

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVDN



BDN



BVDP

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, des Berufsverbandes Deutscher Neurologen und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater



Was zeigt dieses Bild? Seite 52

Telematikinfrastuktur 8

Bestellen bis 31. März, sanktionsfrei bis 30. Juni

Gesundheitsreformgesetz 16

Populismus statt Ursachenorientierung

Therapie der Migräne 25

Empfehlungen der neuen Leitlinien

Akute Verwirrtheit 32

Diagnostische Strategien bei Delir und Co.





» Schwer psychisch Kranke erhalten auch weiterhin kaum die notwendige psychotherapeutische Versorgung. «

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
Vorsitzende des BVDN

Welche Ausbildung hat der neue Psychotherapeut?

Am 27. Februar dieses Jahres hat das Bundeskabinett den Referentenentwurf für das Psychotherapeutenausbildungsgesetz verabschiedet. Dieses wird den Menschen in Deutschland als innovative Ausbildung für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung dargestellt. Die Absicht, eine Heilmethode für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu einem eigenständigen Heilberuf zu entwickeln, macht uns Ärzte sprachlos. Einigkeit in der Ärzteschaft herrschte bei der Verbändeanhörung im Bundesgesundheitsministerium Anfang dieses Jahres. Folgende wichtige Veränderung konnten bislang erreicht werden:

- Ein sogenannter Modellstudiengang Psychopharmakotherapie, der zu Verordnung von Medikamenten ohne fundiertes Medizinstudium befähigen sollte, ist NICHT mehr Inhalt des Kabinettsentwurfs.
- Weiterhin muss eine somatische Untersuchung bei Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung erfolgen. Im Vorläufer-Entwurf war dies nicht enthalten.

Unverändert üben wir aber deutlich Kritik! So bleibt für Patienten und viele Kollegen weiterhin unklar, welche Grundausbildung der neue Psychotherapeut hat. Handelt es sich um einen umfassend medizinisch und psychotherapeutisch ausgebildeten Facharzt oder um einen Psychotherapeuten ohne medizinisches Wissen? Die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ lässt keine deutliche Zuordnung der Kompetenz zu. Die Forderung nach konsequenter Benennung der Grundausbildung – nämlich „psychologischer Psychotherapeut“ und „ärztlicher Psychotherapeut“ – wurde leider ignoriert. Unsere Forderung nach Einbeziehung in die Entwicklung des neuen Berufes wurde mehrfach überhört.

Die psychotherapeutischen Verbände haben nach Bekanntwerden des Regierungsentwurfs für das TSVG viele Menschen mobilisiert, eine Petition zu unterschreiben, die sich gegen eine „gestufte und gesteuerte Versorgung psychotherapeutischer Behandlung“ wendet. Im Gegenzug dazu fordern sie eine Erweiterung der kassenärztlich tätigen Psychotherapeuten um mehrere Tausend. Der Umgang mit begrenzten Ressourcen der gesetzlichen Krankenversicherungen und Überlegungen dazu, wie ein Patient tatsächlich die Behandlung bekommt, die er benötigt, werden leider nicht beleuchtet.

In den nervenärztlichen und psychiatrischen Praxen sehen wir auch nach der deutlichen Zunahme der Psychotherapeutenplätze und Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten in den Psychotherapierichtlinien, dass die schwer von einer psychischen Krankheit betroffenen oder multimorbide Patienten weiterhin kaum die notwendige psychotherapeutische Versorgung bekommen. Gruppenpsychotherapeutische Angebote, mit denen deutlich mehr Patienten versorgt werden könnten, gibt es kaum. Nicht selten erfolgt durch psychotherapeutisch tätige Kollegen die Empfehlung, Patienten mit komplex wirkenden Krankheitsbildern doch bitte stationär zu behandeln – trotz der Möglichkeiten, gemeinsam mit dem Nervenarzt und Psychiater vernetzte Versorgung zu ermöglichen.

Im Psychotherapeutenausbildungsgesetz wurde nun die Strukturierungsabsicht des Bundesministeriums für Gesundheit wieder deutlich. Der G-BA soll eine Ergänzung der Richtlinie erarbeiten und „Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende koordinierte und strukturierte Versorgung“ beschließen. Genau an diesem Satz verschlucke ich mich nun wieder: Wir benötigen doch dringend eine **umfassende neuropsychiatrische und psychosomatische Behandlung** bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Genau die unterschiedlichen Paralleltherapien (psychiatrisch, psychotherapeutisch, internistisch-psychosomatisch, in Hochschul- und Spezialambulanz, stationär etc.) verhindern und hemmen sowohl die rasche Genesung des einzelnen Patienten als auch die zeitnahe Versorgung der vielen Menschen, die wegen psychischer Beschwerden Hilfe suchen. Wir brauchen eine Betrachtung der gesamten neuropsychiatrischen Versorgungslandschaft und unsere Patienten benötigen vernetzte Versorgung von Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Pflegepersonal und Sozialpädagogen. Nicht jeder Patient braucht alle Facetten der medizinisch-psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten, aber eines ist sicher: **Psychotherapie alleine löst das Versorgungsproblem nicht!**

Ihre

Sabine Köhler

Hier steht eine Anzeige.



3 Editorial

Welche Ausbildung hat der neue Psychotherapeut?

Sabine Köhler, Jena

Die Verbände informieren

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

— Fristen für Honorarabzug bei der TI: Bestellen bis 31. März, sanktionsfrei bis 30. Juni 2019

— Cannabisverordnung: Linke und Grüne wollen Genehmigungsvorbehalt kippen

— Gesundheitskosten in Deutschland 2017: Ausgaben steigern um 7 %

Gunther Carl, Kitzingen

11 Recht

— Amazon darf apothekenpflichtige Medikamente vertreiben

— „Dr.“ im Namen einer Praxismgemeinschaft hat dauerhaften Bestand

Bernhard Michatz, Berlin

12 Gürtelrose-Impfung wird Kassenleistung

STIKO empfiehlt Impfschutz für alle ab 60

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

14 Still ruht die See im Norden

BVDN Landesverband Schleswig-Holstein

Klaus Gehring, Itzehoe

Rund um den Beruf

16 Ursachen der Versorgungsengpässe nicht berücksichtigt TSVG, Bedarfsplanung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Co.

Gunther Carl, Kitzingen

19 Probleme beim Wechsel der Krankenkasse

Aus der Serie „Sie fragen – wir antworten!“

Gunther Carl, Kitzingen

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



16 TSVG, Bedarfsplanung und Co.

Der Deutsche Bundestag hat das Gesundheitsreformgesetz am 14. März verabschiedet, es wird am 1. Mai in Kraft treten. Wie kaum ein Gesetz vorher greift es in die Entscheidungen der Selbstverwaltung aus Ärzten und Krankenkassen ein und führt zu deutlich mehr Bürokratie. Über-, Fehl- und Parallelversorgung sowie unnötige Komfortleistungen bei Bagatellkranken werden gefördert. Der Bundesgesundheitsminister möchte offenbar vor allem politisch sowie im Wählerumfeld punkten und blendet die wahren Ursachen der Versorgungsengpässe aus.

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

Hier steht eine Anzeige.



Fortbildung

20 Männer nach sexuellem Missbrauch: Probleme und Langzeitfolgen

Herbert Csef, Würzburg

25 Therapie akuter Migräneattacken – Empfehlungen der neuen Leitlinien

Markus Weih, Nürnberg, Uwe Meier, Grevenbroich

29 Medikamenteninduziertes psychotisches Syndrom Psychiatrische Kasuistik

Amani Suboh et al., Berlin

32 CME Diagnostische Strategien bei akut verwirrten Patienten

Fluktuationen von Bewusstsein und Kognition

Olaf Eberhardt, Helge Topka, München

39 CME Fragebogen

Journal

48 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR

Vom Dienst suspendiert

Der Arzt als Privatdetektiv in den Romanen von Giorgio Scerbanenco

Gerhard Köpf, München

52 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Benji Barnhart: Von Räumen und Menschen

Angelika Otto, München

Angelika Otto, München

12 Kleinanzeigen

27 Buchtipp

44 Pharmaforum

54 Termine

55 Verbandsservice

59 Impressum/Vorschau



32 Akut verwirrte Patienten

Viele Verwirrheitssymptome lassen sich zügig ätiologisch aufschlüsseln und gezielt behandeln. Eine besondere Relevanz hat das Erkennen von Ätiologien mit dringlichem Handlungsbedarf, wie akute zerebrovaskuläre Erkrankungen, Meningoencephalitis, schwere Hypoglykämie, Hypoxämie, schwere Intoxikation oder Wernicke-Enzephalopathie.

Hinweis

In dieser Ausgabe finden Sie außerdem auf Seite 42 den Medizin report aktuell „Adhärenz in der Therapie der schubförmig remittierenden MS. Neuer Pen vereinfacht die Gabe von Glatirameracetat 40 mg.“



Titelbild (Ausschnitt): „Urban Arcadia“ von Benji Barnhart. Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 52.

Die Verbände informieren

FRISTEN FÜR HONORARABZUG BEI DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Bestellen bis 31. März, sanktionsfrei bis 30. Juni 2019

Der Deutsche Bundestag hatte mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) beschlossen, die Frist für ärztliche und psychotherapeutische Praxen, sich an die Telematikinfrastruktur (TI) anzuschließen, auf den 1. Juli 2019 zu verschieben. Darüber hinaus wurde festgelegt, dass Praxen bis Ende März die notwendigen Verträge verbindlich abschließen müssen, um keine Honorarkürzungen zu riskieren.

Aufgrund von Lieferschwierigkeiten der Industrie war es Praxen lange unmöglich, die Technik für die Anbindung zu bestellen. Der Stichtag wurde deshalb nach großem Druck aus der Ärzteschaft auf den 1. Januar 2019 verschoben. Da sich aber auch bis dahin nur ein Teil der Praxen ausstatten konnte, wurden die Sanktionen bis zum 30. Juni 2019 ausgesetzt. Voraussetzung ist allerdings, dass die Praxis die notwendige Technik bis Ende März nachweislich bestellt hat. Manche KVen gewähren mittlerweile einen Zeitzuschlag bis Mitte April 2019 für die verbindliche Bestellung bei fixiertem Installationsstermin.

Kommentar: Leider bleibt es dabei, die Politik zieht uns die Daumenschrauben an. Wer noch

nicht an die TI angeschlossen ist, muss bis 31. März 2019 der KV einen Installationsvertrag seines PVS-Providers mit Installationsdatum (spätestens 30. Juni 2019) vorlegen, um einem Honorarabzug von 1 % ab dem 1. Juli 2019 zu

» Wer noch nicht an die TI angeschlossen ist, muss bis 31. März 2019 der KV einen Installationsvertrag mit Installationsdatum (spätestens 30. Juni 2019) vorlegen, um dem Honorarabzug von 1 % ab dem 1. Juli 2019 zu entgehen.«

entgehen. Nach gegenwärtigem Stand erfolgt auch dann ein Honorarabzug ab 1. Juli 2019, wenn bei Kollegen die Installation unverschuldet erst nach dem 30. Juni 2019 stattfindet. Die KVen bemühen sich aber, auch für diese Fälle einen Ausweg zu finden. Unabhängig davon ist es empfehlenswert, die SMC-B-Karte schon etwa vier Wochen vor dem Installationsstermin zu bestellen. Die alten konventionellen stationären oder mobilen Kartenlesegeräte sollten jedoch unbedingt installiert bleiben, denn in vielen Praxen funktioniert die TI und vor allem das Einlesen der elektronischen Krankenversicherungskarte mit den neuen Lesegeräten nur unzuverlässig. Lassen Sie sich vom Installati-

onstechniker erklären, wie Sie bedarfsweise unzuverlässige TI-Komponenten unproblematisch deaktivieren können, um mit den konventionellen Lesegeräten weiterarbeiten zu können. Wir empfehlen, bei den PVS-Herstellern keine Einzugsermächtigung für die Installationsrechnung zu unterzeichnen. Dann brauchen Sie erst zu bezahlen, wenn alles zuverlässig und dauerhaft reibungslos funktioniert. Ende März waren übrigens je nach KV erst 25–50 % der Praxen an die TI angeschlossen. Es ist daher kaum vorstellbar, dass es die restlichen Praxen bis zum 30. Juni 2019 schaffen werden. Für diesen Fall müssen die KVen weitere Ausnahmeregelungen erreichen.

Bei Kollegen, die keinen TI-Vertrag abschließen, findet der Honorarabzug von 1 % rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 statt! Wer aus grundsätzlichen Erwägungen keine TI in seiner Praxis installieren möchte, oder weil er in Kürze seine Vertragsarztstätigkeit aufgibt, muss nach gegenwärtigem Stand damit rechnen, dass der Honorarabzug tatsächlich erfolgen wird. Eine Umsatzminderung von 1 % entspricht einer Gewinnreduktion von ungefähr 2 %.

CANNABISVERORDNUNG

Linke und Grüne wollen Genehmigungsvorbehalt kippen

Ende März 2019 haben die Bundestagsfraktionen Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages Gesetzesentwürfe mit dem Ziel eingebracht, dass Cannabispräparate auch ohne vorherige Genehmigung der zuständigen Krankenkasse verordnet werden können. Bekanntlich dürfen Haus- und Fachärzte ihren Patienten seit März 2017

unter bestimmten Voraussetzungen cannabis-haltige Arzneimittel als getrocknete Cannabisblüten und -extrakte beziehungsweise Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon verordnen. Vor der erstmaligen Verordnung müssen die Patienten eine Genehmigung ihrer Krankenkasse einholen. Die Bundestagsabgeordneten kritisieren, dass medizinisches Cannabis als

Therapiealternative von den Krankenkassen zu häufig abgelehnt werde. Die Therapiefreiheit des Arztes werde eingeschränkt. Demgegenüber lehnt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Aufhebung des Genehmigungsvorbehaltes ab. Bei der Behandlung mit medizinischem Cannabis handle es sich nicht um eine allgemein anerkannte Therapie mit zugelassenen Arznei-

mitteln. Erst der Gesetzgeber habe diese Therapieform 2017 erlaubt. Der Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen sei aus Sicht der KBV sinnvoll und begründet. Andernfalls seien die Versorgungssicherheit der Patienten und der Regresschutz der verordnenden Ärzte nicht mehr gewährleistet. Allerdings sollten die Verfahren aus Sicht der KBV vereinfacht und bürokratische Hemmnisse reduziert werden, beispielsweise bei einem erforderlichen Wechsel von einer Cannabissorte zu einer anderen.

Kommentar: Bei der vom Gesetzgeber festgelegten Verordnungsfähigkeit von Cannabispräparaten für schwer kranke Patienten handelt es sich ohnehin um eine extreme Ausnah-

mevorschrift. Vorbei an den sonst im SGB V üblichen Vorschriften für die Zulassung von Arzneimitteln ausschließlich nach wissenschaftlich evaluierten Evidenzkriterien – beispielsweise im Rahmen der AMNOG-Gesetzgebung – wird die Cannabisverordnung selbstherrlich ex cathedra erlaubt. Dies zeugt von einem mittelalterlich-vorwissenschaftlichen Evidenzverständnis. Ähnliche Vorzüge gelten nur noch für die sogenannten besonderen Therapierichtungen. In beiden Fällen ist der Gesetzgeber das Opfer jahrelanger imperativer Lobbytätigkeit von ideologisch und wirtschaftlich getriebenen Interessengruppen. In den Wirtschaftsteilen der Laien- und Standespresse kann man die explosionsartigen Umsatzzuwächse überwiegend ausländischer und in Deutschland tätiger Pharmafirmen nachlesen. Angesichts der hohen Preise für cannabis-haltige Medikamente muss sich der Gesetzgeber fragen lassen, wie er diese unbegründete Sondererlaubnis für Cannabis mit seiner sonstigen Sparsamkeit vereinbart.

Es bleibt dabei, die wissenschaftliche Evidenz für Cannabis bei chronischem Schmerz, Erbrechen bei der Chemotherapie oder in der Palliativmedizin ist sehr schmal, für andere Indikationen ist sie nicht vorhanden. Bei psychischen Erkrankungen ist sogar von einer überwiegen-



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

den Schädigungsgefahr auszugehen. Lediglich in der Indikation „Spastik bei Multipler Sklerose“ gibt es bei einem GKV-zugelassenen Präparat einen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen im Vergleich zur Standardtherapie: zur Symptomverbesserung bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Spastik aufgrund von Multipler Sklerose, die nicht angemessen auf eine andere antispastische Arzneimitteltherapie angesprochen haben und die eine klinisch erhebliche Verbesserung von mit der Spastik verbundenen Symptomen während eines Anfangstherapieversuchs zeigen.

In eigener Sache:

Bitte aktualisieren Sie Ihre E-Mail-Adresse und Faxnummer!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir benötigen Ihre Mithilfe: Bei wichtigen gesundheitspolitischen Ereignissen senden wir Ihnen als unseren Berufsverbandsmitgliedern im BVDN, BDN und BVDP aktuelle Informationen vorzugsweise per E-Mail, zum Beispiel jüngst zum Termin Service- und Versorgungsgesetz (TSVG). Leider haben wir von etlichen Mitgliedern keine beziehungsweise keine aktuelle E-Mail-Adresse oder Faxnummer. Bitte mailen Sie Ihre aktuelle E-Mail-Adresse der Geschäftsstelle unter bvdn.bund@t-online.de oder faxen Sie die Information, zum Beispiel mit Ihrem Praxistempel, an die Faxnummer 02151 4546925.

Herzlichen Dank!

[Ihr Praxistempel]

GESUNDHEITSKOSTEN IN DEUTSCHLAND 2017

Ausgaben steigen um 7 %

➡ Im Jahr 2017 sind die gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland auf 375,6 Milliarden € gestiegen, mithin auf über 1 Milliarde € pro Tag. Umgerechnet auf die 82 Millionen Einwohner der Bundesrepublik entspricht dies ungefähr 4.500 € je Einwohner. Der Anstieg im Vergleich zum Jahr 2016 beträgt damit 7%, der Anteil am Bruttoinlandsprodukt 11,5 %. Die gesetzliche Krankenversicherung gab mit einem Anteil von 214 Milliarden € (+ 3,4%) davon 57 % aus. Die soziale Pflegeversicherung (37 Milliarden €) legte mit 26,4% am stärksten zu. Grund war vor allem der neue Pflegebedürf-

tigkeitsbegriff. Die öffentlichen Haushalte gaben mit 16 Milliarden € etwa 7,4% weniger als 2016. Die Ausgaben für Asylbewerber und Pflegehilfe im Rahmen der Sozialhilfe sanken hingegen.

Kommentar: Der gesamte Bundeshaushalt der Bundesrepublik Deutschland betrug im Jahr 2017 demgegenüber „nur“ 329 Milliarden €. Angesichts dieser Zahlen ist es nicht unverständlich, wenn Politik und Krankenkassen auf sparsame und sinnvolle Verwendung der Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung achten.

Hier steht eine Anzeige.





APOTHEKER VERKLAGT MITBEWERBER

Amazon darf apothekenpflichtige Medikamente vertreiben

➔ Das Landgericht (LG) Magdeburg hat am 18. Januar 2019 entschieden, dass der Verkauf von rezeptfreien, apothekenpflichtigen Medikamenten über die Handelsplattform Amazon keine unlautere geschäftliche Handlung nach § 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb darstellt.

Dem Fall lag folgender Sachverhalt zugrunde: Der beklagte Apotheker bietet als sogenannter Marktplatzverkäufer über die Handelsplattform amazon.de rezeptfreie und apothekenpflichtige Medikamente an, wobei er unter dem Namen seiner Apotheke auftritt. Verkauf und Versand der Medikamente erfolgen nicht über Amazon, sondern direkt über die Apotheke. Ein anderer Apotheker als Mitbewerber verklagte ihn darauf, um den Vertrieb von Medikamenten per Amazon zu verhindern.

Internetapotheken dürfen auch per Amazon vertreiben

Das LG sah in diesem Vertriebsweg keinen Verstoß gegen gesetzliche Vorschriften. Das Gericht bezog sich dabei auf eine Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts

Klagt hatte ein Apotheker, der seine Medikamente traditionell im Laden verkauft.



© Blickfang / stock.adobe.com

aus dem Jahr 2012, wonach grundsätzlich der Internetversandhandel mit rezeptfreien Medikamenten erlaubt ist. Seien also „Internetapotheken“ grundsätzlich erlaubt, dann dürfe ein Apotheker auch den Vertriebsweg über eine Handelsplattform wie amazon.de wählen, entschied das LG. Die Handelsplattform vermittele auch lediglich den Zugang zum Angebot des Beklagten. An der pharmazeutischen Tätigkeit sei diese nicht beteiligt, da Verkauf und Versand allein durch den Beklagten erfolgten. Der Beklagte betreibe aber eine Apotheke und besitze die

behördliche Erlaubnis zum Versand von Medikamenten.

Ein Gesetzesverstoß liege auch nicht dadurch vor, dass es auf der Plattform amazon.de Kundenbewertungen sowohl für Medikamente als auch für den Apotheker selbst gebe. Jeder Nutzer der Seite könne sofort erkennen, dass es sich hierbei nicht um Werbung und Bewertungen der Apotheke selbst, sondern um Meinungen der Verbraucher handle. Damit habe der Beklagte auch nicht gegen Vorschriften der Medikamentenwerbung verstoßen.

WENN DER EINZIGE PROMOVIERTE AUSSTEIGT

„Dr.“ im Namen einer Praxisgemeinschaft hat dauerhaften Bestand

➔ Der Bundesgerichtshof (BGH) hat entschieden, dass eine Partnerschaft von Rechtsanwälten ihren Namen „Rechtsanwälte Dr. X. & Partner“ auch dann behalten darf, wenn der einzige promovierte Jurist ausscheidet und seine Einwilligung zur Namensfortführung erteilt. Die Fortführung des Namens stelle bei einer Partnerschaft von Rechtsanwälten keinen Verstoß gegen das Irreführungsverbot nach § 2 Abs. 2 Partnerschaftsgesellschaftsgesetz in Verbindung mit § 18 Abs. Handelsgesetzbuch dar. Der Grundsatz der Firmenwahrheit und der Schutz der Öffentlichkeit vor Irreführung hätten in dem Fall keinen Vorrang vor dem Bestandsschutzinteresse der Partner, insbesondere weil dem Träger eines Dokortitels oft ein besonderes Vertrauen in dessen intellektuelle Fähigkeiten, guten

Ruf und Zuverlässigkeit entgegengebracht werde. Daher hob der BGH die anders lautenden Urteile der Vorinstanzen auf und wies das Registergericht an, die Eintragung des Namens antragsgemäß vorzunehmen. Bei einer Partnerschaft von Rechtsanwälten führe die Fortführung des Namens die Öffentlichkeit nicht in die Irre. Ob sich die generelle Wertschätzung für den Dokortitel in einer erheblichen Weise auswirke, hänge nämlich vom Geschäftsbetrieb ab.

Qualität verändert sich ohne den Doktor nicht

Anders als beispielsweise bei Maklerfirmen, bei denen der Dokortitel ein Beleg für ein abgeschlossenes Hochschulstudium ist, sei bereits die Anwaltstätigkeit als solche – ob mit oder ohne Promotion – ein Beleg dafür,

dass eine akademische Ausbildung durchlaufen wurde. Die besondere Wertschätzung, die dem Dokortitel aufgrund der darin zum Ausdruck kommenden abgeschlossenen Hochschulausbildung von der breiten Öffentlichkeit entgegengebracht werde, sei daher in der Sache auch bei sämtlichen Partnern ohne Promotion begründet.

Praxistipp! Das Urteil kann auch auf Ärzte, die in der Rechtsform einer Partnerschaftsgesellschaft tätig sind, übertragen werden. Der Dokortitel eines Mediziners genießt in der Bevölkerung großes Vertrauen, doch der Weggang eines promovierten Partners lässt gleichzeitig nicht den Schluss zu, dass damit auch die Qualität der Versorgung gemindert wird.

STIKO empfiehlt Impfschutz für alle ab 60

Gürtelrose-Impfung wird Kassenleistung

Der G-BA hat in einer Pressemitteilung vom 7. März 2019 darauf hingewiesen, dass die Impfung gegen Herpes zoster mit einem adjuvantierten Subunit-Totimpfstoff zukünftig für alle Personen ab einem Alter von 60 Jahren sowie für Personen mit einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung ab einem Alter von 50 Jahren Pflichtleistung aller gesetzlichen Krankenkassen wird.

Die Begründung des G-BA lautet: „Die Impfempfehlung der STIKO für alle Personen ab 60 Jahren berücksichtigt das mit dem Alter zunehmende Risiko für schwere Krankheitsverläufe des Herpes zoster und das Auftreten einer postherpetischen Neuralgie.“

Personen, die aufgrund einer vorliegenden Grunderkrankung eine erhöhte gesundheitliche Gefährdung haben, sollten sich der Impfempfehlung entsprechend bereits ab einem Alter von 50 Jahren impfen lassen.

Bei bestimmten Erkrankungen Erstattung bereits ab 50

Patienten mit beispielsweise folgenden Grunderkrankungen können sich ab 50 impfen lassen:

- Angeborene oder erworbene Immundefizienz oder Immunsuppression
- HIV-Infektion
- Rheumatoide Arthritis
- Systemischer Lupus erythematodes
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale
- Chronische Niereninsuffizienz
- Diabetes mellitus

Der Beschluss zur Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie wird aktuell dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Es wird nicht damit gerechnet, dass der Beschluss beanstandet werden wird.

Fazit für die Praxis: Der Impfstoff gegen Herpes Zoster ist für Personen ab 50 Jahren zugelassen und wird zweimal im Abstand von mindestens zwei und maximal sechs Monaten geimpft. Im Gegensatz zum bisher verfügbaren Lebendimpfstoff Zostavax wird der Totimpfstoff Shingrix nun von der STIKO empfohlen. Er schützt nach Studienlage ältere Menschen deutlich besser vor einer Zosterinfektion, nicht wesentlich besser vor einer postherpetischen Neuralgie und es kommt zu stärkeren Nebenwirkungsraten, insbesondere Lokalreaktionen an der Impfstelle.

Wir empfehlen, die Impfung in den entsprechenden Fällen den Patienten anzuraten und darüber zu unterrichten. Wer sich genauer informieren will, findet weitere Auskünfte des Robert-Koch-Instituts unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/Zoster.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/Zoster/Zoster.html)

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Vorsitzende des BVDP, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Breite Straße 63, 56626 Andernach

E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de



Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Eingeführte Nervenarzt-Praxis im Großraum LU/Rh. sucht für 2021 Nachfolger, gegebenenfalls einen Arzt (m/w/d) für Neurologie und/oder für Psychiatrie.
Kontakt: praxis.zabel@gmx.de

Kaufen – Verkaufen – Verschenken

Sonodop 7000 Modul CW-2P-FA mit Sonden 8, 4

und 2 MHz (Anschaffung 4/2004) mit Fusschalter (erneuert) und Fernbedienung, lauffähig unter Windows Professional gegen Gebot abzugeben.
Kontakt: ehret-martin@t-online.de oder 0211 704051.

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

Exklusiv für Mitglieder: kostenlos inserieren!

Mitglieder von BVDN, BDN und BVDP können ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige kostenlos im NeuroTransmitter inserieren. **Und so geht's:** Senden Sie Ihre Anzeige (maximal 300 Zeichen mit Leerzeichen) bitte ausschließlich per E-Mail (Fax/telefonische Anzeigenaufgabe und Chiffre nicht möglich) an die Geschäftsstelle in Krefeld: bvdn.bund@t-online.de

Einsendeschluss: 23. April 2019

Hier steht eine Anzeige.



BVDN Landesverband Schleswig-Holstein

Still ruht die See im Norden

Schleswig-Holstein hält Kurs und macht nicht wie andere Teile Deutschlands durch spezifische Versorgungsprojekte von sich reden. Die Telemedizin ist nach wie vor nicht realisiert. Nennenswerte Selektivverträge existieren nicht. Dabei gibt es in Schleswig-Holstein durchaus landesspezifische Besonderheiten.

Auch weiterhin zeichnet sich das nördlichste Bundesland dadurch aus, dass die Betreuungsziffern xx230 extrabudgetär vergolten werden, was für viele Praxen die GKV-Honorare sichert. Die Notwendigkeit, dies beizubehalten wird der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein in regelmäßigen Abständen unterbreitet und dort auch verstanden. Diese Ziffern sind zwar diagnosebezogen, allerdings müssen wir uns immer wieder vor Augen führen, dass es nicht nur die typischen neurologischen und psychiatrischen Krankheitsentitäten sind, die das Ansetzen dieser Ziffern rechtfertigen. Dies wären beispielsweise im neurologischen Bereich das Vorliegen

einer Demenz (F00 bis F03), von Morbus Parkinson (G20.x), Multipler Sklerose (G35.x) oder einer Epilepsie (G40.x). Im psychiatrischen Bereich geht es hier beispielsweise um Psychosen (F20.x), Demenz (F00 bis F02), Angststörungen (F41.x) oder schwer depressive Störungen (F33.x).

Syndromdiagnosen und Nebendiagnosen nicht übersehen

Zudem gibt es aber auch Syndromdiagnosen oder leicht zu übersehende Nebendiagnosen, die das Ansetzen dieser Ziffern ebenfalls rechtfertigen. Hierzu zählen etwa die Folgen einer Enzephalomyelitis (G09), eines Hirninfarktes oder

einer Hirnblutung (I60.x), eine Neuralgie (M79.x) oder eine Gangstörung (R26.x) im neurologischen oder beispielsweise Abhängigkeitserkrankungen (F1x.x) im psychiatrischen Bereich. Seit jeher bietet unser Fachgebiet gute Gelegenheit, neben der ätiologischen auch eine Syndromdiagnose zu stellen. Dies ist in diesem Zusammenhang sehr nützlich.

Bis zu acht von zehn Patienten fallen unter xx230 oder xx233

Damit sollten bei etwa 80 % der Patienten in unseren Praxen betreuungsrelevante Diagnosen (zur Rechtfertigung von xx233 und xx230) zu finden sein.



Schleswig-Holstein weicht nicht vom Weg ab. Nach wie vor wird die Betreuungsziffer xx230 extrabudgetär vergolten. Auch die Abrechnung per „Morbidity Related Groups“ wird beibehalten.

Stetig sollten wir uns daran erinnern, unsere Kollegen zu ermutigen, diese Ziffern auch zu benutzen. Wir bewegen uns unverändert in einem Pauschalen-EBM. Oft hilft der Vergleich mit der Buchung einer Urlaubsreise als Pauschalangebot mit Vollpension. „All inclusive“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass unser Honorar auf dem Boden der Betreuungsziffern berechnet worden ist. Ich hatte vor sechs Monaten ein Editorial des NeuroTransmitters benutzt, um auf eine neue Verfahrensweise unserer KV hinzuweisen, nämlich den Vorwurf, dass Kollegen, die diese Ziffern überdurchschnittlich häufig ansetzen, unwirtschaftlich handelten. Dieser Vorwurf ist bei sämtlichen Kollegen, die diese Ermahnung hatten, zwischenzeitlich nicht weiter nachverfolgt worden.

Wirtschaftlichkeitsprüfung per „Morbidity Related Groups“

Schleswig-Holstein zeichnet sich weiterhin durch eine bundesweit einmalige Regelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung aus. Benutzt werden hier nicht etwa Leitsubstanzen oder Generikaquoten, sondern sogenannte „MRG – Morbidity Related Groups“. Darin werden Patienten anhand der teuersten bei ihnen verordneten Substanz(-gruppe) identifiziert und einem jeweiligen Medikamentenbudget für die gesamte Behandlung zugeführt. Auffälligkeiten sollen erst bei Überschreitung der durchschnittlichen Verordnungen von 12,5 % entstehen. Zudem sollen inklusive Institutsambulanzen und psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nur 5 % der Fachgruppe geprüft werden. Mitgeteilt wurde in den Hochrechnungen eine deutliche Abnahme an Auffälligkeiten. Der Effekt bleibt abzuwarten, zumal wir ja mit Einführung dieser Regelung die vorher verwendete Anlage 2 verloren haben, bei der fachspezifisch teure Medikationen, wie etwa Parkinson-Präparate, Antiepileptika oder MS-Präparate nicht budgetrelevant waren.

Erste mitgeteilte „Garantievolumina Arzneimittel“ weichen bei einzelnen Kollegen von der im Vergleichsquartal eingesetzten Verordnungsmenge ab. Unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten nivelliert sich nach bisherigem Eindruck allerdings diese Bedrohung.

Hierüber werden wir auch weiterhin berichten. In Ankündigung und Erwartung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) zum 1. Mai, bei dem unter anderem die Vermittlungsaktivitäten über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung ausgebaut werden sollen, entsteht seit einigen Monaten der Eindruck, dass die Anzahl an Vermittlungen zunimmt. Ohnehin finden 70 % der Vermittlungen aktuell in unserem Fachgebiet statt. Hatte es aber unmittelbar nach Einführung dieser Vermittlungsmöglichkeit eher zum guten Ton gehört, dies unter Kollegen nicht zu tun, entsteht jetzt der Eindruck, dass die Schwelle, eine solche Vermittlung anzustoßen, deutlich gesunken ist.

Vermittlungen wenig sinnvoll

Dabei darf an der Sinnhaftigkeit des Verfahrens auch im Einzelfall gezweifelt werden. Oft sind es dabei entweder Patienten, die eine solche Überweisung zur Abklärung von länger, oft Jahre bestehenden Beschwerden erhalten. Dann aber handelt es sich des Öfteren auch um Patienten, bei denen die Verlaufsdynamik ihrer Beschwerden eine Wartezeit von bis zu vier Wochen, die im Rahmen einer solchen Vermittlung entstehen kann, nicht zulassen sollte. Hier ist es gute Tradition, in der abschließenden Berichterstattung auf die Sinnhaftigkeit dieser Vermittlungsweise hinzuweisen. Kurz zusammengefasst: Wir freuen uns über Bewährtes und halten Kurs.

AUTOR

Dr. med. Klaus Gehring

Vorsitzender des BVDN
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Neurozentrum am Klosterforst
Hanseatenplatz 1
25524 Itzehoe

E-Mail: info@neurologie-itzehoe.de



Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Rund um den Beruf

TSVG, Bedarfsplanung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Co.

Ursachen der Versorgungsengpässe nicht berücksichtigt

Das Gesundheitsreformgesetz wurde am 14. März vom Bundestag verabschiedet. In Kraft wird es am 1. Mai 2019 treten. Bei den Neuerungen handelt es sich überwiegend um ein populistisches Komfort- und Dienstleistungs-Förderungsgesetz, mit dem der Bundesgesundheitsminister vor allem im politischen und Wählerumfeld punkten möchte. Wie kaum ein vorheriges Gesetz greift es in die Entscheidungen der Selbstverwaltung aus Ärzten und Krankenkassen ein und führt zu deutlich mehr Bürokratie. Über-, Fehl- und Parallelversorgung, unnötige Komfortleistungen bei Bagatellkranken mit dem Krankheitsbild „Sofortismus“ werden gefördert. Die wahren Ursachen der Versorgungsengpässe blendet Jens Spahn aus.

In folgender Zusammenfassung finden Sie die wesentlichen, vor allem auch uns Nervenärzte, Neurologen und Psychiater betreffenden neuen Bestimmungen. Das Gesundheitsreformgesetz wurde vom Deutschen Bundestag am 14. März 2019 beschlossen. Vorausgegangen waren wie bei jedem Gesundheitsreformgesetz etliche kurzfristige Ände-

rungen, die von verschiedenen Seiten vorgeschlagen worden waren.

Auch unsere Ständesvertretungen, insbesondere die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), mehrere Länder-KVen und Ärztekammern hatten sich in die Gesetzgebung aktiv eingemischt. Herausgekommen ist ein Gesetzeswerk, das in wesentlichen Inhalten

populistische Züge eines Patienten-Komfort-, Dienstleistungs- und Digitalisierungsgesetzes trägt. Ob gewachsene Komfortansprüche der Patienten Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind, darf bezweifelt werden. Mit den geplanten Regelungen wird jedenfalls ein erheblicher Bürokratiewachstum für Praxen und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) verbunden sein. Zu begrüßen ist die fristbewehrte Forderung nach besserer Berücksichtigung der „sprechenden Medizin“.

TSVG tritt demnächst in Kraft

Die extrabudgetären Zusatzhonorare für raschere Terminierung von GKV-Patienten sind zwar gut gemeint, gehen aber in die falsche Richtung: Sie berücksichtigen die wahren Ursachen für lange Wartezeiten nicht. Die Gründe sind eine steigende Versorgungslast durch komfortbedürftige Patienten, unbegrenzte Leistungsversprechen des Gesetzgebers zu budgetierten Honoraren, weitgehende Kostenfreiheit für den Patienten, erhöhte Morbidität und demografische Entwicklung bei Fahrt aufnehmendem Ärztemangel. Damit wurde in diesem Gesetz der richtige Zeitpunkt verpasst,



Eine positive Neuerung: Im Rahmen der „sprechenden Medizin“ sollen Behandlungsgespräche künftig besser vergütet werden.

die Budgetierung abzuschaffen oder zumindest die EBM-Grundleistungen davon auszunehmen, so Dr. Andreas Gasen, Vorstandsvorsitzender der KBV.

Die im Gesetzesentwurf ursprünglich vorgesehene vorübergehende Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Psychiater, Kinderärzte und Rheumatologen wurde kurz vor der Verabschiedung gestrichen. Der G-BA muss nun bis spätestens 1. Juli 2019 die neue Bedarfsplanung beschließen. Ebenfalls aus dem Gesetzesentwurf gestrichen wurde im Vorfeld die Steuerung der Patienten bei Aufnahme einer Richtlinien-Psychotherapie. Diese Regelung soll nun im geplanten Psychotherapeutenausbildungsgesetz wieder aufgenommen werden; der G-BA erhält die Aufgabe, ein Konzept hierzu auszuarbeiten.

EBM und „sprechende Medizin“

Der Gesetzgeber beauftragt den Bewertungsausschuss, Rationalisierungsréserven im Bereich der technischen EBM-Leistungen für eine bessere Vergütung der sprechenden Medizin zu überprüfen und zu mobilisieren. Diese vom Gesetzgeber geforderte EBM-Modifikation dürfte bis auf weiteres die letzte Möglichkeit sein, fachärztlich-psychiatrische zeitgebundene Behandlungsgespräche auf ein Niveau anzupassen, das der umfassenden Qualifikation, Behandlungsverantwortung, Regressbedrohung und Budgetierungsgefahr, sowie der Morbiditäts- und Kostenstruktur fachpsychiatrischer Praxen entspricht. Die Berufsverbände stehen hier in intensivem Kontakt mit den entsprechenden Entscheidungsträgern. Diese angemahnte Förderung der sprechenden Medizin und die Erhöhung fachärztlicher Weiterbildungsmöglichkeiten zählen zu den positiven Aspekten der neuen Regelungen.

Bedarfsplanung

Der G-BA wird in der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie ab 1. Juli 2019 die Möglichkeit haben, innerhalb einzelner

(Fach-)Arztgruppen mit bestimmten Fach- oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile zu bestimmen. Hiermit sind vor allem die fachärztlichen Internisten und Nervenärzte gemeint. Derzeit ist von einer Quotenregelung die Rede, die das Niederlassungsverhältnis beispielsweise zwischen verschiedenen Gebietsschwerpunkten festlegt. Dem Vernehmen nach bleibt es bei einer gemeinsamen Bedarfsplanungsgruppe für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater wobei es im Innenverhältnis zu (hoffentlich ausreichend liberalen) Niederlassungsquoten kommen soll. Auch hier haben die Berufsverbände ihre Vorschläge eingebracht. Aufgrund des vom G-BA in Auftrag gegebenen Bedarfsplanungsgutachtens unter Federführung der Ludwig-Maximilians-Universität München dürfte es in etlichen Fachgruppen zu bundesweit weiteren Niederlassungsmöglichkeiten in niedrigdreistelliger Anzahl kommen, insbesondere im ländlichen Raum. Die Gesundheitsministerien der Bundesländer erhalten ein Antragsrecht in den Landesausschüssen (auf Landesebene zuständig für die Bedarfsplanung) und Beteiligungsrechte in den Zulassungsausschüssen.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die bisher gesetzlich vorgeschriebene sogenannte Zufälligkeitsprüfung (2 % der Praxen pro Jahr) wird ersetzt durch eine Prüfung auf Antrag. Damit will man das Regressrisiko von Ärzten und den Bürokratieaufwand reduzieren. Arbeitsunfähigkeitsfeststellungen und Krankenhauseinweisungen werden nicht mehr überprüft. Ausschlussfristen sollen verkürzt werden. Praxisbesonderheiten vor allem im ländlichen Raum werden stärker berücksichtigt. Wenn es mit dieser Regelung zu einer Verkürzung oder Aufhebung der vier Jahre zurückreichenden Prüfungsmöglichkeit durch die KVen käme, wäre dies sehr zu begrüßen.

Terminservicestellen

Ab dem 1. Januar 2020 werden die Terminservicestellen (TSS) bundesweit einheitlich unter der Rufnummer 116117 ganztägig und täglich (24 Stunden an sieben Tagen die Woche) erreichbar sein. Dafür müssen die KVen Sorge tragen. Patienten sollen ihre Termine nicht nur telefonisch, sondern auch per App online bei der TSS erfragen können. Die Terminvermittlung wird überdies auf Haus- und Kinderärzte ausgedehnt. Im Notfall vermittelt die TSS an eine Notfallpraxis beziehungsweise an die Blaulicht-Zentrale 112. Damit möchte Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) den Komfort für Patienten verbessern, Wartezeiten reduzieren und Applaus für seine Regulierungsmaßnahme einheimsen. Die Homepage des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) wörtlich: „Wir machen Versorgung gerechter, GKV-Patienten sollen genauso schnell Termine bekommen wie Privatpatienten.“ Die wahren, bereits oben genannten Ursachen für lange Wartezeiten beseitigt Spahn damit allerdings nicht.

Sprechstundenzeiten

Alle Vertragsärzte müssen ihre Mindestsprechstundenzeiten (damit sind auch OP- und Hausbesuchszeiten gemeint) von 20 auf 25 Stunden pro Woche erhöhen. Für die allermeisten Praxen ist das kein Problem, sie arbeiten ohnehin mehr als das Doppelte. Grundversorgende Fachärzte müssen mindestens fünf Wochenstunden als „offene Sprechstunde“ anbieten. Zu diesen Zeiten sollen unangemeldete Patienten ohne Überweisungsschein zum Facharzt gehen können. Als „grundversorgende“ Fachärzte wurden in verschiedenen Publikationen bisher beispielhaft folgende Fachgruppen genannt: Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte und nicht operativ tätige Augenärzte. Ob auch Nervenärzte, Neurologen und Psychiater damit gemeint sind, muss von KBV und Krankenkassen bestimmt werden.

Natürlich sind wir Grundversorger! Die KVen werden die Sprechzeiten jedes Arztes im Internet veröffentlichen. Die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf höchstens zwei Wochen betragen. Wie dies reguliert und kontrolliert werden soll, ist unklar, die KVen müssen das lenken. Es wird jedenfalls zu mehr Bürokratie führen.

Finanzielle Verbesserungen

Die Anzahl der fachärztlich zu fördernden Weiterbildungsstellen soll von 1.000 auf 2.000 Plätze bundesweit erhöht werden. Das ist jedenfalls positiv zu werten, wenngleich es im Vergleich zum hausärztlichen Sektor immer noch viel zu niedrig ist.

Vorgesehene extrabudgetäre Honorarverbesserungen:

- Neupatienten, die zwei Jahre nicht in der Praxis waren, alle Leistungen im Fall
- Vom Hausarzt gezielt vermittelte Patienten, alle Leistungen im Fall
- Von der TTS vermittelte Fälle werden jeweils nach Wartezeit bis zum Behandlungstermin ab August 2019 mit Zuschlägen auf die Versicherten beziehungsweise mit einer Grundpauschale von 50 %, 30 % und 20 % bezahlt.
- Behandlungsfälle in den offenen Sprechstundenzeiten, alle Leistungen im Fall
- Der Hausarzt erhält für die gezielte Vermittlung zum Facharzt je 10 €.

Extrabudgetäre Zusatzhonorare sind natürlich grundsätzlich zu begrüßen, die Umsetzung wird aber bürokratisch sein. Was passiert, wenn der vermittelte Patient nicht kommt? Muss der Hausarzt selbst beim Facharzt anrufen oder genügt es, wenn sich die Medizinische Fachangestellte meldet oder ein Fax schickt? Wie erfolgt die Dokumentation? Die Bevorzugung von Neupatienten und offenen Sprechstunden fördert die GKV-Behandlung von Bagatellbeschwerden und durchsetzungskräftigen Komfortpatienten. Chronisch Kranke geraten ins Hintertreffen. Derartige Sonderhonorare benachteiligen Facharztgruppen mit vielen chronisch kranken Patienten, beispielsweise Nervenärzte, Psychiater und Neurologen.

Heilmittel

Bis Herbst 2020 wird die sogenannte Blankoverordnung eingeführt. Dabei unterschreibt der Arzt nur noch das Rezept, der Heilmittelerbringer entscheidet selbst über die Auswahl, Frequenz und Dauer der Behandlung. KBV und Krankenkassen sollen zuvor die Indikationen festlegen, bei denen eine Blankoverordnung möglich sein soll. In diesem Rahmen muss die KBV darauf achten, dass das Regress- und Mengenrisiko auf die Heilmittelerbringer übergeht. Wenn nur bestimmte Indikationen bei speziellen Heilmitteln für die Blankoverordnung erlaubt sein sollen, würde dies den bürokratischen Aufwand beim Ausfüllen eines Heilmittelrezeptes noch weiter erhöhen. Die Honorare der Heilmittelerbringer sollen auf das bundesweit höchste Landeshonorar festgelegt werden.

Krankengeld

Bei verspäteter ärztlicher Feststellung einer Folge-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung soll das Krankengeld in Zukunft nicht dauerhaft entfallen, sondern nach der Säumniszeit weiter ausbezahlt werden. Hier ergaben sich gelegentlich besondere Härten bei Patienten, die sich nicht rechtzeitig um eine Folge-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kümmern oder krankheitsbedingt kümmern konnten.

Hausarztzentrierte Versorgung

Die bei der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) gegebenenfalls bei den Krankenkassen entstehenden Effizienzgewinne sollen mindestens zur Hälfte an die eingeschriebenen Versicherten ausbezahlt werden. Es sollen so mehr Hausarztpatienten dazu motiviert werden, sich in den Wahltarif HzV einzuschreiben. Ein nicht unerheblicher bürokratischer Aufwand bei der Ermittlung und Auszahlung des individuellen Betrages dürfte die Folge sein.

Digitalisierung

Die elektronische Patientenakte (ePA) sollen die Krankenkassen ab 2021 zur Verfügung stellen. Der Zugriff auf die Inhalte wird auch per Smartphone und Tablet möglich sein. Ob das den Ärzten bei der Patientenversorgung hilft, ist höchst fraglich. Die ePA ist nicht voll-

ständig, die Auswahl der Akten trifft der Patient, Veränderungsanfälligkeit und Datenschutz sind unsicher. Das Bundesgesundheitsministerium übernimmt 51 % der Anteile der GEMATIK. Damit sollen neue Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) beschleunigt werden. Staatliche Interventionen bei der Einführung technischer Innovationen führten bisher allerdings nur selten zu sinnvollen und gebrauchsfähigen Anwendungen.

Medizinische Versorgungszentren

Der Einfluss reiner Kapitalinvestoren auf Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wird begrenzt. In mehreren Länder-KVen bildeten sich in den letzten beiden Jahren MVZ beispielsweise aus Augenärzten, Radiologen oder multiprofessionelle Gemeinschaften, die von teils international auftretenden Kapitalgesellschaften gekauft oder weiterverkauft wurden. Dem muss man sinnvollerweise Einhalt gebieten. Die Büchse der Pandora öffnete die frühere Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) aus Aachen, die sich von der Verankerung von MVZ im SGB V DDR-poliklinische Strukturen erhoffte. Sie erreichte so ziemlich das Gegenteil. Sinnvoller wäre es gewesen, bereits damals den niedergelassenen Ärzten die Anstellung von Assistenten zu erlauben.

AUTOR

Dr. med.
Gunther Carl

Stellvertretender
Vorsitzender des BVDN
Facharzt für Neuro-
logie, Psychiatrie
und Psychotherapie
Friedenstraße 7
97318 Kitzingen

E-Mail: carlg@t-online.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

Bürokratische Fallstricke für den Kassenzustand Probleme beim Wechsel der Krankenkasse

Gesetzlich Krankenversicherte dürfen jetzt auch mitten im Quartal ihre Krankenversicherung wechseln. Dies geschieht zunehmend häufiger, seitdem die gesetzlichen Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben.

Die Zusatzbeiträge lagen 2018 durchschnittlich bei 1,0%, 2019 liegen sie im Mittel bei 0,9%. Von Krankenkasse zu Krankenkasse können die Beiträge erheblich schwanken, derzeit zwischen 0,2% und 1,7%. Für Arbeitnehmer kann diese Differenz durchaus rund 20 € bis 30 € pro Monat betragen, was gesetzlich Versicherte zum Krankenkassenwechsel veranlassen kann. Zudem steht den Krankenversicherungskunden bei einer Erhöhung des Zusatzbeitrages ein Sonderkündigungsrecht zu.

Gesetzlich Krankenversicherte zahlen 2019 – wie bereits im Jahr 2018 – 14,6% als Basisprämie gesetzlich festgelegt vom Bruttoentgelt an ihre Krankenkasse. Hinzu kommt der Zusatzbeitrag, sodass daraus letztendlich Prämienätze zwischen 14,8% und 16,3% resultieren. Seit dem 1. Januar 2019 wird der Beitrag wieder paritätisch vom Versicherten und vom Arbeitgeber bezahlt. Dadurch ergibt sich bei den Versicherten eine Entlastung von zirka 0,5%, bei den Arbeitgebern eine zusätzliche Belastung von 0,5%.

Wechsel während des Quartals bedeutet „neuer Patient“

Bei einem Krankenkassenwechsel während des laufenden Quartals entsteht bei fortgeführter Behandlung beim gleichen Arzt ein neuer Behandlungsfall und somit abrechnungstechnisch ein neuer Patient. Es können also alle EBM-Leistungen, die quartalsbezogen berechnet werden, erneut zum Einsatz kommen. Dies betrifft in unseren Fachgruppen (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater) die Grundpauschalen 16210 bis 16212 und

21213 bis 21215 sowie gegebenenfalls die Betreuungsziffern xx230 bis xx233. Auch technische Leistungen wie elektrophysiologische Messungen und Dopplerbeziehungsweise Duplexsonografie mit einer Höchstzahl je Quartal können – falls medizinisch erforderlich – erneut abgerechnet werden. Analog gilt dies für psychotherapeutische Leistungen. Bei Selektivverträgen muss sich der Patient bei der neuen Krankenkasse neu einschreiben, falls diese teilnimmt.



© ISO K – photography / Fotolia

Legen Sie Wert darauf, dass Ihre Angestellten beim Einlesen der Versichertenkarte immer darauf achten, ob die Krankenkasse des Patienten gleich geblieben ist.

Besonders heikel wird es bei Verordnungen von Arzneimitteln im Off-Label-Use beziehungsweise bei Heil- und Hilfsmitteln. Wurden bei der alten Krankenkasse Off-Label-Use-Medikamente beantragt und genehmigt, so muss dies bei der neuen Krankenkasse ebenfalls geschehen. Auch Richtlinien-Psychotherapie, Heil- (hier besonders Langfristverordnung) und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege muss der Arzt neu beantragen und rezeptieren.

Lösungsvorschlag: Gleichgültig, ob der Krankenkassenwechsel des Patienten zum Quartalsanfang oder im laufenden Quartal erfolgt, er kann bürokratische Probleme bereiten und einen erhöhten Arbeitsaufwand für die Medizinische Fachangestellten (MFA) und den Arzt nach sich ziehen. Beim Einlesen der Versichertenkarte sollte die Helferin deswegen immer darauf achten, ob die Krankenkasse des Patienten noch die gleiche ist. Bei Wechseln wird dann die MFA die medizinischen Daten im Hinblick auf Heilmittel-Langfristverordnung, Richtlinien-Psychotherapie und genehmigte Off-Label-Anträge selbstständig prüfen. Sie kann dann dem Arzt unaufgefordert die entsprechenden und bereits ausgedruckten Formulare zur Unterschrift vorlegen. Dieser Vorgang sollte im Qualitätsmanagement der Praxis beschrieben sein. Wechselt der Patient jedoch während des laufenden Quartals die Krankenkasse und teilt dies der Praxis nicht mit, wird dies zu Problemen führen, spätestens im Folgequartal.

Dr. med. Gunther Carl

Fortbildung



Wird kindliches Vertrauen durch sexuellen Missbrauch zerstört, leiden die Opfer oft lebenslang.

Klinische Herausforderungen für Psychiatrie und Psychotherapie

Männer nach sexuellem Missbrauch: Probleme und Langzeitfolgen

Zum Thema sexueller Missbrauch war lange Zeit ein Stereotyp verbreitet: Der Täter ist ein Mann und das Opfer eine Frau. Missbrauchsfälle am männlichen Geschlecht galten weitgehend als spektakuläre Einzeltaten. Neuere Forschungsergebnisse haben diesen Mythos widerlegt.

HERBERT CSEF

Mit großer Wucht kam im Jahr 2010 eine ganze Welle von Missbrauchsskandalen an Jungen in die Medien. Die Tatorte waren kirchliche Internate und die Odenwald-Schule. Den ersten Stein brachten Berichte über sexuellen Missbrauch an Jungen im Jesuitenkolleg Canisius in Berlin ins Rollen. Es folgte die Offenlegung vergleichbarer Vorfälle in St. Blasien im Schwarzwald, im Aloisius-Kolleg in Bonn und in Werl. Dann stand das große und bekannte Internat im Kloster Ettal mit Missbrauchsberichten im Rampenlicht. Aufgedeckt wurde schließlich auch der Missbrauch in kirchennahen Knabenchören, insbesondere bei den Regensburg-Domspatzen.

Nachdem lange Zeit katholische Internate als Brutstätten sexuellen Missbrauchs im Mittelpunkt standen, kam mit den Enthüllungen der Odenwald-Schule eine Einrichtung der modernen Reformpädagogik als Tatort ins Gespräch. Von Monat zu Monat stieg die Zahl der Missbrauchsoffer ebenso wie jene der als Täter verdächtigten Lehrer. Schließlich wurden die beiden Juristinnen Claudia Burgsmüller und Brigitte Thielmann mit einer Untersuchung beauftragt. In ihrem Abschlussbericht vom 17. Dezember 2010 ist von mindestens 132 missbrauchten Schülern die Rede.

Die Taten sollen zwischen 1965 und 1998 stattgefunden haben. Strafrechtlich waren die Missbrauchsfälle mittlerweile alle verjährt und die Haupttäter Gerold Becker und Wolfgang Held verstorben.

Das Gemeinsame dieser langen Liste von Missbrauchsskandalen liegt darin, dass die Opfer fast alle männlich und zum Zeitpunkt der Übergriffe zwischen zehn und zwölf Jahre alt waren. Fast alle Fälle waren strafrechtlich verjährt und lagen teilweise dreißig bis vierzig Jahre zurück. Was jedoch durch diese Flut von Enthüllungen eindeutig widerlegt wurde, ist die Legende von den Einzelfällen.

Bekannte Schriftsteller offenbaren ihren sexuellen Missbrauch

Große Beachtung fanden die Werke bekannter deutschsprachiger Schriftsteller, die ihren sexuellen Missbrauch ausführlich niedergeschrieben haben. Die im Folgenden genannten Autoren haben mehr als zwanzig Romane und Erzählungen verfasst und zahlreiche angesehene Literaturpreise erhalten. Ihren sexuellen Missbrauch schildern sie meist im umfangreichen autobiografischen Romanen. Den Auftakt machte 1989 Manfred Bieler mit seinem Roman „Still wie die Nacht“ [1], in dem er unter anderem beschreibt, wie ihn seine eigene Mutter zum Geschlechtsverkehr ge-

zwungen hat. Josef Haslinger ist Literaturprofessor, war lange PEN-Präsident und zudem ein erfolgreicher Schriftsteller. In einem katholischen Internat wurde er von Priestern sexuell missbraucht und hat dies in einem Buch sowie in mehreren Zeitschriftenartikeln niedergelegt. Auch der deutsch-französische Schriftsteller Georges-Arthur Goldschmidt brachte seinen sexuellen Missbrauch in einem katholischen Internat in autobiografischen Romanen explizit zu Papier.

Der namhafte Schriftsteller Fritz J. Raddatz, der mehr als fünfzig Bücher verfasste und habilitierter Literaturwissenschaftler war, beschreibt in seiner Autobiografie „Unruhestifter“ 2003 [2], wie er von seiner Stiefmutter sexuell missbraucht wurde (vollzogener Geschlechtsverkehr in Anwesenheit des Stiefvaters). In der weiteren Lebensentwicklung hatte er einen evangelischen Pastor als Pflegevater, der ihn vom 15. Lebensjahr an siebzehn Jahre lang sexuell missbraucht haben soll.

Bodo Kirchoff, sicherlich einer der bedeutendsten deutschsprachigen Schriftsteller der vergangenen Jahrzehnte, schrieb im Jahr 2010 einen Essay in der Zeitschrift „Spiegel“, in dem er von seinem drei Jahre dauernden sexuellen Missbrauch durch einen Chor- und

Heimleiter in einem evangelischen Internat erzählt [3]. 2018 verfasste er seinen autobiografischen Roman „Dämmer und Aufruhr“, in dem noch weitere Formen von sexuellem Missbrauch ausführlich schildert [4].

Schließlich hat noch der bekannte Schriftsteller Christian Kracht bei den Frankfurter Poetik-Vorlesungen offenbart, dass er in einem kanadischen Internat sexuell missbraucht worden war.

Bei den Missbrauchsskandalen in der Odenwald-Schule und in den kirchlichen Internaten wurde meist zusammengefasst über die Zahl der Opfer berichtet. Bei den oben aufgeführten Schriftstellern liegen jeweils Schriftstücke von mehreren hundert Seiten vor, in denen nicht nur die sexuellen Handlungen, sondern auch deren psychische Folgen sehr eingehend beschrieben sind. Schriftsteller haben per se eine besondere Empathie und sprachliche Ausdruckskraft, die innerpsychische Prozesse sehr gut zur Sprache bringen kann. Die von ihnen erschaffenen Bilder und ihre treffsichere Wortwahl setzen weit mehr Emotionen frei als dokumentarische Berichte in den Medien.

Bemerkenswert ist die Tatsache, dass auch die genannten Schriftsteller Jahrzehnte gebraucht haben, bis sie ihren sexuellen Missbrauch offenbaren konnten. Fritz J. Raddatz war bereits 72 Jahre alt, als er darüber schrieb – der Missbrauch lag 57 Jahre zurück. Manfred Bieler war 55 Jahre alt, als er sein Buch veröffentlichte – 49 Jahre nach dem Missbrauch. Bei fast allen Schriftstellern handelte es sich um eine „sequenzielle Traumatisierung“, das heißt, es kam wiederholt zu sexuellem Missbrauch durch meist denselben Täter und über viele Jahre.

Neuere Forschungsergebnisse zu Epidemiologie und Spätfolgen

Da es sich beim sexuellen Missbrauch um eine Straftat handelt, sind verlässliche Daten zur Epidemiologie schwer zu gewinnen. Dunkel- und Hellfeldanalysen aus kriminologischer Sicht liefern andere Zahlen als direkte Befragungen der Allgemeinbevölkerung oder bestimmter Risikogruppen. Umfragen in Internaten oder Schulen erbringen wieder andere Ergebnisse. Die Auswertung einer Vielzahl methodisch guter Studi-

en, sorgfältige Metaanalysen und internationale Vergleiche ergeben jedoch durchaus aussagekräftige Werte.

Lange galt für Deutschland eine Untersuchung des kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen aus dem Jahre 1992 als richtungsweisend. Befragt wurde eine repräsentative Stichprobe von 1.661 Frauen und 1.580 Männern. Sexueller Missbrauch lag bei 18,1 % der Frauen und bei 7,3 % der Männer vor [5]. Fast zwanzig Jahre später beauftragte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine europäische Forschergruppe zu einem „European Report“ über die Häufigkeits- und Präventionsstrategien bei sexuellem Missbrauch. In dieser Untersuchung ergab sich für europäische Frauen eine Prävalenzrate von 13,4 % und für europäische Männer eine von 5,7 % [6].

Um die weltweite Prävalenz von sexuellem Kindesmissbrauch und einen internationalen Vergleich zu ermöglichen, hat die Arbeitsgruppe um Stoltenborgh eine aufwendige Metaanalyse durchgeführt. Sie wertete mehr als 300 Studien zur Häufigkeit von sexuellem Missbrauch weltweit aus. Die Durchschnittswerte sind etwas höher als jene des European Report der WHO. Die Prävalenzrate für Frauen betrug 18 %, jene für Männer 7,6 % [7].

Nach den zahlreichen Missbrauchsskandalen in Deutschland im Jahr 2010 beschloss die Bundesregierung, einen „Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs“ (UBSKM) zu ernennen. Hierfür wurde im Auftrag der Bundesregierung ab März 2010 die ehemalige Familienministerin Christine Bergmann beauftragt. In dieser Funktion folgte ihr im Oktober 2011 der Jurist Johannes-Wilhelm Röhrig, der am 26. März 2014 für weitere fünf Jahre berufen wurde. Dem USBKM sind 32 Expertinnen und Experten zum sexuellen Kindesmissbrauch beigeordnet. Er gab eine Untersuchung zu „Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch“ in Auftrag. Diese wurde von einer Expertengruppe im Jahr 2016 [8] veröffentlicht und brachte vergleichbare Ergebnisse wie die European Report von Sethi et al. [6]. Eine alters- und geschlechtsadaptierte Hochrechnung auf die Gesamtbevölkerung ergibt für

Deutschland etwa 2,5 Millionen Männer mit erlebtem sexuellem Missbrauch in der Kindheit.

Eine weitere wichtige Frage für die vorliegende Untersuchung ist jene nach den Spätfolgen von sexuellem Missbrauch bei Jungen und Jugendlichen im späteren Erwachsenenalter sowie die Frage, ob beim männlichen Geschlecht andere Verarbeitungsmuster und Spätfolgen auftreten als beim weiblichen. Nach sexuellem Missbrauch sind – ähnlich wie bei anderen Traumata – folgende Spätfolgen in Betracht zu ziehen [9, 10]:

- Entwicklung des Vollbildes einer posttraumatischen Belastungsstörung
- Entwicklung einer meist langdauernden komplexen Traumafolgestörung
- Manifestation von anderen psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen, Angst-, Ess- und Persönlichkeitsstörungen sowie Suchterkrankungen

Ein geringer Prozentsatz bleibt symptomfrei oder erlebt durch günstige protektive und resiliente Faktoren eine Spontanremission.

Die Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Jörg M. Fegert, einem der führenden Experten für sexuellen Missbrauch in Deutschland, hat kürzlich eine Untersuchung zu den Spätfolgen oder Auswirkungen von sexuellem Missbrauch vorgelegt [11]. Bei der Auswertung der aktuellen Literatur ergab sich, dass bei 95,1 % der Missbrauchsoffer irgendeine Form einer psychischen Erkrankung nachweisbar ist [11]. Norman et al. [12] werteten 124 Studien zu Spätfolgen von sexuellem Missbrauch aus. In ihrer Metaanalyse kamen sie zu dem Ergebnis, dass eine „robuste Evidenz“ für Depressionen, Angststörungen, Suizidversuche, Drogenkonsum, sexuell übertragbare Krankheiten und riskantes Sexualverhalten als Folgen von sexuellem Missbrauch besteht. In dieser Untersuchung wurde die posttraumatische Belastungsstörung den Angststörungen zugeordnet.

Missbrauchte Männer in klinischen Stichproben unterrepräsentiert

In den Fachgebieten Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Psychologie spielte das Thema sexueller Missbrauch an Jungen und Männern lange eine untergeordnete Rolle. Durch die

zahlreichen spektakulären Missbrauchskandale im Jahr 2010 wuchs allerdings das Interesse in diesen Fachgebieten. In einigen benachbarten Fachdisziplinen wie Pädagogik und Sozialwissenschaften gewann die Thematik ebenfalls an Beachtung. Die Opfer aus den Missbrauchskandalen des Jahres 2010 waren ja überwiegend männlich. Im klinischen Kontext tauchen Jungen und Männer als Opfer von sexuellem Missbrauch jedoch selten auf. Dies ergaben Umfragen in mehreren psychiatrischen und psychotherapeutischen Institutionen. Als Leiter einer universitären Psychosomatischen Tagesklinik kann ich diese klinischen Beobachtungen bestätigen. In unserer Einrichtung wurden im Lauf von zehn Jahren hunderte von Frauen nach sexuellem Missbrauch behandelt, aber nur ein einziger Mann.

Wenn Männer überhaupt über Traumata berichtet haben, dann nicht über sexuelle, sondern über Naturkatastrophen, Unfälle oder Traumata im Kontext medizinischer Behandlungen. Was wird denn aus den 2,5 Millionen in der Kindheit sexuell missbrauchten Männern, wenn doch nach Plener et al. [11] immerhin 95 % psychisch erkranken sollen?

Im klinischen Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Jungen nach sexuellem Missbrauch ebenfalls unterrepräsentiert, obwohl in den epidemiologischen Studien zum sexuellen Missbrauch das Verhältnis weiblich zu männlich etwa 2,5:1 ist. Für diese klinische Unterrepräsentanz bieten sich folgende plausible Erklärungen an:

- Männer verschweigen ihr sexuelles Trauma. Das Tabu, darüber zu sprechen, ist bei ihnen viel größer als bei Frauen.
- Männer haben offensichtlich andere Verarbeitungsformen des Traumas.
- Männer erhalten meist die Diagnosen, die häufig mit sexueller Traumatisierung assoziiert sind, nämlich Suchterkrankungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen. Der sexuelle Missbrauch in der Kindheit wird überwiegend verschwiegen.
- Bei Männern ist das Risiko groß, dass aus dem Opfer eines sexuellen Missbrauchs später ein Täter wird. Nicht wenige Opfer von sexuellem Missbrauch werden später straffällig, bege-

hen Gewalt- oder Sexualdelikte. Sie werden dann – oft im Rahmen von Begutachtungen – Patienten der Forensischen Psychiatrie.

Aus Opfern werden oft Täter

In der Forensischen Psychiatrie ist seit Jahrzehnten bekannt, dass Straftäter mit Gewalt- und Sexualdelikten oft selbst in der Kindheit Opfer von Gewalt oder sexuellem Missbrauch waren. In Strafverfahren vor Gericht kommt es meist zu einer ausführlichen Begutachtung durch einen erfahrenen forensischen Psychiater. Hier wird das Thema sexueller Missbrauch offensichtlich deutlich häufiger angesprochen als im alltäglichen klinischen Kontext der Psychotherapie und Psychiatrie. Der forensische Gutachter nimmt sich viel mehr Zeit für die Begutachtung und führt meist eine testpsychologische Untersuchung durch. Zudem sind die Gutachter für dieses Thema besonders geschult. Die forensische Psychiaterin Manuela Dudeck von der Universität Ulm hat sich diesem Thema besonders gewidmet. Sie kam in mehreren Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass etwa 4 – 12 % der als Kind missbrauchten Männer später selbst Sexualstraftaten begehen. Umgekehrt sind 12 – 35 % der Sexualstraftäter als Kinder selbst sexuell missbraucht worden [13, 14, 15, 16].

Klinische Herausforderung für Psychiatrie und Psychotherapie

Aktuell ist noch das Hauptproblem, dass männliche Opfer über sexuellen Missbrauch viel zu lange schweigen. In der Einleitung wurde am Beispiel der Odenwald-Schule, der kirchlichen Internate und der sich offenbarenden Schriftsteller dargelegt, dass es oft 20 bis 30 Jahre dauert, ehe sich männliche Opfer trauen, erstmals mit einem anderen Menschen über den sexuellen Missbrauch zu sprechen. In einer neueren Studie bei 487 sexuell missbrauchten erwachsenen Männern wurde festgestellt, dass sie im Durchschnitt 21 Jahre brauchten, bis sie darüber reden konnten [17]. Die aktuellen Hauptprobleme sind also die „Aufdeckungsarbeit“ und die differenzierte Diagnosefindung. Der forensische Psychiater hat fachspezifisches Knowhow und nimmt sich viel Zeit für Exploration, Anamnese und Testpsychologie.

Dann kommt der sexuelle Missbrauch meist zur Sprache. Eine höhere Aufdeckungsquote ergibt sich auch dann, wenn ein standardisiertes Testverfahren, wie zum Beispiel der CTQ (Child Trauma Questionnaire) eingesetzt wird, wie dies in vielen Umfragen bei repräsentativen Stichproben bereits praktiziert wurde [18 Häuser et al. 2011].

In der Kindheit sexuell missbrauchte Männer können nur dann psychotherapeutische und psychiatrische Hilfe bekommen, wenn ihr sexueller Missbrauch zur Sprache kommt beziehungsweise aufgedeckt wird. Therapeutisches Ziel muss es also sein, einen „Weg aus dem Dunkelfeld“ [19] zu finden. Die „Mauer des Schweigens“ [20] muss durch geschickte und fachkundige Gesprächsführung abgebaut werden. Dann erst wird therapeutische Hilfe möglich!

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

**Prof. Dr. med.
Herbert Csef**

Schwerpunktleiter
Psychosomatische
Medizin und
Psychotherapie
Zentrum für
Innere Medizin
Medizinische Klinik
und Poliklinik II
Oberdürrbacher Straße 6
97080 Würzburg

E-Mail: Csef_H@ukw.de



Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Bieler, Manfred (1989). Still wie die Nacht. Memoiren eines Kindes. Hoffmann und Campe, Hamburg
2. Raddatz Fritz J. (2003). Unruhstifter. Erinnerungen. Ullstein Heyne List GmbH & Co. KG, München, Propyläen-Verlag, Berlin
3. Kirchhoff, Bodo (2010). Sprachloses Kind. Was damals wirklich geschah. Essay. DER SPIEGEL vom 15. März 2010
4. Kirchhoff, Bodo (2018). Dämmer und Aufruhr. Roman der frühen Jahre. Frankfurt am Main, Frankfurter Verlagsanstalt.
5. Wetzels P. (1997). Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD. Hannover: KFN e.V.
6. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G (2003). European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
7. Stoltenborgh M; Van IJzendoorn MH; Euser EM & Bakersmans-Kranenburg MJ (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*. 16 (2). S. 79-101.
8. Jud A; Rassenhofer M; Witt A; Münzer A & Fegert JJ (2016). Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch: internationale Einordnung, Bewertung der Kenntnislage in Deutschland, Beschreibung des Entwicklungsbedarfs. UBSKM, Berlin
9. Fegert Jörg J; Rassenhofer Miriam; Schneider Thekla; Seitz Alexander; Spröber Nina (2013). Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen. Beltz Juventa, Weinheim/Basel
10. Dreßing Harald; Dölling Dieter; Hermann Dieter; Kruse Andreas; Schmitt Eric; Bannenberg Britta; Salze Hans-Joachim (2018). Sexueller Missbrauch von Kindern. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart/New York.
11. Plener PL; Ignatius A; Huber-Lang M; Fegert JM (2017). Auswirkungen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde* 3/2017, S. 161-167
12. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012. 9:e1001349.
13. Dudeck M, Barnow S, Spitzer C, Stopsack M, Gillner M, Freyberger HJ (2006). Die Bedeutung von Persönlichkeit und sexueller Traumatisierung für forensische Patienten mit einem Sexualdelikt. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 56, 147-153.
14. Dudeck M, Spitzer C, Stopsack M, Feyberger HJ, Barnow S (2007). Forensic Inpatient Male Sexual Offenders: The Impact of Personality Disorder and Childhood Sexual Abuse. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 18(4), 494-506.
15. Dudeck M, Drenkhahn K, Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ (2012). Gibt es eine Assoziation zwischen familiärem sexuellen Missbrauch und späteren Sexualstraftaten? *Psychiatrische Praxis* 39 (5), 217-221.
16. Dudeck M, Sosic-Vasic Z, Otte S, Rasche K, Leichauer K, Shenar R, Klingner S, Vasic N, Streb J (2016). The impact of adverse childhood experiences, reactive and appetitive aggression on suicide attempts and violent delinquency in male forensic psychiatry inpatients. *Psychiatry Research* 204 (352-257).
17. Easton Scott D (2013). Disclosure of Child Sexual Abuse Among Adult Male Survivors. *Clin Soc Work J* 2013. 41:344-355.
18. Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2018). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. *Dtsch Ärztebl*. 108 (17) 287-94.
19. Mosser Peter (2008). Wege aus dem Dunkelfeld. Aufdeckung und Hilfesuche bei sexuellem Missbrauch an Jungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, München
20. Bange, Dirk (2007). Sexueller Missbrauch an Jungen. Die Mauer des Schweigens. Hogrefe Göttingen.

Aktuelles zu Leitlinien

Therapie akuter Migräneattacken – Empfehlungen der neuen Leitlinien

Bei einer Punktprävalenz von 20 % bei Frauen und 8 % bei Männern hat vermutlich jeder Neurologe täglich mit Kopfschmerz- und Migränapatienten zu tun. Traditionell gehören die Anamnese mit Überprüfen der diagnostischen Kriterien, eine klinisch-neurologische Untersuchung, die Einschätzung und eine symptomatische Therapie mit Antiphlogistika, Triptanen oder Prophylaktika neben supportiven Empfehlungen wie Bewegung und Entspannungsverfahren zum Standardrepertoire der Behandlung.

MARKUS WEIH, UWE MEIER

Nach vielen Jahren des Stillstands ist in den vergangenen Monaten wieder Bewegung in die Migränetherapie gekommen. Seit November 2018 ist mit Erenumab (Aimovig®) der erste Antagonist des Calcitonin Gene-related Peptide (CGRP) auf dem deutschen Markt.

Weniger Aufsehen hat die ebenfalls 2018 veröffentlichte, vollständige Überarbeitung der Migräne-Leitlinien (LL) erregt, die federführend von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Migräne und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) erfolgte und gegenwärtig die Entwicklungsstufe S1 hat [1]. Maßgeblich beteiligt waren Prof. Dr. Hans-Christoph Diener aus Essen, PD Dr. Charly Gaul aus Königstein und Prof. Dr. Peter Kropp aus Rostock. Aus diesem Anlass soll nach der Demenz [2] nun die Behandlung einer Migräneattacke gemäß der LL und dem zugehörigen Clinical Pathway besprochen werden. Diagnostik und apparative Zusatzuntersuchungen bei Kopfschmerzen sowie die Prophylaxe sind Themen kommender Artikel.

Diagnosestellung

Die Diagnose einer Migräne stützt sich unverändert auf die Anamnese und einen unauffälligen neurologischen Untersuchungsbefund. Apparative Untersuchungen werden bei Kopfschmerzen

mit ungewöhnlicher Symptomatik sowie neurologischen und/oder psychischen Auffälligkeiten empfohlen. Nahezu alle Therapiestudien werden nach der Schmerzreduktion oder Schmerzfreiheit nach zwei Stunden beurteilt.

Therapie bei leichten bis mittelschweren Migräneattacken

Zur Akuttherapie vor allem bei leichten und mittelschweren Migräneattacken werden die evident bewährten und wirksamen Analgetika respektive nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) empfohlen. Das sind vor allem 1.000 mg Acetylsalicylsäure (ASS), 200–600 mg Ibuprofen, 50–100 mg Diclofenac sowie 1.000 mg Metamizol. Möglich ist auch eine Kombinationsbehandlung (z. B. ASS 250 mg + Paracetamol 200 mg + Koffein 50 mg). Im Fall von Kontraindikationen gegen NSAR kann man auch 1.000 mg Paracetamol (schwach wirksam, number needed to treat [NNT] höher) oder 1.000 mg Metamizol verordnen (**Abb. 1**).

Zirka 80 % der Patienten behandeln sich mit Analgetika. Ergotamine sind zur Attackentherapie zwar wirksam, gelten aber wegen der schlechten Studienlage, möglicher Nebenwirkungen und der Unterlegenheit gegenüber Triptanen nicht mehr als Therapie der ersten Wahl; sie können allenfalls dann eingesetzt werden, wenn eine lange Wirkdauer erwünscht ist.

Therapie bei mittelschweren bis schweren Migräneattacken

Bei akuten mittelschweren und schweren Migräneattacken, bekanntem fehlenden Ansprechen respektive Therapieresistenz gegenüber NSAR oder Analgetika kommen – unter Beachtung der Kontraindikationen vor allem vaskulärer Art – Triptane (5-HT_{1B/1D}-Agonisten) als Mittel der ersten Wahl und spezifische Migränemedikamente zum Einsatz. In erster Linie wird Sumatriptan (50–100 mg p.o., 10–20 mg nasal oder 6 mg s.c.) empfohlen.

Triptane sind inzwischen langbewährte Substanzen mit der besten Wirksamkeit, die aber in Metaanalysen geringer ausfällt als beispielsweise in einzelnen Vergleichsstudien zu Analgetika oder NSAR. Zur Diagnostik sind Triptane nicht geeignet, da auch andere Kopfschmerzformen auf diese Wirkstoffe ansprechen und umgekehrt Migräne auf Triptane unresponsiv sein kann.

Lebensbedrohliche Nebenwirkungen bei Triptan-Einnahme sind extrem selten (1 : 1.000.000). Bei serotonerger Begleitmedikation können zum Beispiel Eletriptan, Naratriptan oder Frovatriptan verwendet werden, die kaum über das MAO-System verstoffwechselt werden. Triptane sollten nicht in der Aura, aber möglichst früh genommen werden und möglichst nur, wenn die Attacken nicht zu häufig sind, um einem Triptan-Kopfschmerz vorzubeugen.

Bei zirka 60 % der Non-Responder auf NSAR sind Triptane wirksam. Sumatriptan 6 mg s.c. ist dabei die effektivste Therapie einer akuten Attacke. In Metaanalysen zeigten sich aber nur geringe Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen NSAR und Triptanen. Grundsätzlich muss auf die Schwellen für Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz geachtet werden (Kombinationsanalgetika und Triptane ≥ 10 Einnahmetage/Monat, Monotherapie, Monoanalgetika ≥ 15 Einnahmetage/Monat).

Die LL beschäftigen sich sehr ausführlich mit den zahlreichen Triptan-Studien, welche die Geschwindigkeit des Wirkeintritts der verschiedenen Substanzen, ihre Effizienz, Nebenwirkungen und Halbwertszeiten, die Wirkdauer und so

die Differenzialindikation der verschiedenen Präparate vergleichen. Niedergelassene Neurologen müssen zudem das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten.

Patienten, die nicht auf Analgetika oder NSAR ansprechen, können rezeptfrei in der Apotheke erhältliche Triptane einnehmen (aktuell sind das in Deutschland Naratriptan und Almotriptan). Sollten diese nicht ausreichend sein, so stehen inzwischen zahlreiche orale Triptane als Generika zur Verfügung, auch als Schmelztabletten (z. B. Zolmitriptan SMT) oder für die subkutane Injektion (Sumatriptan Generikum). Einzig bei der nasalen Applikationsform muss aktuell noch auf die Originalpräparate zurückgegriffen werden (z. B. Imigran® nasal).

Ein Wiederkehrkopfschmerz ist bei Triptanen mit 15 – 40 % häufiger als bei ASS. In solchen Fällen sollte eine zweite Dosis des Triptans nach frühestens zwei Stunden eingenommen werden. Möglich ist auch die Kombination eines Triptans mit einem langwirksamen NSAR wie Naproxen (NNT 4,9), was wirksamer ist als die Monotherapie. Ein Triptan kann bei unzureichender Wirksamkeit außerdem mit einem rasch wirksamen NSAR (ASS oder Diclofenac) kombiniert werden, der Effekt ist aber nur mittelgroß und Nebenwirkungen treten vermehrt auf. War ein Triptan in drei sukzessiven Attacken unwirksam, kann ein anderes Triptan versucht werden. Die Schwelle für Medikamentenübergebrauch liegt für Triptane bei ≥ 10 /Monat.

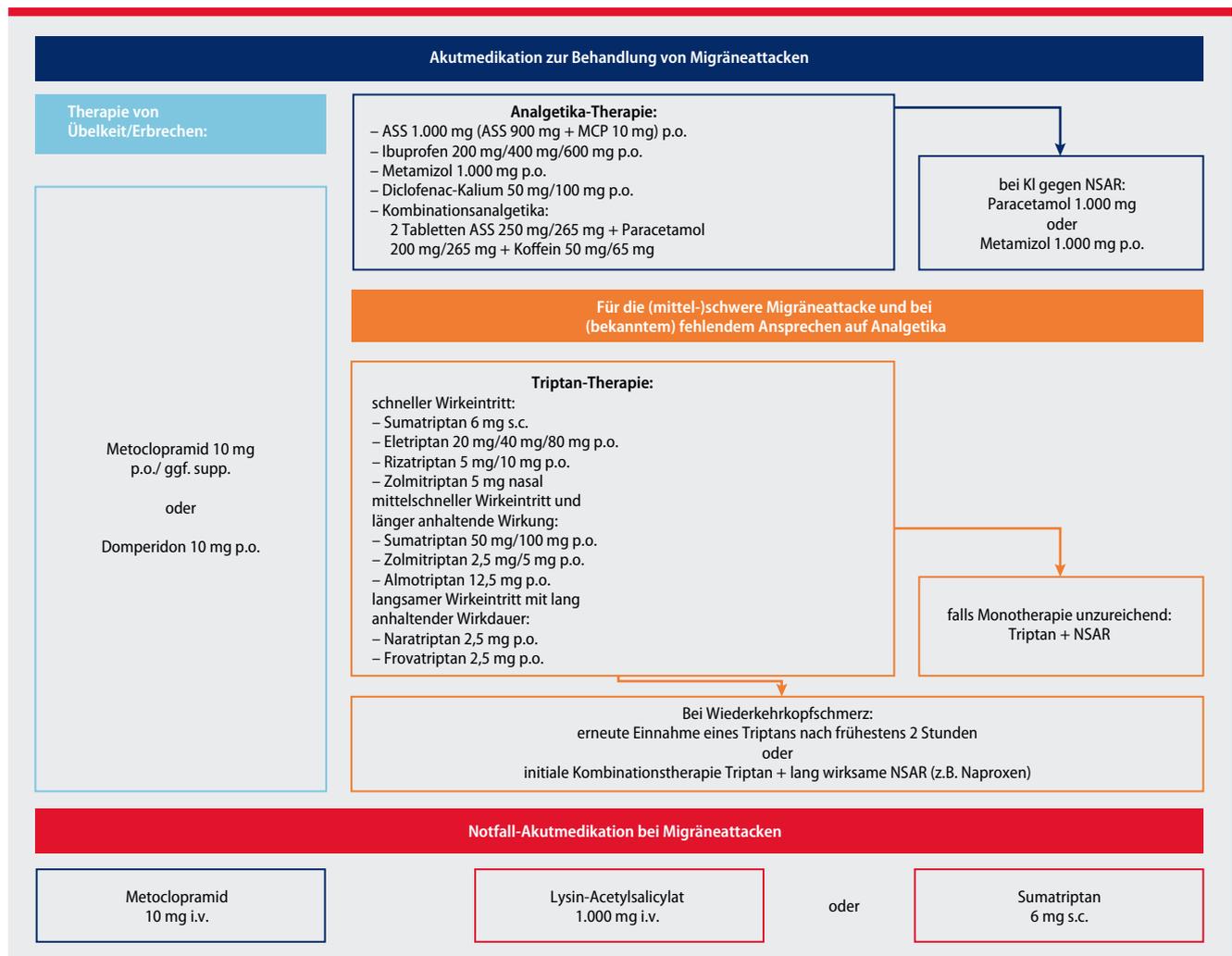


Abb. 1: Akutmedikation zur Behandlung von Migräneattacken [1]

Sondersituationen der Migränebehandlung

Auch zu folgenden Aspekten und Sondersituationen der Migränebehandlung geben die LL Empfehlungen:

- Übelkeit/Erbrechen: Antiemetika (Metoclopramid 10 mg, gering eigenständig wirksam; Domperidon 10 mg, Dimenhydrat)
- Migräneattacken bei Kindern und Jugendlichen (Ibuprofen 10 mg/kg, ASS 500 mg, Paracetamol (15 mg/kg, zweite Wahl, Kumulation beachten), Sumatriptan, Zolmitriptan, Domperidon)
- Ärztliche Notfall- und Akutbehandlung der Migräne (Lysin-Acetylsalicylat 1.000 mg i. v., Metamizol, Sumatriptan 6 mg s. c., Metoclopramid 10 mg i. v., Steroide)
- Status migrainosus (Prednisolon 50–100 mg; Dexamethason 40–8 mg)
- Menstruelle Migräne (Sumatriptan, Naproxen)
- Migräne in der Schwangerschaft (ASS, Ibuprofen bis zum zweiten Trimenon)
- Komorbide Depression oder Angstkrankung (Amitriptylin 750–150 mg oder Venlafaxin 1.500–225 mg)
- Chronische Migräne (Topiramid oder Onabotulinumtoxin A)
- Unwirksame Medikamente und unwirksame Therapieverfahren
- Interventionelle Verfahren (kein Verschluss eines Foramen ovale)

Die medikamentöse Therapie sollte durch nicht medikamentöse Verfahren, wie Verhaltenstherapie (z. B. Entspannungsverfahren), regelmäßigen aeroben Ausdauersport und bei Patienten mit Migräne-bedingter Einschränkung der Lebensqualität auch durch Verfahren der psychologischen Schmerztherapie (Schmerzbewältigung, Stressmanagement, Entspannungsverfahren) ergänzt werden.

Fazit für die Praxis

Zusammenfassend bestätigen die aktuellen Leitlinien zur Therapie der akuten Migräneattacke die gängige Praxis. Es gilt weiterhin der Grundsatz, dass bis zur mittelstarken Migräneattacke Analgetika wie ASS und NSAR effizient sind. Die Substanzen wirken auch bei einem Teil der Patienten mit schweren Attacken. Starke Migräneattacken und Anfälle, die auf Analgetika und NSAR nicht ansprechen, sind die Domäne der

Triptane, die als die Substanzen mit der besten Wirksamkeit gelten und möglichst früh, aber nicht in der Aura eingenommen werden sollten. Sumatriptan s. c. ist generisch erhältlich und gilt als die wirksamste Behandlung. Sollte ein Triptan keine befriedigende Besserung erzielen, kann nach zwei Stunden eine erneute Dosis appliziert werden oder eine Kombination mit Naproxen erfolgen. Die Schwelle für einen Medikamentenübergebrauch liegt bei Triptanen bei mindestens zehn Einnahmetagen pro Monat über mindestens drei Monate.

Ergotamine sind keine Medikamente der ersten Wahl mehr, da sie Triptanen unterlegen sind, die Studienlage schlecht ist und die Nebenwirkungsraten erhöht sind.

Antiemetika sind wirksam in der Behandlung von Übelkeit und Erbrechen. Die Effizienz nicht medikamentöser Verfahren ist nicht ausreichend untersucht.

Literatur

1. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-0571_S1_Migraene-Therapie_2018-04_1.pdf
2. Weih M. S3-Leitlinie Demenz: Nervenärzte mit Schlüsselrolle bei demenziellen Erkrankungen. Neurotransmitter 2018;29(9):16–8

AUTOREN

Prof. Dr. med. Markus Weih

Vorsitzender der Fortbildungsakademie, Vorstand Förderverein Allersberger Straße 89, 90461 Nürnberg

E-Mail: markus.weih@gmx.de



Dr. med. Uwe Meier

Vorsitzender des BDN, Facharzt für Neurologie Neuro-Centrum Grevenbroich Am Ziegelkamp 1f 41515 Grevenbroich

E-Mail: umeier@t-online.de



Sprachfachbuch für Ärzte aus dem Ausland



Ulrike Schrempf, Markus Bahnemann

Deutsch für Ärztinnen und Ärzte

4., aktualisierte Auflage, Springer 2017, ISBN-13: 978-3662536063, 39,99 €

Im Wesentlichen handelt es sich hier um ein Trainingsbuch für Deutsch im klinischen Alltag, die im Untertitel angegebene Vorbereitung für die Fachsprachprüfung nimmt nur einen relativ kleinen Teil des Buches ein. Korrekterweise wird darauf hingewiesen, dass bei der Fachsprachprüfung ärztliches Wissen nicht geprüft wird. Insofern wäre ein separates Kapitel vielleicht sinnvoll, das etwas allgemeinere Informationen und nicht nur eine Darstellung des Ablaufes vermittelt.

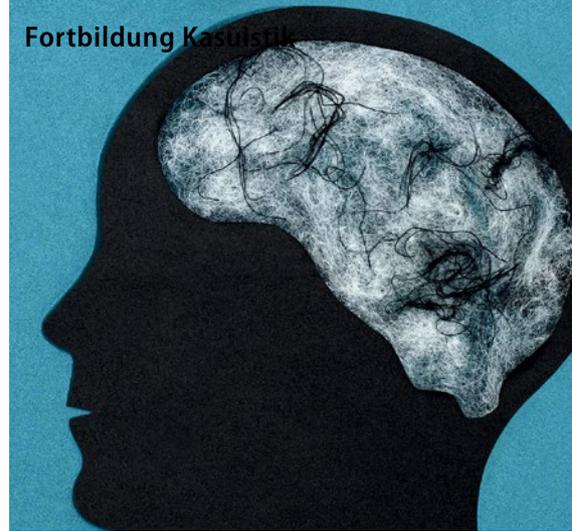
Neben dem sprachlichen Basiswissen wird auch über das deutsche Gesundheitswesen und seine Strukturen berichtet. Jedoch fehlen Erklärungen zu einigen Institutionen, wie zum Beispiel zur KBV, KV, G-BA völlig. Hier zeigt sich die insgesamt – sicher nachvollziehbare – schwerpunktmäßige Ausrichtung auf Ärzte in der Klinik.

Die drei Krankengeschichten fiktiver Patienten werden mit ausführlichen Fallpräsentationen dargestellt und es gibt Arbeitsanweisungen, wie ein Aufnahmegespräch aussehen könnte. Ein eigenes Kapitel ist der psychiatrischen Exploration gewidmet, wobei sehr ausführlich auf den psychopathologischen Befund eingegangen wird, sodass möglicherweise an dieser Stelle doch eine Überfrachtung gegeben ist. Das zugrunde liegende Manual der AMDP ist zwar ein hervorragendes Instrument, es darf aber gefragt werden, ob nicht ausländische Ärzte, die in der Psychiatrie arbeiten, anfangs besser durch erfahrene Assistenten in der Befunderhebung geschult werden, ehe sie zu diesem Manual greifen. Für nicht in der Psychiatrie Arbeitende erscheint hier das verlangte Wissen doch sehr speziell. Ob es wirklich Aufgabe eines Fachsprachbuches sein kann, zu zeigen wie ein kompletter psychopathologischer Befund zu erheben ist, mag dahingestellt sein. Hier wäre vielleicht eine Reduktion auf einige wesentliche Aspekte (Orientierung, Affekt) möglich gewesen.

Dr. Roland Urban, Berlin

Hier steht eine Anzeige.





Psychiatrische Kasuistik

Medikamenteninduziertes psychotisches Syndrom

Aktuelle Eigennamense

Die stationäre Aufnahme des 20-jährigen Patienten erfolgte nach ambulanter Behandlung eines depressiven Syndroms wegen des nun erstmaligen Auftretens von akustischen Halluzinationen. Der Patient berichtete von lauter werdenden Stimmen, die ihm befehlen würden, sich umzubringen. Er habe zudem sich aufdrängend wirkende Fremdimpulse, aus dem Fenster zu springen oder sich vor ein Auto oder die U-Bahn zu werfen. Er habe das Gefühl gehabt, er sei schon tot. Zudem habe er sich wie gesteuert gefühlt. Des Weiteren klagte der junge Mann über Ängste und Konzentrationschwäche, die ihn in beim Lernen behindern würden. Hinzu kämen Schlafstörungen und ein erschwertes Aufstehen am Morgen.

Fremdanamnese

Die Lehrer seiner Schule zum Erlernen der Blindenschrift wiesen auf die vermehrt zurückhaltende Verhaltensweise des Patienten hin. Er habe in der Schule in der letzten Zeit weniger Kontakt zu seinen Mitschülern aufgenommen und meist grübelnd im Klassenraum gesessen. Die schulische Leistung sei in den vergangenen Monaten zunehmend schlechter geworden.

Psychiatrische Vorgeschichte

Der Patient war seit 2017 in unserer Ambulanz für vietnamesischsprachige Migranten wegen eines depressiven Syndroms und anhaltenden Schlafstörungen in Behandlung. Dort ist er mit Mirtazapin behandelt worden, das jedoch zu einer starken Sedierung geführt habe.

Medikation bei Aufnahme

Idebenon 150 mg dreimal täglich

Familienanamnese

Unauffällig

Soziobiografische Anamnese

Der Patient sei in Vietnam geboren und 2015 mit seinen Eltern und drei leiblichen Geschwistern nach Deutschland gekommen. Aktuell wohne er allein mit Betreuung durch einen Einzelfallhelfer in Berlin. Der Patient besuche die zehnte Klassenstufe einer Blindenschule.

Suchtmittelanamnese

Unauffällig

Somatische Erkrankungen

Im Alter von 17 Jahren (2016) sei die seltene Lebersche hereditäre Optikusneuropathie (LHON) beider Augen mit einer im Verlauf kontinuierlichen Sehkraftverminderung auf unter 5% diagnostiziert und genetisch gesichert worden. Der Patient sei in neurologischer und ophthalmologischer Behandlung, wobei seit 2018 das neu zugelassene Medikament Idebenon eingesetzt wurde.

Psychopathologischer Befund bei Aufnahme

Der Patient ist wach, bewusstseinsklar und vierfach orientiert. Im Kontakt zeigt er sich zurückhaltend und etwas misstrauisch. Bei subjektiver Konzentrationsstörung ist die serielle Subtraktion (Serial 7) nicht möglich. Die Mnestik ist intakt (3/3 Begriffe). Die Auffassung ist verlangsamt. Im formalen Denken ist der Patient leicht sprunghaft, in der Muttersprache weitgehend geordnet. Es bestehen akustische Halluzinationen (hören imperativer Stimmen) sowie Ich-Störungen (als fremd erlebte Impulse und Fremdsteuerungserleben). Es gibt keinen Anhalt für Wahn. Zwänge oder Phobien werden verneint. Die Stimmung ist gedrückt, im Affekt ist der Patient reduziert schwingungsfähig, teils ratlos. Es bestehen eine Antriebsminderung sowie Ein- und Durchschlafstörungen.

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:

NT 3/2019

Ein Fall mit fehlenden Vorbefunden

NT 1-2/2019

Schwer behandelbare Depression

NT 11/2018

Systemischer Lupus mit psychiatrischer Manifestation

NT 9/2018

Lithiumintoxikation bei einer älteren Patientin

NT 6/2018

Schizophrenie-Ersttherapie und der Faktor Zeit

NT 5/2018

Zwei Migränepatienten mit zyklischem Erbrechen

NT 4/2018

Spätschizophrenie bei einer 58-Jährigen

Das Online-Archiv unter

<https://www.springermedizin.de/link/16383722>



Alpträume werden verneint. Der Patient berichtet von eigengefährdenden Impulsen mit Handlungsdruck, er ist von akuter Suizidalität distanziert.

Internistischer und neurologischer Befund

20-jähriger Patient in gutem Allgemein- und Ernährungszustand, Akne im Gesicht, sonst bis auf die beschriebene eingeschränkte Sehfähigkeit in der erweiterten internistischen und neurologischen Untersuchung unauffällige Befunde.

Therapie und Verlauf

Die stationäre Aufnahme des Patienten erfolgte im Rahmen einer erstmaligen psychotischen Episode mit akustischen imperativen Halluzinationen, einem depressiven Syndrom und ausgeprägten Schlafstörungen. Antipsychotisch entschieden wir uns für eine Medikation mit Olanzapin (20 mg/Tag). Bei eigengefährdenden psychotisch motivierten Impulsen gaben wir begleitend Lorazepam bis zu 4 mg/Tag. Zudem wurde wegen des depressiven Syndroms Venlafaxin in kleineren Schritten auf 150 mg aufdosiert. Die Symptomatik besserte sich hier teilweise, Lorazepam konnte daraufhin ausgeschlichen werden.

Unter der Behandlung mit Idebenon habe sich bezüglich des Restvisus im Verlauf keine Besserung gezeigt. Wir erbaten die konsiliarische Mitbehandlung durch unsere Kollegen der Neurologie und der Augenheilkunde. Aufgrund der ausbleibenden Besserung wurde versuchsweise eine Erhöhung von Idebenon auf eine Tagesdosis von 900 mg (3×300 mg) empfohlen und die psychiatrische Therapie weitergeführt. Unter dieser Verdoppelung der Dosis zeigte sich eine erneute Zunahme der halluzinatorischen Symptomatik mit imperativen Stimmen sowie der Suizidimpulse.

Es verhärtete sich der Verdacht einer seltenen psychiatrischen Nebenwirkung des seit mehr als einem Jahr eingenommenen Idebenon mit jeweils nach Ein-/Aufdosierung einsetzendem depressivem und zuletzt halluzinatorischem Syndrom. Nach konsiliarischer Rücksprache mit den Kollegen der Neurologie und Augenheilkunde wurden die Vor- und Nachteile der Medikation abgewo-

gen, sodass wir uns letztlich dazu entschieden, Idebenon abzusetzen. Hierauf kam es unter Weiterführung der antipsychotischen und antidepressiven Medikation über einen Zeitraum von zwei Monaten zu einer Remission der Symptomatik. Der Patient war wieder in der Lage, am Schulunterricht teilzunehmen und konnte anschließend entlassen werden.

Diskussion

Bei der LHON handelt es sich um eine seltene, mitochondriale neurodegenerative Erbkrankheit der Ganglienzellen der Sehnerven. Die weltweite Prävalenz liegt bei 1 : 50.000 bis 1 : 100.000. Die Erkrankung betrifft vor allem junge Männer zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr. Bei Frauen und Kindern kommt sie seltener vor [1]. Als Ursache wird eine Punktmutation im Komplex I der Atmungskette vermutet. Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch plötzlichen Visusverlust beider Augen. Als Prodromalphase wird ein Nachlassen der Farberkennung für Rot und Grün beobachtet [1, 2]. Die finale Sehschärfe, die sich nach ein bis zwei Jahren einstellt, liegt bei 2–5%.

Diagnostisch wird eine Ophthalmoskopie durchgeführt, die eine Schwellung der Sehnervpapille, peripapilläre Teleangiektasien und Mikroangiopathien offenbart. Hinzu kommen Gesichtsfelduntersuchungen, eine optische Kohärenz-Tomografie (OCT), ein Farbttest sowie eine Fluoreszein-Angiografie [1].

Die LHON ist derzeit nicht heilbar. Als unterstützende Maßnahmen werden den Patienten Sehhilfen, Rehabilitationsmaßnahmen, Alkohol- und Tabakkarenz sowie – zur Verlangsamung der Krankheitsprogression – das seit 2015 in Europa zugelassene Medikament Idebenon empfohlen.

Das antioxidativ wirksame Idebenon soll den progredienten Visusverlust infolge der Zellschädigung mindern. Der pharmakologische Wirkmechanismus liegt in einer direkten Übertragung der Elektronen unter Umgehung des Komplex I der Atmungskette, sodass trotz des genetischen Defekts der Mitochondrien die Produktion von Adenosintriphosphat (ATP) möglich sein soll. Hierdurch sollen zudem lebensfähige inaktive reti-

nale Ganglienzellen reaktiviert werden [2, 3, 4]. Ergänzend wird eine Therapieindikation von Idebenon für die Friedreich-Ataxie sowie die Duchenne-Muskeldystrophie diskutiert.

Während der Behandlung mit dem Antioxidans ist aufgrund der Neueinführung und des unvollständigen Nebenwirkungsprofils Vorsicht geboten. Bei unserem Patienten ließ sich eine zeitliche Korrelation mit dem Beginn der Therapie sowie der Dosiserhöhung und den psychotischen Symptomen mit einer Zunahme der akuten Suizidalität beobachten.

Bis dato finden sich in der Literatur keinerlei Angaben zu einer möglichen Wechselwirkung von Idebenon und Neurotransmittern. Einige Untersuchungen zeigten allerdings, dass Idebenon die Blut-Hirn-Schranke überwinden kann und in signifikanter Konzentration im Hirngewebe nachweisbar ist [5, 6]. Möglich wäre die Beeinflussung der Wiederaufnahmerate bestimmter Neurotransmitter wie Serotonin, welche die psychotischen Symptome begründen könnten.

Die diagnostische Zuordnung psychiatrischer Symptome als Nebenwirkung einer Medikation erfordert neben einer differenzierten psychopathologischen Befunderhebung und der Betrachtung des Verlaufs im Längsschnitt unbedingt auch den Ausschluss anderer Ursachen. Bei unserem Patienten wurde bereits während der vorangehenden Klinikaufenthalte zur Behandlung der LHON mit unauffälligem MRT- und Liquorbefund eine autoimmune Ursache wie Multiple Sklerose weitestgehend ausgeschlossen.

Differenzialdiagnostisch ist aufgrund der Psychopathologie und des Verlaufs seit 2017 zunächst ein Prodrom einer schizophrener Störung und ab Ende 2018 die Erstmanifestation einer paranoiden Schizophrenie zu diskutieren. Allerdings fanden sich bei dem Patienten weder ein paranoides wahnhaftes Erleben noch relevante formale Denkstörungen. Nach dem Rückgang der depressiven Symptomatik ergaben sich zudem eine unauffällige affektive Responsivität und kein Anhalt für das Vorliegen von Negativsymptomen. Auffällig war ferner die erneute Zunahme der psychotischen

Symptomatik mit imperativen Stimmen und Ich-fremd erlebten Suizidimpulsen nach der Verdoppelung der Idebenon-Tagesdosis auf 900 mg. Ein Berichtbogen zur Meldung von unerwünschten Nebenwirkungen wurde an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gesendet (www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/UAW-Meldung/UAW-Berichtsbogen.pdf).

Nach Absetzen von Idebenon und trotz konsekutiver Reduktion der antipsychotischen Medikation besserte sich die Symptomatik des Patienten mit einer zeitlichen Verzögerung deutlich.

Es finden sich eine Reihe von Medikamenten, die – wie Idebenon – psychotische Symptome verursachen können. Hierzu zählen beispielsweise Hydroxychloroquin (HCQ), Glukokortikoide, Anticholinergika, L-Dopa, H₂-Rezeptor-

blocker, Digitalis, Isoniazid und Topiramat. Bei einigen Substanzen wird die Inhibition von dopaminergen und muskarinerg-cholinergen Rezeptoren durch Verringerung der Zahl postsynaptischer dopaminerg Rezeptoren als Pathomechanismus diskutiert [7, 8].

Durch das seltene Vorkommen medikamentös induzierter psychotischer Symptome ist es eine Herausforderung, diese aufgrund der symptomatischen Ähnlichkeit mit anderen psychiatrischen Störungen zu differenzieren. Gerade, wenn Medikamente neu zugelassen wurden, ist daher stets eine mögliche Nebenwirkung zu diskutieren, insbesondere, wenn psychiatrische Nebeneffekte, wie bei Idebenon, in der Arzneimittelinformation beschrieben wurden. Zudem sollten auch nicht kausal zuzuordnende Nebenwirkungen konsequent den ent-

sprechenden Behörden gemeldet werden, um eine für die Patientensicherheit ausreichende Datensammlung zu gewährleisten.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Amani Suboh, Thi Minh Tam Ta, Eric Hahn, Carlos Ajami, Marco Zierhut

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin (CBF), Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin

E-Mail: Marco.Zierhut@charite.de

Fragen und Lösungen

Frage 1

Welche der nachfolgend genannten Symptomkonstellationen ist typisch für die LHON?

- a. Visusverlust, Faszialisparese
- b. Visusverlust, Rot-Grün-Schwäche
- c. Visusverlust, Tremor
- d. Visusverlust, Nystagmus

Lösung

Die richtige Antwort ist b.

Frage 2

Welche Aussage zur LHON ist richtig?

- a. Die LHON ist eine Autoimmunerkrankung, die hauptsächlich junge Frauen betrifft und binnen eines Jahres zur Erblindung führt.
- b. Die LHON ist eine erblich bedingte Netzhautdegeneration, die hauptsächlich junge Männer betrifft.
- c. Die LHON ist toxisch bedingt und führt schnell zur Erblindung.
- d. Die LHON ist eine mitochondriale neurodegenerative Erkrankung der Ganglienzellen, die hauptsächlich junge Männer betrifft.

Lösung

Die richtige Antwort ist d.

Frage 3

Welche diagnostischen Maßnahmen werden bei LHON angewendet?

- a. Gesichtsfelduntersuchung
- b. Ophthalmoskopie
- c. Optische Kohärenz-Tomografie
- d. Farbsehstest
- e. Fluoreszein-Angiografie

Lösung

Jede genannte Antwort ist richtig.

Frage 4

Für welche Erkrankungen wird Idebenon auch als Therapie diskutiert?

- a. Multiple Sklerose
- b. Alzheimer-Demenz
- c. Amyotrophe Lateralsklerose
- d. Friedreich-Ataxie

Lösung

Antwort d ist richtig. Bei der Friedreich-Ataxie wird als Pathologie oxidativer Stress und Eisenüberschuss diskutiert. Die medikamentöse Anwendung von Idebenon wäre denkbar.

Frage 5

Welche Medikamente können psychotische Symptome verursachen?

- a. HCQ, Metoprolol, Degostrel
- b. HCQ, Glukokortikoide, Tamoxifen
- c. HCQ, Isoniazid, L-Dopa
- d. HCQ, Bisoprolol, Amiodaron
- e. HCQ, Pantoprazol, Zincum isovalerianicum

Lösung

Antwort c ist richtig. Jedoch muss man bei allen Medikamenten mit fraglichem Wirkprofil auf bis dato unbekannte Nebenwirkungen achten.

Literatur

1. Glover JM, Casmaer ML, April MD. An uncommon cause of vision loss: Leber hereditary optic neuropathy. *JAAPA : official journal of the American Academy of Physician Assistants*. 2018;31(11):32-4.
2. Asanad S, Meer E, Fantini M, Borrelli E, Sadedun AA. Leber's hereditary optic neuropathy: Shifting our attention to the macula. *American journal of ophthalmology case reports*. 2019;13:13-5.
3. Bargiela D, Chinnery PF. Mitochondria in neuroinflammation - Multiple sclerosis (MS), Leber's hereditary optic neuropathy (LHON) and LHON-MS. *Neuroscience letters*. 2017.
4. Catarino CB, Ahting U, Gusic M, Iuso A, Repp B, Peters K, et al. Characterization of a Leber's hereditary optic neuropathy (LHON) family harboring two primary LHON mutations m.11778G>A and m.14484T>C of the mitochondrial DNA. *Mitochondrion*. 2017;36:15-20.
5. Orssaud C, Bidot S, Lamirel C, Bremond Gignac D, Touitou V, Vignal C. Raxone in the Leber optical neuropathy: Parisian experience. *Journal francais d'ophtalmologie*. 2019.
6. Radelfahr F, Klopstock T. Mitochondrial diseases. *Der Nervenarzt*. 2019;90(2):121-30.
7. Cherland E, Fitzpatrick R. Psychotic side effects of psychostimulants: a 5-year review. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 1999;44(8):811-13.
8. Ochsendorf FR RU. Chloroquine and hydroxychloroquine: side effect profile of important therapeutic drugs. *Hautarzt*. 1991;42:140-6.



Etwa ein Drittel aller Formen von Bewusstseinsänderungen hat eine primär neurologische Ursache.

Fluktuationen von Bewusstsein und Kognition

Diagnostische Strategien bei akut verwirrten Patienten

Akute Verwirrtheit ist als Fragestellung in Praxen, Notfallzentren oder im Konsildienst ein häufiges diagnostisches Problem. So kann es nach rein klinischen Kriterien schwierig oder unmöglich sein, eine akute Verwirrtheit sicher von einer chronischen kognitiven Beeinträchtigung zu unterscheiden. Die häufigste Form der akuten Verwirrtheit ist das Delir und bleibt gerade in seiner hypoaktiven Form sicher unterdiagnostiziert:

OLAF EBERHARDT, HELGE TOPKA

In Notfallzentren werden 1 – 10 % der Patienten mit einer unklaren Verwirrtheit (einschließlich Delir) vorstellig, wobei für den Altersbereich über 65 Jahren eher 10 % zutreffend sein dürften [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. In einigen dieser Untersuchungen wurde festgestellt, dass sich nur die Hälfte aller Patienten über 65 Jahre in Notfallzentren durch das Zusammenwirken chronischer und akuter Störfaktoren kognitiv unauffällig präsentierten. Betrachtet man alle Formen von Bewusstseinsänderungen (altered mental state), dürfte davon ein Drittel eine primär neurologische Ursache haben [3, 8, 9].

Ziele der Akutdiagnostik und Fallstricke

Ziel der Akutdiagnostik in Fällen mit Verwirrtheit sollte die vorläufige Einordnung als diffuse Enzephalopathie oder als Folge einer fokalen Hirnläsion sein. Dabei werden die diffusen Störungsbilder mehrheitlich einem Delir zuzuordnen sein, in geringerer Häufigkeit einer spezifischen Enzephalopathie, einer Elektrolytverschiebung, einer hormonellen Dysregulation, einem Vitaminmangel oder ähnlichem. In der Akutphase geht es außerdem darum, Ursachen einer Verwirrtheit mit akuter Patientengefährdung rasch zu erkennen und gezielt zu behandeln. Dazu zählen unter anderem akute zerebrovaskuläre Erkrankungen, Meningoencephalitis, (non-convulsiver) Status epilepticus, schwere Hypoglykämie, Hypoxie oder Hyperkapnie, schwere Intoxikationen oder Entzugssyndrome, die posteriore reversible Enzephalopathie oder die Wernicke-Enzephalopathie [10]. Wichtig ist es außerdem, rein amnestische (z. B. transiente globale Amnesie, TGA) und flüssig-aphasische Syndrome (z. B. Mediainfarkt) als Ursachen scheinbarer Verwirrtheit zu erkennen, da die TGA und der Schlaganfallverdacht einer jeweils spezifischen Herangehensweise bedürfen.

Ohne Fremdanamnese und nach rein klinischen Kriterien kann es schwierig oder sogar unmöglich sein, eine akute Verwirrtheit sicher von einer chronischen kognitiven Beeinträchtigung (Demenz) zu unterscheiden oder festzulegen, in welchem Ausmaß eine chronische kognitive Störung eine Verschlechterung erfahren hat [11]. Neben der Lewy-Körper-Demenz können sich auch fortgeschrittene Stadien anderer Demenzen durch Fluktuationen von Kognition oder Bewusstseinslage auszeichnen.

Größere Fallserien aus dem deutschen Sprachraum zur akuten Verwirrtheit sind rar. In einer Studie aus einer kleineren deutschen Klinik waren Medikamente, Schlaganfall/TGA, Alkohol und Demenz die häufigsten Einflussfaktoren [5]. Bedeutsam war hierbei die Beobachtung, dass häufig multiple Kofaktoren oder multiple Trigger bestanden. So kommt nach dem unbeobachteten Sturz eines Alkoholikers mit anschließender Verwirrtheit zum Beispiel ein direkt noxenbedingter epileptischer Anfall mit Postiktalsymptomen infrage. Es kann aber – wenn auch selten – ein Vitamin B₃-Mangel, ein Marchiafava-Bignami-Syndrom oder eine subakute Enzephalopathie mit epileptischen Anfällen (SESA) die Verwirrtheit und den epileptischen Anfall ausgelöst haben. Muss ein begleitender Vitamin B₁-Mangel behandelt werden, kann ein subdurales Hämatom als symptomprägende Sturzfolge vorliegen (vgl. [12]).

Praktisches Vorgehen: Anamnese und Untersuchung

Zur Strukturierung der Diagnostik können Hinweise zum Verlauf und Begleitsymptomen hilfreich sein, deren Sensitivität allerdings begrenzt und deren Spezifität gering ist [13] (Tab. 1). Wichtige Anhaltspunkte können Fragen zur Akuität des Geschehens, einem stattgehabten Trauma, initialer Vigi-

lanzminderung, Fluktuationen des Zustandsbildes, Fieber oder Infektzeichen, Kopfschmerzen, Anfallszeichen beziehungsweise Myokloni, Medikation(-sänderungen), Drogenkonsum, Malignomen, Immunsuppression oder Suizidalität liefern. Insbesondere sollte auf anticholinerge Medikamente

(zentrales anticholinerges Syndrom), serotonerge Wirkstoffkombinationen (Serotonin-Syndrom) oder Antibiotika als mögliche Auslöser geachtet werden, um diese gegebenenfalls zu pausieren [14, 15]. Symptombeginn ist beim Serotonin-Syndrom meist innerhalb von 24 Stunden nach Therapiebeginn oder Dosisänderung.

In der körperlichen Untersuchung ist unter anderem auf die Bewusstseinslage (z. B. nach Glasgow Coma Scale, GCS), einen Meningismus, äußere Traumazeichen, Atemmuster, vegetative Normabweichungen, Lidmyokloni, Fundusveränderungen, Pupillo- und Okulomotorik, Hirnstammreflexe, Zungenbiss, Tonusanomalien und einen möglichen positiven oder negativen Myoklonus zu achten. Im Einzelfall können spezifische Körpergerüche oder Injektionsstellen den Verdacht auf eine Intoxikation lenken. Besondere Herausforderungen stellt die Untersuchung kindlicher Verwirrtheitssyndrome dar, bei denen eine konfusionelle Migräne und hereditäre Störungen mit zu berücksichtigen sind [16].

Auf neuropsychologischem Gebiet ist die Anwendung eines kognitiven Kurztests wie des Montreal Cognitive Assessment (MOCA) sensitiv, aber im Ergebnis unspezifisch. Neben der Beurteilung von Bewusstseinslage, Orientierung und sprachlichen Funktionen sollten zumindest kurz Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und logisches Denken geprüft werden (Tab. 2). Dies kann zum Beispiel durch einfache Tests zur Apraxie, zur Umsetzung mehrschrittiger Aufforderungen und durch papierbasierte Tests ergänzt werden.

Labordiagnostik

In vielen Fällen wird die Labordiagnostik Hinweise zur Störungsursache liefern können [17]. Dabei ist eine hypothesengeleitete Stufendiagnostik empfehlenswert (Tab. 3). Ein negativer Testwert kann jedoch eine vermutete Ursache nicht immer ausschließen, wenn der klinische Verdacht ausreichend stark ist. Zum Beispiel

- korreliert der Harnstoffwert bei einer urämischen Enzephalopathie nicht mit deren Ausprägung und ist pathophysiologisch nicht sehr relevant,
- kann eine hepatische Enzephalopathie in 10 – 20 % ohne Ammoniakhöhung ablaufen und der Ammoniakwert korreliert nur bei der akuten Form mit dem Schweregrad,
- kann eine septische Enzephalopathie manchmal bereits vor dem Anstieg der Infektparameter einsetzen,
- ist der Nachweis von Liquorveränderungen beim Neuro-Lupus nicht obligat, und
- schließt eine Euthyreose (75 %) eine steroidsensitive Enzephalopathie bei Schilddrüsenautoimmunität (SREAT) nicht aus. Umgekehrt ist der Nachweis von TPO(thyreoidale Peroxidase)-Antikörpern im Serum nicht spezifisch und stellt wohl eher einen autoimmunen Suszeptibilitätsmarker dar. Spezifischer könnte in diesem Verdachtsfall der Nachweis von TPO-Antikörpern im Liquor (20 %) oder von α -Enolase-Antikörpern (bis 50 %) sein [18, 19]. Die diagnostische Wertigkeit des isolierten Nachweises bestimmter Antikörper (LGII, Caspr2, GlyR, GABAA-R) im Kontext einer limbischen Enzephalitis im Serum statt (auch) im Liquor ist unsicher. Ähnliche Caveats gelten für die Labordiagnostik

Tab. 1: Verlauf und Begleitsymptome der akuten Verwirrtheit mit einigen charakteristischen Ursachen

plötzlicher Beginn	deutliche Vigilanzminderung
<ul style="list-style-type: none"> — zerebrovaskulär — Hypoxie — Epilepsie — Intoxikation 	<ul style="list-style-type: none"> — (post)iktal — intrakranielle Blutung — vertebrobasiläre Ischämie
epileptischer Anfall	akuter massiver Kopfschmerz
<ul style="list-style-type: none"> — genuine Epilepsie — PRES (posteriores reversibles Enzephalopathie-Syndrom) — Intoxikation/Entzugssyndrom 	<ul style="list-style-type: none"> — SAB (Subarachnoidalblutung) — ICB (intrazerebrale Blutung) — SVT (Sinus-Venen-Thrombose) — PRES/RCVS — raumfordernder KH-Prozess — Liquorunterdruck-Syndrom
Fieber	Hautveränderungen
<ul style="list-style-type: none"> — Sepsis/ZNS-Infekt — Ponsprozess — SAB — Intoxikation (Anticholinergika, Sympathomimetika, Salicylate) — Entzugssyndrome — malignes neuroleptisches Syndrom — maligne Katatonie — Serotonin-Syndrom — Thyreotoxikose — Hitzschlag 	<ul style="list-style-type: none"> — Injektionsstellen (IVDA) — Exsikkosezeichen — Medikamentenpflaster — Petechien — hellrote Haut (CO) — Koma-Blasen — Leberhautzeichen — Infektzeichen (z. B. Exanthem bei Meningokokkeninfektion) — Schwitzen/trockene gerötete Haut

Tab. 2: Vorschlag für ein neuropsychologisches Screening

Drei Basics	<ul style="list-style-type: none"> — Bewusstseinslage — Orientierung — Sprache¹
Drei Highlights	<ul style="list-style-type: none"> — Merkfähigkeit für drei Begriffe — Aufmerksamkeit² — logisches Denken³
Drei Add-ons	<ul style="list-style-type: none"> — Geste imitieren lassen⁴ — mehrschrittige Aufforderungen — Trail-Making-Test und Uhrentest

¹einschließlich Benennen, Nachsprechen, Lesen, Schreiben

²zum Beispiel Zahlenspanne vor-/rückwärts; Monate oder Wochentage rückwärts nennen; von 20 bis 1 herunterzählen; „ANANASBAUM“ vorbuchstabieren; der Patient soll jeweils nur bei „A“ die Hand drücken

³zum Beispiel „Schwimmt ein Stein auf dem Wasser? Gibt es im Meer Fische? Wiegen 1 kg oder 2 kg mehr? Kann man mit einem Hammer einen Nagel in die Wand schlagen?“

⁴zum Beispiel V-Zeichen

vermuteter Toxidrome, bei der toxische Alkohole, Antihistaminika und Pestizide nicht routinemäßig erfasst werden und umgekehrt testabhängig trizyklische Antidepressiva, Amphetamine oder Methadon falsch positiv sein können, falls nicht eine GCMS (Gaschromatografie mit Massenspektrometrikopplung) zum Einsatz kommt. Zudem impliziert der positive Substanznachweis nicht unbedingt eine Intoxikation.

Rolle der Bildgebung

Bei unklarer akuter Verwirrtheit ist eine zerebrale Bildgebung unabdingbar, in der Notfallsituation primär meist als zerebrale Computertomografie. Die Rate positiver Bildgebungsbefunde hängt jedoch stark vom Vorhandensein fokaler neurologischer Zeichen oder einer begleitenden Bewusstseinsminderung ab. Wenn fokale neurologische Zeichen fehlten, lag in einer deutschen Untersuchung die Rate pathologischer Bildbefunde nur bei 5 % [5, 20]. In 16 weiteren Studien mit sehr unterschiedlichen Einschlusskriterien betrug die Nachweisrate pathologischer Befunde 4–45 %, wobei in Studien, die höhergradige Bewusstseinsminderungen berücksichtigten, höhere Nachweisraten berichtet wurden. War die jeweilige Studie auf Patienten mit Verwirrtheit oder Delir fokussiert, lag die Nachweisrate pathologischer Bildbefunde bei 5–20 % [2, 8, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34]. Es ist kaum untersucht, inwieweit der Einsatz einer kraniellen Kernspintomografie (cMRT) zu einer verbesserten Detektion relevanter Befunde führen kann (Tab. 4). In einer neueren Untersuchung war die diagnostische Ausbeute mit MRT-Untersuchungen 33 % höher als mit CT-Untersuchungen [34].

Eine CT-Angiografie sollte zumindest bei Verdacht auf (distale) Basilaris-Thrombose, bei Kandidaten für eine rekanalisierende Therapie, bei Verdacht auf SAB (Subarachnoidalblutung) oder Sinusthrombose, bei Nachweis eines dichten Gefäßzeichens oder einer intrazerebralen Blutung ergänzt werden. Nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma, bei neuen neurologischen Ausfällen oder starken Kopfschmerzen im Verlauf oder klinischen Hinweisen für eine intrakranielle Druckerhöhung werden gegebenenfalls bildgebende Verlaufsuntersuchungen erforderlich.

Fokale Läsionen als Ursache einer akuten Verwirrtheit: Beispiel Schlaganfall

Störungen von Aspekten der Orientierung lassen keine präzise Vorhersage eines ischämischen Läsionsortes zu, da ein ganzes Netzwerk präfrontaler und temporo-parietaler Areale rechts mehr als links involviert sein kann [35, 36, 37].

Ein Schlaganfall liegt nur etwa 5 % der Fälle mit akuter Verwirrtheit zugrunde. Eine akute Verwirrtheit wurde umgekehrt in einzelnen Studien bei 24–48 % der Schlaganfälle beobachtet, mit einer Risikoverdoppelung bei Demenz. Dabei dürften zahlreiche Fälle mit vorbestehender kognitiver Beeinträchtigung einbezogen worden sein [5, 20, 38, 39, 40, 41]. Es sind typischerweise Läsionen frontomesial, am Caudatumkopf, im Thalamus, temporomesial, rechts parietal oder occipital, die vor allem bei flüchtiger neurologischer Untersuchung (z. B. ohne Gesichtsfeld, Neglect!) keine neurologischen Defizite

Tab. 3: Stufenweise Labordiagnostik bei unklarer akuter Verwirrtheit

Basislabor

BB, Elyte (Na, K, Mg, Ca, PO₄), Gerinnung, D-Dimer, GOT, GPT, gGT, LDH, Bilirubin, P-Amylase, Kreatinin, GFR, Harnstoff, CK (ggf. CK-MB), BZ, BGA (pH, CO₂, Lactat), Ethanol, CRP, TSH, Troponin, U-Status, Ethanolspiegel

Erweiterte Labordiagnostik je nach individuellem Verdacht

Serum: fT3/fT4, Morgen-Kortisol/ACTH-Test, Ammoniak, Folat, Vitamin B₁/B₆/B₁₂ (Holo-Transcobalamin), Vitamin E, Anionenlücke, Osmolarität, Ketonkörper, S-Elektrophorese, ACE, S-/U-Toxikologie, Medikamentenspiegel (Theophyllin, Digoxin, Antiepileptika etc.), NSE, Met-Hb, CO-Hb, Porphyrin-Diagnostik

Erregerdiagnostik: Blutkulturen, Lues, HIV, Borrelien, HBV, HCV, HHV6, EBV, Bartonella, Mykobakterien, Toxoplasma, bei Immunsuppression gegebenenfalls Pilz-Diagnostik, bei Reiseanamnese gegebenenfalls Westnil-Virus, Plasmodien (Malaria) und Tokkana-Virus

Autoantikörper: ANA, ENA, dsDNA-AK, Ro/La-AK, c/pANCA, APL-AK, TPO-AK, TG-AK, GAD-AK, Li-/S-antineuronale AK (Laborpanel limbische Enzephalitis)

Urin: U-Sediment, Urinkultur

Liquor: Meningitis-Panel, Kryptokokken, Whipple-PCR

Tab. 4: Bildgebende Befunde bei Verwirrheitssyndrom, die einer computertomografischen Diagnostik entgehen können

- diffuse axonale Schädigung und Mikroblutungen
- multiple Embolien (kardial, Fett, Luft, septisch)
- multiple kleine Abszesse oder Metastasen
- Hirnstammfarkte und andere Hirnstammläsionen
- zerebrale Hypoxie
- PRES (posteriores reversibles Enzephalopathie-Syndrom)
- Syndrom der osmotischen Demyelinisierung
- Wernicke-Enzephalopathie
- Marchiafava-Bignami-Syndrom
- CO-Intoxikation
- kortikale Venenthrombose
- Leukenzephalopathie (z. B. toxisch)
- ADEM
- (HSV-)Enzephalitis
- Ventrikulitis

außer einer Verwirrtheit auffallen lassen. Es sollte auch immer daran gedacht werden, dass Verwechslungen einer aphasischen Störung im Rahmen eines Schlaganfalls mit einer akuten Verwirrtheit bei der Erstsichtung der Patienten in Notaufnahmen vorkommen.

Tab. 5: Kriterien einer wahrscheinlichen Enzephalitis (International Encephalitis Consortium 2013)

Änderung des mentalen Status (Bewusstseinsstörung, Lethargie, Persönlichkeitsänderung) \geq 24 Stunden

plus drei Nebenkriterien	<ul style="list-style-type: none"> — Fieber \geq 38 °C — epileptische Anfälle — neue neurologische Defizite — Liquorpleocytose \geq 5/μl — suggestive Bildgebung — passende EEG-Veränderungen
--------------------------	--

Tab. 6: Wichtige prädisponierende Faktoren des Delirs

- Alter > 65 Jahre
- Demenz (bis zu zwei Drittel der Patienten)
- männliches Geschlecht
- Alkoholismus/Sucht/Entzug
- Multimorbidität
- Polypharmazie
- Hör-/Sehminderung
- Infekt, Schmerz, Exsikkose u. a.

Tab. 7: Delirkriterien des DSM-5 und der Confusion Assessment Method (CAM)

DSM-5	Confusion Assessment Method
<ul style="list-style-type: none"> — akute Veränderung über Stunden bis wenige Tage mit Fluktuationen im Tagesverlauf — Störung der Aufmerksamkeit und Awareness mit gestörter Zuwendung zur Umwelt — Veränderung kognitiver Funktionen (z. B. Gedächtnis, Orientierung, Sprache, visuell-räumlich, Wahrnehmung) — als direkte Folge einer organischen Störung, einer Intoxikation, eines Entzugssyndroms oder multipler Ursachen <p>(nicht durch neurokognitive Erkrankung erklärt, nicht durch Bewusstseinsminderung wie Koma)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — akuter Beginn und fluktuierender Verlauf <p><i>plus</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Aufmerksamkeitsstörung <p><i>plus</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Denkstörung (inkohärent, verwirrt) oder Bewusstseinsstörung

Strategie der weiteren Ursachenklärung nach unergiebigem Basisdiagnostik

Hat sich im Basislabor und der Strukturbildgebung keine Ursache finden lassen und ist ein Delir nicht plausibel, rücken

nicht konvulsive Anfälle, Intoxikationen, metabolische Störungen, eine ZNS-Infektion oder eine ZNS-Inflammation in den Vordergrund des diagnostischen Interesses, sodass je nach Verdacht eine Erweiterung der Labordiagnostik, ein EEG oder eine Liquordiagnostik erwogen werden sollten.

Besteht der Verdacht auf eine Wernicke-Enzephalopathie, sollte eine hochdosierte parenterale Vitamin B₁-Gabe nicht aufgeschoben werden. Es existieren eine Reihe von Berichten zu oligosymptomatischen Addison-Syndromen als Ursache mentaler Störungen, sodass auf entsprechende prädisponierende Faktoren (z. B. Steroidpause), Elektrolyt- und Vitalwertveränderungen zu achten ist [42, 43].

Als nicht infektiöse, inflammatorische Erkrankungen kommen unter anderem eine antikörpervermittelte, insbesondere limbische Enzephalitis, eine Hashimoto-Enzephalopathie (SREAT), ein Neurolyupus, eine akute demyelinisierende Enzephalomyelitis (bei jungen Patienten), eine milde Enzephalitis/Enzephalopathie mit reversibler Spleniumläsion (MERS) oder eine Neurosarkoidose in Betracht.

Nonkonvulsive epileptische Anfälle

Nonkonvulsive Anfälle oder ein nonkonvulsiver Status epilepticus mit vielgestaltiger Ätiologie wurden je nach Studienkollektiv in 5 – 30 % der untersuchten Patienten mit Bewusstseinsänderungen nachgewiesen, bevorzugt bei Frauen [44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52]. Diagnostische Schwierigkeiten können die variablen, von enzephalopathischen Veränderungen oft schwer zu trennenden EEG-Muster bieten (kontinuierliche Spikes und Waves, periodische Spikes mit flacher Grundaktivität, Burst Suppression mit Spikes, triphasische Wellen mit Spikes, PLED/BiPLED), zumal wenn die Veränderungen inkonstant sind [53]. Ein Ansprechen von EEG und Klinik auf eine probatorische antiepileptische Therapie kann gegebenenfalls helfen, die Diagnose zu sichern [54].

Rolle der Liquordiagnostik

Eine Immunsuppression, eine kürzliche neurochirurgische Operation, ein akutes Psychosyndrom mit Fieber vor Aufnahme, ein unklarer Infekt bei Liquorrhoe, der Verdacht auf Meningeosis carcinomatosa, der Verdacht auf Subarachnoidalblutung > 24 Stunden ohne CT-Korrelat oder ein klinischer Meningitis-/Enzephalitisverdacht sind wichtige Indikationen zur Liquordiagnostik, die neben dem Liquorstatus je nach klinischem Verdacht oligoklonale Banden, eine Liquorzytologie, Meningitis-Schnelltests, ein Gram-Präparat, eine Liquor-Kultur, eine gezielte PCR-Diagnostik oder Erregerserologien beinhalten sollte. Nur die Hälfte der Fälle mit eitriger Meningitis weist eine Bewusstseinsstörung auf, und auch die Trias aus Kopfschmerzen, Fieber und Nackensteife liegt nur bei 50 % der Betroffenen vor.

In **Tab. 5** sind Kriterien aufgeführt, die eine Enzephalitis als wahrscheinlich annehmen lassen [55].

In verschiedenen Studien lag bei Delir oder Bewusstseinsänderung (altered mental state) die Rate pathologischer Liquorbefunde zwischen 1 – 18 % oder bei nosokomialer Meningitis bei 0 – 10 %, blieb aber in der Regel niedrig, falls nicht der Verdacht auf ambulant erworbene Meningitis, eine Immunsup-

Tab. 8: Systematik der Enzephalopathien		
inflammatorisch	metabolisch	toxisch (einschließlich Entzug)
<ul style="list-style-type: none"> – septisch – autoimmun – ADEM (akute disseminierte/demyelinisierende Enzephalomyelitis) – paraneoplastisch – bei Zöliakie – bei chronisch entzündlichen Darm-/Lebererkrankungen – Morbus Behcet – Morbus Sjögren – systemische Sklerose – Neurosarkoidose – Bickerstaff-Enzephalitis – SREAT/Hashimoto-Enzephalopathie – Graft-versus-host-Erkrankung – CLIPPERS (chronic lymphocytic inflammation with pontine perivascular enhancement responsive to steroids) – hypereosinophiles Syndrom – vaskulitisch (infektiös, primär zerebral, systemisch) – infektiös (HIV, Hep C, EHEC, Tbc, Legionella, PML, SSPE ...) 	<ul style="list-style-type: none"> – renal/urämisch – hepatisch – pankreatisch – pulmonal – O₂↓/CO₂↑ hormonell – hypo-/hyperthyreot – NNR-Störung – hyper-/hypoglykäm Elektrolyt-induziert – Hyponatriämie, osmotische Demyelinisierung, Ca, Mg, PO₄ Substanzmangel – Thiamin, Vitamin B₁₂, Niacin, Riboflavin, Vitamin E, Kupfer, Folat (selten) erbliche Stoffwechseldefekte – Porphyrie, mitochondrial, Aminoazidurien, Harnstoffzyklus-Defekte u. a. 	<ul style="list-style-type: none"> – Schwermetalle – Ethylenglykol – Methanol – Ethanol – Cyanid – Heroin – CO u.v.a. medikamentös-toxisch – anticholinerg – malignes neuroleptisches Syndrom – Serotonin-Syndrom – Valproat und andere Antiepileptika – Antibiotika – Lithium u. a.
neurozirkulatorisch	physikalisch	epileptisch
<ul style="list-style-type: none"> – hypoxisch-ischämisch – PRES – RCVS – Fettembolie-Syndrom – Eklampsie – Neurolypus u. a. – Phospholipid-Antikörper-Syndrom – Kryoglobulinämie 	<ul style="list-style-type: none"> – traumatisch – Radiatio – Hitze – Stromunfall – Höhenkrankheit 	<ul style="list-style-type: none"> – nonkonvulsive Anfälle/NKSE u. a. – diverse Syndrome

pression, eine neurochirurgische Operation oder ein Schädel-Hirn-Trauma in der Anamnese vorlagen [56, 57].

Kennzeichen des Delirs

Das Delir als häufigste Form akuter Verwirrtheit hat eine hohe Inzidenz und bleibt gerade in seiner hypoaktiven Form sicher unterdiagnostiziert: Es betrifft 10–40 % der stationären Patienten, mit noch höherer Quote im Intensivbereich. Davon sind 10–40 % medikamentös bedingt, sodass stets eine Überprüfung medikamentöser Einflussfaktoren stattfinden sollte [58, 59]. In **Tab. 5** sind einige wichtige Faktoren aufgeführt, die das Auftreten eines Delirs erleichtern. Typisch ist die fluktuierende, abends und nachts oft zunehmende Störung von Aufmerksamkeit und kognitiven Funktionen auf organischer Grundlage (**Tab. 6**). Dies kann sich entweder als Apathie, Schläfrigkeit und Bewegungsverarmung manifestieren (hypoaktive Form), als erregtes Delir [60] oder als Mischtyp mit (raschen) Zustandswechseln. Ein häufig verwendetes Scening-Instrument ist die deutsche Version der Confusion Assessment Method und ihrer Variante für das Intensiv-Setting (CAM, CAM-ICU) (**Tab. 7**). Die komplexe Pathophysiologie des Delirs ist bisher unvollständig verstanden [61]. Bildgebende oder Liquorbefunde sind in der Regel nicht diagnoseleitend [62, 63, 64].

Spezifische Enzephalopathien

Kennzeichen spezifischer Enzephalopathien, das heißt solcher Formen mit bestimmbarer Ursache, ist die diffuse, bilaterale zerebrale Funktionsstörung auf oft metabolischer, toxischer oder inflammatorischer Grundlage (zur Systematik der Enzephalopathien siehe **Tab. 8**). Auch hier sind kombinierte Ursachen und multiple Trigger häufig. Der Verlauf ist meist akut und reversibel. Dabei sind Störungen von Bewusstsein, Kognition, Antrieb und Affekt beobachtbar. Fakultativ kommen Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen, epileptische Anfälle oder autonome Symptome vor, gelegentlich aber auch fokale Defizite. Das EEG und das MRT sind meist unspezifisch oder nicht verändert.

PRES

Eine bedeutsame Enzephalopathie-Form stellt das posteriore reversible Enzephalopathie-Syndrom (PRES) dar, für das wir vorwiegend vier ätiologische Kategorien kennen [65]:

- Blutdruckentgleisungen beziehungsweise Angiopathien
- Tumoren beziehungsweise Tumortheraeutika
- Autoimmunerkrankungen beziehungsweise Immuntherapeutika
- bestimmte Formen des Nierenversagens (**Tab. 9**)

Tab. 9: Kennzeichen des posterioren reversiblen Enzephalopathie-Syndroms (PRES) [65]

Wichtige Auslösefaktoren	Klinik	Bildgebung
<ul style="list-style-type: none"> – Eklampsie – hypertensive Enzephalopathie, Angiopathien und gefäßwirksame Substanzen (bei 70–80% RR↑) – Nierenversagen – Tumoren und Zytostatika – Autoimmunerkrankungen und Immunsuppressiva /-modulatoren – Infektionen 	<ul style="list-style-type: none"> – epileptische Anfälle 60–75%, chronisch 2–8% – Verwirrtheit, Vigilanzminderung 50–80% – Kopfschmerzen 50% – visuelle Halluzinationen/Auren, kortikale Blindheit u. ä. (35%) – fokale Defizite (10–15%) 	<ul style="list-style-type: none"> – klassisch: vasogenes, seltener zytotoxisches Ödem biparieto-occipital betont (4 Verteilungstypen), selten spinal – Kortex früh betroffen – Kontrastmittelaufnahme 20–40% – Diffusionsrestriktion 15–30% – intrakranielle Blutung 10–25% – 10–70% reversible Vasokonstriktion

Wernicke-Enzephalopathie

Im Kontext von Alkoholabusus, Malnutrition oder Schwangerschaftserbrechen mit neuer Verwirrtheit sollte stets auch an die Wernicke-Enzephalopathie gedacht werden. Neben einer Gangtaxie und einer Okulomotorikstörung besteht in rund 70% der Fälle eine Bewusstseinsstörung, während die komplette Trias allenfalls in der Hälfte der Fälle nachweisbar ist und auch mittelliniennahe MRT-Veränderungen in fast der Hälfte der Fälle fehlen [66]. Begleitend können autonome Störungen wie eine arterielle Hypotonie, Tachykardie oder Hypothermie vorhanden sein.

Autoimmune Enzephalopathien

Abschließend bleibt darauf hinzuweisen, dass die Aufschlüsselung autoimmuner Enzephalopathien in den letzten Jahren durch eine stetig wachsende Zahl assoziierter Antikörper bedeutsame Fortschritte gemacht hat [67]. **Tab. 10** [68, 69, 70] kann daher nur eine unvollständige Liste von Antikörperbefunden bei rasch progredienter Demenz oder Enzephalopathie liefern, wobei zum Beispiel jeweils 20–30% der limbischen Enzephalitiden antikörpernegativ, pleocytosefrei oder MRT-negativ bleiben, sodass diese Diagnose ein hohes Maß an klinischer Wachsamkeit und gegebenenfalls eine wiederholte Diagnostik erfordern kann. Der Nachweis vieler dieser Antikörper gelingt im Liquor besser als im Serum.

Tab. 10: Mögliche Antikörper(AK)befunde bei rasch progredienter Demenz oder Enzephalopathie [68, 69, 70]

– ganglionische Acetylcholinrezeptor-AK
– VGCC-AK
– NMDA-AK
– Ri-AK
– GAD65-AK
– CRMP5- / CV2-AK
– Amphiphysin-AK
– MOG-AK (Kinder)

Fazit für die Praxis

Durch eine strukturierte Herangehensweise lassen sich viele Verwirrheitssymptome zügig ätiologisch aufschlüsseln und gezielt behandeln. Die Erkennung von Ätiologien mit dringlichem Handlungsbedarf wie akute zerebrovaskuläre Erkrankungen, Meningoenzephalitis, schwere Hypoglykämie, Hypoxämie, schwere Intoxikation oder Wernicke-Enzephalopathie hat dabei besondere Relevanz. Kombinierte Ätiologien oder multiple Trigger sind aber häufig.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. H. Topka erklärt eine Herausgebertätigkeit für den Thieme Verlag. 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.

AUTOREN

Dr. med. Olaf Eberhardt

Klinikum Bogenhausen
Englschalkinger
Straße 77,
81925 München

E-Mail: olaf.eberhardt@klinikum-muenchen.de

Prof. Dr. med. Helge Topka

Chefarzt der Klinik für Neurologie und Neurophysiologie Klinikum Bogenhausen, München



CME-Fragebogen

Diagnostische Strategien bei akut verwirrten Patienten

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent von SpringerMedizin.de
- als registrierter Abonnent dieser Fachzeitschrift
- als Berufsverbandsmitglied (BVDN, BDN, BVDP)
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN

FIN gültig bis 30.04.2019:

NT1904bo

Dieser CME-Kurs ist zwölf Monate auf SpringerMedizin.de/CME verfügbar. Sie finden ihn am schnellsten, wenn Sie die FIN oder den Titel des Beitrags in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren.

https://doi.org/10.1007/s15016-019-6595-x

? Welche Aussage zur Verwirrtheit ist falsch?

- Verwirrtheit ist stets Ausdruck einer Demenz.
- Wichtig ist die Differenzierung einer Verwirrtheit von einer flüssigen Aphasie.
- Wichtig ist die Differenzierung einer Verwirrtheit von einer transienten globalen Amnesie.
- Verwirrheitssyndrome nehmen im Alter zu, betreffen aber auch jüngere Personen.
- Die Unterscheidung akuter und chronischer Formen der Verwirrtheit bedarf oft einer gezielten Fremdanamnese.

? Welche vermutete Ursache einer Verwirrtheit birgt die geringste akute Patientengefährdung, falls sie nicht rechtzeitig erkannt wird?

- Hyponatriämie von 110 mmol/l
- Non-konvulsiver Status epilepticus mit Sopor
- Protrahierte Hypoglykämie von 25 mg/dl
- Posteriores reversibles Enzephalopathie-Syndrom mit RR 220/110 mmHg
- Alzheimer-Demenz mit chronischen Halluzinationen

? Welche Aussage zu akut verwirrten Patienten trifft nicht zu?

- Fluktuationen der Bewusstseinslage können bei der Lewy-Körper-Demenz vorkommen.

- Fluktuationen der Bewusstseinslage können auch in fortgeschrittenen Stadien verschiedener Demenzen vorkommen.
- Fluktuationen der Bewusstseinslage sind eines der Kennzeichen des Delirs.
- Ein erster epileptischer Anfall im Alkoholzug mit Sturz bedarf keiner zerebralen Bildgebung.
- Eine Änderung des mentalen Status ist Kernsymptom einer Enzephalitis.

? Welche Aussage trifft auf das Serotonin-Syndrom zu?

- Ursache ist allgemein ein Überschuss von endogen produziertem Serotonin durch genetische Störungen des Monoamin-Stoffwechsels.
- Häufig sind Medikamentenkombinationen serotonerg wirksamer Pharmaka ursächlich.
- Es tritt in der Regel erst nach Monaten der Behandlung in stabiler Dosis auf.
- Zur Diagnose ist ein Toxikologie-Screening im Serum erforderlich.
- Namensgebend ist das Ansprechen auf hochdosierte Serotonin-Infusionen.

? Welche Aussage trifft auf die steroid-sensitive Enzephalopathie bei Schilddrüsenautoimmunität zu?

- Sie ist die Folge eines Morbus Basedow.
- Sie erfordert zur Diagnose den Nachweis einer Hypo- oder Hyperthyreose.
- Sie kann mit TPO-Antikörpern im Serum als bewiesen gelten.

- Sie ist Folge einer langjährigen Steroid-Therapie bei sensiblen Patienten.
- Sie kann mit dem Nachweis von α -Enolase-Antikörpern im Serum verbunden sein.

? Welche Aussage zur Diagnostik von Enzephalopathien trifft zu?

- Die Diagnose einer hepatischen Enzephalopathie erfordert den Nachweis eines stark erhöhten Ammoniaks im Serum.
- Der qualitative Nachweis einer bestimmten Substanz im Serum reicht zur Diagnose einer Intoxikation als Ursache einer Verwirrtheit aus.
- Der isolierte Nachweis von LGI1-Antikörpern im Serum macht die Diagnose einer limbischen Enzephalitis unumstößlich.
- Die Ergebnisse einer Vitamin B₁-Spiegel-Bestimmung sollten bei Verdacht auf Wernicke-Enzephalopathie vor Therapiestart mit Thiamin nicht abgewartet werden.
- Die Diagnose einer septischen Enzephalopathie gelingt spezifisch durch den Nachweis von hohem CRP, erhöhtem Interleukin-1 und erhöhtem Interleukin-6 im Serum.

? Welche Befunde von Patienten mit Verwirrtheit entgehen typischerweise der nativen CT-Diagnostik?

- Schwere globale Atrophie
- Territorialinfarkt im Stromgebiet der A. cerebri posterior vor drei Tagen



Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungs-fähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf SpringerMedizin.de/CME tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780-777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

- Frontale Kontusionsblutung
 - Syndrom der osmotischen Demyelinisierung im Frühstadium
 - Raumforderndes akutes subdurales Hämatom
- ? Welche Aussage zu verwirrten Patienten trifft zu?**
- Ein Schlaganfall ist die häufigste Ursache einer akuten Verwirrtheit im Alter.
 - Das Ansprechen auf eine antiepileptische Therapie kann nicht für die vermutete Diagnose eines nonkonvulsiven Status epilepticus sprechen, da Antiepileptika unspezifische neuroprotektive Effekte haben.
 - Metabolisch-toxische Enzephalopathien werden anhand ihres spezifischen Läsionsmusters im MRT diagnostiziert.
 - Ein Delir ist gleichbedeutend mit einem Erregungszustand und Hyperaktivität.
 - Hohes Alter, Demenz, männliches Geschlecht und Suchterkrankungen sind wichtige Risikofaktoren eines Delirs.

- ? Eine 38-jährige Patientin kommt mit akuten Kopfschmerzen, Wesensänderung und Sturz in die Notaufnahme. In der klinischen Untersuchung fallen ein Zungenbiss, eine psychomotorische Verlangsamung und eine Störung der Merkfähigkeit auf. Welche Aussage trifft nicht zu?**
- Eine Sinusthrombose kommt in Betracht und eine venöse Gefäßdarstellung sollte gegebenenfalls ergänzt werden.
 - Wenn gleichzeitig Fieber besteht, sollte eine Meningoenzephalitis bildgebend und liquorchemisch ausgeschlossen werden.
 - Wenn am Wochenende kein MRT verfügbar ist, sollte die zerebrale Bildgebung wegen der Strahlenbelastung einer CT bis nach dem Wochenende aufgeschoben werden, zumal Hirndruck auch über den Öffnungsdruck bei der Liquorpunktion bestimmt werden kann.

- Eine Intoxikation mit Substanzen, die die Anfallsschwelle senken, kommt in Betracht.
 - Eine zerebrale Raumforderung sollte per Bildgebung zügig ausgeschlossen werden.
- ? Was trifft auf die Bildgebung beim posterioren reversiblen Enzephalopathie-Syndrom zu?**
- Weist spezifisch posteriore Veränderungen nach, die nie Kontrastmittel aufnehmen.
 - Weist Signalveränderungen nach, die stets den Kortex aussparen.
 - Kann mit dem Nachweis von arteriellen Gefäßveränderungen (reversible Vasokonstriktion) verbunden sein.
 - Erfolgt auch bei regionalen Varianten nur mit dem kraniellen CT (cCT).
 - Erfordert ein HMPAO-SPECT zur Messung der gestörten regionalen Durchblutung.

STICHTAG 30.6.

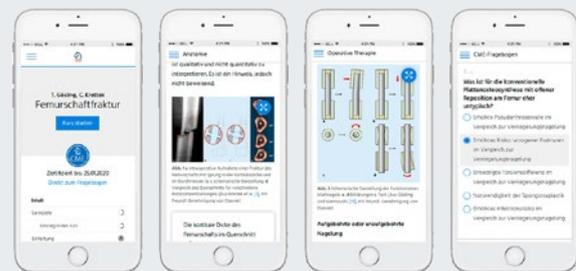


CME-Fortbildung – fundiert, praktisch und mobil

Unter SpringerMedizin.de/CME können Sie nicht nur die Fragen zur CME-Fortbildung aus dieser Ausgabe beantworten, es stehen Ihnen über 550 weitere Kurse aus allen medizinischen Fachrichtungen zur Verfügung – das ist Deutschlands größtes CME-Angebot. Zugang zu allen Inhalten auf SpringerMedizin.de einschließlich aller CME-Fortbildungen erhalten Sie mit einem e.Med-Abonnement.

Die meisten CME-Fortbildungen auf SpringerMedizin.de stammen aus den Fachzeitschriften des Verlages, hinzu kommen exklusiv erstellte multimediale Kurse. Allen gemeinsam ist der hohe Springer-Standard: Die Themen sind aktuell und praxisrelevant und die Autoren ausgewiesene Experten. Alle Kurse wurden, je nach Umfang, mit zwei bis sechs Punkten zur zertifizierten Fortbildung anerkannt.

Aber nicht nur die inhaltliche Qualität stimmt, das CME-Kursformat wurde zum Jahreswechsel 2019 komplett überarbeitet: Das Design ist jetzt schlichter und klarer, die Bedienung erschließt sich intuitiv. Alle Kurse stehen wahlweise als PDF zum Durchblättern oder als interaktives e.Learning-Modul zum Durchklicken zur Verfügung. Und das funktioniert auch mobil.



Egal, ob Sie den Kurs am Desktop, dem Tablet oder dem Smartphone absolvieren: Die Darstellung der Fortbildungsinhalte passt sich der Bildschirmgröße automatisch an.

Für viele Vertragsärzte endet am 30. Juni wieder die Frist, innerhalb derer sie ihr Fortbildungszertifikat vorlegen müssen. Eine gute Nachricht für alle, denen noch Punkte fehlen: Aktuell gibt es das e.Med-Abonnement mit Zugriff auf alle CME-Fortbildungen auf SpringerMedizin.de zum Sonderpreis. Weitere Informationen finden Sie online unter:

www.bit.ly/InterdisziplinärCME



Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Naughton BJ et al. Delirium and other cognitive impairment in older adults in an emergency department. *Ann Emerg Med* 1995; 25: 751-5
2. Naughton BJ et al. Computed tomography scanning and delirium in elder patients. *Acad Emerg Med* 1997; 4: 1107-10
3. Kanich W et al. Altered mental status: evaluation and etiology in the ED. *Am J Emerg Med* 2002; 20: 613-7
4. Wilber ST. Altered mental status in older emergency department patients. *Emerg Med Clin North Am* 2006; 24: 299-316
5. Shabarin V. Ursachen akuter Verwirrheitszustände als Aufnahmegrund in die akut-neurologische Klinik – eine retrospektive Kohortenstudie. Inaugural–Dissertation Freiburg i. Br. 2009
6. Han JH, Wilber ST. Altered mental status in older patients in the emergency department. *Clin Geriatr Med* 2013; 29: 101-36
7. Sanello A et al. Altered Mental Status: Current Evidence-based Recommendations for Prehospital Care. *West J Emerg Med* 2018; 19: 527-541
8. Xiao HY et al. Evaluation and treatment of altered mental status patients in the emergency department: Life in the fast lane. *World J Emerg Med* 2012; 3: 270-7
9. Aslaner MA et al. Etiologies and delirium rates of elderly ED patients with acutely altered mental status: a multicenter prospective study. *Am J Emerg Med*. 2017; 35: 71-76
10. Bassetti C. Differential diagnosis and management of non-psychiatric acute confusional states. *Schweizer Arch Neurol Psychiatr* 2007; 158: 368-378
11. Doubal J. The confused patient in the acute hospital. *R Coll Physicians Edinb* 2013; 43: 68-69
12. Martel ML et al. Etiologies of altered mental status in patients with presumed ethanol intoxication. *Am J Emerg Med* 2018; 36: 1057-1059
13. American College of Emergency Physicians: Clinical policy for the initial approach to patients presenting with altered mental status. *Ann Emerg Med* 1999; 33: 251-281
14. Bhattacharyya S et al. Antibiotic-associated encephalopathy. *Neurology* 2016; 86: 963-71
15. Mardani M. Antibiotic and Mental Status Change. *Arch Clin Infect Dis* 2017; 12: e45895.
16. Prasad M, Seal A, Mordekar SR. Fifteen-minute consultation: Approach to the child with an acute confusional state. *Arch Child Educ Pract Ed* 2017; 102: 72-77
17. Douglas VC, Josephson SA. Altered mental status. *Continuum (Minneapolis)* 2011; 17: 967-83
18. Laurent C. Steroid-responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis (SREAT): Characteristics, treatment and outcome in 251 cases from the literature. *Autoimmun Rev* 2016; 15: 1129-1133
19. Kishitani T et al. Limbic encephalitis associated with anti-NH2-terminal of α -enolase antibodies: A clinical subtype of Hashimoto encephalopathy. *Medicine (Baltimore)* 2017; 96: e6181
20. Hufschmidt A, Shabarin V. Diagnostic yield of cerebral imaging in patients with acute confusion. *Acta Neurol Scand* 2008; 118: 245-50
21. Roberts MA, Caird FI. The contribution of computerized tomography to the differential diagnosis of confusion in elderly patients. *Age Ageing* 1990; 19: 50-6
22. Brown G et al. Cranial computed tomography of elderly patients: an evaluation of its use in acute neurological presentations. *Age Ageing* 1993; 22: 240-3
23. Rothrock SG et al. Cranial computed tomography in the emergency evaluation of adult patients without a recent history of head trauma: a prospective analysis. *Acad Emerg Med* 1997; 4: 654-61
24. Hardy JE, Brennan N. Computerized tomography of the brain for elderly patients presenting to the emergency department with acute confusion. *Emerg Med Australas* 2008; 20: 420-4
25. Leong LB et al. Prospective study of patients with altered mental status: clinical features and outcome. *Int J Emerg Med* 2008; 1: 179-82
26. Brami-Zylberberg F et al. Imaging of acute confusional state. *J Radiol* 2008; 89: 843-51
27. Lim BL et al. Clinical predictors of abnormal computed tomography findings in patients with altered mental status. *Singapore Med J* 2009; 50: 885-8
28. Leong LB et al. Identifying risk factors for an abnormal computed tomographic scan of the head among patients with altered mental status in the Emergency Department. *Eur J Emerg Med* 2010; 17: 219-23
29. West WM et al. Acute computed tomography findings in patients with acute confusion of non-traumatic aetiology. *West Indian Med J* 2011; 60: 571-5
30. Lai MM, Wong Tin Niam DM. Intracranial cause of delirium: computed tomography yield and predictive factors. *Intern Med J* 2012; 42: 422-7
31. Theisen-Toupal J et al. Diagnostic yield of head computed tomography for the hospitalized medical patient with delirium. *Hosp Med* 2014; 9: 497-501
32. Thacker PJ et al. Rapid Response: To Scan or Not to Scan? The Utility of Noncontrast CT Head for Altered Mental Status. *J Patient Saf* 2018. doi: 10.1097/PTS.0000000000000447.
33. Shin S et al. Predictors of abnormal brain computed tomography findings in patients with acute altered mental status in the emergency department. *Clin Exp Emerg Med* 2018; 5: 1-6
34. Hijazi Z et al. The use of cerebral imaging for investigating delirium aetiology. *Eur J Intern Med* 2018; 52: 35-39

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



CGRP-Antikörper Galcanezumab zur Migräneprophylaxe

➔ Eine neue Möglichkeit der spezifischen Migräneprophylaxe bietet Galcanezumab (Emgality®). Der humanisierte monoklonale Antikörper ist zur Migräneprophylaxe zugelassen und richtet sich gegen das Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP), das als Vasodilatator eine wichtige Rolle in der Pathophysiologie der Migräne spielt. Auf einer Pressekonferenz der Firma Lilly präsentierte Prof. Dr. Uwe Reuter, Leiter der Kopfschmerzambulanz der Charité in Berlin, die Ergebnisse der Phase-III-Studien EVOLVE-1 und EVOLVE-2, in denen die monatliche Gabe von 120 mg beziehungsweise 240 mg Galcanezumab über sechs Monate bei Patienten mit episodischer Migräne im Vergleich zu Placebo untersucht wurde [Stauffer VL et al. JAMA Neurol 2018;75(9):1080–8; Skljarevski V et al. Cephalgia 2018;38(8):1442–54]. Der primäre Endpunkt – definiert als mittlere Änderung der monatlichen Migränetage

gegenüber dem Ausgangswert – wurde in beiden Studien erreicht: In der EVOLVE-1-Studie reduzierten sich die monatlichen Migränetage mit 120 mg Galcanezumab gegenüber dem Ausgangszustand im Mittel um 4,73 Tage, wogegen in der Placebogruppe nur eine Reduktion von 2,81 Tagen erreicht wurde ($p < 0,001$; **Abb. 1**). Dieser Effekt war bereits nach einem Monat zu beobachten. Insgesamt, so Reuter, erreichten mit 120 mg Galcanezumab bis zu 62,3 % der Patienten in EVOLVE-1 und 59,3 % in EVOLVE-2 mindestens eine 50%ige Reduktion ihrer monatlichen Migränetage, während es unter Placebo nur 38,6 % (EVOLVE-1) und 36 % (EVOLVE-2) waren. Auch Patienten, bei denen in der Vergangenheit bereits bis zu drei Migräneprophylaktika versagt hatten, könnten von dem Antikörper profitieren, berichtete Reuter. In dieser Gruppe ließ sich mit 120 mg Galcanezumab eine Reduk-

tion der monatlichen Migränetage um im Schnitt 3,45 Tage verzeichnen, während mit Placebo nur eine Reduktion von durchschnittlich 0,81 Tagen erzielt wurde ($p < 0,001$) [Zhang O et al., Neurology 2018, 90 (Suppl 15):S20.004]. Gleichzeitig erwies sich das Medikament in beiden Studien als sicher und verträglich. Mehr als 80 % der Patienten hätten die Studien vollständig durchlaufen, hob Reuter hervor. Als häufigste Nebenwirkung seien Schmerzen und Juckreiz an der Injektionsstelle angegeben worden, schwere Nebenwirkungen seien unter Galcanezumab nicht öfter als unter Placebo aufgetreten. Ähnliche Ergebnisse erzielte der Antikörper auch in der Studie REGAIN [Detke HC et al. Neurology 2018;91(24):e2211–21] bei Patienten mit chronischer Migräne, sagte Reuter. Die Markteinführung von Galcanezumab ist am 1. April 2019 erfolgt. Wie der Antikörper in der Praxis anzuwenden ist, erklärte Dr. Astrid Gendolla, niedergelassene Neurologin aus Essen. Die Patienten können sich das Medikament einfach und schnell mittels Fertigen selbst subkutan injizieren. Auf eine Anfangsdosis von zweimal 120 mg folge monatlich eine Erhaltungsdosis von 120 mg. Grundsätzlich rät Gendolla über eine Migräneprophylaxe nachzudenken, wenn die Lebensqualität sehr stark eingeschränkt sei. **Dr. Lamia Özgör**

Launch-Pressekonferenz „Frischer Wind in der Migräneprophylaxe – was kann der neue CGRP-Hemmer Emgality® (Galcanezumab) bewirken?“ Frankfurt/Main, 25.2.2019; Veranstalter: Lilly Pharma

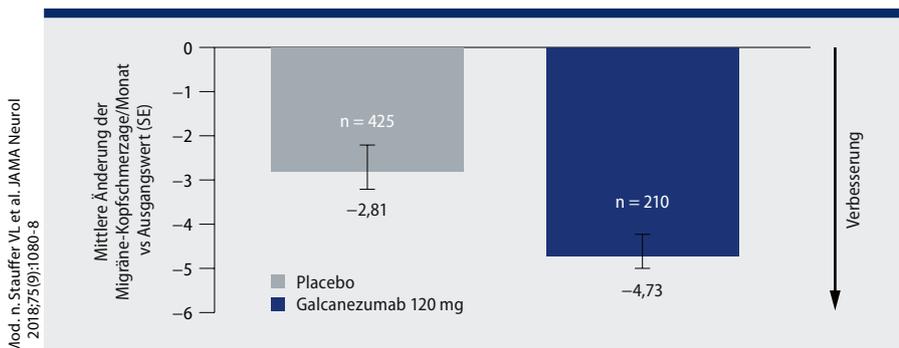


Abb. 1: Ergebnisse der Phase-III-Studie EVOLVE-1. Die Zahl der monatlichen Migränetage reduzierte sich mit 120 mg Galcanezumab über sechs Monate hinweg im Mittel um 4,73 Tage, mit Placebo nur um 2,81 Tage.

Negativsymptomatik bei Schizophrenie gezielt behandeln

➔ Besonders Negativsymptome wirken sich im Langzeitverlauf der Schizophrenie nachteilig auf das psychosoziale Funktionsniveau aus. Der Wirkstoff Cariprazin kann spezifisch die Negativsymptomatik verringern. Um im Langzeitverlauf der Schizophrenie eine Verbesserung des Funktionsniveaus zu erreichen, ist es entscheidend, vorherrschende Negativsymptome zu reduzieren. „Jemand mit einem Rest Halluzinose,

mit einem Rest Wahn kann sich einfacher ins Leben einfügen als jemand mit ausgeprägten Negativsymptomen. Insofern ist es von hoher klinischer Relevanz, eine Substanz zu haben, die diese Symptome behandelt“, betonte Prof. Dr. W. Wolfgang Fleischhacker, Rektor der Medizinischen Universität Innsbruck.

Eine signifikante Wirksamkeit auf die Negativsymptomatik konnte für Cariprazin (Re-

agila®) gezeigt werden [Nemeth G et al. Lancet 2017;389(10074):1103–13]. In der multizentrischen, doppelblinden Studie wurden 461 mittelschwer erkrankte Schizophreniepatienten mit prädominierender Negativsymptomatik sechs Monate lang mit täglich 3–6 mg Cariprazin (Zieldosis 4,5 mg) oder 3–6 mg Risperidon (Zieldosis 4 mg) behandelt. Die Behandlung mit Cariprazin führte im Vergleich zur Gabe von

Risperidon zu einem signifikant verringerten Punktwert der PANSS-FSNS (Positive and Negative Syndrome Scale-Factor Score for Negative Symptoms) (Effektstärke = 0,31; $p = 0,002$) und einem erhöhten Punktwert der Personal and Social Performance scale (PSP), einem Maß des psychosozialen Funktionsniveaus ($p < 0,001$). Einer Metaanalyse zufolge sind die einzigen Substanzen mit einer wissenschaftlich gut

belegten Wirkung auf die Negativsymptomatik Cariprazin und Amisulprid [Krause M et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2018;268:625–39], erläuterte Prof. Dr. Stefan Leucht, Stellvertretender Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar in München. Im Gegensatz zu Amisulprid wirke Cariprazin jedoch nicht auf depressive Symptome, wodurch Sekundäreffekte auf die Negativsymptoma-

tik ausgeschlossen werden könnten. „Die Behandlung dieses Symptomkomplexes bleibt eine große therapeutische Herausforderung“, gab Fleischhacker zu. „Wir müssen jetzt abwarten, wie sich die Substanz in der Klinik bewährt“. **Dr. Katharina Brüggem**

Symposium „Cariprazin – ein neuer Behandlungsansatz in der Schizophrenie“, DGPPN-Kongress, Berlin, 30.11.2018; Veranstalter: Recordati Pharma

Esketamin bei therapieresistenter Depression

➔ Aktuelle Studiendaten zeigen: Esketamin ist bei therapieresistenter Depression rasch und klinisch relevant wirksam. Nebenwirkungen wie Blutdruckanstieg und dissoziative Phänomene sind zu beachten, aber nur von kurzer Dauer.

Die Depression ist eine Volkskrankheit. 2015 waren in Deutschland 4,1 Millionen, also etwa 5,2% der Bevölkerung, betroffen. Depressionen sind die häufigste Ursache für suizidale Handlungen, rief PD Dr. Mazda Adli, Fliedner Klinik Berlin und Leiter des Forschungsbereichs Affektive Störungen an der Charité Berlin, in Erinnerung. Werde nach zwei Therapieversuchen keine Remission erreicht, spreche man üblicherweise von Therapieresistenz, die bei etwa 35% der Patienten vorkomme. Ein Therapieversuch sollte dabei laut Adli über mindestens vier Wochen erfolgen, im klinischen Alltag würden eher acht, bei älteren Patienten sogar zwölf Wochen veranschlagt.

Mit Esketamin, dem S-Enantiomer des Anästhetikums und Analgetikums Ketamin, wird derzeit eine mögliche neue Therapieoption zur Behandlung therapieresistenter Depressionen (TRD) entwickelt. Es wird vermutet, dass die antidepressive Wirkung über einen Anstieg der synaptischen Plastizität vermittelt wird. Ergebnisse aus aktuellen Studien mit dem N-Methyl-D-Aspartat-Antagonisten bei Patienten mit TRD stellte Prof. Dr. Michael Bauer, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, vor.

In der randomisierten, doppelblinden Phase-III-Akutstudie ESKETINTRD3002 erhielten die 223 TRD-Patienten über vier Wochen zusätzlich zu einem (neuen) oralen Antidepressivum entweder nasales Esketa-

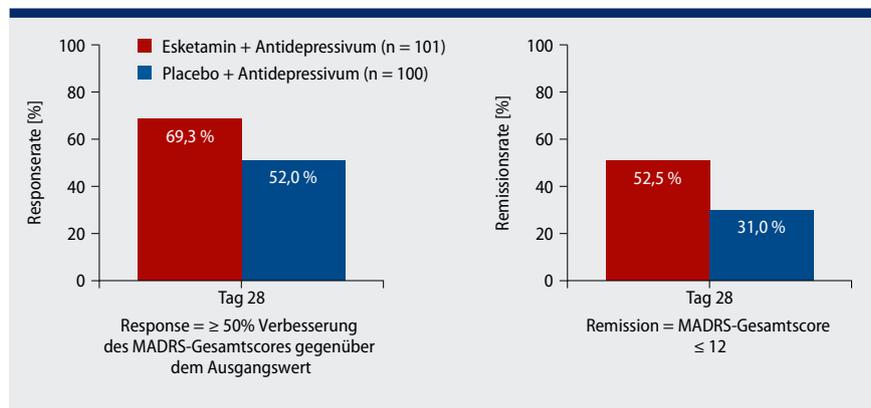


Abb. 1: Phase-III-Akutstudie ESKETINTRD 3002: bei den Response- und Remissionsraten war Esketamin Placebo signifikant überlegen.

min (56 mg oder 84 mg) oder nasales Placebo. Beim primären Endpunkt, der Änderung des MADRS-Gesamtscores gegenüber dem Ausgangswert, war Esketamin Placebo ebenso signifikant überlegen (Delta nach vier Wochen = 4,0 Punkte) wie bei den sekundären Endpunkten Response- sowie Remissionsrate (STAR*D Level 3 Response = 17%; Remission = 14%, **Abb. 1**) [Popova V et al. Poster W30; Annual Meeting of the American Society for Clinical Pathology 2018, Miami/USA]. Der Unterschied von 4 Punkten auf der MADRS im Vergleich zu Placebo ist laut Bauer klinisch bedeutsam, der „eigentliche Clou“ sei aber der rasche Wirkeintritt nach bereits ein bis zwei Tagen. An unerwünschten Arzneimittelwirkungen waren Blutdruckanstieg sowie dissoziative Phänomene („Wahrnehmungen“) zu verzeichnen, die allerdings etwa 1,5 Stunden nach der nasalen Gabe wieder abklangen. In der Phase-III-Erhaltungstherapiestudie ESKETINTRD3003 wurden Patienten, die

eine stabile Remission erreicht hatten, über bis zu 84 Wochen weiterverfolgt. Demnach reduziert die Gabe eines Antidepressivums plus Esketamin im Vergleich zum Antidepressivum allein das Rückfallrisiko in dieser Gruppe um 51% (HR 0,49; 95%-KI: 0,29; 0,84). Angesprochen auf die weit verbreitete missbräuchliche Einnahme von Ketamin betonte Bauer, dass die therapeutische Dosis viel geringer sei, als die von Süchtigen verwendete. Zudem sei die Applikation nicht in Eigenregie, sondern in der Arztpraxis vorgesehen. Nichtsdestotrotz sei Esketamin sicherlich „nicht indiziert bei Patienten, die zu Suchterkrankungen neigen“.

Dr. Gunter Freese

Presseworkshop „Aktuelle Daten und Stand der Versorgung von Patienten mit unipolarer Depression“, im Rahmen des DGPPN-Kongresses 30.11.2018, Berlin; Veranstalter: Janssen

Mod. n. Popova V et al. Poster W30, ASCP 2018, Miami/USA

Oft sagen zuerst die Eltern: „Mit unserem Kind stimmt etwas nicht“

➔ Den langen Weg vom ersten Symptom zur Diagnose einer lysosomalen Speichererkrankung (LSD) diskutierten Dr. Christina Lampe und Prof. Dr. Andreas Hahn vom Zentrum Kinderheilkunde der Universitätsklinik Gießen auf der Neurowoche in Berlin. LSD gehören zu den seltenen Erkrankungen. Es sind multisystemische Stoffwechselerkrankungen: Enzymdefekte führen zur Ablagerung von Abfallprodukten des lysosomalen Stoffwechsels in Organen. Je nachdem wie man zähle, so Hahn, gebe es bis zu 70 Entitäten, klassifiziert nach Speicherematerial. In der Regel manifestieren sie sich im frühen Kindesalter, meist werden Symptome zuerst missgedeutet oder übersehen. Oft vergehen Jahre bis zur Diagnose [www.eurordis.org/IMG/pdf/voice_12000_patients/EURORDISCARE_FULLBOOKr.pdf; www.journalofrareorders.com/pub/IssuePDFs/Engel.pdf], wertvolle Zeit, die für eine mögliche Therapie

verloren geht. Aufgetretene Funktionsverluste werden in der Regel nicht wiedererlangt.

Die Odyssee, die Betroffene erleben, verdeutlichte Lampe am Fallbeispiel: Für den Jungen wird im Alter von zweieinhalb Jahren die Diagnose einer Mukopolysaccharidose (MPS) Typ II – Morbus Hunter – gestellt. Bis dahin fällt er mit einer Vielzahl von Symptomen auf, Arztkontakte sind häufig. Atemwegsinfekte, Otitiden, Hörschwäche, Schlafapnoe, ein Leisten- und Nabelbruch, Hüftdysplasie, Leber- und Milzvergrößerung sowie eine mit großem Kopfumfang, vergrößerten Gesichtszügen und auffälliger Gelenksteifigkeit charakteristische Physis lassen im Nachhinein die Diagnose zwingend erscheinen. Für sich und einzeln genommen, so betont Lampe, seien die oben genannten MPS-Erstsymptome jedoch typische Allerweltssymptome [Wraith et al. Genet. Med. 2008;10(7):508–16].

Auch charakteristische neuroradiologische (Zufalls-)Befunde können für die Diagnose einer LSD wegweisend sein. So gebe es, erklärte Hahn, honigwabeförmige Substanzdefekte bei MPS und MS-ähnliche Befunde beim zu den Sphingolipidosen gehörenden Morbus Fabry. Unbedingt aufmerksam müsse man werden, wenn in einer Familie mehrere Fälle von MS bekannt seien, ebenso müsse bei jeder im Kleinkindalter auftretenden Epilepsie an die neuronale Ceroidlipofuszinose gedacht werden. Heilbar ist keine der lysosomalen Speichererkrankungen, behandelbar mittlerweile viele (z. B. Enzymersatztherapie mit Elaprase® bei Morbus Hunter). Eine Erleichterung bedeutet die richtige Diagnose in jedem Fall.

Anna Atak

Industrieworkshop „Schwieriges Versteckspiel – seltenen Erkrankungen auf die Schliche kommen“, Neurowoche, Berlin, 2.11.2018; Veranstalter: Shire

Kausale Enzymersatztherapie bei Hypophosphatasie

➔ Patienten mit Hypophosphatasie durchlaufen nicht selten eine jahrelange diagnostische Odyssee, bis ihre Erkrankung korrekt erkannt wird. Hauptgrund dafür ist das äußerst variable klinische Bild der seltenen, erblichen Stoffwechselstörung.

Die Hypophosphatasie (HPP) ist eine langsam fortschreitende, genetisch bedingte Stoffwechselerkrankung, die schwerwiegende Folgen für multiple Organsysteme des Körpers haben und potenziell lebensbedrohlich sein kann. Ursache der seltenen Erkrankung sind Mutationen im Gen, das für die gewebeunspezifische alkalische Phosphatase (Tissue-Nonspecific Alkaline Phosphatase, TNSALP) kodiert und somit eine unzureichende Funktion dieses Enzyms bedingt.

Wie Dr. Lothar Seefried, Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus, Würzburg, informierte, reicht das klinische Spektrum der HPP von lebensbedrohlichen kindlichen Formen bis hin zu milden Formen mit Manifestation im Erwachsenenalter: „Während die schweren kindlichen Formen anhand ihrer Symptome wie unter anderem einer

ausgeprägten Hypomineralisierung mit nahezu fehlendem Knochen beziehungsweise schwersten Knochendeformitäten, Kraniosynostose und vorzeitigem Milchzahnausfall meist rasch diagnostiziert werden, bleibt die HPP bei Erwachsenen aufgrund ihres äußerst heterogenen und zugleich unspezifischen klinischen Erscheinungsbilds oft lange Zeit unerkannt oder wird fehldiagnostiziert“, so der Osteologe (DVO) und Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Oft klagten die Patienten über schwer objektivierbare chronische muskuläre und entzündliche Weichteilschmerzen in den Extremitäten sowie eine rasche muskuläre Erschöpfung beziehungsweise Ermüdbarkeit, die den Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung nahelegen. „Beobachtet werden aber auch nicht skelettspezifische Symptome wie Kopfschmerzen, Verdauungsbeschwerden, Schlafstörungen und psychische Auffälligkeiten bis hin zu Depressionen“, ergänzte Seefried.

Die Diagnose einer HPP kann bei entsprechender Klinik und dem laborchemischen

Nachweis einer wiederholt erniedrigten AP (alkalische Phosphatase)-Aktivität unterhalb der alters- und geschlechtsspezifischen Normgrenze und erhöhten AP-Substraten leicht gestellt werden. In unklaren Fällen kann eine genetische Untersuchung die Diagnose bestätigen.

Für Patienten, bei denen die HPP im Kindes- und Jugendalter aufgetreten ist, steht seit 2015 mit Asfotase alfa (Strensiq®) die erste und bislang einzige zugelassene kausale Therapie zur Verfügung [Fachinformation Strensiq®; Stand: Februar 2018]. „Unter der Enzymersatztherapie kommt es zu einer Verbesserung von Knochenmineralisierung, Wachstum, Überleben und Bewegungsfähigkeit“, erläuterte Seefried. Die Therapie von Patienten mit HPP sollte stets im Rahmen eines multimodalen und multidisziplinären Ansatzes und nach Möglichkeit in einem spezialisierten Zentrum erfolgen, riet der Orthopäde.

Dr. Silke Wedekind

Expertengespräch; München, 15.2.2019; Veranstalter: Alexion Pharma

Was Chili mit neuropathischem Schmerz zu tun hat

➔ Prof. Dr. Ralf Baron, Leiter der Sektion Neurologische Schmerzforschung und -therapie am Universitätsklinikum Kiel, präsentierte beim DGN-Kongress 2018 den Fall eines 20-Jährigen, der sich mit attackenartig auftretenden Brennschmerzen und Kribbeln in beiden Füßen und Händen vorstellte. Seine Schmerzen waren abhängig von warmer Außentemperatur, verstärkten sich bei Sport, und der junge Mann berichtete von wenig Schweißbildung.

Die neurophysiologische Untersuchung, so Baron, bietet meist keinen Anhaltspunkt. Denn die Anamnese ist klassisch für Morbus Fabry. Warum man neurophysiologisch nichts finden kann: Nur die dünnen Fasern sind betroffen (small fiber neuropathy), während die dicken Afferenzen, die man messen kann, noch intakt sind. Baron empfiehlt den Fragebogen „FabryScan“, der eine Abgrenzung gegenüber Polyneuropathien anderer Genese (z. B. Diabetes, Alkohol, paraneoplastisch etc.) ermöglicht.

Morbus Fabry ist eine x-chromosomal vererbte lysosomale Speicherkrankheit, die auf einem Mangel beziehungsweise dem völligen Fehlen des Enzyms α -Galaktosidase A (GalA) beruht. Weitere Leitsymptome sind gastrointestinale Beschwerden, Hornhauttrübung und Angiokeratome (vor allem Leisten, Gesäß). Im weiteren Verlauf kann es zu multiplen Organschäden kommen. Je früher man die Enzymersatztherapie mit beispielsweise Agalsidase beta (Fabrazy-

me[®]) beginnt, desto besser ist das für die Prognose der Patienten.

Menschen besitzen Capsaicin-Rezeptoren (TRPV1) und diese können Wärme – auch durch Chili ausgelöste Wärme – „fühlen“. Bei einer Neuropathie ist die TRPV1-Expression massiv gesteigert. Interessant ist, dass auch bei Morbus Fabry – per Mausmodell bewiesen – viel mehr TRPV1-Rezeptoren exprimiert werden [Baron R, Forstenpointner J, Lancet Neurol 2018;17(9):738–40].

Neueste Ergebnisse von Pinho-Ribeiro [Pinho-Ribeiro FA et al. Cell 2018;173(5):1083–97] zeigen, dass bei der nekrotisierenden Faszitis der ursächliche Erreger Streptococcus pyogenes Streptolysin ausschüttet, das Capsaicin-Rezeptoren erregt, und damit die Schmerzfasern aktiviert. Diese wiederum setzen das Calcitonin Gene Related Peptide (CGRP) frei und das lähmt Leukozyten, sodass sich die Bakterien ungehemmt vermehren können.

Baron hat das Wissen im Versuch mit seiner an Angina erkrankten Mitarbeiterin genutzt: Er empfahl ihr, scharfes Chili con carne zu essen. Da Hochdosis-Capsaicin Schmerzfasern in ihrer Funktion unterbrechen kann, wird kaum noch CGRP frei, die Leukozyten bleiben wach und „fressen“ die Streptokokken auf. **Dr. Nana Mosler**

Satellitensymposium: „Drei Fragezeichen. Der knifflige neurologische Fall“ im Rahmen des 91. DGN-Kongress, Berlin, 2.11.2018; Veranstalter: Sanofi Genzyme

Menschen besitzen Capsaicin-Rezeptoren (TRPV1) und diese können Wärme – auch durch Chili ausgelöste Wärme – „fühlen“.



© Frank Chang / Fotolia

Biken gegen Multiple Sklerose

Ein erklärtes Ziel des Unternehmens Mylan ist es „das Wohlbefinden von Menschen mit Multipler Sklerose und ihren Angehörigen zu verbessern sowie das Bewusstsein für Multiple Sklerose in der Öffentlichkeit zu stärken“, wie Stefan Hohl, Head of Special Care, betonte. Daher unterstützte Mylan nun bereits im zweiten Jahr mit der Spendenaktion „Biken Spenden Helfen“ die Initiative „Besi & Friends“. Im Rahmen dieser Aktion konnten Facebook-Nutzer ein digitales Fahrrad über Likes, Shares und Posts eigener Radtouren um jeweils 100 Meter voran bewegen. Auf diese Weise kamen insgesamt nahezu 50.000 Kilometer zusammen, für die Mylan eine Summe von 20.000 € spendete. Andreas „Besi“ Bessler, Initiator des Projekts „Besi & Friends“, erklärt: „Mit dem Geld helfen wir beispielsweise, den Umbau von behindertengerechten Wohnungen zu finanzieren.“ **Dr. Lamia Özgör**

Presseveranstaltung zum Finale der Mylan-Spendenkampagne „Biken Spenden Helfen: MS-Spendentour um die Welt“, DGN-Kongress 2018, Berlin, 2.11.2018; Veranstalter: Mylan

Agomelatin generisch

Das Unternehmen Glenmark hat sein ZNS-Portfolio um den Wirkstoff Agomelatin erweitert und bietet damit eine preisgünstige, bioäquivalente Alternative zum Originalpräparat an. Agomelatin Glenmark Filmtabletten sind indiziert zur Behandlung bei Episoden einer Major-Depression bei Erwachsenen. Sie sind in der Dosierung 25 mg erhältlich und kommen in den Packungsgrößen mit 28 und 98 Stück auf den Markt. **red**

Nach Informationen von Glenmark

ADHS-Infoportal neu gestaltet

Das Unternehmen Medice hat den Bereich für Fachkreise seiner Webseite www.adhs-infoportal.de rund um das Thema ADHS neu gestaltet und mit zusätzlichen Angeboten versehen. Dazu gehört der neue Online-Bestellservice, mit dem sich Broschüren, Praxismaterialien und Arbeitshilfen gratis anfordern lassen. **red**

Nach Informationen von Medice

Journal

Dunkles Italien. Scerbanenco berichtet von den Widersprüchen Italiens, dem Italien auch absurder brutaler Kriminalität.

Vom Dienst suspendiert

Der Arzt als Privatdetektiv in den Romanen von Giorgio Scerbanenco

In Italien unterscheidet man zwei Arten von Kriminalromanen: den „Giallo“ und den „Noir“. Natürlich sind die Grenzen zwischen beiden Genres fließend. Kenner erwarten im Falle eines Giallo zumeist Serienmorde vor psychosexuell pathologischem Hintergrund. Auch Giorgio Scerbanenco wurde hierin Meister seiner Sache.

Der „Giallo“ (von italienisch giallo „gelb“, Mehrzahl: gialli) ist ein spezifisch italienisches Subgenre des Thrillers, das von Mario Bavan in den Sechzigerjahren begründet wurde. Der Name leitet sich von der italienischen Bezeichnung für Kriminalliteratur, *letteratura gialla* („gelbe Literatur“), ab, die auf den gelben Einband der Heftromanreihe „Il giallo“ des Verlagshauses Mondadori zurückgeht. Die Handlung dreht sich zumeist um die Aufdeckung einer Mordserie. Der Giallo wurde maßgeblich durch Bavas Film „La Ragazza che sapeva troppo“ („Das Mädchen, das zu viel wusste“) geprägt.

Der Hang zur Aneinanderreihung einzelner Mordszenen bot den Kritikern des Giallo Anlass zu Vorwürfen der Gewaltverherrlichung und der Misogynie. Laura Grimaldi, eine angesehene italienische Krimiautorin sagt: „Der Giallo bedeutet Ordnung, der Noir Chaos. Wer den Giallo liest, hat Spaß am Rätselraten und sehnt sich nach einer rational erklärbaren Welt. Wer den Noir liebt, trägt selbst die Züge eines Mörders, der in jedem von uns schläft.“ Und Maike Albath, Spezialistin für italienische Literatur, ergänzt: „Als Erfinder der *hard boiled story*, der knallharten Mordgeschichte, gilt Dashiell Hammett, Ex-Detektiv der Pinkerton-Agency, der in den zwanziger Jahren den eiskalten Profi als Ermittler einführte. Hammett polemisierte offen gegen Agatha Christie mit ihrer tröstlichen Moral und ihren Detektiven, die nach dem Kreuzworträtsel-

Schema arbeiten. In seinen Romanen geht es um die Abgründe der Wirklichkeit: Ob sein einsamer Kämpfer Sam Spade den Mörder seines Kompagnons stellt, wie in „Der Malteser Falke“ (1930), spielt keine Rolle. Genau wie Spade ist auch Raymond Chandlers 1933 in Aktion tretender Philipp Marlowe ein Privatschnüffler, der mit Selbstironie den „tough guy“ markiert. Dr. Duca Lambert, geschasster Mediziner mit Gefängnisserfahrungen und danach Privatschnüffler, gehört in diese ehrenwerte Reihe von Spade und Marlowe: „Er ist genauso ritterlich wie seine amerikanischen Vorfahren mit einer Portion Zynismus, fasst die Mörder schon mal hart an und weiß um den verlotterten Zustand der Gesellschaft.“ Dr. Duca Lamberti ist ein Antiheld, aber das erfolgreiche Kind des hierzulande zu Unrecht nahezu unbekanntes Schriftstellers Giorgio Scerbanenco, dessen Vita reif ist für einen Hollywood-Film.

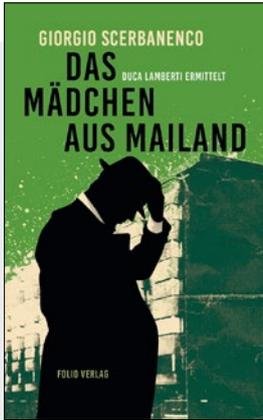
Giorgio Scerbanenco (Geburtsname Vladimir) wurde 1911 in Kiew als Sohn eines ukrainischen Lateinlehrers und einer Italienerin geboren. Beim Ausbruch der Russischen Revolution flüchtete seine Mutter mit ihm zunächst in ihre Heimatstadt Rom. Beide kehrten 1919 in die Ukraine zurück, wo sie erfahren mussten, dass der im zaristischen Staatsdienst stehende Vater während der Revolution als angeblicher Konterrevolutionär erschossen worden war. Nach mehrjährigem Aufenthalt in einem Flüchtlingslager in Odessa wanderten beide 1927 end-

gültig nach Mailand aus. Nach dem Tod der Mutter zwei Jahre später war Scerbanenco aus Not gezwungen, die Schule abzubrechen, ohne jemals die Grundstufe abgeschlossen zu haben. In der Folgezeit arbeitete er unter anderem als Dreher, Rettungsfahrer und Buchhalter, heiratete 1930, aber diese Ehe geriet bald nach der Geburt des zweiten Sohnes in eine Krise. Nach der Trennung sicherten ihm Anfang der Dreißigerjahre Tätigkeiten als Korrektor, Reporter und Redakteur bei Frauenzeitschriften die Existenz. 1931 veröffentlichte er in einer Zeitschrift die erste Erzählung, seit 1934 arbeitete er hauptberuflich als Journalist.

Beliebt bei den Leserinnen

Von 1931 bis 1943 schrieb Scerbanenco für Frauenmagazine Liebesgeschichten und Fortsetzungsromane. Ab 1940 begann er unter Pseudonym Heftromane für die Reihe „Supergiallo“ des Verlagshauses Mondadori zu verfassen. In seinem ersten Kriminalroman „Sei giorni di preavviso“ („Mit sechs Tagen Vorankündigung“) von 1941 erfand er die Figur Arthur Jelling, einen Archivar bei der Polizei in Boston, und schrieb während der Kriegsjahre für den „Corriere della sera“. Obwohl er Italienisch als seine Muttersprache ansah, litt er darunter, als „Fremder“ wahrgenommen zu werden.

Nach dem Waffenstillstand von Cassibile am 8. September 1943 fand er in der Schweiz Zuflucht. Trotz schwieriger Lebensumstände setzte er seine Arbeit bei der italienischen Zeitschrift „Novel-



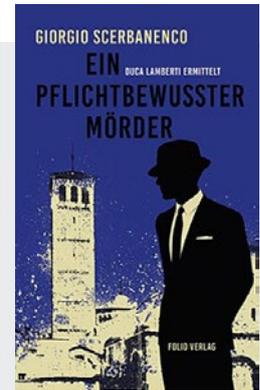
Giorgio Scerbanenco

Das Mädchen aus Mailand

Duca Lamberti ermittelt
Originaltitel: Venere privata
Mit einem Nachwort von
Giancarlo De Cataldo

Aus dem Italienischen
von Christiane Rhein
Folio Verlag, Wien
Preis: 18 €

ISBN 978-3-85256-754-9



Weitere und demnächst erscheinende Scerbanenco-Neuauflagen.

lissima“ fort, bevor er nach seiner Rückkehr nach Italien 1945 zusammen mit Angelo Rizzoli die Frauenzeitschrift „Bella“ gründete und bis in die Sechzigerjahre auch das Frauenmagazin „Novella“ leitete. Des Weiteren arbeitete er für die Wochenzeitschrift „Annabella“, für die er einige Erzählungen und Fortsetzungsromane schrieb und die Leserbriefe als „Briefkastenonkel“ betreute, die sich bei dem weiblichen Publikum großer Beliebtheit erfreute. Neben den Kriminalromanen für die Sonntagsausgabe des „Corriere della Sera“ schrieb Scerbanenco Filmdrehbücher.

Zu Beginn der Sechzigerjahre zog er mit seiner neuen Lebensgefährtin, mit der er zwei Töchter hatte, nach Lignano Sabbiadoro. Eine unvollständige Werkliste umfasst 92 Romane, 1.380 Kurzgeschichten, 2.143 kleinere Prosastücke, 296 Artikel, 40 Foto-Lovestories, sieben Radiodramen und zwei Gedichte, veröffentlicht zwischen 1932 und 1969.

Duca Lamberti – Arzt und Detektiv

Schriftstellerischen Erfolg und literarische Anerkennung erntete Scerbanenco mit den Kriminalromanen um den jungen Arzt Duca Lamberti, der nach Entzug der Approbation zu drei Jahren Gefängnis verurteilt wurde, weil er einer todkranken Frau aktive Sterbehilfe geleistet hatte. Scerbanenco greift die literarische Tradition der Verbindung von Arzt und Detektiv auf: War der Mediziner Doktor Watson noch ein naiver, aber nützlicher Sidekick von Sherlock Holmes, so wird der Arzt jetzt zum pfiffigen und findigen Ermittler selbst: Der entlassene Lamberti wird Privatdetektiv,

der mit dem Mailänder Polizeipräsidium zusammenarbeitet, vor allem mit Kommissar Carrua. Die Romane bescherten ihrem Autor nicht zuletzt dank mehrerer Verfilmungen internationale Reputation. Für „Traditori di tutti“ („Die Verratenen“, auch: „Doppelt gekillt hält besser“/„Tod den Verschwörern“), den zweiten Duca-Lamberti-Roman, erhielt Scerbanenco 1968 den bedeutenden französischen Literaturpreis „Grand Prix de Littérature Policière“ in der Kategorie „Bester ausländischer Roman“.

Italien, wie es auch ist und war

Scerbanenco, der sich den Ruf eines „italienischen Simenon“ erarbeitet hatte, starb 1969 auf dem Gipfel seines literarischen Schaffens in Mailand an einem Herzinfarkt. Bis zum Ende der Siebzigerjahre galt er als „Vater des italienischen Krimis“, und seine Tochter Cecilia erzählt in einem Interview mit der „ZEIT“ (45/2018), dass ihr Vater lange den Wunsch hegte, Neuropsychologie zu studieren. „Ihn interessierte die Psychophysiologie der Entscheidungen, wie sie von Wilhelm Wundt und anderen erforscht wurde. Er wollte wissen, warum Menschen in der einen Situation so und in einer anderen geradezu gegensätzlich reagieren.“ Kennzeichen seines Stils sind die raschen Wechsel von Dialog, Aktion, Gegenaktion sowie überraschende Wendungen der Handlung. Bei Wikipedia heißt es: „Scerbanenco gelingt es, mit Natürlichkeit eine Atmosphäre zu erzeugen, eine bestimmte Stimmung ohne ausführliche Beschreibungen: Die Handlungen prägt ein schnörkel- und erbarungsloser Ablauf, ohne Selbstgefällig-

keiten oder Gefühlsausbrüche. Seine Charaktere wirken authentisch, wenn sie, gequält von ihren Gefühlen, zittern, lieben, hassen und auf wenigen Seiten sterben. Scerbanencos Romane und Kurzgeschichten lassen sich heute noch wie ein bewegender und bitterer Querschnitt des Italien der Sechzigerjahre lesen, indem sie ein unbequemes, verkommenes Bild enthüllen, vor dem man sich fürchtet, es ernüchternd wahrzunehmen, und das weit entfernt von dem in der Erinnerung geschönten und glänzenden Italienbild ist, das oft von den Jahren des damaligen italienischen Wirtschaftsboom gezeichnet wird: Scerbanenco berichtet von den Widersprüchen Italiens, wie sie auch heute, dreißig Jahre später, noch immer bestehen: dem Italien der armen Schlucker, der Außenseiter, der Durchgedrehten und der Gleichgültigen; dem Italien einer neuen und absurd brutalen Kriminalität, die keine Furcht und keine Scham kennt; dem Italien der politischen Deckungsmanöver und der Vertuschung.“

„Das Mädchen aus Mailand“

Die Originalausgabe von „Das Mädchen aus Mailand“ erschien 1966 unter dem Titel „Venere privata“ bei Garzanti Editore, Milano. Nach einem „Prolog für eine Verkäuferin“, in dem die Ausgangssituation dargestellt wird, folgt der erste von drei Teilen des Romans mit dem Untertitel: „Das Leben eines Menschen zu erzählen – ist das nicht wie beten?“ Es geht um „Alberta Radelli, dreiundzwanzig Jahre, Verkäuferin, gefunden in Metanopoli, Ortsteil Cascina Luasca. Der Leichnam wurde morgens um halb sechs

von Signor Antonio Marangoni entdeckt. Hellblaues Kleid, Haare dunkel, aber nicht schwarz, Sonnenbrille mit runden Gläsern.“ Dem kontrastieren die nächsten Seiten, die von den drei Jahren Gefängnis, die Dr. Duca Lamberti aufgebracht bekommen hat, erzählen. Zu einer Neuauflage des Romans im Wiener Folio Verlag schreibt Thomas Wörtche, einer der herausragenden Kenner der Kriminalliteratur:

„Duca Lamberti, der wegen Sterbehilfe im Gefängnis war und seine Approbation als Arzt verloren hatte, wird von einem reichen Mailänder Industriellen angeworben, um dessen Sohn, einen anscheinend hoffnungslosen Alkoholiker, auf den rechten Pfad zurückzubringen. Lamberti, von Geldnot gepeinigt, aber mit Unterstützung durch einen hochrangigen Polizisten-Freund, nimmt den Job an, sucht nach den Ursachen der Trunksucht des jungen Mannes und stößt auf ein kompliziertes Mordszenario, in dem es um Zwangsprostitution, Pornografie und Erpressung geht. Geschäftsbereiche, die in dem wirtschaftlich boomenden Mailand, in das die Nachkriegsmoderne mit allen Konsequenzen Einzug gehalten hat, sozusagen zur DNA der Stadt gehören. Das ist schon bemerkenswert genug, wie Scerbanenco hier ‚Verbrechen‘ einerseits konkret kontextualisiert, seine Bekämpfung andererseits an moralisch-ethische Optionen koppelt, die nicht immer unproblematisch sein können. Lamberti, der nichts mehr zu verlieren hat, außer seinem moralischen Kompass, weiß, dass das ‚Böse‘, ‚das Verbrechen‘ nicht final zu bekämpfen, gar auszurotten ist, trotzdem nimmt er diesen Kampf an – mit Mitteln, die mehr als fragwürdig sind. Damit schließt er, wenn überhaupt, höchstens an die moralischen Grauwerte von Dashiell Hammetts namenlosen ‚Continental Op‘ an, und verweigert jede Identifikationslektüre, im europäischen Kontext damals unerhört und auch heute noch an manchen Stellen durchaus verblüffend. Ein dramaturgisches Meisterstück! Noch bemerkenswerter ist allerdings seine Prosa. Scerbanenco entwickelt einen eigenen Sound, einen elegant virtuoson Mix aus auktorialem und personale Erzählen. Schon der Prolog des Romans, in dem indirekt, als Dialog, vom Auffinden einer Frauenleiche erzählt wird, ist ein drama-

turgisches Meisterstück. Das Changieren der Erzählperspektiven bis in die Satzebene erlaubt das Einschleichen von Kommentaren, kalten Lakonismen, grimmiger Komik, tiefsinniger Reflexion und intelligenter Dialoge. Es verhindert aber vor allem eine vereindeutigende Lesart. Scerbanenco stellt so alle Möglichkeiten des Umgangs mit Gewalt und Verbrechen zur Disposition, auch die von Duca Lamberti. Das ist unbequem, manchmal prekär, aber auf jeden Fall faszinierend provokant und riskant. Eine ideale Quadratur des Kreises von Form und Inhalt.“

Den Leser erwartet also keine gemütliche Lektüre wie bei Donna Leon mit ihrem Kommissar Brunetti. Der Roman ist so spannend erzählt, dass man ihn für einen Pageturner halten darf. Die Themenkreise von Euthanasie und Sterbehilfe durchziehen als Subtext das gesamte Buch, wie auch die „Gedanken mit einem ganz großen ‚G‘, die Theorien, die Gerechtigkeit und so weiter“, denen ebenso die letzten Sätze des Romans gelten.

Duca Lamberti verschweigt seine Vergangenheit nicht. Er sagt auch seinem Auftraggeber, er sei ein Arzt, dem man die Zulassung entzogen habe, der nicht einmal ein Aspirin verschreiben darf. Doch seinem Auftraggeber, einem Plastikexperten mit drei verschiedenen Diplomen und einem beträchtlichen Vermögen, ist das nicht wichtig. Es geht um dessen 22-jährigen Sohn, einen Zweimetermann, der sich dreimal täglich betrinkt und nicht gerade mit Intelligenz gesegnet ist. Der Vater hat schon alles versucht. Nichts hat gefruchtet. Der Vater meint, sein einzelgängerischer Sohn brauche dringend Freunde, vor allem aber ein Mädchen. Lamberti solle auf ihn aufpassen und ihn vom Saufen abhalten. Sollte er dieses Angebot annehmen, oder doch lieber Pharmavertreter werden? Lamberti fasst Zutrauen zu dem Ingenieur, nachdem er es bisher mit so vielen Idioten zu tun gehabt hatte: „mit dem Oberarzt der Klinik zum Beispiel, dem mit dem Käppi, der beim Operieren ständig unanständige Witze erzählte, oder mit dem Staatsanwalt, der bei seinem Schlussplädoyer immer den Kopf schüttelte, wenn er seinen Namen aussprach.“ Lamberti wird sich für ein dickes Bündel Geldscheine mit psychologischem Feingefühl und viel Sachkenntnis des Sohnes

Davide annehmen: eine mühsame und komplizierte Aufgabe, die ihn schließlich zu menschlichen und gesellschaftlichen Abgründen des skrupellosen Mädchenhandels führen wird. Davide fühlt sich schuldig am Tod der kleinen Verkäuferin Alberta, die am Stadtrand mit aufgeschnittenen Pulsadern gefunden wurde und mit der er gegen Bezahlung einen Abend verbracht hatte. Den einzigen Anhaltspunkt für die Hintergründe ihres Todes bietet eine Kamera, die Alberta in Davides Auto vergaß. Die Fotos zeigen Alberta in pornografischen Posen. Lamberti ist sich aufgrund seines feinen psychologischen Gespürs rasch sicher, dass Albertas Selbstmord ein Mord war.

In der Seele Italiens lesen

Nach knapp 250 Seiten wird der Leser nicht nur etwas über die komplizierten Seelen der Menschen, sondern auch viel über die aktuellen Probleme Italiens gelernt haben, obwohl oder gerade weil der Roman aus den Sechzigerjahren stammt. Robert Brack rühmt in der TAZ (21. August 2001) diese Prosa „voller unterkühlter Emotionen und poetischer Beschreibungen tief empfundener Verzweiflung“. Denn „Scerbanenco lesen heißt, in der Seele Italiens lesen,“ schreibt Peter Henning in der „Süddeutschen Zeitung“, und Günter Grosser ergänzt in der „Berliner Zeitung“: „Die Dramaturgie der Umwege ist faszinierend, die Nebenfiguren sind von plastischer Präsenz und Scerbanencos Ästhetik der Vielfalt und der Perspektiven ist beste Moderne. Und mit seiner Begeisterung für die Psychoanalyse macht er Lamberti zu einem Seelenforscher, der so nebenbei der Wahrheit ans Licht hilft. Große Krimikunst.“

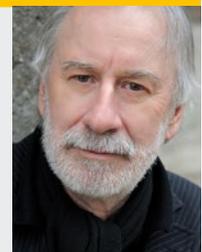
Literatur beim Verfasser

AUTOR

**Prof. Dr. phil.
Gerhard Köpf**

Literaturwissenschaftler
und Schriftsteller
Ariboweg 10,
81673 München

E-Mail:
aribo10@web.de



Benjy Barnhart

Von Räumen und Menschen

Wie werden wir von Räumen beeinflusst, wie „aktivieren“ wir den Raum? Der Künstler Benjy Barnhart arbeitet heraus, wie Menschen im Raum Akzente setzen, ihn erschaffen, bewohnen und benutzen, aber auch wie der Raum auf sie wirkt und verändert.



„Freie Fahrt“,
100 x 80 cm, 2009

Für manche Künstler ist Farbe ihr Ding, für mich war es schon immer der Raum, der räumliche Ausdruck (...), die Figur im Raum, ob innen oder außen, interessiert mich. Es gibt so gut wie keine Bilder, in denen ich nur eine Person porträtiere. Es geht mir darum, wie Menschen Räumlichkeiten aktivieren und wie sie sie nutzen.“ Gerade „Fahrradfahrer mit ihren dynamischen Bewegungen sind im öffentlichen Raum für mich viel spannender als Autos oder Fußgänger“, meint der gebürtige Amerikaner Benjy Barnhart, der den Radfahrern einen ganzen Werkzyklus widmete.

Zimmer frei

Aber auch der private und geschlossene Raum bot Barnhart schon vielfache Anregungen. So setzte er beispielsweise die einzigartige Atmosphäre eines Hotelzimmers, mit ihrem Zwitterstatus zwischen öffentlich und privatem Raum, wirkungsvoll in Szene. Im Rahmen der Aktion „Zimmer frei“, für die ein Münchner Hotel einmal im Jahr Künstler zum Bespielen einiger Räume einlädt, installierte er mehrere Kohlezeichnungen, die das von ihm genutzte Hotelzimmer visuell aufbrachen.

Ein Bild, mehrere Ebenen

Zu Gast in Barnharts Atelier fallen zwei Repliken Pieter Bruegels ins Auge. Die Art, wie Bruegel seine Bilder durch Menschen- oder Tiergruppen in mehrere Ebenen staffelte und räumlich aufbrach, fasziniert den Künstler schon seit seiner Kindheit. Als Beispiel dafür sei das längst ins universelle Kunstgedächtnis eingegrabene Bild Bruegels „Jäger im Schnee“ genannt: Heimkehrende Jäger im Vordergrund mit ihren Hunden und im Hintergrund die zugefrorenen Seen

© Wilfried Petzi

mit vielen kleinen, darauf spielenden oder spazieren gehenden schwarzen Figuren visualisieren zwei Ebenen, die geschickt unter anderem durch eine abfallende Baumreihe verbunden sind.

Es ist spannend und aufschlussreich zugleich, mit dem bewährten Kunsthistorikervorgehen des Werkevergleichs im Hinterkopf, das großformatige „Urban Arcadia“ aus einer aktuellen Werkreihe Barnharts zu betrachten. In dieser beschäftigt er sich mit Orten in München, die kreativen Freiraum zulassen, aber vom Vergehen bedroht oder bereits nicht mehr vorhanden sind. Auf den ersten Blick erinnert bei diesem Werk wenig an Arkadien, wie man dieses von Bildern besonders des Barocks gewohnt ist: Lämmer springen in prächtigen Ruinen umher, efeuumrankte Grabsteine und gedankenvolle Gelehrte oder unbeschwerte Hirten bevölkern die ländliche Idylle.

In Barnharts urbaner Idylle dominiert eine industrielle Ruinenlandschaft. Im Hintergrund sind die markanten Türme des Isarheizkraftwerkes zu sehen und der Himmel dräut schwer und dunkel über ein paar Menschengröppchen. Es ergeben sich drei Ebenen durch die Position der Menschengruppen und durch Lichtakzente: Am augenfälligsten sind die Menschen im Vordergrund rund um den bunten Sonnenschirm. Wie oft in Barnharts Gemälden ist eine der Lichtquellen ein Handybildschirm, der das Gesicht seines Betrachters erhellt und ihm den Nimbus der Neuzeit verleiht. Eine weitere kleine Gruppe sitzt im Mittelgrund um ein Feuer. Barnhart setzt hier wertungsfrei die zwei wichtigsten Lichtquellen der vergangenen und gegenwärtigen Zeit ein. Die dritte Ebene schließlich bildet das hell angestrahlte Isarheizkraftwerk rechts, im Kontrast zu der Abenddämmerung links im Hintergrund.

Das Bild kann als Entwurf für urbane Trostlosigkeit, aber auch für letzte Freiräume in einer überorganisierten Stadt wahrgenommen werden.

Räume bewahren

Ein bisschen düster und traurig ist das Bild auch, weil es ein „paradise lost“ ist. Der Turm wird abgerissen werden, den Platz mit dem Graffiti gibt es so bereits

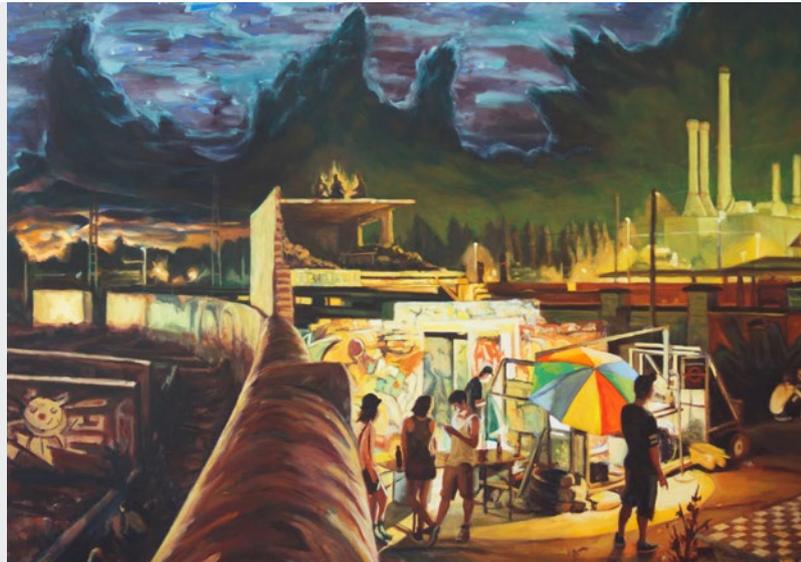
„Zimmerfrei“,
Installation

© Benjy Barnhart



„Urban
Arcadia“,
150 x 210 cm

© Benjy Barnhart



nicht mehr. Barnhart: „Vielen Leuten ist ein wild genutzter städtischer Raum ein Dorn im Auge; sie möchten den Platz ausnutzen. Die Schönheit des Freiraums sehen wenige, und ebenso nicht, dass dort schon etwas gemacht wird. Die Doppeldeutigkeit solcher Orte zieht mich an.“

Benji Barnhart sieht seine Aufgabe als Künstler im Bewahren und Dokumentieren. Er will mit seinen Bildern vor Augen führen, wie sehr wir durch Eingriffe in die Räume, die uns umgeben, unsere Wahrnehmung und damit unser Leben beeinflussen.

Mehr Informationen:

<http://www.benjybarnhart.com>

<https://www.mariandl.com/kunst-im-hotel/>

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

E-Mail: angelika.s.otto@gmail.com

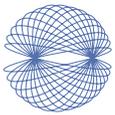


Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2019

Datum / Ort / Zeit	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
26. – 28.4.2019, Greifswald Kulturbahnhof Greifswald, Osnabrückerstr. 3 Beginn 15:00 Uhr	Landesverband Mecklenburg-Vorpommern BVDN Jahreshauptversammlung	Cortex – Geschäftsstelle Krefeld Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 45469-21, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
11.5.2019, Nürnberg 5 CME-Punkte Avena Park-Hotel, Görlitzer Str. 51 9:30 – 16:00 Uhr	Bayerische BVDN-BDN-BVDP Frühjahrstagung – Leitlinien in der ambulanten Neurologie und Psychiatrie aus medizinischer und juristischer Sicht – Mitgliederversammlung	Athene Akademie, Gabriele Schuster Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 20555-26 E-Mail: g.schuster@athene-qm.de
22.5.2019, Bad Bramstedt Hotel Typ by Wyndham, Am Köhlerhof 4 Beginn 15:00 Uhr	Landesverband Mecklenburg-Vorpommern BVDN Jahreshauptversammlung	Cortex – Geschäftsstelle Krefeld Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 45469-21, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
25.5.2019, München 8 CME-Punkte (voraussichtlich)	Verkehrsmedizin für den Nervenarzt <i>Referenten:</i> Harald Hofstetter, Landsratsmat München; Dr. Marcus Tieschky, medizinischer Gutachter, Oberschleißheim	Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN – BDN – BVDP, Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 20555-16, Fax: -11 E-Mail: k.braungardt@akademie-psych-neuro.de
13. – 14.9.2019, Bayreuth 8 CME-Punkte Hotel Rheingold, Austr. 2	92. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte Fortbildung und Mitgliederversammlung	Veranstalter: Bezirksklinikum Bayreuth Nordring 2, 95445 Bayreuth Tel.: 0921 283-0, E-Mail: bayreuth@gebo-med.de

Fortbildungsveranstaltungen 2019

25. – 28.4.2019, Lissabon/ Portugal	7th World Congress on ADHD	CPO HANSER SERVICE Zum Ehrenhain 34, 22885 Barsbüttel E-Mail: adhd2019@cpo-hanser.de
4. – 10.5.2019, Philadelphia Pennsylvania Convention Center, 1101 Arch St	71st AAN Annual Meeting	American Academy of Neurology 201 Chicago Avenue, Minneapolis, MN 55415 Tel.: (800) 879-1960 or (612) 928-6000 (International) Fax: (612) 454-2746 E-Mail: memberservices@aan.com
16.5.2019, München Bayerischer Bezirkstag, Ridlerstr. 75	Zentrale Fallkonferenzen der Erwachsenen AGATE	Communications Management Bettelpfad 62a, 55130 Mainz Tel.: 06131 62799-0 E-Mail: bc@bormanncom.de
22. – 24.5.2019, Mailand MiCo, Piazzale Carlo Magno 1	5th European Stroke Conference – ESOC 2019	Kenes Group, Rue François-Versonnex 7 1207 Geneva, Switzerland Tel.: +41 22 908 0488 Fax: +41 22 906 9140
24. – 25.5.2019, Hamburg 12 CME-Punkte	21. Jahrestagung der DGNB e.V. Objektivierende Verfahren in der Begutachtung, Beurteilung der Fahreignung Handwerkskammer Hamburg	Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e.V. Buchung unter www.dgnb-ev.de E-Mail: info@dgnb-ev.de Tel.: 069 8720-3755
25.5.2019, Frankfurt Maritim Hotel (Messe), Theodor-Heuss-Allee 3	VI. NeuroForum Süd-West RLS, Komplex regionale Schmerzsyndrome (CRPS), MRT-Diagnostik bei Epilepsie, Mismatch is brain!, ESOC-Highlights, Die Rolle des Darmmikrobioms nach Schlaganfall etc.	Kongress- und Messebüro Lentzsch GmbH Gartenstr. 29, 61352 Bad Homburg Tel.: 06172 6796-0, Fax: -26 E-Mail: info@kmb-lentzsch.de www.kmb-lentzsch.de
3.7.2019, München Klinikum rechts der Isar, Hörsaal Pavillon 16:00 – 20:00 Uhr	Symposium Bewegungsstörungen <i>Themen u. a.:</i> Paraneoplastische Bewegungsstörun- gen; MR gesteuerte fokussierte Ultraschall-Thalamo- tomie bei Tremor; Update Morbus Wilson etc.	Kontakt: Olaf.Eberhardt@muenchen-klinik.de
20. – 21.9.2019, Fulda Park Hotel Fulda, Goethestr. 13	1. Fuldaer GNP Workshop-Tagung <i>Themen u. a.:</i> Leitlinien, Kinder- und Jugendneuro- psychologie, ICF/Therapieplanung, Telemedizin, Supervision (auch für Supervisoren und Weiterbil- dungskandidaten etc.	Kongress- und Messebüro Lentzsch GmbH Gartenstr. 29, 61352 Bad Homburg Tel.: 06172 6796-0, Fax: -26 E-Mail: info@kmb-lentzsch.de www.kmb-lentzsch.de



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvndn.de

Vorstand/Beirat

Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena, Klaus Gehring, Itzehoe

Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen

Schriftführer: Roland Urban, Berlin

Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln

Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Volker Bretschneider

Bayern: Gunther Carl

Berlin: Gerd Benesch

Brandenburg: Holger Marschner

Bremen: Ulrich Dölle

Hamburg: Guntram Hinz

Hessen: Rudolf Biedenkapp

Mecklenburg-Vorpommern:

Ramon Meißner

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Egbert Wienforth, Gereon Nelles

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Nikolaus Rauber, Richard Rohrer

Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Klaus Gehring

Thüringen: Volker Schmiedel

Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

Ansprechpartner für Themenfelder

EBM/GÖÄ: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl

Neue Medien: Bernhard Michatz

EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Gunther Carl

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: Gereon Nelles

Ausschüsse

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung:

P. Christian Vogel, Markus Weih

Ambulante Neurologische Rehabilitation: Paul Reuther

Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: Norbert Mönter

Weiterbildungsordnung:

Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim

Leitlinien: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim

Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: Vorstand

Referate

ADHS: Günter Endraß

Demenz: Jens Bohlken

Epileptologie: Ralf Berkenfeld

Neuroangiologie, Schlaganfall: Paul Reuther

Neurootologie, Neuroophthalmologie: Klaus Gehring

Neuroorthopädie: Bernhard Kügelgen

Neuropsychologie: Paul Reuther

Neuroonkologie: Werner E. Hofmann
Pharmakotherapie Neurologie: Werner Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: Roland Urban
Prävention Psychiatrie: Christa Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: Paul Reuther
Schlaf: Ralf Bodenschätz
Schmerztherapie Neurologie: Uwe Meier, Monika Körwer
Suchttherapie: Greif Sander



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich

2. Vorsitzender: Martin Südmeyer, Potsdam

Schriftführer: Wolfgang Freund, Biberach

Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten

Beisitzer: Klaus Gehring, Itzehoe; Christoph Kosinski, Würselen; Martin Südmeyer, Potsdam; Heinz Wiendl, Münster

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

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: Uwe Meier, Paul Reuther

GOÄ/EBM: Rolf F. Hagenah, Uwe Meier, Holger Grehl

Qualitätsmanagement: Uwe Meier

Risikomanagement: Rolf F. Hagenah

Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN

DRG: Reinhard Kiefer



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Stellvertretender Vorsitzender:

P. Christian Vogel, München

Schriftführer: P. Christian Vogel, München

Schatzmeister: Martin Finger, Frankfurt

Beisitzer: Sabine Köhler, Jena, Norbert Mayer-Amberg, Hannover

Referate

ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto

Autismusspektrumsstörungen:

Christa Roth-Sackenheim

Forensik: P. Christian Vogel

Verbandsservice

Geschäftsstelle des BVDN

Dagmar Differt-Fritz, Gut Neuhof,

Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld

Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925

E-Mail: bvndn.bund@t-online.de

Bankverbindung: Sparkasse Duisburg

IBAN DE 04350500000200229227,

BIC DUISDE 33 XXX

BVDN Homepage: <http://www.bvndn.de>

Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

Politische Geschäftsstelle Berlin:

RA Bernhard Michatz, Geschäftsführer

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Tel.: 030 21480761, Fax: -21480763

E-Mail: bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: Uwe Meier

Versorgungsforschung: Uwe Meier

Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:

Rolf Hagenah

Anhaltzahlen/Qualitätssicherung:

Fritjof Reinhardt, Paul Reuther

Rehabilitation: Harald Masur

CME: Friedhelm Jungmann, Paul Reuther

DRG: Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNR: Harald Masur; **AG ANR:** Paul Reuther

BV-ANR: Paul Reuther; **UEMS:** Gereon Nelles

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Wolfgang Freund

Bayern: Thomas Gilleßen

Berlin: Walter Raffauf

Brandenburg: Martin Delf

Bremen: N. N.

Hamburg: Heinrich Goossens-Merk

Hessen: Rupert Knoblich

Mecklenburg-Vorpommern: Katrin Hinkfoth

Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf

Nordrhein: Uwe Meier

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Richard Rohrer

Sachsen: Mario Meinig

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Matthias Nitschke

Thüringen: Dirk Neubert

Westfalen: Martin Bauersachs

Gutachterwesen: P. Christian Vogel

Migrationssensible psych. Versorgung:

Greif Sander

Psychotherapie: Christa Roth-Sackenheim

PTSD: Christa Roth-Sackenheim

Sucht: Greif Sander

Transsexualität: P. Christian Vogel

Kontakt BVDN: Sabine Köhler

BVDP-Landessprecher

Bayern: Oliver Biniasch, Christian Vogel

Baden-Württemberg: Birgit Imdahl,

Thomas Hug

Berlin: Michael Krebs und Alicia Navarro-Urena

Brandenburg: Delia Peschel

Bremen: Sebastian von Berg

Hamburg: Ute Bavendamm

Hessen: Martin Finger

Mecklenburg-Vorpommern: Caterina Jacobs

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Egbert Wienforth

Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach

Saarland: David Steffen

Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Uwe Bannert

Thüringen: Sabine Köhler

Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen



Ich will Mitglied werden!

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

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Facharzt 300 €, Weiterbildungsassistent beitragsfrei, Senior 60 €).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Facharzt 300 €, Weiterbildungsassistent beitragsfrei, 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 €, angestellter Facharzt 300 €, Weiterbildungsassistent beitragsfrei, 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/ärztin Facharzt/in
 Weiterbildungsassistent/in Neurologe/in Nervenarzt/ärztin Psychiater/in
 in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____

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

- Fortschritte Neurologie / Psychiatrie Psychiatrische Praxis
- Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG Psychotherapie im Dialog
- Die Rehabilitation Balint-Journal
- PpMp – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- Gratis NERFAX-Teilnahme erwünscht
- Gratis Mailservice „Das muss man wissen ...“ erwünscht

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 KVen 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. Angelika Lütke	München	ja	KV/ÄK	089 713729	089 71090537	angela.luethe@gmx.de
BVDN-Landesverband: BERLIN						
Dr. Gerd Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	Dr.G.Benesch@t-online.de
Dr. R. A. Drochner	Berlin	ja	KV/ÄK	030 40632381	030 40632382	ralph.drochner@neurologe-psychiater-berlin.de
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 39220221	030 3923052	dr.urban-berlin@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. R. Trettin	Hamburg	ja	KV/ÄK	0176 61298288	040 461222	praxis@neurologiewinterhude.de
BVDN-Landesverband: HESSEN						
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
S. Specht	Griesheim	ja	KV	06155 878400	06155 878420	stefan.specht@web.de
Dr. W. Wolf	Dillenburg	ja	KV	0176 61298288	040 461222	praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN						
Prof. Dr. J. Buchmann	Rostock	ja	ÄK	0381 4949460	0381 49	johannes.buchmann@med.uni-rosrock.de
Dr. Dr. M. Gillner	Rostock	nein	ÄK	03831 452200		
Dr. L. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0171 2124945		liane.hauk-westerhoff@gmx.de
BVDN-Landesverband: NIEDERSACHSEN						
Dr. R. Luebbe	Osnabrück	ja	KV	0541 434748		ralph.luebbe@gmx.de
BVDN-Landesverband: NORDRHEIN						
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. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. R. Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. M. Michel	Landau	ja	ÄK	06341 929490	06341 929490	post@dr-michel.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. Stephan	Mainz	ja	KV/ÄK	06131 582814	06131 582513	s.stephan@nsg-mainz.de
Dr. C. Werner	Mutterstadt	ja	ÄK	06234 920092	06234 920093	dr.ch.werner@t-online.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. D. 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. M. Bauersachs	Dortmund	ja	KV	0231 142818		info@klemt-bauersachs.de
Rüdiger Saßmannshausen	Bad Berleburg	ja	ÄK/KV	02751 2785	02751 892566	sassmannshausen@bvdn-westfalen.de

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

Dr. Martin Bauersachs
Ostenhellweg 61, 44135 Dortmund
Tel.: 0231 142818
info@klemt-bauersachs.de

Dr. Ute Bavendamm
Oskar-Schlemmer-Str. 15,
22115 Hamburg
Tel.: 040 715-91223, Fax: -7422
dr.bavendamm.strobel@freenet.de

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

Dr. Ulrike Bennemann
Holzhäuser Str. 75, 04299 Leipzig
Tel.: 0341 52993-88, Fax: -90
ubennemann@psychiatrie-leipzig.de

Ralf Berkenfeld
Hochstr. 22, 47506 Neukirchen-Vluyn
Tel.: 02845 295223, Fax: -32878
berkenfeld@t-online.de

Dr. Rudolf Biedenkapp
Frankfurter Str. 127, 63067 Offenbach
Tel.: 069 8236606-1, Fax: -3
biedenkapp.r@t-online.de

Dr. Oliver Biniäsch
Fried.-Ebert-Str. 78, 85055 Ingolstadt
Tel.: 0841 837-72, Fax: -62
psypraxingo@t-online.de

Dipl. Med. Ralf Bodenschatz
Hainische Str. 4 – 6, 09648 Mittweida
Tel.: 03727 941811, Fax: -991013
rbodenschatz@t-online.de

Dr. Jens Bohlken
Klosterstr. 34 – 35, 13581 Berlin
Tel.: 030 332900-00, Fax: -17
dr.j.bohlken@gmx.net

Dr. Volker Bretschneider
Sternplatz 1, 89573 Ehingen
Tel.: 07391 7264-6, Fax: -8
dr.bretschneider@neuro-
logie-psychiatrie-ehingen.de

PD Dr. Elmar W. Busch
Asberger Str. 55, 47441 Moers
Tel.: 02841 107246-0, Fax: -6
ne.busch@st-josef-moers.de

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

Dr. Martin Delf
Lindenallee 7, 15366 Berlin
Tel.: 03342 42293-0, Fax: -1
dr.delf@neuroprax.de

Dr. Ulrich Dölle
Leher Heerstr. 18, 28359 Bremen
Tel.: 0157 31087987,
Fax: 0421 2438796,
u.doelle@t-online.de

Dr. Joachim Elbrächter
Schlüterstr. 77, 20146 HH
Tel.: 040 414235-22, Fax: -23
dr.elbraechter@freenet.de

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

Dr. Martin Finger
Landgrafenstr. 28, 60486 Frankfurt

Tel.: 069 7706760-5, Fax: -7
praxis-finger@gmx.de

Dr. Peter Franz
Ingolstädter Str. 166, 80939 München
Tel.: 089 31-17111, Fax: -63364
pkfranz@aol.com

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

Prof. Dr. Wolfgang Freund
Waaghausstr. 9 – 11, 88400 Biberach
Tel.: 07351 78-33, Fax: -34
freund-ulm@t-online.de

Dr. Klaus Gehring
Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe
Tel.: 04821 20-41, Fax: -43
info@neurologie-itzhoe.de

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

Dr. Thomas Gilleßen
Eversbuschstr. 111, 80999 München
Tel.: 089 818017-00, Fax: -01
info@neurologie-gillessen.de

Dr. Heinrich Goossens-Merk
Hohe Weide 17b, 20259 Hamburg
dr.goossens-merkt@neurologie-
hamburg.net

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

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

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

Dr. Katrin Hinkfoth
Ulmenallee 10 – 12
18311 Ribnitz-Damgarten
Tel.: 03821 88980-10, Fax: -11
katrin.hinkfoth@gmx.de

Dr. Guntram Hinz
Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg
Tel.: 040 60679-863, Fax: -576
guntram.hinz@yahoo.de

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

Dr. Werner E. Hofmann
Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg
Tel.: 06021 44986-0, Fax: -244
w.e.hofmann@onlinehome.de

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

Dr. Caterina Jacobs
Eichenallee 18, 1812 Gelbensande
Tel.: 038201 6089-9, Fax: -7

Dr. Friedhelm Jungmann
Im Wildfang 13a, 66131 Saarbrücken
Tel.: 06893 987502-0, Fax: -9
mail@dr-jungmann.de

Prof. Dr. Reinhard Kiefer
Elise-Averdieck-Str. 17
27356 Rotenburg
Tel.: 04261 7722-19, Fax: -49
kiefer@diako-online.de

Dr. Rupert Knoblich
A.-Schweitzer-Str. 8, 64711 Erbach
Tel.: 06062 9416-0, Fax: -99
r.knoblich@neuro-centrum-
odenwald.de

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

Dr. Monika Körwer
Am Ziegelkamp 1F, 41515 Grevenbroich
Tel.: 02181 60081-50, Fax: -60
Nervenpraxis@t-online.de

Dr. Bernhard Kügelgen
Neversstr. 7 – 11, 56068 Koblenz
Tel.: 0261 30330-0, Fax: -33

Holger Marschner
Zossener Damm 33, 15827 Blankenfelde
Tel.: 03379 37187-8, Fax: -9
bvdn@nervenarztpraxis-marschner.de

Prof. Dr. Harald Masur
Piusallee 143, 48147 Münster

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

Dipl.-Med. Mario Meinig
Barbara-Uthmann-Ring 157
09456 Annaberg-Buchholz
Tel.: 03733 67262-5, Fax: -7
mario.meinig@t-online.de

Dr. Ramon Meißner
Hinter d. Kirche 1b, 19406 Sternberg
Tel.: 03847 53-56, Fax: -85
rc.meissner.praxis@gmx.de

Dr. Uwe Meier
Am Ziegelkamp 1f, 41515 Grevenbroich
Tel.: 02181 70548-11, Fax: -70548-22
umeier@t-online.de

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

Prof. Dr. Gereon Nelles
Werthmannstr. 1, 50935 Köln
Tel.: 0221 7902-161, Fax: -474
gereon.nelles@uni-due.de

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

PD Dr. Matthias Nitschke
Sandstr. 18 – 22, 23552 Lübeck
Tel.: 0451 71441, Fax: -7060282
nitschke@neuro-im-
zentrum-luebeck.de

Bernhard Otto
Th.-Heuss-Str. 28, 38444 Wolfsburg
Tel.: 05361 772744, Fax: -875763
bernhard.otto@dgn.de

Dipl. med. Delia Peschel
Fröbelstr. 1, 03130 Spremberg
Tel.: 03563 52-213, Fax: -198
delip@web.de

Dr. Walter Raffauf
Dircksenstr. 47, 10178 Berlin
Tel.: 030 283279-4 Fax: -5

Dr. Nikolaus Rauber
Rheinstr. 35, 66113 Saarbrücken
Tel.: 0681 971723-3, Fax: -5
zns.sb-rastpfuhl@t-online.de

Dr. Elisabeth Rehkopf
Möserstr. 52 – 54, 49074 Osnabrück

Tel.: 0541 358560
elisabeth.rehkopf@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther
Schülzchenstr. 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641 9804-0, Fax: -4
preuther@rz-online.de

Dr. Richard Rohrer
Kaiserstr. 3, 66386 St. Ingbert
Tel.: 06894 40-51, Fax: -21
rohrer@zns-igb.de

Dr. Wolfgang W. Rossbach
Holzhofstr. 5, 55116, Mainz
Tel.: 06131 22-2377, Fax: -7939
w.rossbach@gmx.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim
Breite Str. 63, 56626 Andernach
Tel.: 0160 97796487, Fax: -964096
C@Dr-Roth-Sackenheim.de

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

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

Dr. Volker Schmiedel
Wiesestr. 5, 07548 Gera
Tel.: 0365 882038-6, Fax: -8
dr.v.schmiedel@telemed.de

Dr. Michael Schwalbe
Annendorfer Str. 15
06886 Lutherstadt-Wittenberg
Tel.: 03491 4425-67, Fax: -83
schwalbenhorst@t-online.de

Dr. David Steffen
Lothringer Str. 1, 66740 Saarlouis
Tel.: 06831 42084, Fax: -124175
mail@praxissteffen.de

Prof. Dr. Martin Südmeyer
Conradstr. 5, 14109 Berlin
Tel.: 0331 2413710-2, Fax: -0

Dr. Roland Urban
Turmstr. 76 a, 10551 Berlin
Tel.: 030 392-2021, Fax: -3052
dr.urban-berlin@t-online.de

Dr. Rita R. Trettin
Hudtwalckerstr. 2 – 8, 22299 HH
Tel.: 040 46-4818, Fax: -1222
praxis@neurologiewinterhude.de

Dr. P. Christian Vogel
Agnesstr. 14/III, 80798 München
Tel.: 089 27-30700, Fax: -817306
praxcvogel@aol.com

Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch
Am Tannenwald 1, 79215 Elzach
Tel.: 07682 8018-70, Fax: -66
klaus.wallesch@neuroklinik-
elzach.de

Univ.-Prof. Dr. Heinz Wiendl
Albert-Schwietzer-Campus 1A,
48149 Münster,
Tel.: 0251 83468-10, Fax: -12
heinz.wiendl@ukmuenster.de
Egbert Wienforth
Cecilienstr. 1, 53840 Troisdorf
Tel.: 02241 778-48, Fax: -81
E.Wienforth@gmx.de

Prof. Dr. Markus Weih
Allersberger Str. 89, 90461 Nürnberg
Tel.: 0911 464400, Fax: -4719130
markus.weih@gmx.de

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), Vorsitzende Dr. med. Sabine Köhler (sk), Dornburger Str. 17a, 07743 Jena, Tel.: 03641 443359, E-Mail: sab.koehler@web.de, und Vorsitzender Dr. med. Klaus Gehring (kg), Hanseatenplatz 1, 25254 Itzehoe, Tel.: 04821 2041, E-Mail: info@neurologie-itzhoe.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) (v.i.S.d.P.), Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen, Tel.: 09321 5355, Fax: -8930, E-Mail: carlg@t-online.de

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin Betriebsstätte München: Springer Medizin Verlag GmbH, Aschauer Str. 30, 81549 München, Tel.: 089 203043-1300, Fax: -203043-1400, www.springerfachmedien-medizin.de

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: 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 Nature Three GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Nature Three GmbH ist die Springer Nature Deutschland GmbH, die 100% der Anteile hält. Die Springer Nature Deutschland GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Nature Two GmbH. Die Springer Nature Two GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer Nature One GmbH. Die Springer Nature AG & Co. KGaA (73,116%), die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH (26,6%) und die Springer Nature One GmbH (0,284%) sind Gesellschafter der Springer Nature One GmbH. An der Springer Nature AG & Co. KGaA hält die Springer Science+Business Media G.P. Acquisition S.C.A., Luxemburg, 47% der Anteile und die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH 53% der Anteile.

Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Leiter Redaktion Facharztmagazine: Markus Seidl (es)

Ressortleitung ZNS: Dr. rer. nat. Gunter Freese (fgr)

Verlagsredaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435, E-Mail: gunter.freese@springer.com, Dr. rer. nat. Carin Szosteck (cs, -1346), Dr. rer. nat. Thomas Riedel (tr, -1327), Thomas Müller, Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409), Doris Gebhardt (Assistenz, -1450)

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

Anzeigenleitung: Peter Urban, Tel.: 089 203043-1333, E-Mail: peter.urban@springer.com Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 24 vom 1.10.2018.

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

Erstellungsort: München

Druck: KLIEMO, Hütte 53, 4700 Eupen/Belgien

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.springermedizin.de/neurotransmitter und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zu nächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugpreise: Einzelheft 29 €, Jahresabonnement 232 € (für Studenten/AIP: 139,20 €), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 35 €, Ausland 58 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 65,50 €, inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright und allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur 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. Mit der Einwilligung zur Publikation im „NeuroTransmitter“ überträgt der Autor dem Verlag auch das Recht, den Beitrag geändert oder unverändert in anderen Publikationen der Fachverlagsgruppe, in den zugehörigen Online-Diensten, in Online-Datenbanken Dritter und in Sonderdrucken für Industriekunden zu nutzen. 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.

Die Wiedergabe von Gebrauchs-/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 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.

© Springer Medizin Verlag GmbH

Papierausgabe: ISSN 1436-123X
Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397
www.springermedizin.de/neurotransmitter



© Innovated Captures / Fotolia (Symbolbild mit Fotomodell)

Vorschau

Ausgabe 5/2019

Mai

erscheint am 13. Mai 2019

Schlafstörungen

In Deutschland leiden immer mehr Menschen unter Schlafstörungen. Diese belasten nicht nur das Sozialsystem, sondern begünstigen auch psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen und Angststörungen. Betroffen sind vor allem Erwerbstätige.

Neuromuskuläre Kinderleiden

Zu den häufigsten neuromuskulären Krankheiten im Kindes- und Jugendalter gehören die Duchenne Muskeldystrophie und die Spinale Muskelatrophie. Die vorwiegend symptomatische Behandlung sollte interdisziplinäre Teamarbeit sein.

Betreuungsrecht

Auf der Basis des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wird in der Medizin und im Betreuungsrecht über Chancen und Grenzen der unterstützten Entscheidungsfindung diskutiert.

Hier steht eine Anzeige.

