



neuro aktuell

LA-MED
2014

Informationsdienst für Neurologen und Psychiater

Inhalt

Editorial

Ersatzkassen fordern radikale Reform der Krankenhauslandschaft 3

Kommentare

Zu häufige Epilepsie-Fehldiagnosen: DGKN fordert verbindliche Qualitätssicherung 6

Arztbewertungsportale: Zufriedene Patienten sollten von uns ermuntert werden, ihr Urteil im Internet abzugeben 7

Die Wartezeitdebatte – oder: wo die wahren Probleme sind 8

Neuro-Recht

Quartalsgleiche Wirtschaftlichkeitsprüfung – ist ein Honorareinbehalt rechters? 10

Kann ich meine Zulassung teilen, gleichzeitig aber Inhaber der vollen Zulassung bleiben? 10

Praxisorganisation

Gesetzliche Vorgaben für die Ausstellung eines Zeugnisses 12

Neuro-Forschung

SSRI in der Schwangerschaft: Kein erhöhtes Risiko kardialer Defekte beim Neugeborenen 13

Phänomen auf der Spur: Schützt HIV vor MS? 14

M. Parkinson

Therapie von Gang- und Gleichgewichtsstörungen bei Morbus Parkinson 17

Neurologie / Psychiatrie

Brücke zwischen Neurologie und Psychiatrie: Dissoziative Amnesien 19

Schizophrenie

Vom neurobiologischen Modell zur Therapie: Neuronale Korrelate verbaler akustischer Halluzinationen 22

Neuro-Marginal

Von der Melancholie zum depressiven Syndrom 26

Kurz berichtet

Tod durch Mangelernährung 30

Männer mit Vorhofflimmern: Dicker Bauch erhöht Schlaganfall-Risiko 30

Mehr Depressionen und Suizide 31

Jeder fünfte NRW-Einwohner ist älter als 65 Jahre 31

Für Sie gelesen 31

Ausschreibung / Preise 36

News 37

Forum 46

Zuletzt

Süchtig nach Liebe 46

Impressum 47

Mit zunehmender Aktivität sinkt das Schlaganfallrisiko

Prävention des Schlaganfalls durch Sport

Carl D. Reimers, Hamburg, und Guido Knapp, Dortmund

Schlaganfälle sind die verheerendste neurologische Krankheit, die zweithäufigste Todesursache weltweit (9,7% aller Todesfälle) und die dritthäufigste Todesursache in den Industrienationen. Trotz zunehmender Lebenserwartung fiel die Inzidenz der Schlaganfälle, eventuell durch eine bessere Kontrolle vaskulärer Risikofaktoren in Ländern mit hohem Einkommen, von 1978 bis 2008 um über 40%, während sie sich in den anderen Ländern verdoppelte. Vor allem in den westlichen Industrieländern sank auch die Schlaganfallmortalität deutlich. Man prognostiziert jedoch wegen der jährlichen Zunahme von Menschen über 65 weltweit ein Ansteigen der Zahl an Schlaganfall-Ersterkrankungen sowie hierdurch bedingte Todesfälle.

Fortsetzung auf Seite 3



Ersatzkassen fordern radikale Reform der Krankenhauslandschaft

**Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,**

ein vom VdEk (Verband deutscher Ersatzkassen) 2014 in Auftrag gegebenes Gutachten sorgt für Furore: Jedes siebte Krankenhaus in der Bundesrepublik könnte sofort ohne negative Folgen für die Bevölkerung geschlossen werden. Denn 99,6% der Deutschen können das nächste Krankenhaus der Grundversorgung in 30 Autominuten erreichen, wie das Forschungsinstitut RWI in seiner Untersuchung feststellt. Nur für ca. 300.000 Bürger (0,4%) würde der Weg in eine Klinik mit internistischer und chirurgischer Abteilung länger dauern (*DIE WELT* vom 22.10.2014). Besonders für diese müssten Flugrettung und Telemedizin ausgebaut werden. Übrigens seien auch Krankenhäuser der Maximalversorgung für 96,3% in einer Autostunde zu erreichen.

Gefordert wird eine radikale Reform der bisherigen Krankenhausplanung mit zu vielen kleinen Einheiten, einem Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung bei zu hoher Krankenhausdichte, mit zu wenig Spezialisierungen und einer zu geringen Qualitätsorientierung. Von den derzeit 1.300 Krankenhäusern der Grundversorgung könnten 200 ohne Probleme geschlossen werden.

Zwar plant auch die Bundesregierung eine grundlegende Krankenhausreform und wollte eigentlich schon bis Ende 2014 einen entsprechenden Gesetzesentwurf vorlegen. Aber eine bundesweite Planung gibt es bis jetzt nicht. Bekanntlich sind die Länder für die Krankenhäuser und die Investitionen zuständig, wobei die Krankenkassen das Sagen haben, indem sie über Fallpauschalen für die behandelten Patienten den laufenden Betrieb finanzieren. So sind es denn auch die Krankenkassen, die die radikale Reform und Klinikschließungen fordern, während die Krankenhäuser versuchen, Finanzlücken durch Einsparungen bei den Betriebskosten und Ausweitung der Behandlungen zu schließen. Dennoch sind 16% der Krankenhäuser von der Pleite bedroht und ca. 30% machten 2012 einen Verlust.

Dabei sind die Ausgaben der Kassen seit 2006 um mehr als 30% (knapp 65 Milliarden Euro) gestiegen. Laut VdEk-Vorstand Ulrike Elsner sind davon allenfalls ein Drittel so zu erklären, dass die Patienten älter und kränker geworden seien. Elsner fordert „intelligente“ Lösungen für Krankenhäuser, die schließen müssten, etwa eine Umwidmung in Pflegeheime oder Versorgungszentren.

Die Kassen wollen jedenfalls in Zukunft nicht mehr für „schlechte Leistungen“ zahlen: „Krankenhäuser,

die längerfristig schlechte Qualität erbringen oder besonders viel unnötige Operationen durchführen, sollten von der Versorgung ausgeschlossen werden“, so Elsner.

In Dänemark beispielsweise wurden von 2000 bis 2006 viele kleine Krankenhäuser ganz zugesperrt. Die Zahl der Kliniken mit Notaufnahmen reduzierte sich um die Hälfte, von 56 auf 27. Die resultierenden Entfernungen von 60 km zur nächsten Notaufnahme und 150 km bis zur nächsten großen Klinik wurde durch den Ausbau der Flugrettung soweit kompensiert, dass sich die Notfallversorgung seitdem sogar wesentlich verbesserte, wie das RWI in seinem Gutachten hervorhebt.

Es lässt sich also zeigen, dass eine Schließung unwirtschaftlicher Krankenhäuser durch Verbesserung von Transportstrukturen und nicht zuletzt der elektronischen Kommunikation sogar zu einer Optimierung der Patientenversorgung in Kliniken führen kann.

Mit freundlichem kollegialem Gruß



Ihr Benno Huhn

Fortsetzung von Titelseite

Prävention des Schlaganfalls durch Sport

Schlaganfallrisikofaktoren

Das Schlaganfallrisiko steigt jenseits eines Blutdrucks von 115/75 mmHg etwa logarithmisch zum Blutdruck an. Weitere wissenschaftlich etablierte Risikofaktoren sind u. a. Rauchen, Karotisstenosen und ungesunde Kostformen. Weniger gut gesicherte Risikofaktoren sind das metabolische Syndrom, ein erhöhter Alkoholkonsum, die Einnahme oraler Kontrazeptiva, das Schlafapnoe-Syndrom, Migräne, Hyperhomocysteinämie, erhöhte Lipoprotein(a)-Konzentrationen, Entzündungen und Infektionen.

Man schätzt, dass Rauchen, regelmäßiger Alkoholkonsum, schlechte Ernährung, körperliche Inaktivität, eine arterielle Hypertonie, eine erhöhte Waist-to-Hip-Ratio, ein Diabetes mellitus, psychosozialer Stress und Depression, kardiale Erkrankungen sowie erhöhte Apolipoprotein-A1- und B-Konzentrationen weltweit für 90% aller Schlaganfälle verantwortlich sind, 54% davon allein durch Bluthochdruck.

Primärprävention des Schlaganfalls durch körperliche Aktivität

Eine medikamentöse Primärprävention des Schlaganfalls steht bisher nicht zur Verfügung. Umso bedeutsamer sind nicht-medikamentöse prophylaktische Maßnahmen. ▶

Eine aktuelle eigene Metaanalyse prospektiver Kohortenstudien zeigt, dass das Risiko, einen Hirninfarkt, eine Hirnblutung oder einen nicht spezifizierten Schlaganfall zu erleiden, bei den körperlich aktivsten Frauen und Männern der jeweiligen Kohorten um 15 bis 42% niedriger war als bei den inaktivsten Vergleichspersonen. Die Unterschiede waren für alle Gruppen außer für die Hirnblutungen der Frauen statistisch signifikant (siehe Tabelle 1). Vergleicht man die sportlich aktivsten Frauen und Männer mit den sportlich inaktivsten, so zeigt sich auch hier ein 10 bis 40% verringertes Schlaganfallrisiko. Jedoch waren die Unterschiede bei einer allerdings geringen Zahl an Vergleichsstudien (maximal 7 Studien pro Geschlecht und Schlaganfallart) nur bei drei der acht metaanalytischen Vergleiche statistisch signifikant (siehe Tabelle 2).

Knapp die Hälfte der Vergleiche zeigte ein mit zunehmender Aktivität sinkendes Schlaganfallrisiko. Mehrere ältere Metaanalysen kommen zu einem ähnlichen Ergebnis. Höhere Aktivität scheint dabei bezüglich der Hirninfarktprävention tendenziell wirksamer zu sein als geringere. Die Mehrzahl der ausgewerteten Originalarbeiten berücksichtigt bei der Berechnung der Risiken, einen Schlaganfall zu erleiden oder daran zu versterben, eine Reihe bekannter Risikofaktoren vaskulärer Erkrankungen, z. B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas, Rauchen und Alkoholkonsum. Dennoch konnten vermutlich aufgrund ökonomischer Aspekte und der Praktikabilität nicht alle Risikofaktoren (z. B. Ernährungsverhalten, Subfraktionen der Lipoproteine) präzise erfasst werden. Es ist daher nicht auszuschließen, dass der günstige Einfluss körperlicher Aktivität auf die bereits bekannten vaskulären Risikofaktoren zu der angegebenen Risikoreduktion eines Schlaganfalls beiträgt. Als mögliche Mechanismen der Risikoreduktion wurden blutdrucksenkende Effekte körperlicher Aktivität und günstige Einflüsse auf den Glukose- und Lipidstoffwechsel diskutiert. Daneben wurden eine verbesserte Endothelfunktion, Kollateralenbildung und ein erhöhter zerebraler Blutfluss als ursächlich erwogen: Eine Rolle könnten auch eine verminderte Blutviskosität, Thrombozytenaggregationsneigung, erniedrigte Fibrinogen-Konzentrationen und verstärkte Fibrinolyse spielen. Weitere mögliche Faktoren sind eine Reduktion der Plasmafibrinogen-Konzentration, erhöhte Plasma-Tissue-Plasminogen-Aktivator-Aktivität oder erhöhte HDL-Cholesterin-Konzentration. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die multivariaten Analysen der meisten Studien die wichtigsten zerebrovaskulären Risikofaktoren als Einflussfaktoren, die durch körperliche Aktivität günstig beeinflusst werden (Adipositas, Glukosestoffwechsel, arterieller Blutdruck, Thrombozytenaggregationsneigung), berücksichtigen, kann vermutet werden, dass der präventive „Bruttoeffekt“ körperlicher Aktivität, d. h. unter Berücksichtigung indirekter schlaganfallpräventiver Effekte über einen positiven Einfluss auf die zerebrovaskulären Risikofaktoren, deutlicher ist als der oben zitierte (direkte) „Nettoeffekt“ in der Größenordnung von 15% bis 42%. So sinkt beispielsweise der Blutdruck mit regelmäßiger körperlicher Aktivität in randomisierten kontrollierten Interventionsstudien im Vergleich zu der jeweiligen nicht aktiven, ansonsten aber identischen Kontrollgruppe im Mittel um 3,4%. Das wirkt prima vista klinisch kaum relevant. Da jedoch der prozentuale Effekt mit zunehmendem Ausgangsblutdruck noch leicht zunimmt ($r = -0,22$ systolisch, diastolisch $r = -0,14$; Abbildung), handelt es sich um einen nicht unbedeutenden Effekt. Eine systolische Blutdrucksenkung um 2 mmHg reduziert nämlich die Schlaganfallmortalität um etwa 6%. ▶

Erkrankung	Zahl der Studien (Vergleiche)	Geschlecht	relatives Schlaganfallrisiko RR (95 %-KI) p-Wert
Hirninfarkt	6 (7)	♀	0,69 (95 %-KI: 0,57 - 0,84, p < 0,001)
Hirninfarkt	8 (10)	♂	0,74 (95 %-KI: 0,65 - 0,84, p < 0,001)
Hirninfarkt	8	♀ und ♂	0,77 (95 %-KI: 0,70 - 0,85, p < 0,001)
Hirnblutung	4	♀	0,85 (95 %-KI: 0,62 - 1,17, n. s.)
Hirnblutung	5 (6)	♂	0,58 (95 %-KI: 0,42 - 0,79, p < 0,001)
Hirnblutung	3	♀ und ♂	0,72 (95 %-KI: 0,56 - 0,92, p < 0,01)
nicht spezifizierter Schlaganfall	16 (17)	♀	0,77 (95 %-KI: 0,68 - 0,89, p < 0,001)
nicht spezifizierter Schlaganfall	24 (25)	♂	0,75 (95 %-KI: 0,68 - 0,84, p < 0,001)
nicht spezifizierter Schlaganfall	8 (10)	♀ und ♂	0,72 (95 %-KI: 0,63 - 0,82, p < 0,001)

Tab. 1: Metaanalytische Auswertung der Schlaganfallrisiken körperlich aktiver versus der inaktivsten Personen

Erkrankung	Zahl der Studien	Geschlecht	relatives Schlaganfallrisiko RR (95 %-KI) p-Wert
Hirninfarkt	2	♀	0,62 (95 %-KI: 0,47 - 0,80, p < 0,001)
Hirninfarkt	3	♂	0,76 (95 %-KI: 0,52 - 1,12, n. s.)
Hirninfarkt	3	♀ und ♂	0,90 (95 %-KI: 0,61 - 1,33, n. s.)
Hirnblutung	2	♀	0,73 (95 %-KI: 0,47 - 1,13, n. s.)
Hirnblutung	3	♂	0,62 (95 %-KI: 0,42 - 0,91, p < 0,05)
nicht spezifizierter Schlaganfall	3	♀	0,87 (95 %-KI: 0,53 - 1,45, n. s.)
nicht spezifizierter Schlaganfall	7	♂	0,73 (95 %-KI: 0,57 - 0,92, p < 0,01)
nicht spezifizierter Schlaganfall	2	♀ und ♂	0,60 (95 %-KI: 0,33 - 1,08, n. s.)

Tab. 2: Metaanalytische Auswertung der Schlaganfallrisiken sportlich aktiver versus der inaktivsten Personen (mindestens zwei Studien pro Schlaganfallart und Geschlecht)

♀ = Frauen, ♂ = Männer, KI = Konfidenzintervall, n. s. = nicht signifikant, p = statistische Irrtumswahrscheinlichkeit, RR = relatives (Schlaganfall-) Risiko

Selbst eine Senkung des Blutdrucks von 130 bis 139 mmHg systolisch auf unter 130 mmHg senkt das Schlaganfallrisiko noch um 20%. Bei einem Ausgangsblutdruck von 150 mmHg errechnet sich gemäß der Abbildung eine mittlere Blutdrucksenkung durch regelmäßige körperliche Aktivität von 6,7 mmHg, was rechnerisch einem 20% verminderten Schlaganfallrisiko entspricht. Dieser Effekt ist im Übrigen sowohl bei Ausdauer- als auch bei Krafttraining zu beobachten. Weitere zu den direkten Effekten körperlicher Aktivität additive präventive Effekte sind durch die antidiabetische Wirkung sowie – wenn auch nur leichten – gesundheitsfördernden Wirkungen auf den Lipidstoffwechsel zu erwarten.

Die Risikoreduktion zerebrovaskulärer Ereignisse liegt in der gleichen Größenordnung wie die der koronaren Herzkrankheit.

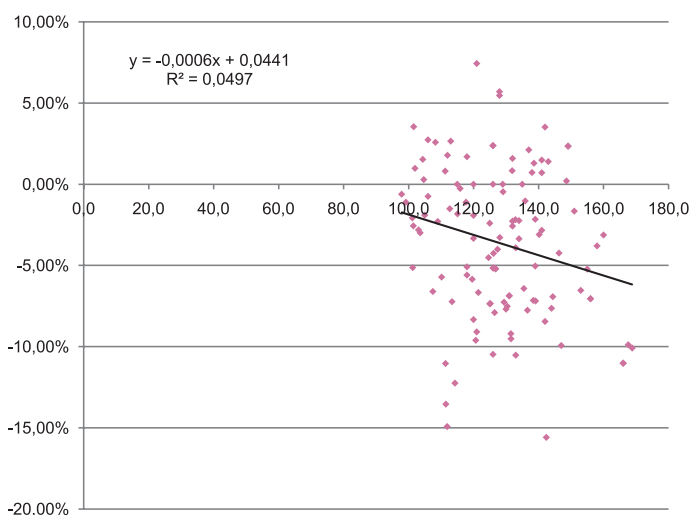


Abbildung: Prozentuale Blutdruckveränderung der Therapiegruppe im Vergleich zur inaktiven Kontrollgruppe durch regelmäßige körperliche Aktivität in randomisierten kontrollierten Interventionsstudien in Abhängigkeit vom Ausgangsblutdruck

tens 30 Minuten als effektiv zu betrachten, sofern körperliche Aktivität nicht schon aus beruflichen Gründen gewährleistet ist. Unter einem mäßig intensiven Training sind z. B. rasches Gehen, Radfahren, mäßig schnelles Schwimmen oder langsames Kanufahren zu verstehen.

Zu Details wird auf die ausführliche Darstellung in den entsprechenden Kapiteln von Reimers et al. [2013 und 2015] sowie Mooren et al. [2015] verwiesen.

Weiterführende Literatur:

Reimers CD, Reuter I, Tettenborn B, Mewes N, Knapp G (Hrsg.) Prävention und Therapie neurologischer und psychischer Krankheiten durch Sport. Elsevier Urban & Fischer, München 2013 (2. Aufl. 2015)
 Mooren F-C, Reimers CD, Knapp G (Hrsg.) Prävention und Therapie internistischer Krankheiten durch Sport. Elsevier Urban & Fischer, München (erscheint 2015)

PD Dr. rer. nat. Guido Knapp,
 Technische Universität Dortmund Fakultät Statistik

Prof. Dr. med. habil. Carl D. Reimers
 Facharzt für Neurologie, Spezielle Schmerztherapie, Sportmedizin

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Carl D. Reimers
 Neurologie Neuer Wall
 Neuer Wall 19 · 20354 Hamburg
 Tel.: 040/3006876-0 · Fax: 040/3006876-40
 E-Mail: c.d.reimers@outlook.de

Wieviel Sport ist zur Schlaganfallprävention notwendig?

Die Beschreibung der körperlichen Aktivität ist zwar in den einzelnen Studien nicht einheitlich, aber die angegebene körperliche Aktivität entsprach in den meisten Studien einer aeroben Belastung. Selbst bei den berichteten hochintensiven körperlichen Betätigungen handelte es sich um freizeitsportliche Aktivitäten wie Joggen, Schwimmen, Radfahren o. ä. Als körperliche Aktivität mit leichter bis mäßiger Belastungsintensität gilt Walking.

Der Begriff der intensiven Belastung in den hier zitierten epidemiologischen Studien weicht deutlich davon ab, was Sportler unter einer höheren Belastung verstehen würden – etwa einer anaeroben oder Wettkampfbelastung. Über die präventiven Effekte dieser Aktivitäten liegen keine Daten vor. Somit ist ein mehrmals wöchentliches, möglichst tägliches kardiovaskuläres Training mit mäßig intensiver Aktivität von mindes-