

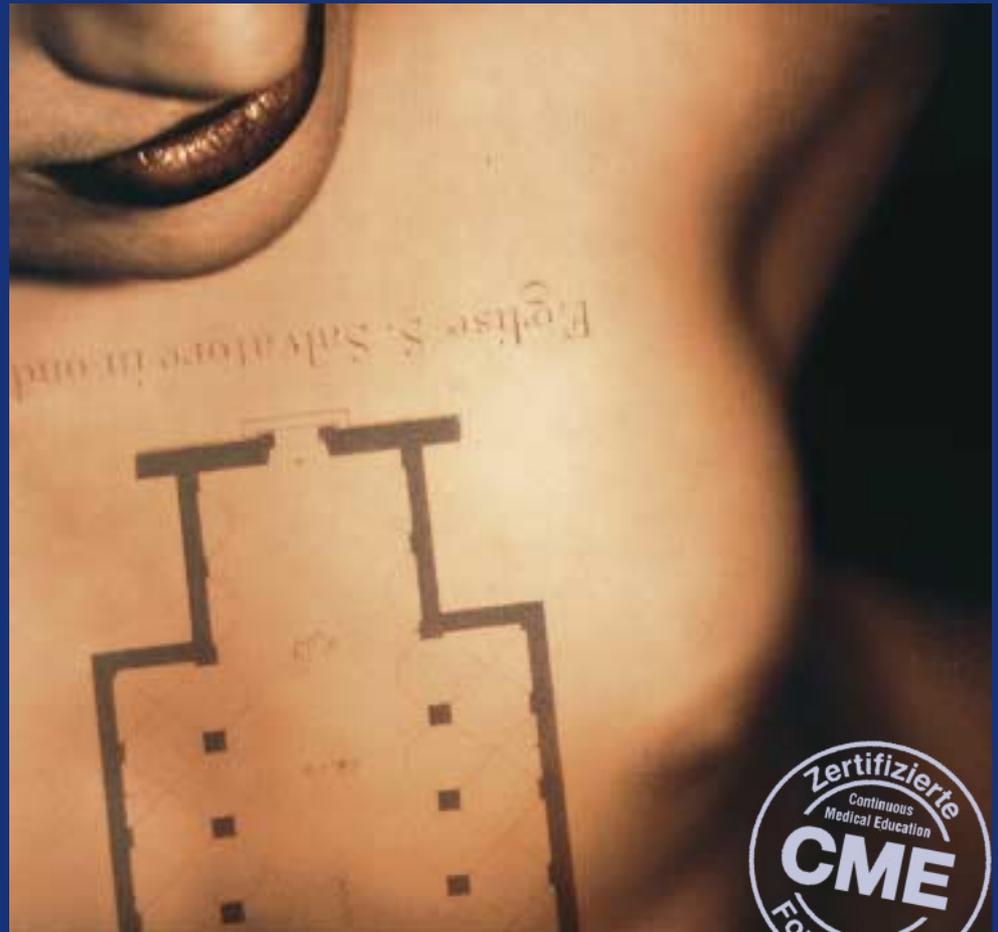
# NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

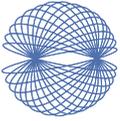
Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN),  
des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN)  
und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP)

EXPERTENKOMMISSION

**Perspektiven  
und Ziele in der  
Altenpolitik**



- **PARKINSON-ASSISTENTIN „PASS“**  
**Bundesweite Fortbildung beginnt**
- **FATIGUE BEI MULTIPLER SKLEROSE**  
**Therapie der belastenden Müdigkeit**
- **ANALYSE DES SERIENTÄTERS**  
**Zwischen Lust-Mord und Mord-Lust**



# Aus meinem Dorf

einer Stadt, die sich groß nennen darf. Sie ist ja doch größer als viele andere Städte und viel größer als ein Dorf.

Mittendrin wohne ich. 100 Meter vom Rathaus entfernt und gleich um die Ecke von meiner Praxis. Wenn meine Patienten dort aus dem Wartezimmerfenster schauen, können sie dem Treiben auf dem Domplatz zusehen. So wohne und arbeite ich also mitten im Herzen meiner Stadt und lebe – ich kann es nicht anders nennen – doch wie auf dem Dorf. Hier ist es nicht so, dass keiner keinen kennt, jeder am anderen vorbeihastet und Anonymität das Zentrum der Stadt zu einer unmenschlichen Wüste hat verkommen lassen. Hier begegnet man sich: den Nachbarn, den Geschäftsleuten, dem Wirt um die Ecke, dem obdachlosen Künstler und manchmal noch ganz anderen.

## Hinter der Säule

Das wird jedoch in Zukunft nicht mehr passieren, dass plötzlich – wenn man an einem hohen kirchlichen Feiertag nach dem Hochamt auf den Seitenausgang zustrebt – wie eine Statue hinter einer Säule der Bruder des Domkapellmeisters Ratzinger, der Kurienkardinal aus Rom, vor einem steht, wartend, um mit jenem zum Mittagessen in den Bischofshof (im obigen Sinne unser Dorfwirtshaus) zu gehen. Er war dort beliebt wegen seiner ruhigen und freundlichen Art und bekannt für seine Vorliebe einfacher Mehlspeisen, erzählte uns die Wirtin diese Woche beim Abendschoppen. Dass unsere Dorfkirche eine gewaltige gotische Kathedrale und der Bischofshof ein respektabler gastronomischer Betrieb ist, muss ich, um falsche Eindrücke zu vermeiden, noch hinzufügen. Auch bei Prozessionen oder dem feierlichen Einzug zum Pontifikalamt hatte man ihn oft antreffen können, immer mit dem klaren, fast scharf muskternden, dabei zurückhaltend scheuen Blick, der ein schwer zu deutendes distanzierendes Interesse ausdrückte. Vielleicht und hoffentlich war es doch das Amt, das ihm aufgebürdet war in der Nachfolge der Inquisition, das ihn manchmal so menschenfern erscheinen ließ. Seit er für unser Dorf verloren ist, aber als Papst Benedikt XVI. gänzlich für Rom gewonnen wurde, wirkt er wie erleichtert, geht plötzlich so frei und offen auf sein Gegenüber zu, als hätte er nie etwas anderes getan.

## Familienbande

Vor acht Jahren dürfte es gewesen sein, dass – unerklärlich für einen Werktag – morgens alle Glocken unseres Dorfkirchens läuten begannen. Als ich beim Abholen eines Patienten aus dem Wartezimmer selbst den Kopf zum Fenster hinausstreckte, neugierig zu erfahren, was los sei, tummelte sich dort vor dem Portal eine nie gesehene Zahl von purpurnen, schwarzen und roten Ornaten. Wie ich am nächsten Tag aus der Zeitung erfuhr, war die Schwester des jetzigen Papstes, die ihm den Haushalt in Rom geführt hatte, verstorben und der



PD Dr. med. Albert Zacher  
Schriftleiter

**„Hier ist es nicht so, dass keiner keinen kennt, jeder am anderen vorbeihastet und Anonymität das Zentrum der Stadt zu einer unmenschlichen Wüste hat verkommen lassen.“**

damalige Kurienkardinal hatte eine Menge Freunde und Bekannte aus aller Welt zur Beerdigung eingeladen. Das Grab der Eltern und der Schwester, auf einem unserer Totenacker gelegen, war in den letzten Jahren ein von beiden Brüdern häufig aufgesuchter Ort und gehörte ebenso zum Familienleben der beiden wie ihr täglicher telefonischer Kontakt.

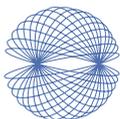
## Und sonst?

Es gäbe noch viel aus unserem Dorf zu berichten beispielsweise von unserem obdachlosen Maler, der tagsüber auf dem zusammengerollten Schlafsack thronend, zwischen den paar noch verbliebenen Zähnen die Stifte in Bereitschaft haltend, die schönsten Ansichten der Stadt mit echter Meisterschaft aufs Papier bringt, sie den Touristen verkauft und sich dann in seinem und meinem Stammcafé einen Cappuccino gönnt. Oder vom Dampfndel-Uli, in dessen gotisch gewölbter heimeliger Gaststube ich kürzlich die frühere Bundesgesundheitsministerin, Professor Ursula Lehr, antraf. Befragt nach ihrer Zeit im Ministeramt, in der ich sie persönlich kennen gelernt hatte, stimmte sie gleich ein Loblied auf ihre damaligen Mitarbeiter an. Das hatte wahrlich Format!

Ach, ich könnte noch lange erzählen. Vielleicht ein anderes Mal, wenn der Zwang zum Zank ums Honorar nicht mehr so drückt wie gerade jetzt.

Ihr

**PS:** Da meinte ich doch oben, mit den Besuchen in Regensburg, beim Bruder, beim Grab der Eltern und der Schwester arb. U unw Dalesnte ict-



3 — Editorial

Aus den Verbänden

8 — Gesundheitspolitische Kurznachrichten

12 — Aktuelles Urteil zur Sachverständigenvergütung

14 — **www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de**  
Patienteninformationsdienst – stetig wachsender Bekanntheitsgrad

18 — Glosse

Unser Steuersystem – und wohin es führt

**EBM 2000 plus ...**

21 — Fremdanamnese, supportive psychiatrische Behandlung, Gruppenbehandlung ...

24 — Reformziele contra Wirklichkeit

28 — **Expertenkommission „Ziele der Altenpolitik“**  
Heute schon über morgen nachdenken

34 — **Fortbildung zur Parkinson-Assistentin**  
Mehr Effizienz und Kompetenz in der Praxis

36 — **Verleihung des BVDN-Awards**  
„Erfolgsstory“ NEUROTRANSMITTER –  
Auszeichnung für Albert Zacher

Beruf aktuell

39 — **Portrait: Klinik am Regenbogen Nittenau**  
Unterstützung und Begleitung  
im Gesundheitsprozess

41 — **2. Deutscher Psychoedukations-Kongress**  
Psychoedukation als Schrittmacher

42 — **Krankenversicherung**  
Unions-Modell „Gesundheitsprämie“

43 — **Diskussion über Antidementiva**  
Not so NICE – Kontroverse ohne Ende

# EBM 2000 plus ...

## Verzerrte Realität ...

... gibt der Leistungskatalog des neuen EBM 2000 plus wieder. Theorie und Praxis liegen in vielen Positionen weit auseinander. Niedergelassene sehen sich in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht.

**24**

## Ausführliche Prognosen ...

... zur Altersentwicklung weisen in eine eindeutige Richtung: Die mittlere Lebenserwartung steigt – und mit ihr die Versorgungs- und Finanzierungsproblematik. Rechtzeitige Reformen des Sozialversicherungssystems sind notwendig!



**28**

## Fundiertes Wissen ...

... über die Erkrankung vermitteln – als Grundvoraussetzung zur Krankheitsbewältigung und zum selbstverantwortlichen Handeln des Patienten. Dies sind die Ziele der Psychoedukation. Ihrer Bedeutung in der Behandlung schizophrener Psychosen widmete sich der 2. Deutsche Psychoedukations-Kongress im Kontext neuer Forschungsergebnisse.



**41**

### 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**

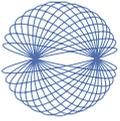
Dagmar Differt-Schiffers,  
Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss,  
Tel. (0 21 31) 2 20 99-20,  
Fax (0 21 31) 2 20 99-22,  
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Die **Adressen** der Funktionsträger und Autoren des BVDN, BDN und BVDP finden Sie auf S. 110 ff.

### Titelbild

**Peter Bohns Fotografien haben weniger dokumentarischen Charakter. In seinen klar komponierten Einheiten stehen Ästhetik und Emotionales im Vordergrund (S. 102 f.).**



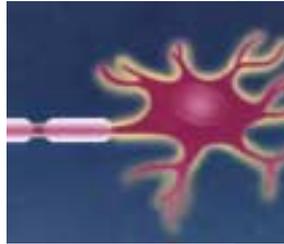


Fortbildung

- 44** — **Neue Behandlungskonzepte bei Multipler Sklerose**  
Die eigene Abwehr gegen sich
- 49** — **Multiple Sklerose**  
Energieelos, erschöpft – das Fatigue-Phänomen
- 56** — **Phänomen des Serienmordes – Teil 1**  
Zwischen Lust-Mord und Mord-Lust –  
Verhalten und Ätiologie eines Serientäters
- 60** — **Innovative Substanzen**  
Duloxetine – Dualer Wirkansatz bei Depressionen
- 62** — **Infektionen nach Injektion und Infusion**  
Hygiene schützt das Leben
- 66** — **AGATE informiert**  
Vorsicht mit Neuroleptika bei älteren Patienten!
- 68** — **Journal Club**
- 70** — **Kasuistiken**
- 81** — **CME-Quiz**

Journal

- 82** — **Psychopathologie in Kunst & Literatur**  
Narzissmus und der Tod – Arthur Schnitzlers  
„Leutnant Gustl“
- 88** — **Reisezeit**  
Auf den Spuren der Pharaonen
- 94** — **Markt & Forschung**
- 102** — **NEUROTRANSMITTER-Galerie**  
Peter Bohn – Polarität in's Bild gesetzt
- 104** — **Termine**
- 106** — **BVDN/BDN/BVDP**  
Mitgliedschaft/Struktur
- 113** — **Impressum**



## Verhängnisvolle Fehlsteuerungen ...

... führen autoreaktive T-Zellen bei Multipler Sklerose in das ZNS – Demyelinisierung und Axon-Untergang sind die Folgen. Das komplexe entzündliche Krankheitsgeschehen bietet vielerlei

Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen.

# 44

## Grausame Verbrechen ...

... verüben Serienmörder mit oft unvorstellbarer Gewalt und Kaltblütigkeit. Welche Motivationen treiben sie immer wieder zu ihren Taten? Wo liegen die Ursachen dafür begründet?

# 56



## Auf Entdeckungsreise ...

... entlang des Nils, der fließenden Oase Ägyptens, geleitet Sie unsere Reisezeit hin zu weltberühmten Sehenswürdigkeiten wie der majestätischen Sphinx.

# 88

### Wichtiger Hinweis!

Dieser Ausgabe beigelegt finden Sie den Parkinson Report 2005 „Antidepressiv therapieren, Beweglichkeit erhalten: Eine Zukunft ohne Depression?“ und den Kongress Report aktuell Nr. 712 „Highlights vom 4. Deutschen Parkinson-Kongress 2005: Die Parkinsondemenz frühzeitig erkennen und behandeln“.

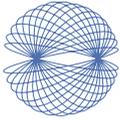
Was Sie als Arzt über EDV und Internet wissen sollten, finden Sie in unserer Beilage Med-Online. Die Themen unter anderem: Langzeitarchivierung – so bleiben Daten länger frisch; Standortanalyse für Arztpraxen – drum prüfe, wer sich niederlässt; Name gesucht? – Tipps für die richtige Internet-Adresse.

**Wir bitten um freundliche Beachtung!**

### Druckfrisch!



Der neue Abrechnungskommentar zum EBM 2000 plus (Stand 4.3.2005) von Gunther Carl und Albert Zacher ist soeben erschienen. Die Publikation wurde von der Lundbeck GmbH freundlich unterstützt. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an Ihren Außendienstmitarbeiter der Firma Lundbeck.



# Aktuelles Urteil zur Sachverständigenvergütung

*Liebe Kolleginnen und Kollegen,*

Vor dem Hintergrund, dass der erforderliche Zeitaufwand (in Stunden) eines Sachverständigen für die Erstellung eines Gutachtens bislang strittig war, möchte ich Sie hiermit über einen Beschluss des Landessozialgerichts (LSG) Nordrhein-Westfalen (NW) informieren. In dem Urteil mit dem Aktenzeichen L 4 B 9/04, das zum 19.1.2005 rechtskräftig wurde, führte das LSG Folgendes aus:

„Im Interesse der Verwaltungsvereinfachung einer gleichmäßigen Vergütung aller für die Sozialgerichtsbarkeit tätigen Sachverständigen geht das LSG NW (...) von dem Erfahrungssatz aus, dass ein Sachverständiger für Diktat und Korrektur von etwa sechs Seiten eine Stunde benötigt. Dieser Erfahrungssatz liegt im Rahmen der von anderen Landessozialgerichten angewandten Erfahrungssätze, wonach von einem mittleren Zeitaufwand von einer Stunde für vier bis sechs Seiten Diktat einschließlich Durchsicht auszugehen ist (...). Bei der Ermittlung der angemessenen Seitenzahlen wird der Gesamtumfang und die Schreibweise des Gutachtens berücksichtigt. Grundsätzlich ist vom Gesamtumfang des Gutachtens auszugehen. (...).

Eine durch die Schreibweise überhöhte Seitenzahl kann gekürzt werden. Der Umfang einer Schreibseite ist nicht allgemeingültig, etwa durch DIN-Vorschriften normiert. Das LSG NW hat in der bisherigen Rechtssprechung von einer abstrakten Definition einer Standardseite abgesehen, vielmehr hat es jeweils individuell geprüft, ob das Schriftbild mit den Grundsätzen der angemessenen Platzierung des Schriftbildes, einer nicht gebührenträchtigen Verteilung des Textes sowie einem normalen Zeilenabstand (1,5-zeilig) entspricht (...).

Die ‚übliche‘ Schreibweise umfasst demnach mindestens 1.400 Anschläge pro Seite ohne Berücksichtigung von Leerzeichen. Diese Rechtssprechung knüpft an die durch das Kostenrechtsän-

derungsgesetz 1975 weggefallene Regelung des früheren § 8 Abs. 1 Nr. 2 ZSEG an, der vorsah, dass entsprechend § 91 Abs. 3 und 6 GKG 1,00 DM pro Seite erstattet wird, die 28 Zeilen und durchschnittlich 15 Silben enthält (...).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist der erforderliche Umfang einer Seite bei der Berechnung der Vergütung nach § 9 JVEG im JVEG nicht mehr definiert. Zwar ist in § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 JVEG festgelegt, dass für die Erstellung des schriftlichen Gutachtens 0,75 EUR je 1.000 angefangener Anschläge ersetzt werden. Die Bestimmung des § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 JVEG regelt aber ausschließlich den Ersatz für die zur Erstellung erforderlichen Schreibarbeiten. Die Tätigkeit des Formulierens, Diktierens und Korrigierens durch den Sachverständigen wird nicht durch den Ersatz für besondere Aufwendungen nach § 12 JVEG, sondern mit dem Honorar nach § 9 JVEG vergütet (...).

Schon im ZSEG wurde zwischen den nach § 3 ZSEG entschädigungsfähigen Tätigkeiten des Formulierens, Diktierens und Korrigierens des schriftlichen Gutachtens und der nicht nach § 3 ZSEG entschädigungsfähigen Erstellung des Textes unterschieden. Durch Festlegung des Ersatzes von 0,75 EUR pro 1.000 Anschläge bezweckte der Gesetzgeber die in § 8 Abs. 1 Nr. 3 ZSEG geregelte Höhe der Entschädigung für Schreibauslagen mit 2,00 EUR pro Seite fortzuschreiben, also eine Erhöhung der Schreibauslagen durch die Einführung des JVEG auszu-schließen. Denn im Hinblick auf die mit dem EDV-Fortschritt verbundenen Erleichterungen bei der Ausführung von Schreibarbeiten sowie die insgesamt erhebliche Erhöhung der Gesamtvergütung der Sachverständigen ist es nach Auffassung des Gesetzgebers gerechtfertigt, eine Erhöhung der Auslagenerstattung für die in aller Regel im eigenen Büro des Sachverständigen erledigten Schreibarbeiten nicht vorzusehen (...).



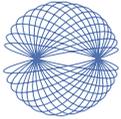
© Archiv

**Dr. med. Frank Bergmann**  
1. Vorsitzender BVDN

Diese Überlegungen des Gesetzgebers zur Bestimmung des Umfangs einer Textseite sind nicht geeignet, eine „Standardseite“ im Rahmen der Fertigstellung bei Höhe des Honorars eines Sachverständigen zu definieren (...). Die Anwendung des Umrechnungsmaßstabes – eine Seite = 2.700 Anschläge – hätte zur Folge, dass im Vergleich zu der früheren Rechtslage (mindestens 1.400 Anschläge pro Seite ohne Leerzeichen) ein Sachverständiger fast das doppelte an Text diktieren und korrigieren müsste, um die Vergütung für Diktat und Korrektur einer Textseite zu erhalten. Dabei ist nicht erkennbar, dass die Einführung der EDV-Technik die Arbeit des Diktierens und Korrigierens, abgesehen von der Möglichkeit, Rechtschreibprogramme zur Korrektur zu benutzen, wesentlich erleichtert oder verändert hat, oder dass sich der für Diktat und Korrektur eines Textes erforderliche Zeitaufwand, einschließlich der gedanklichen Arbeit, verringert hat.“

Dieser Beschluss des LSG NW ist unanfechtbar und damit in Nordrhein-Westfalen rechtsgültig. Den durch den Berufsverband mehrfach argumentativ unterstützten Widersprüchen gegen Honorarfestsetzungen durch die Sozialgerichte wurde durch diesen Beschluss weitgehend abgeholfen. Vielleicht hilft die Argumentation des hiesigen LSG auch in anderen Bundesländern!

*Ihr*



www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de

# Patienteninformationsdienst – stetig wachsender Bekanntheitsgrad

Der im Herbst 2004 erfolgreich gestartete Internetdienst www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de (vgl. NT 11/2004) wurde von den neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Berufsverbänden und Fachgesellschaften initiiert und informiert Patienten, Angehörige und Interessierte umfassend und aktuell. Wichtiger Bestandteil ist ein bundesweites Fachärzterverzeichnis, das Ärzten und Kliniken eine einzigartige Plattform für ihre Praxis- oder Klinik-Homepage bietet.

Seit dem Start des neuen Patienteninformationsdienstes www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de vor einigen Monaten sind seine Besucherzahlen kontinuierlich gestiegen: Fast 80.000 Menschen haben den Internetdienst bereits besucht und die Nutzeranzahl ist mittlerweile auf rund 16.000 pro Monat angewachsen. Neben täglich aktuellen Meldungen aus Forschung, Klinik und Praxis bietet der Internetdienst ausführliche und gut strukturierte Informationen zu neurologischen und psychischen Erkrankungen von A–Z, zu Diagnose- und Therapiemethoden sowie zu vielen weiteren wichtigen Themenfeldern. Seine hohe Qualität, fachliche Fundiertheit und Seriosität beruhen auf der inhaltlichen Kontrolle durch ein Redaktionsgremium, das sich aus Vertretern der acht beteiligten Fachorganisationen zusammensetzt.

## Fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit – stärkere Medienpräsenz

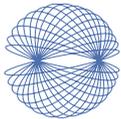
Der Internetdienst bietet Ärzten die Möglichkeit, sich mit einer eigenen Praxis-Homepage im Portal ihres Berufsverbandes beziehungsweise ihrer Fachgesellschaft in einem einzigartigen redaktionellen Umfeld zu präsentieren. Die persönlichen Praxis-Homepages werden in die Rubrik „Arztsuche“ des Patienteninformationsdienstes eingestellt. In diesem deutschlandweiten Verzeichnis werden die Kategorien Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten, Nervenärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater angeboten, wobei eine Praxis-Homepage auch in mehreren Kategorien gelistet werden kann. Patienten und Angehörige können so für jeden Fachbereich den gewünschten Arzt anhand des Namens, des Praxisorts oder per Stichworteingabe suchen. In den ersten Monaten haben bereits mehr als 200 Ärzte ihre Homepage angemeldet, denn niedrige Abonnementgebühren für die Praxis-Homepages sind ein weiterer Pluspunkt.

Unser Ziel ist es, möglichst viele Kollegen für eine Homepage zu gewinnen und dadurch die Finanzierung des Internetdienstes sicherzustellen – so kann auf eventuell störende Werbeanzeigen verzichtet werden. In der Startphase wurde das Projekt von der Firma Janssen-Cilag unterstützt.

Durch Kooperation mit Nachrichtenagenturen, Printmedien und dem Fernsehen hat die für die Medienarbeit verantwortliche Agentur Monks den Internetdienst auf breiter Ebene bekannt gemacht. Über die Deutsche Presseagentur und andere Nachrichtenagenturen wurden bereits acht Pressemeldungen zu neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Themen an mehr als 200 Redaktionen verteilt. Das Ergebnis: Mehr als 40 Artikel in Zeitungen und Zeitschriften mit rund 32 Millionen Lesern. In verschiedenen

## Umfassendes medizinisches Informationsangebot für Patienten und Angehörige sowie koordinierte „Öffentlichkeitsoffensive“ – das erfolgreiche Portal der Berufsverbände und Fachgesellschaften.





TV-Sendungen wurden in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften Themen wie Alzheimer-Erkrankung und posttraumatische Belastungsstörung für ein Millionenpublikum aufbereitet und auf die Internetseite „neurologen-und-psychiater-im-netz“ hingewiesen.

Um den Nutzen des Internetdienstes und seine Attraktivität weiter zu erhöhen, wird Patienten beispielsweise ein Online-Screening-Test mit sofortiger Auswertung angeboten, mit dem unter anderen Betroffene der Flutkatastrophe in Asien überprüfen können, ob sie unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden oder nicht. Weitere Screening-Tests sollen in den nächsten Monaten folgen. Auch das vorhandene Mediennetzwerk wird weiter ausgebaut, um neurologische und psychiatrisch-psychotherapeutische Themen einer breiteren Öffentlichkeit bekannt zu machen.

### Umfassender Service fast zum Nulltarif

Ärzte zahlen für eine Homepage bei [www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de) zwischen 3,75 und 10 EUR pro Monat, je nachdem ob es sich um eine Einzel- oder Gemeinschaftspraxis handelt und ob bereits eine Homepage existiert oder nicht.

Die monatliche Gebühr für Kliniken beträgt 15 EUR. Für die Erstellung einer Homepage werden einmalig 15 EUR berechnet. Die zur Verfügung stehenden individuellen E-Mail-Adressen und Unterverzeichnisse machen einzelne Ärzte auch in Gemeinschaftspraxen oder Kliniken adressierbar. Kleinere Änderungen beziehungsweise Aktualisierungen (zum Beispiel der Praxisöffnungszeiten) lassen sich leicht selbstständig vornehmen. Der Arzt kann seine Änderungswünsche aber auch direkt an einen Mitarbeiter der Monks-Produktion weitergeben, dieser Service ist natürlich kostenlos. Die Homepages werden bei externen Suchmaschinen angemeldet und sind damit gut auffindbar, auch die Besucherstatistik kann abgefragt werden. Jede Homepage kann bis zu 40 Seiten umfassen. Kontaktformulare für Patientenfragen per E-Mail und Gästebücher können auf Wunsch und ohne Mehrkosten eingerichtet werden. Zur Bilderung steht ein umfangreiches Fotoarchiv zur Verfügung. Der Eintrag einer Praxis in mehrere Fachbereichskategorien ist grundsätzlich möglich. Auch eine Anfahrtsskizze wird (in Kooperation mit dem Routenplaner-Anbieter Map24) für jede Homepage erstellt.

Für Fragen und weitere Informationen ist wochentags ein Servicemitarbeiter per Telefon (0 89-64 24 82 12) und auch per E-Mail ([st.monks@monks.de](mailto:st.monks@monks.de)) erreichbar.

Mit Hilfe des unten stehenden Formulars können Ärzte und Kliniken ihre Homepage für den Internetdienst [www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de) sofort anmelden.

Mit ihren Abonnementgebühren sorgen sie dafür, dass neurologische, psychiatrische und psychotherapeutische Themen in der Öffentlichkeit stärker wahrgenommen werden.

**Jochen Lamp, Frankfurt**  
Monks Produktion

**Dr. med. Frank Bergmann, Aachen**  
1. Vorsitzender des BVDN



### Anmeldung

Ich melde mich für eine Homepage beim Patienten-Informationdienst [www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de) an.

-----  
Name, Vorname

-----  
Fachgebiet

-----  
Straße

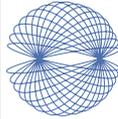
-----  
PLZ, Stadt

-----  
Telefon E-Mail

-----  
Internetadresse

Monks Produktion  
Neurologen und Psychiater im Netz  
Steven Monks  
Geiseltgasse 124a  
81545 München

**Fax (0 89) 64 20 95 29**

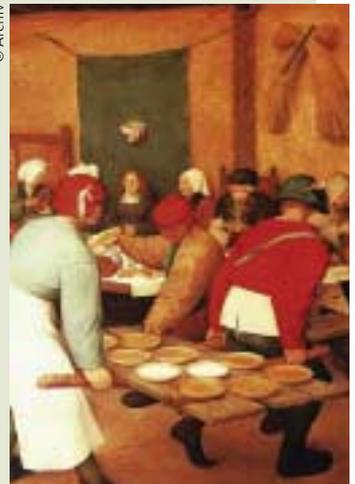


Glosse

## Unser Steuersystem – und wohin es führt

**Nachstehende Glosse taucht auf verschiedenen Internetseiten auf – leider ohne Angabe des Autors, der sich mit der gerechten Verteilung der Steuerlast auf die Steuerzahler beschäftigt. Im Rahmen der jetzigen Steuersenkungsdiskussion wird ja häufig kritisiert, dass „Reiche“ stärker von der Steuer entlastet werden, als „Arme“. Es wird dabei immer wieder das Argument der „starken Schultern“ gebracht, von denen man ja schließlich erwarten könne, dass sie für das Gemeinwohl kräftiger eintreten. Was nun – bezogen auf den einzelnen Steuerbürger – tatsächlich passiert, wenn im Rahmen einer Steuerreform die Steuersätze gesenkt werden, zeigt der folgende Text. Analogschlüsse sind erlaubt.**

© Archiv



**Ein reich gedeckter Tisch – aber wer bezahlt die Zeche?**

Es waren einmal zehn Männer, die gingen jeden Tag miteinander zum Essen. Die Rechnung betrug zusammen jeden Tag genau 100 EUR. Sie zahlten ihre Rechnung wie wir unsere Steuern: Die ärmsten vier zahlten nichts. Der Fünfte zahlte 1 EUR, der Sechste 3, der Siebte 7, der Achte 12 und der Neunte 18. Der Zehnte, der am meisten Geld hatte, zahlte 59 EUR. Das ging eine ganze Zeitlang gut. Jeden Tag kamen sie zum Essen und alle waren zufrieden – bis der Wirt Unruhe in das Arrangement brachte indem er den Preis für das Essen um 20 EUR reduzierte.

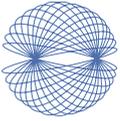
Jetzt kostete das Essen für die zehn nur noch 80 EUR, aber die Gruppe wollte so bezahlen wie bisher. Dabei änderte sich für die ersten vier nichts, sie aßen weiterhin kostenlos. Wie sah es aber mit den restlichen sechs aus? Wie konnten sie die 20 EUR Ersparnis so aufteilen, dass jeder etwas davon hatte? Die sechs stellten schnell fest, dass 20 geteilt durch sechs 3,33 ergibt. Aber wenn sie das von den einzelnen Teilen abziehen würden, bekämen der Fünfte und der Sechste noch Geld dafür, dass sie zum Essen gehen.

Also schlug der Wirt seinen Gästen vor, dass jeder ungefähr prozentual so viel weniger zahlen sollte, wie er insgesamt beisteuerte. Er begann das für seine Gäste auszurechnen. Heraus kam Folgendes: Der fünfte Gast (ebenso die ersten vier) zahlte ab sofort nichts mehr (100% Ersparnis). Der Sechste zahlte 2 statt 3 EUR (33% Ersparnis). Der Siebte zahlte 5 statt 7 EUR (Ersparnis 28%), der Achte zahlte 9 statt 12 EUR (25% Ersparnis). Der Neunte zahlte 14 statt 18 EUR (22% Ersparnis). Und der Zehnte (der reichste Gast) zahlte 49 statt 59 EUR (16% Ersparnis). Jeder der sechs kam günstiger weg als vorher und die ersten vier aßen immer noch kostenlos.

Aber als sie noch mal nachrechneten, war alles doch nicht so ideal wie sie dachten. „Ich hab´ nur 1 EUR von den 20 bekommen!“ sagte der sechste Gast und zeigte auf den zehnten Gast, den Reichen: „Aber er kriegt 10 EUR!“ „Stimmt!“ rief der Fünfte: „Ich habe nur 1 EUR gespart und er spart zehnmal so viel wie ich.“ „Wie wahr!“ rief der Siebte: „Warum kriegt er 10 EUR zurück und ich nur 2? Alles kriegen mal wieder die Reichen!“ „Moment mal“, riefen da die ersten vier aus einem Munde: „Wir haben überhaupt nichts bekommen. Das System beutet die Armen aus!“

Und wie aus heiterem Himmel gingen die neun gemeinsam auf den Zehnten los und verprügelten ihn. Am nächsten Tag tauchte der zehnte Gast nicht mehr zum Essen auf. Also setzten sich die übrigen neun zusammen und aßen ohne ihn. Aber als sie die Rechnung bezahlen wollten, stellten sie fest, dass alle zusammen nicht genügend Geld hatten, um auch nur die Hälfte der Rechnung bezahlen zu können!

Und so funktioniert unser Steuersystem: Die Menschen, die die höchsten Steuern zahlen, haben die größten Vorteile einer Steuererleichterung. Wenn sie aber zuviel zahlen müssen, kann es passieren, dass sie einfach nicht mehr an den Tisch erscheinen. In der Schweiz und in der Karibik gibt es auch ganz tolle Restaurants. **gc**



# EBM 2000 plus ...

## Fremdanamnese, supportive psychiatrische Behandlung, Gruppenbehandlung ...

### Erneute Unterbewertungen, aber auch erfreuliche Honorierungen

**E**s ist nun möglich, bei der Fremdanamnese (21216) bis zu 50 Minuten im Quartal im 10-Minuten-Takt auch mit den Angehörigen eines Patienten zu arbeiten. Die Leistung kann überdies telefonisch erbracht werden, der Kontakt muss nicht in Anwesenheit des Patienten erfolgen. Eine Diagnosedifferenzierung besteht (bisher) nicht, es ist aber zu erwarten, dass diese noch erfolgen wird. Der Berufsverband hat bezüglich Diagnosegruppen bereits mehrere Eingaben an die KBV gemacht. Diese Ziffer sollte jedes Mal zum Einsatz kommen, wenn Angehörige einen wesentlichen Beitrag zur Zwischenanamnese leisten.

**Supportive Behandlung (21217):** Diese Ziffer sollte ursprünglich die Möglichkeit bieten, außerhalb des Ordinationskomplexes auch weniger als 10 Minuten mit dem Patienten sprechen zu können. Nun ist daraus eine Zuschlagsziffer geworden, die dreimal im Behandlungsfall zusätzlich zu den Gesprächs- und Gruppensitzungen geleistet werden kann. Sie ist mit 75 Punkten extrem unterbewertet.

**Gruppenbehandlung (21221):** Die Möglichkeit, psychiatrische (psychoedukative) Gruppen mit drei bis acht Teilnehmern anzubieten, ist deutlich verbessert worden. Ihre Wirksamkeit für Betroffene und Angehörige ist zweifelsfrei anerkannt und sollte bewusst im neuen EBM gefördert werden.

**Abrechnungsbeispiel:** Ziffer 21221 je vollendete 40 Minuten abrechenbar mit 320 Punkten: Bei acht Patienten und Dauer von 80 Minuten: 5.120 Punkte (alter EBM 827: 8 x 250 Punkte, Dauer 50 Minuten: 2.000 Punkte).

Vergleich mit Ziffer 35203 (Psychotherapie Gruppenbehandlung) nach EBM 2000 plus: 9 x 745 Punkte, 100 Minuten: 6.705 Punkte (alter EBM 874:

#### Kommentar

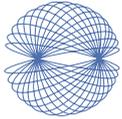
Dass die psychiatrische Fremdanamnese (Ziffer 21216) – gut bewertet – als 10-Minuten-Leistung bis zu fünfmal im Quartal erhoben und abgerechnet werden kann, ist ein großer Fortschritt. Benötigt man für die Fremdanamnese 20 Minuten, kann diese Ziffer mit entsprechendem Vermerk (21216 x 2) in gleicher Sitzung zweimal berechnet werden. Es muss sich um schwer psychisch Kranke handeln, die unter einer krankheitsbedingt gestörten Kommunikationsfähigkeit leiden. Dies ist im Allgemeinen der Fall, wenn Angehörige oder Betreuungspersonen den psychisch Kranken nicht alleine zum Nervenarzt gehen lassen möchten, weil sie befürchten, dass der Patient nicht das ganze Ausmaß seiner Beschwerden und die sozialen Folgeprobleme seiner Erkrankung schildert. Diese Ziffer ist kombinierbar mit allen anderen psychiatrischen Gebührenordnungspositionen.

Die supportive psychiatrische Behandlung nach Ziffer 21217 ist eine „verunglückte“ Notfallziffer. Diese Gebührenordnungsposition steht niemals alleine; es handelt sich um eine Zuschlagsposition zur Ordinationsgebühr, zur Konsultationsgebühr oder zum psychiatrischen Gespräch. Sie ist höchstens dreimal im Quartal anwendbar. Eine „richtige“ Notfallziffer wurde uns aus angeblich systematischen Gründen (Zeittaktung) nicht gewährt.

Die psychiatrische Gruppenbehandlung nach Ziffer 21221 stellt eine Verbesserung für die psychiatrische Praxis dar. Gut bewertet können wir nun psychiatrische Gruppenbehandlung anbieten. Bei dieser Leistungsposition kann die Gruppendauer von 40 auf 80 Minuten verdoppelt werden (21221 x 2). Angehörige können einbezogen werden. Eine bestimmte Therapiemethodik ist nicht vorgegeben. Also kann gruppen- beziehungsweise patientenspezifisch von der Psychoedukation bis zur Verhaltens- oder auch der interpersonellen Psychotherapie jede Gesprächsform angewendet werden. Gruppenbehandlungen erfordern jedoch für den bisher ungeübten eine besonders gut funktionierende Praxis- und Einbestellorganisation. Nur wenn alle Teilnehmer anwesend sind, ist die Gruppenbehandlung kostendeckend.

**Ärztliche Koordination psychiatrischer Betreuung (Ziffer 21231):** Diese „kleine Betreuungs- oder Sozialpsychiatrie-Ziffer“ kann einmal im Quartal angesetzt werden. Sie ist im Quartal nicht kompatibel mit den „großen Betreuungsziffern“ 21230 und 21331. Die Ziffer 21232 ist nicht an eine ICD-Codierung gebunden; mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt muss stattfinden. Inhaltlich ist hier die Koordination beispielsweise mit sozialpsychiatrischen Diensten, Selbsthilfegruppen, Ergotherapeuten, Vormundschaftsgericht, Betreuungsstelle, Tageszentrum, Wohngemeinschaftsbetreuer, Entlassungsplanung aus dem Krankenhaus etc. gemeint. Diese Leistungsziffer sollte bei Erfüllung des Leistungsinhaltes großzügig abgerechnet werden.

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



9 x 450 Punkte, Dauer 100 Minuten: 4.050 Punkte).

Auch diese Gruppe ist etwas aufgewertet worden. Hier ist jedoch zu beachten, dass bei der psychiatrischen Gruppe ein anderer themenzentrierter Ansatz besteht, kein Antrag gestellt werden muss und dass die Dauer der psychiatrischen Gruppe variabel mit 40-80-120 Minuten gestaltet werden kann.

**Koordination (21232):** Diese Ziffer soll die „alte Sozialpsychiatrieziffer“ wieder beleben. Ihr Ansatz setzt einen Arzt-Pa-

tienten-Kontakt im Quartal voraus und ist nicht neben den „großen“ Betreuungsziffern 21230 und 21231 abrechenbar. Hier kann nicht nur die Koordination mit Tagesstätten, gesetzlichen Betreuern, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten, sondern auch der Organisationsaufwand vor oder nach Entlassung aus dem Krankenhaus abgebildet werden.

**Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach**

1. Vorsitzende des BVDN

### Fremdanamnese

#### Nr. 21216

Fremdanamnese und/oder Anleitung bzw. Betreuung von Bezugspersonen schwer psychisch erkrankter Patienten mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit.

#### Bewertung:

je 10 Minuten, höchstens

5 x im Behandlungsfall **375 Punkte**

**Berichtspflicht:** nein

**EBM-Kalkulationszeit – Arzt:** 12 Min.

**Plausibilitätsprüfzeit:** 11 Min.

### Supportive psychiatrische Behandlung

#### Nr. 21217

Supportive psychiatrische Behandlung eines affektiv, psychotisch, psychomotorisch und/oder hirnganisch akut dekompensierten Patienten.

#### Bewertung:

höchstens

3 x im Behandlungsfall **75 Punkte**

**Berichtspflicht:** nein

**EBM-Kalkulationszeit – Arzt:** 3 Min.

**Plausibilitätsprüfzeit:** 3 Min.

### Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)

#### Nr. 21221

##### Obligater Leistungsinhalt

— Dauer mindestens 40 Minuten

— Gruppenbehandlung

— mindestens drei, höchstens acht Teilnehmer

##### Fakultativer Leistungsinhalt

— syndrombezogene therapeutische Intervention

— Anleitung der Bezugsperson(en)

#### Bewertung:

je Teilnehmer, je vollendete

40 Minuten **320 Punkte**

Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 21210–21212 und 21221 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 21221.

Die Leistung nach der Nr. 21221 ist nicht neben der Leistung nach der

Nr. 21220 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 30.3, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

**Berichtspflicht:** nein

**EBM-Kalkulationszeit – Arzt:** 7 Min.

**Plausibilitätsprüfzeit:** 5 Min.

### Ärztliche Koordination psychiatrischer Betreuung

#### Nr. 21232

##### Obligater Leistungsinhalt

##### Koordination

— intra- und/oder extramuraler, multiprofessioneller komplementärer Versorgungsstrukturen und/oder -instanzen

— psycho-, ergo- und/oder sprachtherapeutischer Einrichtungen und/oder multiprofessioneller Teams

— der Gruppenarbeit mit Patienten, Angehörigen und/oder Laienhelfern

#### Bewertung:

1 x im Behandlungsfall **490 Punkte**

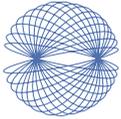
Die Leistung nach der Nr. 21232 kann nur in Quartalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnet werden.

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

**Berichtspflicht:** nein

**EBM-Kalkulationszeit – Arzt:** 15 Min.

**Plausibilitätsprüfzeit:** 15 Min.



# EBM 2000 plus ...

## Reformziele contra Wirklichkeit

Die Visionen des neuen EBM 2000 plus gemäß Homepage der KBV lauten wie folgt:

1. Transparenz in der Kalkulation von Euro-Preisen je Leistung auf robuster betriebswirtschaftlicher Datengrundlage.
2. Transparenz in der Dokumentation von Morbidität und Innovation als Basis für Retransfer des Morbiditätsrisikos zu den Kassen.
3. Definierte Leistungskataloge für jede Arztgruppe.

Dem EBM 2000 plus wurden von der KBV die Eigenschaften gerecht, einfach, transparent und flexibel zugeschrieben; die Ziele und Vorteile des neuen EBM sind in der untenstehenden Tabelle der KBV aufgeführt.

### Wie sieht die Realität aus?

Grundsätzlich geht der EBM von folgenden Voraussetzungen aus: Abschaffung der budgetierten Gesamtvergütung, Ablehnung stiller Budgetierungen und Einführung fester, betriebswirtschaftlich kalkulierter Preise für alle ärztlichen Leistungen. Einen solchen EBM mit betriebswirtschaftlich kalkulierten Preisen und einer Währung in Euro und nicht in Punkten haben wir immer gefordert und eine solche Entwicklung ausdrücklich begrüßt.

Vom erweiterten Bewertungsausschuss wurde im Vorfeld ein kalkulatorischer Arztlohn von 95.000 EUR festgelegt. Zusammen mit den durchschnittlichen Betriebskosten führte dies zur Kalkulation von Durchschnittsumsätzen von neurologischen, nervenärztlichen und psychiatrischen Praxen beziehungsweise Praxen anderer Fachgruppen. Weil das kalkulatorische Arztgehalt für alle Fachgruppen gleich bestimmt wurde, ergeben sich Unterschiede in der Kalkulationsgrundlage vor allem durch die unterschiedlichen Betriebskosten der einzelnen Fachrichtungen.

Da der Gesetzgeber weiterhin eine Vergütung in Punkten gesetzlich vorgeschrieben hat, müssen Regelleistungsvolumina auf der Basis von durchschnittlichen Fallpunktzahlen ermittelt werden. In die Berechnung der Regelleistungsvolumina geht aber auch die Anzahl der durchschnittlichen Fälle einer Fachgruppe ein. Neurologen und Psychiater haben sehr unterschiedliche durchschnittliche Fallzahlen in ihren Praxen. Dies muss unweigerlich dazu führen, dass höchst unterschiedliche Punktvolumina abgerechnet werden, um am Ende nach Abzug der Praxiskosten den kalkulatorischen Arztlohn auch wirklich zu erzielen. Diese Überlegung macht deutlich, wie schwierig ein unmittelbarer Vergleich von Leistungen aus den verschiedenen Fachgruppenkapiteln ist, insbesondere auch zwischen neurologischen und psychiatrischen Ziffern. Neurologische Leistungen sind auf der Grundlage von durchschnittlich 700 Fällen/Quartal kalkuliert, psychiatrischen Leistungen wurden zirka 350 Fälle/Quartal zugrunde gelegt.

Die betriebswirtschaftliche Kalkulation des EBM ging von einem kalkulatorischen Arztlohn von umgerechnet 77

Cent pro Minute aus. Auf dieser kalkulatorischen Basis erfolgt die Entwicklung des EBM mit einem Punktwert von 5,1 Cent.

Die Praxis zeigt jetzt, dass dieser Punktwert in keinem Bundesland erreicht wird. Vielmehr müssen voraussichtlich Abschläge von 20–50% hingenommen werden. Jeglicher betriebswirtschaftlichen Kalkulation wird damit völlig die Basis entzogen. Vor allem diese fundamentalen betriebswirtschaftlichen Annahmen und Fehlentwicklungen des EBM sind für die einzelnen Praxen bedrohlich und zum Teil existenziell gefährdend.

### Beanstandungen bei den Leistungen

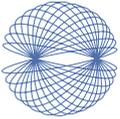
Darüber hinaus gibt es eine Reihe struktureller Kritikpunkte, die wir in den letzten zwölf Monaten mehrfach nachhaltig im Honorarreferat der KBV angemahnt haben. Dazu gehört besonders die Bewertung der elektrophysiologischen Gebührenordnungspositionen mit ihren Abrechnungsausschlüssen und Leistungslegenden. Ein Kompromiss, der mit der KBV und den Berufsverbänden

FORTSETZUNG SEITE 27 —

### EBM 2000 plus ist für alle Ärzte ein erstrebenswerter Fortschritt

Gerecht	Einfach	Transparent	Flexibel
— Leistungsgerechte Entlohnung	— Unterteilung des EBMs in Fach-EBMs	— Bewertungen in Minuten zu fast allen Leistungen angegeben	— STABS-Logik einfach auf neue Positionen anwendbar
— Gleiche Kalkulationsgrundlage	— Logik aus AL und TL einfach nachvollziehbar	— Bewertungssystem mit Kostenstellen nachvollziehbar	— EBM-Logik jederzeit erweiterbar (Morbiditäts-Differenzierung, DMP)
— Einheitliche Bewertung der Arztminute	— Suche nach weiteren GOPs („Hamsterrad“) unnötig		

Quelle: Team EBM 2000 Plus



den verhandelt war, sah vor, Nystagmografie, Blinkreflex und akustisch evozierte Potenziale beziehungsweise VEP in einer Komplexleistung zusammen zu fassen und adäquat zu vergüten. Ebenso sollten die SEP und NEP in einer gemeinsamen Leistungsposition vergütet werden. Dies hätte neurologisch eine sinnvolle Differenzialdiagnostik bei zum Beispiel vestibulären Störungen und entzündlichen Erkrankungen oder spinalen Läsionen ermöglicht.

Beim Elektroneurografie/Elektromyografie-Komplex war ursprünglich eine fast doppelt so hohe Vergütung vorgesehen, die Vorschrift der Beidseitigkeit bei der Elektroneurografie fehlte. Durch die einseitige Änderung der KBV sind auf diese Weise neurologisch völlig unsinnige Verfahrensvorschriften entstanden, die in keiner Weise zur Leistungsreduktion beitragen können. Es ist vielmehr zu erwarten, dass Überweisungen in neurologische Zentren zur neurophysiologischen Abklärung einer peripheren oder zentralen neurologischen Funktionsstörung zunehmen werden.

Wir registrieren eine hoffnungslose Unterbewertung für die Ableitung der evozierten Potenziale sowie für die elektroneurografischen und elektromyografischen Leistungen. Eine differenzierte neurologische Diagnostik ist mit diesen Leistungspositionen in keiner Weise mehr möglich. Ein im Dezember verhandelter Kompromiss für eine medizinisch sinnvollere Formulierung der Leistungslegenden wurde bislang von der KBV nicht umgesetzt.

Mehrfach wurde die Kalkulation des neurologischen Betriebskostenmodells von uns bei der KBV angemahnt. Aus diesem Grunde hat der Berufsverband der KBV noch einmal differenzierte Statistiken über die Kostenstruktur in neurologischen Praxen zukommen lassen. Darüber hinaus erhebt die KBV jetzt selbst erneut für alle Fachgruppen die Betriebskosten. Die Fachgruppe der Neurologen soll mit als erste analysiert werden. Im Interview mit dem Vorsitzenden der KBV Dr. Andreas Köhler (NT 4/2005) hat dieser zugesagt, dass diese Daten bis Juni 2005 vorliegen sollen (!?).

Weitere Kritikpunkte sind fehlende wichtige Diagnosen unter den Leistungs-

positionen 16230 beziehungsweise 16231 sowie unter 21230 und 21231.

Zu völligem Unverständnis führt die Qualitätsanforderung im Bezug auf die EEG-Ableitung mit der Vorschrift einer 20-minütigen Ableitung.

Die Abbildung des Aachener Aphasie-Tests im HNO-Kapitel und nicht im neurologischen Kapitel ruft ebenso bestenfalls Kopfschütteln hervor.

Gefährdet sind durch die neuen Gebührenordnung vor allem Schwerpunktpraxen mit ausgewiesenen Praxisbesonderheiten wie elektrophysiologische Schwerpunktpraxen mit überwiegender Diagnostik. Durch die ausgeprägte Unterbewertung technischer Leistungen sind diese Praxen existenziell bedroht. Psychiatrische Praxen mit deutlich kleineren Fallzahlen hingegen sind vor allem durch zu niedrige Fallpunktzahlen in ihrer Existenz gefährdet. Dies führt zu einem weiteren Problem und zu einer weiteren Diskussionsebene: zu der Problematik der Versorgung.

### Versorgungsproblematik

Es ist derzeit ein erheblicher Rückgang neuropsychiatrischer Praxen in den neuen Bundesländern zu verzeichnen. Nach Hochrechnungen der KBV, die jüngst auf der Sitzung der Akademie der Gebietsärzte vorgestellt wurden, wird jedoch in den nächsten fünf bis zehn Jahren ein erheblicher Rückgang von ambulanten Leistungserbringern im neurologischen und vor allem nervenärztlichen Bereich auch in den alten Bundesländern prognostiziert. Die Auswirkungen dieser Entwicklung werden zusätzlich dadurch akzentuiert, dass bisherige Nevenarztsitze in der Regel entweder mit einem Neurologen oder mit einem Psychiater besetzt werden und dass die Versorgung im komplementären Fach nicht mehr angeboten wird.

Eine weitere Problematik der ambulanten Versorgungssituation ergibt sich daraus, dass schon in der Vorgängerversion des EBM die realistischen Versorgungsnotwendigkeiten in keiner Weise abgebildet wurden. So wird die Honorierung von maximal zwei Gesprächskontakten im Quartal den Anforderungen einer modernen ambulanten wohnortnahen sozialpsychiatrischen Versorgung keineswegs gerecht. Schon jetzt bestehen

aber auch in vermeintlich gut versorgten Regionen erhebliche Wartezeiten in neurologischen, nervenärztlichen und psychiatrischen Praxen – nicht zuletzt auch deswegen, weil sich viele Psychiater vor dem Hintergrund der katastrophal schlechten Honorierung in den letzten Jahren entschlossen haben, überwiegend psychotherapeutisch zu versorgen, um dadurch die gestützten psychotherapeutischen Honorare (alte 90%-Regelung!) in Anspruch nehmen zu können.

Im Hinblick auf die Versorgungsnotwendigkeiten ist daher ein erheblicher Spagat zu leisten:

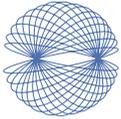
1. Das Fallbudget muss vergrößert werden, um eine bessere Versorgung des einzelnen Patienten in der neurologischen, nervenärztlichen oder psychiatrischen Fachpraxis zu ermöglichen.
2. Alle erdenklichen Anstrengungen müssen unternommen werden, um die Zahl der niedergelassenen Leistungsanbieter zu erhöhen. Dies erfordert aber parallel
3. eine entsprechende Aufstockung der Fachgruppentöpfe für Neurologen, Nervenärzte und Psychiater.

Andernfalls sind erhebliche quantitative und qualitative Einbrüche in der Versorgung akut und chronisch kranker Patienten in Neurologie und Psychiatrie zu erwarten. Ein Ausweichen auf Polikliniken und kostenträchtige Institutsambulanz beziehungsweise eine erhöhte stationäre Einweisungsquote sind unweigerliche Folgen einer solchen Entwicklung. Dies wird zwingend zu einer erheblichen Zunahme direkter und indirekter Krankheitskosten führen.

Durch die erforderliche Nachfinanzierung psychotherapeutischer Leistungen (aus dem fachärztlichen Honorar) ergibt sich schon jetzt eine weitere Verschlechterung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung.

**Dr. med. Frank Bergmann, Aachen**

1. Vorsitzender des BVDN



## Expertenkommission „Ziele der Altenpolitik“ Heute schon über morgen nachdenken



© Archiv

Am 3. April fand das von der Bertelsmann-Stiftung ausgerichtete Symposium „Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen – Empfehlungen der Expertenkommission Ziele in der Altenpolitik“ statt. Im Zentrum der Diskussion stand die demografische Entwicklung und die notwendigen gesundheits- und sozialpolitischen Konsequenzen.

### Wer waren die Experten der Kommission „Ziele der Altenpolitik“?

Teilnehmer der von der Bertelsmann-Stiftung zusammengerufenen Expertenkommission waren unter anderem: Prof. Dr. Rita Süßmuth (Vorsitzende, Bundestagspräsidentin a. D.), Prof. Dr. Andreas Kruse (Direktor des Instituts für Gerontologie, Universität Heidelberg), Prof. Dr. Gertrud Backes (Lehrstuhl für soziale Gerontologie, Kassel), Prof. Dr. Christel Bienstein (Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke), Dr. Jürgen Gohde (Präsident des Diakonischen Werkes der EKD, Berlin), Ministerialdirektor Rudolf Herweck (Leitung der Abt. 3 „Ältere Menschen“ im Bundesfamilienministerium), Prof. Dr. Ursula Lehr (Bundesministerin a. D.), Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell (em. Direktor des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Sozialrecht, München), Dr. Erika Neubauer (Geschäftsführerin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen, Bonn), Dr. Barbara Stolterfoht (Staatsministerin a. D., Bundesvorsitzende des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Berlin).

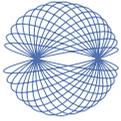
Die Lebensphase „Alter“ wächst kontinuierlich an, wie Daten zur durchschnittlichen Lebenserwartung deutlich machen. Diese Lebenserwartung betrug 1991–1993 bei den 60-jährigen Männern 17,8 Jahre, bei den gleichaltrigen Frauen 22,1 Jahre. Zehn Jahre später (2001–2003) lag sie bei 60-jährigen Männern bei 19,5 Jahren, bei Frauen bei 23,7 Jahren. Bei den 80-jährigen Männern betrug die Lebenserwartung von 1991–1993 6,2 Jahre, bei den Frauen 7,7 Jahre. Zehn Jahre später war sie bei den 80-Jährigen um 0,9 Jahre angestiegen: bei Männern auf 7,1 Jahre, bei Frauen auf 8,6 Jahre. Für diesen Anstieg in so kurzer Zeit sind auch die Erfolge in der Medizin, Rehabilitation und Pflege verantwortlich und der Anstieg wird sich zukünftig fortsetzen. So wird der Anteil der 60-jährigen und älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung von heute 23,4% auf 36,5% im Jahre 2050 zunehmen. Dieses Szenario erlangt Gültigkeit, wenn die durchschnittliche Geburtenrate bei 1,3 stagniert, der Zuwanderungssaldo bei 200.000 Menschen pro Jahr bleibt und die durchschnittliche Lebenserwartung in den nächsten fünf Jahrzehnten um vier Jahre zunimmt. Diese Voraussetzungen erscheinen realistisch und bedeuten, dass sich in den künftigen Jahrzehnten die Struktur der Bevölkerung umfassend wandeln wird: Heute leben in Deutschland rund 82 Millionen

Menschen. Ab 2030 wird diese Zahl auch bei einem Zuwanderungssaldo von 200.000 Menschen im Jahr erheblich schrumpfen: auf 80 Millionen im Jahre 2020 und 71 Millionen 2050.

### Belastung der mittleren Generation

Aus diesen Veränderungen ergeben sich Verschiebungen im Altenquotienten, der die Anzahl alter Menschen in Relation zur Anzahl jener Menschen beschreibt, die im erwerbsfähigen Alter sind. Geht man davon aus, dass das tatsächliche Renteneintrittsalter bei durchschnittlich 60 Jahren liegt (wie es heute in Deutschland der Fall ist), so lässt sich in Bezug auf den Altersquotienten folgende Entwicklung feststellen: Dieser beträgt heute 42%, 2020 wird er bei 53%, 2040 bei 72% liegen. Dies bedeutet, dass die Belastung der mittleren Generation durch die finanzielle Sicherung der alten Generation von heute bis zum Jahre 2040 um über 70% steigen wird. Bei einem Renteneintrittsalter von 65 Jahren, wird der Altersquotient, der sich heute auf 30,5% beläuft, im Jahre 2020 bei 36% und 2040 bei 52% liegen. Auch dann ist mit einem Anstieg der Belastungen – jedoch auf niedrigerem Niveau – der mittleren Generation von etwa 70% zu rechnen.

Eine besonders starke Zunahme ist an 80-jährigen und älteren Menschen zu erwarten. Heute sind rund 4% der Bevölkerung 80 Jahre und älter, im Jahre



2050 werden es mindestens 11 % sein. In absoluten Zahlen ausgedrückt: Heute sind 2,9 Millionen Menschen 80 Jahre und älter, 2020 werden es 5 Millionen und im Jahre 2050 7,9 Millionen sein.

**Es müsste reformiert werden**

Der zunehmende Anteil älterer Menschen ist mit erhöhten finanziellen Belastungen des sozialen Sicherungssystems verbunden, deshalb sind Reformen der Sozialversicherung notwendig. Heute machen die Ausgaben der GKV für 60-jährige und ältere Menschen knapp 43 % der Gesamtausgaben aus. Zwar leben ältere Menschen länger in Gesundheit und Kompetenz als früher (70-Jährige von heute weisen den Gesundheitszustand auf, der dem 65-Jähriger von vor 30 Jahren entspricht), dennoch werden die Ausgaben weiter anwachsen:

► Die durchschnittlichen medizinischen Gesundheitsausgaben betragen pro Jahr in der Gruppe der 20-Jährigen 1.500 EUR, bei 40-Jährigen 2.200 EUR, bei 60-Jährigen 3.850 EUR und in der Gruppe der 80-Jährigen 6.800 EUR.

► 80 % der Kosten in der GKV werden von einem vergleichsweise kleinen Teil der Versicherten (20 %) verursacht, die an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leiden. 25 % der GKV-Versicherten haben eine der folgenden Erkrankungen: Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Asthma, Apoplex, Diabetes mellitus und Brustkrebs. Die hierfür anfallenden Kosten betragen das Zwei- bis Vierfache derer von Versicherten ohne diese Leiden.

► 70 % der mit dem Alter verbundenen Vorgänge sind beeinflussbar. Durch Stärkung der Prävention wird eine positive körperliche und geistige Entwicklung bis in das hohe Alter gefördert.

► Der Alterungsprozess wird auch zu einem Gewinn an aktiven Jahren beitragen. In den hohen Altersgruppen der Geburtsjahrgänge 1917, 1922, 1927 ist eine deutliche Zunahme der Aktivitätszeit (erhaltene Selbstständigkeit und Mobilität) erkennbar. Die 1917 geborenen Männer hatten im Alter zwischen 67 und 70 Jahren im Durchschnitt 26,9 % ihrer Lebensjahre in Inaktivität (Pflegebedarf) verbracht; die 1917 geborenen Frauen 27,6 %. Für die zehn Jahre später geborenen Männer war der Anteil der

inaktiven Lebensjahre zwischen 67 und 70 Jahren mit 19,4 % deutlich geringer; gleiches gilt für die 1927 geborenen Frauen, die in diesem Alter 23,2 % ihres Lebens in Inaktivität verbracht hatten.

**Prävention gefordert**

Der Anteil für Prävention an den Gesamtausgaben für Gesundheit beläuft sich lediglich auf 7 %. Die Expertenkommission „Ziele der Altenpolitik“ unterstützt die politischen Maßnahmen zur Stärkung der Prävention und zur Einführung eines Präventionsgesetzes. Aber es stellt sich die Frage nach mittel- und langfristig wirksamen Präventionsmaßnahmen. Die Reduktionspotenziale im Gesundheitswesen durch verhaltensbezogene Risikomodifikation sind hoch, vor allem für die ausgabenintensiven Erkrankungen, die verhaltensmedizinisch potenziell beeinflussbar sind.

**Vier Defizite in der Pflege**

Pflegfachkräfte heben hervor, dass die heute erbrachten Leistungen im Pflegebereich weit hinter den Standards, wie sie die Pflegeforschung definiert, zurückbleiben. Diese kritische Bewertung wird von der Expertenkommission geteilt, die vier Defizite betont.

**1. Defizit:** Die in der Praxis erbrachten Pflegeleistungen beschränken sich meist auf die Grundpflege. Ein holistisches Pflegekonzept, das die vier Dimensionen des Menschen (körperliche, seelisch-geistige, soziale und spirituelle Dimension) berücksichtigt und in das pflegerische Handeln einbezieht, lässt sich auf der finanziellen Grundlage der sozialen Pflegeversicherung nicht entwickeln.

**2. Defizit:** Die Pflegeversicherung geht von einem Defizit-orientierten Verständnis von Pflege aus, die allein Funktionseinschränkungen lindern oder überwinden soll. Der präventive Aspekt („Gesundheitspflege“), der bei bestehenden chronischen Erkrankungen die Entwicklung von Hilfe- oder Pflegebedarf vermeiden soll, wird dabei vernachlässigt.

**3. Defizit:** Die rehabilitative Dimension der Pflege, die bei körperlich als auch bei psychisch kranken Menschen möglichst viele Fähigkeiten erhalten oder wiederherstellen soll, lässt sich auf Finanzierungsbasis durch die soziale Pflegeversicherung in der Praxis nicht umsetzen.

**Bedeutung der Prävention**

Anstieg des Versorgungsbedarfs (bis zum Jahr 2020, ohne Prävention; Angaben in %):

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:	44 %
Diabetes mellitus:	69 %
Oberschenkelhalsbruch:	63 %
Gefäßbedingte Demenz:	74 %

Große Bedeutung hat die Prävention auch für die Vermeidung chronisch obstruktiver Atemwegs- und Lungenerkrankungen sowie für die Vermeidung spezifischer Tumorrisiken.

**Beispiele für Präventionspotenziale**

Die vier zentralen Risikofaktoren für ischämische Herzkrankheiten sind: Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, Rauchen und erhöhter Cholesterinwert. Durch Prävention könnte eine jährliche Reduktion der Behandlungs- und Folgeausgaben in nachstehend aufgeführtem Umfang erreicht werden (Angaben in Mrd. EUR):

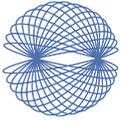
Diabetes mellitus Typ II:	0,214
Hypertonie, Rauchen:	1,077
Cholesterin:	1,715

Die Präventionspotenziale für den Schlaganfall belaufen sich auf folgende Beträge (Angaben in Mrd. EUR):

Hypertonie:	1,28
Rauchen:	0,557
Hypertonie, Rauchen:	1,45
Diabetes mellitus:	0,650
Adipositas:	0,650

20–30 % der 60-jährigen und älteren Frauen leiden an Osteoporose. 70 % der Hüftfrakturen sind durch Osteoporose verursacht. Pro Jahr werden zirka 80.000 Krankenhausaufnahmen aufgrund von Hüftfrakturen geschätzt; dies entspricht einer Belastung von 600 Mio. EUR. Körperliche Aktivität ist eine Grundlage für die Steigerung der Knochendichte und die Linderung des Frakturrisikos, sodass auch hier mit relativ einfachen Mitteln eine effektive Prävention betrieben werden könnte.

FORTSETZUNG SEITE 33 —



## Empfehlungen der Expertenkommission

### I. Gesundheitsförderung und Prävention

1. Gesundheitsförderung und Prävention stellen einen bedeutsamen Aufgabenbereich der Bildung dar. Professionelle Bildungsträger und Medien sind in gleicher Weise gefordert, wenn es darum geht, Informationen über den Alterungsprozess und Möglichkeiten seiner positiven Beeinflussungen zu vermitteln sowie Angebote zu entwickeln, die Menschen dazu motivieren und dabei unterstützen, etwas für die Erhaltung ihrer Gesundheit und ihrer körperlichen wie geistigen Leistungsfähigkeit zu tun.
2. Die professionellen Bildungsträger (Einrichtungen der Erwachsenen- und Familienbildung) sollten sich bei der Entwicklung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention noch stärker auf zielgruppenspezifische Bedarfslagen und Bedürfnisse einstellen. Besondere Bedeutung ist hier den unteren Sozialschichten, ausländischen MitbürgerInnen sowie Menschen, die in ländlichen Regionen leben, beizumessen. Schließlich ist die Notwendigkeit gezielter Bildungsangebote für Menschen mit Behinderungen hervorzuheben.
3. Bei der Entwicklung gesundheitsrelevanter Angebote für ältere Menschen sind geschlechtsspezifische Besonderheiten des Alternsprozesses stärker zu beachten. Die bereits erkennbare Benachteiligung hoch betagter Frauen in Bezug auf die medizinische und pflegerische Versorgung muss abgebaut werden.
4. Bei der Entwicklung gesundheitsrelevanter Angebote für ältere Menschen sind kulturspezifische Besonderheiten von ausländischen MitbürgerInnen zu berücksichtigen. Dabei sind auch ethnien-spezifische Besonderheiten zu beachten.
5. Bei der Entwicklung von Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung sind auch die Gesundheit und Leistungskapazität älterer ArbeitnehmerInnen zu berücksichtigen.
6. Modellprojekte zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sind weiterzuführen, systematisch zu evaluieren und für die Entwicklung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention zu nutzen. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die Modellprojekte zum „präventiven Hausbesuch“ zu richten.
7. Die Wohnberatung ist als bedeutende Komponente der Prävention zu verstehen.
8. Es ist eine bedeutende Aufgabe, genau zu erkennen, was einen Menschen mit lebenslanger Behinderung im Alter gesund erhält. Genau die Strukturen, die diese individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten fördern, sind zu stützen und zu stärken.

9. In die Entwicklung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention sind auch betreuende und pflegende Angehörige einzubeziehen.

10. Die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Versicherten sowie deren Befähigung, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, ist zentrale Aufgabe einer sozialen Krankenversicherung.

### II. Geriatrie und Pflege

1. Die Regelung von Ansprüchen auf Leistungen des Gesundheitssystems muss sich an den medizinischen Indikationen, an Lebensqualität und subjektiven Kriterien des Versicherten orientieren.
2. Der gesundheitliche und pflegerische Versorgungsbedarf des Patienten soll als zentraler Beurteilungsmaßstab für die Ausübung der Gestaltungsoptionen und Handlungsspielräume der Krankenkassen und ihrer Verbände erhalten beziehungsweise wiederhergestellt werden.
3. Die Geriatrie muss einen Schwerpunkt der hausärztlichen Versorgung bilden.
4. Die speziellen Fallpauschalen für die Geriatrie müssen weiterentwickelt werden.
5. Die Palliativmedizin muss eigene Fallpauschalen erhalten.
6. Das Angebot an ambulanten und stationären Hospizen muss weiter ausgebaut werden. Die qualifizierte Ehrenamtlichkeit ist auch weiterhin als bedeutende Komponente des Hospizansatzes zu begreifen.
7. Rehabilitationskonzepte müssen sich stärker an individuellen Bedarfslagen und Bedürfnissen orientieren.
8. Im Dienste der Sicherung von Qualitätsstandards darf bei Behandlung, Therapie und Pflege nicht auf ein umfassendes medizinisches und pflegerisches Assessment verzichtet werden.
9. Bei der Konzeptentwicklung der Pflege sollten sehr viel stärker als heute deren Potenziale zur Erhaltung der Selbstständigkeit sowie zur Wiederherstellung der Selbstständigkeit berücksichtigt werden.
10. Menschen mit lebenslanger Behinderung müssen die Chance erhalten, sich mit den zusätzlichen Phänomenen auseinander zu setzen, die den Alternsprozess begleiten.
11. Die Entwicklung von Strukturen der Übergangspflege (Überleitungspflege) ist aufgrund der flächendeckenden Einführung von Fallpauschalen notwendig. Darauf müssen sich Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe einstellen.

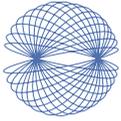
**4. Defizit:** Vor allem bei der Pflege von Demenz-Patienten lassen die Regelungen Pflegeversicherungsregelungen die Umsetzung eines rehabilitationsorientierten Konzepts nicht zu. Dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz zufolge (s. § 45b Abs. 1 SGB XI) erhalten Pflegebedürftige mit Demenz-bedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die neben ambulanten oder teilstationären Pflegeleistungen zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, zu deren Finanzie-

rung einen Betreuungsbetrag bis zu 460 EUR je Kalenderjahr. Auf dieser gesetzlichen Grundlage lässt sich ein Kompetenzförderkonzept nicht entwickeln.

**Kommentar:** Allen, die professionell, ärztlich oder pflegerisch mit älteren Menschen zu tun haben, ist klar, dass die prognostizierte epidemiologische Entwicklung bereits begonnen hat. Selbstverständlich sind daher die Forderungen nach mehr Pflege in häuslicher Umgebung, nach stärkerer Fürsorge bei älteren alleinstehenden Frau-

en und der sich fast schon rasant entwickelnden Problematik Demenzkranker. Dem deutschen „Normalbürger“, der (noch) keine pflegebedürftigen Angehörigen zu versorgen hat, sind diese Feststellungen wahrscheinlich neu. Umso wichtiger ist es, die Prognosen zur Altersentwicklung und die damit zu Tage tretenden Gesundheits- und Pflegeproblematik öffentlich zu machen, und durch politische Entscheidungen rechtzeitig vorzusorgen.

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen



## Fortbildung zur Parkinson-Assistentin

# Mehr Effizienz und Kompetenz in der Praxis

**D**ie in Berlin bereits erfolgreich durchgeführte Fortbildung von Arzthelferinnen zu spezialisierten Parkinson-Assistentinnen („PASS“) wird wie angekündigt bundesweit ausgedehnt. Dieses Pilotprojekt vom Verband für Qualitätsentwicklung in Neurologie und Psychiatrie e.V. (QUANUP) soll interessierten Kollegen konkret und praktisch helfen, in Zeiten des nicht ausreichenden Honorars, die Versorgung von Parkinson-Patienten in neurologischen/nervenärztlichen Praxen auf hohem Niveau zu ermöglichen.

Im Mai und Juni werden dank der freundlichen Unterstützung von Dr. Karla Eggert und Prof. Dr. Wolfgang H. Oertel des Kompetenznetzes Parkinson in Marburg zwei Wochenend-Kompaktkurse angeboten. Im Herbst wird es diese Wochenend-Kurse in Stuttgart und Berlin (für Brandenburg/Mecklenburg-Vorpommern) geben.

Ärzte erhalten bei der konkreten Organisation einer Spezialsprechstunde Hilfestellung und realisierbare Tipps, während den Assistentinnen parallel dazu die nötige Kompetenz vermittelt wird, um konkrete Aufgabenbereiche gewissenhaft übernehmen zu können.

Eine Teilnehmergebühr für beide Wochenendkurse wird pro Team Arzt/Assistentin erhoben und beträgt für Mitglieder von QUANUP beziehungsweise der Berufsverbände 500 EUR, für Nichtmitglieder 750 EUR. Im Preis ist für Ärzte das Angebot enthalten, über die Movement Disorder Society das offizielle UPDRS-Zertifikat zu erwerben.

Ort der nächsten Veranstaltung: Universität Marburg (s. Programm nebenstehend). Anmeldungen unter: QUANUP e.V., Geschäftsstelle, Dr. A. Simonow, Hauptstr. 106, 35745 Herborn, E-Mail: alexander@simonow.net

**Dr. med. Reinhard Ehret, Berlin**



### Kolloquium PASS Hessen

#### Ausbildung zur Parkinson Assistentin „PASS“ Organisationsstrukturen der Parkinson-Spezialsprechstunde

##### Programm 27./28. Mai 2005

*Freitag, 27.5.2005*

15.00–16.00 Uhr	Einführung
16.00–17.00 Uhr	Grundlagen
17.00–18.00 Uhr	Diagnostik
18.00–19.00 Uhr	Einsatz standardisierter Dokumentation mit praktischen Übungen

*Samstag, 28.5.2005*

10.00–11.00 Uhr	Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) – Teil 1
11.00–13.00 Uhr	PD Differenzialdiagnosen; motorische und nicht motorische Komplikationen; Videoschulung und Übungen zum Erkennen von Komplikationen
13.00–14.00 Uhr	Mittagspause
14.00–15.30 Uhr	Medikamentöse Therapie
15.30–17.00 Uhr	Bewegungsprotokolle mit Rollenspiel, Einsatz von Videos; Sprechstundenorganisation – Teil 1

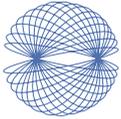
##### Programm 24./25. Juni 2005

*Freitag, 24.6.2005*

15.00–16.00 Uhr	Sprechstundenorganisation – Teil 2
16.00–17.00 Uhr	UPDRS – Teil 2
17.00–19.00 Uhr	Spezielle Therapieoptionen (Apomorphin, DBS, etc.)

*Samstag, 25.6.2005*

10.00–11.00 Uhr	Demenz – Psychometrische Untersuchungen mit praktischen Übungen
11.00–12.00 Uhr	Depression – Übungen zum Erkennen von Symptomen
13.00–14.00 Uhr	Mittagspause
14.00–15.00 Uhr	Komplementärtherapien (Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie mit praktischen Übungen)
15.00–16.00 Uhr	Psychoedukation, Angehörigenarbeit, soziale Aspekte mit Rollenspiel
16.00–17.00 Uhr	Abschluss



## Verleihung des BVDN-Awards

# „Erfolgsstory“ NEUROTRANSMITTER – Auszeichnung für Albert Zacher

**D**er BVDN-Award ist eine Auszeichnung, die erstmalig anlässlich des 3. Neurologen- und Psychiatertages des BVDN auf der Hauptversammlung am 7.5.2005 in Köln verliehen wurde.

### Warum ein BVDN-Award?

Der BVDN möchte in Zukunft mit dem BVDN-Award Personen auszeichnen, die sich in besonderer Weise für die Vertretung der Interessen neuropsychiatrischer Vertragsärzte einsetzen. Geehrt werden können einerseits Mitglieder des BVDN, die sich durch ihr Engagement in besonderer Weise für die Ziele und Anliegen des BVDN verdient gemacht haben, andererseits auch Nichtverbandsmitglieder, wenn sie besondere Akzente oder Impulse für eine Verbesserung der ambulanten neurologischen oder psychiatrischen Versorgung gesetzt haben. Ausgezeichnet werden können aber auch beispielsweise die Initiatoren eines gelungenen richtungweisenden ambulanten Versorgungsmodells.

Preisträger können zukünftig auch aus dem Kreis der Mitglieder vorgeschlagen werden. Die Auswahl erfolgt durch den BVDN-Vorstand.

### Erster Preisträger ausgezeichnet

Den ersten BVDN-Award (2005) erhielt PD Dr. med. Albert Zacher, Schriftleiter des NEUROTRANSMITTERS. Innerhalb kürzester Zeit machte Zacher mit außerordentlicher Motivation, mit Fleiß und Engagement das Verbandsorgan des BVDN zu einer „Erfolgsstory“. Er sorgte dafür, dass der NEUROTRANSMITTER mittlerweile monatlich erscheint und zusätzlich ein Sonderheft zum DGN- und DGPPN-Kongress. Seinem Ideenreichtum ist es zu verdanken, dass inhaltlich neben der Berufspolitik mittlerweile viele weitere Rubriken hinzugekommen sind wie neurologische und psychiatrische Übersichtsarbeiten, Internethinweise, Servicesei-

ten, Buchbesprechungen, Kasuistiken, regelmäßige CME-Fortbildungen, Klinikporträts, Kommentierungen neuer Gesetze sowie Ergebnisberichte aus der Grundlagenforschung. Unter der glücklichen Hand Zachers konnte die Auflage des NEUROTRANSMITTERS auf 8.700 anwachsen. Die Zeitschrift wird mittlerweile auch an die DGPPN-Mitglieder distribuiert und konnte bei der letzten LA-Med-Analyse seinen Platz 1 unter den meist gelesenen Zeitschriften bei Vertragsärzten weiterhin behaupten.

### Zur Person

Albert Zacher wurde 1950 in Straubing geboren, verbrachte seine Kindheit und Jugend im Bayrischen Wald und die Gymnasialzeit am humanistischen Benediktiner-Seminar in Metten an der Donau. Er ist nach seinem Studium an der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik und am Psychotherapeutischen Institut der Universität Würzburg seit 1988 habilitiert und seit 1989 in Regensburg als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie niedergelassen. Schon 1990 wurde er bei einem ersten Treffen der berufspolitischen Initiative Bayrischer Psychiater zum Sprecher gewählt, 1991 war er der bayrische Vertreter bei der Länderdelegiertenkonferenz des Bundes-BVDN und 1991 auch Landesvorsitzender des BVDN in Bayern. Seit 1992 bis heute moderiert er die Länderdelegiertenversammlung des Bundes-BVDN und war insbesondere auch an der Satzungsentwicklung des BVDN maßgeblich beteiligt. Er gehörte zehn Jahre (bis Februar 2002) dem Bundesvorstand des BVDN an. Schon 1996 gründete er die Fortbildungsakademie der Berufsverbände und den Förderverein für die Fortbildungsakademie.

Die Schriftleitung des NEUROTRANSMITTERS übernahm Zacher 1998 und schon 2000 war die Fachzeitschrift die mit Abstand meist gelesene im niedergelassenen fachärztlichen Bereich.

Maßgeblich war Albert Zacher im Juni 2000 an der Gründung des BVDP (Berufsverband Deutscher Psychiater) beteiligt und war Gründungsvorsitzender bis Ende 2002. Wegen der Vielzahl seiner Aufgaben gab er diesen Vorsitz im Jahre 2002 auf, ebenso die Tätigkeit als Vorsitzender der Sektion Psychiatrie im Bundesvorstand des BVDN.

Zacher entwickelte seit Mitte der 90-iger Jahre Abrechnungskommentare wie zu EBM- und GOÄ-Abrechnungen, aber auch zu Fragen von Gutachtenliquidationen, die bei den Mitgliedern der Verbände ausgesprochen beliebt sind. Neben dem BVDN-Vorsitz in Bayern ist er in der Facharztprüferkonferenz in Bayern tätig und war in den letzten Jahren mehrfach im wissenschaftlichen Beirat des DGPPN-Kongresses aktiv. In diesem Jahr ist er Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des DGN-Kongresses und auch Mitglied des neuen CME-Beirates.

### Geheimnisvoll

Es bleibt das Geheimnis von Albert Zacher, wann er neben diesen vielen Aktivitäten auch noch Zeit für seine Hobbys findet. So spielt er unter anderem im Streichquartett das Cello, singt Schubert-Lieder und beschäftigt sich mit klassischer und belletristischer Literatur sowie mit der Philosophie.

Albert Zacher erhielt den BVDN-Award für seine 15-jährige erfolgreiche, engagierte Tätigkeit für die berufspolitischen Interessen von Neurologen, Nervenärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten. Der BVDN-Vorstand bedankt sich bei ihm für die hervorragende Kooperation in all den Jahren und freut sich auch in Zukunft auf eine konstruktive Zusammenarbeit.

In diesem Sinne: herzlichen Glückwunsch zum ersten BVDN-Award.

**Dr. med. Frank Bergmann, Aachen**  
1. Vorsitzender des BVDN



Laufbandtraining

© Klinik am Regenbogen Nittenau

## Portrait: Klinik am Regenbogen Nittenau

# Unterstützung und Begleitung im Gesundungsprozess

**M**it Rehabilitationsmaßnahmen soll bei ausgeprägten Symptomen und Fähigkeitsstörungen für die Patienten zumindest ein weitgehend selbstbestimmtes Leben erreicht und der Betreuungs- und Pflegeaufwand für Dritte so gering wie möglich gehalten werden. Seit einigen Jahren wurden zahlreiche neue Therapietechniken entwickelt, die evidenzbasiert erhebliche Verbesserungen funktioneller Einschränkungen möglich machen. Dies setzt hohe Eigenmotivation und intensives Engagement der Patienten voraus, denn intensive Rehabilitation ist im Rahmen einer tagesfüllenden Therapie anstrengend. Die oftmals sehr hoch gesteckten Ziele können nur erreicht werden, wenn

- die motorischen, sensorischen, koordinativen, kommunikativen, kognitiven und psychischen Störungen zunächst differenziert analysiert werden,
- der aktuelle Wissensstand zur neuronalen Regenerationsfähigkeit und Plastizität effektiv in die tägliche rehabilitative Praxis umgesetzt wird und
- die Rehabilitation in einer Umgebung stattfindet, welche die Patienten durch ein großes Maß an menschlicher und professioneller Zuwendung sowie durch eine moderne und freundliche Umgebung zur Eigeninitiative anregt und so ihr psychisches und körperliches Wohlbefinden fördert.

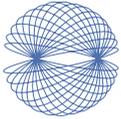
In der Klinik am Regenbogen sind diese Voraussetzungen für eine erfolgreiche Genesung umfassend erfüllt. Die Klinik am Regenbogen liegt am Rande der oberpfälzischen Stadt Nittenau, etwa 30 km nördlich von Regensburg und 30 km südlich von Amberg im westlichen Teil des Naturparks Oberer Bayerischer Wald. Klinik, Stadt und Region bieten ein attraktives Angebot zur abwechslungsreichen Freizeitgestaltung in schöner, unberührter Natur. Der Regen als wichtiger Donauzufluss prägt die Landschaft und gibt ihr ein ganz eigenes Gesicht.

In dieser Fachklinik für Neurologische Rehabilitation werden sämtliche neurologischen Krankheitsbilder, speziell die Multiple Sklerose, extrapyramidale Erkrankungen, Schlaganfälle und Muskelerkrankungen intensiv behandelt. Neben Symptomen und Funktionsstörungen des Patienten werden auch seine Belastbarkeit, seine Motivation und sein soziales Umfeld von einem Rehabilitationsteam aus Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften berücksichtigt. Enge interdisziplinäre Zusammenarbeit ist dabei grundlegendes Prinzip. An dieser multimodalen Behandlung ist der Patient aktiv beteiligt, er erhält gleichzeitig umfassende Informationen über seine Erkrankung und die Möglichkeiten zur Selbsthilfe.

Rehabilitation dient vor allem der Verbesserung bestehender Einschränkungen von Alltagsfähigkeiten und deren Folgen. Oberstes Ziel ist es, Leistungsfähigkeit und Befinden der Patienten möglichst zu normalisieren, ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten und ihnen die Rückkehr in ihr gewohntes Umfeld zu ermöglichen. In der Fachklinik für Neurologische Rehabilitation in Nittenau unterstützen ein interdisziplinäres Team und spezielle medizinische Leistungen die Patienten darin, dass psychische und physische Genesung Hand in Hand gehen.



Klinik am Regenbogen



Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse verdeutlichen, dass regenerative Prozesse des Nervensystems – vor allem die Ausbildung neuer neuronaler Funktionssysteme – nur dann erfolgreich verlaufen können, wenn alltagsrelevante Fähigkeiten in möglichst hoher Frequenz und in möglichst anregender Umgebung trainiert werden. Daher werden in der Klinik neben den etablierten Techniken der Physiotherapie (Bobath, Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation u. a.) auch „technische“ Verfahren wie das Laufbandtraining mit (partieller) Körpergewichtsentlastung oder fremdkraftgetriebene Fahrräder eingesetzt. Die Behandlung wird durch das Forced-Use-Training (Taub'sches Training) und durch alltagsrelevante Tätigkeiten wie Wasch-, Anzieh- oder Esstraining im Rahmen der Ergotherapie sinnvoll ergänzt. In speziellen Einzel- oder Gruppentherapien wird zudem auf Störungen der Koordination und Balance oder vorzeitige muskuläre Ermüdbarkeit eingegangen.

Mittels Logopädie erfolgt ein intensives Training der verschiedenen Formen von Aphasien und Dysarthrien. Zusätzlich wird – insbesondere für Parkinson-Patienten mit Hypophonie – das Lee Silverman-Voice-Training angeboten. Besonderes Augenmerk wird auf die bei zahlreichen neurologischen Erkrankungen vorkommende Dysphagie und ihre Folgen gelegt. Weisen anamnestische Angaben und klinische Untersuchungen auf eine Schluckstörung hin, erfolgt eine endoskopische Pharyngo-Laryngoskopie als Basis der nachfolgenden differenzierten Schlucktherapie.



**Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage nach Bobath.**

Kognitive Funktionen werden in der neuropsychologischen Abteilung mittels weitgehend PC-gestützter Verfahren untersucht – insbesondere Aufmerksamkeit und Konzentration, Orientierung, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis, räumlich-konstruktive Wahrnehmung, Gesichtsfeldausfälle, Neglect, Planen/Problemlösen, visuelle und visuell-konstruktive Wahrnehmung – und die diagnostizierten Einschränkungen entsprechend behandelt. Auch Interventionen zu Krankheits- und Konfliktbewältigung, Kriseninterventionen oder ein Training zu vermehrter Selbstständigkeit und Alltagsstrukturierung werden angeboten. Auch können die Patienten an entspannenden Verfahren wie dem autogenen Training oder der progressiven Muskelrelaxation, ebenso wie am Feldenkrais-Training oder an Qi-Gong-Übungen teilnehmen. Ergänzt wird die Behandlung durch zahlreiche Möglichkeiten der physikalischen Therapie wie Massage, Lymphdrainage oder Elektrotherapie.

Ein weiterer wichtiger Bereich des klinisch-rehabilitativen Angebots der Klinik ist die Neuro-Urologie. Zahlreiche Patienten leiden im Rahmen ihrer neurologischen Erkrankungen an Störungen der Blasenfunktion oder auch der Sexualfunktionen. Der Klinik ist ein urologischer, speziell in der Neuro-Urologie erfahrener Facharzt assoziiert, der die erforderliche Diagnostik und Therapie durchführt.

Eine intensive Diätberatung dient der Schulung in Ernährungsfragen, die in Einzel- und Gruppengesprächen erfolgt und durch Vorträge und Kurse sowie Kochabende in der klinikeigenen Lehrküche ergänzt wird. Selbstverständlich können auch Angehörige in die Schulung einbezogen werden.

Sozialdienst und Rehabilitationsberatung unterstützen die Patienten bei der Einleitung berufsfördernder Maßnahmen, bei finanziellen, sozialen und Rentenfragen, Wohnangelegenheiten oder bei der Durchsetzung sozialrechtlicher Ansprüche.

Aufgabe des Pflegedienstes ist es, das Ungleichgewicht zwischen dem erforderlichen Pflegeaufwand und den eingeschränkten Fähigkeiten zur Selbstversorgung wiederherzustellen. Die Rehabilitationspflege orientiert sich dabei an

### **Klinik am Regenbogen Nittenau**

Eichendorffstr.21, 93149 Nittenau

Tel. (09 43 6) 95 0-0 Fax – 919

[www.klinikamregenbogen.de](http://www.klinikamregenbogen.de)

Die 1996 eröffnete Klinik für Neurologische Rehabilitation verfügt über 150 Betten. Alle Räumlichkeiten, Patientenzimmer und zugehörigen Bäder sind vollständig behindertengerecht gestaltet. Jedes Zimmer hat einen Balkon und ist mit Fernsehgerät, Hörfunk, Telefon und Kühlschranks ausgestattet.

Begleitpersonen können zusammen mit ihren Angehörigen im gleichen Zimmer untergebracht werden und – per Rezept ihres Hausarztes – ebenfalls therapeutische Leistungen (z. B. Krankengymnastik) in unserer Klinik in Anspruch nehmen.

Die Klinik ist für Patienten der Rehabilitationsphasen C und D nach BAR-Kriterien zugelassen und wird von allen gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie Rentenversicherungsträgern und Berufsgenossenschaften belegt.

#### **Ärztlicher Direktor**

Prof. Dr. med. Thomas Henze

#### **Patientenanmeldung**

Frau Schulze oder Frau Jäck,  
Telefon (09 43 6) 9 50-9 15 oder -907,  
E-Mail: [schulze@klinikamregenbogen.de](mailto:schulze@klinikamregenbogen.de) oder [jaeck@klinikamregenbogen.de](mailto:jaeck@klinikamregenbogen.de)

#### **Weitere Klinikcharakteristika:**

- Restaurant mit Cafe
- kleine Kapelle
- große Gartenanlage

einem ganzheitlichen Menschenbild. Der Patient erhält so viel Hilfe wie nötig und so viel Anleitung zur Selbstständigkeit wie möglich. Auch bettlägerige und vollständig auf Fremdhilfe angewiesene Patienten können in der Klinik am Regenbogen umfassend betreut und versorgt werden.

**Prof. Dr. med. Thomas Henze, Nittenau**  
Ärztlicher Direktor

## 2. Deutscher Psychoedukations-Kongress

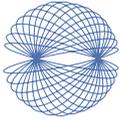
# Psychoedukation als Schrittmacher



Um die Therapie schizophrener Psychosen noch gezielter und systematischer durch psychoedukative Interventionen zu verbessern, wollen Veranstalter und Experten mit dem Münchner Psychoedukations-Kongress ein auch weiterhin ermutigendes Signal setzen.

Im März veranstaltete die TU München unter Leitung von Dr. J. Bäuml, Dr. G. Pitschel-Walz und Prof. Dr. H. Förstl den 2. Deutschen Psychoedukations-Kongress in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. A. Heinz und PD Dr. G. Juckel von der Charité Berlin – wieder mit vollem Erfolg. Mit weit über 500 Teilnehmern war er schon Wochen im Voraus ausgebucht. Viel Beifall erhielten die Referenten wie Prof. Falkai mit seinem Beitrag zur neurobiologisch fundierten Therapie bei schizophrenen Psychosen. Er stellte die neuesten Ergebnisse zu Interaktionen genetischer Faktoren und Umweltfaktoren in der Ätiopathogenese schizophrener Psychosen vor. Spannend war besonders die Darstellung der Korrelation von morphologischen Veränderungen und psychopathologischen, vor allem kognitiven Störungen. Rezidive einer Schizophrenie sollten demzufolge schon nach Erstmanifestation unbedingt verhindert werden, da im Verlauf bei unzureichender Therapie eine subtile Volumenreduktion hauptsächlich kortikaler Strukturen nachgewiesen werden konnte, die mit einer deutlicheren Ausprägung der Negativsymptomatik und kognitiver Defizite assoziiert sind.

PD Dr. S. Klingberg, leitender Diplompsychologe an der Universität Tübingen, unterstrich die Bedeutung psychotherapeutischer Interventionen bei schizophrenen Psychosen im Hinblick auf Psychoedukation und kognitive Verhaltenstherapie. Seine Forderung nach „finanziellen Anreizen“ für Psychotherapeuten zur Förderung von Psychoedukation (!), wirkte auf niedergelassene Vertragsärzte provokant, fiel jedoch in ihrer Absurdität den überwiegend aus dem stationären Versorgungssektor kommenden jungen Kongressteilnehmern kaum auf. Selbstverständlich sollte Psychoedukation eine originäre psy-



chirurgische Aufgabe sein! Der neue EBM sieht Abrechnungsmöglichkeiten zum Beispiel bei den Gruppensummen vor.

Gerade aufgrund neuester biologischer Forschungsergebnisse müsse Psychoedukation gewährleisten, dass erkrankte Menschen alle verfügbaren therapeutischen Hilfen in Anspruch nehmen können, so Organisator Josef Bäuml in seinem Eröffnungsreferat. Gerade in einer Zeit, in der die möglichst umfassende Respektierung des Patientenwillens zu den obersten Behandlungsmaximen zähle, Maßnahmen dagegen auf ein absolutes Minimum beschränkt bleiben sollten, komme der Psychoedukation die enorm wichtige Schrittmacherfunktion zu, rechtzeitig Voraussetzungen für die Entwicklung einer tragfähigen Behandlungspartnerschaft zu schaffen. Bäuml erklärte: „(...) denn was nützen all die Verbesserungen auf psychopharmakologischem und psychosozialen Gebiet, wenn Betroffene die sich dahinter verborgenden Chancen nicht erkennen und umsetzen können.“ Bei allem Respekt vor dem freien Willen des Einzelnen müsse stets sichergestellt sein, dass es sich bei der Entscheidung gegen eine Therapie tatsächlich um eine abgewogene und auf nüchternem Kalkül basierende Überlegung handle und nicht um den Artefakt eines auf Vorurteilen, Halbwissen und irrationalen Ängsten beruhenden Abwehrverhaltens. Zuspruch fand sein Appell, psychisch Kranken die Teilhabe am medizinischen Fortschritt durch eine enge Allianz aus Betroffenen, Angehörigen und Behandelnden zu ermöglichen. Psychoedukation solle „know how“ bezüglich der Erkrankung stärken und den Autonomiestatus sichern, damit Patienten den Behandlungsweg einschlagen können, den sie von einer selbstkompetenten und informierten Warte aus wählen.

Der Kongress ermöglichte den Teilnehmern, psychoedukative Strategien bei schizophrenen Psychosen und anderen Erkrankungen wie Borderline-Störungen, bipolaren und Zwangserkrankungen in Workshops zu erlernen. Längst ist Psychoedukation – befreit aus der sozialromantischen Nische – ein evidenzbasiertes, gut operationalisiertes Instrument in der psychiatrischen Therapie geworden.

**Dr. med. Frank Bergmann, Aachen**

#### Krankenversicherung

### Unions-Modell „Gesundheitsprämie“

**Aus Abgeordnetensicht äußerte sich die CDU-Parteivorsitzende Dr. Angela Merkel gegenüber der Zeitschrift „Der freie Beruf“ (Ausgabe 4/2005) zur CDU-Gesundheitsreform und dem Konzept der persönlichen Gesundheitsprämie.**

Uns alle, ob Arbeiter oder Unternehmer, Freiberufler oder Angestellte, betrifft der Zustand des Gesundheitssystems. Noch ist das deutsche Gesundheitswesen leistungsfähig – dass es das bleibt, ist nicht selbstverständlich. Vom Umbau des Gesundheitswesens hängt ab, ob wir die steigenden Gesundheitsausgaben auffangen, mit mehr Wettbewerb die verkrusteten Strukturen des Gesundheitssystems aufbrechen, es auch künftig Spitzenmedizin für alle geben wird, ob wir in Deutschland weiter Arbeitsplätze verlieren oder ob neue Arbeitsplätze entstehen. Denn durch die Abtrennung der Gesundheits- von den Arbeitskosten senken wir die Lohnnebenkosten und steigern damit unsere Wettbewerbsfähigkeit. Das Unionsmodell der solidarischen Gesundheitsprämie stellt die Gesundheitsfinanzierung auf eine solide Basis und macht das System fit für die Zukunft.

#### Wie funktioniert die Gesundheitsprämie?

Die jeweilige gesetzliche Krankenkasse erhält für jeden von ihr versicherten Erwachsenen einen festen Betrag, die Gesamt-Gesundheitsprämie. Diese setzt sich aus der persönlichen Gesundheitsprämie und der Arbeitgeberprämie zusammen. Sie entspricht den durchschnittlichen Kosten pro Versichertem. Jeder Versicherte ist für die Versicherung gleich viel wert. Das facht den Wettbewerb an und bedeutet langfristig geringere Kosten für die Versicherten. Da die persönliche Gesundheitsprämie vom Einkommen unabhängig ist, lohnt sich Leistung – wer mehr arbeitet, muss keinen höheren Beitrag leisten. Niemand zahlt mehr als 7% seines Einkommens. Macht die persönliche Gesundheitsprämie einen höheren Anteil am Gesamteinkommen aus, gibt es einen Sozialausgleich. Dieser speist sich aus einem Topf, in den die Arbeitgeber einzahlen.

Kinder werden beitragsfrei mitversichert. Ohne Kinder würde unser solidarisches Gesundheitssystem künftig nicht mehr funktionieren. Deshalb soll die Mitversicherung aller Kinder von allen Generationen getragen werden. Ziel ist es, die entstehenden Kosten aus Steuermitteln zu finanzieren, zu denen alle Bürger nach ihrer Leistungsfähigkeit beitragen. Das ist gerechter, denn Personen mit höherem Einkommen zahlen auch höhere Steuern.

Was kommt auf Freiberufler zu? Sie können sich wie bisher privat oder gesetzlich versichern. Soweit für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte keine Arbeitgeberprämie geleistet wird, ist die persönliche Gesundheitsprämie identisch mit der Gesamt-Gesundheitsprämie. Es gilt ebenfalls eine ihren heutigen Belastungen entsprechende Belastungsgrenze. Wir wollen auch den Wettbewerb bei den privaten Krankenversicherungen verbessern. Für bereits Privatversicherte soll es einfacher als bisher sein, zu einer anderen Krankenversicherung zu wechseln. Dazu ist es notwendig, die Kapitalgedeckten Vorsorgeanteile, welche die private Krankenversicherung aus den Beiträgen bilden, übertragbar zu gestalten. Wir wollen für alle Versicherten einen verlässlichen Schutz. Unabhängig von Alter, Gesundheitszustand und Einkommen soll jeder optimal versorgt werden. Heute, morgen und in Zukunft.

#### Dr. Angela Merkel, Berlin

Vorsitzende der CDU, Vorsitzende der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag



© CDU/CSU-Pressstelle



**Dr. Angela Merkel,  
MdB**

## Diskussion über Antidementiva

# Not so NICE – Kontroverse ohne Ende

Die Diskussion über Antidementiva scheint kein Ende zu finden. Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) verärgert in England die Pharmaindustrie und alle Institutionen, die in der Behandlung von Alzheimer-Patienten engagiert sind: vier moderne Antidementiva – Donepezil, Rivastigmin, Galantamin und Memantin – sollen vom staatlichen Gesundheitssystem außer bei bereits anbehandelten Patienten nicht mehr bezahlt werden.

**D**urch die AD2000-Studie und den kritischen Review des Instituts für Allgemeinmedizin in Hamburg wurden die Wirksamkeit und die Kosteneffektivität moderner Antidementiva in Zweifel gezogen. Darüber wurde im letzten Jahr ausführlich berichtet (siehe NT 10/2004, 11/2004, 12/2004).

### „NICE“ sorgt für Widerspruch

Im März 2005 erstaunte das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) mit seiner – wenn auch vorläufigen – Ankündigung, dass Demenz-Patienten nicht mehr auf Kosten des nationalen Gesundheitsdienstes auf Donepezil, Rivastigmin, Galantamin oder Memantin neu eingestellt werden

lich und teilweise sehr heftig widersprochen. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass sowohl NICE als auch The Royal College of Psychiatrists auf hohem Niveau argumentieren. Dem statistisch und gesundheitsökonomisch nicht so bewanderten Mediziner sind nicht alle vorgebrachten Argumente sofort einsichtig. Es bleibt abzuwarten, wie sich diese Debatte weiterentwickelt und welche Empfehlung zukünftig in England maßgeblich sein wird.

### Bundesausschuss beauftragt IQWiG

Betrachtet man die positive Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen im Jahr 2004 bezüglich der Kassenfinanzierung von Ginkgo bei der Behandlung von Demenzen, so ist eine vergleichbare Entwicklung in Deutschland wahrscheinlich nicht zu erwarten. Gespannt darf man aber auf die Einschätzung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sein, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Januar 2005 beauftragt wurde, eine Nutzenbewertung der Arzneimitteltherapie bei Demenz vorzunehmen. Denn der Leiter des Instituts Prof. Dr. Peter Sawicki hat sich bereits mehrfach kritisch zur Effektivität moderner Antidementiva geäußert.



### Empfehlung der deutschen Arzneimittelkommission

Nach dem jetzigen Erscheinen der aktuellen dritten Auflage der Empfehlungen der „Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft“ besteht Hoffnung, dass die medikamentöse Behandlung der Demenz wieder in ein ruhigeres Fahrwasser geraten ist. Donepezil, Rivastigmin, Galantamin und Memantin wurden positiv bewertet. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft steht mit ihrem Ruf für Integrität und wissenschaftliche Expertise für diese Empfehlungen ein.

sollen. Dies widerspricht jedoch der Leitlinie der gleichen Institution aus dem Jahr 2001, in der Donepezil, Rivastigmin und Galantamin für die Demenz-Behandlung empfohlen wurden. Im jetzigen Bericht werden weniger die Nachweise über die Wirksamkeit der Medikamente in Zweifel gezogen, als vielmehr die Kosteneffektivität der Therapie.

Das Royal College of Psychiatrists, Alzheimer Europe und die weit überwiegende Zahl der Kommentatoren im British Medical Journal haben diesen vorläufigen Empfehlungen sofort, ausführ-

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



# Neue Behandlungskonzepte bei Multipler Sklerose

## Die eigene Abwehr gegen sich

M. MÄURER

Trotz intensiver Forschung ist die Multiple Sklerose auch weiterhin eine Krankheit, die viele Fragen offen lässt. Ihre unklare Ätiologie und unterschiedlichen Ausprägungen stellen die Wissenschaftler auf breiter Basis vor therapeutische Herausforderungen.

**D**ie Multiple Sklerose (MS) ist in unseren Breiten die häufigste chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems (ZNS). In Deutschland rechnet man derzeit mit etwa 120.000 MS-Patienten. Die Erkrankung manifestiert sich in der Regel im jungen Erwachsenenalter zwischen 20 und 40 Jahren.

Die MS ist durch das schubförmige Auftreten neurologischer Defizite in unterschiedlichen Funktionssystemen des ZNS gekennzeichnet. Die Erkrankungsursache ist bisher nicht bekannt, wahrscheinlich liegt ein multifaktorielles Geschehen zugrunde. Es wird vermutet, dass bei einer bestimmten genetischen Prädisposition exogene Faktoren eine T-Zell-vermittelte Autoimmunreaktion gegen die Myelinscheide der ZNS-Neurone auslösen.

Im Gegensatz zu der relativ unsicheren Ätiologie der Erkrankung sind innerhalb der letzten Jahre wesentliche Erkenntnisse zur Pathogenese der MS gewonnen worden. Dieses verbesserte Krankheitsverständnis beeinflusst maßgeblich die Entwicklung neuer therapeutischer Konzepte, die derzeit weltweit in kontrollierten Therapiestudien getestet werden. In diesem Beitrag werden einige interessante therapeutische Strategien diskutiert, die in näherer Zukunft

möglicherweise eine Chance haben, das derzeitige Behandlungsspektrum für MS-Patienten zu bereichern.

### Pathophysiologie

Die Schadenskaskade bei MS beginnt pathophysiologisch mit der extrazerebralen Aktivierung autoreaktiver T-Zellen durch einen bisher noch unbekanntem Stimulus. Solche autoreaktiven T-Zellen finden sich auch im immunologischen Repertoire gesunder Probanden, unterliegen hier aber strikten Kontrollmechanismen und verhalten sich tolerant. Bei MS-Patienten ist diese Toleranz aufgehoben und es kommt zur Bildung myelinreaktiver, proinflammatorischer Effektorzellen. Im aktivierten Zustand sind diese Zellen in der Lage, die Blut-Hirn-Schranke, also die endotheliale Trennungsbarrriere zwischen Peripherie und ZNS zu überwinden. Die Transmigration von Entzündungszellen in das Hirnparenchym wird durch Adhäsionsmoleküle vermittelt. Während der Transmigration folgen die Entzündungszellen einem Chemokingradienten. Im ZNS-Parenchym angekommen, werden die autoreaktiven T-Zellen restimuliert und rufen eine lokale Entzündungsreaktion hervor, die durch die Rekrutierung weiterer Entzündungszellen wie Makrophagen und B-Zellen sowie durch

Sekretion von zytotoxischen Mediatoren und Autoantikörpern verstärkt wird. Diese Prozesse führen in ihrer Summe zu einer lokalen Demyelinisierung, einer Schädigung von Oligodendrozyten und zu einer Zerstörung von Axonen. Insbesondere die Schädigung von Axonen wird letztlich für die anhaltende klinische Behinderung von MS-Patienten verantwortlich gemacht. Die lokale Entzündung terminiert in der Regel selbst. Dieser Schädigungszyklus (s. Grafik) wird vielfach durchlaufen und ist damit auch die Grundlage für das schubförmige klinische Erscheinungsbild der Erkrankung.

### Behandlungsoptionen

**Phasenspezifische Therapie an der Blut-Hirn-Schranke:** Therapiekonzepte früherer Jahre zielten auf eine globale Unterdrückung der Immunantwort ab. Mittlerweile konnten jedoch an jeder Stelle der Schadenskaskade Schlüssel-moleküle identifiziert werden, die für die Autoimmunreaktion von Bedeutung sind. Aus diesem Grund richten sich neue Therapiekonzepte im Wesentlichen auf die gezielte Antagonisierung von pathogenetischen Schlüssel-molekülen, eine Vorgehensweise die auch als phasenspezifische Immuntherapie bezeichnet wird.



© Archiv

Ein wesentlicher Angriffspunkt für eine phasenspezifische Immuntherapie ist die Blut-Hirn-Schranke, die innerhalb der Schadenskaskade eine zentrale Rolle spielt. Die molekularen Vorgänge an der Blut-Hirn-Schranke und die beteiligten Adhäsionsmoleküle sind sehr gut charakterisiert. Insbesondere den molekularen Interaktionen zwischen den Integrinen VLA-4 und LFA-1 auf Entzündungszellen und den Immunoglobulin-ähnlichen Adhäsionsmolekülen VCAM-1 und ICAM-1 kommt für die stabile Adhäsion von Entzündungszellen an der Blut-Hirn-Schranke eine wesentliche Bedeutung zu. Die durch sie vermittelte stabile Adhäsion ist die Grundvoraussetzung für die Diapedese von Entzündungszellen in das ZNS.

Hohe therapeutische Erwartungen liegen in der Antagonisierung von Adhäsionsmolekülen an der Blut-Hirn-Schranke. Natalizumab ist ein humanisierter monoklonaler Antikörper gegen die  $\alpha$ -4-Untereinheit von VLA-4, der den Kontakt zwischen VLA-4 und VCAM-1 verhindert und damit die Einwanderung von Immunzellen in das ZNS unterbindet. Der Erfolg dieses therapeutischen Konzeptes konnte zunächst im Tiermodell und später in einer doppelblinden Plazebo-kontrollierten Phase-II-Studie an 213 Patienten mit schubförmiger MS

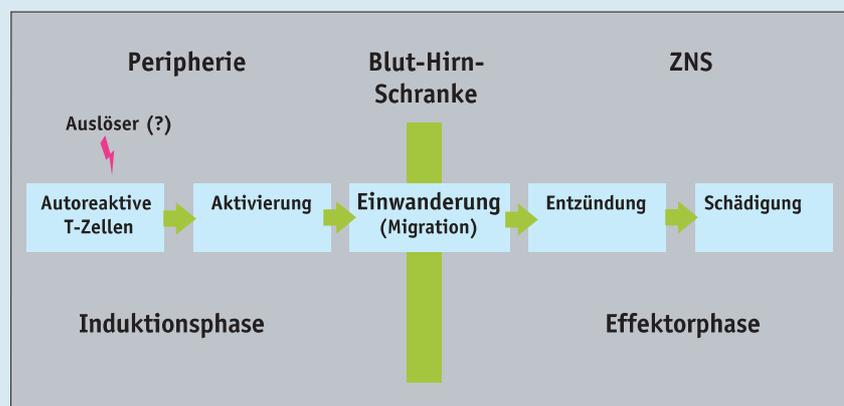
gezeigt werden. Innerhalb dieser Studie hatten die mit Natalizumab behandelten Patienten signifikant weniger Gadolinium-aufnehmende Läsionen in der MRT als Patienten einer vergleichbaren Kontrollgruppe. Die Therapie mit dem monoklonalen Antikörper war relativ nebenwirkungsarm, sodass die Natalizumab-Therapie in zwei weltweit durchgeführten Phase-III-Studien getestet wurde. Zum einen wurde die Wirkung von Natalizumab gegenüber Plazebo untersucht (AFFIRM-Studie); des Weiteren wurde die Wirkung von Natalizumab in Kombination mit Interferon- $\beta$ -1a mit der alleinigen Gabe von Interferon- $\beta$ -1a verglichen (SENTINEL-Studie).

Die Ende 2004 bekannt gegebenen Daten des ersten Jahres der AFFIRM-Studie wiesen eine deutliche Überlegenheit der Natalizumab-Gruppe bezüglich der untersuchten klinischen und kernspintomografischen Parameter nach. So wurde die jährliche Schubrate der Behandlungsgruppe um 68 % gegenüber Plazebo gesenkt. Auch die kürzlich erschienenen 2-Jahresdaten konnten diesen positiven Effekt auf Schubrate und Krankheitsprogression in unverändertem Ausmaß bestätigen. Diese sehr positive Datenlage hat dazu geführt, dass die amerikanische Gesundheitsbehörde FDA einer vorgezogenen Zulassung von Natalizumab in den Vereinigten Staaten zugestimmt hat, während die Europäische Gesundheitsbehörde unter Verweis auf noch nicht ausreichende Sicherheitsdaten die Zulassung bisher nicht erteilt

hat. Überschattet werden die positiven Studienergebnisse durch zwei Todesfälle mit PML (einer seltenen viralen Entmarkungserkrankung des Gehirns), die in der SENTINEL-Studie auftraten. Beide Patienten wurden über zwei Jahre mit der Kombinationstherapie Natalizumab/Interferon  $\beta$ -1a behandelt. Diese Ereignisse haben das pharmazeutische Unternehmen Biogen Idec zu einer freiwilligen Marktrücknahme mit sofortiger Wirkung und zum sofortigen Aussetzen der Medikation in allen Studien mit Natalizumab veranlasst. Das Unternehmen arbeitet zusammen mit der FDA an der Klärung dieser Todesfälle.

**Monoklonale Antikörper:** Neben Natalizumab werden eine Anzahl weiterer monoklonaler Antikörper gegen unterschiedliche Oberflächenmoleküle klinisch erprobt. Beispielsweise führt ein Antikörper gegen CD52 (Alemtuzumab) zu einer lang anhaltenden Depletion von T-Lymphozyten. Ebenfalls T-Zellen als Zielstruktur hat ein monoklonaler Antikörper gegen die CD25-Untereinheit des Interleukin-2-Rezeptors (Daclizumab), der eine wesentliche Bedeutung für die Aktivierung von T-Lymphozyten besitzt. Die ersten klinischen Daten zur Behandlung der MS sind hier durchaus vielversprechend. Weiterhin wird die B-Zell-Depletion mit einem monoklonalen Antikörper gegen CD20 (Rituximab) verfolgt, der bisher in der Behandlung von malignen B-Zell-Lymphomen eine gute Wirksamkeit gezeigt hat und nun auch verstärkt in den therapeutischen

#### Läsionsentstehung bei Multipler Sklerose (schematische Darstellung)





Focus von Autoimmunerkrankungen rückt. Es ließen sich hier sicherlich noch viele weitere Beispiele nennen, deren Erörterung aber den Rahmen dieser Übersicht sprengen würde. Insgesamt unterstreicht die Vielzahl der Konzepte jedoch die Annahme, dass die Therapie der MS mit monoklonalen Antikörpern in näherer Zukunft eine wichtige Rolle spielen wird.

**Statine:** Die Substanzgruppe der Statine hat derzeit als Cholesterinsenker einen weit verbreiteten Einsatz. Viele wissenschaftliche Untersuchungen weisen jedoch darauf hin, dass die Statine neben der Senkung des Cholesterinspiegels noch andere, insbesondere immunmodulierende Effekte haben. In vitro und in Tierversuchen inhibierten Statine die Produktion proinflammatorischer Substanzen und interferierten mit der Antigenpräsentation. Kürzlich konnte gezeigt werden, dass die Gabe von Atorvastatin zu einem mildereren Verlauf einer chronischen experimentellen autoimmunen Enzephalitis (EAE), einem etablierten Tiermodell der MS, geführt hat. Als wichtiger immunologischer Effekt wurde eine Verschiebung der Immunregulation von einer proinflammatorischen hin zu einer antiinflammatorischen T-Zell-Reaktion beschrieben. Auch die ersten humanen Daten, die den Einfluss verschiedener Statine auf Immunzellen aus dem peripheren Blut von MS-Patienten dar-

legten, zeigen eine immunmodulatorische Wirkung der Statine: Nach Stimulation der Zellen zeigte sich nach Behandlung mit Statinen eine Reduktion der Proliferation von Immunzellen.

Die Statine und ihre potenziellen Wirkmechanismen werden zurzeit in vielen Forschungseinrichtungen untersucht; die daraus gewonnenen Erkenntnisse der nächsten Jahre bleiben abzuwarten. Ein interessanter Vorteil der Statine liegt zum einen in ihrem günstigen Nebenwirkungsprofil, aber auch in der Möglichkeit der oralen Einnahme.

**Östriol:** Der positive Effekt einer Schwangerschaft, insbesondere im letzten Drittel, auf den Krankheitsverlauf der MS konnte mit einer Reihe epidemiologischer Untersuchungen belegt werden. Man vermutet, dass dies mit dem Effekt von Östriol zusammenhängt, einem Östrogen, das nur während der Schwangerschaft vom fetalen Anteil der Plazenta gebildet wird. Die Gabe dieses Sexualhormons führt bei Mäusen mit einer experimentellen autoimmunen Enzephalomyelitis zu einem signifikant besserem Krankheitsverlauf und zu einer Verschiebung der systemischen Immunbalance in Richtung Th2. Daher gilt Östriol als eine geeignete Substanz für die Behandlung der MS. Die ersten MRT-kontrollierten Pilotstudien mit Östriol zeigten eine signifikante Reduktion der entzündlichen Läsionen mit einem Wideranstieg

der Läsionszahl bei Beendigung der Therapie. Dabei wurde die Substanz insgesamt sehr gut vertragen. Angesichts der kleinen Fallzahlen der Pilotstudien ist derzeit eine Bewertung der Hormontherapie der MS nicht möglich. In jedem Fall handelt es sich aber um einen interessanten therapeutischen Ansatz, der zukünftig weiter verfolgt werden sollte.

**Immunsuppressiva:** Trotz aller Bemühungen zur Entwicklung phasenspezifischer Medikamente zur Behandlung der MS, stellen die Immunsuppressiva, die eine globale Suppression des Immunsystems hervorrufen, nach wie vor eine wichtige und unverzichtbare Substanzgruppe für die MS-Therapie dar. Azathioprin ist derzeit das einzige zugelassene orale MS-Therapeutikum. Mitoxantron, ein Zytostatikum, hat die Zulassung zur Therapie der sekundär-progredienten und progressiv-schubförmigen MS erhalten. Beide Substanzen sind aus dem Repertoire der MS-Therapeutika derzeit nicht wegzudenken. Daher unterliegt auch dieses Gebiet laufenden therapeutischen Neuentwicklungen. Eine interessante Substanz ist beispielsweise Cladribin, ein Purin-Nukleosid-Analogon, das die übermäßige Bildung weißer Blutzellen, insbesondere Lymphozyten, unterbindet. Frühere Studien der Phasen II und III hatten bereits die positive Wirkung von Cladribin für die intravenöse Anwendung bei MS-Patienten gezeigt. In diesen Studien war unter Cladribin ein Rückgang neuer Gehirnläsionen im Kernspin zu beobachten. Patienten mit schubförmiger MS zeigten auch positive klinische Effekte. Cladribin liegt mittlerweile in einer effizienten oralen Formulierung vor und soll noch innerhalb dieses Jahres in einer weltweiten klinischen Studie getestet werden.

#### Fazit

Von den derzeit insgesamt mehr als 130 laufenden Studien, die auf einer Unterdrückung der Autoimmunantwort bei MS abzielen, wurden an dieser Stelle nur einige ausgewählte Beispiele und Neuentwicklungen dargestellt. Trotz der ohne Zweifel sehr erfreulichen Ergebnisse der ersten klinischen Studien ist ein vorsichtiger Optimismus angebracht. Denn es ist Tatsache, dass den wenigen erfolgreichen Studien bei der MS eine Vielzahl negativer Studienerfahrungen gegenübersteht. Trotz rationaler Therapiekonzepte, überzeugender tierexperimenteller Voruntersuchungen und erfolgversprechender Phase-I- oder Phase-II-Studien, konnte für viele Agenzien in den letzten Jahren kein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden oder sie scheiterten an unvorhergesehenen Nebenwirkungen. Zu den wichtigsten Beispielen gehört die verfehlte Modulation von TNF- $\alpha$  und die ergebnislose Gabe von Interleukin 4, Interleukin 10 oder TGF- $\beta$ , die Remyelinisierungsförderung mit intervenösen Immunglobulinen, Antigen-spezifische Therapien wie die Toleranzinduktion mit oralem Myelin und die Gabe von veränderten Peptidliganden. Dennoch sind auch solche fehlgeschlagenen Studien ein wertvoller Erkenntnisgewinn, denn sie tragen zu einer verbesserten Kenntnis der Immunpathogenese der MS bei. Dadurch wird sich die MS-Therapie in den folgenden Jahren dynamisch weiterentwickeln. Ein besseres Verständnis der Erkrankung aber auch eine Verbesserung der prophylaktischen Therapie ist in jedem Fall zu erwarten.

#### PD Dr. med. Mathias Mäurer

Neurologische Klinik der  
Universität Würzburg,  
Josef-Schneider-Str. 11, 97080 Würzburg,  
E-Mail: maeurer\_m@klinik.  
uni-wuerzburg.de



## Multiple Sklerose

# Energielos, erschöpft – das Fatigue-Phänomen

T. HENZE, M. HAUPTS

Fatigue ist ein bislang wenig beachtetes, jedoch sehr häufig vorkommendes Symptom bei Multipler Sklerose, das die Alltagsfähigkeiten der Patienten oft erheblich beeinträchtigt. Die genaue Pathophysiologie ist bislang unbekannt. Therapieoptionen bestehen vor allem in der gleichmäßigen Verteilung von Aktivitäten über den gesamten Tag mit Einhalten geregelter Ruhepausen, in der Vermeidung sedierender Medikamente und in der Behandlung von Begleiterkrankungen sowie im regelmäßigen und dosierten körperlichen und kognitiven Training. Auch medikamentöse Maßnahmen stehen zur Verfügung.

**M**ehr als 70% aller Patienten mit Multipler Sklerose (MS) klagen über eine ausgeprägte Müdigkeit beziehungsweise Fatigue, die bevorzugt die motorische Leistungsfähigkeit (Ausdauer, Kraftentfaltung) und/oder die kognitiven Funktionen (z. B. Aufmerksamkeit und Konzentration, Sehkraft) betrifft. Sie ist zuweilen das Hauptsymptom der MS und schränkt die Lebensqualität der Patienten oft we-

sentlich ein, da die Beschwerden über normale Erschöpfung oder Ermüdung deutlich hinausgehen. Die Müdigkeit bei der MS wird als von den anderen Krankheitssymptomen unabhängig beschrieben [u. a. 46]. Zwischen Krankheitsdauer und Ausmaß der Fatigue besteht kein eindeutiger Zusammenhang [11].

Oftmals wird das Symptom von den Patienten nicht aktiv, sondern erst bei gezielter Nachfrage beschrieben, da sie

die Fatigue zunächst nicht immer mit der MS in Verbindung bringen. Die Müdigkeit wirkt sich in vielen Fällen auf Alltagsaktivität, soziales Leben und Berufsfähigkeit behindernd oder einschränkend aus. Bei ausgeprägter Fatigue rufen bereits Tätigkeiten, die normalerweise nicht als anstrengend empfunden werden (z. B. morgendliches Waschen und Ankleiden) eine erhebliche Erschöpfung hervor, die eine Erholungspause erfordern. Das Symptom nimmt häufig bei erhöhten Umgebungstemperaturen [14] ebenso wie im Tagesverlauf zu.

Insgesamt handelt es sich bei der Fatigue um „einen subjektiven Mangel an physischer und/oder mentaler Energie, der von Betroffenen oder Pflegepersonen als störend für alltägliche und erstrebte Aktivitäten bemerkt wird“ [25] und vor Ausbruch der MS nicht bestand [48]. Bei einigen Patienten bestehen Überschneidungen zur Depression. Weitere differenzialdiagnostische Überlegungen beziehen sich auf chronische Schlafstörungen, Infektionen oder eine Hypothyreose, aber auch auf medikamentöse Nebenwirkungen von Antispastika, Analgetika, Antiepileptika, Anticholinergika, Thyromoleptika, seltener auch der Immunmodulation.

### Pathophysiologie

Die Ursache der Fatigue konnte bislang nicht eindeutig geklärt werden. Möglicherweise spielen neuroendokrine Störungen durch Entzündungsmediatoren und inflammatorische Zytokine eine wichtige Rolle [12, 13, 49]. Auch Funktionsdefizite an der neuromuskulären Synapse [39] oder bei der Fortleitung elektrischer Signale in demyelinisierten Axonen [35] wurden vermutet. Ein Zusammenhang zwischen Fatigue einerseits und einer lokalen Demyelinisierung und axonalen Schädigung im Bereich des retikulären aktivierenden Systems (RAS) der Formatio reticularis andererseits ist derzeit noch nicht belegt. Offenbar geht eine ausgeprägte Fatigue jedoch mit einer höheren Läsionslast im Schläfenlappen, der Capsula interna und dem Trigonum einher [7]. Mittels funktioneller MRT ergaben sich Hinweise auf gestörte Interaktionen zwischen funktionell zusammenhängenden kortikalen und subkortikalen Regionen [9]. Im



Gehirn von MS-Patienten mit starker Fatigue wurde außerdem nachgewiesen, dass das N-Acetyl-Aspartat/Creatin-Verhältnis (NAA/Cr ratio) signifikant niedriger war als bei denjenigen mit gering ausgeprägter Fatigue [43]. Auch ist offenbar der Glukosestoffwechsel bei MS-Patienten mit Fatigue in frontalen, okzipitalen und parietalen Kortexregionen [1] reduziert.

### Diagnostik

Die Diagnose der MS-bezogenen Fatigue erfolgt klinisch und kann mit einigen Messungen wie Gehstrecke, Visus, Kraft mittels Vigorimeter oder auch kognitiven Tests noch detaillierter gestellt werden. Zudem werden vermehrt Fatigue-Skalen eingesetzt, die untereinander jedoch nur wenig korrelieren [11], beispielsweise die „Fatigue Severity Scale“ [18], „Fatigue Rating Scale“ [5], „Fatigue Impact Scale“ [10] sowie die „Modified Fatigue Impact Scale“ (MFIS) der Arbeitsgruppe des US-„Multiple Sclerosis Council for Clinical Practice Guidelines“.

### Therapieoptionen

Die Fatigue sollte immer dann nicht-medikamentös (Tab. 1) oder gegebenenfalls mit Medikamenten (Tab. 2, S. 52) behandelt werden, wenn durch sie regelmäßig oder in speziellen Situationen auftretende alltagsrelevante Behinderungen bestehen. Therapieziele sind die Reduktion der subjektiven Beeinträchtigung sowie der objektiven Leistungsminde- rung. Dadurch soll die Teilhabe am Alltagsleben verbessert und die Berufsausübung ermöglicht werden.

**Allgemeine Maßnahmen:** Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie der Fatigue ist, sie als Symptom der MS zu erkennen und – zum Beispiel mittels eines Fatigue-Tagebuches – Zusammenhänge zwischen den Aktivitäten des Patienten und dem jeweiligen Grad der Müdigkeit aufzudecken. Daraufhin können eine Planung der täglichen körperlichen und geistigen Belastungen, der im Tagesverlauf oft wechselnden Leistungsfähigkeit, zeitlicher Reserven und entsprechender Ruhepausen bereits eine merkliche Reduktion der Fatigue bewirken. Anstrengende Tätigkeiten sollten beispielsweise eher in den Vormittag als in die zweite Tageshälfte verlegt werden.

Oft ist es auch hilfreich, auf Nikotin vollständig zu verzichten. Reichen diese Maßnahmen nicht aus, können regelmäßiges körperliches Training [2] oder Entspannungstherapien [28] wie Yoga, autogenes Training oder die Feldenkrais-Methode weitere Besserung bringen. Wenn Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, Hypothyreose, Depression, Herz- und Lungenerkrankungen sowie Schlafstörungen vorliegen, sollten diese konsequent behandelt werden. Häufig ist es auch erforderlich, Medikamente, die eine Fatigue-verstärkende Wirkung haben (s. o.), abzusetzen oder durch andere Präparate zu ersetzen.

**Körperkühlung:** Zahlreiche MS-Patienten klagen über eine Verstärkung ihrer Fatigue bei hohen Umgebungstemperaturen, nach einem sehr warmen Bad oder bei Fieber. In einigen Fällen können Verschlechterungen körperlicher Funktionen, zum Beispiel der Sehkraft, objektiviert werden. Dieses nach dem Augenarzt Uthoff bezeichnete Phänomen lässt sich durch kühlende Maßnahmen entweder des ganzen Körpers oder einzelner Extremitäten oft wirkungsvoll behandeln. Ursache ist wahrscheinlich ein temperaturabhängiger, reversibler Leitungsblock partiell demyelinisierter Axone, der oft innerhalb kurzer Zeit auftritt und sich erst innerhalb mehrerer Stunden zurückbildet. Gegebenenfalls leiten bereits bei normaler Körpertemperatur einige Fasern nicht mehr ausreichend [14, 15].

Kühlende Maßnahmen sind in aller Regel rasch und von dem Patienten selbst

effektiv durchführbar, zum Beispiel mit Kühlelementen, kalten Wannenbädern, durch eine externe Klimatisierung oder mit den jüngst entwickelten Kühlwesten [3, 27]. Die Resultate mehrerer Studien weisen darauf hin, dass eine bestehende Fatigue durch 30–45-minütige Kühlung für mehrere Stunden reduziert werden kann. Auch andere Symptome wie die Gehfähigkeit, körperliche Kondition und posturale Stabilität lassen sich mittels Kühlung verbessern [26].

**Körperliches und kognitives Training, Rehabilitation:** Sowohl körperliches als auch kognitives Training können zu einer Verminderung der Fatigue beitragen. So kann durch regelmäßiges und über mehrere Monate praktiziertes körperliches Training die Fatigue verringert [42] und das subjektive Befinden sowie die körperliche Kondition der Patienten verbessert werden [24, 30]. Ebenso führt bei jugendlichen Patienten mit einem Chronic Fatigue Syndrome ohne MS ein strukturiertes kognitives Training über einen Zeitraum von fünf Monaten zu verminderter Fatigue [41]. Eine über mehrere Wochen angewandte kombinierte Physio-, Ergo- und Milieuthherapie kann eine Fatigue ebenso verringern und die Lebensqualität der Patienten steigern [29] wie intensive Informationen über Energie-Effizienz-Strategien [21].

**Medikamentöse Therapie:** Die medikamentösen Therapiemöglichkeiten der Fatigue beziehen sich im Wesentlichen auf Amantadin, 4-Aminopyridin, 3,4-Diaminopyridin und Modafinil, wobei aufgrund vorhandener Daten nur be-

Tabelle 1

#### Nicht-medikamentöse Maßnahmen in der Fatigue-Therapie

- Führen eines Fatigue-Tagebuchs, ausführliche Information über das Symptom, Änderung eigener Aktivitäten (regelmäßige Ruhepausen, Anpassung der Aktivitäten an die körperliche/seelische Leistungsfähigkeit und Planung der Tagesaktivitäten)
- entspannende Maßnahmen wie autogenes Training, Yoga, Feldenkrais
- Behandlung von Begleiterkrankungen, z. B. Diabetes mellitus, Lungen- und Herzkrankheiten, Schlafstörungen, Depressionen
- Absetzen oder Ersatz von Fatigue-verstärkenden Medikamenten
- Nikotinabstinenz, gesunde Ernährung
- kühlende Maßnahmen
- aerobes Muskeltraining: regelmäßiges, möglichst tägliches Training je nach Leistungsvermögen mit langsamer Steigerung; kognitives Training
- multimodale Rehabilitationsmaßnahmen bei ausgeprägter Fatigue



Tabelle 2

**Medikamentöse Maßnahmen in der Fatigue-Therapie**

- Amantadin bis zirka 400 mg/Tag
- bei nicht ausreichender Wirksamkeit Versuch mit 4-Aminopyridin (bis 30 mg/Tag) oder Modafinil (100–400 mg/Tag)
- gegebenenfalls auch Versuch mit Acetyl-L-Carnitin (2 g/Tag)

grenzte Empfehlungen gegeben werden können (vgl. auch Tab. 2 und 3).

**Amantadin:** Studien zeigen, dass sich subjektive Ermüdbarkeit, Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnis und Wohlbefinden von Patienten unter 200–400 mg Amantadin im Vergleich zu Placebo besserten [6, 19]. Jedoch wurden die vorhandenen Studienergebnisse in einer Cochrane-Analyse als derzeit noch nicht ausreichend eingeschätzt [44]. In der täglichen Praxis berichten einige MS-Patienten jedoch häufig über eine Verringerung ihrer vorwiegend kognitiven und mentalen Fatigue unter Amantadin und über eine bessere Leistungsfähigkeit bezüglich ihrer Alltagsaktivitäten oder beruflichen Tätigkeit. Das Medikament sollte, um nächtliche Schlafstörungen zu vermeiden, nur morgens und mittags eingenommen werden. Auch müssen Patienten auf gelegentliche Übelkeit, Beinödeme oder Hautveränderungen im Sinne einer Livedo hingewiesen werden. Seltener treten orthostatische Dysregulation oder Obstipation auf. Der Einsatz von Amantadin zur Behandlung der Fatigue fällt in Deutschland noch unter „Off-label-use“, da es lediglich zur Therapie extrapyramidaler Erkrankungen und von Störungen der Vigilanz nach Schädel-Hirn-Trauma zugelassen ist.

**Aminopyridine** sind Kaliumkanalblocker, die unter anderem zu einer vermehrten Freisetzung von Acetylcholin aus dem präsynaptischen Terminale motorischer Endplatten und vegetativer Synapsen führen und daher seit langem erfolgreich bei der Behandlung des Lambert-Eaton-Syndroms eingesetzt werden. Die Substanzen sind jedoch bislang keine zugelassenen Arzneimittel. Sie müssen vielmehr von einem Apotheker in therapeutischer Reinheit hergestellt werden und sind bei vielen Krankenkassen derzeit noch nicht erstattungsfähig. 4-Aminopyridin (4-AP) und 3,4-Diaminopyridin (3,4-DAP) wurden zur Therapie der MS-

bedingten Fatigue mittlerweile in mehreren kleineren Studien geprüft [31, 32, 38, 39]. 4-AP erwies sich dabei gegenüber 3,4-DAP als wirksamer, unter anderem auch bei der Behandlung einer temperaturabhängigen Zunahme von MS-Symptomen. Diese Effekte waren insbesondere bei Serumspiegeln > 30 ng/ml nachweisbar [36]. 3,4-DAP führt bei MS-Patienten in einer einmaligen Dosis von 20 mg zu einer gegenüber Placebo erhöhten motorischen Aktivität im ipsilateralen sensomotorischen und supplementär-motorischen Kortex – nachgewiesen mittels funktioneller Kernspintomografie [20]. Derzeit wird in den USA auch eine retardierte 4-AP-Formulierung untersucht.

Einer aktuellen Cochrane-Analyse zufolge kann die therapeutische Bedeutung der Aminopyridine insgesamt noch nicht abschließend beurteilt werden [40]. Wie bereits bei Amantadin zeigen jedoch einige Patienten immer wieder eine verbesserte motorische Leistungsfähigkeit (nachweisbar z. B. an einer funktionell bedeutsamen Verlängerung ihrer Gehstrecke). Auch die verringerte Zunahme temperaturabhängiger Fatigue erlaubt manchen Patienten wieder eine bessere Leistungsfähigkeit selbst in sehr warmer Umgebung und damit die Teilnahme an sozialen Aktivitäten.

Aminopyridine sind in aller Regel gut verträglich. Die Patienten müssen jedoch darüber aufgeklärt werden, dass vor allem in höherer Dosis in sehr seltenen Fällen epileptische Anfälle auftreten können, sodass sie bei gleichzeitig bestehendem Anfallsleiden vermieden werden sollten. Die Dosis von 4-AP wird daher zumeist auf 30 mg/Tag begrenzt. Weitere mögliche Nebenwirkungen sind Übelkeit oder abdominelle Schmerzen, Schwindel, Schlafstörungen oder Angstzustände.

**Modafinil:** Das zur Behandlung der abnormen Tagesmüdigkeit bei Narkolepsie entwickelte und für diese Indikation zugelassene Modafinil, eine  $\alpha$ -adrenerge Substanz, ist bislang nicht für die MS-bedingte Fatigue zugelassen. Modafinil darf derzeit nur über ein Betäubungsmittelrezept verordnet werden. Auch hier konnte mittels mehrerer kleinerer Studien ein positiver Effekt auf die Fatigue nachgewiesen werden. Als Dosis wird 100–200 mg/Tag empfohlen, Dosierungen bis 400 mg/Tag sind aber sicherlich möglich [8, 34, 47]. Eine neue, im April 2005 publizierte Studie relativiert die bisherigen Erfahrungen jedoch wieder [50].

Auch Modafinil ist zumeist gut verträglich. Häufige unerwünschte Wirkungen sind Kopfschmerzen, seltener Nervosität, Schlafstörungen, Mundtrockenheit, Rücken- oder Bauchschmerzen sowie Herzjagen, gelegentlich wird auch Mundtrockenheit angegeben. Ein potenzielles Abhängigkeitsrisiko konnte derzeit noch nicht bestätigt werden; immerhin wird Modafinil – Presseberichten zufolge

FORTSETZUNG SEITE 55 —

Tabelle 3

**Nebenwirkungen von Medikamenten in der Fatigue-Therapie**

Substanz	Dosis	Mögliche Nebenwirkungen*
Amantadin	100/200–400 mg/Tag	Unruhe, Schlafstörungen, Livedo reticularis, Beinödeme, Augendruckerhöhung
4-Aminopyridin	10–30 mg/Tag	Epileptische Anfälle, Übelkeit, Schlafstörungen, Schwindel
Modafinil	100–400 mg/Tag	Kopfschmerz, Schwindel, Nervosität, Angst
Acetyl-L-Carnitin	2 g/Tag	nichts bekannt

\*\* weitere Nebenwirkungen: siehe Fachinformationen



ge – in zunehmendem Maß auch von Gesunden als Stimulans eingenommen.

**Andere Substanzen:** Mehrfach wurde inzwischen auch über eine Fatigue-verringemde Wirkung von immunmodulatorischen Substanzen wie  $\beta$ -Interferone und Glatiramerazetat berichtet [16, 22, 33]. Die Beeinflussung der Fatigue war in diesen Studien jedoch keines der primären Zielkriterien und wurde zumeist auch nicht mit entsprechenden Skalen quantifiziert [17]. Lediglich in einer jüngst publizierten Studie konnte gezeigt werden, dass sich die anhand der Fatigue Impact Scale (FIS) gemessene Müdigkeit mit Immunmodulatoren innerhalb eines Behandlungszeitraums von sechs Monaten verbessern ließ. In dieser Untersuchung wurde bei 24,8% der mit Glatiramerazetat und 12,9% der mit einem Beta-Interferon behandelten Patienten eine Verbesserung sowohl des Fatigue-Gesamt-Scores wie auch der Skalen für kognitive und für physische Fatigue nachgewiesen [23]. Kürzlich erschien eine randomisierte Cross-over-Studie, in der die Wirksamkeit von Amantadin (200 mg/Tag) mit der von Acetyl-L-Carnitin (2 g/Tag) verglichen wurde [45]. Acetyl-L-Carnitin, das den Transport langkettiger Fettsäuren in die Mitochondrien unterstützt, wird beim Chronic Fatigue Syndrome oder bei der Chemotherapie-induzierten Fatigue bereits mit Erfolg eingesetzt. In dieser randomisierten Untersuchung konnte eine signifikante Überlegenheit von Acetyl-L-Carnitin gegenüber Amantadin bei der Behandlung der MS-bedingten Fatigue nachgewiesen werden. Dabei traten keine wesentlichen Nebenwirkungen in der Acetyl-L-Carnitin Gruppe auf [45].

**Komplementärmedizinische Therapieoptionen:** Lediglich regelmäßiges Yoga sowie das Heimtraining mit einem Standfahrrad verbesserten bei längerer Behandlung über sechs Monate bei Patienten die Fatigue-Skalen im Vergleich zu Fatigue-Patienten, die ohne spezifische Intervention blieben [28]. Darüber hinaus wurden zahlreiche weitere komplementär-medizinische Methoden wie die Magnetfeldtherapie [37] und die Behandlung mit hyperbarem Sauerstoff [4] untersucht, ohne dass sich hiermit jedoch eine positive Wirkung auf die MS-bedingte Müdigkeit erkennen ließ.

#### Literatur bei den Verfassern

**Prof. Dr. med. Thomas Henze**  
Klinik am Regenbogen, Fachklinik  
für Neurologische Rehabilitation,  
Eichendorffstr. 21, 93149 Nittenau,  
E-Mail: t.henze@klinikamregenbogen.de

**PD Dr. med. Michael Haupts**  
Neurologische Universitätsklinik  
im Knappschafts-Krankenhaus Bochum

## Gegen Kinderarbeit



# 186 Millionen

Kinder erhalten mit ihrer Arbeit sich und ihre Familien am Leben. Dafür schuften sie jeden Tag bis zur völligen Erschöpfung, arbeiten an den gefährlichsten Orten und werden oftmals wie Sklaven gehalten. Diese Kinder unterliegen krasser Ausbeutung: Sie verdienen nur wenige Cents, bezahlen aber mit ihrer Gesundheit, seelischen Schäden und fehlender Bildung. Sie wachsen auf, ohne lesen, schreiben oder rechnen zu lernen und sind die Analphabeten von morgen.

terre des hommes kämpft gegen ausbeuterische Kinderarbeit und setzt sich in Projekten dafür ein, dass arbeitende Mädchen und Jungen zur Schule gehen können oder eine Ausbildung bekommen. Diese Kinder dürfen nicht als Tagelöhner enden, die auch ihre Kinder wieder zur Arbeit statt zur Schule schicken. Ihre Spende hilft uns, diesen Kreislauf zu durchbrechen. Weitere Informationen zu unseren Projekten erhalten Sie kostenlos. Senden Sie uns diese Anzeige mit Ihrer Anschrift.

terre des hommes  
Hilfe für Kinder in Not  
Ruppenkampstraße 11a  
49084 Osnabrück

Telefon 0541/7101-0  
Telefax 0541/707233  
eMail info@tdh.de  
Internet www.tdh.de

Spendenkonto  
700 800 700  
Volksbank Osnabrück eG  
BLZ 265 900 25

S  
K  
L  
A  
V  
E  
N

terre des hommes

# Phänomen des Serienmordes – Teil 1

## Zwischen Lust-Mord und Mord-Lust

### Verhalten und Ätiologie eines Serientäters

S. SCHILDBACH

Schwere serielle Sexual- und Tötungsdelikte bleiben in ihrem Ursprung und ihren zum Teil bizarren Erscheinungsformen meist rätselhaft und schwer nachvollziehbar, ihre Natur ist psychogen und unbewusst motiviert. Wer Serienmörder wie den hier beschriebenen Fritz Honka verstehen will, kommt um die Kenntnis zum Wiederholungszwang, wie ihn Freud schilderte, nicht herum.

**S**tarke Traumatisierungen in der psychosexuellen Entwicklung eines Individuums schaffen die wesentlichen intrapsychischen Voraussetzungen dafür, dass Serienmorde überhaupt begangen werden können. Für Ursache, Planung und Realisation von Serienmorden spielen sowohl bewusste als auch unbewusste Phantasien die entscheidende Rolle. Zwanghaft-ritualisierte Phantasien, die in der Mordtat ausagiert werden, stabilisieren die abnorme Täterpersönlichkeit.

#### Definition des Terminus „Serienmord“

Sowohl Pistorius als auch Ressler und Shachtman definieren Serienmörder (englisch: „serial killer“) als Personen, die mehrere Opfer – zumeist Fremde – zu verschiedenen Zeiten, nicht notwendigerweise an demselben Ort, ermorden. Das Motiv ist intrinsisch, gleich einem unwiderstehlichen Zwang, der von einer Phantasie geleitet wird, die Elemente von sexueller Misshandlung, Folter, beziehungsweise Verstümmelung enthält. Serienmörder töten nicht impulsiv, sondern geplant. Sie töten, um ein intrapsychisches Gleichgewicht zu erlangen und die innere Homöostase herzustellen, sodass zwischen den einzelnen Tötungen meist

„Beruhigungs- oder Abkühlungsperioden“ bestehen. Gewöhnlich handelt es sich um „One-on-one“-Morde, in denen jeweils ein Opfer einem Mörder gegenübersteht. Täter und Opfer kennen sich in aller Regel nicht näher und es besteht keine vordeliktische Beziehung, sodass das Opfer als Projektionsfläche für unbewusste Hassgefühle und -phantasien fungieren kann, ungestört durch eigene individuelle Wesensmerkmale [18]. Der primäre Tatgewinn für den Serienmörder umfasst auch Faktoren wie Machtgefühl, Lustgewinn und sexuelle Befriedigung. In der Deviation werden aggressive und destruktive Impulse gebunden und durch Verlagerung in die Fiktion entschärft, partiell befriedigt und entladen [32].

#### Kriminal- und durchschnitts-idealtypisches Verhalten

Die kriminelle Karriere von Serienmördern kann kaum durch die bisher üblichen Querschnittsbetrachtungen, sondern eher durch Lebenslängsschnittuntersuchungen, das heißt Langzeitbeobachtungen, aufgehellt werden. Hierfür eignet sich das achtphasige Modell einer kriminellen Karriere nach Quensel und Quensel, die eine delinquente Entwicklung als Folge sich wechselseitig hochschaukelnder Interaktionsprozesse zwi-

#### Fortsetzung folgt ...

Die Bedeutung der Biografie des Täters, sein schwaches Ich, zum Verständnis des Serienmordes als misslungenen Selbstheilungsversuch erlittener seelischer Traumatisierungen – diese Sachverhalte zum Verbrechen beleuchtet die zweiteilige Beitragsreihe, die in dieser Ausgabe startet.

Teil 2: Psychodynamisch-kriminologische Erklärungen

schen dem Täter und seiner sozialen Umwelt unter Einfluss staatlicher Sanktionsinstanzen beschreiben. Die Erhebung der Lebensgeschichte und die Analyse der erhobenen Fakten schaffen hiernach die Grundlage für eine umfassende Beurteilung eines Serienmörders in seinen sozialen Bezügen. Bei der angestrebten kriminologischen Diagnose geht es um die Frage des Zusammenhanges von Lebensentwicklung und allgemeinem Sozialverhalten auf der einen und Delinquenz auf der anderen Seite, insbesondere mit dem letzten Mord eines Delinquenten. Im Zentrum der Analyse steht das allgemeine Sozialverhalten in einzelnen Lebensbereichen. Dabei wird das Leben des Täters in seiner Vielschichtigkeit aus den folgenden drei Perspektiven betrachtet:

**a) Längsschnittanalyse:** In der Analyse des Lebenslängsschnittes geht es hauptsächlich um das bisherige Verhalten des Täters, seine Lebensentwicklung bis zum letzten Mord sowie um die Analyse des Delinquenzbereiches. Berücksichtigung





© Bilderbox, A-Thening

finden das allgemeine Sozialverhalten des Täters und die Delinquenz von der Kindheit bis zum letzten Mord. Das allgemeine Sozialverhalten wird hierbei in einzelnen Lebensbereichen (frühkindliche Entwicklung, Aufenthaltsbereich, Leistungsbereich, Freizeitbereich, Kontaktbereich und gegebenenfalls eigene Familie) zugeordnet.

**b) Querschnittanalyse:** Im Rahmen der Analyse des Lebensquerschnitts wird der Zeitraum unmittelbar vor der letzten Tat zusätzlich im Hinblick auf bestimmte Kriterien untersucht.

**c) Integration von a) und b):** In einem dritten Schritt wird schließlich versucht, aufgrund der Erkenntnisse aus der Analyse von Lebenslängs- und -querschnitt mit den Relevanzbezügen die für den jeweiligen Täter charakteristischen Interessen und die ihn bestimmenden Grundintentionen herauszuarbeiten, sowie einen Zugang zu seiner Wertorientierung zu finden. Die relevanten Beurteilungskriterien finden sich im Kriminalitäts-idealtypisch verdichteten Verhalten wiederholt Straffälliger.

### Fallbeispiel

Im Folgenden wird dem Kriminalitäts-idealtypischen Verhalten nach Quensel und Quensel (jeweils kursiv gedruckt) exemplarisch das Verhalten des Serien-

mörders Fritz Honka gegenüber gestellt, der 41-jährig wegen eines Mordes und dreifachen Totschlages zu 15 Jahren Freiheitsentzug verurteilt wurde, (lebensgeschichtliche Daten und gutachterliche Angaben [33]).

**Verhalten des Täters im Zusammenhang mit der Erziehung im Kindes- und Jugendalter:** *Der spätere Täter nutzt das Fehlen einer Kontrolle aus.*

Dies trifft für Honka zu.

**Aufenthaltsbereich:** *Der spätere Täter wechselt schon in der Kindheit häufig den Aufenthaltsort, pendelt zwischen Heimen hin und her, nimmt mit kurzfristigeren Wohngelegenheiten vorlieb, zeigt die Tendenz, sich vom sozialen Nahraum weg in anonymere, großstädtische Bereiche zu begeben.*

Honka wurde am 31.7.1935 als drittes von möglicherweise neun Kindern, genau ist das nicht mehr festzustellen, in Leipzig geboren und wurde ins Kinderkonzentrationslager Bernburg an der Saale gebracht. Der Vater, Stadtheizer und Alkoholiker, kam als Kommunist bei den Nationalsozialisten ins Konzentrationslager und starb 1946. Erst nach Kriegsende, also in seinem zehnten Lebensjahr, kehrte Honka nach Hause zurück und wurde in einem Waisenheim untergebracht. Die Mutter erwähnte er niemals. Vor dem Mauerbau flüchtete er 26-jährig in den Westen. Er kam bei Bauern unter und verdingte sich als Landarbeiter, danach zog er nach Hamburg, wo er sich zunächst in verschiedenen Wohnanlagen und Notunterkünften aufhielt. Nach der letzten Scheidung zog er ins Männerheim und bekam schließlich 1967, 32-jährig, eine eigene Wohnung in Hamburg-Altona, dem späteren Tatort.

**Leistungsbereich:** *Der spätere Täter hat schlechte Schulleistungen, weist keinen erfolgreichen Schulabschluss auf.*

Honka verbrachte seine frühe Kindheit und Jugend im Kinderkonzentrationslager und im Waisenheim, es erfolgte kein regulärer Schulbesuch.

**Berufliche Ausbildung:** *Der spätere Täter beginnt zwar eine Lehre, bricht diese aber ab.*

Honka begann eine Maurerlehre, litt aber an Gelenkrheuma und Zementkrätze, brach daraufhin die Lehre ab und versuchte, sich das Leben zu nehmen.

**Berufstätigkeit:** *Der spätere Täter sieht das vorrangige Anliegen seiner Berufstätigkeit darin, rasch und mit möglichst geringem Aufwand zu Geld zu kommen.*

Honka nahm später Aushilfstätigkeiten, unter anderem als Land- und Hafendarbeiter, zuletzt als Wachmann für eine Sicherheitsgesellschaft, an.

**Freizeitbereich:** *Der spätere Täter verbringt den überwiegenden Teil der Freizeit mit Tätigkeiten, bei denen weder der Ort noch die Verweildauer oder die möglichen Kontaktpersonen vorher genauer bekannt sind. Es handelt sich dabei um Aufenthalte in schlecht beleumundeten Lokalen, um das Aufsuchen von Treffpunkten im kriminell gefährdenden Milieu mit Kontakt zu sozial auffälligen beziehungsweise straffälligen Personen und übermäßigen Alkoholenuss.*

Honka trieb sich im Rotlichtmilieu von St. Pauli herum, nahm mehrfach Kontakte zu Stadtstreicherinnen auf und kehrte am Ende der Nachtschicht morgens in Kneipen ein, um dort Alkohol zu konsumieren und Frauen kennen zu lernen.

**Kontaktbereich:** *Der Täter hat keine engeren Kontakte mehr zur Herkunftsfamilie. Er hat oberflächliche Kontakte, jedoch keine echten Freundschaften und keine tragfähige Bindung an eine bestimmte Person. Die Aufnahme von Kontakten dient der Befriedigung unmittelbarer Bedürfnisse und ist zweckgerichtet. Die einzelnen Personen sind demzufolge beliebig auswechselbar. Er bevorzugt Milieukontakte ohne Vertrauensbasis.*

Honkas Mutter gab die Kinder in ein Waisenheim. Fortan bestand weder Kontakt zu ihr, noch zu den etwa acht Geschwistern. Sein Vater starb unmittelbar nach Kriegsende. Bei Honkas Flucht in den Westen fühlte er sich von einer Dorfschönheit betrogen. Als sie schwanger wurde, unterstellte er ihr, das Kind sei von einem anderen, und er zog nach Hamburg. Unterwegs hatte er einen schweren Unfall und trug einen Augenschaden sowie eine entstellte Nase davon. In Hamburg verkehrte er im Milieu, bevorzugt in der Kneipe „Zum goldenen Handschuh“, die heute im Jargon „Honka-Stube“ heißt. Er vermied soziale Kontakte, arbeitete viele Jahre lang als Nachwächter und hielt sich tagsüber meist in seiner Mansardenwohnung auf. Seine



Beziehungs- und Kontaktstörung spiegelt sich auch in seinem Lieblingslied, dem Schlager von Christian Andersen, „Es fährt ein Zug nach Nirgendwo“, wider. **Sexuelle Kontakte:** *Der Täter hat häufig Kontakte zu Prostituierten. Er wählt seine Sexualpartnerin nach äußeren Merkmalen aus; im Vordergrund steht die Möglichkeit des Sexualkontakts, nicht die individuelle Persönlichkeit.*

Schon während der Ehe pflegte Honka regelmäßigen Kontakt zu Prostituierten, nach der zweiten Scheidung lebte er allein in seiner Dachwohnung. Er trank täglich größere Mengen Alkohol und verkehrte in St. Pauli. „Ich brauchte mal wieder eine Frau“, gab er in einer der Vernehmungen zu Protokoll, „deshalb bin ich nach St. Pauli gegangen.“ In seiner Wohnung gab es zahlreiche pornografische Abbildungen und eine Gummipuppe. Mehrfach nahm Honka obdachlose, alkoholabhängige Prostituierte mit nach Hause, mit denen er wochen- und monatelang zusammenlebte.

**Eigene Familie:** *Der Täter heiratet eine sozial auffällige Frau, die ein Kind mit in die Ehe bringt. Die eigenen Bedürfnisse stehen weiterhin im Vordergrund, der spezifische Lebensstil mit außerhäusiger, milieuorientierter Freizeitgestaltung, einschließlich anderweitiger Sexualkontakte, wird beibehalten. Nach heftigen Auseinandersetzungen, insbesondere unter Alkoholeinfluss, wird die Scheidung betrieben.*

In Hamburg lernte Honka seine spätere Ehefrau Inge kennen, eine Frau aus dem Osten mit einem unsteten Lebenswandel – wie er ihn hatte. Sie war älter als er und brachte zwei Kinder mit in die Beziehung. Ein gemeinsamer Sohn wurde geboren. Die Ehe scheiterte am Alkoholkonsum, an den Frau-

*strebigkeit bei der Tatbegehung als Ausdruck einer kriminellen Verfestigung.*

In den 50er-Jahren häuften sich Anzeigen gegen Honka wegen Körperverletzung, Vergewaltigung, Diebstahls- und Bagatelldelikten. 1975 wurde er wegen Körperverletzung zu einer Geldstrafe von 4.500 DM verurteilt; er hatte auf eine obdachlose Alkoholikerin brutal eingeschlagen und sie nackt aus seiner Wohnung getrieben. Die körperlichen, seelischen und sozialen Folgeschäden seines Alkoholismus wurden immer deutlicher, sein Lieblingsgetränk war „gelbe Brause mit Korn.“ Honka teilte mit, er sei in sinnlose Wut geraten, wenn die Frauen, die „dreckigen Weiber“, ihn beleidigt hätten. Im Prozess hieß es, er habe sie aus Wut darüber umgebracht, „dass sie ihn um den Orgasmus brachten, der für sein eingegrenztes Leben zentrale Bedeutung hatte.“ Honka beging vier Tötungen zwischen seinem 35. und 40. Lebensjahr. Die Opfer waren durchschnittlich 50 Jahre alt und wurden alle im Alkoholausschlag erwürgt beziehungsweise erdrosselt; später zerstückelte er sie mit einem Messer und einer Handsäge.

### Ätiologie

Ein individueller Lebenslauf ist in wesentlichen Teilen eine Schöpfung und kreative Leistung des Individuums. Im Lebenslauf gestaltet sich der jeweilige Mensch und durch diesen können wir ihn auch kennen lernen. Die Beschäftigung mit der Biografie eines Menschen kann daher als einer der wichtigsten Wege betrachtet werden, diese Person als Einheit zu verstehen. Psychologen beginnen mit einer Analyse der Persönlichkeit eines Täters und ziehen daraus ihre Schlüsse bezüglich seines Verhaltens. Operative Fallanalytiker dagegen, so genannte Profiler, analysieren das Verhalten eines Täters und schließen daraus auf seine Persönlichkeit [28].

**Frühe Kindheit:** Die frühe Kindheitsentwicklung spielt, wie Ergebnisse empirischer psychoanalytischer Forschung bestätigen, für die Reifung und Differenzierung von Ich-Funktionen eine entscheidende Rolle [12, 8]. Wesentliche Teile der Ich-Reifung sind normalerweise im zweiten bis dritten Lebensjahr abgeschlossen und wichtige Ich-Funktio-

nen ausgeformt. Die Internalisierung früher Bezugspersonen zu inneren Bildern, die die Wahrnehmung des Kindes von sich selbst und davon deutlich getrennten anderen Personen repräsentieren, ist geglückt. Das Kind kann lust- und unlustvolle Aspekte an einer Person relativ angstfrei wahrnehmen und verfügt über eine intakte Fähigkeit zur Realitätsprüfung. Die Ausdifferenzierung von Affekten hat stattgefunden und schließlich besteht die Integrationsfähigkeit des Selbst zu einer einheitlichen Person.

Eine Fülle psychoanalytischer Erfahrungen aus der Behandlung erwachsener Patienten, aber auch aus Direktbeobachtungen zeigen, wie gravierend sich Störungen der frühen Mutter-Kind-Beziehung insbesondere auf die Ich- und Selbstentwicklung auswirken können [34, 21, 4]. Beispielsweise führt die Nichtintegration einer Vaterfigur zu einer defizitären Über-Ich-Ausbildung [15]. Offensichtlich ist es organisierten Serienmördern, die im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung delinquent werden, zumindest gelungen, die allerfrühesten Phasen der Ich-Entwicklung, in denen der Grund für psychotische Erkrankungen gelegt würde, erfolgreich zu durchlaufen. Sie erleben relativ sicher die Grenze zwischen sich und der äußeren Welt. Infolge früher Traumatisierungen, insbesondere Mangel Erfahrungen, gelingt dem späteren Täter als Kind jedoch der Weg in die Autonomie als sich selbstständig in der Welt bewegendes Wesen nicht. Es fehlen hinreichend liebevolle Schutzvorrichtungen, die den Angstpegel des unreifen Ichs niedrig halten und die Möglichkeiten der Integration auch aggressiver und bedrohlich erlebter Triebimpulse erst schaffen. In einer allzu versagenden und brutalen Umwelt wird die Angst des kleinen Kindes so groß, dass identifikatorische strukturbildende Prozesse, wie die Aufrichtung innerseelischer liebevoller Abbilder der Bezugspersonen nicht geleistet werden können. Insbesondere die Kontrolle und die Umsetzung eigener aggressiver Triebwünsche können in einem solchen Umfeld nicht gelernt werden, was ein Zustandekommen grob aggressiver Impulshandlungen gegenüber anderen Menschen im weiteren Verlauf des Lebens begünstigt.

Burgess, Douglas und Ressler ent-



en, die Honka vom Strich mit nach Hause brachte und an den Männern, mit denen Inge ihn betrog. Dennoch heirateten die beiden ein zweites Mal. Dann erfolgte die endgültige Trennung und damit auch das Ende jeder sozialen Anbindung von Honka.

**Delinquenzbereich:** *Es besteht eine Entwicklungstendenz mit zunehmender Ziel-*

wickelten ein Modell, das folgende fünf psychosoziale Dimensionen aufzeigt, welche die Entwicklung einer Person zum Serienmörder begünstigen:

1. ein ineffektives soziales Umfeld,
2. prägende Lebensjahre,
3. Reaktionsmuster,
4. Aktionen gegen andere, sowie
5. Rückkopplungsmechanismen.

Diese dysfunktionalen Bedingungen führen zu oberflächlichen und brüchigen Beziehungen und zu emotionalen Störungen. In den Reaktionsmustern bilden sich vom Täter selbst erlittene Traumatisierungen ab, die die Entwicklung und Muster im Denken formen. Diese kognitiven Landkarten prägen die gewalttätigen Phantasien des Serienmörders.

**Die Jugend:** Die Bedeutung der Persönlichkeitsentwicklung beim Heranwachsenden und Jugendlichen für die Vorfeldsymptomatik kriminellen Verhaltens verdient besondere Beachtung. Schwere Störungen des Sozialverhaltens gehen im Jugendalter häufig in Delinquenz und im Erwachsenenalter oft in die so genannte antisoziale Persönlichkeitsstörung über. In der amerikanischen Psychiatrie ist „Psychopathie“ gleichbedeutend der Diagnose „antisoziale Persönlichkeitsstörung“, bei der das Individuum gegen soziale Normen verstößt und dabei anderen und sich selbst Leiden verursacht (DSM-IV, APA). Psychoanalytisch gesehen leiden Psychopathen an den Folgen intrapsychischer Abwehrmechanismen, ohne dabei zu merken, dass sie krank sind. Sie können daher auch nicht mit Erfolg psychoanalytisch werden.

Die Bezeichnung „Psychopathie“ bezieht sich auf Abweichungen der Affektivität und Willensbildung, die sich störend auf das soziale Leben eines Menschen auswirken. Die Abnormität beruht hierbei nicht auf einem Krankheitsvorgang, sondern sie bezieht sich auf „Abweichungen von einer uns vorschwebenden Durchschnittsbreite von Persönlichkeiten“ [30]. „Persönlichkeit“ ist die Summe aller Eigenschaften, die dem Einzelnen seine charakteristische und unverwechselbare Individualität verleiht. Es gelten nur ausgeprägte Extremvarianten der Persönlichkeit als abnorme Persönlichkeiten. Dabei ist weniger das Abweichen eines Merkmals von der Durchschnittsnorm als vielmehr dessen

Ausprägung und Dominanz von Bedeutung [31].

Die Grenze zwischen „Psychopathie“ und „Psychose“ ist stets scharf begrenzt, der Unterschied ist ein qualitativer und nicht nur quantitativer. Die Persönlichkeitsorganisation kann auf psychotischem Niveau, Borderline-Niveau sowie auf neurotischem Niveau erfolgen. Ferner sind eine niedere, mittlere und höhere Strukturebene der Persönlichkeitsstruktur zu unterscheiden [20]. Die antisoziale Persönlichkeitsstörung ist demnach eine Charakterpathologie auf niedriger Strukturebene, die Persönlichkeitsorganisation befindet sich dabei auf Borderline-Niveau.

Psychotiker, die den Kontakt zur Realität verloren haben, begehen nur höchst selten schwere Verbrechen. Und wenn sie es tun, sind sie für gewöhnlich derart chaotisch und geben sich so wenig Mühe, ihrer Entlarvung zu entgehen, dass sie in den meisten Fällen sehr schnell gefasst werden.

Wissenschaftler der medizinischen und juristischen Fakultät Halle-Wittenberg erhielten einen Forschungspreis für die psychiatrisch-psychologisch-kriminologische Studie „Hallenser Angeklagtenprojekt“ [22]. In dieser Studie wurden alle angeklagten Straftäter der Landgerichte Dessau und Halle, die bestimmte Selektionskriterien erfüllten, untersucht und mit einer Stichprobe aus der „Normalbevölkerung“ (nicht-straffällige Personen) verglichen. Die Untersuchung bezog sich auf eine Vielzahl von Variablen (u. a. Familienkonstellation, Biografie, soziale Adaptation, Persönlichkeitsentwicklung und Persönlichkeitstypologie, psychopathologische Merkmale, psychologische Charakteristika). Die Studie erhob unter anderem folgenden interessanten Befund: Zwischen angeklagten Straftätern und der „Normalbevölkerung“ bestehen relevante Unterschiede in fast allen oben genannten psychopathologischen, sozialen und psychologischen Bereichen. Es konnte gezeigt werden, dass angeklagte Straftäter häufig aus zerstörten familiären Verhältnissen und niedrigen sozialen Schichten kommen, Störungen der Sozialisation und der sozialen Adaptation haben, eine pathologische Persönlichkeit aufweisen, arbeitslos sind und auch häufiger als die „Nor-

malbevölkerung“ relevante psychiatrische Störungen zeigen.

Die Höhe der jeweiligen Ich-Integration einer Persönlichkeit, die aktuell wirksamen Stadien von Ich-Reifung und Differenzierung, schwanken im Leben eines jeden Menschen. Es ist also auch nötig, den aktuellen Zustand der Ich-Funktionen eines Täters im Umkreis einer Mordtat zu beurteilen. Bei der Begutachtung vieler schwerer Delikte



findet man oftmals eine sechs bis zwölf Monate vor dem Tatzeitpunkt einsetzende, meist terrassenförmig verlaufende zunehmende Ich-Regression des Delinquenten, die vielleicht ein wesentliches Indiz für das exkulperierende Fehlen wichtiger Ich-Funktionen darstellt, als manche, von Juristen oft überinterpretierte Einzelheit des aktuellen Tatgeschehens [6]. Gefährlichkeit ist situationsabhängig [17]. Ein häufiges Indiz für exkulperierende Störungen von wesentlichen Ich-Funktionen ist die Nähe des Tatvorgangs zu sich stereotyp wiederholenden, bisweilen bizarr ablaufenden Arten zwischenmenschlicher Beziehungen, die sich in der Biografie von Serienmördern immer wieder finden.

#### Literatur beim Verfasser

**Dr. med. Dipl.-Krim. Sebastian Schildbach, Berlin**



## Vorsicht mit Neuroleptika bei älteren Patienten!

Unlängst erreichte den Arzneimittelinformationsdienst eine erneute Warnung der amerikanischen FDA über eine erhöhte Mortalität bei der Anwendung neuerer (so genannter „atypischer“) Neuroleptika bei älteren Patienten. Gegenwärtig wird diese Warnung auf alle atypischen Neuroleptika ausgedehnt.

**D**iese Aussage, dass atypische Neuroleptika die Mortalität bei älteren Patienten erhöhen können, basiert auf klinischen Studien bei Patienten mit Demenz, für die in dieser Population eine höhere Mortalität als in der Placebogruppe nachgewiesen werden konnte.

### Studien fehlen

Die Warnung ist somit aufgrund der Studienlage berechtigt, sie bedeutet jedoch nicht, dass die betroffenen Patienten jetzt kritiklos und risikofrei auf ältere Neuroleptika umgesetzt werden können, denn für diese Wirkstoffe liegen keine vergleichbaren Studien vor. Angesichts der Tatsache, dass für ältere Neuroleptika mittlerweile der Patentschutz ausgelaufen ist, ist mit entsprechenden Studien auch nicht mehr zu rechnen. Bis zum Beweis des Gegenteils muss daher davon ausgegangen werden, dass die älteren Substanzen das gleiche Risiko wie die neueren Wirkstoffe bergen. Wir weisen in diesem Zusammenhang auf unsere Stellungnahme zu den „Rote Hand-Briefen“ von Risperidon und Olanzapin vom März 2004 und empfehlen bei der Anwendung von allen Neuroleptika bei älteren Patienten, die in der Fachinformation zu Risperidon® (Stand: März 2004) erläuterte Vorgehensweise zu beachten:

**Indikation:** „Schwere chronische Aggressivität, durch die sich die Patienten selbst und andere gefährden, oder psychotische Symptome bei Demenz, durch die die Patienten erheblich beeinträchtigt werden. Vor dem Einsatz von Risperidon bei älteren Demenz-Patienten sollte eine strenge Indikation erfolgen und auch in regelmäßigen Abständen überprüft werden, ob der Patient weiterhin der Gabe des Präparates bedarf. Des Weiteren sollte auf bestehende zerebro-vaskuläre Risikofaktoren des Patienten (wie Bluthochdruck, kardiovaskuläre Erkrankungen, vaskuläre Demenz) geachtet werden. Insbesondere wenn diese Risikofaktoren vorliegen, ist beim Patient während der Behandlung auf Anzeichen eines möglichen zerebro-vaskulären Ereignisses (plötzliche Erschlaffung, Taubheit im Gesicht, an Armen oder Beinen, Sprach- und Sehstörungen) zu achten. Wird ein entsprechendes Ereignis beobachtet, sind selbstverständlich sofort alle Behandlungsmöglichkeiten, auch ein Therapieabbruch, abzuwägen.“

### Risiko auch durch niedrigpotente Neuroleptika?

Bei der Behandlung älterer Menschen sollte weiterhin auch an die so genannten „niedrigpotenten“ Neuroleptika gedacht werden, die häufig in nicht-antipsychotischer Indikation zur Sedierung einge-

setzt werden. Das Argument, dass diese Substanzen schon über einen so langen Zeitraum angewendet werden, ohne dass bislang eine erhöhte vaskuläre Mortalität aufgefallen wäre, liegt auf der Hand. Aber ohne entsprechende Placebo-kontrollierte Studien kann diese Folgerung nicht überzeugen.

Bei älteren Patienten wird das Mortalitätsrisiko anscheinend als völlig normal angesehen; aus diesem Grund wird ein Todesfall in dieser Altersgruppe von den Betreuern nicht notwendigerweise den eingesetzten Medikamenten zugeschrieben, häufig auch dann nicht, wenn es sich um medizinisches Fachpersonal handelt.

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Ekkehard Haen**  
Klinische Pharmakologie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität, Bezirksklinikum Regensburg, Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg, E-Mail: ekkehard.haen@klinik.uni-regensburg

**Dr. med. David Fischer-Barnicol, Regensburg**

## Hypophyseninsuffizienz: Häufigkeit verkannt

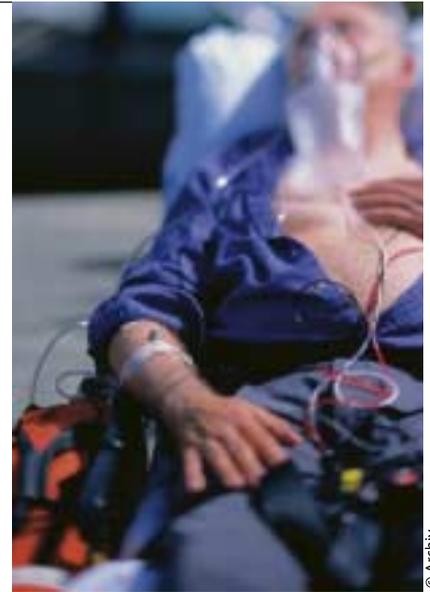
Bisher fehlen verlässliche Daten über die Häufigkeit einer Insuffizienz des Hypophysenvorderlappens nach Schädel-Hirn-Traumen. In einer großen Studie wurde gezielt nach entsprechenden Hormondefiziten gesucht.

In die Studie einbezogen waren 102 konsekutive Patienten nach schwerem oder mittelgradigem Schädel-Hirn-Trauma (Glasgow Coma Scale Score 3–13), Durchschnittsalter 28 Jahre. Das Ereignis lag etwa 17 Monate zurück. Primär wurde ein Glukagon-Stimulationstest zur Erfassung der Wachstumshormon (GH)- und ACTH-Antworten durchgeführt und die ermittelten Werte mit denen von 31 gesunden Kontrollpersonen verglichen. Bei unterdurchschnittlicher Hormonausschüttung wurden weitere Stimulationstests angesetzt und zudem die Konzentrationen anderer (Hypophysenvorderlappen-)Hormone ermittelt.

Insgesamt zeigten 29 Patienten (28,4%) einen Mangel an mindestens einem Hypophysenvorderlappenhormon. Bei 23 (22,5%) von lag ein isolierter Hormonmangel vor, bei sechs Patienten (5,9%) ein multipler. 18 Patienten (17,6%) hatten zu wenig GH. Sie wiesen

im Vergleich zu den übrigen Patienten einen signifikant erhöhten Body-Mass-Index ( $p = 0,003$ ) und erniedrigte IGF-1-Werte (insulin-like-growth-factor 1) auf. Bei 23 Patienten (22,5%) war die Kortisol-Antwort vermindert, 12 (11,8%) hatten einen Gonadotropin- und einer (1%) einen Thyreotropin-Mangel, 12 (11,8%) hatten eine Hyperprolaktinämie. Verminderte GH- oder ACTH-Konzentrationen traten unabhängig von Alter, Schwere des Schädel-Hirn-Traumas oder anderen Hormonmangelzuständen auf.

Diese Ergebnisse decken sich mit denen kleinerer Studien und belegen erneut die bisher eher unterschätzte Häufigkeit vor allem von ACTH- und GH-Defizienzen nach Schädel-Hirn-Trauma. Die Hypophyseninsuffizienz hat wahrscheinlich größeren Einfluss auf die körperliche und neuropsychiatrische Rekonvaleszenz beziehungsweise die spätere Morbidität des Patienten. Ein Glukokortikoidmangel macht sich unter anderem in Lethargie, Muskelschwäche und rascher körperlicher Ermüdbarkeit, ein GH-Mangel in einer Verminderung der fettfreien Körpermasse, rascher körperlicher Ermüdbarkeit, verminderter Herzleistung und Knochendichte sowie metabolischen Störungen bemerkbar.



Unfälle mit schweren Kopfverletzungen führen oftmals zu Störungen der Hypophysenfunktion

**Fazit:** Eine Hypophyseninsuffizienz nach Schädel-Hirn-Trauma ist nicht selten, wie fälschlicherweise häufig angenommen. Spätestens bei Vorliegen einer entsprechenden Mangelsymptomatik, vor allem GH, ACTH und die Sexualhormone betreffend, sollte der Patient einem Endokrinologen vorgestellt werden. **bk**

Agha A et al. Anterior pituitary dysfunction in survivors of traumatic brain injury. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 4929–36

## Psychischer Stress verursacht Dauerhypertonie

Stressoren verschiedener Art – Zeitdruck, familiäre Probleme, berufliche Überlastung – führen über kurzfristige Blutdruckanstiege schließlich zu einer Dauerhypertonie. Diesen Zusammenhang zeigt auch eine Studie.

In die Langzeitbeobachtung wurden 4.202 weiße und farbige Männer und Frauen im Alter zwischen 18 und 30 Jahren aufgenommen, die 1985 normoton waren. Bei allen wurde der Blutdruckanstieg während eines Videospiele, einer Geschicklichkeitsprüfung und nach dem Eintauchen der Hand in Eiswasser gemessen. Bei Untersuchungen nach 2, 5, 7, 10 und 15 Jahren hatten 352 Probanden eine Hypertonie. Es ergibt sich eine lineare Korrelation: Je höher der Blutdruckanstieg in den drei Tests, umso häufiger wurde eine stabile Hypertonie (signifikant mit  $p < 0,0001$ ) entwickelt, auch wenn

bei der Analyse andere Risikofaktoren für eine Hypertonie berücksichtigt wurden. Rein quantitativ werden innerhalb von 15 Jahren Personen mit Blutdruckanstiegen in der obersten Quartile etwa dreimal häufiger zu Hypertonikern als die in der untersten Quartile (etwa 17% beziehungsweise 6%).

**Kommentar:** Nach einer alten, umstrittenen Hypothese kann sich aus häufigen Blutdruckanstiegen infolge psychischem Stress ein Dauerhochdruck entwickeln. Die vorliegende Untersuchung ist eine der besten Stützen für eine derartige

psychosomatische Genese der Hypertonie. Allerdings bleibt die Frage nach dem Mechanismus unbeantwortet und kontrovers. Führen häufige, starke Blutdruckanstiege selbst oder eine begleitende, verstärkte Sekretion vasoaktiver Hormone zu Gefäßschäden und schließlich zur Dauerhypertonie? Und ist das bei allen Personen der Fall oder nur bei solchen mit genetischer Prädisposition zur essenziellen Hypertonie? Denn bei letztgenannten wäre psychischer Stress nur der permissive oder Realisationsfaktor bei vorhandener Anlage, ähnlich wie Übergewicht, kochsalzreiche Ernährung und andere Auslöser. **H. Holzgreve**

Matthews KA et al. Blood pressure reactivity to psychological stress predicts hypertension in the CARDIA Study. *Circulation* 110 (2004) 74–8

---

## Demenz: Apoplexrisiko unter Atypika nicht erhöht

Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz-Patienten lassen sich häufig nur medikamentös in den Griff bekommen. Obwohl meist „off-label“ verschrieben, gehören Antipsychotika zu den am besten untersuchten Substanzen in dieser Indikation. Nun wurde der Verdacht geäußert, dass zwischen der Einnahme von atypischen Neuroleptika und zerebrovaskulären Ereignissen ein Zusammenhang bestehen könnte.

In einer retrospektiv angelegten Beobachtungsstudie in Kanada wurden die Verschreibungsdaten von 32.710 Demenz-Patienten über 65 Jahren herangezogen, von denen 17.845 ein atypisches Neuroleptikum (Risperidon, Olanzapin, Quetiapin) und 14.845 ein klassisches oder klassisches niedrigpotentes (z. B. Haloperidol, Fluphenazin, Chlorpromazin) als Erstverschreibung erhalten hatten. Diese und Daten zu Krankenhauseinweisungen mit Hauptdiagnose ischämischer Schlaganfall wurden verknüpft. Nach Adjustierung auf bekannte Risikofaktoren wie Vorhofflimmern oder vorangegangene

ner Schlaganfall ergab sich kein Unterschied im Schlaganfallrisiko zwischen Patienten unter Atypika und klassischen Neuroleptika (adjustierte Hazard Ratio 1,01; 95 % Konfidenzintervall 0,81–1,26). Auch in den Subgruppenanalysen (z. B. zwischen den atypischen Neuroleptika) zeigte sich keine Unterschiede. Ein längerfristiger Einsatz der Atypika führte zu keiner Risikoerhöhung. Die Resultate stehen in Einklang mit denen vieler anderer Studien. Warum sich in einzelnen Untersuchungen mit Atypika eine Risikoerhöhung ergab, bleibt unklar, möglicherweise wurde dort die Nebenwirkung

„zerebrovaskuläres Ereignis“ großzügig interpretiert. Zumindest macht die kurze Beobachtungszeit dieser Studien (6–12 Wochen) einen Mechanismus über Veränderungen des Glukose- oder Fettstoffwechsels unwahrscheinlich. Für Risperidon wurde sogar ein plättchenhemmender Effekt beschrieben. Eine plausible pathophysiologisch-pharmakologische Erklärung für die postulierten Zusammenhänge konnte bisher nicht gefunden werden.

**Fazit:** Ein Zusammenhang zwischen der Einnahme von atypischen Neuroleptika und dem Auftreten von Schlaganfällen bei Demenz-Patienten ist eher unwahrscheinlich; das Risiko für einen Schlaganfall unter klassischen Neuroleptika und unter Atypika ist vergleichbar. **bk**

---

Gill SS et al. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. **BMJ** 2005; 330: 445–8

Anzeige



## Psychiatrische Kasuistik

# Optische Halluzinationen im Alter

### Anamnese

Eine 84-jährige Patientin wurde im Dezember 2004 nachts von ihrer Privatpflegerin unter einem Vorwand in die psychiatrische Erste Hilfe gebracht. Von der Pflegerin wurde im Vorfeld berichtet, dass die Patientin bei Frost leicht bekleidet mehrere Stunden auf ihrem Balkon verbracht hätte und sich nicht überzeugen ließ, hereinzukommen. Sie sei sogar auf die Balkonbrüstung gestiegen, sodass sich die Pflegerin große Sorgen machte. Die Patientin hätte bei Ansprache nicht adäquat reagiert und unverständliche Dinge gesagt.

Die Patientin selber berichtete, dass an dem Tag Engel mit einem Raumschiff auf ihrem Balkon gelandet seien, um sie zu besuchen. Einer der Engel hätte wie ihr verstorbener Ehemann ausgesehen. Dieser sei von einer Blase umgeben gewesen. Als sie ihn jedoch anfassen und begrüßen wollte, sei die Blase zerplatzt und er sei verschwunden. Die Engel seien wieder vom Balkon abgehoben, hätten eine Runde im Garten gedreht und seien wieder auf dem Balkon gelandet. Diese Erscheinungen beunruhigten die Patientin nicht und sie sah auch keinen Grund für eine Abklärung. Sie pflege soziale Kontakte mit ihren Nachbarn und ihrer Privatpflegerin und führe ein für ihr Alter recht mobiles Leben. Die Patientin zeigte kein Krankheitsgefühl und keine Krankheitseinsicht. Sie sei niemals zur Untersuchung oder Behandlung bei Psychiatern beziehungsweise in psychiatrischen Kliniken gewesen und würde auch jetzt keinen Klinikaufenthalt wünschen.

**Biografie:** Die Patientin stammt aus einer wohlhabenden Ärztfamilie und ist ein erwünschtes Kind gewesen. Sie wuchs in Berlin auf und besuchte acht Jahre die allgemeinbildende Schule. Sie schloss eine Ausbildung zur Röntgenassistentin ab und lebte seit 1950 in einer kinderlo-

sen Ehe mit einem Bankdirektor. Ab 1953 arbeitete sie als Röntgenassistentin in einer Klinik. 1980 starb der Ehemann nach 30, von der Patientin als glücklich beschriebenen Ehejahren. Seit 2000 wird sie durch die private Krankenschwester betreut, zu der sie einen engen, fast freundschaftlichen Kontakt hat.

**Familienanamnese:** In der Familie hätte es keinerlei psychiatrische Erkrankungen gegeben.

**Somatische Anamnese und Suchtmittelanamnese:** Arterielle Hypertonie; leichte depressive Episode 2004, Synkope 2003, V. a. Restless-Legs-Syndrom.

Die Patientin verneinte den Konsum von Nikotin und illegalen Suchtmitteln glaubhaft. Sie trinke höchstens bei Anlässen wie Geburtstagen ein Glas Wein oder Sekt. Sie nahm folgende Medikamente regelmäßig ein: Nifedipin, Rami-pril, Restex® (L-Dopa+Benserazid), Promazin.

### Befund

**Psychopathologischer Aufnahmebefund:** Wache, zum Ort, zur Person orientierte, zur Zeit und Situation jedoch leicht desorientierte Patientin; Konzentration und Aufmerksamkeit deutlich gemindert (im seriellen Subtraktionstest nur ein Rechenschritt korrekt), Mnestic ohne pathologischen Befund; Denken kohärent, keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen (z. B. Wahngedanken, Ich-Störungen).

Wahrnehmungen der Patientin auf dem Balkon wurden als optische Halluzinationen gewertet. Sie erlebte bei einem Aufenthalt im Klinikum wegen einer Zusatzuntersuchung erneut visuelle Halluzinationen. Ihre Stimmung war euthym, Antrieb und Psychomotorik unauffällig; die Patientin gab Schlafstörungen an, die seit zwei Tagen akut aufgetreten waren; keine Appetitstörungen,

jedoch wurde berichtet, dass die Patientin in den letzten Tagen nur wenig getrunken hat; keine Ängste, Zwänge oder Phobien; akute Suizidalität oder Fremdgefährdung bestanden nicht.

**Neuropsychologische Diagnostik:** Mini-Mental State Examination (MMSE): 22/30 Punkte; Uhrentest: 4 Fehlerpunkte (normal 1–2); 10-Wort-Merkliste mit Imaginations-Einspeicherungshilfe: 5/10 Worten erinnert; Wortflüssigkeit: 16 Tiere/90 Sekunden. Befunde deuteten höchstens auf ein mildes kognitives Defizit hin.

**Internistisch-neurologischer Untersuchungsbefund:** reduzierter AZ, leicht kachektischer EZ; Herz, Pulmo und Abdomen unauffällig; fokal-neurologisch unauffällig; keinerlei Sehstörung; RR 221/115 mmHg, Puls 74 Schläge/min, Temperatur normal. Eine farbkodierte Duplexsonografie (FKDS) der Nieren zeigte keine Zeichen einer Nierenarterienstenose.

**Zerebrales MRT:** ausgeprägte leukenzephalopatische Veränderungen und Marklagerdegenerationen sowie globale Atrophie.

**Labor:** bis auf leicht erhöhte Kreatininwerte (88 µmol/l) und CRP von 4,4 unauffällig; L-Dopa-Spiegel 0,10 µg/ml (Therapiebereich 0,2–2,5 µg/ml).

**Langzeit-EKG, EEG:** Sinusrhythmus 53–93 Schläge/min, Zeitwerte und Erregungsverlauf unauffällig, ebenso EEG.

### Verlauf und Beurteilung

Die Patientin wurde angehalten, ausreichend zu trinken; eine kontrollierte Flüssigkeitszufuhr und Bilanzierung bei Verdacht auf Exikose-bedingtes Delir erfolgte. Unter Einstellung auf eine atypische antipsychotische Medikation mit

FORTSETZUNG SEITE 73 —

Quetiapin, 100 mg zur Nacht, kam es bereits initial zu einer deutlichen Befundverbesserung der Patientin. Die Medikation mit Restex® bei differenzialdiagnostisch vermuteter L-Dopa-induzierter Psychose wurde abgesetzt, ebenso erfolgte das Absetzen von Promazin und die Einstellung auf Mirtazapin zur Nacht. Die Schlafstörungen besserten sich deutlich. Angesichts des hohen initialen Blutdrucks erfolgte die Einstellung auf ein Antihypertensivum (Kalziumantagonisten). Darunter konnte eine Senkung des Blutdrucks auf durchschnittlich 130/70 mmHg erreicht werden. Insgesamt konnten wir die Patientin nach etwa drei Wochen Behandlung in weitestgehend remittiertem und stabilem Zustand in die ambulante Weiterbehandlung entlassen.

Die psychopathologische Symptomatik umfasste vorwiegend komplexe visuelle szenische Halluzinationen. Dazu kam eine leichte kognitive Beeinträchtigung, insbesondere auch der Konzentrationsleistung, und die unverständlichen Äußerungen im akuten Zustand. Weiterhin lagen akute Schlafstörungen vor. Differenzialdiagnostische Überlegungen schlossen zum einen die Diagnose einer L-Dopa-induzierten Psychose, eines Delirs bei Exsikkose, Halluzinationen bei einer Sehbahnstörung im Sinne eines Charles Bonnet-Syndroms, einer Lewy-Körperchen-Demenz und zuletzt die Diagnose einer psychotischen Symptomatik bei Vereinsamung ein. Eine L-Dopa-induzierte Psychose ließ sich nach Absetzen von L-Dopa und Persistenz der Symptomatik ausschließen. Zudem war der initiale L-Dopa-Spiegel mit 0,10 µg/ml zu niedrig, um die gezeigte Symptomatik zu verursachen. Ebenso ließen sich eine Sehbahnstörung nach einer Augenuntersuchung und eine Wahnentwicklung bei Vereinsamung angesichts der guten sozialen Anbindung ausschließen. Der Verlauf mit persistierender Symptomatik ohne Fluktuationen und dann rascher Remission sprach gegen die Diagnose einer Lewy-Körperchen-Demenz. Nach unserer Meinung ist die Ursache als Halluzination bei Delir zu spezifizieren, da sich die Symptome im Verlauf einer kontrollierten Flüssigkeitszufuhr besserten. Diese Diagnose bringt zwar das Problem mit sich, dass keine verän-

**Fragen**

**1. Bei welcher der folgenden Erkrankungen treten optische Halluzinationen auf?**

- 1 Anton-Syndrom
- 2 Charles Bonnet-Syndrom
- 3 Schizophrenie
- 4 Lewy-Körperchen-Demenz

- a Nur 4 ist richtig.
- b 1, 2 und 4 sind richtig.
- c 2 und 4 sind richtig.
- d Alle sind richtig.



**2. Welche der Demenz-Krankheiten geht regelhaft mit fluktuierender deliranter Symptomatik einher?**

- a Alzheimer-Demenz
- b Lewy-Körperchen-Demenz
- c vaskuläre Demenz
- d frontotemporale Demenz



**3. Wie kann die Diagnose der Lewy-Körperchen-Demenz gesichert werden?**

- a anhand der klinischen Befunde
- b durch apparative Diagnostik
- c neuropathologisch
- d mittels Liquorpunktion

**4. Welches ist wichtigste Ursache des Delirs?**

- 1 Exsikkose
- 2 Infekte
- 3 Hypoglykämie
- 4 Digitalisintoxikation

- a Nur 1 ist richtig.
- b Alle sind richtig.
- c 1, 2 und 4 sind richtig.
- d 1 und 2 sind richtig.



derte Bewusstseinslage berichtet wurde, jedoch ist dies auch nicht in jedem Fall zu fordern. Aufmerksamkeitsstörungen lagen zumindest in geringer Ausprägung bei der Aufnahme vor und die Störung kognitiver Leistungen verbesserte sich im Verlauf der Behandlung. Dies führt, bei Abwägung aller differenzialdiagnostischen Erwägungen zu der Beurteilung, dass bei der Patientin ein deliranter Zustand, vermutlich auf Grund von Exsikkose vorgelegen hat.

**Diskussion**

Optische Halluzinationen können als elementare, amorphe optische Erlebnisse (Photome) in Form von Lichtern, Blitzen, Flecken und als komplexe deutliche Halluzinationen in Form von Figuren, Gestalten, Szenen in Erscheinung treten. Die Gründe hierfür können vielseitig sein. Zunächst können Sehbahnstörungen zu komplexen visuellen Halluzinationen führen wie sie nach dem Deafferenzierungsmodell beobachtet werden. Auch bei leichteren Schädigun-

gen der Sehbahn (Charles Bonnet-Syndrom) können optische Halluzinationen auftreten. Das Anton-Syndrom (bei kortikaler Blindheit) mit visuellen Halluzinationen wird nach Schädigung der primären visuellen Kortex bei intakten sekundären Repräsentationsarealen beobachtet.

Weitere Ursachen für optische Halluzinationen können Intoxikationen durch diverse Betäubungsmittel sein (alkoholbedingte Halluzinose F10.5, Halluzinogenintoxikation F16.0). Auch beim Einschlafen und Aufwachen können die so genannten hypnagogen und hypnopompen Halluzinationen auftreten: Trugwahrnehmungen meist auf optischem oder akustischem Gebiet mit stark gefühlsbetonten Inhalten.

Im Rahmen eines Parkinson-Syndroms werden ebenfalls optische Halluzinationen beobachtet. Im Verlauf früh auftretende Halluzinationen sind häufig medikationsbedingt (Dopaminwirkung und anticholinerge Substanzen), spät auftretende Halluzinationen sind eher



im Rahmen einer degenerativer Demenzentwicklung (Alzheimer-Demenz und vor allem Lewy-Körperchen-Demenz) zu sehen. Des Weiteren können optische Halluzinationen bei organischer Halluzinose (F6.0) auftreten. Diese wird als eine Störung mit meist akustischen oder

optischen Halluzinationen ohne Bewusstseinsstörung definiert. Die Charakteristika sind ständige oder immer wieder auftretende Halluzinationen. Sie können nur dann diagnostiziert werden, wenn keine Bewusstseinsstörung, kein intellektueller Abbau, kein Vorherrschen von

Wahnideen und keine auffälligen Störungen der Stimmung vorhanden sind.

**A. Barabassy; Prof. Dr. med. F. M. Reischies**  
Klinik/Hochschulambulanz für Psychiatrie/Psychotherapie, Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin



### Lösung zur psychiatrischen Kasuistik

#### 1b; 2b; 3c; 4b

**zu 1:** Das Charles Bonnet-Syndrom wird als eine bei normalem Bewusstsein auftretende optische Halluzination bei älteren Menschen mit Visuseinschränkung definiert. Es wird vermutet, dass 12–13 % der Menschen mit herabgesetzter Sehschärfe optische Halluzinationen, meist farbig, in Form von Ornamenten, Köpfen, Blumen, Landschaften oder Gerüsten haben. Das Auftreten dieser Erscheinungen ist harmlos und kann stark variieren.

Als Anton-Syndrom wird ein Krankheitsbild bei einer kortikalen Blindheit bezeichnet (mit Anosognosie, das heißt Unfähigkeit, die eigene Blindheit zu erkennen). Eine neurologische Schädigung der primären Kortexareale liegt vor. Im Rahmen dieses Syndroms kommen bei erhaltenen sekundären Repräsentationsarealen optische Halluzinationen regelhaft vor.

Im Rahmen einer Schizophrenie können häufig Halluzinationen auftreten. Diese sind zwar meist akustische Halluzinationen (imperative, kommentierende Stimmen), jedoch werden auch optische Halluzinationen berichtet.

Auch bei einer Lewy-Körperchen-Demenz treten häufig optische Halluzinationen auf. Diese liegen meist im Zusammenhang mit einer Bewusstseinsstörung vor.

**zu 2:** Die Lewy-Körperchen-Demenz ist eine Sonderform der Demenz, die neuropathologisch durch Lewy-Körperchen und Neuronenverlust in der Substantia nigra, in kleinen und mittelgroßen Neuronen der Laminae V und VI des Neokortex, im parahippokampalen und entorhinalen Kortex sowie dem vorderen Anteil des Gyrus cinguli charakterisiert ist. Sie geht mit einer progredienten demenziellen Entwicklung einher, wobei insbesondere Störungen der Aufmerksamkeit, der frontalen kognitiven Funktionen und der visuell-räumlichen Fähigkeiten vorliegen. Im Weiteren findet man Fluktuationen der Hirnleistung mit ausgeprägten Schwankungen der Wachheit (Bewusstseinsstörungen) und Aufmerksamkeit, wiederholte optische Halluzinationen, die meist ausgeformt und detailliert sind sowie eine motorische Parkinson-Symptomatik. Darüber hinaus besteht eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Neuroleptika mit überproportionaler Verschlechterung der Parkinson-Symptomatik und der gezeigten Sinnestäuschungen. Wiederholte Stürze, Synkopen, Schlafverhaltensstörungen und Komorbidität mit Depressionen sind häufig. Delirante Zustände können auch bei den anderen Demenz-Formen auftreten, jedoch nicht regelhaft und sind als Komplikationen aufzufassen.

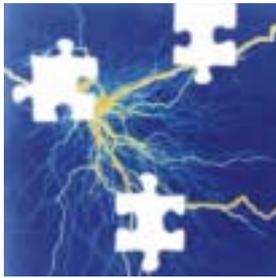
**zu 3:** Die definitive Diagnose einer Lewy-Körperchen-Demenz kann nur nach dem Tod durch eine neuropathologische Obduktion, das heißt dem Nachweis von LB und Neuronen

verlust, gestellt werden. Ein progredientes demenzielles Syndrom, vor allem mit den oben genannten Störungen, lässt zunächst auch an Lewy-Körperchen-Demenz denken. Liegen daneben zwei oder drei der folgenden Leitsymptome vor, ist die Verdachtsdiagnose wahrscheinlich: Fluktuationen der Hirnleistung mit ausgeprägten Schwankungen der Wachheit, wiederholte optische Halluzinationen, motorische Parkinson-Symptomatik. Die anderen, oben genannten Symptome erhärten die Diagnose und erlauben in der Gesamtheit die klinische Diagnose einer Lewy-Körperchen-Demenz.

Bildgebende Verfahren können zur Unterstützung der Diagnostik herangezogen werden. Mit dem CCT und MRT lassen sich bei der Lewy-Körperchen-Demenz diffuse, oft frontal oder temporoparietal betonte kortikale Atrophien, die weniger ausgeprägt sind als bei der Alzheimer Demenz, feststellen. Diese Methoden können wertvolle Aussagen über das Gehirnvolumen geben: bei der LB-Demenz findet sich eine Hippokampusvolumenerniedrigung. Im EEG finden sich eine Verlangsamung des Basisrhythmus und eine diffuse bitemporal betonte Verlangsamung, die stärker ausgeprägt sein können als bei der Alzheimer Demenz.

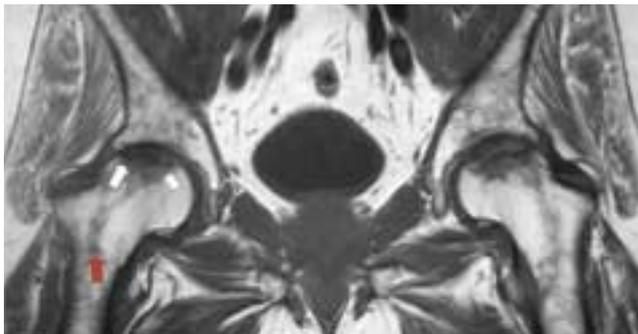
Liquoruntersuchungen dienen ebenfalls als Unterstützung in der Demenz-Diagnostik. Diese Untersuchung ist vor allen bei solchen Erkrankungen indiziert, bei denen es sich nicht um eine primäre Demenz-Erkrankung handelt, deren Verlauf aber durch ein demenzielles oder delirantes Syndrom kompliziert sein kann.

**zu 4:** Ein Delir wird definiert als ein akut aufgetretenes Störungsbild, das mit Bewusstseinsstörung, gestörter Aufmerksamkeit und anderen kognitiven Störungen einhergeht, weiterhin finden sich Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Ursachen für ein Delir können vielfach sein, oft finden sich Elektrolytentgleisungen, Intoxikationen, Infektionen und metabolische Störungen. Im Rahmen von Intoxikationen sind solche mit Suchtmitteln (Alkohol, illegalen Drogen) und Medikamenten (Benzodiazepine, Barbiturate) häufig. Unter den metabolischen Störungen sind Hypo- und Hyperglykämiebedingte Delirien sowie Delirien durch Leber- oder Nierenversagen häufig. Diagnostische Abklärungen sollten immer ein großes Blutbild und routinemäßige Laboruntersuchungen beinhalten. Dadurch lassen sich Elektrolytentgleisungen (Osmolarität, Elektrolyte), Infektionen (CRP) und metabolische Störungen (Glukose, Leberwerte, Nierenwerte, Schilddrüsenwerte) ermitteln. Außerdem sollten Medikamentenspiegeltests und eine Urindiagnostik vorgenommen werden. Häufige Ursachen von infektionsbedingten Delirien sind Harnwegsinfektionen; außerdem kann ein eventueller Substanzmissbrauch im Urin nachgewiesen werden.



## Neurologische Kasuistik

# Schmerzhafte Gangstörung



**Abbildung 1:** Deutliche Signalmindering in den T1-Sequenzen in beiden Hüften in den subchondralen Abschnitten (weiße Pfeile), betont nach kaudal fleckförmig beidseits bis in den Schenkelhals reichend (roter Pfeile).

### Anamnese

Ein 51-jähriger Verkäufer leidet seit sechs Jahren an einer chronisch inflammatorischen demyelinisierenden Polyneuropathie (CIDP). In den ersten Jahren wurde diese mit regelmäßigen Immunglobulingaben behandelt. Bei nur noch geringer Besserung nach den Infusionen erfolgte in den letzten zwei Jahren eine Therapie mit Azathioprin 150 mg/Tag und Prednison 20 mg/Tag. Wegen zunehmender hämorrhoidaler Blutungen und lokaler Abszessbildung wurde Prednison reduziert. Es kam zu einer Verschlechterung der neurologischen Symptome; daher wurde die Therapie der CIDP vor drei Monaten auf Cyclosporin (100 mg/Tag) in Kombination mit Prednison (20 mg/Tag) umgestellt. Dies führte neurologisch zu einer Stabilisierung, insbesondere einer Besserung der Hand- und der proxima-

len Beinkraft. In den letzten Monaten traten jedoch zunehmende Schmerzen im Becken und lumbosakralen Wirbelsäulenbereich auf. Das Gehen war nur noch über kurze Strecken möglich, auch das Treppensteigen verschlechterte sich; ein Stockwerk zu bewältigen war nur unter Einsatz der Hände möglich. Teilweise strahlten die Schmerzen entlang des Beckens in die Oberschenkel und Leisten aus.

Eine orthopädische Untersuchung einschließlich Hüft- und LWS-Röntgen hat keinen pathologischen Befund erbracht. Da eine NMR-Untersuchung der HWS lediglich leichte degenerative Veränderungen mit Spondylochondrosen und retrospodylophytären Randkantenanziehungen, die im Segment HWK 5/6 zu einer leichten Einengung des Spinalkanals führten, und ein LWS-NMR nur eine Diskusprotrusion LWK 4/5 sowie eine epidurale Lipomato- se LWK 3 bis 5 ohne Raumforderung ergaben, erfolgt jetzt die Vorstellung durch die Orthopäden mit der Frage, ob die neurologische Grundkrankheit für die zunehmende schmerzhafte Gangstörung verantwortlich sein könnte.



**Abbildung 2.** Subchondrale Läsion mit Gelenkflächeneinbruch (weiße Pfeile) am linken Hüftkopf mit Signalmindering durch Knochenmarks- ödem; angedeutet ringförmige subchondrale Signalmindering mit zentral noch vitalem Knochenmark.

FORTSETZUNG SEITE 79 —



### Fragen

**1. Welche der folgenden Nebenwirkungen kann nicht Folge einer Glukokortikoidtherapie sein?**

- a) reversible Demenz
- b) Myopathie
- c) Glaukom
- d) aseptische Knochennekrose
- e) Alle sind richtig.

**2. Eine Kortikoid-assoziierte aseptische Hüftkopfnekrose ...**

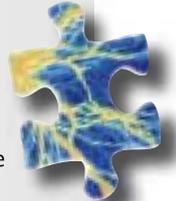
- a) ... tritt immer beidseits auf.
- b) ... ist nur selten schmerzhaft.
- c) ... tritt erst nach monatelanger Kortikoidtherapie auf.
- d) ... kann bei Zerstörung des Hüftkopfes den Ersatz durch eine Endoprothese erfordern.
- e) ... kommt nur nach i. v.-Gabe von hochdosierten Kortikoiden vor.

**3. Welche der Untersuchungstechniken ist am besten geeignet, um eine aseptische Hüftkopfnekrose zu erkennen?**

- a) Röntgenaufnahme nach Lauenstein
- b) CT der Hüftgelenke
- c) Sonografie der Hüftgelenke
- d) Skelettszintigrafie
- e) MRT der Hüftgelenke

**4. Welche Aussage über die Kortikoid-induzierte Myopathie trifft nicht zu?**

- a) Sie ist schmerzlos.
- b) Sie führt zu einer meist distal betonten Muskelschwäche.
- c) Sie kann auch bei einer nur kurzzeitigen hoch dosierten Therapie auftreten.
- d) Sie bessert sich auch nach dem Absetzen der Kortikoide nicht.
- e) Sie kann auch nach topischer oder inhalativer Applikationsform auftreten.





**Neurologischer Befund:** Hirnnerven und Okulomotorik unauffällig; deutliches Cushing-Syndrom mit „Vollmondgesicht“; Gehen bei normaler Koordination schmerzbedingt deutlich eingeschränkt, Hüftbeweglichkeit passiv frei, aktiv schmerzbedingt eingeschränkt; Sensibilität bis auf eine bekannte diskrete Hypästhesie für alle Qualitäten an den Zehen und Vorfuß beidseits normal; Muskeleigenreflexe an Armen und am PSR schwach, ASR beidseits nicht auslösbar; Hüftbeuger mit schmerzbedingter Parese, Paresegrad (PG) 4/5, Fingerstrecker- und Fingerspreizerparese PG 4-5/5, Fußheber und -senker nicht paretisch; keine Atrophien, keine trophischen Störungen; Blasen- und Mastdarmfunktion normal; Gewicht 120 kg bei 185 cm Körpergröße.

**NMR Becken:** deutliche Signalminde- rung subchondral in den T1-Sequenzen in beiden Hüftköpfen einschließlich der Schenkelhalse (Abb. 1); unregelmäßiges Signalverhalten in den T2-Sequenzen bei Spongiosaödem; Konturunterbrechung ventral am linken Hüftkopf (Abb. 2); beidseitige leichte Ergussbildung in der Hüftgelenkscapsel; muskuläre Strukturen und Gefäßnervenscheide beidseits unauffällig.

**Diagnose:** kortikoidinduzierte aseptische Hüftkopfnekrose beidseits; chronisch inflammatorische demyelinisierende (CIDP).

**Aktuelle Therapie:** Cyclosporin 100 mg/Tag und Prednison 20mg/Tag.

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



### Lösung zur neurologischen Kasuistik

#### 1a; 2d; 3e; 4d

Das klinische Bild der chronisch inflammatorisch demyelinisierenden Polyneuropathie ist im vorgestellten Fall geprägt durch eine über Jahre verlaufende unter der Therapie stufenförmig auftretende symmetrische Schwäche mit wechselnden distalen, zumeist nur geringen Sensibilitätsstörungen. Schmerzen waren in der Vergangenheit – wie bei der CIDP generell – kaum vorhanden, gelegentlich traten Dysästhesien an den Füßen auf. Die Therapie der CIDP mit Immunglobulinen ist durch eine Vielzahl von Studien in den letzten Jahren belegt. Die Dosierungsintervalle müssen dabei individuell, zwischen einer bis mehrere Wochen, eingestellt werden. Bei einem Teil der Patienten kommt es – wie im vorgestellten Fall – zu einem Wirkungsverlust der Immunglobulintherapie. Dieser kann bisweilen durch einen kompletten Plasmaaustausch wieder aufgehoben werden [2]. Viele Patienten benötigen jedoch langfristig eine Kombination mit Glukokortikoiden oder Immunsuppressiva, um die Krankheitsaktivität zu unterdrücken oder eine Remission zu erreichen [1, 7]. Diese meist dauerhafte Therapie, die den Verlauf der Erkrankung in den letzten Jahren wesentlich verbessert hat, ist jedoch häufig mit erheblichen Nebenwirkungen belastet [14].

**zu 1:** Glukortikoide werden in der Neurologie bei einer Vielzahl von Erkrankungen sowohl kurzfristig, zumeist in hoher Dosierung, aber auch in der Langzeittherapie entzündlicher Erkrankungen eingesetzt. Während die bekannten Nebenwirkungen wie ein iatrogenes Cushingsyndrom, eine diabetogene Stoffwechselstörung, Hautveränderungen wie die typischen Striae, die Hautatrophie und der Hirsutismus sowie ein Katarakt oder Glaukom zumeist durch prophylaktische Maßnahmen verhindert oder aber rasch erkannt und behandelt werden können, werden seltene unerwünschte Wirkungen wie die aseptische Knochennekrose oder auch eine Demenz als Folge der Kortikoidtherapie oft erst sehr spät diagnostiziert [15, 21]. Dabei ist gerade bei der Demenz – wie kürzlich in einem Fallbericht von Sacks eindrücklich beschrieben – eine verzögerte Diagnose hinsichtlich der sozialen und wirtschaftlichen Folgen fatal.

Häufigste nicht neurologische Komplikation ist jedoch sicher die Osteoporose. Daher sollte bei jeder Langzeittherapie auch durch den Neurologen auf eine individuelle Prophylaxe geachtet werden. Die ausreichende Zufuhr von Kalzium (1,0–1,5 g/Tag) und Vitamin D (500–1.000 IE/Tag) sowie die zum Einbau notwendige ausreichende körperliche Aktivität sind aber gerade bei neurologischen Erkrankungen oft nur schwer zu erreichen. Deshalb sollte auch bei zusätzlich erhöhtem Osteoporoserisiko (familiäre Belastung, starker Nikotinabusus, Frauen in der Menopause) eine Knochendichtemessung und die Gabe von Biphosphaten, eventuell Fluoride, erwogen werden.

**zu 2:** Das führende Symptom einer Hüftkopfnekrose ist der Hüftschmerz, der teilweise pseudoradikulär ausstrahlen kann. Anfangs kann dieser nur belastungsabhängig

Fortsetzung v. S. 79: **Lösung zur neurologischen Kasuistik**

vorhanden sein, oft findet sich bei zunehmender Nekrose jedoch auch ein Ruhe- und Nachtschmerz. Das Ausmaß des Knochenödems scheint dabei entscheidend für die Intensität zu sein, während ein begleitender Gelenkerguss von geringer Bedeutung ist. Bei etwa der Hälfte der Fälle sind beide Hüften betroffen [11].

Als Risikofaktoren einer aseptischen Knochennekrose sind eine lokale Bestrahlung, Gerinnungsstörungen, Chemotherapie, Alkoholismus sowie eine Sichelzellanämie bekannt. Der häufigste Risikofaktor ist jedoch eine Glukokortikoidtherapie [15]. So fanden sich in einer prospektiven Untersuchung an 116 Kindern, die wegen einer Leukämie oder eines Lymphoms mit Prednison behandelt wurden, bei 15% NMR-Veränderungen in den Hüften vereinbar mit einem frühen Stadium einer Osteonekrose. Die meisten Kinder zeigten in dieser Studie selbst bei fortgeführter Prednisontherapie jedoch keine voranschreitende Hüftkopfzerstörung [20].

Koo, 2002, untersuchte die Frage, nach welcher Einnahmedauer und -dosis eine Hüftkopfnekrose auftritt. Es zeigte sich, dass bei 22 Patienten die eingenommene Prednison- oder die entsprechende Äquivalenzdosis bei Diagnosestellung im NMR zwischen 1800 und 15,505 mg lag; die Einnahmedauer schwankte zwischen 1 und 16 Monaten. Aber auch viel kürzere Zeiten von wenigen Tagen und niedrigere Dosen können zu einer Hüftkopfnekrose führen. Dabei liegen oft Monate zwischen dem Therapieende und dem Auftreten von Hüftschmerzen, die wegweisend zur Diagnose im NMR führen [15]. Nicht nur nach intravenöser oder oraler Gabe, auch nach Depot-Gabe zur Behandlung von allergischer Rhinitis oder nach topischer Applikation, wurden Einzelfälle beschrieben [5].

Tierexperimentelle Untersuchungen legen nahe, dass auch das Osteonekrosiserisiko nicht für alle Glukokortikoide gleich hoch ist. So fand sich bei der Gabe von Methylprednisolon eine signifikant höhere Osteonekroserate im Femur von Kaninchen als nach Gabe von Prednisolon oder Triamcinolon [17].

Einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Pathophysiologie liefert eine im letzten Jahr veröffentlichte Studie, in der eine toxische Aktivität von Stickstoffmonoxid (NO) in Osteoblasten und Osteozyten bei Osteonekrose im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Hüftgelenksarthrose nachgewiesen wurde [3]. Diese Resultate bestätigten tierexperimentelle Untersuchungen, die eine direkte zytotoxische Schädigung durch Glukokortikoide, Alkohol und deren Metaboliten nahe legen. Diese führen dann zu einer Apoptose der Osteoblasten und Osteozyten die eine Entzündungsreaktion in Gang setzen und damit die weitere Knochengewebschädigung vorantreiben.

**zu 3:** Die MRT ist heute die Technik der Wahl zur Diagnose einer aseptischen Hüftkopfnekrose [16]. So finden sich in der radiologischen Nativdiagnostik lediglich in einem Zeitfenster von der 5.–16. Woche nach dem Auftreten der ersten Schmerzen osteopathische Veränderungen entsprechend der frühen Phase einer Osteoporose. Bei länger bestehender Symptomatik lassen sich diese Frühzeichen dann meist nicht mehr nachweisen [13]. Auch die Computertomografie und Szintigrafie sind oft normal [6]. Kernspintomografisch zeigen sich typischerweise in der Frühphase eine Signalanhebung in den T2-Sequenzen entsprechend einem Knochenmarksödem bei erhaltener Gelenkfläche. Diese unspezifischen Veränderungen sind dabei noch reversibel und führten deshalb auch zur Bezeichnung „transiente Osteoporose der Hüfte“. Wie neu-

ere Untersuchungen jedoch zeigen, ist der Übergang in eine Hüftkopfnekrose ein Kontinuum, wobei lediglich in den ersten Stadien Symptombfreiheit bestehen kann und eine Reversibilität möglich ist [4]. Die Entlastung des Hüftgelenks kann in dieser Phase die Schmerzen lindern und sinnvoll sein. Insbesondere eine Zunahme subchondraler Veränderungen und das Auftreten von Gelenkeinbrüchen weisen im Verlauf jedoch auf eine nekrotische Osteodestruktion hin (Abb. 2, S. 70). Lediglich bei den selteneren kleinen und mittleren Läsionen mit medialer und zentraler Lokalisation ist ein prognostisch günstiger Verlauf auch über einen Zeitraum von über fünf Jahren zu erwarten. Bei den lateralen und bei größeren subchondralen Läsionen ist jedoch in den meisten Fällen innerhalb von ein bis zwei Jahren mit einem Gelenkflächeneinbruch zu rechnen [9].

**zu 4:** Auch eine Kortikoid-induzierte Myopathie kann aufgrund der Muskelschwäche zu einer Gangstörung führen. Hierbei ist eine akute Verlaufsform nach zumeist hochdosierter Kortikoidgabe von einer bei chronischer Kortikoidtherapie auftretenden atrophischen Muskelschwäche zu differenzieren. Wichtigster Risikofaktor für die akute Myopathie ist die Kombination mit nicht-depolarisierenden Muskelrelaxantien. Aber auch unter alleiniger Gabe von Kortikoiden kann es zu einer akuten allgemeinen Muskelschwäche kommen [18]. Dabei fanden sich in einer aktuellen Studie an Querschnittspatienten, die zur Neuroprotektion im Rahmen der Traumabehandlung hochdosiert Methylprednisolon erhielten, bei vier von fünf Patienten sowohl elektromyografisch als auch in der Muskelbiopsie myopathische Veränderungen. Bei drei Patienten mit stumpfem Wirbelsäulentrauma, die nicht mit Methylprednisolon behandelt wurden, fand sich bei keinem eine entsprechende Veränderung [19].

Die meist Monate bis Jahre nach Beginn der Kortikoidtherapie auftretende Muskelschwäche ist gekennzeichnet durch eine schmerzlose, proximale beinbetonte Parese, oft mit deutlicher Muskelatrophie; das Risiko unter fluoridierten Kortikoiden wie Triamcinolon, Betamethason und Dexamethason ist dabei erhöht. Die Muskelschwäche kann auch nach Inhalation auftreten [8]. Auch bei chronischer Kortikoidgabe geht die Muskelschwäche nach Reduktion der Kortikoiddosis auf unter 30 mg Prednisolon-Äquivalent oder durch Absetzen zurück [10].

**Literatur**

1. Barnett MH et al. *Muscle Nerve* 1998; 21: 454–60
2. Berger AR et al. *Neurology* 1995; 45: 1628–9
3. Calder JD et al. *J Bone Joint Surg Br.* 2004; 86: 1209–13
4. Cheng EY et al. *J Bone Joint Surg Am.* 2004; 86: 2594–99
5. El Maghraoui A et al. *Clin Exp Rheumatol.* 2001; 233: 233
6. Fordyce MJ et al. *J Bone Joint Surg Br.* 1993; 75: 365–7
7. Hadden RD et al. *Neurology* 1999; 53: 57–61
8. Herzog AG. *JAMA* 1999; 281: 37
9. Hofmann S et al. *Der Orthopäde* 2000; 29: 403–10
10. Hollister JR. *J Asthma* 1992; 29: 363–8
11. Huang GS et al. *AJR.* 2003; 181: 545–9
12. Koo KH et al. *Clin Rheumatol.* 2002; 21: 299–303
13. Malizos KN et al. *Eur J Radiol.* 2004; 50: 238–44
14. McCombe PA et al. *Brain* 1987; 110: 1617–30
15. McKee MD et al. *CMAJ.* 2001; 164: 205–6
16. Mitchell DG et al. *Radiology* 1987; 162: 709–15
17. Miyashita K et al. *Rheumatology* 2005; 44: 332–6
18. Nava S et al. *Eur Respir J.* 2002; 20: 497–9
19. Qian T et al. *Spinal Cord* 2005; 43: 199–203
20. Ribeiro RC et al. *Leukemia* 2001; 15: 891–7
21. Sacks O et al. *Neurology* 2005; 64: 707–9

# 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 Multiplen Sklerose (MS) ist falsch?

- a) Das Haupterkrankungsalter für MS liegt in der Regel zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr.
- b) Eine durch aktivierte autoreaktive T-Zellen vermittelte Entzündungsreaktion führt schließlich zu einer lokalen Demyelinisierung und Schädigung von Axonen im ZNS.
- c) An der stabilen Adhäsion von Entzündungszellen an der Blut-Hirn-Schranke sind die Integrine LFA-1 und VLA-4 sowie die endothelialen Gegenrezeptoren ICAM-1 und VCAM-1 beteiligt.
- d) Therapiekonzepte fokussieren neben monoklonalen Antikörpern und Immunsuppressiva auch auf Sartanen und Östriol.

### Psychiatrie

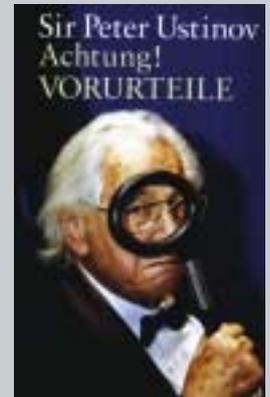
#### 2. Welche Aussage zur Charakteristik eines Serienmörders ist falsch?

- a) Für die Entstehung kriminellen Verhaltens ist die Persönlichkeitsentwicklung beim Heranwachsenden und Jugendlichen weniger ausschlaggebend als die frühe Kindheitsentwicklung.
- b) Serienmörder handeln definitionsgemäß nach einem intrinsischen Motiv und geplant.
- c) Besser als bislang gängige Querschnittsbetrachtungen eignen sich Langzeitanalysen zur Beschreibung und Beurteilung der kriminellen Karriere eines Serienmörders.
- d) Dysfunktionale Bedingungen wie ein ineffektives soziales Umfeld verursachen ein instabiles Bindungsverhalten und begünstigen die Entwicklung zum Serienmörder.

## 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 3/2005: 1d; 2d

##### Die Gewinner:

Dr. C. Nehrig, Wiesmoor  
K. Rixfähen, Duisburg  
Dr. K. Hornung, Bingen

##### Herzlichen Glückwunsch!

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

#### Einsenden oder faxen an:

##### Geschäftsstelle

CME-Kommission BVDN/DGN (**Neurologie**)   
CME-Kommission BVDN/DGPPN (**Psychiatrie**)   
Wünsche Anmeldebogen zum CME-Verfahren für mein Fachgebiet   
Kennwort „CME-Quiz NT 5/2005“  
Hauptstr. 18, 79576 Weil am Rhein  
Fax (0 76 21) 7 87 14

Bitte Absender nicht vergessen!

Einsendeschluss: 18.7.2005

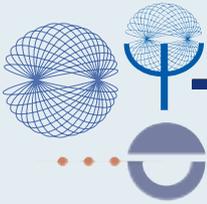
Name \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Praxisstempel \_\_\_\_\_





# Das bietet Ihnen die BVDN/BDN/BVDP-Mitgliedschaft

## **Kostenloser Bezug des Verbandsorgans NEUROTRANSMITTER**

Der NEUROTRANSMITTER wird regelmäßig (elfmal im Jahr, monatlich mit einer Doppelnummer) 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](mailto: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.

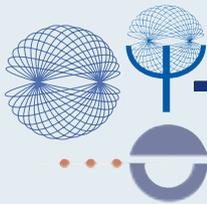
Name: \_\_\_\_\_

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](mailto: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

G. Hinz

### 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

## II. Delegierte in Kommissionen der DGN

### 1. Kommission Leitlinien

U. Meier

### 2. Weiterbildung/

### Weiterbildungsermächtigung

H. Grehl

### 3. Anhaltzahlen/Qualitätssicherung

F. Reinhardt, P. Reuther

### 4. Rehabilitation

H. Masur

### 5. CME

P. Franz, F. Jungmann, P. Reuther

### 6. DRG

R. Hagenah

## III. Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

### 1. DGNR

H. Masur

### 2. AG ANR

P. Reuther

### 3. BV-ANR

P. Reuther

### 4. UEMS

F. Jungmann

## I. Ansprechpartner für Themenfelder

### 1. Neue Versorgungsstrukturen

#### V und MVZ

U. Meier, P. Reuther

### 2. Gebührenordnung GOÄ/EBM

R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl

### 3. CME

P. Franz, P. Reuther

### 4. Qualitätsmanagement

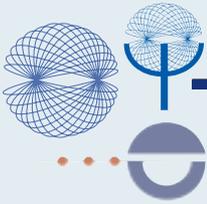
U. Meier

### 5. Risikomanagement

R. Hagenah

### 6. Öffentlichkeitsarbeit

Vorstand BDN



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

**Dr. Holger Grehl**

Fahrner Str. 133, 47053 Duisburg,  
Tel. (02 03) 5 08 12 61, Fax (02 03) 5 08 12 63,  
E-Mail: holger.grehl@ejk.de

**Dr. Klaus Gorsboth**

Bahnhofstr. 10, 59581 Warstein,  
Tel. (0 29 02) 9 74 10, Fax (0 29 02) 97 41 33,  
E-Mail: gorsboth.bvbn@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. Guntram Hinz**

Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg,  
Tel. (0 40) 60 67 98 63, Fax (0 40) 60 67 95 76,  
E-Mail: guntramhinz@aol.com

**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

**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

**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**

Wirnsbergstr. 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, Fax (0 22 03) 50 30 65,  
E-Mail: c.raida@t-online.de

**Prof. Dr. Fritjof Reinhardt**

D.-Chr.-Erleben-Str. 2,  
01968 Senftenberg,  
Tel. (0 35 73) 7521 50,  
Fax (0 35 73) 7 07 41 57  
E-Mail: ProfReinhardt@web.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.ibt@t-online.de

**Dr. Helmut Schmidt**

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

**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**

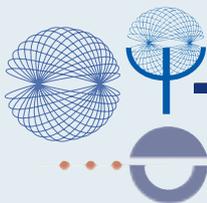
Mühlensstr. 5–9, 45894 Gelsenkirchen,  
Tel. (02 09) 3 73 56, Fax (02 09) 3 24 18,  
E-Mail: Thamer.Herten@t-online.de

**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**

Eulenkruppfad 4, 22359 Hamburg,  
Tel. (0 40) 60 371 42,  
Fax (0 40) 60 95 13 03,  
E-Mail: info@praxis-vogel.de

**Prof. Dr. Peter Vogel**

Neurolog. Abt. AK St. Georg,  
Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg,  
Tel. (0 40) 28 90 22 67, Fax (0 40) 28 90 41 85,  
E-Mail: pevog@prof-p-vogel.de

**Prof. Dr. Claus-W. Wallesch**

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

**Prof. Dr. Frank Welter**

Hardtwaldklinik I,  
Hardtstr. 31, 34596 Bad 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
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. U. Farenkopf Dr. R. Sattlerger	<b>BADEN SÜD</b> 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
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. J. Braun Dr. W. Maier-Janson	<b>BADEN-WÜRTTEMBERG</b> 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
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. H. Martens Dr. G. Carl	<b>BAYERN</b> 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
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. G. Benesch	<b>BERLIN</b> Berlin	ja	(0 30) 3 12 37 83	(0 30) 32 76 50 24	dr.g.benesch@t-online.de
<b>BVDN-Landesverband:</b> <b>offen!</b>	<b>BRANDENBURG</b>				
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. I. Steck	<b>BREMEN</b> Bremen	ja	(04 21) 66 75 76	(04 21) 66 48 66	
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. H. Vogel Dr. H. Ramm	<b>HAMBURG</b> 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
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. S. Planz-Kuhlendahl	<b>HESSEN</b> Offenbach	ja	(0 69) 80 01 41 3	(0 69) 80 03 51 2	planz-kuhlendahl@t-online.de
<b>BVDN-Landesverband:</b> <b>kein Facharzt in der KV!</b>	<b>MECKLENBURG-VORPOMMERN</b>				
<b>BVDN-Landesverband:</b> <b>offen!</b>	<b>NIEDERSACHSEN</b>				
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. F. Bergmann Dr. A. Haus Dr. Rolf Peters Dr. Birgit Löber-Kraemer	<b>NORDRHEIN</b> 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

<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. Klaus Sackenheim	<b>RHEINLAND-PFALZ</b> Andernach	ja	(0 26 32) 9 64 00	(0 26 32) 96 40 96	bvdn@dr-sackenheim.de
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. F. Jungmann Dr. Th. Kajdi	<b>SAARLAND</b> 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
<b>BVDN-Landesverband:</b> <b>offen!</b>	<b>SACHSEN</b>				
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. R. Deike	<b>SACHSEN-ANHALT</b> Magdeburg		(03 91) 2 52 91 88	(03 91) 5 31 37 76	
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. U. Bannert	<b>SCHLESWIG-HOLSTEIN</b> Bad Segeberg	ja	(0 45 51) 20 55	(0 45 51) 17 83	Uwe.Bannert@Rush.de
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. K. Tinschert	<b>THÜRINGEN</b> Jena	ja	(0 36 41) 57 44 44	(0 36 41) 57 44 40	praxis@tinschert.de
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. U. Thamer Dr. V. Böttger	<b>WESTFALEN</b> 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:** Tina Spanger (-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

