



**AXURA®. Länger ich.
Länger miteinander.**

JETZT AXURA® 20 mg 1x tgl.

MERZ
AXURA®
MORPHOLIN

neuro aktuell



LA-MED



Informationsdienst für Neurologen und Psychiater

Inhalt

Editorial

Gut bezahlte Fach- contra schlecht bezahlte Hausärzte? 3

Kommentare

Fachzeitschriften sind nach wie vor wichtigste Informationsquelle 7
KV-System noch zeitgemäß? 7

Schlaganfall

Spastizität nach Schlaganfall 8

RLS / DPNP

Therapien für das Restless-Legs-Syndrom und die schmerzhafte distal-symmetrische Polyneuropathie 11

Multiple Sklerose

Die neuen, oralen Therapieoptionen 15

Schizophrenie

Früherkennung und -intervention bei schizophrenen Störungen 19

Frühdiagnose bei Demenzen

Normales versus pathologisches Altern – eine Schimäre? 25

§§-Ecke

Raten- oder Teilzahlungszuschläge sind oft zu hoch 28
Schlaganfall: Konsequenzen für Autofahrer und Kfz-Versicherer 28

Neue „Grüne Karte“ 28

Wer zahlt bei Sturmschäden? 31

Borderline

Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung 31

Neuro Quiz

Abbuchung oder Einzugsermächtigung? 34

Reisemedizin

Chikungunya auf Reunion 34
Dengue-Fieber in Thailand 34

Meningokokken: Besonders

Jugendliche sollten auf Impfschutz achten! 37

Tollwut durch Vampirfledermaus-bisse in Südamerika 38

Impfschutz gegen Masern für Vietnam-Reisende 38

Sexualität

„Clinton-Lewinsky-Effekt“ 41

News

41

Für Sie gelesen

46

Kunstfehler

Nicht erkanntes Schmerzsyndrom nach Leistenbruchoperation 50

Impressum 51



Azilect® wirkt – je früher desto besser!

www.azilect.de
www.leben-mit-parkinson.de

AZILECT®
1x täglich
Rasagilin
Einfach und wirksam

Ärzte und Sucht

Ausgerechnet sie. Sie war doch immer so stark gewesen. Sie hatte doch immer anderen so gut geholfen, gesund zu werden. Ausgerechnet sie, die erfolgreiche Internistin, wurde suchtkrank. „Drei bis viermal am Tag brauchte ich meine Dosis Tramal, mindestens“, sagt Beate Noack. 20 Jahre lang gab es für sie keinen Tag ohne Schmerzmittel. „Irgendwann habe ich mich nur noch selbst verachtet“, sagt sie. Aber sie konnte nicht aufhören.

Es ist ein regnerischer Nachmittag im Schwarzwald, an dem Beate Noack bei einer Tasse Tee ihre Geschichte erzählt. Ihre lange Krankheit ist ihr nicht anzusehen: Das Lächeln sitzt perfekt, das Make-up ist aufwendig, die Kleider sind elegant. Nur der unsichere Blick aus dem Fenster der Oberbergklinik verrät, was Beate Noack hinter sich hat: 20 Jahre Versteckspiel. „Keiner meiner Freunde wusste von der Sucht“, sagt sie, auch ihre Kollegen hätten bis zum Schluss nichts geahnt. Und die Patienten, die sie im Rausch versorgt hat, die erst recht nicht.

Fortsetzung siehe Seite 3

Multiple Sklerose:
Die neuen, oralen Therapieoptionen
Seite 15 bis 19

**Ausgabe 8
November 2010**

Anwendungsprüfung des ERiraos in der Früherkennungsambulanz für Psychosen

Das revidierte ERiraos wird in der Früherkennungsambulanz für Psychosen, die unter der Leitung von PD Dr. Mathias Zink im April 2008 am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit eröffnet wurde, angewendet. Die Erfahrungen in der Früherkennungsambulanz bestätigen die hohe Praktikabilität des Instruments und seine Fähigkeit, Personen mit einem erhöhten Psychoserisiko verlässlich zu identifizieren.

Die ERiraos-Checkliste kann auf der Homepage des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit über den Link <http://www.zi-mannheim.de/checkliste.html> aufgerufen werden. Personen, die ein Risiko, an einer Psychose zu erkranken, bei sich vermuten, können diese ausfüllen und absenden. Sie erhalten umgehend eine Antwort und können gegebenenfalls einen zeitnahen Termin in unserer Früherkennungsambulanz vereinbaren.

Schlussfolgerung

Es konnte ein praktikables und zuverlässiges Instrument zur Früherkennung psychotischer Störungen entwickelt werden. Aufgrund des Früherkennungsinventars ERiraos ist man in der Lage, die Wahrscheinlichkeit für das Entstehen bzw. Vorliegen einer beginnenden Psychose mit einer Verlässlichkeit einzuschätzen, die unter Berücksichtigung der Interventionskriterien eine Behandlungsentscheidung ermöglicht. Die Risikofaktoren sollen helfen, zusätzlich zur Symptomatik weitere Hinweise auf ein Psychoserisiko zu erhalten, um die Interventionsentscheidung weiter zu stützen.

Acknowledgement

Die Studie ist Teil des Kompetenznetzes Schizophrenie und wurde gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Dres. h.c. Heinz Häfner
Zentralinstitut für seelische Gesundheit · J5 · 68159 Mannheim
E-Mail: heinz.haefner@zi-mannheim.de

demenz

Frühdiagnose bei Demenzen

Normales versus pathologisches Altern – eine Schimäre?

Wolf D. Oswald, Nürnberg

In der Literatur findet man immer wieder die Behauptung, dass sich zwischen „normalen“ oder „gesunden“ Alterungsvorgängen und „pathologischen“ Veränderungen eindeutig unterscheiden ließe. Insbesondere im Bereich von Gedächtnisstörungen und damit im Demenzbereich wird von dieser Argumentation häufig Gebrauch gemacht. Wenn dem so wäre, wäre es natürlich auch relativ einfach, Cut-off Points zu bestimmen, die eine klare Aussage darüber ermöglichen, ob eine Demenz vorliegt oder nicht.

Im Folgenden wird eine Reihe von Argumenten angeführt, die gegen diese Annahme sprechen und zugleich aufzeigen, wie schwierig es ist, zuverlässige Frühdiagnosen im Demenzbereich zu erstellen. Der Leser mag dann selber entscheiden, ob es sich hier um wissenschaftlich trennbare begriffliche Gegensätze oder eher um eine Schimäre handelt.

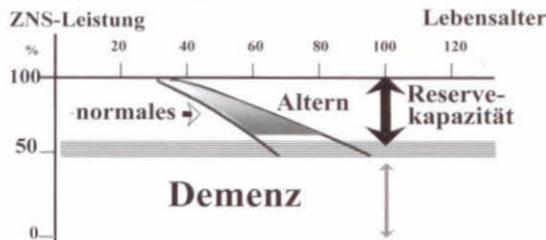
1. Alles ist kontinuierlich

Nach Max Bürger (1960) versteht man unter Altern jede irreversible Veränderung der lebenden Substanz als Funktion von Zeit und Umwelt, also als einen kontinuierlichen Prozess, bei dem die Krankheit am Ende

einer Reihe von Veränderungen zu finden ist. Natürlich erleben wir gerade den Beginn einer Demenz in der Regel als dramatisch und einhergehend mit raschen und massiven Veränderungen. Dies muss nicht der Kontinuitätshypothese insoweit widersprechen, als sich solche abrupten Veränderungen leicht über die Summierung mehrerer kontinuierlicher Veränderungen erklären lassen und mit einem weitgehenden Verlust vieler Kompensationsmechanismen einhergehen; zugleich demonstrieren diese auch, dass wir über häufig unterschätzte „Reservekapazitäten“ verfügen, die es uns ermöglichen, trotz degenerativer Veränderungen unseren Status aufrecht zu erhalten. Ein Modell von Meier-Ruge (1988) veranschaulicht diese Prozesse und weist zugleich auf eine unterschiedliche Progression zwischen den Personen hin. Es dient damit als Erklärung, warum der eine mit 55 Jahren an Alzheimer erkrankt und der andere hierfür 110 Jahre alt werden müsste.



Hirnleistung bei normalem und pathologischem Hirnaltern



Nach Meier-Ruge (1988)

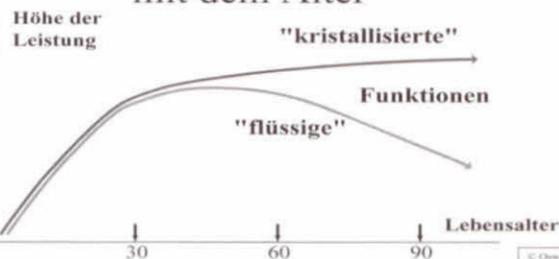
© Oswald 1994/0236

© 2010 W. D. Oswald, Forschungsgruppe Prävention & Demenz - Universität Erlangen-Nürnberg

2. Kognitive Veränderungen und Kompensationsmöglichkeiten

Heutzutage gilt als wissenschaftlich gesichert, dass sich kognitive Leistungen mit dem Alter kontinuierlich verändern, allerdings nicht in allen Funktionsbereichen gleich. Cattell (1963) beschrieb als erster die unterschiedlichen Verläufe bei erlernbaren Kulturtechniken wie Lesen, Schreiben, Klavierspielen usw. (Kristalliner Bereich) im Gegensatz zu eher basalen Funktionen der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit des Gehirns, z. B. mehrere Dinge gleichzeitig beachten zu müssen und schnell zu sein wie an einem Fußgängerüberweg (Fluiden Bereich). Während die kristallinen Hirnfunktionen bei entsprechender Übung bis ins höchste Senium aufrechterhalten werden können und zum Teil sogar steigerungsfähig sind, lassen sich erste Defizite im fluiden Bereich ab dem 30. Lebensjahr beobachten. Die folgende Abbildung veranschaulicht dieses Modell.

Veränderung kognitiver Leistungen mit dem Alter

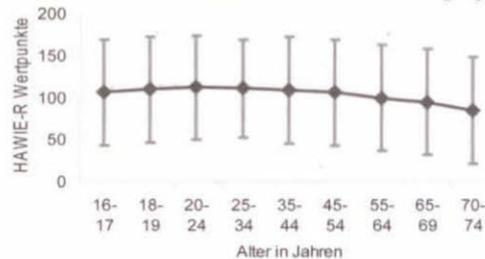


© 2010 W. D. Oswald, Forschungsgruppe Prävention & Demenz - Universität Erlangen-Nürnberg

3. Alters-Variation versus Intra-Kohortenvariation

Häufig wird übersehen, dass in der Abbildung zu 2. Durchschnittswerte (Mittelwerte der einzelnen Alterskohorten) dargestellt werden. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass diese vom Verlauf her auch den jeweils individuellen Veränderungen entsprechen, lassen diese Mittelwerte keine Rückschlüsse auf das individuelle Niveau zu, d. h. auf die Streubreite innerhalb der einzelnen Alterskohorten. Wie die folgende Abbildung verdeutlicht, ist diese um ein Vielfaches höher als die altersbedingte Variation der Mittelwerte. Dies bedeutet jedoch, dass an keiner Stelle der Verteilungen aus einem Messwert Rückschlüsse auf das Lebensalter

Modell der durchschnittlichen Altersabhängigkeit und Variationsbreite innerhalb von Altersgruppen



nach Tewes, 1991, S.86-103

© Oswald 1994/0236

© 2010 W. D. Oswald, Forschungsgruppe Prävention & Demenz - Universität Erlangen-Nürnberg

und damit natürlich auch nicht auf pathologische Veränderungen gezogen werden können.

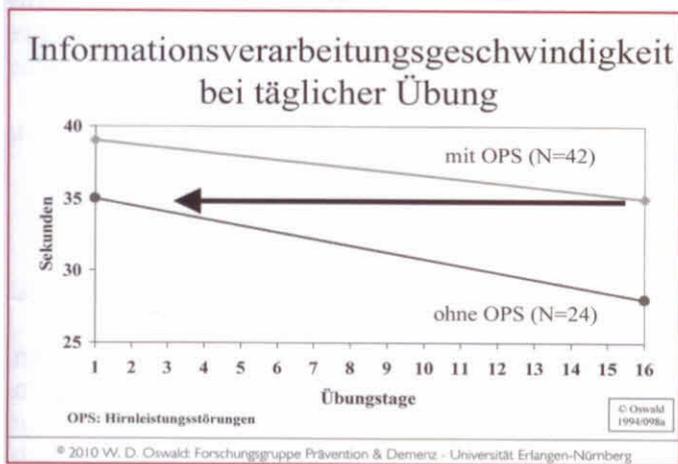
4. Status versus Veränderung

Unterstellt man, was empirisch als weitgehend gesichert gilt, dass die individuellen Verläufe ähnlich den Durchschnittsverläufen in Abhängigkeit zum Alter beobachtet werden können, so lassen sich allenfalls aus den individuellen Veränderungen auf Altersabbau und/oder pathologische Veränderungen schließen, nie jedoch aus den Messwerten allein. Moderne Demenz-Screening-Tests wie z. B. die NSL (Nürnberger Symptomliste) aus dem Nürnberger Altersinventar NAI fragen deshalb nicht nach einem Status, sondern ausschließlich nach den Veränderungen, z. B. „Ich verwechsle in letzter Zeit öfters Namen, Telefonnummern oder das Datum“ anstatt „Ich verwechsle Namen, Telefonnummern oder das Datum: nie - manchmal - häufig“. Bei der Frage nach den erlebten Veränderungen anstatt dem Niveau werden dabei auch die Probleme mit Floor (Boden)- und Ceiling (Decken)-Effekten umgangen, die besagen, dass bei hohem Ausgangsniveau stets ein höherer Abbau möglich ist als bei geringem Ausgangsniveau. Wer schon schlechte Leistungen hat, kann nicht mehr viel schlechter werden. Umgekehrt aber bedeutet dieses auch, dass sich hohe therapeutische Effekte nur bei Personen mit hohem Ausgangsniveau sichern lassen.

5. Die intraindividuelle Plastizität

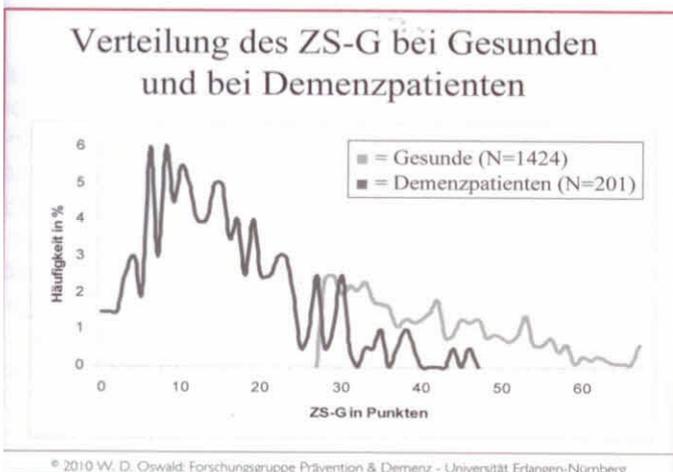
Alle Überlegungen zur Trennung zwischen normal und pathologisch gehen darüber hinaus auch von der irri- gen Annahme einer relativ hohen individuellen Konstanz aus. Diese ist in der Natur und damit auch im menschlichen Verhalten nicht beobachtbar. Das Gegenteil ist der Fall. Menschliches Verhalten zeichnet sich durch eine hohe Plastizität (Veränderbarkeit; vgl. Baltes 2003) aus. Deshalb schrieb schon Cicero über das Alter die folgende kluge Bemerkung: „Manent ingenia senibus, modo permaneat studium et industria, neque ea solum in claris et honoratis viris, sed in vita etiam privata et quieta“ (aus *Cato maior de senectute*), übersetzt: „Alten Menschen bleiben ihre Geistesgaben erhalten, wenn ihnen nur ihr Eifer und ihr Fleiß erhalten bleibt, und das gilt nicht nur bei berühmten und geehrten Persönlichkeiten, sondern auch im ruhigen, privaten Leben.“

In Analogie zu dem Plastizitäts-Paradigma übten Gesunde und Patienten mit Hirnleistungsstörungen (Mild-Cognitive-Impairment, MCI) den wichtigsten Parameter für fluide Hirnleistung, die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit (im ZVT, Oswald & Fleischmann 1999), über 16 Tage. Danach erreichten die Kranken wieder Werte, die den Ausgangswerten, d.h. Normwerten der Gesunden, entsprachen – und all dies ohne pharmakologische Beeinflussung. Allerdings lässt sich auch nicht bestreiten, dass auch die Gruppe der Gesunden sich fast um den gleichen Betrag verbesserte. Diese Ergebnisse sind typisch für die hohe Plastizität von Testleistungen auch in den fluiden Hirnleistungen, die wegen ihres biologischen Substrates deutlichen altersbedingten Veränderungen unterliegen. Die Konsequenz für die aufgeworfene Fragestellung lautet dabei: es ist eigentlich unmöglich, eindeutige Grenzwerte zwischen normal und pathologisch festzulegen.



6. Die Überlappung der Verteilungen

Die Festlegung versagt auch, weil sich die Verteilungen der Messwerte ohne die geschilderten Übungseffekte in fast allen Parametern in einem weiten Bereich überlappen. Ein beliebiges Beispiel lässt sich im Folgenden am Zahlen-Symbol-Test ZS-G aus dem Nürnberger Altersinventar, einem an sich therapiesensitiven Testverfahren, über alle Altersgruppen demonstrieren (Oswald & Fleischmann 1999). Die Abbildung zeigt, dass im Bereich zwischen 28 und 48 Punkten kein eindeutiger Cut-off Point bestimmbar ist.



7. Testkriterien am Beispiel des MMST (Mini-Mental)

Dies erklärt auch, warum ein Cut-off Point zur Diagnostizierung einer Demenz mit dem weltweit benutzten Mini-Mental-Status-Test (MMST, Folstein et al. 1975) von 23 Punkten nicht nur wissenschaftlich nicht begründbar ist, sondern auch in Anbetracht der Folgen, die solch eine Diagnose nach sich zieht, nicht tolerierbar erscheint. Dieses Faktum lässt sich auch mit den Retest-Reliabilitäten (Wiederholung nach einem Jahr) des MMST in der SimA-Stichprobe (Oswald, 2005) an 179 Personen belegen. Ein Wert von $r_{tt}=1.00$ nach einem Jahr würde für identische Ergebnisse sprechen. Ein Wert von r_{tt} um $.30$ beschreibt dagegen eine geringe Übereinstimmung.

- ▶ r_{tt} (1 Jahr: 1993-1994) = $.34$
- ▶ r_{tt} (2 Jahre: 1993-1995) = $.27$
- ▶ r_{tt} (3 Jahre: 1993-1996) = $.31$

Bestätigung findet dies auch in der Betrachtung der Verschlechterungen, Konstanten und Verbesserungen. Während nur die Verschlechterungen bei weniger als der Hälfte der Patienten für ein Fortschreiten der Demenz sprechen und damit für eine wahrscheinlich zutreffende Diagnose, wäre bei mehr als der Hälfte der Patienten eine falsche Diagnose gestellt worden.

Schwankungen im MMST-Ergebnis in der SimA-Stichprobe (N = 179)

	verschlechtert (in %)	keine Veränderung (in %)	verbessert (in %)
1993 – 1994	44.7	22.3	33.0
1994 - 1995	43.6	24.0	32.4
1995 - 1996	47.5	16.7	35.8

© 2010 W. D. Oswald: Forschungsgruppe Prävention & Demenz - Universität Erlangen-Nürnberg

8. Sensitivität versus Spezifität

Die Wahrscheinlichkeit, tatsächlich erkrankte Testpersonen korrekt zu erkennen (richtig positiv) wird als Sensitivität bezeichnet, die Wahrscheinlichkeit, tatsächlich gesunde Testpersonen korrekt zu erkennen (richtig negativ) als Spezifität.

Eigentlich sollten diese Angaben für alle Messwerte empirisch erhoben und veröffentlicht sein. Leider ist dies nur in den wenigsten Fällen zutreffend. Dies gilt sowohl für klinische Parameter und Laborwerte als auch für psychometrische Testverfahren.

Für den o. g. Zahlen-Symbol-Test ZS-G z.B. hat ein Cut-off-Wert von 28 Punkten zur Trennung zwischen Gesunden und Dementen in der Gruppe der 55- bis 70-Jährigen eine fast ideale Sensitivität (Erkennen der Kranken) von 88% und eine ebenfalls gute Spezifität (Erkennen der Gesunden) von 85%. Gleichwohl lässt sich bei keinem Screening-Verfahren ein Restfehler in der Größenordnung von ca. 10% vermeiden, viel größer sollte er aber nicht sein.

9. Fazit

Alles ist fließend und damit auch normales Altern und der Übergang zu pathologischen Veränderungen, im kognitiven Bereich zur Demenz. Beide sind nur in Extrembereichen eindeutig und zuverlässig (reliabel) voneinander zu trennen. Gängige Verfahren wie der Mini-Mental-Status-Test können dies nicht. Wissenschaftlich begründete Testverfahren, z.B. aus dem Nürnberger-Alters-Inventar NAI, leisten dies. Leider sind letztere zeitaufwändiger als die häufig eingesetzten Schnelltests.

Will man ein Fazit zu der Fragestellung ziehen, so muss dieses lauten: Wenn altersbedingte Veränderungen fließend und inter- und intraindividuell stark variierend sind, dann ist die Suche nach unterschiedlichen Verläufen bei „gesunden“ und „pathologischen“ altersbedingten Veränderungen tatsächlich die Suche nach einer Schimäre. Die Demenz ist demnach die Endstrecke einer jahrelangen normalen Veränderung im individuellen Lebenslauf (Bayreuther 2002).

Literatur beim Verlag

Univ.-Prof. Dr. W. D. Oswald
Forschungsgruppe Prävention & Demenz am Institut
für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg
Wallensteinstr. 61-63 · 90449 Nürnberg
E-Mail: forschung@wdoswald.de

§§-Ecke

Raten- oder Teilzahlungszuschläge sind bei vielen Versicherungspolice zu hoch

Der Bundesverband der Verbraucherzentrale war gegen die HUK-Coburg vor Gericht gezogen. Die Verbraucherschützer monierten die Aufschläge auf die monatlichen, viertel- oder halbjährlichen Prämien. Im Vergleich zur Jahresprämie seien diese zu hoch. Weil nach Ansicht der Bamberger Richter unterjährige Prämienzahlungen einen Kredit darstellten, sei ohne weitere Angaben ein jährlicher Effektivzins von höchstens vier Prozent erlaubt. Davon sind die meisten Versicherer meilenweit entfernt. Werden etwa einem Autofahrer mit einer Jahresprämie von € 1.200 bei monatlicher Zahlweise € 105 in Rechnung gestellt, ergibt sich ein unzulässig hoher Effektivzins von mehr als elf Prozent. Nun hat sich der BGH nicht inhaltlich zu diesem Fall geäußert, weil die HUK-Coburg gerade noch rechtzeitig vor Urteilsverkündung das LG-Urteil anerkannt hat.

Wer mit seinem Versicherungsunternehmen vereinbart hat (ausgenommen sind Lebens- und Krankenversicherungsverträge) die Prämie monats- oder vierteljährlich sowie halbjährlich zu zahlen, hat gute Aussichten, Geld vom Unternehmen zurück zu bekommen.

Die Rechtsfolgen sind derzeit allerdings noch nicht abschließend geklärt. Betroffen sind grundsätzlich alle Versicherungsverträge, bei denen Prämien zum einen als Jahresprämie und zum anderen als Monatsbeitrag oder im Quartal gezahlt werden können und bei welchen sich durch die Ratenzahlung erhöhte Prämien ergeben.

Jedenfalls können Kunden eine Anpassung ihres Zinses auf den gesetzlichen Zins von vier Prozent p.a. fordern, dies auch rückwirkend. Die Differenz müsste dann das Versicherungsunternehmen zurückzahlen. Darüber hinaus wird vereinzelt auch vertreten, dass die Nichtangabe unter Umständen zur Unwirksamkeit des Versicherungsvertrages führen könnte. Weiterhin stellt sich die Frage, inwieweit Verjährung hinsichtlich der zuviel gezahlten Zinsen eintreten kann. Bei unklarer und unübersichtlicher Sach- oder Rechtslage – wie sie vor dem oben genannten BGH-Urteil gegeben sein dürfte – kann ein Anspruch nicht verjähren, bevor nach dem neuen Schuldrecht (ab 1.1.2010) zehn Jahre vergangen sind. Für ältere Ansprüche gilt sogar eine Verjährungsfrist von bis zu 30 Jahren.

Quelle: www.vac-taruttisgmbh.de

Schlaganfall: Konsequenzen für Autofahrer und Kfz-Versicherer

Jedes Jahr erleiden in Deutschland ca. 200.000 Menschen einen Schlaganfall, jeder zehnte davon ist jünger als 40 Jahre. In der Reha hören Betroffene von Neuropsychologen nicht selten, dass die Fahrerlaubnis erlischt und erst ein teures verkehrsmedizinisches Gutachten für die Bestimmung der Fahrtauglichkeit nötig ist, ehe die Führerscheinstelle wieder das Autofahren gestattet. Ohne diese Prozedur sei der Patient ein Fahrer ohne Führerschein, was den Versicherungsschutz gefährdet. Wer entgegen dem ärztlichen Rat fährt und gesundheitsbedingt einen Unfall verursacht, wird jedoch mit dem Strafvorwurf der Straßenverkehrsgefährdung konfrontiert (§315c StGB).

Quelle: www.vac-taruttisgmbh.de

Neue „Grüne Karte“

Die „Grüne Karte“ bzw. internationale Versicherungskarte ist auch heute noch ein wichtiges Reisedokument. Sie gilt bei Fahrten mit dem eigenen Fahrzeug im Auto als Versicherungsnachweis. Obwohl die „Grüne Karte“ heute bei vielen Grenzübertritten im europäischen Ausland nur noch selten vorgezeigt werden muss, sollte sie immer mitgeführt werden. Selbst in Ländern, in denen sie nicht mehr offiziell vorgeschrieben ist.

Die „Grüne Karte“ hat ein neues Erscheinungsbild. Die bisherige „Grüne Karte“ ist noch bis zum 31.12.2010 gültig. Ab 01.01.2011 darf nur noch die neue „Grüne Karte“ ausgestellt werden.