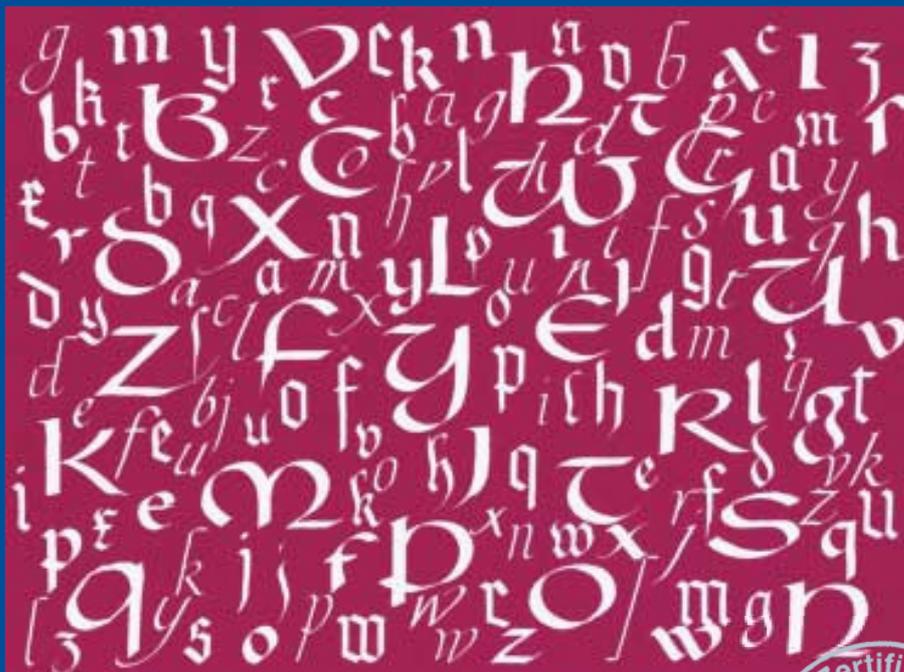


NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

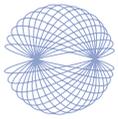
Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN),
des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN)
und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP)

Fortbildungszertifikat
**Aktuelle Situation
und Perspektiven**



- **Neurologen- und Psychiatertag:
Informationen aus erster Hand**
- **Alarmierende Zahlen:
Psychiatrische Versorgung in Deutschland**
- **Therapie bipolarer Störungen:
Neue Zulassungen erweitern das Spektrum**





Den Alltag wissenschaftlich gestalten

Wenn man die 50 einmal energisch überschritten hat, weht einem manchmal durchs Gemüt, dass die besten Jahre nicht mehr so weit weg sind wie noch mit 40, und wenn der Eisheshauch des irgendwann bevorstehenden Greisenalters die noch vorhandenen Schläfenlocken mit seinem Reif vorahnend überzieht, erlebt Mann sich recht zwiagespalten. Noch pocht das Herz jugendheiß, will Neues erlebt, gewagt, begonnen werden, aber der erfahrungssatte Kopf sehnt sich bereits danach, im Überdauernden, Bleibenden seine feste Heimstatt aufzuschlagen. Nichts da! Wir, also meine Altersgeschlechtsgenossen und ich, haben geradezu die Pflicht, aufzuzeigen, wie modernes Leben nach rationalen Gesichtspunkten gestaltet werden kann, ja muss.

Ein Beispiel

Was uns heutzutage zweifellos Not tut, ist der Übergang von BBDs (= Belly-and-bladder-decisions) zu einem SBLS (= Science-based-life-style). Das heißt, nicht mehr simple überkommene Gewohnheiten dürfen unser Leben gestalten, sondern wir müssen uns – sollen Arbeits- und Genussfähigkeit der Menschheit nicht nur erhalten, sondern sogar gesteigert werden – an den Ergebnissen moderner wissenschaftlicher Untersuchungen orientieren. Wie das aussehen könnte, werde ich an einem einfachen Beispiel erläutern – der SBLS-orientierten Gestaltung eines Abendessens. Lassen wir dabei die Speisefolge unbeachtet, denn für deren Bekömmlichkeit, Nahrhaftigkeit, Verdaulichkeit gibt es schon nutrologische Untersuchungen genug. Hier geht es nun um das „Wo“ der Zubereitung und der Essenseinnahme.

Sicherlich denken Sie, dass Speisen am besten in der Küche zubereitet werden sollten. Weit gefehlt! Jüngste hygienische Untersuchungen besagen, dass es keine bessere Brutstätte für die ekelhaftesten Bazillen, Bakterien und Pilze gibt, als die Küche. Wissenschaftler haben beweisen können, dass beispielsweise eine Karotte, die beim Putzen in das Spül-

becken fällt, mit wesentlich gefährlicheren Keimen kontaminiert ist, als eine, die in der Kloschüssel landet. Ja, gerade letzterer Ort hat sich im Vergleich zu Küche, Kühlschrank und Spüle als unvergleichlich sauberer und hygienischer erwiesen, sodass die wissenschaftlich fundierte Schlussfolgerung nur lauten kann, gekocht sollte in Zukunft auf der Toilette werden, und nicht in einer Küche.

Nun gibt es glücklicherweise inzwischen auch wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über die Sicherheit verschiedener Örtlichkeiten. Sein Essen sollte man schließlich angstfrei und ungefährdet genießen können – nicht nur Kleinstlebewesen, sondern auch mögliche aggressive Mitmenschen betreffend.

Gemeinhin denkt man ja, am gefährlichsten sei es im dunklen Wald oder in dunklen Gassen einer Stadt. Weit gefehlt! Kriminologische Auswertungen haben ergeben, dass der Ort mit der größten Wahrscheinlichkeit ermordet, verletzt etc. zu werden, die eigene Wohnung ist. Am ungefährlichsten ist es sogar gerade dort, wo der Mensch, irrational, wie er nun einmal konstruiert ist, am meisten Angst hat, in dunkler Waldeinsamkeit.

Ähnlich unsinnig verhalten sich die meisten Menschen, wenn es um Ängste gegenüber Fortbewegungsarten geht. Vor dem Rad- und Autofahren haben die wenigsten Angst, vor dem Fliegen oder gar der Seilbahn die meisten. Die tatsächliche Unfallrate ist jedoch genau umgekehrt. Es gibt kein sichereres Fortbewegungsmittel als eine Seilbahn (den Aufzug ausgeschlossen) und kein gefährlicheres als Füße, Fahrrad und Automobil.

Conclusio

Was können uns diese eigentlich sattem bekannten wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Gestaltung eines in jeder Hinsicht sicheren Abendessens mit auf den Weg geben?

1. Stationär genossene Abendimbiße sollten unter den Gesichtspunkten der größtmöglichen Hygiene und äußeren Sicherheit möglichst auf der Toilette zubereitet und wenn irgend möglich, in der

Schriftleiter
PD Dr. med. Albert Zacher



© Archiv

Waldeinsamkeit konsumiert werden.

2. Sollte der moderne Mensch abends im Reisen speisen wollen, sollte er darauf achten, dass die Nahrungsmittel ebenfalls in obiger Örtlichkeit zubereitet und unter dem Aspekt größtmöglicher Transportsicherheit, in einer Seilbahn konsumiert werden.

Meine Ausführungen mögen Sie vielleicht etwas befremden, geneigter Leser. Womöglich schlussfolgert der eine oder andere, weil ja der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in das Alltagsleben immer zunächst Ablehnung entgegenschlägt, bei diesen meinen Vorschlägen handle es sich nicht um den Ausdruck eines trotz fortgeschrittener Reife jugendfrischen, stets an Neuem interessierten Geistes, sondern um beginnende Alterungsprozesse. Nein! In dieser Ablehnung kristallisiert sich nur die Angst vor Neuem, vor der schmerzhaften Herausforderung der Orientierung unseres Lebens an der Rationalität wissenschaftlicher Erkenntnisse heraus. Aber sie werden sehen, SBLS wird sich nicht aufhalten lassen!

Ihr



3 — Editorial

Aus den Verbänden

- 8 — Gesundheitspolitische Kurznachrichten**
- 12 — Spannende Entwicklungen**
BVDN lädt zum Informationsaustausch ein
- 18 — Was ändert sich mit dem gesetzlichen Fortbildungszertifikat**
Aktuelle Situation und Perspektiven für die Fortbildungskongresse der DGN und DGPPN 2004
- 22 — Zwischen Umsatz und Kosten**
Regressprophylaxe für gerontopsychiatrische Schwerpunktpraxen (Teil 2)
- 27 — Fortbildungsakademie erweitert Angebot**
Bilder des Geistes
- 28 — Patientenquittung**
Beleg für insuffiziente Vergütung
- 33 — Neurologische Rehabilitation**
Zugang zur Rehabilitation – neue Richtlinien

Beruf aktuell

- 36 — Die Zahlen sprechen für sich**
Psychiatrie – Fachgebiet mit zunehmender Bedeutung (Teil 1)
- 45 — Offenes Forum**



Spannende Diskussionen ...

... sind auf dem 2. Deutschen Neurologen- und Psychiatertag zu erwarten. Das garantieren neben der brisanten politischen Entwicklung, hochkarätige Referenten sowie die Auswahl der Themen. Der BVDN-Vorsitzende Dr. Frank Bergmann hat vorab für Sie zusammengefasst, was der Fachgruppe Sorgen bereitet.

12

Unwürdige Vergütung ...

... transparent zu machen – dazu sollten sie die „Patientenquittung“ nutzen. Einen entsprechenden Begleittext den Sie der Leistungsinformation voranstellen können, finden Sie auf Seite

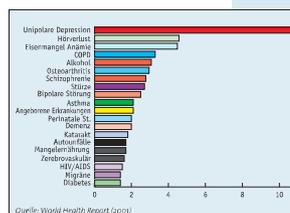
28



Beeindruckende Zahlen ...

... hat der DGPPN-Vorsitzende, Prof. Dr. Mathias Berger, zusammengestellt. Sie untermauern seine Thesen von einer massiven psychiatrisch-psychotherapeutischen Unterversorgung beziehungsweise einer Unterfinanzierung psychiatrischer Leistungen

36



Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:
Dr. med. Christoph Posch,
Tel. (0 89) 43 72-14 38, Fax (0 89) 43 72-14 00,
E-Mail: posch@urban-vogel.de

Schriftleitung:
PD Dr. med. Albert Zacher,
Tel. (09 41) 56 16 72, Fax (09 41) 5 27 04,
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Geschäftsstelle

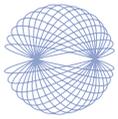
BVDN/BDN/BVDP
Dagmar Differt-Schiffers,
Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss,
Tel. (0 21 31) 2 20 99-20,
Fax (0 21 31) 2 20 99-22,
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Die **Adressen** der Funktionsträger und Autoren des BVDN, BDN und BVDP finden Sie auf S. 120 ff.

Titelbild



Nach einer mehr theoretischen Annäherung an die Kalligrafie in der letzten Ausgabe des NEUROTRANSMITTERS schildert Hans Maierhofer diesmal die subjektive Seite seiner Kunst (S. 108 f.).



Fortbildung

- 54** — **Nervus-okzipitalis-Blockade**
Cross Talk gegen Kopfschmerz nutzen
- 58** — **Schizophrenie – von der Tradition zur Gegenwart (Teil 2)**
Der Mythos vom treppenförmigen Verlauf gerät ins Wanken
- 64** — **Therapie bipolarer Störungen**
Neue Zulassungen erweitern das Spektrum
- 72** — **Kasuistiken**
- 80** — **3. Suchtforum der bayerischen Ärzte und Apotheker**
Tabakabhängigkeit – Wege aus dem Entwöhnungsfrust
- 84** — **Journal Club**
- 89** — **CME-Quiz**

Journal

- 90** — **Arzt & Recht**
Umsatzsteuer auf ärztliche Leistungen? Jetzt herrscht Klarheit
- 95** — **Reisezeit**
Jordanien – ein Land voller Natur und Geschichte
- 98** — **Markt & Forschung**
- 108** — **NEUROTRANSMITTER-Galerie**
Und nochmal Kalligrafie ...
- 112** — **Termine**
- 116** — **BVDN/BDN/BVDP**
Mitgliedschaft/Struktur
- 123** — **Impressum**



Reduziertes Rückfallrisiko ...

... und verbesserte Lebensqualität vieler schizophrener Erkrankter sind einer grundlegenden Humanisierung des Gesundheitssystems und neuen Behandlungsoptionen zu danken. Ob sich aber die Krankheit selbst, ihr Verlauf und unser Wissen entscheidend verändert haben, ist Gegenstand einer historischen Reflexion von Prof. Dr. H. Häfner.

58

Neue Zulassungen ...

... haben die Möglichkeiten der In-label-Verordnungen bei bipolaren Störungen erweitert. I. Schweiß und Dr. H. Grunze haben den gegenwärtigen Stand tabellarisch zusammengefasst.

64



Heilige Stätten ...

... antike Siedlungen und Wüstenschlösser, umgeben von einer Landschaft in allen Farben. Die Rede ist von Jordanien – einem Land mit einer einzigartigen Geschichte.

95

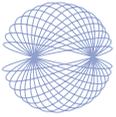
Wichtiger Hinweis

Diese Ausgabe enthält auf Seite 110 f. den Kongress Report aktuell Nr. 581 „Frovatriptan in der Anwendungsbeobachtung: Gute Wirksamkeit bei akuter Migräne bestätigt“ sowie auf Seite 114 f. den Kongress Report aktuell Nr. 570 „12-Monats-Daten der SOHO-Studie: Atypika bewähren sich in der Real-Life-Situation“. Beigelegt finden Sie das Medizin Forum aktuell Nr. 326 „Dopamin-Serotonin-Systemstabilisator: Antipsychotikum der nächsten Generation erweitert die Schizophrenietherapie“.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Internet-Kompass

Eine Flut von Informationen hält das Internet bereit, doch nicht alle sind relevant. Und auch sonst steckt so manche Tücke in der digitalen Welt. Orientierungshilfe bietet unsere Zeitschrift „med-online“. Diesmal mit den Themen:
_ Suchmaschinen – Die Geheimnisse von Google & Co.
_ Netzwerkarchitekturen im Vergleich – Bauhaus oder Barock
_ Zertifizierte Fortbildung: Punkte sammeln auf www.cme-punkt.de
_ Speziell für Neurologen/Psychiater/Nervenärzte:
_ Site-Seeing zum Thema Nervenheilkunde



© Archiv

Verteuerung preiswerter Medikamente

Nach aktuellen Mitteilungen des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie (BPI) entsteht durch die höheren Apothekenpreise von zuvor preiswerten verschreibungspflichtigen Medikamenten beim Patienten fälschlicherweise der Eindruck, einige der Pharmaunternehmen hätten die Preise erhöht. Manche Patienten geben in der Praxis tatsächlich eine solche Rückmeldung.

Umgekehrt werben manche Pharmahersteller ungerechtfertigt mit der Preissenkung ihrer teureren Präparate. In beiden Fällen ist der veränderte Preis nur ein Effekt der neuen Preisspannenverordnung.

Kommentar: Ab zirka 29 EUR reduziert sich nach der neuen Preisspannenverordnung für ein Medikament der Apothekenabgabepreis. Diejenigen Arzneimittel aber, die jetzt bis zu 29 EUR kosten, sind im Vergleich zum Vorjahr teilweise erheblich teurer geworden. Damit werden bisher preiswert verordnende Praxen ihre wirtschaftliche Vorleistung nicht mehr halten können. Bei der Beurteilung der wirtschaftlichen Verordnungswweise in Prüfverfahren oder Richtgrößenprüfungen sind die Unwirtschaftlichkeitsgrenzen noch schwieriger zu definieren, weil eine Nivellierung der Preisunterschiede stattgefunden hat.

(gc)

Gesundheitsausgaben – Gesundheitseinnahmen

Das Statistische Bundesamt hat in diesem Jahr eine Übersicht über die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben im Gesundheitswesen von 1992 bis 2002 vorgelegt. Die Ausgaben fassen die finanziellen Aufwendungen einer Gesellschaft für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit ihrer Mitglieder zusammen. Insgesamt stiegen sie von zirka 163 auf 234 Mrd. EUR an. Dies entspricht einer Steigerung von 43,5% in zehn Jahren.

Kommentar: Die Folgekosten der Wiedervereinigung waren ausschlaggebend für den hohen Stand der Ausgaben im Jahr 1992 und die nachfolgenden stärkeren Ausgabenanstiege bis zum Jahr 1996. Danach haben sich die Zuwächse wieder spürbar abgeschwächt und betragen seit 1997 jährlich zwischen einem und vier Prozent.

Bei der Gesundheitsausgabenrechnung wird nach Ausgabenträgern und nach Leistungsarten unterschieden. Die gesetzliche Krankenversicherung ist traditionell der größte Ausgabenträger und wendete im Jahr 2003 133 Mrd. EUR für Gesundheitsausgaben auf; dies sind 57% der gesamten Gesundheitsausgaben. Die höchste Steigerungsrate mit zirka 6,5% pro Jahr verursachten die Ausgaben in der privaten Krankenversi-

cherung und die Ausgaben privater Haushalte, während die öffentlichen Haushalte ihre Ausgaben für Gesundheit um rund 1,3% pro Jahr absenkten. Damit blieb die durchschnittliche Steigerung der Gesundheitsausgaben von jährlichen 4,4% in den letzten zehn Jahren hinter der Steigerung des Bruttoinlandproduktes (BIP) deutlich zurück.

Die Einkommenseinstellungen der Ausgabenträger stiegen im genannten Zeitraum allerdings insgesamt nur um 13,4%, also 1,3% pro Jahr. Sinkende Versicherungsbeiträge durch Arbeitslosigkeit und schlechte wirtschaftliche Rahmenbedingungen sorgten dafür, dass die Einnahmenseite um zwei Drittel hinter den Ausgaben zurück blieb.

Bei den Ausgaben der verschiedenen Einrichtungen stellen nach wie vor die Krankenhäuser und stationären Einrichtungen den bei weitem größten Ausgabenblock dar, dessen Kosten allerdings in den letzten Jahren nicht mehr stärker gegenüber den ambulanten Einrichtungen und Arztpraxen stiegen. Während die Kosten für die ambulante Pflege und die berufliche/soziale Rehabilitation sinnvoller Weise um über 15% pro Jahr stiegen, nahmen Verwaltungsausgaben um 5,7% pro Jahr und die Ausgaben für Rettungsdienste um 7,6% pro Jahr zu.

Satzung für „IQWiG“ verabschiedet

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 16.3.2004 eine Satzung für die Stiftung „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) beschlossen. Nun soll mit der Bildung des Stiftungsrats und des Vorstands begonnen werden. 37 Bewerber für die Leitung des Instituts haben sich bereits gemeldet. 2 Mio. EUR stehen dem Institut im Jahr 2004 zur Verfügung. Mit einem erheblichen Anwachsen dieses Finanzbedarfes wird in den folgenden Jahren gerechnet.

Kommentar: Soll man sich über die Einrichtung des IQWiG freuen oder nicht? Einerseits dienen Leitlinien sowie wissenschaftlich abgesicherte und publizierte Therapiestandards unseren Patienten und denjenigen Ärzten, die schon bisher ihre Patienten wissenschaftlich fundiert diagnostiziert und behandelt haben. Andererseits werden Bürokratisierung, Institutionalisierung, Begründungs- und Dokumentationszwang noch weiter zunehmen.

(gc)

Großbritannien plant Annäherung an deutsches Gesundheitswesen



© Archiv

Der britische Gesundheitsminister Dr. John Reid will den Patienten seines Landes nach über 50 Jahren ermöglichen, ihren Facharzt wieder frei auszuwählen. Damit plant Großbritannien eine Aufweichung des Primärarztsystems im National Health Service (NHS). Bisher konnten englische Patienten nur mit einer Überweisung des Primärarztes zum meist am Krankenhaus stationierten Facharzt gehen. Ab Ende 2005 dürfen voraussichtlich die meisten NHS-Patienten ihr Krankenhaus und ihren Facharzt von einer Optionsliste auswählen, die vom Hausarzt vorgegeben wird. Der

Berufsverband für Mediziner, die British Medical Association (BMA) erklärte, dass zunächst die Wartelisten abgebaut werden müssten, bevor Patienten eine echte Wahlmöglichkeit bekommen könnten.

Kommentar: Umfrageergebnisse unter britischen und niederländischen (ebenfals Primärarztsystem) Patienten zeigen, dass sich eine überwiegende Anzahl der gesetzlich Krankenversicherten das deutsche GKV-System vor allem mit frei wählbarer Facharztversorgung wünscht. (gc)

Kostenerstattungszusatztarife

Das SGB V erlaubt seit dem 1. Januar 2004 jedem gesetzlich Krankenversicherten – nicht mehr nur den freiwillig Versicherten –, die ambulante Behandlung auf Kostenerstattung wahrzunehmen. Allerdings muss sich der Patient nach obligatorischer Beratung durch seine gesetzliche Krankenkasse für ein ganzes Jahr zur ambulanten Kostenerstattung verpflichten. Diese umfasst dann nicht nur die ärztlichen und zahnärztlichen Honorare, sondern unter anderem auch Medikamente, Fahrtkosten, physikalische Therapie.

Kommentar: Natürlich raten die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten dringend von der Kostenerstattung ab. Außerdem ist das Kostenrisiko für den Patienten sehr hoch, denn die Krankenkasse ist lediglich verpflichtet, die Kosten zu erstatten, die auch im EBM-System entstanden wären – abzüglich eines Prozentsatzes für die unterbliebene Wirtschaftlichkeitsprüfung. Es ist fast unabdingbar, dass der Versicherte eine Kostenerstattungs-Zusatzversicherung abschließt. Ähnliche Versicherungen sind ja bereits für den stationären Sektor hinlänglich bekannt.

Eigentlich haben nur die Kassenärzte ein Interesse daran, diese Versicherungstarife ihren Patienten näher zu bringen. Die Konditionen für diese Versicherungen sollen nun stärker verbreitet

werden, nachdem immer mehr Versicherungsgesellschaften derartige Tarife anbieten. Die Vertragsärztliche Vereinigung Bayern hat auf ihrer Internetseite (www.vv-bayern.de) alle bisher zur Verfügung stehenden Tarife aufgeführt.

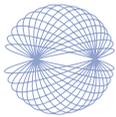
Darunter sind beispielsweise die Allianz, ARAG, Barmenia und DKV. Auch die GFB (Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände) plant ein abgestimmtes Konzept, die Kostenerstattung in Facharztpraxen zu fördern. (gc)

Hausarztmodelle auf dem Weg?

Verschiedene Krankenkassen wie die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) haben inzwischen denjenigen Versicherten versprochen, auf die Praxisgebühr zu verzichten, die zuerst ihren Hausarzt aufsuchen. Die gesetzlichen Krankenkassen sind nach § 73b (2) des GMG verpflichtet „... zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge zu schließen.“ Allerdings weiß niemand, ob eine HZV tatsächlich Geld sparen kann. In praktisch allen anderen Ländern mit einem hoch entwickelten Gesundheitssystem besteht ja bereits natürlicherweise eine HZV, weil dort kein ambulantes fachärztliches Angebot besteht. Ein direkter volkswirtschaftlicher Vergleich ist also in größerem Umfang bisher nirgends erfolgt. Experten gehen davon aus, dass sich höchstens 50% der Versicherten in die HZV einschreiben werden.

Unklar ist, worin die „besondere Qualifikation“ von Hausärzten besteht, mit denen die Krankenkassen Verträge schließen sollen. Außerdem ist offen, ab wann der Hausarzt rechtzeitig den Patienten an den Facharzt abgeben muss. Jedenfalls schränkt der Patient, der sich für HZV entscheidet, zunächst seine freie Arztwahl ein.

Kommentar: Unsere Fachgruppe muss vermutlich die hausarztzentrierte Versorgung am wenigsten fürchten. Die Überweisungsrate an unsere Fachgruppe war neben der Überweisungsrate an fachärztliche Internisten schon immer am höchsten. Nach der bisherigen Erfahrung mit der Praxisgebühr hat unsere Fachgruppe auch die geringsten Fallzahlen einbüßen seit Januar 2004 zu verzeichnen. (gc)



Gesundheitskarte ab 2006?

Die elektronische Gesundheitskarte soll in zwei Jahren dem Gesundheitswesen Einsparungen in Milliardenhöhe ermöglichen. Bei der Computermesse Cebit in Hannover erklärte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt im März 2004, dass allein die gespeicherten elektronischen Rezepte auf den Karten jährlich bis zu einer Mrd. EUR sparen könnten. Zunächst sollen auf die Gesundheitskarte aber nur die persönlichen Basis- und Notfalldaten übertragen werden.

Die Entwicklung der elektronischen Karte übernahm ein Konsortium unter der Leitung von IBM. Diese Kosten von 5,1 Mio. EUR trägt der Bund; die weiteren Kosten von 0,7–1,4 Mrd. EUR soll das Gesundheitssystem aufbringen, stellte das BMGS fest. In der Endausbaustufe müssen dann alle Leistungserbringer mit neuen Computern, Lesegeräten, spezieller Software und mindestens ISDN-, wenn nicht DSL-Netzzugängen ausgestattet werden.

Vorstandsvorsitzende von Krankenkassen vergleichen die Art und Weise der Einführung und die staatlicherseits angepriesenen Vorzüge bereits jetzt mit der gescheiterten Mauteinführung. Die Finanzierung sei noch nicht geklärt, der Zeitplan sei zu knapp und die Rahmenbedingungen beziehungsweise Leistungsanforderungen noch nicht ausreichend konkretisiert.

Kommentar: Die Bundesregierung muss sich Fragen nach dem Datenschutz gefallen lassen. Erneut werden von uns praxisindividuell Investitionskosten in mindestens vierstelliger Höhe erwartet. Die Krankenhäuser haben bereits signalisiert, dies nicht finanzieren zu können. Und all dies funktioniert nur, wenn auch der Patient mitspielt. Aus den bisherigen Erfahrungen mit der Versichertenkarte und der Praxisgebühr kann man nur misstrauisch auf die sicher nicht reibungslose Einführung der Gesundheitskarte warten. (gc)

Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen

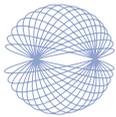
	1992 in Mrd. EUR	2002 in Mrd. EUR	Zunahme in %	Zunahme pro Jahr in %
Gesundheitsschutz:	2.764	4.328	56,6	5,7
Öffentlicher Gesundheitsdienst	1.916	1.990	3,9	0,4
Sonstige Einrichtungen	848	2.338	175,7	17,6
Ambulante Einrichtungen:	75.811	108.382	43,0	4,3
Arztpraxen	21.876	31.462	43,8	4,4
Zahnarztpraxen	12.761	14.759	15,7	1,6
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	3.741	6.002	60,4	6,0
Apotheken	22.549	32.241	43,0	4,3
Gesundheitshandwerk/-einzelhandel	12.358	16.474	33,3	3,3
Ambulante Pflege	2.025	6.253	208,8	20,9
Sonstige Einrichtungen	502	1.191	137,3	13,7
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen:	62.796	89.657	42,8	4,3
Krankenhäuser	46.466	63.807	37,3	3,7
Vorsorge-/Reha-Einrichtungen	5.651	7.566	33,9	3,4
Stationäre/teilstationäre Pflege	10.099	16.762	66,0	6,6
Berufliche/soziale Rehabilitation	580	1.522	162,4	16,2
Rettungsdienste	1.324	2.328	75,8	7,6
Verwaltung	8.696	13.627	56,7	5,7
Sonstige Einrichtungen und private Haushalte	4.788	8.960	87,1	8,7
Ausland	379	443	16,9	1,7
Investition	6.605	6.454	-2,3	-0,2
Summe	163.164	234.179	43,5	4,4

Immer aktuell



Wer in turbulenten Zeiten als niedergelassener beziehungsweise stationär tätiger Arzt bestehen will, ist neben seiner umfassenden fachlichen Kompetenz auch auf berufspolitische Informationen angewiesen. Wir als Berufsverband sind deshalb stets bemüht, Sie über aktuelle Entwicklungen auf dem Laufenden zu halten, indem wir die für Sie relevanten Mitteilungen und Nachrichten veröffentlichen. Als Medium dient uns dazu natürlich unserem

Verbandsorgan – der NEUROTRANSMITTER. Um eine hohe Aktualität zu gewährleisten, finden Sie aber auch laufend Meldungen auf unserer Homepage unter www.bvdn.de. Die übersichtlich gestaltete Oberfläche hilft bei der schnelle Orientierung. Das Wesentliche lässt sich ohne viele Klicks finden. Dazu zählen neben berufspolitischen Inhalten auch Diskussionsforen und Informationsbeziehungsweise Merkblätter für Ihre Patienten.



Spannende Entwicklungen BVDN lädt zum Informationsaustausch ein

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Zeit schreitet voran, in wenigen Wochen findet in Berlin der dritte Neurologen- und Psychiatertag statt. Ich hoffe, Sie haben sich diesen Termin frei gehalten und schon die Hotelzimmer gebucht. Spannende Themen erwarten Sie. Dazu gehören

- Stand der Integrierten Versorgung,
- Informationen zum neuen EBM.

EBM 2000 plus: Diskutieren Sie mit!

Sie wissen, dass es im Vorfeld der Einführung des EBM 2000 plus, der noch einmal verschoben worden ist, erhebliche Auseinandersetzungen mit dem Honorarreferat der KBV gegeben hat: Längst nicht alle Forderungen des BVDN wurden umgesetzt. Sämtliche Musterberechnungen kamen zu teilweise alarmierenden Ergebnissen für unsere Fachgruppe. Andererseits waren diese Musterberechnungen insofern nicht realitätsnah, als die letztlich gültigen Konzepte zur Mengensteuerung nicht bekannt waren. Ein auf massives Drängen des Berufsverbandes zugesagter Termin in der KBV am 31. März dieses Jahres fand aus Krankheitsgründen nicht statt. Dafür versicherte der Referent der Honorarabteilung der KBV, Dr. Steffen Gass, das EBM-Konzept am 19. Juni während des 2. Neurologen- und Psychiatertages persönlich zu erläutern und sich der Diskussion mit Ihnen zu stellen. Da Gass aber nun der KBV den Rücken gekehrt hat, wird diese Aufgabe der Hauptgeschäftsführer der KBV, Dr. Andreas Köhler, übernehmen. Nutzen Sie die Gelegenheit zur Diskussion!

Neuro-Consult – Beratung zum Thema Integrierte Versorgung

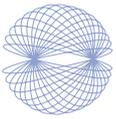
Im weiteren sind Rahmenkonzepte, aber auch schon konkrete Projekte zur Inte-

grierten Versorgung ein zentrales Thema des diesjährigen Neurologen- und Psychiatertages. Wir berichteten schon, dass die Berufsverbände mit Neuro-Consult ein bundesweit tätiges Beratungsunternehmen initiiert haben. Neuro-Consult arbeitet eng mit den Berufsverbänden zusammen und erstellt praxisnah und speziell auf die Belange dieser Fachgruppe zugeschnittene Konzepte und Strategien für die Implementierung integrierter Versorgungsmodelle oder auch medizinischer Versorgungszentren. Durch einen Beirat, in den alle drei Verbände (BVDN, BDN und BVDP) Mitglieder

entsenden, wird sichergestellt das Neuro-Consult die Interessen der Berufsverbände und der Verbandsmitglieder fördert. Wir möchten Ihnen Neuro-Consult am 19. Juni dieses Jahres in Berlin vorstellen und Ihnen die einzelnen Arbeitsebenen integrierter Versorgungsmodelle erläutern. Dazu gehören klinische Behandlungspfade ebenso wie die organisatorische Umsetzung im Sinne von Netzmanagement und Dokumentation, ferner ökonomische Aspekte sowie die Vertragsebene und – last but not least – Qualitätsmanagement. Die Berufsverbände arbeiten intensiv an Rahmenkon-



© Archiv



zepten integrierter Versorgungsmodelle, beispielsweise zur Schlaganfallversorgung beziehungsweise zur Behandlung von MS, M. Parkinson, Depressionen und andere. Über den Stand der Dinge wollen wir Sie anlässlich des Neurologen- und Psychiatertages unterrichten.

Gute Nachrichten zum Thema CME

BVDN, BDN und BVDP sowie die DGN und DGPPN haben eine Verwaltungsgesellschaft „CME-Neurologie und -Psychiatrie“ gegründet. Die Gesellschaft soll die CME-Fortbildungsangebote der

genannten Gesellschaften gemeinsam organisieren, die entsprechenden CME-Punktekonten der Mitglieder führen und den Betrieb einer gemeinsam zu nutzen den Verwaltungsdatenplattform einrichten. Sowohl die Mitgliederverwaltung als auch die Verwaltung der CME-Konten wird dadurch wesentlich vereinfacht. Sie können in Zukunft als Mitglied Ihr CME-Punktekonto online im Internet einsehen und erkennen auf einen Blick, welche Fortbildungspunkte in welcher Kategorie Ihnen möglicherweise noch fehlen. Darüber hinaus werden Sie auf dieser Internetseite eine Liste mit sämtlichen Fortbildungsangeboten finden. Sowohl die wissenschaftlichen Gesellschaften, als auch die Berufsverbände und die ihnen angeschlossenen Fortbildungsakademien haben sich verpflichtet, Fortbildungsveranstaltungen in Zukunft nach diesem System zu zertifizieren. Eine Schnittstelle zu den jeweiligen Ärztekammern ist etabliert, sodass Sie in Zukunft nur noch nach einem System Fortbildungspunkte erwerben müssen. Gleichzeitig ist eine zentrale Evaluation aller Fortbildungsveranstaltungen geplant, sodass das Fortbildungsangebot noch besser auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt werden kann. Auf diese Weise wird es überflüssig Fortbildungsbelege mühsam zu sammeln und aufzubewahren. Mit geringem bürokratischem Aufwand können Sie Ihre Fortbildungsaktivitäten dokumentieren, egal ob sie Veranstaltungen der Fortbildungsakademie des BVDN oder Fortbildungsangebote auf dem DGN- oder DGPPN-Kongress nutzen wollen (zum Thema CME s. auch Beitrag auf S. 18 f).

Patienteninformationsdienst des BVDN geht im Herbst online

Ende des Jahres startet die erste große Patientenplattform zur Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie im Internet. Das werbefreie Portal www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de ist ein Gemeinschaftsprojekt des BVDN mit den Berufsverbänden BVDP und BDN sowie den Fachgesellschaften DGN, DGPPN und DGGPP. Auch der Berufsverband und die Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendpsychiater werden voraussichtlich mitmachen. Im Hintergrund unterstützt das Unternehmen Janssen-Cilag für die ersten drei Jahre das Projekt finanziell. Technisch und redaktionell wird das Angebot von der Monks Multimedia- und Filmproduktion betreut. Ein Redaktionsgremium, das sich aus Vertretern der beteiligten Fachorganisationen zusammensetzt, ist für die Inhalte verantwortlich.



Das Vorbild „[www.kinderaerzte-im-Netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)“

Tägliche News, anschauliche Inhalte und integrierte Ärzte-Homepages

Die „Neurologen und Psychiater im Netz (NPIN)“ bieten Patienten und Angehörigen umfassende Laien-verständliche Gesundheitsinformationen zu mehr als 80 fachspezifischen Krankheitsbildern, Hilfestellungen für den Alltag sowie täglich aktuelle Meldungen. Textwüsten wird es nicht geben – Bilder, Grafiken, Interaktionen und Videos veranschaulichen die Inhalte und erhöhen die Attraktivität des Angebots.

Über eine integrierte Ärzte- und Klinikliste finden User des Internetdienstes den Facharzt in ihrer Nähe. Ärzte erhalten die Möglichkeit, für etwa 10 EUR pro Monat mit ihrer eigenen NPIN-Homepage vertreten zu sein und ihr Leistungsspektrum vorzustellen. Damit können sie ihre Praxis in einem herausragenden redaktionellen Umfeld positionieren.

Breite Öffentlichkeitsarbeit garantiert

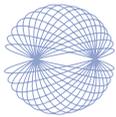
Der Internetdienst ist der direkte Draht zum Patienten und seinen Angehörigen – in einem modernen und für den Betroffenen anonymen Medium. Gerade die Werbefreiheit der Website – zu der die Homepage-Gebühren maßgeblich beitragen – fördert die Akzeptanz in der Öffentlichkeit und den Medien. Die Aufgabe, den Patienteninformationsdienst bekannt zu machen, übernimmt die Monks Produktion. Sie ist auch für die Öffentlichkeitsarbeit des Onlineangebots www.kinderaerzte-im-netz.de des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) verantwortlich – das in Deutschland mit einer Million Besuchern pro Jahr erfolgreichste Internetportal zu kinder- und jugendmedizinischen Themen. Auf dieser Seite können Sie sich vorab ein Bild machen über das zukünftige Portal unserer Verbände.

Stichwort „Qualitätsmanagement“

Wie die entsprechenden Prägrafen des SGB V unmissverständlich klar machen, wird Qualitätsmanagement für Vertragsärzte mit dem GMG zur Pflicht:

§ 135a SGB V: „(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet,

- 1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung



zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und

2. Einrichtung intern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

§ 136 SGB V, Absatz 1 und 2: „(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.“

„(2) Der gemeinsame Bundesausschuss entwickelt Richtlinien nach § 92 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen nach Satz 1.“

Durch die athene-Qualitätsmanagement-Akademie wurden bis jetzt 67 neurologische Praxen und 48 psychiatrische Praxen beim Aufbau ihres Qualitätsmanagements gecoacht. Dabei ergab sich ein erfreulich hohes Maß an Zufriedenheit. Auch die KBV hat vor dem Hintergrund der bestehenden Gesetzeslage eine Qualitätsmanagement-Initiative gestartet. Sie führte im ersten Quartal 2004 eine Pilotphase mit 30–60 Praxen durch, um ihr bisher vorgelegtes Konzept zu evaluieren. Bundesweit kann dann das KBV-Konzept ab dem vierten Quartal dieses Jahres eingesetzt werden.

Erst ab dem Jahr 2005 ist möglicherweise mit finanziellen Konsequenzen für die Praxen zu rechnen, die bis dahin vom Qualitätsmanagement „Abstand genommen“ haben. Die von athene in Kooperation mit unseren Verbänden aufgebauten und betreuten Qualitätsmanagementsysteme decken alle Anforderungen der KBV ab. Die Zertifizierung nach ISO 9001 stellt somit eine Alternative zur vorgesehenen KBV-Visitation dar. Beide Modelle sind entgegen vieler Gerüchte nicht verpflichtend, dennoch ist es dringend ratsam, alsbald mit dem Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems zu starten, da es erfahrungsgemäß mindestens 8–14 Monate dauert, bis ein solches den aktuellen Anforderungen entspricht. Führt man sich die Zufriedenheit der athene-Kunden vor Augen und bezieht man – last but not least – die eigenen Erfahrungen

Programm des 2. Deutschen Neurologen- und Psychiatertags

Reformjahr 2004:

Fundament für neue Zukunftsperspektiven?

9.15–9.30 Uhr	Dr. med. Frank Bergmann: Eröffnung des 2. Deutschen Neurologen- und Psychiatertages
A	
9.30–9.50 Uhr	Prof. Dr. med. M. Berger: Unter- und Fehlversorgung psychiatrischer Patienten – Auswege durch integrative Versorgung?
9.50–10.00 Uhr	Diskussion
10.00–10.20 Uhr	Prof. Dr. med. H.-D. Diener: Integrierte Versorgung von Kopfschmerzpatienten
10.20–10.30 Uhr	Diskussion
10.30–11.00 Uhr	Pause
B	
11.00–11.20 Uhr	Dr. med. G. Holler: Integrierte Versorgung – Fundament für eine Zukunftsperspektive?
11.20–11.40 Uhr	Dr. med. H. Munzel: Integrierte Versorgung in der sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxis
11.40–12.00 Uhr	Dr. med. E. Straube: Integrierte neurologische Versorgung von MS-Patienten
12.00–12.30 Uhr	Diskussion
C	
12.30–13.00 Uhr	Dr. med. F. Bergmann, S. Monks: „www.neurologen-und-psychiater- im-netz.de“ – Öffentlichkeitsoffensive der neuropsychiatrischen Berufsverbände und wissenschaftlichen Gesellschaften
13.00–14.30 Uhr	Mittagspause
D	
14.30–15.30 Uhr	Integrierte Versorgung: • Medizinische Konzepte (Behandlungspfade) • Organisatorische Umsetzung (Netzmanagement, Dokumentation) • Ökonomie • Vertäge • Qualitätsmanagement Diskussion (mit: Vorstand BVDN, Dr. med. K. Piwernetz, Dr. I. Pflugmacher, O. Frielingsdorf, G. Schuster)
15.30–16.00 Uhr	Pause
E	
16.00–17.00 Uhr	Dr. med. A. Köhler (Hauptgeschäftsführer der KBV): Paradigmenwechsel in der ärztlichen Vergütung: Philosophie und Berechnungsgrundlagen des EBM 2000 plus
F	
17.00–18.00 Uhr	Mitgliederversammlung BVDN

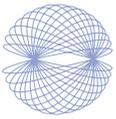
gen mit ein, kann ich Ihnen die Zusammenarbeit mit der athene-Akademie beim Aufbau Ihres Qualitätsmanagementsystems nur bestens empfehlen.

Durch das besondere Engagement von Gabriele Schuster, der Geschäftsführerin von athene, kommen BVDN, BDN und BVDP in den Genuss eines „Sozialprojekts“: kostenfreies coaching unserer Geschäftsstelle in Neuss bei der Einführung von Qualitätsmanagement.

An dieser Stelle ganz herzlichen Dank! Weitere Infos zu den angesprochenen Themen gibt es in Berlin! Bis dahin, herzlichst



Dr. med. Frank Bergmann
1. Vorsitzender des BVDN



Was ändert sich mit dem gesetzlichen Fortbildungszertifikat?

Aktuelle Situation und Perspektiven für die Jahreskongresse der DGN und DGPPN 2004

Durch das neue GKV-Modernisierungsgesetz sind ab dem 1.7.2004 alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden (§ 95 SGB V). Als Beleg müssen alle fünf Jahre 250 CME-Punkte gegenüber der KV nachgewiesen werden. Die Landesärztekammern sind derzeit dabei, eine Muster-Fortbildungsordnung zu verabschieden. Auf deren Grundlage sollen dann die Ausführungsbestimmungen endgültig festgelegt werden. Die Bundesärztekammer versucht eine Schrittmacherfunktion zu übernehmen, um eine möglichst einheitliche Ausführungsbestimmung für das gesetzliche Fortbildungszertifikat der Landesärztekammern zu erreichen.

Das seit über vier Jahren installierte freiwillige CME-Verfahren Neurologie/Psychiatrie und Psychotherapie erfüllt die staatlicherseits geforderten Bedingungen. Von der Bundesärztekammer wird eine Anerkennung der bereits erbrachten CME-Punkte durch die Landesärztekammern angestrebt. Dies bedeutet, dass eine Teilnehmerin, die seit 2001 CME-Punkte gesammelt hat und deren Punktekonto 150 Punkten aufweist, bereits in zwei

Jahren (bei weiterhin 50 Punkten/Jahr) ein gesetzlich vorgeschriebenes Zertifikat erhalten kann. Der zentrale Gedanke einer kontinuierlichen Fortbildung erlaubt hingegen nicht, die bisher gesammelten Punkte gutschreiben zu lassen und in den nächsten fünf Jahren nur 100 Punkte zu sammeln.

Was ändert sich für die Teilnehmer am CME-Verfahren?

Für die Teilnehmer am CME-Neurologie/Psychiatrie-und-Psychotherapie-Verfahren ändert sich vorerst nichts. Sie können weiterhin zertifiziert CME-Punkte in unserem fachärztlichen CME-Verfahren erwerben und diese bei den Landesärztekammern einreichen. Wir sind intensiv darum bemüht, den Verwaltungsaufwand für unsere Teilnehmer so gering wie möglich zu halten und bieten daher den Landesärztekammern an, unsere CME-Konten jährlich abzugleichen und die Daten zur Verfügung zu stellen. Die Bildung eines EDV-Netzwerks soll weiter vorangetrieben werden. Erfreulicherweise zeigt sich hier über die Jahre trotz erheblicher föderaler Hemmnisse eine zunehmende Bereitschaft der

Landes- und Bundesärztekammer mit den Fachgesellschaften und den Berufsverbänden zusammenzuarbeiten.

Soll ich weiter am CME-Verfahren Neurologie/Psychiatrie und Psychotherapie teilnehmen?

Da nur die von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und den Berufsverbänden und ihren Akademien kontrollierten Veranstaltungen eine hohe fachspezifische Qualität der Fortbildung auf dem immer rascher anwachsenden Wissensgebiet eines in Klinik oder Praxis tätigen Facharztes garantieren, sollte jeder am CME-Verfahren teilnehmende Facharzt aus dem Fachgebiet Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie dies weiter in unserem CME-Verfahren tun. Die über Jahre entwickelten Fortbildungskategorien sind dabei inzwischen konsentiert und verabschiedet.

Zu oft erheblichem Unmut haben in den letzten Jahren immer wiederkehrende Differenzen in der Bewertung von Veranstaltungen zwischen einzelnen Landesärztekammern und der CME-Kommission Neurologie/Psychiatrie und Psychotherapie geführt. Die betroffenen Kolleginnen und Kollegen wurden hierdurch verunsichert. Festgestellt werden muss auch nach dem neuen GMG, dass rechtlich unverändert nur die Landesärztekammern für die Vergabe des gesetzlich vorgeschriebenen Fortbildungszertifikates hoheitlich zuständig sind. Die Angleichung und Harmonisierung der Bewertungskriterien von Fortbildungsveranstaltungen, das große Ziel der letzten Jahre, hat immerhin zu einem Ärztetagbeschluss mit Anerkennung gemeinsamer Fortbildungskategorien geführt. Dennoch ist die Abstimmung unter den Landesärztekammern noch nicht

FORTSETZUNG S. 21

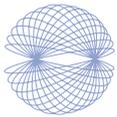
Wo kann ich mich oder meine Veranstaltung aktuell anmelden?



Hier ändert sich kurzfristig nichts. Wenden sie sich weiterhin schriftlich an die

CME-Geschäftsstelle,
Hauptstrasse 18, 79576 Weil am Rhein,
oder

einfach Formular aus dem Internet unter www.cme-akm.de herunterladen und unter (0 76 21) 7 87 14 an die Geschäftsstelle faxen.



flächendeckend vollzogen. Auch sind die Fachgesellschaften in der Bewertung von Veranstaltungen oft strenger als die Landesärztekammern. Dies drückt unser Bemühen aus, eine möglichst hohe Qualität der fachärztlichen Fortbildung anzubieten. Es sollte nicht als Erschwernis bei der Veranstaltung oder bei der Anerkennung von Fortbildungsaktivitäten missverstanden werden. Letztendlich können wir jedoch eine qualitativ niedrigere Anforderung durch einzelne Landesärztekammern nicht verhindern.

Fortschritte für die Teilnehmer am CME-Verfahren

Um den Service und die Leistungsmöglichkeiten weiter zu verbessern haben die DGN, die DGPPN, ihre Akademien sowie der BDN, der BVDN und der BVDP am 17.3.2004 eine gemeinsame Verwaltungsgesellschaft gegründet mit dem Ziel, alle Veranstaltungen auf den genannten Fachgebieten zu zertifizieren. Die damit einhergehenden technischen Verbesserungen werden es den Teilnehmern ermöglichen, ab Anfang 2005 ihr CME-Konto im Internet einzusehen. Außerdem wird ein Veranstaltungskalender mit allen akkreditierten CME-Fortbildungen – differenziert nach den zu erfüllenden Kategorien des CME-Verfahrens – die Auswahl erleichtern. Eine Meldung der erworbenen CME-Punkte an die zuständige Landesärztekammer zum Jahresabschluss und ein Jahresauszug des Kontos sind zur Planung zukünftiger Fortbildungsaktivitäten sicher hilfreich. Dabei halten wir an unserem Ziel unverändert fest: eine für alle Kolleginnen und Kollegen erträgliche Belastung durch die neben dem immer arbeitsintensiveren Klinik- und Praxisalltag zu erbringenden Fortbildungsaktivitäten bei gleichzeitig höchsten Qualitätsansprüchen an die Inhalte und die Durchführung der Fortbildungsaktivitäten. Selbstverständlich wird es auch wichtig sein, in Zukunft neue Techniken (Internetkonferenzen, CD-ROM) in die Fortbildung einzubinden.

Neuerungen für die Veranstalter

Auch wenn die Zahl der akkreditierten Fortbildungen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist, finden noch viele Veranstaltungen – vom Qualitätszirkel

über Klinikkonferenzen bis zum Kongress – in unserem Fachbereich statt, die nicht von CME Neurologie/Psychiatrie und Psychotherapie akkreditiert wurden. Welche Vorteile bietet die CME Neurologie/Psychiatrie und Psychotherapie für den Veranstalter? Die neue Soft- und Hardware wird es uns erlauben, in Zukunft eine Anmeldung der Veranstaltung über das Internet vornehmen zu können. Soweit dies die Landesärztekammern derzeit zulassen, erfolgt, wenn gewünscht, eine automatische Anmeldung bei der zuständigen Landesärztekammer. Der Veranstalter erhält dann ein Service-Paket, bestehend aus elektronisch lesbaren Barcodes für die Teilnehmer und Evaluationsbögen. Nach Einsendung der Evaluationsbögen erfolgt eine Analyse, die dem Veranstalter zusammen mit einer vergleichenden Bewertung gegenüber ähnlichen Veranstaltungen zur Verfügung gestellt wird. Diese Leistungen sind nur im Rahmen eines fachärztlich kontrollierten CME-Verfahrens möglich und können daher durch die Landesärztekammern nicht geleistet werden. Das Zertifikat Neurologie beziehungsweise Psychiatrie und Psychotherapie hat daher sicher einen wesentlich höheren Stellenwert. Die Veröffentlichung im Fortbildungskatalog CME Neurologie/Psychiatrie und Psychotherapie wird ebenso wie die kritische Analyse bei dem immer größer werdenden „Fortbildungsmarkt“ in Zukunft für die Veranstalter immer wichtiger.

Wieviel CME-Punkte erhält man im Rahmen des DGN- und DGPPN-Kongresses?

Die Teilnehmer der Kongresse können die pauschale Gesamtwertung in Kategorie B (maximal 20 Punkte für den Gesamtkongress, maximal 6 Punkte für den Tag, maximal 3 Punkte für den Halbtage) erhalten. Alternativ werden für den Besuch der von den Fort- und Weiterbildungsakademien angebotenen Kurse Punkte in den Kategorien A oder C vergeben. In Kategorie A können dies pro Tageskurs 6 Punkte und pro Halbtageskurs 3 Punkte sein. In Kategorie C (Modul-Ws) erhalten die Teilnehmer für den Halbtage 4 Punkte. Durch den Besuch der Einzelveranstaltungen können die Teilnehmer somit mehr Punkte erwerben;

diese werden mit den im wissenschaftlichen Programm potenziell möglichen Punkten verrechnet. Gerade die Jahreskongresse der DGN und der DGPPN ermöglichen es somit einfach in verschiedenen Fortbildungskategorien Punkte zu erwerben.

Dr. med. Peter Franz
CME-Beauftragter der DGN

Prof. Dr. med. P. Falkai
CME-Beauftragter der DGPPN

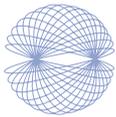
Dr. Dr. med. Paul Reuther
BDN

Dr. med. Frank Bergmann
BVDN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
BVDP

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener
Präsident der DGN

Prof. Dr. med. Mathias Berger
Präsident der DGPPN



Regressprophylaxe für gerontopsychiatrische Schwerpunktpraxen – Teil 2

Dokumentation von Praxisbesonderheiten



Die demografische Entwicklung betrachtend, ist die Betreuung gerontopsychiatrischer beziehungsweise dementer Patienten eine der entscheidenden Herausforderungen der Zukunft. Der niedergelassene Facharzt wird bei der Bewältigung dieser Aufgabe nach wie vor eine wesentliche Rolle spielen. Er muss sich in Zeiten strenger Budgetierungen allerdings genau überlegen, wie er chronisch kranke Patienten adäquat versorgen kann, ohne dabei in Regress genommen zu werden.

Die wichtigsten Empfehlungen des ersten Teils zur Regressprophylaxe gerontopsychiatrischer Schwerpunktpraxen mit vielen Demenzpatienten und entsprechendem Versorgungsaufwand lautete: *Grundsätzlich gilt, dass Praxisbesonderheiten konkret und schriftlich der KV gegenüber nachgewiesen werden müssen. Es ist erforderlich, die Praxisbesonderheiten nicht nur pauschal zu behaupten, sondern exakt zu belegen.*

Prinzipiell ist der Arzt im Zweifelsfall beweispflichtig, das heißt, er muss die von ihm veranlassten Mehrkosten begründen und nach Möglichkeit auch berechnen. Nur so kann er ein Regressverfahren schon im Vorfeld abwehren.

Nur Zahlen zählen

Keine Rolle spielt bei den Prüfverfahren eine für die Patientenbetreuung erforderliche, gegebenenfalls erhöhte persönliche Zuwendung des Arztes, sein Engagement sowie seine überdurchschnittliche Erfahrung und die Ausstattung der Praxis. Diese Gesichtspunkte sind zwar für das Arzt-Patienten-Verhältnis von entscheidender Bedeutung, im Prüfverfahren aber rechtlich nicht relevant. Nur die mittels Zahlen und Fakten erhärteten Aussagen zur Abweichung der Verordnungskosten vom Durchschnitt der Fachgruppe führen zur Anerkennung einer Praxisbesonderheit und damit zur Verhinderung von Regressen.

Neben den Praxisbesonderheiten sind drei weitere Strategien zur Regressabwehr und -prophylaxe relevant:

- a:** praxisexterne kompensatorische Einsparungen;
- b:** Klage vor dem Sozialgericht als letzter Ausweg;
- c:** praxisinterne Regressprophylaxe.

Überarbeitete Version nach: Hirsch RD: „Informationen zu Praxisbesonderheiten“ der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (2001)

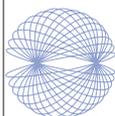
Die Strategien im Einzelnen

zu a: Wenn sich ein kausaler Zusammenhang zwischen Einsparungen und dem erhöhten Verordnungsvolumen herstellen lässt, kann man versuchen, neben den Praxisbesonderheiten kompensatorische Einsparungen geltend zu machen. In der Regel ist dies jedoch schwierig und wird im Prüfungsverfahren häufig nicht anerkannt. Ein typisches Beispiel ist die Vermeidung teurer stationärer Behandlungen durch eine aufwändige ambulante Therapie. Kompensatorische Einsparungen wären

- weniger Krankenhauseinweisungen,
- weniger Überweisungen in universitäre Gedächtnissprechstunden,
- weniger Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (trifft auf gerontopsychiatrische Patienten in der Regel nicht zu).

Diese Fälle sollten der KV mit entsprechendem Datenmaterial frühzeitig, das heißt vor eventuellen Prüfverfahren mitgeteilt werden. Zu beachten ist jedoch, dass hier meist gut verwendbare Vergleichszahlen fehlen.

zu b: Folgt der Beschwerdeausschuss einem substantiierten und durch eine entsprechende Dokumentation untermauerten Sachvortrag nicht und lehnt die Anerkennung der Praxisbesonderheiten ab, sollte dies ein Anlass sein, die eigene Argumentation nochmals zu überprüfen. Bleibt es bei der Überzeugung, eine relevante Praxisbesonderheit vorgetragen zu haben, dann sollte unter Beachtung der Monatsfrist Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden. Sinnvoll ist es, sich bei Fachkollegen, die ein solches Verfahren schon einmal angestrebt und durchgefochten haben, zu erkundigen, mit welchem Finanz- und Arbeitsaufwand zu rechnen ist. Dieser Aufwand sollte in ein Verhältnis zum ideellen oder materiellen Effekt gesetzt werden, der durch einen günstigen beziehungsweise ungünstigen Ausgang des Gerichtsverfahrens entstehen kann.



Abschließend möchten wir angesichts der Zukunftsaussichten, die durch politische Sparzwänge geprägt sein werden, noch einen Blick auf innerbetriebliche Strategien werfen, mit deren Hilfe Regressansprüche seitens der Kassen vermieden werden können.

zu c: Durch ein internes kompensatorisches Praxismanagement kann man versuchen, die Budgetgrenzen erst gar nicht oder nur unwesentlich zu überschreiten.

Kostenintensive Patienten können bei vorgegebenen durchschnittlichen Punkte-, Heilmittel- und Medikamentenbudgets durch einen entsprechenden „Case-Mix“ mit kostengünstigen Patienten kompensiert werden. In ausgewählten Bereichen können wenige „teure Fälle“ durch zahlreiche „preisgünstige Fälle“ ausgeglichen werden. So lassen sich zum Beispiel Patienten, die teure Medikamente oder Heilmittel benötigen, durch eine große Zahl reiner Diagnostikpatienten beziehungsweise Therapiepatienten mit geringen Medikamentenkosten kompensieren. Reine Diagnostikpatienten werden nur zur Durchführung technischer Untersuchungen vorgestellt. Hierzu zählt die Dopplersonografie, die Elektromyografie oder das EEG. Auch Patienten, die nur zur testpsychologischen Verlaufsdagnostik bei Verdacht auf eine beginnende Demenz vorgestellt werden, bei denen aber weiterhin ein unauffälliger Befund vorliegt, sind hier zu subsummieren. Zu den preisgünstigen Therapiepatienten zählen unter anderem viele Patienten mit Kopfschmerzen, mit gutartigem Lagerungsschwindel sowie auch Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen, die gut auf preisgünstige Medikamente eingestellt sind und soweit erforderlich praxisextern psychotherapeutisch betreut werden.

Wichtig: Hilfsmittel für straffes Praxismanagement

Als wichtiges Steuerungsinstrument erweisen sich für ein straffes Praxismanagement moderne Software-Programme, die einen schnellen Überblick über den Punkte-, Medikamenten- und Heilmittelverbrauch ermöglichen. Konzentriert man sich auf wenige teure Medikamente, so erleichtert dies die Suchstrategie erheblich. Mit geringem Arbeitsaufwand sind Listen zu erstellen, in denen zum Beispiel jene Patienten aufgeführt sind, die einen Acetylcholinesterase-Hemmer erhalten.

Zielorientierte Terminplanung wichtiger denn je

Von außerordentlicher Bedeutung für die Steuerung der Patientenströme ist die Gestaltung des elektronischen Terminkalenders. Hier wird der Anteil und die Art der in einer Praxis zu erbringenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen festgelegt. Insbesondere größere Praxismgemeinschaften mit einer umfangreichen neurologischen Diagnostik sind hier gegenüber rein psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgerichteten Praxen im Vorteil. Zu berücksichtigen ist auch, dass diese Strategie nur bei günstiger Nachfragesituation funktioniert.

Alle vorgestellten Ratschläge berücksichtigen nicht die aktuellen Veränderungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes aus dem Jahre 2003 und schließen jegliche Haftung und Gewähr aus. Für weitere Hinweise und Verbesserungsvorschläge sind wir dankbar und bitten um Zusendung an die Redaktion des NEUROTRANSMITTERS.

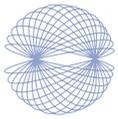
Dr. med. Jens Bohlken, Berlin

Referat Demenz des BVDN

Prof. Dr. med. Rolf D. Hirsch, Bonn

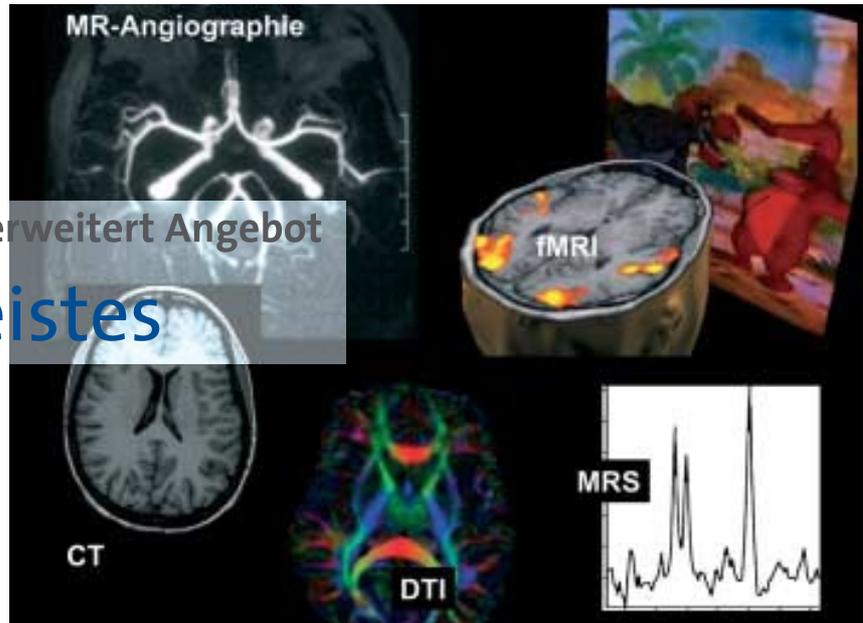
Rheinische Kliniken, Bonn

E-Mail: r.hirsch@lvr.de



Fortbildungsakademie erweitert Angebot Bilder des Geistes

**„Dass die Erforschung des Nervensystems so langsam vorangekommen ist, liegt allein an den zahlreichen Widerständen, die Wissensdrang dieser Art stets zu überwinden hat.“
(Franz Joseph Gall, 1825)**



Mag sein, dass F. J. Gall, der als Stammvater aller Gehirnlokalisationstheorien gilt, recht damit hat, dass die Erforschung der Strukturen, der Funktionszusammenhänge sowie der Eigenschaften des Gehirns dem Menschen Angst macht und somit gegen Widerstände anzukämpfen hat. Schließlich geht es um die Feststellung des Zusammenhangs zwischen dem materiellen Substrat Gehirn und dem, was die geistige, emotionale Existenz des Menschen ausmacht. Das Gehirn ist der Sitz von Fühlen, Wahrnehmung, Bewusstsein, Gedächtnis sowie Verhalten und als Organ für die Persönlichkeit des Menschen in all ihren Schattierungen entscheidend. Aus dieser Eigenschaft heraus ist es auch Brennpunkt unterschiedlicher weltanschaulicher Richtungen. Die Erforschung des Gehirns ist deshalb nicht nur von medizinisch-wissenschaftlicher, sondern auch von herausragender gesellschaftlicher Bedeutung.

Exakte Diagnostik dank technischer Revolution

Allerdings waren es nicht nur weltanschauliche, religiöse und sonstige (z. B. die Angst des Menschen vor seiner Verobjektivierung) Widerstände, die den Wissensdrang behindert haben, sondern auch die technischen Grenzen, denn bis

her konnte man dem Gehirn nicht „beim Arbeiten“ zusehen. Durch die enormen Fortschritte der Medizintechnologie, wie beispielsweise hochauflösende funktionelle Bildgebungsverfahren, haben sich die systemischen Neurowissenschaften in den letzten Jahren sprunghaft entwickelt und gewinnen auch für den klinisch tätigen Psychiater immer größere Bedeutung. Depressionen, Demenzen, bipolare Störungen, Schizophrenien und Suchterkrankungen – um nur einige Beispiele zu nennen – können dank der modernen Bildgebung immer besser diagnostiziert werden. Mehr und mehr lassen sich sogar die ursächlichen Funktionsveränderungen darstellen. Dies ist von enormer Bedeutung, weil die Krankheiten des Gehirns hohe gesundheitspolitische und -ökonomische Relevanz besitzen. Sie schränken nämlich nicht nur die persönliche Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit mehr ein als jede andere Erkrankung, sondern sie zählen gesamtwirtschaftlich betrachtet zu den teuersten Erkrankungen überhaupt (direkte und indirekte Kosten).

Klinische Relevanz im Vordergrund

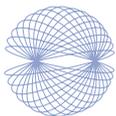
Die Fortbildungsakademie hat wegen der Bedeutung dieser Thematik und wegen der Wichtigkeit, auch in diesen Bereichen immer auf der Höhe der Zeit zu

sein, ein Seminar aufgelegt, das die Psychiatrie als integralen Bestandteil der systemischen Neurowissenschaften unter besonderer Berücksichtigung bildgebender Verfahren behandelt. Parallel dazu wird – wie gewohnt – ein Arbeitsbuch an die eingeschriebenen Teilnehmer versandt, das einführt und ohne Anspruch auf Vollständigkeit einen Überblick bietet. Im Rahmen des Seminars wird den Teilnehmern vermittelt, was in diesem schnell sich entwickelnden und ausgesprochen spannenden wissenschaftlichen Bereich aktuell geschieht.

Die Themen werden danach ausgewählt, ob sie aktuell schon klinisch relevant sind oder es in naher Zukunft sein werden. Es werden nur solche Bildgebungsstudien berücksichtigt, die wesentlich für die Entwicklung der nächsten Jahre sein werden.

Chancen und Grenzen der Methode

Die historische Entwicklung und die aktuelle Bedeutung der Bildgebung in der Psychiatrie werden im ersten Teil kurz dargestellt. Gleichzeitig werden die bildgebenden Verfahren in einen erkenntnistheoretischen Kontext eingeordnet. Um die Grundlagen der neuronalen Netzwerkmodelle zum Verständnis von Hirnfunktion und Psychopathologie geht es im zweiten und dritten Teil. Da-



bei liegt der Schwerpunkt auf dem neuroanatomischen Beitrag einzelner Gehirnregionen zum „Konzert“ der Hirnfunktion und auf der Plastizität des Gehirns als „Grundlage der Partitur“. Im Anschluss wird Grundwissen über die Verbindung zu den modernen bildgebenden Verfahren wie beispielsweise zur funktionellen Kernspintomografie (fMRI), zur Magnetresonananz-Spektroskopie (MRS) und auch zur Diffusions-Tensor-Bildgebung (DTI) vermittelt. Natürlich werden die genannten Bildgebungsverfahren zunächst kurz vorgestellt, ehe Untersuchungsergebnisse zu wichtigen psychiatrischen Erkrankungen gezeigt werden. Methodische Grenzen und künftige Chancen werden abschließend diskutiert.

Die Diskussion ist eröffnet

Vielleicht erinnern Sie sich an mein Editorial in der April-Ausgabe dieses Jahres, in dem ich den Begriff „Psychoanatomie“ zur Diskussion gestellt hatte. Nach meinem Verständnis könnte diese Seminarveranstaltung auch unter den genannten Oberbegriff eingeordnet werden. Ich hatte im NEUROTRANSMITTER um Diskussion gebeten. Vielleicht regt dieses Seminar zusätzlich dazu an, sich hierüber Gedanken zu machen. Über Zuschriften von Teilnehmern würde ich mich freuen. (az)

Rechtzeitig anmelden



Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann sollten Sie sich so schnell wie möglich verbindlich anmelden, da bei diesem aktuellen Thema mit einer großen Nachfrage zu rechnen ist. Für die Anmeldung wenden Sie sich bitte entweder an Ihren Landesvorsitzenden beziehungsweise den Fortbildungsbeauftragten Ihres Landesverbandes oder direkt an die Seminarorganisation

Klaus-H. Heinsen,
Friedrichstr. 16, 31582 Nienburg,
Tel. (0 50 21) 91 13 04,
Fax (0 50 21) 91 13 05

Termin: 30.10.2004 in Stuttgart

Referent: Prof. Dr. Dieter Braus,
Hamburg

Patientenquittung Beleg für insuffiziente Vergütung

Jeder Patient kann laut SGB V von seinem Arzt eine Aufstellung über die Leistungen beziehungsweise die entsprechenden Kosten verlangen, die dieser bei ihm abgerechnet hat. Dem Arzt steht es frei, dem Versicherten diese „Patientenquittung“ für den aktuellen Leistungstag oder am Ende des Quartals

Praxis für Psychiatrie
Dr. med. Mustermann
Musterstr. 22

22222 Musterstadt

Frau
Rosa Patientin
Patientenweg 11

11111 Patientenstadt

Leistungs- und Kosteninformation Musterstadt, den 24.3.2004

Liebe Frau Patientin ...,

zu Ihrer Information erhalten Sie nachstehend eine Aufstellung über die ärztlichen Leistungen, die für Sie im unten genannten Zeitraum erbracht wurden, und über die Behandlungskosten, die als ärztliches Honorar voraussichtlich geltend gemacht werden können. Unsere Behandlungskosten sind durch Zahlungen Ihrer Krankenkasse aufgrund des sinkenden Punktwertes jedoch nur zu ca. 70% abgegolten. Der untenstehende Betrag für die von mir erbrachten ärztlichen Leistungen wird wegen der Krankenkassenbudgets nur zum Teil an mich ausbezahlt. Die Bezahlung wird im Nachhinein zusätzlich von der Krankenkasse um ca. 15% vermindert, damit das von Ihrer Krankenkasse zur Verfügung gestellte Geld für alle Patienten ausreicht. Der Gesetzgeber verlangt von Ihnen eine Zuzahlung in Höhe von 10 EUR. Sofern Sie den Betrag bei uns bezahlt haben, wird uns dieser unabhängig von den Behandlungskosten von unserem Gesamthonorar durch die Krankenkasse abgezogen. Sollten Sie bis zum 31.3.2004 einen anderen Arzt aufsuchen, müssen Sie keine weitere Zuzahlung leisten, sofern Sie eine Überweisung von uns haben.

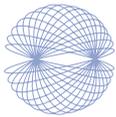
Dies ist keine Rechnung!

Frau Patientin ...,

Behandlungszeitraum: 1.1. – 25.3.2004
derzeitiger Punktwert: 0,0365 EUR; Punktwert 1990: 0,0511 EUR

Tag	GNR ¹	Kurzbeschreibung	Punkte	Honorar in EUR
20.3.2004	1	Grundgebühr für die erste ärztliche Inanspruchnahme im Quartal	144	5,26
	820	Vollständige psychiatrische Untersuchung	400	14,60
	851	Gezielte Gespräche bei psycho-somatischen Krankheitszuständen	450	16,43
21.3.2004	822	Psychiatrische Behandlung eines Erwachsenen durch Gesprächstherapie	320	11,68
	821	Weitergehende Erhebung eines psychiatrischen Krankheitsbildes	250	9,13
	823	Zuschlag zu Nr. 822 bei einer Gesprächsdauer über 30 Minuten	450	16,43
Gesamtkosten für ärztliche Leistungen				73,44
Erstattung durch Ihre Krankenkasse				44,06

¹ Gebührenordnungsnummer nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)



als Quartalsinformation zur Verfügung zu stellen. Der Begriff Patientenquittung ist natürlich falsch; denn eine Quittung fertigt derjenige aus, der seine Leistung erbracht, anschließend die Rechnung ausgestellt und den Rechnungsbetrag vollständig empfangen hat. Der Patient ist meist nicht darüber informiert, dass seine Versicherten-Chipkarte nur zu 60% gedeckt ist. Verlangt er nun seine Patientenquittung, so sollten wir ihm natürlich mitteilen, unter welchen insuffizienten Vergütungsbedingungen wir arbeiten. In den Begleittexten der meisten Praxissoftwarehersteller wird diese Problematik allerdings nur unzureichend klargestellt. Wir schlagen daher vor, der Rechnung – wie in den abgedruckten Beispielen – einen entsprechenden Text voranzustellen.

Angesichts der resultierenden Preise für einen neurologischen beziehungsweise psychiatrischen Patienten müssen wir uns natürlich fragen, ob wir nicht besser den Beruf des Elektroinstallateurs oder Waschmaschinen-Kundendienstlers gewählt hätten. Angesichts der abgedruckten Honorare können wir eigentlich über jeden Patienten froh sein, der nach seiner Patientenquittung fragt, um das unwürdige Preis-Leistungs-Verhältnis dokumentieren zu können. (gc)

Praxis für Neurologie
Dr. med. Mustermann
Musterstr. 22

22222 Musterstadt

Herrn
Felix Patient
Patientenweg 11

11111 Patientenstadt

Leistungs- und Kosteninformation

Musterstadt, den 24.3.2004

Lieber Herr Patient ...,

zu Ihrer Information erhalten Sie nachstehend eine Aufstellung über die ärztlichen Leistungen, die für Sie im unten genannten Zeitraum erbracht wurden, und über die Behandlungskosten, die als ärztliches Honorar voraussichtlich geltend gemacht werden können. Unsere Behandlungskosten sind durch Zahlungen Ihrer Krankenkasse aufgrund des sinkenden Punktwertes jedoch nur zu ca. 70 % abgegolten. Der untenstehende Gesamtbetrag für die von mir erbrachten ärztlichen Leistungen wird wegen der Krankenkassenbudgets nur zum Teil an uns ausbezahlt. Die Bezahlung wird im Nachhinein zusätzlich von der Krankenkasse um ca. 15 % vermindert, damit das von Ihrer Krankenkasse zur Verfügung gestellte Geld für alle Patienten ausreicht. Der Gesetzgeber verlangt von Ihnen eine Zuzahlung in Höhe von 10 EUR. Sofern Sie den Betrag bei uns bezahlt haben, wird uns dieser unabhängig von den Behandlungskosten von unserem Gesamthonorar durch die Krankenkasse abgezogen. Sollten Sie bis zum 31.3.2004 einen anderen Arzt aufsuchen, müssen Sie keine weitere Zuzahlung leisten, sofern Sie eine Überweisung von uns haben.

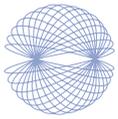
Dies ist keine Rechnung!

Herr Patient ...,

Behandlungszeitraum: 1.1. – 24.3.2004
derzeitiger Punktwert: 0,0365 EUR; Punktwert 1990: 0,0511 EUR

Tag	GNR ¹	Kurzbeschreibung	Punkte	Honorar in EUR
23.3.2004	1	Grundgebühr für die erste ärztliche Inanspruchnahme im Quartal	144	5,26
	800	Vollständige neurologische Untersuchung gegebenenfalls einschließlich Beratung	400	14,60
	809	Elektrische Untersuchung eines Muskels (Oberflächenelektroden) oder Nerven	180	6,57
	812	Bestimmung(en) der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit	140	5,11
24.3.2004	801	Neurologische Teiluntersuchung	170	6,21
	8181	Betreuung eines Patienten mit einer Nerven- und/oder Muskelerkrankung	320	11,68
	680	Ultraschalluntersuchung der hirnvorsorgenden und der Augenhöhlenarterien	600	21,90
	681	Gefäß-Ultraschalluntersuchung durch den Schädelknochen	680	24,82
	682	Analyse des Frequenzspektrums, zusätzlich zu den Nrn. 671, 680 oder 681	250	9,13
	802	Hirnstrommessung (EEG)	560	20,44
Gesamtkosten für ärztliche Leistungen				125,72
Erstattung durch Ihre Krankenkasse				75,43

¹ Gebührenordnungsnummer nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)



Zugang zur Rehabilitation – neue Richtlinien



© Archiv

Die seit April dieses Jahres geltenden Rehabilitationsrichtlinien lösen das alte Mitteilungsverfahren zwischen Ärzten und Krankenkassen nach § 368 Reichsversicherungsordnung ab. Die Bestimmung aus dem Jahr 1975 hatte im Wesentlichen die Übermittlung von bekannt gewordenen Behinderungen des Patienten an die Versicherung geregelt. Die jetzigen Richtlinien berücksichtigen die Forderungen des 2001 in Kraft getretenen SGB IX.

Ablauf der Verordnung

Die Verordnung einer Rehabilitationsmaßnahme läuft danach folgendermaßen ab: Der Vertragsarzt weist mit einem neuen Kurzformular die Krankenkasse darauf hin, dass die kurative Versorgung eines Patienten nicht ausreicht und dass Leistungen der Rehabilitation indiziert sind. Die Krankenkasse teilt daraufhin dem Arzt das Ergebnis ihrer Prüfung über Zuständigkeit und bestehende Leistungsansprüche des Versicherten mit. Ferner beauftragt die Krankenkasse den Vertragsarzt mit der Durchführung eines Kurz-Assessments der Rehabilitationsverordnung. Hierbei handelt es sich um ein neu entwickeltes, strukturiertes Verordnungsformular, in dem der Vertragsarzt die rehabilitationsrelevanten Diagnosen, die bisherige Therapie und wichtige Kontextfaktoren festhält. Ferner sind die Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose, bezogen auf das konkrete Rehabilitationsziel im Einzelfall, zu vermerken. Auf dieser Grundlage überprüfen Krankenkasse

und Medizinischer Dienst die Rehabilitationsindikation. Seit dem 1.4.2004 gelten nach § 92 Abs. 1, Satz 2, Nr. 8 SGB V neue Rehabilitationsrichtlinien. Dieses von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung ihres Medizinischen Dienstes geschaffene Instrument dient den Kassen im Einzelfall als Entscheidungsgrundlage, ob sie bei Einleitung einer Rehabilitation durch Vertragsärzte die Kosten übernehmen sollen oder nicht. Insofern beziehen sich diese neuen Richtlinien auf das Heilverfahren innerhalb der Rehabilitation, nicht aber auf die Anschlussheilbehandlung.

und Medizinischer Dienst die Rehabilitationsindikation.

Nach den neuen Richtlinien wird die Verordnungsberechtigung an den Nachweis spezieller rehabilitationsmedizinischer Kenntnisse gebunden. Diese können, wenn keine besonderen Erfahrungen mit der Rehabilitation bestehen, beispielsweise im Rahmen eines 16-stündigen Kurses erworben werden. In Zukunft soll sowohl der Versicherte als auch der verordnende Vertragsarzt von der Krankenkasse über die Entscheidung unterrichtet werden. Weicht diese von der Verordnung ab, bedarf dies einer Begründung.

Sicherung des Rehabilitationserfolgs

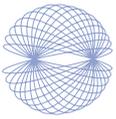
Zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs wird zwischen Patienten, Krankenkasse und Arzt festgelegt, wie die weiterführenden Empfehlungen der Rehabilitationseinrichtung gemeinsam umgesetzt werden können. Es wird hervorgehoben, dass durch die neuen Richtlinien Vertragsärzten ein standardisiertes, bundesweit einheitliches Verordnungsformular zur Verfügung steht. Als weiterer Vorteil gilt, dass Medizinischer Dienst und Krankenkassen zeitnah eine beurteilungs- beziehungsweise entscheidungsrelevante Information erhalten. Schließlich wird betont, dass durch die Benutzung der International Classification of Functional Disability and Health (ICF) ein gemeinsames konzeptionelles und begriffliches Bezugssystem für die Kommunikation zwischen Vertragsärzten, Versicherten, Medizinischem Dienst

und Krankenkassen im Bereich der Rehabilitation entstanden ist.

Ökonomische Folgen

Ob die neuen Richtlinien den Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen für behandlungsbedürftige Patienten vereinfachen oder erschweren, ist zunächst schwer einzuschätzen. Dass sich die Krankenkassen gute und valide Informationen wünschen, ist klar. Auf der anderen Seite muss jedoch auch überlegt werden, ob nicht manche Verordnung durch den erhöhten bürokratischen Aufwand unterbleibt. Wenn sich beispielsweise nur ein kleiner Teil der Vertragsärzte um den Nachweis spezieller rehabilitationsmedizinischer Kenntnisse bemüht, könnte es für die bedürftigen Versicherten schwierig werden, einen entsprechenden Arzt zu finden. Die neuen Richtlinien könnten auch zu einer weiter rückläufigen Zahl an Heilverfahren führen. Ob dies wirklich einen positiven ökonomischen Effekt hat oder aber nur kurzfristige Einsparungen bewirkt, bleibt abzuwarten. Die ausbleibende Besserung, die Chronifizierung des Krankheitsbildes beziehungsweise die zunehmende Behinderung und Pflegebedürftigkeit der Versicherten könnte die Allgemeinheit langfristig nämlich sogar stärker belasten.

**Prof. Dr. med. Harald Masur,
Bad Bergzabern**
Vorstandsmitglied des BDN



Die Zahlen sprechen für sich

Psychiatrie – Fachgebiet mit zunehmender Bedeutung (Teil 1)

Die Relevanz psychischer Erkrankungen wird in Zukunft weiter zunehmen – mit weitreichenden Folgen für unser gesamtes Sozialversicherungssystem. Dass dies keine bloße Behauptung ist, lässt sich mit den Zahlen der DGPPN eindrucksvoll belegen.

Die Bundesregierung hat mit dem GKV-Modernisierungsgesetz einen Impuls gesetzt, die fragmentierten Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen zu überwinden. Die Trennung von Leistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen in den stationären und ambulanten Bereich und die davon getrennte Finanzierung von Rehabilitation durch die Rentenversicherungsträger hat insbesondere in der Versorgung psychischer Erkrankungen zu einer sehr unübersichtlichen Versorgungssituation geführt. Die DGPPN hat

gemeinsam mit den Berufsverbänden deswegen den Versuch unternommen, mit Hilfe der vorliegenden Datenquellen zu ermitteln, welche Relevanz psychische Erkrankungen zur Zeit und in der Zukunft im Gesundheitssystem besitzen, welche quantitative und qualitative Rolle das eigene Fach, aber auch die Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik und die Psychologischen Psychotherapeuten im ambulanten und stationären Bereich spielen und wo dringender Verbesserungsbedarf besteht. Dies wird anhand von drei Thesen sowie entsprechenden Abbildungen dargestellt. Während die ersten zwei Thesen im Anschluss erörtert werden, folgen die dritte These sowie die abgeleiteten Forderungen in Ausgabe 6/2004 des NEUROTRANSMITTERS.

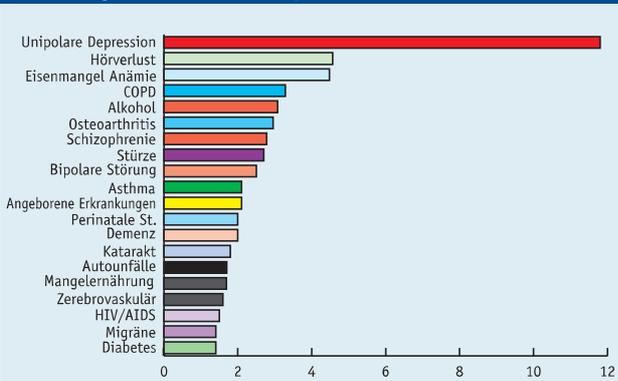
These 1

Das Gesundheitssystem kann bereits jetzt die Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen nicht adäquat leisten. Das Problem wird sich in den kommenden Jahren intensivieren.

Wie aus Abbildung 1 zu ersehen, stellt die WHO in ihrem World-Health-Report 2001 fest, dass Depressionen mit annähernd 12% die weltweit führende Ursache für die durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne (YLLs = years of life lived with disability) sind [1]. Unter den zehn wichtigsten Erkrankungen befinden sich außerdem Alkoholkrankungen, Schizophrenien und bipolare Erkrankungen. Engt man die Altersspanne auf 14–44 Jahre ein (Abb. 2), wird der hohe Stellenwert psychischer Erkrankungen noch deutlicher. Depressionen, Alkoholkrankungen und Schizophrenien rangieren in dieser Altersgruppe auf den ersten drei Positionen und machen etwa ein Viertel aller durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre aus. Entsprechend ergaben Berechnungen der Weltbank und der Harvard University zum „Global burden of disease“ (Abb. 3, S. 39 [2, 3]), dass sich im Jahre 2020 fünf psychische Erkrankungen unter den zehn wichtigsten befinden

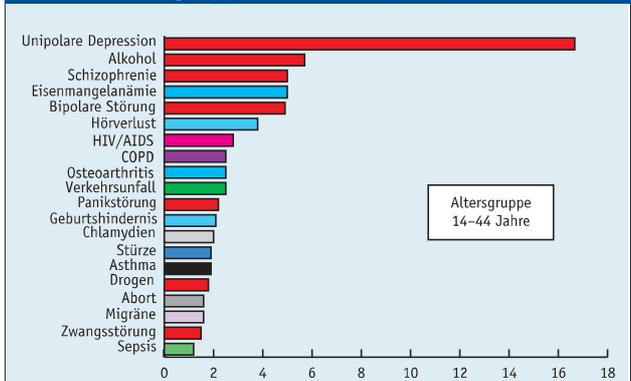
FORTSETZUNG S. 39 —

Abbildung 1
Ursachen für die durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne



Quelle: World Health Report (2001)

Abbildung 2
Ursachen für die durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre bezogen auf die Altersgruppe zwischen 14 und 44 Jahren



Quelle: World Health Report (2001)



Abbildung 3
Global Burden of Disease im Jahr 2020

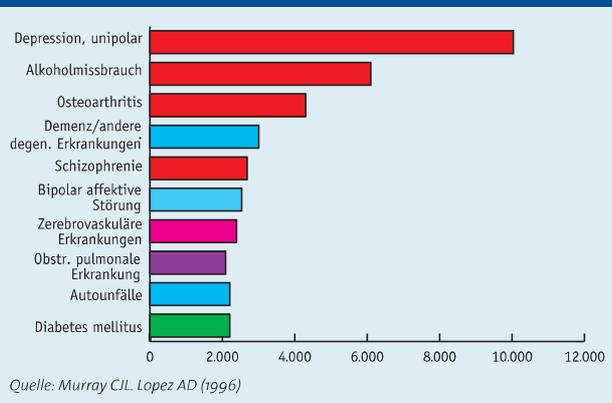
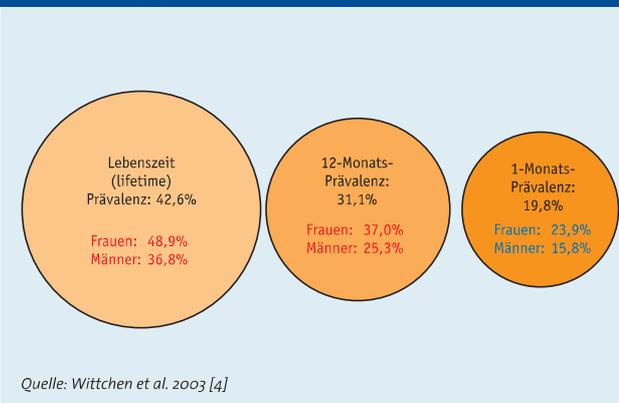


Abbildung 4
Prävalenz psychischer Störungen



Häufigkeit verschiedener Erkrankungen (Erkrankungsjahre gewichtet mit der Schwere der Beeinträchtigung)

Abbildung 5
12-Monats-Prävalenz verschiedener psychischer Erkrankungen

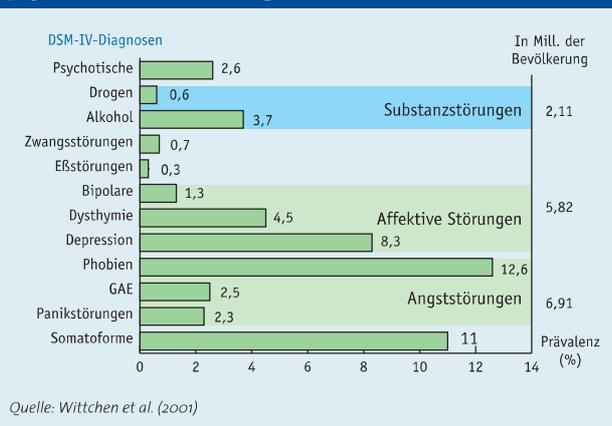


Abbildung 6
Veränderungen des Arbeitsunfähigkeitsvolumens im Jahr 2001 in Relation zu 1997

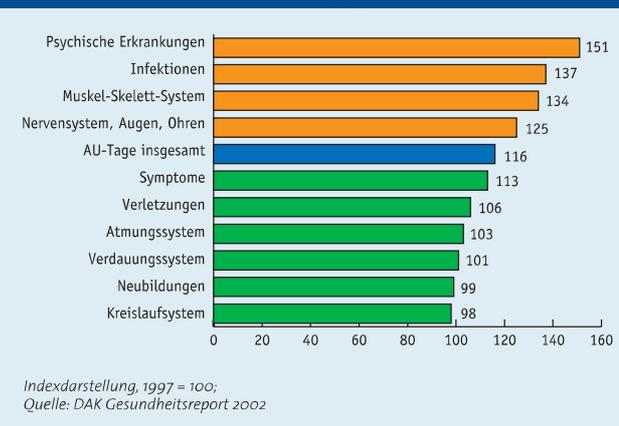


Abbildung 7
Ursachen von Frühberentungen zwischen 1983 und 1998

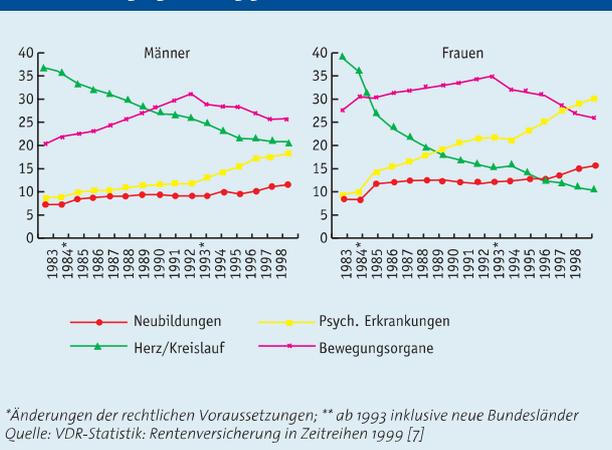
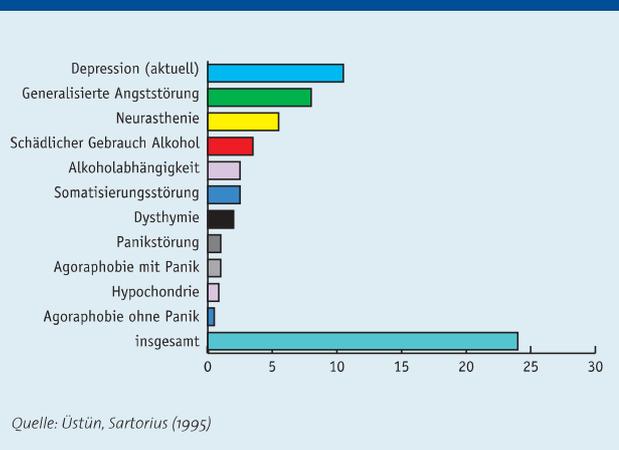


Abbildung 8
Prävalenz psychischer Krankheitsbilder in hausärztlichen Praxen



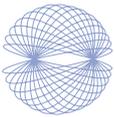
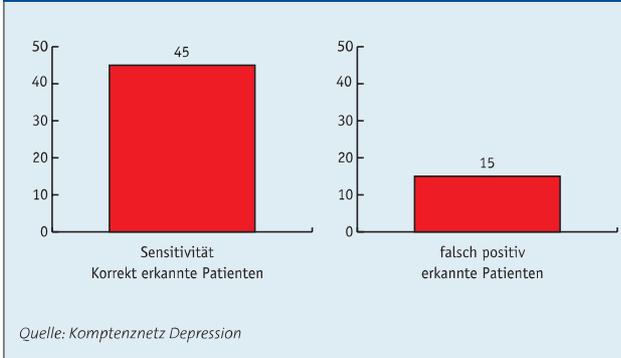


Abbildung 9
Diagnostik der Depression in hausärztlichen Praxen



Wie die Grafik verdeutlicht werden nur 45% der depressiven Patienten als solche erkannt. 15% werden fälschlich als depressiv diagnostiziert.

Abbildung 10
Vertragsnervenärztliche Versorgungsdichte

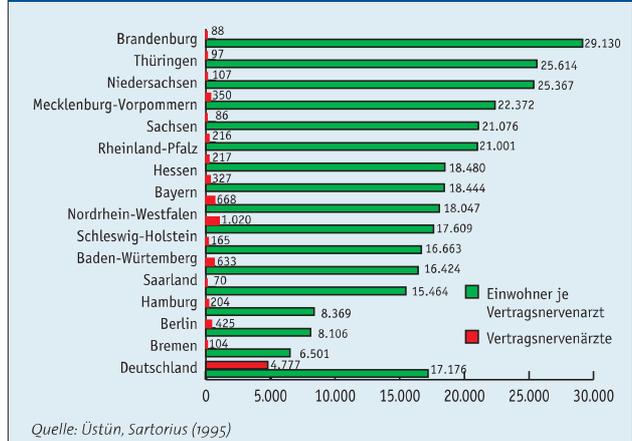


Abbildung 11
Budgetproblematik bei drei Halbstundenkontakten im Quartal

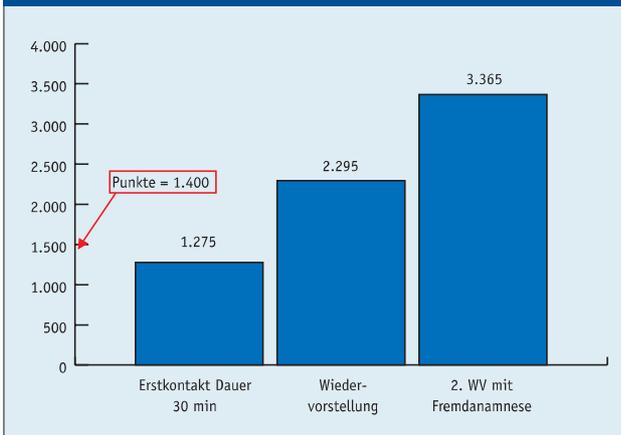
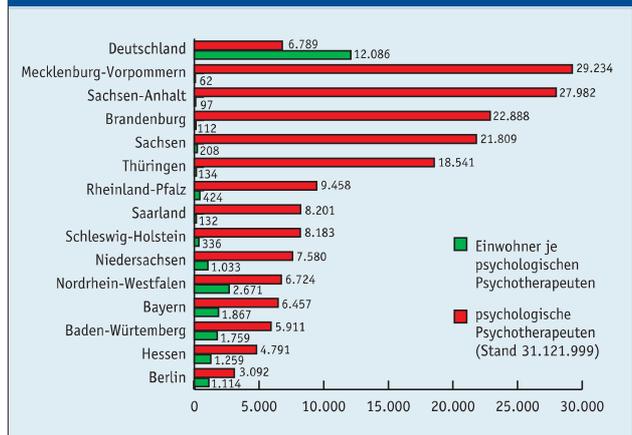


Abbildung 12
Versorgungsdichte mit psychologischen Psychotherapeuten



werden. Diese für die Weltbevölkerung erhobenen Daten spiegeln sich in den epidemiologischen Daten der Bundesrepublik Deutschland wider.

Insbesondere der im Auftrag des BMGS erhobene Bundesgesundheits-survey erbrachte, dass die 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen, das heißt die Zahl der Personen, die eine ICD-10-Diagnose im Laufe von zwölf Monaten aufweisen, 31% beträgt (Abb. 4, S. 39 [4, 5]). Dabei stehen Angsterkrankungen, Depressionen und somatoforme Störungen im Vordergrund (Abb. 5, S. 39). Dass das Gesundheitssystem diese zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen nicht adäquat auffangen kann, zeigt sich an der starken

Zunahme von Krankschreibungen, aber auch Berentungen wegen psychischer Erkrankungen. Erhebungen der Deutschen Angestellten-Krankenversicherung (DAK) zeigen, dass Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen zwischen 1997 und 2001 um 51% zugenommen haben. Einen derartigen Anstieg hat im selben Zeitraum keine andere Erkrankung verursacht. Der Bundesgesundheits-survey wies entsprechend nach, dass inzwischen über 40% der Krankschreibungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen stehen (Abb. 6, S. 39 [6]). Da nach onkologischen Erkrankungen psychische Störungen die längsten Ausfallzeiten mit sich bringen, entstehen durch die Krankengeldfortzah-

lungen nach sechs Wochen für die gesetzlichen Krankenversicherungen hohe Zusatzkosten. Nach Daten der Rentenversicherungen ist inzwischen auch die Zahl der Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen bei Frauen stark angestiegen und auch bei Männern besteht eine stark steigende Tendenz. Insgesamt erfolgen etwa 25% der Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen (Abb. 7, S. 39 [7]).

Nachdem die Analyse der vorliegenden Daten einen erheblichen Bedeutungszuwachs psychischer Erkrankungen auch in Deutschland aufzeigt, stellt sich die Frage nach der Versorgungssituation durch die zuständigen Berufsgruppen und deren Qualität.

These 2

Im ambulanten Sektor besteht eine massive psychiatrisch-psychotherapeutische Unterversorgung. Diese beruht erstens auf einer zu geringen Zahl an niedergelassenen Fachärzten als auch auf einer massiven Unterfinanzierung ihrer Leistungen.

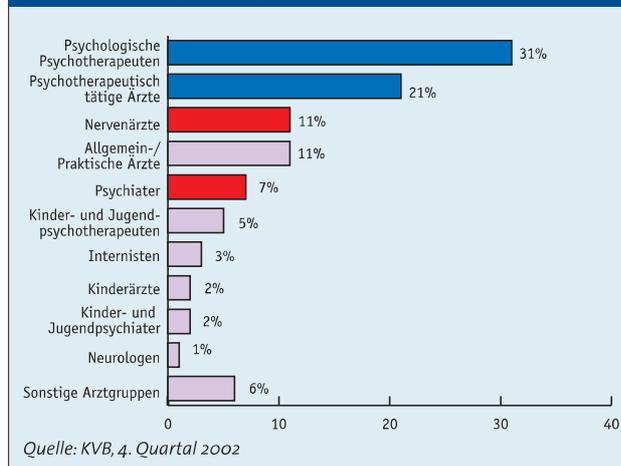
Im ambulanten Bereich besteht eine deutliche zahlenmäßige Dominanz der Allgemeinmedizin. 55.000 Hausärzte versorgen zirka 42 Millionen Patienten pro Jahr. Dabei wird der Anteil von Patienten mit psychischen Störungen in der allgemeinärztlichen Praxis auf etwa 24% geschätzt (Abb. 8, S. 39 [8]). Dies konnte in internationalen Studien der WHO auch für die Bundesrepublik Deutschland belegt werden. Führend sind mit über 10% depressive Erkrankungen neben Angststörungen, Somatisierungsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen.

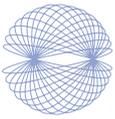
In der Allgemeinmedizin besteht ein ausgeprägtes Problem hinsichtlich Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Dies wurde insbesondere für die häufigste Diagnose, das heißt für depressive Störungen ermittelt. Mehrere internationale Studien ergaben, dass nur 50% der Depressionen erkannt werden, und nur ein geringer Teil der Patienten eine adäquate, leitlinienorientierte Behandlung erhält. Eigene, in Deutschland durchgeführte Untersuchungen im Rahmen des Kompetenznetzes Depression erbrachten entsprechend eine Erkennungsrate von zirka 45% der mit dem „Patient Health Questionnaire“ identifizierten depressiven Patienten und eine Rate falsch positiver als depressiv diagnostizierter Patienten von zirka 15% (Abb. 9 [9]).

Die zweitgrößte Bedeutung in der Versorgung psychischer Erkrankungen kommt den Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie/Nervenärzten zu. Da bisher keine wirklich adäquaten Bedarfszahlen für ambulant tätige Psychiater und Psychotherapeuten/Nervenärzten vorliegen, soll im Folgenden eine Modellrechnung angestellt werden, wieviele Fachärzte medizinisch notwendig wä-

ren. Geht man von einer 12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen von zirka 30% und einer vorsichtig geschätzten Behandlungsindikation und Bereitschaft von 25% dieses Personenkreises aus, dann würde ein Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie pro 6.000 Einwohner zirka 500 Patienten mit einer Behandlungsindikation und -bereitschaft pro Jahr diagnostizieren und therapieren. Eine solche Zahl von Patienten scheint realistisch auf hohem Qualitätsniveau betreibbar, würde aber bedeuten, dass ein Großteil der Patienten gemeinsam mit Hausärzten im Rahmen einer Zweitsicht und Supervision versorgt

Abbildung 13
Ausgabenanteil für EBM-G-II- bis -V-Leistungen
nach Leistungserbringern





Nevenärzte, Psychiater/Psychotherapeuten beziehungsweise ärztliche und psychologische Psychotherapeuten in Bayern

	Ärzte/ Psychologen	Fallzahl/ Quartal	Fallzahl/Quartal/ je Arzt	Punkte/Fall/ Quartal
Nervenärzte nur psych. Leistungen (Psychiater & Psychotherapeuten)	700	276.00	395	1.855
Ärztliche Psychotherapeuten	865	35.000	40	7.543
Psychologische Psychotherapeuten	2.101	72.00	34	8.694

Quelle: KVB, 4. Quartal 2002

wird. Die psychiatrisch-nervenärztliche Versorgungsdichte sieht jedoch wesentlich schlechter aus. In keinem Bundesland wird die notwendige Dichte erreicht. Vielmehr beträgt sie bundesweit zirka 17.000 Einwohner pro Psychiater/Nervenarzt (Abb. 10). In den neuen Bundesländern ist dabei die Versorgung so schlecht, dass ein Nervenarzt auf über 20.000 Patienten kommt. Geht man von den oben genannten Zahlen von einer 30%igen 12-Monatsprävalenz und einer 25%igen Behandlungsindikation und -bereitschaft aus, dann wäre jeder einzelne Arzt im Osten für etwa 2.000 Patienten zuständig. Dies ist jedoch mit einer differenzierten leitlinienorientierten Versorgung nicht mehr vereinbar. Somit muss angestrebt werden, die Zahl niedergelassener Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zu vergrößern und gleichzeitig eine vernetzte, qualitativ hoch stehende Versorgung von psychisch Erkrankten durch Psychiater/Psychotherapeuten, Hausärzte sowie psychologische und ärztliche Psychotherapeuten zu etablieren.

Eine Qualitätssicherungsstudie im Rahmen des Kompetenznetzes Depression bei niedergelassenen Nervenärzten erwies in einer ersten umschriebenen Stichprobe mit etwa 100 Patienten, dass eine achtwöchige psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie nur zu begrenzten Therapieerfolgen führt. Das Monitoring ergab, dass zwar leitlinienentsprechend diagnostiziert und behandelt wurde, die Frequenz der Konsultationen jedoch sehr niedrig war. Dies entspricht der momentanen Budgetproblematik, das heißt, dass der Nervenarzt pro Quartal etwa 40 EUR für die Versorgung ei-

nes Patienten erhält (Abb. 11 [10]). Damit ist pro Quartal nur eine etwa halbstündige Konsultation finanziell gedeckt. Alles andere muss durch „Querfinanzierung“ oder unbezahlt vom Praxisinhaber geleistet werden. Wie stark diese Finanzierung eine qualitätsorientierte Medizin verhindert, zeigt der World-Health-Report 2001 [1]. Er empfiehlt für die Behandlung Depressiver, dass die Patienten alle ein bis zwei Wochen, in der akuten Phase noch häufiger von ihrem behandelnden Arzt gesehen werden sollten. Eine in Deutschland nicht realisierbare Forderung!

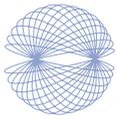
Richtlinienpsychotherapie findet in den ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen kaum mehr statt. Ursache ist das „90%-Urteil“, das besagt, dass nur noch Ärzten und Psychologen, die über 90% Richtlinienpsychotherapie durchführen, ein gestützter Punktwert bezahlt wird. Da dies mit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis nicht vereinbar ist, wird die von Psychiatern durchgeführte Psychotherapie so minimal bezahlt – beispielsweise in Nordrhein-Westfalen zur Zeit 8 EUR pro Stunde – dass sie nicht mehr geleistet werden kann. Somit ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung nicht mehr gewährleistet. Die niedergelassenen Fachärzte versorgen zwar etwa 2,5 Millionen Patienten pro Jahr, jedoch ermöglicht das extrem niedrige Budget nur noch Medizin im 5-Minuten-Takt oder mit wochen- bis monatelangen Intervallen zwischen den einzelnen Konsultationen.

Wesentlich günstiger ist die Situation für die reine ärztliche und psychologische Psychotherapie. Zwar sind die

etwa 2.900 niedergelassenen ärztlichen psychotherapeutischen Mediziner zahlenmäßig wesentlich weniger als die niedergelassenen Psychiater/Nervenärzte, doch ist die Dichte der psychologischen Psychotherapeuten hoch. Abbildung 12 zeigt deutliche regionale Unterschiede, aber insgesamt versorgen etwa 12.000 psychologische Psychotherapeuten zirka 6.500 Patienten pro Therapeut. Auch hier bestehen deutliche regionale Unterschiede mit einem Defizit in den neuen Bundesländern. Insgesamt ist die Therapeut/Patienten-Dichte jedoch wesentlich günstiger als bei Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie.

Obige Tabelle zeigt am Beispiel der KV Bayern die wesentlich höhere Patientenzahl, die von Psychiatern und Nervenärzten versorgt werden, und zwar bei wesentlich niedrigerer Punktzahl pro Quartal im Vergleich zu ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten. Diese Disproportion der Gesamtzahl von Ärzten und Therapeuten sowie des Kostenaufwandes pro Patient wird in Abbildung 13 (S. 41) deutlich. Sie zeigt, dass 52% aller Kosten für Leistungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen für Richtlinienpsychotherapie und nur 18% für die psychiatrisch-psychotherapeutische Grundversorgung ausgegeben werden. Überraschend ist die Tatsache, dass 43% der Gesamtkosten für Richtlinienpsychotherapie für Psychoanalyse ausgegeben werden. Das heißt zur Zeit wird in der ambulanten Versorgung mehr Geld für Psychoanalyse als für die psychiatrisch-psychotherapeutische Grundversorgung ausgegeben. Insbesondere aufgrund des engen Indikationsbereichs dieses Verfahrens nach evidenzbasierter Medizin muss hier von einem deutlichen Missverhältnis gesprochen werden. Trotz des hohen Kostenaufwands für psychologische und ärztliche Psychotherapie wird bisher kein Qualitätsmonitoring durchgeführt, das heißt es gibt keine systematischen Qualitäts- und Outcome-Daten in der ambulanten Psychotherapie.

Prof. Dr. med. Mathias Berger, Freiburg
Präsident der DGPPN



Emotionale Diskussion um „Dekonstruktion des Nervenarztes“

Der Brief des Kollegen Dr. Guntram Hinz und die Stellungnahme von Dr. Paul Reuther für die Vorstände der Berufsverbände (NT 3/2004, S. 42 ff.) haben zahlreiche, ganz unterschiedliche Reaktionen hervorgerufen und eine interessante Diskussion entfacht.



Plädoyer für die kombinierte nervenärztliche Tätigkeit

Der Kollege Hinz aus Hamburg hat einen klugen und bedenkenswerten Artikel geschrieben. Er hat wiederum, wie in ähnlichen Leserbriefen schon andere, wichtige Argumente zusammengetragen, die die Vorteile und die Notwendigkeiten für die kombinierte nervenärztliche Tätigkeit in der Praxis begründen. Statt seine Argumente auf-

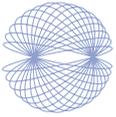
„Wenn man so konsequent wie die letzten 20 Jahre die Nervenheilkunde als gemeinsames Fach dekonstruiert, Philosophie und Soziologie aus der Nervenheilkunde vertreibt und am Schluss dann nur noch technische Diagnostik, Pharmakotherapie und Betriebswirtschaft übrig bleibt, verwundert es nicht, dass intellektuell interessierte Kollegen nicht mehr so ‚anbeißen‘.“

zunehmen und zu diskutieren, wird er vom Vorstandsmitglied Paul Reuther abgekanzelt: Herr Reuther weist auf die Beschlusslagen unserer Berufsverbände hin, beschreibt Alltagsplätze über Kooperation und Qualifikation und serviert den Briefeschreiber zum Schluss ab mit dem Satz: „Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben“. (Wir erinnern uns ja noch, dass dies Gorbatschow auf Herrn Honecker und die alte DDR bezogen hat!).

Ich finde dagegen, dass dieser Artikel das Richtige formuliert. Herr Hinz tut etwas, was ich seit Jahren in den jeweiligen Artikeln im NEUROTRANSMITTER, insbesondere der Vorstanderschaft, vermisse: Er redet über das, was wir wirklich tun als Nervenärzte in der Praxis, nämlich in einer breitgefächerten Weise auf neurologische und psychiatrische und psychosomatische und sozialmedizinische Fragen vorläufige oder langfristige Antworten suchen und finden und insbesondere chronisch Kranke oft lebenslang begleiten. Er hat dies sehr gründlich und sachlich dargestellt. Und das Allerwichtigste dieses Briefes: Er hat „gewagt“, wenn auch vorsichtig, zu fragen und zu sagen, wessen Interessen wir



mit der Politik der Trennung von Neurologie und Psychiatrie vertreten: Nicht die der Kranken, auch nicht die der niedergelassenen nervenärztlich Tätigen, sondern beispielsweise der Klinikchefs der Universitätskliniken und anderer, die in den spezialisierten Berufsverbänden Einfluss und Interessen vertreten. Er hat es sogar gewagt, an das „Allerheiligste“ der derzeit veröffentlichten Medizin zu rühren, nämlich an die als alleinseligmachend aufgefasste Evidence-based-medicine und kritisch hier anzuklopfen. Es besteht meines Erachtens gar kein Zweifel daran, dass sowohl hinter der Trennung der nervenärztlichen Fächer, als auch hinter der veröffentlichten Meinung über Evidenz-basierte Medizin, handfeste Interessen stehen; zum einen



die von Klinikleitern und gewordenen und werdenden Professoren, zum anderen bei der Darstellung der Evidenz-basierten Medizin eindeutig die Interessen der Pharmaindustrie.

Mache ich es noch am einem Beispiel unserer täglichen Arbeit als Nervenärzte deutlich: In der gerontopsychiatrischen Versorgung dreht es sich doch darum, dass wir Nervenärzte mit dazu helfen, dass die betroffenen beeinträchtigten Menschen intensiver und engagierter versorgt und begleitet werden, dass die oft überforderten Angehörigen begleitet und gestützt werden, dass sozialmedizinische Maßnahmen koordiniert und begleitet werden, dass Altenpflegerinnen belehrt und angeleitet werden, dass das Prinzip „fördern durch fordern“ in der alltäglichen Versorgung Wirklichkeit wird. Daran dass die betroffenen Patienten auch Medikamente brauchen und dass Antidementiva hier eine Rolle spielen, besteht kein Zweifel. In dem was uns an Veröffentlichtem zufliegt, sind aber die entsprechenden Meinungsbildner nur daran interessiert, uns mit ihren Evidenz-basierten Studien die Notwendigkeit der Einführung der neuen Medikamente zu „verkaufen“.

Was für die Demenz gilt, gilt für viele Bereiche der nervenärztlichen Tätigkeit, und ich könnte ähnlich begründet argumentieren über leichte bis mittelschwere Depressionen, über MS etc.; ich könnte darstellen, auf Grund welcher Interessenlagen „neue Krankheiten“ erfunden und propagiert werden. Man wird dann nicht übersehen dürfen, dass eine kaum überschaubare Allianz zwischen der Gruppe der akademischen Forscher und der Pharmaindustrie besteht.

Darum meine ich, dass Kollegen, die auf unsere praktischen Versorgungsnotwendigkeiten aus langjähriger Erfahrung hinweisen, nicht die sind, die „zu spät kommen“. Vielmehr habe ich den Eindruck, dass gerade in den Vorständen des Berufsverbandes oft im vorauseilenden Gehorsam „zu früh gesprungen wird“ und damit die Möglichkeiten selbstkritischer Auseinandersetzung mit der herrschenden Meinung gar nicht mehr möglich wird. Dass so ohne Widerstand der kombinierte Nervenarzt, den ich weiterhin für eine besonders glückliche Konstruktion für die Versor-

gung in unserem Lande halte, aufgegeben wurde, ist die eine Seite der Medaille; die andere ist das brave Nachbeten und Veröffentlichungen der indirekten Botschaften der Universität oder gar der direkten der Pharmaindustrie (wie es auch ständig im NEUROTRANSMITTER geschieht).

Immer wieder wird davon gesprochen, dass sich junge Kollegen gar nicht mehr für die Nervenheilkunde interessieren. Dies wird damit begründet, dass man bei uns zu wenig verdiene ... Ich sehe die Dinge anders: Wenn man so konsequent wie die letzten 20 Jahre die Nervenheilkunde als gemeinsames Fach dekonstruiert, Philosophie und Soziologie aus der Nervenheilkunde vertreibt und am Schluss dann nur noch technische Diagnostik, Pharmakotherapie und Betriebswirtschaft übrig bleibt, verwundert es nicht, dass intellektuell interessierte Kollegen nicht mehr so „anbeißen“. Der zweifellos immer wieder

faszinierende Blick auf neurobiologische Erkenntnisse kann die intellektuelle Dämmerung unseres Faches manchmal etwas aufhellen; für die Alltagspraxis ist das aber heute und wohl auch in den nächsten 30 Jahren zu wenig.

Herr Reuther meint in seinem letzten Absatz, wir sollten nicht an „traditionierten Generalistenstrukturen festhalten“. Ich bin ganz anderer Meinung. Nein, wir sollten uns endlich wieder auf die Tradition unseres nervenärztlichen Faches besinnen, uns wieder intellektuellen Grundlagen, den „Generalia“, intensiver zuwenden und wir sollten couragiert, frei und unabhängig von den akademischen Meinungsbildnern und Interessenvertretern der Pharmaindustrie, aber auch innerlich unabhängig von unseren Patienten wie den politischen Kräften unsere nervenärztliche Versorgung weiterführen.

Dr. med. Friedrich Böhme, Tuttlingen

Internationalen Entwicklungen nicht verschließen

Den Brief von Herrn Hinz und die Stellungnahme von Herrn Reuther möchte ich nur mit einigen Anmerkungen begleiten, die vielleicht zur erweiterten Wahrnehmung des Problems beitragen können. Die Reflektionen von Herrn Hinz über die mutmaßliche Entwicklungs- und Trennungproblematik lässt ein meines Erachtens nicht unwesentliches Faktum außer Acht: Bereits der 1.

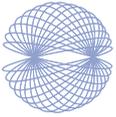
Deutsche Ärztetag nach dem 2. Weltkrieg hat sich mit einem Antrag beschäftigt, der auch breite Zustimmung gefunden hat – nämlich den Arzt für Neurologie einzuführen und dabei eine ausschließliche Ausbildung im Fachgebiet Neurologie zu ermöglichen. Zusätzlich war beantragt worden, ein Pflichtjahr (Innere Medizin) einzuführen. Eine ganze Reihe von Neurologen wurden auch entsprechend dieser ersten Fach-

arztordnung ausgebildet. Über die historischen Umstände, die nach dem Krieg von diesem bereits bestehenden Facharzt für Neurologie (Mindestweiterbildungszeit damals drei Jahre) auf den Nervenarzt der Vorkriegszeit zurückführten, gibt

es wenig publizierte Protokolle. Ob sie in den Archiven der DGN noch präsent sind, wird man klären müssen. Ich glaube es wäre heilsam, wenn wir die Argumente für die damaligen und die heutigen Entscheidungen nachvollziehen und gegenüber stellen könnten.

In der aktuellen Diskussion über die Strukturierung einer qualifizierten Weiterbildung im Fachgebiet Neurologie möchte ich mir erlauben, auf die Richtlinie 2001/19/EG des europäischen Parlaments zu verweisen, in der es einen Arzt für klinische Neurophysiologie (Dänemark, Spanien, Irland, Finnland,

„Ich halte die qualifizierte Ausbildung einer Kernkompetenz für den entscheidenden Auftrag der Weiterbildungsordnung. Die Wahrnehmung der eigenen Grenzen zeichnet den gut ausgebildeten Arzt vor allem aus.“



Schweden, Großbritannien; Mindestweiterbildungszeit vier Jahre), einen Facharzt für Neurologie (alle EU-Länder [Dänemark: Neuromedizin]; Mindestweiterbildungszeit vier Jahre), einen Arzt für Psychiatrie (alle EU-Länder; Weiterbildungszeit vier Jahre) sowie einen Arzt für Neuropsychiatrie (Belgien, Griechenland, Frankreich, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich; Mindestweiterbildungszeit fünf Jahre) gibt. In Deutschland ist hier der Arzt für „Nervenheilkunde“ (Neurologie und Psychiatrie), in Österreich der Arzt für „Neurologie und Psychiatrie“ genannt. Diese Facharztbezeichnung (Neuropsychiatrie) wurde in einigen Ländern bis heute beibehalten, die Ausbildung in diesem Gebiet allerdings eingestellt: in Belgien am 1.8.1987, in Frankreich am 31.12.1971, in Luxemburg am 5.3.1982 und in den Niederlande am 9.7.1984. EU-Richtlinien, über die wechselseitige Anerkennung setzen diese Zeiten voraus, sodass ein Internist mit der Zusatzbezeichnung Kardiologie (in Deutschland drei Jahre) deswegen außerhalb Deutschlands nicht als Kardiologe anerkannt werden kann, da die in der EU festgelegte Mindestweiterbildungszeit von vier Jahren nicht erreicht wird und dementsprechend Nacharbeitungs- und Anerkennungsprobleme bestehen. Wenn wir mit dem Instrument Facharztausbildung eine klare Facharztkompetenz, ein klares Selbstverständnis und eine entsprechende Qualifikation gegenüber den Patienten meinen, können wir uns diesen Schnittstellen nicht verschließen.

Der Patient kann erwarten, dass ihm ein differenzierter und qualifizierter Facharztstandard im stationären und ambulanten Bereich – meiner Einschätzung nach ein einheitlicher Facharztstandard – angeboten wird. Dieser Facharzt, sei es Neurologe oder Psychiater, ist der eigentliche Lotse im Gebiet Neurologie oder Psychiatrie und sollte im Rahmen einer qualifizierten Kooperation mit hausärztlich tätigen Kollegen das Anforderungsprofil des Kranken in jeder Richtung erfüllen. Die Wahrnehmung des psychosozialen Umfeldes, die Bewältigung von Krankheitsproblemen kann ein erfahrener Kollege innerhalb des Gebietes meines Erachtens hinreichend und differenziert erwerben und sollte dies, wenn es

sein Wunsch ist, innerhalb von qualifizierten Weiterbildungsstrukturen auch vertiefen und erweitern dürfen. Ich halte die qualifizierte Ausbildung für eine Kernkompetenz für den entscheidenden Auftrag der Weiterbildungsordnung. Die Verbesserung und Ausdifferenzierung im beruflichen Umfeld kann durch diese Weiterbildung nicht vorweg weggenommen werden und bedarf anderer Strukturen.

Die Kritik gegenüber Professoren und spezialisierten Klinikchefs kann ich eigentlich nicht so recht nachvollziehen, ist doch das Spannungsfeld zwischen spezialisiertem Wissen, einschließlich Evidence-based-medicine, Leitlinien und anderen Strukturen einerseits und der Wahrnehmung des Patienten, mit seinen höchstindividuellen Bedürfnissen andererseits ein grundlegendes Spannungsfeld, das jeder Arzt bewältigen muss, ob Spezialist oder nicht. Die Wahrnehmung der eigenen Grenzen zeichnet den gut ausgebildeten Arzt vor allem aus. An dieser Stelle denke ich, muss die Selbsteinschätzung jeden Tag neu erarbeitet werden und – da stimme ich Herrn Hinz in jeder Weise zu – als eigentliche Integrationsleistung des Arztes für den Patienten im Mittelpunkt bleiben. Diese Arbeit kann man nicht



durch Leitlinien oder andere Strukturen ersetzen, auch wenn uns dies von Gesundheitsökonomen Glauben gemacht wird. Die interdisziplinäre Kooperationsstruktur, wie sie von Herrn Reuther als Gegenkonzept skizziert wird, ist als anzustrebender Lösungsansatz zweifelsohne zwingend. Dies heißt nicht Delegation von Verantwortung oder organisierte Verantwortungslosigkeit, aber der Gegenpart, ein autistisches Denken, in dem die eigene Erfahrung, stärkere Wissens- und Gewissensfragen überdeckt, ist auch kein Glücksfall.

Prof. Dr. med. R. W. C. Janzen, Frankfurt

Dekonstruktion des Nervenarztes – Neukonstruktion des Neuropsychiaters?

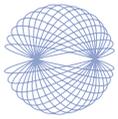
In seiner Stellungnahme [1] plädiert Paul Reuther gegen eine zeitgemäße Neuinterpretation eines Nervenarztes und begründet dies hauptsächlich mit dem enormen Wissenszuwachs in beiden Disziplinen. Grob zusammengefasst könnte man als Leitsatz formulieren: „Der enorme Wissenszuwachs in beiden Disziplinen ist durch einen Arzt nicht mehr zu bewältigen. Und immanent die These: Nur durch Kenntnis des Wissenszuwachses mit anschließender (fachspezifischer) Anwendung lassen sich die gesundheitsmedizinischen Herausforderungen bewältigen.“ Bis vor wenigen Jahren hätte ich Ihrer Ansicht noch

vorbehaltslos zugestimmt. Mittlerweile vermute ich, dass diese Argumentationslinie zur Lösungssuche für sozialmedizinische Zukunftsherausforderungen nicht mehr alleine ausreicht.

Der durch Sie herausgestellte medizinische Wissenszuwachs führt zu zweierlei durchaus grundverschiedenen Effekten: einerseits zu dem von Ihnen klar beschriebenen Wissens- und Kompetenzzuwachs in medizinischen „high-tech oder high-chem-Bereichen“. Andererseits zeigt die rehabilitative For-

„Möglicherweise müssen wir nicht nur die sektorierte Gesundheitsversorgung überwinden, sondern auch das zunehmende Facharztspezialisierungssyndrom.“

FORTSETZUNG S. 51 —



schung gleichzeitig deutlich, dass diese high-tech/chem-Medizin die großen gesundheitlichen Aufgaben unserer Gesellschaft nicht lösen kann. Ein Beispiel sei exemplarisch genannt: Die Hauptfaktoren, die das immer gravierendere Frühberentungsrisiko (zumindest in bestimmten Krankheitsgruppen) erklären können, sind a) die Selbstprognose der Erwerbsfähigkeit und b) die Arbeitsmarktlage [2–5]. Um hier zu intervenieren benötigt man zumindest für die führenden Diagnosen der Frühberentung [6] keine high-tech/chem-Medizin, sondern eine konsequente Beachtung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells, also zunächst eine sprechende Medizin. Ohne eine „gradwandernde“ Diskussion im gutachterlich-therapeutischen Dilemma zu Themen wie der beruflichen Selbstprognose, Berentungswahrscheinlichkeit, Selbstprognose der Krankheitschronifizierung und Selbstwirksamkeitserwartung wird man dem sozialen Teil des Krankheitsmodells nach ICF [6] nicht annähernd therapeutisch nahe kommen können. Diese Aspekte sind meines Erachtens kaum Gegenstand einer zunehmend spezialisierten Facharztausbildung, im Gegenteil verführt die zunehmende Spezialisierung zu einer Erhebung einer Fülle sozialmedizinisch unwichtiger pathologischer Befunde (z. B. die diagnostisch-radiologische Fortschrittsfälle bei den chronisch unspezifischen Rückenschmerzen) [7]. Die zunehmende Spezialisierung führt zu massivem Ressourcenverbrauch, ohne dass es beispielsweise bei chronisch unspezifischen Rückenschmerzen zu einer entsprechenden Verbesserung der Versorgung kommt [6, 7].

Neue Erkenntnisse der World Psychiatric Organisation im Auftrag der WHO [8] zeigen, dass die allgemeine Gesundheitsgleichung (G) nur aufgeht, wenn zusätzliche Variablen eingeführt werden: $G = \text{Ressourcen} + \text{Technologie} + \text{unbekannte Variablen}$. Aus der Analyse verschiedener Gesundheitssysteme (reiche Industrienationen, Schwellenländer, Entwicklungsländer) schlägt man als zusätzliche Variablen die identifizierten vier Hauptfehler veralteter Gesundheitsparadigmen vor. Für die Diskussion des Für und Wider zum neuen Neuro-psychiatrischen Generalisten ist hauptsächlich

Fehler Nr. 4 von Bedeutung: Das medizinische Denken in einzelnen (fächerbezogenen, Anmerkung Poe) Krankheiten/Störungen anstelle der Wahrnehmung relevanter ko-multimorbider Krankheitskonstellationen. Der reale Patient ist fächerübergreifend komorbid, trifft aber (insbesondere in reichen Industrieländern) zunehmend auf mono-morbide ausgebildete Spezialisten. (Man könnte diese Konstellation etwas zynisch als Ressourcen-verschwendende Fortschrittsfal-



le bezeichnen.) In der neuen amerikanischen Literatur finden sich erste Aufforderungen zur Fächer-übergreifenden Behandlung gesundheitsmedizinisch wichtiger Komorbiditäten, beispielsweise der häufigen Komorbidität von Depression und Schmerz [9]. Interessanter Weise sind es Internisten, die sich derzeit für die zeitgemäße Fächer-übergreifende Behandlung dieser zahlenmäßig häufigen Komorbidität einsetzen. Beide Störungen gehören nicht direkt in das internistische Spezialgebiet, sondern in die Fächer-übergreifende „Hausarztfunktion“ des Internisten. Ebenfalls interessant ist, dass amerikanische Psychiater mittlerweile fordern, dass die jüngere Psychiatergeneration sich schmerztherapeutisch fortbilden muss, weil die Komorbidität zu affektiven Störungen sehr hoch ist und eine alleinige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung das

komorbide Gesundheitsproblem nur unzureichend berührt [10].

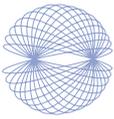
Schaut man sich die Natur der komorbiden Schmerzstörungen an [9], so sieht man, dass es wenige unterschiedliche Krankheiten sind – hauptsächlich verschiedene Formen von unspezifischen Muskelschmerzen und Kopfschmerzen. Eine Fächer-übergreifende komorbid-orientierte Ausbildung wäre also realisierbar. Möglicherweise sind zumindest einige gesundheitsökonomisch relevante komorbide Störungen zu einem hohen Prozentsatz mit einer guten Fächer-übergreifenden „generalisierenden“ medizinischen Ausbildung für verschiedene Fachärzte weitgehend ohne high-tech/chem-Medizin behandelbar.

Wahrscheinlich sind sie sogar mit einer höheren therapeutischen Dichte insbesondere für die Selbstwirksamkeit verstärkende Maßnahmen besser behandelbar, als durch gezielten Einsatz Ressourcen-verbrauchender high-tech/chem-Medizin durch Kooperation verschiedener Fachspezialisten ohne Fächer-übergreifende „Generalisationstendenz“. Bislang gibt es hierzu meines Wissens keine Interventionsstudien, lediglich erste Planungen.

Ich stimme Herrn Reuther ausdrücklich zu, dass wir nicht an tradierten Generalistenstrukturen festhalten sollten. Ihre Aufforderungen möchte ich aber dahingehend erweitern, dass wir uns parallel zur Facharztweiterentwicklung um eine zeitgemäße Neuinterpretation in Fächer-übergreifende die Versorgungsrealität berücksichtigende Medizin bemühen müssen. Ein Beispiel für eine zeitgemäße Fächer-übergreifende Medizin wäre der moderne Neuropsychiater gegebenenfalls mit schmerztherapeutischer Kompetenz. Möglicherweise müssen wir nicht nur die sektorierte Gesundheitsversorgung überwinden, sondern auch das zunehmende Facharztspezialisierungs-Syndrom ...

In Erwidierung Ihres Gorbatschow-Zitates, „Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben!“ möchte ich mit einem Zitat von Albert Einstein antworten: „Die Probleme, die es in der Welt gibt, sind nicht mit der gleichen Denkweise zu lösen, die sie erzeugt hat.“

Dr. med. Marius Poersch, Ahrweiler



Unsinnige Auftrennung der Fachgebiete

Es erfüllt mich mit Erstaunen und großer Unzufriedenheit, dass insbesondere die Vorstände von BVDN und BVDP einen ausschließlich für das Fach Neurologie zuständigen Kollegen beauftragen, allgemeine Statements über die ambulante Versorgungssituation nervenärztlich und psychotherapeutisch zu behandeln der Patienten abzugeben. Hier liegt eine eindeutige Kompetenzüberschreitung vor und ein klares Versäumnis der Vorstände von BVDN und BVDP, eigene fachspezifische Belange zur Geltung zu bringen.

Die sehr gewichtigen Argumente des Herrn Kollegen Hinz werden in der Stellungnahme durch Herrn Reuther überhaupt nicht aufgenommen oder bearbeitet, sondern mit einer Flut von fachchinesischem und gerade en vogue befindlichen Schlagwörtern abgeschmettert, die zum Teil für den stationären nicht aber für den ambulanten Bereich gelten.

Die Rede von einer „verkürzten Ausbildung zum Nervenarzt“ ist empörend für die zahlreichen Kollegen für Nervenheilkunde und für Neurologie und Psychiatrie, die insgesamt mehr Weiterbildung betrieben haben als die „Nur-Neurologen“. Zudem haben viele Nervenärzte sich zusätzlich in jahrelanger Weiterbildung den Titel „Psychotherapeut“ erarbeitet. Vor diesem Hintergrund betrachte ich in der ambulanten Versorgung „Nur-Neurologen“ als Schmalspurnervenärzte.

„Die heutige Zeit erfordert grundsätzlich eine Mehrfachkompetenz, zumindest eine Doppelkompetenz.“

Die Trennung der beiden Gebiete Neurologie und Psychiatrie ist für viele Patienten im ambulanten Sektor völlig unsinnig. Das lächerliche Argument, den „Generalisten“ könne es nicht geben wegen der Vielfalt der fachlichen Neuentwicklungen ist im Kern unsinnig, da selbstverständlich weder der neurologische Chefarzt, noch der Facharzt für Neurologie auch nur im entferntesten kompetent für alle Teilbereiche seines Faches sein kann.

Eine Parkinsonpatientin, die in einer allgemeinen Neurologischen Klinik aufgenommen wurde, deren Schwerpunkt die Behandlung der MS ist, machte dort absolut unerfreuliche Erfahrungen durch eine in der betreffenden Klinik bestehende weitgehende Unkenntnis eines Parkinsonspezialwissens, welches sicher zwei Stufen unter dem Wissen des behandelnden niedergelassenen Nervenarztes lag.

Nachdem die Gesellschaft für Neurologie den Kontakt zum BVDN abgebrochen hat und nur noch den Kontakt zum BDN pflegt, war es auf

dem letzten Neurologenkongress geradezu rührend, mit anzusehen, wie eine Vielzahl von Vorträgen Dank der modernen Bild gebenden Verfahren mitten in die Domäne der Psychiatrie hinein reichte und ohne die Mitarbeit von Psychiatern und Psychologen gar nicht hätte dargestellt werden können.

Viele Neurologen, insbesondere Kliniker, wollen nicht deshalb mit der Psychiatrie nichts zu tun haben, weil sie für die Beschäftigung damit keine zusätzlichen zeitlichen und organisatorischen Valenzen haben, sondern weil ihnen dieses Gebiet regelrecht zuwider ist. Manche von Ihnen haben den Doppelfacharzt erworben, ohne jemals auch nur in einem psychiatrischen Lehrbuch geblättert zu haben.

Die heutige Zeit erfordert grundsätzlich die Mehrfachkompetenz, zumindest eine Doppelkompetenz. In der Stellungnahme von Herrn Reuther wird eine Einigkeit „aller Beteiligten“ behauptet, die überhaupt nicht besteht. Ein Facharzt für Neurologie sollte sich

nicht dazu äußern, was „wir“ als „Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie“ unseren Patienten schuldig sind!

Empörend in der Stellungnahme des Kollegen Reuther finde ich in diesem Zusammenhang das angebliche Gorbartschow-Zitat zu nennen: „Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben“. Dieser Satz bezog sich auf ein abgehalftes Unterdrückungsregime und zeugt als Zitat in diesem Zusammenhang von mangelndem Fingerspitzengefühl und von Selbstüberhebung.

Nach 28-jähriger Mitgliedschaft im BVDN bin ich mir nicht mehr sicher, ob dieser Verband tatsächlich noch die Interessen meiner Patientinnen und Patienten und die meiner Fachgruppe der Nervenärzte vertritt.

Dr. med. Walfrid Winkelmann, Hamburg

Hinweis der Redaktion

Die Redaktion behält sich das Recht vor, Leserzuschriften in gekürzter und redigierter Version abzu drucken.



Stellungnahme

Auf das an die Vorstände der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP gerichtete Schreiben des Kollegen Winkelmann, hat der Vorsitzende des BDN, Prof. Dr. Rolf Hagenah, folgenden Antwortbrief verfasst. Die ursprünglich persönlich adressierten Schreiben haben wir mit Genehmigung der Autoren abgedruckt.

Als Vorsitzender des BDN, als Mitglied des Beirates der DGN, als Chefarzt einer Neurologischen Klinik und als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie – ich werde noch als Nervenarzt aufgeführt – habe ich für Ihr Schreiben vom 19.4.2004 im Gesamtkontext Verständnis. Möglicherweise ist es Ihnen entgangen, wie immer wieder in den verschiedenen Verbänden und Gesellschaften um Entscheidungen gerungen wurde, so einfach wie Sie es in Ihrem Brief darlegen, hat man es sich nicht gemacht. Abstimmungen darüber, ob man einen Nervenarzt beziehungsweise einen Arzt für Neurologie und Psychiatrie erhalten möchte oder aber die Fachgebiete trennt, sind in ihren Voten hin- und hergegangen. In Europa hat es eine Entscheidung gegeben. Wir werden letztendlich mit dieser Entscheidung leben müssen, ob wir wollen oder nicht. Insofern macht es keinen Sinn mehr, derzeit für den Doppelfacharzt zu plädieren.

Ich stimme nicht mit Ihnen überein, dass die „Nur-Neurologen“ Schmalspurnervenärzte sind. Die Neurologen sind ausschließlich Neurologen und haben mit den Nervenärzten nichts zu tun, sie haben deren Qualifikation nicht erreicht. Umgekehrt behaupte ich aber, dass jemand, der in vollem Umfang die Facharztweiterbildung für Neurologie durchgemacht hat, primär eine bessere Ausbildung hat als jemand, der diese Weiterbildungszeit verkürzt durchlaufen hat. Im Laufe des Lebens mag sich dieses angleichen, aber primär wird man dieses nicht abstreiten können. Gleiches gilt sicherlich auch für das Fachgebiet Psychiatrie. Man kann den Neurologen, den Psychiater und den Doppelfacharzt der alten Auslegung nicht miteinander vergleichen, sie nehmen alle drei unterschiedliche Tätigkeitsmerkmale wahr.

Für jedes Fachgebiet wäre es sicher gut, eine psychiatrische Weiterbildung zu haben. Dass im Fachgebiet der Neurologie die Psychiatrie weiter als Pflichtweiterbildung enthalten geblieben ist, war heftig umstritten, denn als ausschließlicher Neurologe hat man auch sehr viel mit internistischen Problemen zu tun, muss viel über radiologische Techniken wissen usw., insofern könnte man sich eine Weiterbildung auch auf anderen Fachgebieten denken. Bis jetzt hat man eine psychiatrische Weiterbildung für die Neurologie als obligat vorgesehen. Insofern ist also das Wissen von psychiatrischen Dingen für den neurologischen Facharzt vorgesehen und nicht einfach weggemacht worden.

Der Kontakt zum BVDN ist seitens der Gesellschaft für Neurologie in keiner Weise abgebrochen worden. Wer dieses behauptet, hat Unrecht. Regelmäßig im Jahr finden gemeinsame Weiterbildungsveranstaltungen statt, offenbar haben Sie dieses nicht kritisch genug wahrgenommen. In diesem Punkt haben Sie eindeutig Unrecht.

Entscheidungen werden gewöhnlich durch Abstimmungen herbeigeführt. Wenn dann nach reifer Überlegung und Abstimmung eine Entscheidung getroffen ist, gilt diese Entscheidung für den entsprechenden Verband oder die Gesellschaft. Wenn alle, die mit diesem Thema zu tun haben, zu einem einheitlichen Abstimmungsergebnis kommen, kann von einer Einigkeit aller Beteiligten gesprochen werden. Dies beinhaltet

auf keinen Fall eine Einigung für alle Mitglieder der Verbände, dazu wird man nie kommen.

Sehr geehrter Herr Kollege Winkelmann, gerade versuchen wir die Voreingenommenheiten gegenüber den verschiedenen Positionen, die wir als Ärzte in unserem Fachgebiet einnehmen, abzubauen. Im BDN haben wir zwei Vorsitzende, einen an der Klinik tätigen und einen in der Praxis tätigen, wir vermeiden es, den 1. oder 2. Vorsitzenden herauszukehren und kooperieren in freundschaftlicher und guter Weise miteinander. Ich habe nicht den Eindruck, dass es im BDN noch Diskrepanzen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten gibt, weil wir alle erkannt haben, dass diese „Selbsterfleischung“, die unter den Ärzten hervorragend funktioniert, uns nur schädigt. Wir ziehen an einem Strang und stimmen uns in fast allen Themen unablässig ab. Möglicherweise wissen Sie nicht, wie viel Lebensqualität für solche Verbandstätigkeit geopfert wird, meist ohne Vergütung und mit Verdienstausfall verbunden. Ein ganz besonders hervorhebenswerter Kollege ist Herr PD Dr. Reuther, der Ihre sehr deutliche Attacke aus meiner Sicht nicht verdient hat und der sich gerade auch für die Belange des BVDN mit hohem Engagement jahrelang eingesetzt hat und den Bogen der Kooperation zum BDN sehr gut geschaffen hat. Ohne ihn wäre sicherlich vieles noch viel schlimmer. Ich fürchte, Sie haben das falsche Ziel gewählt. Ärgern Sie sich doch einmal mit uns, wenn wir diskriminierend von übergeordneten Gremien oder durch die politischen Entscheidungen behandelt werden, gerade dann, wenn wir Ihre Interessen vertreten oder wenn wir unsere gut gemeinten Ziele wieder einmal nicht durchsetzen konnten trotz vielfacher Reisen und Schreiben. Ist Ihnen diese Arbeit so wenig bewusst, dass Sie eine solche Verbalisierung in einem Schreiben verwenden müssen im Rahmen einer sachlichen Auseinandersetzung wie es in dem Schreiben vom 19.4.2004 geschehen ist? Ich wünschte mir mehr Verständnis unter uns und einen freundlichen Umgang, auch wenn wir verschiedener Meinung sind. Gerade in diesen Zeiten, wo es überall eng wird – hiermit meine ich nicht nur die Vergütung – müssen wir uns zusammenraufen und müssen wir klare Meinungen vertreten, die wir gemeinschaftlich erheben. Vom Berufsverband werden keine persönlichen Meinungen vertreten. Wir lassen uns auch nicht zu solchen wichtigen Äußerungen hinreißen ohne uns bei den Mitgliedern zu erkundigen, wie die Zukunft des Nervenarztes oder aber die Qualität des Arztes für Neurologie beziehungsweise Psychiatrie zu sein hat. Neue Gegebenheiten müssen auch wir aufnehmen, verarbeiten und über uns ergehen lassen.

Den letzten Satz des Schreibens von Herrn Kollegen PD Dr. Reuther sehe ich mehr in dem Sinne, dass die Zeiten sich ändern und geändert haben und wir uns diesem Wandel anpassen müssen, wenn wir nicht untergehen wollen. Wenn Sie den neuen EBM 2000 plus für das Fachgebiet Neurologie in der im Dezember 2003 geplanten Version sehen, dann können Ihnen schon Gedanken kommen, ob dieses Fachgebiet nicht sogar untergehen wird. Wenn Sie die Ansprüche der Weiterbildung für den Facharzt für Neurologie sehen und die schwindende Ärztezahl, dann bekommt man noch einmal mehr Sorgen in diese Richtung. Es gibt also ganz andere Dinge, über die man sich aufregen kann und wo man aktiv werden sollte. Sie sind herzlich eingeladen, wenn Sie dieses noch ermöglichen können, uns bei unserer Arbeit mit zu helfen und Einfluss zu nehmen.

Prof. Dr. med. Rolf Hagenah, Rotenburg, Vorsitzender BDN



N.-okzipitalis-Blockade

Cross Talk gegen Kopfschmerz nutzen

V. BUSCH, A. MAY

Die Blockade des N. okzipitalis ist eine seit langem etablierte Methode zur Schmerzbehandlung verschiedenster Kopfschmerzerkrankungen oder HWS-Beschwerden. Neben Einzelfallberichten gibt es aber kaum wissenschaftliche Untersuchungen, die eine gesicherte Wirksamkeit nach den Kriterien einer modernen kontrollierten Studie für die einzelnen Kopfschmerzsyndrome belegen.

Viele Patienten mit Kopfschmerzen beklagen eine Betonung des Schmerzes im Hinterkopf und ein Steifigkeitsgefühl des Nackens bis hin zur schmerzhaften Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule. Diese Beschwerden, die dem eigentlichen Kopfschmerz vor allem bei der Migräne häufig vorangehen oder diesem folgen können, werden von Betroffenen bei den unterschiedlichsten Kopfschmerzerkrankungen angegeben. Insgesamt wird die Zahl der Nacken- und Hinterkopfbeschwerden global auf 30 % geschätzt [1]. Klassischerweise sind diese Symptome beim zervikogenen Kopfschmerz sowie bei der N. okzipitalis-major/minor-Neuralgie [3, 4] zu finden. Auch beim Spannungskopfschmerz wird häufig die Hinterkopfbetonung der Schmerzen angegeben und aus historischen Gründen pathophysiologisch meist über eine primäre oder reaktive Muskelverspannung im Nacken erklärt. Jedoch finden sich die gleichen Angaben auch bei Patienten mit

Tabelle 1

Differenzialdiagnose Kopfschmerzen mit okzipitaler Beteiligung

Zervikogener Kopfschmerz	einseitiger undulierender Dauerschmerz, obligat triggerbar durch mechanischen Druck auf C2, obligat pathologisches Substrat nachweisbar, diagnostische Blockade C2–4 führt zu Schmerzreduktion
N.-okzipitalis-Neuralgie	klassisch elektrisierende, messerstichartige kurzzeitige (Sekunden – Minuten) Schmerzattacken, manchmal begleitend Dys- oder Hypästhesien im entsprechenden Gebiet, Triggerung durch Berührung des druckdolenten Nerven oder durch Kopfdrehung
Migräne	gut abgrenzbare Attacken (4–72 h), halbseitiger Kopfschmerz, vegetative Begleitsymptome, keine mechanische Auslösbarkeit
Spannungskopfschmerzen	holozephaler Schmerz, keine einschließenden Schmerzkomponenten, keine mechanische Auslösbarkeit
Posttraumatischer Kopfschmerz	zum Beginn des Schmerzes zeitnahes Trauma in der Anamnese, selten einseitiger Schmerz, nicht triggerbar
Cluster-Kopfschmerz	okzipitale Beteiligung eher selten, meist frontoorbitale Schmerzen zwischen 30 und 120 min, autonome Begleitsymptome, heftigste Intensität, Attacken häufig nachts, keine mechanische Triggerung, auslösbar durch Alkoholkonsum

Zervikogener Kopfschmerz (IHS 11.2.1)

Der zervikogene Kopfschmerz ist gekennzeichnet durch fluktuierende, streng einseitige Dauerschmerzen meist moderater Intensität, die von okzipital nach frontal ausstrahlen und obligat durch Kopfbewegung oder Druck auf Triggerpunkte in Höhe C2 paravertebral ausgelöst werden können. Die Schmerzen halten Stunden an, mitunter bis zu wenigen Tagen. Während dieser Zeit haben die Patienten oftmals einen Widerstand beziehungsweise eine Bewegungseinschränkung in den HWS-Segmenten und klagen über Schmerzen der Halsmuskulatur oder gar der Schulter beziehungsweise des Oberarmes der betroffenen Seite. Voraussetzung für die Diagnose ist der klinische oder bildgebende Nachweis einer ursächlichen Läsion im Bereich der Halswirbelsäule, des zervikogenen Rückenmarks oder des umgebenden Weichteilgewebes. Der zervikogene Kopfschmerz ist streng definiert und insgesamt eher selten. Man schätzt die Prävalenz unter allen Kopfschmerzereignissen auf zirka 4%. Dieser Kopfschmerz darf nicht verwechselt werden mit der so oft beobachteten okzipitalen Mitbeteiligung anderer Kopfschmerzsyndrome, wie beispielsweise der Migräne. Diagnostisch verwertbar ist das Verschwinden des Kopfschmerzes nach einer Infiltrationsblockade der ipsilateralen C2-Wurzel. Diese Maßnahme stellt gleichzeitig auch eine mögliche Therapie dar. Daneben besteht die Möglichkeit der medikamentösen Behandlung mit einfachen Analgetika, Gabapentin oder Amitriptylin. Im Akutstadium sollte auf manualtherapeutische Verfahren unbedingt verzichtet werden.

Kopfschmerzsyndromen, bei denen eine weiter frontal gelegene Pathogenese vermutet wird: Bei der Migräne [1] oder gar dem Clusterkopfschmerz [5] mit typischerweise frontoorbitaler Schmerzlokalisierung beklagen Patienten ebenfalls häufig den Schmerz vom Nacken kommend und im Laufe der Attacke nach vorne wandernd. Insgesamt sind es sogar fast die Hälfte aller Migräniker, die oft oder regelmäßig über solche Beschwer-

den klagen [6, 7] (Tab. 1). Unabhängig von einer spezifischen Kopfschmerzereignis scheint es also im Verlauf eines Kopfschmerzereignisses häufig zu einer Aktivierung zweier unterschiedlicher Innervationsgebiete zu kommen. Dabei handelt es sich zum einen um den N. trigeminus, der die afferenten Zuflüsse aus den frontalen Gebieten des Schädels einschließlich Gesicht und Meningen sammelt, zum anderen um die N. okzipitales beziehungsweise um die weiter kaudal gelegener Fasern, die die Zuflüsse aus den Segmenten C2–C5 zusammenfassen.

Pathophysiologisches Modell

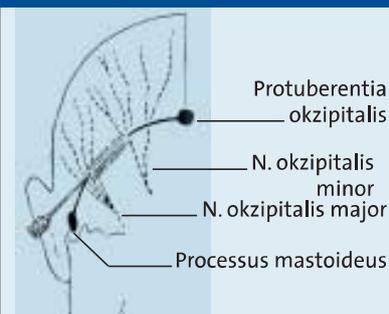
Die Ursache dieses klinisch so oft zu beobachtenden Phänomens wird in der Schmerzübertragung zwischen diesen zervikalen und trigeminalen Fasern gesehen [8]. Dabei zeigten erste tierexperimentelle Studien eine Verschaltung von Faserpopulationen beider Innervationsgebiete in schmerzrelevanten Kerngebieten des Hirnstammes, im Subnucleus caudatus n. trig. beziehungsweise im oberen Halsmark [9]. Nackenbeschwerden können somit nach frontal übertragen werden. Irritationen zervikaler Nerven durch Tumoren oder Gefäßmalformationen in der hinteren Schädelgrube bedingen dadurch nicht selten einen frontal lokalisierten Schmerz [10–13]. Umgekehrt führen trigeminale Schmerzimpulse aus dem vorderen Anteil des Kopfes (z. B. bei der Migräne) zu einer Schmerzübertragung auf zervikale Strukturen, die dann als Hinterkopfschmerz oder Nackenbeschwerden wahrgenommen werden. *Pioveasan* nennt als Grund hierfür den Verlust der räumlichen Spezifität durch die gemeinsame Verschaltung vieler Neuronen auf geringer Fläche [14]. Die klinische Beobachtung dieses „cross talks“ und die durch tierexperimentelle und elektrophysiologische Studien gewonnenen Erkenntnisse machen die Okzipitalisblockade zu einem interessanten Instrument in der Erforschung und Behandlung von Kopfschmerzkrankungen.

Durchführung

Die Technik der Okzipitalisblockade ist von *Sadaah* beschrieben worden [15]. Die Maßnahme sollte von einem erfah-

renen Anästhesisten beziehungsweise Schmerztherapeuten durchgeführt werden. Der Patient sitzt auf einem Stuhl mit nach vorne geneigtem Kopf. Alternativ ist auch die Bauchlage mit leichter HWS-Kyphosierung möglich. Nach einer Desinfektion des Hinterkopfes der betroffenen Seite muss der N. okzipitalis major aufgesucht werden. Er findet sich in der Regel auf der Hälfte der Linie zwischen der Protuberantia occipitalis und dem Mastoid. Zu beachten sind mitunter auftretende Lageanomalien des Nerven, die die möglichst stammnahe Applikation des Lokalanästhetikums erschweren können.

Verlauf des N. okzipitalis major und minor am (linksseitigen) Hinterkopf beim Menschen



Einstichstelle für die Nervenblockade des N. okzipitalis major auf der Hälfte der Verbindungslinie zwischen der Protuberantia okzipitalis und dem Processus mastoideus (modifiziert nach *Kimura J.*, 2001).

Es werden bis zu 5 ml 1%igen Prilocains (alternativ 0,5% Bupivacain) injiziert. Bei richtiger Blockade gibt der Patient ein Pelzigkeitsgefühl am Hinterkopf an. Ohren (N. auricularis), Nacken (C3) und der Bereich frontal der Scheitellinie (N. trigeminus) sollten normästhetisch bleiben. Das Taubheitsgefühl hält unterschiedlich lange an (wenige Minuten bis Stunden) und hängt von Wirkstoffmenge, -konzentration und Applikationserfolg ab. Nebenwirkungen sind sehr selten und in der Regel Unverträglichkeitsreaktionen auf das Lokalanästhetikum oder vegetative Nebenwirkungen. Daher empfehlen sich gerade bei erstmaliger Anwendung neben einer kurzen Medikamentenanam-



N.-okzipitalis-Neuralgie (IHS 13.8)

Bei der N.-okzipitalis-Neuralgie kommt es zu kurzen und plötzlichen, messerstichartigen Schmerzattacken im Versorgungsgebiet des N. okzipitalis major oder minor. Die Schmerzen treten unilateral mit sehr hoher Intensität auf; die Attacken dauern Sekunden bis wenige Minuten und ereignen sich bis zu 20-mal am Tag oder öfter. Die Ursache ist nicht selten eine Schädigung des Nerven an seiner Durchtrittsstelle durch die Trapeziusehnenplatte beziehungsweise an der Kreuzungsstelle mit der Arteria vertebralis. Begleitend sind die schmerzhaften Areale dys- oder hypästhetisch; der Nerv ist oft druckdolent und kann bei Beklopfen oder Reiben einzelne Attacken triggern. Im Schmerzintervall kann ein dumpfes Schmerzempfinden persistieren. Neben der idiopathischen Genese gibt es zahlreiche symptomatische Formen, wie durch Irritation beziehungsweise Schädigung des Nerven durch HWS-Verletzungen, Atlasfrakturen oder Anomalien des kranio-zervikalen Übergangs. Sehr sorgfältig abgegrenzt werden müssen diese Formen gegen den schon beschriebenen okzipitalen Schmerz, der durch Schmerzübertragung zustande kommt und keine N.-okzipitalis-Neuralgie darstellt. Neben der Leitungsblockade besteht therapeutisch die Möglichkeit der medikamentösen Therapie mit Carbamazepin. Ultima ratio ist die Neurolyse oder Durchtrennung des Nerven beziehungsweise die Rhizotomie der dorsalen Wurzeln der Anteile C1–C4.

nese ein begleitendes EKG-Monitoring beziehungsweise wiederholte Blutdruckmessungen. Der Patient sollte nach der Maßnahme noch 20–30 Minuten in Anwesenheit eines Arztes liegen beziehungsweise sitzen bleiben.

Heterogene Studienergebnisse

Die Blockade des N. okzipitalis ist eine in der Literatur oftmals beschriebene therapeutische Alternative bei unterschiedlichen Arten von primären Kopfschmerzerkrankungen. Die Güte der Studien und damit ihre wissenschaftliche Aussagekraft ist jedoch sehr unterschiedlich und teilweise nicht unkritisch

zu sehen. Weitestgehend einig ist man sich in der diagnostischen und therapeutischen Bedeutung von Okzipitalisblockaden beziehungsweise Facettenblockaden von C2–C4 beim zervikogenen Kopfschmerz [16–21]. Trotz der überwiegenden Zahl an positiven Aussagen für die Anwendung dieser Maßnahme muss man auch hier konstatieren, dass es sich überwiegend um Einzelfallberichte und offene Studien handelt, die nur in sehr seltenen Fällen den Anforderungen an eine moderne kontrollierte Studie genügen.

Auch für die Migräne gibt es positive Studienergebnisse [1, 22]. Jedoch wurden in den genannten Beispielen die Migränepatienten nicht entsprechend den geltenden Richtlinien der IHS diagnostiziert. Eine diesbezüglich valide Arbeit zeigte dagegen keinen nennenswerten Effekt der Okzipitalisblockaden bei Migränikern [19]. In der bislang einzigen randomisierten und Placebo-kontrollierten Studie konnte ebenfalls kein signifikanter Effekt der Methode für die Behandlung von Migränepatienten festgestellt werden [23].

Beim Spannungskopfschmerz ist die Datenlage noch unsicherer. Typisch ist die von vielen Patienten angegebene Verspannung im Nacken beziehungsweise okzipitale Betonung der Kopfschmerzen. Jedoch sprechen die wenigen kontrollierten Ansätze derzeit eher für eine fehlende Wirksamkeit von zervikalen Nervenblockaden [19, 24, 25]. Noch spärlicher sind die Daten für den posttraumatischen Kopfschmerz oder den Clusterkopfschmerz. In letzterem Fall scheint selten – analog zu eigenen Studienergebnissen – eine therapeutische Wirksamkeit einmaliger Injektionen bis zu drei Wochen zu bestehen [26].

Nicht immer ist das Segment C2 betroffen

Es stellt sich die Frage, warum die Studienergebnisse so heterogen sind. Neben der bereits angesprochenen oftmals zweifelhaften Rekrutierung wurde meistens der N. okzipitalis major blockiert. Jedoch müssen Nackenbeschwerden nicht zwangsläufig durch Irritationen im Segment C2 und damit durch den N. okzipitalis major repräsentiert sein. Weiter kaudal gelegene Entstehungsorte (z. B.

C4 und C5) sind ebenfalls häufig ursächlich, bleiben von einer Okzipitalisblockade jedoch unberührt [27]. Erst eine Intervention in dieser Höhe – beispielsweise in einem Fallbericht von *Michler* an einem Patienten mit frontalem Kopfschmerz, der nach einer Diskektomie in Höhe C5/C6 kopfschmerzfrei wurde – trägt zu einer Beschwerdelinderung in solchen Fällen bei [28]. Ein weiterer Grund für die oftmals widersprüchlichen Studienergebnisse sind die unterschiedlichen verwendeten Substanzen, Wirkstoffkonzentrationen und Applikationsmengen. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise bislang die Frage immer noch offen, ob die Injektion eines Lokalanästhetikums oder eines Steroids von Vorteil ist und ob deren gemeinsame Verabreichung der Gabe eines einzelnen Wirkstoffs überlegen ist.

Kontrollierte klinische Studien, die das nötige wissenschaftliche Fundament für die Nervenblockade bei den unterschiedlichen Kopfschmerzerkrankungen liefert, sind in der Zukunft dringend nötig. Anderenfalls würden die unterschiedlichen Erfahrungen mit dieser Maßnahme seitens der Ärzte und Patienten zu Unsicherheit führen und den Patienten mit einer schwer behandelbaren Kopfschmerzerkrankung wäre die Aussicht auf eine Erfolg versprechende Therapie genommen.

Fazit

Patienten mit Migräne oder anderen Kopfschmerzerkrankungen klagen häufig über begleitende Schmerzen im Nacken. Aktuelle elektrophysiologische Studien am Menschen unterstützen die tierexperimentell postulierte Verschaltung konvergenter Neurone mit Zuflüssen aus unterschiedlichen Schmerzterritorien im Hirnstamm. Die Blockade des N. okzipitalis ist eine interessante Therapieoption; ihre Wertigkeit muss jedoch noch durch valide Studien bestätigt werden.

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Volker Busch
PD Dr. med. Arne May
Neurologische Klinik,
Universitätsklinikum Regensburg,
Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg



Schizophrenie – von der Tradition zur Gegenwart – Teil II*

Der Mythos vom treppenförmigen Verlauf gerät ins Wanken

H. HÄFNER

Um die eingangs aufgeworfenen Fragen leichter beantworten zu können, haben wir die heutigen Erkenntnisse den frühen Thesen *Kraepelins* (1896) gegenübergestellt. Seine erste These, dass es sich bei der *Dementia praecox* um eine von den affektiven Psychosen unterscheidbare Krankheits-einheit handelt, wurde im ersten Teil der Arbeit kritisch beleuchtet. Mit Kraepelins Annahmen einer eindeutigen neuropathologischen Ätiologie mit progredientem, zu Defekt oder Demenz führendem Verlauf beschäftigt sich dieser Teil des Beitrags.

Zu Kraepelins These 2 — Eindeutige neuropathologische Ätiologie

Viele neue Ergebnisse zeigen eine Volumenminderung der grauen, teils auch der weißen Substanz bevorzugt im Schläfenlappen, Hippokampus, Thalamus und der präfrontalen Rinde bereits in der ersten Episode. Mit den strukturellen gehen funktionelle Veränderungen (erfassbar in PET, fMR, spektroskopische MRT und MMG) einher. Sie lassen sich derzeit vorwiegend als lokalisierbare Aktivierungs- und Deaktivierungsmuster einzelnen Symptomen, wie etwa Halluzinationen oder Denkstörungen, zuordnen. Die Korrelation mit komplexen Merkmalen der Krankheit ist allerdings weniger eindeutig. Somit verfügen wir zwar über plausible Belege für die neuronale Genese der Symptomatik – teilweise ohne die Richtung des Zusammenhangs zu kennen –, nicht jedoch über ein empi-

Lebensqualität und Lebenschancen vieler schizophran Erkrankter haben sich durch grundlegende Reformen und die Humanisierung des Versorgungssystems im letzten Jahrhundert spürbar verbessert. Die Symptome der Psychose und das Rückfallrisiko können heute durch Psychopharmaka eindrucksvoll reduziert werden. Die entscheidende Frage, die uns heute beschäftigt, aber lautet: Hat sich die Krankheit selbst, ihr Verlauf und unser Wissen über ihre Ätiologie durch mehr als ein Jahrhundert Schizophrenieforschung entscheidend verändert? Die Klärung dieser Fragen ist Gegenstand der nachfolgenden historischen Reflexion.

Diese Publikation wurde im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie erstellt und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (Kennzeichen: 01 GI 0236). Die ABC-Schizophreniestudie wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) im Rahmen des Sonderforschungsbereichs 258 am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit bis Dezember 1998 und vom Januar 1999 bis September 2002 im Einzelverfahren gefördert.

* Nach einem Vortrag zum gleichen Thema aus Anlaß des 100. Jubiläums der Psychiatrischen Klinik der Universität Erlangen

risch hinreichend validiertes Modell der neuropathologischen oder funktionellen Ursachen der Schizophrenie. Auf der Ebene der strukturellen Hirnanomalien, die mit dem Krankheitsrisiko assoziiert sind, und der überwiegend umweltbedingten Risikofaktoren – etwa prä- und perinatale Komplikationen – fehlt noch der Nachweis ihrer Spezifität. Das zeigt sich an einer Metaanalyse von MRT-Studien von *Elkis et al.* (1995), die als Beispiel für mehrere Studien mit ähnlichen Ergebnissen stehen mag: Je größer die „ventricle-brain-ratio“, desto größer das Risiko einer schweren Schizophrenie. Niedrigere Werte finden sich bei schizopreniformen und affektiven Psychosen (s. Tab.). Diese Befunde sind gut mit der Annahme vereinbar, dass die Reaktionsmuster des Gehirns mit der Schwere der zugrunde liegenden Störung korrelieren. Hinter diesen groben Mustern von Anomalien der Hirnentwicklung sind wahrscheinlich mehrere differenzielle funktionelle oder genetische Faktoren wirksam. Auch wenn die spezifischen neuropathologischen Ursachen der Schizophrenie noch unklar sind, am Kern Kraepelins weitsichtiger These neuropathologischer Veränderungen des Gehirns als häufiger ätiologischer Grundlage lässt sich kaum mehr zweifeln.

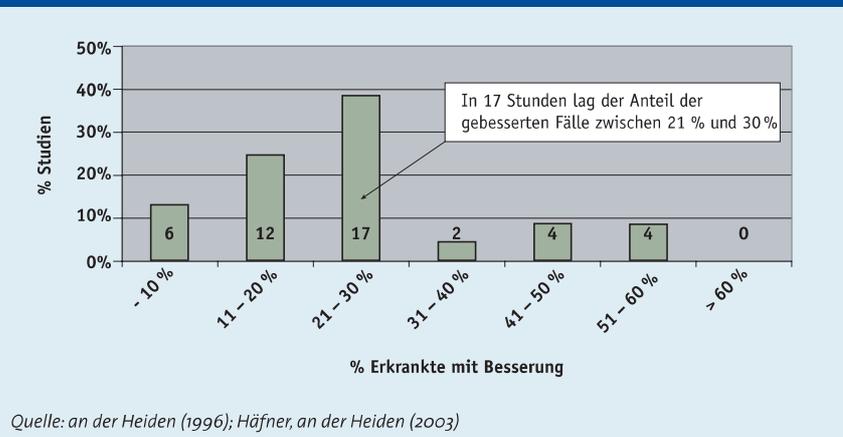
Zu Kraepelins These 3 Der „maligne“ Verlauf der Schizophrenie

Studien zum Langzeitverlauf wiesen bis vor wenigen Jahren noch stark variable Ergebnisse auf. Das lässt sich an einem

Strukturelle Hirnveränderungen als Gradient von Risiko und Schwere psychotischer Erkrankungen	
Erkrankung	Ventricle-brain-ratio
Persistierende, sehr früh beginnende Schizophrenie	6,0
Schizophreniforme Störung	5,3
Affektive Erkrankung	3,8
Kontrollen (Bezugswert)	1,0

Quelle: Daten aus *Elkis et al.* 1995; s. auch *Weinberger et al.* 1982; *Jones et al.* 1994, 1998

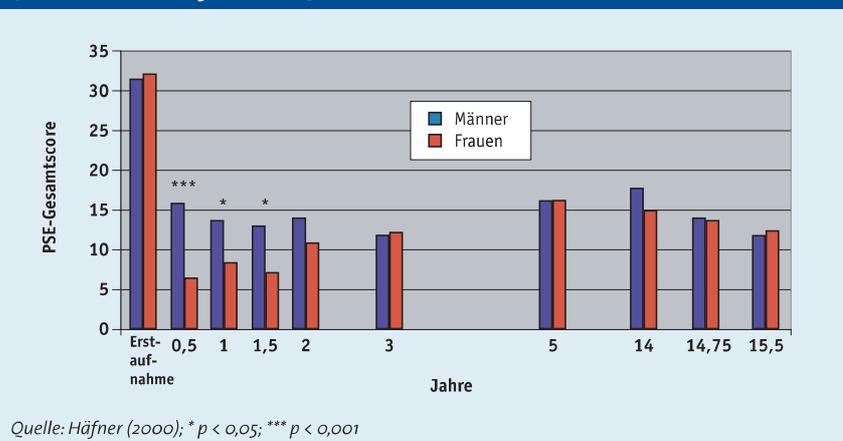
Abbildung 1
Anteil gebesserter Schizophreniefälle (Daten aus 44 Langzeitstudien)



Review von *an der Heiden* (1996) demonstrieren, das über 44 Langzeitstudien mit Beobachtungsdauern von mindestens vier Jahren einschließt (Abb. 1). Die Gründe sind in erster Linie methodischer Natur (s. Häfner und an der Heiden, 2003). Dabei ist zu bedenken, dass der zeitliche Aufwand und die besonderen Bedingungen für anspruchsvolle Langzeitstudien enorm sind, was gute Studien selten macht. In jüngster Zeit sind drei aussagekräftige prospektive Langzeitstudien von Erstaufnahmesamples aus Deutschland abgeschlossen worden:

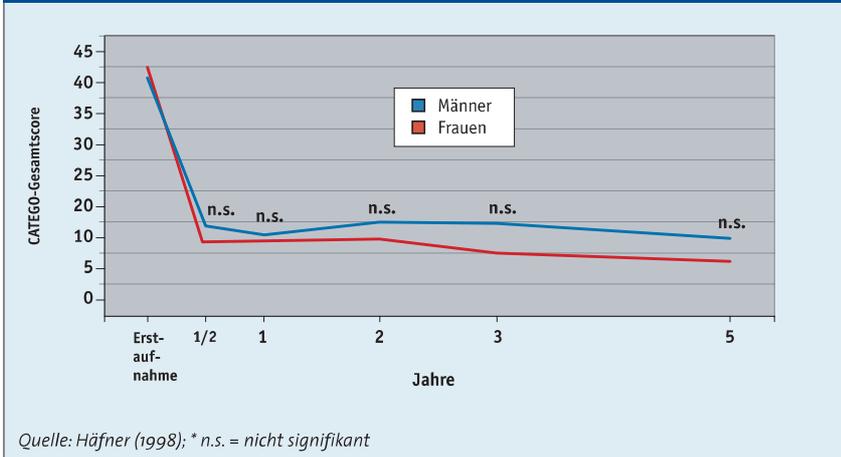
- *Bottlender et al.* (1999) in München über 15 Jahre Follow-up,
 - an der Heiden et al. (1995, 1996) in Mannheim mit zehn Querschnitten über 15,5 Jahre Follow-up und
 - die ABC-Schizophreniestudie (Häfner und an der Heiden 2003) mit fünf Querschnitten über fünf Jahre und einem Zwölf-Jahres-Follow-up.
- Die Studien zeigen weitgehend übereinstimmend bei den Mittelwerten von Symptomatik und sozialer Beeinträchtigung – der soziale Status ist stärker umweltabhängig und deshalb kein eindeutiger Verlaufsindikator der Krankheit –

Abbildung 2
Verlauf der Symptomatik nach Erstaufnahme bei Männern und Frauen (WHO-„Disability“-Studie)



Wie der Verlauf der Mannheimer Erstaufnahmekohorte der WHO-„Disability“-Studie (N = 70) zeigt, gleicht sich der signifikant günstigere Verlauf bei Frauen jenem der Männer nach zwei Jahren an.

Abbildung 3
Verlauf der Schizophrenie nach Erstaufnahme bei Männern und Frauen
(Verlaufskohorte der ABC-Studie)



Daten aus der Verlaufskohorte der ABC-Studie (n = 115) zeigen, dass mit der Remission der ersten Episode ein stabiler Verlauf ohne signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern eintritt.

nach dem Abklingen der ersten Episode einen eher stabilen Verlauf und keinen eindeutigen Trend zu Besserung oder Verschlechterung. Lediglich einige negative Symptome, etwa soziale Isolierung, Verlangsamung und affektive Verflachung nahmen in der ABC-Studie zu. Diese Symptome könnten Hinweise auf degenerative neuronale Prozesse geben. Sie sind aber auch als reversible Merkmale sekundärer Behinderung nach langen Anstaltsaufenthalten im „Mental

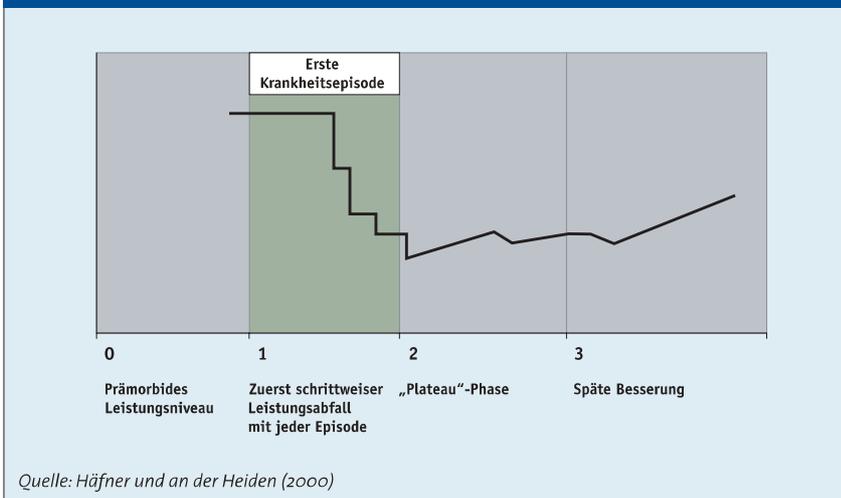
hospital“ beschrieben worden (Wing und Brown 1970).

Auch die neuropsychologischen Befunde zeigen eher ein Plateau als eine Progredienz (Albus et al. 1996, 2002; Rund 1998; Gold et al. 1999). Kraepelins Hypothese des fortschreitenden Prozesses kann allenfalls für einer Teilgruppe besonders schwerer Verläufe bestätigt werden, die mit zunehmender kognitiver Beeinträchtigung, teilweise verbunden mit einer langsam progredienten

Verminderung der grauen Substanz in der MRT (DeLisi et al. 1997, 2004), einhergeht. Demgegenüber weist ein Anteil von etwa 20% schizophrene Erkrankter einen günstigen Verlauf auf. Diese Patienten bleiben nach einer einzigen psychotischen Episode langfristig symptom- und rückfallfrei. Auch der Verlauf des PSE-Gesamtscores, eines verlässlichen Indikators der Symptomatik der Schizophrenie, zeigt über alle Querschnitte nach der Remission der ersten Episode im Wesentlichen ein Plateau, wobei die signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern nur etwa eineinhalb Jahre anhalten (Abb. 2, S. 59). Sie sind überwiegend durch die längere Dauer der ersten Episode bedingt. Abbildung 3 aus der Verlaufskohorte der ABC-Studie von 115 ersten Krankheitsepisoden über fünf Jahre zeigt eindeutig, dass mit der Remission der ersten Episode nach dem Rückgang der Symptombelastung ein stabiler Verlauf ohne signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern eintritt. Unterschiede ergeben sich, wie schon erwähnt, nur im sozialen Verlauf ohne eindeutige Zu- oder Abnahme über die gesamte Beobachtungsperiode. Das „Drei-Perioden-Modell“ des Verlaufs von Breier et al. (1991) – Verschlechterung, Plateau und Besserung – kann mit diesen modernen Befunden nicht gestützt werden (Abb. 4). Auch die eigenen Daten Breiers begründen dieses Modell ebenso wenig wie die Verschlechterung von Episode zu Episode im ersten Verlaufsabschnitt.

Das Kraepelinsche Modell des „Krankheitsschubs“ mit jeweils zunehmenden Defektsymptomen nach jeder „floriden“ psychotischen Episode hat im Treppmuster von Breier et al. Niederschlag gefunden. Dieses Modell des Krankheitsschubs ist als Hypothese der neurotoxischen Hirnschädigung durch die Psychose im vergangenen Jahrzehnt wiederbelebt worden (1991, Lieberman et al. 2003). Lieberman et al. (2003) haben diese Hypothese kürzlich in einer randomisierten Erstepisodenstudie zum Vergleich von Olanzapin mit Haloperidol geprüft. Das eindrucksvolle Ergebnis einer signifikanten, 12% knapp übersteigenden Volumenminderung der grauen Substanz in der Haloperidolgruppe bereits zwölf Wochen nach Ein-

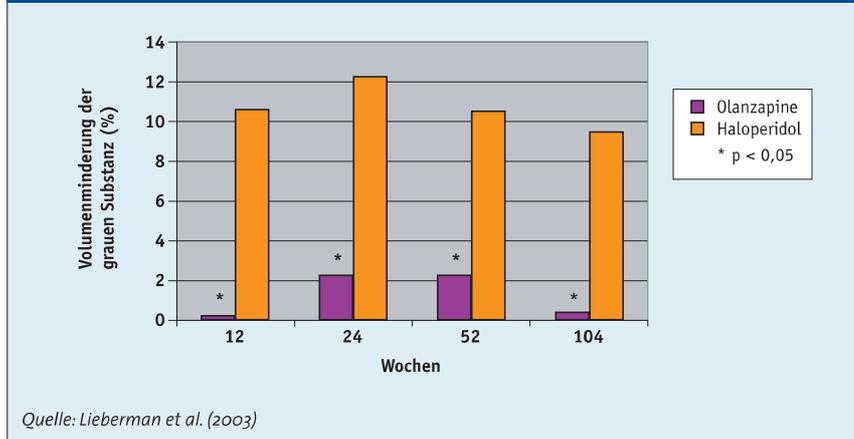
Abbildung 4
Der Verlauf der Schizophrenie nach Breier et al. (1991)



schluss in die Studie kontrastiert mit nahezu unveränderten Befunden in der Olanzapin-Gruppe (Abb. 5). Das lässt sich – wenn man wie bei Lieberman et al. (2003) Hirnatrophie und Symptomatik im Zusammenhang sieht – mit systematischen Verlaufsstudien der jüngsten Zeit nicht gut in Übereinstimmung bringen (DeLisi 2004). Es ergibt kein von psychotischen Episoden abhängiges Treppemuster des Verlaufs der Negativsymptomatik oder der kognitiven Beeinträchtigung (Albus et al. 1996, Goldberg et al. 2003). Selbst jene Studien, die mit ähnlichem Design wie Lieberman, aber ohne Therapieprüfung, den Effekt der Dauer der unbehandelten Psychose auf den selben drei Ebenen – morphologische Hirnveränderungen, Neuropsychologie und Symptomatik (Ho et al. 2003, DeLisi et al. 1997, DeLisi 2004) – prüften, konnten die Ergebnisse von Lieberman et al. nicht replizieren.

Das stärkste Argument gegen die Annahme, dass psychotische Episoden Negativsymptomatik, neuropsychologische und funktionelle Beeinträchtigung durch eine neurotoxische Wirkung vorantreiben, ist, dass dem Auftreten des ersten positiven Symptoms im Frühverlauf der Krankheit in etwa drei Viertel aller Schizophrenien eine mehrjährige Prodromalphase mit zunehmender Negativsymptomatik und funktioneller Beeinträchtigung vorausgeht. Das präpsychotische Prodromalstadium ist zugleich eine Periode starker Zunahme von Indi-

Abbildung 5
Hypothese der neurotoxischen Wirkung der Psychose nach Lieberman et al. (2003)



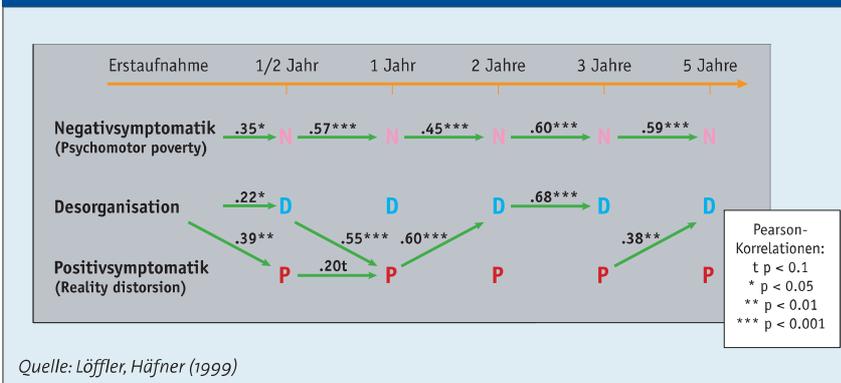
Daten aus der internationalen doppelblinden Multicenter-Therapievergleichsstudie an psychotisch Ersterkrankten (DSM-IV-Kriterien einschließlich Schizophrenie, schizophreniformer und schizoaffektiver Erkrankungen) mit Zufallszuweisung (Krankheitsdauer < 60 Monate). Vergleich der Olanzapin- (5–20mg/die; Ø 9,1mg/die) (n = 131 bei to) und der Haloperidolwirkung (2–20 mg/die; Ø 4,4 mg/die) (n = 132 bei to) über 104 Wochen (Akutbehandlung: 12 Wochen, Fortsetzungsphase: 92 Wochen).

katoren funktioneller Defizite. Nur in 6,5% der Stichprobe erster Krankheits-episoden trat die psychotische Episode vor der negativen Symptomatik auf. In 20% erschien sie gleichzeitig im selben Monat.

Wir haben in unserer systematischen Verlaufsstudie mit sechs Querschnitten über fünf Jahre geprüft, ob Negativsymptomatik und funktionelle Beeinträchtigung im Querschnitt und in

der Voraussage des darauffolgenden Querschnitts mit der psychotischen Symptomatik korrelieren. Um eine über die Zeit gut vergleichbare Operationalisierung der drei Symptombdimensionen zu erhalten, errechneten wir (Löffler und Häfner 1999) faktorenanalytisch die drei Liddle'schen Symptombdimensionen (Negativsymptomatik (= psychomotor poverty), Positivsymptomatik (= reality distortion) und Desorganisation (Liddle 1987 a, b; Liddle, Barnes 1990). Wie Abbildung 6 erkennen lässt, sind Negativsymptomatik und psychotische Symptomatik – bestehend aus den beiden Faktoren „reality distortion“ und „Desorganisation“ – über den gesamten Fünf-Jahres-Verlauf im Querschnitt und prädiktiv voneinander unabhängig. Ähnliche Ergebnisse erzielten Salokangas (1997) über fünf Jahre und Arndt et al. (1995) über zwei Jahre. Die Negativsymptomatik zeigt hohe Eigenkorrelationen von Querschnitt zu Querschnitt. Sie erweist sich damit in Übereinstimmung mit konsistenten Ergebnissen zahlreicher Langzeitstudien als die stabilste Symptombdimension der Schizophrenie. Die beiden Faktoren der psychotischen Symptomatik zeigen häufig wechselnde Korrelationen nach beiden Seiten und

Abbildung 6
Verlauf der drei Liddle'schen Faktoren über fünf Jahre



Korrelationen innerhalb und zwischen den Syndrommaßen von Querschnitt zu Querschnitt (ABC-Verlaufsstichprobe, n = 115). Die Faktoren wurden bei den fünf Querschnitten mittels explorativer orthogonaler Faktorenanalyse getestet.

wenig Eigenkorrelationen. Das bedeutet, dass wir keinen Anhalt dafür finden konnten, dass die Positivsymptomatik einen ungünstigen Effekt auf die Krankheitsdimensionen Negativsymptomatik und funktionelle Beeinträchtigung hat.

Wir haben schließlich noch analysiert, ob sich anhand der Dauer der unbehandelten Krankheit beziehungsweise

Psychose der Fünf-Jahres-Verlauf nach Erstaufnahme vorhersagen lässt: Weder Anzahl und Dauer der Rückfälle noch die Dauer der freien Intervalle und der Fünf-Jahres-Outcome sind signifikant vorhersagbar. Im Vordergrund steht wiederum die Vorhersage der gleichen Symptomdimension: bei längerer Dauer der unbehandelten Psychose die Zunah-

me positiver und unspezifischer Symptome, bei längerer Dauer der unbehandelten Krankheit, eine Phase, die überwiegend durch viele negative Symptome geprägt ist, eine signifikante Zunahme unspezifischer, negativer Symptome und funktioneller Beeinträchtigung sowie des sozialen Outcomes nach fünf Jahren.

Diese Ergebnisse bedeuten, dass die Neurotoxizitätshypothese der ersten psychotischen Episode und damit auch Kraepelins treppenförmiger „Abstieg“ mit jeder floriden Psychose bisher auf keiner Untersuchungsebene eindeutig bestätigt werden konnte. Die Ergebnisse von Lieberman et al. (2003), die auch als neuroprotektive Wirkung von Olanzapin gedeutet wurden, aber auch eine neurotoxische Wirkung von Haloperidol bedeuten könnten, stehen den meist negativen Untersuchungsergebnissen zahlreicher Studien gegenüber. Sie bedürfen der Replikation. Zu bedenken ist, dass mit der psychotischen Episode auch eine Zunahme negativer Symptome erfolgt. Die sind aber generell nach Ausmaß und Dauer effektivere Prädiktoren des weiteren Verlaufs von Negativsymptomatik, funktioneller Beeinträchtigung und teilweise auch der progredienten Hirnveränderungen (DeLisi et al. 1997) als die Positivsymptomatik. Auf die ungünstige prognostische Bedeutung eines chronisch schleichenden Beginns der Krankheit hatte Kraepelin schon hingewiesen, dennoch bedarf seine Hypothese des progredienten, zu Defekt und Demenz führenden Verlaufs der Schizophrenie der Modifikation. Die von ihm beobachtete Mehrzahl hoffnungsloser Verläufe wies vermutlich einen hohen Anteil von Hospitalisierungsfolgen und langfristigen Anstaltsaufenthalten auf. Unser heutiges Wissen zeigt eine enorme Vielfalt individueller Verläufe, von Heilung nach einer psychotischen Episode bis zu langsamen degenerativen Hirnveränderungen und zur progressiven Entwicklung kognitiver Defekte.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. Dr. Dres. hc. Heinz Häfner
Arbeitsgruppe Schizophrenieforschung,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,
J5, 68159 Mannheim,
E-Mail: hhaefner@as200.zi-mannheim.de

Zusammenfassung

1. Kraepelins Unterscheidung der affektiven von der schizophrenen Krankheit hat für die bipolaren Störungen auf den Ebenen Genetik, Symptomatik und Verlauf beziehungsweise auf der Ebene der Neurotransmitterfunktionen auch für die unipolare Dimension Gültigkeit behalten. Die Schizophrenie kann zwar zu praktischen Zwecken mit ihrer Symptomatik und den ihr zugrundeliegenden zentralen Neurotransmitterdysfunktionen als Krankheit oder kategoriale Diagnose definiert werden. Sie scheint jedoch – ähnlich wie die Depression – keine ätiologisch homogene Krankheitseinheit zu sein. Eher scheint das psychotische Syndrom, das sich in der Schizophrenie zur Negativsymptomatik und zur funktionellen Beeinträchtigung gesellt, ein präformiertes Symptommuster zu sein, dem häufig ein depressives Symptommuster vorausgeht. Es kann durch mäßige Dysfunktionen des Gehirns aus unterschiedlicher Ursache hervorgerufen werden und mit ihrem Fortschreiten in schwerere Symptommuster übergehen. Die kontinuierliche Häufigkeitsverteilung einzelner psychotischer Symptome in der Bevölkerung (Verdoux et al. 1998, van Os et al. 1999) und das mit ihrer Zahl und Schwere wachsende Risiko der Entwicklung einer Psychose (Hanssen et al. 2002) legen ein dimensionales Konstrukt des psychotischen Syndroms nahe.

Das depressive Symptommuster, das durch vielfältige, auch psychosoziale Ursachen provoziert werden kann, tritt nicht nur früh in den Prodromalstadien psychotischer Episoden, sondern auch bei anderen – beispielsweise neurodegenerativen – Hirnerkrankungen auf. Mit zunehmender Schwere der zugrundeliegenden neuralen Dysfunktion geht es in ein „schwereres“ Symptommuster, etwa die Psychose, über. Das depressive Syndrom bleibt dabei eine wesentliche Komponente der schizophrenen Symptomatik, wobei es mit psychotischen Symptomen eine Zunahme und im psychosefreien Intervall eine Abnahme erfährt. Wahrscheinlich ist auch das depressive wie das ihm zuweilen nachfolgende psychotische Syndrom eines der wenigen präformierten Antwortmuster des reifen menschlichen Gehirns, das durch leichte bis mittelschwere Dysfunktionen verschiedener, auch psychischer Ursache ausgelöst werden kann. Die Beziehung zwischen affektiven Krankheiten und der schizophrenen Psychose ist offensichtlich etwas komplexer, als Kraepelin es sah und sehen konnte.

2. Kraepelins Hypothese einer neuropathologischen Grundlage der Krankheit ist weitgehend bestätigt worden, wenn auch die Spezifität der Befunde noch nicht definitiv geklärt ist.

3. Der individuelle Verlauf der Schizophrenie ist heterogen. Im Mittel stellt sich nach der aktivsten Krankheitsphase – Prodromalstadien und erste psychotische Episode – ein ziemlich stabiles Plateau von Symptomatik und neuropsychologischen Defiziten ein. Nur ein kleiner Teil der Erkrankungen remittiert folgenlos nach einer Episode. Ein anderer kleiner Teil entspricht Kraepelins Modell eines fortschreitenden, zu erheblichen kognitiven und funktionellen Einbußen führenden Prozesses.

Die Fortschritte, die wir seit Kraepelin zurückgelegt haben, betreffen nicht nur unser differenzierteres Wissen um die Krankheit, sondern auch die humanitäre Revolution des Versorgungssystems und die therapeutischen Instrumente mit der Folge einer erheblichen Verbesserung der Lebensbedingungen, der Lebensqualität und des persönlichen Schicksals der meisten Kranken. Aber: Weniger erfolgreich sind wir bisher in der Therapie der negativen Symptome, der kognitiven Beeinträchtigung und der sozialen Behinderung. Ein hohes Maß an individuellem Leiden mit sozialen Folgen der Krankheit ist deshalb verblieben (z. B. Jablensky et al. 1999) und erwartet weitere Linderung durch Wissens- und Therapiefortschritte.



Therapie bipolarer Störungen

Neue Zulassungen erweitern das Spektrum

I. SCHWEISS, H. GRUNZE

In der nachfolgenden Tabelle werden die gegenwärtig in Deutschland zugelassenen Substanzen zur Behandlung bipolarer Störungen vorgestellt. Nicht aufgenommen wurden ältere Substanzen mit einer syndrom- aber fehlenden diagnosebezogenen Zulassung wie beispielsweise klassische Neuroleptika beziehungsweise Antidepressiva. Berücksichtigung fand hingegen Valproat, das in Deutschland noch keine Zulassung hat, jedoch im „Off-label-Bereich“

weit angewendet wird und sich gegenwärtig durchaus mit Erfolgsaussichten wieder im Zulassungsverfahren befindet. Da dieses Medikament gerade aufgrund eines günstigen Kosten- Effektivitätsverhältnisses im Falle einer Zulassung von großem Interesse für den niedergelassenen Arzt sein könnte, wurde es in diese Zusammenfassung mit aufgenommen.

Dargestellt sind die Indikation, wie in der Fachinformation beziehungsweise in der Roten Liste wiedergegeben, das

zum Teil darüber hinausgehende klinische Anwendungsgebiet bei bipolaren Störungen, Nebenwirkungs- und Interaktionsaspekte, Tagestherapiekosten sowie die (subjektive) Einschätzung der Autoren zu Stärken und Schwächen des Medikaments.

I. Schweiß; Dr. med. Heinz Grunze

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität Nußbaumstr. 7, 80336 München

Antimanische und stimmungsstabilisierende Medikamente bei bipolaren Störungen

	Dosierung	ICD-10-GM-Version 2004	Anwendung bei bipolaren Störungen laut Fachinformation beziehungsweise „Roter Liste“	Klinische Anwendung	Kontraindikationen
Lithium z. B. Hypnorex®, Quilonum ret.®	abhängig vom Serumspiegel (0,5–1,2 mmol/l); zumeist niedere Bereiche in der Prophylaxe, höhere in der akuten Maniebehandlung	F 31.9 G	<i>Hypnorex</i> ®: zur Prophylaxe manisch-depressiver Psychosen (Zyklothymie) und endogener sowie chronisch-therapieresistenter Depressionen; Therapie von Manien <i>Quilonum</i> ®: Prophylaxe manisch-depressiver Erkrankungen und endogener Depressionen; Behandlung von manischen und hypomanischen Zuständen, gegebenenfalls in Kombination mit Neuroleptika; Behandlung von bestimmten akuten Depressionen, gegebenenfalls in Kombination mit Antidepressiva	Bipolar-I- und -II-Störung; euphorische Manie; Prophylaxe; Behandlung von bestimmten akuten Depressionen (z. B. Therapieresistenz gegen Antidepressiva, Verdacht auf Umschlag in Manie); bei schizoaffectiver Störung nachgeordnete Wahl nach Antiepileptika; Vorbeugung von bipolaren Erkrankungen, endogenen Depressionen	<i>absolute</i> : schwere Nieren-, Herz- und Kreislaufkrankungen, schwere Elektrolytstörungen <i>relative</i> : z. B. Hypertonie, Gicht, Addison-Erkrankung, Arteriosklerose, Hypothyreose, myeloische Leukämie, Myasthenia gravis, bestehende Psoriasis, Herzrhythmusstörungen, Störungen im Salz- und Wasserhaushalt des Körpers, zerebrale Krampfleiden <i>Schwangerschaft</i> : kontraindiziert in den ersten vier Monaten <i>Stillzeit</i> : kontraindiziert



Ein besonderer Service

Über die Off-label-Problematik haben Sie schon vieles im NEUROTRANSMITTER lesen können. Die möglichen Konsequenzen der Off-label-Verordnung, nämlich die Nicht-Anerkennung von Rezepten durch die Krankenkassen und damit die Bedrohung durch entsprechende Regresse müssen an dieser Stelle nicht noch einmal breit getreten werden. Die politische Bewertung durch die Berufsverbände ist Ihnen ebenfalls bekannt, sodass auch diese nicht wieder aufgegriffen werden sollen.

Obwohl sich Berufsverbände und wissenschaftliche Fachgesellschaften in engem Schulterschluss gegen die massive Einengung der Therapiefreiheit durch die Gerichte und im Gefolge der Urteile durch die Krankenkassen gewehrt haben, konnten bisher keine Einigungen erzielt werden, die Rechtssicherheit und damit Schutz vor Regressen garantieren. Letzten Endes gibt es nur eine absolut gewisse Möglichkeit, dieser Problematik zu entgehen: „In-label“ zu verordnen. Dass dies nicht immer möglich ist, dass eine moderne Pharmakotherapie sehr häufig auf die Off-label-Verordnung angewiesen ist, ist bekannt. Trotzdem wollen wir im NEUROTRANSMITTER

in einigen Folgen Listen von Medikamenten für Sie erarbeiten, die für bestimmte Indikationen zugelassen sind. Sie werden also in den nächsten Ausgaben in loser Reihenfolge beispielsweise die „indikationssicheren“ Pharmaka für Diagnosen wie Depression, bipolare affektive Psychose, M. Parkinson, Epilepsie etc. aufgeführt finden, zusätzlich noch deren wichtigste pharmakokinetische Eigenschaften, Nebenwirkungen, Kontraindikationen und Wechselwirkungen (allerdings nur das Wichtigste in Stichworten), damit Sie, dort wo es ausreicht, Regress-sicher verordnen können. Zusätzlich finden Sie als Vorschlag in einer Spalte die ICD-10-GM-Verschlüsselung, die der angegebenen Indikation am ehesten entspricht. Sie wissen ja auch, dass die Indikationen in den Pharmakabeschreibungen nicht nach ICD-10 verschlüsselt sind, sondern oft ganz allgemein ausgedrückt werden.

Es kann gut sein, dass unseren Autoren das eine oder andere schon länger oder seit neuem für einen der Indikationsbereiche zugelassenen Medikamente entgangen ist. Bitte melden Sie uns dies, damit wir unsere Listen vervollständigen können. (az)

Nebenwirkungen

Tremor, Schwindel, Hypothyreose, Kropfbildung (euthyreote Struma), kognitive Störungen, Polyurie, Gewichtszunahme, Übelkeit, Erbrechen, Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut, Leukozytose

Wechselwirkungen

Cave bei gleichzeitiger Gabe von z. B. Carbamazepin, Neuroleptika, Phenytoin, SSRI, MAO-Hemmer, 5 HT-Agonisten, TZA, Herz-Kreislaufmitteln wie Kalziumantagonisten, ACE-Hemmer wegen möglicher neurotoxischer Nebenwirkungen beziehungsweise serotonerem Syndrom

Möglicherweise erhöhter Lithiumspiegel bei: Diuretika, Antibiotika, Calcitonin, eventuell auch Phenytoin, Metronidazol, Methylidopa

Abfall des Lithium-Spiegels bei: Acetazolamid; Harnstoff, Xantinpräparate, alkalisierende Substanzen

Sowohl Erhöhung als auch Erniedrigung des Lithium-Spiegels möglich bei: Tetracyklinen

Kontrolluntersuchungen

Serumspiegel im ersten Monat einmal pro Woche, für sechs Monate einmal pro Monat, später zirka alle drei Monate
parallel: TSH, Kreatinin, EKG jährlich

Tages-therapie-kosten*

Hypnorex®:
bei 800 mg/d:
0,45 EUR
Quilonum ret®:
bei 900 mg/d:
0,51 EUR

Bewertung

Sehr gut untersuchte und belegte Wirksamkeit bei klassischer Bipolar-I-Störung bei euphorischer Manie und Prophylaxe; weniger wirksam bei anderen Formen wie Rapid Cycling, psychotischer Manie, Mischzuständen; suizidprophylaktische Wirkung; bei enger therapeutischer Breite Beachtung der Nebenwirkungen und Intoxikationsgefahr (Spiegelkontrollen!)





Fortsetzung von S. 65

Antimanische und stimmungsstabilisierende Medikamente bei bipolaren Störungen

	Dosierung	ICD-10-GM-Version 2004	Anwendung bei bipolaren Störungen laut Fachinformation beziehungsweise „Roter Liste“	Klinische Anwendung	Kontraindikationen
Carbamazepin z. B. Tegretal®, Timonil®, Finlepsin®	<p><i>Beginn mit</i> 200–400 mg, Dosissteigerung 200 mg/d</p> <p><i>Erhaltungsdosis</i> 800–1.600 mg; Gabe 3 x täglich (Retardpräparat 1–2 x täglich)</p> <p><i>angestrebter Serumspiegel:</i> 4–12 mg/l; bei akuter Manie können auch initial höhere Dosen zur schnellen Aufsättigung verabreicht werden (z. B. in Saftform)</p>	F 31.9 G	<p><i>Tegretal® 200 beziehungsweise Tegretal® 200 und 400 retard:</i> Prophylaxe manisch-depressiver Schübe (wenn keine Behandlung mit Lithium möglich)</p> <p><i>Timonil®:</i> Prophylaxe manisch-depressiver Phasen, wenn Lithium nicht wirkt oder kontraindiziert ist (außer Timonil® 400 und Saft)</p> <p><i>Finlepsin® 200 retard/-400 retard/-600 mg retard:</i> Prophylaxe manisch-depressiver Phasen, wenn die Therapie mit Lithium versagt hat beziehungsweise wenn Patienten unter Lithium schnelle Phasenwechsel erleben, und wenn mit Lithium nicht behandelt werden darf</p> <p><i>Gegenanzeige bei Finlepsin®:</i> gleichzeitige Therapie mit Lithium!?</p> <p>Für anderer Carbamazepin-Präparate besteht in Deutschland keine formale Zulassung für bipolare Störungen!</p>	Bipolar-I- und -II-Störung; schizoaffektive Störungen; dysphorische und psychotische Manie, Mischzustand, Rapid Cycling; Prophylaxe als nachgeordnete Alternative zu Lithium	<p><i>absolute:</i> kardiale Überleitungsstörungen, bekannte Knochenmarkschädigung, akute intermittierende Porphyrie</p> <p><i>relative:</i> Absenzen, hämatologische Erkrankungen, gestörter Natrium-Stoffwechsel, schwere Herz-, Nieren-, Leberfunktionsstörung; Glaukom; frühestens 14 Tage nach Absetzen eines MAO-Hemmers anwenden</p> <p><i>Schwangerschaft und Stillzeit:</i> strenge Indikationsstellung</p>
Valproinsäure z. B. Convulex®, Ergenyl®, Orfiril®	<p><i>Manie:</i> 20 mg/kg KG/d; (rasches „loading“) bis zur individuell wirksamen klinischen Dosis</p> <p><i>ansonsten:</i> Beginn mit 300 mg und täglich um 300 mg aufdosieren</p>	vorläufig noch nicht für F 31.9 G zugelassen	in Deutschland zur Zeit noch nicht formal zugelassen; Zulassungsverfahren läuft, bei positivem Bescheid vermutliche Indikation: Behandlung der akuten Manie	Bipolar-I- und -II-Störung; schizoaffektive Störung; dysphore und psychotische Manie, Rapid Cycling, Mischzustand; Prophylaxe	<p><i>absolute:</i> Porphyrie, Leber- und Pankreasfunktionsstörungen oder solche in familiärer Vorgeschichte, Funktionsstörungen der Leber mit tödlichem Ausgang während einer Natriumvalproat/Valproinsäurebehandlung bei Geschwistern</p> <p><i>relative:</i> Knochenmarkschädigungen, Blutgerinnungsstörungen, angeborene Enzymmangelkrankheiten, Niereninsuffizienz und vermindertes Gesamteiweiß, systemischer Lupus erythematodes</p> <p><i>Schwangerschaft und Stillzeit:</i> strenge Indikationsstellung</p>

Nebenwirkungen	Wechselwirkungen	Kontrolluntersuchungen	Tages-therapie-kosten*	Bewertung
<p>allergisches Exanthem, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungsstörungen</p> <p><i>gelegentlich:</i> Blutbildveränderungen (Leukopenie, Thrombozytopenie, Leukozytose, Eosinophilie), Doppelbilder, Arthralgien, Myalgien, allergische Hautreaktionen, Mundtrockenheit, Veränderung von Leberfunktionswerten, Hyponatriämie</p> <p><i>selten:</i> Blockbilder im EKG, Bradykardie</p>	<p>Keine MAO-Hemmer mindestens 14 Tage vor Behandlungsbeginn!</p> <p><i>Carbamazepin beeinflusst Plasmakonzentration von:</i> Lamotrigin, Valproinsäure, Clonazepam, Benzodiazepinen, Kortikosteroiden, Cyclosporin, Digoxin, Tetracyclinen, Haloperidol, Risperidon, Quetiapin, Imipramin, Methadon, Theophyllin, blutgerinnungshemmende Mittel (Warfarin, Dicoumarol), hormonale Kontrazeptiva</p> <p><i>Senkung durch:</i> Phenobarbital, Phenytoin, Primidon, Clonazepam, Valproinsäure, Rifampicin, Theophyllin, Cisplatin, Doxorubicin</p> <p><i>Erhöhung durch:</i> Makrolidantibiotika, Isoniazid, Kalziumantagonisten (Verapamil, Diltiazem), Acetazolamid, Antimykotika vom Azoltyp, Danazol, Propoxyphen, Nocotinamid (in hoher Dosierung), SSRIs, Desipramin, Viloxazin, Nefazodon</p> <p>Die gleichzeitige Anwendung von Carbamazepin und Neuroleptika kann neurologische Nebenwirkungen begünstigen. Bei gleichzeitiger Gabe von Lithium kann die nervenschädigende Wirkung beider Substanzen verstärkt werden. Wegen hämatologischer Nebenwirkungen nicht zusammen mit Clozapin geben!</p>	<p>Serumspiegel im ersten Monat einmal pro Woche, danach monatlich, parallel Diff.-BB, Leberenzyme, Elektrolyte; EKG (QTc -Zeit); regelmäßige Überprüfung des Augeninnendrucks bei Patienten mit Glaukom</p>	<p>bei 800–1.600 mg/d 0,93–1,87 EUR</p>	<p>gute Wirksamkeit in der Maniebehandlung und Phasenprophylaxe; auch bei Vorliegen einer psychotischen Manie, Mischzuständen oder Rapid Cycling (≥ vier Episoden/Jahr)</p> <p><i>cave:</i> Nebenwirkungen und Medikamenteninteraktionen (Carbamazepin verändert die Blutspiegel zahlreicher Psychopharmaka)</p>
<p>Tremor; Gewichtszunahme; Leberfunktionsstörungen; Schläfrigkeit; hormonelle Störungen (polycystische Ovarien Syndrom, PCOS), Hyperinsulinismus, Thrombopenie, Gerinnungsstörung, Haarausfall (dosisabhängig)</p> <p><i>seltenst:</i> Valproat-Enzephalopathie, Pankreatitis; akutes Leberversagen bisher nur bei Kindern beschrieben</p>	<p>Carbamazepin, Phenobarbital und Phenytoin erniedrigen den Valproat-spiegel.</p> <p>Felbamat, Cimetidin, Fluoxetin und Erythromycin erhöhen den Valproin-spiegel. Valproat senkt den Lamotriginspiegel und erhöht die Spiegel von: Diazepam, Ethosuximid, Phenobarbital, Amitriptylin.</p> <p>Bei gleichzeitiger Therapie mit Phenytoin kann die Menge des freien Phenytoins ansteigen.</p>	<p>vor Therapie und vier Wochen nach Therapiebeginn, später in dreibis sechsmonatigen Abständen: BB, GOT, GPT, Bilirubin, Amylase, Quick, PTT; Kontrolle des Serumspiegels während Neueinstellung, danach fakultativ alle drei bis sechs Monate (angestrebter Serumspiegel: 50–120 µg/ml); EKG (QTc-Zeit)</p>	<p>für 1.200 mg/d, 1,01 EUR</p>	<p>gut wirksam in der Maniebehandlung und vermutlich auch in der Phasenprophylaxe; vor allem bei Vorliegen von psychotischer Manie oder Rapid Cycling (≥ vier Episoden/Jahr); gute Verträglichkeit; da noch nicht offiziell in Deutschland zugelassen, aber im Zulassungsverfahren befindlich, Aufklärung beachten!</p>





Fortsetzung von S. 67

Antimanische und stimmungsstabilisierende Medikamente bei bipolaren Störungen

	Dosierung	ICD-10-GM-Version 2004	Anwendung bei bipolaren Störungen laut Fachinformation beziehungsweise „Roter Liste“	Klinische Anwendung	Kontraindikationen
Lamotrigin Elmendos®	Woche 1–2: 25 mg Woche 3–4: 50 mg Woche 5: 100 mg Woche 6: 200 mg, Danach wöchentliche Steigerung bis maximal 400 mg/d. Im Regelfall ist aber eine Dosis von 200 mg/d bei der Behandlung bipolarer Störungen ausreichend	F 31.9 G	Prävention depressiver Episoden bei Patienten mit manisch-depressiver Erkrankung (bipolare Störung)	Phasenprophylaxe bipolarer Störungen, insbesondere, wenn depressive Phasen dominieren; außerdem (off-label): Bipolare Depression; wirksam bei Bipolar-II-Rapid-Cycling	<i>Anwendungsbeschränkung:</i> beeinträchtigte Nieren- oder Leberfunktion <i>Schwangerschaft und Stillzeit:</i> strenge Indikationsstellung (teratogenes Risiko erscheint allerdings gering)
Olanzapin Zyprexa®	<i>Anfangsdosis:</i> 5–10 mg/d, danach individuelle Dosissteigerung <i>allgemein:</i> 5–20 mg, bei schweren Manien auch Dosierungen bis 60 mg üblich <i>cave:</i> Das vom Hersteller empfohlene Dosisschema weicht hiervon ab (nur niedrigere Dosierungen bis 20 mg/d).	F 31.9 G	mäßig schwere bis schwere manische Episoden; zur Phasenprophylaxe bei Patienten mit bipolaren Störungen, deren manische Phase auf eine Behandlung mit Olanzapin angesprochen hat	Behandlung der akuten Manie, insbesondere auch bei Mischzuständen; Phasenprophylaxe bipolarer Störungen, insbesondere wenn Manien den Verlauf dominieren; in kontrollierter Studie auch antidepressive Eigenschaft bei bipolarer Depression	<i>absolute:</i> Engwinkelglaukom <i>relative:</i> Prostatahypertrophie, schwere Leber-, Nieren- und kardiale Erkrankung, M. Parkinson, Epilepsie, paralytischer Ileus, Blutbildveränderungen <i>cave:</i> Adipositas und Diabetes mellitus
Risperidon Risperdal®	Beginn mit 1–2 mg morgens, bei guter Verträglichkeit Dosissteigerung bis auf 6 mg innerhalb einer Woche; bei höheren Dosen häufiger EPMS	F 31.9 G	mäßig schwere bis schwere manische Episoden im Rahmen bipolarer Störungen. Es wurde nicht gezeigt, dass Risperidon ein erneutes Auftreten von manischen oder depressiven Episoden verhindert.	Behandlung der akuten Manie; möglicherweise auch in der Phasenprophylaxe als Add-on-Medikation zu anderen Mood-Stabilisern; Augmentationsbehandlung therapieresistenter Depressionen	<i>absolute:</i> akute Intoxikation; Vorliegen erhöhter nicht durch Medikamente bedingter Prolaktinspiegel <i>relative:</i> Leber- und Nierenschäden, kardiale Vorschädigung, organische Hirnerkrankung, M. Parkinson, bestimmte Formen der Demenz (Lewy-Body-Demenz)

Nebenwirkungen	Wechselwirkungen	Kontrolluntersuchungen	Tages-therapie-kosten*	Bewertung
<p>selten Müdigkeit, allergische Hautreaktionen und systemische Überempfindlichkeitsreaktionen bis hin zu Stevens-Johnson- oder Lyell-Syndrom mit Leber- und Blutbildschädigung, Kopfschmerzen, Tremor, Nystagmus, Ataxie, Doppelsehen, Konjunktivitis, Benommenheit, Übelkeit</p>	<p>Medikamenteninteraktionen mit Carbamazepin, Phenytoin, Phobarbital, Primidon (Lamotrigin höher dosieren) oder Valproat (Lamotrigin niedriger dosieren)</p>	<p><i>zweimonatlich, anfänglich häufiger:</i> BB, Leberenzyme, Serumspiegel (angestrebter Wert: > 5,0 mg/ml bei Rapid-cycling-Patienten und therapierefraktären Verläufen)</p>	<p>für 200 mg/d 3,91 EUR</p>	<p>gut wirksam in der Phasenprophylaxe und begrenzt auch bei Rapid Cycling und bipolarer Depression; in der Maniebehandlung unpraktikabel wegen langsamer Aufdosierung; generell gute Verträglichkeit <i>cave:</i> Hautreaktionen</p>
<p>orthostatische Dysregulation, Obstipation, Gewichtszunahme, größeres Hungergefühl, Ödeme, Zittern, Mundtrockenheit, Akathisie, Sprachstörungen, erhöhte Glukosespiegel, Hyperlipidämie, Sedierung <i>selten aber möglich:</i> malignes neuroleptisches Syndrom, EPMS, tardive Dyskinesien, Krampfanfälle</p>	<p>Der Olanzapin-Metabolismus kann durch Carbamazepin und Rauchen induziert werden; Vorsicht bei Kombination mit anticholinerg wirksamen Substanzen wegen Gefahr des Delirs oder Erregungszuständen</p>	<p>Kontrolle der Transaminasen und des EKG (QTc-Zeit) vor Therapiebeginn und nach vier Wochen; danach sechsmonatlich Blutzuckertagesprofil, wenn möglich, vor Therapiebeginn und nach vier Wochen Kontrolle der Lipide</p>	<p>für 10 mg/d 6,09 EUR</p>	<p>nachgewiesene antimanische und phasenprophylaktische Wirksamkeit in kontrollierten Studien, aber noch kein klinischer Erfahrungsschatz, der z. B. dem Lithium vergleichbar wäre; antidepressive Wirkung in kontrollierter Studie</p>
<p>orthostatische Dysregulation, Obstipation, Unruhe, Schlafstörungen, Hyperprolaktinämie <i>selten, aber möglich:</i> malignes neuroleptisches Syndrom, EPMS, tardive Dyskinesien, Priapismus, Krampfanfälle <i>kasuistisch:</i> Valproat-koma in Kombination mit Valproat</p>	<p><i>Erhöhung des Risperidon-Plasmaspiegels durch:</i> Phenothiazine, SSRIs Fluoxetin und Paroxetin), TZA (nicht Amitriptylin), beta-Blocker <i>Verminderung des Risperidon-Plasmaspiegels durch:</i> Carbamazepin Risperidon kann die Wirkung von Antihypertensiva verstärken, die Wirkung von Mitteln gegen Parkinson (z. B. Levodopa) vermindern.</p>	<p>Kontrolle der Transaminasen und des EKG (QTc-Zeit) vor Therapiebeginn und nach vier Wochen; danach sechsmonatliche Kontrollen</p>	<p>bei 4 mg/d 6,03 EUR</p>	<p>nachgewiesene antimanische, aber noch nicht phasenprophylaktische Wirksamkeit erste positive Ergebnisse bei der Add-on-Behandlung zu SSRI bei therapierefraktärer Depression</p>





Fortsetzung von S. 69

Antimanische und stimmungsstabilisierende Medikamente bei bipolaren Störungen

	Dosierung	ICD-10-GM-Version 2004	Anwendung bei bipolaren Störungen laut Fachinformation beziehungsweise „Roter Liste“	Klinische Anwendung	Kontraindikationen
Quetiapin Seroquel®	<i>Maniebehandlung:</i> Dose-loading mit 300 mg am 1. Tag, danach tägliche Steigerung um bis zu 300 mg bis zu einer Dosis von 1.500 mg/d <i>cave:</i> Das vom Hersteller empfohlene Dosisschema weicht hiervon ab (niedrigere Dosierungen) <i>wenn als Add-on in Prophylaxe oder Depressionsbehandlung eingesetzt:</i> 1. Tag 50 mg 2. Tag 100 mg 3. Tag 200 mg 4. Tag 300 mg Nach dem 4. Tag sollte die Dosis bis zur üblichen wirksamen Dosis von 300–450 mg/d schrittweise gesteigert werden.	F 31.9 G	Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden. Es konnte nicht gezeigt werden, dass Seroquel das Wiederauftreten manischer oder depressiver Episoden verhindert.	Behandlung der akuten Manie und Phasenprophylaxe als Add-on zu anderen Mood-Stabilizern, augmentative Behandlung bipolarer Depressionen	<i>absolute:</i> gleichzeitige Einnahme von Medikamenten, die den Quetiapinabbau in der Leber hemmen (z. B. HIV-Protease-Hemmer, Antimykotika vom Azoltyp, bestimmte Antibiotika, Nefazodon) <i>relative:</i> Durchblutungsstörungen des Herzens oder des Gehirns, andere Störungen, die für niedrigen Blutdruck anfällig machen, Krampfanfälle, gleichzeitige Einnahme von Carbamazepin, Phenytoin <i>cave:</i> Leberfunktionsstörungen

Antidepressive Medikamente bei Kindern nur gezielt einsetzen

DGKJP-Stellungnahme zur Verordnung von SSRI

Viele Kinder- und Jugendpsychiater haben in den letzten Jahren bei depressiven Kindern und Jugendlichen SSRI verordnet und zum Teil gute Ergebnisse erzielt, obwohl sie dafür nicht zugelassen sind (Off-label-use). Für Aufsehen haben einzelne Studien gesorgt, die von einer erhöhten Anzahl suizidaler Handlungen, aber keiner höheren Selbstmordrate bei Jugendlichen berichten, die SSRI genommen haben. Hierzu nimmt die DGKJP wie folgt Stellung:

„Auf Grund der schwierigen Verordnungssituation in Deutschland, unkritischer Pressereaktionen und zunehmend verunsicherter Eltern ist es der DGKJP ein Anliegen, sich zur Behandlungsindikation mit SSRI im Kindes- und Jugendalter zu äußern. Für die Indikation Zwangsstörung ist auch in Deutschland ein SSRI zugelassen. Bei Angststörungen ist die Datenlage zwar weniger exzellent, aber auch hier mehrten sich die Hinweise für eine wirksame Be-

handlungsmöglichkeit mit SSRI. Ähnliches gilt für die Therapie von Ängsten im Rahmen posttraumatischer Belastungsstörungen, sodass hier nur die Frage der Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter zur Diskussion steht.

Empfehlungen für die klinische Praxis

Bezüglich der Entscheidung für eine Behandlung mit SSRI muss zwischen zwei

Nebenwirkungen	Wechselwirkungen	Kontrolluntersuchungen	Tages-therapie-kosten*	Bewertung
<p>Schläfrigkeit, Leukopenie/Neutropenie (nach Beendigung der Behandlung reversibel), erhöhter Puls, Mundtrockenheit, Magen-Darmbeschwerden, Blutdruckabfall, gelegentlich Eosinophilie, Krampfanfälle</p> <p><i>selten:</i> malignes neuroleptisches Syndrom, Leberenzymanstieg (GOT, GPT, gamma-GT), Gewichtszunahme</p>	<p><i>Quetiapin verstärkt die Wirkung von:</i> HIV-Protease-Hemmern, Antimykotika vom Azoltyp (z. B. Ketoconazol), bestimmten Antibiotika (z. B. Erythromycin, Clarithromycin); z. B. Nefazodon</p> <p>O. g. P450-3A4-Inhibitoren (aber auch z. B. Grapefruitsaft) führen zu einem relevanten Anstieg des Quetiapin-Spiegels. Der Quetiapin-Spiegel wird andererseits durch verschiedene P450-3A4-Induktoren klinisch relevant gesenkt (z. B. Carbamazepin, Phenytoin)</p>	<p>Kontrolle von Leberenzymen, Blutzucker; EKG vor Behandlungsbeginn und nach vier Wochen</p>	<p>bei 400 mg/d 5,37 EUR</p>	<p>zugelassen zur Behandlung von manischen Episoden. Gegenwärtig laufen Studien zur Phasenprophylaxe und zur bipolaren Depression. Zu letzterer Anwendung liegen bereits erste positive Studienergebnisse vor.</p>

unterschiedlichen Ausgangssituationen differenziert werden:

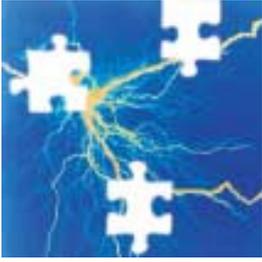
Fortführung einer bereits begonnenen Behandlung: Bei Jugendlichen mit Depression, die bisher gut auf die Behandlung mit SSRI angesprochen haben, sollte die Medikation keinesfalls abrupt abgebrochen werden. Nach der derzeitigen Datenlage wurden auch in der Phase des Absetzens parasuizidale Handlungen und Suizidversuche beobachtet. Vielmehr sollte eine Güterabwägung in einem gemeinsamen Gespräch mit Patient und Sorgeberechtigtem erfolgen. Zeigte die bisherige Therapie keine oder nur geringe positive Effekte, wäre ein langsames „Ausschlei-

chen“ unter gezielter Beobachtung zu empfehlen.

Neubehandlungen von depressiven Störungen: Für eine medikamentöse Behandlung depressiver Störungen sind generelle Empfehlungen zurzeit kaum möglich. Es sollte eine grundsätzliche Abwägung zwischen zugelassenen und nicht zugelassenen Alternativen stattfinden. Im Einzelfall sollte die Entscheidung für ein bestimmtes Medikament mit dem Sorgeberechtigten und dem Betroffenen genau besprochen, begründet und dokumentiert werden. Der Vergleich von pharmakoepidemiologischen Daten aus Deutschland und den USA zeigt auf, dass SSRI in Deutschland we-

sentlich zurückhaltender rezeptiert werden. Es kann daher von größerer Vorsicht in Deutschland ausgegangen werden, wobei vor dem Hintergrund der derzeitigen Datenlage gewarnt werden sollte, ganz auf diese wertvolle Behandlungsmöglichkeit zu verzichten.“

Die vollständige Stellungnahme kann auf der Internetseite der DGKJP unter www.dgkjp.de eingesehen werden. (red)



Neurologische Kasuistik

Chronische Leberzirrhose mit MR-Veränderungen

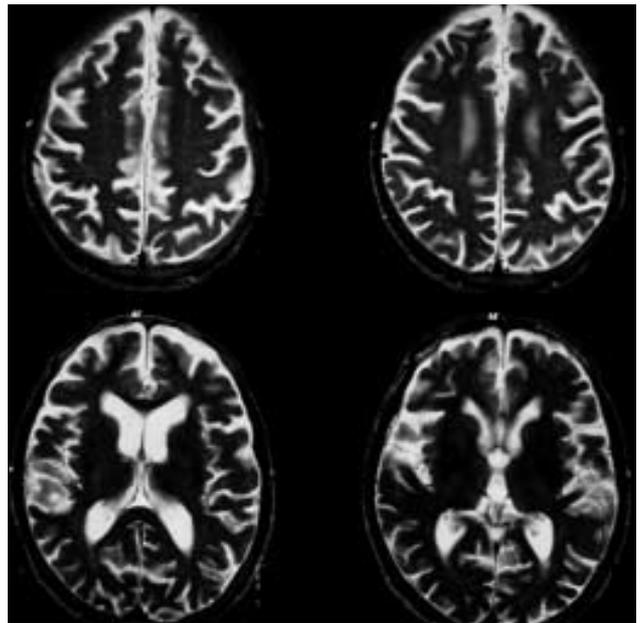
— Anamnese

Eine 47-jährige Hausfrau mit bekannter äthyltoxischer Leberzirrhose klagte über einen seit zwei Wochen bestehenden Benommenheitsschwindel mit Gangunsicherheit. Seit einigen Tagen bestanden auch neuartige Dauerkopfschmerzen. Übelkeit oder vegetative Symptome wurden verneint. Vorausgegangen war der Symptomatik zwei Wochen vorher ein Sturz mit leichter Schädelprellung. Zu einer akuten Infektion oder einer gastrointestinalen Blutung kam es nicht. Vorbekannt war eine alkoholtoxische Polyneuropathie sowie eine osteoporotische Wirbelkörperfraktur BWK 9/10 ohne neurologische Ausfälle.

— Befund

Neurologische Untersuchung: insgesamt leicht reduzierter AZ; unauffällige Hirnnervenfunktionen, normale Okulo- und Pupillomotorik; kein Spontan- oder Provokationsnystagmus; leichte Störung der Feinmotorik der Hände, Unsicherheiten im Romberg'schen Stehversuch, vermehrte Ausgleichsbewegungen im Seiltänzerengang mit ungerichteter Fallneigung; reduzierte Sensibilität mit Pallhypästhesie an den Füßen (5/8), normaler Lagesinn an den Zehen; Muskeleigenreflexe normal und ASR seitengleich nur schwach auslösbar; keine pathologischen

Abbildung 1:
T2-Sequenzen mit leicht verbreiteter Rindenzeichnung bei kortikaler Atrophie. Das Putamen und Globus pallidum beidseits unauffällig.



© Dr. P. Franz, München

Reflexe; keine umschriebenen Atrophien bei schwachem Muskelrelief; kein Rigor und Tremor; Blasen- und Mastdarmfunktion unauffällig; multiple thorakale Spider Naevi, Palmarerytheme beidseits. **Psychiatrische Untersuchung:** unauffälliger Befund mit unauffälliger Vigilanz und normaler Orientierung; leichte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung, jedoch kein Hinweis auf eine depressive Störung, ein demenzielles

Syndrom oder eine Angststörung; bei früherer Alkoholabhängigkeit besteht seit Jahren Abstinenz.

Dopplersonografie: normaler Befund extra- und transkraniall.

EEG: unauffällig.

Elektro-neurografie: Tibialis-SEPs beidseits nicht ableitbar.

MRT des Schädels: kortikale Klein- und Großhirnatrophie mit verbreiteter Rindenzeichnung; beidseits in den T1-Sequenzen Signalerhöhung im Putamen und Globus pallidum bis in die Capsula interna und den Thalamus reichend; keine Signalerhöhung nach Kontrastmittelgabe; unauffällige T2-Sequenzen.

Labor: Thrombozytopenie mit 88.000/µl, γGT 114 U/l, GOT 109 U/l, GPT 37 U/l. Quick 62%, PTT 40 s.

Diagnose: minimale hepatische Enzephalopathie bei äthyltoxischer Leberzirrhose, alkoholtoxische Polyneuropathie.

Dr. med. Peter Franz, München
BVDN-Ausschuss CME

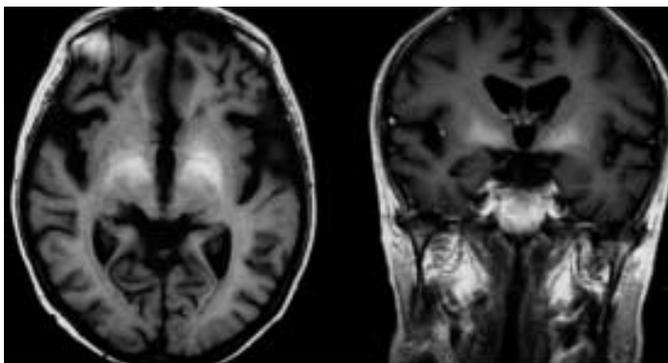


Abbildung 2:
In den T1-gewichteten Sequenzen deutliche Signalerhöhung im Globus pallidum beidseits, die bis in die Capsula interna hineinreicht. Verbreiterte Zisterna Sylvii bei leichter kortikaler Atrophie.



Fragen

1. Welche Aussage über die hepatische Enzephalopathie ist richtig?

Die hepatische Enzephalopathie ...

- a) ... kann auch ohne neurologische Ausfälle auftreten.
- b) ... tritt nur bei etwa 20 % der Patienten mit Leberzirrhose auf.
- c) ... kommt nur in der Endphase einer Leberzirrhose vor.
- d) ... ist durch fokale neurologische Ausfälle gekennzeichnet.
- e) ... verläuft immer chronisch progredient.

2. Die in der Kernspintomografie erkennbaren Veränderungen sind Folgen ...

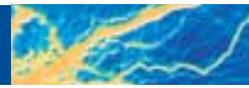
- a) ... ischämischer mikrovaskulärer Läsionen.
- b) ... eines Hirnödems.
- c) ... von ausgedehnten Gliazell-Nekrosen.
- d) ... einer Einlagerung von Mangan.
- e) ... einer entzündlichen Reaktion auf die Neurotoxine.

3. Welche Untersuchungsmaßnahme ist zur Diagnostik einer minimalen hepatischen Enzephalopathie am geeignetsten?

- a) Elektroenzephalografie mit Nachweis einer verlangsamten Grundaktivität
- b) kraniale Computertomografie
- c) kraniale Kernspintomografie
- d) Bestimmung des Plasma-Ammoniaks
- e) neuropsychologische Testverfahren

4. Welche Aussage über die hepatische Enzephalopathie bei Leberzirrhose ist falsch?

- a) Bereits bei minimaler Enzephalopathie ist die Fahrtüchtigkeit oft eingeschränkt.
- b) Die hepatische Enzephalopathie bei Leberzirrhose wird durch einen portosystemischen Shunt gebessert.
- c) Die hepatische Enzephalopathie kann durch Infektionen und Medikamente ausgelöst werden.
- d) Die hepatische Enzephalopathie bei Leberzirrhose kann durch eine Lebertransplantation gebessert werden.
- e) Die hepatische Enzephalopathie bei Leberzirrhose kann im Verlauf wiederholt symptomatisch werden.

Neurologische Kasuistik
Lösung

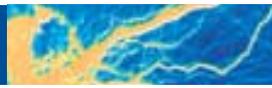
1a; 2d; 3e; 4b

zu 1: In Deutschland sind etwa eine Million Patienten an einer Leberzirrhose erkrankt. Die hepatische Enzephalopathie (HE) ist dabei die häufigste Komplikation und befallt bis zu 70 % der Patienten (bis zu 700.000 Patienten in Deutschland – zum Vergleich die geschätzte Zahl der Parkinson-Patienten 250.000). Die neurologische Symptomatik reicht dabei von der oft nur mit neuropsychologischen Testverfahren nachweisbaren (subklinischen) minimalen HE, geprägt durch Konzentrationsstörungen und verlangsamte Reaktionszeiten, bis hin zum sehr rasch diagnostizierbaren hepatischen Koma mit Hirnschwellung [5]. Nach der zugrunde liegenden Pathogenese wird zwischen HE bei akutem Leberversagen, bei portosystemischem Bypass ohne Lebererkrankung und einer HE bei Leberzirrhose differenziert. Der Verlauf kann dabei episodisch oder persistierend sein. Besonders die minimale HE wird sicher zu selten erkannt. Neurologisch findet sich allenfalls eine leichte Störung der Feinmotorik. Leichte kognitive Störungen mit Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie eine vermehrte Reizbarkeit fallen bisweilen auf. Während die verbalen Fähigkeiten zumeist nicht eingeschränkt sind, kommt es jedoch bereits frühzeitig zu einer Störung motorischer Fähigkeiten. So ist die Arbeitsfähigkeit auch bei hauptsächlich körperlicher Berufstätigkeit im Vergleich zu einer mehr geistig dominierten Berufstätigkeit häufiger eingeschränkt [15]. In einer Befragung von 179 Zirrhose-Patienten fand sich in der Gruppe mit minimaler HE (48 Patienten) im Vergleich zu den nicht betroffenen Patienten eine deutliche Beeinträchtigung aller Alltagsleistungen und eine reduzierte Lebensqualität [4].

zu 2: Während die CT keine spezifischen Befunde zeigt, finden sich in der MRT bei über 80 % der Patienten mit einer Leberzirrhose charakteristische Signal-erhöhungen im Globus pallidum [8]. Diese werden von paramagnetischem Mangan erzeugt, das bei Leberversagen im Serum erhöht ist und bei Patienten, die an akutem Leberversagen verstorben sind, autoptisch in dieser Hirnregion nachgewiesen werden konnte [9]. Wie in einer Untersuchung an 50 Patienten mit Leberzirrhose jedoch gezeigt wurde, gibt es keine Korrelation der Leberfunktionswerte beziehungsweise des neurologischen Befundes mit den Pallidumläsionen. In Verlaufsuntersuchungen zeigte sich allerdings eine Größenzunahme der Läsionen mit Verschlechterung der Leberfunktion sowie eine Rückbildung der Läsionen nach Lebertransplantation [14]. Die besondere Empfindlichkeit dopaminerger Neurone, die durch die Manganeinlagerung untergehen, erklärt die in einer jüngeren Arbeit nachgewiesene bessere Korrelation der MR-Veränderungen mit Parkinson-Symptomen [10].

zu 3: Die Plasma-Ammoniakkonzentration korreliert kaum mit dem Grad der HE. Auch die Messung der arteriellen Ammoniakkonzentration oder des Ammoniakpartialdrucks verbessern die Sensitivität nicht. Die in der MRT nachweisbaren Signalerhöhungen im Globus pallidum und die bisweilen zusätzlichen T2-Läsionen im Marklager finden sich auch bei Zirrhose-Patienten ohne HE und sind somit nicht zur Diagnostik geeignet. Magnetenzephalografie, Magnetresonanz-Spektroskopie und Positronen-Emissionstomografie zeigen typische Veränderungen bei chronischem Leberversagen, sind jedoch in der Routinediagnostik bisher nicht einsetzbar [3, 11, 12]. Ihre Bedeutung für die Diagnose einer minimalen HE sind noch nicht geklärt (Übersicht s. [2]). Auch elektrophysiologische Untersuchungen wie die mittlere dominante Frequenz im EEG, die bei zunehmender Enzephalopathie abfällt, oder die Verzögerung der ereigniskorrelierten Spätpotenziale (P300) sind besser zur individuellen Verlaufskontrolle als zur Diagnostik bei minimaler Enzephalopathie geeignet [7]. Bisher war daher die Diagnostik auf die neuropsychologische Testung angewiesen, wobei sich insbesondere der standardisierte Zahlenverbindungs- und der Liniennachfahrttest als zuverlässig erwiesen haben. Da die einzelnen Tests eine sehr unterschiedliche Sensitivität und Spezifität haben und teilweise stark von Alter und

FORTSETZUNG S. 77 —


 Neurologische Kasuistik
 Lösung


Bildungsstand abhängen, wird heute zumeist eine Kombination mehrerer Testverfahren, die Teilleistung wie Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Konzentration, Feinmotorik, Reaktionszeit und optische Wahrnehmung abfragen, eingesetzt [15].

zu 4: Auslöser einer episodischen HE im Rahmen einer Leberzirrhose können Infektionen, gastrointestinale Blutungen, Medikamente (Diuretika, Sedativa), Elektrolytentgleisungen oder eine Azidose, vermehrte Eiweißzufuhr sowie Operationen oder Traumata sein. Dies erklärt auch die multifaktorielle Genese der HE. Hauptursache ist der vermehrte Anfall von Ammoniak und anderer neurotoxischer Substanzen. Intrazerebral wird Ammoniak durch die Glutaminsynthetase der Astrozyten an Glutamat gebunden, wobei intrazellulär Glutamat akkumuliert. Dies führt neben Störungen der transmembranären Transportmechanismen zu einer Schwellung der Astrozyten und ruft bei chronischer Leberinsuffizienz ein geringes chronisches Gliödem hervor. Durch Reduktion intrazellulärer osmoregulatorischer Substanzen wie Inositol versuchen die Zellen gegenzuregulieren. Langfristig degenerieren (so genannte Alzheimer-Typ-II-Degeneration) die Astrozyten. Darüber hinaus führt Ammoniak auch zu einer vermehrten Expression von Benzodiazepinrezeptoren vom peripheren Typ an der Mitochondrienwand der Astrozyten. Gleichzeitig wird die Gen-Expression des Glutamat- und Glycin-Transporters sowie der Aquaporine, der Poren- und Kanalproteine für den selektiven transmembranären Wassertransport und verschiedener Strukturproteine herunter geregelt (Übersicht in [2]). Die Gabe eines Benzodiazepin-Rezeptor-Antagonisten führt daher auch bei chronischer HE in einzelnen Fällen zu einer Verbesserung [1]. Tierexperimentelle Untersuchungen legen auch einen positiven Effekt durch die Gabe von Glutamat-(NMDA)-Rezeptor-Antagonisten (Memantine), Histamin-Rezeptor-Antagonisten und Zyklooxygenase-Hemmern nahe (Übersicht in [2]).

Da eine auf den pathophysiologischen zerebralen Veränderungen basierende Pharmakotherapie bisher nicht möglich ist, muss eine Besserung der Enzephalopathie bei der raschen Identifizierung und Korrektur der auslösenden Ursachen ansetzen. Therapeutisch ist der durch Proteinabbau im Darm hervorgerufene Anstieg toxischer Metaboliten durch die Gabe nicht-resorbierbarer Disaccharide und durch eine Eiweißrestriktion möglich. Zusätzlich kann die Ammoniumentgiftung durch die Gabe von L-Ornithin-L-Aspartat verbessert werden.

In einem Teil der Fälle nimmt die Enzephalopathie jedoch einen chronischen Verlauf. Dabei können sowohl spontane als auch therapeutische portosystemische Shunts das Auftreten einer Enzephalopathie begünstigen [14]. In schweren Fällen kommt es erst nach einer Lebertransplantation zu einer Besserung der Enzephalopathie.

Von besonderer Bedeutung ist die Frage der Fahrtüchtigkeit bei HE. Während frühere Untersuchungen unterschiedliche

Ergebnisse ergaben, fand sich in einer jüngsten Untersuchung in Deutschland eine deutliche Beeinträchtigung bereits bei der minimalen HE. So wurde in einer Gruppe von 48 Patienten mit Leberzirrhose bei 14 Patienten psychometrisch mit drei Testverfahren eine minimale HE diagnostiziert. In einem anschließenden Fahrtst über 90 Minuten fand sich in der Gruppe der Patienten mit minimaler HE im Vergleich zu den in den Testverfahren unauffälligen Zirrhosepatienten beziehungsweise im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit chronischer gastrointestinaler Erkrankung und normaler Leberfunktion eine signifikante Störung der Fahrtüchtigkeit [13]. In dem relativ langen realistischen Fahrtst (32 Kilometer auf Autobahn und im innerstädtischen Verkehr) mussten die für die psychometrischen Ergebnisse „blinden“ Fahrlehrer bei 5 der 14 Patienten eingreifen, um einen Unfall zu verhindern. Bei den Zirrhosepatienten ohne HE waren die Fahrlehrer bei 34 Fahrtstests nur zweimal gezwungen einzugreifen. Das Risiko lag somit bereits bei minimaler HE zehnmal höher! Die Fahrleistungen der Zirrhose-Patienten ohne HE unterschied sich dabei nicht von der Kontrollgruppe.

Der zeitliche Aufwand der psychometrischen Testung zur Sicherung der Diagnostik ist im Praxisalltag nur schwer zu bewältigen. Hier könnte ein neues Verfahren, das die „kritische Flimmerfrequenz“ bestimmt und rasch und einfach durchgeführt werden kann, in Zukunft eine sichere Diagnose in wenigen Minuten ermöglichen (s. Kasten). So konnte in einer Untersuchung an 92 Zirrhosepatienten ohne HE und gesunden Kontrollen in der kritischen Flimmerfrequenz gefunden werden.

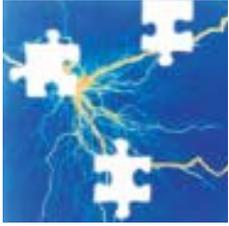
Bei einem Grenzwert von 39 Hz gelang dabei eine 100%ige Abgrenzung von zirrhosischen Patienten mit Enzephalopathie von den Kontrollen und den Zirrhosepatienten ohne psychometrischen Nachweis einer Enzephalopathie [6]. Ein einfacher Flimmerfrequenz-Analysator (Hepatonorm Analyzer®) zum Praxiseinsatz wurde zwischenzeitlich entwickelt.

Kritische Flimmerfrequenz

Ein pulsierender Lichtpunkt wird mit einer Ausgangsfrequenz von 50 Hz präsentiert. Die Flimmerfrequenz wird kontinuierlich um 0,5 Hz pro Sekunde reduziert. Die Frequenz bei der erstmals ein Flimmern des Lichtpunktes bemerkt wird entspricht der kritischen Flimmerfrequenz. Diese ist weitgehend unabhängig von Untersucher, Tageszeit, Alter, Bildung sowie Trainingseffekten und liegt bei Gesunden bei 39 Hz.

Literatur

1. Als-Nielsen B et al: In The Cochrane Library, Issue 2 (2003)
2. Butterworth RF: J Hepatology 39 (2003): 278–85
3. Genovese E. et al: AJNR 21 (2000): 845–51
4. Groeneweg M et al: Hepatology 28 (1998): 45–9
5. Häussinger D et al: J Hepatol 32 (2000): 1035–8
6. Kircheis G et al: Hepatology 35 (2002): 357–66
7. Kügler C et al: Gastroenterology 103 (1992): 302–10
8. Lockwood AH et al: Curr Opin Neurol 10 (1997): 525–33
9. Pomier Layrargues D et al: Meta Brain Dis 4 (1995): 3512–4
10. Spahr L et al: Gastroenterology 119 (2000): 774–81
11. Tarasow E et al: Hepatogastroenterology 50 (2003): 2149–53
12. Watanabe A: CJ Gastroenterol Hepatol 13 (1998): 752–60
13. Wein C et al: Hepatology 39 (2004): 739–45
14. Weissenborn K et al: Metab Brain Dis 10 (1995): 219–31
15. Weissenborn K et al: J Hepatol 34 (2001): 768–73



Psychiatrische Kasuistik „Donnervogel“

— Anamnese

Ein 47-jähriger geschiedener Malermeister wurde in die Notaufnahme gebracht, weil er „verwirrt“ war und nicht mehr für sich selbst sorgen konnte. Die Schwester des Patienten stand für eine Fremdanamnese zur Verfügung. Sie berichtete, dass der Patient praktisch täglich seit über fünf Jahren sehr große Mengen an „billigem Wein“ konsumierte. Zuvor war seine Lebenssituation ausreichend stabil mit regelmäßiger Arbeit gewesen. Als ihn aber seine Frau wegen eines anderen Mannes verließ, hat er nach Angaben der Schwester häufiger Blackouts erlebt und ist keiner regelmäßigen Arbeit mehr

nachgegangen. Er wechselte häufig den Arbeitsplatz wobei er glücklicherweise immer wieder eine Stelle fand. Vor drei Tagen hatte er kein Geld mehr, um sich Wein zu besorgen, sodass er anfang auf der Straße zu betteln. Am Morgen nach seinem letzten Trinktag (also insgesamt vor drei Tagen) hat sich der Patient zunehmend zitterig gefühlt, seine Hände zeigten einen so groben Tremor, dass er Schwierigkeiten hatte, eine Zigarette anzuzünden. Zusammen mit einem zunehmenden Gefühl von Panik war er nicht mehr in der Lage gewesen, zu schlafen. Ein Nachbar wurde auf den Patienten aufmerksam, weil keine geord-

nete Konversation mehr möglich war. Dieser hat dann die Schwester benachrichtigt. In der Vorgeschichte gab es keine Suizidversuche und keine depressiven Episoden. Angststörungen und psychotisches Erleben im engeren Sinne wurden verneint. Die Familienanamnese ist bis auf eine Alkoholabhängigkeit bei einem Onkel des Patienten für psychiatrische Erkrankungen frei.

— Befund

Psychopathologischer Befund bei Aufnahme: deutlich reduzierter EZ und AZ; bis auf die Person komplette Desorientierung, Störung der Bewusstheit, emotional labil mit rezidivierender, oberflächlicher, inadäquater affektiver Zuneigung dem Untersucher gegenüber; beinahe ständig unaufmerksame Sprechweise, deutlich gesteigerte Ablenkbarkeit. Zu manchen Zeiten erkannte er den Arzt, zu anderen jedoch war er verwirrt und dachte, der Arzt sei sein älterer Bruder. Er fragte nach, wann denn dieser angekommen sei, wobei er sich offensichtlich an den Inhalt des gesamten Interviews nicht mehr erinnern konnte. Es fiel ein grobschlägiger Tremor in Ruhe auf, des Weiteren Perioden, in denen der Patient nach kleinen, nicht sichtbaren Käfern auf der Bettdecke griff. Der Patient war davon überzeugt, sich in einem Supermarkt zu befinden. Er deutete an, dass er gegen das Ende der Welt ankämpfen müsse, wobei er mehrmals durch Geräusche und Szenen von schweren Autounfällen (offensichtlich durch die Geräusche in der Eingangshalle) erschreckt wurde. Wegen der erhöhten Ablenkbarkeit war eine geregelte Testung des Gedächtnisses und des Rechenvermögens nicht möglich.

Neurologisch-internistischer Befund: bis auf erhöhte Schweißneigung, Tachykardie (112/Min.) und systolische Hypertonie (RR 160/75 mmHg) keine Auffälligkeiten.

EEG: Zeichen der diffusen Enzephalopathie.

CCT: globale Hirnatrophie.

Labor: γ GT 840 U/l, alkalische Phosphatase 150 U/l, GPT 40 U/l, GOT 73 U/l, MCV 106 fl.



Fragen

1. Um welches Syndrom bzw. Diagnose handelte es sich bei dem Patienten?

- a) Wernicke-Enzephalopathie
- b) Korsakow-Syndrom
- c) persistierende Demenz bei Alkoholabhängigkeit
- d) Delir
- e) Alkoholhalluzinose

2. Wie viele Abhängigkeitskriterien müssen gleichzeitig innerhalb eines Jahres sowohl nach DSM-IV TR als auch ICD-10 erfüllt sein, um von einer Alkoholabhängigkeit sprechen zu können?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5



3. Welche Kombinationsbehandlung ist in den letzten Jahren gerade für unkomplizierte ambulante Alkoholentgiftungen geprüft worden?

- a) Valproinsäure + Tiaprid
- b) Carbamazepin + Tiaprid
- c) Distraneurin + Carbamazepin

- d) Distraneurin + Valproinsäure
- e) Clonidin + Carbamazepin

4. Welche der folgenden Serumparame-ter weist die beste Korrelation mit dem Langzeitmarker carbhydrat-defizientes Transferrin (CDT) auf?

- a) γ GT
- b) Harnsäure
- c) GPT
- d) GOT
- e) HDL-Cholesterin



5. Welche der folgenden Substanzen sind zur Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit in Deutschland zugelassen?

- 1) Acamprosat
- 2) Naltrexon
- 3) Disulfiram
- 4) Bromocriptin
- 5) Fluoxetin
- a) 1. und 3. sind richtig.
- b) 2. und 3. sind richtig.
- c) 2. und 4. sind richtig.
- d) 1. und 5. sind richtig.



1d; 2c; 3b; 4e; 5a

zu 1: Da der Patient als Hauptsymptom eine vermehrte Ablenkbarkeit bei gestörter Aufmerksamkeitsfokussierung und Bewusstseinsstörung mit Desorientierung aufwies, ist von einem Alkoholentzugsdelir auszugehen. Auch der zeitliche Verlauf spricht dafür. Bei der Alkoholluzinose treten typischerweise keine Orientierungsstörungen auf. Vordergründig sind eher akustische Halluzinationen und paranoides Erleben. Bei der Wernicke-Enzephalopathie sind Augenbewegungs- und Gangstörungen typisch, die der Patient ebenfalls nicht aufwies. Das Korsakow-Syndrom ist durch Desorientierung, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und Konfabulationen gekennzeichnet. Da sich bei dem Patienten neben einer diffusen Enzephalopathie im EEG vegetative Entzugszeichen in Form von erhöhter Schweißneigung, grobschlägigem Tremor und arterieller Hypertonie zeigten, liegt die Diagnose einer deliranten Symptomatik auf der Hand. Seine Wahnwahrnehmungen in Form von akustischen Halluzinationen („Donnervogel“) waren sehr eindrucksvoll.

zu 2: Der Patient erfüllte nicht nur die Kriterien für ein Alkoholentzugsdelir, sondern auch die der Alkoholabhängigkeit, (mindestens drei aus sieben beziehungsweise acht verschiedene Symptome des allgemeinen Abhängigkeitssyndroms müssen bestehen, s. auch DSM-IV TR und ICD-10).

zu 3: Bisher wurden verschiedene Kombinationsbehandlungen untersucht, wobei in letzter Zeit gerade Carbamazepin und Tia-
prid in den Fokus gerieten. Es gibt auch im Vergleich zu anderen Substanzen wie Clomethiazol durchaus positive Ergebnisse [1].

zu 4: Interessanterweise korreliert der HDL-Cholesterinwert am besten mit dem CDT, was sicherlich in der Praxis zu der gelegentlichen Fehlinterpretation führt, dass der Patient ein besonders günstiges Cholesterinprofil aufweise [2]. Die anderen Marker zeigen keine gute Korrelation mit dem CDT-Wert.

zu 5: In Deutschland sind als medikamentöse rückfallprophylaktische Substanzen Acamprostat (ein GABA-Analogon und Glutamat-Antagonist, der auch Serotonin im ZNS erhöht und Noradrenalin antagonisiert [3]) und Disulfiram (ein irreversibler Inhibitor der hepatischen Aldehyd-Reduktase) zugelassen. Letztere Substanz, die als Aversivtherapie nur sehr eingeschränkt einsetzbar ist, spielt in Deutschland nur eine untergeordnete Rolle. Naltrexon ist in den USA in der Indikation Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit zugelassen. Die übrigen genannten Substanzen sind zur Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit als Monodiagnose nicht indiziert.

Literatur

1. Lucht M et al: Alcohol Alcohol. 38 (2003): 168–75
2. Szegedi A et al: Alcohol Clin Exp Res. 24 (2000): 497–500
3. Schäffer A et al: Drugs. 56 (1998): 571–85

3. Suchtforum der bayerischen Ärzte und Apotheker

Tabakabhängigkeit – Wege aus dem Entwöhnungsfrust

Dass die Raucherquote in den letzten Jahren zurück ging, ist nur die halbe Wahrheit. Immer niedriger wird das Einstiegsalter, immer häufiger greifen Frauen zur Zigarette. 16 % aller Männer und 12% aller Frauen in einer Hausarztpraxis sind in klinisch relevanter Weise nikotinabhängig. Viele Ärzte empfinden Raucherentwöhnung als ineffektiv, zeitaufwändig, unterhonoriert. Angebote spezialisierter Therapeuten sind Patienten wie Kollegen oft unbekannt. Dabei erzielen kombinierte Verhaltens- und Substitutionstherapien gute Erfolge.

Trotz Verbot der Fernsehwerbung, der plakativen Warnungen auf Zigarettenschachteln und steigender Preise durch die Steuererhöhung, bleibt der Tabakkonsum ein ernst zu nehmendes Problem, wie Experten auf dem 3. Suchtforum, das am 31. März dieses Jahres von der Bayerischen Landesärztekammer, der Bayerischen Landesapothekerkammer und der Bayerischen Akademie für Suchtfragen veranstaltet wurde, deutlich machten. Nach aktuellen Daten

- fiel das Raucher-Einstiegsalter in den 90er Jahren auf 13 Jahre;
- stieg die Raucherquote in dieser Altersgruppe auf 28 %;
- greifen im Alter von 18 Jahren 57% der ostdeutschen Mädchen und 70% der Jungen regelmäßig zur Zigarette,
- stieg die Raucherquote bei Frauen im Westen um 1 %, im Osten um 8 % [1].

Das Problem: Frühes Einstiegsalter korreliert wie die Zahl der täglich gerauchten Zigaretten mit dem Lungenkrebsrisiko, warnte Prof. Dennis Nowak, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin der LMU München. Gleichzeitig reduziert, wer das Rauchen einstellt, sein Lungenkrebsrisiko deutlich: Lebenslängliche Raucher tragen ein kumulatives Risiko von 16 %, an einem Bronchialkarzinom zu erkranken. Wer mit 60 Jahren aufhört, reduziert das Risiko auf 10 %, wer mit 40 Jahren „vernünftig“ wird, auf nur 3 %.

Tabakmythen über Bord werfen

Leichtes Rauchen schadet! Eine aktuelle, prospektive Kohortenstudie an 940.000 Personen belegt: Die Lungenkrebshäufigkeit ist gleich hoch, egal ob Filterzigaretten unter 7 oder bis zu 21 mg Teer enthalten [2].

Passivrauchen ist gefährlich! Nebenstromrauch belastet die Umgebung mit wesentlich mehr CO, Nikotin und Kanzerogenen, als der Raucher selbst inhaliert, betonte Nowak. Gesundheitlich relevante Folgen sind mittlerweile vielfach belegt. Je nach Dauer und Stärke der Passivexposition gegenüber Tabakrauch steigt das Lebenszeitrisiko

- für ein Bronchialkarzinom bis zum dreifachen [3],
- für koronare Herzkrankheit um das 1,2- bis zweifache [4] bei starker Exposition womöglich um ein Vielfaches [5],
- für Schlaganfall um das 1,4fache (starke Exposition),
- für Asthma bronchiale um das 1,5- bis fünffache [6] und
- für COPD bis zum dreifachen [7]

FORTSETZUNG S. 83 —

Das Suchtpotenzial von Nikotin übertrifft das von Heroin oder Kokain! Rückfälle nach Entwöhnung sind häufig. In der SNICAS-Studie („Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening“) zu Prävalenz der Abhängigkeit und Strategien der Raucherentwöhnung bei 813 Hausärzten wiesen 16% der männlichen und 12% der weiblichen Hausarztpatienten ein klinisch relevantes Abhängigkeitssyndrom auf [8].

Frustrierte Ärzte, ambivalente Patienten

Obwohl die Primärärzte der Raucherentwöhnung eine wichtige Rolle beimaßen, tat sich in der Praxis ernüchternd wenig: Von allen Rauchern in der SNICAS-Studie wurden

- mehr als ein Viertel nicht erkannt,
- nur jeder zweite vom Arzt auf eine Raucherentwöhnung angesprochen,
- nur bei einem von zehn eine Raucherentwöhnung versucht.

Die Raucherentwöhnung sei zu ineffektiv, zu zeitaufwändig und kaum abrechnungsfähig, beklagten viele Ärzte. Auf Seiten der Patienten fehle das Interesse. Zumindest bei den starken, abhängigen Rauchern bestand eine hohe Bereitschaft, aufzuhören; meist wegen allgemeiner (40%) und rauchbedingter gesundheitlicher Probleme. Fast alle, insbesondere die abhängigen Raucher, hatten wiederholte Anläufe zum Rauchverzicht unternommen: 41% der Raucher nach der Methode „einfach so aufhören“, 2,2% mit Bupropion, 5,7% mit Nikotinkaugummi und 7,6% mit Nikotinpflastern. Die Mehrzahl der Raucher sei, trotz großem Problembewusstsein, nicht wirklich motiviert, aufzuhören, vermuten die SNICAS-Autoren. Dabei verdoppelt schon eine einzige fachkundige Beratung beim Arzt die Chance auf dauerhafte Abstinenz, einfach qua ärztlicher Autorität, gab Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, den Kollegen mit auf den Weg. Eine Nikotin- oder Bupropion-gestützte Verhaltenstherapie könne den Anteil der erfolgreich Abstinenten gar verzehnfachen.

Entwöhnen ja bitte – aber wie?

Der Raucher schadet sich nicht nur, er zieht „Nutzen“ aus der Zigarette: psy-

chosoziale Vorteile wie Genuss, Geselligkeit, soziale Einbindung; pharmakologische wie den „Kick“ des Nikotinanflutens, Entspannung, gesteigerte Konzentration, Erhöhung des Grundumsatzes, Gewichtskontrolle. Negative Aspekte des Rauchens wie die gesundheitlichen Gefahren werden selektiv ausgeblendet. Oft herrscht die unrealistische Überzeugung der Selbstkontrolle. Professionelle Therapeuten unterstützen den Raucher daher bei der Umbewertung der Konsequenzen des Rauchens und des Aufhörens. Dafür eignen sich, so Diplompsychologe Dr. Christoph Kröger, München, die Motivierende Gesprächsführung (*Miller* und *Rollnick*), die Kognitive Umstrukturierung (*Ellis*) oder die Psychoedukation als gezielte, individuell angepasste Informationsvermittlung.

Pharmakologische Konzepte

Wissenschaftlich hinreichend untersucht wurden die Nikotinsubstitution sowie Bupropion. Das als Antidepressivum eingeführte Bupropion/Amfebutamon (*Zyban*[®]) soll durch die Wiederaufnahme-Hemmung der von Nikotin freigesetzten Katecholamine quasi die Nikotinwirkung nachahmen: In einer zwölf Monate dauernden Studie lag die Abstinenzrate unter Bupropion bei 19–30%, in Kombination mit Nikotinersatz bei 35%, gegenüber 15% unter Placebo. Außer möglichen Nebenwirkungen liegt ein Handicap des rezeptpflichtigen Bupropion auch im Weg über den Arzt, vermutete Dr. Claudia Rosado, München: „Der Raucher sieht sich nicht als krank.“ Die Nikotinsubstitution ist hingegen frei zugänglich.

Nikotinersatz: Kleben oder Kauen?

Der individuell dosierbare Nikotinkaugummi eignet sich nach den Worten der Apothekerin Rosado, München, vornehmlich für Reduzierer und schwache Gelegenheitsraucher und hilft gut über Rauchverbote (Konferenzen, Flüge) hinweg. Das „fraktionierte“ Kauen soll die peakartige Nikotinfreisetzung verhindern, welche die Gefahr einer Abhängigkeitsverschiebung von der Zigarette zum Kaugummi birgt. Diese Klippe umschiffen Nikotinpflaster durch eine gleich-

mäßig Wirkstofffreisetzung über 16 oder 24 Stunden. Außerdem entkoppelt das Pflaster durch seine Kontinuität die Nikotinversorgung vom Gewohnheitsmuster, das für den Griff zur Zigarette verantwortlich ist, erläuterte Rosado.

Die richtige Dosierung und somit der Therapieerfolg stehen und fallen mit den wahren Angabe des Rauchers über die Zahl der täglichen Zigaretten. Mit Start der Pflastertherapie darf nicht mehr geraucht werden.

Schnell und langsam freisetzende Pflaster

Mehrere Studien haben therapierelevante Unterschiede in der Pharmakokinetik verschiedener Nikotinpflaster aufgezeigt. In der Untersuchung von Fant [9] erreichte das 15-mg/16h-Pflaster (*Nicorette*[®]) niedrigere maximale Nikotinspiegel und AUC-Werte als die beiden 21-mg/24h-Pflaster (*Nicotinell*[®], *NiQuitin*[®]). Das *NiQuitin*-Pflaster erzielte durch eine in die Klebeschicht eingebrachte „Startdosis“ wesentlich schneller einen Konzentrations-Peak, wohingegen das *Nicotinell*-Pflaster über vier bis sieben Stunden anflutet und ausreichende Nikotinspiegel relativ gleichmäßig aufrecht erhält. Das morgendliche craving korreliert stark mit der Rückfallwahrscheinlichkeit [10]. Ein schnelles Anfluten des Nikotins aus dem Pflaster könnte einerseits die Nikotinkinetik der Zigarette zu stark nachahmen, andererseits Symptom-erleichternd wirken.

Hemmschuh Gewichtszunahme

Die ständige Sympathikusstimulation durch Nikotin verstärkt beim Raucher die Glykogenolyse und die Lipolyse. Tatsächlich steigt nach Nikotinentzug die vorher verminderte Insulinaktivität wieder an, was sich schnell in einigen Kilos mehr niederschlagen kann. Raucher, die unter Nikotinpflaster entwöhnt wurden, hatten aber in einer kontrollierten Studie mit unterschiedlich starken Nikotinpflastern nach drei Monaten ihr Gewicht im Durchschnitt gehalten, während die Placebogruppe im Median 4,4 Kilogramm zugelegt hatte [11].

Literatur beim Verfasser

Ralf Schlenger, München

CME-Quiz

Punkte sammeln und gewinnen!

CME (Continuing Medical Education) beschreibt die kontinuierliche medizinische Fortbildung anhand standardisierter Verfahren. Gemäß dem von DGN und DGPPN zusammen mit dem BVDN etablierten CME-Konzept können Sie als Neurologen beziehungsweise Psychiater/Psychotherapeuten beziehungsweise Nervenärzte durch Ihre Teilnahme Fortbildungspunkte sammeln, die vom CME-Büro auf einem entsprechenden Punktekonto verwaltet werden. Mit etwas Glück winkt Ihnen zudem ein attraktiver Preis – so können Sie doppelt profitieren!

Anmeldebögen für die Teilnahme am CME-Verfahren sind über die Geschäftsstelle zu beziehen (Adresse s. u.).

Bitte ankreuzen!

Neurologie

1. Welche Aussage zum zervikogenen Kopfschmerz ist richtig?

- a) Die Prävalenz wird unter allen Kopfschmerzentitäten auf zirka 20 % geschätzt.
- b) Typisch sind elektrisierende, messerstichartige, kurzzeitige Schmerzattacken.
- c) Im Akutstadium sind vor allem manual-therapeutische Verfahren indiziert.
- d) Die Infiltration der ipsilateralen C2-Wurzel führt zur Schmerzreduktion.

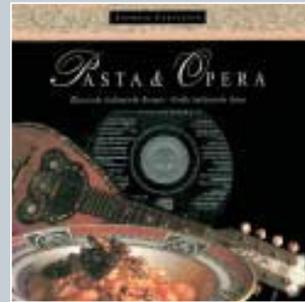
Psychiatrie

2. Welche Aussage zur Therapie bipolarer Störungen ist falsch?

- a) Lithium-Präparate sind in den ersten vier Monaten einer Schwangerschaft und in der Stillzeit kontraindiziert.
- b) Gegenwärtig sind drei Atypika zur Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden zugelassen.
- c) Lamotrigin ist gut wirksam in der Phasenprophylaxe, insbesondere wenn depressive Phasen dominieren.
- d) Valproat und Carbamazepin sind ausschließlich zur Behandlung der bipolaren Depression zugelassen.



Und das können Sie gewinnen:



Unter den richtigen Einsendungen verlosen wir dreimal „Pasta & Opera“. CD und Kochbuch bieten einen Querschnitt aus bekannten Opern und feinsten italienischen Rezepten. So kommen Sie beim Kochen in die richtige Stimmung und können die Musik auch noch während des Essens genießen.

— Lösung des CME-Quiz im NT 3/2004:
1b; 2c

Die Gewinner:

Dr. E.-M. Demuth, Würzburg
Dr. N. Sablotni, Xanten
U. Weber-Nikroo

Herzlichen Glückwunsch!

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Einsenden oder faxen an:

Geschäftsstelle

CME-Kommission BVDN/DGN (**Neurologie**)
 CME-Kommission BVDN/DGPPN (**Psychiatrie**)
 Wünsche Anmeldebogen zum CME-Verfahren für mein Fachgebiet
 Kennwort „CME-Quiz NT 5/2004“
 Hauptstr. 18, 79576 Weil am Rhein
 Fax (0 76 21) 7 87 14

Bitte Absender nicht vergessen!
Einsendeschluss: 17.6.2004

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Praxisstempel



S. 90 Arzt & Recht

Auf welche Ihrer Leistungen wird Umsatzsteuer erhoben und wie sind diese Leistungen abzurechnen?
Dr. jur. Gerd Krieger schafft Klarheit.

S. 95 Reisezeit

Nirgendwo liegen landschaftliche und kulturelle Höhepunkte enger beisammen als in Jordanien. Wasser und Wüste, heilige Stätten und antike Siedlungen prägen das Erscheinungsbild dieses Landes im Nahen Osten.

S. 98 Markt & Forschung

Neues und Bewährtes aus der Industrie.

S. 108 NEUROTRANSMITTER-Galerie

Nach der theoretischen Abhandlung in der letzten Ausgabe hat uns Hans Meierhofer diesmal einen ganz persönlichen Einblick in die Kunst der Kalligrafie gewährt.

S. 112 Termine

Aus-, Fort- oder Weiterbildung – die wichtigsten Veranstaltungen auf einen Blick.

Umsatzsteuer auf ärztliche Leistungen?

Jetzt herrscht Klarheit

Die Neuregelung der Umsatzsteuer für Ärzte sorgt weiterhin für Verunsicherung. Zahlreiche Anfragen belegen, dass immer noch Aufklärungsbedarf besteht.

? Sie haben noch vor zwei Jahren auf ein einschlägiges Urteil des Europäischen Gerichtshofes hingewiesen, wonach Umsätze, die bei der Ausübung der Heilkunde erzielt wurden, von der Umsatzsteuer befreit waren. Ist dieser klare Grundsatz jetzt obsolet?

Krieger: Ärztliche Umsätze waren nach § 4 Nr. 14 UStG von der Umsatzsteuer befreit. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes, das sich zunächst nur mit Gutachten befasste, gab dann Veranlassung für das Bundesministerium der Finanzen festzustellen, dass ab sofort Umsatzsteuerpflicht für alle ärztlichen Behandlungen besteht, die nicht unmittelbar als Heilbehandlung mit einem therapeutischen Ziel anzusehen sind.

? Wie steht es in diesem Zusammenhang mit den so genannten IGeL? Sind diese nicht von der gesetzlichen Krankenkasse zu erstattenden Kosten nun samt und sonders umsatzsteuerpflichtig?

Krieger: Nein, das ist nicht richtig. Bei IGeL-Leistungen handelt es sich meist gerade um solche Behandlungen, die medizinisch und therapeutisch sinnvoll sind.

? Für welche ärztlichen Leistungen muss dann Umsatzsteuer bezahlt werden?

Krieger: Nachdem nur solche ärztlichen Leistungen von der Umsatzsteuer befreit sind, die der Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden dienen, unterliegen Behandlungen, die keinem solchen therapeutischen Ziel dienen, der Umsatzsteuerpflicht. Hierzu gehören die

Dr. jur. Gerd Krieger ...

... aus Freiburg erläutert die Grundsätze der geänderten Umsatzsteuerregelungen für Ärzte und rät im Zweifelsfall professionelle Hilfe einzuholen.



meisten Gutachten und beispielsweise Schönheitsoperationen.

? Wie muss der Arzt dann die umsatzsteuerpflichtigen Leistungen abrechnen?

Krieger: Der Arzt sollte zu seiner Abrechnung nach GOÄ zusätzlich 16% Umsatzsteuer in die Rechnung aufnehmen. Wichtig ist, dass der Arzt nachträglich keine Umsatzsteuer mehr von seinem Patienten verlangen kann. Wird er daher vom Finanzamt für die Umsatzsteuer veranlagt, hat aber keine Umsatzsteuer von seinen Patienten verlangt, dann zahlt er die Umsatzsteuer aus den bereits ohne Umsatzsteuer erzielten Einnahmen. Für den Patienten gilt, dass das ihm berechnete Honorar, das keine gesonderte Umsatzsteuer ausweist, grundsätzlich ein Endhonorar ist, welches die Umsatzsteuer bereits enthält.

? Gibt es Freibeträge bei der Umsatzsteuer?

Krieger: Nach gesetzlicher Regelung wird von Ärzten dann keine Umsatzsteuer durch das Finanzamt erhoben, wenn der Umsatz zuzüglich der darauf entfallenden Steuer im vorangegangenen Kalenderjahr



16.620 EUR nicht überstiegen hat und im laufenden Kalenderjahr 50.000 EUR voraussichtlich nicht übersteigen wird. Dabei dürfen aber sonstige umsatzsteuerpflichtige Umsätze des Arztes nicht vergessen werden, sondern sind zu den vorgenannten Umsätzen hinzuzurechnen.

? *Seit wann gilt diese Regelung?*

Krieger: Nach der zitierten Verfügung der Oberfinanzdirektion Nürnberg galt die alte Regelung bis April 2003. Seit dieser Zeit besteht die Umsatzsteuerpflicht. Wegen der Umsatzsteueranmel-

dung und der Abgabe der Umsatzsteuererklärung sollte sich der Arzt, wenn er es denn noch nicht getan hat, im Zweifelsfall unbedingt mit seinem Steuerberater in Verbindung setzen.

Das aktuelle Urteil

Überörtliche Ärztepartnerschaft zulässig – Regelung in der bayerischen Berufsordnung verfassungswidrig

Mehrere Ärzte hatten beantragt, im Partnerschaftsregister eine Ärztepartnerschaft einzutragen, bei welcher die Ärzte nicht in einer gemeinsamen Praxis tätig sein sollten, sondern in zwei getrennten an unterschiedlichen Orten betriebenen Praxen. Das Landgericht Nürnberg-Fürth hat durch Urteil vom 23. Januar 2004 (4 HKT 5237/03) festgestellt, dass die einschlägige Regelung in der Berufsordnung der Ärzte Bayerns verfassungswidrig ist. Das in Bayern derzeit geltende Berufsrecht erlaubt eine gemeinsame Berufsausübung nur dann, wenn die Beteiligten ihre Tätigkeit an einem gemeinsamen Praxissitz ausüben. Vergleichbare Regelungen befinden sich in den Berufsordnungen der anderen Bundesländer. Das Verbot der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft stellt eine Beschränkung der Berufsausübung dar, die nur dann mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar ist, wenn sie durch hinreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt ist und die gewählten Mittel zur Erreichung der verfolgten Zwecke geeignet und erforderlich sind. Solche rechtfertigenden Gemeinwohlinteressen hat das Landgericht im vorliegenden Fall nicht feststellen können.

Bestätigt hat das Gericht zunächst, dass die Bindung der Ausübung ambulanten ärztlicher Tätigkeit an einen bestimmten Ort ordnungsgemäß ist. Nur dadurch kann eine regelmäßige Betreuung durch den jeweils behandelnden Arzt und die persönliche Leistungserbringung gewährleistet werden. Die Gemein-

wohlbelange rechtfertigen somit die grundsätzliche Bindung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit an die Niederlassung in eigener Praxis. Diese Gemeinwohlbelange tragen indes das Verbot der überörtlichen Berufsausübung durch mehrere Ärzte mit unterschiedlichen Praxisorten nicht. Zunächst gilt die Feststellung, dass zwar der Arztvertrag mit allen Partnern der Gemeinschaftspraxis zustande kommt, aber nur ein Arzt, der vom Patienten frei gewählt werden kann, die Leistung erbringt. Diese rechtliche Ausgangsposition ändert sich nicht dadurch, dass eine Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis oder Partnerschaftsgesellschaft) mehrere Praxissitze hat. Das Gericht verweist insoweit auch auf die zugelassene überörtliche Anwaltssozietät.

Bei der Abfassung des Vertrages für die Berufsausübungsgemeinschaft ist jedoch darauf zu achten, dass ausdrücklich festgelegt wird, dass die beruflichen Leistungen unter Beachtung des für sie geltenden Berufsrechts erbracht werden, verbunden möglichst mit dem Hinweis, dass jeder seine eigene Praxistätigkeit am Ort seiner Zulassung ausübt. Die Entscheidung ist zwar noch nicht rechtskräftig, doch ist die Begründung so überzeugend, dass wohl davon ausgegangen werden kann, dass die Entscheidung nicht nur auf die hier interessierende anästhesiologische Partnerschaft, sondern auf jede andere Partnerschaft entsprechend anwendbar ist. (RA Dr. G. Krieger)

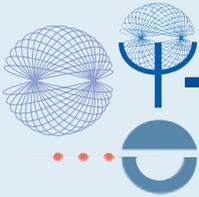
EU-Parlament gegen Ausnahmen beim ArbZG

Das Europäische Parlament hat sich gegen die „Opt-out-Klausel“ der Arbeitszeitrichtlinie ausgesprochen. Diese sieht vor, dass ein Arbeitnehmer maximal 48 Stunden pro Woche arbeiten darf. Bereitschaftsdienst gilt als Arbeitszeit. Es besteht jedoch die Möglichkeit, unter besonderen Bedingungen Ausnahmen zuzulassen (Opt-out). In einer knappen Abstimmung forderten die Abgeordneten, diese Regelung so schnell wie möglich zu revidieren beziehungsweise schrittweise abzuschaffen.

Nach dem deutschen Arbeitszeitgesetz durfte die werktägliche Arbeitszeit bisher nicht mehr als acht Stunden betragen. Eine Verlängerung auf zehn Stunden war dann möglich, wenn innerhalb von sechs Monaten ein Ausgleich erfolgte. Nun sind auch tarifvertragliche Regelungen möglich, die mehr als zehn Stunden oder einen längeren Ausgleichszeitraum vorsehen.

Auch von Arbeitnehmerseite wird die opt-out-Regelung des § 7 Abs. 2a stark kritisiert: Ohne Zeitausgleich sind

Arbeitszeiten von mehr als acht Stunden möglich, „... wenn regelmäßig und in erhöhtem Umfang Bereitschaftsdienst anfällt und durch besondere Regelungen sichergestellt wird, dass die Gesundheit der Arbeitnehmer nicht gefährdet ist“. Der Arbeitnehmer muss schriftlich einwilligen und kann innerhalb von sechs Monaten widerrufen. § 25 des Arbeitszeitgesetzes sieht eine Übergangsfrist für bereits bestehende beziehungsweise nachwirkende Tarifverträge vor. Diese können von den Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes abweichen; die Frist endet am 31.12.2005. (af)



Das bietet Ihnen die BVDN/BDN/BVDP-Mitgliedschaft

Kostenloser Bezug des Verbandsorgans NEUROTRANSMITTER

Der NEUROTRANSMITTER wird regelmäßig (zehnmals im Jahr, monatlich mit zwei Doppelnummern) kostenfrei an alle BVDN/BDN-Mitglieder versandt. Nichtmitglieder erhalten den NEUROTRANSMITTER nicht oder nur unregelmäßig über den so genannten Streuverband. Für den regelmäßigen Bezug besteht die Möglichkeit, den NEUROTRANSMITTER gegen Entgelt zu abonnieren oder Mitglied im BVDN/BDN/BVDP zu werden.

Kostenloser Bezug des NeuroTransmitter-Telegramms

Das NeuroTransmitter-Telegramm wird über die Geschäftsstelle exklusiv nur an BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder verschickt. Darin erscheinen insbesondere die aktuellen und wichtigen honorarpolitischen Beiträge. Für Nichtmitglieder besteht keine Möglichkeit, das NeuroTransmitter-Telegramm zu beziehen.

Kostenloses Jahresabonnement einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift

Alle BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder können eine der folgenden Fachzeitschriften des Thieme Verlags auswählen (das Jahresabonnement ist im Mitgliedsbeitrag enthalten):

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

Falls Sie Änderungswünsche haben, teilen Sie diese bitte G. Liebscher, unserer BVDN/BDN/BVDP-Geschäftsstellenleiterin in Neuss mit (Adresse nachstehend).

Kostenloser Bezug der BVDN-Abrechnungskommentare

Dr. G. Carl, Dr. A. Zacher und Dr. P. C. Vogel aus dem Landesverband Bayern haben die Reihe der Abrechnungskommentare für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie erweitert. Die Kommentare werden ausschließlich an BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder versandt und abgegeben:

- EBM-Abrechnungskommentar (3. Auflage, 5/2000);
- GOÄ-Abrechnungskommentar (3. Auflage 2/2002);
- Gutachten – andere Auftraggeber – Abrechnungskommentar (2. Auflage 3/2002);
- IGeL-Katalog Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie: offizielle Empfehlung des BVDN zur Abrechnung von individuellen Gesundheitsleistungen;
- Richtgrößen, Arzneimittelrichtlinien (1. Auflage, 11/1999);
- Wirtschaftliche Praxisführung für Nervenärzte (1. Auflage 11/2000).

BVDN-Fax-Abruf

BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder können die Fax-Abruf-Funktion des Berufsverbandes nutzen:

- Rechtsanwaltsliste für Sozialgerichtsverfahren;
- Kostenerstattung, Textvorschlag für die Patienteninformation und vertragliche Erstattungsvereinbarung;
- EBM/GOÄ-Umrechnungstabelle für Erstattungsverfahren;
- IGeL-Leistungen, BVDN-Empfehlung;

- Heimmonitor für PLM + RLS;
- Sonderkonditionen für: Dopplegeräte, Einmal-EMG-Nadeln, Digital EEG-Gerät, Bright-Light-Gerät, EMG/EP-Gerät.

Das BVDN-Abruf-Fax steht nur Mitgliedern zur Verfügung. Die Abruf-Fax-Nummern werden den BVDN/BDN/BVDP-Mitgliedern im NeuroTransmitter-Telegramm exklusiv mitgeteilt.

Kostenloser Bezug des BVDN-Ketten-Faxes „Nerfax“

Derzeit sind etwa 500 BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder, die sich gemeldet haben, angeschlossen. Es werden aktuellste berufspolitische Informationen weitergegeben, außerdem Praxis- und Wirtschaftlichkeitstipps.

Prämienbegünstigte Versicherungen

Bitte erkundigen Sie sich in der Geschäftsstelle in Neuss bei D. Differt-Schiffers, Hammer Landstr. 1 a, 41460 Neuss, Tel. (021 31) 2 20 99 20, Fax (021 31) 2 20 99 22, E-Mail: bvbn.bund@t-online.de.

**An die Geschäftsstelle Neuss, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss,
Fax (0 21 31) 2 20 99 22**

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 200 – 400 EUR, je nach Landesverband).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 255 EUR für Fachärzte an Kliniken).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN –** zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 255 EUR für Fachärzte an Kliniken).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN –** zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP –** zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 590 EUR.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

- Ich bin
- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niedergelassen | <input type="checkbox"/> in der Klinik tätig | <input type="checkbox"/> Chefarzt | <input type="checkbox"/> Facharzt |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent | <input type="checkbox"/> Neurologe | <input type="checkbox"/> Nervenarzt | <input type="checkbox"/> Psychiater |
| <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____ | | | |

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fortschritte Neurologie / Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Aktuelle Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Praxis |
| <input type="checkbox"/> Die Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Psychotherapie im Dialog |
| <input type="checkbox"/> PPM – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie | <input type="checkbox"/> Balint-Journal |

Es ist nur eine Auswahl
pro Mitglied möglich.

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

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

– Für den BDN und BVDP obligatorisch –

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

Konto-Nr.: _____

bei der _____, BLZ _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werde ich der Geschäftsstelle des Berufsverbandes mitteilen.

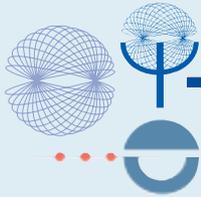
Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)



Organisationsstruktur des BVDN

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender

F. Bergmann

Stellv. Vorsitzender

G. Carl

Schriftführer

R. Urban

Schatzmeister/Beisitzer Neue Bundesländer

R. Bodenschatz

Beisitzer Sektion Psychiatrie und Psychotherapie

Christa Roth-Sackenheim

Beisitzer Sektion Neurologie

P. Reuther

Geschäftsstelle des BVDN

D. Differt-Schiffers, Hammer Landstr. 1a,
41460 Neuss, Tel. (0 21 31) 2 20 99 20,
Fax (0 21 31) 2 20 99 22,
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de;
Bankverbindung: Sparkasse Neuss,
Kto.-Nr.: 800 920 00, BLZ 305 500 00;
BVDN Homepage: <http://www.bvdn.de>

Cortex GmbH,
D. Differt-Schiffers,
Adresse, Telefon, E-Mail s. oben,
Geschäftsstelle BVDN

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Süd

W. Becker

Bayern

A. Zacher

Berlin

K.-J. Nordmeyer

Brandenburg

G. Fischer

Bremen

A. Steck

Hamburg

H. Vogel

Hessen

S. Planz-Kuhlendahl

Mecklenburg-Vorpommern

F. Unger

Niedersachsen

H. Schmidt

Nordrhein

A. Brosig

Rheinland-Pfalz

K. Sackenheim

Saarland

F. Jungmann

Sachsen

M. Brehme

Sachsen-Anhalt

D. Klink

Schleswig-Holstein

F. König

Thüringen

K. Tinschert

Westfalen

C. Kramer

Württemberg-Baden-Nord

H. Herbst

Gremien des BVDN

SEKTIONEN

Sektion Nervenheilkunde

F. Bergmann

Sektion Neurologie

P. Reuther

Sektion Psychiatrie und Psychotherapie

C. Roth-Sackenheim

ARBEITSKREISE

Neue Medien

K. Sackenheim

EDV, Wirtschaftlich Praxisführung

Th. Krichenbauer

Forensik und Gutachten Psychiatrie

P. Christian Vogel

Gutachten Neurologie

F. Jungmann

Konsiliarneurologie

S. Diez

Konsiliarpsychiatrie

N. N.

Belegarztwesen Neurologie

J. Elbrächter

Fortbildung Assistenzpersonal

K.-O. Sigel

U.E.M.S. – Psychiatrie, EFPT

R. Urban

U.E.M.S. – Neurologie

F. Jungmann

Total-Quality-Projekte

P. Reuther

AUSSCHÜSSE

Akademie für Psychiatrische und

Neurologische Fortbildung

A. Zacher, K. Sackenheim

Ambulante Neurologische

Rehabilitation

W. Fries

Ambulante Psychiatrische

Rehabilitation und

Sozialpsychiatrie

S. Schreckling

CME (Continous Medical Education)

P. Reuther, P. Franz

Gebührenordnungen

G. Carl, F. Bergmann,

A. Zacher, P. Reuther

Öffentlichkeitsarbeit Neurologie und Psychiatrie

G. Carl, F. Bergmann,

P. Reuther, A. Zacher

Gerontopsychiatrie

F. Bergmann

Psychotherapie

C. Roth-Sackenheim, U. Thamer

Organisation BVDN,

Öffentlichkeitsarbeit, Drittmittel

G. Carl, A. Brosig

Weiterbildungsordnung und

Leitlinien

P. Reuther, G. Carl, A. Brosig,

F. König (Neurologie),

Ch. Vogel, F. Bergmann, G. Carl, A. Brosig

(Psychiatrie/Psychotherapie)

Kooperation mit Selbsthilfe- und

Angehörigengruppen

U. Brickwedde (Psychiatrie),

H. Vogel (Neurologie)

REFERATE

Demenz

J. Bohlken

Elektrophysiologie

P. Reuther

Epileptologie

R. Berkenfeld

Neuroangiologie, Schlaganfall

K.-O. Sigel, H. Vogel

Neurootologie, Neurooptalmologie

M. Freidel

Neuroorthopädie

B. Kügelgen

Neuropsychologie

T. Cramer

Pharmakotherapie Neurologie

K.-O. Sigel, F. König

Pharmakotherapie Psychiatrie

R. Urban

Prävention Psychiatrie

N. N.

Schlaf

R. Bodenschatz, Dr. W. Lünser

Schmerztherapie Neurologie

H. Vogel

Schmerztherapie Psychiatrie

R. Wörz

Suchttherapie

U. Hutschenreuter, R. Peters

Umweltmedizin Neurologie

M. Freidel

Organisationsstruktur des BDN

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender

R. Hagenah, Rotenburg

2. Vorsitzender

U. Meier, Grevenbroich

Schriftführer

H. Masur, Bad Bergzabern

Kassenwart

K.-O. Sigel, München

Beisitzer

P. Reuther, Bad Neuenahr

R. Janzen, Frankfurt

G. Carl, Kitzingen

Beirat

C. Beil, Köln

U. Besinger, Westerstede

Th. Brandt, München

S. Diez, Bad Wildbach

A. Engelhardt, Oldenburg

P. Franz, München

M. Freidel, Kaltenkirchen

H. W. Kölmel, Erfurt

F. König, Lübeck

K. Wessel, Braunschweig

Ressorts und Arbeitsgruppen*

1. RESSORT: FACHBEREICHE

Ltg. U. Meier/H. Masur

Neurointensivmedizin

(nicht erforderlich)/R. W. C. Janzen

Verhaltensneurologie

W. Fries, U. Meier, P. Reuther, J. Kohler/

C.-W. Wallesch, B. Frank, G. Goldenberg,

K. Wessel

Neurorehabilitation

W. Fries, P. Reuther, U. Meier/

H. Masur, F. Welter, P. Frommelt

Pharmakotherapie

F. König/R. W. C. Janzen

Neurogeriatrie

G. Endrass/H. Masur, P. Krauseneck

Neurochirurgie

H. Fröhlich/R. W. C. Janzen

Neuropädiatrie

N. N./N. N.

Klinische Neurowissenschaft

U. Meier/P. Widder

Umweltmedizin Neurologie

M. Freidel/H. Altenkirch

2. RESSORT: DIAGNOSTISCHE METHODEN

Ltg. P. Franz/A. Engelhardt

Neuroradiologie

A. Link, U. Meier/N. N.

Neurosonografie

A. Link/M. Salaschek, B. Widder, S. Zander

Elektrophysiologie

P. Franz/A. Ferbert, P. Vogel, R. Hagenah

Labor

N. N./W. Kölmel

3. RESSORT: REFERATE

Ltg. M. Freidel/K. Wessel

Parkinson u. a. Bewegungsstörungen

R. Ehret/W. Oertel,

A. Ferbert (speziell: Dystonie)

MS und andere chronische

entzündliche ZNS-Prozesse

M. Freidel, K.-O. Sigel, W.-G. Elias,

S. Diez/D. Pölau

Schlaganfall

A. Link/O. Busse, A. Ferbert,

P.-D. Berlit

Epilepsie

R. Berkenfeld, D. Dennig/J. Bauer,

S. Beyenburg, T. Mayer

Schwindel

M. Freidel, B. Backhaus/M. Dieterich

Kopfschmerz

V. Pfaffenrath, J. Kohler/H. C. Diener

Meningitis/Enzephalitis

N. N./H. Kölmel

Rücken- und Wirbelsäulenerkrankungen

B. Kügelgen/N. N.

Periphere Nervenerkrankungen

P. Franz, J. Kohler/P. Vogel

Muskelerkrankungen

N. N./R. W. C. Janzen

Schmerz

P. Franz/N. N.

Tumorerkrankungen

W. Hofmann/P. Krauseneck, U. Schlegel

Schlaf

R. Bodenschatz/P. Clarenbach

Demenz

R. Ehret/C.-W. Wallesch

4. RESSORT: ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Ltg. U. Meier/U. Besinger

Basisbroschüren

N. N./N. N.

Medien

N. N./N. N.

Selbsthilfegruppen

J. Kohler/N. N.

Zeitschriften

N. N./G. Schwendemann

Internet

C. Beil/N. N.

Deutsches Gesundheitsnetz

N. N./N. N.

5. RESSORT: QUALITÄTSSICHERUNG

Ltg. P. Reuther/R. W. C. Janzen

CME

P. Reuther/U. Besinger, K. Wessel

TQM-Projekte

N. N./C.-W. Wallesch

Leitlinien

U. Meier, F. König/P.-D. Berlit

Mednet

N. N./N. N.

Weiterbildungsordnung

G. Carl/O. Busse

Fortbildung

P. Reuther/N. N.

6. RESSORT: GESUNDHEITSPOLITIK

Ltg. G. Carl/R. Hagenah

Ärzttekammern

G. Carl, U. Meier/R. Hagenah,

M. Salaschek, R. Schneider

KVen

G. Carl, U. Meier/R. Hagenah,

M. Salaschek, R. Schneider

Ministerien/Sozialgesetze

G. Carl, U. Meier/R. Hagenah,

M. Salaschek, R. Schneider

GOÄ/EBM

G. Carl, U. Meier/R. Hagenah,

M. Salaschek, R. Schneider

Struktur- und Bedarfsplanung

F. Jungmann/R. Hagenah,

R. W. C. Janzen, R. Schneider

UEMS

F. Jungmann/H. Masur, R. Schneider

Gutachten

J. Kohler/B. Widder

Konsiliarneurologie

S. Diez/A. Engelhardt, R. W. C. Janzen

Belegarztwesen

N. N./A. Engelhardt

Landesdelegationen

N. N./R. Schneider

7. RESSORT: SERVICE

Ltg. K.-O. Sigel/H. Kölmel

Jobbörse für Mitglieder

N. N./N. N.

Praxisbörse

N. N./N. N.

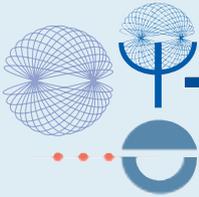
Einkauf

N. N./N. N.

Faxabrufe

N. N./N. N.

* vorläufige personelle Besetzung;
Niedergelassene/Kliniker



Organisationsstruktur des BVDP

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende

C. Roth-Sackenheim, Andernach

Stellvertretende Vorsitzende

S. Schreckling, Hürth

Schriftführer

Ch. Raida, Köln

Schatzmeister

C. Vogel, München

Beisitzer

F. Bergmann, Aachen; H. Martens, München; R. Peters, Jülich; F. Schneider, Düsseldorf; G. Wermke, Homburg/Saar

Der BVDP wurde 1999 in Leipzig gegründet und löste die Sektion Psychiatrie und Psychotherapie im BVDN ab. Der BVDP ist Mitglied in der GFB (Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände), der AG fachärzt-

licher Fortbildungskommissionen, der Ständigen Konferenz ärztlich psychotherapeutischer Verbände und arbeitet im Arbeitskreis zur Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung im Bundesgesundheitsministerium und in den Kompetenznetzen Schizophrenie und Depression mit. Des weiteren ist er im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KBV vertreten. Der BVDP hat in den letzten beiden Jahren viele Mitglieder gewonnen, was der Tatsache Rechnung trägt, dass immer weniger Doppelfachärzte „nachwachsen“. Der Jahresmitgliedsbeitrag beläuft sich auf 435 EUR. Der BVDP ist für Niedergelassene und Kliniker offen.

Neben der berufspolitischen Arbeit (Gespräche mit dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, der KBV, der BÄK sowie anderen berufspolitischen Verbänden) organisiert der BVDP wissen-

schaftliche Kongresse mit, beispielsweise den DGPPN-Kongress in Berlin.

Referate

Soziotherapie

S. Schreckling

Sucht

R. Peters

Psychotherapie/Psychoanalyse

H. Martens

Forensik

C. Vogel

Übende Verfahren-Psychotherapie

G. Wermke

Psychiatrie in Europa

G. Wermke

Kontakt BVDN, Gutachterwesen

F. Bergmann

ADHS bei Erwachsenen

J. Krause

Adressen*

Dr. Wolfgang Becker

Palmstr. 36, 79539 Lörrach,
Tel. (0 76 21) 29 59, Fax (0 76 21) 20 17,
E-Mail: becker-hillesheimer@t-online.de

Dr. Curt Beil

Urbacher Weg 31, 51149 Köln,
Tel. (0 22 03) 56 08 88, Fax (0 22 03) 50 30 65,
E-Mail: curt.beil@netcologne.de

Dr. Frank Bergmann

Theaterplatz 17, 52062 Aachen,
Tel. (02 41) 3 63 30, Fax (02 41) 40 49 72,
E-Mail: Dr.Frank.Bergmann-Aachen@t-online.de

Dr. Ralf Berkenfeld

Hochstr. 22, 47506 Neukirchen-Vluyn,
Tel. (0 28 45) 3 26 27, Fax (0 28 45) 3 28 78
E-Mail: berkenfeld@t-online.de

Prof. Dr. Peter-Dirk Berlit

Alfried-Krupp-Krankenhaus,
45131 Essen, Tel. (02 01) 4 34 25 27,
Fax (02 01) 4 34 23 77, E-Mail: berlit@ispro.de

Prof. Dr. Uwe Besinger

Ammerland-Klinik,
Langestr. 38, 26655 Westerstede,
Tel. (0 44 88) 50 33 80, Fax (0 44 88) 50 33 89
E-Mail: besinger@ammerland-klinik.de

Dr. Ralf Bodenschatz

Albert-Schweitzer-Str. 22, 09648 Mittweida,
Tel. (0 37 27) 94 18 11, Fax (0 37 27) 94 18 13,
E-Mail: rbodenschatz@t-online.de

Dr. Jens Bohlken

Klosterstr. 34/35, 13581 Berlin,
Tel. (0 30) 3 31 94 94, Fax (0 30) 33 29 00 17,
E-Mail: dr.j.bohlken@gmx.net

Prof. Dr. Thomas Brandt

Marchioninstr. 15, 81377 München,
Tel. (0 89) 70 95-25 70/1, Fax (0 89) 70 95-88 83,
E-Mail: tbrandt@brain.nfo.med.uni-muenchen.de

Dr. Mathias Brehme

Hauptstr. 8, 04416 Markkleeberg
Tel. (03 41) 3 58 67 09, Fax (03 41) 3 58 67 26,
E-Mail: dr.med.brehme@t-online.de

Dr. Arne Brosig

Röntgenstr. 9-15, 41515 Grevenbroich,
Tel. (0 21 81) 2 33 99 33, Fax (0 21 81) 2 33 99 11,
E-Mail: brosig@nervenpraxis.de

Dr. Bernhard Bühler

P 7, 1 Innenstadt, 68161 Mannheim,
Tel. (06 21) 12 02 70, Fax (06 21) 1 20 27 27,
E-Mail: bernhard.buehler@t-online.de

Prof. Dr. Otto Busse

Friedrichstr. 17, 32427 Minden,
Tel. (05 71) 8 01 35 00, Fax (05 71) 8 01 35 04,
E-Mail: otto.busse@klinikum-minden.de

Dr. Gunther Carl

Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel. (0 93 21) 53 55, Fax (0 93 21) 89 30,
E-Mail: carlg@t-online.de

Prof. Dr. Marianne Dieterich

Johannes-Gutenberg-Universität Mainz,
55105 Mainz, Tel. (0 61 31) 17 71 51,
Fax (0 61 31) 17 56 97

Dr. Stefan Diez

Eduard-Conz-Str. 11, 75365 Calw,
Tel. (0 70 51) 16 78 88, Fax (0 70 51) 16 78 89,
E-Mail: stefan.diez@t-online.de

Dr. Reinhard Ehret

Ahornstr. 20, 12163 Berlin,
Tel. (0 30) 7 90 88 50, Fax (0 30) 79 08 85 99,
E-Mail: dr.ehret@neurologie-berlin.de

Dr. Joachim Elbrächter

Marktallee 8, 48165 Münster,
Tel. (0 25 01) 48 22/48 21, Fax (0 25 01) 1 65 36,
E-Mail: elbraechter@t-online.de

Dr. Günther Endrass

Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt,
Tel. (0 63 59) 9 34 80, Fax (0 63 59) 93 48 15

Prof. Dr. Andreas Engelhardt

Evangelisches Krankenhaus,
Marienstr. 11, 26121 Oldenburg,
Tel. (04 41) 23 64 14, Fax (04 41) 24 87 84,
E-Mail: andreas.engelhardt@nwn.de

Prof. Dr. Dipl. Psych. A. Ferbert

Mönchebergstr. 41-43, 34112 Kassel,
Tel. (05 61) 9 80-34 00, Fax (05 61) 9 80-69 79,
E-Mail: ferbert@klinikum-kassel.de

Dr. Gerd-Jürgen Fischer

Potsdamer Str. 7-9, 14513 Teltow,
Tel. (0 33 28) 30 31 00, Fax (0 33 28) 30 31 01,
E-Mail: gerd-juergen.fischer@dgn.de

Dr. Peter Franz

Ingolstädter Str. 166, 80939 München,
Tel. (0 89) 3 11 71 11, Fax (0 89) 3 16 33 64,
E-Mail: pkfranz@aol.com

Dr. Matthias Freidel

Brauerstr. 1–3, 24568 Kaltenkirchen,
Tel. (0 41 91) 84 86, Fax (0 41 91) 8 90 27,
E-Mail: mfreidel@t-online.de

Prof. Dr. Wolfgang Fries

Pasinger Bahnhofplatz 4, 81241 München,
Tel. (0 89) 8 96 06 80, Fax (0 89) 89 60 68 22,
E-Mail: fries@elfinet.de

Dr. Horst Fröhlich

Haugerring 2, 97070 Würzburg,
Tel. (09 31) 5 53 30, Fax (09 31) 5 15 36

Dr. Peter Frommelt

Asklepiosklinik Schaufling,
Hausstein 30 1/2, 94571 Schaufling,
Tel. (0 99 04) 77 55 71, Fax (0 99 04) 77 55 72
E-Mail: b.pledl@asklepios.com

Dr. Burkhard Gülsdorff

Parkstr. 26, 24534 Neumünster,
Tel. (0 43 21) 4 59 79, Fax (0 43 21) 4 21 33

Prof. Dr. Rolf Hagenah

Diakoniekrankenhaus,
Elise-Averdieck-Str. 117, 27342 Rotenburg,
Tel. (0 42 61) 77 22 19, Fax (0 42 61) 77 21 49,
E-Mail: hagenah@diako-online.de

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

Marienstr. 7, 70178 Stuttgart
Tel. (07 11) 2 20 77 40, Fax (07 11) 2 20 77 41
E-Mail: heinz.herbst@t-online.de

Dr. Werner Hofmann

Frohsinnstr. 26, 63739 Aschaffenburg,
Tel. (0 60 21) 2 12 51, Fax (0 60 21) 2 97 83

Dr. Ulrich Hutschenreuter

Am Dudoplatz 1, 66125 Saarbrücken,
Tel. (0 68 97) 76 81 43, Fax (0 68 97) 76 81 81,
E-Mail: U.Hutschenreuter@t-online.de

Prof. Dr. R. W. C. Janzen

Landwehrweg, 61350 Bad Homburg,
Tel. (0 69) 76 01 32 47, Fax (0 69) 7 68 15 54,
E-Mail: RWCJanzen@compuserve.com

Dr. Friedhelm Jungmann

Kaiserstr. 1a, 66111 Saarbrücken,
Tel. (06 81) 3 10 93/4, Fax (06 81) 3 80 32,
E-Mail: mail@dr-jungmann.de

Dr. Dagmar Klink

Marktstr. 14, 38889 Blankenburg,
Tel. (0 39 44) 26 47, Fax (0 39 44) 98 07 35,
E-Mail: dagmar.klink@dgn.de

Dr. Jürgen Kohler

Cornelia Passage 8, 79312 Emmendingen,
Tel. (0 76 41) 20 69, Fax (0 76 41) 9 30 87 77,
E-Mail: juerkohler@aol.com

Prof. Dr. Hans W. Kölmel

Nordhäuserstr. 74, 99089 Erfurt,
Tel. (03 61) 7 81 21 31,
Fax (03 61) 7 81 21 32,
E-Mail: neu@erfurt.helios-Kliniken.de

Dr. Fritz König

Sandstr. 18–22, 23552 Lübeck,
Tel. (04 51) 7 14 41,
Fax (04 51) 7 06 02 82,
E-Mail: info@neurologie-koenig-luebeck.de

Dr. Claudia Kramer

Goldbach 14, 33615 Bielefeld,
Tel. (05 21) 12 40 91, Fax (05 21) 13 06 97,
E-Mail: kramer.claudia@web.de

Dr. Johanna Krause

Schillerstr. 11a, 85521 Ottobrunn,
E-Mail: drjkrause@yahoo.com

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Peter Krauseneck

Nervenklinik/Neurologische Klinik,
96049 Bamberg, Tel. (09 51) 9 54 12 01,
Fax (09 51) 9 54 12 09,
E-Mail: BAS2BA01@urz.uni-bamberg.de

Dr. Thomas Krichenbauer

Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel. (0 93 21) 53 55, Fax (0 93 21) 89 30,
E-Mail: krichi@web.de

Dr. Bernhard Kügelgen

Postfach 20 09 22, 56012 Koblenz,
Tel. (02 61) 3 03 30-0, Fax (02 61) 3 03 30-33

Dr. Andreas Link

Alter Bremer Weg 14, 29223 Celle,
Tel. (0 51 41) 33 00 00, Fax (0 51 41) 88 97 15,
E-Mail: neurolink@t-online.de

Dr. Wolfhard Lünser

Werler Str. 66, 59065 Hamm,
Tel. (0 23 81) 2 69 59, Fax (0 23 81) 98 39 08,
E-Mail: Luenser.Hamm@t-online.de

Prof. Dr. Harald Masur

E. Stein-Fachklinik/Am Wonneberg,
76887 Bergzabern, Tel. (0 63 43) 94 91 21,
Fax (0 63 43) 94 99 02,
E-Mail: h.masur@reha-bza.de

Dr. Uwe Meier

Montanusstr. 54, 41515 Grevenbroich,
Tel. (0 21 81) 22 53 13, Fax (0 21 81) 22 53 11,
E-Mail: umeier@t-online.de

Dr. Klaus-Ulrich Oehler

Wirsbergstr. 10, 97070 Würzburg
Tel. (09 31) 5 80 22, Fax (09 31) 57 11 87

Prof. Dr. Wolfgang H. Oertel

Rudolf-Bultmann-Str. 8, 35033 Marburg,
Tel. (0 64 21) 2 86 62 79,
Fax (0 64 21) 2 86 89 55,
E-Mail: oertelw@mail.uni-marburg.de

Dr. Rolf Peters

Römerstr. 10, 52428 Jülich,
Tel. (0 24 61) 5 38 53, Fax (0 26 41) 5 40 90,
E-Mail: dr.rolf.peters@t-online.de

Dr. Volker Pfaffenrath

Leopoldstr. 59, 80802 München,
Tel. (0 89) 33 40 03, Fax (0 89) 33 29 42

Dr. Sigrid Planz-Kuhlendahl

Aliceplatz 7, 63065 Offenbach
Tel. (0 69) 8 00 14 13,
Fax (0 69) 8 00 35 12,
E-Mail: Planz-Kuhlendahl@t-online.de

Dr. Christian Raida

Urbacher Weg 31, 51149 Köln,
Tel. (0 22 03) 5 60-888,
(0 22 03) 50 30 65,
E-Mail: c.raida@t-online.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

Jesuitenstr. 11, 53474 Bad-Neuenahr,
Tel. (0 26 41) 2 60 98, Fax (0 26 41) 2 60 99,
E-Mail: preuther@rz-online.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim

Breite Str. 63, 56626 Andernach,
Tel. (0 26 32) 9 64 00, Fax (0 26 32) 96 40 96,
E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de

Dr. Klaus Sackenheim

Breite Str. 63, 56626 Andernach,
Tel. (0 26 32) 9 64 00,
Fax (0 26 32) 96 40 96,
E-Mail: bvdn@dr-sackenheim.de

Dr. Manfred Salaschek

Schulstr. 11, 49477 Ibbenbüren,
Tel. (0 54 51) 5 06 14 00,
Fax (0 54 51) 5 06 14 50,
E-Mail: salschek.ibt@t-online.de

Dr. Helmut Schmidt

Gudesstr. 3–5, 29525 Uelzen, Tel. (05 81)
9 73 59 70, Fax (05 81) 9 73 59 71,
E-Mail: SchmidtHUelzen@aol.com

Dr. Sibylle Schreckling

Luxemburger Str. 313, 50354 Hürth,
Tel. (0 22 33) 7 48 40,
Fax (0 22 33) 70 77 32,
E-Mail: dr.schreckling@t-online.de

Prof. Dr. Günther Schwendemann

Züricher Str. 40, 28325 Bremen,
Tel. (04 21) 4 08 12 85,
Fax (04 21) 4 08 23 54

Dr. Hans-Martin Seichter

Spiegelgasse 1, 72108 Rottenburg a. N.,
Tel. (0 74 72) 98 98-0,
Fax (0 74 72) 96 96 18,
E-Mail: hm.seichter@t-online.de

Dr. Karl-Otto Sigel

Hauptstr. 2, 82008 Unterhaching,
Tel. (0 89) 66 53 91 70,
Fax (0 89) 66 53 91 71,
E-Mail: dr.sigel@neuropraxis-muenchen.de

Dr. Arno Steck

Georg-Gleistein-Str. 93, 28757 Bremen,
Tel. (04 21) 66 75 76, Fax: (04 21) 66 48 66
E-Mail: ais@t-online.de

Dr. Ulrich Thamer

Mühlenstr. 5–9, 45894 Gelsenkirchen,
Tel. (02 09) 3 73 56, Fax (02 09) 3 24 18,
E-Mail: Thamer.Herten@t-online.de

Dr. Konstanze Tinschert

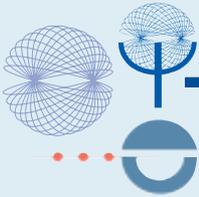
Lasallestr. 8, 07743 Jena, Tel. (0 36 41)
5 62 50, Fax (0 36 41) 42 01 74,
E-Mail: praxis@tinschert.de

Dr. Siegfried R. Treichel

Halturner Str. 13, 45657 Recklinghausen,
Tel. (0 23 61) 2 60 36, Fax (0 23 61) 2 60 37

Dr. Frank Unger

Doberaner Str. 43 b, 18057 Rostock,
Tel. (03 81) 2 01 64 20, Fax (03 81) 2 00 27 85,
E-Mail: unger_HRO@freenet.de



Dr. Roland Urban

Turmstr. 76 a, 10551 Berlin,
Tel. (0 30) 3 92 20 21, Fax (0 30) 3 92 30 52,
E-Mail: dr.urban-berlin@t-online.de

Dr. P. Christian Vogel

Agnesstr. 14/III, 80798 München,
Tel. (0 89) 2 73 07 00,
Fax (0 89) 27 81 73 06,
E-Mail: praxcvogel@aol.com

Dr. Helga Vogel

Eulenkrußpfad 4, 22359 Hamburg,
Tel. (0 40) 6 03 71 42,
Fax (0 40) 6 09 51 3 03,
E-Mail: info@praxis-vogel.de

Prof. Dr. Peter Vogel

Neurolog, Abt. AK St. Georg,
Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg,
Tel. (0 40) 28 90 22 67,

Fax (0 40) 28 90 41 85,
E-Mail: pevog@prof-p-vogel.de

Prof. Dr. Claus-W. Wallesch

Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg,
Tel. (03 91) 6 71 50 01,
Fax (03 91) 6 71 52 16,
E-Mail: wallesch@medizin.uni-magdeburg.de

Prof. Dr. Frank Welter

Hardtwaldklinik I,
Hardtstr. 31, 34596 Bad Zwesten,
Tel. (0 56 26) 8 79 20,
Fax (0 56 26) 8 79 21

Dr. Gerd Wermke

Talstr. 35-37, 66424 Homburg,
Tel. (0 68 41) 93 28-0, Fax (0 68 41) 93 28 17
E-Mail: gerd@praxiswermke.de

Prof. Dr. Karl Wessel

Städt. Klinikum/Salzdahlumer Str. 90,
38126 Braunschweig,
Tel. (05 31) 5 95 23 00, Fax (05 31) 5 95 26 50,
E-Mail: k.wessel@klinikum-braunschweig.de

Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. Bernhard Widder

BKH/Ludwig-Heilmeyer-Str. 2,
89312 Günzburg, Tel. (0 82 21) 96 22 82,
Fax (0 82 21) 96 22 88,
E-Mail: bernhard.widder@t-online.de

PD Dr. Roland Wörz

Friedrichstr. 73, 76669 Bad Schönborn,
Tel. (0 72 53) 3 18 65, Fax (0 72 53) 5 06 00

PD Dr. Albert Zacher

Watmarkt 9, 93047 Regensburg,
Tel. (09 41) 56 16 72, Fax (09 41) 5 27 04,
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Nervenärzte als Vertreter in den Kassenärztlichen Vereinigungen

Name	Ort	BVDN	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: Dr. U. Farenkopf Dr. R. Sattler	BADEN SÜD Gegenbach Singen	ja ja	(0 78 03) 65 50 (0 77 31) 95 99 10	(0 78 03) 98 07 14 (0 77 31) 95 99 39	Gegenbach@t-online.de dr.adam@web.de
BVDN-Landesverband: Dr. J. Braun Dr. J. Rauh Dr. R. Uebe Dr. K. Gottwald Dr. G.-D. Roth Dr. U. Beuttenmüller Dr. Jutta Oberer	BADEN-WÜRTTEMBERG NORD Mannheim Karlsruhe Bruchsal Stuttgart Ostfildern Bietigh.-Bissingen Marbach	ja ja ja ja ja ja ja	(06 21) 12 02 70 (07 21) 2 40 84 (0 72 51) 23 60 (07 11) 24 38 00 (07 11) 3 41 20 61 (0 71 42) 4 20 21 (0 71 44) 1 55 25	(06 21) 1 20 27 27 (07 21) 2 40 85 (0 72 51) 23 95 (07 11) 2 36 11 59 (07 11) 3 48 28 99 (0 71 42) 94 01 42 (0 71 44) 86 03 61	juergen.braun@dgn.de JR@JRAUH.de r.uebe@web.de gottwald.k@t-online.de gerhard-dieter.roth@dgn.de Dr.jutta.oberer@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. H. Martens Dr. G. Carl Dr. H. Rauchfuß Dr. P. Christian Vogel	BAYERN München Würzburg Neustadt München	ja ja ja ja	(0 89) 2 71 30 37 (0 93 21) 2 48 26 (0 91 61) 8 86 80 (0 89) 2 73 07 00	(0 81 41) 6 35 60 (0 93 21) 89 30 (0 91 61) 8 86 88 (0 89) 27 81 73 06	dr.h.martens@gmx.de carlg@t-online.de Harald@Rauchfuss.de praxcvogel@aol.com
BVDN-Landesverband: Dr. K. J. Nordmeyer Dr. R. Urban	BERLIN Berlin Berlin	ja ja	(0 30) 4 14 40 41 (0 30) 3 92 20 21	(0 30) 8 21 69 90 (0 30) 3 92 30 52	LauraNordmeyer@gmx.net dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. G. J. Fischer Dr. A. Rosenthal PD Dr. M. Schulz	BRANDENBURG Teltow Schwedt Potsdam	ja ja	(0 33 28) 30 31 00 (0 33 32) 2 54 40 (03 31) 2 70 80 94	(0 33 28) 30 31 01 (0 33 32) 25 44 13 (03 31) 2 70 80 95	gerd-juergen.fischer@dgn.de anette.rosenthal@nervnarzt-online.com mmm.schulz@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. G. Bruns	BREMEN Bremen	ja	(04 21) 34 59 44	(04 21) 34 59 03	GJ.bruns@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. H. Vogel Dr. H. Ramm Dr. H.-J. Bohnhoff Dr. J. Vogt Dr. H.G. Lichtenberg Dr. H. Gossens-Merkel Dr. C. Deckert	HAMBURG Hamburg Hamburg Hamburg Hamburg Hamburg Hamburg	ja ja ja ja ja ja ja	(0 40) 6 03 71 42 (0 40) 24 54 64 (0 40) 5 36 68 08 (0 40) 22 32 20 (0 40) 2 51 96 30 (0 40) 54 76 31 62 (0 40) 44 97 66	(0 40) 60 95 13 03 (0 40) 5 36 64 54 (0 40) 22 75 60 45 (0 40) 25 19 63 15 (0 40) 54 76 31 63 (0 40) 44 97 63	info@praxis-vogel.de hans.ramm@gmx.de doktor.lichtenberg@gmx.net goomeni@t-online.de christan@dr-deckert.de
BVDN-Landesverband: Dr. E. Klippel Dr. B. Fahl Dr. T. Charlier W. Kohtz	HESSEN Frankfurt Frankfurt Frankfurt Kassel	ja ja	(0 66 52) 80 15 (0 69) 61 40 49 (0 69) 56 02 07 00 (05 61) 77 46 67	(0 66 52) 7 26 12 (0 69) 62 19 52 (0 69) 95 62 25 79 (05 61) 7 39 87 21	Dr.Eberhard.Klippel@t-online.de DrFahlNeuroPsych@AOL.com Werner_Kohtz@web.de
BVDN-Landesverband: KEIN FACHARZT IN DER KV	MECKLENBURG-VORPOMMERN				
BVDN-Landesverband: Dr. Peter Gensicke Dr. C. Ebert-Englert Dr. H.-U. Küver	NIEDERSACHSEN Göttingen Göttingen Hannover	ja	(05 51) 5 66 35 (05 51) 40 20 (05 11) 32 36 26	(05 51) 48 44 17 (05 51) 4 02 20 92 (05 11) 30 63 96	peter.gensicke@dgn.de
BVDN-Landesverband: Dr. F. Bergmann A. Haus Dr. L. Hubrecht	NORDRHEIN Aachen Köln Krefeld	ja ja ja	(02 41) 3 63 30 (02 21) 40 20 14 (0 21 51) 96 66 06	(02 41) 40 49 72 (02 21) 40 57 69 (0 21 51) 60 86 70	Dr.Frank.Bergmann-Aachen@t-online.de hphausi@AOL.com dr.hubrecht@t-online.de

Fortsetzung

Nervenärzte als Vertreter in den Kassenärztlichen Vereinigungen

BVDN-Landesverband: Dr. A. Böer Dr. P. Wöhrlein Dr. P. Fuchs Dr. E. Schäfer	RHEINLAND-PFALZ Koblenz ja Mainz ja Daun ja Kaiserslautern	(02 61) 3 66 99 (0 61 31) 23 46 18 (0 65 92) 98 51 90 (06 31) 6 40 01	(02 61) 3 66 97 (0 61 31) 23 40 02 (0 65 92) 98 51 91 (06 31) 6 59 90	mz.woehr@t-online.de neuropsych@web.de
BVDN-Landesverband: Dr. F. Jungmann Dr. H. Storz Dr. Th. Kajdi	SAARLAND Saarbrücken ja Neunkirchen ja Völklingen	(06 81) 3 10 93 (0 68 21) 1 32 56 (0 68 98) 2 33 44	(06 81) 3 80 32 (0 68 21) 1 32 65 (0 68 98) 2 33 44	FJungmann@TeleMED.de Dr.Helmut.Storz@gmx.de Kajdi@t-online.de
BVDN-Landesverband: KEIN FACHARZT IN DER KV	SACHSEN			
BVDN-Landesverband: Dr. W.-R. Krause	SACHSEN-ANHALT Blankenburg	(0 39 44) 96 21 86	(0 39 44) 96 23 50	psychiatrie@kh-blankenbourg.de
BVDN-Landesverband: Dr. F. König Dr. U. Bannert	SCHLESWIG-HOLSTEIN Lübeck ja Bad Segeberg ja	(04 51) 70 44 29 (0 45 51) 20 55	(04 51) 7 06 02 82 (0 45 51) 17 83	info@neuropraxis-luebeck.de Uwe.Bannert@Rush.de
BVDN-Landesverband: KEIN FACHARZT IN DER KV	THÜRINGEN			
BVDN-Landesverband: Dr. U. Thamer Dr. V. Böttger Dr. J. Gebauer Dr. G. Matzel Dr. C. Kramer	WESTFALEN Gelsenskirchen ja Dortmund ja Bottrop ja Stadtlohn Bielefeld ja	(02 09) 3 73 56 (02 31) 51 50 30 (0 20 41) 1 87 60 (0 25 63) 50 55 (05 21) 12 40 91	(02 09) 3 24 18 (02 31) 41 11 00 (0 20 41) 18 76 20 (0 25 63) 50 56 (05 21) 13 06 97	Thamer.Herten@T-online.de boettger@AOL.com gebauer.juergen@t-online.de kramer.claudia@web.de
BVDN-Landesverband: Dr. W. Maier-Janson Dr. H.-M. Seichter	WÜRTTEMBERG SÜD Ravensburg ja Rottenburg ja	(07 51) 36 24 20 (0 74 72) 9 89 80	(07 51) 3 62 42 17 (0 74 72) 96 96 18	kontakt@neurologie-ravensburg.de hm.seichter@t-online.de

Impressum

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), 1. Vorsitzender: Dr. med. Frank Bergmann (fb), Theaterplatz 17, 52062 Aachen, Tel. (02 41) 3 63 30, Fax (02 41) 40 49 72, E-Mail: Dr.Frank.Bergmann-Aachen@t-online.de

Geschäftsstelle: G. Liebscher, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Tel. (0 21 31) 2 20 99-20, Fax (0 21 31) 2 20 99-22, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Schriftleiter: PD Dr. med. Albert Zacher (az) (verantwortlich), Watmarkt 9, 93047 Regensburg, Tel. (09 41) 56 16 72, Fax (09 41) 5 27 04, E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Verlag: Urban & Vogel Medien und Medizin Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Neumarkter Str. 43, 81673 München, Tel. (0 89) 43 72-13 00, Fax -13 99, http://www.urban-vogel.de.

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Persönlich haftende Gesellschafterin ist die Urban & Vogel Medien und Medizin Verlags Verwaltungen GmbH, München. Gesellschafter der Urban & Vogel Medien und Medizin Verlags Verwaltungen GmbH sind zu je 50 % die Urban & Vogel GmbH, München und die Springer Science + Business Media GmbH, Berlin, die zugleich Kommanditisten der Urban & Vogel Medien und Medizin Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG sind. Gesellschafterin der Urban & Vogel GmbH ist die Springer Beteiligungs-GmbH, Berlin (100 %).

Geschäftsführer: Dr. Georg Ralle.

Leitung Verlagsbereich III: Friederike Klein.

Redaktion: Dr. med. Christoph Posch (Leitung, cp), Tel. (0 89) 43 72-14 38, Fax: (0 89) 43 72-14 00, E-Mail: posch@urban-vogel.de;

Dr. med. Andreas Fischer (af),
Monika Welzel-Friebe (Chefin vom Dienst).

Assistenz: Gertraud Hiebsch (-13 68).

Herstellung: Frank Hartkopf (Leitung, -13 11), Gabi Kellner.

Medical Communication: Ulrich Huber (Leitung, Anschrift wie Verlag, -13 31); Peter Urban (Anzeigenleitung, verantwortlich, Anschrift wie Verlag, -13 33, E-Mail: urban@urban-vogel.de);
Anzeigenpreisliste Nr. 8 vom 1.10.2003.

Vertrieb: Frank Niemann (Leitung, -14 11).

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel. (0 62 21) 3 45-43 04, per Fax (0 62 21) 3 45-42 29 sowie auch über das Internet unter http://www.urban-vogel.de und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht drei Monate vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft: 17 EUR. Jahresabonnement: 159 EUR. Für Studenten/AIP: 106 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 17 EUR, Ausland 21 EUR. Für Mitglieder des BVDN, BDN und des BVDP (s. o.) ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Copyright – Allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur Arbeiten und Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung

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

Druck: KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen. Die Zeitschrift wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

Urban & Vogel Medien und Medizin Verlagsgesellschaft ist ein Unternehmen von Springer Science + Business Media GmbH

© Urban & Vogel Medien und Medizin Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

ISSN 1436-123X

IA-MED