

impulse

NTC

*Ihr Exemplar
für zu Hause.*

Neues aus der Neurologie und Psychiatrie



EPILEPSIE

Kurzschluss im Kopf

PARKINSON
Wegweiser Internet

DEMENZ
Zeit gewinnen mit Training

MULTIPLE SKLEROSE
Chancen der Frühtherapie

SCHMERZ
Antidepressiva wirken

MULTIPLE SKLEROSE • PARKINSON • SCHLAGANFALL • PSYCHE • SCHMERZ • DEMENZ • EPILEPSIE

Richtig gut betreut bei MS



EXTRACARE

Richtig gut betreut bei MS

Unser Service für MS-Patienten:

- Persönlich und kompetent – Ihre EXTRACARE-MS-Schwester
- Hilfsbereit und informativ – Ihr EXTRACARE-Servicecenter o 800 – 987 00 08*
- Richtig gut informiert – www.ms-und-ich.de

Gemeinsam für ein besseres Leben mit MS.

* gebührenfrei von Mo. bis Fr. von 8.30 bis 18.30 Uhr oder per Mail: info@extracare.de



Liebe Leserin, lieber Leser!

Vieles wäre leichter, wüssten wir genauer, was die Zukunft bringt. Wir könnten uns besser einstellen auf das, was noch kommt. Doch gerade ein Leben mit neurologischer oder psychischer Erkrankung ist selten berechenbar. Qualifizierte Fachärzte können zumindest fundierte Prognosen stellen und so gut wie möglich behandeln.

Wie wichtig auch das Mitwirken des Patienten ist, zeigen die Beiträge zur Epilepsie. Denn sie kann in vielen Formen auftreten und ist oft nicht ohne weiteres zu erkennen. Eine entscheidende Rolle spielen Patienten auch bei Multipler Sklerose: Je mehr sie über ihre Erkrankung wissen, desto besser kann der Facharzt beraten und zum Beispiel eine Frühtherapie empfehlen. Ein Beispiel, wie bedeutend die Patientin als »Expertin in eigener Sache« sein kann, zeigt unser Portrait in der Rubrik Menschen.

So gut wie möglich den Verlauf der Erkrankung zu planen, diese Aufgabe stellt Sie als Betroffene oder Angehörige sowie uns Fachärzte jeden Tag vor neue Herausforderungen. – Eine Aufgabe, die wir am besten gemeinsam angehen.

Wir freuen uns auf Ihre Kommentare und Anregungen!

Dr. Arnfin Bergmann
Geschäftsführer NTC



Prof. Dr. Christian Bischoff
Herausgeber



»Hier ist es, eben jetzt.
Denk darüber nach und du verfehlst es.«

Huang-Po

© dephoto / Fotolia.com

LESERBRIEFE info@neurotransconcept.com

Kerstin F., Stuttgart:

»Nach langer Zeit mit zahlreichen Tests haben wir nun die Gewissheit: Unser 9-jähriger Sohn hat ADHS! Einerseits bin ich froh, endlich zu wissen, was mit ihm los ist, andererseits habe ich auch Angst. Angst um seine Zukunft! Die Geschichte von Benno Jacob gibt mir Mut und ich hoffe, dass unser Sohn ebenfalls einen glücklichen Weg gehen wird. Wir werden ihn auf jeden Fall mit all unseren Mitteln unterstützen.«

Thorsten S., Herne:

»Als jemand, der mit einem Bewegungstic lebt, hat mich die Reportage über den Künstler mit ADHS verblüfft: Genau, man muss kein Sonderling bleiben, man kann auch jemand Besonderes sein!«

Silke H., Erlangen:

»Ich leide seit Jahren an Migräne und Ihr Beitrag zum Thema Biofeedback fand ich sehr interessant und aufschlussreich. Ich werde nun mit meinem Arzt besprechen, ob diese Art der Behandlung auch für mich in Frage kommt. Ich fände es gut, wenn Sie mehr über alternative Heilmethoden berichten würden.«

Die Redaktion behält sich Kürzungen vor.

Senden Sie uns Ihren Leserbrief an: info@neurotransconcept.com oder per Post an: NeuroTransConcept GmbH, Herrenstr. A 99, 86633 Neuburg/Donau

WIE PATIENTEN VOM NTC-NETZ PROFITIEREN

Standorte der 76 NTC-Facharztpraxen in Deutschland

Die nächste NTC-Facharztpraxis ist auf dieser Übersichtskarte im Internet schnell zu finden: Es lassen sich einzelne Orte in Deutschland anwählen und Name und Adresse eines Facharztes erscheinen. Sie können auch nach Diagnose oder Therapie-Schwerpunkten suchen. Die Treffer leuchten auf der Übersichtskarte rot auf und zeigen die Praxisadressen an: www.neurotransconcept.com



Neurologische Erkrankungen spielen eine immer bedeutendere Rolle: Jedes Jahr kommen rund 40.000 Fälle hinzu, hat die Deutsche Gesellschaft für Neurologie ermittelt. Immer mehr Menschen bedürfen einer spezialisierten Betreuung: Schlaganfall, Demenz, chronische Schmerzen sind nur einige der Krankheitsbilder, die Neurologen in Zukunft vor neue Herausforderungen stellen.

Klar ist, dass der Bedarf an neurologischer Versorgung steigt, ebenso der Bedarf an psychiatrischer oder psychologischer Betreuung. In der Praxis sind die Grenzen zwischen den Fachbereichen fließend: Viele Erkrankungen der Nerven hängen eng mit der

Psyche zusammen. Umso wichtiger ist, dass Spezialisten mit unterschiedlichen Schwerpunkten zusammenarbeiten – zugunsten des Patienten.

SPEZIALISTEN IM VERBUND

Genau das ist die Ursprungsidee von NeuroTransConcept, einem bundesweiten Netz von derzeit 76 spezialisierten Arztpraxen in den Fachbereichen Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Erklärtes Ziel ist, Patienten optimal zu versorgen: Sie profitieren vom Spezialwissen hochqualifizierter Neurologen, Nervenärzte, Psychiater und Psychologen, von erstklassigen Kontakten zu allen kompetenten Fachzentren deutschlandweit und vor allem von der individuellen Beratung.

GEPRÜFTE QUALITÄT

Die Ansprüche an die Qualität der Facharztpraxen, was medizinische Kompetenz, moderne Ausstattung und zuverlässige Beratung betrifft, sind hoch. Alle NTC-Praxen sind nach der ISO-Norm und eigenen, strengen Kriterien zertifiziert und werden von externer Stelle regelmäßig überprüft. Nur wenn alle Qualitätskriterien erfüllt sind, erhalten sie unsere Auszeichnung NTC Center of Excellence. NeuroTransConcept ist ein von der Bundesärztekammer anerkanntes Fachärzte-Netz. ●

INHALT

TITELTHEMA

EPILEPSIE

Der erste Anfall – und jetzt?!

Mehr als nur »kleine Anfälle«: fokale Epilepsie

6

9

PARKINSON

Tiefe Hirnstimulation – »Hirnschrittmacher« weckt Hoffnung

Besser Leben mit Parkinson – Tipps zur Informationssuche

11

14

MULTIPLE SKLEROSE

Tablette zur Verbesserung der Gehfähigkeit

Möglichkeiten und Chancen der Frühtherapie

15

16

SCHLAGANFALL

Bessere Vorsorge für Risikopatienten

19

PSYCHE

Alkoholsucht im Alter – Anzeichen, Therapie, Test

20

DEMENZ

Anzeichen erkennen, mit Training entgegenwirken

22

NEWS

Neues aus Neurologie und Psychiatrie

24

SCHMERZ UND DEPRESSION

Antidepressiva in der Schmerztherapie

28

SERVICE

Was Sie über Patientenstudien wissen sollten

30

UNTERHALTUNG

Rätselseite

31

MITTEN IM LEBEN

Kranke Kinderseelen – Besuch in einer besonderen Schule

32

MENSCHEN

Kampf einer Betroffenen gegen das Restless-Legs-Syndrom

34

AKTUELLE STUDIE, EXPERTENRAT

NTC Aktuelle Studie – Therapiebegleitung bei Multipler Sklerose

Expertenrat: Aus der Sprechstunde

Expertenrat: Tipps aus der Apotheke

36

36

37

UNTERHALTUNG

Buchstabensalat, Medientipps

Impressum

38

38





DER ERSTE ANFALL – UND JETZT?!

Sie sind peinlich und machen Angst: Plötzliche Krampfanfälle in der Öffentlichkeit, unkontrollierte Schreie, Schaum auf den Lippen – die ständige Angst vor Aussetzern schränkt das Leben der Betroffenen drastisch ein: Beruf, Sport, Autofahren – das ist oft nicht mehr möglich. Doch muss der erste Anfall nicht gleich chronisch sein und Dauertherapie bedeuten. NTC Impulse im Gespräch mit Dr. Thomas Lange, Neurologe mit Schwerpunkt Epilepsie.

Herr Dr. Lange, wie kommt es zu einem ersten epileptischen Anfall?

Es gibt dafür verschiedene Gründe. Zunächst einmal muss geklärt sein, dass es sich auch um einen epileptischen Anfall handelt und nicht einen Anfall mit anderer Ursache. Ist das sicher, dann stellt sich die Frage, ob der erste Anfall der Beginn einer Epilepsie ist, also einer chronischen Krankheit. Denn wenn weitere Anfälle folgen, bedarf es einer medikamentösen Therapie. Ebenso ist es aber auch möglich, dass es sich um einen Gelegenheitsanfall handelt.

... der zufällig passiert?

Nein, nicht zufällig! Gelegenheitsanfall bedeutet nicht, dass ein Anfall ab und zu auftritt, sondern dass er bei bestimmten Gelegenheiten ausgelöst werden kann. Oft kommt es zu einem Anfall in bestimmten Situationen, in denen auslösende Faktoren eine Rolle spielen. Das sind typischerweise: Schlafentzug, Alkoholkonsum, das Einnehmen von Drogen, die Anfälle auslösen können, und auch Fieberkrämpfe. Fieber als Auslöser kommt vor allem bei Kindern und Jugendlichen vor. Eine weitere „Gelegenheit“ kann auch eine akute Erkrankung sein: zum Beispiel

eine Hirnentzündung – Enzephalitis, Meningitis – oder eine Kopfverletzung. Nach Abklingen der ursprünglichen Erkrankung hören die Anfälle dann häufig wieder auf. Typisch ist, dass sich der Gelegenheitskrampf zu Beginn einer akuten Erkrankung ereignet.

Wer gehört zur Risikogruppe für Gelegenheitsanfälle?

In letzter Konsequenz ist es unter Extrembedingungen möglich, dass so eine elektrische Entladung im Gehirn, die Epilepsie auslöst, bei jedem Menschen provoziert werden kann. Theoretisch kann jeder unter bestimmten Bedingungen einen epileptischen Anfall erleiden. Dabei kommt es immer zu Erregungssteigerungen im Gehirn. Davon sind Männer und Frauen, Jüngere und Ältere gleichermaßen betroffen, wenn die auslösenden Faktoren zutreffen.

Wie lässt sich die Ursache eines Anfalls bestimmen?

Zunächst messen wir die Hirnstromkurve (EEG). So lässt sich die hirnelektrische Aktivität beurteilen und möglicherweise können wir krampfspezifische Potentiale nachweisen. Wir sehen, ob ein epileptischer Anfall stattfindet oder eine Neigung zu weiteren Anfällen besteht. Je früher ein EEG nach einem Anfall gemacht wird, desto besser. Denn dann ist die Möglichkeit größer, krankhafte Muster im EEG zu finden und die mögliche Ursache des Anfalls zu erkennen: Ist eine Erregungssteigerung messbar? Dann könnte

DEN ANFALL GENAU BESCHREIBEN

sich ein weiterer Anfall ereignen: Der Verdacht auf eine Epilepsie liegt nahe. In der Kernspintomographie (MRT) untersuchen wir zusätzlich das Gehirn auf strukturelle Veränderungen, zum Beispiel Verletzungen oder Tumore. Wichtig ist schließlich auch, was der Betroffene und mögliche Zeugen berichten: Wie genau ist der Anfall abgelaufen? Was ist vorher passiert? Gab es Vorzeichen, zum Beispiel ein Kribbeln in Arm oder Bein? Möglicherweise handelt es sich um eine fokale Epilepsie. Dabei kann ein Anfall mit scheinbar geringen neurologischen Symptomen beginnen, sich aber auch ausweiten zu einer generalisierten Epilepsie (Fokale Epilepsie, siehe Seite 9).

Wann lautet die Diagnose Epilepsie?

Unter der Krankheit Epilepsie versteht man das wiederholte Auftreten

Blackouts sind typisch für einige Formen der Epilepsie. Starrer Blick, halb geöffnete Augen, nach oben verdrehter Blick begleiten oft solche Absenzen, die sich bis zu 100 Mal am Tag ereignen können.



epileptischer Anfälle. Doch das Erstellen der Diagnose ist nicht einfach, sogar umstritten: Die einen Neurologen vertreten die Ansicht, dass ein mehrmaliges Auftreten von Anfällen notwendig ist, um von Epilepsie zu sprechen. Andere setzen deutlich früher an und stellen eine Epilepsie fest, weil sich bereits bei der Gehirnungersuchung eine erhöhte Anfallsbereitschaft abzeichnet

– ohne dass es bereits zu weiteren Anfällen gekommen ist.

In meiner Praxis gehe ich so vor: Wenn ich einen Patienten habe, der den ersten Anfall erlebt hat, und es sich zeigt, dass weitere Anfälle folgen könnten, dann empfehle ich den Beginn einer medikamentösen Behandlung mit dem Ziel, die Entwicklung einer Epilepsie mit weiteren Anfällen zu verhindern. Es ist nicht

offensichtlich, eine Epilepsie festzustellen, wenn jemand erst einen Anfall hatte.

Wann ist eine Therapie mit Medikamenten nötig?

Eine Behandlung mit Medikamenten ist dann nötig, wenn es keine auslösenden Mechanismen für den Anfall gab, wir also einen Gelegenheitsanfall ausschließen können. Handelt es sich zum Beispiel um den ersten generalisierten Grand-Mal-Anfall, liegt eine Wiederholungsrate von 30 bis 50 Prozent innerhalb von zwei Jahren vor, das heißt: Fast jeder zweite Betroffene erleidet mindestens einen weiteren Anfall in den folgenden zwei Jahren. Da müssen wir im Einzelfall bei jedem schauen: Sollte man mit einer medikamentösen Behandlung beginnen oder nicht? Der Patient muss mitentscheiden: Will er das Risiko eingehen oder möglichst verhindern? Das hängt von der Situation des Einzelnen ab und auch von den Wünschen des Patienten. Als behandelnder Neurologe ist es meine Aufgabe, das Risiko genau zu erklären, damit der Patient eine Entscheidung treffen kann.

Welche Folgen hat die Diagnose Epilepsie?

Die Situation des Einzelnen ist auch für den Arzt wichtig zu beurteilen. Beispiel: Berufskraftfahrer, die Personen befördern, dürfen nach der Diagnose erstmaliger unprovoked epileptischer Anfall ohne Anhaltspunkte für eine beginnende Epilepsie zwei Jahre lang keine Personen befördern. Wenn jemand dauerhaft Antiepileptika einnimmt, dann darf er keine Personen befördern. Er müsste nach Absetzen der Medikamente fünf Jahre ohne Anfall bleiben, um die Erlaubnis zurückzubekommen.

Darf ich nach einem ersten Anfall Autofahren?

Einen privaten PKW zu führen ist erlaubt, wenn man für ein Jahr anfallsfrei bleibt und keine Risikofaktoren für das Auftreten erneuter Anfälle bestehen. Nach einem Gelegenheitsanfall sollten Betroffene drei Monate lang das Auto stehen lassen. Als Arzt muss ich das nicht melden, sage aber deutlich: »Augen zu und durch« geht nicht. Das denkbar Schlechteste ist, im Alleingang zu handeln. Damit gefährdet man sich selbst und andere!

Worauf sollten Betroffene außerdem achten?

Das Problem der Therapietreue ist bei einer voraussichtlichen Epilepsie groß. Die Motivation zur dauerhaften Einnahme der Medikamente sinkt enorm, wenn sich monatelang nach dem ersten Anfall kein weiterer ereignet. Der behandelnde Neurologe sollte Ansprechpartner des Vertrauens bleiben. Er kann auch regionale Selbsthilfegruppen empfehlen. Meine Erfahrung ist, dass es gerade für Jüngere wichtig ist, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. ●

ALLEIN-
GÄNGE SIND
GEFÄHRLICH



Dr. med. Thomas Lange
Facharzt für Neurologie, Lüneburg



© Yuri Arcurs / Fotolia.com

EIN FALL AUS DER PRAXIS

Ein junger Mann feiert nach bestandem Abitur in einer Diskothek die Nacht durch. Plötzlich bricht er zusammen. Es zeigen sich bei ihm die typischen Symptome einer generalisierten Epilepsie: Zuckungen, Schaum vor dem Mund, Einnässen, Zungenbiss, längere Bewusstlosigkeit. Der Abiturient kommt im Rettungswagen wieder zu sich, erholt sich rasch und lässt sich am nächsten Tag vorzeitig aus dem Krankenhaus entlassen.

Gemeinsam mit seinen Eltern sucht er die Neurologie-Praxis auf. Nach seiner Beschreibung könnte es sich einerseits um einen typischen Gelegenheitsanfall handeln, ausgelöst von Übermüdung, Alkohol und Flackerlicht in der Disco. Andererseits könnte es genauso der Beginn einer Epilepsie sein. Deshalb sind genauere Untersuchungen des Gehirns mit Hilfe von bildgebenden Verfahren erforderlich. Es zeigen sich keine Auffälligkeiten. Die Eltern bestätigen, dass bisher keine Anfälle auftraten, der junge Mann auch vorher nie bewusstlos war oder Erinnerungslücken hatte.

Fazit: Es handelt sich voraussichtlich um einen Gelegenheitsanfall. Also keine Epilepsie! Das ist wesentlich. Denn dann heißt es für den Patienten: die Faktoren, die den Anfall ausgelöst haben, in Zukunft zu vermeiden. Schützt er sich vor weiteren Gelegenheitsanfällen, braucht er auch keine Medikamente zu nehmen.

INFOS

Epilepsie-Liga
[www.neurotransconcept.com/
Krankheitsbilder/Epilepsie](http://www.neurotransconcept.com/Krankheitsbilder/Epilepsie)

MEHR ALS NUR »KLEINE ANFÄLLE«: DIE FOKALE EPILEPSIE

Eine Epilepsie kann sehr vielgestaltig in Erscheinung treten und auf Anhieb nicht klar zu erkennen sein. Wenn der epileptische Anfall von einer bestimmten Stelle im Gehirn ausgeht, handelt es sich um eine fokale Epilepsie. Es ist die häufigste Form der Epilepsie. Zur Diagnose und zu Möglichkeiten der Behandlung gibt Dr. Cornelia Müller-Habich Auskunft.

Frau Dr. Müller-Habich, was ist typisch für eine fokale Epilepsie?

Eine fokale Epilepsie kann zu sehr variablen Symptomen führen, je nachdem, wo der Herd (Fokus) im Gehirn sitzt. Es gibt eindrucksvolle Symptome wie zum Beispiel Sprachstörungen, ein plötzliches Zucken der Hand/des Fußes oder nur diskrete Symptome wie ein einseitiges Aufrichten der Härchen oder aufsteigendes, unangenehmes Kribbeln in Arm oder Bein. Bei komplex-fokalen Anfällen laufen Bewegungstereotypen ab, der Betroffene beginnt zu schmatzen oder zu nesteln oder im Schlaf um sich zu schlagen. Wesentlich an fokalen Anfällen ist: Sie laufen immer gleich ab und dauern wenige Sekunden.

Wie lässt sich eine fokale Epilepsie zuverlässig erkennen?

Oft ist eine Abgrenzung, zum Beispiel zu einem hysterischen Anfall, nicht einfach. Das EEG – das Messen der Hirnströme – kann hier Auf-

schluss geben. Dafür ist oft ein Video-EEG über 48 Stunden nötig. Das wird stationär in einem Epilepsiezentrum durchgeführt. Hilfreich sind übrigens auch eigene Videoaufnahmen, selbst mit einem Handy gefilmt, denn so können Betroffene dem Neurologen die Anfallsart genauer vorstellen. Durch die Kernspintomographie – MRT – lässt sich darstellen, ob sich in der Hirnsubstanz ein Fokus zeigt. Bei begründetem Verdacht gibt es auch noch weitere diagnostische Methoden.

Ob eine Epilepsie einen fokalen Ursprung hat, lässt sich durch eine genaue Anfallsschilderung klären. Nur: »Klein« oder »harmlos« ist die fokale Epilepsie keinesfalls: Sie kann sich in Sekundenschnelle jederzeit ausweiten zu einem Anfall, der das ganze Gehirn erfasst. Zwei von drei Patienten leiden unter einer primär fokal beginnenden Epilepsie.

Muss die fokale Epilepsie in jedem Fall behandelt werden?

Prinzipiell raten wir immer zur Therapie, da es sich auch bei fokalen

Anfällen um eine Art »Kurzschluss« im Gehirn handelt, der bei gehäuftem Auftreten zu Schäden führt. Auch fokale Anfälle können sich statusartig häufen. Und natürlich können sie sich ausbreiten und zu »großen Anfällen« führen. Das Ziel jeder Therapie ist es, generalisierte Anfälle zu verhindern. Eine Behandlung ist für den Patienten aus zwei Gründen wichtig: Er vermeidet für ihn peinliche Ereignisse in seinem sozialen Umfeld. Und er schützt sich selbst und andere vor körperlichen Verletzungen.

Welche Möglichkeiten der Behandlung gibt es?

Es gibt eine ganze Reihe von Medikamenten, die helfen. Denn die meisten Antiepileptika werden zunächst zur Behandlung der fokalen Epilepsie zugelassen. Wenn sich ein Präparat hier bewährt und es Hinweise gibt, dass es sich auch bei generalisierten Anfällen eignet, wird es auch für diese zugelassen.

Fortsetzung auf Seite 10:

Sind auch Therapien ohne Antiepileptika möglich?

Ohne Medikamente gibt es praktisch keine Epilepsitherapie. Operative Verfahren sind als Therapieeskalation bei Versagen der medikamentösen Therapie zu sehen. Hier gibt es zum einen die Vagusnerv-Stimulation. Sie kann bei Patienten, die schlecht auf Medikamente ansprechen, die fokalen Anfälle zumindest vermindern. Eine weiterführende Therapieoption vor allem bei den sogenannten Temporallappenepilepsien ist die Hirnoperation, bei der der epileptogene Herd entfernt wird. Postoperativ kommt man aber trotzdem nur selten ohne Medikamente aus. Eine neue Möglichkeit ist die sogenannte »Hirnstimulation«, die bisher nur in wenigen Zentren durchgeführt wird.

Wie wählen Sie die Therapie aus?

Eine große Bandbreite an Antiepileptika erlaubt es, die Therapie individuell auf den Patienten abzustimmen. Wichtig sind vor allem bei Frauen Fragen der Familienplanung, da einige Antiepileptika in der Schwangerschaft zu Fehlbildungen des Kindes führen können und andere weniger. Manche Präparate wirken stimmungsaufhellend, andere machen reizbar. Einige führen zu Gewichtszunahme, andere zu Gewichtsabnahme.

Gibt es spezielle Medikamente, etwa für Kinder oder für werdende Mütter?

Nur bedingt. Es kommt immer darauf an, das Risiko einer Medikation abzuwägen zum Beispiel gegen das Risiko von Fehlbildungen des Kindes. Bei Schwangeren ergeben sich stoffwechselbedingte Besonderheiten. Hier stellt sich manchmal die Frage, ob fokale Anfälle unbedingt komplett unterdrückt werden müssen. Auf jeden Fall muss ich als Neurologin versuchen sicherzustellen, dass kein generalisierter Anfall auftritt. Das könnte Mutter und Kind womöglich ernsthaft schaden.

Worauf müssen sich Menschen mit fokaler Epilepsie einstellen?

Wie alle Epileptiker sollten sie auf große Sicherheit für sich und andere achten. Denn auch die fokale Epilepsie kann ein großes Sicherheitsrisiko darstellen, wenn plötzlich eine Hand oder ein Fuß unkontrolliert zucken oder eine verminderte Reaktionsfähigkeit im Rahmen einer eingeschränkten Bewusstseinslage besteht. Vom

AUF SICHERHEIT ACHTEN

Autofahren rate ich im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Bestimmungen dringend ab, weil dadurch auch andere Menschen gefährdet werden. Kontrollieren kann ich ein Fahrverbot nicht, ich kann den Patienten nur eingehend beraten.

Welche Schutzmaßnahmen empfehlen Sie außerdem?

Es gibt wichtige Aspekte, auf die Patienten nicht auf Antrieb kommen. So rate ich dazu, nicht allein hinauszu schwimmen, Bergzusteigen oder allein Skizufahren. Das könnte bei einem Anfall das Leben kosten! Anfallsgefährdeten Müttern empfehle ich, ihr Baby nicht alleine zu baden und einen Kinderwagen mit Handbremse zu benutzen. Über solche Schutzmaßnahmen zu informieren, ist meine ärztliche Pflicht. Letztlich bestimmt der Patient aber selbst, welches Risiko er eingeht.

Ist die fokale Epilepsie heilbar?

Heilbar ist keine Form der Epilepsie. Es gibt Patienten, die durch medikamentöse Langzeittherapie oder Hirnoperation bei bestimmten Epilepsieformen anfallsfrei geworden sind. Sie führen ein ganz »normales« Leben und haben die Epilepsie gut in ihren Alltag integriert. ●



Dr. Cornelia Müller-Habich
Neurologin und Psychiaterin
Neurologische Praxismgemeinschaft
Hamburger Straße, Hamburg
www.neuro-hamburg.de

TIEFE HIRNSTIMULATION

HOFFNUNG FÜR VIELE PATIENTEN

Die Frage, ob ein »Hirnschrittmacher« Besserung bringt, stellen sich viele Betroffene im Verlauf ihrer Parkinson-Erkrankung. Die einen setzen ihre Hoffnung darauf, andere reagieren mit Angst vor dem chirurgischen Eingriff. Wann und für wen ist die tiefe Hirnstimulation das Mittel der Wahl, welche Risiken birgt sie – und welche Chancen?

Das Parkinson-Syndrom ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen. Auch wenn die Ursachen noch nicht geklärt sind:

Die Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie werden immer vielfältiger. Zunächst gibt es typische

Kennzeichen, die beim Erkennen der Erkrankung entscheidend sind: verminderte Beweglichkeit, Muskelsteifigkeit, Zittern in Ruhe und Gleichgewichtsstörungen. Daneben können Begleitsymptome auftreten, zum Beispiel Schmerzen, gestörte Blasen- und Darmfunktion, verminderte geistige Leistungsfähigkeit, Depressionen und ein Nachlassen des Geruchssinns.

Ausgelöst wird Parkinson durch eine Erkrankung der Nervenzellen im Gehirn, die mit Hilfe des Botenstoffes Dopamin Körperfunktionen steuern. Bei der Parkinson-Erkrankung schützen bestimmte Nervenzellen zu wenig Dopamin aus. So kommt es zu einem

Mangel an Impulsen zwischen Nerven, der sich vor allem in langsameren Bewegungen bemerkbar macht.

THERAPIE MIT MEDIKAMENTEN

Auf eine Behandlung mit Medikamenten kann bei dieser chronischen, bisher unheilbaren Krankheit nicht verzichtet werden. Flankierend dazu sind therapeutische Maßnahmen wichtig, wie Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Reha-Sport, Muskelaufbautraining. Die Behandlung sollte frühzeitig beginnen, effizient und gut verträglich sein. Ein frühzeitiger Therapiebeginn kann den Verlauf der Erkrankung offenbar günstig beeinflussen. Hierfür stehen zahlreiche Präparate zur Verfügung.

Levodopa – auch: L-Dopa – ist die Vorstufe von Dopamin und damit das wirksamste Medikament für die Behandlung des Parkinson-Syndroms. Durch die Einführung der L-Dopa-Therapie ist die Lebenserwartung von Parkinson-Patienten deutlich gestiegen. Denn viele gesundheitliche Probleme, die die Erkrankung

mit sich bringt, können so vermieden werden. Allerdings vermag es L-Dopa nach heutigem Kenntnisstand nicht, den Krankheitsverlauf zu stoppen.

KOMPLIKATIONEN IN DER STANDARDTHERAPIE

Häufig passiert es, dass die Wirkung von L-Dopa nachlässt, und zwar vier bis sechs Stunden nach der Einnahme. Wir nennen das auch den »Wearing-off«-Effekt oder »End-of-dose«-Effekt. Im weiteren Krankheitsverlauf können Schwankungen in der Beweglichkeit auftreten: Der Patient kann sich mal gut, dann aber wieder nur schlecht bewegen oder er erlebt



© Hellerhof

plötzliche Geh-Blockaden. Ebenso kann es zu unwillkürlichen Bewegungen kommen.

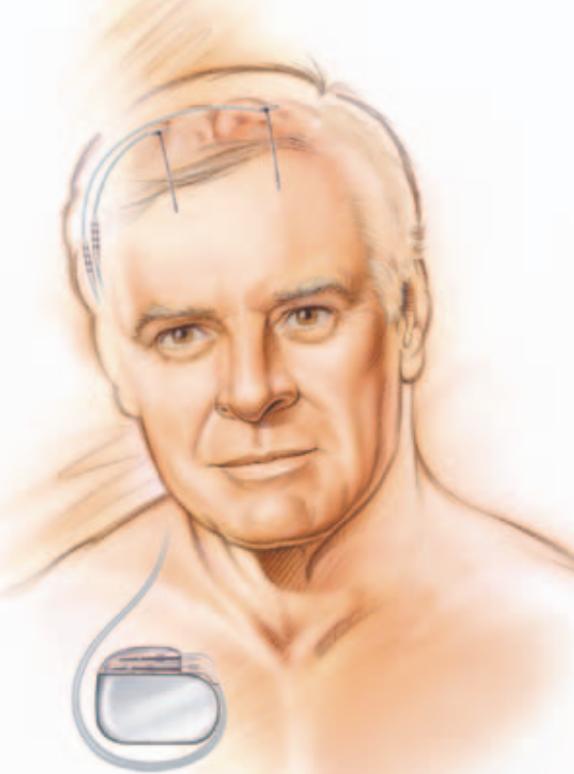
Was hilft, ist in diesen Fällen, die Intervalle der Einnahme von L-Dopa zu verkürzen. Zusätzlich kann die Gabe eines Dopamin-nachahmenden Medikamentes Abhilfe schaffen. Diese sogenannten Dopamin-Agonisten wie Pramipexol, Ropinirol, Piribedil oder Rotigotin können in allen Stadien der Erkrankung eingesetzt werden. Für eine anfängliche Behandlung mit Dopamin-Agonisten spricht die zumindest in den ersten Jahren verminderte Häufigkeit von motorischen Spätkomplikationen im Vergleich zu einer L-Dopa-Therapie.

Diese Medikamente führen aber häufig zu Nebenwirkungen wie einer erhöhten Müdigkeit am Tage, Kauf- oder Spielsucht, Halluzinationen, Ödemen, Übelkeit, Schwindel oder Blutdruckschwankungen. Üblich ist auch die zusätzliche Gabe eines COMT-Hemmers (Entacapon, Tolcapon) bei bestehender L-Dopa-Therapie oder die zusätzliche Gabe eines MAO-B-Hemmers (Rasagilin, Selegilin).

WENN TABLETTEN NICHT MEHR HELFEN

Schwere Störungen der Beweglichkeit sind auch mit einer bestmöglichen Einstellung der Medikamen-

SYMPTOME ABSCHWÄCHEN



te kaum noch zu beeinflussen. Da kommt dann die Frage auf, ob eine Therapie mit einer Medikamenten-Pumpe oder die tiefe Hirnstimulation helfen kann. Diese Entscheidung sollten Patient und Angehörige mit einem erfahrenen Arzt, etwa in einer Parkinson-Schwerpunktpraxis, treffen.

EINE ALTERNATIVE

Die tiefe Hirnstimulation gilt als eine wirksame Behandlungsmethode der Parkinson-Krankheit im fortgeschrittenen Stadium. Sie kann deutlich die Symptome Tremor, verlangsamte Bewegungen und Überbeweglichkeit vermindern. Allerdings bessern sich nur solche Symptome, die auch auf L-Dopa ansprechen.

DIE OPERATION

Die tiefe Hirnstimulation setzt einen operativen Eingriff voraus. Er ist Patienten vorbehalten, die mit Medikamenten nicht ausreichend behandelt werden können. In einer mehrstündigen Operation werden Elektroden an eine bestimmte Stelle im Gehirn eingepflanzt. Sie erhalten elektrische Signale von einem Impulsgeber, mit denen das Gehirn gezielt stimuliert wird. Dieses kleine, flache Gerät wird später unterhalb des Schlüsselbeins oder im Bauchraum eingesetzt. Dem Arzt ist es möglich, die Neurostimulation anschließend anzupassen, das Implantat kann auch jederzeit wieder abgeschaltet werden.

WER EIGNET SICH?

Patienten, die für die tiefe Hirnstimulation in Frage kommen, müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- L-Dopa muss bei den Symptomen die beste Wirkung zeigen.
- Ein entsprechender Test liefert hierfür den Nachweis.
- Es muss eine schwere und objektive Beeinträchtigung bestehen.
- Schwere Allgemeinerkrankungen, eine ausgeprägte Depression und eine Demenz müssen ausgeschlossen sein.
- Neurochirurgische Gegenanzeigen müssen ausgeschlossen werden. Dazu zählen Gehirnschwund (Hirnatrophie) und die Neigung zu Blutungen.
- Auch das Alter spielt eine Rolle: Menschen, die älter als 70 Jahre sind, wird die tiefe Hirnstimulation in der Regel nicht empfohlen.

VORTEILE DER NEUROSTIMULATION

Die tiefe Hirnstimulation erzielt deutlich bessere Ergebnisse als die orale Medikamententherapie, vor allem, was die Schwankungen der Beweglichkeit betrifft. Alltagsaktivität und Lebensqualität der Patienten verbessern sich oft erheblich. Das bestätigen auch erste Acht-Jahres-Verlaufsstudien. Der Wirkungsgrad einer tiefen Hirnstimulation ist vergleichbar mit der besten Wirkung von L-Dopa. Der wesentliche Vorzug der Neurostimulation liegt darin, dass die Wirkung über 24 Stunden anhält. Häufig kann nun die L-Dopa-Dosis verringert und damit die unerwünschten Nebenwirkungen vermindert werden.

RISIKEN

Es kann dazu kommen, dass sich Gang- oder Sprechstörungen verschlechtern. Die Hirnstimulation lässt

sich dann ohne weiteren Aufwand umprogrammieren. In sehr seltenen Fällen kann es durch die Operation zu Komplikationen, wie Blutungen im Gehirn oder Austritt von Hirnwasser oder Infektionen, kommen. Der Patient wird vor der OP durch den betreuenden Arzt über die Operation und die damit zusammenhängenden Risiken aufgeklärt. Verglichen mit anderen Hirnoperationen ist das Risiko, einen dauerhaften Schaden durch den Eingriff zu erleiden, mit 0,5 bis 3 Prozent sehr gering. Psychiatrische, in der Regel vorübergehende Nebenwirkungen können auftreten, ebenso kann die Gewöhnung an ein Leben mit dem Neurostimulator am Anfang schwierig sein. Eine Demenz entsteht durch die tiefe Hirnstimulation nicht.

LEBEN MIT EINEM »HIRNSCHRITTMACHER«

Nach der Operation schließt sich möglicherweise eine Rehabilitation an, der Patient wird medikamentös neu eingestellt. Danach gibt es kaum Einschränkungen im Alltag. Auch sportliche Aktivität, Schwimmen und Saunabesuche sind möglich. Wichtig ist es, den Implantationsausweis unterwegs mitzuführen und betreuende Ärzte und Therapeuten über das Implantat zu informieren. Nach drei bis fünf Jahren wird der Impulsgeber unterhalb des Schlüsselbeins ausgetauscht, da sich die Batterie leert. Mindestens jedes halbe Jahr sollten die Patienten zur Nachsorge kommen. So kann der behandelnde Neurologe die optimale Einstellung des Hirnstimulators gewährleisten. ●



Dr. med. Martina Müngersdorf
Fachärztin für Neurologie, Berlin
www.neuropraxis-mitte.de



„Lebensfreude trotz Parkinson?
Dank meiner zuverlässigen Therapie
habe ich sie wieder entdecken können.“

neuraxpharm macht Bewährtes noch besser. Die Wirkstoffe von Generika haben sich über viele Jahre millionenfach bewährt. Sie sind für neuraxpharm der Ausgangspunkt für eine konsequente Forschung und Verbesserung: Mit Fachleuten aus der medizinischen Praxis entwickeln unsere Experten innovative Darreichungsformen und praxisgerechte Dosierungen. Denn diese können für Therapie-

vielfalt und Therapieerfolg manchmal so entscheidend sein wie die enthaltenen Wirkstoffe.

Als **Spezialist für Erkrankungen des Zentralen Nervensystems (ZNS)** steht neuraxpharm für die Verlässlichkeit bewährter Wirkstoffe und innovative Einfachheit in Einnahme oder Anwendung.



BESSER LEBEN MIT MORBUS PARKINSON



Wer plötzlich mit »Morbus Parkinson« zu tun hat, möchte erfahren, was wichtig zu wissen oder zu unternehmen ist. Informationen rund um diese Erkrankung stehen in Hülle und Fülle zur Verfügung, vor allem im Internet. Zunächst sollte Ihr Neurologe der wichtigste Ansprechpartner sein. Unsere Link-Tipps* sollen Ihnen helfen, die gezielte Suche nach Informationen zu Hause fortzusetzen.

* Die aufgeführten Internetadressen geben nur einen kleinen Überblick über Informationsportale zum Thema Parkinson wieder. Mit der Auswahl spricht die Redaktion keine Empfehlungen für bestimmte Therapien, Ärzte, Apotheker, Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller oder sonstige Leistungserbringer aus. Die NeuroTransConcept GmbH ist nicht für die dort veröffentlichten Inhalte verantwortlich und macht sich diese nicht zu eigen.

MEDIZINISCHES:

Deutsche Parkinson-Gesellschaft (DPG) e.V.
parkinson-gesellschaft.de



Portal für Patienten, Angehörige und Ärzte
kompetenznetz-parkinson.de



gemeinnützige Plattform über verschiedene Therapieformen und neueste Forschungsergebnisse
parkinson-world.com



TIPPS FÜR DEN ALLTAG:

Das Informationsportal für Patienten und Angehörige
leben-mit-parkinson.de



Deutsche Parkinson-Vereinigung e.V. (dPV)
parkinson-vereinigung.de



Anregungen zum Umgang mit der Parkinson-Krankheit
parkinson-ratgeber.de



KONTAKT UND AUSTAUSCH:

Selbsthilfegruppe für junge Parkinson-Patienten unter 40
parkinson-club-u40.de



Parkinson-Selbsthilfegruppen
blog.parkinson-vereint.de



PasTaKa Parkinson-Stammtisch für jüngere Erkrankte
parkinson-stammtisch-karlsruhe.de



AN- UND ZUGEHÖRIGE:

Infoplattform für Morbus Parkinson mit neuer Rubrik »Angehörige«
parkinson-web.de



Selbsthilfegruppen der dPV in Berlin mit Angehörigengruppe
dpvbln.de



Treffpunkt für pflegende Angehörige von Parkinson-Patienten u. a.
pflegendeangehoerige.info



Allein stehen und gehen können – das spielt für die Lebensqualität bei MS-Patienten eine enorme Rolle. In der vergangenen Ausgabe von NTC Impulse (4. Quartal 2011) berichteten wir bereits über die Wirkungsweise des Wirkstoffes, der bei manchen Patienten die Gehfähigkeit verbessert. Entsprechend groß war das Interesse unserer Leserschaft. NTC Impulse fragte daher nach bei Prof. Dr. Bernd C. Kieseier, Neurologe am Universitätsklinikum Düsseldorf.



EINE TABLETTE ZUR GEZIELTEN VERBESSERUNG DER GEHFÄHIGKEIT

Herr Prof. Kieseier, welche Erfahrungen haben Ihre Patienten bisher mit der Tablette gemacht?

40 bis 50 Prozent, das heißt knapp jeder zweite MS-Patient, der bei uns mit dem neuen Wirkstoff behandelt wurde, konnte anschließend schneller und oft auch sicherer gehen.

Wie viele Patienten haben Sie bereits beobachten können?

Etwa 80 bis 100 Patienten sind es, seitdem die Tablette im Sommer 2011 in Deutschland auf den Markt gekommen ist. Wir haben seit knapp zwei Jahren Erfahrungen mit dem Wirkstoff, in den USA ist er ja bereits zugelassen.

Für wen eignet sich die Behandlung?

Nach den Zulassungsbestimmungen kommen erwachsene MS-Betroffene mit allen Verlaufsformen in Betracht, wenn sie auf der sogenannten EDSS-Skala zwischen den Werten 4 und 7 liegen. In diesem Mittelfeld hat sich eine günstige Wirkung bisher am deutlichsten gezeigt.

Wann steht im Einzelfall fest, ob das Medikament wirkt?

Nach zwei Wochen können der behandelnde Arzt und MS-Patienten erkennen, ob der Wirkstoff hilft oder nicht. Im positiven Fall bemerken einige Patienten schon nach wenigen Tagen eine günstige Veränderung. Warum der Wirkstoff bei dem einen wirkt und bei dem anderen nicht, ist noch nicht klar.

Welche Erkenntnisse haben Sie über Nebenwirkungen bisher gewinnen können?

Bisher sind von unseren Patienten, bei denen sich die Tablette mit dem Wirkstoff Fampridin positiv auf die Gehfähigkeit auswirkt, keine Nebenwirkungen genannt worden, die über das Spektrum bekannter Nebenwirkungen aus den Studien hinausgehen. Insgesamt wird die Substanz gut vertragen.

Was sollten Patienten, die für eine Behandlung in Frage kommen, wissen?

Der in der Tablette enthaltene Wirkstoff stellt die Leitfähigkeit beschädigter Nervenbahnen wieder her, indem er freiliegende Kaliumkanäle verschließt. In den Beinen zeigen sich dabei die besten Effekte. Ob die Tablette bei einem Patienten wirkt, lässt sich jedoch nicht voraussagen.

Wenn ja, geschieht dies unabhängig von der jeweils begleitenden Immuntherapie.

Wichtig für die Wirkung ist die regelmäßige, unzerteilte Einnahme der Retard-Tablette morgens und abends. Wird die Einnahme mal vergessen, sollte die Dosis nicht nachgeholt werden, sondern die Einnahme nach Plan fortgesetzt werden. Die Kosten für dieses Präparat, sofern vom Neurologen verordnet, werden übrigens von den Krankenkassen übernommen. ●

SICHERES
GEHEN
MÖGLICH

.....
Prof. Dr. Bernd C. Kieseier
Stellvertretender Leiter der neurologischen Klinik und Spezialist für Multiple Sklerose am Universitätsklinikum Düsseldorf

JE FRÜHER, DESTO BESSER: MS-THERAPIE INS LEBEN INTEGRIEREN



Moderne Basistherapeutika dienen vor allem einem Zweck: die Schubrate bei MS-Patienten zu reduzieren. Je eher diese Medikamente eingesetzt werden, umso besser. NTC Impulse stellt die Möglichkeiten und Chancen der Frühtherapie vor.

Gerade in der Frühphase der Multiplen Sklerose (MS) – nach dem ersten Schub – ist die Verunsicherung der Patienten in Bezug auf die richtige Therapie groß. Tatsächlich kann die Medizin auf den einzelnen Patienten bezogen nicht sagen, wann es wieder zu einem Schub kommt, und ob überhaupt. Fest steht jedoch: Je mehr für diese Autoimmunerkrankung charakteristische entzündlichen Herde (Läsionen) im zentralen Nervensystem entdeckt werden, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit für weitere Schü-

be. Deshalb führt in diesen Fällen an einer medikamentösen Basistherapie bereits in der Frühphase der MS kein Weg vorbei. Sie gibt dem Patienten die Sicherheit, alles zu tun, damit seine Krankheit eingedämmt werden kann.

THERAPIESCHRITTE

In der Behandlung der Multiplen Sklerose hat sich die immunmodulatorische Stufentherapie entwickelt: Die Schubtherapie kommt bei akuten Ereignissen zum Einsatz, die Basistherapie hingegen ist als Langzeittherapie auf mehrere Jahre oder sogar Jahrzehnte angelegt.

Ziel der Basistherapie ist es, den Allgemeinzustand des Patienten zu erhalten und Komplikationen oder Folgeschäden zu verhindern. Sie garantiert allerdings keine vollständige Beschwerdefreiheit. Nahezu alle in der Basistherapie verwendeten Medikamente sind derzeit auch für die Frühtherapie von MS zugelassen – die Früh-

therapie ist also eine »Teilmenge« der Basistherapie. Die Frühtherapie kann bereits dann einsetzen, wenn ein sogenanntes Klinisch Isoliertes Syndroms (KIS) vorliegt als ein erster Hinweis auf eine Multiple Sklerose. Die Diagnosestellung einer sicheren oder aber zumindest wahrscheinlichen MS ist heute mittels neuer internationaler Kriterien (McDonald-Kriterien in der neuen Fassung von 2010) sowie moderner bildgebender Verfahren wie der Magnetresonanztomographie (MRT) so zuverlässig, dass einer frühen Behandlung nichts entgegensteht.

Nur in Einzelfällen ist eine Therapie nicht zwangsläufig angezeigt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der Patient zwar ein Symptom hatte, im MRT aber nur sehr wenige Entzündungsherde zeigt. In Ausnahmefällen kann sich während der Diagnose auch herausstellen, dass einem vermeintlich ersten Schub in früheren Zeiten bereits ein unbehandelter Schub vorausgegangen ist. Liegen zwischen diesen Schüben viele Jahre, kann es vertretbar sein, von einer Therapie abzusehen.

Mit dem Leben **WEITER** Schritt halten ...
... wenn MS das **GEHEN** einschränkt.



Haben Sie Fragen zum Thema „Besser gehen bei MS“?
Rufen Sie einfach die kostenfreie Servicenummer des MS Service-Centers an:
0800 030 77 30 (Montag bis Freitag 8.00 bis 20.00 Uhr).
www.ms-life.de

biogen idec

MOBILITÄT BEI MS



JEDER SCHRITT ZÄHLT

WIRKSTOFFE

Noch vor 20 Jahren besaß die Medizin kaum Möglichkeiten, die Multiple Sklerose basistherapeutisch zu behandeln. Heute stehen jedoch gleich zwei Wirkstoffgruppen zur Verfügung, die auch und gerade in der Frühphase der Erkrankung eingesetzt werden.

SPRITZEN PER KNOPFDRUCK

Zur Wahl stehen die Interferone, derzeit mit vier Präparaten auf dem Markt, sowie das Glatirameracetat mit einem Präparat. Nur in extremen Ausnahmefällen werden Azathioprin und Immunglobuline verordnet.

Interferone und Glatirameracetat werden gespritzt: das Glatirameracetat täglich, die Interferone jeden zweiten Tag bis einmal pro Woche, je nach Wirkstoffdosierung des betreffenden Medikaments. Welches Medikament der Patient bevorzugt, hängt unter anderem von seiner Toleranz gegenüber den Nebenwirkungen ab. Die Interferon-Präparate verursachen bei 60 bis 70 Prozent aller Patienten kurz nach der Aufnahme grippeähnliche Symptome. Je höher die Dosierung des Wirkstoffs im Medikament, umso stärker sind oftmals diese Beschwerden. Bei einer Spritze pro Woche hat der Patient also möglicherweise kürzer anhaltende, aber heftigere Nebenwirkungen, bei der zweitäglichen Spritze sind diese moderater. Die Nebenwirkungen werden jedoch durch die zusätzliche Gabe von Ibuprofen oder Paracetamol größtenteils aufgefangen. Zudem gewöhnt sich der Körper mit der Zeit an den Wirkstoff: Nach einem halben Jahr sind die Nebenwirkungen bei bis zu 95 Prozent aller Patienten verschwunden. Auch beim Glatirameracetat treten Nebenwirkungen auf, in diesem Fall sind es vor allem Hautveränderungen bzw. -unverträglichkeiten.

Welcher der beiden Wirkstoffe – Interferone oder Glatirameracetat – besser anschlägt, ist je nach Patient unterschiedlich. Tatsächlich hilft hier nur: ausprobieren. Treten beispielsweise unter dem einen Wirkstoff weitere Schübe auf, wird der Patient auf den anderen eingestellt. Verliert die Basistherapie an Wirkung, setzt die Eskalationstherapie mit den entsprechend stärkeren Medikamenten ein.

Für alle Präparate gibt es inzwischen Injektionshilfen, sogenannte Pens. Diese setzt der Patient auf der Hautoberfläche auf und kann die Spritze dann ganz einfach per Knopfdruck auslösen. Für Patientinnen mit Kinderwunsch gilt: Die modernen Wirkstoffe müssen erst abgesetzt werden, wenn eine Schwangerschaft festgestellt wird – nicht, wie früher, schon im Vorgriff.

WIRKSAMKEIT

Die frühzeitige Basistherapie ist in der Vergangenheit durchaus kontrovers diskutiert worden. Es liegen jedoch seit vielen Jahren zahlreiche wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit der Wirkstoffe und Medikamente vor. Im Jahr 2007 untermauerte die groß angelegte BENEFIT-Studie einmal mehr den Nutzen einer frühzeitigen Behandlung von MS. Fast 500 Patienten, deren Erkrankung sich in der Frühphase der MS befand, wurden über die Dauer von fünf Jahren beobachtet. Eine Gruppe erhielt sofort Interferone, eine andere zunächst ein Placebo und erst später das richtige Medikament. Dabei zeigte sich, dass 54 Prozent der Patienten aus der ersten Gruppe schubfrei blieben, aber nur 43 Prozent der Patienten aus der zweiten Gruppe. Patienten mit einem verzögerten Behandlungsbeginn hatten nicht nur signifikant mehr Schübe und mehr neue aktive MS-Herde. Sie litten auch rascher unter Behinderungen und einer schlechteren kognitiven Leistung.

MITWIRKUNG

Trotzdem sind die sogenannten Drop-out-Raten bei der Medikamenteneinnahme hoch. Tritt beispielsweise in der Frühtherapie nach der erstmaligen Gabe der Medikamente über längere Zeit kein weiterer Schub auf, wännen sich viele Patienten sicher – und lassen die Spritze weg. Viele Patienten spüren selbst nach neuen Schüben keinen Leidensdruck, da sich in der frühen Phase der Erkrankung die Symptome meist noch vollständig zurückbilden. So setzt mancher die Basistherapeutika ab – auf eigene Faust.

Der Gedanke »Ich habe keine Schübe oder Symptome, also brauche ich das Medikament nicht« ist emotional natürlich nachvollziehbar. Wichtig ist es jedoch zu verstehen, dass die Eindämmung der Krankheit der beste Beweis für die gute Wirkung der Medikamente ist.

FAZIT

Die Diagnose der MS ist dank moderner Verfahren und Kriterien sicherer geworden, die Medikamente sind verträglicher und effektiver. Heute entscheidet sich daher die große Mehrheit der Patienten nach einer Beratung beim Neurologen für eine Basistherapie in der Frühphase der Erkrankung – und damit für ein Plus an Sicherheit sowie auf Jahre mehr Lebensqualität. ●



Dr. Andreas Wiborg
 Facharzt für Neurologie,
 Facharzt für Psychiatrie und
 Psychotherapie, Neu-Ulm



Mehr als 250.000 Deutsche trifft jedes Jahr der Schlaganfall. Jeder fünfte stirbt daran, jeder weitere dritte lebt mit neurologischen Ausfällen und ist daher auf Hilfe und Pflege angewiesen. Vorbeugung ist daher immer noch das Mittel der Wahl, bestätigt die Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Für Risikopatienten gibt es inzwischen mehr Möglichkeiten zur Prävention. TEXT: Harald Raabe



SCHLAGANFALL

RISIKOPATIENTEN: BESSERE CHANCEN ZUR VORSORGE



mediterran mit viel Gemüse, Obst und Fisch ernährt, regelmäßig Ausdauersport von mindestens 3 mal 30 Minuten je Woche betreibt und in Maßen Alkohol genießt, kann das Schlaganfallrisiko um bis zu 70 Prozent reduzieren. Wenig hält der Schlaganfall-Experte dagegen von Vitaminpräparaten. Es sei bisher nicht bewiesen, dass Vitamine Schlaganfällen vorbeugen.

kontrolliert und die Patienten auf das Mittel eingestellt werden«, erklärt Prof. Diener. »Darin liegt ein gewisses Problem: Sind die Blutgerinnungswerte zu niedrig, erhöht sich das Schlaganfallrisiko, überschreiten sie einen bestimmten Wert, steigt das Risiko schwerwiegender Zwischenfälle vor allem von Hirnblutungen, die spontan oder beispielsweise nach Stürzen auftreten können.«

Bluthochdruck gilt als Risikofaktor Nummer 1 für den Schlaganfall, auch bei bisher Gesunden. »Je mehr der erhöhte Blutdruck abgesenkt wird, desto mehr sinkt das Schlaganfallrisiko, insgesamt um bis zu 40 Prozent«, betont Prof. Dr. Hans C.



Diener vom Universitätsklinikum Essen. Risikofaktor Nummer 2: Diabetes. Hier sind zwar die Gefäßschäden durch medikamentöse

Therapien zurückgegangen, aber nicht die Anzahl von Schlaganfällen oder Herzinfarkten als Folge der Zuckererkrankung. Cholesterinspiele beim Schlaganfall hingegen eine deutlich geringere Rolle als beim Herzinfarkt. »Deshalb sind cholesterinsenkende Statine bei Gesunden nicht zur Schlaganfallprävention geeignet. Es ergibt auch keinen Sinn, gesunden Menschen vorbeugend Aspirin zu verschreiben, um die Blutgerinnung zu hemmen«, erklärt Prof. Diener.

EIN GESUNDES LEBEN SCHÜTZT AM BESTEN

Zur Vorbeugung gegen einen Schlaganfall kann der Patient selbst sehr viel tun. Eine wichtige Rolle spielt die Umstellung auf einen gesunden Lebensstil: Wer aufhört zu rauchen, sich



HOHER BLUTDRUCK BEDEUTET HOHES RISIKO

Menschen, die bereits eine gestörte Gehirndurchblutung oder einen Schlaganfall hatten, müssen mit einem hohen Risiko leben, erneut einen – womöglich tödlichen – Schlaganfall oder einen Herzinfarkt zu erleiden. »Zur Vorbeugung ist es für diese Patienten umso wichtiger, den Bluthochdruck zu senken. Sie profitieren dann auch von gerinnungshemmenden Mitteln wie Aspirin«, erläutert Prof. Diener.

SPEZIELL FÜR HERZKRANKE

Besonders große Fortschritte in der Prävention habe es für Patienten mit »Vorhofflimmern« gegeben. Diese Herzrhythmusstörung erhöht das Schlaganfallrisiko um das Fünffache. Bisher wurden Betroffene mit sogenannten Vitamin-K-Antagonisten wie dem Gerinnungshemmer Marcumar erfolgreich behandelt. Dieses Produkt enthält den Wirkstoff Phenprocoumon. Diese Therapie wurde um 60 bis 70 Prozent verringert. »Allerdings birgt dieses Medikament auch die Gefahr von Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und Nahrungsmitteln. Insbesondere müssen aber die Blutgerinnungswerte engmaschig

MEHR AUSWAHL BEI MITTELN ZUR BLUT- VERDÜNNUNG

Als mögliche Alternativen zu Phenprocoumon empfiehlt der Essener Schlaganfall-Experte Dabigatran und die kurz vor der Zulassung stehenden Wirkstoffe Apixaban und Rivaroxaban: »Auf diese Wirkstoffe müssen Patienten nicht eingestellt werden. Eine Kontrolle der Gerinnungswerte ist nicht erforderlich«. Besonders hervorzuheben sei, dass sie zudem das Risiko von Blutungen ins Gehirn um 60 bis 80 Prozent verringerten. Weitere vorbeugende Maßnahmen sind die in diesem Fall wirksame Gabe von Statinen oder auch operative Eingriffe, wenn die Halsschlagader deutlich verengt ist.

FAZIT

Bei Risikopatienten mit gesundem Lebensstil, die vorbeugend medikamentöse und operative Behandlungen erhalten und bei denen zudem Erkrankungen therapiert werden, die einen Schlaganfall begünstigen, verringert sich das Schlaganfallrisiko insgesamt um 80 Prozent. ●



ALKOHOLSUCHT IM ALTER

»Täglich ein Gläschen Wein« hört man oft, wenn Jubilare nach ihrem Rezept für ein hohes Lebensalter gefragt werden. Wenn seelische oder körperliche Probleme den Alkoholgenuss begleiten, kann es schwierig werden, das »gesunde Maß« zu halten. Hier ist Wachsamkeit gefragt, damit kein Alkoholproblem entsteht.

TEXT: Harald Raabe



Alkohol ist salonfähig, kein Zweifel. Denn dieses Genussmittel hat Tradition: In der Nachkriegszeit stieg der Alkoholkonsum in Deutschland von drei auf zwölf Liter pro Kopf, mittlerweile sind es im Durchschnitt zehn Liter pro Kopf. Damit gehört Deutschland zum oberen Drittel des Pro-Kopf-Konsums bei den Industrieländern. »Über die Hälfte der Älteren trinkt regelmäßig. Etwa jeder Fünfte über 60 trinkt sogar Alkohol in riskanten Mengen«, bestätigt der Epidemiologe Prof. Siegfried Weyerer vom Mannheimer Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Dabei liegt die Grenze zwischen riskantem und risikoarmem Konsum, bei dem wahrscheinlich keine gesundheitlichen Schäden auftreten, bei Frauen insgesamt noch einmal um die Hälfte niedriger als bei Männern. Das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) hat diese Grenze für gesunde Frauen mittleren Alters auf maximal 12 Gramm Alkohol täglich festgelegt. Das entspricht etwa 0,3 Liter Bier oder 0,15 Liter Wein. Für Männer gelten demnach die doppelten Werte und Mengen. Damit es zu keiner Gewöhnung an Alkohol kommt, wird zudem empfohlen mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche einzulegen.

JE HÖHER DAS ALTER...

Ältere Menschen vertragen weniger Alkohol. Dr. Dieter Geyer, leitender Arzt der Fachklinik Fredeburg für Suchterkrankungen, erläutert: »Dies liegt daran, dass der Wasseranteil im Körper zurückgeht und sich der Stoffwechsel altersbedingt verändert. Denn auch die Leber altert und damit wird Alkohol immer langsamer im Körper abgebaut.« Deshalb sollte mit zunehmendem Alter der Alkoholkonsum eingeschränkt werden. Werden Trinkgewohnheiten aus jüngeren Tagen auch im Alter beibehalten, kann risikoarmer Konsum schleichend in riskanten oder gar schädlichen Konsum übergehen, mit vermeidbaren Folgen: »Vom Trinken werden ganz sicher weder die Diabeteswerte noch der Bluthochdruck besser. Auch Wechselwirkungen mit Medikamen-

ten oder Stürze können Folgen regelmäßigen Alkoholkonsums sein.« Und schließlich steige damit die Gefahr einer Sucht und auch das Risiko von Krebserkrankungen oder Hirnblutungen, warnt der Neurologe und Psychiater.

WARNZEICHEN ERKENNEN

»Ältere trinken in der Regel weniger auffällig als Jüngere«, erklärt Christa Merfert-Diete von der DHS. »Oft trinken sie unbemerkt aus Scham und über den Tag verteilt, und erreichen so einen konstanten Alkoholspiegel.« Typische Warnzeichen für ein Alkoholproblem: Stürze, zunehmende Vergesslichkeit oder Verwahrlosung. Aktuelle Konflikte und die konkrete Lebenssituation sind häufige Auslöser.

UNABHÄNGIGKEIT UND LEBENSQUALITÄT ERHALTEN

»Gerade bei alten Damen merken wir häufig nicht, wenn sie ihre hochprozentigen Kräuterliköre in Mengen trinken«, berichtet Dr. Ralf Bodenschatz, Neurologe und Geriater aus Mittweida. Das Problem mit dem Alkohol trete oft erst bei einem Aufenthalt im Krankenhaus zu Tage, weil plötzlich Entzugserscheinungen auftreten. Häufig sind es aber auch Freunde oder Angehörige, die Betroffene konfrontieren: »Du riechst immer so. Wenn du nicht aufhörst zu trinken, kann ich dir dein Enkelkind nicht mehr anvertrauen.« Das sei eine typische Reaktion von Angehörigen, berichtet Dr. Geyer. Erst entsetzt und beschämt, sind dann viele Betroffene umso eher bereit, den

Alkohol dranzugeben. Diese Bereitschaft, sich zu ändern – manchmal auch durch ein Arztgespräch ausgelöst –, ist eine gute Voraussetzung für den Erfolg einer Behandlung: »Je nach Gesundheitszustand sollte sich eine ambulante oder stationäre Entgiftung anschließen. Außerdem öffnen sich immer mehr Suchtberatungsstellen und suchen die Betroffenen auch zu Hause auf«, erklärt der Suchtexperte.

BEFREIUNG AUS DER ABHÄNGIGKEIT

Aus der Erfahrung stationärer Behandlungen in der Suchtklinik Fredenburg betont Dr. Geyer, dass es sich in der Therapie bewährt hat, Menschen im gleichen Lebensalter zusammenzubringen. »Ältere haben andere Lebenserfahrungen gemacht als Jüngere. Sie haben oft ähnliche Interessen entwickelt, was auch wichtig ist, um nach der Suchttherapie eine neue Tagesstruktur ohne Alkohol aufzubauen und mögliche Auslöser wie Einsamkeit zu bekämpfen.« Insgesamt haben Menschen, die in ihrem späten Leben ein Alkoholproblem entwickeln, eine gute Chance, sich nach einer Therapie wieder in den Griff zu kriegen: »Ältere wissen in der Regel, was auf dem Spiel steht, und nehmen die Therapie sehr ernst. Sie sind auch dankbarer und zufriedener, wenn sie eine solche Chance erhalten. Von den über 60-Jährigen waren ein Jahr nach der Therapie noch 60 Prozent abstinent. Das ist wirklich kein Grund zum Pessimismus«, betont der Suchtexperte aus dem Sauerland. ●

RAT UND HILFE:

Auf den Internetseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. finden Sie u. a. auch eine Adressdatenbank mit allen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und den Trägern und Gruppen der Suchtselbsthilfe in Deutschland: www.dhs.de. Mit dem Slogan »Unabhängig im Alter – Suchtprobleme sind lösbar« richtet sich die DHS-Internetseite www.unabhaengig-im-alter.de gezielt an Ältere.

Anonyme telefonische Anlaufstellen für Suchtkranke sind rund um die

Uhr erreichbar, so wie die bundesweite **Sucht- und Drogen-Hotline** unter 01805/31 30 31 (12 Cent/Min.) oder die **Telefonseelsorge** unter 0800/1110-111 oder -222 (kostenlos).

Das Info-Telefon der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** bietet unter 0221/89 20 31 montags bis donnerstags von 10 bis 22 Uhr und freitags bis sonntags von 10 bis 18 Uhr eine erste persönliche Beratung mit dem Ziel, Ratsuchende an geeignete lokale Hilfs- und Beratungsangebote zu vermitteln.

TEST

PROBLEME MIT ALKOHOL RECHTZEITIG ERKENNEN

Mit dem folgenden Test* können über 60-Jährige herausfinden, ob Sie einen problematischen Umgang mit Alkohol haben. Haben Sie zwei oder mehr dieser Fragen ehrlich mit Ja beantwortet, dann haben Sie vermutlich ein Alkoholproblem und sollten Hilfe und Beratung annehmen.

- Haben Sie anderen gegenüber schon einmal untertrieben, wie viel Alkohol Sie trinken?
- Haben Sie nach ein paar Gläsern Alkohol manchmal nichts gegessen oder eine Mahlzeit ausgelassen, da Sie sich nicht hungrig fühlten?
- Helfen ein paar Gläser Alkohol, Ihre Zittrigkeit oder Ihr Zittern zu verhindern?
- Haben Sie, nachdem Sie Alkohol getrunken haben, manchmal Schwierigkeiten, sich an Teile des Tages oder der Nacht zu erinnern?
- Trinken Sie gewöhnlich Alkohol, um zu entspannen oder Ihre Nerven zu beruhigen?
- Trinken Sie, um Ihre Probleme für einige Zeit vergessen zu können?
- Haben Sie Ihren Alkoholkonsum erhöht, um einen Verlust in Ihrem Leben besser zu verkraften?
- Hat Ihnen schon einmal ein Arzt bzw. eine Ärztin oder eine andere Person gesagt, sie mache sich Sorgen bezüglich Ihres Alkoholkonsums?
- Haben Sie jemals Trinkregeln aufgestellt, um besser mit Ihrem Alkoholkonsum klarzukommen?
- Verschafft Ihnen ein alkoholisches Getränk Erleichterung, wenn Sie sich einsam fühlen?

DIAGNOSE DEMENZ: BLICK IN EINE ZUKUNFT UNSICHERE



Demenzielle Erkrankungen sind dort auf Vormarsch, wo die Bevölkerung immer älter wird. In Deutschland etwa leben heute etwa 1,2 Millionen Menschen mit einer Demenz. Die Diagnose ist für Betroffene oft ein Schock. Im Gespräch mit NTC-Impulse erläutert der Neurologe Dr. Klaus Gehring, woran sich demenzielle Erkrankungen erkennen lassen und welche Therapieformen es derzeit gibt.

Herr Dr. Gehring, was versteht man unter einer Demenz?

Beim Syndrom »Demenz« denkt man zuerst an Gedächtnisstörungen. Um eine Diagnose zu stellen, sind allerdings Einschränkungen in weiteren Hirnfunktionen gefordert, wie etwa der Orientierung, dem Rechnen, der Sprache oder dem Urteilsvermögen, ebenso Verhaltensänderungen.

Die Störung sollte über wenigstens sechs Monate andauern, die Fähigkeiten im alltäglichen Leben einschränken.

Welche Demenzformen gibt es?

Etwa 90 Prozent der Erkrankungen gehören zu den primären Demenzen. Sie entstehen durch hirnorganische Schäden. Dazu zählen Alzheimer, aber auch andere degenerative Demenzen. Zwei von drei Patienten sind von primärer Demenz betroffen. Sie leiden an einem schleichenden Prozess des Hirnzerfalls, der derzeit nicht beeinflussbar ist. Bei den vaskulären Demenzen

verursachen durchblutungsbedingte Schäden Leistungseinbußen. Den Verlauf können wir beeinflussen, indem Gefäß-Risikofaktoren, etwa eine Störung von Zucker- oder Fettstoffwechsel, hoher Blutdruck oder Übergewicht behandelt werden. Bei der sekundären

Demenz liegt eine andere organische Erkrankung vor. Werden ihre Ursachen beseitigt, bildet sich die dementielle Störung zurück.

Auslöser können zum Beispiel Medikamente sein, aber auch Stoffwechselstörungen, etwa der Schilddrüse, oder Vitaminmangelzustände wie an Vitamin B 12.

**JE FRÜHER DIE
DIAGNOSE,
DESTO MEHR IST
ZU RETTEN**

Wie wichtig ist die Diagnose für den Verlauf der Krankheit?

Wesentlich ist, die Diagnose einer Demenz möglichst frühzeitig abzuklären. Zum einen können die erwähnten »behandelbaren Demenzen« dann in einem Stadium erfasst werden, in dem sie die größten Möglichkeiten auf Rückbildung bieten. Zum anderen gilt auch für die beschriebenen Demenz-

TIPP

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft ist eine Selbsthilfeorganisation, die sich bundesweit für die Verbesserung der Situation von Demenzzkranken und ihren Angehörigen einsetzt. Auf ihrer Internetseite www.deutsche-alzheimer.de finden Sie hilfreiche Informationen, Tipps und Adressen rund um das Thema Demenz, insbesondere zur Alzheimer-Krankheit.

Syndrome, dass umso mehr zu retten ist, je früher mit einer wirksamen Therapie begonnen wird. Bei der Alzheimer-Demenz sind die derzeit eingesetzten Antidementiva in der Lage, die Krankheit durchschnittlich um zwei Jahre hinauszuzögern. Der Gewinn für den Patienten ist also umso größer, je weniger er bei Behandlungsbeginn eingeschränkt ist.

Und bei welchen Anzeichen sollten Betroffene und Angehörige hellhörig werden?

Erste Zeichen, die den Verdacht auf eine beginnende Demenz aufwerfen und im Idealfall zum Arzt führen, sind Verhaltensänderungen und/oder Gedächtnisstörungen, die in der Regel der vertraute Angehörige beobachtet. Bei manchen Demenzformen können die ersten Zeichen auch Bewegungsstörungen sein, die zunächst an ein Parkinson-Syndrom erinnern.

Welche Therapien bieten sich an?

In der Behandlung der Alzheimer-Demenz sind grundsätzlich zwei Medikamentenklassen zugelassen. Der Einsatz von Cholinesterase-Hemmstoffen basiert auf der Hypothese, dass in der Entwicklung von Gedächtnisstörungen insbesondere der Botenstoff Acetylcholin eine wesentliche Rolle spielt und ein Mangel das Krankheitsbild verstärkt. Entsprechend führt die Hemmung des Abbau-Enzyms indirekt zu einem Mehrangebot an Acetylcholin. Werden NMDA-Antagonisten eingesetzt, zielt man dagegen auf eine Hemmung des Gegenspielers von Acetylcholin, des Glutamats.

Die Erfahrung zeigt, dass Medikamente der ersten Gruppe insbesondere auch in der Lage sind, Erregungs- und Unruhezustände bei Patienten mit zusätzlichen Verhaltensstörungen abzumildern und dadurch möglicherweise auch dämpfende Medikamente einzusparen. Vertreter der letztgenannten Wirkstoffgruppe wirken dagegen tendenziell eher aktivierend.

Gibt es weitere Möglichkeiten, um den Verlauf einer Demenz zu verzögern?

Eine gesunde Lebensführung sollte oberstes Gebot sein. Zudem zeigen Untersuchungen, dass regelmäßige körperliche Bewegung ähnliche Effekte erzielen kann wie die Einnahme bisher zugelassener Antidementiva. Weiterhin führt regelmäßiges Koordinations- und Gleichgewichtstraining dazu, im späteren Krankheitsverlauf das Sturzrisiko zu mindern. Die Ernährung sollte ausgewogen und maßvoll sein. Vor allem ein erhöhter Bedarf an Vitaminen aus der B-Gruppe sollte berücksichtigt werden. Kognitives Training, insbesondere Gedächtnis- und Aufmerksamkeitstraining, hilft, die vorhandenen Fähigkeiten möglichst lange zu erhalten. Hier sollte das Hauptaugenmerk darauf liegen, die individuellen Stärken zu fördern.

STÄRKEN FÖRDERN, KÖRPER UND GEIST TRAINIEREN

Worauf sollten sich Betroffene im Verlauf einer Demenz einstellen?

Neben dem Kurz- und Langzeitgedächtnis können weitere Hirnfunktionen betroffen sein, insbesondere die Orientierung, das Sprachvermögen, das Rechnen, die Lernfähigkeit oder das Urteilsvermögen. Bei den Gedächtnisstörungen ist augenfällig, dass neu Erlerntes oder neu zu Lernendes deutlich stärker betroffen ist als das Altgedächtnis. So sind Erkrankte zwar in der Lage, detailreich von Ereignissen zu berichten, die Jahrzehnte zurückliegen, können sich aber nicht daran erinnern, was sie am Morgen der Untersuchung gefrühstückt haben. Ein besonderes Problem stellt die sogenannte Zeitgitterstörung dar. Hierbei handelt es sich um die Unfähigkeit, Erinnertes in eine chronologische Reihenfolge zu bringen. Die Patienten können nicht mehr unterscheiden, ob das Erlebte zwanzig Jahre oder zwei Stunden zurückliegt. Manchmal hat es den Anschein, sie halluzinieren. Ein genaues Hinterfragen durch den Arzt erspart daher den Einsatz von Psychopharmaka.

Lassen sich die geistigen Fähigkeiten gezielt stärken, um die Krankheit aufzuhalten?

Das gezielte Training vorhandener Fähigkeiten hilft, Funktionen zu erhalten. Ein gezieltes Neuerlernen hat wenig Sinn und führt zu drohender Frustration. Auch für (noch) nicht Erkrankte ist regelmäßiges kognitives Training wertvoll, da es Belege gibt, dass ein hohes kognitives Leistungsniveau mit einem verzögerten Krankheitsverlauf verbunden ist. Eine Vorbeugung der Krankheit gelingt allerdings zum aktuellen Zeitpunkt mit keinem Behandlungsverfahren.

Welche Rolle spielt der behandelnde Arzt?

Der Arzt führt hier weniger eine Behandlung im eigentlichen Sinne durch, sondern begleitet vielmehr den Betroffenen. Begleiten heißt, zunächst die Diagnose und ihre Konsequenzen behutsam zu vermitteln, dann die unterstützende Beratung in der Auswahl der Medikamente und auch der zusätzlich möglichen Behandlungsverfahren. Später geht es dann mehr und mehr um Beratung zu sozialrechtlichen Fragen und etwa der Feststellung des Betreuungs- und Pflegebedarfs bis hin zur Auswahl einer geeigneten Betreuungseinrichtung – und sei es auch nur als Überbrückung zur Entlastung des Angehörigen. Viele dieser Tätigkeiten werden inzwischen in größeren Praxen von speziell geschulten Assistentinnen, den »Demenz-Nurses«, übernommen. ●



Dr. Klaus Gehring
Facharzt für Neurologie, Itzehoe

NEWS

Faltblatt zur Alzheimer-Demenz

RAT FÜR ANGEHÖRIGE



70 Prozent der 1,2 Millionen an Alzheimer-Demenz erkrankten Menschen in Deutschland werden zu Hause betreut. Für die Angehörigen ist das eine enorme Herausforderung. Ratschläge für Familie, Freunde und Nachbarn hat die Alzheimer Forschung Initiative e.V. (AFI) jetzt in dem neuen vierseitigen Ratgeber »Umgang mit Alzheimer-Patienten – was kann ich tun?« zusammengestellt. Das Faltblatt kann über die kostenlose Hotline 0800/200 40 01, im Internet unter www.alzheimerforschung.de oder per Post bei der Alzheimer Forschung Initiative e.V., Kreuzstraße 34, 40210 Düsseldorf, bestellt werden. • Quelle: Alzheimer Forschung Initiative e.V.



FLUCHEN kann Schmerzen unterdrücken

Schmerzen lassen sich offenbar besser ertragen, wenn man flucht: In einer neurologischen Studie britischer Forscher mussten die Teilnehmer ihre Hände in nur fünf Grad kaltes Wasser tauchen. Diejenigen, die dabei fluchen durften, konnten ihre Hände sehr lang unter Wasser halten. Die Forscher machten dabei jedoch noch eine interessante Entdeckung: Ist Fluchen eine Routine, verpufft der Effekt. Denn Probanden, die auch im normalen Leben häufig (ab 60-mal täglich) Flüche ausstießen, halfen diese beim eiskalten Wasserbad nicht mehr. Das Fluchen war ihnen offenbar so sehr in Fleisch und Blut übergegangen, dass es nicht mehr schmerzstillend wirkte. • Quelle: Neuroreport

SCHLAGANFALL Risikofaktor Depression

Viele Schlaganfälle sind auch auf Depressionen zurückzuführen: Eine Studie der Harvard Medical School of Public Health

Boston hat ergeben, dass depressive Menschen ein um 45 Prozent erhöhtes Risiko haben, einen Hirnschlag zu erleiden, als psychisch gesunde. Eine mögliche Ursache dafür: Depressionen beeinflussen den Hormonhaushalt und verstärken Entzündungen, die nachweislich ein höheres Schlaganfallrisiko bergen.

Etwa 16 Prozent der Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Depression. Frühere Studien zeigen bereits, dass Depressionen häufiger zu



Diabetes, Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen. Der Zusammenhang mit dem Schlaganfall war bislang jedoch nicht bekannt.

Menschen mit Depressionen müssen daher verstärkt weitere Risikofaktoren für einen Schlaganfall, etwa hohen Blutdruck, schlechte Ernährung oder wenig Bewegung, im Blick haben.

Die Autoren der US-Studie gehen davon aus, dass insgesamt vier Prozent der Schlaganfälle in den USA auf Depressionen zurückgehen. In Deutschland würden danach 10.000 der jährlich 250.000 Schlaganfälle in Verbindung mit einer Depression stehen. • Quelle: Deutsche Gesellschaft für Neurologie



Parkinson *durch Lösungsmittel*

Eine neue US-Studie hat jetzt erstmals den Zusammenhang zwischen Chlorethylen-Lösungsmitteln und Parkinson hergestellt. Bereits in den 1970er-Jahren hatte man die Gesundheitsgefährdungen des Mittels Trichlorethylen erkannt und seine Verbreitung stark eingeschränkt. Doch

erst jetzt konnte man nachweisen, dass die Chemikalie tatsächlich das Risiko erhöht hat, an Parkinson zu erkranken. In der Studie hatten die Forscher unter Zwillingspaaren, bei denen ein Zwilling an Parkinson erkrankt war, nach möglichen Ursachen gesucht. Teilweise trat die Erkrankung erst 40 Jahre nach dem Kontakt des Patienten zu den Lösungsmitteln auf. Auch beim Umgang mit dem chemisch verwandten

Perchlorethylen ergab sich eine erhöhte Gefährdung für Parkinson. ● Quelle: Ärztezeitung online



© ingenium-design.de / Fotolia.com



© contrastwerkstatt / Fotolia.com

50plus-Studie

ÄLTERE SIND ZUFRIEDENER

Was verbindet jüngere und ältere Menschen, welche Unterschiede gibt es in ihrem sozialen Verhalten? Für die »50plus«-Studie des Instituts für neue soziale Antworten wurden mehr als 3.000 Bundesbürger aus allen Altersgruppen befragt. Danach sind Ältere grundsätzlich zufriedener mit ihrem Leben. 69 Prozent der 60- bis 69-Jährigen geben an, »eher

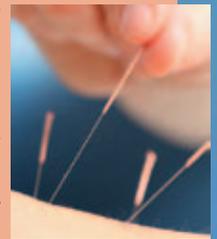
bis sehr zufrieden« zu sein, 77 Prozent der 70- bis 79-Jährigen und sogar 90 Prozent der über 80-Jährigen. Bei den 50- bis 59-Jährigen sind es nur 63 Prozent. Älterwerden stärkt offenbar auch das Selbstbewusstsein im Beruf: 89 Prozent der über 50-Jährigen sind davon überzeugt, dass sie über eine gute Fachkenntnis verfügen, bei den unter 50-Jährigen sind es nur 78 Prozent. 60 Prozent halten sich zudem für innovativ, bei den unter 50-Jährigen sind es nur 52 Prozent. ● Quelle: INSA

KLICKTIPP

Mit seinem digitalen Lernspiel »Mission Serious« beschreibt der Bundesverband der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft neue Wege, um insbesondere auch jüngere Menschen über die Krankheit MS zu informieren. Das von renommierten Neurologen entwickelte Lernspiel soll für die Autoimmunerkrankung Multiple Sklerose sensibilisieren und auf spielerische, spannende Weise Wissen vermitteln. Myeline, die Hauptfigur des Spiels, entführt die Spieler in den Körper eines MS-Erkrankten und startet mit ihnen eine virtuelle Reise in das zentrale Nervensystem. »Mission Serious« kann direkt auf der Homepage www.dmsg.de im Internet gespielt werden. ● Quelle: DMSG, Bundesverband e.V.

AKUPUNKTUR GEGEN STRESS Wirkung nachgewiesen

Chronisch gestresste Menschen produzieren oft mehr Neuropeptid Y, ein für das Zentrale Nervensystem wichtiges Hormon. Ein Forscherteam aus den USA konnte im Tierversuch nachweisen, dass durch Akupunktur dieses Stresshormon wieder abgebaut wird. Nach 14 Tagen unter regelmäßigen Stress zeigten sich bei den täglich akupunktierten Laborratten – im Gegensatz zu scheinbehandelten Tieren – normale Neuropeptid Y-Werte im Blut: Der Stress wurde durch die Nadel-Behandlung offenbar beseitigt. Beim Menschen läge der entsprechende Akupunkturpunkt unterhalb des Knies. ● Quelle: *Experimental Biology and Medicine*, Dezember 2011



© kreativerwerden / Fotolia.com

NEWS

Eine Frage der Übung

Der Geruchssinn kann zwar im Alter oder durch Erkrankungen beeinträchtigt werden. Doch mit dem richtigen Training könnte man seinen Riecher wiedergewinnen. US-Forscher haben jetzt nämlich im Tierexperiment den Mechanismus zwischen Umwelt, Nase und menschlichem Gedächtnis entschlüsselt. Dabei zeigt sich, dass der Geruchssinn schwinden kann, wenn das Riechen nicht hinreichend trainiert wird. Riechen ist also auch Übungssache. Ein Geruchsverlust (Anosmie) kann beispielsweise als Frühsymptom bei Parkinson auftreten. ● *Quelle: Nature Neuroscience*



© livestockimages / Fotolia.com

MEDITATION fürs Hirn

Wer seit vielen Jahren meditiert, kann bestimmte Regionen seines Hirns komplett abschalten und damit seine Risiken für Schizophrenie, ADHS oder Angsterkrankungen senken. Eine Studie der University of Yale zeigt jetzt, dass zwei Zentren des zentralen Netzwerks von Gehirnzellen bei erfahrenen Meditierenden weniger aktiv waren als bei Anfängern. Eine übermäßige Aktivität in diesen Regionen gilt als Risikofaktor für die genannten Störungen, die mit einer krankhaften Beschäftigung mit der eigenen Gedanken- und Gefühlswelt einhergehen. ● *Quelle: Yale University*



© Daniel / Fotolia.com

Traumforschung

THERAPIE ÜBER NACHT

Neue Ergebnisse aus der Hirnforschung können möglicherweise zu einem besseren Verständnis von posttraumatischen Belastungsstörungen beitragen. Forscher der University of Berkeley haben herausgefunden, dass Gefühle im Traumschlaf abgemildert werden. Den Teilnehmern ihrer Studie wurde zunächst eine Reihe emotional aufwühlender Bilder ge-

zeigt. Eine Gruppe durfte »eine Nacht darüber schlafen«, die andere nicht.

Als ihnen die Bilder nochmals vorgehalten wurden, reagierten die Schläfer deutlich entspannter. Ihre Hirnströme zeigten dabei Muster, die auf einen besonders niedrigen Pegel von Noradrenalin hindeuten. Noradrenalin ist ein Botenstoff, der die Stressanpassung steuert. Die Forscher hoffen darauf, dass nun entsprechende Medikamente entwickelt werden können. ● *Quelle: Current Biology*



© shan / Fotolia.com

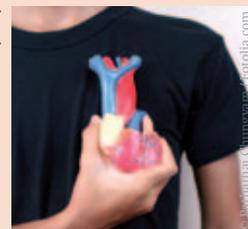
Schlaganfall-Prophylaxe

KLEINER EINGRIFF, GROSSE WIRKUNG

Schätzungen zufolge leiden mehr als eine Million Menschen in Deutschland unter Vorhofflimmern. Die verbreitete Herzrhythmus-Störung fördert die Bildung von Blutgerinnseln und führt schlimmstenfalls zum Schlaganfall. Ein neues Verfahren, wie es jetzt auch am Berufsgenossenschaftlichen

Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum angewendet wird, verringert das Risiko einer Gerinnselbildung im Herzen erheblich. Schlaganfälle können auf diese Weise vermieden werden. Die Technik nennt sich Vorhoffverschluss. Dabei wird eine kleine Tasche im linken Vorhof des Herzens,

wo die gefährlichen Gerinnsel besonders häufig entstehen, mit einem Ballon verschlossen. Der Eingriff dauert etwa 60 Minuten, eine Vollnarkose ist nicht erforderlich. Der Patient muss danach keine blutgerinnungshemmenden Medikamente mehr einnehmen. ● *Quelle: Klinikum der Ruhr-Universität Bochum*



© bechthold / Fotolia.com

EU-STANDARDS FÜR PARKINSON

Mit dem »European Parkinson's Disease Standards of Care Consensus Statement« werden jetzt erstmals europaweite Standards für die Behandlung von Parkinson definiert und eingefordert. Die Konsenserklärung wurde von europäischen Parkinson-Experten, Menschen mit Parkinson, Pflegekräften und 45 nationalen Parkinson-

Organisationen gemeinsam entwickelt. Jetzt ist die Politik am Zug: Sie soll bessere Voraussetzungen für die Behandlung von Parkinson schaffen. Zu den zentralen Forderungen des Statements gehören unter anderem ein europaweit gleicher Zugang zu qualitativ hochwertiger, spezialisierter medizinischer Versorgung, die Verbesserung der

finanziellen Unterstützung von Forschungsprojekten sowie höhere Investitionen in optimale medizinische Behandlungs- und Erhaltungsstrategien. • Quelle: European Parkinson's Disease Association (EPDA)

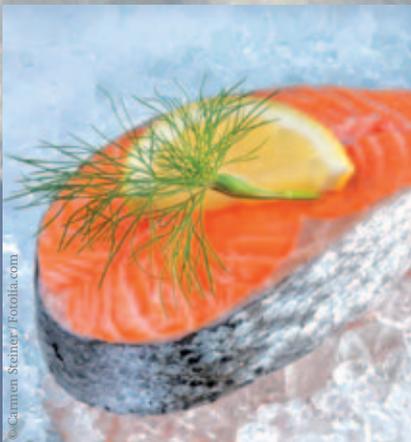


© view7 / Fotolia.com

© Marcel Frommann / Fotolia.com

Neue Broschüre BARRIEREFREI LEBEN

Wie breit muss eine Tür sein? Was bedeutet Barrierefreiheit in Zentimetern? Wer gibt Zuschüsse bei notwendigen Umbauten? Antworten auf diese und viele weitere Fragen gibt es in der neuen Beratungsbroschüre »ABC Barrierefreies Bauen« des Bundesverbands Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. Auf über 130 Seiten werden wichtige Begriffe der DIN-Norm 18040-1 anhand leicht verständlicher Grafiken und Beispiele erklärt – die Basis für die Gestaltung von Lebensräumen, die ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind. Die Broschüre (Schutzgebühr 5 Euro) kann beim Bundesverband telefonisch unter 06294/4281-70 oder per E-Mail unter info@bsk-ev.org bestellt werden. •



© Carmen Steiner / Fotolia.com

Fisch schützt vor Alzheimer

Der regelmäßige Genuss von Fisch macht das Gehirn widerstandsfähiger – und das ist offenbar ein guter Schutz vor kognitiven Störungen und Alzheimer. Forscher der Pittsburgh University hatten bei 260 Menschen den Zusammenhang zwischen Fischver-

zehr und Hirnleistung untersucht. Über einen Zeitraum von zehn Jahren zeigte sich, dass die graue Hirnsubstanz bei Fischfans stärker ausgeprägt war als bei Fischverweigerern. Das Volumen der grauen Hirnsubstanz bestimmt nicht zuletzt die kognitiven und emotionalen Fähigkeiten eines Menschen. Bei den Fischessern standen mindestens einmal pro Woche Seelachs & Co. auf dem Speiseplan. Ihr Risiko, innerhalb von fünf Jahren kognitive Störungen oder Alzheimer zu entwickeln, lag um das Fünffache niedriger. Dieser Effekt wird jedoch nur bei gebratenem oder gegrilltem Fisch erzielt. Frittiertes Fisch führt weder zu einem Anstieg des Gehirnvolumens, noch schützt er vor geistigem Verfall. • Quelle: Radiological Society of North America

Bei Patienten mit chronischen Schmerzen zeigen Medikamente gegen Depressionen oder solche gegen Epilepsie schmerzstillende Wirkung. Es kann deshalb sinnvoll sein, Antidepressiva zur Behandlung einzusetzen, auch wenn die chronischen Schmerzen nicht von einer Depression begleitet werden.

fon, die Antirheumatika oder Opioide. Antiepileptika werden bei Schmerzen in Folge von Nervenschädigungen eingesetzt, bei sogenannten neuropathischen Schmerzen. Antidepressiva haben eine breitere Indikationsstellung. Sie finden Verwendung in der Behandlung chronischer Spannungskopfschmerzen, aber auch beim Fibromyalgiesyndrom, bei Schmerzen nach Rückenmarksverletzungen, nach Nervenwurzelbeschädigungen in Folge von Bandscheibenvorfällen, bei Zosterneuralgien, beim komplexen regionalen Schmerzsyndrom der Hände, bei Phantomschmerzen, bei Thalamusschmerzen oder auch bei Tumorschmerzen.

Die Antidepressiva wirken sowohl im Gehirn bei der Schmerzverarbeitung als auch auf Rückenmarksebene, wo über absteigende Nervenbahnen die Aktivität der Schmerzleitung gehemmt wird.

BOTENSTOFFE HEMMEN DIE SCHMERZWEITERLEITUNG

Aber nicht alle Antidepressiva sind als Schmerzmittel wirksam und zugelassen. Wirksam und zugelassen sind die klassischen trizyklischen Antidepressiva wie Amitriptylin, Trimipramin, Imipramin und Clomipramin. Das Antidepressivum Duloxetin hat eine Zulassung für die Behandlung der Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie. Diese Medikamente beeinflussen den Serotonin- und den Noradrenalin-Stoffwechsel im Zentralnervensystem. Sie verlangsamen die Rückaufnahme von Serotonin und Noradrenalin in ihre Speicher, blockieren ihren Abbau und erhöhen die Ausschüttung dieser Botenstoffe bei der Reizleitung. Sie wirken dabei auch stimmungsaufhellend. Durch ihre breitere Wirkung auf mehrere Neurotransmittersysteme sind sie den reinen Serotonin-Wiederaufnahmehemmern in ihrer schmerzdämpfenden Wirksamkeit deutlich überlegen.

Schmerzpatienten müssen also nicht depressiv sein, um im Rahmen ihrer Schmerzbehandlung mit Antidepressiva behandelt zu werden! Antidepressiva haben eine eigenständige schmerzlindernde Wirkung.

ANTIDEPRESSIVA IN DER SCHMERZ- THERAPIE

Schmerzen sind ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer aktuellen oder möglichen Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. So definiert die »Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes« dieses Phänomen. Wir unterscheiden dabei akute Schmerzen von chronischen Schmerzen. Akute Schmerzen haben eine eindeutige Ursache, zum Beispiel Verletzungen, Entzündungen, Koliken, Infarktschmerzen oder Schmerzen nach Operationen. Diese Schmerzen haben dabei eine Warnfunktion und sind biologisch sinnvoll. Behandelt werden sie durch die Beseitigung der Ursachen, durch die klassischen Schmerzmittel oder auch durch Schonung. Wenn Schmerzen mehr als sechs Monate, manchmal mehr als drei Monate anhalten, werden sie als chronisch eingestuft. Dabei werden die Ursachen oftmals verwaschen, nicht mehr erinnerlich, vielschichtig oder auch nicht mehr ursächlich behandelbar. Die Warnfunktion geht verloren. Häufig entwickelt sich daraus eine eigenständige Schmerzkrankheit, bei der auch depressive Stimmungsschwankungen, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen hinzutreten.

SCHMERZMATRIX ÜBERSCHREIBEN

Bei akuten Schmerzen dominieren somit körperliche Faktoren, bei chronischen Schmerzen spielen psychosoziale Faktoren eine große Bedeutung. Die Schmerzverarbeitung als Chronifizierungsprozess im zentralen Nervensystem tritt zunehmend in das Zentrum des wissenschaftlichen Interesses. Die chronischen Schmerzen werden zum biologischen, psychischen und sozialen Problem. Die betroffenen Schmerzpatienten brauchen bei der Schmerzverarbeitung psychotherapeutische Unterstützung. Dabei wird ein besserer Umgang mit den Schmerzen eingeübt. Es gilt, die Schmerzauslöser psychotherapeutisch zu bearbeiten und die Lebenszufriedenheit zu fördern. Die Schmerzmatrix im Gehirn soll durch positive Erfahrungen überschrieben werden.

ANTIDEPRESSIVA GEGEN DEN SCHMERZ

Während bei den akuten Schmerzen die klassischen Schmerzmittel notwendig sind, sind Antidepressiva und Antiepileptika bei chronischen Schmerzen wichtige therapeutische Säulen. Klassische Schmerzmittel sind zum Beispiel Paracetamol, Novaminsul-

NEBENWIRKUNGEN UND VERZÖGERTE WIRKSAMKEIT

Bei der Behandlung mit Antidepressiva gilt es, das Spannungsfeld zwischen dem Einsetzen der Wirksamkeit und dem Einsetzen der Nebenwirkungen zu überbrücken. Antidepressiva in der Schmerzbehandlung wirken frühestens nach etwa zwei Wochen. Die Wirksamkeit baut sich über etwa drei Monate auf. Die Therapiedauer sollte somit über mindestens diese Zeit geplant werden, um die Wirk-

WIRKSAMKEIT BAUT SICH LANGSAM AUF

samkeit beurteilen zu können. Problematisch ist, dass die Nebenwirkungen der Antidepressiva gleich zu Beginn der Therapie auftreten und somit die Patienten zu Beginn der Behandlung noch keine Entlastung finden. Diesen Spagat müssen die Patienten zunächst aushalten. Die Eindosierung erfolgt deshalb in sehr niedrigen Dosen und langsamer Dosissteigerung. Retardpräparate, die den enthaltenen Wirkstoff verzögert oder verlangsamt abgeben und so ei-

nen konstanten Wirkspiegel über eine längere Zeit aufrechterhalten, werden bevorzugt. Als Nebenwirkungen der Antidepressiva können Müdigkeit, aber auch eine innere Anspannung und Unruhe auftreten, je nachdem welches Präparat ausgewählt wird. Mundtrockenheit, Herzrhythmusstörungen, grüner Star, Schwindelanfälle, Verstopfung, Blasenstörungen, Gewichtszunahme, aber auch Appetitstörungen und Übelkeit können in der Dauertherapie belastend sein.

Die Auswahl der Antidepressiva und die Dosierung gilt es dem Nebenwirkungsprofil anzupassen. Auch Kombinationen mehrerer Antidepressiva können sinnvoll sein, so zum Beispiel beruhigende Medikamente zur Nacht sowie anregende Antidepressiva morgens. Die für die Schmerztherapie notwendige Höchstdosis liegt deutlich unter der für die Behandlung von depressiven Erkrankungen notwendigen Medikamentengaben.

MITARBEIT DES PATIENTEN UNERLÄSSLICH

Eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung ist gerade bei chronischen Schmerzpatienten und insbesondere in der Behandlung mit Antidepressiva Voraussetzung für eine gute Verträglichkeit und Wirksamkeit. Für den Arzt ist es dabei wichtig, den Patienten ausführlich über die Notwendigkeit, die Wirkung und die Nebenwirkungen der Schmerztherapie mit Antidepressiva zu informieren, um die Compliance, also die konsequente Einhaltung der ärztlichen Vorgaben seitens des Patienten, zu sichern. Beide, der Patient und sein behandelnder Arzt, brauchen bei dieser Behandlung Geduld. ●



Dr. med. Lienhard Dieterle
Arzt für Neurologie und Psychiatrie,
Gründungsmitglied des interdisziplinären Ärzteverbundes Schmerz-
zentrum Bodensee-Oberschwaben

Anzeige

fortuna apotheke Dr. Weber®

- ✓ Große Apotheke im Herzen von Köln – Zollstock
- ✓ Kundenkarte mit Extra-Rabatten für verschreibungsfreie Produkte
- ✓ Große Beauty & Pflege Abteilung

Ihr Apotheker Dr. Peter Weber

Höninger Weg 187 | 50969 Köln | Tel. 0221 - 9 36 46 90 | Fax 0221 - 3 60 17 74

TEILNEHMEN AN EINER KLINISCHEN STUDIE

Haben Sie sich schon einmal gefragt, ob Sie an einer Medikamentenstudie teilnehmen sollen? Und Ihre Empfindungen schwanken zwischen Hoffnung auf Heilung durch das neue Arzneimittel, aber auch Misstrauen und Skepsis? Mit gezielter Information fällt eine Entscheidung leichter. TEXT: Doris Friedrich



Ohne Fachwissen ist es nicht einfach zu beurteilen, ob es sinnvoll ist, an einer Studie teilzunehmen. Die Entscheidung will gut überlegt sein. Sie sollten sich auf jeden Fall die Zeit nehmen, um sich gründlich zu informieren, und mit Ihrem Arzt eine mögliche Teilnahme besprechen. Es dürfen keine Fragen für Sie offenbleiben! Denn hinter einer klinischen Prüfung steht ja meist ein Unternehmen mit wirtschaftlichem Interesse am späteren Verkauf des getesteten Medikaments. Darüber erfahren Sie mehr zum Beispiel beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, das klinische Studien überwacht. Auch Ärztekammern und Patientenorganisationen sind hier Ansprechpartner. Wenn Sie diese Zeit und Mühe nicht aufwenden wollen, sollten Sie besser auf eine Studienteilnahme verzichten.

WAS SPRICHT DAFÜR, MITZUMACHEN?

Ihre Teilnahme an einer klinischen Studie trägt dazu bei, neue Therapiemöglichkeiten zu entwickeln, weitere Erkenntnisse über die Anwendbarkeit neuer Medikamente zu erlangen oder vorhandene Behandlungsmethoden zu verbessern. Möglicherweise tragen Sie auch dazu bei, dass anderen Patienten mit vergleichbaren Erkrankungen besser geholfen werden kann. Daher ist es wichtig, dass sich Teilnehmer an klinischen Studien zur Verfügung stellen.

GUTE GRÜNDE FÜR EINE TEILNAHME:

- Sie werden besonders intensiv betreut, regelmäßig untersucht, engmaschig überwacht und nach Methoden behandelt, die alle Anforderungen der Qualitätssicherung erfüllen.
- Klinische Studien werden nach internationalen Qualitätsstandards geplant, von erfahrenem, qualifiziertem Personal durchgeführt und von unabhängigen Gremien überprüft.
- Die Teilnahme an Patientenstudien ist grundsätzlich freiwillig. Sie können zu jeder Zeit die Studie beenden, auch ohne Angabe von Gründen.
- Es entstehen Ihnen weder Kosten noch Nachteile.

DER LANGE WEG ZU EINEM NEUEN MEDIKAMENT

Vom Beginn der Suche nach einem Wirkstoff bis zum Verkauf des Medikaments in Apotheken vergehen zehn bis zwölf Jahre. Nur eine von 5.000 bis 10.000 untersuchten Substanzen erreicht dieses Ziel! Ist eine vielversprechende Substanz gefunden worden, geht es für die Forscher weiter:

Präklinische Phase

Test des Wirkstoffs, ob er wirksam und unbedenklich ist. Dazu sind neben Zellkulturen auch Tierversuche erforderlich.

Phase I

Erproben an gesunden Freiwilligen: Wie reagiert der Körper, ab welcher Dosis treten Nebenwirkungen auf?

Phase II

Ärzte setzen erstmals den Wirkstoff bei Patienten als Medikament ein – zum Beispiel in Form von Tabletten, Kapseln oder Injektionen – und untersuchen Wirksamkeit, Verträglichkeit und Dosierung.

Phase III

Nun wird das Medikament bei mehreren tausend Patienten erprobt, ähnlich wie in Phase II. Die Teilnehmer erhalten entweder das neue Medikament oder eine Vergleichsbehandlung. Auch mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten werden getestet.

Zulassung

Unabhängige Institute prüfen die Studienergebnisse, Herstellung und vorgesehenen Qualitätskontrollen. Die Zulassung wird nur dann erteilt, wenn die Prüfung in allen Punkten positiv ausfällt. Entscheidend sind: Wirksamkeit, Unbedenklichkeit, Qualität und Nutzen des Medikaments.

Phase IV

Ist das neue Medikament zugelassen, können es Ärzte verordnen. In Anwendungsstudien wird das Medikament noch genauer untersucht und auch auf mögliche selten auftretende Nebenwirkungen überprüft. Kliniken und Facharztpraxen beteiligen sich an der Beobachtung und Durchführung der Anwendungsstudien. ●

Doris Friedrich ist MS-Betroffene und Sachbuchautorin

Mehr Informationen

zum Thema »Patientenstudien« erhalten Sie bei Ihrem NTC-Facharzt. Einen Überblick über aktuelle Studien bietet das Internetportal www.clinlife.de.

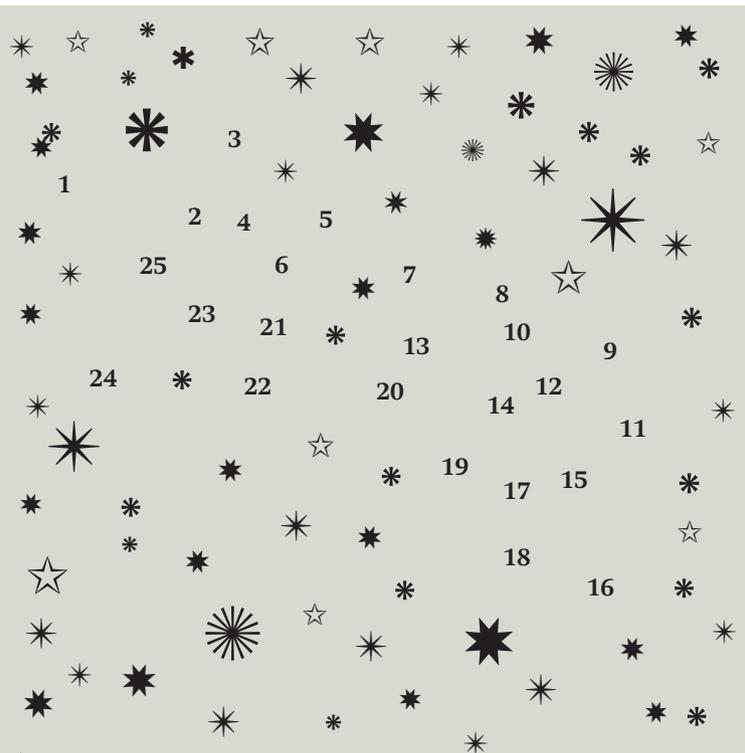
Fit in die Zukunft

FANTASIE UND TÜFTELEI

Liebe Leser,

was bringt die Zukunft? Diese Frage stellt sich wohl jeder von uns zu Beginn eines neuen Jahres. Und auch wenn die eine oder andere Überlegung sicherlich sinnvoll ist – zu viel Grübelelei ist auch nicht gut. Im Gegenteil, sie hält uns fern von der Realität.

In diesem Sinne: Träumen und wünschen Sie in Maßen – vor allem aber: Lassen Sie sich auch von diesem Jahr wieder vom »wahren Leben« überraschen. Bleiben Sie neugierig!



FANTASIEBILD Vieles ist zu Jahresbeginn noch unklar, und manch einer sagt: Die Zukunft liegt in den Sternen. Finden Sie heraus, was wir hier versteckt haben – und mit ein bisschen Glück geht für Sie dann auch ein Wunsch in Erfüllung!

AUS DEM POESIEALBUM unbekannter Verfasser

Träum' von der Zukunft nicht zu viel –
Du lebst nicht, wenn Du träumst.
Und achte, dass im fernen Ziel
Du Nahes nicht versäumst.
Hoffe der Zukunft freudig entgegen,
nütze die Gegenwart keck und verwegen!
Willst Du nur stets vom Vergangenen träumen,
wirst Du das Heute und Morgen versäumen!



Andrey Arnyagov / Fotolia.com

SUDOKU Lust auf eine kleine Tüftelei? Bei unserem Rätsel-Klassiker aus Japan tragen Sie in jedes freie Kästchen eine Zahl zwischen »1« und »9« ein. Dabei darf je Miniquadrat und in jeder Gesamtzeile bzw. -spalte jede Zahl nur einmal vorkommen. Viel Spaß!

				7	3	6		
	7		9	3		5		
5		4	1	2				
					9			1
	9	8	6	5		2		
		5					8	
			7		2			
8		7		6		1		
			4				7	

LÖSUNGEN S. 28 u. 32

F	A	G	K	U	P	U	F	V	Z	A	D	N				
N	O	I	T	A	L	U	M	I	T	S	R	I	H			
H	R	O	K	O	J	C	R	E	Z	N	E	A	V			
A	V	A	H	K	K	H	K	Z	R	O	A	M	T	S		
T	S	I	P	R	Ä	V	E	N	T	I	O	N	M	L	O	
E	S	J	L	T	O	U	Z	H	E	O	H	N	A	S	E	
K	L	E	C	N	A	L	P	M	O	C	I	S	E	K		
S	T	S	I	U	R	B	I	W	E	B	I	K	H	J	S	T
S	T	S	I	U	R	B	I	W	E	B	I	K	H	J	S	T
C	C	I	L	B	K	U	Z	I	A	L	B	K	L	C	C	
H	M	T	H	L	O	H	Z	U	K	A	E	N	H			
N	G	Z	G	K	P	U	E	Z	S	S	P	G	M	U		
G	O	B	A	S	I	S	T	H	E	R	A	P	I	E		
K	A	K	B	V	R	G	N	U	R	H	A	N	R	E		

3	5	2	4	9	1	8	7	6								
8	4	7	3	6	5	1	2	9								
6	1	9	7	8	2	4	3	5								
7	6	5	2	1	4	9	8	3								
1	9	8	6	5	3	2	4	7								
4	2	3	8	7	9	6	5	1								
5	3	4	1	2	6	7	9	8								
2	7	6	9	3	8	5	1	4								
9	8	1	5	4	7	3	6	2								



KRANKE KINDER

Seit 1976 organisiert die Alfred-Adler-Schule Unterricht für kranke Kinder und Jugendliche, die länger als vier Wochen krank sind und die ihre Stammschule etwa wegen psychischer Probleme sowie somatischer Störungen und langfristiger Erkrankungen nicht besuchen können. Darunter sind Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie des LVR-Klinikums Düsseldorf, der Kindertagesklinik für Psychosomatik am Evangelischen Krankenhaus und der Kliniken der Heinrich-Heine-Universität. Insgesamt 17 Lehrer, der größte Teil Sonderpädagogen, unterrichten derzeit rund 100 Schüler in der Schule oder auf der Station. Keine Kleinigkeit. Sie müssen den Unterricht für Kinder und Jugendliche jeden Alters und aller Schulformen gestalten.

INDIVIDUELLE FÖRDERUNG

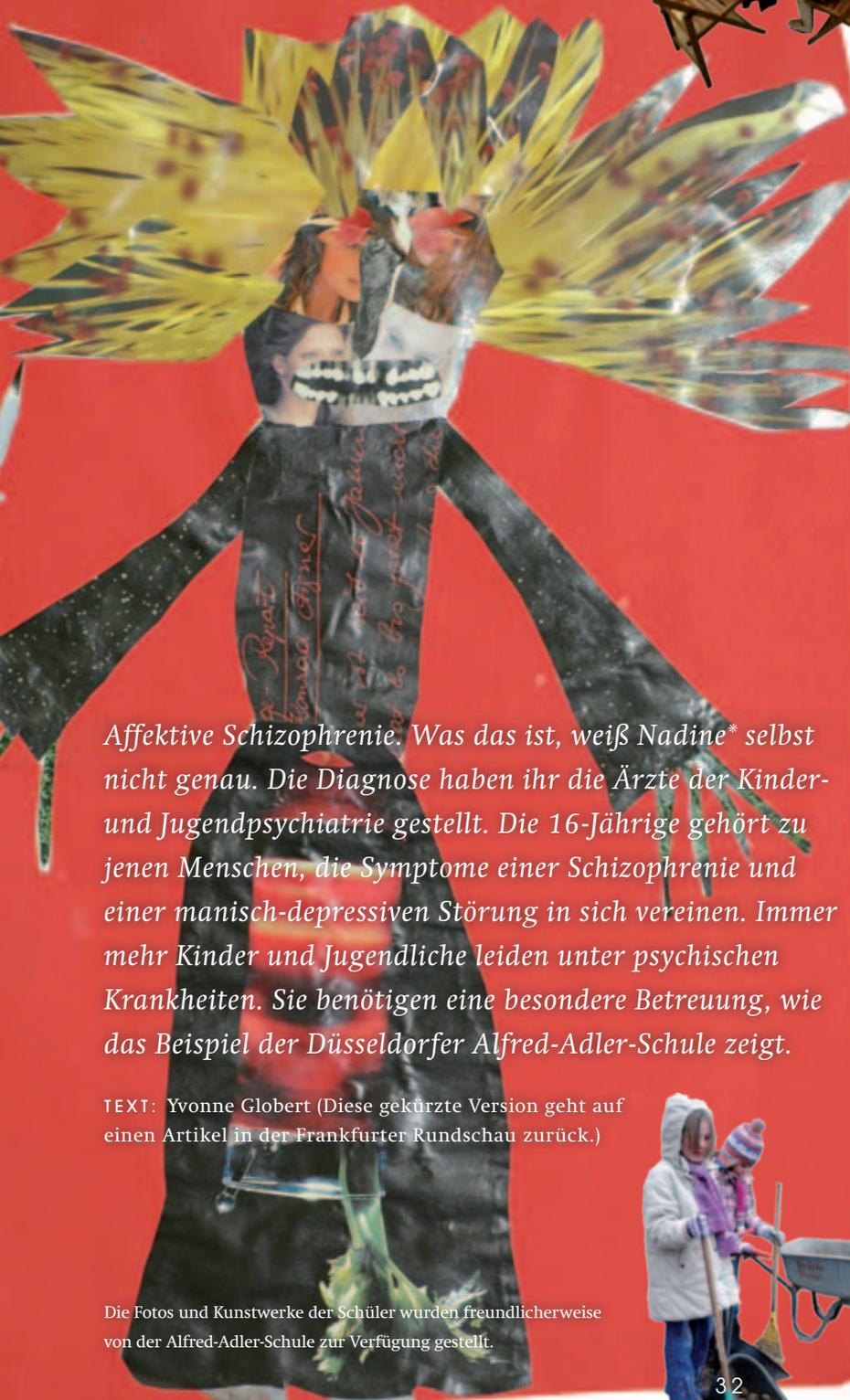
Birgit Anders unterrichtet seit vier Jahren an der Schule in Düsseldorf. Immer wieder wendet sie sich jedem einzelnen Schüler zu, auch ein zweites oder drittes Mal, wenn Aufgaben nicht klar sind. Johannes meldet sich höflich. Noch hat er den Satz des Pythagoras nicht verstanden. Vor kurzem, erzählt seine Lehrerin, war ihm noch egal, was hier im Unterricht um ihn herum passierte. Mit schweren Depressionen war er nach Düsseldorf gekommen. Seine alte Schulklasse: ein Chaoshaufen. »Es war immer so laut«, erinnert er sich. Ruhige Kandidaten wie er gehen da unter. Und seine Lehrer? »Die haben irgendwann resigniert.«

Birgit Anders wollte nie an einer Regelschule arbeiten. Nach einem Praktikum war für die Sonderpädagogin klar, dass eine Schule für Kranke für sie genau das Richtige ist: ganz eng im Lehrerteam mit einer kleinen Schülergruppe arbeiten, maximal 13 Leute im Blick. Mit dem Ziel, auf jeden individuell einzugehen und ein Stück Normalität zu vermitteln. Ganz gleich, ob ein Schüler depressiv ist, an einer Psychose leidet oder an Selbstmord denkt.

Affektive Schizophrenie. Was das ist, weiß Nadine selbst nicht genau. Die Diagnose haben ihr die Ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie gestellt. Die 16-Jährige gehört zu jenen Menschen, die Symptome einer Schizophrenie und einer manisch-depressiven Störung in sich vereinen. Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden unter psychischen Krankheiten. Sie benötigen eine besondere Betreuung, wie das Beispiel der Düsseldorfer Alfred-Adler-Schule zeigt.*

TEXT: Yvonne Globert (Diese gekürzte Version geht auf einen Artikel in der Frankfurter Rundschau zurück.)

Die Fotos und Kunstwerke der Schüler wurden freundlicherweise von der Alfred-Adler-Schule zur Verfügung gestellt.



SEELEN

Damit die Schüler möglichst wenig Stoff verpassen, informieren sich die Lehrer der Alfred-Adler-Schule bei den Stammschulen, was im Unterricht gerade dran ist. Sie besorgen auch das nötige Lehrmaterial. Schüler, die länger bleiben, bereiten sie hier auf Schulabschlüsse vor. Es geht dabei nicht um Höchstleistungen. Viel wichtiger ist etwa eine passende Schullaufbahnberatung. Dabei kann es sein, dass die Lehrer einem Schüler raten, vom Gymnasium an eine Realschule zu wechseln, wenn der Leistungsdruck zu groß geworden ist.

SEELISCHE KRANKHEITEN BEI KINDERN NEHMEN ZU

Was die Lehrer an dieser Schule dabei zunehmend registrieren: Es sind immer mehr jüngere Mädchen und Jungen, vielleicht gerade einmal zwölf, die hierher kommen. Mit einfachen Begründungen ist man hier vorsichtig, zu komplex sind meist die Ursachen dafür, warum ein Kind psychologische Hilfe braucht. »Dass die Klinik uns nicht immer über die gesamte Diagnose eines Schülers informiert, ist manchmal auch von Vorteil«, sagt Schulleiterin Jutta Hinne-Fischer. So können sich die Lehrer von ihren Schülern ein unvoreingenommenes Bild machen.

Auch Studien belegen, dass die Zahl psychisch kranker Kinder und Jugendlicher wächst. In seiner »Kiggs«-Studie hat das Robert-Koch-Institut festgestellt, dass rund 20 Prozent der unter 18-Jährigen psychisch auffällig sind. Zweieinhalb Millionen Betroffene müssten laut Studie behandelt werden.

ÜBERFORDERTE ELTERN

Die Gründe für die Zunahme der psychischen Erkrankungen in diesen Altersgruppen? Augenfällig ist sicherlich

ein Wandel der Gesellschaft, der immer mehr Kinder in psychiatrische Behandlungen spült. »Viele hier stammen aus Familien, in denen einfach niemand ist, der sie mit ihren Problemen auffängt«, sagt Hinne-Fischer. Der Vater abwesend, die Mutter mit sich und der Erziehung völlig überfordert, die Familie verwahrlost – Biografien wie diese gibt es immer häufiger. Und noch etwas hat zugenommen: die Angst vor der Schule selbst. Da sind zum einen die, die sich an ihren Heimatschulen komplett überfordert fühlen, mit übereifrigen Eltern im Rücken, die sie unbedingt am Gymnasium sehen wollen. Und wiederum andere, die nicht zurechtkommen, weil sich ihre Eltern nicht die Bohne für sie und ihre schulischen Leistungen interessieren. Hinzu kommen jene, die Opfer ihrer mobbenden Mitschüler wurden.

EIN STÜCK NORMALITÄT VERMITTELN

ES FEHLEN NIEDER-GELASSENE ÄRZTE

Gleichzeitig tut sich inzwischen eine große Bedarfslücke auf: Bundesweit gibt es nur rund 770 niedergelassene Ärzte. Behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche aber werden mehr. Entsprechend ändert sich die Situation in den Psychiatrien: Sie nehmen mehr junge Patienten auf als früher, dafür verweilen diese aber deutlich kürzer als in den Vorjahren. Auch die Alfred-Adler-Schule muss das leidvoll erfahren. Während Schüler früher im Schnitt ein ganzes Jahr unterrichtet wurden, werden die meisten heute spätestens nach ein paar Monaten entlassen. »Schulisch konnten wir für sie früher mehr bewirken«, stellt Schulleiterin Hinne-Fischer fest. ●

* Alle Schülernamen geändert



KAMPF GEGEN DAS RESTLESS-LEGS-SYNDROM

Stippvisite bei der Selbsthilfegruppe »Unruhige Beine« in Gevelsberg, nahe Dortmund. An sich vielleicht nichts Spektakuläres. Aber für die Betroffenen sind diese monatlichen Treffen ein wichtiger Halt in ihrem leidgeprüften Leben. Karin Sell ist die Organisatorin der Gruppe. Sie kämpft im Kleinen und im Großen gegen das »Restless-Legs-Syndrom«, so die medizinische Bezeichnung der neurologischen Erkrankung. TEXT: Andreas Rex



Die Zahl der Selbsthilfegruppen in Deutschland wird auf 70.000 bis 100.000 geschätzt, ein Großteil beschäftigt sich mit chronischen oder seltenen Krankheiten. Das Robert-Koch-Institut geht davon aus, dass fast jeder zehnte Bundesbürger schon einmal den Austausch in einer Selbsthilfegruppe gesucht hat. Nahezu alle Gruppen werden von Ehrenamtlichen geleitet, die mit ihrem Engagement und ihrer Empathie die Gruppen mit Leben fühlen und Leidensgenossen direkte Hilfe bieten.

Eine dieser unersetzlichen und häufig vergessenen Träger des Gesundheitssystems ist Karin Sell. Die 64-Jährige leidet seit ihrem 21. Lebensjahr an dem Restless-Legs-Syndrom (RLS), einer neurologischen Krankheit, die in Ruhephasen zu einem Ziehen, Spannen und Schmerzen meist in den Beinen und Füßen führt und die Leidtragenden zwingt, immer wieder die Beine zu bewegen, um sich Linderung zu verschaffen. Im Fall von Karin Sell ist es die schwerere, die sogenannte idiopathische Form. Sie wird vererbt und ist unheilbar.

EINE EINGESCHWORENE GEMEINSCHAFT

Seit einigen Jahren leitet sie zwei Selbsthilfegruppen zu dieser Krankheit, neben derjenigen in Gevelsberg noch eine im benachbarten Hagen. An diesem Tag sind es in Gevelsberg zwölf Teilnehmer, elf Frauen und ein Mann. In der Tat sind mehr Frauen als Männer von RLS betroffen. Das Verhältnis liegt allerdings eher bei 60 zu 40 Prozent. Man ist sich in der Gruppe aber schnell einig, dass Männer tendenziell seltener den aktiven Austausch in Selbsthilfegruppen suchen. Gerade diese Gespräche mit Leidensgenossen suchen die Teilnehmer in der Gruppe. Man erfahre neue medizinische Erkenntnisse, höre Erfahrungen mit neuen Arzneien und Therapien, man unternehme etwas Schönes zusammen, das sind Antworten der Teilnehmer auf die Frage, warum sie gerne kämen. Besonders wichtig ist, in seinen Problemen verstanden zu werden. Gerade das Unverständnis in der Gesellschaft sei enttäuschend.

»RESTLESS-LEGS-SYNDROM«

Schätzungen gehen davon aus, dass ein bis zwei Prozent der Bevölkerung von dem »Restless-Legs-Syndrom« (den »unruhigen Beinen«) so stark betroffen sind, dass sie eine Behandlung benötigen. Die Symptome können sehr unterschiedlich ausfallen, zum Teil sind auch andere Körperteile betroffen. Trotzdem kann die Krankheit relativ einfach von Ärzten diagnostiziert werden. Die Ursachen sind bis heute nicht eindeutig geklärt. Man weiß aber, dass der Neurotransmitter Dopamin eine zentrale Rolle spielt. Unterschieden wird die idiopathische Form, die vererbt ist, und die symptomatische Form, die durch eine Krankheit oder Mangelerscheinung ausgelöst wird.

WEITERE INFORMATIONEN
www.restless-legs.org



Sehr gefragt bei Fachärzten: Patientin Sell berichtet über ihre Therapieerfahrungen, hier auf dem Neurologenkongress in Wiesbaden.



AUFKLÄRUNG TUT NOT

Gegen diese Unwissenheit kämpft Karin Sell an: »Ich will mithelfen, die Krankheit bekannter zu machen und die Ärzte für die Krankheit zu sensibilisieren. Denn beim Arzt«, erzählt sie, »erlebt man die tollsten Dinge. Leider stehen immer noch viele Mediziner den Schilderungen der Patienten skeptisch gegenüber und missdeuten oder verniedlichen die Krankheit. Auch mir hat man anfangs gesagt: Ihre Beine kribbeln? Dann laufen Sie halt ein bisschen im Wohnzimmer auf und ab.«

Diese Erfahrungen haben sie darin bestärkt, auch in der Ärzteschaft auf-

zuklären, indem sie beispielsweise auf dem diesjährigen Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e.V. in Wiesbaden gesprochen hat. Dabei vergisst sie aber nie ihre Gruppenmitglieder. Zwei Monate vor dem Kongress hatte sie für die beiden Gruppen noch einen Besuch in der Universitätsklinik Marburg auf Einladung von Prof. Dr. Wolfgang Oertel organisiert. Die Klinik hatte eigens einen Facharzt abgestellt, der die Teilnehmer einen Tag lang auf ihrem Rundgang durch das Krankenhaus und das angeschlossene Schlaflabor begleitete und fachkundig Rede und Antwort stand.

DER LEIDENSWEG

Nach wie vor scheint es reines Glück zu sein, früh an den richtigen Arzt zu geraten. Bei Karin Sell war es ein Vertretungsarzt des Hausarztes, der auf die Idee kam, sie zum Neurologen zu schicken. Elf schmerzhafte Jahre

waren da bereits vergangen, seit eine Bandscheiben-Operation den Krankheitsverlauf gravierend verschlechtert hatte. Erste Symptome lagen gar 23 Jahre zurück. Das ist keine Seltenheit, wie Schilderungen der Selbsthilfegruppe zeigen. Manchmal – wie im Fall von Karin Sell – beginnt es mit einer launigen »Erstdiagnose«, die dazu führt, dass in den ersten Krankheitsjahren keine weitere ärztliche Hilfe gesucht wird. Manchmal ist es die Angst oder Scham, beim Arzt immer wieder nachzuhaken, manchmal ist es der Frust über die verborgene Odyssee zu unzähligen Praxen, die dazu führen, dass die Betroffenen unerträgliches Leid erfahren, bevor ein Arzt endlich die richtige Diagnose – Restless Legs – stellt. Gleichzeitig werden die Symptome schleichend schlimmer.

»Was die Krankheit für Folgen für das Leben hat, davon machen sich die wenigsten ein Bild«, erzählt sie. Besonders schlimm wird es nachts, wenn die Beine einen nicht zur Ruhe kommen lassen. Die Folge: zermürbende Schlafstörungen bis hin zu bedrohlichen Schlafdefiziten, die sich tagsüber in Unkonzentriertheit und Antriebslosigkeit äußern. Ohne entsprechende Me-

dikation gefährdet die ständige Unruhe gar Freundschaften. Welcher Freund ist nicht irgendwann genervt, wenn der gemeinsame Restaurantbesuch durch ständiges Aufstehen und Herumgehen gestört wird? Schon manche Ehe ist daran gescheitert.

»In all den Jahren, bis die Krankheit erkannt wurde, habe ich höllisch gelitten. Man muss heute nicht mehr so höllisch leiden«, ist Karin Sell überzeugt. »Es gibt so gute Medikamente!« Interessanterweise sind es Medikamente, die ursprünglich gegen Parkinson entwickelt wurden und eben auch bei RLS-Patienten gut anschlagen. Man liest in den Onlineforen immer wieder mal den Vorwurf, dass es bezeichnend sei, dass die Pharmaindustrie so gut wie keine auf RLS zugeschnittenen Arzneimittel entwickelt habe. Ein Sinnbild,

ES GIBT GUTE MEDIKAMENTE

wie unterschätzt das Krankheitsbild trotz der geschätzten eine Million behandlungsbedürftiger Betroffenen

immer noch sei. Das sieht Karin Sell nicht so: »Die existierenden Medikamente helfen!« Häufig sind es die sogenannten Dopaminagonisten, die wirken. Im Falle von Karin Sell ist es der Wirkstoff Pramipexol. Mit dem Originalpräparat hat sie sehr gute Erfahrungen gemacht, allerdings sind die Nebenwirkungen bei den in Frage kommenden Medikamenten ein grundsätzliches Problem. »Je länger ich das Arzneimittel nehme, desto häufiger und desto stärker leide ich an Depressionen. Und ehrlich gesagt weiß ich nicht, ob die Depressionen auf die Nebenwirkungen zurückzuführen sind oder auf meine Belastungen in Folge von Restless Legs«, so Sell. Fakt ist, dass viele RLS-Kranke unter Depressionen leiden. Es komme auch immer mal wieder zu Suiziden unter den Kranken, auch Teilnehmer der Selbsthilfegruppe wissen aus ihrem eigenen Umfeld davon zu berichten.

Karin Sell will sich jedenfalls nicht unterkriegen lassen. Und plant bereits die nächsten Informationsveranstaltungen. »Die Durchführung eines RLS-Tages für den Ennepe-Ruhr-Kreis wäre ein guter nächster Schritt. Gar nicht so sehr für die Patienten, sondern eher für die Ärzte.« ●

PATIENTENBEGLEITUNG BEI MULTIPLER SKLEROSE

NTC-FACHÄRZTE SUCHEN STUDIEN- TEILNEHMER

Ein lückenloses Einhalten der Therapie verbessert die Prognose bei MS – das dürften die meisten Patienten wissen. Dennoch brechen laut WHO 40 Prozent aller MS-Patienten die Basistherapie innerhalb der ersten zwölf Monate ab. Sie riskieren damit einen ungünstigeren Verlauf der Erkrankung und stärkere körperliche Behinderungen.

WIRKSAMKEIT DER PATIENTENBETREUUNG

Die Erfahrung zeigt, dass eine gezielte, individuelle Betreuung Betroffenen hilft, mit ihrer Behandlung, den Nebenwirkungen der Medikamente und auch den psychosozialen Folgen der Erkrankung umzugehen und somit die Basistherapie besser durchzuhalten.

In der RETAINsmart-Studie soll der tatsächliche Effekt eines Patientenbegleitprogramms auf die Therapietreue (Adhärenz) untersucht werden. Die Erkenntnisse werden dafür eingesetzt, Therapietreue zu fördern und das Konzept für die Patientenbegleitung weiterzuentwickeln.

INTENSIVE BETREUUNG IN DER STUDIENPHASE

Gesucht werden Patienten mit schubförmiger MS, die mit Interferon-beta-1a behandelt werden. Es handelt sich dabei um eine nicht-interventionelle Studie (NIS). Das bedeutet, es wird grundsätzlich nicht in die Therapieentscheidung des Arztes und des Patienten eingegriffen. Die Studie läuft über zwei Jahre und findet bundesweit in den Facharztpraxen des NTC-Netzes statt.

Wenn Sie sich für die Teilnahme an der Studie interessieren, wenden Sie sich bitte für weitere Informationen an Ihre NTC Praxis oder an Dr. Michael Lang, E-Mail: mlang@neurotransdata.com ●

THEMA: BEGLEITERKRANKUNGEN BEI EPILEPSIE



Dr. Cornelia Müller-Habich
Neurologin und Psychiaterin, Hamburg

»Die Therapie richtet sich nach der Ursache der Schlafstörung.«

Thorsten L. aus Kiel: *»Seit ein paar Wochen finde ich nachts nicht mehr in den Schlaf. Ich bin medikamentös sehr gut eingestellt, habe nach sechs Jahren ohne Anfälle jetzt aber einen Grand-Mal-Anfall gehabt. Im Notfall nehme ich nun ein starkes Schlafmittel, das ist aber keine Dauerlösung. Was kann ich sonst tun?«*

Zu klären ist die Ursache Ihrer Schlafstörungen: Liegt bei Ihnen eine depressive Anspannung zugrunde, wie sie begleitend bei Epilepsien häufig vorkommt, wäre die Gabe eines sedierenden Antidepressivums wie zum Beispiel Trimipramin oder Mirtazepin zu erwägen. Leider werden Depressionen bei Epilepsiepatienten häufig unzureichend therapiert, weil man von den Antidepressiva erwartet, dass sie Anfälle provozieren. Das tritt jedoch selten ein und sollte kein hinreichender Grund sein, den Patienten diese notwendige Therapie vorzuenthalten. Auf jeden Fall gibt bei unklarer Schlaflosigkeit eine Untersuchung im Schlaflabor am besten Aufschluss. ●



THEMA: MULTIPLE SKLEROSE – DARMTRÄGHEIT, STILLZEIT



Claudia E. aus Jena: »Ich leide unter Darmträgheit. Bedingt durch meine MS kann ich mich nur eingeschränkt bewegen, ernähre mich aber so gesund wie möglich. Was kann ich tun?«

Neben der fehlenden körperlichen Aktivität kann auch die MS-Erkrankung selbst ein Grund für die Darmträgheit sein. Die gesunde, ballaststoffreiche Ernährung ist schon der erste wichtige Schritt. Ideal ist die Aufnahme von Ballaststoffen, vor allem von Obst und Gemüse, fünf Mal am Tag. Ganz wichtig ist auch eine ausreichende Trinkmenge (Minimum 1,5 Liter pro Tag!), um den Stuhl weich zu halten. Zur weiteren Unterstützung ist es ratsam, regelmäßig Quellstoffe wie Lein- oder Flohsamen einzunehmen oder wasserrückhaltende Stoffe wie Lactulose und Macrogole. Diese Produkte können ohne schädliche Wirkungen auch dauerhaft eingenommen werden. Bei einer hartnäckigen Verstopfung bringen Klistiere oder Zäpfchen Erleichterung. Abführmittel auf Basis von Bisacodyl, Natriumpicosulfat oder Sennesblätter und -früchte sind zwar stark wirksam, sollten aber nur kurzzeitig angewendet werden. Grund: Durch diese Präparate wird der Verlust an wichtigem Kalium gefördert, wodurch die Darmträgheit weiter zunimmt. ●



Frauke G. aus Köln: »Ich werde bald Mutter und möchte dann auch stillen. Wie soll ich mich verhalten, wenn ich während der Stillzeit wegen eines MS-Schubs Kortison benötige?«

Beisprechen Sie das Stillen frühzeitig mit Ihrem Neurologen und der Hebamme. Je nach dem persönlichen Krankheitsverlauf kann nach der Entbindung eine aggressive Schubprophylaxe notwendig sein, die ein Stillen, je nach eingesetztem Medikament, ausschließen würde. Glucocorticoide, die Dauer und Ausmaß eines akuten Schubes vermindern, gehen in die Muttermilch über und reichern sich dort an. Deshalb sollte während einer Therapie und mindestens 24 Stunden danach regelmäßig die Muttermilch abgepumpt und weggeschüttet werden. Nimmt das Baby mit der Muttermilch Kortison auf, kann das zu Wachstumsstörungen führen. Während einer Hochdosistherapie kann es schließlich passieren, dass die Milchproduktion gänzlich versiegt. ●

»Kortison in der Muttermilch kann dem Baby schaden.«

Claus Rycken
Apotheker und Leiter
der Pharmazeutischen
Beratung bei der
Europa Apotheek Venlo



MITDENKEN, VORWÄRTS BLICKEN.

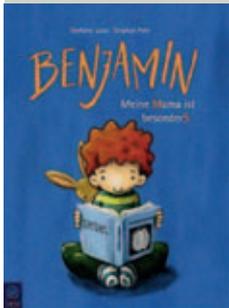
BUCHSTABENSALAT Unser Gehirnjogging soll Sie auch in 2012 fit halten. Im Raster verstecken sich zwölf Begriffe aus dem aktuellen Magazin. Die Wörter sind vorwärts, rückwärts, waagrecht, senkrecht oder diagonal angeordnet. Viel Erfolg beim Suchen!

Basistherapie, Compliance, chronisch, Diagnose, Ernährung, fokale Epilepsie, Hirnstimulation, kognitiv, Prävention, Restless Legs, Schub, Zukunft

LESENSWERT

Lazai, Pohl

Benjamin: Meine Mama ist besonders



Baumhaus
Medienverlag,
48 Seiten,
13,95 Euro
(gebunden)

Ein Kinderbuch übers Kranksein? Was Stefanie Lazai und Illustrator Stephan Pohl mit ihrer anrührenden Erzählung *Meine Mama ist besonders* wagen, ist ungewöhnlich – und befreiend alltäglich, denn: Der achtjährige Benjamin ist ein ganz normaler kleiner Junge. Und wie überall dreht sich auch in seiner Familie alles um die großen und kleinen Dinge des Lebens: vom Treff mit Freunden bis hin zu löchrigen Socken. Und um Mamas Multiple Sklerose! Aber Benjamin lässt sich nicht entmutigen ... Doch was ziehen wir daraus? Gerade bei »rechten Problemen« sind Kinder Alltagspoeten, von denen auch Erwachsene lernen können. Ein solches Buch für »Leseratten von 5 bis 99« ist hilfreich, lobenswert und überfällig! ●

F A G K U P Ü F D V Z A Ä D N
 N O I T A L U M I T S N R I H
 R Q K O Ä J C R J E Z N E A A
 J Ä K A H K K H K K Z I S G O
 M L W P L M Z Ü R Q A M T N P
 I P R Ä V E N T I O N M L O E
 L T Ö U Z H E Ö H H N Ä E S J
 V E C N A I L P M O C I S E K
 I U R B I W E B I K H J S T S
 T F N U K U Z I Ä L B K L C C
 I T H L Ö H Z U K A E N E M H
 N G Z G K P Ü E Z S S P G M U
 G G H Ö A O B X P D E J S M B
 O O B A S I S T H E R A P I E
 K A K B Y R G N U R H Ä N R E

Sie wünschen sich einen Arzt, der über Ihre Gesundheit wacht, Sie informiert, begleitet und Ihnen Trost spendet? Im Praxiseratgeber *Wie geht's weiter, Doc?* beschreiben Delia Schreiber, Prof. Dr. med. Gerd Nagel und Werner Tiki Küstenmacher unterhaltsam und kurzweilig, wie Sie einen solchen »neuen« Arzt finden oder Ihren »alten« dazu machen. Ohne Zauberei, wohl aber als engagierter Patient! Gibt es das also, das Traumpaar »kompetenter Patient/engagierter Mediziner«? Wenn ja, dann mit diesem Buch! ●

Schreiber, Nagel,
Küstenmacher

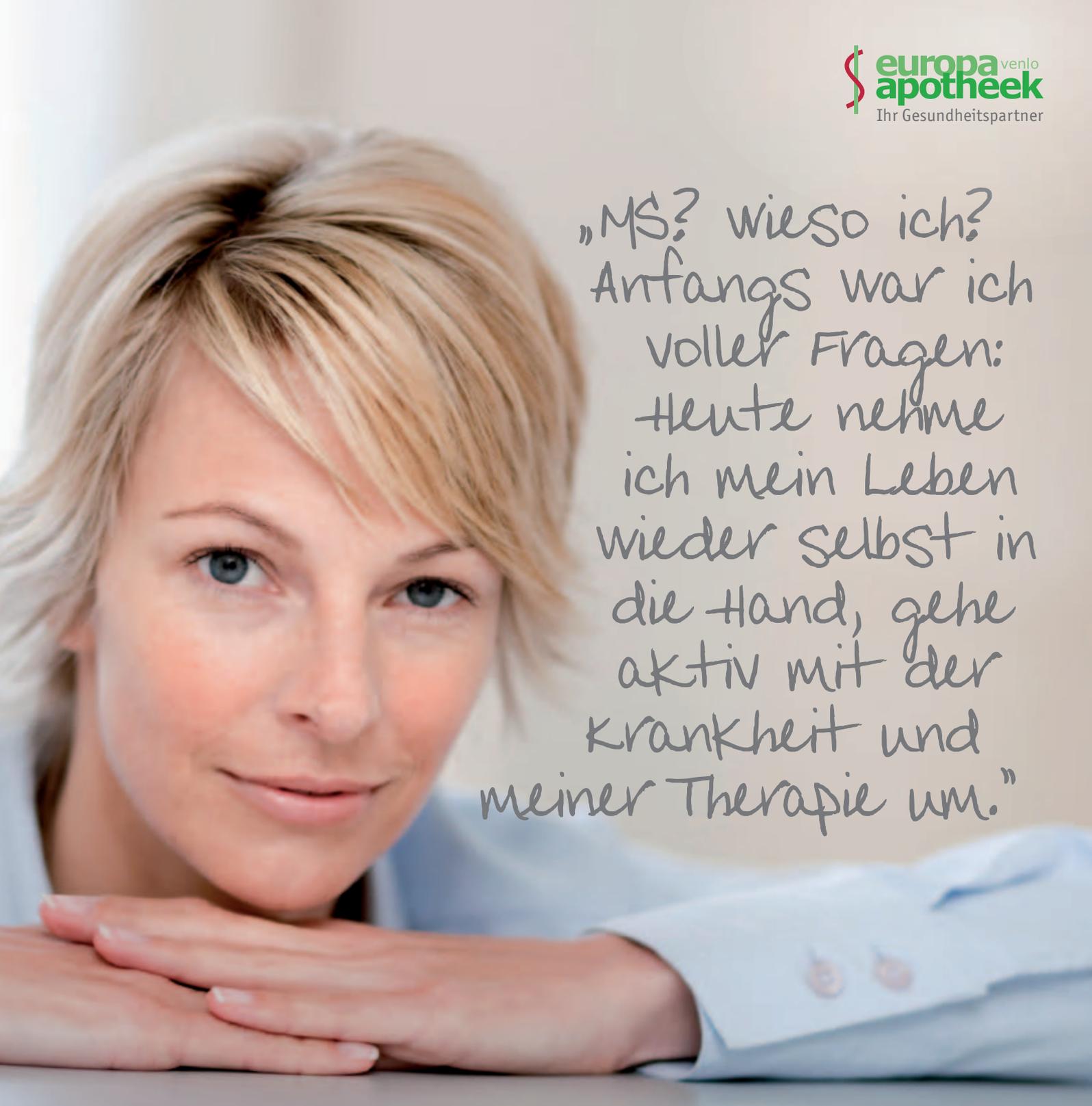
Wie geht's weiter, Doc?



Wie sich Patienten mit ihren Ärzten besser verstehen,
Kösel-Verlag,
108 Seiten,
15,95 Euro
(broschiert) oder
als E-Book:
12,99 Euro

IMPRESSUM Herausgeber: NeuroTransConcept GmbH, Herrenstr. A 99, 86633 Neuburg/Donau, Geschäftsführer: Dr. Arnfin Bergmann **Redaktionsleitung** (v.i.S.d.P.): Professor Dr. Christian Bischoff, Burgstraße 7, 80331 München, Telefon: +49 (0) 89/24 22 48 68, Fax: +49 (0) 89/24 22 48 88, E-Mail: bischoff@profbischoff.de **Redaktion:** themen+texte Redaktionsbüro, Hamburg **Konzeption und Realisation:** Kuppe Kommunikation, Ratingen **Projektleitung:** Andrea Kuppe **Grafisches Konzept, Gestaltung, Illustration:** Fienbork Design, Hamburg, Elsenbach Design, Hückeswagen **Anzeigen:** Kuppe Kommunikation, Sabine Heidenreich, Mobil: +49 (0) 175 2 41 81 06 oder +49 (0) 162 4 25 96 23, Fax: +49 (0) 21 02 3 65 23, E-Mail: ntc-impulse@kuppekommunikation.de **Autoren dieser Ausgabe:** Karin Banduhn, Silke Bruns, Dr. med. Lienhard Dieterle, Doris Friedrich, Dr. med. Klaus Gehring, Yvonne Globert, Sabine Heidenreich, Andrea Kuppe, Dr. med. Thomas Lange, Dr. med. Cornelia Müller-Habich, Dr. med. Martina Müngersdorf, Harald Raabe, Andreas Rex, Claus Rycken, Dr. Andreas Wiborg **Druck:** Brühl-sche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG, Gießen **Bildnachweis:** Titel: Gina Sanders/Fotolia.com, Nicole Elsenbach (Titel, S. 6, 7, 8, 16, 18), Wiebke Windhagen (S. 20) Medtronic (S. 12), Franco Fienbork (S. 14, 34), Fotolia.com (S. 36, 37) **Auflagenhöhe dieser Ausgabe:** 42.000 Exemplare **Redaktionsschluss dieser Ausgabe:** 16. Dezember 2011 **Bezug:** NTC Impulse liegt deutschlandweit in den Praxen der NeuroTransConcept GmbH aus und steht unter www.neurotransconcept.com zur Ansicht bereit.

Die Zeitschrift NTC Impulse und die in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Vervielfältigung und Verbreitung aller in NTC Impulse enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Herausgebers unzulässig. Dies gilt ebenfalls für eine Einspeicherung oder Verarbeitung von NTC Impulse in elektronischer Form.



„MS? Wieso ich?
Anfangs war ich
voller Fragen:
Heute nehme
ich mein Leben
wieder selbst in
die Hand, gehe
aktiv mit der
Krankheit und
meiner Therapie um.“

Diagnose MS: Bei einem selbstbestimmten Leben unterstützt Sie ein Netzwerk von Experten, auf deren Rat sie sich jederzeit verlassen können. Ihr Arzt gehört dazu. Ergänzen Sie es mit einer der **auf MS spezialisierten smart-Gesundheitsberaterinnen** der Europa Apotheek Venlo. Ihre persönliche Ansprechpartnerin interessiert sich für Sie, kennt sich mit Ihrer Therapie aus und nimmt sich die Zeit, alle Ihre Fragen kompetent und im Detail zu beantworten. So gewinnen Sie noch mehr Sicherheit für ein Leben mit MS.

Sprechen Sie mit Ihrer smart-Gesundheits-
beraterin der Europa Apotheek Venlo

0800-118 40 44

Montag bis Freitag 9.00 – 18.00 Uhr,
Samstag 9.00 – 16.00 Uhr (kostenfrei)

www.smart-leben.com

 **smart**
leben mit meiner Therapie

Die persönliche Therapie-Begleitung der **Europa Apotheek Venlo**

Bei uns steht
der Patient im
Mittelpunkt.



Ihre Partner in der Morbus
Parkinson-Therapie:



www.leben-mit-parkinson.de