

NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

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

EBM 2000 PLUS

**Verbände fordern
Nachbesserung**



- **NEU: „BERLINER SEITEN“
Initiativen der Hauptstadt-Kollegen**
- **GERONTOPSYCHIATRIE-VEREINBARUNG:
Wann stimmen die Kassenvertreter zu?**
- **THERAPIE BIPOLARER STÖRUNGEN:
Zurück ins Gleichgewicht**



Versorgungsrelevanz

In der ärztlichen wie auch der Laienpresse waren in den letzten Tagen Kommentare zum Ergebnis der Fallzahlanalyse 2004 des Zentralinstituts (ZI) für die kassenärztliche Versorgung zu lesen. Die Fallzahlen lagen im Durchschnitt bei allen Vertragsärzten um 8,7% unter der des Vorjahres. Mit bis zu 20% Rückgang waren Hautärzte, Orthopäden, Gynäkologen, Augenärzte und Urologen besonders betroffen. Hausärzte hatten etwa 8% weniger Patienten zu versorgen. Leider war nirgendwo die Rede davon, dass bei Nervenärzten und Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie trotz Praxisgebühr im Jahresvergleich lediglich etwa 2,7% weniger Patienten die Sprechstunden aufsuchten. Dabei ist diese Zahl von außerordentlicher Wichtigkeit und von gesundheitspolitischer wie auch honorarpolitischer Brisanz! Sie besagt ja eindeutig, dass sich die Versorgungsrelevanz im fachärztlichen Bereich, die vor der Einführung der Praxisgebühr im Wesentlichen aus den abgerechneten Fallzahlen abgeleitet worden war, nach diesem bundesweiten „Offenbarungseid“ nun ganz anders darstellt. Und nicht nur diese markanten Fallzahlentwicklungen sprechen dafür, dass die Versorgungsbedeutung unserer Fächer deutlich höher ist als bisher angenommen.

Hausärzte brauchen uns

Wie dem Zahlenwerk des ZI zu entnehmen ist, sind im letzten Jahr auch die Überweisungen in unsere Praxen gestiegen – auf nunmehr 70%. Wir werden in der Überweisungshäufigkeit lediglich von den hoch technisierten Fachspezialisten überflügelt. Aus dem Überweisungsverhalten der Hausärzte lässt sich ableiten: Diese 70% Patienten, die in unsere Praxen kommen, sind allesamt so schwer oder so komplex erkrankt, dass der Hausarzt ohne fachärztliche Unterstützung nicht zurecht kommt, während er leichter erkrankte Patienten mit neurologischen oder psychiatrischen Leiden selbst behandelt, wie sich aus Verordnungsstatistiken ersehen lässt. Sowohl die Patienten, die sich direkt an uns wenden, als auch die Hausärzte sind also auf unsere neurologische oder fachärztliche Hilfe angewiesen. Unsere Patientenzahlen vor Einführung der Praxisgebühr waren demnach nicht durch „Verdünnerefälle“, wie Wiederholungsrezeptempfänger, künstlich aufgebläht.

Die Gehirne schwinden!

Diese Überschrift klingt makaber – aber sie stimmt. Leider ist es besonders unsere Zukunft, die sich in der Aussage dieses Satzes wiederfindet, aber bereits jetzt ist es Realität, dass neurodegenerative Erkrankungen zunehmen. Patienten, die daran erkrankt sind, kommen nicht zum „Gesundheits-Check“, weil sie bereits unter irreversiblen, leider nach wie vor zwar behandelbaren und zu verzögernden, jedoch nicht zu heilenden Erkrankungen leiden. Die Versorgungsrelevanz, die uns dabei zufällt, und die unseren Fächern in den nächsten Jahrzehnten eine zentrale Bedeutung in der Medizin zukommen lassen wird, erfassen zurzeit weder die Gesellschaft, noch die Gesundheitspolitiker oder die KVen.



© Archiv

PD Dr. med.
Albert Zacher
Schriftleiter

„Bereits jetzt ist es Realität, dass neurodegenerative Erkrankungen zunehmen.“

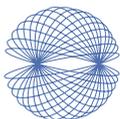
Düstere Aussichten

Die WHO-Prognosen zur Zunahme depressiver Erkrankungen kennen Sie alle. Prognosen können zwar irren, aber der Andrang von depressiven Patienten in unseren Praxen nimmt zweifellos zu. Immer mehr Menschen werden wegen der Diagnose „Depression“ frühberentet und auch die Verordnungen von Antidepressiva steigen weltweit. Wer soll bei diesen neu hinzukommenden Kranken Differenzialdiagnostik und zielgerichtete therapeutische Maßnahmen durchführen und koordinieren, wenn nicht wir?

All dies müsste einem medizinischen Fach eigentlich enormen Auftrieb geben. Die entsprechenden Disziplinen müssten von den Gesundheitspolitikern, den Krankenkassen und auch der Ärzteschaft (alles potenzielle Patienten) unumwunden gefördert werden. Wie Sie alle wissen, ist dies nicht der Fall. Unsere Versorgungsrelevanz wird weder wahr- noch ernst genommen. Sonst müsste ja die leidige Frage der Honorarverteilung von den KVen und auch den Krankenkassen aufgegriffen werden. Die Praxisgebühr hat es an den Tag gebracht, dass es bei den Patientenzahlen in den anderen Fächern Verzerrungsfaktoren gegeben hat, die eine künstliche Aufblähung der Versorgungsrelevanz vermuten ließen, sodass die bestehenden Honorartöpfe aufgrund fehlerhafter Annahmen gefüllt wurden. Wir fordern eine Korrektur, die der tatsächlichen Versorgungsbedeutung entspricht, so wie sie sich im letzten Jahr in aller Klarheit offenbart hat.

Schreiben Sie das an Ihre KV, an Ihre Landesgesundheitsminister und die Krankenkassen.

Ihr



3 — Editorial

Aus den Verbänden

8 — Gesundheitspolitische Kurznachrichten

10 — Homepages der Berufsverbände

Schlank und effizient: neuer Auftritt im World Wide Web

14 — Länderdelegiertenkonferenz auf der Wartburg

EBM sorgt für Debatten

18 — Überflüssig, reformblockierend, korrupt – der deutsche Facharzt aus der Sicht der FAZ am Sonntag

21 — DGPPN-Kongress vom 24.–27.11.2004 in Berlin

Bis zum nächsten Mal in Berlin!

26 — Neu ab dieser Ausgabe: „Berliner Seiten“

In der Bundeshauptstadt laufen die Praxen anders

32 — EBM 2000 plus

Kontinuierliche Mitbetreuung

Beruf aktuell

38 — Neue Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie an der Uni Regensburg

Interdisziplinäres Miteinander erwünscht

42 — Arzneimittelentwicklung – Teil 2

Die klinischen Entwicklungsphasen

46 — Neue Versorgungsformen für Demenz-Patienten

Gerontopsychiatrie-Vereinbarung für die Kassen noch uninteressant

51 — Sozialmedizinische Begutachtung psychischer Störungen

Der Arzt als unabhängiger Sachverständiger – Teil 3

59 — Offenes Forum



Notwendige Anpassungen ...

... des EBM 2000 plus für die Bereiche Neurologie und Psychiatrie forderten die Delegierten der Landesverbände bei ihrer Konferenz auf der Wartburg. Ergebnis der Beratung: unmissverständliche Änderungsanträge an den Vorsitzenden der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände.

14

Bewegte Hauptstadt ...

... – ereignisreiche Schlagzeilen! Auf den „Berliner Seiten“ wird ab jetzt in loser Folge über Neuigkeiten, Aktivitäten und Veranstaltungen aus der Berliner Kollegenschaft berichtet.

26



Rechtswidrige Taten ...

... begehen oftmals Menschen, die psychisch oder suchtkrank sind. In der 2004 eröffneten Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie in Regensburg steht neben Forschung und Lehre auch der ausdrückliche Wunsch nach interdisziplinärem Austausch auf dem Programm, um den Zusammenhang zwischen Straftat und psychischer Störung noch besser ergründen zu können.

38



Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Claudia Mäck,
Tel. (0 89) 43 72-14 03, Fax (0 89) 43 72-14 00,
E-Mail: maeck@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

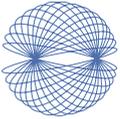
Die **Adressen** der Funktionsträger und Autoren des BVDN, BDN und BVDP finden Sie auf S. 120 ff.

Titelbild

Der weltberühmte „Zauberer von Oz“ war Inspiration für die japanischen Künstler

Nara und Sugito. Durch Synthese ihrer Malstile schufen sie verträumte und gleichwohl ernste, fabelhafte kindliche Gestalten (S. 110 f.).





Fortbildung

- 60** — Therapie bipolarer Störungen
Zurück ins eigene Gleichgewicht
- 68** — 4. Sächsisches Symposium
„Bipolare Erkrankungen“
Es bewegt sich was!
- 74** — Sammeln und Horten – ein Messie kann
nicht anders
Wohnen wie auf der Müllhalde
- 80** — Trichotillomanie – eine Störung zwischen
Zwang und Impuls
Wenn Haare ausreißen Beruhigung verschafft
- 83** — Kasuistiken
- 92** — CME-Quiz

Journal

- 94** — Reisezeit
Bali – Insel der Götter
- 100** — Buch & Neue Medien
- 102** — Markt & Forschung
- 110** — NEUROTRANSMITTER-Galerie
Ins Traumland hinter den Regenbogen
- 112** — Termine
- 116** — BVDN/BDN/BVDP
Mitgliedschaft/Struktur
- 123** — Impressum



Innere Balance ...

... wiederfinden, nicht länger zwischen emotionalen Extremen stehen, ist für Patienten mit bipolaren Störungen angestrebtes Ziel. Welches Therapeutikum, allein oder in Kombination, in welcher Episode eingesetzt werden sollte, um optimale Wirksamkeit zu erreichen, lesen Sie ab Seite

60

Verlorene Ordnung ...

... hat wohl jeder von uns zeitweise zu beklagen. Doch wo das beengende Chaos im Vermüllungssyndrom mündet, liegt eine Störung der Persönlichkeitsstruktur zugrunde. Kognitive Verhaltenstherapien gelten hierbei als Behandlungsoption der Zukunft.

74



... Zürnende Dämonen

... zu versöhnen und Götter zu erfreuen versuchen die Balinesen mit liebevoll gestalteten Opfertagen. In farbenfrohen Prozessionen ziehen sie prächtig geschmückt zu einem der zahlreichen Tempel.

94



Wichtiger Hinweis!

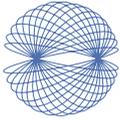
Diese Ausgabe enthält auf Seite 114 f. den Kongress Report aktuell Nr. 683 „Antidementivum mit überlegener Wirksamkeit: Langfristiger Erhalt des Status quo möglich“. Beigelegt finden Sie den Kongress Report aktuell Nr. 676 „Wichtig bei der Behandlung der Epilepsie: Langfristig hohe Therapietreue sichern“, den Kongress Report aktuell Nr. 677 „Lamotrigin – Etabliert in der Langzeittherapie: Gutes Nutzen-Risiko-Profil“ sowie den Kongress Report aktuell Nr. 680 „Antipsychotika und metabolisches Syndrom: Ziprasidon – die gewichts- und stoffwechselneutrale Alternative“.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Internet-Kompass

Was Sie als Arzt über EDV und Internet wissen sollten, finden Sie wie gewohnt in unserer Beilage Med-Online. Themen dieser Ausgabe unter anderem:

- Ärztverzeichnisse im Internet – wo bin ich schon drin?
- Im Interview: Manipulation durch Praxis-EDV?
- Anonym online – Surfen ohne Spuren



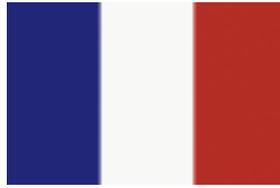
Aus dem Ausland



Am 14. Januar habe ich mich erneut mit dem Kollegen Sontag (von unserer Schwesterorganisation SFP) aus Straßburg getroffen. Frankreich steht vor einer Gesundheitsreform, die im Juli einsetzen wird. Grund ist – wie in der Bundesrepublik – das enorme Defizit der Krankenkassen.

Obwohl die Patienten in Frankreich immer schon einen Teil der Kosten selbst zu tragen hatten, soll nun pro Konsultation vom Arzt eine Gebühr von einem Euro einbehalten werden. Um Missbrauch, wie zum Beispiel unnötige Mehrfachdiagnostik und Medikamentenhorten zu verhindern, ist wie in Deutschland beabsichtigt, eine Krankenakte auf einem Server zu hinterlegen, zu der man Zugang über die Gesundheitskarte erhält, die es ab 2006 mit Foto und Fingerabdruck geben soll. Darüber hinaus wird der Zugang zu den Spezialisten erschwert. Lediglich Augenarzt und Gynäkologen erhalten ein für Patienten kostenfreies Erstzugangsrecht. Offensichtlich hat die konservative Regierung in Paris sich mit der grünen, roten in Berlin abgesprochen. Diese Einschränkung des Erstzuganges stößt in Frankreich auch bei den Hausärzten auf wenig Gegenliebe. Sie fühlen sich durch die damit verbundene Bürokratie belästigt. Die französischen Psychiater kämpfen nun für das kostenfreie Erstzugangsrecht ihrer Patienten.

Bei weiterhin steigenden Kosten müssen die Krankenkassen diese auf die Versicherten umlegen. Die Arbeitgeber und damit die Arbeitskosten sind somit weniger belastet.



Gewerkschaften haben in der Woche vom 16.–22.01. zu Streiks aufgerufen, an dem sich die Psychiater der öffentlichen Einrichtungen und mancher Kliniken am 20.1. beteiligten. Die Aktivitäten aller Ärzte standen leider publizistisch im Schatten der Eisenbahnerstreiks.

Im Syndikat des Psychiaters Français gibt es zur Vorgehensweise unterschiedliche Ansichten. Der größere Teil will sich verweigern, der andere sucht Strategien, um mit den neuen Gesetzen zum Wohle der Patienten besser umgehen oder doch noch kleinere Veränderungen erreichen zu können.

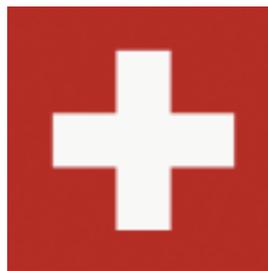
Zu dem Psychotherapiegesetz ist das Gesetzgebungsverfahren noch nicht abgeschlossen. Eine vier- bis fünfjährige Ausbildung an der Universität mit abschließendem Staatsexamen ist vorgesehen. Psychologen können über ihre klinischen Tätigkeit und Ausbildung Psychotherapeuten werden.

In der Schweiz wird das bislang geltende Kopfprämienmodell verändert, da es als sozial ungerecht empfunden wird: Bei unteren und mittleren Familieneinkommen sollen künftig für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr und bei jungen Erwachsenen, sofern in Ausbildung, höchstens 50% der Kopfprämie gezahlt werden. Die Grenze für die unteren und mittleren Einkommen legen die Kantone fest. Diese Maßnahme

wird die öffentlichen Subventionen des Gesundheitssystems um 5% verteuern.

Wenn Pensionskassen/Rentenkassen die Beiträge erhöhen oder die Leistungen kürzen, kann zu anderen Pensionskassen gewechselt werden (NZZ Nr. 2 15./16.1.2005, S. 8).

Gerd Wermke



Gewerkschaften formulieren 5-Punkte-Plan zur Sanierung der sozialen Sicherungssysteme



Ursula Engelen-Kefer, stellvertretende DGB-Bundesvorsitzende, stellte fest, dass die schwache Binnenkonjunktur, die Zunahme der Arbeitslosigkeit und die dramatische Verschlechterung des Verhältnisses von beitragspflichtiger zu nichtbeitragspflichtiger Beschäftigung für die finanziellen Schwierigkeiten der sozialen Sicherungssysteme verantwortlich seien. Außerdem würde die Zunahme der Minijobs zu 10 Mrd. EUR Ausfällen bei Renten-, Kranken-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung führen. Der DGB legte einen 5-Punkte-Plan vor, der diese Probleme beseitigen soll:

1. Die Sozialpolitik muss sich an die steigenden Anforderungen einer flexiblen Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen anpassen. Wer bereit ist, Leben und Arbeit flexibel zu gestalten, braucht ausreichende soziale Sicherheit.

2. Wir brauchen ein neues Gleichgewicht von einkommensbezogenen Sozialbeiträgen und Steuern. Während die Beitragsbelastung im internationalen Vergleich sehr hoch ist, besteht bei den Steuern noch Spielraum: Es sollte deshalb unter anderem die konsequente Finanzierung des Familienlastenausgleichs über Steuern statt über Beiträge geprüft werden. Ein besseres Gleichgewicht bietet auch das vom DGB entwickelte Modell von Freibeiträgern in der sozialen Sicherung, das vor allem untere Einkommen und kleinere personalintensive Betriebe entlastet.

3. Ein wichtiges Konzept zu einer gerechten Finanzierung bietet die Erwerbstätigen- und Bürgerversicherung. Dadurch wird die Basis der solidarischen Sicherung erweitert. Die einzelnen Beitragszahler werden entlastet. Die Einbeziehung von

Selbstständigen ist eine notwendige Antwort auf die Zunahme prekärer Selbstständigkeit. Die Einbeziehung von Kapitalerträgen ist die Konsequenz daraus, dass der Wohlstand zunehmend nicht durch abhängige Beschäftigung, sondern aus Kapitalerträgen erwirtschaftet wird.

4. Notwendig ist die Überwindung der künstlichen Trennung in gesetzliche und private soziale Sicherungssysteme. Das gilt vor allem für die Kranken- und Pflegeversicherung. Durch gleiche Wettbewerbsbedingungen bei privaten und gesetzlichen Kassen wird die Solidaritätsbasis gestärkt, die Beiträge für alle können sinken.

5. Die Bedingungen der betrieblichen Altersvorsorge müssen verbessert werden. Die Arbeitgeber sind gefordert, ihren Anteil dazu beizutragen. Die steuerfreie Entgeltumwandlung muss stärker dynamisiert

werden und an die Einkommensentwicklung angepasst werden. Die Zulagen für den Aufbau der Riester-Rente müssen ab 2008 weiter erhöht werden. Auch atypische Beschäftigungsverhältnisse wie die Ich-AGs müssen in den zulagenberechtigten Personenkreis einbezogen werden.

Kommentar: Nachdem vor zirka zwei Jahren schon die großen Kirchen in einem entsprechenden Positionspapier endlich zu der Ansicht gelangten, dass die Unterfinanzierung der Sozialsysteme nicht aufgrund steigender Kosten, sondern wegen sinkender Einnahmen in Schwierigkeiten gerieten, folgte nun als letzte große gesellschaftspolitische Institution der DGB. Bisher wurde von den Gewerkschaften undifferenziert größeres soziales und finanzielles Engagement der Arbeitgeber und des Staates gefordert ohne zu berücksichtigen, welche wirtschaftspolitischen Auswirkungen eine solche Politik haben würde. Auch im jetzigen 5-Punkte-Programm ist hauptsächlich davon die Rede, dass die so genannten starken Schultern einkommensbezogen über Steuern („... besteht bei den Steuern noch Spielraum“) die Sozialpolitik finanzieren sollen. Auch die Selbstständigen sollen finanziell noch mehr herangezogen werden. Mit diesem 5-Punkte-Programm ersetzt der DGB also bisherige für die Wirtschaftsentwicklung schädliche Standpunkte durch ähnliche Forderungen, die wiederum nicht zur Förderung des Wirtschaftsstandortes Deutschland beitragen. **gc**

Niedriger Status – höherer Krankenstand?



© Bilderbox, A-Thening

Unterschiede beim Krankenstand

↳ Seit der Nachkriegszeit war der Gesamtdurchschnitt beim Krankenstand noch nie so niedrig wie heute. Nach Analyse des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BBK) liegt er derzeit bei 3,6%. Fehltag aufgrund Behinderungen im Muskel- und Skelettsystem stehen mit 27% aller Arbeitsunfähigkeitstage an der Spitze. Es folgen Fehltag wegen Atemwegserkrankungen mit 17%, wegen Verletzungen und Vergiftungen mit 15% und wegen psychischen Störungen mit 7,5%. Diese haben stark zugenommen: Der Anteil der psychischen Störungen an

den Krankheitstagen hat sich seit 1990 verdoppelt. Die Beschäftigungsbranche spielt eine große Rolle bei Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeit. In der Abfallbeseitigungs- und Keramikindustrie liegen die Rückenerkrankungen mit 30% besonders hoch, dem gegenüber leiden im Gesundheits-, Sozialwesen und in der Telekommunikation Beschäftigte besonders häufig unter psychischen Erkrankungen (11%). Insgesamt sind Abfallbeseitiger, Straßen-, Fahrzeugreiner und Gleisbauer am längsten krank (27 Arbeitstage). Akademische männliche Elektroingenieure, Chemiker, Physiker und Mathematiker sind weniger als eineinhalb Tage pro Jahr arbeitsunfähig (AU) geschrieben. Akademikerinnen weisen mit weniger als fünf AU-Tagen die niedrigsten Krankenstände auf, während weibliche Reinigungsbeschäftigte 24 Tage im Jahr krank sind. Krankenpflegehelferinnen sind 23 Tage krank geschrieben Sprechstundenhelferinnen acht Tage und pharmazeutisch technische Assistentinnen fehlen sieben Tage pro Jahr.

Kommentar: Niedriger Status in der Firmenhierarchie, niedriger Ausbildungsstand und hohe körperliche beziehungsweise Schmutzbelastung führen also im Durchschnitt zu höherem Krankenstand. Beschäftigte mit guter Ausbildung und hoher Verantwortung weisen auch bei anstrengender und zeitlich hoher Beanspruchung niedrige Krankenstände auf. **gc**

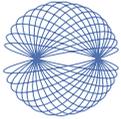
Nachzahlung für Psychotherapeuten

↳ Die KBV sucht Hilfe beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (BMGS). Weil die meisten KVen keine Rücklagen gebildet haben, sind nun millionenschwere Nachzahlungen erforderlich, die zunächst von den Fachärzten über sinkende Punktwerte finanziert werden müssen. Wie zu erwarten, hatte das Bundessozialgericht (BSG) die Kostenberechnung der KBV für psychotherapeutische Praxen als zu niedrig eingeschätzt und wesentlich höhere Punktwerte für Richtlinien-Psychotherapie („angemessene Vergütung“) festgelegt. Die KV Nordrhein muss rund 95 Mio. EUR zurückerzahlen, die KV Hessen 75 Mio. EUR, die KV Berlin 56 Mio. EUR. Allein die KV Bayerns muss voraussichtlich „nur“ 21 Mio. EUR nachvergüten, weil im Strukturvertrag mit den Regionalkassen bereits seit Jahren 5,11 Cent für Richtlinien-Psychotherapie bezahlt wurden. Die KBV und die KVen gehen davon aus, dass diese Nachvergütungen letztendlich von den Krankenkassen zu bezahlen sind, weil jede Richtlinien-Psychotherapie von der Krankenkasse einzeln genehmigt wurde.

Kommentar: Für uns Nervenärzte und Psychiater ist es natürlich besonders bitter, dass wir nun mit noch niedrigeren Punktwerten bei der Behandlung psychiatrisch schwer kranker Patienten die angemessene gute Bezahlung elektiver Richtlinien-Psychotherapie mit finanzieren sollen. **gc**



© Archiv



Der Internetauftritt der neurologisch-psychiatrischen Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP hat ein neues Gesicht. Mit dem Freischalten der Web-Site www.bvdn.de sind seit Anfang Januar nun alle drei Verbände online.

Homepages der Berufsverbände Schlank und effizient: neuer Auftritt im World Wide Web



© Archiv

© Bilderbox, A-Thening

Eine anspruchsvolle „Homepage“ aufzubauen und angemessen zu betreuen ist aufwändig. Die neuropsychiatrischen Berufsverbände und Fachgesellschaften haben sich daher entschlossen, Synergieeffekte bei der Information ihrer Mitglieder und bei der Ansprache der allgemeinen Öffentlichkeit zu nutzen.

Gemäß dem neuen Konzept werden künftig die Internetseiten für Patienten komplett auf www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de ausgelagert und die jeweiligen Verbandsseiten auf interne Informationen beschränkt. Auf diese Weise werden die eigentlichen Verbandsseiten schlanker und effizienter, enthalten aber trotzdem alles, was für die Arbeit des jeweiligen Verbandes wichtig ist. Zentrale Inhalte sind über ein Passwort geschützt und damit nur für Mitglieder zugänglich. Sie sollen übersichtlich sein,

aber nicht statisch: Neue, für Neurologen, Psychiater und Nervenärzte interessante Entwicklungen sollen schnell ihre Entsprechung auf der Seite finden. Das Ziel kurz gefasst: Ein lebendiger Marktplatz der Information und Service mit einem konkreten Benefit für die Mitglieder. Dabei bleiben die bekannten Namen der jeweiligen Homepages erhalten: www.neuroscout.de für den BDN und www.bvdn.de für den BVDN. Neu hinzugekommen ist die Seite www.bv-psychiater.de für den BVDP.

Konzept: Synergien nutzen!

Ein einziges Team wird künftig die Internetseiten von BDN, BVDN und BVDP technisch und redaktionell erstellen und betreuen. Das spart Kosten und gewährleistet dennoch, dass jeder Verband wie gewohnt in seiner berufspolitischen Arbeit eigene Schwerpunkte

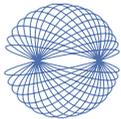
setzen und sein eigenes Profil behalten kann. Diese Schwerpunkte schließen jedoch nicht aus, dass es eine Reihe von Globalthemen gibt, die für alle Verbände relevant sind. „Warum hier nicht Synergien nutzen?“, so die Auffassung der Verbände. Gesundheitsreform, neuer EBM, Fallpauschalen im Krankenhaus – diese und viele andere Bereiche interessieren alle Verbände, auch wenn sie dazu teilweise unterschiedliche Projekte und Initiativen betreiben. Die Verbände haben sich daher entschlossen, ihre Internetseiten vergleichbar aufzubauen. Das erleichtert es, die einzelnen Seiten zu etablieren und macht die redaktionelle Betreuung einfacher.

Eigenes Portal für die Patienteninformation

Für reine Patienteninformationen ist in Zukunft die Seite www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de zuständig. Sie repräsentiert künftig auch die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit von BDN, BVDN, BVDP, DGN und DGPPN. Damit ist ein für die Verbände kostenneutraler und gleichzeitig professioneller Auftritt sicher gestellt, wie er in dieser Form bisher nicht möglich war.

Transparenz im Umgang mit Sponsoren

Die Finanzierung der neuen Verbands-Homepages von BDN, BVDN und BVDP erfolgt über Sponsorengelder. Dabei gelten strenge und transparente Regeln: Die Sponsoren üben keinen



Das Online-Team

Siegmar Fest

Studium des höheren Lehramtes in Mathematik und Chemie, danach zwölfjährige Tätigkeit im Außendienst der Pharmazie bei verschiedenen Firmen im niedergelassenen Bereich, im Klinikaußendienst und in einem Serviceaußendienst Praxismanagement. Seit 2003 Trainer für Qualitätsma-

agement der Athene-Akademie. Seitdem auch für den BDN im Bereich Sponsorenakquise und Projektmanagement tätig.



© Archiv

Dr. med. Arne Hillienhof

Nach dem Studium der Humanmedizin in Köln, Basel und London Tätigkeit als Medizinjournalist seit 1999, zuerst bei der Ärztekammer Nordrhein, dann bei der KBV. Seit Sommer 2002 freier Journalist mit den Schwerpunkten Medizin und Gesundheitspolitik. Regelmäßige Tätigkeit unter anderem für das Deutsche Ärzteblatt, den Deutschen Ärzte Verlag sowie für verschiedene Zeitungen und Zeitschriften. Ein Beispiel für seine Tätigkeit sind die Patientenleitlinien von BDN und DGN.



© Archiv

Einfluss auf redaktionelle Inhalte der Seiten aus. Selbstverständlich erfolgt auch keine „Schleichwerbung“. Beiträge, Darstellungen oder Anzeigen der Sponsoren müssen stets als solche deutlich gekennzeichnet sein und dürfen nicht mit redaktionellen Beiträgen vermischt werden. Insgesamt ist die Präsenz der Sponsoren auf den Start- und Folgeseiten der Homepages sehr zurückhaltend: Die Hauptsponsoren erhalten auf den Verbandseiten den Platz für ein Logo, blinkende Banner wird es jedoch nicht geben. Außerdem steht der Industrie der Bereich „Markt und Forschung“ zur Verfügung, auf der sie – wie auch in den Fachzeitschriften üblich – Studienergebnisse und Presseinformationen veröffentlichen können. Alle Firmen, die sich finanziell am Aufbau und Erhalt der Internetseiten beteiligen, sind für Interessierte im Bereich Sponsoren kurz dargestellt.

Aufbau und Inhalte der neuen Homepages

Die Inhalte der Internetseiten sollen schlank, interessant und aktuell sein: Sie bilden die Arbeit der Berufsverbände adäquat ab und lassen sich schnell auf neue Entwicklungen einstellen. Kernpunkte sind neben der Eigendarstellung des Berufsverbandes und seiner Strukturen die verschiedenen Projekte von

BDN, BVDN und BVDP. Zum Beispiel finden die Mitglieder unter den Rubriken „Integrierte Versorgung“ (BDN) beziehungsweise „Versorgungsformen“ (BVDN) die jeweiligen Konzepte der Berufsverbände zur integrierten Versorgung bei den Indikationen Schlaganfall, Multiple Sklerose, Kopfschmerz, Morbus Parkinson und Epilepsie. Die Berufsverbände entwickeln diese Konzepte weiter – zusammen mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Neue Ergebnisse dazu werden die Homepages jeweils aktuell bereitstellen und die Nutzer darauf hinweisen.

Andere Themen sind der neue EBM und die GOÄ. Die Mitglieder finden dazu im internen Bereich zum Beispiel den GOÄ-Abrechnungskommentar von Dr. Gunther Carl, 2. Vorsitzender des BVDN, und PD Dr. Albert Zacher (BVDN) beziehungsweise von Prof. Dr. Rolf Friedrich Hagenah, Vorsitzender des BDN.

Mitglieder des BVDP finden im internen Bereich von www.bv-psychiater.de unter anderem einen Vortrag der Vorsitzenden des Berufsverbandes, Dr. Christa Roth-Sackenheim, zur Ausrichtung und Strategie des BVDP sowie Unterlagen zur Initiative gegen Stigmatisierung und eine Zusammenstellung aktuell relevanter Leitlinien der Fachdisziplin.

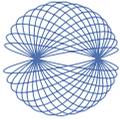
Alle Projekte werden – wie auch die Nachrichten aus den Verbänden und der Gesundheitspolitik – in Absprache mit den jeweiligen Projektleitern immer auf den neuesten Stand gebracht. Die Mitglieder haben auf den Seiten außerdem Einblick in neue Termine der BVDN-Fortbildungsakademie und der diese ergänzenden BDN-Fortbildungssymposien. Die Referate dieser Symposien werden aufgezeichnet und stehen den Mitgliedern als Online-Fortbildung zur Verfügung – von der CME-Kommission zertifiziert und komplett mit Fragen versehen.

Wie gewohnt wird im internen Bereich der jeweiligen Verbands-Homepage auch der NEUROTRANSMITTER zugänglich sein. Neben der aktuellen Version findet sich ein online-Archiv der Zeitschrift, sodass Mitglieder jederzeit auch auf vergangene Ausgaben zugreifen können.

Das Online-Team

Die drei Berufsverbände beauftragten Siegmar Fest von der Qualitätsmanagement-Akademie Athene im BDN und das Journalistenbüro Dr. Arne Hillienhof mit der Erstellung und der Betreuung der Internetseiten. Fest und Hillienhof stimmen sich bei der Betreuung der Seiten regelmäßig und detailliert mit den Internetbeauftragten der Verbände beziehungsweise den Projektleitern aus BDN, BVDN und BVDP ab.

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln



Überflüssig, reformblockierend, korrupt – der deutsche Facharzt aus der Sicht der FAZ am Sonntag



Sehr geehrte Leserbriefredaktion,

Soll ich denn nun schon wieder die Zeitung wechseln? Die Süddeutsche, obwohl mir in vielerlei Hinsicht ans Herz gewachsen, lese ich nicht mehr regelmäßig, weil mir die Ärzte-Hetze dort unerträglich geworden war. „Weißkittel und Pillendreher“ waren bald noch die mildesten Begriffe, wenn es insbesondere um niedergelassene Ärzte ging.

Nein – ich möchte Ihre Zeitung weiterhin behalten! Aber Einiges muss ich dann schon richtig stellen.

Vor einigen Wochen zum Beispiel erschien ein Artikel, in dem die Tatsache, dass es in Deutschland niedergelassene Fachärzte gibt, als ultimativer Unsinn hingestellt wurde, der auf der Welt seines Gleichen nicht hat. Dass es anscheinend nirgendwo sonst eine so durchstrukturierte fachärztliche Versorgung unabhängig vom Krankenhaus gibt, ist nicht per se schon ein Zeichen dafür, dass sie nichts taugt! Ich halte sogar dafür, dass das deutsche Facharztwesen eine höchst zukunftssträchtige Versorgungsform ist. Krankenhäuser müssen abgebaut werden, weil wir in Deutschland zu viele Betten vorhalten. Bis zu einem Drittel der Krankenhäuser werden in den nächsten Jahren geschlossen, sagen Gesundheitsexperten. Gerade kleine Kliniken in ländlichen Regionen haben keine Zukunft. Wo und von wem sollen bitte in dieser schon absehbaren Zukunft Menschen, die nicht in Ballungszentren leben, ambulant fachärztlich versorgt werden? Stationäre Aufenthalte werden Dank medizinischer Fortschritte seltener erforderlich. Aber hoch spezialisierte ambulante Behandlungsmethoden können nicht von Hausärzten übernommen werden. Auch Krankenhausambulanzen werden dann für viele unerreichbar sein. Der Fortschritt der Medizin und der Abbau der Krankenhausbetten fordern ein freies Facharztwesen geradezu heraus!

Im Artikel: „Bremsen des Jahres gesucht“ wird argumentiert, der KBV-Vorsitzende, Kollege Richter-Reichhelm, habe verhindert, dass Ärzte, die gute Qualität zu niedrigen Preisen anbieten, mit den Krankenkassen direkte Verträge schließen könnten. Nun müssten weiterhin schlecht qualifizierte Ärzte

hoch bezahlt werden. Also glauben Sie denn wirklich, dass sich gerade die besser qualifizierten Ärzte für noch niedrigere Preise als es die jetzigen sind, von den Krankenkassen vereinnahmen lassen? Eine seltsame Argumentation und das im Wirtschaftsteil. Würde eher in's Feuilleton passen!

Aus dem Artikel, der seltsamerweise unter der Rubrik „Wissenschaften“ auftauchte und in dem ein niedergelassener neurologischer Kollege über seine Erfahrungen mit Pharma-Industrie und Pharma-Referenten schreibt, möchte ich nur zwei Punkte herausnehmen:

1. Ein großer Teil des medizinischen Fortschritts ist therapeutischer Fortschritt. Dieser wird im Wesentlichen durch die Forschungen der pharmazeutischen Industrie zur Verfügung gestellt. Natürlich sind Pharma-Riesen harte Kämpfer auf dem Markt. Aber die Vorstellung, in einem kleinen unbekanntem Labörrchen könne eine grandiose neue Substanz entdeckt, erforscht und zur Marktreife getrieben werden und sich dann noch ohne Marketing-Maßnahmen durchsetzen, geht einfach an der Realität des Lebens vorbei.

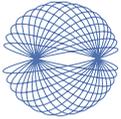
2. Die meisten Pharma-Referenten, die mich aufsuchen, vertreten im Unterschied zur Schilderung des Artikels nicht die Forschungs- und Marktriesen, sondern Generika-Firmen. Von neuen und teuren Substanzen erhalte ich geringste Mengen an Ärztemustern, von Generika vieler Anbieterfirmen dagegen eine Menge. Der neue Arzneimittelreport führt dann auch gerade die Nervenärzte, Neurologen und Psychiater als positive Beispiele auf, weil sie die Möglichkeit der Generika-Verordnung geradezu „vorbildlich“ ausnutzen.

Sicher machen wir Ärzte etwas falsch, wenn wir in der Öffentlichkeit derart gezaust, ja manchmal verketzert werden. Deshalb sollte sich die Ärzteschaft diesen Berichterstattungstenor zur Anregung nehmen, intern Kritikwürdiges aufzugreifen und nicht nur dauernd abzuwiegeln.

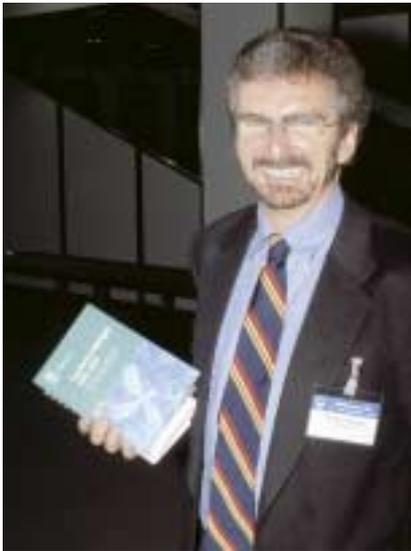
Mit freundlichen Grüßen

PD Dr. med. A. Zacher

Vergrätzt und enttäuscht hatte ich mich von meiner bisherigen Tageszeitung, der Süddeutschen Zeitung, getrennt und war mir ohnehin wie ein bayerischer Vaterlandsverräter vorkommend zur hessischen FAZ am Sonntag übergelaufen. Ob das ein kluger Schritt war? Sonst rieb ich mir nur wochentags die Augen, wenn ich wieder zu Gemüte geführt bekam, welch moralisch zweifelhaftem Berufsstand ich angehöre. Jetzt aber blieb mir gar an mehreren Sonntagmorgen hintereinander das Frühstücksei im Halse stecken, insbesondere am 21.11.2004 angesichts eines Artikels, dessen „Aufmacher“ sie oben im Ausriss sehen. Wenn Sie den Text selbst lesen wollen, müssten Sie ihn ihm Internet finden. Wenn Sie gar noch etwas dazu an die FAZ schreiben, dann lassen Sie mich das in Kopie wissen. Wenn ihrem Leserbrief genauso wenig Glück beschieden ist, wie dem meinigen vom 23.11.2004, den Sie nebenstehend abgedruckt finden, dann können wir wenigstens hier im NEUROTRANSMITTER einige Plätze freihalten, auf denen wir Ihre Reaktionen mindestens ausschnittsweise veröffentlichen. Lautlos müssen wir nicht alles hinunterschlucken, was uns die Tages- und Wochenpresse zumutet. **az**



DGPPN-Kongress vom 24.–27.11.2004 in Berlin Bis zum nächsten Mal in Berlin!



© Archiv (alle Abbildungen)

Ein sichtlich vergnügter DGPPN-Präsident, Prof. Dr. M. Berger, der zufrieden auf seine Arbeit als Vorsitzender zurückzuschauen und den von ihm mit übersetzten und herausgegebenen Band „Psychiatrie Highlights“ präsentieren kann.



Immer im Einsatz, PD Dr. U. Voderholzer aus Freiburg.

Schon in den beiden letzten Jahren war der DGPPN-Jahreskongress ein echter Renner. Die Teilnehmerzahl stieg jährlich um 20–50% und 2004 explodierte sie fast. Mehr als 4.000 registrierte Teilnehmer waren dem Aufruf des diesjährigen Kongresspräsidenten Prof. Dr. W. Mayer, Bonn, gefolgt. Viele Verbesserungen nach Vorschlägen von Teilnehmern früherer Kongresse mögen ein wichtiger Faktor dafür gewesen sein, dass sich so viele Kollegen angesprochen fühlten. Aber noch bedeutsamer war wohl ein zunehmendes und spürbares Gefühl der Solidarität innerhalb des Fachgebietes und der Identifikation mit dem eigenen Beruf sowie der eigenen Fachgruppe, die die Fahrt nach Berlin zu einem echten Bedürfnis hatte werden lassen. Kein Wunder also, dass bei so vielen Fortbildungs- und Austauschinteressierten reges Treiben in den Gängen und auf den Fluren herrschte. Schon die Frühsymposien, die um 8.30 Uhr begannen, waren oft so gut besucht, dass die Stühle nicht mehr reichten und daher die einen auf dem Boden sitzend, die anderen gedrängt an den Wänden aufgereiht stehend, wissenschaftliche Neugierde und Durchhaltevermögen in guter Atmosphäre trotz schlechter Luft demonstrierten.

Zahlreiche Zusatzveranstaltungen

Leider konnte ich an der Veranstaltung für Schüler, die am Mittwoch, den 24.11. nachmittags stattfand, nicht teilnehmen. Aber die beteiligten Kollegen waren begeistert von der Gesprächsbereitschaft und dem Interesse der weit über 600 herbeigeströmten Jugendlichen, von deren Offenheit gegenüber dem Fach Psychiatrie und gegenüber psychisch Kranken. Auf alle einzelnen Sonderveranstaltungen kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Zu Vieles war geboten, als dass über alles gebührend berichtet werden könnte. Aber da der Kongress sich erstmals in ganz besonderer Weise auch den hausärztlichen Kollegen geöffnet hatte, sei noch am Rande angemerkt, dass zum

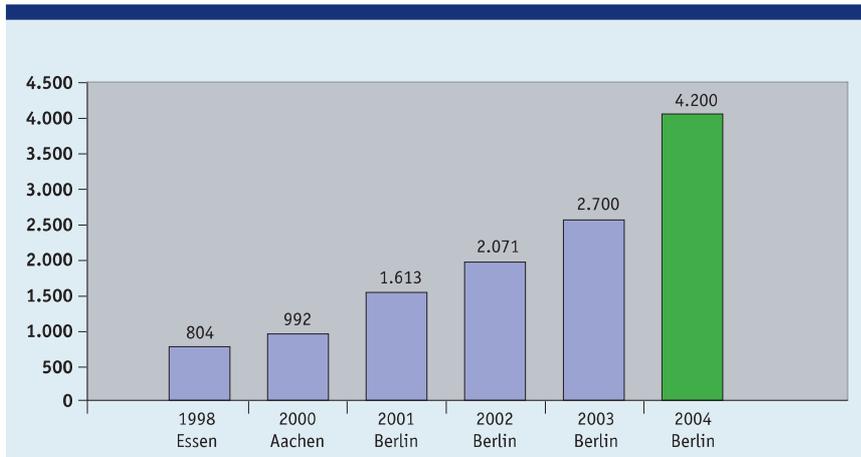
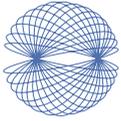
Beispiel am Freitag, den 26.11., ein eigener Hausärzterfortbildungstag immerhin von 49 Teilnehmern besucht wurde. Wie diese Sonderveranstaltungen reibungslos neben all den fachspezifischen Workshops, freien Vorträgen, Symposien und Hauptsymposien, neben den Psychiatriepflegetagen mit ihren Intensiv-Workshops, den Posterführungen, den Industriesymposien, dem Diskussionsforum und den hochaktuellen State-of-the-Art-Symposien untergebracht wurden, war eine logistische Glanzleistung. Dabei ist vielfach und sogar durch eigenen fotografischen Augenschein verbürgt, dass der organisatorische Dreh- und Angelpunkt des Kongresses, PD Dr. U. Voderholzer aus Freiburg nie ins Rotieren kam, vielmehr immer freundlich, verbindlich und mit klarem Überblick überall gleichzeitig zugegen war und dabei noch fernmündlich weiterhalf, wenn es denn doch irgendwo klemmte.

Mitgliederversammlung der DGPPN

Obwohl das nächtliche Berlin mit vielen Reizen lockte, war die DGPPN-Mitgliederversammlung am Donnerstag, den 25.11. von 19.00–21.30 Uhr, sehr gut



Der zufriedene Kongress-Präsident 2004: Prof. Dr. Wolfgang Maier, Bonn



Zu den über 4.000 Kongressteilnehmern aus unseren Fachgruppen kamen noch 49 Hausärzte, 262 ausländische Teilnehmer, etwa 620 Schüler und zirka 200 Besucher der öffentlichen Veranstaltung hinzu.

besucht. Ein eindrucksvoller Tätigkeitsbericht des scheidenden Präsidenten, Prof. Dr. M. Berger aus Freiburg, die Pläne und Vorhaben seines Nachfolgers, Prof. Dr. F. Hohagen, Lübeck, und politische Marksteine, die der Vorsitzende des BVDN Dr. F. Bergmann (zugleich Vorstandsmitglied der DGPPN) setzte, belegten den Gestaltungswillen und die zupackende Art dieses Vorstandes sowohl in gesundheitspolitischer als auch in wissenschaftlicher Hinsicht.

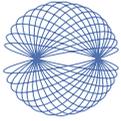
Diskutiert wurde lebhaft, jedoch durchweg getragen von der Anerkennung des Geleisteten und dem Vertrauen auf weitere konstruktive politische Arbeit innerhalb und außerhalb der Gesellschaft. Lediglich bei den Themen Zusammenarbeit mit den Fachärzten für psychotherapeutische Medizin und Einrichtung eines Schwerpunktes für Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie wurden kritische Töne laut. Anwesende Chefärzte von psychosomatischen Kliniken wiesen die zum Teil als ablehnend und abwertend empfundene Haltung gegenüber der Arbeit psychosomatischer Reha-Kliniken zurück. Eine durch den deutschen Ärztetag zu beschließende und von der Bundesärztekammer wie zuletzt von den Landesärztekammern umzusetzende Einrichtung eines Weiterbildungsschwerpunktes für Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie stieß mit gewichtigen Argumenten auf breite Ablehnung: juristische, fachliche und politische Konsequenzen, Herausnahme der Inhalte aus dem allge-

meinen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit daraus erwachsenden Folgen, mangelnde theoretische und praktische Inhalte, um daraus einen Schwerpunkt zu definieren etc.

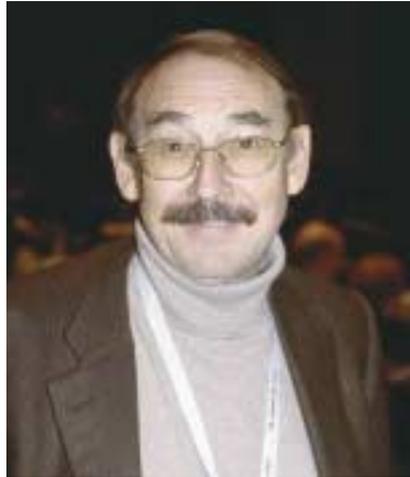
Bei den Neuwahlen gab es keine wesentlichen Veränderungen in den einzelnen Vorstandspositionen, wenn man auch nicht geglaubt hatte, dass ein Kollege, der sich schon einmal die Bürde des Vorsitzenden-Amtes der DGPPN zugemutet hatte, für das Amt nach einem Abstand von zehn Jahren erneut zur Wahl stand. Mit großem Beifall wurde Prof. Dr. W. Gaebel, Düsseldorf, als hoch erfahrener Wissenschaftspolitiker und international anerkannter Experte unter anderem auf dem Gebiet der Anti-Stigma-Initiativen zum Präsident Elect gekürt. Er wird somit in zwei Jahren auf den seit 1.1.2005 amtierenden Präsidenten Prof. Dr. F. Hohagen folgen. Für den scheidenden Präsidenten, Herrn Kollegen Berger, gab es großen anhaltenden und dankbaren Applaus.

5. Deutscher Psychiartag mit gesundheitspolitischer Podiumsdiskussion

Zum fünften Mal, und diesmal entsprechend bereits in der Einladung hervorgehoben, fand am 27.11.2004 ein deutscher Psychiartag statt. Das Impulsreferat war von Dr. jur. H. Rische, dem Präsidenten der BfA, übernommen worden und befasste sich mit der „Rehabilitation psychisch Kranker in der sektore-



Moderator Seguin: dezidierte Stellungnahmen, Widerspruch, Einwürfe und Kommentare erwünscht, Zigaretten und Handys verboten.



Kollege Urban aus Berlin wie immer einer der treuesten und konditionsstärksten Kongressbesucher!



Das Geheimnis der nicht versiegenden Vitalität von Prof. Dr. H. Helmchen: one apple a day ...



BVDN-Vorsitzender, Kollege Dr. F. Bergmann (ganz links) als einer der Hauptdiskutanten auf dem Podium.

renübergreifenden Versorgung – die Sicht der Rentenversicherung“. Als Diskutanten waren die gesundheitspolitischen Sprecher der im Bundestag vertretenen politischen Parteien (mit Ausnahme der PDS) eingeladen worden. Bis auf B. Bender, MDB und gesundheitspolitische Sprecherin vom Bündnis 90/Die Grünen, waren alle vertreten. Anders als S. Wöhrmann vom Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie die Kollegen Berger (DGPPN-Präsident) und Bergmann (BVDN-Vorsitzender) war Prof. Dr. K. Lauterbach trotz Ankündigung nicht auf dem Podium vertreten.

An dieser Stelle kann nicht alles vollständig wiedergegeben werden, vor allem nicht, was in der Diskussion an gedanklichem Schlagabtausch erfolgte, durch die B. Seguin vom Norddeutschen Rundfunk führte. Lediglich einige Hauptpunkte aus dem Referat des Präsidenten der BfA seien aufgelistet. Gleich zu Beginn wies dieser, bestens instruiert wirkend, darauf zurück, dass in psychotherapeutischen Kliniken nur leicht kranke Patienten versorgt würden. Dagegen sprächen vielfältige Zahlen, die der Referent auch in Fülle anfügte. In den letzten Jahren habe sich der Anteil der Frühberentungen durch psychische Erkrankungen auf etwa 40% eingependelt. Als Ursache dafür gab er einerseits die bessere Diagnostik, andererseits den Rückgang der körperlichen Beanspruchung an, wodurch insgesamt die körperliche Leistungsfähigkeit länger erhalten bleibe. 60% derer, die in den fünf Jahren davor eine Rehabilitationsmaßnahme erhalten hatten, würden frühberentet. Eine erhebliche Zahl, denn in den 80 stationären und ambulanten Einrichtungen der Rehabilitation, über die die BfA verfüge, seien allein im Jahr 2003 27.000 Reha-Leistungen für psychische Erkrankungen in Anspruch genommen worden. Wie wirkungsvoll aber die rehabilitativen Maßnahmen anschließen, könne man daran ersehen, dass nur 20% der Reha-Leistungsempfänger zuvor arbeitsfähig gewesen seien; die meisten davon hätten schon lange dauerhafte Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgewiesen. Trotzdem würden bei zwei Drittel dieser erwerbsgefährdeten Rehabilitanden die BfA-Maßnahmen einen



Gesundheitspolitik aus Sicht des BfA-Präsidenten Dr. jur. H. Rische

Rückgang von Depression und Angst bewirken und gar 91 % davon seien nach Abschluss der Maßnahmen wieder vollschichtig leistungsfähig.

Von Patienten, die 1997 das Reha-Angebot der BfA in Anspruch nahmen, waren nach fünf Jahren (im Jahr 2002) 49 % noch lückenlos arbeitsfähig und 18 % immerhin lückenhaft. 21 % hätten in diesem Zeitraum Rentenleistungen in Anspruch genommen. (Diese Zahlen divergieren von der eingangs genannten 60 %-igen Frühberentung innerhalb von fünf Jahren nach Rehabilitation – ich konnte den Widerspruch leider nicht hinterfragen.) Rehabilitation – als Akt der Krankheitsbewältigung – leide seiner Meinung nach darunter, dass die Zuweisungen nicht optimal erfolgten: Die Rentenversicherung könne nicht abdecken, was die Akutversorgung eigentlich leisten müsse. So fordere er eine leistungsfähigere akut-stationäre Versorgung im psychosomatischen und psychiatrischen Bereich, denn bei vielen der entsprechend kranken Patienten, bedürfe es vorwiegend der ärztlichen Behandlung und damit seien diese Patienten nicht im eigentlichen Sinne Rehabilitationskandidaten.

Zuletzt öffnete Rische, der hochkonzentriert, unumwunden und keiner möglichen Kontroverse ausweichend referierte, noch die Tür zu einem Raum bisher wenig beachteter Möglichkeiten: der Entwicklung von Modellen integrierter Versorgung zusammen mit den Rentenversicherern in Kooperation von niedergelassenem Arzt und BfA bei arbeits-

unfähigen Patienten. Damit könnten nach Meinung seines Hauses falsche Weichenstellungen (z. B. in die Frührente) noch besser vermieden werden. Dass das Referat seinem Namen gerecht wurde, es also Impulse gab, lässt sich nicht bestreiten. Viele Einsprüche, Klarstellungen und Gegenreden flammten auf, sowohl spontan als auch vom Moderator angeregt. Persönlich wurde mir durch dieses Referat wieder einmal verdeutlicht, dass unter „Realität“ in der Zentrale einer gigantischen Behörde statistisch aufbereitetes Zahlenmaterial fungiert, Zahlen, die beispielsweise die Häufigkeit von Diagnosen, deren Schweregraden, und

Arbeitsunfähigkeitszeiten widerspiegeln. Wie letztere allerdings zustande kamen, interessiert am Ende dieses mathematischen Verdauungsprozesses keinen mehr. Weil dieses Ergebnis jedoch die Planungsgrundlage für die Zukunft darstellt, ist es kein Wunder, wenn Bürokratien und Behörden immer wieder durch erhebliche Abweichungen der statistisch zu erwartenden von der tatsächlich eingetretenen Realität überrascht werden. Bergers abschließender Aufruf zu einer Art aktueller „Enquete“ hatte schon seine Berechtigung, wenn er auch aus vielerlei Gründen damit auf keine Gegenliebe stieß. **az**

Bitte vormerken!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte Sie schon jetzt auf unseren III. Neurologen- und Psychiatertag am 7.5.2005 hinweisen. Das Programm steht unter dem Leitthema: Demenzdiagnostik und Therapie im Spannungsfeld der demografischen Entwicklung: Tickt eine Zeitbombe?

Es ist uns gelungen, für den Einführungsvortrag Dr. Frank Schirmmacher zu gewinnen. Schirmmacher ist einer der Herausgeber der Frankfurter Allgemeinen Zeitung und steht mit seinem Buch „Das Methusalem-Komplott“ seit vielen Monaten auf den vordersten Plätzen der Bestsellerlisten. In seinem Buch beschreibt Schirmmacher die Auswirkungen der demografischen Entwicklung in den westlichen Ländern. Gestützt auf schonungslose Analysen fordert er zu einem Umdenken im Umgang mit dem eigenen und dem kollektiven Altern auf.

Nach solchen provokanten Thesen und Ausblicken erwarten Sie weitere Referate zum Tagungsthema von kompetenten und prominenten Referenten. Wir haben Heike von Lützu-Hohlbein, die Vorsitzende der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft, eingeladen, ferner Prof. Dr. Claus W. Wallesch, weiterhin auch den Präsidenten der DGPPN, Prof. Dr. Fritz Hohagen sowie den stellvertretenden Vorsitzenden der KBV, Ulrich Weigeldt, amtierender Präsident des Deutschen Hausarztverbandes. Darüber hinaus konnten wir Prof. Dr. Ulrich Schwabe als Referenten gewinnen. Sie alle kennen den jedes Jahr mit Spannung erwarteten Arzneiverordnungsreport, den Schwabe und Dr. Dieter Paffrath zusammen erstellen und herausgeben. Der Arzneimittelreport wird oft zitiert, nicht selten auch falsch. Wir wollten eine Stellungnahme zur Evidenz antidepressiver Therapie aus erster Hand und ich freue mich, dass Schwabe die Einladung zum Neurologen- und Psychiatertag in Köln angenommen hat.

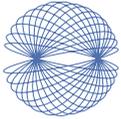
Weitere Themen des Neurologen- und Psychiatertages, der zusammen mit der Hauptversammlung des BVDN stattfindet, werden selbstverständlich der neue EBM 2000 plus sowie Konzepte zur integrierten Versorgung sein.

Ein ausführliches Programm geht Ihnen in Kürze zu (siehe auch NEUROTRANSMITTER 3/2005).

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme.

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

1. Vorsitzender BVDN



© Bilderbox, A-Thening

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Berliner Kolleginnen und Kollegen,

in Berlin sind derzeit zirka 600 Nervenärzte, Psychiater und/oder Neurologen (insgesamt in überwältigender Zahl mit der Zusatzqualifikation „Psychotherapie“) in eigener Praxis niedergelassen. Keine andere fachärztliche Gruppe und keine andere Region Deutschlands weist in ihren Praxisstrukturen eine so große Heterogenität auf, die derzeit aufgrund mangelnder Differenzierung der von der KV erfassten Daten nur qualitativ, nicht aber quantitativ zu beschreiben ist: von kleiner, reiner Psychotherapie-Praxis bis hin zu apparativ hoch spezialisierter Neurologie-Praxis, von psychiatrischen und neurologischen Basisversorgern/„Generalisten“ bis zu spezialisierten Praxen für MS, Parkinson, Demenz, ADS, Muskelerkrankungen, affektiven Störungen und Schizophrenie oder für die gerontopsychiatrische Heimversorgung. Die starke Differenzierung der Tätigkeiten und ihre große Anzahl auf engem städtischen Terrain stellen sicher den einen wesentlichen Hintergrund für die vielfältigen Aktivitäten und die Dynamik dar, die sich in den letzten vier bis fünf Jahren in der Berliner Kollegenschaft entwickelt hat. Der andere Grund

Neu ab dieser Ausgabe: „Berliner Seiten“ In der Bundeshauptstadt laufen die Praxen anders

Über die vielfältigen Tätigkeiten und Aktionen der in diversen Gruppen und Vereinen organisierten Fachärzte Berlins werden wir Sie zukünftig zwei- bis dreimal pro Jahr in einem eigens dafür geschaffenen Forum informieren, nimmt Berlin im strukturellen Praxisgefüge doch eine deutschlandweite Sonderstellung ein.

liegt im gestiegenen Selbstbewusstsein, das sich besonders aus der engagierten Arbeit in den Qualitätszirkeln herleitet. In Berlin sind auf der Mitgliederbasis des VBN der „Arbeitskreis MS Berlin e.V.“, der „Arbeitskreis Parkinson-Syn-drome Berlin e.V.“ und der „Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin e.V.“ entstanden. Aktive Arbeitsgruppen gibt es darüber hinaus für den Bereich Schlaganfall und Demenz. Aus diesen Gruppen und Vereinen wird in Zukunft auf den zwei- bis dreimal pro Jahr erscheinenden „Berliner Seiten“ berichtet werden.

Paradoxe Folgen

Im Verein Berliner Nervenärzte sind über 200 Kolleginnen und Kollegen engagiert; ein höherer Organisationsgrad wird ausdrücklich angestrebt; derzeit scheint leider eine Limitierung durch die in Berlin besonders hohe Zahl von Doppelfachärzten (über 150 führen zusätzlich den Titel „Arzt für psychotherapeutische Medizin“) gegeben. Der Landesverband Berlin ist im BVDN einer der stärksten Landesverbände und dürfte hinsichtlich einiger Entwicklungen allein aus den vorgenannten Zusammenhängen wegweisend sein. Wenn der Verein Berliner Nervenärzte mit den „Berliner Seiten“ ein neues Kapitel im NEUROTRANSMITTER aufschlägt, dann aus der Erkenntnis heraus, dass fach- und berufspolitische Themen auch regional nur noch von einem starken, arbeitsteilig eingestellten Team vertreten werden können und diese Aktivitäten

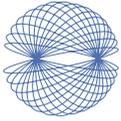


© Archiv

Dr. Norbert Mönter
Vorsitzender des Vereins
Berliner Nervenärzte

auch öffentlich kommuniziert werden müssen. Der zum Teil kafkaesk-intransparenten Entscheidungsstruktur der KV und dem Würgegriff der Krankenkassen sowie dem oft verantwortungslosen Handeln der Politik ist nur mit Offenlegung unserer Arbeit, Qualifikation und unserer spezifischen Nöte zu begegnen.

In diesem Startbeitrag kann nicht unerwähnt bleiben, dass wir aktuell in Berlin bezüglich nervenärztlicher Basisversorgung erhebliche Probleme haben – trotz der großen Zahl an niedergelassenen Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern und einer Berlin-weiten Niederlassungssperre aufgrund statistischer Übersorgung. Es herrscht ein paradoxer Mangel im Überschuss: Überlange Praxis-Wartezeiten führen dazu, dass akut Erkrankte nur mit großer Mühe einen Behandlungsplatz finden. Selbst die ambulante Weiterbehandlung nach der Kli-



nik ist problematisch, da viele „Versorgerpraxen“ so überlastet sind, dass sie keine oder nur wenige neue Patienten aufnehmen können. Andererseits weichen viele Kollegen in ihrem Angebot auf psychotherapeutische (Antrags-)Leistungen, auf Gutachtertätigkeit oder andere nicht GKV-finanzierte Leistungen aus, da sie von ihren Kassenleistungen bereits ein Drittel oder mehr nicht finanziert bekommen. Dies gilt es offen anzusprechen.

Ein wesentlicher Hintergrund für diese Fehlentwicklung: In Berlin wurden die psychiatrischen Betten 1993 von 5.429 auf 2.853 im Jahr 2003 und die Verweildauer im gleichen Zeitraum von 69 auf unter 20 Tage reduziert, während das Leistungsvolumen der Nervenärzte bei gleich bleibender Anzahl ohne Erhöhung des Honorarvolumens angestiegen ist. Auch die hohe ambulante Behandlungsintensität mit Erfolgen in niedrigeren Einweisungsquoten wie bei MS- und

Aus der KV-Berlin

Die klare Strategie für die KV-Wahlvorbereitung durch den Landesverbandsvorstand des VBN war erfolgreich: Zwei Mitglieder des BVDN (Dr. G. Benesch, H.-J. Boldt) sitzen in den nächsten sechs Jahren in der 40-köpfigen Vertreterversammlung der KV-Berlin und werden die Interessen unserer Fachgruppe verkünden. Dies ist eines der erfolgreichsten Ergebnisse aller 17 KV-Bezirkswahlen in Deutschland. Der Vorsitzende Dr. H. Menzel, dem das GMG eine größere Macht als bisher zugedacht hat, ist Nervenarzt und Facharzt für psychotherapeutische Medizin. Mit Dr. W. Holitzner kommt ein weiterer gesundheitspolitisch sehr erfahrener Nervenarzt in das Berliner Ärzterparlament und mit der Fachärztin für psychotherapeutische Medizin und Internistin Dr. M. Stennes und den psychologischen Psychotherapeuten stellen die „Psychofächer“ damit 20% der Vertreterversammlung. Die angestrebte faire Zusammenarbeit dieser benachbarten Gruppen wird sich in der Praxis aber erst noch bewähren müssen.

Gegenüber den Hausärzten und anderen Facharztgruppen gilt es, die zunehmende Bedeutung der psychiatrisch-neurologischen Erkrankungen zu verdeutli-

chen. Parkinson-Patienten hat keine kompensatorischen Finanzvolumina zur Folge oder gar zur Voraussetzung gehabt.

Bemerkenswert sind auch die Fallzahlen nach dem GMG: Wie politisch gewollt sind sie in vielen Bereichen deutlich gesunken, nicht so in unserer Fachgruppe. Der Grund: Die vielen schwer Kranken, die auf Behandlung angewiesen sind und vor allem ambulant und nicht mehr stationär versorgt werden.

Aufruf zur Mitarbeit

Mit allen Konsequenzen kann dies hier nicht weiterdiskutiert werden. Vielmehr geht es um die neu geschaffene Möglichkeit, zukünftig im NEUROTRANSMITTER Berlin-relevante berufs- und fachpolitische Probleme und Entwicklungen darzulegen und auch zu diskutieren. Ich möchte deshalb alle Berliner Kolleginnen und Kollegen auffordern, in eigenen Beiträgen (kurz oder mittellang) den In-

formationenfluss und die Auseinandersetzung in unserer Fachgruppe zu beleben. Auch Vorschläge zur Verbesserung unserer Arbeit sowie fachpolitische News/Analysen/Kommentierungen sind willkommen. Natürlich sollen auf diesen Seiten auch alle für Berliner Nervenärzte wichtigen Termine angekündigt werden. Und wenn hier an erster Stelle die Berliner niedergelassenen Nervenärzte angesprochen sind, so sind natürlich alle NEUROTRANSMITTER-Leser und besonders die niedergelassenen Kollegen, Neurologen und Psychiater aus anderen Bundesländern gleichfalls zu Lektüre und Mitwirkung herzlich eingeladen.

chen. Bei weniger Krankenhausbetten, steigenden Fallzahlen und dem unaufhaltsamen medizinischen Fortschritt muss das Geld der ambulanten Mehranforderung und -leistung folgen. Insbesondere in den Verhandlungen um den HVV und die RLV sowie in der Debatte um die im EBM 2000 plus wegfallenden Sonderbudgets (Gelbe Budgets) wird in den nächsten Monaten eine heiße Diskussion erwartet. – und wir müssen für unterschiedliche Interessen innerhalb unserer heterogenen Fachgruppe einen Kompromiss finden. Dies darf nicht erneut unser aller Solidarität in Frage stellen. Die Tatsache, dass die gesetzlich zugesicherte Nachvergütung für psychotherapeutische Leistungen rückwirkend von allen Fachärzten geleistet werden soll (zukünftig ist der Ausgleich innerhalb unserer Fachgruppe wahrscheinlich!), schwächt uns derzeit im Kampf um neue Fachgruppentöpfe, da der Eindruck der Einseitigkeit entstanden ist. Es muss deutlich gemacht werden, dass die nicht schwerpunktmäßig psychotherapeutisch tätigen Psychiater und Neurologen dabei nicht zu den Profiteuren, sondern zu den Verlierern gehören.

Auch die Unterscheidung unserer Interessen von denen der in der Vergangenheit sehr geschickt taktierenden psy-

chotherapeutischen Medizinern ist immer wieder notwendig, da deren Anteil an der Gesamtvergütung in einem diskrepanten Verhältnis zu ihrer im Vergleich zu uns Nervenärzten, Psychiatern und Neurologen quantitativ deutlich geringeren Versorgungsleistung (Patientenzahlen) steht.

Bei diesen innerärztlichen Konflikten dürfen wir nie vergessen, dass wir allesamt noch weit von einer wirklich „angemessenen Vergütung“ unserer ärztlichen Arbeit entfernt sind. Unsere Überzeugungsstrategien müssen die Kassen und Gesundheitspolitiker unbedingt mit einbeziehen, nicht zuletzt deswegen, weil der Honorarverteilungsvertrag zukünftig im Einvernehmen mit den Krankenkassen ausgehandelt werden muss.

Mit freundlich-kollegialen Grüßen

Ihr

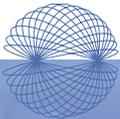


Bei diesen innerärztlichen Konflikten dürfen wir nie vergessen, dass wir allesamt noch weit von einer wirklich „angemessenen Vergütung“ unserer ärztlichen Arbeit entfernt sind. Unsere Überzeugungsstrategien müssen die Kassen und Gesundheitspolitiker unbedingt mit einbeziehen, nicht zuletzt deswegen, weil der Honorarverteilungsvertrag zukünftig im Einvernehmen mit den Krankenkassen ausgehandelt werden muss.

Diese verschiedenen Aspekte zu berücksichtigen und trotzdem dem politischen „Gegner“ in unserer Ärzteschaft (sowie den Psychologen) respektvoll zu begegnen, ist die Herausforderung in der KV-Berlin, die wir, gestärkt von über 400 Kolleginnen und Kollegen, die uns gewählt haben, engagiert angehen werden.

Dr. med. Gerd Benesch, Berlin
Kassenwart

FORTSETZUNG SEITE 31 —



Berliner Kalendarium (1. Halbjahr) für Niedergelassene

In Berlin gibt es eine kaum überschaubare Fülle an Veranstaltungen zu neurologischen und psychiatrischen Themen. Nebenstehend werden nur die jeweils von niedergelassenen oder mit wesentlicher Beteiligung niedergelassener VBN-Kollegen organisierten Veranstaltungen aufgeführt. Veranstaltungsort ist, wenn nicht anders angegeben die KV Berlin in der Masurenallee 4–6.

Die Treffen des Arbeitskreis Multiple Sklerose Berlin e.V. finden ohne speziell angekündigte Thematik am 10.2., 7.4. und 2.6.2005 jeweils um 19.30 Uhr im Steigenberger Hotel am Los Angeles Platz statt.

Dr. med. Norbert Mönter, Berlin

Geprüfte Parkinson-Assistentin

Letztes Jahr fand als gemeinsames Pilotprojekt von Quanup, dem Arbeitskreis Parkinson-Syndrome Berlin e.V., der Parkinson-Fachklinik Beelitz und der U40-Gruppe in Berlin die erste Arzthelferinnenweiterbildung zur Parkinson-Assistentin statt. 17 Mitarbeiterinnen aus elf Berliner nervenärztlichen/neurologischen Praxen konnten sich an sechs Kurs-tagen umfassend über Parkinson-Syndrome, Diagnostik und Differenzialdiagnostik, Krankheitsverlauf, mögliche Komplikationen, medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie, spezifische Skalen und Tests, übliche Dokumentation, aber auch Krankheitsver-

beitung, Psychoedukation und soziale Fragen informieren. Die stationäre und komplementärtherapeutische Parkinson-Therapie wurde vor Ort in der Fachklinik Beelitz anschaulich demonstriert.

Die Fortbildung wurde von der Firma Pfizer, und ein zusätzlicher Kurs-tag zur Demonstration der Apomorphinpumpe (bzw. des Pens) von der Firma Cephalon unterstützt.

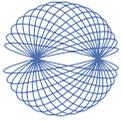
Ziel des Projekts ist eine verbesserte Patientenversorgung in den Praxen durch spezifisches Know-how der Assistentinnen sowie die Optimierung der Praxisabläufe bei Parkinson-spezifischen Bedürfnissen. Eine erste Zwischenauswertung

wurde auf dem DGN-Kongress in Düsseldorf bereits vorgestellt. Insgesamt nahm durch die Fortbildung die Versorgungsqualität für die Patienten deutlich zu, gleichzeitig aber auch die Arbeitszufriedenheit der Assistentinnen. Am 3.12.2004 erhielten alle Teilnehmerinnen nach bestandener schriftlicher Prüfung ihr Zertifikat.

Nach den sehr positiven Erfahrungen ist die bundesweite Ausdehnung des Projekts für 2005 geplant. Danke an alle Assistentinnen, Referenten und Sponsoren!

Dr. med. Reinhard Ehret, Berlin
2. Stellvertretender Vorsitzender

7.2.2005,	20.00 Uhr	Stand der Soziotherapie in Berlin Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin Info: www.psychiatrie-in-berlin.de
15.2.2005,	20.00 Uhr	VBN-Mitgliederversammlung
21.2.2005,	20.00 Uhr	Treffen mit den Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen Parkinson-Verein, Info: www.parkinsonverein.de
5.3.2005,	9:30 Uhr, Charité	„Der therapeutische Imperativ im Spannungsfeld zwischen Evidence, Behandlungsfreiheit und Haftungsrecht“ Frühjahrstagung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie
5.4.2005	20.00 Uhr	Prof. Dr. B. Müller-Oerlinghausen, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zu Gast beim Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin Thema: Psychopharmakologie und die Nutzen-Kosten-Relation
16.4.2005	9:30 Uhr, Hedwig-Krankenhaus	Kooperation Psychiater-Psychotherapeut in der Psychosenbehandlung 2. Fachtagung Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin
19.4.2005	20.00 Uhr	VBN-Mitgliederversammlung
25.4.2005	20.00 Uhr	Parkinson und Verkehrstauglichkeit Parkinson-Verein
30.05.2005	20.00 Uhr	Dopa-Duodenalsondensystem bei Parkinson-Syndromen Parkinson-Verein
1.6.2005	18:00 Uhr, Ort steht noch nicht fest	Psychoedukation und EBM-2000 plus - neue Optionen Verein für Psychiatrie/seelische Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Psych. Klinik der Charité (PD Dr.G.Juckel)
6.6.2005	20.00 Uhr	Mitgliedertreffen Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin
21.6.2005	20.00 Uhr	VBN-Mitgliederversammlung

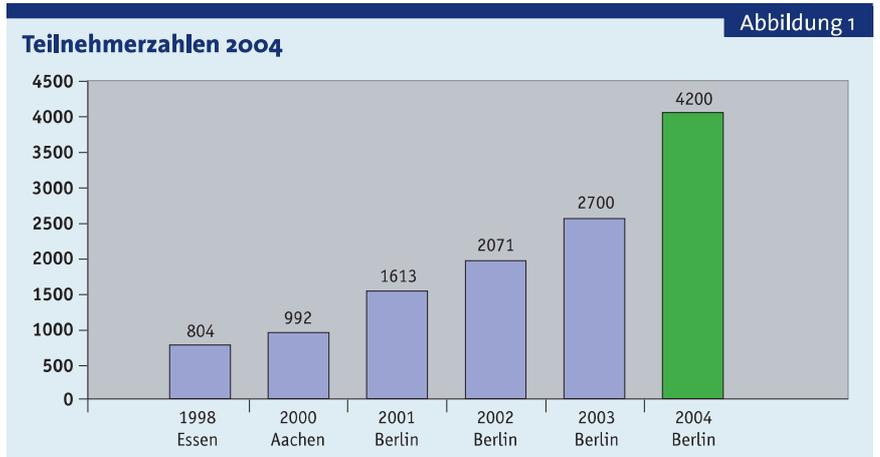
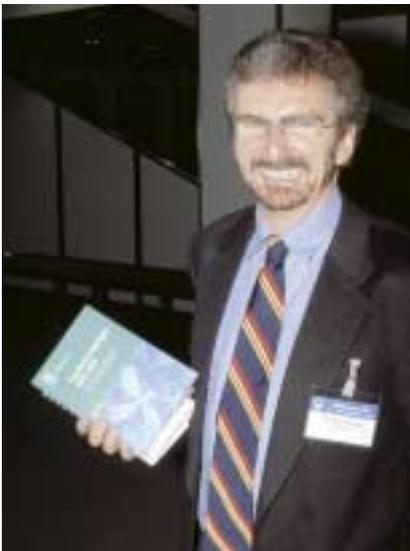


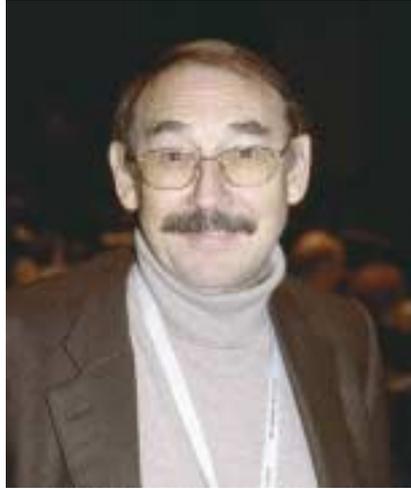
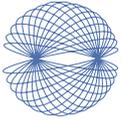
Aus den Verbänden

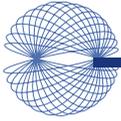
DGPPN-Kongress 2004 vom 24.-27.11.2004 in Berlin



BVDN · BDN · BVDP







EBM 2000 plus ...

Kontinuierliche Mitbetreuung

Wertvolle Leistung, aber KBV zur Ergänzung ermahnt

Die Ziffern 16230 und 16231 betreffen die ambulante (Mit-)Behandlung von Patienten mit schwerwiegenden neurologischen Erkrankungen, Krankheitsfolgen oder Behinderungen und sind daher in der Neurologie besonders häufig und wichtig: Die jetzigen Leistungsziffern sind vergleichbar mit den früheren Leistungsziffern 14, 15 und 818. Nach unserem Verständnis geht es dabei um die kontinuierliche Mitbehandlung der Patienten in ihrem häuslichen oder institutionellen Umfeld – der Facharzt behandelt, der Hausarzt betreut. BVDN- und BDN-Vorstände haben in diesem Sinne eine Klarstellung der Legendierung bei der KBV noch einmal angemahnt.

Die Abrechenbarkeit der Ziffern ist an bestimmte Diagnosen mit ICD-10-GM-Angabe gebunden. BVDN- und BDN-Vorstände haben gegenüber der KBV das Fehlen einiger wichtiger Diagnosen bemängelt (z. B. hirnorganische Psychosyndrome F04–F09). Die Abrechnung ist einmal pro Behandlungsfall (Quartal) möglich und nicht dreimal wie in früheren EBM plus-Entwürfen fälschlicherweise ausgedrückt.

Im Gegensatz zu den alten Ziffern 14 und 15 sind bei der Leistung 16230 nur noch zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte erforderlich; bei 16231 ist eine Kontaktfrequenz nicht angegeben. Im Gegensatz zu den alten Ziffern ist jetzt auch kein Haus- oder Heimbefuch mehr verpflichtend.

Für die Abrechnung beider Leistungen ist der Bericht an den Hausarzt obligat, der einfach elektronisch, handschriftlich beispielsweise mit Durchschlagformular oder als Notiz in den Heimunterlagen oder klassisch mit Brief erfolgen kann. Beachten Sie bitte, dass bei Heimbehandlung auch von Seiten der Heimaufsicht spezielle Anforderun-

gen bezüglich Verordnungsdokumentation (schriftlich, mit Datum und Handzeichen) zu beachten sind.

16230 und 16231 beschreiben für den Neurologen und neurologisch tätigen Nervenarzt wichtige und wertvolle Leistungen, die unter Berücksichtigung

der Vorgaben und der Plausibilitäten bei zahlreichen Patienten angewendet werden sollten. Wir belegen damit unsere Behandlungs- und auch Versorgungskompetenz.

Dr. Dr. habil. Paul Reuther, Bad-Neuenahr

Unterschiedliche Zeitanforderung und Punktbewertung beachten

Für den Bereich der nervenärztlich/psychiatrischen Betreuung von Patienten kommen im neuen EBM die Leistungen nach den Ziffern 21230 (ähnlich der bisherigen 14) 21231 (ähnlich der bisherigen 15) und 21232 in Betracht. Im Wesentlichen gelten die Ausführungen aus neurologischer Sicht von PD Dr. P. Reuther auch bei diesen Leistungen. **21230:** Bei der kontinuierlichen Betreuung von Patienten, die in ihrer eigenen Wohnung oder in der Familie leben, muss der behandelnde Arzt die entsprechenden Diagnosen (siehe Leistungslegende) gestellt haben, damit diese Leistung vergütet werden kann.

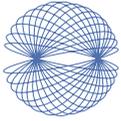
Es wird eine kontinuierliche Betreuung gefordert. Dabei handelt es sich um einen unbestimmten Begriff, der bereits in der Vergangenheit Anlass zu Kritik und Auseinandersetzungen gegeben hat. Es ist davon auszugehen, dass mindestens zwei persönliche Patienten-Kontakte stattgefunden haben müssen, um von einer Kontinuität auszugehen (nach dem ersten Kontakt kann diese Position nicht abgerechnet werden). Etwas irreführend mag der Begriff der Mitbetreuung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung sein, da Mitbetreuung nicht – wie im alten EBM – die Betreuung mehrerer Patienten am gleichen (Wohn-)Ort

meint, sondern auf den einzelnen Patienten bezogen ist, aber eine Trennung von den Leistungen nach 21231 vornimmt.

Als obligater Leistungsinhalt wird ein Bericht an den Hausarzt gefordert, der in jedem Quartal erneut zu schreiben ist. Dabei werden zum Mindestinhalt des Berichtes keine Angaben gemacht. Außerdem werden ergänzende psychopathologische Befunde und die Einbeziehung pathobiografischer Ereignisse als obligat gefordert, was sicher bei der Diagnostik und Überlegung zur Therapie automatisch erfolgt.

Im Gegensatz zur bisherigen EBM-Ziffer 14 wird hier kein Hausbesuch gefordert. Die Arztzeit von 42 Minuten wird als Quartalszeit nicht einem einzelnen Tag zugeordnet.

21231: Hier wird die kontinuierliche Betreuung von Patienten in einer Institution (beschützende Einrichtung, Pflege/Altenheim mit Pflegepersonal) gefordert, mit den ICD-Diagnosen wie unter 21230. Es wird keine Angabe zur Mindestfrequenz der persönlichen Kontakte pro Quartal gemacht, es ist aber davon auszugehen, dass wenigstens ein persönlicher Kontakt und auch die Einbeziehung des Pflegepersonals in geeigneter Weise erfolgen soll. Auch hier ist einmal



im Quartal ein Bericht an den Hausarzt gefordert. Die Arztzeit wird auf das ganze Quartal angerechnet und nicht einem bestimmten Tag zugeordnet.

21232: Diese EBM-Position ist neu und entspricht etwa der 836, die vor Jahren Bestandteil des EBM war. Es findet sich keine Entsprechung im Kapitel 16 (Neurologie). Auch hier ist wiederum mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gefordert. Damit soll der Aufwand für die Koordination der Betreuung durch verschiedene Behandelnde auch unterschiedlicher Berufsgruppen, die Einschaltung des Sozialpsychiatrischen Dienstes, gesetzliche Betreuer, Einzelfallhelfer, Familienangehörige, Laienhelfer etc. vergütet werden. Eine Eingrenzung auf bestimmte Diagnosen ist hier nicht gegeben. Die Position kann auch bei nur einem Kontakt abgerechnet werden ohne einem bestimmten Tag zugeordnet zu sein.

Resümee

Die Leistungen nach 21230, 21231 und 21232 werden nicht selten in der Praxis des Nervenarztes/Psychiaters vorkommen. Es ist wichtig, dass die Niedergelassenen diese Leistungen schon zum Tätigkeitsnachweis immer dann abrechnen, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind. Dabei ist auf die geforderte Arztzeit und auf die unterschiedliche Punktbewertung zu achten.

Auf die Probleme in einzelnen KVen in der Vergangenheit mit der Definition des unbestimmten Begriffs der „Kontinuität“ wurde bereits hingewiesen. Die Position 21232 verlangt nicht explizit eine kontinuierliche Behandlung.

Dr. med. Roland Urban, Berlin
Schriftführer BVDN

Kommentar

Spezifisch auf unsere Fachgruppen abgestimmt ist nun endlich eine Vergütung für fachneurologische beziehungsweise fachpsychiatrische Behandlungsleistungen vorgesehen, die wir zwar all die Jahre für unsere Patienten in altruistischer Weise erbracht haben, die aber nicht bezahlt wurden. Diese therapeutischen „Nebenleistungen“ waren wegen der Chronizität und Komplexität neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen für einen weit höheren ärztlichen Aufwand verantwortlich als er durch die bisherigen Gesprächsleistungen und die Ordinationsgebühr abgegolten wurde. Ähnliche Ziffern – speziell für Nervenärzte – gab es ja bereits im EBM vor 1996. Die derzeit gültigen Nachfolgeziffern 14 und 15 (Betreuung in häuslicher beziehungsweise geschützter Umgebung) erlebten jedoch im allgemeinen EBM-Kapitel durch die Hausärzte eine extreme Abrechnungsinflation, sodass mengenbegrenzend mindestens fünf Patienten-Kontakte und mindestens ein Hausbesuch festgelegt wurden. Diese Einschränkungen fallen nun weitgehend weg. Ein Haus- oder Heimbesuch ist nicht mehr erforderlich. Zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte reichen bei der kontinuierlichen Behandlung in häuslicher Umgebung (16230 und 21230) aus. Abrechnungsvoraussetzung ist eine bestimmte schwerwiegende Diagnose, wie in der Neurologie Demenz, Enzephalomyelitis, Systematrophien, Morbus Parkinson, Epilepsie, neuromuskuläre Erkrankungen, Hemi-/Paraplegie und in der Psychiatrie beispielsweise HOPS mit Verhaltensstörung, Schizophrenie, mindestens mittelschwere affektive Erkrankungen oder Intelligenzminderungen mit Verhaltensstörung. Hinweise, welche Patienten für einen erhöhten Behandlungsaufwand in Frage kommen, liefert der fakultative Leistungsinhalt: in der Neurologie zum Beispiel Therapie mit Immunsuppressiva, Antiepileptika, Parkinsonmitteln, Clozapin, Anwendung von Messskalen, Angehörigenführung bei kommunikationsgestörten Patienten, Behandlungsplan und in der Psychiatrie beispielsweise die Therapie mit Phasenprophylaktika, Depot-Neuroleptika, Clozapin, Stimulanzien, Schlafentzug oder Patienten mit vormundschaftsgerichtlicher Betreuung. Einerseits sollte die Abrechnungshäufigkeit dieser GOPs nicht überhand nehmen, andererseits lässt sich durch diese Betreuungsziffern auch der fachspezifische Versorgungsbedarf der Patienten in unserer Fachgruppe dokumentieren. Zumindest bei gerontopsychiatrischen Patienten im Heim oder bei psychisch Langzeit-Kranker in entsprechenden Einrichtungen wird man neben der Betreuungsziffer beim Arzt-Patienten-Kontakt gegebenenfalls nur die Konsultationsgebühr eintragen, weil die Kontaktzeit für die Abrechnung eines 10-Minuten-Gesprächs nach 16220 und 21220 zu kurz ist.

Diese Betreuungsziffern sind zwar nicht am gleichen Tag abrechenbar wie die 10-minütigen Gesprächsziffern 16220 und 21220. Die Betreuungsziffern 16230/16231 und 21230/21231 können aber am Ende des Quartals eingetragen werden, wenn der behandelnde Arzt einen Überblick über die Höhe des Betreuungsaufwands hat.

Kommentar zu 21232 (ärztliche Koordination psychiatrischer Betreuung): Endlich wurde diese Ziffer, die es im EBM bis 1996 bereits gab, für Nervenärzte und Psychiater reaktiviert. In den Vorentwürfen zum EBM war eine ähnliche Ziffer auch für die Neurologie gemäß dem Vorschlag des BVDN vorgesehen, fiel dann aber trotz unseres Protests wieder heraus. Es handelt sich um eine „kleine Betreuungsziffer“, die in der Regel bei nicht so schwerwiegend Psychose-, affektiv oder Demenzkranken anfällt, wenn die Koordination mit nichtärztlicher Betreuung erforderlich wird. Bestimmte Diagnosevoraussetzungen sind nicht festgelegt. Die Koordinationsziffer ist mit den anderen Betreuungsziffern nicht kombinierbar. Es ist ebenfalls eine Quartalsziffer. Sie bildet vor allem die Zusammenarbeit mit den Sozialpsychiatrischen Diensten zum Beispiel auch vor und nach stationärer Behandlung oder Tagesklinikaufenthalt, der Familien- oder Suchtberatungsstelle, der Betreuungsabteilung im Landratsamt, mit Tageszentren für psychisch- oder Demenzkranke, mit Angehörigen- oder Selbsthilfegruppen und anderen Betreuern ab. Mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal ist erforderlich.

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

Kontinuierliche Mitbetreuung

Nr. 16230 (Neurologie)

Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung

Obligater Leistungsinhalt:

- kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer neurologischen Erkrankung
- Erhebung ergänzender neurologischer Untersuchungsbefunde, Einbeziehung sozialer und biografischer Ereignisse
- Bericht an den Hausarzt gemäß 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen
- mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall

Fakultativer Leistungsinhalt:

- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Immunsuppressiva oder Immunmodulatoren, Antiepileptika, Parkinsonmitteln, Clozapin
- Krankheits- und Therapiemonitoring mittels spezifischer Messskalen
- Ergänzende Familienanamnese, Führung und Betreuung von Angehörigen bei Erkrankten mit gestörter Kommunikationsfähigkeit
- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en)

Bewertung

1 x im Behandlungsfall **1.080 Punkte**

Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach Nr. 16230. Nr. 16230 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: A81: Atypische Virusinfektionen des Zentralnervensystems (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), Foo–F03: Demenz, G09: Folgen einer Enzephalomyelitis, G10–G13: Systematrophien, G20: Morbus Parkinson, G35: Multiple Sklerose, G40: Epilepsie, G61: Guillain-Barre-Syndrom und chronische inflammatorisch demyelinisierende Polyneuritis, G70–G71: Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80–G82: Hemi-/Paraplegie, M33: Polymyositis.

Die Leistung nach Nr. 16230 ist nicht neben Nr. 16220 berechnungsfähig. Nr. 16230 ist im Behandlungsfall nicht neben Nr. 16231 berechnungsfähig.

EBM-Kalkulationszeit – Arzt: 50 Minuten

Plausibilitätsprüfzeit: 42 Minuten

Nr. 16231 (Neurologie)

Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer neurologischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen

Obligater Leistungsinhalt:

- kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer neurologischen Erkrankung
- Bericht an den Hausarzt gemäß 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen

Fakultativer Leistungsinhalt:

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en)

Bewertung

1 x im Behandlungsfall **645 Punkte**

Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach Nr. 16231. Nr. 16231 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: A81: Atypische Virusinfektionen des Zentralnervensystems (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), Foo–F03: Demenz, G09: Folgen einer Enzephalomyelitis, G10–G13: Systematrophien, G20: Morbus Parkinson, G35: Multiple Sklerose, G40: Epilepsie, G61: Guillain-Barre-Syndrom und chronische inflammatorisch demyelinisierende Polyneuritis, G70–G71: Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80–G82: Hemi-/Paraplegie, M33: Polymyositis

Die Leistung nach Nr. 16231 ist nicht neben Nr. 16220 berechnungsfähig. Nr. 16231 ist im Behandlungsfall nicht neben Nr. 16230 berechnungsfähig.

EBM-Kalkulationszeit – Arzt: 30 Minuten

Plausibilitätsprüfzeit: 23 Minuten

Nr. 21230 (Psychiatrie)

Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung

Obligater Leistungsinhalt:

- kontinuierliche Mitbetreuung eines in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer Erkrankung aus dem affektiven oder schizophrenen Formenkreis, einer hirnnorganischen oder Persönlichkeitsstörung oder einer Abhängigkeitserkrankung
- Bericht an den Hausarzt gemäß 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen
- Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde
- Einbeziehung sozialer und pathobiografischer Ereignisse

- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall

Fakultativer Leistungsinhalt:

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en)
- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Lithium und/oder anderen Phasenprophylaktika, Clozapin, Depotneuroleptika oder Stimulanzientherapie
- Einleitung und/oder Führung einer Schlafentzugstherapie
- Führung von Patienten mit vormundschaftsgerichtlicher Betreuung oder Therapieauflagen

Bewertung

1 x im Behandlungsfall **1.080 Punkte**

Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach Nr. 21230. Nr. 21230 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F07.0: Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F20: Schizophrenie, F21: Schizotypische Störung, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1: Depression, F71.8: Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1: Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1: Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1: Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84: Autismus, F94.0: Mutismus.

Die Leistung nach Nr. 21230 ist im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 21231 und 21232 berechnungsfähig.

EBM-Kalkulationszeit – Arzt: 50 min

Plausibilitätsprüfzeit: 42 min

Nr. 21231 (Psychiatrie)

Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen

Obligater Leistungsinhalt:

- kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung
- Bericht an den Hausarzt gemäß 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen

Fakultativer Leistungsinhalt:

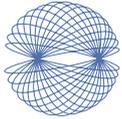
- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en)

Bewertung

1 x im Behandlungsfall **645 Punkte**

Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung der

FORTSETZUNG SEITE 36 —



Fortsetzung von S. 35:

Kontinuierliche Mitbetreuung

Leistung nach Nr. 21231. Nr. 21231 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F07.o: Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F2o: Schizophrenie, F21: Schizotype Störung, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1: Depression, F71.8: Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1: Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1: Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1: Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84: Autismus, F94.o Mutismus.

Die Leistung nach Nr. 21231 ist im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 21230 und 21232 berechnungsfähig.

EBM-Kalkulationszeit – Arzt: 30 min

Plausibilitätsprüfzeit: 32 min

Ärztliche Koordination psychiatrischer Betreuung

Nr. 21232 (Psychiatrie)

Obligater Leistungsinhalt:

— Koordination

1. intra- und/oder extramuraler, multiprofessioneller komplementärer Versorgungsstrukturen und/oder -instanzen,
2. psycho-, ergo- und/oder sprachtherapeutischer Einrichtungen und/oder multiprofessioneller Teams,
3. der Gruppenarbeit mit Patienten, Angehörigen und/oder Laienhelfern

Bewertung

1 x im Behandlungsfall **490 Punkte**

Die Leistung nach Nr. 21232 kann nur in Quartalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnet werden.

Die Leistung nach Nr. 21232 ist im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 21230 und 21231 berechnungsfähig.

EBM-Kalkulationszeit – Arzt: 15 min

Plausibilitätsprüfzeit: 15 min

Nachtrag

Die in den letzten Ausgaben (11 und 12/2004) abgedruckten Leistungslegenden des Ordinationskomplexes und der elektroenzephalografischen Untersuchung finden Sie nebstehend um die Punktebewertung ergänzt.

Elektroenzephalografische Untersuchung

Nr. 16310 (Neurologie/Neurochirurgie) gleichlautend mit Nr. 21310 (Psychiatrie)

Obligater Leistungsinhalt:

- Ableitungsdauer mindestens 20 min
- Aufzeichnung
- Auswertung
- Übergangs-Widerstandsmessung

Fakultativer Leistungsinhalt:

- Provokation(en)

Bewertung: **605 Punkte**

EBM-Kalkulationszeit-Arzt: 5 min

Plausibilitätsprüfzeit: 12 min

Ordinationskomplex

Stand: 29.10.2004

Nr. 16210–16212 (Neurologie/-chirurgie)

Obligater Leistungsinhalt:

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Fakultativer Leistungsinhalt:

- Beratung/Behandlung bis zu 10 min
- Erhebung des vollständigen neurologischen Status
- Ergänzende Erhebung des psychiatrischen Status

Bewertung:

16210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr **470 Punkte**

16211 für Versicherte ab 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr **410 Punkte**

16212 für Versicherte ab 60. Lebensjahr **420 Punkte**

EBM-Kalkulationszeit-Arzt: KA*

Plausibilitätsprüfzeit: 13 min

Nr. 21210–21212 (Psychiatrie)

Obligater Leistungsinhalt:

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Fakultativer Leistungsinhalt:

- Beratung/Behandlung bis zu 10 min
- Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status
- Ergänzende Erhebung des neurologischen Status

Bewertung:

21210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr **470 Punkte**

21211 für Versicherte ab 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr **410 Punkte**

21212 für Versicherte ab 60. Lebensjahr **420 Punkte**

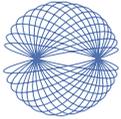
EBM-Kalkulationszeit-Arzt:

bis 5. Lebensjahr	21
vom 6.–59. Lebensjahr	16
ab 60. Lebensjahr	17

Plausibilitätsprüfzeit:

bis 5. Lebensjahr	11
vom 6.–59. Lebensjahr	12
ab 60. Lebensjahr	13

*Für diese Leistung hat der Bewertungsausschuss keine Kalkulationszeit vorgegeben.



© Archiv

Neue Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie an der Uni Regensburg

Interdisziplinäres Miteinander erwünscht

Am 4.11.2004 fand im historischen Ambiente des Salzstadels in Regensburg die Eröffnungsveranstaltung der Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg statt. Geladen waren rund 60 Gäste aus Justiz, Verwaltung, Universität, Ärzteschaft, Politik und Polizei – jene Menschen aus der Region, die ebenfalls an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Rechtswesen arbeiten.

In seiner Eröffnungsrede erläuterte Prof. Dr. Michael Osterheider, Leiter der seit Mai 2004 bestehenden Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, die Ziele und Aufgaben, denen er entgegenseht. Nach seinen Worten liegt der Fokus der Abteilung besonders in den Bereichen Forschung, Lehre, Fortbildung und Begutachtung. Die enge Zusammenarbeit mit der Forensischen Klinik des Bezirksklinikums Regensburg, in der unter der Leitung von Dr. Wolfgang Mache zurzeit über 200 psychisch Kranke behandelt werden, schließt die klinische Praxis ebenso ein wie langfristige Forschungsprojekte. Weiterhin besteht für gemeinsame wissenschaftliche Forschungsprojekte eine Kooperation mit dem Bezirkskrankenhaus Straubing unter der Leitung von Dr. Bernd Ottermann.

Osterheider unterstrich seinen Wunsch nach interdisziplinärer Ausrichtung seiner Abteilung. Es soll ein reger Austausch mit den Nachbarfächern, ob nun Jurisprudenz, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rechtsmedizin oder Kriminalistik, stattfinden. Dieses Vorhaben wird ein noch zu gründendes Institut für interdisziplinäre forensische Psychiatrie und Kriminalpsychologie erleichtern.

Schwerpunkte der Forschung

Neurobiologie: Mithilfe von bildgebenden Verfahren sollen die neuronalen Korrelate von sexueller Devianz, Aggres-

sivität und Impulsivität identifiziert werden. Zu diesem Zweck soll bei Patienten mit entsprechenden Delikten nach strukturellen und funktionalen Auffälligkeiten gesucht werden, die möglicherweise Einblicke in die Ätiologie und Pathogenese der Pädophilie erlauben.

Entwicklungspsychologie der Devianz: Gemeinsam mit Kinder- und Jugendpsychiatern soll versucht werden, die Vorboten von Aggressivität, Empathiemangel und Sadismus zu ermitteln. Von besonderem Interesse ist die Betrachtung

der Tierquälerei, die bislang oft bagatelisiert oder übersehen wurde, jedoch hervorstechend auffällig bei vielen späteren Gewaltstraftätern ist.

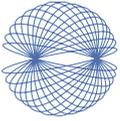
Forensische Psychopathologie: Nach wie vor existieren allenfalls Empfehlungen, ab welchem Stadium bei einer Persönlichkeitsstörung im juristischen Sinne von einer „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ ausgegangen werden kann, die für den Angeklagten unter Umstän-

FORTSETZUNG SEITE 41 —



© Susanne Weckmann, Regensburg

Optimistische Blicke auf die neuen Forschungsvorhaben und Zielsetzungen (v. l. n. r.): Simone Schwabenbacher (Sekretariat), Prof. Dr. Michael Osterheider (Leiter der Abteilung), Dr. Alexandra Stupperich, Andreas Mokros M. Sc.



den eine Strafminderung bedeutet. Hierbei wäre es sinnvoll, eine klarere Operationalisierung zu finden, etwa anhand einer Checkliste, die verschiedene Gutachter bei gleicher Ausgangslage zum selben Ergebnis bringen würde.

Operative Fall- oder Tatortanalyse: Das von kriminalpolizeilichen Praktikern gesammelte Erfahrungswissen über die Erscheinungsformen schwerer Gewaltkriminalität erweist sich auch für den sachverständigen Psychiater als sehr nützlich, sofern er eine Prognose über die zukünftige Gefährlichkeit eines entsprechenden Probanden abgeben soll. Dabei ist zunächst zu prüfen, ob die Konstrukte der Fallanalytiker, wie zum Beispiel die Formen der Kontrollaufnahme bei Sexualdelikten, einer empirischen Überprüfung standhalten.

Rehabilitation und Nachsorge: Nach einer Entlassung aus dem Maßregelvollzug kommen der ambulanten Nachbehandlung und dem sozialen Empfangsraum besondere Bedeutung zu. Im Rahmen eines Bayern-weiten Nachsorgekonzeptes unter der Trägerschaft des Sozialministeriums wird ab 2005 die Entlassungspraxis evaluiert und optimiert.

Die Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie wird sich außerdem in allen Bereichen der strafrechtlichen Sachverständigentätigkeit engagieren, so Osterheider, und für Staatsanwaltschaften, Gerichte und Vollzugseinrichtungen wissenschaftlich fundierte, methodisch exakte Gutachten, etwa zur Schuldfähigkeit, Glaubwürdigkeit oder Rückfallgefahr, erstellen.

Abschließend stellte Osterheider auf der Eröffnungsveranstaltung seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor, die in Kurzvorträgen Einblicke in ihre Untersuchungen gaben. Dr. Alexandra Stupperich berichtete über die Devianzentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Phänomens der Tierquälerei. Kernfrage ihrer Studie ist die Überprüfung der zwei in der amerikanischen Literatur zu findenden Hypothesen, ob Tierquälerei eine (anfängliche) Stufe auf der Leiter einer Gewalt-kriminellen Karriere darstellt oder ob Tierquälerei eine Facette der dissozialen Persönlichkeit ist. Ausgehend von Oscar Wildes Ausspruch „Doch jeder tötet, was er liebt“ stellte sie Fallgeschichten von sadistischen Sexual-

straftätern vor, die als Kinder oder Jugendliche mit Tierquälerei begonnen hatten. Stupperich beendete ihren Vortrag mit der These, dass der Tierquäler gedanklich schon „einen Schritt weiter“ ist und den „Menschen im Kopf“ hat, wenn er dem Tier etwas antut. Nach den Worten von Stupperich sind bestimmte Formen von Tierquälerei daher bereits als Warnsignale zu sehen; das Tier sei letztlich nur ein Stellvertreteropfer.

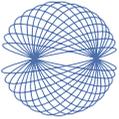
Privatdozent Dr. Jürgen Müller vom Bezirksklinikum Regensburg referierte seine Ergebnisse zu strukturellen und funktionalen Abweichungen des Gehirns bei Patienten im Maßregelvollzug, die er durch Magnetresonanztomografie und Positronenemissionstomografie erhoben hat. Müller schilderte die Kasuistik eines Mannes mit einer deutlichen Wesensänderung, die sich nach einem schweren Motorradunfall im Alter von 22 Jahren mit einer doppelten Schädelbasisfraktur und mehrwöchigem Koma vollzogen hatte. Der Patient zeigte Desinteresse an den Belangen anderer, war kaum noch in der Lage, Zurückweisungen hinzunehmen und beging in der Folge mehrere Vergewaltigungen unter exzessiver Gewaltanwendung. Auf der Verhaltensebene schien es sich um einen Fall von „acquired psychopathy“ zu handeln. Im MRT-Scan erwies sich das Gehirn als strukturell unauffällig, aber funktional war die Aktivität im rechten orbitofrontalen und temporalen Bereich reduziert. Da die frontalen und temporalen Areale bei der Aggressionskontrolle eine wichtige Rolle spielen, untersuchte Müller deren Funktionsweise bei 34 Patienten mit der Diagnose einer „Psychopathy“ genauer. Wurden diese Probanden positiven Bildreizen ausgesetzt, so wiesen sie im Vergleich mit gesunden Kontrollpersonen eine verminderte Aktivität im Bereich des rechten Temporallappens auf. Weiterhin zeigten die „Psychopathy“-Probanden bei der massierten Induktion negativ valenter Inhalte einen geringeren Signalanstieg. Auf der Strukturebene bestand eine Volumenminderung im rechten superioren temporalen Gyrus – jener Hirnregion, die mit der Fähigkeit zur Perspektivübernahme und Empathie in Verbindung gebracht wird sowie mit der Bereitschaft, vergeben und vergessen zu können.

Müller wies nachdrücklich auf die besondere Verantwortung des Wissenschaftlers im Umgang mit forensischen Patienten hin: Er muss sich der reduzierten Freiheitsgrade des Probanden hinsichtlich der Bereitschaft an einer Studie teil zu nehmen, bewusst sein. So kann der Maßregelvollzugspatient nur allzu leicht in den Glauben geraten, dass er verpflichtet ist, an einer solchen Untersuchung teilzunehmen. Gerade deshalb muss der Forscher mit der zuständigen Ethikkommission eng zusammen arbeiten, um den Grundsatz der Freiwilligkeit zu gewährleisten.

Der Psychologe Andreas Mokros, M. Sc., berichtete über sein gemeinsam mit englischen und finnischen Partnern geplantes Forschungsprojekt zur Entwicklung eines unterschwelligeren Tests zu Art und Stärke sexuell-devianter Neigungen. Mokros zufolge ist es die Krux der meisten physiologischen Messverfahren, wie beispielsweise der Erfassung erektiler Aktivität in Reaktion auf sexuell-explizite Stimuli, dass sie für den Probanden allzu leicht zu durchschauen sind. Für eine exakte Diagnostik und für die Therapieevaluation besteht daher ein großer Bedarf an verfälschungssichereren Methoden zur Erfassung sexueller Devianz. Bei ihren Untersuchungen legen Mokros und seine Kollegen besonderes Gewicht auf das Phänomen des kognitiven Primings, das besagt, dass die unterschwellige, also unbewusst bleibende Darbietung eines Reizes über das semantische Netzwerk zu einer Beschleunigung bei der Informationsverarbeitung nachfolgender, gleichartiger Reize führt. Ein solcher Priming-Effekt konnte für sexuell-aggressive Testpersonen nachgewiesen werden, die schneller reagierten, wenn zuvor unterschwellig ein auf Macht und Kontrolle bezogener Reiz präsentiert worden war.

Andreas Mokros M. Sc., Regensburg

E-Mail: andreas.mokros@medbo.de



Arzneimittelentwicklung – Teil 2 Die klinischen Entwicklungsphasen

Bevor die Zulassung für ein neues Medikament beantragt werden und schließlich auch erfolgen kann, muss jede Substanz ein mehrstufiges klinisches Prüfverfahren bestehen. Der Gesetzgeber verlangt hierbei nicht nur den Nachweis der Wirksamkeit, sondern auch der Unbedenklichkeit sowie eine sorgfältige Dokumentation der spezifischen Substanzeigenschaften, möglichen Nebenwirkungen und Kontraindikationen. Nicht selten erfordert das gesamte Prozedere einen Zeitraum von fünf bis zehn Jahren.

Die aufeinander folgenden Abschnitte der klinischen Prüfung eines Wirkstoffes werden international als Phase I–III bezeichnet (Tab. S. 44). Nach umfangreichen pharmakologischen, pharmakokinetischen und toxikologischen Untersuchungen am Tier und mit Kenntnissen zur Pharmakodynamik des Wirkstoffes finden in der Phase I erste orientierende Untersuchungen am Menschen statt. Lässt sich hier eine Wirkung feststellen, schließen sich die Phasen II und III an. Mit der klinischen Erprobung werden auch toxikologische Langzeituntersuchungen (z. B. zur chronischen Toxizität und Karzinogenität) und Spezialuntersuchungen (z. B. zur

Mutagenität) eingeleitet sowie die Analytik zum Nachweis des Wirkstoffes und seiner Metabolite verbessert. Gleichzeitig wird die Galenik so optimiert, dass eine möglichst gute Wirksamkeit und Verträglichkeit der Darreichungsform erreicht wird.

Vorgaben zur klinischen Prüfung

Die Planung und Durchführung der einzelnen Untersuchungen in den Phasen I–III erfolgen unter strenger Einhaltung nationaler als auch internationaler Qualitätsstandards nach den Good clinical practise (GCP)-Richtlinien der EU: (internationaler ethischer und wissenschaftlicher Standard für die Planung,

Fortsetzung folgt ...

Teil 1: Ein langer Weg zum Erfolg

Teil 2: Die klinischen Entwicklungsphasen

Teil 3: Auf der Suche nach einem idealen Antipsychotikum – Targeting und Präklinik

Teil 4: Auf der Suche nach einem idealen Antipsychotikum – Pharmakologie und klinische Prüfung

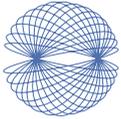
Durchführung, Dokumentation und Berichterstattung von klinischen Prüfungen). Für jede Studie wird ein Prüfplan ausgearbeitet, die Zielvorstellung formuliert und ein qualifizierter ärztlicher Leiter bestimmt. Analog zu wissenschaftlichen Experimenten werden die Versuchsbedingungen möglichst konstant gehalten, unter anderem durch:

- strenge Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten,
- standardisierte Messverfahren,
- definierte Therapieregeln,
- Randomisierung und doppelblinde Konzeption im Vergleich zu Placebo oder einer Standardtherapie
- adäquate statistische Auswertung mit Signifikanzberechnung.

Nur solche Institutionen (z. B. Kliniken, Prüflabors) dürfen an der Studie teilnehmen, die über alle notwendigen technischen Einrichtungen und entsprechend geschultes ärztliches Personal verfügen. Vor Beginn muss jede klinische Studie durch eine unabhängige Ethikkommission der Landesärztekammern und Universitäten genehmigt werden, die sich aus Medizinern, Theologen, Juristen und Laien zusammensetzt. Bezüglich eventuell auftretender gesundheitlicher Schäden durch die neue Wirksubstanz schließt der Auftraggeber – das pharmazeutische Unternehmen – entsprechende Haftpflichtversicherungen für die Probanden und Patienten ab.

Phase I: In der klinischen Phase I wird zunächst nicht der Effekt bei einer bestimmten Indikation untersucht, sondern an einer begrenzten Zahl gesunder Probanden (zirka 10–80) überprüft, ob die Substanz auch beim Menschen nach Applikation einzelner oder wiederholter

© Archiv



Dosen pharmakologisch wirksam ist [Bieck P., 1986; Kuhlmann J., 1999; Thürmann P., 1996]. Konnte die Wirksamkeit bestätigt werden, wird im weiteren der Dosis-Wirkungs-Relation und der Pharmakokinetik besondere Aufmerksamkeit geschenkt (s. Abb.). Phase I-Studien beginnen zirka drei bis fünf Jahre nach dem Start des Forschungsprojektes; zur Abschätzung der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit beim Menschen sind etwa drei bis sechs Jahre [BPI-Pharmadaten 2003] zu kalkulieren. Diese ersten orientierenden Untersuchungen werden von eigens dafür ausgebildeten Medizinern, klinischen Pharmakologen, betreut und stationär durchgeführt. Bei den Versuchspersonen handelt es sich um gesunde, meist männliche Probanden, die unter strengen Kriterien ausgewählt werden. Nur in Ausnahmefällen – wenn die Anwendung an Gesunden nicht vertretbar ist, wie beispielsweise bei Zytostatika – erfolgt die Erstanwendung gleich am Patienten.

Die Beurteilung der Wirksamkeit erfolgt in der Phase I in der Regel im intra-individuellen Vergleich (Vorher-Nachher-Vergleich bei einem Individuum), wenn objektiv und psychisch nicht beeinflussbare Messparameter vorliegen. Handelt es sich um subjektive Beobach-

tungen und Einschätzungen, wie beispielsweise bei Psychopharmaka und Analgetika, sind Einfach- und Doppelblindversuche vorzuziehen.

Für die einzusetzende Initialdosierung in den ersten klinischen Studien können verschiedene Modelle aus der Pharmakologie herangezogen werden [Kuhlmann J., 1999], zum Beispiel ein fünftel oder ein zehntel der im Tierexperiment niedrigsten wirksamen Dosis oder ein fünfzigstel oder ein hundertstel der toxikologischen „No-effect“-Dosis unter der Annahme eines Körpergewichts von 70 kg. Unter Umständen kann auch der Vergleich der Plasmakonzentrationen von Tier und Mensch zur Bestimmung der Initialdosierung hilfreich sein. Je nach Verträglichkeit und Wirkung werden die Dosen beim Menschen um den Faktor zwei bis drei erhöht, wobei jeder Proband in Abhängigkeit von der Dauer der vorliegenden Toxizitätsstudien am Tier eine oder mehrere Einzeldosen erhalten darf [Kuhlmann J., 1997].

Zur Bestimmung kinetischer Parameter (Resorption, Verteilung, Metabolismus, Elimination) werden in angemessenen Zeitintervallen Blutproben vor und nach der Applikation der Prüfsubstanz entnommen beziehungsweise Urin gesammelt. Wichtige Kenngrößen der

Pharmakokinetik sind dabei zum Beispiel die minimale und maximale Plasmakonzentration (C_{min} , C_{max}), die Fläche unter der Plasmakonzentrations-Zeit-Kurve (AUC = Area Under the Curve), die Zeit bis zur maximalen Plasmakonzentration (T_{max}), die Bioverfügbarkeit und Serumplasmabindung sowie die Eliminationshalbwertszeit ($t_{1/2}$).

Zur Beurteilung der pharmakodynamischen Wirkung einer Prüfsubstanz steht eine Fülle verschiedener Verfahren zur Verfügung. Effekte auf das kardiovaskuläre System können zum Beispiel mit Echokardiografie, EKG oder Ultraschall verfolgt werden. Die Atemwegsfunktion wird durch Spirometrie und Blutgasmessungen überprüft. Die Funktion des Gehirns und des autonomen Nervensystems wird mit EEG, psychometrischen Tests wie Lernleistung und Gedächtnisaufgaben, Elektromyographie, Schmerz-Stimulationstests und Schlaf-EEG erfasst und dokumentiert. Auswahl und Umfang der Untersuchungen richten sich nach Substanzklasse, Zielorgan und Zielvorstellung. Am Ende der Phase I müssen ausreichend Hinweise auf eine therapeutische Wirkung vorliegen.

Phase II: In der Phase II wird die therapeutische Wirksamkeit und Unbedenklichkeit in einer begrenzten homogenen

Phasen der klinischen Prüfung				
	Phase I	Phase II/A	Phase II/B	Phase III
Stichprobe	wenige gesunde Probanden n = 10–80 Einmalgabe	begrenzte homogene Patientenstichprobe n = 50–100 Einmalgabe	größere homogene Patientenstichproben n = 100–500 längere Behandlungsdauer	große heterogene Patientenstichproben n = 500 bis mehrere 1.000 längerfristige Gabe
Ziel	Bestimmung der — pharmakologischen Wirkung — Unbedenklichkeit — pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Profile	therapeutische Pilotuntersuchung nach Kurzzeitanwendung: — Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit und Unbedenklichkeit, — Festlegung des wirksamen Dosisbereichs	— Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit und Unbedenklichkeit (Plazebo-kontrollierte Studien) — ergänzende Daten zum Arzneistoffwechsel und zur pharmakologischen Wirkung — galenische Entwicklung verschiedener Darreichungsformen	— Nachweis der Sicherheit und Wirksamkeit (Risiko-Nutzen-Abwägung) — Vergleich mit Standardtherapie, auch Plazebo-kontrolliert, falls ethisch vertretbar
Institution/ Untersucher	— klinische Pharmakologen	— klinische Pharmakologen — in der Arzneimittelprüfung erfahrene Ärzte	— klinische Pharmakologen — in der Arzneimittelprüfung erfahrene Ärzte	— klinisch tätige Ärzte

nach: Bieck P, 1986; Gundert-Remy & Fülgraff, 1997; Kuhlmann J, 1999; Thürmann P, 1996; Workmann P, 2003]

Ziele der Klinischen Prüfung in Phase I

Wirkt die Substanz beim Menschen?

Nein

Einstellung der Untersuchungen

Ja

Untersuchungen zur Wirksamkeit:

- Dosis-Wirkungs-Relation
- Dauer der Wirkung
- geringste wirksame Dosis
- höchste verträgliche Dosis
- Nebenwirkungen
- Humanpharmakokinetik

nach: Bieck P, 1986

Patientenstichprobe untersucht [Kuhlmann J., 1999]. Üblicherweise startet diese Etappe als therapeutische Pilotuntersuchung der Phase II/A mit einem kleinen Patientenkollektiv von zirka 50–100 Probanden und bei Einmalgabe der Prüfsubstanz. Dabei wird häufig noch offen und nicht randomisiert vorgegangen, um die potenzielle therapeutische Wirksamkeit, die relative Unbedenklichkeit und vor allem den wirksamen Dosisbereich zu erfassen. Auch diese Studien dürfen nur von in der Arzneimittelpflicht erfahrenen Ärzten durchgeführt werden. Bei Übereinstimmung der verschiedenen Expertenurteile hinsichtlich der Wirksamkeit und Verträglichkeit werden die Untersuchungen in der Phase II/B ausgeweitet. Hierzu erhalten größere homogene Patientenkollektive (zirka 100–500 Patienten) über eine längere Behandlungsdauer die Prüfsubstanz in der vorgesehenen Darreichungsform unter kontrollierten Studienbedingungen, das heißt randomisiert und Plazebo-kontrolliert. Zusätzlich erfolgt die Erhebung weiterer pharmakokinetischer Daten wie zum Beispiel die Metabolisierung und Elimination bei Patienten mit Nieren- oder Leberinsuffizienz, das Interaktionspotenzial mit anderen Arzneistoffen und die Pharmakodynamik. Für die Phase II-Untersuchungen sind in der Regel zwei bis vier Jahre [BPI-Pharmadaten 2003] zu veranschlagen.

Phase III: In der klinischen Entwicklungsphase III wird primär der Frage nachgegangen, ob die neue Substanz gleichwertig oder besser wirksam ist als ein Standardpräparat für die entsprechende Indikation. Hierzu erfolgt eine längerfristige Gabe der Prüfsubstanz bei einem großen heterogenen Patientenkollektiv ($n =$ mehrere 100 bis mehrere 1.000 Patienten) unter streng kontrollierten Studienbedingungen (randomisierte, Plazebo-kontrollierte Vergleichsstudien). Aufgrund der großen Patientenzahl werden solche Studien multizentrisch an vielen verschiedenen Prüfungseinrichtungen (meist Kliniken, aber auch in ärztlichen Praxen) durchgeführt. Zur Beurteilung der Wirksamkeit und Verträglichkeit werden standardisierte internationale Erhebungsbögen herangezogen. Neben der Abklärung des Wirksamkeitsspektrums können bei diesen großen Fallzahlen auch seltene Nebenwirkungen (UAW = unerwünschte Arzneimittelwirkungen) erfasst und dokumentiert werden. Nach Eingabe aller Daten zur Wirksamkeit und Verträglichkeit erfolgt die biometrische Auswertung. Erst wenn eine statistische Signifikanz der Wirksamkeit von Verum im Vergleich zu Plazebo nachgewiesen wurde, gilt die Substanz als wirksam in der geprüften Indikation. Sie muss aber nicht nur im Vergleich zu Plazebo besser wirksam sein, sondern auch mindestens gleich gut wirksam wie eine angemessene Standardsub-

stanz sein. Je nach Indikation sind auch Langzeitstudien erforderlich, so zum Beispiel bei chronischen Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes oder rheumatischen und psychiatrischen Erkrankungen. Wie in Phase II werden auch in Phase III weitere Daten zur Pharmakokinetik und -genetik, zu den Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und zu weiteren speziellen Fragestellungen gewonnen. Die Studien der Phase III beanspruchen im Mittel fünf Jahre [BPI-Pharmadaten 2003]. Sie liefern neben der Wirksamkeit Informationen zu Kontraindikationen, Langzeitverträglichkeit, selteneren Nebenwirkungen, Interaktionen, notwendigen Vorsichtsmaßnahmen und sind Grundlage für den Zulassungsantrag bei den entsprechenden Behörden.

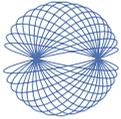
Phase IV: Auch nach der Zulassung des Medikaments werden in der Regel weitere klinische Untersuchungen vom Hersteller initiiert. Bei neuen Wirkstoffen dienen diese vorwiegend zur Erfassung von Arzneimittelwirkungen unter Routinebedingungen sowie seltener Nebenwirkungen. Gelegentlich zeigen sich im Laufe der Anwendung auch Möglichkeiten für den Einsatz bei anderen Indikationen, sodass kontrollierte Phase IV-Studien auch zur Indikationserweiterung herangezogen werden können.

Fazit

Die klinische Entwicklung (Phase I–III) eines innovativen Arzneimittels nimmt etwa fünf bis zehn Jahre in Anspruch (die Angaben zum Zeitbedarf streuen sehr stark). Je länger der Zeitbedarf, umso höher liegen auch die Entwicklungskosten. Daher ist inzwischen jedes forschende Unternehmen bemüht, die klinischen Prüfungen in einem möglichst kurzen Zeitraum abzuschließen. Außerdem steigen die Qualitätsanforderungen sowie die behördlichen Auflagen von Jahr zu Jahr. Nur eine von fünf Substanzen, die in die klinische Entwicklungsphase geht, schafft den Weg zur Ausbietung als neues innovatives Medikament.

Literatur bei den Verfassern

Dr. Gabriele Roszinsky-Köcher,
Rommerskirchen
Sieglinde Modell, München



Neue Versorgungsformen für Demenz-Patienten

Gerontopsychiatrie-Vereinbarung für die Kassen noch uninteressant



© PixelQuelle.de

Voraussichtlich ist in den nächsten Jahren nicht mit einem erfolgreich evaluierten Modell integrierter Versorgung (IV) von Demenz-Patienten zu rechnen. Es ist deshalb sinnvoll, Strukturen zu fördern, die weniger anspruchsvoll, dafür aber schneller realisierbar sind. Auf Anregung des Arbeitskreises „Gedächtnissprechstunden Berliner Nervenärzte“ hat daher die KV Berlin einen Vorschlag zur Verbesserung der Versorgung leicht bis mittelschwer demenziell erkrankter Patienten in die Verhandlungen mit den Krankenkassen eingebracht. Gegenüber IV-Modellen weist eine solche Vereinbarung folgende Vorteile auf:

1. kurzfristige Realisierbarkeit;
2. Integrationsfähigkeit in zukünftige Versorgungsmodelle;
3. Gewährleistung der Qualitätssicherung;
4. kostengünstige Ergänzung zu universitären und klinischen Gedächtnissprechstunden.

Ad 1: Das Modell ist bereits erprobt und somit realisierbar [Bohlken et al., 2005].

Im letzten NEUROTRANSMITTER (1/2005, S. 48 f.) wurden die Hürden aufgezeigt, die einer Kooperation nach dem Modell der integrierten Versorgung entgegenstehen. Folgende Fragen sind demnach bislang noch ungeklärt: Wie bewältigt man die schwierigen Abstimmungsprozesse im ärztlichen Bereich? Wer definiert die Behandlungspfade und leitet die Therapie? Welche Bedeutung hat der stationäre Versorgungssektor? Verhalten sich Demenz-Patienten wie gut informierte Marktteilnehmer? Sind die Krankenkassen bereit, das zu erwartende Kostenrisiko zu tragen?

Ad 2: Die Standardisierung der Dokumentation und der Behandlungsabläufe sowie die Erprobung eines Case-Managements soll die Integrationsfähigkeiten in zukünftige Versorgungsmodelle gewährleisten.

Ad 3: Das Modell ist qualitätsgesichert. Die Strukturqualität wird gegenwärtig bereits durch die KV kontrolliert. Die Kriterien der Prozessqualität wurden im Rahmen eines Qualitätszirkels 2004 erarbeitet. Ausgewählte Aspekte der Ergebnisqualität wurden schon mehrfach dargestellt und publiziert [zuletzt Bohlken et al., 2005].

Ad 4: Das Modell ist für eine städtische Region wie Berlin wahrscheinlich kostengünstiger als die reine hausarztzentrierte Versorgung, da Hausärzte gegenwärtig noch überfordert sind. Gegenüber dem Modell der klinischen Gedächtnissprechstunden ist möglicherweise mit einem geringeren Qualitätsstandard zu rechnen, die Leistungen können aber zeitnah und preisgünstiger erbracht werden [Bohlken, 2003].

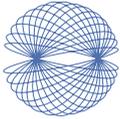
Die Verhandlungen zur Berliner Gerontopsychiatrie-Vereinbarung mit den Kassenverbänden haben im Sommer und Herbst 2004 stattgefunden. Das drängende Versorgungsproblem von Demenz-Patienten wurde dabei von allen Seiten anerkannt. Doch konnten sich die

Kassenvertreter im letzten Jahr nicht mehr durchringen, die Vereinbarung zu unterstützen. Wesentliche Argumente für die ablehnende Haltung waren die Priorisierung anderer Versorgungsprojekte, die fehlenden kurzfristigen Einspareffekte sowie eine abwartende Haltung angesichts ausstehender Ergebnisse aus einer anderen Modellregion. Da seitens der KV unserem Arbeitskreis aber Hoffnung auf eine spätere Realisierung des Projekts gemacht wurde, werden an dieser Stelle die wesentlichen Inhalte dieser Gerontopsychiatrie-Vereinbarung einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt (nur die wichtigsten Passagen sind zitiert; ansonsten werden nur Hinweise und Kommentare gegeben). Im nächsten NEUROTRANSMITTER werden der im Anhang angesprochene Dokumentationsbogen und die Therapiemodule vorgestellt.

Dr. med. Jens Bohlken, Berlin
Referat Demenz des BVDN

Literatur

- Bohlken J. Behandlung leichtgradiger Demenzen. Gute Voraussetzungen in der spezialisierten Facharztpraxis. NT 9/2003; S. 36–7
Bohlken J et al. Ergotherapie in Nervenarztpraxen. psychoneuro 1/2005; 31 (1): 42–3



Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen und gerontoneurologischen Versorgung von Patienten mit Demenz-Erkrankungen (Berliner Gerontopsychiatrie-Vereinbarung)

Gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V wird folgende Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten gerontopsychiatrischen und gerontoneurologischen Versorgung von Patienten mit Demenz-Erkrankungen geschlossen:

§ 1 – Grundsatz

„Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten gerontopsychiatrischen und gerontoneurologischen Behandlung von Patienten über 60 Jahren mit Frühformen von Demenzen sowie leicht und mittelgradigen Demenzen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Im Vordergrund steht dabei der gezielte Ausbau solcher Behandlungsangebote, die für eine sinnvolle, kontinuierliche Betreuung der betroffenen Patienten erforderlich sind, im EBM jedoch nicht aufgeführt werden. Hierdurch soll bei den in der Regel komplexen gerontopsychiatrischen und gerontoneurologischen Behandlungsproblemen insbesondere die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden.“

Ziel ist es, Demenzkranke so lange wie möglich in ihrem gewohnten Wohnumfeld ambulant zu betreuen, Krankenhaustage zu reduzieren und eine Heimunterbringung hinauszuzögern.“

§ 2 – Teilnehmende Ärzte

Fachärzte für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Neurologie. Sofern keine Berechtigung zur Erbringung von Psychotherapieleistungen besteht, ist § 3 Abs. 3 zu berücksichtigen.

§ 3 – Voraussetzungen zur Teilnahme

- (1) „Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt muss für die teilnehmenden Patienten die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der hausärztlichen und der stationären Versorgung gewährleisten.“ (...)
- (2) „Für die gerontopsychiatrische und gerontoneurologische Versorgung der über § 1 definierten Patientengruppe muss dem Praxisteam mindestens ein Ergotherapeut mit gerontopsychiatrischer oder gerontoneurologischer Zusatzqualifikation angehören.“ (...)
- (3) Regelung vertragspsychotherapeutischer Leistungen und Physiotherapie-Leistungen.
- (4) Regelung der geforderten interdisziplinären Fallbesprechungen und deren Dokumentation.
- (5) Regelung des Antragsverfahrens, der KV- Entscheidungen, Änderungsmitteilungen und der Kommunikation zwischen der KV und den Kassen.

§ 4 – Weitere Aufgaben des teilnehmenden Arztes

„Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt ist zur kontinuierlichen Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung beteiligten Ärzten, insbesondere den Hausärzten, verpflichtet. In jedem Quartal ist der Hausarzt über den Zustand des Patienten schriftlich zu unterrichten. Diese Arztbriefe sollen standardisiert über Diagnose und Therapieverlauf informieren.“

§ 5 – Vergütung der Tätigkeit der nichtärztlichen Mitarbeiter

- (1) Regelung der Vergütung von Leistungen, die im EBM aufgeführt sind.
- (2) Zur Erstattung des besonderen Aufwandes wird zusätzlich zu den nach EBM abrechnungsfähigen Leistungen eine Pauschale je Behandlungsfall vergütet.
- (3) Regelung der Vergütung der Pauschale nach Abs. 2.
- (4) Die Kostenpauschale nach Abs. 2 ist gebunden an eine bestimmte Mindest- und Höchstzahl von Patienten
- (5) Regelung der Pauschale, die außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung gezahlt wird.

§ 6 – Abrechnung und Formblattwesen

§ 7 – Evaluation

- (1) „Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte verpflichten sich zur Beteiligung an der Evaluation und stellen dazu in anonymisierter Form die geforderten Angaben zur Durchführung und zu den Ergebnissen der Behandlung der KV Berlin zur Verfügung.“
- (2) Die KV Berlin und die Krankenkasse werden die Ergebnisse dieser Vereinbarung gemeinsam erfassen und auswerten. Hierfür sollen zwei Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung die teilnehmenden Ärzte über die Durchführung und die Ergebnisse der auf der Grundlage dieser Vereinbarung durchgeführten Behandlungen befragt werden.“

§ 8 – Beendigung oder Widerruf der Teilnahme an der Vereinbarung

§ 9 – Inkrafttreten und Kündigung

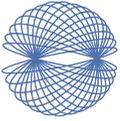
Anlage zur Gerontopsychiatrie-Vereinbarung

I. Diagnostik

1. ICD-10-basierte Neuropsychiatrische Diagnostik der Demenz unter Einbeziehung aller klinisch relevanten somatischen Befunde inklusive Labor, CCT/MRT.
2. Einschätzung der kognitiven Leistungseinbußen durch die Global Deterioration Scale (GDS).
3. Diagnostik nicht-kognitiver Störungen wie Depressivität, Angst, Wahn, Halluzination, Unruhe und Schlafstörungen.
4. Beurteilung der Zustandsveränderung gegenüber dem Vorquartal mittels der CGI.
5. Testpsychologische Diagnostik mittels DemTect und Mini-Mental-Status-Test; bei Bedarf Ergänzung durch ADAS-Cog oder CERAD.
6. Einschätzung der vorhandenen Alltagsfähigkeiten mit der IADL-Skala nach Lawton und Brody.
7. Erhebung des Sozialstatus hinsichtlich der Pflegestufe, der Rechts- und Wohnsituation.
8. Dokumentation von stationären Aufenthalten.
9. Dokumentation von Heimunterbringung und ärztliche Einschätzung, ob eine Heimunterbringung droht.

II. Therapie

1. Erstellen von individuellen Therapieplänen unter Verwendung ärztlicher, psychotherapeutischer, ergotherapeutischer und angehörigbezogener Therapiemodule.
2. Die medizinische Therapie umfasst ein integratives Konzept, das nicht nur die Verordnung und Kontrolle einer modernen Pharmakotherapie, sondern auch nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen durch den Arzt und Psychotherapeuten, durch den Ergotherapeuten und bei Bedarf durch den Physiotherapeuten beinhaltet.
3. Die Beratung und bedarfsweise Behandlung der Bezugspersonen und/oder Angehörigen ist wesentlich, um die betreuenden Angehörigen zu entlasten, vor Krankheit zu schützen und um Heimaufenthalte des Demenz-Kranken selbst hinauszuzögern oder zu vermeiden. Bei Bedarf ist hier eine Kooperation mit Angehörigen-Selbsthilfegruppen anzustreben.
4. Intervention bei akuter Zustandsverschlechterung, einschließlich der erforderlichen Kontaktnahmen, z. B. zu Behörden, Kliniken, Hausärzten und ambulanten Pflegediensten.
5. Verantwortliche Leitung und Koordination der Therapie durch den Arzt.
6. Verlaufsdokumentation über die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte, der Arzt-Angehörigen-Kontakte, die Art der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie kognitiver und nicht-kognitiver Störungen und schließlich die Häufigkeit der Angehörigenberatung/-therapie.



© Bilderbox, A-Theming

Sozialmedizinische Begutachtung psychischer Störungen

Der Arzt als unabhängiger Sachverständiger – Teil 3

Wird der psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachter im Sozialrecht um seine Sachverständigenmeinung gefragt, so kann er mit verschiedensten Themenbereichen konfrontiert werden. An dieser Stelle führen wir die in der letzten Ausgabe begonnenen Ausführungen zu Gutachten in der gesetzlichen Versorgung fort.

Gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung soll bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie bei arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren greifen (§ 1 SGB VII). Nach Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten ist sie ferner Basis dafür, dass die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten im Rahmen medizinischer und beruflicher Rehabilitation wieder hergestellt werden können. Betroffene oder ihre Hinterbliebenen werden durch Geldleistungen – Verletzengeld oder Rente – entschädigt. Dabei zielt die Entschädigung durch Rente nicht auf einen vollständigen Ausgleich des individuellen Schadens ab. Vielmehr richtet sich die nach der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bemessene Rente nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens.

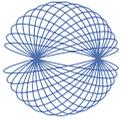
Nicht die individuelle Betroffenheit im bisher ausgeübten Beruf ist von Bedeutung, sondern die durch die Gesundheitsstörungen bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit im allgemeinen Erwerbsleben. Die MdE-Einschätzung dient damit nicht dem individuellen Schadensausgleich, sondern sie erfolgt grundsätzlich abstrakt, dem Gleichheitsgebot folgend. Gleiche Körperschäden bedingen grundsätzlich gleiche MdE-Sätze.

Die unter dem Grundsatz der Gleichbehandlung entwickelten tabellarischen Vorgaben zur MdE-Einschätzung wurden in langjähriger Sozialrechtssprechung als Beurteilungsempfehlungen bestätigt. Hier wird auf die entsprechende Literatur der MdE-Tabellen zur gesetzlichen Unfallversicherung verwiesen.

Die Problematik einer grundsätzlichen Gleichbehandlung auch bei psychisch-reaktiven Störungen hat ursprünglich dazu geführt, dass reaktive psychische Störungen von den in der gesetzlichen Unfallversicherung zu entschädigenden Unfallfolgen ausgenommen wurden. Das Reichsversicherungsamt hat 1926 Grundsätze aufgestellt, die psychische Reaktionen auf ein Unfallereignis generell als Unfallfolgen ausschlossen. Diese strikte Haltung wurde vom Bundessozialgericht bereits 1958 aufgegeben (Urteil vom 23.10.1958, in Breithaupt, Jg. 48, S. 519). Damit können nach der in der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Kausalitätslehre auch reaktive psychische Störungen als Unfallfolgen anerkannt werden. In psychotherapeutischen Gutachten wird jedoch häufig nicht ausreichend beachtet, dass es bei der sozialmedizinischen Feststellung eines inneren Zusammenhangs zwischen Unfall und Gesundheitsstörung um die Ermittlung der Grenze geht, „bis zu welcher Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung reicht, und nicht um eine Frage der Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinn“ (BSG-Urteil vom 30.4.1985, BSGE 58, 76). Auf die normativen Setzungen, die den Schutzzweck der gesetzlichen Unfallversicherung beschränken, sei in diesem Zusammenhang ausdrücklich verwiesen.

Bei der zunehmenden Zahl der als Unfallfolgen geltend gemachten psychischen Störungen ist hierzulande eine

Manchmal ist nicht die Ursache der Behinderung die Bemessungsgrundlage, damit die gesetzliche Versicherung greift, sondern der Grad der Behinderung wie beim Schwerbeschädigtengesetz und der Pflegeversicherung. In anderen Fällen ist jedoch die Klärung des ursächlichen Zusammenhangs für den Leistungsumfang entscheidend, wie im sozialen Entschädigungsrecht. Daher ist bei gutachterlicher Stellungnahme zu Beweisfragen im stark untergliederten Sozialrecht die genaue Kenntnis der zugrunde liegenden Rechtsvorschriften unabdingbar.



auch nur annähernd gleiche Bewertung reaktiver psychischer Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht mehr in einem für die Rechtsordnung verträglichem Ausmaß gegeben. Zu stark wirken sich im Einzelfall die jeweiligen Erfahrungen und Grundüberzeugungen der einzelnen Gutachter und auch Richter auf die Zusammenhängebeurteilung und MdE-Bewertung aus. Dieser auch dem Bundessozialgericht bekannte Sachverhalt, dass „medizinische Gutachten im Einzelfall regelmäßig nichts Überzeugendes zur Ursachenfrage aussagen können“ (BSG-Urteil vom 18.10.1995, BSGE 77,1), ist wohl entscheidend mitbedingt durch die unzureichende Beachtung des Unterschieds des medizinischen und des juristischen Ursachenbegriffes.

Ein aus medizinisch-psychologischer Sichtweise gegebener ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Unfallereignis und nachfolgenden reaktiven psychischen Störungen erfüllt bei länger bestehenden Beeinträchtigungen noch nicht die Anforderungen an die Kausalität im Rechtssinne der gesetzlichen Unfallversicherung. Vielmehr fordert das Bundessozialgericht bei länger bestehenden reaktiven psychischen Störungen eine ergänzende Prüfung „ob und inwieweit auch der weitere Verlauf noch rechtlich wesentlich auf die ursprünglichen Reaktionen zurückzuführen ist und nicht vielmehr Begehrensvorstellungen oder sonstige aus der Psyche heraus wirkende Kräfte soweit in den Vordergrund getreten sind, dass sie für den weiteren Verlauf die rechtlich allein noch wesentliche Ursache bilden“ (BSG-Urteil vom 29.11.1963, SozEntsch. IV §542 (b) RVO Nr.16).

Wenn die Überwindung reaktiver psychischer Störungen nicht wegen der besonderen Art und Schwere des Unfalls oder dessen körperlichen Unfallfolgen mit tiefem Eingriff in die Persönlichkeitsstruktur erfolgt, sondern die fehlende Überwindung in der Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen gründet, ist diese unzureichende Überwindung als Folge einer „sonstigen aus der Psyche heraus wirkenden Kraft“ einzuordnen, die – im Sinne einer Verschiebung der Wesensgrundlage – rechtlich als konkurrierende Ursache zu bewerten ist. Diese kann im Laufe der Zeit soweit in den

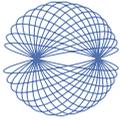
Vordergrund treten, dass sie die wesentliche Ursache im Rechtssinne darstellt.

Ausdrücklich sei an dieser Stelle auf die sozialmedizinische Problematik der aktuellen Klassifikationssysteme psychischer Störungen verwiesen, die psychische Störungen vorwiegend nach dem klinischen Erscheinungsbild einordnen. Der Warnhinweis des „Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen“ (DSM-IV) wird in sozialmedizinischen Gutachten nicht immer beachtet: „Die klinischen und wissenschaftlichen Überlegungen bei der Klassifikation dieser Zustände als psychische Störungen sind ferner möglicherweise weniger relevant im Zusammenhang mit beispielsweise forensischen Aspekten, bei denen Gesichtspunkte wie individuelle Verantwortlichkeit sowie Bestimmung von Behinderungen und Geschäftsfähigkeit eine Rolle spielen“. Gleiches hat auch für sozialmedizinische Aspekte zu gelten. So kann nicht häufig genug daran erinnert werden, dass die Klassifikation der posttraumatischen Belastungsstörung ereignisbezogen, aber nicht ursachenbezogen ist. Sie ist umso weniger Diagnose im klassischen medizinischen Sinn, je mehr sich das Traumakriterium zum subjektiven Erleben des Betroffenen verschiebt, wie im DSM-IV geschehen. Das wachsende Interesse an der Psychotraumatologie hat mittlerweile auch zu einer nicht mehr an den diagnostischen Kriterien orientierten Diagnosehäufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung geführt. Dabei zeigen epidemiologische Untersuchungen – nicht nur die ärztliche Erfahrung – dass psychisch traumatisierende Ereignisse im Alltag sehr häufig sind und von der weit überwiegenden Anzahl von Menschen in einem absehbaren Zeitraum überwunden werden. Gutachtaufträge im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung dürfen sich damit nicht in der Frage nach der medizinisch-psychologischen Ursache psychischer Störungen an den Gutachter erschöpfen. Vielmehr ist die Frage zunächst auf die medizinischen-psychologischen Ursachen, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit bestehen, einzuengen. Im Falle länger fortbestehender reaktiver psychischer Störungen ist die ergänzende Frage nach den Gründen für die unzureichende Überwindung notwendig. Da-

bei ist darauf zu verweisen, dass in den tabellarisch vorgegebenen MdE-Werten zur Feststellung von Körperschäden, die als langjährig entwickelte Erfahrungswerte anerkannt sind, „übliche seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen“ eingeschlossen sind.

Im psychotherapeutisch-medizinischen Gutachten zur Zusammenhängebeurteilung reaktiver psychischer Störungen hat sich ein schrittweises Vorgehen bewährt (Plänitz, 1986). So sollte möglichst weitgehend die Primärpersönlichkeit dargestellt werden, auch wenn hier in der gutachterlichen Situation oft Grenzen gesetzt sind (Winckler, 1998). Außerdem ist die Interaktion von Primärpersönlichkeit und Schädigungserlebnis für die Entstehung der abnormen Erlebnisreaktion darzulegen sowie die sozialmedizinische Beurteilung der Ursache und gegebenenfalls die Einschätzung des Ausmaßes der dem Unfall zuzurechnenden psychischen Störungen. Sofern bei der Prüfung nicht bereits die „abartige“ seelische Reaktionsweise des Betroffenen die wesentliche Ursache für eine psychische Reaktion auf ein Unfallereignis ist, sind psychische Störungen zunächst als Unfallfolge einzuordnen. Auch Menschen mit einer Neigung zu „abartigen“ Reaktionsweisen sind in der Unfallversicherung geschützt, sofern die besondere Art und Schwere des Ereignisses dem Unfall wesentliches Gewicht zukommen lassen. Dabei ist der Umkehrschluss aber nicht statthaft, dass damit jegliche Reaktionen als unfallbedingt einzuordnen sind. Eine durch einen glimpflich verlaufenden Unfall erstmals manifest werdende und in der Folgezeit lange bestehende Angststörung, die psychodynamisch ihre Erklärung in der Persönlichkeit des Betroffenen findet, ist das klassische Beispiel einer nicht zwangsläufig als Unfallfolge zu wertenden psychoreaktiven Störung, auch wenn die erlebte Bedrohung beim Betroffenen nachhaltig fortwirken kann und im subjektiven Erleben vorherrscht.

Nicht selten manifestieren sich Angststörungen nach einem glimpflichen Unfall mit der Folge einer gedanklichen Fixierung an das Ereignis, sodass bei länger fortbestehenden Störungen sowohl vom Betroffenen selbst als auch von sozialmedizinisch Unkundigen die Ein-



schätzung einer nicht mehr als unfallbedingt einzuordnenden Störung nicht nachvollzogen werden kann. Abhängig von Ausmaß, Schwere und Erlebnisgehalt des Unfalls wird aber auch bei glimpflichen Unfällen eine psychische Reaktion vorübergehend als unfallbedingt einzuordnen sein. Dem juristischen Begriff der Gelegenheitsursache sind so enge Grenzen gesetzt (Erlenkämper, 1991), dass er bei reaktiven psychischen Störungen allenfalls für bagatellhafte Unfälle anwendbar ist. Bei länger anhaltenden reaktiven psychischen Störungen, auch bei somatoformen Störungen einschließlich Schmerzstörungen, ist zu prüfen, ob und inwieweit der Persönlichkeitsstruktur zuzurechnende Verhaltensweisen maßgeblich die psychische Verarbeitung eines Erlebnisses und die Überwindung anhaltender Störungen verhindern.

Die engen Grenzen des Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Unfallversicherung werden auch am weitgehenden Ausschluss reaktiver psychischer Störungen deutlich, die durch psychische Belastungen am Arbeitsplatz entstehen. So wurde einem unter Mobbing leidenden Ingenieur die Anerkennung der hieraus entstandenen Gesundheitsstörungen als Berufskrankheit versagt (Urteil des LSG Hamburg vom 23.7.1997, Az.: 24 U 237/91). Nach dem Leitsatz des BSG-Urteils vom 14.2.2001 (BSGE 87,276-280) ist regelmäßiges Mobbing kein tätlicher Angriff im Sinne des Opferentschädigungsrechts.

Die Zusammenhangsbeurteilung reaktiver psychischer Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung, aber auch im sozialen Entschädigungsrecht, erfordert nicht nur umfassende fachliche Kenntnisse in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, sondern auch eingehende sozialmedizinische Kenntnisse und Erfahrungen. Die Beeinträchtigung im privaten und sozialen Bereich, die Lebensqualität des Betroffenen insgesamt, kann nicht berücksichtigt werden. Daher wird die MdE in der gesetzlichen Unfallversicherung gerade bei reaktiven psychischen Störungen oft niedriger eingeschätzt als der Grad der Behinderung (GdB), der auch die Auswirkung auf die allgemeine Lebensführung umfasst.

Grad der Behinderung bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Folgen psychischer Traumata

Gesundheitsstörung	Grad der Behinderung
leichtere psychovegetative oder psychische Störungen	0–20
stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit	30–40
schwere Störungen mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50–70
schwere Störungen mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80–100

Quelle: Anhaltspunkte 1996

In der gesetzlichen Unfallversicherung werden so genannte leichtere neurotische Störungen, das heißt abnorme Persönlichkeitsentwicklungen, akute Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen, psychoreaktive Störungen insgesamt mit einer MdE von 0–10 bewertet. Stärker behindernde Störungen mit einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit – und somit deutlich eingeschränkter Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben – werden mit einer MdE von 20–40 bewertet. Nur schwere neurotische Störungen mit erheblichen sozialen Anpassungsschwierigkeiten, wie zum Beispiel schwere Zwangsnurosen, werden mit einer MdE von 50–100 eingestuft. Bei länger anhaltenden unfallbedingten psychischen Störungen sind Nachuntersuchungen unverzichtbar. Zu beachten ist, dass bei festgesetzten Renten auf unbestimmte Zeit, die ab drei Jahre nach einem Unfall zu gewähren sind, Änderungen der MdE nur bei Nachweis einer Besserung oder Verschlimmerung der Unfallfolgen möglich sind. Innerhalb der ersten drei Jahre nach einem Unfallereignis bei Gewährung einer vorläufigen Rente und vor Festsetzung einer Rente auf unbestimmte Zeit ist dieser rechtliche Änderungsnachweis nicht erforderlich.

Die gesetzliche Unfallversicherung übernimmt bei unfallbedingten psychoreaktiven Störungen die medizinisch notwendigen Behandlungsmaßnahmen, damit auch psychotherapeutische Behandlungen ambulant und stationär. Wenn nicht mehr wesentlich durch den Unfall bedingte psychische Störungen

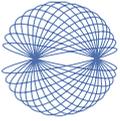
behandelt werden, endet aber die Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung. Wenn die medizinisch gebotene Behandlung psychischer Störungen, die zunächst dem Unfall zuzurechnen sind, unterlassen wird und wenn hierdurch reaktive psychische Störungen chronifizieren, kann sich ein Zurechnungszusammenhang auch für länger dauernde psychische Störungen ergeben (Brandenburg, 1999).

Pflegeversicherung

Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße auf Hilfe angewiesen sind, sind pflegebedürftig (§ 14 SGB XI). Pflegebedürftigkeit als Rechtsbegriff der gesetzlichen Pflegeversicherung ist aber nicht mit Hilflosigkeit im Sinne des Schwerbeschädigtenrechts, des sozialen Entschädigungsrechts oder der gesetzlichen Unfallversicherung gleichzusetzen. Auch psychische Störungen gelten als Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Gesetzes. Insofern kann auch bei schweren psychischen Störungen Pflegebedürftigkeit bestehen.

Pflegestufe 1: Als erheblich pflegebedürftig sind Personen einzustufen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Ver-

FORTSETZUNG SEITE 57 —



richtungen aus einem oder aus mehreren Bereichen mindestens einmal täglich Hilfe brauchen und zusätzlich mehrfach in der Woche Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegestufe 2: Als Schwerpflegebedürftige sind Personen einzuordnen, die mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten eine Hilfe neben der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegestufe 3: Schwerstpflegebedürftige sind Personen, die täglich rund um die Uhr, auch nachts, zusätzlich zur hauswirtschaftlichen Versorgung Hilfe benötigen. Auf die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen erstellten Richtlinien darf verwiesen werden.

Schwerbehindertengesetz

Das Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft ist ebenso wie die Pflegeversicherung final ausgerichtet. Die Ursache der Behinderung ist damit nicht von Belang, entscheidend ist das Ausmaß der Behinderung, die mit einem „Grad der Behinderung“ in Zehnerschritten (keine Prozentangabe!) eingeschätzt wird. Dabei sind lediglich Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen, die nicht nur vorübergehend (also über sechs Monate) bestehen (vergleiche Tabelle).

Beurteilungsgrundlage sind die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter-tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ in der derzeit gültigen Fassung von 1996. Für den Gutachter ist bei der Bewertung von Anpassungsstörungen auf Körperbehinderungen oder auf körperliche Erkrankungen wichtig, dass die in den „Anhaltspunkten“ angegebenen GdB-Werte bereits die üblichen seelischen Begleiterscheinungen und auch stärkere Schmerzzustände mit berücksichtigen. Nur wenn seelische Begleiterscheinungen erheblich über die dem Ausmaß der organischen Veränderungen entsprechenden üblichen seelischen Begleiterscheinungen hinausgehen, können höhere Werte angenommen werden. Eine Begründung ist dann erforderlich.

Als Behinderung ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung definiert, die auf

einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht (§ 3 SchwbG, Schwerbehindertengesetz). Regelwidrig ist ein Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Damit können je nach Ausmaß auch seelische Störungen als regelwidrig eingeordnet und als Behinderungen im Sinne des Schwerbeschädigtengesetzes bewertet werden. Auch für die Beurteilung von Alkoholkrankheit und Sucht sind den Anhaltspunkten Leitlinien zu entnehmen.

Nach dem Schwerbehindertengesetz sind nicht nur GdB-Einschätzungen in medizinischen Gutachten erforderlich, sondern auch die Prüfung, ob medizinische Voraussetzungen für Nachteilsausgleiche bestehen, beispielsweise für die erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (Merkzeichen G), zur Notwendigkeit einer ständigen Begleitung (Merkzeichen B), für eine außergewöhnlichen Gehbehinderung (Merkzeichen aG) oder zur Bewertung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht (Merkzeichen RF).

Gelegentlich ist auch die Frage der Hilflosigkeit zu prüfen. Hilflos ist nach dem Schwerbeschädigtengesetz, wer für häufig und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages dauernd fremder Hilfe bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den genannten Verrichtungen erforderlich ist oder eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Auch diese Voraussetzungen müssen nicht nur vorübergehend, sondern länger als sechs Monate bestehen.

Für weitere Einzelheiten bei der Beurteilung nach dem Schwerbehindertengesetz sei auf die Anhaltspunkte verwiesen.

Soziales Entschädigungsrecht

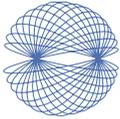
Das soziale Entschädigungsrecht umfasst mehrere Gesetze, die der sozialen Sicherung von Menschen mit Gesundheitsstörungen dienen, wenn diese durch besondere Tätigkeiten oder Sachverhalte verursacht wurden. So tritt der

Staat mit Leistungen für die Folgen von Gesundheitsschäden bei Kriegsopfern ein, auch bei Soldaten, Wehr- und Zivildienstleistenden, aber auch bei Impfgeschädigten, Opfern von Gewalttaten und einem bestimmten Kreis von Haftgeschädigten, darunter Haftgeschädigten der ehemaligen DDR.

Zum sozialen Entschädigungsrecht zählen das Bundesversorgungsgesetz (BVG), das Soldatenversorgungsgesetz (SVG), das Zivildienstgesetz (ZDG), das Häftlingshilfegesetz (HHG), das Opferentschädigungsgesetz (OEG), das Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) sowie das erste und zweite SED-Unrechtsbereinigungsgesetz (1. und 2. SED-UnBerG). In allen zum sozialen Entschädigungsrecht gehörigen Einzelgesetzen liegt der Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs die Rechtslehre der wesentlichen Bedingung zugrunde. Diese gilt auch für die gesetzliche Unfallversicherung, die beamtenrechtliche Unfallfürsorge und das Bundesentschädigungsgesetz.

Die Bewertung von Gesundheitsstörungen erfolgt nach der Minderung der Erwerbsfähigkeit, die für das soziale Entschädigungsrecht, die beamtenrechtliche Unfallfürsorge und das Bundesentschädigungsgesetz inhaltsgleich, nicht jedoch identisch mit der MdE-Bewertung im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung sind. Gerade für die Beurteilung psychischer Störungen ist der Unterschied wichtig, ob die Minderung der Erwerbsfähigkeit im allgemeinen Erwerbsleben zu berücksichtigen ist, wie in der gesetzlichen Unfallversicherung, oder ob die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen zu bewerten sind, wie im sozialen Entschädigungsrecht. Auch ergibt sich eine rentenberechtigende MdE im sozialen Entschädigungsrecht erst ab einer MdE von 25 %, in der gesetzlichen Unfallversicherung bereits ab 20 %. Die MdE-Einschätzung erfolgt dabei in der Regel in Stufen von zehn von hundert.

Im Versorgungsrecht kann teilweise noch die Frage nach einer besonderen beruflichen Betroffenheit gestellt werden. Im Hinblick auf die gleichen Beurteilungsregeln der Kausalität wie bei der gesetzlichen Unfallversicherung kann auf das entsprechende Kapitel verwiesen werden.



Beamtenversorgung

Im Rahmen der Beamtenversorgung können Fragen zur Dienstfähigkeit und zu Folgen eines Dienstunfalls an den psychiatrisch-psychotherapeutisch Gutachter herangetragen werden. Dienstunfähig sind Beamte, wenn sie infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte – und damit auch wegen psychischer Gesundheitsstörungen – zur Erfüllung ihrer Dienstpflichten dauerhaft nicht fähig sind. Als dienstunfähig kann ein Beamter auch dann gelten, wenn er infolge einer Erkrankung mehr als drei Monate nicht arbeiten konnte und keine Aussicht darauf besteht, dass er das innerhalb weiterer sechs Monate wieder kann. Für Beamte, die älter als 50 Jahre sind, kommt eine begrenzte Dienstunfähigkeit in Betracht, wenn die Dienstpflichten zeitlich und qualitativ zumindest zur Hälfte erfüllt werden können.

Dienstunfall

Beamte haben nach Dienstunfällen nicht nur Anspruch auf eine Heilbehandlung, sondern auch auf einen Unfallausgleich. Dieser Anspruch besteht, wenn eine Minderung der Erwerbsfähigkeit während eines Zeitraums von mehr als sechs Monaten 25 von Hundert oder mehr beträgt. Gemäß § 5 Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG) ist für die Minderung der Erwerbsfähigkeit im allgemeinen Erwerbsleben maßgebend, zu welchem Maß die Befähigung zur üblichen, auf Erwerb gerichteten Arbeit und deren Ausnutzung im wirtschaftlichen Leben durch die als Folge eines Dienstunfalls anerkannten Körperschäden nicht nur vorübergehend beeinträchtigt sind. Dabei gilt derselbe MdE-Begriff wie im Versorgungsgesetz und es wird auf die entsprechenden Beurteilungsregeln des sozialen Entschädigungsrechts einschließlich der MdE-Bewertungen in den „Anhaltspunkten für die ärztliche

Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ verwiesen. Hier werden die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen berücksichtigt und nicht nur

die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben, wie in der gesetzlichen Unfallversicherung.

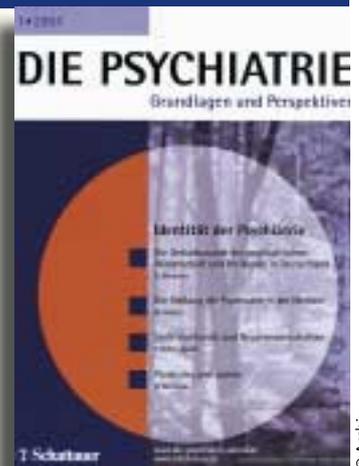
Prof. Dr. med. Thomas Grobe, Nürnberg
Dr. jur. Stefan Brandenburg, Hamburg

Eine neue Zeitschrift im hart umkämpften Markt

Mehr als 17 Zeitschriften gab es bereits bei der letzten Leserbefragung im neuro-psychiatrischen Bereich. Und nun wagen sich vier Herausgeber und ein Verlag daran, eine weitere Zeitschrift zu etablieren. Nimmt man das Heft „Die Psychiatrie“ des Schattauer-Verlages, herausgeberisch betreut von so bekannten Kollegen wie W. Gaebel, Düsseldorf, A. Marneros, Halle, F. Müller-Spahn, Basel und N. Sartorius, Genf, zur Hand, dann muss man sich aber eingestehen, dass es durch die Beschränkung auf das Fach Psychiatrie alleine und den Untertitel „Grundlagen und Perspektiven“ wiederum kaum Konkurrenz hat. Auch das Generalthema der ersten Ausgabe „Identität der Psychiatrie“ verspricht, dass sich dieses Publikationsorgan in besonderer Weise darum bemühen will, der Psychiatrie und den Psychiatern eine niveauvolle Plattform zu bieten, um eine innere Linie bei allen parallel laufenden oder divergierenden Bestrebungen des Faches und damit auch einen Weg zur fachlichen Geschlossenheit zu weisen.

Abgrenzung und Integration – so könnten die vier Hauptartikel der ersten Ausgabe gedanklich umrissen werden, wenn Marneros „Die Geburtsstunde der psychiatrischen Wissenschaft und Heilkunde in Deutschland“, Gaebel „Die Stellung der Psychiatrie in der Medizin“, Müller-Spahn das Verhältnis von „Seelenheilkunde und Neurowissenschaften“ und Sartorius die Beziehungen zwischen „Psychiatry and Society“ beschreiben. Im Internet ist die Zeitschrift zu finden unter: www.die-psychiatrie-online.de.

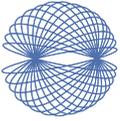
Ich jedenfalls wünsche diesem neuen, sehr ansprechend gestalteten und in vielerlei Hinsicht ambitionierten Publikationsorgan viel Erfolg nicht nur aus freundschaftlich-kollegialer Verbundenheit, sondern gerade seiner Absicht wegen, die Psychiatrie in Medizin und Gesellschaft selbstbewusst und klar umrissen zu positionieren. **az**



© Archiv

Fortsetzung folgt ...

Der vierte Teil dieser Reihe zur Gutachtenerstellung beschäftigt sich mit Privatversicherungen im Zivilrecht.



Riskante Realität

Die Verordnung von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen Indikation ist immer noch ein heißes Thema. Trotz Ausnahmeregelungen des BSG und Leitlinienempfehlungen sieht die Rechtslage im Einzelfall oft anders aus. Dass Ärzte in ihrem Handeln keine ausreichend klare Rechtssicherheit haben, kritisiert auch Kollege Bühler und nimmt Stellung zum AGATE-Artikel „Off-label-use bei Parkinson-Psychose“ (NT 10/2004, S. 68).

Inhaltlich ist den Ausführungen der Autoren sicherlich zuzustimmen. Leider ist es formal völlig anders. Anlässlich eines juristischen Forums der KV Nordbaden war es mir möglich, den vorsitzenden Richter des 6. Senates des Bundessozialgerichtes, Dr. Klaus Engelmann, zu hören. In einem der Vorträge wurde von einem anderen Richterkollegen ausgeführt, dass es in Zukunft möglich sei, uns Ärzte durch die Krankenkassen im Einzelfall dahingehend auf Wirtschaftlichkeit zu prüfen, ob der Patient leitlinien-gestützt therapiert worden ist. Ich habe daraufhin die Frage gestellt, wie es denn sei, wenn bei einzelnen Erkrankungen, die von den Fachgesellschaften mit Leitlinien versehen sind, als Mittel der ersten Wahl ein Off-label-Präparat empfohlen wird (z. B. bei ADHS). Hier kam die klare Aussage seitens Engelmann, der zuständig ist für die beiden im oben genannten Artikel zitierten Urteile, wörtlich: „Tun Sie es nicht, wenn es sich nicht um eine lebensbedrohliche oder schwerst lebensverändernde Erkrankung handelt.“ Für den niedergelassenen Arzt stellt sich somit die Frage, was er bei solchen Aussagen tun soll, wenn er nicht in Regress genommen werden will und auf der anderen Seite auch nicht wegen fehlerhafter Behandlung vor dem „Kadi“ landen will.

Ich kann ein zweites Beispiel anführen, das aus unserer Praxis stammt. Ein Kollege wollte einem Patienten mit Restless-Legs-Syndrom statt dem einzig zugelassenen Präparat ein Levodopa-Generikum verordnen. Wir machten die Probe auf's Exempel und baten die Krankenkasse um Kostenzusagen. Wir bekamen aufgrund eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen die Rückantwort, dass Levodopa in



diesem Fall als Off-label-use gewertet werden würde.

Der Schlusssatz des oben genannten Artikels, es hieße, seine eigene ärztliche Entscheidungsfreiheit aufzugeben und ein Gremien zu beschäftigen, das nie die Verantwortung für die Behandlung des ihm unbekanntem individuellen Patienten übernehmen wird, ist zwar so sicherlich von hohem ethischen Gedanken getragen. Leider ist die vertragsärztliche Wirklichkeit völlig anders und wir sollten uns überlegen, wie wir damit umgehen. Hier ist nach meiner Auffassung auch die Berufspolitik gefragt, die mit mehr Öffentlichkeitsarbeit und eventuell auch entsprechenden Klagen die Interessen der Patienten und die Therapiesicherheit der Kollegen verbessern sollte.

„Leider ist die vertragsärztliche Wirklichkeit völlig anders und wir sollten uns überlegen, wie wir damit umgehen.“

Dr. med. Bernhard Bühler, Mannheim

Hinweis der Redaktion

Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe in gekürzter und/oder redigierter Form abzudrucken.

Therapie bipolarer Störungen

Zurück ins eigene Gleichgewicht

B. BERNHARD, A. FORSTHOFF, F. SEEMÜLLER,
S. DITTMANN, CH. BORN, H. GRUNZE

Die beiden Stimmungsextreme der bipolaren Störung beeinflussen das tägliche Leben der Betroffenen in verschiedenster Art. Gleichermaßen unterschiedlich können daher auch die Behandlungsempfehlungen für die manischen oder depressiven Erkrankungsepisoden sein. In der langfristigen Phasenprophylaxe stellen die hohe Rezidivquote und mangelnde Therapietreue weitere Forderungen an ein adäquates Therapeutikum.

Behandlung der akuten Manie

Schwere manische Episoden mit verstärktem Rededrang, vermindertem Schlafbedürfnis, Größenideen und Wahnvorstellungen sind die typischen Merkmale der Bipolar-I-Erkrankung. Oft sind sie Anlass zur erstmaligen medikamentösen Behandlung des Patienten und initiieren damit gleichzeitig eine langfristige Phasenprophylaxe mit einem Stimmungsstabilisierer. Somit sollte die Therapieentscheidung bei der akuten Manie nicht nur im Hinblick auf eine schnelle und zuverlässige Wirksamkeit in der Akutphase erfolgen, sondern auch Aspekte der langfristigen Phasenprophylaxe und Verträglichkeit mit einbeziehen, um spätere, unnötige Therapiewechsel zu vermeiden.

Stimmungsstabilisierer wie Lithium, Valproinsäure und Carbamazepin werden in der Behandlung der akuten Manie weiterhin eine wichtige Rolle spielen, auch wenn sie in der antimanischen Wirkstärke gegenüber den Neuroleptika zum Teil zurückstehen. In der klinischen Behandlung werden – abweichend von Studienbedingungen – zumeist primär Kombinationstherapien eingesetzt. Durch geeignete Kombinationen von Stimmungsstabilisierern und Neurolep-

tika kann das Ziel einer optimalen Akutwirkung mit dem Beginn einer Phasenprophylaxe gut verknüpft werden. Für eine optimale Therapie ist es wichtig, die Symptomatik der akuten manischen Episode genau zu erfassen. Depressive Symptome bis hin zu Mischzuständen oder psychotische Symptome sind wichtige Prädiktoren für die Ansprechrate auf verschiedene Medikamente. Weitere Aspekte, die in der Maniebehandlung berücksichtigt werden müssen, sind komorbide Erkrankungen (z. B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch), Suizidgefährdung, sowie das frühere Auftreten depressiver Episoden in unmittelbarer Folge an eine Manie und deren Behandlung.

Im Folgenden wird die Wirkung der einzelnen, in der Maniebehandlung standardmäßig eingesetzten Substanzen und Substanzgruppen in den Indikationen klassische (euphorische) Manie, Mischzustände und psychotische Manie vorgestellt.

– Lithium

Die antimanische Wirksamkeit von Lithium ist bereits seit mindestens 50 Jahren bekannt, wurde jedoch erst Mitte der 90er-Jahre in methodologisch einwandfreien Studien belegt [1]. Die akute Wirkung von Lithium ist bei klassischen, euphorisch-manischen Zuständen beson-



ders ausgeprägt. Bei einer gleichzeitig vorhandenen depressiven oder psychotischen Symptomatik lässt die Wirksamkeit jedoch deutlich nach. Bei Bipolar-II-Störungen, die durch rezidivierende Depression mit Hypomanien gekennzeichnet sind, ist Lithium vergleichbar wirksam wie bei Bipolar-I-Störungen [2].

Ein bedeutender Vorteil der Lithium-Therapie ist die Suizid-Prophylaxe. Auch wenn dies in der primären Maniebehandlung zunächst von untergeordneter Bedeutung erscheint, so sollte die deutliche Suizidgefährdung bei Patienten mit Mischzuständen nicht außer Acht gelassen werden.

Deutlicher Nachteil von Lithium ist seine geringe therapeutische Breite, die zu einer langsamen Aufdosierung zwingt und regelmäßige Plasmaspiegel-Kontrollen notwendig macht. Ein Wirkeintritt ist zumeist erst nach zehn bis vierzehn Tagen zu erwarten, sodass in der Zwischenzeit in jedem Fall eine Kombinationstherapie erfolgen muss. Zwar kann



© Bilderbox, A-Theining

durch eine so genannte Lithium-Loading-Therapie die Wirklatenz deutlich verkürzt werden, diese Therapie sollte aufgrund ihrer Risiken jedoch nur in Ausnahmefällen erfolgen und von mehrmals täglichen Blutkontrollen begleitet sein. Weitere Nachteile der Lithium-Therapie sind zentralnervöse Nebenwirkungen wie Tremor und Schwindel, auch gastrointestinale Nebenwirkungen sowie seltene kardiale Komplikationen (Verlängerung der Überleitungszeiten).

Üblicherweise wird eine Lithium-Therapie mit einer Dosis von etwa 400 mg begonnen. In Abhängigkeit vom Blutspiegel folgt eine sukzessive Dosissteigerung über den Verlauf einer Woche bis hinreichende Wirkspiegel (1–1,4 mmol/l) erreicht sind oder Nebenwirkungen eine weitere Dosissteigerung ausschließen.

— Antikonvulsiva

Valproinsäure: Insbesondere in Nordamerika hat sich Valproinsäure sowohl für die Akut- als auch die Langzeitthe-

rapie bipolarer Störungen als Standardmedikation etabliert. Die antimanische Wirksamkeit setzt im Regelfall früh ein, da die Substanz aufgrund ihrer großen therapeutischen Breite bereits initial in hohen Dosen (Loading-Therapie) verabreicht werden kann. Der Einsatz von Valproinsäure in der akuten Manie bietet sich an, wenn ein rascher Wirkeintritt gefordert ist, besonders bei Patienten mit Mischzuständen oder psychotischen Manien. Nicht nur die Studie von Bowden et al. [1] konnte die antimanische Wirksamkeit von Valproinsäure im Vergleich zu Plazebo und Lithium absichern, auch eine weitere Studie zeigte die Wirksamkeit von Valproinsäure insbesondere in Kombination mit einem Neuroleptikum [3]. Im Vergleich zu Lithium ist Valproinsäure bei klassischer euphorischer Manie etwas schwächer wirksam, es zeigt jedoch Vorteile bei Patienten mit dysphorischen Manien und Mischzuständen unabhängig von der Zahl vorausgegangener Episoden. Limitierende Faktoren der Valproinsäure-Therapie können verschiedene Nebenwirkungen sein: Bei hoher Dosierung können zentralnervöse Begleiterscheinungen wie eine deutliche Sedierung, Schwindel und Übelkeit auftreten; schwere lebensbedrohliche Nebenwirkungen sind hingegen selten. Das in der Behandlung der kindlichen Epilepsie gefürchtete Leberversagen tritt im Erwachsenenalter zwar nicht mehr auf, jedoch sind Fälle einer Valproinsäure-induzierten hämorrhagischen Pankreatitis bekannt. Ein Valproinsäure-Koma wurde kürzlich nicht nur in Kombination mit anderen Antiepileptika, sondern auch mit Risperidon beschrieben. Der behandelnde Arzt sollte sich daher dieser – sehr seltenen – Komplikation bewusst sein.

Die empfohlene Valproinsäure-Dosis beträgt 20 mg pro kg Körpergewicht, therapeutische Blutspiegel sollten bei 50–120 mg/l liegen.

Carbamazepin: Aufgrund der besser verträglichen atypischen Neuroleptika sowie Valproinsäure hat der Einsatz von Carbamazepin in der Akuttherapie der Manie in den letzten Jahren deutlich abgenommen. Im Vergleich zu Lithium hat Carbamazepin – ähnlich wie Valproinsäure – eine breitere Wirksamkeit auch bei atypischen Manifestationen wie

Mischzuständen und psychotischen Manien. Die zentralnervösen Nebenwirkungen während einer schnellen Aufdosierung von Carbamazepin können zum Teil erheblich sein, zudem ist eine Kombination mit anderen Medikamenten aufgrund der Induktion des Cytochrom P450 3A4 nur eingeschränkt möglich. Unter gleichzeitiger Therapie mit Carbamazepin werden die Plasmaspiegel von Haloperidol oder Risperidon signifikant gesenkt, was zu deren Wirkabschwächung führen kann. In der Langzeittherapie sind auch Interaktionen beispielsweise mit Antidepressiva oder Antikonzeptiva, die über das Cytochrom-System abgebaut werden, zu berücksichtigen.

Häufige Nebenwirkungen von Carbamazepin in der Akutbehandlung sind zentralnervöser (Schwindel, Sedierung, Doppelbildersehen) und gastrointestinaler Art (Übelkeit, Erbrechen). Diese manifestieren sich vor allem bei schneller Aufdosierung, die jedoch oftmals für eine erfolgreiche Maniebehandlung unumgänglich ist.

In der akuten Manie wird üblicherweise eine Loading-Therapie mit initial 400–600 mg Carbamazepin-Saft und konsekutiver Dosissteigerung vorgeschlagen. Der therapeutische Blutspiegel orientiert sich in Ermangelung kontrollierter Untersuchungen bei Bipolaren Störungen an den Empfehlungen für die Epilepsie. Höhere Blutspiegel > 12 mg/l führen fast regelhaft zu deutlichen ZNS-Nebenwirkungen.

— Neuroleptika

Typische Neuroleptika: Typische Neuroleptika, vor allem Haloperidol, gelten unverändert als Mittel der ersten Wahl bei akuter Manie. Insbesondere in Notfallambulanzen und im stationären Bereich werden sie nicht zuletzt wegen ihrer intramuskulären Applizierbarkeit eingesetzt. Kontrollierte Studien mit Haloperidol als Vergleichssubstanz (in jedoch sehr unterschiedlichen Tagesdosierungen zwischen 5 mg und 12 mg) wiesen eine vergleichbar gute oder sogar überlegene Wirksamkeit gegenüber den Atypika Risperidon, Quetiapin und Olanzapin nach. Für den Einsatz typischer Neuroleptika sind im Wesentlichen zwei Faktoren limitierend: die hohe Inzidenz akuter extrapyramidal-motorischer Nebenwirkungen



gen neben tardiven Dyskinesien in der Langzeittherapie sowie der fehlende Nachweis einer phasenprophylaktischen Wirksamkeit [4]. Aus diesem Grund sollten sie nur initial und kurzfristig als Notfallmedikament bei einer sonst nicht anders beherrschbaren Manie verwendet werden. Die Behandlung sollte dann möglichst bald auf ein besser verträgliches Medikament umgestellt werden.

Die Dosierung erfolgt, ähnlich wie bei einer akuten schizophrenen Psychose mit starker Agitation, beispielsweise wie für Haloperidol in einer Initialdosis von 5–10 mg. Aufgrund des meist geringeren sedierenden Effektes der typischen Neuroleptika ist eine Kombination mit niederpotenten Neuroleptika oder Benzodiazepinen oft unumgänglich.

Eine interessante Behandlungsalternative unter den typischen Neuroleptika stellt Zuclopenthixol dar, das als Kurzzeit-Depot („Acuphase“) verfügbar ist. Es ist durch eine starke antipsychotische Wirksamkeit bei gleichzeitiger ausgeprägter Sedierung gekennzeichnet und etwa über

drei Tage wirksam. Dadurch kann die wiederholte Verabreichung von Medikamenten in der Initialphase der Maniebehandlung vermieden werden, die zumeist mit nicht unerheblichem Stress sowohl für den Patienten als auch für den Arzt verbunden ist.

Atypische Neuroleptika: Da nicht alle gegenwärtig in der Indikation Manie erhältlichen atypischen Neuroleptika (Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Aripiprazol, Ziprasidon), sowie die klinisch bewährten, aber wissenschaftlich nicht weiter untersuchten Atypika wie Clozapin und Amisulprid ausführlich dargestellt werden können, soll im Folgenden nur kurz auf die besonderen Stärken beziehungsweise Schwächen verschiedener Substanzen eingegangen werden. Die antimanische Wirksamkeit von atypischen Neuroleptika wurde in Placebo-kontrollierten Monotherapie- oder Kombinationsstudien bewiesen.

Olanzapin: Im Rahmen wissenschaftlich kontrollierter (Langzeit-)Studien existieren für Olanzapin die meisten Daten, die eine antimanische Wirksamkeit sowohl bei klassischen Manien als auch bei Mischzuständen, psychotischen Manien und Rapid Cycling belegen und weiterhin zeigen, dass zeitgleich vorhandene depressive Symptome günstig beeinflusst werden. Vor allem bei erregten manischen Patienten ist die i.m.-Applikationsform von Vorteil, deren hoch dosierte Anwendung in Kombination mit Benzodiazepinen i.m. oder i.v. jedoch risikoreich ist. Nachteile einer Therapie mit Olanzapin hinsichtlich der Verträglichkeit machen sich überwiegend in der Langzeittherapie bemerkbar. Wie bei den meisten atypischen Neuroleptika spielen Nebenwirkungen wie akute EPMS nur im Hochdosisbereich, und auch dort nur eine geringe Rolle. Das Risiko tardiver Dyskinesien ist unter Olanzapin weniger ausgeprägt als bei typischen Neuroleptika. Ein Problem stellt die teilweise nicht unerhebliche Gewichtszunahme dar, die zu metabolischen Komplikationen, wie zum Typ-I-Diabetes führen kann. Gegenwärtig sollte man Olanzapin daher bei Patienten mit einer Disposition zu Diabetes mellitus (z. B. Familienanamnese eines Diabetes mellitus, Übergewicht, erhöhte Blutzuckerwerte) vermeiden.

Zu Therapiebeginn wird eine Dosis von 10 mg/Tag vorgeschlagen. Die Dosis kann zwischen 5–20 mg variiert werden, wobei viele Patienten auch von einer höheren Dosis profitieren können.

Risperidon: Auch für Risperidon wurde in kontrollierten Mono- und Kombinationstherapiestudien eine schnelle Wirksamkeit bei akuter Manie nachgewiesen. In Subgruppenanalysen zeigte sich eine vergleichbar gute Wirksamkeit bei psychotischen versus nicht-psychotischen Manien und ein günstiger Einfluss auf depressive Begleitsymptome. Bei hoher Dosierung können Nebenwirkungen wie akute extrapyramidal-motorische Symptome und ein erhöhter Prolaktin-Spiegel auftreten, der zu sexuellen Funktionsstörungen und einer Galaktorrhoe führen kann. Hinsichtlich Gewichtszunahme und weiterer metabolischer Nebenwirkungen scheint Risperidon jedoch verträglicher als zum Beispiel Olanzapin zu sein.

Quetiapin zeichnet sich durch ein sehr gutes Verträglichkeitsprofil bei guter antimanischer Wirksamkeit aus. Nachteile von Quetiapin sind einerseits die fehlenden Erfahrungen in der Akuttherapie schwerst manischer Patienten, andererseits die nur einzige Formulierung als Tablette. Gerade in der Behandlung akut manischer Patienten ist es jedoch hilfreich, weitere Formulierungen wie i.m.-Applikationsformen, Schmelztabletten oder Tropfen zur Verfügung zu haben. Nebenwirkungen wie EPMS oder ein Prolaktin-Anstieg treten unter Quetiapin auch in höheren Dosierungen nicht auf. Auch löst es nur eine geringfügige Gewichtszunahme aus; das Risiko für eine Induktion eines Diabetes mellitus scheint nur gering zu sein.

Für Quetiapin sind nur Dosierungen bis 700 mg untersucht, im klinischen Alltag erscheinen jedoch oft höhere Dosierungen Erfolg versprechender zu sein.

Ziprasidon: Im Unterschied zu den drei vorausgegangenen Substanzen ist Ziprasidon, genau wie Aripiprazol, in Deutschland für die Behandlung der akuten Manie noch nicht zugelassen, da die bisher durchgeführten Studien nicht dem Standard der europäischen Registrierungsbehörden entsprachen. Die Wirksamkeit von Ziprasidon wurde in zwei Studien im Vergleich zu Placebo bei psychotischen sowie bei nicht psychotischen Patienten gezeigt. Hier beeinflusste es die depressive Begleitsymptomatik günstig.

Ein Vorteil von Ziprasidon liegt in der Möglichkeit der i.m.-Applikation. Bezüglich des Verträglichkeitsprofils ist die Gewichtsneutralität hervorzuheben, auch metabolische Entgleisungen scheinen nicht aufzutreten. Jedoch wurde in Studien eine erhöhte Häufigkeit von Akathisie und Agitation im niederen Dosisbereich beschreiben, was gerade in der Maniebehandlung eine Schwierigkeit darstellt.

Aripiprazol: Auch Aripiprazol wurde in Mono- und Kombinationstherapiestudien in der Indikation akute Manie un-





tersucht. Da eine Wirksamkeit über mindestens zwölf Wochen demonstriert werden konnte, wurde bei den europäischen Behörden die Zulassung für die akute Maniebehandlung beantragt. Die Studien geben jedoch nur relativ wenige Informationen zu Patienten-Subgruppen (z. B. Patienten mit psychotischen Manien oder Mischzuständen), da fast nur klassisch manische Patienten eingeschlossen wurden. Vorteil einer Behandlung mit Aripiprazol ist die einfache Dosierbarkeit mit täglicher Einmalgabe von 15 mg beziehungsweise 30 mg. Die Aripiprazol-Therapie ist nicht mit einer Gewichtszunahme oder metabolischen Entgleisungen assoziiert (Datenlage jedoch relativ gering). Nachteilig ist jedoch, ähnlich wie bei Ziprasidon, eine erhöhte Inzidenz von Akathisie und Agitation.

Therapie der akuten bipolaren Depression

Die Akutbehandlung der bipolaren Depression ist häufig komplizierter als die der Manie und die langfristige Behandlung erfolgt immer vor dem Hintergrund eines hohen Suizidrisikos. Etwa 15% der bipolaren Patienten versterben an Suizid [6], der überwiegende Anteil während einer depressiven Phase. Damit stellt die Behandlung der bipolaren Depression eine therapeutische Herausforderung dar, die weiterer Therapiealternativen bedarf.

Auch wenn die akute Manie als Charakteristikum der bipolaren Störung gilt, so wird der langfristige Verlauf eindeutig durch depressive Phasen bestimmt. Im Vergleich zu Patienten mit unipolaren berichten Patienten mit bipolaren Depressionen über erheblich stärkere Beeinträchtigungen in verschiedensten Bereichen, wie bei der Arbeit und Ausbildung sowie im sozialen und Familienleben [5].

Gemäß Empfehlungen internationaler Leitlinien [7] werden in der Behandlung bipolarer Depressionen primär Stimmungsstabilisierer und Antidepressiva eingesetzt. Während nach den US-amerikanischen Leitlinien aufgrund des vermuteten Switch-Risikos durch Antidepressiva zunächst eine Monotherapie mit Stimmungsstabilisierern bevorzugt wird [8], besteht in Europa der Konsens, direkt mit einer Kombinationstherapie aus Stimmungsstabilisierern und einem Antidepressivum zu beginnen. In jüngster Zeit zeigten zudem atypische Neuroleptika antidepressive Eigenschaften bei bipolaren Patienten [9, 10], sodass diese zukünftig ein weiteres Standbein der Therapie darstellen könnten. Nachfolgend wird kurz die Wirksamkeitsevidenz von verschiedenen pharmakologischen Therapieoptionen dargestellt.

— Antidepressiva

Antidepressiva wurden bei bipolar depressiven Patienten in Monotherapie oder in Kombination mit einem Stimmungsstabilisierer nur in wenigen kontrollierten kleinen Studien untersucht, die aufgrund der kleinen Fallzahl für sich nur wenig aussagekräftig sind; eine Cochrane-Metaanalyse [11] belegt jedoch eindeutig die Wirksamkeit von SSRI, MAO-Inhibitoren, Bupropion und trizyklischen Antidepressiva. Die höchste Wirksamkeit scheint demnach für SSRI gegeben; dies wird auch in einer weiteren Vergleichsstudie von Sertralin versus Venlafaxin versus Bupropion [12] bestätigt. Venlafaxin scheint außerdem bei Bipolar-II-Depressionen wirksam zu sein [13].

Die Monotherapie mit Antidepressiva bei bipolaren Depressionen ist kritisch, da vor allem die trizyklischen Antidepressiva und Venlafaxin ein erhöhtes Risiko für einen Switch in die (Hypo-)Manie tragen. Dieses Risiko erscheint für die SSRI zwar deutlich geringer und noch statistisch signifikant, aber sicher nicht klinisch relevant zu sein. Da die Langzeitbehandlung bipolarer Störungen in jedem Fall die kontinuierliche Therapie mit einem Stimmungsstabilisierer vorsieht, sollten diese bei bipolarer Depression in Kombination mit einem Antidepressivum gegeben werden. Einige Stimmungsstabilisierer sind eigenständig, zusätzlich antidepressiv wirksam.

— Stimmungsstabilisierer

Für die Akutbehandlung bipolarer Depressionen mit Stimmungsstabilisierern sind Lithium, Lamotrigin und Olanzapin von Interesse. Diese Medikamente sollen nicht nur einem Rückfall vorbeugen, sondern gleichzeitig in der Akuttherapie erfolgreich sein.

Lithium: Die kombinierte Analyse von elf Studien weist auf eine akut antidepressive Wirksamkeit von Lithium hin. In der Monotherapie scheint diese jedoch schwächer ausgeprägt als die eines klassischen Antidepressivums zu sein [14]. Zur



Lithium-Augmentationstherapie speziell bei bipolaren Patienten gibt es keine kontrollierten Daten. Die klinische Erfahrung, zum Beispiel aus dem Berliner Algorithmusprojekt [15], das auch bipolar depressive Patienten einschloss, zeigt jedoch, dass hier von einer gleich guten Wirksamkeit wie bei unipolaren Depressionen auszugehen ist.

Lamotrigin verfügt über die beste Studienlage unter den Stimmungsstabilisierern zur Akutbehandlung bipolarer Depressionen. In einer großen Studie [16] zeigte es in Monotherapie bei einer Dosis von 200 mg pro Tag eine mittelgradige Effektstärke. Diese konnte jedoch nicht in allen folgenden Studien repliziert werden. Lamotrigin scheint zusätzlich, ähnlich wie Lithium, eine augmentative Wirksamkeit zu haben [17] und bietet sich vor allem dann an, wenn depressive Phasen im Vordergrund stehen.

— Atypische Neuroleptika

Bisher wurden die zwei Atypika Olanzapin und Quetiapin systematisch auf ihre Wirksamkeit bei der bipolaren Depression hin untersucht. Olanzapin war in der Akutbehandlung bipolar depressiver Patienten bei kombinierter Analyse zweier Studien gegenüber Placebo signifikant besser wirksam [10]. Olanzapin allein war jedoch nur gering wirksam, erst in Kombination mit Fluoxetin war ein klinisch relevanter antidepressiver Effekt nachweisbar.



In der bisher einzigen kontrollierten Studie zur Quetiapin-Monotherapie bei bipolarer Depression dagegen [9] konnte mit 300 mg und 600 mg Quetiapin/Tag eine gegenüber Placebo überlegene und deutlich antidepressive Wirksamkeit bereits nach einer Woche gezeigt werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wäre es voreilig, Atypika als Monotherapie der ersten Wahl bei bipolarer Depression zu empfehlen. Jedoch sollten sie zumindest in Kombinationstherapien bei Patienten, die auf Antidepressiva und Stimmungsstabilisierer nicht hinreichend ansprechen, in Betracht gezogen werden.

— Weitere Therapieoptionen

Bei Therapieresistenz gibt es neben den erwähnten medikamentösen Optionen auch weitere wie zum Beispiel die Hochdosisaugmentation mit Schilddrüsenhormonen oder Stimulanzien. Auch die Schlafentzugstherapie ist bei bipolarer Depression wirksam [18], jedoch ist hier das Switch-Risiko zu beachten. Die Elektrokampftherapie spricht bei schwerer bipolarer Depression genauso gut an, wie bei unipolarer [19]. Die transkranielle Magnetstimulation oder Vagusnerv-Stimulation sind bisher in der Indikation bipolare Depression bislang nur unzureichend untersucht.

Neben allen medikamentösen und technischen Verfahren sollte eine adäquate Psychotherapie auf

keinen Fall vergessen werden. Der Einsatz fokussierter Therapien, beispielsweise einer kognitiven Verhaltenstherapie oder einer interpersonellen Psychotherapie, ist bei bipolar depressiven Patienten durchaus sinnvoll und sollte den Betroffenen, wann immer es möglich ist, zukommen.

Bipolare Depressionen sind in der Therapieforschung bisher wenig systematisch untersucht worden. Evidenzbasiertes Wissen aus kontrollierten Studien und klinische Erfahrung legen jedoch nahe, die Kombinationstherapie mit einem modernen Antidepressivum und

einem Stimmungsstabilisierer gegenwärtig als medikamentöse Therapieoption der ersten Wahl zu sehen.

Phasenprophylaxe

Bipolare Patienten sind in einem erheblichen höheren Maße durch Rückfälle gefährdet als Patienten mit rezidivierenden unipolaren Depressionen [20]. Eine Langzeittherapie ist nicht nur sinnvoll, um neue Krankheitsepisoden zu verhindern, sondern wirkt sich auch günstig auf andere Faktoren der Morbidität wie beispielsweise auf das Suizidrisiko aus, das durch eine erfolgreiche Langzeittherapie etwa um das fünf- bis sechsfache gesenkt werden kann. In der Langzeittherapie ist eine gute Verträglichkeit von entscheidender Bedeutung, um die Compliance des Patienten langfristig zu erhalten. Neben den bewährten Phasenprophylaktika werden in neuerer Zeit zunehmend auch andere Medikamente in der Langzeittherapie eingesetzt, zum Beispiel atypische Neuroleptika meist in Kombinationstherapie. Während physikalische Therapien, wie Erhaltungs-Elektrokampftherapie oder Vagusnerv-Stimulation, bisher nur eine untergeordnete Rolle spielen, ist der Erfolg psychologischer Interventionen wie Psychoedukation und Psychotherapie für den Langzeitverlauf bipolarer Störungen mittlerweile belegt [21].

— Lithium

Die herausragende Rolle von Lithium als Phasenprophylaktikum bei bipolaren Störungen ist seit langem bekannt und durch neuere Untersuchungen auch methodologisch klar belegt [22]. Den deutlichsten prophylaktischen Effekt in der Verhütung neuer manischer Episoden zeigt Lithium bei Patienten mit typischen Bipolar-I-Erkrankungen. Prädiktoren eines guten Lithium-Response sind: wenige Episoden in der Vorgeschichte (insbesondere kein Rapid-Cycling-Verlauf), ausschließlich typisch euphorisch auftretende Manien, fehlende Komorbiditäten (insbesondere mit Suchterkrankungen), familiär gehäuft vorliegende bipolare Störungen – verbunden mit einem guten Ansprechen auf Lithium bei erkrankten Blutsverwandten – sowie ein Krankheitsverlauf, der typischerweise zunächst mit

einer Manie beginnt und von einer Depression gefolgt wird. In einem so charakterisierten Patientenkontext liegt die Ansprechrate für die Lithium-Prophylaxe bei 70%. Bei einem Krankheitsbild mit „umgekehrtem Vorzeichen“ ist die Ansprechrate mit etwa 30% jedoch deutlich schlechter: psychotische Manien und Mischzustände in der Vorgeschichte, häufige Episoden, Komorbidität und negative Familienanamnese, sowie ein Krankheitsverlauf der initial mit einer Depression beginnt, gefolgt von einer Manie. Da jedoch bei der Mehrzahl der Patienten einer oder mehrere dieser negativen Prädiktoren vorliegen, ist eine Lithium-Monotherapie oft nur bei einer Untergruppe relativ „unkomplizierter“ bipolarer Patienten erfolgreich.

Bei Bipolar-II-Patienten wird eine vergleichbar gute Wirksamkeit wie bei Bipolar-I-Patienten vermutet [2]. Zur Kombinationstherapie mit Lithium, die als Therapieoption der ersten Wahl bei Patienten mit Rapid Cycling eingesetzt werden könnte, gibt es nur wenige Untersuchungen; Denicoff et al. [23] zeigten, dass die Kombination von Lithium und Carbamazepin (gegebenenfalls auch die Dreifach-Kombination von Lithium, Carbamazepin und Valproat), jeder Monotherapie mit einer der drei Substanzen deutlich überlegen war.

Weiterer Vorteil der Lithium-Langzeittherapie ist die in mehreren Studien beobachtete antisuizidale Wirksamkeit, die jedoch eine gute Compliance des Patienten voraussetzt, da ein abruptes Absetzen von Lithium neben einem hohen Rückfallrisiko [24] auch mit erheblicher „Rebound“-Suizidalität [25] einhergeht. Bei einer Langzeitprophylaxe ist die Compliance bei vielen Patienten aufgrund des Nebenwirkungsprofils von Lithium aber nur eingeschränkt vorhanden. Subjektiv belastende Nebenwirkungen wie vermehrter Durst, Polyurie, Tremor, kognitive Einschränkungen sowie Gewichtszunahme führen häufig zum Therapieabbruch. Außerdem führt die





Lithium-Therapie vor allem bei Frauen in bis zu 18% der Fälle zu einer manifesten Hypothyreose [26]. Eine potenziell nephrotoxische Wirkung von Lithium wird kontrovers diskutiert; insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion, aber auch durch starkes Schwitzen mit verminderter Flüssigkeitszufuhr, kann es zu einer kritischen Akkumulation von Lithium mit irreversiblen neurotoxischen Schäden kommen. Aus diesem Grund sind vor allem zu Therapiebeginn engmaschige Blutspiegelkontrollen erforderlich, die oftmals aber die Compliance beeinträchtigen. Doch auch unter zuverlässigen Einnahmebedingungen stellt die Lithium-Therapie kein „Allheilmittel“ dar. In einer Untersuchung von Gitlin et al. [27], in der bipolare Patienten durchschnittlich über 4,3 Jahre prospektiv beobachtet wurden, bleiben nur ein Drittel der Patienten rückfallfrei und weniger als 30% erreichten eine gute berufliche Rehabilitation.

— Carbamazepin

Lange Zeit war Carbamazepin neben Lithium die einzige für die Langzeittherapie bipolarer Störungen zugelassene Substanz in Deutschland. Dabei wurde Carbamazepin traditionell als Ausweichmedikament bei Nichtwirksamkeit oder nicht tolerierbaren Nebenwirkungen von Lithium eingesetzt. Es gibt nur wenige Placebo-kontrollierte Langzeitstudien zur Wirksamkeit von Carbamazepin, die auch nur annähernd dem heutigen methodologischen Stand für Langzeitstudien entsprechen [28]. Eine doppelblinde, randomisierte Untersuchung aus den Niederlanden [29], in der Carbamazepin mit Lithium über einen Zeitraum von zwei Jahren verglichen wurde, weist zu Studienende eine signifikant bessere langzeitprophylaktische Wirksamkeit von Lithium nach.

Ähnlich wie bei Lithium können auch bei Carbamazepin nicht unerhebliche Nebenwirkungen die Langzeittherapie erschweren. Seitens der subjektiven, den Patienten beeinträchtigenden Nebenwirkungen sind hier Schwindel, Sedierung, sowie Doppelbildsehen (insbesondere in der Aufdosierungsphase) zu nennen. Eine initiale Erhöhung der Leberenzyme, die sich bei vielen Patienten zeigt, ist jedoch klinisch meist nicht relevant. Von klinischer Relevanz ist dagegen das teratogene Risiko (Neuralrohrdefekte in bis zu 2% der Schwangerschaften) und die potenzielle Verlängerung der QTc-Zeit. Weiterhin kann unter Carbamazepin – und weitaus häufiger unter Oxcarbazepin – aufgrund einer ADH-ähnlichen Wirkung eine Hyponatriämie auftreten. Die Interaktion mit Kontrazeptiva und Neuroleptika wie Haloperidol oder Risperidon, aber auch mit verschiedenen Antidepressiva, limitiert den Einsatz von Carbamazepin in der Kombinationstherapie deutlich. Problematisch ist außerdem die Kombination mit anderen Stimmungsstabilisierern aus der Gruppe der Antikonvulsiva (Valproat und Lamotrigin). Da mittlerweile wirkungsvollere und zum Teil auch besser verträgliche Alternativen, wie Oxcarbazepin in der Langzeittherapie bipolarer Patienten zur Verfügung stehen [28], wird Carbamazepin zukünftig weniger häufig eingesetzt werden.

— Valproat

Obwohl es für die Langzeitbehandlung bipolarer Störungen in Deutschland nicht zugelassen ist, werden im Rahmen des Off-label-use nicht wenige Patienten langfristig mit Valproat behandelt, meist nach der erfolgreichen Akutbehandlung einer Manie [30]. Bei Rapid-Cycling-Patienten scheint die Langzeittherapie mit Valproat als Monotherapie derjenigen mit Lithium oder anderen Stimmungsstabilisierern überlegen zu sein [31, 32]. In höheren Dosen (Blutspiegel über 100 mg/l) können jedoch auch die Nebenwirkungen von Valproat beträchtlich und subjektiv belastend sein. Im Unterschied zu Carbamazepin ist Valproat mit den meisten anderen Psychopharmaka gut kombinierbar, lediglich in der Kombination mit Carbamazepin und Lamotrigin sind entsprechende Dosisanpas-

sungen vorzunehmen. Bei Patienten, die auf Valproat in der Akuttherapie gut angesprochen haben, sollte die Substanz durchaus auch für die Langzeittherapie erwogen werden. Dies gilt insbesondere für Patienten mit einem Rapid Cycling, bei denen die Lithiumtherapie eine nur mäßige Wirksamkeit zeigt.

— Lamotrigin

Seit etwa einem Jahr ist Lamotrigin in Deutschland für die Prophylaxe bipolarer Depressionen zugelassen. Darüber hinaus scheint Lamotrigin bei Patienten mit Rapid-Cycling-Verlauf, insbesondere Bipolar-II-Patienten, wirksam zu sein [33]. Hinsichtlich des Nebenwirkungsprofils schätzen Patienten Lamotrigin als die am besten verträglichste Alternative in der Phasenprophylaxe ein. Die subjektiven Beeinträchtigungen sind bei üblichen Dosierungen (200 mg pro Tag) gering. Aufgrund des gehäufteten Auftretens allergischer Reaktionen als schwerwiegende Nebenwirkung, insbesondere bei zu rascher Aufdosierung, ist Lamotrigin entsprechend den Herstellervorschriften langsam einzudosieren. Besonders positiv unter einer Lamotrigin-Therapie ist die fehlende Gewichtszunahme sowie die nach bisherigen Beobachtungen nicht vorhandene Teratogenität. Infolge von Interaktionen mit Kontrazeptiva kann der Gestagenanteil durch Lamotrigin gesenkt werden, was vor allem bei der so genannten „Minipille“ zu einer unzureichenden Kontrazeption führen kann. Umgekehrt können aber auch Kontrazeptiva den Lamotrigin-Spiegel senken. Weitere Interaktionen bestehen mit Valproat und Carbamazepin; daher muss Lamotrigin bei gleichzeitiger Therapie vom allgemeinen Schema abweichend aufdosiert werden. Insgesamt stellt Lamotrigin eine neue und interessante Alternative in der Langzeitbehandlung bipolarer Patienten dar, insbesondere wenn häufige Depressionen bis hin zu einem Rapid Cycling den Krankheitsverlauf prägen. Durch die ge-





nerell gute Verträglichkeit sind Compliance-Probleme wegen Nebenwirkungen zudem weniger häufig zu erwarten.

— Olanzapin

Auch den atypischen Neuroleptika werden langfristig stimmungsstabilisierende Eigenschaften zugeschrieben, die derzeit jedoch nur für Olanzapin erwiesen sind. Olanzapin zeigte in insgesamt vier Studien phasenprophylaktische Wirksamkeit, besonders in Bezug auf manische Episoden. Auch neue depressive Episoden verhinderte es signifikant, jedoch weniger ausgeprägt. Bezüglich des Nebenwirkungsprofils werden derzeit metabolische Veränderungen als potenzielle Gefahr in der Langzeittherapie diskutiert. Durch die oft deutliche Gewichtszunahme kann es zu Diabetes mellitus vom Typ I sowie zu einer Hyperlipidämie kommen. Deshalb sollte bei Risikopatienten eine Olanzapin-Therapie nicht primär erwogen werden. Ansonsten gilt es, insbesondere in den ersten sechs Therapiemonaten, regelmäßige Blutzuckerkontrollen vorzunehmen, da die Mehrzahl der Diabetesfälle bisher zu Therapiebeginn beobachtet wurde [34]. Über die mögliche Gewichtszunahme und den damit verbundenen Komplikationen unter einer Olanzapin-Therapie (wie auch mit anderen Medikamenten beispielsweise Valproat oder Lithium), sollte der Patient frühzeitig informiert werden, sodass ein entsprechender Ausgleich durch diätetische Maßnahmen veranlasst werden kann. Olanzapin scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt insbesondere für diejenigen Patienten eine Therapiealternative darzustellen, bei denen schwere, häufig wiederkehrende Manien oder gemischte Episoden den Krankheitsverlauf bestimmen.

— Weitere Therapieoptionen

Neben den erwähnten Substanzen werden auch andere Medikamente für die Langzeittherapie bipolarer Patienten eingesetzt. Der Einsatz von Antidepressiva wird kontrovers diskutiert: Ihre Wirksamkeit erscheint erwiesen, aber das so genannte Switch-Risiko oder die Frage, ob sie ein Rapid Cycling induzieren könnten, sind Gegenstand wissenschaftlicher Debatten [11]. Zumindest für neuere Antidepressiva aus der Gruppe

der SSRI erscheint das Switch-Risiko eher gering und durch die gleichzeitige Gabe eines Stimmungsstabilisierers gut kontrollierbar zu sein. Deshalb stellen moderne Antidepressiva bei bipolaren Patienten mit schweren, rezidivierenden Depressionen eine mögliche Ergänzung der Langzeittherapie dar [35].

Neben medikamentösen Maßnahmen sollte unbedingt eine begleitende Psychotherapie und/oder Psychoedukation erfolgen. Wie eine kontrollierte Studie von Lam [36] nachwies, wirken kognitive Verhaltenstherapien in Kombination mit Medikamenten rückfallprophylaktisch. Ebenso verhindert die Gruppenpsychoedukation – in der täglichen Praxis arbeitsökonomischer durchführbar – in Kombination mit einer medikamentösen Therapie deutlich das Rückfallrisiko [37]. Schaub et al. [38] bieten hierzu ein deutschsprachiges, anschauliches Manual für die Einzel- und Gruppentherapie an.

Noch sind viele Fragen zur Rückfallprophylaxe bipolarer Störungen nur unzureichend beantwortet, zum Beispiel, bei welchen Patienten zu welchem Zeitpunkt primär auch Kombinationstherapien erfolgen sollten und welche Kombinationen den größten Nutzen bei geringsten Nebenwirkungen versprechen. Die derzeitige Situation ist noch unbefriedigend, da selbst ein bewährtes Medikament wie Lithium langfristig nur einem geringeren Anteil der Patienten Rückfallfreiheit zu garantieren scheint. Aus diesem Grund ist es meist erforderlich, nicht nur Kombinationstherapien zu veranlassen, sondern auch anhand weiterer Maßnahmen, wie Psychoedukation und Psychotherapie, für jeden Patienten ein optimiertes und seinem Krankheitsverlauf angepasstes Therapieprogramm zu erstellen.

Literatur bei den Verfassern

Dipl. Psych. Britta Bernhard
Dr. med. Anna Forsthoff
Dr. med. Florian Seemüller
Dipl. Psych. Sandra Dittmann
Dr. med. Christoph Born
Dr. med. Heinz Grunze

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Nußbaumstr. 7, 80336 München,
E-Mail: Britta.Bernhard@med.uni-muenchen.de



„Unzeitgemäße Zeitgenossen“ des Bildhauers Bernd Göber in der Leipziger Innenstadt

4. Sächsisches Symposium „Bipolare Erkrankungen“

Es bewegt sich was!

Der bayerische König Ludwig II., der Schriftsteller August Strindberg, der Musiker Otto Klemperer – sie alle hatten eines gemeinsam: bipolare Störungen. Aber wie damals, so sprechen auch heute noch viele Menschen eher mit vorgehaltener Hand über diese Erkrankung. Damit sich das endlich ändert, kämpft die Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen (DGBS e. V.) gegen die Stigmatisierung der bipolar Kranken, für eine bessere Versorgung der Patienten und für eine verstärkte Forschung. Das 4. Sächsische Symposium „Bipolare Erkrankungen“ am 3./4.12.2004 in Leipzig brachte Einblicke in neueste Forschungsergebnisse und in die Aktivitäten von Ärzten und Selbsthilfeorganisationen.

Patienten mit bipolaren Störungen leiden drei- bis 20-mal länger unter Depressionen als unter einer Manie. Zudem haftet ihnen ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 20-fach höheres Risiko an, sich das Leben zu nehmen. Dabei geschehen die Suizide meistens in der depressiven Phase. Es ist also wichtig, eine bipolare Depression frühzeitig zu erkennen beziehungsweise bipolare Störungen von einer unipolaren Depression abzugrenzen, erklärte PD Dr. Stephanie Krüger, Dresden.

Im Vergleich zur unipolaren Depression treten bei der bipolaren Depression einige Merkmale stärker in den Vordergrund. Dazu gehören

- melancholische Merkmale mit Wertlosigkeitsgefühl, Anhedonie, erstarrten Gefühlen, Biorhythmusstörungen;
- psychomotorische Retardierung mit starrer emotionaler Reagibilität, Bewegungsarmut, verlangsamter verbaler Response;
- atypische Merkmale bei Bipolar-II-Störungen mit Hypersomnie, Hyperphagie, Schweregefühl und Müdigkeit;
- psychotische Symptome und „harte“ Suizidversuche, und zwar häufiger bei Frauen als bei Männern beziehungsweise häufiger bei Bipolar-II- als bei Bipolar-I-Störungen.

Weniger typisch sind hingegen:

- Angst in der akuten Episode,
- Einschlafstörungen,
- Weinerlichkeit und
- Tendenz, anderen die Schuld an der Erkrankung zu geben.

Eine Besonderheit bei der bipolaren Depression ist der Mischzustand, bei dem depressive und manische Symptome gleichzeitig bestehen.

Nach Untersuchungen von Hirschfeld et al. (2003) leiden Patienten mit bipolarer Depression unter schwereren Symptomen als Patienten mit unipolarer Depression. Dieser Unterschied, gemessen anhand der Center-for-Epidemiological-Studies-Depression (CES-D)-Skala, ist signifikant. Dabei wird gerade das Alltagsleben der Patienten stark beeinträchtigt. Dies gilt für Beruf beziehungsweise Schule, Sozialkontakte, Freizeit und Familie. FORTSETZUNG S. 71 —



Hohe Suizidalität

Was die Suizidalität angeht, sprechen die Zahlen einer finnischen Studie eine deutliche Sprache: Insgesamt waren 1.397 Selbstmordtote registriert worden; 31 der Opfer waren Bipolar-I-Patienten, 79% hatten den Suizidversuch in einer depressiven Phase begangen.

Für die Therapie der bipolaren Depression kommen vor allem Stimmungsstabilisatoren wie Lithium, Valproat, Carbamazepin und Lamotrigin in Frage. Jüngere Studien haben gezeigt, dass zur Akuttherapie der Bipolar-I-Depression auch Atypika wie Quetiapin (Calabrese et al., 2004) und Olanzapin, vor allem in Kombination mit Fluoxetin (Tohen et al., 2003), günstige Effekte haben.

Welches Medikament zur Prophylaxe eingesetzt wird, hängt vom Typ der bipolaren Depression ab. Bei Bipolar-I-Depression, vor allem mit Suizidalität, empfiehlt sich in den akuten Episoden Lithium, das eine eigenständige anti-suizidale Wirkung hat. Bei Bipolar-II-Depression empfiehlt sich Lamotrigin. Antidepressiva sollten maximal sechs Monate beibehalten werden, da sie das Risiko erhöhen, dass ein Switch in die Manie stattfindet. Risikofaktoren, die einen solchen Switch begünstigen sind

- weibliches Geschlecht,
- melancholischer Subtyp,
- Depression mit psychotischen Merkmalen und
- Rapid Cycling.

Ein Switch lässt sich weder durch klassische Neuroleptika noch durch Benzodiazepine, Antikonvulsiva oder Lithium verhindern.

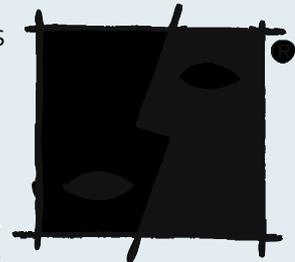
Regeln bei schwerer Manie

Auch die Manie bei bipolaren Störungen hat viele Gesichter und ist keinesfalls mit einer Euphorie gleichzusetzen, betonte Prof. Dr. Peter Bräunig, Chemnitz. Die Therapie der Manie hat neben den positiven Symptomen auch die negativen, kognitiven und psychotischen Symptome sowie die motorische Symptomatik im Fokus. Zunächst geht es aber darum, eine rasche Stimmungsstabilisierung herbeizuführen. Eine besondere Herausforderung ist die schwere Manie, die als Notfall zu betrachten ist. Zur Behandlung gab Bräunig praktische Empfehlungen:

- Gabe von Benzodiazepinen, beispielsweise Lorazepam 2–10 mg;
 - Gabe eines Stimmungsstabilisierers und/oder eines Atypikums, beispielsweise 1.000 mg Valproinsäure, 500–800 mg Quetiapin, 10 mg Olanzapin oder 3–6 mg Risperidon;
 - Monitoring des anbehandelten Patienten;
 - halbstündliche Visite in den ersten vier Stunden;
 - Anpassung der Medikation/Nachdosierung in Abhängigkeit vom klinischen Bild (gilt für Benzodiazepine; ein Nachdosieren des Stimmungsstabilisierers/Atypikums ist zu diesem Zeitpunkt nicht sinnvoll);
 - vorübergehende Fixierung bei schwerster Erregung zu Beginn der Notfalltherapie (klare Anordnung sowie Dokumentation von Indikation/Gefährdungsmomenten, Risiken und Dauer der Maßnahme).
- Bräunig wies auf Fehler hin, die bei der Notfallbehandlung eines Maniepatienten vermieden werden sollten:
- fehlende Planung der therapeutischen Maßnahmen;

DGBS: Auch die Politik muss für suffiziente Betreuung sorgen

Die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS e.V.) wurde 1999 gegründet. Nach drei Jahren hat sich die Gesellschaft den Selbsthilfegruppen geöffnet mit dem Ziel, den Erfahrungsaustausch zwischen Professionellen, Betroffenen und ihren Angehörigen sowie allen am Gesundheitswesen Beteiligten zu fördern. In Deutschland lagen – und liegen – Forschung und Lehre, Vernetzung der Selbsthilfegruppen sowie die Information der Öffentlichkeit über bipolare Störungen im Argen.



„Die Erkrankung war in ihrer ganzen Tragweite gar nicht existent in den Köpfen der Ärzte, Familien und der Betroffenen, geschweige denn der Gesundheitspolitiker und Krankenhausplaner“, erläuterte Prof. Dr. Peter Bräunig von der Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik am Klinikum Chemnitz. Inzwischen ist die Mitgliederzahl der DGBS von ursprünglich sieben auf mehr als 500 angewachsen. Die Gründung der Gesellschaft erwies sich laut Bräunig als Erfolgsgeschichte; die Veranstaltungen erhielten von Anfang an großen Zuspruch sowohl seitens der Ärzteschaft als auch der Betroffenen und Angehörigen. Und das Interesse steigt weiter an: „Hielten wir eine Besucherzahl von 30 bis 40 bislang schon für einen Erfolg, so sind wir von den 104 Teilnehmern bei diesem 4. Sächsischen Symposium geradezu überwältigt“, so Bräunig. „Das zeigt auch, dass wir das Thema gefördert haben, und damit die Betroffenen und Familien ermutigt wurden, sich nicht mehr zu verstecken, sich zu informieren und mit dem Problem unbefangener umzugehen.“

Von der Gesundheitspolitik erwartet Bräunig, dass sie mit dafür Sorge trägt, dass diese Patientengruppe tatsächlich komplett behandelt werden kann. Denn es gebe enorme Barrieren, die eine suffiziente ambulante Behandlung bipolarer Patienten behinderten. Entsprechend der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Lage sollte ein Patient den niedergelassenen Arzt – rein rechnerisch betrachtet – maximal dreibis viermal im Quartal aufsuchen. Bräunig: „Das ist für Patienten mit bipolaren Störungen überhaupt nicht ausreichend. Und in Zeiten, in denen die Klinikverweildauer immer kürzer wird und die Patienten in gerade stabilisiertem Zustand entlassen werden, benötigen sie engmaschige ambulante Weiterbehandlungen, sonst erkranken sie erneut und müssen wieder in die Klinik. Die Politik muss dafür sorgen, dass hier störungsspezifische, poststationäre Rehabilitations- und Therapieprogramme umgesetzt werden können. Und diejenigen, die diese Behandlungen leisten, sollten dafür auch entsprechend honoriert werden können“, forderte Bräunig.

Tipp! Die erste Fortbildungsveranstaltung der DGBS in diesem Jahr findet am Samstag, den 19.3.2005, unter dem Titel „Bipolare Erkrankungen – Psychoedukation im Kontext neurobiologischer Erkenntnisse und optimierter Therapie“ in München statt. Anmeldungen für das gemeinsam mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität initiierte Symposium unter www.dgbs.de/anmelden oder per Fax (0 40) 88 15 09 80 (s. auch Termine im Journal-Teil, S. 112 f.).



- unzureichende Dokumentation der unmittelbaren Vorgeschichte (z. B. Angaben des Notarztes) und der erhobenen Befunde;
- unzureichende Begründung (Dokumentation) freiheitsentziehender Maßnahmen;
- Einsatz typischer Neuroleptika in der „First-line-Therapie“;
- unnötige Hochdosierung typischer Neuroleptika mit der Zielsetzung, den Patienten zu sedieren;
- Anwendung niedrig potenter Neuroleptika zum Zweck der Sedierung (es gibt keine Studien, die den Sinn einer solchen Maßnahme belegen);
- Anwendung von Benzodiazepinen als „Second-line-Therapie“, weil der Patient mit typischen Neuroleptika nicht beruhigt werden konnte;
- Verkennung einer Akathisie als „manische Erregung“ mit der Folge einer Nachdosierung des typischen Neuroleptikums;
- unnötig lange freiheitsentziehende Maßnahmen;
- fehlende Zuwendung/Gespräche.

Problemfeld Rapid Cycling

Ein Langzeitproblem bei Patienten mit bipolaren Störungen ist Rapid Cycling (RC). Ralph Kupka, M.D. Ph.D., Utrecht/Niederlande, stellte die Ergebnisse der jüngsten Studien vor. Er zog daraus den Schluss, dass es nur drei Doppelblindstudien über die Behandlung von

RC in der Literatur gibt. Eine Studie belegt, dass Lamotrigin bei RC – vor allem bei Bipolar-II-RC – etwas effektiver ist als Placebo. Eine andere Studie, die Lithium und Valproinsäure verglich, zeigt, dass beide Medikamente gleich ineffektiv sind. Aus diesen und weiteren Ergebnissen einer Metaanalyse ergibt sich, dass sich die Vorteile von Antikonvulsiva bei der Behandlung von RC in der Literatur nicht beweisen lassen. Eine dritte Studie belegt eine kurzfristige Besserung der Manie unter Olanzapin im Vergleich zu Placebo, zeigt aber keinen deutlichen langfristigen Effekt auf depressive und manische Episoden.

Das Problem: Die Kurzeffektivität hat für Rapid-Cyclern in der Praxis wenig Bedeutung. Entscheidend ist die Langzeitprophylaxe. Der Behandlungsplan sollte zumindest mehrere Monate umfassen, bevor sich der Arzt ein Urteil über die Wirkung bildet. Außerdem müssen realistische Therapieziele angestrebt und diese mit dem Patienten besprochen werden. Dabei kann es nicht um anhaltende Remissionen gehen, aber um einen milderen Verlauf der Episoden.

Die Basis der Behandlung von Patienten mit RC sind Stimmungsstabilisatoren wie Lithium, Valproinsäure, Carbamazepin, Lamotrigin, eventuell auch Olanzapin. Schwerere Depressionen kann und muss man manchmal mit Antidepressiva behandeln, so Kupka, trotz des Risikos eines Switches in die Manie.

Immer sind jedoch individuelle Entscheidungen zu treffen.

Die interessantesten Ergebnisse liefert laut Kupka eine neue Studie. Die Untersucher (E. Vieta, J. Calabrese et al., 2004) analysierten einen großen Datenpool und verglichen die Wirkung von Olanzapin mit Placebo bei Patienten mit RC und solchen mit Bipolar-I-Störungen ohne RC. Dabei wurde einmal der Akutrespons innerhalb von drei bis vier Wochen beurteilt. Es zeigte sich bei den Rapid Cyclern ein mehr als 50 % besseres akutes Ansprechen als bei den Non-Rapid Cyclern, gemessen anhand der Young Mania Rating-Skala (YMRS). Diese Überlegenheit bezüglich der manischen Symptomatik schlägt sich auch im Zeitraum bis zur Besserung nieder: Bei Rapid Cyclern betrug dieser zwei Wochen, bei den Non-Rapid Cyclern dagegen drei Wochen. Das bedeutet, dass Olanzapin vor allem bei Rapid Cyclern in der akuten Phase Vorteile bringt.

In der Folgezeit von zwölf Beobachtungsmonaten drehte sich dieses Verhältnis allerdings um. So traten Remissionen (symptomatic remission) von manischen und depressiven Symptomen bei 53 % der Non-Rapid Cyclern und nur bei 35 % der Rapid Cyclern ein. Andauernde Remissionen – Symptomfreiheit länger als acht Wochen (sustained clinical recovery) – fanden sich bei 39 % der Non-Rapid Cyclern, aber nur bei 28 % der Rapid Cyclern. Rapid Cyclern erleiden also häufiger Rückfälle, wobei Depressionen vorherrschen. Wenn jedoch ein symptomfreies Intervall eingetreten war, dauerte dies bei den Rapid Cyclern deutlich länger als bei den Non-Rapid Cyclern, nämlich zwölf versus acht Wochen.

Olanzapin und eventuell auch andere atypische Antipsychotika führen die RC-Patienten rascher aus der manischen Episode heraus. Jedoch erreichen Rapid Cyclern seltener symptomfreie Intervalle als Non-Rapid Cyclern. Zudem dauert es länger, bis eine solche Symptomfreiheit eintritt, ferner ist die Rezidivquote höher. Die Diskrepanz zwischen den Kurz- und den Langzeitergebnissen bei Patienten mit RC macht die Beurteilung eines Therapieregimes insbesondere in Akutstudien schwierig und kann zu missverständlichen Resultaten führen.

vth

Wie sich Patienten die stationäre Behandlung wünschen

Patienten mit bipolaren Störungen erleben bei häufigeren stationären Aufenthalten große Unterschiede im Prozedere und im Verlauf der klinischen Betreuung. Oft vermissen sie eine durchgängige und klärende Kommunikation zwischen niedergelassenem Nervenarzt und Klinik. Das betrifft ebenso die Aufnahme wie auch die Entlassung. Zudem mangelt es nicht selten an der notwendigen Einbindung der Angehörigen. Keineswegs selbstverständlich ist es, Patienten und Angehörige mit realistischen Behandlungszielen vertraut zu machen beziehungsweise mit prognostischen Aussagen über stationären Verlauf und Genesungsaussichten. Ein Gremium aus Vertretern des Selbsthilfenetzwerkes der DGPS e.V. machte diese Erfahrungen zum Thema einer Sitzung im Rahmen des 4. Symposiums „Bipolare Störungen“, nahm eine erste Punktesammlung und kritische Wertung vor und beschloss unter der Leitung von Prof. Dr. Peter Bräunig, dem 2. Vorsitzenden der DGPS, die Erstellung eines Positionspapiers. Dieses wird die Erfahrungen der Patienten aus möglichst vielen Selbsthilfegruppen bündeln und daraus einen Katalog für Ansprüche an eine qualifizierte psychiatrisch stationäre Behandlung aus Sicht der Bipolarkranken formulieren. Der Katalog wird folgende Themen enthalten: „Aufnahmeprozess“, „Behandlung in der Akutstation“, „weitere stationäre Behandlung“ und „Entlassungsprozess“. Die Fertigstellung des Punktekatalogs ist für Mitte 2005 geplant.



Bis wohin ist das Chaos „normal“?

kommen in Wohnungen, deren Verwahrlosung jeder Beschreibung spottet, die sich ähneln und an die man sich erinnert. So entsteht die Basis für den Syndrombegriff. Aber wo verläuft die Grenze zwischen „gesund“ und „psychisch krank“ und um welche psychischen Krankheiten geht es überhaupt?

Probleme der Persönlichkeitsstruktur

Der Begriff „Messie“ bezeichnet Personen, die in hohem Maß unfähig zur Ordnung (englisch: messy) sind. Dies zeigt sich am augenfälligsten im Haushalt, aber auch andere Bereiche wie Finanzen, Zeitmanagement und zwischenmenschliche Beziehungen sind gestört. Nicht jede äußere Unordnung ist „messy“ oder Ausdruck einer klinisch signifikanten Vermüllung. Es handelt sich eher um ein Problem der Persönlichkeitsstruktur, nicht der Umstände, und dazu besteht erheblicher Leidensdruck. Die Amerikanerin Sandra Felton hat diese Struktur und ihre bedrohlichen Folgen an sich selbst beschrieben und mit psychologischen Kunstgriffen bekämpft. Sie gründete 1981 die Selbsthilfearbeit „Messy Anonymous“ und hat eine Reihe von Ratgeberbüchern zu diesem Thema veröffentlicht [1]. Der Messy-Begriff ist nur unscharf mit psychischen Krankheiten assoziiert und wird am ehesten mit dem Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperkinetischen-Syndrom (ADHS) in Verbindung gebracht.

Mitbewohner „Müll“

Der Psychiater Peter Dettmering publizierte seit den 1980er-Jahren mehrfach über die Vermüllung. Er berichtet über Erfahrungen, die er als Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Berlin-Charlottenburg gemacht hat [2]. Dettmering unterscheidet drei Formen von Vermüllung:

1. Wohnungen, deren Eigentümer wertlose Gegenstände horten und in denen eine „geordnete Unordnung“ herrscht. Zeitungen, Kartons, Pappbecher und allgemeiner Wohlstandsmüll sind bis zur

Sammeln und Horten – ein Messie kann nicht anders

Wohnen wie auf der Müllhalde

A. BAROCKA, D. SEEHUBER, D. SCHONE

Wer kennt das nicht? Auf dem Schreibtisch türmen sich Zettel, Zeitschriften und Bücher, von denen man meint, sie ständig griffbereit haben zu müssen. So weit, so normal. Doch es gibt Menschen, die schlafen im Hausflur, weil ihre Wohnung derart vom Müll beherrscht wird, dass selbst in ihrem eigenen Bett kein Platz mehr frei ist. Das Horten von Gegenständen steht in engem Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen. Erste Hoffnungen auf therapeutische Hilfe, das Chaos zu bewältigen, bieten kognitive Verhaltenstherapien.

In der Psychiatrie tauchen immer wieder neue Syndrome auf, weil bestimmte Merkmale derart in den Vordergrund rücken, dass „das Kind“ einen (neuen) Namen braucht. Das Vermüllungssyndrom ist ein Beispiel dafür. Es wird nach einem großen Verwahrlosten des Altertums auch „Diogenes-Syndrom“ genannt – ungeachtet der Tatsa-

che, dass in der Tonne nicht viel Platz für Müll gewesen sein dürfte.

Die Vermüllung ist an sich nichts Neues und kommt bei einer Vielzahl von Störbildern vor (Tab. 1). Durch die sozialpsychiatrische Anliegen der Entospitalisierung wird die Gesellschaft heute öfter mit solchen Entgleisungen konfrontiert: Hausärzte und andere Betreuer

FORTSETZUNG SEITE 77 —



Der erste Messie

Diogenes von Sinope zirka 410–323 vor Christus

Der zur Schule der Kyniker gehörende Philosoph wirkte in Athen und Korinth. Er lehrte die Unabhängigkeit von gesellschaftlichen Konventionen, von Besitz und Errungenschaften der Zivilisation. Er lebte bedürfnislos wie ein Bettler als „Diogenes in der Tonne“. König Alexander von Mazedonien suchte ihn auf und fragte, ob er etwas für ihn tun könne. Diogenes Antwort war das seither sprichwörtliche: „Geh mir aus der Sonne!“

Decke gestapelt und überlagern die ursprüngliche Einrichtung.

2. Wohnungen, die keine Ordnung mehr erkennen lassen. Der Bewohner ist vom Müll gleichsam überwältigt. Es kommt vor, dass Betroffene dadurch auffällig werden, dass sie – vom Müll praktisch aus ihrer Wohnung verdrängt – im Treppenhaus schlafen.

3. Unbewohnbare Wohnungen aufgrund des Zusammenbruchs aller hygienischen Gewohnheiten. Urin, Exkremente und verwesende Nahrungsreste sind anzufinden. Es herrscht ein unerträglicher Gestank.

Nachbarn informieren die Behörden – Gesundheitsamt oder Polizei – oft erst am Ende einer langen Entwicklung, wenn die Belästigung auf ihren eigenen Lebensbereich überzugreifen droht, beispielsweise durch Ungeziefer oder Ratten. Die Betroffenen sind häufig nicht bereit, Mitarbeiter des Gesundheitsamts oder des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu empfangen. Dann muss unter Umständen durch richterlichen Beschluss ein Betreuungsplan hinsichtlich der Wohnungsangelegenheiten erstellt werden. Bei einer Klinikeinweisung kann es vorkommen, dass die Betroffenen dissimulieren und es einige Zeit dauert, bis die Problematik den Kollegen in der Klinik überhaupt deutlich wird. Für die korrekte Diagnosestellung ist deshalb immer ein Hausbesuch erforderlich.

Mit 60 fängt es oft an

Das „Diogenes-Syndrom“ wird häufig bei allein stehenden älteren Menschen

beobachtet. Es manifestiert sich überwiegend nach dem 60. Lebensjahr [3]. Dementsprechend wurde Vermüllung in der Literatur immer wieder in einem gerontopsychiatrischen Kontext unter anderem als „Senile Squalor Syndrome“ [4] beschrieben. Die psychiatrischen Grundkrankheiten sind dann meist Demenzen oder paranoide Syndrome [5].

Extremes Horten als Element einer Zwangsstörung?

Am interessantesten für die psychiatrische Forschung ist im Moment die Konstellation, dass eine Zwangskrankheit zur Vermüllung führt. Diese ergibt sich folgerichtig aus dem Wesen des Zwangs: Der Betroffene muss bestimmte Gegenstände (z. B. Bücher, Artikel, Broschüren) unbedingt haben und/oder bringt es nicht fertig, sie wieder wegzuerwerfen. Wie alle Zwangssphänomene ist auch dieses in der gesunden Bevölkerung verbreitet [6].

Der Umschlag in das Pathologische ist folgendermaßen definiert:

► Die gesammelten Gegenstände sind objektiv nutzlos.

► Der Müll blockiert Funktionen des Wohnens (z. B. das Bad ist voll gestellt und kann nicht mehr genützt werden).

► Die Vermüllung führt zu einer erkennbaren sozialen Beeinträchtigung. Es handelt sich um eine Art von pathologischem Sammeltrieb, der als „Horten“ (englisch: „hoarding“) bezeichnet wird.

Die Dimension des Hortens ist mit psychologischen Skalen messbar, beispielsweise mit der revidierten Form des 26 Items enthaltenden „Saving Inventory“ [6]. Mehrere Arbeitsgruppen vertreten gegenwärtig die Auffassung, dass das Merkmal „mit pathologischem Horten“ einen besonderen Subtyp der Zwangskrankheit bezeichnet [7], der etwa ein Viertel der Zwangspatienten ausmacht und durch folgende Eigenschaften charakterisiert ist: häufiger bei Männern, höherer Schweregrad, geringeres Ansprechen auf SSRI [8] und geringeres Ansprechen auf konventionelle Psychotherapie [9] – eine insgesamt prognostisch eher ungünstige Konstellation. Das leuchtet ein, wenn man sich vor Augen hält, dass Vermüllung ja das Ende einer langen Krankheitsstrecke und ein hohes Maß an sozialer Funktionsstörung bedeutet.

Gibt es einen Bereich für „Horten“ im Gehirn?

Könnte es auch sein, dass Horten nicht nur Ausdruck einer weiter fortgeschrittenen und besonders schweren Zwangsstörung ist, sondern dass auch andere neuronale Mechanismen zugrunde liegen? Hierfür sprechen neuere Untersuchungen zur Komorbidität von Zwangssymptomen: Kinder, die zugleich an einem ADHS litten, zeigten bei der Untersuchung von Zwangssymptomen überraschend häufig eine Zwangssymptomatik mit dem Subtyp des Hortens [10].

Auch gibt es erste neurophysiologische Hinweise: Fotos von Zwangshandlungen mit Horten aktivieren bei gesunden Versuchspersonen andere Areale des Frontalhirns unter Einschluss der Amygdala als Abbildungen anderer Zwangshandlungen (z. B. Waschen) [11]. Zwei aktuelle Studien an Zwangspatienten wiesen unterschiedliche Lokalisationen der zerebralen Aktivierung bei Patienten mit und ohne Horten nach. Allerdings stimmen die Studien bezüglich der aktivierten Hirnstrukturen nicht überein [12, 13].

Horten und Prader-Willi-Syndrom

Das Prader-Willi-Syndrom ist gekennzeichnet durch Kleinwuchs, Minderbegehung, Hyperphagie und Adipositas sowie Hypogonadismus. Die Patienten horten Nahrungsmittel, aber auch nicht

Psychische Erkrankungen als Ursache von Vermüllung

- Demenz
- Schizophrenie
- Depression
- Manie
- Alkoholismus
- Drogenabhängigkeit
- Zwangskrankheit
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Dissoziative Störung
- Essstörungen
- ADHS



nahrungsbezogene Gegenstände. Daneben zeigen sie weitere für Zwangsstörungen typische Verhaltensweisen wie Zupfen an der Haut, Symmetrie- und Ordnungszwänge. Offenbar leidet ein großer Teil der Prader-Willi-Patienten an einer Zwangsstörung „mit Horten“ [14]. Da die chromosomale Schädigung beim Prader-Willi-Syndrom bekannt ist (in 70% der Fälle eine vom Vater stammende Deletion am Chromosom 15 [q11–q13]), bietet sie vielleicht einen Ansatz, die physiologische Basis des Hortens besser zu verstehen.

Therapie an der Grundkrankheit orientieren

Die Therapie muss je nach Grundkrankheit variieren: So werden beispielsweise Neuroleptika bei paranoiden Syndromen verabreicht. Obwohl nach anekdotischen Berichten SSRI weniger wirksam sein sollen, werden in der Literatur dennoch positive Effekte beispielsweise von Fluvoxamin berichtet [15]. Psychotherapeutische Verfahren, die spezifisch auf die Problematik des Hortens eingehen, existieren bisher nur in Ansätzen:

Die Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen basiert auf einfachen (wenn gleich nicht einfach umzusetzenden) Prinzipien: Zwangshandlungen sind zu unterdrücken; der Patient lernt den negativen Gefühlen (Angst, Spannung, Dysphorie), die daraufhin entstehen, stand zu halten. Zwangsgedanken sind zu akzeptieren; der Patient lernt den negativen Gefühlen (Scham, Spannung, Angst), die daraufhin entstehen, ebenfalls stand zu halten.

Beim Horten sind nun zusätzlich die für diese Unterform der Zwangsstörung typischen kognitiven und emotionalen Störungen zu berücksichtigen [16].

Behandlungsoption der Zukunft: kognitive Verhaltenstherapie

Die Patienten haben Angst vor Fehlscheidungen, die sie dazu verführen, Gegenstände erst einmal zu behalten. Sie haben Probleme damit, Kategorien zu bilden, nach denen sie ihren Besitz ordnen. Jeder Gegenstand kommt ihnen fast einmalig vor, sodass sie beispielsweise ein Buch nicht in ein Bücherregal zu anderen Büchern stellen wollen. Die Patienten haben Sorge, den Zugang zu dringend

Nur ein kleines Stückchen Teppich zum Schlafen

Der 76-jährige Herr Müller kommt zum dritten Mal in unsere stationäre Behandlung. Erstmals vor 30 Jahren habe er an einer Depression gelitten und sei stationär behandelt worden. Seine Persönlichkeit ist gekennzeichnet von übermäßiger Genauigkeit, Pünktlichkeit und Pflichtbewusstsein. Seine Frau hat ihn wohl auch deshalb vor 18 Jahren verlassen; er lebt allein.

Bei der jetzigen Aufnahme in die Klinik berichtet er, er sei zunehmend depressiv, antriebslos, mutlos, ängstlich agitiert und unruhig. Er verspüre auch eine körperliche Schwäche. In den letzten sechs Wochen habe er 10 kg abgenommen. Im psychischen Befund war er wach und bewussteinklar, in gut gepflegtem Zustand, gut erreichbar. Die Stimmung wirkte gedrückt, Unruhe und Ängstlichkeit prägten die Gesprächssituation. Das Denken kreiste um eigenes Versagen, Scham und Schuld und war deutlich eingeeengt. Wahnsymptome lagen nicht vor. Offenbar handelte es sich um das Rezidiv einer depressiven Episode mit somatischen, nicht aber psychotischen Symptomen. Zusätzlich bestand der Verdacht auf eine zwanghafte Primärpersönlichkeit. Herr Müller war sichtlich erleichtert, in die Klinik zu kommen, die letzten Wochen waren für ihn wohl eine erhebliche Belastung gewesen.

Die vermüllte Wohnung ist peinlich

Im Rahmen der stationären psychiatrischen Behandlung wurde Herr Müller mit einem SSRI antidepressiv therapiert und nahm an einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten teil. Dabei war er stets gesprächsbereit, höflich, kooperativ, die depressive Verstimmung besserte sich deutlich. Zu einer erheblichen Verschlechterung des Befindens kam es aber, als erstmalig eine Beurlaubung nach Hause thematisiert wurde. Herr Müller äußerte sich dabei nicht eindeutig, das Thema „Nach-Hause-Fahren“ war für ihn sichtlich belastend und angstbesetzt. Es erfolgte ein Gespräch mit dem Bruder und der Schwägerin, bei dem Herr Müller mit anwesend war. Auch dieses Gespräch schien ihn im Vorfeld sehr zu belasten. Im Gespräch mit den Angehörigen stellte sich heraus, dass Herr Müller in den Monaten vor der Aufnahme „gesammelt“ hatte. Seine Wohnung sei bis zur Decke voll mit Papieren, Prospekten, Müll, schmutzigen Taschentüchern, Flaschen etc. Er habe nur ein kleines Stück freien Teppichboden, auf dem er geschlafen habe. Die Schilderung der Angehörigen war Herrn Müller äußerst peinlich, andererseits war er auch erleichtert, dass das häusliche Problem benannt wurde.

Das Chaos vermittelt Geborgenheit

Bei einem Hausbesuch zeigte sich die Wohnung voll gestapelt mit Papieren, Kartons und Verpackungen. Herr Müller sah sich sofort in der Wohnung um, ob etwas verändert oder weggekommen sei. Dabei erzählte er von seinen Schwierigkeiten, etwas wegzugeben, loszulassen, auszusortieren. Er denke dann mehrere Stunden darüber nach, wäge immer wieder ab, ob etwas noch wichtig sei oder nicht, bedenke das Für und Wider und gelange schließlich zu dem Schluss, alles beim Alten zu lassen. Allerdings war es ihm sichtlich unangenehm, in Begleitung in die Wohnung zu gehen. Die Entscheidung, die Wohnung von seinen Angehörigen säubern, ordnen und renovieren zu lassen, fiel ihm schwer. Er kam in seiner Ambivalenz nicht weiter, sodass sich die Therapeutin einschalten musste, er sich gewissermaßen ihrer Entscheidung beugte.

Bei einem erneuten Hausbesuch in der renovierten Wohnung war Herr Müller diese sichtlich fremd. Er wollte bereits nach dem ersten kurzen Blick zurück in die Klinik. Schließlich sah er sich dennoch um, wirkte traurig, verstört, ratlos und suchte nach bestimmten Dokumenten und Papieren.

Nach der Rückkehr wurde die Gesprächstherapie fortgesetzt. Herr Müller konnte seine Trauer zum Ausdruck bringen und sah die Notwendigkeit einer Hilfe ein, betonte jedoch stets seine Autonomie. Mit den Angehörigen wurden Möglichkeiten der Betreuung erörtert, beispielsweise der Besuch einer Tagesstätte nach der Entlassung, Essen auf Rädern, Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe für Depressive sowie die ambulante nervenärztliche Weiterbehandlung.

Fazit

Ein Vermüllungssyndrom (Diogenes-Syndrom) liegt vor, wenn aufgrund einer Störung der Persönlichkeitsstruktur keine Ordnung etwa im Haushalt oder bei den Finanzen gehalten werden kann. Die Personen werden auch als „Messie“ bezeichnet. Nutzlose Gegenstände werden teilweise bis zu einem Ausmaß gehortet, das die Wohnung letztlich unbewohnbar macht. Häufig liegen der Störung psychische Erkrankungen wie beispielsweise Demenzen, Schizophrenie, ADHS oder Zwangsstörungen zugrunde. Auch das Prader-Willi-Syndrom geht mit einem ungewöhnlichen Zwang zum Horten von Gegenständen oder Lebensmitteln einher.

Die Behandlung richtet sich zunächst nach der jeweiligen Grunderkrankung (Neuroleptika, SSRI etc.). Die zusätzlich auftretenden kognitiven und emotionalen Störungen, die speziell beim „Horten“ auftreten, sprechen neueren Untersuchungen zufolge auf kognitive Verhaltenstherapien an.

benötigten Informationen nicht mehr zu finden. Sie wollen deshalb das Informationsmaterial (z. B. Zeitungsartikel) jederzeit griffbereit vor Augen haben und bringen es nicht über sich, das Material aus dem Sichtfeld zum Beispiel in einen Schrank zu räumen. Schließlich haben die Patienten eine für andere nicht nachvollziehbare emotionale Bindung an die

gehorteten Gegenstände entwickelt, die ihnen ein Gefühl der Geborgenheit gewährleisten.

Inzwischen gibt es in der Literatur einige wenige Berichte über kognitive Therapien beim Zwangshorten, bei denen durch gezielte Bearbeitung dieser spezifischen Probleme die Symptomatik gebessert wurde [17–19]. Dies lässt hof-

fen, dass es durch Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie bald möglich sein wird, auch das Vermüllungssyndrom erfolgreicher als bisher psychotherapeutisch zu behandeln.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Arnd Barocka

Ärztlicher Direktor der Klinik Hohe Mark
E-Mail: barocka@hohemark.de

Trichotillomanie – eine Störung zwischen Zwang und Impuls

Wenn Haare ausreißen Beruhigung verschafft

A. NEUDECKER, M. RUFER



© Archiv

Haareraufen ist nichts dagegen. Manch einer kann seine inneren Spannungen nur abbauen, indem er sich die Haare einzeln herausreißt. Häufig entsteht daraus dann auch ohne direkten Auslöser eine Gewohnheit. Doch obwohl sich diese Patienten nicht so leicht in die Karten schauen lassen, ist der Leidensdruck oft groß und die Ursachen der Störung sind vielfältig.

32-jährige Trichotillomanie-Patientin, die sich seit 20 Jahren Haare ausreißt.

Trichotillomanie: Erscheinungsbild, Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten

Trichotillomanie (zwanghaftes Haareausreißen) ist eine in ihrer Häufigkeit bisher unterschätzte Störung des Zwangsspektrums. Es handelt sich dabei um ein sehr komplexes Krankheitsbild, das sowohl zwanghafte als auch impulsive Anteile in sich vereint, weshalb eine Behandlung nicht einfach ist. Derzeit gelten als die am besten belegten Behandlungsmethoden die Verhaltenstherapie und die medikamentöse Behandlung mit SSRI.

Fast jeder erwachsene Mensch hat sich schon einmal ein Haar ausgerissen. Vielleicht war es im Biologieunterricht, um die Wurzel unter dem Mikroskop zu betrachten, oder es war das erste Graue, für das man sich mit 28 noch viel zu jung fühlte. Doch nahezu jedes „normale“ Verhalten kann im Sinne eines Exzesses übertrieben werden und damit Störungscharakter annehmen. So gilt die Trichotillomanie als „zwanghaftes Haareausreißen“.

Keiner spricht darüber

Diese Störung ist keineswegs so selten wie lange angenommen (eine amerikanische Studie geht von einer Lebenszeitprävalenz von 1,6% für Männer und 3,4% für Frauen aus [4]). Meist versuchen die Betroffenen die Symptomatik zu verheimlichen. Oft wissen nicht einmal die engsten Angehörigen davon. Ein Arzt oder Psychotherapeut wird nicht

aufgesucht. Zu groß ist die Scham darüber, an einer solch ungewöhnlichen und potenziell selbstschädigenden „Macke“ zu leiden. Dies führt so weit, dass Dermatologen mit dem Wunsch nach lokaler Behandlung konsultiert werden. In solchen Fällen sollte der Patient nicht zu direkt mit dem Verdacht auf Trichotillomanie konfrontiert werden. Er wird meist bestreiten, dass er den Haarschwund selbst herbeigeführt hat. Besser ist es, ihn vorsichtig fragend anzusprechen. Die meisten Patienten sind dann erleichtert und berichten sehr offen über die Symptomatik, wenn sie erkennen, dass ihr Gegenüber nicht zum ersten Mal mit diesem Thema konfrontiert ist.

Wurzelabbeißen – ein Genuss

Trichotillomanie gilt laut DSM-IV und ICD-10 als „Störung der Impulskontrolle“. Der Betroffene ist von dem Drang beherrscht, sich einzelne Haare, manch-

mal auch Büschel, auszureißen. Dabei werden die Haare oft sorgfältig ausgewählt (z. B. dicke, graue oder sich unregelmäßig anfühlende Haare). Schmerz wird beim Ausreißen meist nicht wahrgenommen oder, in Einzelfällen, sogar bewusst gesucht. Für einige Patienten ist jedoch nicht unbedingt der Moment des Ausreißen „entscheidend“, sondern vielmehr die orale Stimulation mithilfe des

ausgerissenen Haares (durch die Lippen ziehen, Wurzel abbeißen etc.). Dabei kann das Ausmaß der ausgedünnten Haare von kaum sichtbaren Stellen bis hin zu völliger Kahlheit sowohl auf dem Kopf als auch an anderen behaarten Körperstellen (Augenbrauen, Wimpern, Schamhaar etc.) reichen. In den meisten Fällen ist allerdings das Kopfhaar betroffen [9].

Trichotillomanie-Patienten haben oft einen hohen Grad an Perfektion darin erreicht, dünne oder kahle Stellen durch entsprechende Frisuren oder Perücken und Kosmetik zu verbergen. Obwohl die Folgen des Haarausreißens für Außenstehende so nur schwer oder gar nicht erkennbar sind, besteht aufgrund der Scham und der erlebten Einschränkungen (kein Schwimmbad-, Sauna- oder Friseurbesuch, kein Sport, manchmal Vermeidung intimer Kontakte aus Angst vor Entdeckung) ein immenser subjektiver Leidensdruck.

Häufig Komorbiditäten

Am häufigsten leiden Trichotillomanie-Patienten zusätzlich an affektiven Störungen (52–64%), sozialen Ängsten (11–39%) und Alkoholmissbrauch (19–32%) [3, 9]. Im Gegensatz zu einigen amerikanischen Kollegen haben die Verhaltenstherapeuten am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf die Erfahrung gemacht, dass diese komorbiden Erkrankungen nur selten Folge, sondern viel eher (Mit-)Ursachen der Trichotillomanie sind.

Der aufgrund des selbstverletzenden Charakters der Trichotillomanie oft postulierte Zusammenhang zur Borderline-



Persönlichkeitsstörung konnte in keiner Untersuchung bestätigt werden [5]. Allerdings scheinen ängstlich-vermeidende, asthenisch-nervöse und explosiv-impulsive Züge die Chronifizierung der Störung zu begünstigen [10].

Lerntheoretisches Erklärungsmodell

In den Publikationen der vergangenen Jahrzehnte gibt nur wenige plausible Modelle, die die Entstehung und Aufrechterhaltung von Trichotillomanie zufriedenstellend erörtern. Es soll an dieser Stelle eine Beschränkung auf lerntheoretische Grundannahmen erfolgen. Für andere Theorien sei auf weiterführende Literatur verwiesen (Neurobiologie [14], Psychodynamik [8], Verhaltensbiologie und Genetik [16, 17]).

Krankheitsbeginn oft in der Pubertät

Die Trichotillomanie beginnt meist im Alter von 11–15 Jahren, manchmal jedoch auch erst im späteren Erwachsenenalter. Die bereits im Säuglings- oder

Kleinkindalter beginnende Trichotillomanie wird als eine Sonderform betrachtet, die im Verlauf etwas anderen Gesetzen zu folgen scheint [17]. Konkrete situative Auslöser sind oft nicht zu eruieren. Es finden sich jedoch gehäuft Erstauftrittsbedingungen wie angespannte familiäre Verhältnisse, soziale und schulische Schwierigkeiten oder übermäßige motorische Unruhe. Fehlt eine Möglichkeit zur emotionalen Entlastung, so steigt die innere Spannung. Wird in solch einer Konstellation das Spielen mit den Haaren sowie deren Ausreißen kurzfristig als ablenkend, angenehm, tröstlich oder spannungsmindernd erlebt, kann sich dieses Verhalten aufgrund der schnellen und guten „Verfügbarkeit“ relativ rasch auf alle anderen Situationen generalisieren, in denen ein solcher Effekt erwünscht ist. Damit kann ein Prozess der Automatisierung in Gang gesetzt werden. Das Ausreißen von Haaren läuft dann teilweise unbewusst ab und findet gehäuft in Situationen statt, in denen keine inneren oder emotionalen Auslöser vorlie-

Anzeige



gen, etwa beim Autofahren, Lesen oder Telefonieren. Dabei gelten als innere Auslöser depressive Gefühle, Anspannung, Erschöpfung und Ärger, aber auch Langeweile.

Vor allem der auslösende Faktor „Langeweile“ führte zu der Hypothese, dass eine wichtige Funktion der Trichotillomanie darin besteht, sich in potenziellen Entspannungssituationen durch Ablenkung vor einem Anfluten negativer Emotionen zu schützen. Eine weitere wichtige Funktion ist die kurzfristige Spannungsminderung. Aber auch die direkte Beruhigung oder das Genussverhalten spielen eine wichtige Rolle. Sicher hat Trichotillomanie auch einen selbstverletzenden Anteil, doch meist mit deutlich untergeordnetem Charakter (s. auch Abb. S. 81).

Für die Aufrechterhaltung der Störung spielen meist soziale Defizite, Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung und dem Ausdruck von Gefühlen und oft unerschwerlich verlaufende affektive Störungen eine wichtige Rolle. Auch der hohe Gewohnheitsfaktor trägt einen wichtigen Teil zur Chronifizierung der Trichotillomanie bei.

Wenige Standards in der Behandlung

Obwohl es eine ganze Reihe von Einzelfalldarstellungen zu verschiedensten Therapiemethoden gibt [7], haben sich Verhaltens- und Pharmakotherapie als die Methoden der ersten Wahl erwiesen. Welche dieser beiden angewandt wird, hängt von der Verfügbarkeit der Behandlung, der Motivation des Patienten und der komorbiden Symptomatik ab. In Einzelfällen, etwa bei starker Depressivität, ist eine Medikation zusätzlich zur Verhaltenstherapie zu empfehlen.

Medikamentöse Maßnahmen können gut zur Überbrückung von Wartezeiten oder zur akuten Entlastung eingesetzt werden, da diese einen kürzeren Wirkungseintritt haben. Langfristig ist jedoch eine Verhaltenstherapie Erfolg versprechender.

Verhaltenstherapie

In der Regel gilt eine ambulante Behandlung als ausreichend. Zwar gibt es nur wenige Verhaltenstherapeuten, die auf Trichotillomanie spezialisiert sind, die

meisten niedergelassenen Kollegen dürfen jedoch mit der Behandlung zwanghafter Gewohnheiten vertraut sein.

In den Hamburger Projekten hat sich zur Therapie ein hypothesengeleiteter Ansatz bewährt. Dieser orientiert sich gezielt am Verhalten der Patienten. Je nach individuellem Störungsmodell liegt der Fokus in einem Fall auf der Hintergrundproblematik (z. B. soziale Defizite), in einem anderen Fall auf dem Indexsymptom [11]. Für Letzteres hat sich ein ursprünglich für die Behandlung motorischer Tics entwickeltes Vorgehen bewährt. Dieses so genannte „Habit Reversal Training“ soll den Patienten ermöglichen, dem Impuls zum Haareausreißen widerstehen zu können [2]. Dabei ist zwar eine deutliche Reduktion der Symptomatik möglich, die völlige Symptomfreiheit ist jedoch schwer und oft nicht im zeitlichen Rahmen einer Therapie zu erzielen.

Medikamentöse Behandlung

Die diagnostische Zuordnung der Trichotillomanie zu den Impulskontrollstörungen spricht für eine Behandlung mit serotonergen Antidepressiva. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) oder Clomipramin werden deshalb als erste Wahl empfohlen. In mehreren kontrollierten [12] und offenen [10] Studien konnte die Effektivität einiger serotonerger Antidepressiva gezeigt werden. Andere Studien konnten keinen signifikanten Behandlungseffekt im Vergleich zu Placebo belegen oder ermittelten nur eine geringe Responderrate. In Einzelfällen hat sich die Zugabe eines Neuroleptikums zur Augmentation bewährt [1]. Auch Substanzen wie Venlafaxin [13], Lithium [6] und Olanzapin [15] erwiesen sich in offenen Studien als wirksam. Für diese fehlen jedoch Placebo-kontrollierte Untersuchungen, sodass sie nicht als erste Wahl empfohlen werden können. Insgesamt ist die Datenlage für die medikamentöse Therapie der Trichotillomanie derzeit noch als unzureichend zu bewerten.

Im Langzeitverlauf kommt es nach Absetzen einer alleinigen Pharmakotherapie häufig zu Rückfällen. Aber auch unter fortgesetzter Medikation nahmen Behandlungserfolge teilweise wieder ab [12]. Daher erscheint in jedem Fall die

Vermittlung von verhaltenstherapeutischen Strategien zusätzlich zur Pharmakotherapie indiziert.

Verständnis in der Selbsthilfegruppe

Trichotillomanie ist eine Störung mit hoher Tendenz zur Verheimlichung. Gerade das Wissen, mit der Krankheit nicht allein zu sein, kann aber schon zu deutlicher subjektiver Entlastung führen. Selbsthilfegruppen spielen dabei eine wichtige Rolle, da sie den Kontakt und Austausch mit Betroffenen ermöglichen und oft auch zum Abbau von Schwellenängsten und dem gleichzeitigen Aufbau einer Behandlungsmotivation führen. Selbsthilfegruppen können eine Therapie natürlich nicht ersetzen. Die Teilnahme nach Abschluss einer professionellen Therapie kann aber ein sehr sinnvoller Baustein im Sinne einer Rückfallprophylaxe sein. Ein gutes Netzwerk an Gruppen besteht mittlerweile in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Zwangserkrankungen (DGZ).

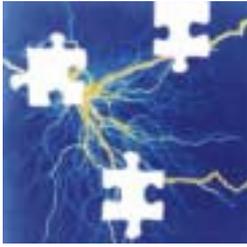
Fazit

Bei der Trichotillomanie handelt es sich um eine sehr komplexe Störung, die zwanghafte und impulsive Züge vereint und nicht leicht zu behandeln ist. Trotzdem ist eine Therapie ratsam, vor allem wenn ein hoher Leidensdruck besteht. Die Art der Behandlung hängt unter anderem von deren Verfügbarkeit und den Präferenzen der Patienten ab. Derzeit gelten ambulante Verhaltenstherapie und die Behandlung mit SSRI oder Clomipramin als Methoden der ersten Wahl. Eine Reduktion der Symptomatik ist in den meisten Fällen möglich. Die völlige Remission ist jedoch unter anderem aufgrund des impulsiven Anteils und der meist vorliegenden Chronifizierung nur schwer erreichbar.

Literatur bei der Verfasserin

Dipl.-Psych. Annett Neudecker

Bezirkskrankenhaus Landshut,
Prof.-Buchner-Str. 22, 84034 Landshut,
E-Mail: a.neudecker@bkh-landshut.de



Neurologische Kasuistik

Radikuloneuropathie – auch an seltene Ursachen denken!

Anamnese

Ein 48-jähriger aus Äthiopien stammender Küchenangestellter klagt seit zwei Monaten über zunehmende Schmerzen entlang der gesamten Wirbelsäule mit Schwerpunkt im Lumbalbereich. Teilweise strahlten die Schmerzen in beide Unterschenkel und Fußsohlen aus. Hier seien Dysästhesien mit einem leichten Schwächegefühl aufgefallen. Eine Blasen- oder Mastdarmfunktionsstörung wird verneint. Auch an den Händen verspürte der Äthioper in den letzten Wochen Dysästhesien und Schmerzen. Diese hätten sich bei vordiagnostiziertem Karpaltunnelsyndrom nach einer vor vier Wochen erfolgten operativen Neurolyse des N. medianus links nicht gebessert. Eine familiäre Belastung für eine neuromuskuläre Erkrankung wird von dem Vater zweier gesunder Töchter verneint. Eine Stoffwechselerkrankung, ein Drogen- oder Alkoholmissbrauch oder eine chronisch entzündliche Erkrankung ist nicht bekannt.

Neurologischer Befund

Hirnnerven und Okulomotorik normal; geringe sensorische Ataxie mit Unsicherheit im Blindgang; Zeigerversuche normal; Sensibilität für taktile Reize mit geringer taktiler Hypästhesie im Dermatome C6/7 beidseits und diskret strumpfförmig an den Füßen; Pallhypästhesie an den Beinen (Hände 8/8, Knie und Innenknöchel 0/8); Muskel-eigenreflexe an den Armen unauffällig, an den Beinen der PSR schwach auslösbar; keine pathologischen Reflexe provozierbar; keine sicheren Paresen; leichte Atrophie der M. interossei rechts; Frommer'sches Zeichen negativ; Hohlfußbildung beidseits; Blasen- und Mastdarmfunktion normal; HWS-Beweglichkeit passiv endgradig in alle Richtungen eingeschränkt; Lasuege beidseits negativ.

Elektroneurografie: Tibialis-SEP: Latenzverzögerung beidseits mit rechts P40 52,2 ms und links mit 49,0 ms.

Nervenleitgeschwindigkeit (NLG): distal motorische Latenz des N. medianus rechts mit 5,0 ms erhöht; motorisches Antwortpotenzial mit 15 mV normal; motorische NLG am Unterarm mit 51 m/s normal. Motorische NLG des N. peroneus am Unterschenkel rechts grenzwertig normal, distal motorische Latenz erhöht, motorisches Antwortpotenzial mit 1,2 mV reduziert und aufgesplittet; F-Wellen-Latenz normal; mo-

torische NLG des N. tibialis rechts normal. Die sensible NLG des N. medianus an der Hand rechts mit 30 m/s reduziert, am Unterarm mit 44 m/s gering reduziert; sensibles Antwortpotenzial am Finger IV mit 4 yV deutlich reduziert. Die sensible NLG des N. ulnaris rechts an der Hand mit 44 m/s gering reduziert, auch hier das sensible Nervenantwortpotenzial mit 6 yV reduziert; sensible NLG des N. radialis superficialis rechts mit 46 m/s grenzwertig normal, das sensible Antwortpotenzial mit 8 yV reduziert.



Fragen

1. Im Verlauf einer HIV-Erkrankung kann es zu folgenden Symptomen kommen?

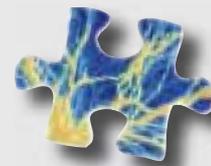
- a) akute Polyradikulitis (Guillain-Barré-Syndrom)
- b) Mononeuritis multiplex
- c) chronisch demyelinisierende Polyradikulopathie (CIDP)
- d) autonome Neuropathie
- e) Alle sind richtig.

2. Welche Aussage über die HIV-assoziierte distal sensible Polyneuropathie ist nicht richtig?

- a) Sie ist die häufigste periphere neurologische Erkrankung bei HIV-Infektion.
- b) Sie tritt zumeist im mittleren und späten Erkrankungsstadium auf.
- c) Sie verläuft auch in späteren Phasen zumeist schmerzlos.
- d) Sie findet sich oft auch bei klinisch asymptomatischen HIV-Patienten.
- e) Sie ist pathologisch gekennzeichnet durch den Untergang dünner myelinisierter Axone.

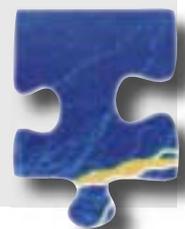
3. Ein HIV-Test hat eine Sensitivität („Empfindlichkeit“) von über 99,99 % und eine Spezifität („Genauigkeit“) von 99,5 %. Wie schätzen Sie das Risiko eines Patienten in Deutschland bei positivem Testresultat ein, der keiner Risikogruppe angehört?

- a) 99 %
- b) 76 %
- c) 54 %
- d) 41 %
- e) 23 %



4. Für welche der Substanzen/Verfahren konnte bei schmerzhafter HIV-assoziiierter Polyneuropathie ein Wirkungseffekt nachgewiesen werden?

- a) Lamotrigin
- b) Akupunktur
- c) Mexitilin
- d) Amitriptylin
- e) Alle sind richtig.





Elektromyografie: pathologische Spontanaktivität im M. interosseus dors. I rechts, hier wie im M. opponens pollicis und M. extensor hallucis rechts leichter chronischer neurogener Umbau; M. tibialis anterior, M. gastrocnemius und M. biceps brachii rechts unauffällig.

NMR HWS/BWS/LWS: degenerative Veränderungen mit spondylophytären Randkantenanziehungen HWK 3–7, keine Spinal- oder Foramenstenose; thorakal Diskusprotrusion, BWK 3/4 und BWK 4/5 mit kleinem paramedianen Vorfall, BWK 7/8 rechtsbetont; Myelon allseits mit normalem Signalverhalten; geringe degenerative Veränderungen der LWS.

Labor: TPHA 1:640 positiv; Cardiolipin-Test negativ; ELISA-IgG HIV 1 und 2 positiv; Immunoessay LIA positiv; AK-Nachweis gegen HIV 1, im Serum 7.100 Kopien/ml; Zellzahl im Liquor normal, intrathekale IgG-Synthese mit oligoklonalen Banden liquorspezifisch nachweisbar; keine Schrankenstörung. TPHA im Liquor negativ.

Diagnose: Radikulopathie und distal sensible Neuropathie bei HIV-Infektion.

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

AIDS im Netz

<http://www.unaids.org/en/default.as>

http://www.rki.de/INFEKT/AIDS_STD/AZ.HTM?AZ_HOME.HTM&1

<http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-04&doc=kb-04-01-02>

<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/055-001.htm>

Lösung zur neurologischen Kasuistik

1e; 2c; 3e, 4a

Die aktuellen Zahlen des Robert-Koch-Institutes gehen mit zirka 2.000 Fällen pro Jahr von einer wieder steigenden Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland aus. Derzeit sind zirka 34.000 erwachsene Männer und 9.500 Frauen erkrankt. Unter den Risikofaktoren steht – wie im vorliegenden Fall – die Herkunft aus einem Hochrisikogebiet an zweiter Stelle (Tab. 1). Dabei breitet sich die Infektion in Länder Asiens und Ost-Europas zunehmend rascher aus. So sollen in den Großstädten der Ukraine etwa 4% der Jugendlichen zwischen 16 und 30 Jahren infiziert sein (Bayerisches Ärzteblatt 1/2005).

Die weiterhin hohe Reiseaktivität junger Menschen und die wieder abnehmende Vorsorge können daher in Zukunft leider auch bei uns zu vermehrten Infektionen führen. Auch wenn die verbesserte anti-retrovirale Therapie neben der Abnahme opportunistischer Infektionen zu einer Verringerung neurologischer HIV-assoziiierter Erkrankungen führte, kann es praktisch in jedem Krankheitsstadium zu neurologischen Symptomen kommen [16]. Neben den zentralen Störungen durch opportunistische Infektionen oder HIV-Demenz ist auch das periphere Nervensystem auf allen Ebenen, angefangen von der Nervenwurzel bis zum Muskel, betroffen. So finden sich in der Endphase der Erkrankung bei 30–60% der HIV-Patienten entsprechende pathologische Veränderungen [21].

zu 1: Das Nebeneinander von Radikulopathien, Mononeuropathien und Plexusläsionen kann ein klinisch zuerst „verwirrendes“ Bild hervorrufen, das sich den gewohnten einfachen

Lokalisationsbemühungen entzieht. Erklärbar ist diese Symptomenvielfalt bei einer HIV-Erkrankung durch den gleichzeitigen Befall verschiedenster neuromuskulärer Ebenen. Pathophysiologisch sind dabei neben einer direkten Infektion, eine Immunkomplex-vermittelte Neuropathie oder Vaskulitis sowie metabolisch-toxische Veränderungen nachweisbar. Die unterschiedlichen HIV-assoziierten Erkrankungen des peripheren Nervensystems treten dabei abhängig von dem Stadium der HIV-Erkrankung auf (Abb. 1, S. 87). In der akuten HIV-Infektionsphase kommt neben unspezifischen Myalgien die periphere Fazialisparese am häufigsten vor. In der Frühphase der Erkrankung entwickelt sich dann bei noch normalen CD4-Lymphozytenwerten oft ein Guillain-Barré-Syndrom mit schlaffen Paresen und einer Blasenstörung [3, 13]. Hierbei lässt sich bei 90% der Patienten im Liquor mittels PCR das Zytomegalie-Virus nachweisen [4]. In der späteren Erkrankungsphase entwickelt sich mit abnehmenden CD4-Lymphozytenwerten (200–500/μl) auch bei fehlenden systemischen Zeichen der HIV-Erkrankung häufiger eine chronisch-entzündliche demyelinisierende Polyneuropathie. Auch finden sich Immunkomplex-vermittelte Mononeuritiden neben einer Vaskulitis-assoziierten Mononeuritis multiplex. Dabei kommen neben HIV-Immunkomplexen auch Hepatitis B- oder -C-induzierte Immunkomplexe als Ursache in Betracht. Auch müssen eine tuberkulöse oder Lues-bedingte Polyradikulopathie in dieser Krankheitsphase ausgeschlossen werden. Mit weiter absinkenden CD4-Lymphozytenzahlen (unter 200/μl) findet sich dann zumeist eine distal sensible Polyneuropathie [21]. Selten kann es jedoch auch zum Auftreten einer autonomen Polyneuropathie bei sonst klinisch neurologisch unauffälligen HIV-Patienten kommen [7].

zu 2: Die häufigste (10–50%), zumeist im mittleren und späten HIV-Erkrankungsstadium auftretende Erkrankung des Nervensystems ist durch eine oft sehr schmerzhaft mit Dysästhesien an den Fußsohlen beginnende distale sensible axonale Polyneuropathie gekennzeichnet. Paresen finden sich zumeist erst spät und sind nur gering ausgeprägt. Bei über 60% fehlen jedoch die ASR-Reflexe. Diese können aber

Infektionswege bei HIV-Infizierten in Deutschland Tabelle 1

Infektionswege (geschätzt)	
Homosexueller Kontakt (Männer)	55%
Herkunft aus Hochprävalenzgebiet	21%
Heterosexueller Kontakt	15%
i. v.-Drogengebrauch	8%
Mutter-Kind-Transmission	1%

Quelle: AIDS Zentrum im Robert-Koch-Institut, Stand: 2004

FORTSETZUNG SEITE 87 —



Fortsetzung v. S. 84: **Lösung neurologische Kasuistik**

bei gleichzeitig bestehender HIV-assoziierter Myelopathie und einer nur die unmyelinisierten dünnen Fasern betreffenden Neuropathie auch im Verlauf erhalten bleiben. Die Diagnose wird zumeist aufgrund der klinischen Untersuchung nach Ausschluss anderer Ursachen gestellt, da die elektrophysiologischen Befunde dem klinischen Bild widersprechen können. So finden sich bei 20% der symptomatischen Patienten unauffällige Befunde, aber umgekehrt auch bei 25% der HIV-Patienten Zeichen der axonalen Neuropathie ohne entsprechende klinische Symptome [23].

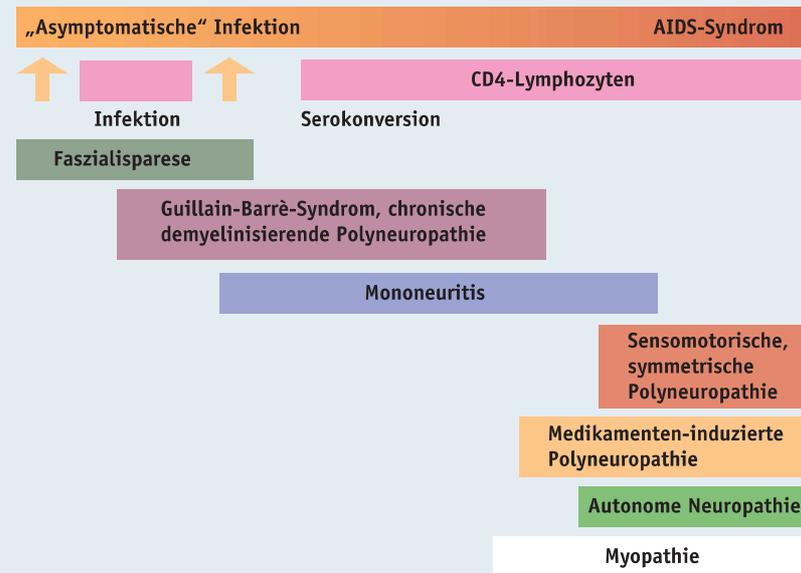
Da die sensible Neuropathie oft im späten Erkrankungsstadium auftritt, müssen auch Mangelzustände (B12, Folsäure) und metabolische Störungen ausgeschlossen werden. Auch wenn der gehäufte Nachweis von HIV-DNA und -RNA in den Spinalganglien von Patienten mit sensibler Polyneuropathie im Vergleich zu Patienten ohne Neuropathie im gleichen Erkrankungsstadium einen direkten infektionsbedingten Mechanismus nahe legt, ist dieser bisher nicht gesichert [2]. Auch die Bedeutung einer medikamenteninduzierten mitochondrialen Störung durch die anti-retrovirale Therapie ist weiterhin nicht endgültig geklärt [15].

Als mögliche Risikofaktoren wurden in den letzten Jahren neben einem niedrigen CD4-Wert, das Alter des Patienten, eine begleitende Alkoholabhängigkeit sowie die anti-retrovirale Therapie ermittelt [12, 21]. Eine jüngste Untersuchung an 187 HIV-Patienten in New York konnte jedoch kein erhöhtes Risiko bei niedrigen CD4-Werten oder durch die anti-retrovirale Therapie nachweisen. Unter den 99 Patienten mit Polyneuropathie (53%) waren Männer signifikant öfter als Frauen (58% versus 37%) betroffen [17].

zu 3: In der HIV-Diagnostik werden heute verschiedene Labortests eingesetzt: neben einem indirekten Nachweis durch Antikörperbestimmung gegen Virusbestandteile auch der direkte Nachweis des Virus mittels Zellkultur, der direkte Nachweis der viralen Antigene (p24-Antigen-ELISA) oder der viralen Nukleinsäure [18]. Der verbreitetste Test ist derzeit der virale Genomnachweis, da er empfindlicher ist als der Antigennachweis und eine Quantifizierung („Viruslast“) zur Verlaufskontrolle der antiviralen Therapie zulässt.

Suchtests müssen eine hohe Empfindlichkeit (Sensitivität) aufweisen, um keine Infektion zu „übersehen“. Die derzeitigen Tests sind fast zu 100% sensitiv, was das Risiko einer falsch negativen Aussage – „es liegt keine HIV-Infektion vor“, obwohl eine Infektion stattfand – fast bei Null liegen lässt, wenn das initial unsichere Zeitfenster von sechs Monaten abgewartet wurde. Die sehr hohe Empfindlichkeit geht jedoch

Auftreten verschiedener, peripherer neurologischer Erkrankungen abhängig vom Krankheitsstadium [nach Brew und Verma]



mit einer etwas geringeren Spezifität („unspezifische Reaktivität“) einher. Sie liegt zurzeit dennoch bei 99,5–99,99%, was bedeutet, dass von 10.000 HIV-negativen Proben bis zu 50 ein falsch positives Testergebnis liefern. Die Zuverlässigkeit eines Tests, der prädiktive Wert, um eine wirklich vorliegende Infizierung von einer falsch positiven Reaktion abgrenzen zu können, hängt jedoch neben der Sensitivität und Spezifität auch von der Prävalenz der Erkrankung in der untersuchten Population ab (Tab. 2).

Da die Berechnung einer bedingten Wahrscheinlichkeit nach der Bayes'schen Regel für Ungeübte oft schwierig ist, empfiehlt es sich, auf die natürlichen Häufigkeiten auszuweichen, da sich diese zumeist im Kopf leicht berechnen lassen [6]. So bedeutet in Deutschland eine Prävalenz von zirka 0,15% eine Häufigkeit von 15 HIV-Infizierten auf 10.000 Erwachsene. Bei einer Sensitivität von 100% finden sich bei einer Spezifität von 99,5% jedoch gleichzeitig 50 falsch positive Befunde unter 10.000 Untersuchten. Der Anteil der wirklich Infizierten ist somit 15/65. Das Risiko mit HIV infiziert zu sein, wenn in Deutschland ein positiver

Tabelle 2

Prävalenz einer HIV-Infektion Erwachsener

Prävalenz HIV/AIDS Erwachsener (15–49 Jahre)	
Deutschland	0,1–0,2%
Italien	0,2–0,8%
Äthiopien	0,9–7,3%
Namibia	18,2–24,7%

UN 2004 Report on the global AIDS epidemic

**Fortsetzung v. S. 87: Lösung neurologische Kasuistik**

Test vorliegt, beträgt somit nur 23%! In einem Hoch-Epidemiegebiet wie in Äthiopien liegt das Risiko hingegen bei 98% (Tab. 3, S. 88). Dies ist der Grund, warum in Gebieten niedriger Prävalenz immer ein zweiter unabhängiger Test (neue Blutprobe!) zur Sicherung einer Infektion erforderlich ist, während in Hoch-Risikogebieten nach Einschätzung der WHO auf einen zweiten Test verzichtet werden kann.

Tabelle 3**Sicherheit von HIV-Tests in Abhängigkeit von der Prävalenz der Erkrankung in der Population**

Prävalenz HIV/AIDS	Erwachsener geschätzt	Risiko HIV-Test falsch positiv
Deutschland	0,15 %	77 %
Italien	0,5 %	50 %
Äthiopien	4,1 %	8 %
Namibia	21,7 %	2 %

Als Bestätigungsreaktion bei positivem ELISA-Suchtest wird heute zumeist der Western-Blot eingesetzt. Hierbei werden gereinigte denaturierte Virusproteine (Hüll-, Kernproteine oder Endonuklease-Polymerase-Proteine) aus Zellkulturen elektrophoretisch nach dem Molekulargewicht mit Patientenserum inkubiert und aufgetrennt. Bei positiver Reaktion binden sich die im Serum vorhandenen Antikörper an die Proteine und lassen sich mit einem enzymmarkierten Zweitantikörper nachweisen. Die Auswahl der Antigenproteine bestimmt, ob auch seltene Virustypen (HIV 2) oder Virus-Subtypen (HIV 1-N, HIV 1-O, HIV 1-M) erfasst und nachgewiesen werden können. Auch hier besteht die Möglichkeit einer falsch negativen Reaktion. Die unmittelbare Phase nach einer Infektion mit noch nicht erfolgter Serumkonversion stellt nach wie vor eine diagnostische Herausforderung dar. So können auch neue Verfahren wie die Nukleinsäure-Amplifikation bei nur niedriger RNA-Viruslast versagen und zu einer Infektion durch Blutkonserven führen [5, 9].

zu 4: Im Gegensatz zur diabetischen Neuropathie zum Beispiel zeigte sich in kontrollierten Studien bei HIV-Patienten kein positiver Effekt mit Mexiletin, Amitriptylin oder durch Akupunktur [10, 11, 20]. Der Einsatz von Valproinsäure sollte möglichst vermieden werden, da diese in-vitro die HIV-Replikation stimuliert [14]. Für Lamotrigin konnte in einer Placebo-kontrollierten Studie bei 135 HIV-Patienten mit schmerzhafter Polyneuropathie nach langsamer Aufdosierung bis zu 600 mg pro Tag (400 mg bei gleichzeitiger Gabe von Medikamenten, die den Abbau von Lamotrigin verzögern) eine signifikante Schmerzlinderung erreicht werden [19]. Auch für Gabapentin konnte jüngst in einer kleinen Placebo-kontrollierten doppelblinden, randomisierten Untersuchung an 26 Patienten mit HIV-assoziiertes schmerzhafter, sensibler Polyneuropathie eine signifikante Schmerzreduktion bei einer Dosis von 1.200–2.400 mg nachgewiesen werden. Häufigste Nebenwirkung war dabei eine vermehrte Müdigkeit, die jedoch auch mit einer signifikanten Besserung der Schlafstörungen einherging [8]. Bei der vaskulitischen Form der HIV-assoziierten Neuropathie konnte auch ein positiver Effekt durch die Gabe von Kortikoiden gezeigt werden [1].

Literatur

- Bradley WG et al. Painful vasculitic neuropathy in HIV-1 infection: relief of pain with prednisone therapy. *Neurology*. 1996; 47: 1446–51
- Brannagan TH et al. Human immunodeficiency virus infection of dorsal root ganglion neurons detected by polymerase chain reaction in situ hybridization. *Ann Neurol*. 1997; 42: 368–72
- Brew BJ. The peripheral nerve complications of human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Muscle Nerve*. 2003; 28: 542–52
- Cinque P et al. Diagnosis of central nervous system complications in HIV infected patients: CSF analysis by the polymerase chain reaction. *AIDS*. 1997; 11: 1–17
- Delwart EL et al. First report of human immunodeficiency virus transmission via an RNA-screened blood donation. *Vox Sang*. 2004; 86: 171–7
- Gigerenzer G. Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Berlin Verlag 2002, pp 163–96
- Gluck T et al. Autonomic neuropathy in patients with HIV: course, impact of disease stage and medication. *Clin Auton Res*. 2000; 10: 17–22
- Hahn K et al. A placebo-controlled trial of gabapentin for painful HIV-associated sensory neuropathies. *J Neurol*. 2004; 251: 1260–6
- Hecht FM et al. Use of laboratory tests and clinical symptoms for identification of primary HIV Infection. *AIDS*. 2002; 24: 1119–24
- Kemper CA et al. Mexiletine for HIV-infected patients with painful peripheral neuropathy: a double-blind, placebo-controlled, crossover treatment trial. *J Acquir Immune Defc Syndr Hum Retrovirol*. 1998; 19: 367–72
- Kiebert K et al. A randomized trial of amitriptyline and mexiletine for painful neuropathy in HIV infection. *Neurology*. 1998; 51: 1682–8
- Lopez OL et al. Risk modifiers for peripheral sensory neuropathy in HIV infection/AIDS. *Eur J Neurol*. 2004; 11: 97–102
- Miller RG et al. ganciclovir in the treatment of progressive AIDS-related polyradiculopathy. *Neurology*. 1990; 40: 569–74
- Moog C et al. Sodium valproate, an anticonvulsant drug, stimulates human immunodeficiency virus type 1 replication independently of glutathione levels. *J Gen Virol*. 1996; 196: 496–505
- Moore RD et al. Incidence of neuropathy in HIV infected patients on monotherapy versus those on combination therapy with didanosine, stavudine, and hydroxyurea. *AIDS*. 2000; 14: 273–8
- Monforte AA et al. Changing incidence of central nervous system disease in the EuroSIDA Cohort. *Ann Neurol*. 2004; 55: 320–8
- Morgello S et al. HIV-associated distal sensory polyneuropathy in the era of highly active antiretroviral therapy: the Manhattan HIV Brain Bank. *Arch Neurol*. 2004; 61: 546–51
- Preiser W. Der HIV-Test. HIV-net: www.hiv.net/2010/buch/test.htm
- Simpson DM et al. Severity of HIV-associated neuropathy is associated with plasma HIV-1 RNA levels. *AIDS*. 2002; 16: 407–12
- Shlay JC et al. Acupuncture and amitriptyline for pain due to HIV-related peripheral neuropathy: a randomized-controlled trial. *JAMA*. 1998; 280: 1590–5
- Schifitto G et al. Incidence of and risk factors for HIV-associated distal sensory polyneuropathy. *Neurology*. 2002; 58: 1764–8
- Simpson DM et al. Lamotrigine for HIV-associated painful sensory neuropathies: a placebo-controlled trial. *Neurology*. 2003; 60: 1508–14
- Tagliati M et al. Peripheral nerve function in HIV infection. *Arch Neurol*. 1999; 56: 84–9
- Verma A. Epidemiology and clinical features of HIV-1 associated neuropathies. *J Peripher Nerv Syst*. 2001; 6: 8–13



Psychiatrische Kasuistik

Massive Stoffwechsellentgleisung unter Antipsychotika

Anamnese

Ein 28-jähriger, lediger, arbeitsloser Patient befand sich schon seit mehreren Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie vom paranoiden Typus in der Behandlung der Hochschulambulanz, als er in Begleitung eines Notarztes und seines Betreuers aus dem betreuten Wohnen mit akuter Verschlechterung des Allgemeinzustandes vorgestellt wurde. Bei der Untersuchung lies sich eine Stand- und Gangataxie, Dysarthrie und zunehmende Bewusstseins-

trübung feststellen. Es erfolgte die sofortige Vorstellung in der internistischen Notaufnahme.

Psychiatrische Vorgeschichte und medikamentöse Behandlung: Die erstmalige Diagnose einer Schizophrenie wurde bei dem Patienten im Alter von 20 Jahren gestellt. Es begann ein langer, schwieriger Krankheitsverlauf mit wiederholten Unterbringungen auf geschützten Stationen bei fremd- und eigengefährdendem Verhalten. Die Compliance bei der psychopharmakologischen Behand-

lung war gering; es kam immer wieder zum Absetzen der Medikation und in der Folge zu schweren Reexazerbationen psychotischer Symptomatik mit insgesamt 15 stationären Aufenthalten. Aufgrund der Schwere der Erkrankung und um die zum Teil schweren Impulsdurchbrüche mit Fremdaggression adäquat behandeln zu können, wurde die parallele Medikation mit typischen Depot-Antipsychotika und oralen Antipsychotika der ersten und zweiten Generation (Second Generation Antipsychotics = SGAs), sowie mit



Fragen

1. Welche Veränderungen des Glukosestoffwechsels können unter Antipsychotika der zweiten Generation (SGA) auftreten?

- a) Erhöhung der Nüchtern glukose, Verschlechterung der Glukosetoleranz und Hyperinsulinämie
- b) Erhöhung von Nüchtern glukose, Verbesserung der Glukosetoleranz, verminderte Insulinsekretion
- c) Hyperinsulinämie, Hypoglykämie und Insulinresistenz
- d) Verschlechterung der Glukosetoleranz, Hypoglykämie und Hyperinsulinämie

2. Welches Prozedere ist im Falle des Auftretens von metabolischen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) zu empfehlen?

- a) Sofortiges Absetzen der psychopharmakologischen Medikation, um potenziell lebensbedrohliche Stoffwechsellentgleisungen und eine vitale Gefährdung des Patienten zu verhindern.
- b) Zunächst Kontrolle der Laborparameter in großzügigen Abständen, Empfehlung der Gewichtsreduktion und Teilnahme an einem Ernährungsberatungsprogramm.
- c) Umstellungsversuch; ist Umstellung aus psychiatrischer Sicht nicht möglich, sollte die Therapie in niedrigst möglicher Dosierung unter engmaschigen Kontrollen der Serumkonzentration und des Lipid- und Glukosestoffwechsels parallel zu antidiabetischer oder lipidsenkender Medikation fortgeführt werden.

- d) Das Absetzen der Medikation sollte auf jeden Fall vermieden werden, um einer Reexazerbation psychotischer Symptomatik mit potenzieller Eigengefährdung vorzubeugen; Überweisung an einen Internisten zur Verlaufskontrolle.

3. Welches sind die aktuell diskutierten pathophysiologischen Mechanismen, die unter Medikation mit SGAs zu metabolischen Veränderungen führen?

- a) direkte Effekte der Substanzen auf den Glukosetransport und die Insulinsekretion
- b) Kombination aus direkten Effekten auf Glukosetransport und Insulinsekretion und indirekten, durch eine Gewichtszunahme bedingten Effekten auf Glukosehomöostase und Insulinresistenz
- c) ungesunde, kohlenhydratreiche Ernährung und Heißhungerattacken der Patienten ausgelöst durch spezifische Rezeptorbindung der SGAs an Dopamin- und Serotoninrezeptoren
- d) direkte Effekte der SGAs auf Adipozyten

4. Welcher der folgenden Parameter ist kein Risikofaktor für die Entwicklung eines Diabetes mellitus?

- a) positive Familienanamnese
- b) Alter über 45 Jahre
- c) kohlenhydratreiche Ernährung
- d) niedrige körperliche Aktivität
- e) Bluthochdruck $\geq 140/90$ mmHg





Phasenprophylaktika notwendig. Seit acht Jahren wurde der Patient mit Antipsychotika in Depotform behandelt (Flupentixol bis 40 mg i. m. alle 14 Tage), zusätzlich in Akutsituationen mit Haloperidol und Diazepam, sowie mit Amisulprid und Risperidon. Seit fünf Jahren bestand eine durchgehende Medikation mit Clozapin (400–600 mg/Tag) bei jedoch unregelmäßiger Medikamenteneinnahme. Die aggressiven Durchbrüche konnten mit Valproinsäure (1.800 mg/Tag) und Lithiumcarbonat (2 Tabletten/Tag) gut beherrscht werden. Unter dieser Kombinationstherapie kam es schließlich zu einer guten Stabilisierung des Patienten und die langsame Eingliederung in betreutes Einzelwohnen wurde möglich. Der Patient nahm jedoch deutlich an Körpergewicht zu: insgesamt 22 kg in einem Zeitraum von zirka 24 Monaten.

Sonstige Erkrankungen: Es waren keinerlei somatische Erkrankungen bekannt. Zum Zeitpunkt der Akuteinweisung bestand eine Adipositas vom Grad I.

Familienanamnese, Suchtmittelanamnese: In der Familie gab es nach Angaben des Patienten keinerlei psychiatrische Erkrankungen. Auch ein Diabetes mellitus wurde verneint, konnte jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden, da der Patient zu seinen Eltern sehr früh den Kontakt abgebrochen hatte. Es bestand ein Nikotinkonsum von zirka 13 Packungsjahren. Der Konsum illegaler Substanzen wie Amphetaminen, Kokain, Halluzinogenen oder Opiaten wurde verneint, es lag jedoch ein langjähriger Cannabisabusus vor, intermittierend mit bis zu 1 g Cannabis pro Tag. Die während der stationären Behandlungen durchgeführten Drogenscreenings (zuletzt vier Wochen vor der Akuteinweisung) zeigten sich positiv für Cannabinoide.

Befund

Neben erwähnter Symptomatik leichte Tachykardie (HF 110/min); träge Lichtreaktion bei Isokorie; hyperglykämischer Stoffwechselstatus mit einem Blutzuckerwert von 1.400 mg/dl (77,7 mmol/l) wurde als ursächlich für die beschriebene Symptomatik identifiziert; keine Ketoazidose; BMI 33,3; Abdomensonografie, EEG, EKG und die MRT des Kopfes unauffällig; bei Entlassung schwankende Blutzuckerwerte zwischen 140–

250 mg/dl; HbA1c 13,6%, Gesamt- und LDL-Cholesterin im Normbereich, erniedrigtes HDL-Cholesterin (1,3 mmol/l), erhöhte Triglyzeride (2,31 mmol/l); kein Hinweis auf bestehenden Bluthochdruck. Die Kriterien für ein metabolisches Syndrom waren zu diesem Zeitpunkt nicht erfüllt.

Zusatzdiagnostik: Die Durchführung eines hyperinsulinämischen, euglykämischen Glukose-Clamps zur Erfassung der Insulinsensitivität wurde vom Patienten abgelehnt. Bei dieser Methode wird durch parallele Infusion von Insulin und Glukose die notwendige exogene Glukoseinfusionsrate errechnet, mit welcher ein physiologischer Glukosewert aufrecht erhalten wird. Berechnet wird die metabolische Clearance-Rate und somit die Insulinsensitivität des Körpers.

Verlauf: Aufnahme auf Intensivmedizinische Station; Insulin i. v. bis zu 140 IE/Tag; bei Glukosewerten zwischen 230–280 mg/dl Umstellung auf 80 IE/Tag Insulin s. c.; Absetzen der bestehenden psychopharmakologischen Medikation und Weiterbehandlung mit Haloperidol bis zu 3 x 5 mg; nach wenigen Tagen jedoch deutliche Impulsdurchbrüche und Wahnstimmung, die die internistische Therapie der Hyperglykämie in selbstgefährdendem Ausmaß erschwerten; Verlegung in die Psychiatrie; dort parallel zur Insulintherapie Wiedereinleitung der oralen und Depotmedikation mit Flupentixol unter Abdosierung des

Haloperidol. Die Diabetesschulung wurde vom Patienten gut angenommen; er selbst führte die Insulintherapie – zunächst unter intensiver Anleitung – durch. Eine Wiedereinstellung auf Clozapin wurde anvisiert. Nach aktuellen Empfehlungen sollte die bestehende antipsychotische Medikation in der niedrigst möglichen Dosis weitergeführt werden, wenn eine Umstellung aus psychiatrischer Sicht nicht möglich ist [1]. Der Patient wurde in stabilisiertem Zustand in betreutes Einzelwohnen entlassen. Die tägliche Medikamenteneinnahme sowie regelmäßige selbstständige Blutzuckermessungen und Insulingaben wurden durch eine häusliche Krankenpflege unterstützend begleitet.

Besonders bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen besteht jedoch im Rahmen eines Diabetes mellitus ein erhöhtes Risiko für potenziell lebensbedrohliche Stoffwechsellagestörungen, vor allem wenn der Patient krankheitsbedingt durch Reexazerbation psychotischer Symptomatik nicht mehr in der Lage ist, die notwendige Insulintherapie adäquat durchzuführen.

Dr. med. C. Opgen-Rhein

Dr. med. A. Neuhaus

Dr. med. M. C. Jockers-Scherübl

Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Benjamin Franklin



Lösung zur psychiatrischen Kasuistik

1a; 2c; 3b; 4c

zu 1: Schon seit Einführung antipsychotischer Substanzen durch Chlorpromazin, aber vor allem seit Einführung der SGAs sehen sich Psychiater vor das Problem der unerwünschten, zum Teil massiven Effekte dieser Substanzen auf Körpergewicht und Stoffwechsel gestellt. Vielfach beschrieben wurde die Erhöhung von Nüchtern-glukose und Insulin [2] und eine Verschlechterung der Glukosetoleranz im oralen Glukose-Toleranz-Test (oGTT) unter SGAs [3, 4], zu denen vor allem Olanzapin, Clozapin, Risperidon und Quetiapin zählen [9]. Auch eine reduzierte Insulinsensitivität wurde beschrieben [5]. Über neu aufgetretenen Diabetes mellitus Typ II und Entgleisungen eines bekannten Diabetes mellitus auch ohne Gewichtszunahme gibt es Fallbeschreibungen [6], ebenso über das Auftreten diabetischer Ketoazidosen (nach Angaben der FDA in insgesamt 80 Fällen) zum Teil auch mit letalem Ausgang [7, 8].

Fallberichte (1966–2003) über einen Diabetes mellitus und ein hyperosmolares oder ketoazidotisches Komma existieren bei fast allen SGAs. Für Ziprasidon, Amisulprid und Aripiprazol sind bislang aber keine Fälle bekannt – die Datenlage ist hier jedoch noch nicht als ausreichend zu bewerten [1].



Fortsetzung v. S. 90: Lösung psychiatrische Kasuistik

zu 2: Generell sollten Patienten mit Diabetes mellitus nach Möglichkeit keine SGAs mit bekannten metabolischen UAW erhalten. Bei Auftreten von Gewichtszunahme oder signifikanten Stoffwechselveränderungen wie Hypertriglyceridämie, -cholesterinämie oder Hyperglykämie sollte die Medikation auf eine Substanz mit weniger ungünstigen metabolischen Effekten umgestellt werden. Ist eine solche Umstellung aus psychiatrischer Sicht nicht möglich, sind engmaschige Kontrollen dringend indiziert. Es sollte die niedrigste mögliche Dosierung gewählt werden, unter der noch ein therapeutischer Wirkspiegel zu messen (Drugmonitoring) und klinisch ein Effekt zu beobachten ist. Eine Einstellung auf lipidsenkende Medikation wäre je nach kardiovaskulärem Risikoprofil zu erwägen; falls ein Diabetes mellitus auftritt, sollte – je nach Bedarf – die Einstellung auf orale Antidiabetika oder Insulin erfolgen. Auch wenn bislang keine Auffälligkeiten im Glukose- und Fettstoffwechsel eines Patienten bekannt sind, sollten bei Einstellung auf SGA's mit bekannten metabolischen UAW regelmäßige Kontrollen bezüglich Diabetes mellitus-typischer Symptomatik erfolgen (Gewichtsverlust, Lethargie, Polydipsie/Polyurie, Infektionsneigung). Regelmäßige Kontrollen des Lipidprofils, der Nüchternglukose, des BMI und des Hüftumfangs sollten selbstverständlich sein, nicht zuletzt um ernste diabetische Stoffwechsellagen mit potenziell letalem Ausgang zu vermeiden. Der behandelnde Psychiater sollte sich für Hinweise auf diese beschriebenen Stoffwechsellagen (und zusätzlich Dehydratation, Hypotension und Acetongeruch) sensibilisieren und sowohl Patienten als auch Angehörige über mögliche Symptome aufklären, sodass notwendige Interventionen frühzeitig eingeleitet werden können (vergleiche 1).

zu 3: Zur Insulinresistenz mit nachfolgender Hyperinsulinämie, Hyperglykämie und diabetischer Stoffwechsellage können eine Reihe von Faktoren wie Rauchen, körperliche Inaktivität und Übergewicht beitragen. In dieser Hinsicht können SGAs auf indirektem Wege durch Sedierung, Induzierung von Übergewicht und körperlicher Inaktivität zur Entstehung einer Insulinresistenz, Hyperinsulinämie und Hyperlipidämie beitragen, die sowohl das Diabetes- als auch das kardiovaskuläre Risiko erhöhen. Direkte Effekte von Clozapin, Olanzapin und möglicherweise Quetiapin auf die Glukose-Homöostase durch Induzierung von Hyperinsulinämie und Hyperlipidämie und somit Insulinresistenz werden ebenfalls diskutiert [9].

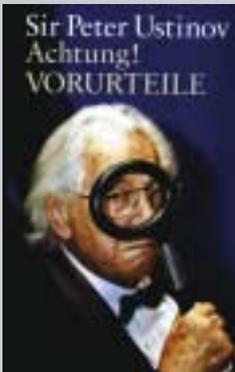
zu 4: Als Risikofaktoren für das Auftreten eines Diabetes mellitus gelten: Alter \geq 45 Jahre, Übergewicht (BMI \geq 25), positive Familienanamnese (Eltern, Geschwister), niedrige körperliche Aktivität, Ethnizität (Nicht-Kaukasier), bekannte gestörte Nüchternglukose oder Glukosetoleranz, Gestationsdiabetes in Anamnese, Geburt eines Kindes mit Gewicht $>$ 9 Pfund, Bluthochdruck (\geq 140/90 mmHg), HDL-Cholesterin \leq 35 mg/dl (0,90 mmol/l) und/oder Triglyzeride \geq 250 mg/dl (2,82 mmol/l), Polyzystische Ovarien, Gefäßerkrankung in Anamnese [10].

Literatur

1. Melkersson KI et al. *Psychopharmacology*. 2004; 175 (1): 1–6
2. Lindenmayer JP et al. *J Clin Psychopharmacol*. 2001; 21: 351–3
3. Newcomer JW et al. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59 (4): 37–45. Review
4. Hedenmalm et al. *Drug Saf*. 2002; 25 (15): 1107–16
5. Sowell et al. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003; 88 (12): 5875–80
6. Ramankutty G. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 105 (3): 235–6
7. Avella J et al. *Am J Forensic Med Pathol*. 2004; 25 (2): 172–5
8. Koller EA et al. *Pharmacotherapy*. 2002; 22: 841–52
9. Melkersson KI und Dahl ML, *Drugs*. 2004; 64 (7): 701–23
10. American Diabetes Association, *Diabetes Care* 2003; Empfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft, 2001



Und das können Sie gewinnen:



Unter den richtigen Einsendungen verlosen wir dreimal **„Achtung! Vorurteile“**. In seinem Buch widmet sich Sir Peter Ustinov humorvoll, wortgewandt und feinsinnig Geschichten aus Alltag und Politik, in denen Vorurteile machtvoll das Zepter übernommen haben. Er fahndet, jedoch ohne belehren zu wollen, nach der oftmals arroganten Meinung über Menschen anderer Kulturkreise, die nicht selten auf reiner Unkenntnis beruht.

— Lösung des CME-Quiz im NT 12/2004: 1b; 2b

Die Gewinner:

Dr. M. Macha, Erlangen
Dr. G. Nehrig, Wiesmoor
Dr. A. Stolzenburg, Berlin

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 2/2005“
Hauptstr. 18, 79576 Weil am Rhein
Fax (0 76 21) 7 87 14

Bitte Absender nicht vergessen!
Einsendeschluss: 16.3.2005

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Praxisstempel _____

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 zur HIV-assoziierten Neuropathie trifft zu?

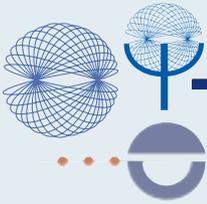
- a) HIV-assoziierte Neuropathien treten ausschließlich in der Spätphase der Infektion auf.
- b) Die häufigste periphere neurologische Erkrankung bei HIV-Infektion ist die distal sensible Polyneuropathie.
- c) Ein normaler CD4-Lymphozytenwert schließt eine HIV-assoziierte Neuropathie aus.
- d) Bei schmerzhafter Polyneuropathie sollte ein Therapieversuch mit Valproinsäure unternommen werden.

Psychiatrie

2. Welche Aussage zur Phasenprophylaxe bipolarer Störungen mit Lithium trifft zu?

- a) Die Prophylaxe mit Lithium ist vor allem bei denjenigen Patienten erfolgreich, deren Erkrankung mit einer Depression begonnen hat.
- b) Einer der Vorteile von Lithium ist seine große therapeutische Breite.
- c) Unter einer Lithium-Prophylaxe wurde in mehreren Studien eine antisuizidale Wirkung beobachtet.
- d) Kombinationstherapien zur Prophylaxe des Rapid Cyclings waren in den bisherigen Untersuchungen einer Lithium-Monotherapie unterlegen.





Das bietet Ihnen die BVDN/BDN/BVDP-Mitgliedschaft

Kostenloser Bezug des Verbandsorgans NEUROTRANSMITTER

Der NEUROTRANSMITTER wird regelmäßig (elfmal 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 Streuverand. 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 versendet. 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;
- PPM – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie;
- Die Rehabilitation;
- Psychotherapie im Dialog;
- Balint-Journal.

Falls Sie Änderungswünsche haben, teilen Sie diese bitte unserer BVDN/BDN/BVDP-Geschäftsstelle 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 IGeL;
- Richtgrößen, Arzneimittelrichtlinien (2. Auflage, 2/2004);
- Wirtschaftliche Praxisführung für Nervenärzte (1. Auflage 11/2000);
- Mitgliederverzeichnis BVDN/BDN/BVDP (Juni 2004).

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: Dopplergereäte, 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 1.000 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. 1a, 41460 Neuss, Tel. (02131) 2 20 99 20, Fax (02131) 2 20 99 22, E-Mail: bvdn.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; 260 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/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.: _____

Geldinstitut: _____ 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.

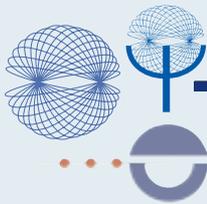
Name: _____

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

R. Bodenschatz

Beisitzer

Christa Roth-Sackenheim

U. Meier

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

N. Mönter

Brandenburg

G. Fischer

Bremen

A. Steck

Hamburg

H. Vogel

Hessen

S. Planz-Kuhlendahl

Mecklenburg-Vorpommern

L. Hauk-Westerhoff

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

K. Gorsboth

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, Wirtschaftliche 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 (Continuous 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, Neuroophthalmologie

M. Freidel

Neuroorthopädie

B. Kugelgen

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

Vorsitzende

R. Hagenah, Rotenburg
U. Meier, Grevenbroich

Schriftführer

H. Masur, Bad Bergzabern

Kassenwart

K.-O. Sigel, München

Beisitzer

F. Bergmann, Aachen
H.-C. Diener, Essen
P. Reuther, Bad Neuenahr

Beirat

C. Beil, Köln
U. Besinger, Westerstede
S. Diez, Bad Wildbach
A. Engelhardt, Oldenburg
P. Franz, München
M. Freidel, Kaltenkirchen
H. Grehl, Erlangen
F. König, Lübeck
F. Reinhardt, Erlangen
C.-W. Wallesch, Magdeburg

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

Labort

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

Medien

beides 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

Ärztckammern

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

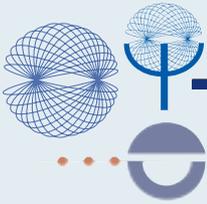
Praxisbörse

Einkauf

Faxabrufe

alles 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, Aachen; G. Wermke, Homburg/Saar

Der BVDP wurde 1999 in Leipzig gegründet und löste die Sektion Psychiatrie und Psychotherapie im BVDN ab. Er ist Mitglied in der GFB, der AG fachärztlicher Fortbildungskom-

missionen, 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 BMGS, der KBV, der BÄK sowie anderen berufspolitischen Verbänden) organisiert der BVDP wissenschaftliche 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

PTSD

C. Roth-Sackenheim

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: bergmann@bvdn-nordrhein.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.nefo.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. Klaus Gorsboth

Bahnhofstr. 10, 59581 Warstein,
Tel. (0 29 02) 9 74 10, Fax (0 29 02) 97 41 33,
E-Mail: gorsboth.bvdn@gmx.de

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. Liane Hauk-Westerhoff

Paulstr. 48–55, 18055 Rostock,
Tel. (03 81) 4 90 08 10, Fax (03 81) 4 90 08 11,
E-Mail: liane.hauk-westerhoff@
nervenaerzte-rostock.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

Bahnhofstr. 36, 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. Johanna Krause

Schillerstr. 11a, 85521 Ottobrunn,
E-Mail: dirjkrause@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 22, Fax (0 21 81) 22 53 11,
E-Mail: umeier@t-online.de

Dr. Norbert Mönter

Tegeler Weg 4, 10589 Berlin,
Tel. (0 30) 3 44 20 71, Fax (0 30) 84 10 95 20
E-Mail: moenter-berlin@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.raidat@t-online.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

ANR Ahrweiler, Schülzchenstr. 10,
53474 Bad-Neuenahr-Ahrweiler,
Tel. (0 26 41) 9 80 40, Fax (0 26 41) 9 80-444,
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.ibb@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

Prof. Dr. Frank Schneider

Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen,
Tel. (02 41) 80 89-633, Fax (02 41) 80 82-401,
E-Mail: psychiatrie@ukaachen.de

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. 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: steck@ewetel.net

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

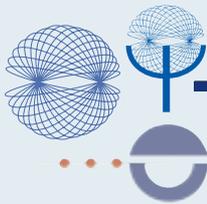
Ernst-Abbe-Platz 3–4, 07743 Jena,
Tel. (0 36 41) 57 44 44, Fax (0 36 41) 57 44 40,
E-Mail: praxis@tinschert.de

Dr. Siegfried R. Treichel

Halterner 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
Eulenkruopfad 4, 22359 Hamburg,
Tel. (040) 6037142,
Fax (040) 60951303,
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 Zwosten,
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. Sattleger	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. W. Maier-Janson	BADEN-WÜRTEMBERG Mannheim Ravensburg	ja ja	(06 21) 12 02 70 (07 51) 36 24 20	(06 21) 1 20 27 27 (07 51) 3 62 42 17	juergen.braun@dgn.de kontakt@neurologie-ravensburg.de
BVDN-Landesverband: Dr. H. Martens Dr. G. Carl	BAYERN München Würzburg	ja ja	(0 89) 2 71 30 37 (0 93 21) 2 48 26	(0 81 41) 6 35 60 (0 93 21) 89 30	dr.h.martens@gmx.de carlg@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. G. Benesch	BERLIN Berlin	ja	(0 30) 3 12 37 83	(0 30) 32 76 50 24	dr.g.benesch@t-online.de
BVDN-Landesverband: offen!	BRANDENBURG				
BVDN-Landesverband: Dr. I. Steck	BREMEN Bremen	ja	(04 21) 66 75 76	(04 21) 66 48 66	
BVDN-Landesverband: Dr. H. Vogel Dr. H. Ramm	HAMBURG Hamburg Hamburg	ja ja	(0 40) 6 03 71 42 (0 40) 24 54 64	(0 40) 60 95 13 03	info@praxis-vogel.de hans.ramm@gmx.de
BVDN-Landesverband: Dr. S. Planz-Kuhlendahl	HESSEN Offenbach	ja	(0 69) 80 01 41 3	(0 69) 80 03 51 2	planz-kuhlendahl@t-online.de
BVDN-Landesverband: kein Facharzt in der KV!	MECKLENBURG-VORPOMMERN				
BVDN-Landesverband: offen!	NIEDERSACHSEN				
BVDN-Landesverband: Dr. F. Bergmann Dr. A. Haus Dr. Rolf Peters Dr. Birgit Löber-Kraemer	NORDRHEIN Aachen Köln Jülich Bonn	ja ja ja	(02 41) 3 63 30 (02 21) 40 20 14 (0 24 61) 5 38 53 (02 28) 22 34 50	(02 41) 40 49 72 (02 21) 40 57 69 (0 24 61) 5 40 90 (02 28) 22 34 79	bergmann@bvdn-nordrhein.de hphaus1@AOL.com dr.rolf.peters@t-online.de

* Diese Liste der KV-Vertreter wird unter Vorbehalt veröffentlicht und in den nächsten Ausgaben vervollständigt!

Fortsetzung

BVDN-Landesverband: Dr. Klaus Sackenheim	RHEINLAND-PFALZ Andernach	ja	(0 26 32) 9 64 00	(0 26 32) 96 40 96	bvdn@dr-sackenheim.de
BVDN-Landesverband: Dr. F. Jungmann Dr. Th. Kajdi	SAARLAND Saarbrücken Völklingen	ja	(06 81) 3 10 93 (0 68 98) 2 33 44	(06 81) 3 80 32 (0 68 98) 2 33 44	Fjungmann@TeleMED.de Kajdi@t-online.de
BVDN-Landesverband: offen!	SACHSEN				
BVDN-Landesverband: Dr. R. Deike	SACHSEN-ANHALT Magdeburg		(03 91) 2 52 91 88	(03 91) 5 31 37 76	
BVDN-Landesverband: Dr. U. Bannert	SCHLESWIG-HOLSTEIN Bad Segeberg	ja	(0 45 51) 20 55	(0 45 51) 17 83	Uwe.Bannert@Rush.de
BVDN-Landesverband: Dr. K. Tinschert	THÜRINGEN Jena	ja	(0 36 41) 57 44 44	(0 36 41) 57 44 40	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband: Dr. U. Thamer Dr. V. Böttger	WESTFALEN Gelsenkirchen Dortmund	ja ja	(02 09) 3 73 56 (02 31) 51 50 30	(02 09) 3 24 18 (02 31) 41 11 00	Thamer.Herten@t-online.de boettger@AOL.com

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: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Geschäftsstelle: 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

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 GmbH, Neumarkter Str. 43, 81673 München, Tel. (0 89) 43 72-13 00, Fax (0 89) 43 72-13 99, <http://www.urban-vogel.de>

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die Urban & Vogel GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Eigentümerin der Springer Medizin-Verlag GmbH ist mit 100% Anteilen die Springer Science+Business Media GmbH & Co. KG, Berlin.

Geschäftsführer: Dr. Georg Ralle

Leitung Verlagsbereich III: Dr. med. Christoph Posch

Redaktion: Dr. rer. nat. Claudia Mäck (cm), Tel. (0 89) 43 72-14 03, Fax (0 89) 43 72-14 00, E-Mail: maeck@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. 9 vom 1.10.2004

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: 17,50 EUR. Jahresabonnement: 164 EUR. Für Studenten/AIP: 109 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 18 EUR, Ausland 22 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 Dosieranweisungen, 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
Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München
ISSN 1436-123X

