüpft als ASS. Allerdings muss man sich hüten, solche populationsbasierten Ergebnisse auf die gesamte Gruppe der Erkrankten zu übertragen.

Wie schützen wir uns?

Wie gehen wir in der Praxis mit berufsbedingter Gewalt um und wie schützen wir uns und unsere Mitarbeiter?

In der Ausbildung zum psychiatrischen Fachpfleger gehören Gewaltprävention und Deeskalationsstrategien mittlerweile zum Standard. Im Medizinstudium und in der Weiterbildung der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie findet sich hierzu nichts. Dies verwundert insbesondere angesichts der Tatsache, dass in der Weiterbildung der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie auch Kenntnisse in forensischer Psychiatrie vermittelt werden. Und nebenbei: Jeder angehende Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie hat schon einmal auf der Akutstation mit Patienten zu tun gehabt, die krankheitsbedingt gewalttätig waren. Heutzutage gibt es immerhin Empfehlungen, wie mit einem Kollegen umgegangen werden soll, der Gewalt im Dienst erlebt hat. Püschel und Cordes [1] empfehlen allen Ärzten:

- Mit Gewalt rechnen und potenzielle Gefahrensituationen eher erkennen lernen (häufige Risikofaktoren sind psychiatrische Erkrankungen, Gewalt in der Vorgeschichte und Abhängigkeitserkrankungen).
- Bedrohung und Aggression nicht einfach hinnehmen, sie auch mit dem Patienten thematisieren, auch Ärzte haben ein Recht auf Selbstverteidigung.
- Nach Möglichkeit nicht allein handeln, Fluchtweg offen halten.
- Weiterbildung zum Selbstschutz durch Kommunikationstechniken oder Selbstverteidigungskurse (in einigen US-Kliniken schon Standard).
- Nach einer Eskalation sollte der bedrohte Arzt eine Pause einlegen, eine genaue Dokumentation für Vorgesetzte oder andere Ärzte erstellen und therapeutische Hilfe (Supervision) nutzen.

Für uns niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie empfiehlt sich der kollegiale Austausch im Netz oder im Qualitätszirkel. Besondere Fürsorgepflicht haben wir in dieser Sache für unsere Medizinischen Fachangestellten (MFA). Hier sind wir als Arbeitgeber gehalten,

- gewaltsame Vorfälle gegen die MFA nicht zu bagatellisieren,
- für das Nacharbeiten und das Besprechen im Praxisteam zu sorgen,
- der MFA das Gefühl zu geben, dass sie mit ihrer Situation nicht allein ist,
- Gewaltprävention zu thematisieren,
- ein Hilferufsystem in der Praxis zu etablieren und als Arzt und Praxischef selbst einzuschreiten, wenn beispielsweise die MFA an der Anmeldung verbal aggressiv angegangen wird,
- latente Gewaltbereitschaft zu erkennen und Deeskalationsstrategien einzuüben.

Bessere Berichterstattung

Gewalttaten durch psychisch Kranke rufen das Interesse der Öffentlichkeit auf den Plan. Doch wie kann die Berichterstattung objektiver werden? Bei den Veröffentlichungen zum Massenmord durch den Co-Piloten der Germanwings-Maschine haben wir kürzlich erleben müssen, wie die verschiedenen Wellen der Mutmaßungen durch das Internet und die Boulevardblätter rauschten. Zuerst musste sich die Fluggesellschaft fragen lassen, ob sie genug in die Sicherheit investiere. Als die Absicht des Piloten klar wurde, das Flugzeug und die Fluggäste zu vernichten, war die Diagnose Depression überall präsent. Rasch wurde die Forderung nach Berufsver-boten für bestimmte Berufsgruppen mit psychischen Erkrankungen laut. Es sei an dieser Stelle nochmals auf die gemeinsame Stellungnahme der Verbände und der DGPPN (NeuroTransmitter 5/2015) [3] sowie auf die Stellungnahme der Dachgesellschaft Deutscher Psychosen-Psychotherapie (DDPP) [4] verwiesen.

Risikofaktoren für Gewalt gegen Psychiater

- Hirnorganische Störung
- Akute psychiatrische Erkrankung
- Chronische unbehandelte psychiatrische Erkrankung
- Wahnhafte Störung
- Suchterkrankung
- Persönlichkeitsstörung

Entstigmatisierung gefährdet?

In der langjährigen Praxis stellt sich die Frage: Wie schaffen wir den Spagat zwischen Verdrängung oder Verharmlosung der Gefahr für andere, die durch psychische Erkrankungen erwachsen kann und der anzustrebenden Enttabuisierung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen?

Unsere Tätigkeit beinhaltet, dass wir unsere Patienten in der Regel über viele Jahre behandeln. Unsere Tätigkeit als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bewirkt auch, dass wir sehr enge, krankheitszentrierte therapeutische Beziehungen zu unseren Patienten entwickeln. Eine langjährige Arzt-Patient-Beziehung führt dazu, das mögliche Gewaltpotenzial eines Patienten eher zu unterschätzen. Je länger wir unseren Beruf ausüben, um so mehr können wir der Vorstellung verfallen, Gefahrensituationen „schon irgendwie“ einschätzen und damit umgehen zu können, da ja bisher nichts passiert ist.

Viele Psychiater bemerken vielleicht bei sich, dass sie das Thema Gewalt gegen Psychiater ausblenden. Wir lieben unsere Tätigkeit und möchten nicht, dass sie in einem negativen Licht erscheint. Psychiater wollen auch nicht, dass ihre Patienten unter Generalverdacht geraten. Wir möchten vermeiden, dass Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in der öffentlichen und kollegialen Wahrnehmung als diejenigen gelten, die man bei Problemen mit aggressionsgeneigten Patienten ruft.

Von Menschen mit psychischen Störungen können zweifellos Gefahren ausgehen. Sonst wäre ja beispielsweise die forensische Psychiatrie überflüssig. Verharmlosung unter dem Deckmantel der Entstigmatisierung ist an dieser Stelle nicht hilfreich. Andererseits hat man

feststellen müssen, dass Aufklärung und Wissensvermittlung über psychische Krankheiten mit dem Ziel der Entstigmatisierung genau das Gegenteil bewirken kann, nämlich die Vorbehalte speziell gegen Menschen mit Psychosen.

Was können wir tun?

Eigentlich ist es doch einfach: Gute psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung lindert die quälenden und ängstigenden Symptome einer psychischen Erkrankung und hilft so, Krisen zu vermeiden. Eine gute psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung macht aus vielen psychisch Kranken „normale Menschen", die in Familie und Beruf integriert sind und oft ein normales Leben führen können. Wir können nicht immer erreichen, dass aus Behandlungsbedürftigkeit auch Behandlungswilligkeit wird. Wir können realistischer Weise nicht erreichen, dass grundsätzlich jede psychische Erkrankung diagnostisch erkannt und behandelt wird, das ist in keinem Gesundheitssystem der Welt möglich, auch bei allen anderen Erkrankungen nicht und das ist auch gut so. Zwangs-Reihenuntersuchungen sind nicht erstrebenswert und auch nicht zielführend. Aber hilfesuchende Menschen sollen eine gute psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bekommen können, im Einzelfall auch zur Gewaltprävention wenn sie diese brauchen und wollen.

Damit diese gute psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit geleistet werden kann, braucht es mehr Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Damit junge Kollegen sich für dieses Fachgebiet entscheiden, müssen wir uns als Berufsverbände für attraktive Arbeitsbedingungen einsetzen und als Psychiater die Faszination an unserem Beruf weitergeben.

Literatur

1. Püschel P, Cordes O. Dt Ärztebl 2001; 98: A 153 – 7 [Heft 4]
2. Abderhalden C et al. Br J Psychiatry 2008, 193: 44 – 50
3. www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/article//stellungnahm-38.html
4. www.ddpp.eu/politik-meldung/aktuelle-stellungnahme.html

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Kleinanzeigen aus der Praxis

Kostenlos im NeuroTransmitter inserieren

Sie möchten gebraucht etwas günstig kaufen oder verkaufen? Sie haben eine Praxis abzugeben oder suchen einen neue Kollegin oder neuen Kollegen? Inserieren Sie kostenlos als Verbandsmitglied von BVDN, BDN und BVDP Ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige im NeuroTransmitter: Quer durch die Republik erhalten Sie die dafür notwendige Reichweite und Aufmerksamkeit, denn das Magazin wird monatlich an alle niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sowie an Oberärzte in Kliniken verschickt.

So schalten Sie Ihre Anzeige

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

Einsendeschluss nächster NeuroTransmitter ist der 21. Juli 2015!

Hinweis!

Geschäftsstelle und Redaktion übernehmen keine Haftung für die Richtigkeit der in den Anzeigen gemachten Angaben.

Praxisbörse

Große Einzelpraxis mit neurologischem Schwerpunkt sucht zum 1.9.2015 im Raum Bodensee FA für Neurologie/Psychiatrie (m/w) in Teilzeit (16 bis 20 Stunden) oder Weiterbildungsassistenten (m/w) FA Neurologie (halb- oder ganztags). Weiterbildungsermächtigung für 6 Monate Neurologie vorhanden, 1 Jahr auf Antrag möglich. Dr. med. Alois Rauber FA für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, Gesundheitszentrum Markdorf, Hauptstr.28, 88677 Markdorf, www.gz-markdorf.de
Kontakt: alois.rauber@t-online.de oder 07544 9523120 oder 0170 4466905

Psychiater oder Neurologe gesucht zur Mitarbeit in gut organisierter großer Gemeinschaftspraxis in nächster Nähe Würzburgs ab Juli 2015, gegebenenfalls auch zur Weiterbildung für jeweils 1 Jahr Neurologie und Psychiatrie. Sehr flexible Arbeitsmöglichkeit 1 bis 4 Tage pro Woche. Gute Honorierung.
Kontakt: rl.er@t-online.de

FA für Neurologie u./o. Psychiatrie (m/w) in großer Gemeinschaftspraxis (3 KV-Sitze) in Heidelberg zur Anstellung gesucht. Voll- oder Teilzeit, Übernahme/Partnerschaft möglich, nicht Bedingung.
Kontakt: neurozentrum@atos.de

Arzthelferin, möglichst mit Neurologie-Erfahrung, gesucht. Wer zum Beispiel im Raum HD seine Auszubildende nicht übernehmen kann oder eine Anschlussstelle benötigt wird, bitte Bewerbung an Praxis Elke Hartmann, Römerstr. 18, 69115 Heidelberg.
Kontakt: elke-hartmann-praxis@t-online.de

Psychiater, Nervenarzt oder Neurologe (m/w) gesucht, halb- oder ganztags, sofort oder später, zunächst angestellt, dann GP oder PG, Sitz vorhanden, kein Bereitschaftsdienst, familienfreundlich, übertarifliche Bezahlung.
Kontakt: 01575 2556513 oder info@unser-neurologe.de

Kaufen, Verkaufen, Verschenken

Suche toennies Neuroscreen, ggf. auch defekt.
Kontakt: dr.goossens-merkt@neurolgie-hamburg.net

Farb-Duplexgerät gebraucht zu verkaufen. Siemens Sonoline G60S Colour mit Linearschallkopf L10-5 (6,5 – 10 MHz) und Phased-array-SK P4-2 (2,1 – 3,0 MHz), Thermoprinter. Bj. 9/2006. Das Gerät ist voll funktionsfähig mit intakten Schallköpfen, 2014 von der KVB geprüfte Bilddokumentation und Qualitätssicherung nach neuen Ultraschallbestimmungen. Gute Bildqualität im Vergleich zu manchen Neugeräten anderer Hersteller. Sehr praxisgeeignetes, ergonomisches und kompaktes Gerät, einfache Archivierung über Praxisnetz möglich. Abgabe wegen Kauf eines höherklassigen Gerätes. VB 3.800 €.
Kontakt: rl.er@t-online.de

Wegen Systemwechsel zu verkaufen: Farbduplexsonografiegerät GE Logiq P5, Bj 2006, mit 10 MHz Linearsonde und 3 MHz Sonde, inklusive Triplex, Power-Angio etc., sehr gut für ECD und TCD, inklusive Sony SW- Drucker und Integr. Festplatte. VHB 4.000 €.
Kontakt: christof_fritz@yahoo.de oder 0151 40528042

Verkaufe unbenutzt voll funktionsfähigen Kranzbühler Gefäßdoppler Logidop 6 mit Stiftsonden 4 und 8 MHz. Prüfprotokoll vorhanden. VB 2.950€.
Kontakt: muengersdorf@berlin-neurozentrum.de

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: **bvdn.bund@t-online.de**

Laborwerte

Wann Cystatin C bestimmen?

Die Serumkonzentration von Cystatin C bildet einen guten endogenen Marker für die glomeruläre Filtrationsrate (GFR). Hier besitzt Cystatin C eine größere diagnostische Sensitivität als Serumkreatinin und kann schon eine moderate Einschränkung der GFR im „Kreatinin-blinden Bereich" zwischen 40 und 80 ml/min nachweisen. Bei erhöhtem Serum-Kreatinin bietet es aber keine zusätzliche Information.

Der Fall

Folgende Anfrage erreichte uns: „Ich bin niedergelassener Psychiater. Einer meiner Patienten weist regelmäßig eine Erhöhung des Kreatinins bis zu 1,4 mg/dl auf. Die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) nach der MDRD-Formel liegt bei 53,9 ml/min (Normwert zwischen 80 und 140 ml/min). Die weiteren Laborwerte: Triglyceride mit 347 mg/dl und Cholesterin mit 287 mg /dl sind erhöht, HDL-Cholesterin liegt mit 45,5 mg/dl im Normbereich, der Cholesterin-HDL-Quotient liegt bei 6,3, das LDL-Cholesterin errechnete sich mit 211 mg/dl. Außerdem ist die Harnsäure regelmäßig leicht erhöht (zuletzt 7,6 mg/dl), Kalium war mit 5,9 mmol/l ebenfalls erhöht, was ich auf den Transportweg zwischen Praxis und Labor zurückführe. Für das Cystatin C, das daraufhin bestimmt worden ist, wurde mit 0,89 mg/l ein Wert im guten Normbereich (0,62 – 1,08 mg/l) festgestellt. Die GFR wurde aufgrund der Cystatin-C-Konzentration mit 102 ml/min ebenfalls im guten Normbereich (80 – 140 mg/min/1,73 m²) berechnet. Wie lässt sich das internistisch interpretieren?"

© angellodeco / Fotolia.com

Cystatin C kann eine geringgradige Funktionseinschränkung der Nieren anzeigen, bei der das Serum-Kreatinin noch normal ist. Bei erhöhtem Serum-Kreatinin bietet es aber keine zusätzliche Information.

Antwort

Serum-Kreatinin beziehungsweise die über den Serum-Kreatininwert errechnete GFR nach der MDRD- oder der CKD-EPI-Formel sind nach wie vor die am häufigsten verwendeten Parameter zur Überwachung der Nierenfunktion und Feststellung einer Funktionseinschränkung. Allerdings hat das Serum-Kreatinin einen gravierenden Nachteil: Es steigt erst an, wenn die GFR auf unter 50 ml/min/1,73 m² beziehungsweise die Hälfte des Normalwerts abgesunken ist. Daher spricht man in der Praxis auch von einem „kreatininblinden" Bereich. Zudem müssen eine Reihe von analytischen Problemen einkalkuliert werden. Die Serum-Kreatininwerte können auch bei normaler Nierenfunktion durch Faktoren wie große Muskelmasse, erhöhte Eiweißzufuhr, sportliche Aktivität oder Hypoglykämie erhöht sein. Umgekehrt führen geringe Muskelmasse und Eiweißzufuhr sowie eine Leberzirrhose zu falsch niedrigen Ergebnissen. Cystatin C hat mit solchen Problemen nicht zu kämpfen. Es wird konstant in allen kernhaltigen Zellen gebildet und ist somit unabhängig von der Muskelmasse. In der gesunden Niere wird es filtriert, tubulär rückresorbiert und abgebaut, eine tubuläre Sekretion findet nicht statt. Cystatin C ist sensitiver als Kreatinin und bereits bei einer GFR unter 80 ml/min/1,73 m² erhöht. Allerdings gibt es – neben den deutlich höheren Kosten – auch einige labordiagnostische Nachteile. Falsch erhöhte Werte finden sich bei Hyperthyreose, Autoimmunerkrankungen, Karzinomen, Glukokortikoidtherapie und möglicherweise sogar bei metabolischem Syndrom. Nachdem Cystatin C mit einem partikelverstärkten immunologischen Trübungstest bestimmt wird, können lipämische (wie im vorliegenden Fall) oder partikelhaltige Seren, Hämolyse und Hyperbilirubinämie die Messung beeinträchtigen. Hierin dürfte auch die Antwort auf die oben gestellte Frage liegen. Die erhöhte Serum-Harnsäure wie auch möglicherweise das erhöhte Kalium weisen ebenfalls auf eine bestehende Niereninsuffizienz hin, da für beide Parameter die tubuläre Sekretion beeinträchtigt sein dürfte. Beide Veränderungen passen somit gut zum erhöhten Serum-Kreatinin.

Warum im vorliegenden Fall überhaupt Cystatin C bestimmt wurde, erscheint fraglich. Cystatin C kann eine geringgradige Funktionseinschränkung der Nieren anzeigen, bei der das Serum-Kreatinin noch normal ist. Bei erhöhtem Serum-Kreatinin bietet es aber keine zusätzliche Information. □

AUTOR

Professor Dr. med. H. S. Füeßl, München

© Scanrai_Rosenstiel / Fotolia.com

Streitschrift

„Deutschland misshandelt seine Kinder“

Unter dem Titel „Deutschland misshandelt seine Kinder“ veröffentlichten der Rechtsmediziner Professor Michael Tsokos, Berlin, und seine Kollegin Saskia Guddat ein als Streitschrift bezeichnetes Buch. Sie beschreiben darin ihre Erfahrungen bei Begutachtungen und Obduktionen von misshandelten Kindern.

Die Polizeistatistik weist rund 160 Todesfälle von Kindern jährlich nach und 3.600 krankenhausreif geprügelte Kinder. Es handelt sich fast immer um Misshandlungen durch die elterlichen Bezugspersonen. Die Dunkelziffer ist hoch, Schätzungen gehen von bis zu 200.000 betroffenen Kindern pro Jahr aus.

Der Schwerpunkt des Buches „Deutschland misshandelt seine Kinder“ (Michael Tsokos und Saskia Guddat, Droemer Verlag 2014) liegt auf den körperlichen Misshandlungen, aber die Autoren gehen auch auf seelische Misshandlungen ein. Die Ursachen werden in der schlechten Entlastung der Eltern durch Kindergärten (Zahl, Öffnungszeiten, Qualifikation), in den überforderten und bagatellisierenden Reaktionen von Jugendämtern und Gerichten sowie in der mangelnden Erfassung der Fälle durch Kinder-und Jugendärzte gesehen, belegt durch zahlreiche konkrete Fallbeispiele.

Zusammenfassend wird eine Haltung des Wegschauens, Bagatellisierens und Tabuisierens kritisiert. Dabei ist die deutsche Situation im Vergleich mit dem westlichen Ausland besonders bedrückend. Die gesetzlichen Bestimmungen schützen die Kinder oft nicht wirklich. Die Kindergartenversorgung erreicht in anderen Ländern, besonders im skandinavischen Raum, mit wesentlich qualifizierterem, besser bezahltem Personal 90 % der Kinder auch zu den für arbeitende Eltern benötigten Zeiten. Verpflichtende ärztliche und pädagogische Kontrollen werden bei den nicht im Kindergarten untergebrachten Kindern durchgeführt. Dementsprechend gibt es dort diese horrenden Zahlen von misshandelten Kindern nicht.

Die hohen Ausgaben der Jugendämter für Hilfen nach SGB VIII (KJHG) von 7,5 Milliarden € sind großenteils Fehlinvestitionen durch falsche Organisation der Hilfen, die an private Träger abgegeben werden. Die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) wird oft durch unerfahrene Berufsanfänger oder ausgebrannte resignierte Mitarbeiter durchgeführt, die auch noch finanziell am Verbleib der Kinder in den Familien als ihrer Arbeitsgrundlage interessiert sind.

© Gina Sanders - Fotolia

Trotz eindeutiger rechtsmedizinischer Befunde sind oft für Richter und Schöffen die Misshandlungen durch die sympathisch auftretenden Eltern nicht vorstellbar.

Es wird auch auf die ursächliche Vorstellung hingewiesen, dass die Familie immer besser sei als eine Fremdunterbringung und dass besonders für Richter und Schöffen oft die Misshandlungen durch die sympathisch auftretenden Eltern nicht vorstellbar sind, trotz eindeutiger rechtsmedizinischer Befunde. Ein weiteres Problem ist die gegenseitige Schuldzuweisung der infrage kommenden Bezugspersonen, so dass keine eindeutige Täteridentifikation gelingt. Ein Freispruch mangels Beweises ist die Folge, obwohl eine Schädigung des Kindes eindeutig gerichtsmedizinisch fest gestellt wurde. Als Konsequenz bleibt das Kind in der Familie.

Zur seelischen Misshandlung weisen Tsokos und Guddat auf den Aufgabenbereich der Kinder-und Jugendpsychiatrie hin. Aus dieser Sicht sei noch folgendes ergänzt: Trotz der grundgesetzlichen Bestimmung (§ 6, 2 und 3: Herausnahme eines Kindes bei Kindeswohlgefährdung) fehlt die grundgesetzliche Gleichrangigkeit des Kindesrechts gegenüber dem Elternrecht. Durch den Vorrang des Elternrechts wird sehr häufig seitens der Gerichte versucht, einen Weg für den Verbleib des Kindes bei den Eltern zu finden – auch in Fällen, in denen das bereits gescheitert ist. Auch in Trennungsverfahren wird zum Nachteil der Kinder jahrelang gestritten und es werden belastende Umgangsregelungen getroffen.

Fehler im System

Der entscheidende Konstruktionsfehler der deutschen kommunalen Jugendämter ist das gleichzeitige fachlich-pädagogische staatliche „Wächteramt“ und die finanzielle Verantwortung für die Ausgaben des Amtes. Es werden Beamte für das Controlling speziell im Jugendamt

installiert, um die Ausgaben zu begrenzen. Das Belassen in der Familie ist immer die für die Kommune billigste Lösung. Das wird oft verbrämt mit der Idee des Vorrangs der elterlichen familiären Versorgung. Die späteren Folgekosten der schweren Fehlentwicklungen werden dann aus anderen Töpfen wie Justiz und Polizei, Krankenkassen, überörtliche Sozialhilfeträger, Schulwesen, Arbeitsämter getragen. Nur eine Trennung der finanziellen Verantwortlichkeit der Jugendamtsmitarbeiter etwa durch eine überörtliche Regelung der Kosten kann hier Objektivität in die Arbeit der Ämter bringen. Die Abhängigkeit der SPFH-Mitarbeiter von ihrem Arbeitsplatz in der Familie bleibt ein Problem beim „out-sourcing".

Ein weiterer Mangel der Ämter ist die fehlende Fachkompetenz der Mitarbeiter – in der Regel Sozialarbeiter. Ihnen fehlt ein ausreichendes rechtsmedizinisches Grundwissen, eine entwicklungs- und familienpsychologische Ausbildung im Hinblick auf Bedingungen von Fehlentwicklungen, eine schulpsychologische Kompetenz zur Beurteilung von sinnvollen und nicht sinnvollen Schulentscheidungen. So werden oft Empfehlungen von Fachleuten (Kinder- und Jugendpsychiater, Schulpsychologe, Ärzten und Rechtsmedizinern) missachtet und die „billigere" Lösung insbesondere des „Beobachtens und Abwartens" (durch unqualifizierte Kräfte) gewählt. Oftmals liegt die Leitung von Jugendämtern bei Verwaltungsfachleuten ohne irgendeine pädagogische Kompetenz.

Problemfeld Schule

Die häufigen schulischen Probleme von Kindern mit schwierigen Begabungsprofilen (Teilleistungsschwächen, ADHS, Milieuschäden) können von den Schulen häufig nicht erkannt und nicht adäquat versorgt werden. Hier taucht bei Lehrern das Phänomen der Überforderung auf, mit der Tendenz zur Schuldzuweisung an Kinder und Eltern. Daraus resultiert oft genug eine Abwertung des Kindes mit verheerenden Folgen für die Entwicklung. „Die Würde des Kindes ist antastbar" lautete der Titel eines Buches des verstorbenen Münchener Analytikers und Pädagogikprofessors Kurt Singer. Etwa 10 – 20 % der deutschen Schulkinder sind von derartigen Fehlentwicklungen betroffen – mit enormen späteren Kosten für die Gesellschaft.

Die Hilfen nach § 35 a SGB VIII sind ein typisches Beispiel für das Misslingen der gemeinsamen Verantwortung von Schule und Jugendamt. Ambulant wurden diese Hilfen zunächst auch für Lerntherapien bei Kindern mit Teilleistungsstörungen und ADHS eingesetzt, dann aber von den Jugendämtern (Controlling!) zunehmend abgelehnt mit der Begründung, es handele sich nur um „Nachhilfe". Am Beispiel der häufigen Legasthenie lässt sich gut zeigen, wie die Zuständigkeit für die in vielen (aber nicht allen) Fällen unbestritten notwendige Hilfe zwischen Schulen und Jugendämtern hin- und hergeschoben wird, letztlich aufgrund von Inkompetenz und infolge der finanziellen Fehlkonstruktionen. Die Krankenkassen haben ihre Nicht-Zuständigkeit ausdrücklich festgelegt.

Tiefer liegende Ursachen

Wenn eine Gesellschaft so durchgehende Fehlhaltungen im Umgang mit Kindern zeigt, dann muss auch nach tiefer liegenden Gründen gefragt werden als nur oberflächliche Borniertheit, Nichtwissen und Bequemlichkeit anzunehmen. Dabei ist unverkennbar, dass andererseits die Idee der Gewaltfreiheit in der Erziehung auch anfängt, Früchte zu tragen. Die jugendlichen Gewaltdelikte nehmen eher ab als zu laut den Erhebungen des Niedersächsischen Kriminologischen Instituts. Aber es schält sich ein Kern besonders gewalttätiger Jugendlicher heraus und die Zahl der psychischen Fehlentwicklungen bleibt auf hohem Niveau. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass auch andernorts über ein kollektives Wegschauen, Bagatellisieren und Tabuisieren geklagt wird. So beschreibt der Berliner Bezirksbürgermeister Heinz Buschkowski in seinen Büchern über Neukölln diese politische Haltung gegenüber den Problemen durch die Integrationsverweigerung islamistischer, aber auch anderer sozial schwacher Milieus, insbesondere was den Besuch eines Kindergartens und die Reaktion auf Kriminalität angeht.

Parallelen zur Psychiatrie

Beim Thema Zwang wie bei einer notwendigen Herausnahme eines Kindes gibt es die Parallele in der Psychiatrie bei schweren, meist psychotischen Akuterkrankungen mit Verlust der vernunftgesteuerten Selbstbestimmung. Aber Zwang in der Psychiatrie wird im öffentlichen Bewusstsein abgelehnt und unterliegt engen juristischen Grenzen. Zwang zur Vorbeugung bei gefährdeten Kranken wird tabuisiert. „Es muss immer erst etwas passieren" – ein oft zu hörender Satz. In der Folge wächst die Zahl der wegen Gewalttaten untergebrachten psychiatrischen Straftäter an. Die alten geschlossenen Anstalten entstehen wieder in Form von forensischen Kliniken. Aber da wird weggeschaut – und unter Wegschauen der Öffentlichkeit kommen nicht nur die geschlossenen Betten wieder, sondern es können sich auch jahrelange Missstände wie der Fall Mollath ereignen – was dann wieder die Vorurteile gegen die Psychiatrie bedient. Hinter dieser Haltung steht der unreflektierte Glaube an das westliche Freiheitsversprechen, das vom vernünftigen mündigen Individuum ausgeht, das sich nicht unterdrücken lassen will. Zur Freiheit gehört die Toleranz gegenüber Andersdenkenden. Gerade nach Attentaten wird das wieder zum Leitmotiv des öffentlichen Diskurses. Aber wir lernen dabei nicht, das Gewaltmonopol des Staates zu reflektieren. Die Grenze zur zerstörerischen fanatischen Intoleranz oder zum „unvernünftigen" oder kranken Egoismus können wir nur schwer erkennen. Wir sind von Attentaten, Angriffen psychisch Kranker und Totschlag von Kindern immer aufs Neue überrascht. Unsere Illusionen von der schönen heilen Welt wollen wir uns nicht nehmen lassen. Lieber schauen wir weg von den Problemen oder verharmlosen und tabuisieren sie. Demokratie muss aber ihre Freiheit verteidigen können, sonst erliegt sie den Feinden der Freiheit wie Karl Popper uns 1946 nach der Katastrophe lehrte. □

AUTOR

Dr. med. Heyo Prahm, Oldenburg
Nervenarzt – Psychotherapie,
Kinder- und Jugendpsychiater
E-Mail: heyoprahm@hotmail.com

Praxisporträt

Neue Perspektiven nach Hirnschädigung

Einst gab es nach der Früh-Reha nur wenig, was Dr. Thomas Belian für Patienten mit erworbenen Hirnschäden tun konnte. Das ist nun anders: In der Region um Rüdersdorf hat er einige Reha-Zentren mitaufgebaut. Sie ermöglichen Betroffenen oft nach Jahren noch ein selbstbestimmtes Leben.

Am besten gefällt Dr. Thomas Belian der Bauernhof: „Den haben wir vor drei Jahren bei Strausberg errichtet. Damit können wir uns sogar ein Stück selbstversorgen." Der Bauernhof ist Teil einer Reihe von Reha-Einrichtungen, die der Arzt zusammen mit einem Träger sozialer Einrichtungen aus Berlin (RC Reweca) für Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen verwirklicht hat.

Der ehemalige leitende Oberarzt einer neurologischen Abteilung hatte früher viel mit Patienten zu tun, die nach einem Unfall, einer Hypoxie oder einem Schlaganfall eine schwere Hirnschädigung erlitten. Für sie gab es meist nur eine Früh-Reha. „Wer danach nicht wieder auf eigenen Beinen stand, war auf die Familie angewiesen oder musste ins Pflegeheim." Das wollte er ändern: Unter Federführung des Trägervereins RC Reweca konnte er in Rüdersdorf bei Berlin zunächst ein Tagesbetreuungszentrum aufbauen, es folgten Wohngemeinschaften und schließlich der Bauernhof.

Dr. Thomas Belian, Michaela Gierschek, Birgit Pohle (sitzt), Sandra Schollmeier.

Praxis-Steckbrief

Inhaber: Dr. Thomas Belian, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Praxistyp: Einzelpraxis

Ort: 15562 Rüdersdorf, Brandenburg

Regionale Struktur: Großstadtnähe

Anteil Privatpatienten: etwa 5 %

Nächste Klinik: Neurologie 2 km, Psychiatrie 2 km

Mitarbeiterinnen: 3

Schwerpunkte: Bewegungsstörungen

Besonderheiten: Betreuung von Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen

Langfristiges Reha-Konzept

Der Wunsch, mehr für Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen zu tun, war auch ein Grund, weshalb sich Belian 2003 in Rüdersdorf als Nervenarzt niederließ. „Ein Kollege suchte dort dringend jemanden, der ambulante Elektrophysiologie anbietet." Da er zuvor in der Klinik eine große Ambulanz mit Elektrophysiologie, Ultraschall, EEG und EMG betreut hatte, sah er nun eine gute Gelegenheit, dies als niedergelassener Arzt weiterzuführen – und zugleich ein langfristiges Reha-Konzept aufzubauen. Inzwischen betreut der Nervenarzt etwa 50 Patienten mit schweren Hirnschädigungen in den Reha-Einrichtungen – die Teamarbeit mit Psychologen, Ergotherapeuten und Krankengymnasten macht ihm besonderen Spaß. „Das mache ich vielleicht auch noch, wenn ich im Ruhestand bin." Ebenso erfreuen ihn die Erfolge seiner Patienten. „Viele verbessern sich auch noch nach zehn Jahren." Nicht wenige waren zuvor ohne große Förderung in Pflegeheimen untergebracht.

Probleme mit der Beweglichkeit haben auch viele seiner anderen Patienten: Der Nervenarzt behandelt zahlreiche Parkinson- sowie Dystoniekranke, und einmal alle drei Wochen bietet er eine spezielle Botulinumtoxin-Sprechstunde an. Einmal wöchentlich besucht der Arzt zudem Patienten in Heimen. Gegen Ende des Quartals reserviert er sich schließlich eine ganze Woche, um Pflegeeinrichtungen oder Wohngemeinschaften für Demenzkranke aufzusuchen.

Sehr wichtig ist für Belian auch der Kontakt zu anderen Ärzten. Die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, der Psychologin, der Gynäkologin und dem Augenarzt im Ärztehaus weiß er zu schätzen – bei ihnen bekommt er für seine Patienten auch kurzfristige Termine, und umgekehrt schicken ihm diese schnell mal jemanden zur neurologischen oder psychiatrischen Abklärung vorbei.

Kein Chef – das hat etwas

Als großes Problem sieht er jedoch die langen Wartezeiten bei den Psychotherapeuten. Da hier der Bedarf so groß ist, finden manche noch nicht einmal nach einem halben Jahr einen Platz auf der Warteliste der Therapeuten.

Für belastend hält er zeitweise auch den enormen Andrang von Patienten in seiner Praxis – bei vielen wünscht er sich gerne etwas mehr Zeit als tatsächlich möglich ist. Auf der anderen Seite mag er die Selbstständigkeit als niedergelassener Arzt. „Keinen Chef über sich zu haben – das hat auch etwas."

AUTOR

Thomas Müller, Neu-Isenburg

SPG-Stimulation

Neue Therapieformen bei trigeminoautonomen Kopfschmerzen

Für die Therapie von Clusterkopfschmerzen, die konservativ nicht ausreichend beherrschbar sind, stellt die Stimulation des Ganglion sphenopalatinum (SPG-Stimulation) eine vielversprechende Methode der Therapieoptimierung dar. Sie erfordert allerdings eine enge Zusammenarbeit von Neurologen, die auf Clusterkopfschmerz spezialisiert sind, und erfahrenen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen. Die ersten Ergebnisse sind vielversprechend, bedürfen aber noch der Bestätigung in einer größeren Kohorte.

ANDREAS BÖGER, KASSEL

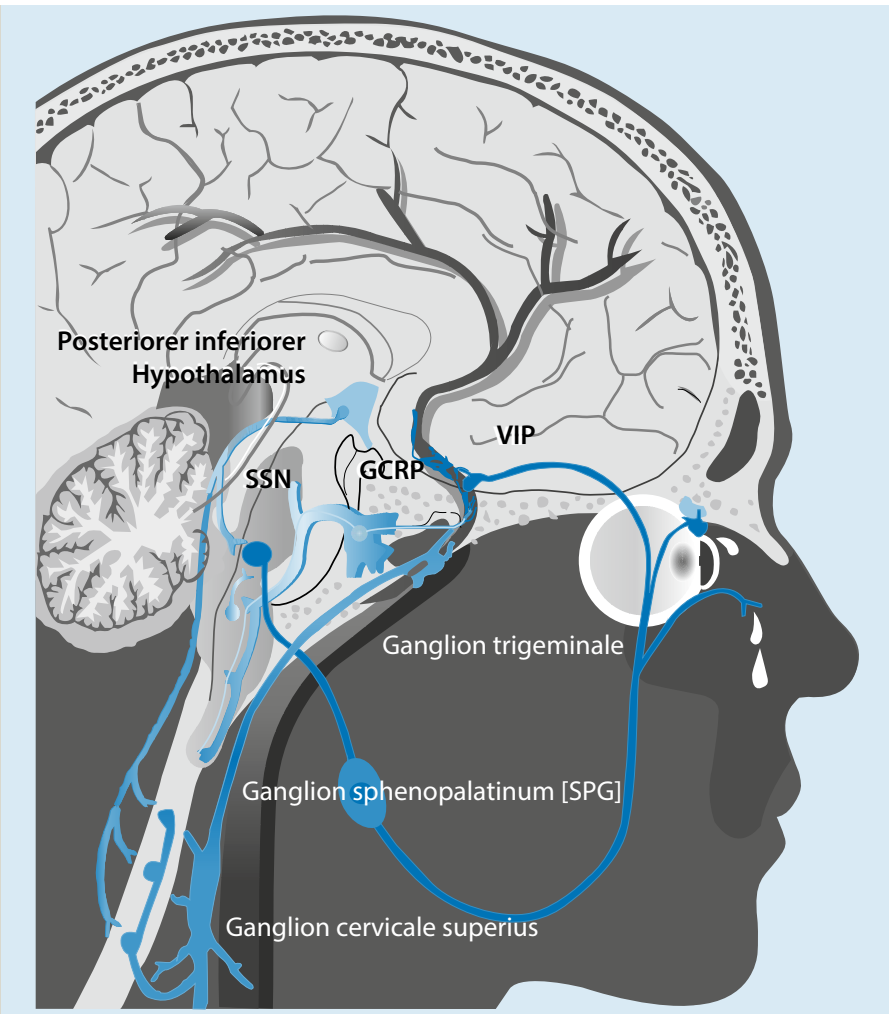


Abb. 1: Mit der Stimulation des Ganglion sphenopalatinum (SPG) wurden positive Ergebnisse bei der Therapie von Clusterkopfschmerzen erzielt.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

36 **SPG-Stimulation**
Neue Therapieformen bei trigeminoautonomen Kopfschmerzen

40 **Albträume durch PTBS oder eine Schlafstörung?**
Psychiatrische Kasuistik

43 **Geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung**
Verbessert intensives Training die alltagspraktischen Fähigkeiten?

48 CME **Spinale Neuralrohrdefekte**
Meningomyelocele und assoziierte Fehlbildungen

53 CME **Fragebogen**

Nach der Klassifikation der International Headache Society (IHS) unterscheidet man primäre und sekundäre Kopfschmerzen. Primäre Kopfschmerzen, bei denen der Kopfschmerz die eigentliche Krankheit ist und keine andere Ursache vorliegt, gehören zu den häufigsten Erkrankungen mit einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität.

Clusterkopfschmerz

Die Gesamtprävalenz von Kopfschmerzerkrankungen in der Bevölkerung liegt bei 46 %. Den größten Anteil hat dabei die Migräne mit einer Prävalenz von etwa 11 % [1]. Clusterkopfschmerzen stellen einen deutlichen kleineren Anteil dar: So wird die 12-Monatsprävalenz in der epidemiologischen Studie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) mit 0,15 % angeben, woraus für Deutschland etwa 120.000 Betroffene errechnet wurden [2]. Der Clusterkopfschmerz ist der häufigste trigeminoautonome Kopfschmerz (TAK), zu dem auch das sehr seltene SUNCT-Syndrom („Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache with Conjunctival injection and Tearing") und die Paroxysmale Hemicranie gerechnet werden.

Gemeinsames Kennzeichen der TAK sind kurze, starke und einseitige Kopf- und/oder Gesichtsschmerzattacken von meist stechendem Charakter mit ipsilateralen autonomen Phänomenen, nämlich Lakrimation, konjunktivaler Rötung, Miosis, Ptosis und Nasenfluss und/oder Nasenkongestion. Typisch – und ein wichtiger differenzialdiagnostischer Unterschied zur Migräne – ist eine ausgeprägte psychomotorische Unruhe: Die Patienten laufen umher oder krabbeln aufgrund der extrem starken Schmerzen „auf allen vieren" auf dem Boden. Die Clusterattacken dauern meist bis etwa 45 Minuten, während SUNCT und Paroxysmale Hemicranie deutlich kürzer sind.

Pathophysiologie

Unklar ist nach wie vor die Pathophysiologie der TAK. Offenbar ist der posteriore Hypothalamus für die übergeordnete zentrale Dysregulation verantwortlich. Dies könnte die zirkadiane und zirkanuale Rhythmik der Clusterepisoden erklären. Möglicherweise ist der Hypothalamus vor allem für die Initiierung der Attacken verantwortlich (**Abb. 1**), der Schmerz wird aber durch Aktivierung parasympathischer und trigeminaler Kerngebiete unterhalten. Die ursprüngliche Theorie eines inflammatorischen Prozesses am Sinus cavernosus konnte durch bildgebende Verfahren und Hormonuntersuchungen nicht bestätigt werden [3, 4]. Dem Ganglion sphenopalatinum (SPG) wird dabei unter anderem die Rolle des Generators trigeminoautonomer Phänomene wie Lakrimation, Rhinorrhoe und konjunktivale Injektion zugeschrieben (**Abb. 1**) [5, 6].

Episodischer und chronischer Clusterkopfschmerz

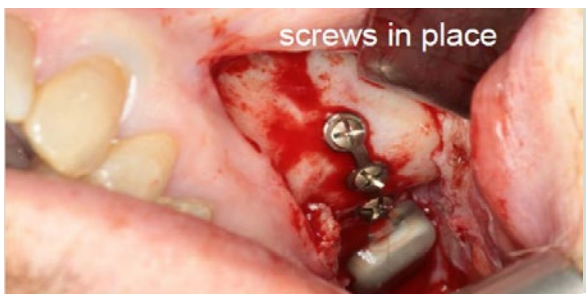
Bei Clusterkopfschmerzen ist der Begriff „chronisch" anders definiert, als zum Beispiel bei Migräne und Spannungskopfschmerz: Wenn Clusterkopfschmerzen über mindestens ein Jahr bestehen oder wenn die Pausen zwischen den Clusterepisoden kürzer als vier Wochen sind, spricht man von einem chronischen, sonst von einem episodischen Clusterkopfschmerz. Problematisch ist die noch immer lange Latenz bis zur korrekten Diagnosestellung, die durchschnittlich in Deutschland sieben Jahre beträgt.

Konservative Therapieempfehlung

Einmal diagnostiziert, können die meisten Patienten mit Sauerstoff und nasal oder subkutan applizierten Triptanen gut behandelt werden, hier ist bei der Sauerstoffgabe auf ausreichende Flußgeschwindigkeit und eine adäquate Gesichtsmaske zu achten [7]. Während der Episoden ist eine medikamentöse Prophylaxe mit Verapamil in ausreichend

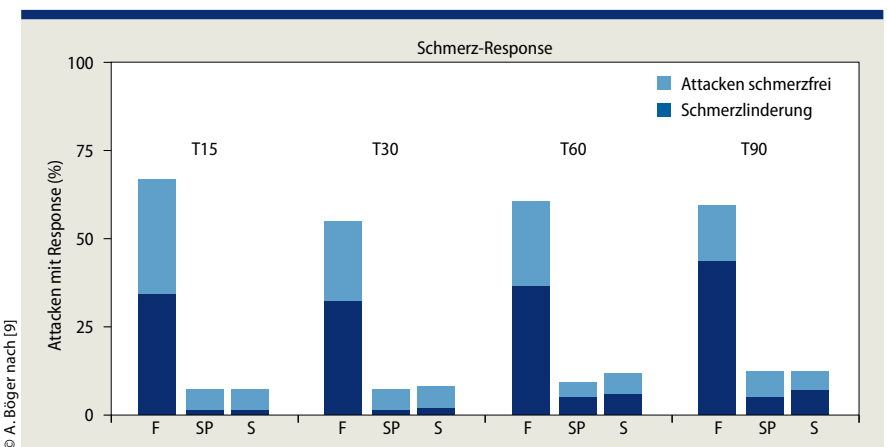
Tab. 1: Therapie der Clusterkopfschmerzen (nach [7])

Akuttherapie	
— Mittel der 1. Wahl	— Inhalation von Sauerstoff — Sumatriptan 6 mg s. c. — Zolmitriptan 5 – 10 mg nasal (contralateral)
Akuttherapie	
— Mittel der 2. Wahl	— Instillation von Lidocain-Nasenspray (ipsilateral) — Bei langen Attacken: Sumatriptan nasal oder Zolmitriptan 5 mg p. o.
Prophylaxe	
— Mittel der 1. Wahl	— Verapamil bis maximal 960 mg unter EKG-Kontrolle — Kortikode 100 mg eventuell höher dosiert
Prophylaxe	
— Mittel der 2. Wahl	— Lithium nach Spiegel — Topiramat 100 – 200 mg
— Andere therapeutische Optionen und Einzelfallbeschreibungen	— Methysergid 8 – 12 mg (internationale Apotheke) — Valproinsäure — Dihydroergotamin i. v. über Perfusor — 2 mg Ergotamin (oral, Suppositorien) zur Nacht — Pizotifen 3 x 0,73 mg — Triptane mit langer Halbwertszeit (HWZ) abends: Frovatriptan oder Naratriptan bei Patienten mit ausschließlich nächtlichen Attacken — Capsaicin-Salbe (0,5 %) topisch in das zum Schmerz ipsillaterale Nasenloch — Ganglionäre lokale Opioidanalgesie (GLOA) des ipsillateralen Ganglion aphenopalatinum



© ATI

Abb 2: Operationssitus (mit freundlicher Genehmigung der Autonomic Technology Inc., ATI)



© A. Böger nach [9]

Abb. 3: Effekt der Stimulation auf die Clusterattacken (nach [9]).
F = vollständig; SP = Subperception; S = scheinbar

hoher Dosis oft suffizient, häufig müssen 720 mg/Tag gegeben werden. Als Therapie der zweiten Wahl stehen Topiramat und Lithium zur Verfügung (**Tab. 1**).

Operative Therapie und Arbeitsteilung

Bei etwa 10 – 15 % aller Patienten mit Clusterkopfschmerzen ist der Erfolg der konservativen Therapie unbefriedigend; sei es, weil ein chronischer Clusterkopfschmerz vorliegt, bei dem die medikamentöse Prophylaxe nicht wirkt, nicht vertragen wird oder kontraindiziert ist; oder weil die Attackenkupierung mit Sauerstoff und Triptanen nicht funktioniert [8]. Für diese Patienten kommen grundsätzlich verschiedene neuromodulatorische Verfahren infrage:

- Die tiefe Hirnstimulation (deep brain stimulation, DBS) ist wegen einer sehr hohen Komplikationsrate wieder verlassen worden.
- Die Nervus-occipitalis-Stimulation (occipital nerve stimulation, ONS) hat aus dem gleichen Grund die Zulassung verloren.
- Nicht invasive Verfahren wie die transkutane Vagusnervstimulation (tVNS, gammacore) haben sich bislang trotz vielversprechender Studienergebnisse noch nicht durchsetzen können.
- Vergleichsweise gute Ergebnisse wurden hingegen mit der Stimulation des SPG erzielt.

SPG-Stimulation

Die Indikation zur SPG-Stimulation muss von einem Neurologen überprüft werden, der auf Diagnostik und Therapie von Clusterkopfschmerzen spezialisiert ist. In Deutschland existieren vier SPG-Implantationseinrichtungen, unter anderem führt das Kopfschmerzzentrum Nordhessen die Implantation durch.

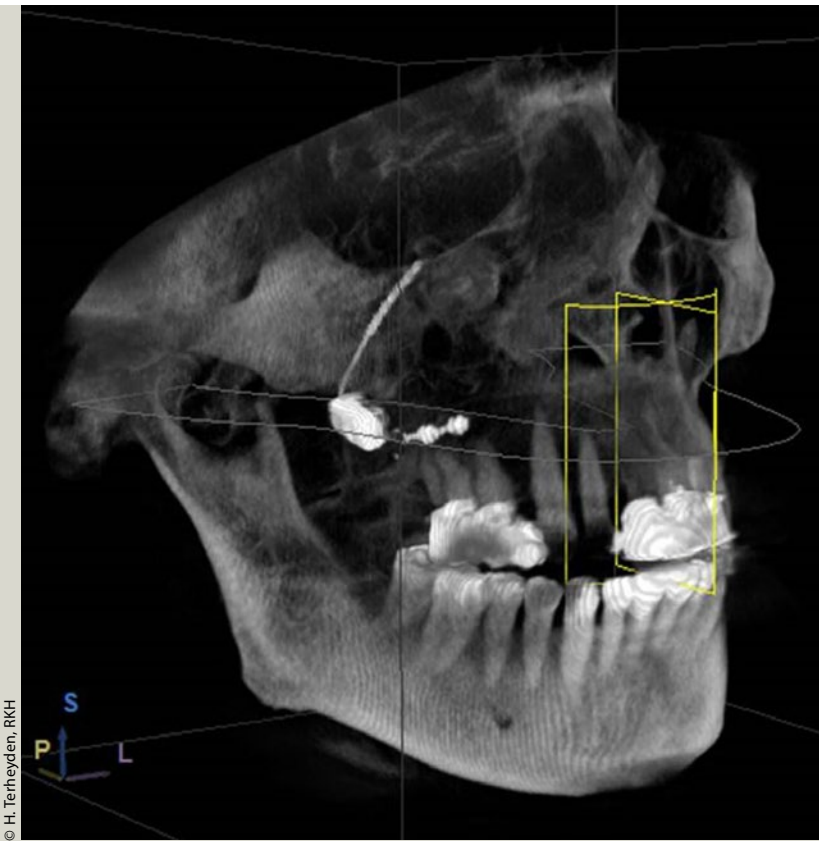
Der mund-kiefer-gesichtschirurgische Eingriff erfolgt nach vorheriger 3-D-Rekonstruktion des Schädels stationär in nasaler Intubationsnarkose unter Durchleuchtungskontrolle. Der Mikrostimulator wird am seitlichen Oberkiefer über einen Zahnfleischrandschnitt eingesetzt (**Abb. 2**, **Abb. 4**). Zehn Tage postoperativ werden die Nähte entfernt. Ein störungsfreier klinischer Heilungsverlauf zeigt sich vor allem an einer ungestörten Mundöffnung. Entzündliche

Infiltrate oder Wundinfektionen sind aufgrund des intraoralen Zugangswegs möglich und werden lokale desinfizierend und gegebenenfalls antibiotisch behandelt.

Postoperative Weiterbehandlung

Nach sechs Wochen wird der Stimulator erstmals aktiviert und in Zusammenarbeit mit der Herstellerfirma programmiert, damit ein optimales Stimulationsergebnis erzielt wird. Dabei sind häufige (gegebenenfalls auch außerplanmäßige) Kontakte mit hohem Betreuungsbedarf des Patienten einzukalkulieren. Die übliche Medikation läuft dabei zunächst weiter und kann dann im Erfolgsfall sukzessive reduziert werden.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass etwa zwei Drittel der Patienten von der Stimulation zur Attackenkupierung profitiert (**Abb. 3**) [9]. Bei einem Teil der Patienten reduziert sich zusätzlich auch die Attackenfrequenz, was noch nicht vollständig verstanden wird. Zurzeit sind die Patientenzahlen noch zu klein, insbesondere auch zu den Langzeitergebnissen. Immerhin handelt es sich offenbar um eine Methode, die wenig Nebenwirkungen und wenig Komplikationen hervorruft.



© H. Terheyden, RKH

Abb. 4: Lage des Mikrostimulators in der 3-D-Rekonstruktion (mit freundlicher Genehmigung von Prof. Hendrik Terheyden, RKH)

Fazit für die Praxis

Bei Patienten mit Clusterkopfschmerz, der konservativ nicht ausreichend beherrschbar ist, ist die SPG-Stimulation eine vielversprechende Methode der Therapieoptimierung. Die Indikationsstellung und Durchführung erfordert eine enge Zusammenarbeit von auf Clusterkopfschmerz spezialisiertem Neurologe einerseits und erfahrenem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen andererseits. Weder das konservative noch das operative Vorgehen sind banal. Auch die Nachbetreuung ist obligat in einem spezialisierten Kopfschmerzzentrum zu leisten. Die ersten Ergebnisse sind vielversprechend, bedürfen aber noch der Bestätigung in einer größeren Kohorte. Insbesondere die Langzeitdaten werden interessant sein. Bewährt hat sich das Kasseler Modell eines partnerschaftlich von Neurologe und MKG-Chirurg geleiteten Kopfschmerzzentrums. Nicht nur im Fall der SPG-Stimulation, sondern auch bei Migräne und Craniomandibulärer Dysfunktion ergeben sich hier zahlreiche Synergien durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Dr. med. Andreas Böger
Chefarzt
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel
Gemeinnützige GmbH
Klinik für Schmerzmedizin
Hansteinstr. 29 , 34121 Kassel
E-Mail: Boeger@rkh-kassel.de

Weitere Infos auf springermedizin.de

Chronische Kopfschmerzen
Die Differenzialdiagnose episodischer und chronischer Kopfschmerzerkrankungen sowie ihre Zuordnung können im Einzelfall schwierig sein und setzen ein systematisches Vorgehen voraus (5757740).

Trigeminoautonomer Kopfschmerz
Der Artikel fasst die wichtigsten Charakteristika trigeminoautonomer Kopfschmerzen und die Unterschiede der Therapie zusammen (5206634).

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

Literatur

1. Stovner Lj, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, Steiner T, Zwart JA (2007): The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia; 27(3):193-210.
2. Evers S, Fischera M, May A, Berger K (2007): Prevalence of cluster headache in Germany: results of the epidemiological DMKG study. J Neurol Neurosurg Psychiatry; 78: 1289–90.
3. May A, Bahra A, Büchel C, Frackowiak RS, Goadsby PJ (1998): Hypothalamic activation in cluster headache attacks. Lancet; 352:275–8.
4. May A (2005): Cluster headache: pathogenesis, diagnosis, and management. Lancet; 366: 843–55.
5. Goadsby PJ (2002): Pathophysiology of cluster headache: a trigeminal autonomic cephalgia. Lancet Neurol;1(4):251-7.
6. Eller M, Goadsby PJ (2014): Trigeminal autonomic cephalalgias. Oral Dis. 2. doi: 10.1111/odi.12263. [Epub ahead of print]
7. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-036l_S1_Clusterkopfschmerz_trigeminoautonome_Kopfschmerzen_2012_1.pdf
8. Jürgens TP, Schoenen J, Rostgaard J, Hillerup S, Láinez MJ, Assaf AT, May A, Jensen RH (2014): Stimulation of the sphenopalatine ganglion in intractable cluster headache: Expert consensus on patient selection and standards of care. Cephalalgia 34(13):1100-10
9. Schoenen J, Jensen RH, Lantéri-Minet M, Láinez MJ, Gaul C, Goodman AM, Caparso A, May A (2013): Stimulation of the sphenopalatine ganglion for cluster headache treatment. Pathway CH-1: A randomized sham-controlled-study. Cephalalgia 33(10):816-30

Psychiatrische Kasuistik

Albträume durch PTBS oder eine Schlafstörung?

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 11/2014
N: Rezidivierend kryptogene Posteriorinfarkte

NT 12/2014
P: Bipolares Prodrom

NT 1/2015
N: Ein Ausrutscher mit anhaltenden Folgen

NT 2/2015
P: PTSD mit psychotischem Erleben bei Kriegsopfern

NT 3/2015
N: Zunehmende zerebelläre und kognitive Symptome

NT 4/2015
P: SREAT imitiert postpartale Psychose

NT 5/2015
N: Chronisches Schmerzsyndrom bei zunehmender Varikosis

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

Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) leiden häufig unter Schlafstörungen. Neben Albträumen [1] und Insomnien [2] kommen periodische Beinbewegungen im Schlaf und atembezogene Schlafstörungen komorbid zur PTBS vor [3, 4]. Schlafstörungen gelten als unabhängiger Risikofaktor für die Entstehung und Reaktivierung einer PTBS [5]. Die Verbindung zwischen PTBS und REM-Schlaf-Verhaltensstörung ist bisher weniger erforscht [6].

Aktuelle Anamnese

Eine 62-jährige Frau wurde mit „schwersten Albträumen" und vereinzelten Flashbacks (einmal pro Woche) für eine Trauma-spezifische Psychotherapie stationär aufgenommen. Eine erste psychotherapeutische Behandlung der PTBS erfolgte vor neun Jahren mit Vollremission der Symptomatik. Die Verdachtsdiagnose war eine reaktivierte PTBS.

Der Ehemann der Patientin berichtete bei ihrer Aufnahme, dass sie ein Jahr zuvor begonnen hatte, sich nachts exzessiv zu bewegen und zu schreien. Beim Erwachen erinnerte sich die Patientin an undefinierte Albträume und unruhigen Schlaf. Dieses Verhalten war progredient und führte zum Schlafen in getrennten Zimmern.

Sechs Monate vor der Aufnahme traten ein mildes depressives Syndrom und vereinzelte, leichte Flashbacks des zehn Jahre zurückliegenden traumatischen Erlebnisses wieder auf. Über einen Zeitraum von vier Wochen vor der Aufnahme erhielt die Patientin 25 mg Quetiapin zur Nacht. Die Medikation hatte keinen Einfluss auf die subjektive Wahrnehmung von Schlafqualität und Albträumen. Die Patientin gab an, dass die Albträume in der ersten PTBS-Episode (neun Jahre vor der stationären Aufnahme) lebhafter und eher Trauma-assoziiert waren als bei der aktuellen Episode.

Psychiatrische Vorgeschichte

Zehn Jahre zuvor war die Patientin Zeugin der Ermordung eines nahen Verwandten geworden und hatte daraufhin das volle Bild einer PTBS entwickelt. Die Symptome umfassten Intrusion (inklusive Albträume), Vermeidungsverhalten, Übererregbarkeit (Hyperarousal) und typische kognitive sowie affektive Symptome (i. e. Schuld, Angst, Wut). Die Patientin gab damals kein zurückliegendes Trauma an. Ein Jahr nach dem Ereignis zeigte sie, nach 25 Sitzungen kognitiver Verhaltenstherapie, eine volle Remission der Intrusionen. Im Anschluss an die Behandlung persistierten lediglich ein leichtes Vermeidungsverhalten und milde Übererregbarkeit, begleitet von geringfügigen Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten.

Untersuchungsbefund und Diagnostik

Die Patientin gab bei der Aufnahme keine somatischen Beschwerden an und die Vitalparameter (Blutdruck und Puls) sowie die Laborwerte zeigten keine pathologischen Befunde (Elektrolyte, Leberenzyme, Kreatinin, Blutbild und Entzündungsparameter). Die Patientin wies keine klinischen Zeichen einer Parkinson-Erkrankung, Lewy-Body-Demenz oder Multisystematrophie auf.

cMRT

Ein Kopf-MRT (Magnetresonanztomografie) zeigte einige wenige unspezifi-

sche Hyperintensitäten der weißen Hirnsubstanz, die Basalganglien und der Hirnstamm waren unauffällig.

EEG

Ein Routine-Elektroenzephalografie (EEG) zeigte einen normalen Alpha-Rhythmus ohne epilepsietypische Potenziale.

Polysomnografie

Aufgrund schwerwiegender nächtlicher Unruhe (resultierend in Ekchymosen, Lazerationen und Stürzen aus dem Bett) wurde eine Polysomnografie (PSG) durchgeführt.

Gesunde zeigen in REM-Schlaf eine generalisierte Erschlaffung der Muskulatur. Im Fall der Patientin zeigte die PSG eine fehlende Muskelatonie im REM-Schlaf, gekennzeichnet durch konfluierende Zuckungen des Musculus tibialis während Phasen der schnellen Augenbewegungen im Elektrookulogramm (EOG), sodass die Diagnose der REM-Schlaf-Verhaltensstörung („REM sleep behavior disorder", RBD) gestellt wurde.

Zusätzlich zeigte die Patientin mittelschwere periodische Beinbewegungen (periodic limb movements, PLM) während des Schlafs. Insgesamt wurden 286 PLM beobachtet, meist als Cluster während der ersten Nachthälfte. 18 dieser Beinbewegungen waren mit einem Arousal assoziiert, meist begleitet durch kleinere Bewegungen wie Kopfheben, Greifen oder Zucken.

Therapieverlauf

Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme wurde die Quetiapin-Therapie ohne Einfluss auf die klinischen Symptome abgesetzt. Die Patientin erfüllte zu diesem Zeitpunkt nicht die Kriterien einer PTBS; es bestanden keine Übererregbarkeit oder Vermeidungsverhalten.

Eine Medikation mit 0,5 mg Clonazepam und 0,18 mg Pramipexol zur Nacht wurde begonnen, welche zur vollständigen klinischen Remission der Schlafstörungen führte. Während einer Katamnese drei Monate nach Entlassung berichtete der Ehemann der Patientin, der wieder das Schlafzimmer mit seiner Frau teilte, von einigen wenigen Bewegungen und vereinzelten Lautäußerungen während der Nacht, hauptsächlich wenn die Patientin das Clonazepam nicht einnahm. Darüber hinaus blieben depressive Verstimmungen und Intrusionen remittiert.

Diskussion

RBD sollte als Differenzialdiagnose zur PTBS berücksichtigt werden, wenn Albträume und starke nächtliche Bewegungen auftreten. Untypische oder therapieresistente Schlafstörungen sollten mittels PSG untersucht werden, da eine abgrenzbare Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus vorliegen könnte, für die spezifische Behandlungen möglich sind. Andererseits kann RBD Vorläufer einer neurodegenerativen Erkrankung sein (z. B. Parkinson-Erkrankung, Lewy-Body-Demenz oder Multisystematrophie). □

Literatur

1. Leskin GA, Woodward SH et al. Effects of comorbid diagnoses on sleep disturbance in PTSD. Journal of Psychiatric Research. 2002; 36 (6): 449 – 52
2. Ohayon MM, Shapiro CM. Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population. Comprehensive Psychiatry. 2000; 41 (6): 469 – 78
3. Krakow B, Germain A et al. Sleep breathing and sleep movement disorders masquerading as insomnia in sexual assault survivors with PTSD. Comprehens Psychiatry. 2000; 41 (1): 49 – 56
4. Spoormaker VI, Montgomery P. Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: secondary symptom or core feature? Sleep Medicine Reviews. 2008; 12 (3): 169 – 84
5. Mellman TA, Danoella D et al. Dreams in the Acute Aftermath of Trauma and Their Relationship to PTSD. Journal of Traumatic Stress. 2001: 14 (1)
6. Van Liempt S. Sleep disturbances and PTSD: A perpetual circle? European Journal of Psychotraumatology. 2012;3 doi: 10.3402/ejpt.v3i0.19142
7. Stein DJ, Pedersen R et al. Onset of activity and time to response on individual CAPS-SX17 items in patients treated for post-traumatic stress disorder with venlafaxine ER: a pooled analysis. Int J Neuropsychopharmacol. 2009; 12 (1): 23 – 31. doi: 10.1017/S1461145708008961
8. Aurora RN, Zak RS et al. Best Practice Guide for the Treatment of Nightmare Disorder in Adults Jounal of clinical sleep medicine. 2010; 6 (4): 389 – 401
9. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 2nd ed.: Diagnostic and coding manual. Westchester IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005
10. Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie, 3. Ausgabe. Berger M (Herausgeber): Elsevier GmbH; 2009

AUTOREN

Lydie Dietl
PD Dr. med.Stefan Röpke
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie
Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin
E-Mail: Stefan.Roepke@charite.de

Albträume können als Symptom einer PTBS oder einer unabhängigen Schalfstörung auftreten.

© chrisharvey / Fotolia.com

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Fragen und Lösungen

Frage 1

Welche der folgenden Aussagen trifft auf die REM-Schlaf-Verhaltensstörung *nicht* zu?

a. Sie tritt primär im Kindes- und Jugendalter auf.
b. Sie ist häufig Vorbote einer neurodegenerativen Erkrankung.
c. In der Polysomnografie treten häufig Unterbrechungen der normalerweise atonischen Muskulatur mit charakteristischen motorischen Aktivitäten auf.
d. Es besteht die Therapiemöglichkeit mit Clonazepam.

Lösung

Richtig ist die Antwort a. Die REM-Schlaf-Verhaltensstörung tritt in der Regel nicht vor dem 50. Lebensjahr auf. Dabei sind Männer häufiger betroffen als Frauen. Der Pavor nocturnus (Sleep Terror Disorder) tritt primär im Kindes- und Jugendalter auf, in dem Alter abnehmend und ohne Geschlechterunterschied.

Frage 2

Welche der folgenden Aussagen treffen auf Schlafstörungen bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) zu?

a. Die psychotherapeutische Behandlung von Albträumen ist nicht möglich.
b. Persistierende Schlafstörungen nach einer PTBS-Behandlung sind ein negativer Prädiktor für den Langzeitverlauf der PTBS.
c. Eine Behandlung mit Venlafaxin wird empfohlen.
d. Die Therapie mit antiadrenergen Substanzen (Prazosin) wird empfohlen.

Lösung

Richtig sind die Antworten b und d.
Zu a: Die Imagery-Rehearsal-Therapie nach Krakow ist eine Behandlungsoption für Albträume.
Zu c: eine Behandlung mit Venlafaxin wird nicht empfohlen (Level B). In einer randomnisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie zeigte Venlafaxin keinen signifikanten Unterschied zu Placebo [7].
Zu d: Prazosin (α_1-Adrenozeptor-Antagonist) wird empfohlen (Level A). Ähnliches gilt für Clonidin (α_2-Adrenozeptor-Agonist), auch hier wird eine Empfehlung ausgesprochen (Level C) [8].

Frage 3

Die Behandlung des Restless-Legs-Syndroms beinhaltet welche der folgenden Ansätze?

a. Aufgrund einer möglichen Verstärkung des Symptoms wird von dopaminergen Substanzen abgeraten.
b. Mögliche Behandlung mit Opioiden.
c. Mögliche Behandlung mit L-Dopa.
d. Mirtazapin oder trizyklische Antidepressiva sind eine Behandlungsoption.

Lösung

Richtig sind die Antworten b und c. Zu a: Dopaminerge Substanzen sind das Mittel der Wahl. Bei Augmentation (Verstärkung der Symptome, zeitliche Vorverlagerung in frühere Tagesstunden oder Ausbreitung der Symptome auf andere Körperteile) kann die dopaminerge Therapie in kleinen Dosierungen verabreicht werden, ergänzt durch Eisensubstitution und Opiate.
Zu b: Bei ausgeprägter Restless-Legs-Symptomatik mit schwersten Schlafstörungen und Depressivität bis hin zur Suizidalität ist eine Behandlung mit Opioiden möglich. Dies gilt insbesondere für das sekundäre Restless-Legs-Syndrom bei an Malignomen erkrankten Patienten.
Zu c: L-Dopa führt bei sekundärer Form ebenfalls zur Symptomreduktion.
Zu d: Mirtazapin und trizyklische Antidepressiva können ein Restless-Legs-Syndrom verschlechtern beziehungsweise auslösen.

Geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung

Verbessert intensives Training die alltagspraktischen Fähigkeiten?

Für kognitiv eingeschränkte ältere Personen stellt ein Krankenhausaufenthalt schnell eine Krisensituation dar. Eine geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung soll dem Rückgang alltagspraktischer Fähigkeiten bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen entgegenwirken.

REINHOLD WOLKE, ANJA SIEGLE, KARIN SCHMIDT, ANNETTE RIEDEL, ESSLINGEN

Seit November 2012 findet an der Hochschule Esslingen ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördertes Projekt zur demenzgerechten Versorgung von Patienten im Krankenhaus statt [1]. Ziel des Forschungsprojekts ist es, eine verbesserte Versorgung von kognitiv eingeschränkten Personen, die aufgrund einer somatischen Erkrankung in einem Krankenhaus behandelt werden müssen, zu realisieren. Gleichzeitig soll durch ein unterstützendes Konzept mit handlungsleitenden Instrumenten die fachliche Profilierung und Entlastung von pflegerischem wie ärztlichem Personal erreicht werden. Im vorliegenden Forschungsprojekt wurde zusammen mit dem Pflegepersonal einer Alterstraumatologie ein neues Konzept zur Versorgung kognitiv eingeschränkter Patienten unter Berücksichtigung ihrer speziellen Bedürfnisse erarbeitet, auf der Station implementiert und in einem Vorher-Nachher-Design auf Effekte und Kosten evaluiert.

Bei der ersten Datenerhebung zur Darstellung der Ausgangssituation vor der Konzeptentwicklung und -implementierung wurden wir auf eine spezielle Subgruppe in unserem Beispiel aufmerksam: Patienten, die im Zuge ihres Krankenhausaufenthaltes eine geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung erhielten. Ziel einer geriatrischen, frührehabilitativen Komplexbehandlung ist es, die Selbstständigkeit älterer Patienten im Akutkrankenhaus zu erhalten oder diese wieder aufzubauen [2]. Dabei erhalten sie mit mindestens 14 Behandlungstagen mindestens 20 Therapieeinheiten (Physio- und Ergotherapie) von durchschnittlich 30 Minuten und aktivierende Pflege. Ergänzend werden wöchentliche Teambesprechungen mit einem Geriater durchgeführt. Die geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung zeichnet sich durch eine hohe hinterlegte Verweildauer aus, die die Verweildauer der meisten anderen relevanten DRG (Diagnosis Related Groups) auf einer Alterstraumatologie deutlich übertrifft [2]. Es kann erwartet werden, dass dieses intensive Training zu einem größeren Zuwachs an Selbstständigkeit bei den behandelten Patienten führt [2]. Um diese Erwartung zu überprüfen soll als erste Annäherung ein Gruppenvergleich zwischen Patienten mit und ohne geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung abgebildet und dargestellt sowie reflektiert werden, welche weiteren Schritte abgeleitet werden können.

Relevanz

Für kognitiv eingeschränkte Personen stellt ein Krankenhausaufenthalt schnell eine Krisensituation dar. Die meisten Patienten kommen als Notfälle [3] und können sich nicht auf die neue Situation einstellen oder vorbereiten. Sie sind durch den überraschenden Ortswechsel gestresst sowie ängstlich und werden durch das Fehlen ihrer Bezugspersonen weiter verunsichert [4, 5, 6].

Aufgrund von Kommunikationsproblemen mit kognitiv eingeschränkten Pa-

Die Selbstständigkeit älterer Patienten im Akutkrankenhaus soll mit Physio-, Ergotherapie und aktivierender Pflege erhalten oder wieder aufgebaut werden.

© spuno / Fotolia.com

tienten investiert das pflegerische und ärztliche Personal insgesamt für die Versorgung, Aufklärung und Information mehr an Zeit und Empathie [3]. Orientierungsschwierigkeiten, die in einer Demenz begründet liegen, müssen durch zeit- und personalintensive Begleitung zu Therapie und Diagnostik kompensiert werden und erzeugen insgesamt einen überdurchschnittlich hohen Betreuungs- und Pflegeaufwand [6]. Demenzspezifische Verhaltensweisen und herausforderndes Verhalten können das Personal sowie Mitpatienten belasten [3, 7, 8]. Vor allem Weglauftendenzen und nächtliche Unruhe erschweren die Behandlung und Versorgung von kognitiv eingeschränkten Personen.

Etwa 20 % aller im Krankenhaus Behandelten bringen neben ihrer Einweisungsdiagnose eine kognitive Einschränkung mit [8], wobei dieser Anteil vom Altersdurchschnitt der Patienten einer Station abhängig ist und mit steigendem Alter durchaus höher liegen kann. Im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt werden für kognitiv beeinträchtigte Personen ebenfalls Einbußen von alltagspraktischen Fähigkeiten und ihrer Selbstständigkeit beschrieben [3, 8]. Nicht zuletzt deshalb gilt ein Krankenhausaufenthalt oft als entscheidender Faktor für einen Umzug in ein Pflegeheim [3, 8].

Im vorliegenden Forschungsprojekt, das auf einer alterstraumatologischen Station umgesetzt wird, beträgt der Anteil an kognitiv eingeschränkten Personen 30 % von allen Behandelten. Der Altersdurchschnitt liegt bei zirka 83 Jahren. Deutlich wird: Hier besteht Handlungsbedarf im interdisziplinären Team und auf unterschiedlichen Ebenen, um eine qualitätsvolle Versorgung dieser Zielgruppe sicher zu stellen.

Forschungsfrage

Es wird erwartet, dass das intensive Training im Zuge einer geriatrischen, frührehabilitativen Komplexbehandlung zu einem größeren Zuwachs an Selbstständigkeit bei den behandelten Patienten führt [2]. Deshalb stellt sich die Frage: Welche Unterschiede in Bezug auf alltagspraktische Fähigkeiten lassen sich bei kognitiv eingeschränkten Patienten mit und ohne geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung über die Dauer des Krankenhausaufenthalts beobachten? Wenn sich diese Behandlungsstrategie bewährt, stellt sich weiterhin die Frage, ob sie dann nicht allen kognitiv eingeschränkten Patienten zu Gute kommen sollte, um die negativen Auswirkungen eines stationären Aufenthalts für diese Patientengruppe auszugleichen?

Methode und Instrumente

Um die Forschungsfrage zu überprüfen soll nachfolgend als eine erste Annäherung ein Gruppenvergleich zwischen Patienten mit und ohne geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung abgebildet und dargestellt werden. Dieser Gruppenvergleich stellt eine nicht repräsentative Sonderauswertung im Zuge der Konzeptevaluation dar.

Auf der Projektstation werden alle neu aufgenommenen Patienten mit dem Mini-Cog auf kognitive Einschränkungen gescreent. Der Mini-Cog oder auch Drei-Wörter-Uhrentest ist ein einfaches und kurzes Instrument zur Früherkennung von Demenz [10, 11]. Sein großer Vorteil besteht darin, dass die Ergebnisse nicht durch kulturelle und sprachliche Unterschiede oder durch unterschiedliche Bildungsniveaus beeinflusst werden [11, 12]. Das Instrument wurde in einer Untersuchungsgruppe, die repräsentativ für die Gesamtbevölkerung ist, von Borson et al. 2003 validiert [13]. Hier ergaben sich eine Sensitivität von 76 % und eine Spezifität von 89 % für den Mini-Cog. Dieser zeigte sich hier wie auch in drei weiteren Untersuchungen dem Demenzscreening mit dem Mini-Mental-Status-Test (MMST) überlegen [10, 11, 13, 14]. Eine weitere Abklärung der kognitiven Einschränkung fand im Zuge des stationären Aufenthalts auf der Alterstraumatologie nicht statt.

Aufgrund des beschriebenen Erkenntnisinteresses wurden in einem quasiexperimentellen Design mit gematchtem Convenience-Sample 20 Patienten mit geriatrischer, frührehabilitativer Komplexbehandlung mit 20 Patienten ohne diese therapieintensive Behandlung verglichen. Gematcht wurde nach den Variablen Alter, Geschlecht und Wohnform vor dem Krankenhausaufenthalt, um die Gruppen möglichst vergleichbar zu machen. Die Datenerhebung in beiden Gruppen erfolgte jeweils bei Aufnahme und Entlassung der Patienten. Datengrundlage waren Entlassdatensätze aus dem Medizincontrolling einerseits und die Ergebnisse aus den Instrumenten Barthel-Index [15], EQ-5D (Euro-Quality of life, 5 dimensions) [16] und Wohlbefinden-Profil [17] andererseits (**Tab. 1**).

Wegen der zu kleinen Samplegröße war es nicht möglich beide Gruppen nach ihren Diagnosen zu matchen. Daher finden sich hier deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Während in der Gruppe der Patienten mit geriatrischer, frührehabilitativer Komplexbehandlung alle die Diagnose coxale Femurfraktur aufwiesen, war die Patientengruppe ohne Komplexbehandlung in dieser Hinsicht heterogener zusammengesetzt. Acht Personen hatten eine Wirbelsäulenfraktur, fünf weitere eine Becken- oder Hüftfraktur, drei Patienten eine Humerus- oder Schulterfraktur, zwei eine Femurfraktur und zwei Personen wurden aufgrund von Prellungen stationär behandelt (**Tab. 2**).

Ergebnisse

Die Gruppen wiesen ein Durchschnittsalter von 84,4 (Standardabweichung, SD 8,96) respektive 85,1 (SD 3,21) Jahren bei Patienten mit respektive ohne geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung auf. In jeder Kohorte waren 16 Frauen und vier Männer vertreten, neun Personen lebten vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt ohne Unterstützung Zuhause, sieben erhielten Zuhause Hilfe von Angehörigen, drei Personen wurden von einem ambulanten Pflegedienst mitversorgt und jeweils eine Person aus jeder Gruppe lebte bereits in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe (**Tab. 1**). Im Rahmen der Untersuchungen wurde deutlich:

- Beide untersuchten Gruppen blieben in etwa gleich lang in stationärer Behandlung: mit geriatrischer, frührehabilitativer Komplexbehandlung 19,4 Tage respektive die Vergleichsgruppe ohne Komplexbehandlung 18,1 Tage.
- Beide Durchschnittswerte in der Verweildauer unterscheiden sich signifikant von denen, die den jeweiligen DRG zugeordnet waren: Die Patienten mit Komplexbehandlung blieben sig-

nifikant kürzer in der Klinik (19,4 Tage Verweildauer vs. 27,1 Tage DRG-Mittel), während die Gruppe der Behandelten ohne Komplexbehandlung signifikant länger im Krankenhaus lagen (18,1 Tage Verweildauer vs. 9,3 Tage DRG-Mittel, **Abb. 1**).

- Der Barthel-Index als Indikator für alltagspraktische Fähigkeiten ist in beiden Gruppen im Verlauf des stationären Aufenthalts signifikant angestiegen. Die Gruppe der Patienten mit geriatrischer, frührehabilitativer Komplexbehandlung verzeichnete einen Zuwachs von 33,0 Punkten bei Aufnahme auf 42,25 Punkte bei Entlassung (+ 9,25 Punkte (28 %). Die Kohorte ohne Komplexbehandlung konnte sich ebenfalls von 46,5 auf 55,0 Punkte um 8,5 Zähler (18 %) steigern. (**Abb. 2**)
- In Bezug auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Behandelten gab es zwischen Aufnahme und Entlassung in beiden verglichenen Gruppen keine signifikanten Änderungen, allenfalls positive Trends (**Tab. 3**).

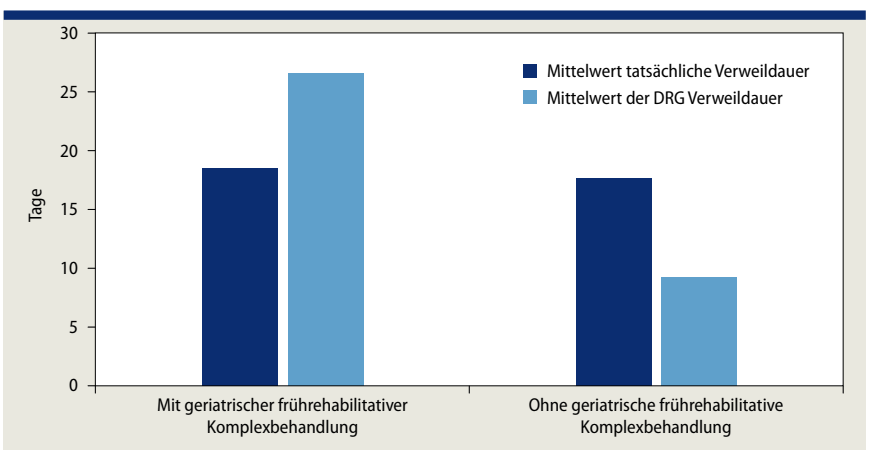
Tab. 1: Sample (2014)]

Sample-Merkmale	Mit geriatrischer, frührehabilitativer Komplexbehandlung	SD	Ohne geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung	SD
Alter	84,4 Jahre	8,96	85,1 Jahre	3,21
Geschlecht	16 Frauen 4 Männer		16 Frauen 4 Männer	
Wohnform vor Krankenhausaufenthalt				
Ohne Unterstützung Zuhause lebend	9 Personen		9 Personen	
Mit Hilfe von Angehörigen Zuhause lebend	7 Personen		7 Personen	
Mit ambulantem Pflegedienst Zuhause lebend	3 Personen		3 Personen	
Im Pflegeheim lebend	1 Person		1 Person	

SD = Standardabweichung

Tab. 2: Hauptdiagnosen der Vergleichsgruppen (2014)

Mit geriatrischer, frührehabilitativer Komplexbehandlung		Ohne geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung	
20-mal	Coxale Femurfraktur	8-mal	Wirbelsäulenfraktur
		5-mal	Hüft- oder Beckenfraktur
		3-mal	Humerus- oder Schulterfraktur
		2-mal	Femurfraktur
		2-mal	Prellungen



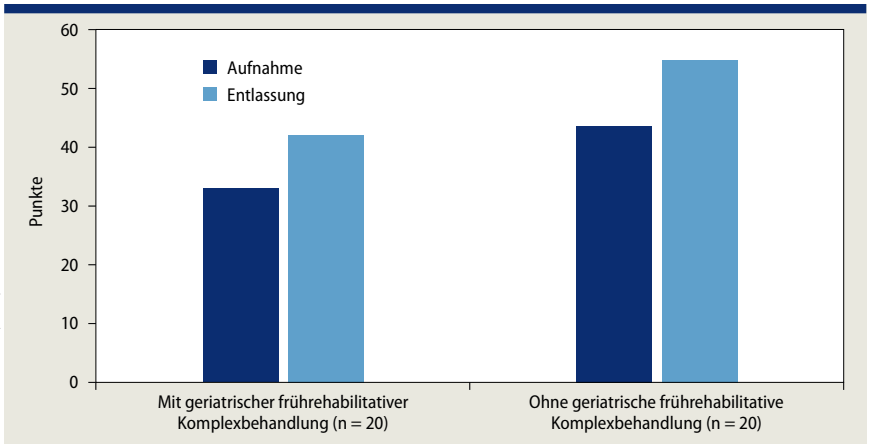
© R. Wolke et al. (2014)

Abb. 1: Vergleich der Verweildauer.

Schlussfolgerungen

Die Patienten mit und ohne geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung haben während des Krankenhausaufenthalts einen signifikanten Zuwachs im Barthel-Index. Die erzielte Steigerung um 9,25 Punkte bei Patienten mit geriatrischer, frührehabilitativer Komplexbehandlung entspricht den Ergebnissen von Burkhardt und Burger (2012, [18]).Patienten ohne geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung, das heißt ohne intensive therapeutische Unterstützung haben einen um 8,5 Punkte höheren Barthel-Index bei Entlassung gegenüber der Aufnahme, den sie ohne intensive physiotherapeutische Therapie erzielen konnten. Diese Vergleichsgruppe hat jedoch ein signifikant höheres Ausgangsniveau im Barthel-Index. Es ist bekannt, dass sich Zuwächse bei niedrigem Ausgangsniveau schwieriger erzielen lassen [18], sodass der Zuwachs im Barthel-Index in der Gruppe der Patienten mit geriatrischer, frührehabilitativer Komplexbehandlung höher zu bewerten ist als in der Vergleichsgruppe. Insofern muss davon ausgegangen werden, dass die stark beeinträchtigten Patienten von der Frührehabilitation profitieren.

Der stationäre Aufenthalt ist in beiden Gruppen mit 18 respektive 19 Tagen fast gleich lang. Das bedeutet, dass die jeweiligen Zuwächse im Barthel-Index über einen vergleichbaren Zeitraum erzielt wurden. Die Verweildauer entspricht den 19,65 Tagen Liegezeit, die für deutsche, geriatrische Patienten in der Al-



© R. Wolke et al. (2014)

Abb. 2: Vergleich Barthel-Index.

Tab. 3: Statistische Auswertung (2014)

	Mit geriatrischer, frührehabilitativer Komplexbehandlung (n = 20)	Ohne geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung (n = 20)
Verweildauer		
Tatsächliche Verweildauer (Mittelwert)	19,4 Tage (SD: 4,41)	18,1 Tage (SD: 15,97)
DRG-Verweildauer (Mittelwert)	27,1 Tage (SD: 0,31)	9,3 Tage (SD: 4,33)
T-Test	t = -7,18; df = 19; p = 0,000*	t = 2,48; df = 19; p = 0,023*
Barthel-Index		
Bei Aufnahme (Mittelwert)	33,00 Punkte	46,50 Punkte
Bei Entlassung (Mittelwert)	42,25 Punkte	55,00 Punkte
Wilcoxon	z = -1,97; p = 0,049*	z = -2,12; p = 0,034*
Wohlbefinden		
Wohlbefinden-Profil bei Aufnahme (Mittelwert)	17,70 Punkte	18,25 Punkte
Wohlbefinden-Profil bei Entlassung (Mittelwert)	18,00 Punkte	18,40 Punkte
Wilcoxon	z = -0,07; p = 0,948	z =-0,59; p = 0,556
Lebensqualität		
Im EQ-5D bei Aufnahme (Mittelwert)	49,25 Punkte	48,25 Punkte
Im EQ-5D bei Entlassung (Mittelwert)	52,25 Punkte	55,25 Punkte
Wilcoxon	z = 0,99; p = 0,323	z = -1,78; p = 0,74

Signifikanzniveau bei p= 0,05 festgelegt (= signifikant) (SD=Standardabweichung)*

tersgruppe 80 bis 89 Jahre in einer großen Stichprobe ermittelt wurde [19]. Auch unter ökonomischen Gesichtspunkten ist dieser Umstand – also die Verweildauer betreffend – für Krankenhäuser von Interesse. Während sich die Gruppe der Patienten mit geriatrischer, frührehabilitativer Komplexbehandlung signifikant kürzer stationär aufhält, ohne dass die untere Grenzverweildauer unterschritten wird, bleiben die Patienten ohne diese Behandlung signifikant länger im Krankenhaus, als es die DRG vorsehen. Dieser Umstand kann sich direkt erlösrelevant auf die Krankenhäuser auswirken, sollte sich dies auch bei einer größeren Studie mit höherer Validität zeigen.

Wir haben in diesem Convenience-Sample große Unterschiede zwischen den Gruppen mit und ohne geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung gefunden. Bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist zu beachten, dass die interne Validität der Studie durch die Unterschiede in den Hauptdiagnosen, verschlüsselte Nebendiagnosen sowie das kleine Sample gering ist. Deshalb sollen keine kausalen Schlüsse erfolgen. Die vorliegenden Untersuchungen sollen eher hypothesengenerierend verstanden werden.

Wir waren von dem Ergebnis überrascht, dass beide Gruppen mit und ohne geriatrische, frührehabilitative Komplexbehandlung im Zuwachs an Punkten im Barthel-Index fast gleichauf lagen. Es wäre eher zu erwarten gewesen, dass die Gruppe mit therapieintensiver geriatrischer, frührehabilitativer Komplexbehandlung einen größeren Zuwachs im Barthel-Index verzeichnen kann. Ob dies mit dem niedrigeren Ausgansniveau im Barthel-Index in der vorliegenden Studie zusammenhängt, kann aufgrund der vorliegenden Untersuchung nicht geklärt werden. Vielmehr müssen die vorliegenden Erkenntnisse mit stärkeren Forschungsdesigns, wie Randomized controlled Trials (RCT), am besten von einem interdisziplinären Team (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Pflege, Orthopädie und Neurologie) und anhand größerer Kohorten untersucht werden. Dabei gilt es ebenso zu bedenken, dass zu verifizieren ist, ob die kognitiv eingeschränkten Patienten tatsächlich an Ergo- beziehungsweise Physiotherapie in dem vorgegebenen Umfang teilgenommen haben. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Prof. Dr. Reinhold Wolke
Anja Siegle M.A., Karin Schmidt M.A.
Prof. Dr. phil. Annette Riedel
Hochschule Esslingen
Flandernstr. 101, 73732 Esslingen
E-Mail: reinhold.wolke@hs-esslingen.de

Literatur

1. www.hs-esslingen.de/demenzgerechte-versorgung
2. Kolb, G.; Breuninger, K.; Grohnemeyer, S.; van den Heuvel, D.; Lübke, N.; Lüttje, D.; Wittrich, A.; Wolf, J. (2014). 10 Jahre geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im DRG System. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 47, S. 6-12.
3. Wingenfeld, K. Demenzkranke brauchen Zeit, Empathie und personelle Kontinuität. In: Die Schwester, der Pfleger, 2009, 3, S. 216-221.
4. Angerhause, S. Demenz- eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. In: Gerontologie und Geriatrie. 2008, 41, S. 460-466.
5. Kirchen-Peters, S. Stolperstein demenzkranker Patient. In: KU Gesundheitsmanagement, 2010, 12, S. 20-22.
6. Kleina, T. Wingenfeld, K. Die Versorgung älterer demenzkranker Menschen im Krankenhaus. Bielefeld, 2007. Verfügbar unter http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-135.pdf [Zugriff vom 5.3.2013].
7. Kirchen-Peters, S. Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liasondienst- Pioniere warten auf Nachahmer. In: Gerontologie und Geriatrie. 2008, 41, S. 467-474.
8. Kirchen-Peters, S. Analyse von förderlichen und hemmenden Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäuser. 2012. Verfügbar unter: http://www.iso-institut.de/download/Zweiter_Zwischenbericht_Alzheimer_Gesellschaft_21_03_2011.pdf [Zugriff vom 5.3.2013].
9. Pinkert, C. Holle, B. Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. In: Gerontologie und Geriatrie. 2012, S. 1-8.
10. McCarten, R.; Anderson, P.; Kuskowski, M.; McPherson, S.; Borson, S. Screening for Cognitive Impairment in an Elderly Veteran Population: Acceptability and Results Using Different Versions of the Mini-Cog. In: Journal of the American Geriatric Society. 59 (2011), S. 309-313.
11. Borson, S.; Scanlan, J.; Brush, M.; Vitaliano, P.; Dokmak A. The Mini-Cog: a cognitive ‚Vital Signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 15 (2000), S. 1021-1027.
12. Dorner, T.; Rieder, A.; Stein, V. Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzkranker. Medizinische Universität Wien in Kooperation mit den medizinischen Fachgesellschaften. Wien: Competence Center Integrierte Versorgung, 2011. Verfügbar unter: http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=69467&p_tabid=3 [Zugriff vom 11.2.13].
13. Borson, S.; Scanlan, J.; Chen, P.; Ganguli, M. The Mini-Cog as a Screen for Dementia: Validation in a Population-Based Sample. In: Journal of the American Geriatrics Society. 51 (2003), S. 1451-1454.
14. Scanlan, J.; Borson, S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. In: International Journal of Geriatric Psychiatry. 16 (2001), S. 216-222.
15. Mahoni, F.; Barthel, D. Funcional evaluation: The Barthel Index. In: Maryland State Medical Journal, 14, (1965), S. 56-61.
16. Greiner, W. Der EQ-5D der EuroQol-Gruppe. In: Schöffski, O.; Graf von der Schulenburg, J.-M. Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin: Springer, 2012, S. 411-422.
17. Bradford Dementia Group (Division of dementia studies). The Bradford Well-being Profile.2008. Verfügbar unter: http://www.bradford.ac.uk/health/media/healthmedia/Bradford-Well-Being-Profile-with-cover-%283%29.pdf [Zugriff vom 2.9.13].
18. Burkhardt, H.; Burger, M. Ergebnisse und Prädiktoren der geriatrischen Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2012, 45, S. 138-145.
19. Kwetkat, A.; Lehmann, T.; Wittrich, A. (2014). Geriatrische Frührehabilitation. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 47, S. 372-378.

Spinale Neuralrohrdefekte

Meningomyelocele und assoziierte Fehlbildungen

Spinale Neuralrohrdefekte aufgrund eines unvollständigen Neuralrohrschlusses können neben einer Spina bifida ohne neurologische Ausfälle in selteneren Fällen auch zur Meningomyelocele führen. Dabei sind Rückenmark und Nervenwuzeln ungeschützt dem im Verlauf der Schwangerschaft aggressiv auf Nervengewebe wirkendem Fruchtwasser ausgesetzt, mit der Folge von Symptomen einer Querschnittslähmung mindestens ab der Höhe des Wirbelbogendefekts.

REINHOLD CREMER, KÖLN

© R. Cremer

Abb. 1: Lähmungsskoliose bei einem Patienten mit lumbaler Meningomyelocele (MMC).

Unter dem Begriff Spina bifida versteht man einen fehlenden Verschluss des Wirbelbogens über unterschiedlich viele Wirbelkörper. Ursächlich ist in den ersten Wochen der Schwangerschaft die Bildung eines Neuralrohrs aus der Neuralrinne unterblieben, sodass die Spina bifida zu den Neuralrohrdefekten (Neural tube defects, NTD) gezählt wird. Das sich aus dem Neuralrohr entwickelnde Rückenmark zeigt eine schwere Anlagestörung, die umgebenden knöchernen Strukturen entwickeln sich auch fehlerhaft (Schlussdefekt der Wirbelbögen, Wirbelfehlbildungen).

Spina bifida-Schweregrade

Eine Spina bifida kann in unterschiedlichen Schweregraden auftreten. Sie reichen von einer häufigen Spina bifida occulta, über die Meningocele (beide meist ohne neurologische Ausfälle), wo nur Hirnhaut, aber kein Nervengewebe in den offenen Wirbelbogen vorgefallen ist, bis zur Meningomyelocele (MMC), bei der Rückenmark und Nervenwuzeln ungeschützt dem im Verlauf der Schwangerschaft aggressiv auf Nervengewebe wirkendem Fruchtwasser ausgesetzt sind, mit Symptomen einer Querschnittslähmung mindestens ab der Höhe des Wirbelbogendefekts.

Prävalenz

In Deutschland existiert keine flächendeckende Erfassung von Neuralrohrdefekten (NTD). Register werden nur im Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt und im Geburtenregister Mainzer Modell geführt. Beide Einrichtungen melden ihre Ergebnisse an EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies, www.eurocat-network.eu): Zwischen 2004 und 2008 erfasste EUROCAT 4,1 Millionen Geburten. Die Prävalenz von NTD betrug in Europa zwischen 2004 und 2008 0,96 pro 1.000 Schwangerschaften, davon zirka die Hälfte mit Spina bifida (0,5/1.000 Geburten). Bei den Lebendgeburten gab es aber nur 0,24 NTD pro 1.000 Geburten. Die Differenz ist durch induzierte Aborte nach pränataler Diagnosestellung zu erklären (72 %). Insgesamt ist mit mehr als 4.500 Schwangerschaften pro Jahr mit NTD in Europa zu rechnen.

Effekt der Folsäuregabe

Folsäure stellt Methylgruppen zur Methylierung des Homocysteins zu Methionin zur Verfügung, die dann auf Lipide, Proteine und DNS übertragen werden, als Kohlenstoffdonatoren dienen oder für die Synthese von Nukleotiden genutzt werden. Bei einem Folsäuremangel intrauterin fehlen dem schnell wachsenden fetalen Gewebe Methylgruppen. Als Folge ist unter anderem die DNS-Methylierung gestört, was zu Störungen der Genexpresssion führt. Zahlreiche Gene sind in den Prozess der Neuralrohrbildung involviert, Störungen der Genexpression oder -aktivierung führen zu NTD.

Enzymdefekte verstärken die Effekte des Folsäuremangels. Am bekanntesten ist die Mutation an Position 677 des 5,10 Methylentetrahydrofolat-Reduktase-Gens (MTHFR). Auf Proteinniveau wird Alanin durch Valin getauscht, dadurch wird das Enzym weniger aktiv und thermolabil. Diese bei 5 – 15 % der Bevölkerung vorkommende Mutation steigert das NTD-Risiko um Faktor 2, bei zusätzlicher CBS-Gen-Mutation (Cystathionin-Synthetase) um den Faktor 5. Auch das Methionin-Synthetase-Gen kann mutiert sein. Besteht zusätzlich ein Vitamin B_{12}-Mangel, steigt das NTD-Risiko noch weiter an.

Um einem Folsäuremangel möglichst vorzubeugen, sind mehrere Strategien entwickelt worden. Eine staatlich verordnete Anreicherung von Grundnahrungsmitteln (z. B. Mehl oder Cerealien), wie sie in den USA seit 1998 praktiziert wird (140 µg/100 g Mehl), ist in der EU politisch nicht durchsetzbar. Es bleibt das Angebot, mit Folsäure angereichertes Kochsalz zu benutzen, da die empfohlene tägliche Zufuhr von 0,4 mg Folsäure pro Tag mit Nahrungsfolat nur schwer zu erreichen ist. Die Menge erscheint nur gering höher als natürliche Folatzufuhr (hoch bei vegetarischer Kost), das komplex gebundene Nahrungsfolat wird aber schlechter resorbiert als pharmakologisch reines Folat. Bereits vor und in den ersten Wochen einer Schwangerschaft sollte unbedingt ausreichend Folat genommen werden (0,4 mg vier Wochen vor bis drei Monate nach der Konzeption, wenn kein Indexfall für einen NTD vorliegt; bei einem Indexfall 4 mg). Mit einer solchen sekundären Prävention gelang eine Senkung der Prävalenz um 40 – 79 % in China, in Europa von 4,7 % auf 0,7 % [1]. Je höher die Prävalenz eines NTD in der Bevölkerung ist, umso stärker ist der Effekt einer perikonzeptionellen Folsäuregabe.

Trotz aufwändiger Informationskampagnen haben in Deutschland nur bis zu maximal 50 % junger Frauen ausreichende Kenntnisse über die Bedeutung von Folsäure in der Schwangerschaft (Bundesinstituts für Risikobewertung [2]).

Klinische Auswirkungen der Meningomyelozele

Bei der MMC lässt die knöcherne Läsion nicht sicher auf das Lähmungsniveau schließen, Verschiebungen nach kranial oder kaudal sind häufig, außerdem sind die Querschnittslähmungen meistens inkomplett. Häufig findet man eine Syringomyelie oder Diastematomyelie in Magnetresonanztomografie (MRT)-Untersuchungen des Myelons, ein Tethered Cord („gefesseltes Rückenmark) kann primär oder sekundär nach der Operation vorhanden sein. 90 % der Patienten zeigen eine neurogene Blasen- und Mastdarmstörung (**Tab. 1**, **Abb. 1**, **Abb. 2**, **Abb. 3**).

(Arnold-)Chiari-Malformation

Die Erstbeschreibung der (Arnold-)Chiari-Malformation (CM) erfolgte durch John Cleland 1883, der die Elongation des Hirnstamms und Hernierung des Kleinhirns in den Spinalkanal beschrieb, H. Chiari klassifizierte (1891) zwei Typen von Fehlbildungen, Arnold (1894) publizierte ein Neugeborenes mit Hernierung der Kleinhirntonsillen und des vierten Ventrikels bei normaler Medulla oblongata (CM I), Schwalbe und Gredig (1907), Schüler von Arnold, prägten den Begriff Arnold-Chiari-Malformation, sie beschrieben das Abknicken („Kinking“) der zervikomedullären Verbindung als erste (**Tab. 2**, **Abb. 4**).

Diagnostik der CM

MRT

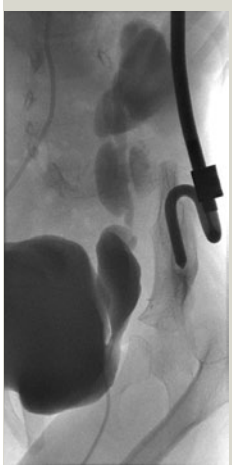
Die MRT-Diagnostik bei Patienten mit MMC sollte immer neben dem Gehirn auch den kraniozervikalen Übergang und das

Tab. 1: MMC-assoziierte Symptome

- Hydrozephalus (zirka 90 % bei Chiari-II-Malformation)
- Balkenhypoplasie
- Hirnfehlbildungen
- Hüftdysplasie/-luxation (zirka 20 %)
- Fußdeformitäten (zirka 50 %)
- Skoliosen (Prävalenz abhängig von der Lähmungshöhe, Abb. 1)
- Demineralisierung der Knochen (Abb. 2)
- Fehlbildungen der Nieren und ableitenden Harnwege (Abb. 3)

© R. Cremer

Abb. 2: Osteopenie mit Stauchungsfraktur bei Patienten mit thorakolumbaler MMC.



© R. Cremer

Abb. 3: Neurogene Blase mit hochgradigem vesico-uretero-renalem Reflux bei einem Patienten mit hochlumbaler MMC, zusätzlich ist ein VEPTR (Vertical Expendable Prosthetic Titanium Rib) sichtbar, der zur Aufrichtung einer Lähmungsskoliose implantiert wurde.

Halsmark erfassen. So können die Abweichungen quantifiziert werden (Ausmaß der Tonsillenherniation und der Dislokationen am kraniozervikalen Übergang, Mittelhirn, Pons; Dicke des Corpus callosum) und zusätzliche Fehlbildungen (Polymicrogyrie, kortikale Heterotopie, große Massa intermedia) erfasst werden. Der Liquorfluss kann dargestellt werden. Eine Aussage zu funktionellen Auswirkungen der Veränderungen ist aber nicht möglich, da klinische Symptome und radiologische Veränderungen nicht streng korrelieren.

Evozierte Potenziale

- Frühe akustisch evozierte Potenziale (FAEP) sind bei den meisten MMC-Patienten pathologisch (Dehnung des N. cochlearis infolge Hydrozephalus), daher sind FAEP nicht diskriminierend.
- Medianus SEP (somatosensorisch evozierte Potenziale) sind zur Verlaufskontrolle gut geeignet, zeigen aber Unsicherheiten in der Interpretation der Ergebnisse, wenn eine Syringohydromyelie vorliegt

Symptome der CM

Bis zu 20 % der Kinder mit CM II bei MMC entwickeln Symptome der Stammhirnkompression oder -dysfunktion, erwachsene Spina bifida-Patienten können die Symptome einer CM neu entwickeln (**Tab. 3**, **Abb. 5**).

Schlafstörungen sind bei Chiari II-Malformation ein häufiges, aber unterdiagnostiziertes Symptom. Die Patienten fallen durch Apnoe (zentral und obstruktiv) oder Schnarchen auf, sie zeigen ein schlechtes Ansprechen auf CO_2-Anstieg und O_2-Abfall. Eine Schlaflaboruntersuchung sollte bei den MMC-Patienten routinemäßig durchgeführt werden, mindestens aber eine nächtliche Pulsoximetrie.

Leichte Symptome bessern sich oft in den ersten beiden Jahren, unklar ist, warum aus einer asymptomatischen CM im Laufe des Lebens eine symptomatische werden kann (und umgekehrt). Weiter bleibt abzuwarten, ob die nach pränataler operativer Deckung einer MMC beschriebene niedrigere Prävalenz shuntpflichtiger Hydrozephali infolge geringer ausgeprägter CM auch günstige Langzeitergebnisse hinsichtlich der kognitiven Funktionen zeigen wird [3, 4].

Konservative Therapie der MMC und ihrer Folgezustände

Orthetische Versorgung/Hilfsmittel zur Mobilität

In der orthetischen Versorgung sind durch verbesserte Materialien (Gewichtseinsparung durch Verwendung von Karbon, reziprok entsperrende Gelenke, monolaterale Schienensysteme, Leichtgewichtsrollstühle etc.) enorme Fortschritte erzielt worden, die es ermöglichen, die gesetzten Ziele (größtmögliche Mobilität, Vermeidung der Osteopenie, Verbesserung der Durchblutung und Verminderung der Adipositas und von Lymphödemen) besser zu realisieren. In der Versorgung von Kindern wird versucht, die Entwicklungsschritte wie Vertikalisierung, Fortbewegung möglichst zeitnah zur unbehinderten Entwicklung zu ermöglichen (z. B. frühe Vertikalisierung im Stehständer, Stehapparat, Gehapparat, Rollstuhlversorgung).

Tab. 2: Typen der Chiari-Malformation
Chiari-I-Malformation – Foramen magnum zu groß – Clivus zu steil – Tiefstand der Kleinhirntonsillen (> 5 mm unter der Ebene des Foramen magnum) und der medialen Anteile der unteren Kleinhirnlappen – Keine Hirnfehlbildung
Chiari-II-Malformation (Abb. 4) – Zusätzlich kleine hintere Schädelgrube – Abknicken der Medulla und des Halsmarks durch Verlängerung und Verlagerung des IV. Ventrikels – Ponsfehlbildung – Einengung des oberen Halsmarks – Hydrozephalus (Auch nach konventioneller postnataler Versorgung einer MMC haben nicht alle Patienten einen shuntpflichtigen Hydrozephalus entwickelt, z. B. nach der MOMS-Studie [1] nur 82 %.)

Tab. 3: CM-Symptome	
Kleinhirn	– Ataxie
Kaudales Hirnnervensyndrom	– Kau- und Schluckstörungen – Periorale Hypersensibilität, Würgen – Stridor und schwache, rauhe Stimme – Stimmbandlähmung – Gaumensegelparese – Schwacher Würg- und Schluckreflex – Aspiration/Pneumonien, u. a. durch GÖR
Oberes Halsmark	– Schwäche der Hand – Daumenballenatrophie **(Abb. 5)** – Ungeschicklichkeit der Hand – C ! Keine chiropraktischen Maßnahmen
Pons	– Augenmuskelkerne: Strabismus

Neurogene Blasen- und Mastdarmstörung

In der Therapie der neurogenen Blasenstörung steht die Erhaltung der Nierenfunktion durch Vermeidung von refluxiven Nephropathien, die den Patienten mehr belastende Inkontinenz ist nachgeordnet, sollte aber durch die therapeutischen Maßnahmen im Idealfall mitbehandelt werden (**Tab. 4**).

Neue AWMF-Leitlinien (www.awmf.org) fassen den derzeitigen Kenntnisstand zusammen (Diagnostik und Therapie der neurogenen Blasenfunktionsstörungen bei Patienten mit Meningomyelocele vom November 2013 und Management und Durchführung des intermittierenden Katheterismus, IK, bei neurogenen Blasenfunktionsstörungen vom Mai 2014).

Therapeutische Maßnahmen bei Atemstörungen

Bei Atemstörungen aufgrund der CM sind konservative Maßnahmen wie medikamentöse Therapie mit Methylxanthinen oder eine nächtliche Sauerstoffgabe bis hin zur apparativen Beatmung (nCPAP, nBipap, nIppV) oft nicht ausreichend [3], sodass eine operative Dekompression des Hirnstamms und verlängerten Marks erfolgen muss (Gardner-Operation). Immer muss aber zunächst eine suffiziente Hydrozephalus-Drainage sichergestellt sein.

Therapeutische Maßnahmen bei Dysphagie/Gedeihstörung

Im Säuglingsalter wird ein kleines Saugerloch verwendet, die Nahrung sollte nicht zu flüssig sein, später wegen der Kauproblemen auch nicht zu fest. Häufige kleine Mahlzeiten sind zu empfehlen. Besteht Aspirationsgefahr beim Schlucken oder reicht die oral genommenen Menge an Nahrung nicht für ein adäquates Gedeihen, wird über Magensonde oder perkutane Enterogastrostomie (PEG) sondiert.

Latex Allergie/-sensibilisierung

Patienten mit zahlreichen Operationen, beginnend unmittelbar nach der Geburt, wie sie bei angeborenen Fehlbildungen oft nötig sind, hatten früher ein hohes Risiko einer Sensibilisierung gegen Allergene im Latex, das heißt in ihrem Blut sind Antikörper der Immunglobulin-E-Klasse gegen Eiweiße im La-

© R. Cremer

Abb. 4: MRT eines Patienten mit typischen Zeichen einer CM II (wie Tonsillentiefstand, schmales Corpus callosum, Hydrozephalus)

© R. Cremer

Abb. 5: Handmuskelatrophie bei Chiari-II-Malformation

Tab. 4: Therapie der Blasen- und Mastdarmstörung bei MMC

- Intermittierendes Katheterisieren
- Darmirrigation oder andere Maßnahmen zur regelmäßigen Stuhlentleerung (diätetisch, Anregung der Darmtätigkeit durch Macrogol oder ähnliches)
- Effektive pharmakologische Drucksenkung in der Blase (orale oder intravesikale Anticholinergika, Botulinum-Toxin)
- Gezielte antibiotische Therapie von Harnwegsinfekten, eine antibiotische Dauerprophylaxe ist nicht regelhaft erforderlich.
- Operative Verfahren (Mitrofanoff-Stoma, MACE-Stoma, Blasenaugmentation) können als Ergänzung der konservativen Therapie oder nach deren Versagen notwendig werden.

tex nachweisbar (z. B. bei mehr als 40 % der Spina-bifida-Patienten, etwa 20 % bei urogenitalen Fehlbildungen). Zirka ein Drittel der Sensibilisierten reagiert auch im Sinne einer allergischen Reaktion vom Soforttyp (Typ-I-Reaktion) mit allergischen Symptomen:

- Die Symptome in der leichtesten Ausprägung der Allergie sind Nesselsucht (Urtikaria) an der Kontaktstelle, zum Beispiel an den Händen nach Tragen eines Latexhandschuhs oder an den Lippen nach Aufblasen eines Luftballons. Diese Urtikaria kann sich auf den ganzen Körper ausbreiten, Schleimhautsymptome wie Brennen im Mund oder Augenjucken sind möglich.
- Im nächsten Schweregrad treten asthmaähnliche Atembeschwerden auf.
- Als stärkste Ausprägung kann der anaphylaktische Schock mit krisenhaftem Blutdruckabfall auftreten, der sich oft während Operationen oder anderen medizinischen Maßnahmen zeigt.

Manche Patienten sind so allergisch, dass schon das Einatmen von latexhaltigen Stäuben zu allergischen Symptomen führt. Diese Situation ergab sich früher zum Beispiel in Krankenhäusern, wo puderhaltige Latex-Handschuhe verwendet wurden. Das Maismehl als Puder in den Handschuhen band Latex-Allergene und war eine Gefahr für Latex-allergische Patienten und eine Sensibilisierungsquelle für medizinisches Personal. Inzwischen dürfen derartige gepuderte Handschuhe in Kliniken und Praxen nicht mehr verwendet werden.

Bereits die ersten Operationen und Narkosen bei Patienten mit angeborenen Fehlbildungen, bei denen mehrere Eingriffe zu erwarten sind, sollten latexfrei erfolgen und in der Folge auch alle weiteren. Dazu sind entsprechende Empfehlungen veröffentlicht worden [6]. Mit diesem sehr aufwändigen Regime kann die Rate der Sensibilisierungen gegen Latex entscheidend gesenkt werden (zur Zeit zwischen 5 % und 7 % nach fünf Jahren Beobachtungszeit im Vergleich zu 40 % bei hinsichtlich Alter und Zahl der Operationen vergleichbaren Spina-bifida-Patienten ohne primäre Latexprophylaxe). Hierzu gehört auch die Auswahl latexfreier Materialien zum intermittierenden Katheterisieren und Darmmanagement. Ist ein Patient bereits gegen Latex sensibilisiert, kann jeder erneute Kontakt mit Latex zu allergischen Reaktionen führen und muss auf Dauer sorgsam vermieden werden.

Überleitung von Spina-bifida-Patienten in die Erwachsenenmedizin

In der Praxis gibt es Probleme bei der Überleitung von Spina-bifida-Patienten aus der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin. Seit etwa 1965 ist eine suffiziente Behandlung des Hydrozephalus mit Shunts möglich, das erste Ventil wurde von Spitz und Holter im Jahre 1955 konstruiert. Intermittierendes Katheterisieren ab etwa 1980 verhinderte weitgehend das Nierenversagen aufgrund der obstruktiven Uropathie bei neurogener Blase. Somit erreicht eine zunehmende Anzahl von Patienten das Erwachsenenalter. Sie erleben den Bruch der Kontinuität nach dem Ausscheiden aus der umfassenden pädiatrischen Betreuung in spezialisierten Zentren, die Notwendigkeit, verschiedene Fachärzte aufzusuchen und diagnostische und therapeutische Maßnahmen abzustimmen. Sicherlich unterdiagnostiziert sind psychiatrische Diagnosen wie Depressionen oder Angststörungen bei den MMC-Patienten.

Eine mögliche Lösung bietet der Koalitionsvertrag der jetzigen Bundesregierung: *„Für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen werden medizinische Behandlungszentren analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur (zahn-)medizinischen Behandlung (neuer! § 119c SGB V) geschaffen.“*

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

PD Dr. med. Reinhold Cremer
Spina bifida Ambulanz
Kliniken der Stadt Köln gGmbH
Kinderkrankenhaus
Amsterdamer Str. 59, 50735 Köln
E-Mail:CremerR@kliniken-koeln.de

Interessenkonflikt
Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ. C. Cremer erklärt den Erhalt von Vortrags- und Beraterhonorareren von den Firmen Publicare, Wellspect, Coloplast.
Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

CME-Fragebogen

FIN: NT1506AE

gültig bis 30.06.2015

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

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

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

DOI 10.1007/s15016-015-0510-x

Meningomyelocele und assoziierte Fehlbildungen

Welche der folgenden Fehlbildungen und Begleiterkrankungen findet man *nicht* bei einem Neuralrohrdefekt mit Meningomyelocele?
- ☐ Chiari-Malformation
- ☐ Balkenhypoplasie
- ☐ Tethered Cord
- ☐ Querschnittsmyelitis
- ☐ Hydrocephalus

Wie hoch ist die Prävalenz von Neuralrohrdefekten in Europa?
- ☐ 10 pro 1.000 Geburten
- ☐ 1 pro 1.000 Schwangerschaften
- ☐ 1 pro 1.000 Geburten
- ☐ 1 pro 10.000 Schwangerschaften
- ☐ 10 pro 1000 Schwangerschaften

Welches ist das zur Zeit empfohlene Regime zur Prävention von Neuralrohrdefekten?
- ☐ 400 Mikrogramm Folsäure ab Diagnose der Schwangerschaft.
- ☐ 4 mg Folsäure ab Diagnose der Schwangerschaft.
- ☐ 4 mg Folsäure vier Wochen vor der Konzeption bis drei Monate nach der Konzeption.
- ☐ 0,4 mg Folsäure vier Wochen vor der Konzeption bis drei Monate nach der Konzeption.
- ☐ Die reichliche Zufuhr folathaltiger Gemüse.

Welche der Aussage zur Diagnostik bei Chiari-II-Malformation ist richtig?
- ☐ Mit der Sonografie ist im Säuglingsalter eine gute Quantifizierung der Kleinhirntonsillen-Herniation möglich.
- ☐ Die Bestimmung somatosensorisch-evozierter Potenziale (SSEP) erlaubt eine verlässliche Aussage zum klinischen Schweregrad der Chiari-Malformation.
- ☐ Aus dem kernspintomografisch bestimmten Ausmaß des Tonsillentiefstandes kann auf die Schwere der klinischen Symptome geschlossen werden.
- ☐ Akustisch evozierte Potenziale (FAEP) eignen sich für die Diskriminierung symptomatischer und asymptomatischer Patienten bei Chiari-II-Malformation.
- ☐ Die Kernspintomografie des kraniozervikalen Übergangs wird für die Planung operativer Eingriffe (Gardner-Operation) benötigt.

Welches der folgenden Symptome ist *nicht* typisch bei Chiari-II-Malformation?
- ☐ Tinnitus
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Kau- und Schluckstörungen
- ☐ Stridor
- ☐ Daumenballenatrophie

Was gilt für Atemstörungen bei Chiari-II-Malformation?
- ☐ Sie treten nur bei zusätzlicher Polymicrogyrie auf.
- ☐ Sie treten nicht auf, wenn der Hydrozephalus ausreichend drainiert ist.
- ☐ Sie verschlechtern sich oft, wenn der Hydrozephalus nicht ausreichend drainiert ist.
- ☐ Sie erfordern immer eine operative Hirnstammdekompression.
- ☐ Sie haben immer eine hervorragende Prognose nach dem Säuglingsalter.

Welche Maßnahme ist erforderlich, um Kontinenz bei neurogenen Blasenstörungen zu erreichen?
- ☐ Es muss ein Dauerkatheter gelegt werden.
- ☐ Die Blase sollte mehrfach täglich durch die Patienten mit Einmalkathetern entleert werden.
- ☐ Es ist immer ein antibiotische Dauerprophylaxe erforderlich.
- ☐ Selten sind Medikamente zur Senkung des Blaseninnendrucks (Anticholinergika) notwendig.
- ☐ Eine kontinente Blasensituation kann nur mit operativen Maßnahmen erreicht werden.

Welche Aussage ist *falsch*?
- ☐ Therapeutische und diagnostische Maßnahmen bei Spina-bifida-Patienten müssen in einer latexfreien Umgebung erfolgen.
- ☐ Mit einer Folsäureprophylaxe kann die Prävalenz von Neuralrohrdefekten um bis zu 70 % gesenkt werden.
- ☐ Skoliosen treten bei Spina-bifida-Patienten mit unterschiedlicher Prävalenz (abhängig von der Lähmungshöhe) auf.
- ☐ Ein Hydrozephalus bei Chiari-II-Malformation ist deutlich häufiger als lähmungsbedingte Fußdeformitäten.

- ☐ Ein Nierenversagen aufgrund neurogener Hochdruckblase ist im höheren Alter unvermeidbar.

Welche Aussage zur Querschnittslähmung bei Spina bifida ist richtig?

- ☐ Sie ist bei der Meningocele stärker ausgeprägt als bei der Meningomyelozele.
- ☐ Sie korreliert genau mit dem knöchernen Defekt der Wirbelbögen.
- ☐ Sie Ist meistens inkomplett.
- ☐ Sie ist immer mit Zusatzfehlbildungen wie Syringohydromyelie kombiniert.
- ☐ Sie kann sich durch ein gefesseltes Rückenmark (tethered cord) verbessern.

Welches ist *kein* Ziel der orthetischen Versorgung von Patienten mit Spina bifida?

- ☐ Gewichtssteigerung
- ☐ Vermeidung von Lymphödemen
- ☐ Verbesserung der Knochenstabilität
- ☐ Größtmögliche Mobilität
- ☐ Vertikalisierung

Bitte beachten Sie:
Diese zertifizierte Fortbildung ist zwölf Monate auf springermedizin.de/eakademie verfügbar. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmeschluss und erhalten bei technischen und inhaltlichen Fragen tutorielle Unterstützung.
Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit (Richtig- oder Falschaussage) zutreffend. Sowohl die Fragen als auch die zugehörigen Antwortoptionen werden im Online-Fragebogen in zufälliger Reihenfolge ausgespielt, weshalb die Nummerierung von Fragen und Antworten im gedruckten Fragebogen unterbleibt. Prüfen Sie beim Übertragen der Lösungen aus dem Heft daher bitte die richtige Zuordnung.

Top bewertet in der **e.Akademie**

Neurologie

- ▶ Nicht epileptische Anfälle: Vasovagale Synkopen
  aus: Neurotransmitter 4/2015
  von: K. M. Klein, F. Rosenow
  Zertifiziert bis: 10.4.2016
  Medienformat: e.CME, e.Tutorial

- ▶ Neuropsychiatrische Störungen: Limbische Enzephalitiden
  aus: Neurotransmitter 2/2015
  von: H. Prüß
  Zertifiziert bis: 16.2.2016
  Medienformat: e.CME, e.Tutorial

- ▶ Inflammatorische Muskelerkrankungen: Diagnostik und Therapie von Myositiden
  aus: Neurotransmitter 12/2014
  von: M. Breithaupt, J. Schmidt
  Zertifiziert bis: 10.12.2015
  Medienformat: e.CME, e.Tutorial

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in die Suche auf www.springermedizin.de/eAkademie eingeben.

Teilnahmemöglichkeit:
Exklusiv im e.Med-Paket
Mit e.Med können Sie diese und alle übrigen Fortbildungskurse der e.Akademie von Springer Medizin nutzen.

In der e.Akademie werden neben dem Medienformat e.CME (Beitrags-PDF plus CME-Fragebogen) zahlreiche Kurse auch als e.Tutorial angeboten. Dieses Medienformat ist speziell für die Online-Fortbildung konzipiert und didaktisch optimiert. e.Tutorials stehen ausschließlich im e.Med-Paket zur Verfügung.

Weitere Informationen zum e.Med-Paket und Gratis-Testangebot unter

www.springermedizin.de/eMed

Literatur

1. MRC Vitamin Study Research Group (1991) Prevention of neural tube defects: results of medical research council vitamin study. Lancet 338: 131-137
2. Kowoll S et al. (Bundesinstitut für Risikobewertung): Wissensstand von jungen Erwachsenen über die Bedeutung von Folsäure zur Prävention von Neuralrohrdefekten, Poster anlässlich der 13. Dreiländertagung von ÖGE, DGE und SGE:, 27.-28.09.2012, Wien
3. Adzick NS, Thom EA, Spong CY et al. (2011) A randomized trial of prenatal versus postnatal repair of myelomeningocele. N Engl J Med 364: 993-1004
4. Verbeek, RJ, Heep A, Maurits NM, et al. (2011) Fetal endoscopic myelomeningocele closure preserves segmental neurological function. Dev Med Child Neurol . DOI: 10.1111/j.1469-8749.2011.04148.x.
5. Naehrlich L, Strehl A, Trollmann, Scharf J (2000) Langzeitbeatmung respirator-abhängiger Kinder mit schweren Atemregulationsstörungen bei Myelomeningozele und Chiari-II-Malformation. Mschr Kinderheilk 148: 837-84
6. Task Force on Allergic Reactions to Latex. American Academy of Allergy and Immunology. Committee Report (1993). J Allergy Clin Immunol 92: 16-18

Galenus-von-Pergamon-Preis 2015

Um den jährlich von Springer Medizin/Ärztezeitung verliehenen nationalen Galenus-von Pergamon-Preis können sich Arzneimittelinnovationen bewerben, deren deutsche Zulassung und Markteinführung in der eingereichten Indikation nicht länger als drei Jahre zurückliegen. Über die Zuerkennung des Preises entscheidet ein Kollegium von 14 unabhängigen Experten. Die Verleihung findet im Rahmen einer festlichen Gala am 15. Oktober 2015 in Berlin statt. Einer der 13 in diesem Jahr eingereichten Kandidaten in der Kategorie „Primary Care" ist Nalmefen (Selincro®), das zur Reduktion des Alkoholkonsums bei erwachsenen Patienten mit Alkoholabhängigkeit angewendet wird, deren Alkoholkonsum sich auf mindestens hohem Risikoniveau befindet. Selincro® senkt laut Studienergebnissen die Zahl der starken Trinktage sowie die Menge des Gesamtalkoholkonsums um 60 %. **red**

Anfallsreduktion durch transkutane Vagusnervstimulation

Während der Tagung der Internationalen Liga gegen Epilepsie in Dresden wurden erstmals Ergebnisse einer multizentrischen, randomisierten, kontrollierten, zweiarmigen, doppelblinden Studie zur transkutanen Vagusnervstimulation (t-VNS®) bei pharmakoresistenter Epilepsie vorgestellt. Die Patienten haben die Therapie gut vertragen, entsprechend hoch (im Mittel 93 %) war die Therapietreue. Nach fünf Monaten war die Anfallshäufigkeit bei einer Stimulation mit 25 Hz im Durchschnitt um 23 % gesunken. Die Lebensqualität besserte sich signifikant, die Nebenwirkungen waren sehr gering und klangen nach Beenden der Stimulation schnell ab. Die t-VNS® hat die europäische Zulassung zur Behandlung von Epilepsien, Depressionen und Schmerz. Zwei klinische Studien zur Wirksamkeit von t-VNS® bei Patienten mit pharmakoresistenter Epilepsie und chronischer Migräne wurden 2014 abgeschlossen. Hinsichtlich der Wirksamkeit ist die t-VNS® vergleichbar mit der invasiven Vagusnervstimulation (iVNS). Die Therapie erfolgt durch den Patienten selbstständig mit dem Therapiegerät NEMOS®, das mithilfe einer neuartigen Ohrelektrode elektrische Impulse transkutan an den Vagusnerv appliziert. Weitere Infos: www.cerbomed.com.

Nach Informationen von Cerbomed

Kardiale Sicherheit unter MS-Therapie mit S1P-Analogon

Die hohe Wirksamkeit und Verträglichkeit von Fingolimod bei schubförmig remittierender MS ist durch klinische Studien belegt. Nun bestätigen Daten einer Interimsanalyse der START (STudy to vAlidate telemetRic ECG Systems for firsT Dose Administration of Fingolimod)-Studie, dass die diskutierten kardialen Risiken minimal sind.

Fingolimod wirkt als S1P-Analogon auf den S1P-Rezeptor, der auch in atrialen Myozyten, im Endothel und in der glatten Gefäßmuskulatur lokalisiert ist. Kardiale Nebenwirkungen, insbesondere Bradykardie, AV-Block und Hypertonie, sind deshalb möglich. Im Praxisalltag sind sie allerdings ohne schwerwiegende Konsequenzen. So wurde in den Zulassungsstudien FREEDOMS und TRANSFORMS ein Abfall der Herzfrequenz innerhalb der ersten beiden Stunden nach Einnahme beobachtet, mit einer beginnenden Normalisierung nach sechs Stunden (maximaler Frequenzabfall unter 0,5 mg Fingolimod: 8 bpm). Kein Patient entwickelte eine Herzfrequenz unter 40 bpm. Unter fortgeführter Therapie bleibt die Herzfrequenz im Normbereich. Als „vernachlässigbar" bezeichnete der Kardiologe PD Dr. Axel Meissner, Köln, die Effekte auf den Blutdruck. Beobachtet wurde lediglich ein gradueller Anstieg des systolischen/diastolischen Blutdrucks im Mittel um 3/1 mmHg, der sich nach sechs Monaten stabilisierte.

Die aktuell publizierten Daten einer Interimsanalyse der START-Studie mit inzwischen knapp 3.000 ausgewerteten Patienten bestätigten nun, dass die kardialen Risiken minimal sind. Lediglich 1 % der Patienten entwickelte vorübergehend eine Bradykardie mit einer Herzfrequenz unter 45 bpm. Bei keinem Patienten sank sie unter 40 bpm. Eine pharmakologische Intervention war nie erforderlich. Auch der Blick auf die AV-Blöcke gibt keinen Grund zur Besorgnis. Fazit von Meissner: „Die Effekte von Fingolimod auf Reizleitung, Reizbildung, Blutdruck und QT_C-Zeit sind gut untersucht. Die Risiken sind klar definiert und absolut überschaubar. Es besteht kein gesteigertes Risiko des plötzlichen Herztods oder ähnlicher Ereignisse."

Dr. Beate Fessler

8. Interdisziplinäres Experten-Forum IMPULS, Köln, 8.4.2015, Veranstalter: Novartis Pharma

Reduktion von Schubrate, Läsionen und Hirnatrophie bei MS

Wichtigstes Therapieziel einer MS-Behandlung ist neben der Schubprophylaxe die Verlangsamung der Behinderungsprogression. Glatirameracetat (GA) erfüllt diese Anforderungen und hat daneben positive Effekte auf neurodegenerative Prozesse. In der Formulierung Copaxone® 40 mg dreimal wöchentlich (GA40) wird zudem die Anzahl der Injektionen um nahezu 60 % gesenkt. So wurden in der GALA-Extensions-Studie nun die placebokontrollierte Phase (Baseline bis Monat 12) und die offene Extensions-Phase (Monat 12 bis 36) hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit von GA40 über 36 Monate untersucht. In der Extensionsphase erhielten von den ursprünglich 943 mit GA40 behandelten Patienten 834 die Dosierung weiterhin (frühzeitige Anwendung). Von den 461 der placebokontrollierten Patienten bekamen 419 ab Monat 12 die neue Dosierung (späte Anwendung). Die jährliche Schubrate war bei den frühzeitig behandelten gegenüber den später behandelten Patienten über insgesamt 36 Monate signifikant geringer (0,23 vs. 0,30; $p = 0{,}0052$). Darüber hinaus wurden signifikant geringere kumulative Gadolinium T1-Läsionen (Gd^+) sowie eine verminderte Zahl neuer oder sich vergrößernder T2-Läsionen bei den frühzeitig behandelten Patienten beobachtet. Außerdem zeigten die MRT-Messungen des Gehirnvolumens bei frühzeitig behandelten Patienten weniger Volumenverlust der grauen Substanz verglichen mit später behandelten Patienten. Diese Ergebnisse untermauern die Daten der GALA-Studie, auf der die Zulassung der dreimal wöchentlichen Formulierung beruht. **red**

Nach Informationen des Unternehmens TEVA.

MS: anhaltender Therapieerfolg auch noch nach vier Jahren

Eine Therapie mit dem monoklonalen Antikörper Alemtuzumab (Lemtrada®) führt zu einer Depletion von B- und T-Zellen. Die anschließend neu gebildeten Lymphozyten scheinen meist weniger autoaggressiv zu sein, die Krankheitsaktivität kommt weitgehend zum Erliegen. In der Regel werden nach zwei Behandlungsphasen im Abstand von einem Jahr keine weiteren MS-Medikamente mehr benötigt, soweit die Daten aus den beiden Zulassungsstudien CARE-MS I und CARE-MS II. Aber wie lange hält der Therapieeffekt nun an? Erste Antworten liefern 4-Jahres-Daten der beiden Zulassungsstudien. Wie Professor Alastair Compston, Universität Cambridge/UK, berichtete, nahmen 95 % der 376 in CARE-MS I mit Alemtuzumab behandelten Patienten an der offenen Verlängerungsstudie teil. 74 % hatten in den drei Jahren nach der letzten Behandlungsphase keine weitere Alemtuzumab-Behandlung benötigt, mehr als 98 % aller Alemtuzumab-Patienten nahmen seither auch keine anderen krankheitsmodifizierenden MS-Mittel ein. Die jährliche Schubrate war mit 0,17 auch im vierten Jahr ähnlich niedrig wie in den ersten beiden Studienjahren. Knapp 76 % der Patienten hatten sowohl im dritten als auch im vierten Jahr keine MS-Schübe mehr, und knapp die Hälfte (47,9 %) zeigte in diesen beiden Jahren auch keinerlei Krankheitsaktivität. 83 % der Patienten entwickelten über vier Jahre hinweg keine neuen anhaltenden Behinderungen, bei 30 % gingen die Behinderungen sogar zurück [Compston A. AAN 2015, S4 Clinical Trial Outcome Session]. Ein ähnliches Bild ergibt sich aus den Daten von CARE-MS II mit Patienten, die auf vorhergehende Therapien nicht ausreichend angesprochen hatten. Von den Patienten, die zu Beginn Alemtuzumab bekommen hatten, benötigten nach vier Jahren 68 % noch immer keine zusätzliche Behandlungsphase, ähnlich viele (70 %) zeigten auch im vierten Jahr keine neuen MRT-Läsionen [Traboulsee A et al. AAN 2015, Poster P7.249].

Der Anteil von Patienten mit einer über mindestens sechs Monate anhaltenden Reduktion der Behinderungen nahm im vierten Jahr weiter zu und lag bei 41 % (**Abb. 1**). Bei 71 % hatte sich der EDSS-Wert im Laufe der vier Jahre entweder verbessert oder stabilisiert [LaGanke C et al. Poster 3.261, AAN 2015]. Dies ging mit einer signifikant verbesserten Lebensqualität einher – vor allem bei den Patienten, bei denen eine Reduktion des EDSS-Wertes festgestellt wurde [Kita M et al. AAN 2015, Poster 3.260]. Zugleich ließ sich in beiden Studien die Hirnatrophie mit dem Antikörper deutlich bremsen. Der Volumenverlust beim Hirnparenchym im dritten und vierten Jahr war mit 0,1 – 0,2 % geringer als in den beiden ersten Jahren (0,22 – 0,59 %) – auch dies spricht für einen lang anhaltenden Therapieeffekt [Coles AJ et al. AAN 2015, Poster 7.263].

Thomas Müller

American Academy of Neurology, Annual Meeting, Washington, 18. – 25.4.2015

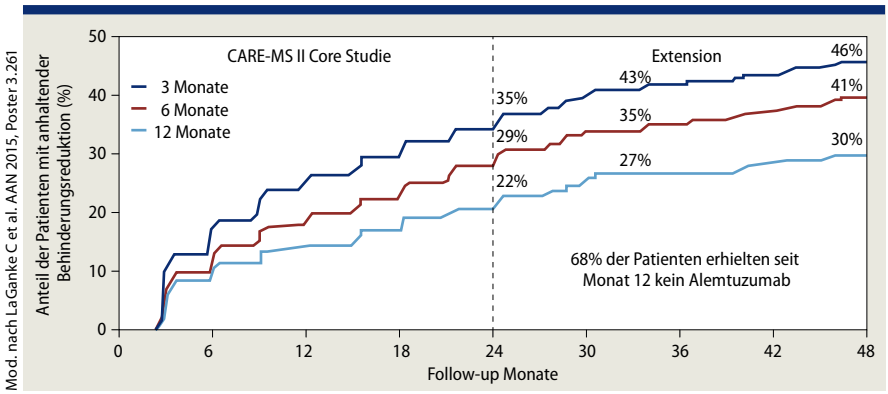


Abb 1: Anteil der Patienten mit drei, sechs und zwölf Monate anhaltender Behinderungsreduktion.

ADHS-Therapie bei Erwachsenen: neue bedarfsgerechte Wirkstärken

Retardiertes Methylphenidat (MPH) ist Mittel der ersten Wahl in der medikamentösen Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Mit der Einführung von Medikinet® adult 50 mg und 60 mg erweitert Medice seine MPH-Produktpalette auf sieben verschiedene Wirkstärken. Dies ermöglicht dem Arzt eine individuelle, flexible und auf den jeweiligen Patienten abgestimmte medikamentöse Therapie.

Nach Informationen von Medice

Positives CHMP-Votum

Der europäische Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) hat sich für die Zulassung von einmal täglich Edoxaban ausgesprochen. Das positive Votum basiert auf Daten der Zulassungsstudien ENGAGE AF-TIMI 48 und HOKUSAI-VTE, den größten und längsten globalen Studien, in denen ein neues orales Antikoagulanz bei Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern oder venösen Thromboembolien untersucht wurde.

Nach Informationen von Daiichi-Sankyo

Schmerzen bei Parkinson-Patienten

Häufig werden Schmerzen bei Parkinson-Patienten nicht adäquat diagnostiziert und behandelt. Zur Erweiterung bisheriger Optionen wird derzeit die Wirkstoffkombination aus retardiertem Oxycodon und retardiertem Naloxon (Targin®) in einer Phase-III-Studie bei Morbus-Parkinson-assoziierten Schmerzen geprüft. Erste Daten werden im Laufe dieses Jahres erwartet.

Nach Informationen von Mundipharma

Rabattvertrag mit DAK Gesundheit

Glenmark ist einer von drei teilexklusiven Vertragspartnern der DAK-Gesundheit für Aripiprazol im ersten Rabattvertrag für diesen Wirkstoff seit Markteintritt der Generika. Der Vertrag läuft vom 1. Juni 2015 bis 31. Mai 2017 und schließt Aripiprazol Glenmark in den Dosisstärken 5, 10, 15 und 30 mg ein.

Nach Informationen von Glenmark

Depressive Symptome während manischer Episoden ernst nehmen

Manische Patienten mit gleichzeitig auftretenden depressiven Symptomen haben im Vergleich zu bipolaren Patienten mit rein manischen Episoden eine höhere Suizidalität, eine höhere Hospitalisierungsrate und eine insgesamt ungünstigere Prognose, berichtete Professor Eduard Vieta, Direktor des „Bipolar Disorders"-Programms der Universitätsklinik Barcelona. Im klinisch-praktischen Alltag erweise sich die Identifikation von Patienten mit manisch-depressiven Mischzuständen allerdings als schwierig, gab er zu bedenken. Drei Viertel der manischen Patienten mit depressiven Symptomen weisen zusätzlich eine charakteristische Symptomtrias aus Angst, Reizbarkeit und Agitation auf [Vieta E et al. J Affect Disord 2014; 156: 206 – 13]. Daher sollte man bei manischen Patienten gezielt nach dieser Symptomkonstellation suchen, um depressive und möglicherweise suizidgefährdete Menschen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Der aus neun einfachen Fragen bestehende Patientenfragebogen M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) kann die Identifizierung von manischen Patienten mit depressiven Symptomen gemäß DSM-5 erleichtern [Hergueta T, Weiller E. Int J Bipolar Disorder 2013; 1: 21]. Auch die Therapie von Patienten mit bipolaren Mischzuständen ist laut Vieta schwieriger als die von Patienten mit reiner Manie oder Depression. Mit Asenapin (Sycrest®) sei es möglich, sowohl manische als auch depressive Symptome im Rahmen einer gemischten Episode zu lindern. Eine Post-hoc-Analyse der gepoolten Daten zweier randomisierter, kontrollierter Studien ergab, dass Asenapin nach 21 Tagen sowohl den YMRS(Young Mania Rating Scale)-Wert ($p < 0{,}05$) als auch den MADRS-Wert ($p < 0{,}01$) signifikant im Vergleich zu Placebo reduziert [Azorin JM et al. J Affect Disord 2013; 145: 62 – 9]. In dem mit Olanzapin behandelten Kontrollarm zeigte sich hingegen kein signifikanter Unterschied gegenüber Placebo. Die Wirkung von Asenapin setzte schon früh ein. Vieta wies darauf hin, dass eine frühe Verbesserung der Manie (definiert als Reduktion des YMRS-Gesamtwerts um ≥ 15 % an Tag 7) eine Möglichkeit bietet, potenzielle Responder bereits nach einer Woche zu erkennen [Szegedi A et al. J Affect Disord 2013; 150: 745 – 52]. Denn diese Patienten haben eine neunmal größere Wahrscheinlichkeit für eine Response an Tag 21 als diejenigen, die keine frühe Verbesserung erreichen (**Abb. 1**). **Abdol A. Ameri**

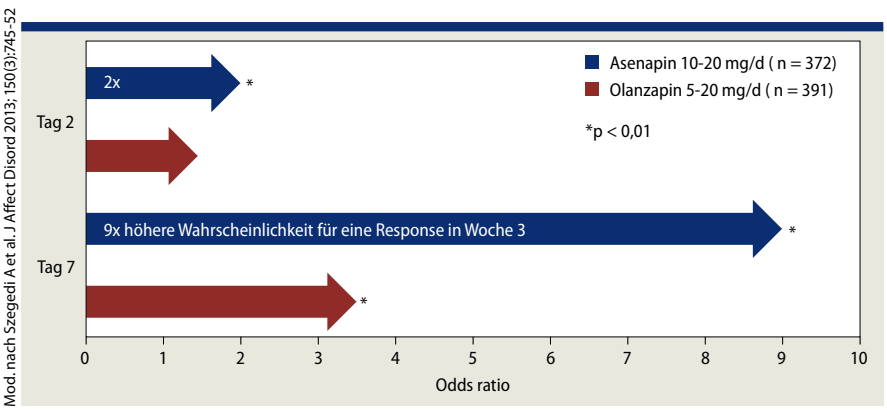


Abb. 1: Asenapin ermöglicht eine frühe Identifizierung von Respondern. Die Odds Ratio gibt die Wahrscheinlichkeit an, dass ein Patient mit früher Symptomverbesserung nach drei Wochen eine Response erreicht im Vergleich zu der Wahrscheinlichkeit für eine Response, wenn er keine frühe Verbesserung zeigt.

Satellitensymposium „The burden of mania with depressive symptoms and the consequences of suicidality", 23. EPA-Kongress, Wien, 30.3.2015; Veranstalter: Lundbeck

Morbus Parkinson: mehr Beweglichkeit durch neue Add-on-Behandlung

Ein neues Medikament mit dualem Wirkmechanismus (Safinamid, Xadago®) kann als Begleittherapie die motorische Symptomkontrolle und Lebensqualität bei Parkinson-Patienten verbessern. Das Alpha-Aminoamid ist seit Mai 2015 für Parkinson-Patienten im mittleren bis späten Stadium mit Fluktuationen verfügbar. Es hemmt selektiv und vollständig reversibel die Monoaminooxidase (MAO-B) und steigert so die Verfügbarkeit von Dopamin im synaptischen Spalt; gleichzeitig werden aktivitätsabhängig Natrium- und Kalziumkanäle blockiert und so die pathologisch erhöhte Glutamatfreisetzung reguliert. Das Medikament wird einmal täglich oral begleitend zu einer Therapie mit Levodopa oder Dopaminagonisten eingenommen. Eine diätetische Tyraminrestriktion ist nicht erforderlich.

Die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Safinamid wurde in zwei großen randomisierten, placebokontrollierten, doppelblinden Multicenter-Studien untersucht. Eingeschlossen waren über 1.200 stabil auf Levodopa eingestellte Patienten mit mittlerer bis fortgeschrittener Parkinson-Erkrankung und motorischen Fluktuationen. In der Studie 016 über 24 Wochen verlängerte Safinamid (50 und 100 mg) die On-Zeit von 9,5 auf 11,0 Stunden und verkürzte die Off-Zeit [Borgohain R et al. Mov Disord 2014; 29: 229 – 37]. In beiden Dosierungen waren die Unterschiede in den On/Off-Zeiten bereits ab Woche 4 signifikant gegenüber Placebo. Auch hinsichtlich des UPDRS-III-Scores, des klinischen Gesamteindrucks und der Lebensqualität waren beide Dosierungen Placebo signifikant überlegen. In der anschließenden Extensionsphase (Studie 018) blieben die Effekte der Add-on-Therapie über weitere 18 Monate erhalten [Borgohain R et al. Mov Disord 2014; 29: 1273 – 80]. Besonders profitierten Patienten, die bei Einschluss in Studie 016 moderate bis schwere Dyskinesien aufwiesen: Unter der 100 mg-Dosierung reduzierte sich der DRS (Diskinesia Rating Scale)-Gesamtwert vs. Placebo signifikant.

„Eine weitere Studie lieferte nahezu deckungsgleiche Ergebnisse", berichtete Professor Heinz Reichmann, Klinik und Poliklinik für Neurologie am Universitätsklinikum Dresden. In der SETTLE- Studie (Safinamide Treatment as add-on to Levodopa in idiopathic Parkinson's Disease with motor fluctuations) war die On-Zeit bereits in Woche 2 signifikant gegenüber Placebo verlängert und der Effekt blieb über 24 Wochen erhalten [Schapira AH et al. 17. International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders, Sydney, 2013; Poster N.424]. In beiden Studien zeigten sich keine relevanten Sicherheitssignale im Vergleich zu Placebo.

Michael Koczorek

Pressekonferenz „Parkinson-Therapie: Xadago® – Ein neues Medikament mit dualem Wirkmechanismus", 9. Deutscher Parkinson Kongress, Berlin, 16.4.2015; Veranstalter: Zambon

Registerdaten bestätigen Vorteile von NOAK im klinischen Alltag

Die Schlaganfallprophylaxe bei nicht valvulärem Vorhofflimmern (VHF) hat sich durch neue orale Antikoagulantien (NOAK) wie Dabigatran (Pradaxa®) vereinfacht. Neue Daten aus großen Datenbanken und Patientenregistern bestätigen, dass die Wirksamkeit und Sicherheit von Dabigatran zur Schlaganfallprophylaxe bei VHF im klinischen Alltag mit den Ergebnissen der Zulassungsstudie RE-LY® [Connolly SJ et al. N Engl J Med. 2009; 361: 1139 – 51] vergleichbar ist, berichtete Professor Stefan Hohnloser, Klinische Elektrophysiologie am Klinikum der Johann-Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt. In einer retrospektiven Analyse der FDA (Food and Drug Administration) wurden die Daten von rund 134.000 Patienten mit VHF im Alter über 65 Jahre ausgewertet. Unter Dabigatran 75/150 mg nahm die Rate ischämischer Schlaganfälle um 20 % gegenüber Warfarin ab. Die Häufigkeit von intrakraniellen Blutungen sank unter dem NOAK um 66 %, die Mortalität um 14 % [Graham D et al. Circulation 2015; 131: 157 – 64].

Die Analyse von zwei US-amerikanischen Krankenversicherungsdatenbanken mit 38.000 Patienten mit VHF und einem durchschnittlichen CHA_2DS_2-VASc-Score von 3,0 ergab ebenfalls eine Reduktion des Schlaganfallrisikos um 23 %. Die Rate schwerer Blutungen war mit der Warfarin-behandelter Patienten vergleichbar und intrakranielle Blutungen um 69 % verringert [Seeger JD et al. Abstract 15187, AHA-Kongress 2014, Chicago/USA]. Auch eine dänische Registerstudie mit 34.000 VHF-Patienten spiegelte die Ergebnisse der RE-LY®-Studie wider: Das Risiko für Blutungen jeglicher Art war unter Dabigatran 110 mg um 28 % und unter 150 mg um 32 % im Vergleich zu Warfarin reduziert [Larsen TB et al. Am J Med 2014; 127: 650-6.e5].

Mit dem Antikörper Idarucizumab wird bald ein spezifisches Antidot für Dabigatran zur Verfügung stehen, das die Therapie mit diesem NOAK noch sicherer machen könnte. In einer placebokontrollierten Phase-I-Studie wurde der antikoagulatorische Effekt von Dabigatran durch die Infusion des Antikörpers sofort und vollständig aufgehoben. Idarucizumab war gut verträglich und hat kein prothrombotisches Potenzial. Die Zulassung ist im beschleunigten Prüfverfahren beantragt.

Abdol A. Ameri

Satellitensymposium „Fünf Jahre antithrombotische Therapie mit oralen Antikoagulantien (NOAK): Sicherheit im Fokus", 81. DGK-Jahrestagung, Mannheim, 9.4.2015; Veranstalter: Boehringer Ingelheim

MS-Basistherapie: bessere Adhärenz mit professioneller Unterstützung

Eine immunmodulatorische Langzeittherapie soll die Krankheitsprogression bei Multipler Sklerose verlangsamen und die Aktivität der Patienten länger erhalten. Diese Ziele können sie leichter erreichen, wenn die Therapie möglichst einfach anzuwenden ist – und von einer MS-Schwester begleitet wird.

Seit mehr als 15 Jahren überzeugt Interferon beta (IFNß)-1a s.c. (3 x 44 µg) mit überlegenen Studiendaten zur Wirksamkeit und Sicherheit, berichtete Professor Sven Meuth, Klinik für Neurologie der Universität Münster. Bereits die PRISMS-Studie zeigte für diese Basistherapie eine Reduktion des Risikos für Behinderungsprogression um 58 % [PRISMS Study Group, Lancet 1998; 352: 1498 – 504]. Neueren Daten zufolge mindert sie auch das Risiko einer Konversion vom klinisch isolierten Syndrom (CIS) zur klinisch definierten MS (CDMS) um 56 % [Freedman M et al. J Neurol 2014; 261: 490 – 9]. In der EVIDENCE-Studie hatte die Umstellung von Interferon beta-1 i.m. auf die hochfrequente subkutane Injektion IFN ß-1a s.c. zur Verringerung der Schubrate geführt [Schwid SR et al. Arch Neurol 2005; 62: 785 – 92] und in einer Post-hoc-Analyse dieser Studie erreichten signifikant mehr Patienten mit schubförmigem Verlauf das von der FDA neu definierte Ziel NEDA (keine feststellbare Krankheitsaktivität) [Coyle PK et al. Joint ACTRIMS-ECTRIMS Meeting 2014; Poster P201].

Der Therapieerfolg steht und fällt mit der Adhärenz, die wiederum ist gerade bei einer immunmodulatorischen Langzeittherapie eng an eine einfache Anwendbarkeit gekoppelt, erläuterte Dr. Boris-Alexander Kallmann, multiple sklerose zentrum Bamberg (mszb) am Institut alpha MED. Rebi-Smart®, der erste elektronische Injektor in der MS-Therapie, stärkt das eigenverantwortliche Engagement der Patienten und damit die Adhärenz: In der SMART-Studie waren nach einem Jahr noch 97 % der Studienteilnehmer adhärent – gleichzeitig gingen Schubrate und MR-tomografische Entzündungsaktivität deutlich zurück [Bayas A et al., AAN 2014, USA, Poster 7219].

Werden MS-Patienten in enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt bei der Umsetzung der Therapie von MS-Schwestern begleitet, ist mit einer zusätzlichen Verbesserung der Adhärenz und so letztlich einem größeren Therapieerfolg zu rechnen, so die Experten.

Ute Ayazpoor

Pressefrühstück im Rahmen des 11. interaktiven Symposiums zu MS, 20.3.2015, Hamburg; Veranstalter: Merck Serono

Journal

Ein Tropenarzt

J. M. G. Le Clézios Porträt „Der Afrikaner“

Es gibt Schriftsteller, die trotz Literaturnobelpreis beim deutschen Publikum kaum heimisch geworden sind. Damit sind nicht Preisträger wie etwa der Norweger Bjørnstjerne Bjørnson (1903) oder „Exoten“ wie zum Beispiel der Chinese Mo Yan (2012) gemeint, sondern Autoren wie Czesław Miłosz (1980), Derek Walcott (1992) oder Wisława Szymborska (1996). In jüngster Vergangenheit zählt dazu besonders auch der Laureatus von 2008, der französisch-mauritische Schriftsteller Jean-Marie Gustave Le Clézio. Was Kritiker aber als blutleer, bedeutungshubernd und kitschig deklariert haben in seinen Werken, ist alles andere als das.

Le Clézios Einblicke in das Leben seines Vaters in Afrika: „Auf seinen Fotos kommt die Einsamkeit zum Ausdruck, das Verlassensein und der Eindruck, das abgelegenste Ufer der Welt erreicht zu haben.“

© EcoView / Fotolia.com

60 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Le Clézios Porträt „Der Afrikaner“
Im britisch besetzten Nigeria lernt der Tropenarzt auch ein Land kennen, das immer nur Krieg kannte, zwischen den Menschen, gegen die Armut, gegen Korruption und vor allem gegen die Mikroben. Trotzdem bleibt er zwanzig Jahre.

64 Neurotransmitter-Galerie

Die G2-Kunsthalle
Leipzig, ein Fuore machender Ausstellungsort für jüngere Künste. Jetzt gibt es dort ein Privatmuseum mit Werken aus der Sammlung Hildebrand. Neue Namen wie unter anderem Rigo Schmidt oder Malte Masemann lohnt es sich zu merken.

Jean-Marie Gustave Le Clézios Eltern, Raoul Le Clézio und Simone Le Clézio, waren Cousin und Cousine und hatten dieselben Großeltern. Die familiären Wurzeln verweisen auf Bretonen, die Ende des 18. Jahrhunderts auf die Insel Mauritius im Indischen Ozean ausgewandert sind, wo es nachfolgende Generationen zu Ansehen und Wohlstand gebracht haben. Sie wurden Plantagenbesitzer, Bankpräsidenten, Inhaber einer Zeitung.

Le Clézio hat sowohl die französische Staatsangehörigkeit als auch die von Mauritius. Seine Kindheit verbrachte er in Nizza. Seinen Vater, einen britischen Tropenarzt in Nigeria und Kamerun, der während des Zweiten Weltkrieges dort und von seiner in Frankreich lebenden Familie getrennt geblieben war, lernte er erst als Achtjähriger kennen, als er mit seiner Mutter und seinem um ein Jahr älteren Bruder nach Afrika reiste. Während der mehrere Monate dauernden Schiffsreise schrieb er in der Kabine seine ersten Versuche von Erzählungen.

Zu reisen und zu schreiben wurden ihm nach und nach Synonyme. Nach der Rückkehr nach Europa studierte Le Clézio Englisch in London und Bristol, während er gleichzeitig Französisch unterrichtete, danach studierte er Philosophie und Literatur in Nizza und Aix-en-Provence. Im Rahmen seines Militärdienstes war er 1966/67 als Entwicklungshelfer in Bangkok und Mexiko tätig; 1983 wurde er an der Universität Perpignan mit einer Arbeit zur Frühgeschichte Mexikos promoviert. Es folgten Lehraufträge an den Universitäten Bangkok, Mexiko-Stadt, Boston, Austin und Albuquerque. Frühen literarischen Ruhm errang Le Clézio als 23-Jähriger mit seinem Erstling „Das Protokoll“. Seitdem sind über dreißig Erzählungen, Romane, Essays, Novellen und Übersetzungen indischer Mythologie erschienen.

Als Le Clézio der Nobelpreis zugesprochen wurde, reagierte Deutschlands damaliger Literaturpapst Marcel Reich-Ranicki mit Unverständnis und bekannte, bisher keine Zeile des Franzosen gelesen zu haben. Die Kritikerin Sigrid Löffler sprach von einer „einigermaßen bizarren Wahl“ und bescheinigte Le Clézios Romanen „Monotonie und Langweiligkeit“. Vermutlich war sie aber nur durch Themenwahl und Erzählmethode überfordert, die beide dem vom amerikanischen Realismus verwöhnten deutschen Leser mehr abverlangen als nur genussvolles Seitenfressen. Ungewohnte Stilmittel, Anleihen am Konzept des Nouveau Roman, Exotismen und intertextuelle Allusionen an die spätromantische französische Literatur des 19. Jahrhunderts sind Herausforderungen, denen nicht jeder gerne folgt. Wer es aber dennoch tut, der tut es mit Gewinn.

Der Afrikaner

Das schmale Buch „Der Afrikaner“, das 2005 unter dem Titel „L’Africain“ in Paris erschien, trägt keine Gattungsbezeichnung. Es könnte ebenso als Reisebericht, als Teil einer Autobiografie oder als Porträtstudie durchgehen. Der Klappentext gibt näheren Aufschluss: „Er habe, sagt le Clézio, der Vielgereiste, in seinem Leben nur eine wirkliche Reise gemacht. Von ihr erzählt er in diesem Buch. Sie führte ihn 1948 im Alter von acht Jahren zusammen mit Mutter und Bruder nach Afrika, wo er zum ersten Mal seinem Vater begegnete. Dieser hatte viele Jahre als Tropenarzt in Kamerun und in Nigeria verbracht, während die Frau mit den kleinen Söhnen zu Kriegszeiten in Nizza blieb. Vor allem aber zeichnet Le Clézio hier ein eindringliches Porträt seines Vaters, des Abenteurers, der Lepra und Sumpffieber kurierte, den Kolonialismus hasste, mit einer Piroge das Landesinnere erkundete und mit seiner alten Leica afrikanische Landschaften und Menschen fotografierte. Und er erzählt die Liebesgeschichte seiner Eltern, die in Kamerun – vor seiner Geburt – spielt, als der Traum eines von Krankheit und Fremdherrschaft befreiten Afrikas noch realisierbar erschien.“

„Der Afrikaner“ beginnt mit einem Bekenntnis, aus dem sich die Koordinaten einer ganzen Existenz ableiten lassen: „Jeder Mensch hat einen biologischen Vater und eine biologische Mutter. Man muss sie nicht unbedingt lieben oder anerkennen, man kann ihnen misstrauen. Aber sie existieren, mit ihrem Gesicht, ihrer Haltung, ihren Manieren und Manien, ihren Illusionen, ihren Hoffnungen, der Form ihrer Hände und Zehen, der Farbe ihrer Augen und ihres Haares, ihrer Art zu reden, ihren Gedanken und vermutlich dem Alter, in dem sie sterben, all das haben wir in uns aufgenommen.“ Als Le Clézios Vater im Ruhestand wieder zu seiner Familie nach Frankreich zurückkehrte, stellte der Sohn fest, „dass er Afrikaner war. Es fiel mir nicht leicht, mich damit abzufinden. Ich musste die Vergangenheit wieder aufrollen, von vorn beginnen und versuchen, all das zu verstehen. In Erinnerung daran habe ich dieses kleine Buch geschrieben.“

Geografischer Ausgangspunkt ist eine abgelegene Region in Nigeria, in der außer Le Clézios Eltern keine Europäer waren, weswegen sich die Menschheit für dieses Kind „nur aus Ibo und Yoruba zusammensetzte. In der Hütte, in der wir lebten (das Wort Hütte hat etwas Kolonialistisches, das heute zwar schockieren mag, aber gut auf die Dienstwohnung

zutrifft, wie sie die englische Regierung damals den Militärärzten zur Verfügung stellte: eine Betonplatte als Fußboden, vier Wände aus unverputzten Zementsteinen, ein mit Palmwedeln bedecktes Wellblechdach, keinerlei Zierrat, Hängematten, die an den Wänden befestigt waren und als Betten dienten, und als einziger Luxus eine Dusche, die durch Eisenrohre mit einem von der Sonne erhitzten Wasserbehälter auf dem Dach verbunden war). In dieser Hütte gab es also keine Spiegel, keine Bilder, nichts, was uns an die Welt erinnern konnte, in der wir bisher gelebt hatten, und ein Kreuz, das mein Vater an die Wand gehängt hatte, jedoch ohne die Figur des Gekreuzigten. Dort habe ich gelernt zu vergessen."

Der Leser lernt den Tropenarzt auf fragmentarische, ja schier impressionistisch-pointilistische Weise kennen, denn Le Clézio erzählt nicht chronologisch, sondern springt von Erinnerung zu Erinnerung, von Stimmung zu Stimmung, von Eindruck zu Eindruck, der sich auch an einem scheinbar belanglosen Gegenstand entzünden kann. Und indem er von sich als Kind erzählt, skizziert er nach und nach auch seinen Vater, den einzigen Arzt im Umkreis von 60 Kilometern, vier Stunden von der nächsten Verwaltungsstadt namens Abakaliki entfernt. Porträtiert wird ein Tropenarzt, der die Station für ambulante Behandlungen in Ogoyo leitete, einem ehemaligen, von Ordensschwestern aufgegebenen Krankenhaus mit einem breiten medizinischen Aufgabengebiet von der Geburtshilfe bis zur Obduktion. Wir lernen den Mediziner als einen Mann mit militärischer Disziplin kennen, als könnten nur strenge Regeln den Sinn seines Lebens garantieren. Im Gegensatz zur feinsinnigen Großmutter und zur gutmütigen Mutter besteht der Vater des Nobelpreisträgers auf frühem Aufstehen, Betten machen, kalter Wäsche in der Zinkwanne, in der die Seifenlauge für das Waschen von Socken und Unterwäsche stehen gelassen werden musste. Der paramilitärische Dresscode legt Wert auf Wollsocken, blank geputzte Lederschuhe und Tropenhelm aus Stroh. Sauberkeit ist oberstes Gebot, und noch nachts geht der Vater mit der Taschenlampe in der einen und einem Pantoffel in der anderen Hand auf Kakerlakenjagd. Skorpione übergießt er mit Alkohol und zündet sie an. Das Kind erinnert sich an den Geschmack von Chinin im Mund und an die wilden Angriffe der Insekten, die gegen die Fensterläden klatschen, um die Lampe kreisen, sich daran verbrennen, oder von schmatzenden Geckos an den Wänden gierig verschlungen werden.

Le Clézios Vater ging 1928 nach Afrika, nachdem er zwei Jahre in Britisch-Guayana als ambulanter Arzt auf den Strömen zugebracht hatte. Erst Anfang der fünfziger Jahre kehrte er nach über zwanzig Jahren Dienst als einziger Arzt in einem riesigen Gebiet, in dem ein ganzer Staat Platz fände, nach Europa zurück: durch das äquatoriale Klima „vorzeitig gealtert, reizbar wegen des Theophyllins, das er einnahm, um sein Asthma zu bekämpfen, verbittert durch die Einsamkeit und darüber, dass er die ganzen Kriegsjahre abgeschnitten vom Rest der Welt gelebt hatte, ohne Nachricht von seiner Familie, ohne eine Möglichkeit, seinen Posten zu verlassen, um seiner Frau und seinen Kindern zu Hilfe zu kommen oder ihnen Geld zu schicken. Der größte Liebesbeweis, den er den Seinen gab, bestand darin, dass er mitten im Krieg die Wüste bis nach Algerien durchquerte, um zu versuchen, zu seiner Frau und zu seinen Kindern zu gelangen und sie nach Afrika in Sicherheit zu bringen. Man hielt ihn auf, noch bevor er Algier erreicht hatte, und schickte ihn nach Nigeria zurück. Erst nach Kriegsende konnte er bei einem kurzen Besuch seine Frau wiedersehen und mit seinen Kindern Bekanntschaft machen. Lange Jahre der Trennung und des Schweigens, in denen er weiterhin seinen Beruf als Arzt unter äußerst prekären Bedingungen ausübte, ohne Medikamente, ohne ärztliche Ausrüstung, während sich die Menschen überall auf der Welt umbrachten. Er sprach nie darüber. Deutete nie an, dass er in seinem Leben etwas Außergewöhnliches erlebt hatte."

Dieser Mann namens Raoul Le Clézio, geboren auf Mauritius, studierte mit Hilfe eines staatlichen Stipendiums im Londoner Saint-Joseph's Hospital Medizin, bekam eine Anstellung an einem Krankenhaus für tropische Erkrankungen in Southampton, fand – noch vor Antritt seiner Stelle – bereits einen ebenso hochnäsigen wie bösen Brief seines künftigen Chefarztes vor mit der Beschwerde, er habe seine Visitenkarte noch nicht abgegeben, beantragte daraufhin auf der Stelle seine Versetzung ans „Colonial Office", ging kurz danach an Bord eines Schiffes nach Georgetown in Britisch-Guayana, machte sich daran, Menschen mit Lepra, Schlafkrankheit, Malaria zu behandeln und lernte, seit dem Zwischenfall mit der Visitenkarte, die englische Gesellschaft und ihre Society-Rituale zu verachten. Er hatte mit Mauritius und dessen kolonialer Vergangenheit ebenso gebrochen wie mit dem arroganten Gehabe und dem Konformismus der kolonialen Gesellschaftsschicht, mit deren Cocktailpartys und den Golfspielern, den Prostituierten in den Country Clubs und dem Groll der weißen Hausfrauen über verlegte Handschuhe, die ihren banalen Frust und ihre unkontrollierte Wut an ihren schwarzen Dienstboten ausließen. Er wählte einen anderen Weg, brach mit der europäischen Gesellschaft, zahlte einen hohen Preis dafür, der ihn zwang, die Kriegszeit wie in einer Verbannung zu verbringen, auf seine Frau und seine Kinder zu verzichten, die ihm unweigerlich zu Fremden wurden. Er wurde autoritär, legte sich eine steife Offiziershaltung zu, als trage er „ein Stahlkorsett, das er nie wieder ablegen sollte."

Raoul Le Clézio fotografiert viel mit seiner Leica, seiner einzigen Leidenschaft, und sein Sohn, der spätere Schriftsteller, lässt uns wissen, was er beim Studieren dieser alten Fotos sieht und empfindet: „Auf seinen Fotos kommt die Einsamkeit zum Ausdruck, das Verlassensein und der Eindruck, das abgelegenste Ufer der Welt erreicht zu haben." Diese Fotos sind allerdings auch Dokumente der Bewunderung für das Land und seine Menschen, und bisweilen erzählen sie dem Betrachter sogar etwas vom Glück der beiden Eheleute und ihrer Freiheit, wenn die Mutter den Vater des Nobelpreisträgers auf seinen „Dienstreisen" begleitet und mit ihm die Feste, die Tänze und die Würde der Frauen, der Häuptlinge und der Stammesältesten erlebt. Damals war sogar noch ein Hauch von Abenteuerlust zu spüren. In dem von der britischen Ar-

mee besetzten Nigeria lernt der Tropenarzt aber auch ein Land kennen, das immer nur Krieg und wieder Krieg kannte: zwischen den Menschen, gegen die Armut, gegen Korruption und vor allem gegen die Mikroben. Die Feinde hießen „Kommabazillen, Bandwurm, Bilharziose, Pocken, Amöbenruhr. Angesichts dieser Feinde dürfte die Bestecktasche meines Vaters ziemlich dürftig ausgesehen haben. Skalpell, Gefäßklemmen, Schädelbohrer, Stethoskop, Druckverbände und ein paar elementare Instrumente wie etwa die Messingspritze, mit der er mich später geimpft hat. Antibiotika und Kortison gab es nicht. Sulfonamide waren knapp, Pulver und Salben hatten etwas von einer Zaubermedizin. Impfstoffe gab es nur in begrenzten Mengen (…). Er blieb zwanzig Jahre in Westafrika, bis an die Grenzen seiner Kraft."

Und noch als alter Mann wird er das Hähnchen auf dem Teller mit dem Skalpell zerlegen und mit einer Gefäßklemme servieren, in Armee-Khakihosen auf den Wochenmarkt gehen, exakt zu der Zeit, in der er früher im Krankenhaus seinen Visite gemacht hat, zuhause die Tunika der Haussa aus Kamerun tragen, zerbrochene Fliesen reparieren, seine Wäsche selbst waschen, seine Socken stopfen, Regale aus Kistenbrettern zimmern, an allen denkbaren Eigenschaften eines ehemaligen Offiziers festhalten: „Ein Mann, der beidhändig arbeiten konnte und imstande war, sich selbst mit Hilfe eines Spiegels zu operieren oder den eigenen Leistenbruch zu vernähen (…). Ein alter Mann im Exil, dessen Leben und Leidenschaft in weiter Ferne begraben sind. (…) Es war, als hätte er Afrika nie verlassen", und er trauerte seinen einzigen Freunden nach: den Pferden James und Pégase sowie dem Hühnerhund Polisson. Le Clézio begreift den Zweiten Weltkrieg als die große Bruchstelle im Leben seines Vaters. Vorher bestand das vom großen Daseinsglück gestreifte Leben im Westen Kameruns, danach kam das Trauma.

1938 verließ die Frau Nigeria, um ihr erstes Kind in Frankreich zur Welt zu bringen. Nach einem kurzen Urlaub fuhr der Vater zurück nach Afrika auf seine neue Stelle in Ogoja in der Provinz Cross River. Was er nun von Europa erfuhr, war das, was BBC meldete. Und der Empfang war nicht immer gut. Ogoja war ein britischer Vorposten. Er leitete das Krankenhaus und besuchte seine Patienten mit einem Ford V8, „eher ein Lieferwagen als eine Limousine." Der Tropenarzt begreift in dieser Zeit, dass er, wie der Polizist, der Richter oder der Soldat nichts weiter ist als ein ausführendes Organ der Kolonialmacht: „Der Arzt war nicht mehr jemand, der mit Hilfe der westlichen Medizin Erleichterung verschaffte und es verstand, sein Wissen mit den Dorfältesten zu teilen. Er war ein Fremder (…), der Arme und Beine absägte, wenn sie von Wundbrand befallen waren, und dessen einziges Heilmittel in einem furchterregenden und zugleich lächerlichen Instrument bestand: einer Messingspritze mit einer sechs Zentimeter langen Nadel." Erschwerend hinzu kamen die Stammeskriege, die Racheakte und Vergeltungsschläge im Land. Man konnte das Haus nur noch bewaffnet verlassen. Animismus, Fetischismus, Zauberriten, Ritualmorde, Kannibalismus machten das Leben als europäisch aufgeklärter Arzt noch komplizierter.

Der Tropenarzt wird innerlich müde vom Leid der Menschen und ihren gezeichneten, deformierten, verunstalteten Körpern: „Nachdem Afrika seinen Zauber verloren hatte, empfand er die Krankheit als etwas Beleidigendes." Der Pessimismus greift Raum, mit ihm die Depression, und einmal, gegen Ende seines Lebens, bekennt der Arzt gegenüber seinem Sohn, dass er, wenn er noch einmal von vorn beginnen könnte, nicht Arzt, sondern Tierarzt werden würde, „weil Tiere die einzigen Lebewesen sind, die sich nicht gegen ihr Leiden auflehnen." So wird der Tropenarzt zum Leidenden, aber auch zugleich zum furchteinflößenden Vater, zum strengen und schweigsamen Mann, unbeugsam und autoritär mit fixen Ideen und Hygienezwängen, mit Wutausbrüchen und vom Jähzorn geleiteten Prügelstrafen: „Kinder durften nie ohne Aufforderung bei Tisch reden, sie durften nicht rennen, nicht spielen und morgens nicht noch einen Weile im Bett dösen. Sie durften außerhalb der Mahlzeiten nichts essen, vor allem keinen Süßigkeiten. Sie durften beim Essen die Hände nicht auf den Tisch legen, nichts auf ihrem Teller zurücklassen und nie mit offenem Mund kauen." Vor dem Zubettgehen musste gebetet werden, „und der Sonntag war der Lektüre des Gebetbuches gewidmet." Le Clézio zieht ein bitteres Fazit, wenn er schreibt: „Die Zeit nach seiner Rückkehr aus Afrika war die schlimmste (…). Afrika hatte ihn nicht verwandelt, sondern die Strenge in ihm ans Licht gebracht."

Rezeption

Die internationale Kritik hat das schmale Buch „Der Afrikaner" durchaus wohlwollend aufgenommen. Für den französischen Le Nouvel Observateur ist dies „ein poetischer Text und ein Schlüssel zu Le Clézios Werk." Gerühmt werden die Ausdruckskraft des Autors und der kritische Blick, der weit über das ethnologische Interesse an Afrika hinausgehe, ohne „Elendsrhetorik" und „naive Verklärung" (SZ). Kindheitsgeschichte und Vaterproblematik, Absage an den Eurozentrismus und ethnologische wie kolonialgeschichtliche Erzählung gingen auf gelungene Art und Weise Hand in Hand.

In einem Interview mit der schwedischen Journalistin Nina Lekander bekennt sich Le Clézio zur Kultur des Kolonialismus: „Ich verhalte mich zu dieser kolonialen Kultur, wenn ich schreibe." Seine wahre Heimat sei aber weder Frankreich noch Afrika, sondern die Literatur. Den Nobelpreis hält er zwar für eine bedeutende Auszeichnung, nennt aber zugleich andere, die ihn verdienten: „Edouard Glissant aus Martinique zum Beispiel. Und Hyder Qurratulain hätte ihn bekommen sollen. Eine Inderin, die in Urdu schreibt", womit dem Eurozentrismus eine ebenso unmissverständliche wie sympathische Absage erteilt wird. □

Literatur beim Verfasser

AUTOR

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

Junge Kunst aus Leipzig
Die G2-Kunsthalle

Neo Rauch, David Schnell, Tilo Baumgärtel – während diese Künstler der Leipziger Schule fast übergroße Gestalten der zeitgenössischen Kunst geworden sind, verdeckt ihr Schatten oft ähnlich bemerkenswerte und vielseitige Künstler, die ebenfalls in Leipzig studiert haben. Zum 1.000-jährigen Stadtjubiläum der am schnellsten wachsenden Großstadt Deutschlands hat im März 2015 ein ganz besonderes, ein privates Museum seine Pforten geöffnet, die G2-Kunsthalle. Damit besteht jetzt in Leipzig die Möglichkeit, jenseits öffentlicher Museen, Galerien und Ateliers, junge Werke, teilweise international bekannter, teilweise weniger bekannter Künstler der Leipziger Szene in einer einzigartigen Auswahl und Zusammenschau kennen- und schätzen zu lernen.

(2) Foto: Dotgain

Rigo Schmidt, „The God of Whatever", 2014, Öl auf Leinwand, 140 × 130 cm, Sammlung Hildebrand, Leipzig

Rigo Schmidt, „Golden Eye I", 2011, Öl auf Leinwand, 24 × 18 cm, Sammlung Hildebrand, Leipzig

© VG Bild-Kunst, Bonn 2015.

Edgar Leciejewski, „snout II", 2013, Color Print auf AluDibond, Holz, Glas, Künstlerrahmen, 111 cm × 232 cm, Objektmaß: 124 x 245 x 7 cm, Edition 1/3 + 1 a.p., Sammlung Hildebrand, Leipzig

Steffen Hildebrand, Immobilienkaufmann, in Leipzig stadtbekannt, hat dort einen neuen Ausstellungsort geschaffen: die G2-Kunsthalle. Der noch recht junge Sammler, der eine große Leidenschaft für zeitgenössische Kunst aus Leipzig und ein hervorragendes Gespür für spannende Positionen besitzt, stellt seine gesamte Privatsammlung als Grundlage für diese Kunsthalle zur Verfügung. Unter der kuratorischen Leitung der Kunsthistorikerin Anka Ziefer sollen darin in Zukunft wechselnde Ausstellungen auch mit ergänzenden, ausgeliehenen Werken zu sehen sein. Ziefer kann sich dabei aus dem reichhaltigen Fundus der Sammlung Hildebrand frei bedienen, wie Hildebrand sagt, egal, ob sich das Bild vorher in seinem Wohnzimmer oder im Archiv befunden habe. Den Schwerpunkt der Sammlung bildet die Malerei, doch es sind auch Skulpturen, Fotografien und andere Medien vertreten.

Bekannt und unbekannt nebeneinander

Wer nach Voranmeldung im dritten Stock in dem DDR-Beton-Bau am Dittrichring aus dem Aufzug tritt, bekommt auf zirka 1.000 Quadratmetern 51 Werke vor allem Leipziger Künstler dargeboten, von denen keines vor 2001 entstanden ist. Natürlich hat auch ein Neo Rauch seinen Platz. Doch neben bekannten Namen hängen völlig gleichberechtigt und fast noch eindrücklicher junge Positionen, noch zu entdeckende Werke etwa von Rigo Schmidt, Malte Masemann oder Kristina Schuldt.

Gleich zu Beginn leuchten den Besucher die zwei goldenen Augen eines kleinen Makaken an: „Golden Eye 1" von Rigo Schmidt (*1974). Hintersinnig stellen sie die Frage, wer hier wen beobachtet und was hier eigentlich wie ausgestellt wird. Nicht nur der starre Blick, auch die sofort assoziierte Geschichte dieser besonderen Affenart, die wie keine andere den Fortschritt der Medizingeschichte mit hohen Verlusten begleitet und erst ermöglicht hat, bleiben haften. Umso stärker wirkt im Nachgang das nächste Bild von Rigo Schmidt, das den Besucher der Ausstellung erst im dritten Raum erwartet: „The God of Whatever", eine erstaunlich realistisch anmutende Fellmaske einer weiteren Makakenart. Auch die schwarzen Augenhöhlen im weißen Affengesicht scheinen mit uns zu kommunizieren. Der starke Kontrast zwischen dem dunklen Hintergrund und dem höchst differenziert ausgearbeiteten Fell im Vordergrund verstärkt den Eindruck, dass das Gesicht fast aus dem Rahmen bricht. Ähnlich wie der amerikanische Künstler Walton Ford beschäftigt sich Schmidt mit dem Menschsein in Abgrenzung zu der uns umgebenden und mühsam domestizierten Natur. Doch gerade indem er in seinen Werken die Künstlichkeit der Idee der Naturrepräsentation überhöht und ausstellt, wirft er uns auf die eigene Kreatürlichkeit zurück. Nicht zufällig hängt neben dem „The God of whatever" das Portrait einer weißgeschminkten Geisha ebenfalls von Rigo Schmidt, die noch maskenhafter wirkt als das Affenantlitz.

Malte Masemann, ein 1979 geborener Leipziger Künstler, diente als Vorlage für sein Ölbild „Sammler" eine Fotografie des 19. Jahrhunderts. Die altertümlichen Kleidungsstücke des Sammlers und die ihm gereichte Skulptur sind mit Farben moderner Kitschästhethik, einem starken Lila und pastellfarbigen Mintgrün gemalt, wodurch ein merkwürdiger Bruch entsteht. Der gezeigte, interessierte Gestus des überlegen wirkenden Sammlers und die ihm dienstbeflissen auf die Vorzüge der Skulptur hinweisenden Finger und Hände dürften jedoch zeitlos sein.

Visuelle und intellektuelle Herausforderungen

Das Thema „Sammeln", mit all seinen Unterthemen wie beispielsweise „die Produktionsbedingungen der zeitgenössischen Kunst", zieht sich wie ein roter Faden durch die Ausstellung und die Werke lassen nicht nur Rückschlüsse auf ein allgemein wichtiges Thema der selbstreflexiven jungen Kunstszene, sondern auch auf den selbstironischen und leidenschaftlichen Sammleransatz von Steffen Hildebrand zu.

Vormerken

Noch bis zum 11. Oktober 2015 ist in der G2-Kunsthalle die Erstausstellung: „Leipzig 2015. Sammlung Hildebrand" zu sehen.

G2-Kunsthalle, Dittrichring 13, 04109 Leipzig

Der Besuch erfolgt nach Voranmeldung auf der Homepage www.g2-leipzig.de

http://www.ladenfuernichts.de/kuenstler/rigo-schmidt

Foto: Christoph Sandig, Leipzig

Malte Masemann, „Die Sammler", 2012, Öl auf Leinwand, 120 × 100 cm, Sammlung Hildebrand, Leipzig

Auch die einzige Fotografie in der aktuellen, von Anka Ziefer sehr feinsinnig kuratierten Ausstellung, spielt mit den Themen „Katalogisieren, Sammeln und Zeit". Gezeigt wird ein Werk des auch international bekannten Fotografen Edgar Leciejewski: ein stark inszeniertes Bücherregal. Neben der sofort ins Auge fallenden Taschenbuchausgabe des Kindler-Literaturlexikons (Leciejewski arbeitete selbst einige Zeit als Buchhändler) sind einige Brockhaus-Bände, allgemeine kunst- und fotografietheoretischen Schriften, Fotografien, ein Käfer, eine Heuschrecke und diverse Gegenstände darin versammelt. Leciejewski zitiert mit „Snout II" nicht nur eine der ersten Fotografien überhaupt (Louis Jacques Mandé Daguerres „Coquillages" von 1839), sondern präsentiert mit diesem Bild einen ganzen Mikrokosmus an Bezügen, aber auch visuellen Herausforderungen. Der blau-grün-gestreifte Käfer scheint in das Bild reinmontiert, auch einige Bildausschnitte sind digital nachbearbeitet, stark verpixelt oder verwischt dargestellt. Das Auge ist ständig versucht, diese Stellen scharfzustellen, was selbstverständlich misslingen muss. Gerade der Ausschnitt mit den verschwommenen Magazinen im Bild unten scheint die an sich statische Zeit der Fotografie, die stark an das Präsens der Aufnahme gekoppelt ist, zu unterlaufen, in dem er Bewegung suggeriert.

Die Sammlung Hildebrand ist ein großartiges, notwendiges, bisher aber jedenfalls in Leipzig einzigartiges Bindeglied zwischen Museum und Galerie: Sie ermöglicht einen guten Überblick über die junge Leipziger Kunst und regt zugleich an, sich mit bisher weniger bekannten Künstlern näher zu beschäftigen sowie im besten Fall ihren Schaffensprozess auch durch einen Ankauf zu begleiten. □

AUTORIN

Dr. Angelika Otto, München

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2015		
Datum / Zeit / Ort	**Landesverband / Titel / Themen**	**Anmeldung**
20.6.2015 in München 27.6.2015 in Frankfurt/M. 10.10.2015 in Stuttgart 8 CME-Punkte	**Innere Medizin: Was der Psychiater und Neurologe wissen sollte** *Referenten:* Prof. Dr. H. Füeßl, Ismaning, Prof. Dr. G. Gründer, Aachen *Sponsor:* 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
11.7.2015 19.9.2015 in Lörrach	**Interpersonelle Therapie** **Ausbildung zum zertifizierten Therapeuten** Seminare für BVDN-Mitglieder Baden-Württemberg 2015/2016 Organisation/Planung Dr. Eckhard Dannegger, IPT-Therapeut	Athene Akademie, Nadya Daoud Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055526, Fax: 0931 2055525
9./10.10.2015 in Kempten CME-Punkte	**Bayerischer Nervenärztetag** *Themen:* Fortbildung Neurologie und Psychiatrie, Mitgliederversammlung BVDN Bayern	Bezirkskrankenhaus Kempten Freudental 1, 87435 Kempten Tel.: 0831 54026-212, Fax: 0831 54026-218 www.bkh-kempten.de www.bezirkskliniken-schwaben.de
29. + 30.10.2015 12. + 13.11.2015 – Teil 1 3. + 4.12.2015 – Teil 2 jeweils in Hannover	**Seminare Coaching-Kompetenz für Fachärzte:** *Seminarziele:* Optimierung der Behandlungsmaßnahmen bei psychischen Problemen im Arbeitsleben; Erlernen von Coaching-Kompetenzen, durch die Aufgabenfelder bei weiteren Institutionen wie Rententrägern, Berufsgenossenschaften und Unternehmen generiert werden können, etwa im Bereich betrieblicher Prävention. Erlernen von Methoden zur systemischen Karriere- und Strategieentwicklung weiterhin auch zur Förderung der Work-Life-Balance. Entwicklung eines eigenen Coaching-Konzeptes. Siehe auch www.BVDN.de, Coach BVDN *Referentin:* Dr. med. Annette Haver **Seminar – Teil 4: „Das Arbeiten mit dem Inneren Team"** **Seminar Coaching-Ausbildung „Coach BVDN" – Teil 1 und 2**	Cortex-Geschäftsstelle, 47829 Krefeld Tel.: 02151 4546-920, Fax: 02151 4546-925 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
Fortbildungsveranstaltungen 2015		
22. – 23.6.2015 CityCube Berlin, Messedamm 22	**1st Congress of the European Academy of Neurology (EAN)**	European Academy of Neurology Head Office Breite Gasse 4/7, 1070 Vienna/Österreich Tel.: +43 1 889 05 03 Fax: +43 1 889 05 03 13 E-Mail: headoffice@eaneurology.org
26./27.6.2015 – Teil 1 in Günzburg, Schloss Reisensburg 11./12.9. 2015 – Teil 2 in Leipzig, Klinikum St. Georg 23./24.10.2015 – Teil 3 Berliner Ärztekammer 13./14.11.2015 – Teil 4 in Frankfurt/M., Universität/ Campus Westend	**Kompetent begutachten nach dem neuen Konzept der Bundesärztekammer „Strukturierte curriculare Fortbildung Medizinische Begutachtung"** Seminarteil 1: Allgemeine Grundlagen, Zustandsbegutachtung I Seminarteil 2: Kausalitätsbezogene Begutachtung Seminarteil 3: Zustandsbegutachtung II, spezielle Begutachtungsfragen Seminarteil 4 NL: Fachspezifische Aspekte Neurologie	Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e.V. (DGNB) Geschäftsstelle Gabriele Agerer Hirschst. 18, 89278 Nersingen-Strass Tel.: 07308 923261, Fax: 07308 923262 E-Mail: sekretariat@dgnb-ev.de

Fortbildungsveranstaltungen 2015		
1. – 4.7.2015 in Nürnberg, Meistersingerhalle	**European Scientific Conference of the European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM)** Herausforderungen und Chancen für Psychosomatische Medizin	pdl congressmanagement Andreas-Hofer-Str. 6 EG, 6020 Innsbruck/Österreich Tel.: +43 (0) 512-567303 Fax: +43 (0) 512-567303-55 E-Mail: eapm2015@congressinfo.net www.eapm2015.com
2. – 3.7.2015 in Lippstadt (NRW)	**DGPPN Summer School** *Themenschwerpunkt:* Forensische Psychiatrie	DGPPN, Slava Platikanova Reinhardtstr. 27 B, 10117 Berlin-Mitte Tel.: 030 240477-219, Fax: 030 240477-229 E-Mail: s.platikanova[at]dgppn.de
16.7.2015 in München, Bezirk Oberbayern, Prinzregentenstr. 14	**Zentrale Fallkonferenzen der ErwachsenenAGATE**	Anmeldung www.amuep-agate.de Anmeldung Fortbildungspunkte der Bayerischen Landesärztekammer per E-Mail über Andrea Pielmeier unter akademie@amuep-agate.de
26. – 28.8.2015 Kaiserin-Friedrich-Haus in Berlin, Robert-Koch-Platz 7	**60th Annual Meeting of the German Society for Neuropathology and Neuroanatomy (DGNN)**	Conventus Congressmanagement & Marketing Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-310/368, Fax: 03641 3116-243 E-Mail: dgnn-conference@conventus.de www.conventus.de
4. – 5.9.2015 KUBUS Leipzig	**Mitteldeutsche Psychiatrietage 2015**	Conventus Congressmanagement & Marketing Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-325 E-Mail: diana.hesse[at]conventus.de www.mdp-kongress.de
4./5.9.2015 in Bielefeld, Neue Schmiede, Handwerkerstr. 7	**2nd International Epilepsy Symposium** **„New Insights into Epilepsy“** **Cognition, Immunity, Surgery**	Epilepsy-Center Bethel, Dr. rer. nat. Philip Grewe Tel.: 0521 772 78-923, Fax: 0521 772 78-933 E-Mail: bbs2015@mara.de
9. – 13.9.2015 in München, Nußbaumstr. 7	**Internationaler Kongress der neurophysiologischen Fachgesellschaften ECNS (EEG & Clinical Neuroscience Society), ISNIP (International Society for Neuroimaging in Psychiatry) und ISBET (International Society for Brain Electromagnetic Tomography)** Wie in den vergangenen Jahren ist die Veranstaltung sowohl methodisch (Neurophysiologie, Hirnstimulation, Bildgebung) als auch klinisch (Diagnostik, Therapie, Pharmakologie) ausgerichtet; namhafte internationale Referenten werden erwartet.	Prof Dr. Oliver Pogarell, Dr. Daniel Keeser, PD Dr. Dipl. Psych. Susanne Karch Klinische Neurophysiologie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München Nußbaumstr. 7, 80336 München Tel.: 089 4400-55541, Fax: 089 4400-55542
10. – 12.9.2015 in Mainz Anatomie, Vorklinisches Lehrzentrum VLZ (Geb. 1321/1325), Johann-Joachim-Becher-weg 13	**Neuro Update 2015** **Funktionelle und klinische Neuroanatomie**	Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz Ingrid Sebele, Tel.: 06131 39-26602 E-Mail: ingrid.sebele@unimedizin-mainz.de Tamás Sebestény, Tel.: 0173 1967 969 E-Mail: tamas.sebesteny@unimedizin-mainz.de www.unimedizin-mainz.de/bmf www.unimedizin-mainz.de

BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

www.bvdn.de

Vorstand/Beirat
1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich; Sabine Köhler, Jena; Gereon Nelles, Köln

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: Klaus Gehring
Thüringen: Volker Schmiedel
Westfalen: Rüdiger Saßmanshausen

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, Neuroophtalmologie: Matthias Freidel
Neuroorthopädie: Bernhard Kügelgen
Neuropsychologie: Paul Reuther
Neuroonkologie: Werner E. Hofmann
Pharmakotherapie Neurologie: Gereon Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: Roland Urban
Prävention Psychiatrie: Christa Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: Paul Reuther
Schlaf: Ralf Bodenschatz
Schmerztherapie Neurologie: Uwe Meier, Monika Körwer
Suchttherapie: Ulrich Hutschenreuter

Geschäftsstelle des BVDN
D. Differt-Fritz
Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Duisburg
IBAN DE 04350500000200229227,
BIC DUISDE 33 XXX
BVDN Homepage: http://www.bvdn.de
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen

www.neuroscout.de

Vorstand des BDN
1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
2. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg
Schriftführer: Heinz Wiendl, Münster
Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten
Beisitzer: Frank Bergmann, Aachen; Elmar Busch, Gelsenkirchen; Peter Berlit, Essen; Heinz Herbst, Stuttgart

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

Ansprechpartner für Themenfelder
IV und MVZ: Uwe Meier, Paul Reuther
GOÄ/EBM: Rolf F. Hagenah, Uwe Meier, Holger Grehl
Qualitätsmanagement: Uwe Meier
Risikomanagement: Rolf F. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN
DRG: Reinhard Kiefer

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

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

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

BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

www.bv-psychiater.de

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

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

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

Berufsverband Deutscher Nervenärzte BVDN

Berufsverband Deutscher Neurologen BDN

Berufsverband Deutscher Psychiater BVDP

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.**

Das erste Jahr der Mitgliedschaft ist beitragsfrei, sofern die Mitgliedschaft mindestens ein weiteres Jahr besteht.

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

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

E-Mail/Internet:

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

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

☐ **in Gemeinschaftspraxis tätig mit:** _____ ☐ **in MVZ tätig mit:** _____

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

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

- ☐ **Kostenlose NERFAX-Teilnahme gewünscht**
- ☐ **Kostenloser Mailservice „Das muss man wissen …" gewünscht**

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: _____

bei der _____ **BIC** _____

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, Neurologen und Psychiater als Vertreter in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Ärztekammern (ÄK)*

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband:	**BADEN-WÜRTTEMBERG**					
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	KV/ÄK	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@web.de
Dr. P. Hezler-Rusch	Konstanz	ja	ÄK	07531 18330	07531 18338	paula.hezler-rusch@online.de
BVDN-Landesverband:	**BAYERN**					
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	KV/ÄK	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. Kathrin Krome	Bamberg	ja	ÄK	0951 201404	0951 922014	kathrin.krome@web.de
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	
BVDN-Landesverband:	**BERLIN**					
Dr. G. Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	dr.g.benesch@t-online.de
Dr. W. Raffauf	Berlin			030 2832794	030 2832795	Walter.raffau@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**BRANDENBURG**					
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 7409500	0331 7409615	st-alder@t-online.de
Dr. M. Böckmann	Großbeeren	ja	ÄK	033701 338880		
Dr. G.-J. Fischer	Teltow	ja	ÄK	03328 303100		
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379 371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband:	**BREMEN**					
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	KV/ÄK	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**HAMBURG**					
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
Dr. R. Trettin	Hamburg	ja	ÄK	040 434818		dr.trettin@gmx.de
BVDN-Landesverband:	**HESSEN**					
Dr. K. Baumgarten	Gießen	ja	KV	0641 791379	0641 791309	kbaumgarten@t-online.de
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
P. Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 9779745	tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de
Dr. W. Wolf	Dillenburg	ja	KV	02771 8009900		praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband:	**MECKLENBURG-VORPOMMERN**					
Dr. L. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@ nervenaertze-rostock.de
BVDN-Landesverband:	**NIEDERSACHSEN**					
Dr. R. Luebbe	Osnabrück	ja	KV	0541 434748		ralph.luebbe@gmx.de
BVDN-Landesverband:	**NORDRHEIN**					
Dr. F. Bergmann	Aachen	ja	KV	0241 36330	0241 404972	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. M. Dahm	Bonn	ja	KV/ÄK	0228 217862	0228 217999	dahm@seelische-gesundheit-bonn.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	KV/ÄK	0221 402014	0221 405769	hphaus1@googlemail.com
BVDN-Landesverband:	**RHEINLAND-PFALZ**					
Dr. M. Dapprich	Bad Neuenahr	ja	ÄK	02641 26097	02641 26099	Dapprich@uni-bonn.de
Dr. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. V. Figlesthaler	Speyer	ja	ÄK	06232 72227	06232 26783	vrfr@aol.com
Dr. R. Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	0160 97796487	02632 964096	C@Dr-Roth-Sackenheim.de
Dr. K. Sackenheim	Andernach	ja	KV/ÄK	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. S. Stepahn	Mainz	ja	ÄK	06131 582814	06131 582513	s.stephan@nsg-mainz.de
BVDN-Landesverband:	**SAARLAND**					
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	KV/ÄK	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. U. Mielke	Homburg	ja	ÄK	06841 2114	06841 15103	mielke@servicehouse.de
Dr. H. Storz	Neunkirchen	ja	KV	06821 13256	06821 13265	h.storz@gmx.de
BVDN-Landesverband:	**SACHSEN**					
Dr. M. Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733 672625	03733 672627	mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**SACHSEN-ANHALT**					
Dr. Michael Schwalbe	Lutherstadt-Wittenberg	ja	KV	03491 442567	03491 442583	schwalbenhorst@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**SCHLESWIG-HOLSTEIN**					
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	KV/ÄK	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband:	**THÜRINGEN**					
Dr. Dirk Neubert	Arnstadt		KV	03628 602597	03628 582894	dirk@neubert.net
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband:	**WESTFALEN**					
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	KV	0231 515030	0231 411100	boettger@AOL.com
Dr. C. Kramer	Bielefeld	ja	ÄK	0521 124091	0521 130697	
Dr. K. Gorsboth	Warstein	ja	ÄK	02902 97410	02902 97413	
Dr. A. Haver	Gütersloh	ja	ÄK	05241 16003		annette.haver@t-online.de

Dr. Uwe Bannert
Oldesloerstr. 9, 23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551 96966-1, Fax: -96966-9
E-Mail: uwe.bannert@kvsh.de

Dr. Martin Bauersachs
Wißtstr. 9, 44137 Dortmund
Tel.: 0231 142818
E-Mail: info@klemt-bauersachs.de

Dr. Gerd Benesch
Bundesallee 95, 12161 Berlin
Tel.: 030 3123783, Fax: -32765024
E-Mail: Dr.G.Benesch@t-online.de

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Klaus Gehring
Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe
Tel.:04821 2041, Fax: -2043
E-Mail: gehring@neurologie-itzhoe.de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Sabine Köhler
Dornburger Str. 17a, 07743 Jena
Tel.: 03641 443359
E-Mail: sab.koehler@web.de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Babette Schmidt
Straße am Park 2, 04209Leipzig
Tel.: 0341 4220969, Fax -4220972
E-Mail: dmbschmidt@aol.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Vertragliche Kooperationspartner der Berufsverbände

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

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

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

Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie (DIQN)
Schanzenstr. 27, Schlosserei 4
51063 Köln, Tel.: 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.schillinig@uke.uni-hamburg.de

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e. V. (BV ANR)
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
E-Mail: info@bv-anr.de
www.bv-anr.de

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

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

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

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

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

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

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

Psychiatrie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin
Tel.: 030 28096601/02
Fax: -8093816
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)
Rhabanusstr. 3, 55188 Mainz
Tel.: 06131 6938070
Fax: -6938072
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-medizin.de

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

Geschäftsführer: Joachim Krieger,
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 Szostecki (-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. 17 vom 1.10.2014.

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

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

Bezugspreise: Einzelheft 25 €, Jahresabonnement 209 € (für Studenten/AIP: 125,40 €) jeweils zzgl. Versandkosten Inland 31 €, Ausland 49 €, inkl. MwSt.. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 52 € zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright – Allgemeine Hinweise:

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

Druck: PHOENIX PRINT GmbH,
Alfred-Nobel-Str. 33, 97080 Würzburg

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München, 2015

ISSN 1436-123X

LA-MED geprüft Facharzt-Studie 2014

© Maridav / Fotolia.com

Vorschau

Ausgabe 7 – 8/2015

August

erscheint am 14. August 2015

Schützt Sport vor Parkinson?

Bei Morbus Parkinson werden neben medikamentösen auch aktivierende Therapien eingesetzt. Zur präventiven Wirkung körperlicher Aktivität hinsichtlich des Risikos an Parkinson zu erkranken gibt es allerdings nur wenige klinische Studien.

Berufliche Integration

Soziale Integration und vor allem die berufliche Eingliederung stellen für Menschen mit psychischen Störungen zentrale Behandlungsziele dar und haben entscheidenden Einfluss auf den Verlauf dieser Erkrankungen.

Endokrinologie und ZNS-Störung

Bei akuten Störungen des ZNS sind immer auch endokrinologische Ursachen zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen vor allem Störungen des Glukosestoffwechsels, akute endokrine oder thyreotoxische Krisen, akute Nebennierenrindeninsuffizienz sowie Formen eines Diabetes insipidus.