

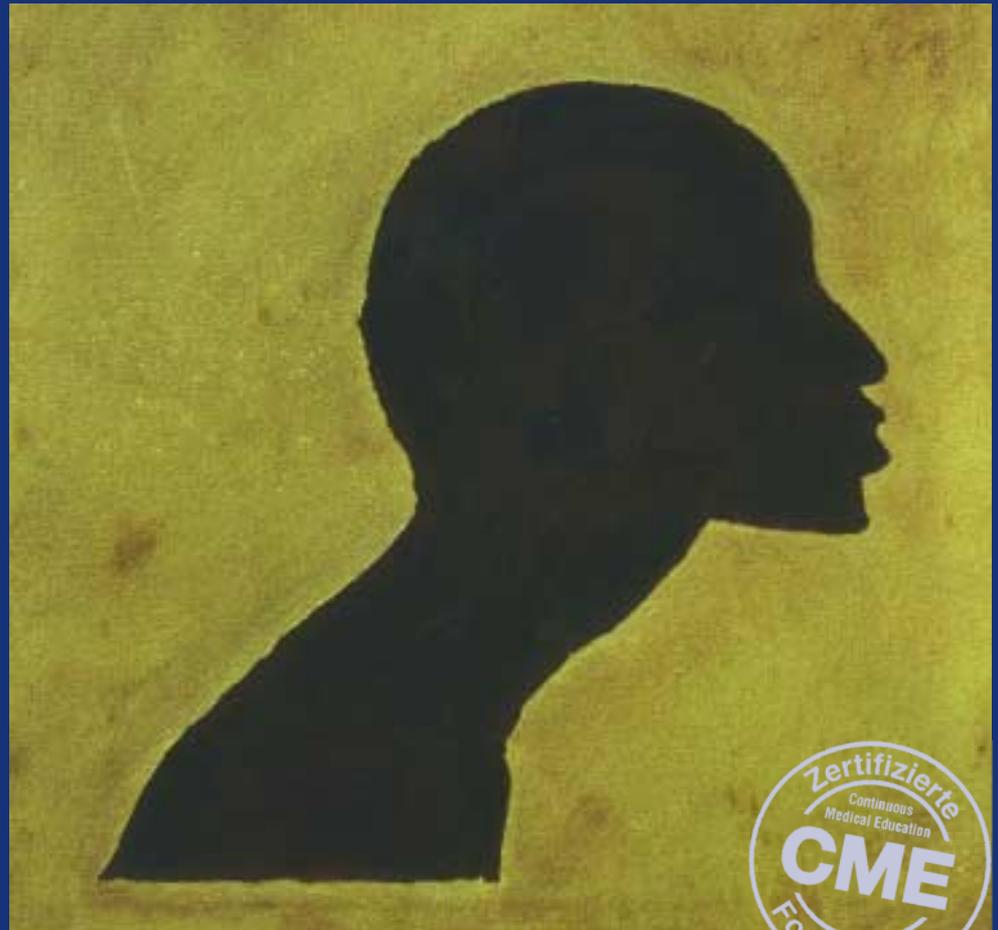
NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

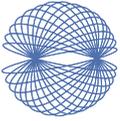
Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN),
des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN)
und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP)

PRÄVENTIONSGESETZ

**Vorläufiges Aus
durch Bundesrat**



- **NEUROLOGIE IM EBM 2000 PLUS
Von Utopie bis Zuversicht**
- **COMPLIANCE UNTER ATYPIKA
Das Adipositas-Dilemma**
- **ERSTEINSTELLUNG BEI EPILEPSIE
Leitliniengerecht zur Anfallsfreiheit**



Die Fortbildungsakademie präsentiert

Die telefonische Fallkonferenz

In den Pausen und nach dem Ende unserer Fortbildungsseminare ereignen sich immer wieder die gleichen Szenen. Kolleginnen und Kollegen gehen auf die Referenten zu und wollen in ein paar Minuten schnell einige Fragen erörtern, die sie nicht in der großen Runde gestellt hatten, weil sie individuelle Patientenschicksale betreffen. Den Wunsch, den einen oder anderen besonders kniffligen Fall – liege das Problem nun im diagnostischen oder aber im therapeutischen Bereich – mit einem für die Thematik ausgewiesenen Experten zu besprechen, kennt wahrscheinlich jeder von uns. Manchmal greift man dann zum Telefon und ruft einen Kollegen an, von dem man glaubt, dass er in dieser Frage besonders kompetent sei, kann aber nur in wenigen Sätzen versuchen, auf den Kern des Problems zu kommen. Manche (hierzu gehöre ich immer noch nicht und kann es deshalb nur vermuten) suchen vielleicht im Internet ein Forum, von dem sie erhoffen, Antworten auf ihre Fragen zu erhalten.

Das Angebot

Um diese Lücke zu schließen, wird die Fortbildungsakademie in den nächsten Monaten – solange die hierfür gesparten Rücklagen des Fördervereins der Akademie reichen – den Teilnehmern von Fortbildungsseminaren der Akademie, die Möglichkeit zu telefonischen Fallkonferenzen bieten. Sie können sich während des jeweiligen Seminars in eine verbindliche Teilnehmerliste für eine mit dem Referenten vereinbarte Telefonkonferenz eintragen. Maximal fünf Teilnehmer werden zum festgelegten Termin (es zeichnet sich nach einem ersten Testlauf der Montagabend als beliebtester Zeitpunkt ab) mit dem Experten durch Vermittlung der Fortbildungsakademie zusammen geschaltet. 90 Minuten stehen diesem kleinen Kreis dann zur Verfügung, um Fälle zu diskutieren.

Die Form der Telefonkonferenz wurde gewählt, weil dadurch die Möglichkeit besteht, aus dem Sprechzimmer, die Karteikarte zur Hand, den Bildschirm des Praxiscomputers vor sich, ohne Reiseaufwand, komplizierte Fallsituationen durchzusprechen. Da kein Internetanschluss erforderlich ist, da Fragen und Antworten nicht per Tastatur eingegeben werden müssen, da durch die Konferenzschaltung eine spontanere Kommunikationsmöglichkeit besteht, vermuten wir, dass diese Form des kollegialen, fachlichen Gespräches besser angenommen werden wird, als ein entsprechendes Internetforum (zusätzlich zu den vielen anderen, die es bereits gibt).

Der Testlauf

Erstmals wurde die Teilnehmerliste für zwei Telefonkonferenzen beim Seminar „Interaktionen von Psychopharmaka II“ ausgelegt. Als Gesprächspartner konnten wir Kollege Eckermann aus Kaufbeuren, vielen von Ihnen bekannt als ausgewiesener Experte, wenn es um Pharmakainteraktionen geht, gewinnen. Zu dritt haben wir mit ihm in eineinhalb Stunden



© Archiv

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

„Den Wunsch, den einen oder anderen besonders kniffligen Fall mit einem für die Thematik ausgewiesenen Experten zu besprechen, kennt wahrscheinlich jeder von uns.“

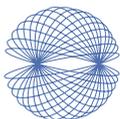
komplexe Fallgeschichten diskutiert und sind bei Problemen der Medikation, der Kombination und des Medikamenten-Monitorings zu überlegenswerten neuen Lösungen für die Patienten gekommen, sodass wir uns am Ende recht zufrieden voneinander verabschieden konnten.

Leider erhielten wir keine Zusage, dass die zuständige Landesärztekammer Bayern für dieses Fortbildungsunterfangen CME-Punkte zuteilen wird. Dort schien man aufgrund von inflationär anwachsenden Anfragen für ähnlich gelagerte Fortbildungen der Industrie (dies war zumindest indirekt herauszuhören) gegenüber der „telefonischen Fallkonferenz“ skeptisch bis ablehnend. Mal sehen, ob eine exakte und ausführliche schriftliche Darstellung und der Hinweis auf die absolute wissenschaftliche Unabhängigkeit der Fortbildungsakademie ein Umdenken bewirken kann.

Wir werden uns also jetzt so schnell wie möglich mit den Referenten unserer Fortbildungsseminare zusammensetzen, damit wir bei möglichst vielen Veranstaltungen das Angebot telefonischer Fallkonferenzen unterbreiten können. Sowohl bei den Einladungsschreiben als auch im Veranstaltungskalender der Fortbildungsakademie im NEUROTRANSMITTER wird in Zukunft verzeichnet sein, ob die Möglichkeit zu einer solchen Konferenz gegeben ist.

Ich hoffe, hiermit Ihr Interesse geweckt zu haben und verbleibe von der wunderbar weichen Wärme eines samstäglichen Maienabends umschmeichelt

Ihr



3 — Editorial

Aus den Verbänden

- 8 — Gesundheitspolitische Kurznachrichten**
- 10 — Kooperationsvereinbarung**
Miteinander für bessere sozial-psychiatrische Versorgung
- 12 — Fachtagung Psychiatriereform**
Neuerlich harsche Kritik an aktueller Gesundheitspolitik
- 16 — Präventionsgesetz**
Wunderwerk oder Bürokratismus?
- 21 — EBM-Umsetzung in den KVen**
Alle Befürchtungen bestätigt
- 24 — Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich**
Fristgerecht muss er kommen!
EBM 2000 plus ...
- 27 — Neurosonografie**
- 30 — Berufspolitische Einflussnahme zwischen berechtigter Hoffnung und Utopie**
- 34 — Vereinbarung über integrierte Versorgung**
Bessere Psychotherapie für Kinder und Jugendliche
- 38 — Landesverband Bayern lässt nicht locker!**

Beruf aktuell

- 43 — Compliance bei Schizophrenie verbessern**
Unentbehrliche Psychoedukation
- 46 — Gebührenrahmen**
Höhere Sätze sind erlaubt
- 48 — Abweisung eines Patienten in rechtlicher Grauzone**
- 50 — Offenes Forum**

Vorbeugende Programme ...



... waren neben der Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege als vierte Säule im Gesundheitswesen vorgesehen. Doch jüngst hat der Bundesrat den Entwurf des Präventionsgesetzes abgelehnt. Nun soll der Vermittlungsausschuss einen Kompromiss finden.

16

Klares Plädoyer ...

... für den zum Jahresbeginn 2007 vorgesehenen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. In einem Schreiben an die Bundesgesundheitsministerin fordert der BVDN – im Interesse chronisch neurologisch oder psychiatrisch Erkrankter – nachdrücklich die fristgerechte Einführung.

24

Abweichende Gebührensätze ...



... von der GOÄ sind möglich. Auch oberhalb des 3,5-fachen Gebührensatzes der GOÄ kann der Arzt im Einzelfall sein Honorar festlegen, wie das Bundesverfassungsgericht festlegte. Dabei sind jedoch einige Voraussetzungen zu beachten.

46

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

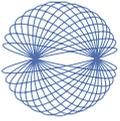
Dagmar Differt-Schiffers,
Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss,
Tel. (0 21 31) 2 20 99-20,
Fax (0 21 31) 2 20 99-22,
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Die **Adressen** der Funktionsträger und Autoren des BVDN, BDN und BVDP finden Sie auf S. 122 ff.

Titelbild

Ist auch der „Kopf“ einer der vielen, in wirkungsvoller Farbgestaltung umgesetzten Reiseeindrücke von Ronald Wersching? (S. 112 f.)





Fortbildung

- 52** — **Gewichtsmanagement unter atypischen Antipsychotika**
Das Adipositas-Dilemma
- 56** — **Wie evident ist Evidenz-basierte Medizin?**
Eine Betrachtung (auch) über „atypische“ Neuroleptika
- 64** — **Phänomen des Serienmordes – Teil 2**
Psychodynamisch-kriminologische Erklärungen
- 68** — **Bedeutung neuer Antiepileptika**
Leitlinien-basierte Ersteinstellung bei Epilepsie
- 71** — **Journal Club**
- 75** — **Kasuistiken**
- 88** — **CME-Quiz**

Journal

Arzt & Recht

- 90** — **Alterseinkünftegesetz**
- 93** — **Neues Berufshaftpflichtkonzept für BVDN-Mitglieder**
- 94** — **Buchtipps**
- 97** — **Reisezeit**
Königsberg – runder Geburtstag einer eckigen Stadt
- 103** — **Markt & Forschung**
- 112** — **NEUROTRANSMITTER-Galerie**
Unbändige Experimentierfreude
- 114** — **Termine**
- 118** — **BVDN/BDN/BVDP**
Mitgliedschaft/Struktur
- 125** — **Impressum**



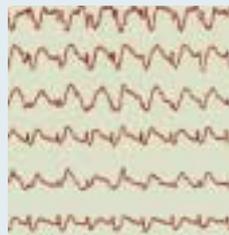
Mangelnde Therapietreue ...

... von Schizophreniepatienten führt nicht selten zu den von Betroffenen und Angehörigen gefürchteten Rückfällen. Eine belastende, massive Gewichtszunahme unter einigen Antipsychotika ist oftmals die Hauptursache für die fehlende Compliance.

52

Wiederkehrende Anfälle ...

... zu verhindern, ist Ziel der antiepileptischen Therapie. Welche Maßnahmen dazu geeignet sind und wie bei einem ersten Anfallsereignis die richtige Diagnose zu stellen ist, erläutert Prof. Dr. Andreas Hufnagel praxisrelevant anhand der DGN-Leitlinien.



68



Festliches Jubiläum ...

... begeht in diesem Jahr Kaliningrad, das ehemalige Königsberg. Keine andere Stadt hat nach Kriegsende ihr Aussehen und das Leben der Menschen so verändert wie diese russische Ostsee-Metropole.

97

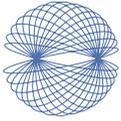
Wichtiger Hinweis!

Diese Ausgabe enthält auf Seite 116 f. den Therapie Report aktuell „Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI): Wirkmechanismus mit Praxisrelevanz“. Beigelegt finden Sie den Kongress Report aktuell „Therapie sollte antiinflammatorisch und neuroprotektiv sein: Nicht nur die Entzündung ist entscheidend“, den Kongress Report aktuell „Geschlechtsspezifische Anforderungen an die Therapie: Erfülltes Sexualleben bei Epilepsiekranken“ sowie das Medizin Forum aktuell „Wirksam und mit 15-jähriger Erfahrung: Neue Add-on-Option in der Epilepsitherapie“.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Neue DGPPN-Geschäftsstelle

Ab sofort verfügt die DGPPN über eine „ständige Vertretung“ in der Hauptstadt. Repräsentant der Fachgesellschaft und Ansprechpartner für die Öffentlichkeit ist der neue Hauptgeschäftsführer, Dr. Thomas Nessler; zu erreichen über: Hauptgeschäftsstelle Berlin, Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin, Tel. (0 30) 28 09 66 01 /02, Fax (0 30) 28 09 3816, E-Mail: t.nessler@dgppn.de



Punktwert 1,5 Cent: KV Mecklenburg-Vorpommern klagt

➔ Die KV Mecklenburg-Vorpommern hat vor dem Sozialgericht Schwerin Klage gegen den Mindestpunktwert von 1,5 Cent eingereicht. Der umstrittene Punktwert im Honorarverteilungsmaßstab wurde vom Landesschiedsamt unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Jürgen Wasem festgelegt.

Die KV hatte ursprünglich 5,1 Cent beantragt; damit wäre jedoch die zur Verfügung stehende Gesamtvergütung überschritten worden. Das Schiedsamt hatte auch eine entsprechende Reduzierung des Regelleistungsvolumens mit geringeren Fallzahlen oder Fallpunktzahlen abgelehnt.

In einem Rundschreiben an ihre niedergelassenen Ärzte betont die KV Mecklenburg-Vorpommern, dass das Landesschiedsamt der gesetzlichen Forderung nach einer Kalkulationssicherheit der Praxiseinkommen nicht entspricht. Die KV hat beim Sozialgericht auch einen Antrag auf einstweilige Verfügung gegen den Schiedsspruch eingelegt. **af**



Bedarf an professioneller Pflege nimmt zu

➔ Rund 2,1 Millionen Menschen waren im Dezember 2003 pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Dies bedeutet einen Anstieg um 1,8 % oder um 37.000 Menschen gegenüber dem Jahr 2001. 81 % der Pflegebedürftigen waren älter als 65, 32 % älter als 85 Jahre. Über zwei Drittel der Pflegebedürftigen waren Frauen. Knapp 60 % der Pflegebedürftigen (1,4 Millionen) wurden zu Hause versorgt, wobei zirka 990.000 ausschließlich Pflegegeld erhielten. Sie wurden also in der Regel allein von Angehörigen gepflegt. Die übrigen 450.000 zu Hause versorgten Pflegebedürftigen wurden von ambulanten Pflegediensten betreut. Der Trend geht weg von der familiären Pflege in Richtung einer professionellen Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste. Die Anzahl der im

Heim betreuten Pflegebedürftigen nahm im Vergleich zu 2001 um 5,9 % zu, die der ambulant durch Dienste versorgten Patienten um 3,6 %. Die Zahl der Pflegegeldempfänger, also Patienten, die alleine von den Angehörigen im familiären Rahmen versorgt werden, nahm um 1,4 % ab.

Kommentar: Die Zahlen zeigen, warum die Pflegeausgaben immer höher werden: Der Trend von der Großfamilie zur Ein-Generationenfamilie und von hier zu (scheidungsbedingten) Single-Haushalten wird sich weiter verstärken. Damit nimmt der Bedarf an professioneller Pflege zu. Auch hier wird man aus volkswirtschaftlichen Überlegungen nicht umhin können, mehr Eigenverantwortung zu fordern und Eigenfürsorge zu fördern. **gc**

Praxisgebühr: Einigung beim Einzugsverfahren

Die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich am 24. Mai auf ein gemeinsames Vorgehen beim Einzug der Praxisgebühr verständigt. Wie bisher sollen Vertragsärzte beziehungsweise KVen die Praxisgebühr einziehen. Die Kassen beteiligen sich jedoch an den dabei entstehenden Kosten: Für 2004 erstatten sie den KVen die Gerichtskosten, für 2005 und 2006 gibt es die Portokosten zurück, die den niedergelassenen Ärzten und den KVen durch Mahnverfahren entstanden sind. Hinzu kommen Mahn- und Vollstreckungskosten einschließlich der Gerichtskosten. Je Mahnverfahren durch die KVen zahlen die Kassen eine vorläufige Aufwandsentschädigung von 3,50 EUR. Dabei ist die Anzahl der Fälle, in denen die Krankenkassen sich zur Erstattung verpflichten, auf maximal 0,2 % aller Zuzahlungsfälle je KV beschränkt.

Kassen und KBV werden weiterhin den Gesetzgeber auffordern, bessere Regelungen für gerichtliche oder außergerichtliche Mahnverfahren zu erlassen. Wie Dr. Roland Stahl, Pressesprecher der KBV, der Redaktion mitteilte, soll es in Zukunft möglich sein, (notorische) Nichtzahler auch mit mehr als 10 EUR zu belangen. **af**

Kritik an Reform der Arzneimittelzulassung

➔ Das bisherige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) soll nach den Vorstellungen des Bundeskabinetts in die Deutsche Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur (DAMA) umgewandelt werden. Der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen hatte kritisiert, dass innerhalb dieser Agentur auch die Bundesstelle für Pharmakovigilanz als abhängige Institution etabliert werden sollte. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt reagierte auf die Kritik: Zwar bleibt die Bundesstelle für Pharmakovigilanz innerhalb der DAMA bestehen, jedoch wird diese Bundesstelle ihre Entscheidungen unabhängig von der Zulassung eines Medikaments treffen dürfen. Ein Vorstand für Fragen der Pharmakovigilanz soll unabhängig von der DAMA agieren.

Das Bundesgesundheitsministerium verspricht sich von der Umstellung schnellere Prüfungs- und Zulassungsverfahren. **af**





Nummern und Konten bei der Fortbildung

➔ Die Bayerische Ärztekammer (BLÄK) plant zusammen mit weiteren Landesärztekammern noch für dieses Jahr die Einführung einer Fortbildungskarte. Mit dieser Karte sollen in Zukunft Fortbildungspunkte einheitlich erfasst und einem individuellen Fortbildungspunktekonto des Arztes gutgeschrieben werden.

Die Fortbildungskarte enthält eine einheitliche Fortbildungsnummer (EFN). Hat der Arzt eine Fortbildung erfolgreich absolviert, sendet deren Veranstalter diese Fortbildungsnummer des Arztes zusammen mit einer separaten Veranstaltungsnummer (VNR) an einen zentralen Server. Mit Hilfe dieses Rechners (elektronischer Informationverteiler, EIV), wird die erworbene Punktzahl dann auf dem persönlichen Fortbildungspunktekonto des Arztes verbucht.

Der Server steht im Rahmen einer Pilotphase seit Mai bei der BLÄK; ab Herbst soll der Rechner an die Bundesärztekammer übergeben werden. Bereits für den Oktober ist die Einführung der Fortbildungskarte vorgesehen. **af**

Präventionsgesetz im Vermittlungsausschuss – Kritik von Opposition und Ärzten

➔ Mit den Stimmen der unionsgeführten Bundesländer hat der Bundesrat Ende Mai den Entwurf eines Präventionsgesetzes abgelehnt und an den Vermittlungsausschuss überwiesen. Der Gesetzesentwurf sieht Ausgaben in Höhe von 250 Mio. EUR jährlich vor, die insbesondere in den „Lebenswelten“ (Arbeitsstelle, Kindergärten, Schulen, Sportstätten, Stadtviertel, Altenheime) eingesetzt werden sollen (vgl. S. 16 f.). Pro Jahr sind 50 Mio. EUR für eine „Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung“, 100 Mio. EUR direkt für die „Lebenswelten“ und 100 Mio. EUR für versicherungseigene Präventionsprogramme vorgesehen. Finanziert werden sollen diese Ausgaben über die gesetzlichen Krankenversicherungen, die Rentenversicherung sowie Unfall- und Pflegeversicherung. Sprecher der Oppositionsparteien befürworten prinzipiell die Stärkung der Prävention, haben jedoch große Bedenken bei der konkreten Umsetzung und äußerten verfassungsrechtliche Bedenken. Die gesundheitliche Sprecherin der Unionsfraktion, Anette Widmann-Mauz kritisierte, dass die Finanzierung über die Sozialkassen den Beitragszahler erneut „zum Lastesel der Nation“ mache. BÄK-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe hatte bereits vor wenigen Monaten mit Nachdruck gefordert, dass Arztpraxen und Krankenhäuser mehr in die Prävention integriert werden sollten: „Es bleibt uns allerdings unverständlich, warum mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf ärztlicher Sachverstand weitgehend ausgeblendet wird. (...) Gerade Ärztinnen und Ärzte haben doch alters- und schichtunabhängig einen vertrauensvollen Zugang zu den Menschen. Arztpraxis und Krankenhaus sind ideale Orte für eine gesundheitliche Aufklärung und krankheitsvorbeugende Maßnahmen.“

Experten gehen davon aus, dass das Gesetz in dieser Legislaturperiode mit großer Sicherheit nicht mehr verabschiedet werden wird. **af**



© Archiv

Integrierte Versorgung Homöopathie

➔ Der Deutsche Zentralverein homöopathischer Ärzte, der Deutsche Apothekerverband und die Deutsche BKK haben einen Vertrag zur integrierten Versorgung abgeschlossen. Seit Juni können die 1,1 Millionen Versicherten der größten Betriebskrankenkasse Behandlungen mit klassischer Homöopathie in Anspruch nehmen. Die Leistungen umfassen unter anderem Erst- und Folgeanamnese, Arzneiauswahl, homöopathische Analyse und Beratung. Apotheken unterstützen die Patienten durch Beratung zu Art und Dauer der Arzneianwendung und den Besonderheiten, die bei der klassischen Homöopathie zu beachten sind. Zudem stehen Ärzte und Apotheker bei der Dokumentation der Therapie im Informationsaustausch. **af**

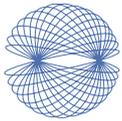


© Archiv

Neue Ideen bei der Arzneimittelvereinbarung in Hamburg

Die KV Hamburg und die Landesverbände der Krankenkassen haben sich auf die Ausgabenvolumina für das Jahr 2005 geeinigt. Das Volumen für Arznei- und Verbandmittel beträgt 444,2 Mio. EUR und liegt damit um 6,9% höher als im Vorjahr. Die entsprechende Summe für Heilmittel beträgt 66,2 Mio. EUR (Erhöhung um 1,6%). Neu an der Vereinbarung sind indikationsbezogene Zielvereinbarungen, die zum 1. Juli 2005 in Kraft treten. Hier wird eine Reihe von Substanzklassen (Analgetika, Asthma-Mittel, nichtsteroidale Antirheumatika, Substanzen mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System, Antidepressiva etc.) genannt, für die jeweils bestimmte Einsparungen der DDD (definierte Tagesdosen) vereinbart wurden.

KV und Kassen haben sich darauf verständigt, dass die Ärzte unverzüglich informiert und entsprechend instruiert werden, wenn das geplante Ausgabenvolumen für 2005 voraussichtlich um mehr als 1% überschritten wird. Nach der Entscheidung des Schiedsamts wird eine Verrechnung der Arzneimittelüberschreitungsbeiträge der zurückliegenden Jahre mit der Gesamtvergütung durch eine rückwirkende Malusregelung nicht stattfinden. **af**



Kooperationsvereinbarung

Miteinander für bessere sozial-psychiatrische Versorgung

Die Berufsverbände und der Dachverband Gemeindepsychiatrie wollen in Zukunft intensiver zusammenarbeiten, um diejenigen Menschen zu unterstützen sowie Arbeitsansätze und Konzepte zu stärken, die sich an Bedürfnissen, Ressourcen und Perspektiven seelisch belasteter und psychisch erkrankter Menschen orientieren. Aus diesem Grund haben der BVDN, der BVDP und der Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. am 13.5.2005 eine richtungsweisende Kooperationsvereinbarung geschlossen.

Die Vertragsunterzeichnung war eingebunden in eine gemeindepsychiatrische Fortbildungsveranstaltung in Hürth bei Köln, die von BVDP-Vorstandsmitglied Dr. Sibylle Schreckling ausgerichtet wurde. „Die betroffenen Menschen“, so Hansgeorg Ließem, Geschäftsführer des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie, „wünschen sich gerade bei psychischen Erkrankungen stabile Beziehungen zu fachlich erfahrenen, menschlich einfühlsamen und professionellen Begleitern, die ihre medizinischen und sozialen Sorgen und Probleme im Zusammenhang mit persönlicher Biografie und gesellschaftlichem Umfeld einzuordnen verstehen. Sie erwarten Hilfen, die sich möglichst ohne negative Beeinträchtigung des Alltags-

lebens annehmen lassen (...).“ Die drei Verbände sind davon überzeugt, dass die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens langfristig nur bei Stärkung und weiterer Förderung der ambulanten Struktur zu erreichen sein wird. Sie halten es für nötig und möglich, die Kooperation der im Gesundheitswesen Tätigen ganz im Sinne der Betroffenen zu verbessern und unter Erhalt der Individualität der Beratungssituationen. „Neue Megastrukturen nach dem Muster industrieller Kapitalzusammenführung“ stellen dabei für die Kooperationspartner keinen Orientierungsrahmen dar.

Vielmehr hat Kooperation zum Ziel, unvermeidliche Managementtätigkeiten zu minimieren, um mehr Zeit für die eigentliche Beratungs- und Behandlungsarbeit zu gewinnen. Gleichzeitig sollen wirtschaftliche Ressourcen nutzbar gemacht und Risiken, gerade bei innovativen Projektansätzen, reduziert werden. BVDN, BVDP und der Dachverband Gemeindepsychiatrie wollen daher die Zusammenarbeit auf politischer Ebene intensivieren, zum Beispiel bei eigenen Veranstaltungen mit wechselseitigen Einladungen, auch um Mitglieder und Öffentlichkeit über Probleme und Sichtweisen der Partner zu informieren. Mit gemeinsam entwickelten Modellprojekten sollen gemeinschaftliche Ziele wirkungsvoller erreicht werden. Als erste Projektbereiche werden die Arbeitsfelder Integrierte Versorgung, Sozio-Therapie und vor allem die Umsetzung des Grund-



© Archiv

Dr. med. Frank Bergmann
1. Vorsitzender BVDN

satzes „ambulant vor stationär“ genannt. Im Einzelnen verstehen die Verbände darunter eine Verbesserung der ambulanten Versorgungsstruktur und die engere Vernetzung zwischen ärztlichen und psychosozialen Funktionen (z. B. nach dem Vorbild der Sozialpsychiatrievereinbarung im Kinder- und Jugendlichenbereich). Im Rahmen eines gemeinsam betriebenen Netzwerkes Sozialpsychiatrie sollen die Projekte in Deutschland besser und schneller realisiert werden.

Der Kooperationsvertrag wurde von Dr. Christa Roth-Sackenheim, BVDP, Günter Ernst-Basten, Vorsitzender des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie und von mir unterzeichnet.

Ihr



Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

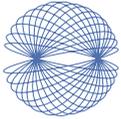


© Archiv

Günther Ernst Basten
1. Vorsitzender des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e. V.

Aus dem Vorstand

Der Vorstand hat der Bitte von Dr. Ralf Bodenschatz entsprochen und ihn von den Pflichten als Schatzmeister entbunden. In einem einstimmigen Vorstandsbeschluss wurde Dr. Dr. Paul Reuther ab sofort als kommissarischer Schatzmeister beauftragt. Bodenschatz wird sich schwerpunktmäßig um seine originäre Aufgabe, die Belange der neuen Bundesländer, kümmern.



Fachtagung Psychiatriereform

Neuerlich, harsche Kritik an aktueller Gesundheitspolitik

Unter dem Motto „5 Jahre Abteilungspsychiatrie in Ludwigshafen – 10 Jahre Psychiatriereform in Rheinland Pfalz. Was ist erreicht, was bleibt zu tun“ veranstalteten das Krankenhaus „Zum Guten Hirten“ und die Stadt Ludwigshafen am 3.2.2005 eine örtliche Fachtagung. Zu dieser Thematik wurde von den niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern in und um Ludwigshafen noch am selben Tag ein kritisches gesundheitspolitisches Statement abgegeben.

Nachdem am Vormittag der Veranstaltung die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Malu Dreyer unter anderem dargestellt hatte, was in der Psychiatrie des Bundeslandes bereits geleistet wurde, hat sich die politische Landes- und Stadtprominenz zur Nachmittagssitzung leider verabschiedet, in der von mir im Namen aller Ludwigshafener Kollegen das folgende Statement vorgetragen wurde. Diese gemeinsam verfasste Mitteilung kam dennoch im weiterhin vollbesetzten Saal beim fachkundigen Publikum sehr gut an. An dieser Stelle verzichte ich auf meine damalige Einleitung, die sich mit den örtlichen Gegebenheiten auseinandersetzte und die jahrzehntelange Erfahrung des Fachgruppensprechers mit hiesigen psychiatrischen Missständen ansprach und beginne mit den Kerngedanken meiner Rede:

„Ich werde mich auf drei Punkte beschränken, die in ihrem kritischen Sachverhalt von der großen Gesundheitspolitik zu verantworten sind, im Detail auf kleinerer Ebene ungemein destruktiv unsere Arbeit behindern und alle Reformen ins Leere laufen lassen können.

Ad 1: Jeder von uns würde einen Bauherrn für verrückt erklären, wenn er seinen Zimmerleuten, die für ihn das Dach aufzurichten sollen, Säge, Hammer, Beil und Nägel wegnehmen ließe. Genau das wird aber mit uns Nervenärzten gemacht. Es konterkariert jede Reformbemühung, wenn mit viel Aufwand, wie zum Beispiel im Wichern-Institut und den angeschlos-

senen Werkstätten, in Tagesstätten, Tageskliniken, ja in jedem Reha-Programm versucht wird, die Antriebsarmut der chronisch Kranken, die Kognition und die Affektivität zu mindern und dann die verordnenden Behandler über Budgetvorgaben gezwungen werden, gerade die Medikamente einzusetzen, die auf die Minussymptomatik negativ, also antriebsverlangsamend, Denken erschwerend und affektiv einengend wirken. Es gibt viele moderne Neuroleptika, die gerade hier ihren Vorteil haben, die aber schon in Kleinpackungen mehrere hundert Euro kosten, im Gegensatz zu den alten Präparaten, für die nur wenige Euro verlangt werden. Erst jetzt zum Jahreswechsel sind wieder zwei Drittel von uns



© Archiv

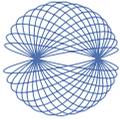
Dr. J.-U. Zimmerer

fand klare und mahnende Worte zur berufspolitischen Situation bei der Fachtagung zur Psychiatriereform.

niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern mit Regressandrohungen konfrontiert worden, weil sie zugunsten ihrer Patienten die modernen und vorteilhaften Medikamente rezeptiert haben, wobei sich die zurückzufordern Summen in so astronomischen Höhen bewegen, dass – würden die Regresse realisiert – nicht nur die Praxis weg wäre, sondern auch große Teile des bisher Erarbeiteten. Das sind für alle Beteiligten unhaltbare Zustände. Diesem Stress darf man uns politischerseits nicht immer wieder aussetzen, wenn man sonst auf unsere Mitarbeit angewiesen ist, beispielsweise bei der Umsetzung so fragwürdiger Maßnahmen wie dem Inkasso der Praxisgebühr. Ein kurzes Beispiel für unsere Budgetknappheit: 1 mg Ziprasidon, eines der moderneren Medikamente, kostet etwa 1 EUR. 10 mg werden als Erhaltungstherapie gewöhnlich gebraucht, kosten also 10 EUR pro Tag. Rund 100 EUR stehen pro Quartal, also für rund 100 Tage, pro Patient zur Verfügung. Nach zehn Tagen ist aber das Budget für diesen Patienten verbraucht. Um nicht regressiert zu werden, muss der Behandler also zur Kompensation neun Patienten ohne Medikamente belassen. Welchem Arzt ist es da zu verdenken, wenn ihm sein Hemd das nächste ist, er auf die Innovationen pfeift und trotz besseren Wissens nachteiligere, billigere Medikamente ausgibt und so wohl oder übel sämtliche Reformbemühungen unterläuft?

Um es noch pointierter zu sagen: Ich kenne keine anderen Berufsgruppen, auch keine Politiker, die mit Haus und Hof so für ihr Tun haften. Dabei handeln die zum Regress anstehenden Kollegen fachlich richtig und ethisch einwandfrei. Wenn dann noch besserwisserische, professorale Meinungsbildner, die noch nie eine Praxis von innen gesehen haben, meinen, wir hätten einen Informationsrückstand und so auch die Gesundheitsministerin beraten, ist das Maß voll.“

„Ad 2: Das psychiatrische Gespräch mit den schwerer kranken Patienten wird behindert, wenn wir Niedergelassenen, wie viele andere auch, für das gleiche Geld in gleicher Zeit das zwei- bis dreifache arbeiten müssen. Das mussten wir mit dem Totschlagargument hinnehmen, dass über die Verringerung der Lohnnebenkosten Arbeitsplätze geschaffen wür-



den. Dem war aber nicht so, wie wir alle inzwischen wissen. Für uns ist die Politik in diesem Punkt nicht mehr glaubwürdig genug. Ursprünglich erklärend gemeinte Vokabeln wie Standortsicherung, Ökonomisierung, Globalisierung, Flexibilisierung, Deregulierung der Märkte sind zu Reizworten mit gezieltem Desinformationsgehalt geworden, weil sie nicht halten können, was sie versprechen und durchsichtig einseitigen Profitinteressen nutzen. Auch hier ist von uns Nervenärzten täglich derselbe ethische Spagat gefordert, nämlich einen vertretbaren Weg zwischen dem eigenen Verdienst einerseits und der Sorge um die Patienten andererseits zu finden. Beides muss gewährleistet sein. Hier muss im Großen wie im Kleinen ein ständiger Abgleich stattfinden, sonst werden wir unseren Aufgaben nicht mehr gerecht. Geld, sprich Ökonomisierung und was damit alles sachzwangmäßig verbunden wird, darf nicht unsere höchste Leitlinie darstellen. Wir dürfen nicht durch staatliche Reglementierungen in ein Hamsterrad gesetzt werden, in dem wir diesen Abgleich nicht mehr schaffen können, die persönlichen Gespräche zu kurz kommen und wir von einem unreflektierten, industriell vorgegebenen, überwiegend biologischen Menschenbild unterstützt, die wirkliche Anteilnahme nicht mehr leisten können. Hier mag der neue EBM mit seiner besseren Bewertung des psychiatrischen Gesprächs vielleicht eine Hilfe sein.

Mehr Menschlichkeit mahnen wir auch in allen anderen Arbeitsbereichen an. Inzwischen sind auf dem Arbeitsmarkt, in dem sich ein chronisch psychisch Kranker schon lange nicht mehr behaupten kann, auch diejenigen fällig, die dem hohen Arbeitstempo und dem durch Personaleinsparungen erzeugten, extremen Arbeitsdruck nicht standhalten können. Sie werden mit allen legalen und illegalen Mitteln zur Aufgabe gebracht. Unsere Praxen sind voll von diesen Patienten.

Ich hätte noch viele Themen, wie etwa mögliche weitere Reformschritte in der Psychiatrie, die weitere Dezentralisierung von Heimen weg in geeignete Familien. Hier könnte ein sehr sinnvoller Arbeitsmarkt unter Nutzung so antiqualitativer Ressourcen wie die Nestwärme einer Familie entstehen. Ob das aber in

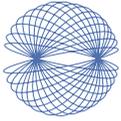
einer so ganz am Geld orientierten Gesellschaft möglich wäre, bezweifle ich.

Ad 3: Es passt ganz in unsere, oft so liebevolle, von vielen versteckten Grausamkeiten geprägte Zeit, dass auch wir niedergelassenen Fachärzte, wenn auch nur gerüchteweise, permanent in Unsicherheit über unsere Zukunft gehalten werden. Wir sollen abgeschafft werden zugunsten großer, übergreifender Klinikambulanzen; also wieder Zentralisierung statt umgekehrter Maßnahmen. Nicht nur, dass wir so genauso verunsichert werden, wie viele andere Arbeitnehmer auch, die diesem permanenten Druck ihrer rigorosen Konzerne nicht weiter gewachsen sind, nein, damit wird auch unsere wertvolle Arbeit einfach wegrationalisiert. Jahrzehntelange Vertrauensverhältnisse mit Patienten, lange gemeinsame Wege, die es dem Behandler ermöglichen, schon bei kleinen Veränderungen zu reagieren, also eine menschlich hochwertige und optimierte, inzwischen fast partnerschaftliche Arbeit mit den Patienten, werden einfach zur Diskussion gestellt, weil sie nicht mehr in unsere ökonomiebegeisterte Landschaft passen. Das wollen wir uns nicht weiter unwidersprochen gefallen lassen.

Ich möchte zum Schluss kommen, aber nicht ohne zu einer Erneuerung von innen heraus aufzurufen. Es muss wieder Konsens werden, dass im Mittelpunkt unseres ganzen Bemühens der Mensch steht. Werteverhebungen in Richtung einseitiger ökonomischer Interessen sollten wir bei uns, aber auch bei anderen aufmerksam und extrem kritisch erkennen und sehr rigide darauf reagieren.

Mit einem Zitat von Paulus will ich mein Statement auf einen Nenner bringen: ‚Wenn ich mit Engels- und Menschenzungen redete und hätte der Liebe nicht, so wäre ich ein tönend Erz oder eine klingende Schelle.‘ Den Vers könnte man so in unsere Zeit übersetzen: Und wenn ich die Märkte voraussagen, unendlich Profit machen könnte, wüsste alle ökonomischen Rezepte und könnte damit massenhaft Arbeitsplätze schaffen, um alle die so schönen Reformen umzusetzen, und hätte der Liebe nicht, so wären ich und alles nichts.“

Dr. med. U.-J. Zimmerer, Ludwigshafen



Präventionsgesetz Wunderwerk oder Bürokratismus?

Von der Prävention werden wahre Wunder erwartet. Nicht nur die Kosten im Gesundheitssektor sollen sinken, man erwartet sogar eine Verbesserung der Volksgesundheit. Die Finanzierung jedoch bleibt nach wie vor unklar und bietet reichlich Zündstoff für gesundheitspolitische Auseinandersetzungen.

Forderungen der GKV-Spitzenverbände im Wortlaut

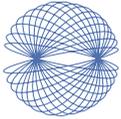
- Vermeiden neuer „Verschiebehahnhöfe“: Offenlegung und Fortschreibung der steuerfinanzierten Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Selbsthilfe durch Bund, Länder und Gemeinden, finanzielle Einbeziehung von Arbeitsförderung (Bundesagentur für Arbeit) und privater Kranken- und Pflegeversicherung
- Begrenzung der beitragsfinanzierten gesundheitlichen Aufklärung auf die primärpräventiven Projekte der sozialen Präventionsträger
- Beibehaltung der mit Bundesministerin Ulla Schmidt vereinbarten Höhe der Mittel für die Stiftung und „Lebenswelt“-bezogenen Projekte in Höhe von 50 Mio. EUR anstelle von 150 Mio. EUR
- Wahrung der Verfügungs- und Entscheidungshoheit der sozialen Präventionsträger über eingebrachte Mittel und über den Bereich der gesundheitlichen Prävention, in dem nicht verausgabte Mittel im Folgejahr eingesetzt werden
- Inkrafttreten des finanzwirksamen Teils des Präventionsgesetzes nicht vor dem 1.1.2006
- selbstverwaltungsnaher Ausgestaltung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung
- unbürokratische Lösungen, nach denen keine regelmäßigen Abstimmungen mit Ländern und Gemeinden erfolgen müssen
- Verbindlichkeit einheitlicher Präventionsziele für Bund, Länder- und Gemeinden und keine „Verwässerung“ der Ziele durch regionale Abweichungen
- klare Abgrenzung der Zuständigkeiten bei der Leistungserbringung durch die sozialen Präventionsträger
- eigenverantwortliche „Lebenswelt“-Projekte durch die sozialen Präventionsträger und Anrechnung auf das Landesbudget ohne zeitliche Begrenzung

Das vorliegende Präventionsgesetz konnte die Hürde des Bundesrates nicht nehmen. Am 27. Mai wurde es mit der Mehrheit der unionsregierten Länder abgelehnt und der Vermittlungsausschuss angerufen. Der „Bundesstiftung Prävention“ wird Mangel an Transparenz und bürokratische Organisationsstruktur vorgeworfen. Vor allem aber geht es um die Finanzierung durch Krankenkassen, Bund und Länder. Die Krankenkassen behaupten, sie hätten durch eigene Anstrengungen im Rahmen der Prävention bereits erhebliche Finanzmittel eingebracht, sodass sie zu zusätzlichen finanziellen Zugeständnissen kaum bereit sind. Die GKV will nicht akzeptieren, dass Bund und Länder ohne wesentlichen eigenen Finanzierungsanteil mitentscheiden wollen, was mit den Präventionsgeldern geschieht. Die Bundesregierung stellt die gesundheitliche Wirkung der Prävention in den Vordergrund. Sie komme Kindern und Jugendlichen ebenso zugute wie Menschen im Erwerbs- und Rentenalter. Eine entscheidende Rolle bei der Volksgesundheit spiele der Lebensstil, also Ernährung, Bewegung, der Umgang mit Stress und Suchtmitteln, Infektionsrisiken, Unfälle, Arbeitsbedingungen und Umwelt. Es handle sich hier um Faktoren, die von jedem selbst wirksam zu beeinflussen seien.

Keine Entlastung durch Prävention

Prof. Dr. Fitz Beske, Nestor der Gesundheitspolitik in Deutschland und einer der wichtigsten Kritiker des Präventionsgesetzes, stellt in Abrede, dass mehr Prävention die Finanzsituation der GKV entlastet. Prävention könne zwar Behandlungskosten im Einzelfall sparen und Arbeitsunfähigkeit reduzieren. Damit werde aber das GKV-System nicht billiger. Die Individuen lebten zwar durch Präventionsmaßnahmen gesünder, aber auch länger. Aus diesem Grunde kommt es wiederum zu erhöhten Gesundheitskosten. Letztendlich hat man wohl nur die Wahl, durch Prävention etwas geringer gehaltene Gesundheitskosten beim Individuum länger zu bezahlen oder wie bisher höhere Gesundheitskosten bei durchschnittlich kränkeren Individuen über einen kürzeren Zeitraum. In der Bilanz ergibt sich jeweils der gleiche GKV-Kosteneinsatz.

© Archiv



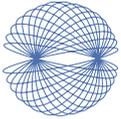
Vom BMGS formulierte Handlungsfelder der Prävention im Wortlaut

- **Ernährung und Bewegung:** Zu einer gesundheitsfördernden Lebensführung gehören ausreichende Bewegung und ausgewogene Ernährung. Dem zunehmenden Übergewicht, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und dem damit verbundenen Krankheitsrisiko, muss entgegengewirkt werden.
- **Sicher und gesund arbeiten:** Die Arbeitswelt ist auch heute noch gekennzeichnet durch arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren, die Gesundheitsbeeinträchtigungen, Erkrankungen oder Unfälle verursachen oder mit verursachen. Der Präventionsauftrag, der sich insbesondere an die Arbeitgeber richtet, reicht von der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten über die Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren bis hin zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit.
- **Risiken erkennen – Sucht verhindern:** Drogen- und Suchtprobleme beim Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Suchtmitteln stellen in Deutschland kein Problem von Randgruppen dar. Über 9 Millionen suchtkranke Menschen leben in Deutschland. Die Reduzierung der gesundheitlichen, sozialen und volkswirtschaftlichen Schäden durch Suchtmittelkonsum ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung.
- **Gewaltfrei und gesund leben:** Gewalt ist in der heutigen Gesellschaft ein allgegenwärtiges Problem. Sie gefährdet in besonderer Weise Kinder, Frauen und alte Menschen. Misshandlungen und Gewalterfahrungen wirken sich negativ auf ihre Gesundheit, ihr Gesundheitshandeln und ihre Gesundheitschancen aus. So vielfältig die Quellen und Formen der Gewalt, so zahlreich sind auch die Ansatzpunkte zu Verringerung oder Verhinderung. Gewalt kündigt sich häufig schon im Vorfeld an, Vorsorge ist möglich.
- **Gesunde Umwelt, gesunder Mensch:** Menschen brauchen eine Umwelt, in der sie gesund leben können. Eine konsequente Politik der gesundheitlichen Prävention muss daher auch gesundheitsfreundliche Umweltbedingungen schaffen sowie Gesundheitsrisiken aus der Umwelt vermeiden und vermindern. Vorbeugender Umwelt- und Gesundheitsschutz wirkt etwa der Belastung von Luft, Wasser und Boden entgegen.
- **Sicherheit im Straßenverkehr:** Mobilität ist untrennbarer Bestandteil unseres täglichen Lebens. Um sie nachhaltig, umweltgerecht und sicher zu gewährleisten, gilt es, die Bewegungsmöglichkeiten für Fußgänger und Radfahrer weiter zu verbessern, Menschenleben im Straßenverkehr zu schützen und auch den gesellschaftlichen Schaden durch Straßenverkehrsunfälle dauerhaft zu vermindern.
- **Gesundes Leben, gesundes Wohnen:** Sowohl die Bauweise geförderter Wohnungen als auch deren Einbettung in sozial stabile Bewohnerstrukturen tragen zu einem gesunden Wohnen und damit zu einer gesunden Lebensweise bei.
- **Forschung, Evidenzbasierung und Qualitätssicherung:** Die Erwartungen an präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sind hoch und können nur erfüllt werden, wenn Trägern und Anbietern evidenzbasierte, qualitätsgesicherte und zielgruppenorientierte Präventionsmaßnahmen zur Verfügung stehen. Forschung trägt wesentlich zur Beantwortung der Frage bei, ob und in welchem Umfang eine Maßnahme tatsächlich Gesundheit, Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Menschen nachhaltig bewahren beziehungsweise verbessern kann.
- **Information und Aufklärung:** Bürgerinnen und Bürger benötigen qualitätsgesicherte und verständliche Informationen darüber, wie sie ihre Gesundheit erhalten können und welche Auswirkungen die Lebensführung auf die Gesundheit hat. Bei der Auswahl der Kommunikationswege – beispielsweise Kampagnen, Internetseiten, Publikationen, Veranstaltungen – ist den Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Informationsbeschaffung und -verarbeitung der jeweiligen Zielgruppe Rechnung zu tragen.

Prävention ist also nach Beske ein Wert an sich, spart aber keine Kosten im System. Prävention kann jedoch Krankheit und Tod hinaus zögern, individuelle Behandlungskosten sparen, Arbeitsunfähigkeit verringern, die Lebenszeit verlängern und die Lebensqualität erhöhen. Schon allein die Gesundheitskosten durch Rauchen und Alkoholmissbrauch beziffert Beske auf 40 Mrd. EUR pro Jahr. In der Finanzierung der Prävention sei es aber sinnvoller, bereits laufende Präventionsmaßnahmen von Bund, Ländern und Gemeinden zu stärken, als neue Bürokratie zu schaffen. Um Präventionsmaßnahmen zu finanzieren, wird von Beske eine Erhöhung der Alkoholsteuer um 70 % gefordert und außerdem ange-regt, eine Besteuerung der Tabakprodukte nach deren Gewicht vorzunehmen.

Die gesetzlichen Krankenkassen führen in ihrem Präventionsbericht 2003 an, den sie zusammen mit dem medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erstellt haben, dass sie die Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung seit 2001 fast verdoppelt und die nicht betrieblichen Projekte sogar mehr als vervierfacht haben. 1,1 Millionen Menschen seien mit insgesamt fast 3.000 Projekten der primären Prävention erreicht worden. Die Anzahl der Kursbesucher sei von zirka 350.000 auf mittlerweile 540.000 angestiegen. Es handelte sich beispielsweise um Bewegungs- oder Ernährungsberatungskurse in Betrieben, Schulen, Vereinen oder Stadtteilen („Lebenswelten“). Damit würden auch ansonsten sozial benachteiligte oder ausgegrenzte Bevölkerungsgruppen solche Angebote annehmen. Mehr als 50 % der Projekte hätten über ein Jahr lang gedauert. Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollte vor allem die körperliche Belastung am Arbeitsplatz reduziert werden. Daneben gab es aber beispielsweise auch Kurse zum Stressmanagement. In den Betrieben nahmen an den Maßnahmen, von denen die Hälfte länger als ein Jahr dauerte, insgesamt 1,7 Millionen Menschen teil. Die GKV hat für die Primärprävention im Jahr 2003 113,5 Mio. EUR ausgegeben.

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



EBM-Umsetzung in den KVen

Alle Befürchtungen bestätigt

Seit dem 1. April gilt der EBM 2000 plus. Fraglos ist dieser neue Einheitliche Bewertungsmaßstab ein Schlag ins Wasser. Alle negativen Entwicklungen, die wir prophezeit haben, sind eingetreten. Eine Übersicht soll dies für die jeweiligen KVen dokumentieren.

Unsere pessimistischen Erwartungen sind Realität geworden: Die Punktwerte liegen weit unterhalb von 5,11 Ct. Sie sind in den meisten KVen nicht fixiert sondern floatend. Eine Verteilungsgerechtigkeit zwischen den einzelnen Fachgruppen besteht nicht. Ähnliche Leistungen werden in verschiedenen Fachgruppen unterschiedlich hoch bewertet. Unterschiedliche Kostenstrukturen bei Leistungen aus fachübergrei-

fenden Kapiteln wirken sich zum Nachteil unserer Fachgruppe aus (z. B. Neurosonografie). Die falsche Kostenstrukturberechnung in der Neurologie führt zu niedrigen Leistungsbewertungen.

Punktwerte: Ziel weit verfehlt

Die Länder-KVen versuchen nun fast durchgängig, die bundesweiten Implikationen und Leistungskalkulationen des neuen EBM zu konterkarieren. Etwa



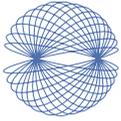
© PixelQuelle.de

Wer kennt sich noch aus im EBM-Dschungel?

Unterschiedliche Honorarbedingungen in den KVen

Kassenärztliche Vereinigung/ Landesverband:	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Südbaden	Nordbaden	Württemberg	Hamburg	Hessen
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater in einem Honorartopf?	ja	ja	ja	ja	ja	ja + Psychiatrie </> 30% PT	nein	ja	nein
Feste Punktwerte vereinbart?	nein	Schiedsamt: 4,23 Ct.	ja	ja	nein	ja	ja	Schiedsamt entscheidet	ja
Leistungsvolumen mit festem Punktwert prozentual?	aus 97,5% floatetender PW 1	Schiedsamt: Individualbudget wie zuvor	Fallwerte von 490–1.030 Punkte	70%	aus 70% floatender PW 1	100%	Individualbudget wie zuvor	5,11 Ct. von KV gefordert	80%
Restpunktwert floatend oder fixiert?	aus 2,5% floatender PW 2	Schiedsamt	floatend > 0,1 Ct.	floatend ca. 1 Ct.	aus 30% floatender PW 2	> 2,75 Ct	0 Ct.	0 Ct.	floatend
Höhe des Regelleistungsvolumens?	wie vor IV/04	Schiedsamt: Individualbudget wie zuvor	Fallwerte von 490–1.030 Punkte	wird nachgeregelt	Fallwerte von 8.00–2.600 Punkte	Festlegung Ende Mai	Fallwerte von 960–1.600 Punkte	wie vor II/03	Fallwerte von 677–1.185 Punkte
Zusatzbudgets berücksichtigt?	ja	nein	ja	ja		ja	ja	ja	nein
Fallzahlbegrenzung?	+ 5%	Schiedsamt: Individualbudgets wie zuvor	ja	ja	ja	ja	ja	nein	+ 2%
fixierter Punktwert Ersatzkassen	floatend	Schiedsamt entscheidet	4,1 Ct.	4,5 Ct.	nein	4,9 Ct.	4,5 Ct.	Schiedsamt entscheidet	4 Ct.
fixierter Punktwert Regionalkassen	floatend	Schiedsamt entscheidet	4,1 Ct.	4,5 Ct.	nein	4,9 Ct.	4,5 Ct.	Schiedsamt entscheidet	4 Ct.

PT = Psychotherapie; FZ = Fallzahl; FPZ = Fallpunktzahl; HVV = Honorarverteilungsvertrag; PW = Punktwert



Unterschiedliche Honorarbedingungen in den KVen

Kassenärztliche Vereinigung/ Landesverband:	Mecklenburg Vorpommern	Nieder- sachsen	Nordrhein	Rheinland- Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen- Anhalt	Schleswig- Holstein	Thüringen	Westfalen- Lippe
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater in einem Honorartopf?	nein	ja	ja	ja	ja	nein	alle Fachgruppen	nein	alle Fachgruppen	ja
Feste Punktwerte vereinbart?	Schiedsamt: 1,5 Ct.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein (Schiedsamt)	nein	nein
Leistungs- volumen mit festem Punktwert Prozentual?	nein	ja	aus 82% 5,11 Ct. Rest: 0 Ct.	ca. 60%	aus 72,5% floatend im Korridor	aus 95%: 68% mit mind. 3,15 Ct.	festgelegt HVV	nein	65%	nein
Restpunktwert floatend oder fixiert?	Schiedsamt entscheidet	floatend	PT floatend, Rest 0 Ct.	floatend	0,33 – 2,0 Ct.	aus 5% < 0,1 Ct.	floatend	neu verhandelt	floatend	aus 2,5% abgestaffelt
Höhe des Regel- leistungsvolumens?	Schiedsamt entscheidet	Untergruppen	aus 82% 5,11 Ct.	Individualbudget wie zuvor	nach FZ und FPZ abgestaffelt	wie vor II/02 bzw. III/02	festgelegt HVV	Individualbudget	Individualbudget wie III/04	wie 2003
Zusatzbudgets berücksichtigt?	Schiedsamt entscheidet	ja	ja	Individualbudget wie zuvor	ja	ja	ja	neu verhandelt	ja	ja
Fallzahl- begrenzung?	Schiedsamt entscheidet	ja	ja	Individualbudget wie zuvor	+ 3%	ja	ja	neu	Individualbudget wie III/04	nein
fixierter Punktwert Ersatzkassen	Schiedsamt entscheidet	3,44 Ct.	aus 82%	4,5 Ct. – 5,11 Ct.	4,0 Ct.	3,15 Ct.	4,1 Ct.	neu verhandelt	3,1 Ct.	nein
fixierter Punktwert Regionalkassen	Schiedsamt entscheidet	3,44 Ct.	aus 82% 5,11 Ct.	4,5 Ct.	3,0 Ct.	3,15 Ct.	4,1 Ct.	neu verhandelt	2,78 Ct.	nein

PT = Psychotherapie; FZ = Fallzahl; FPZ = Fallpunktzahl; HVV = Honorarverteilungsvertrag; PW = Punktwert

die Hälfte der KVen schlossen Honorarverträge mit den Krankenkassen ab, nach denen die Punktwerte weiter floaten. In den restlichen KVen wurden feste Punktwerte vereinbart, jedoch nur zwischen 2,7 und 4,9 Ct. Glücklicherweise blieb die Größe der Fachgruppentöpfe unverändert. Eine unsinnige Rechenvorschrift der KBV schrieb zunächst eine Neufüllung der Fachgruppentöpfe nach den mittleren Betriebskosten vor. Hier hätten die Nervenärzte/Neurologen/Psychiater wegen bekannter Kleinpraxenproblematik (niedrige Betriebskosten) unserer Fächer wieder sehr schlecht abgeschnitten.

Zusatzbudgets berücksichtigt?

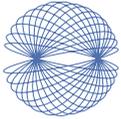
Fachgruppenintern wurden bei der Bemessung der Fallpunktobergrenze (bis-

her Praxisbudgets) die bisherigen Zusatzbudgets (beispielsweise für Dopplersonografie) bis auf wenige Ausnahmen mit berücksichtigt. In den KVen, in denen dies nicht der Fall ist, sollten die Kollegen unbedingt darauf drängen, dass zumindest bisher gewährte Dopplerbudgets weiter abgerechnet werden können. Denn hier handelt es sich – wie in anderen Fächern auch – zweifelsohne um einen hochqualifizierten Zusatzaufwand, dessen bisheriges Punktevolumen nicht „sozialistisch“ auf alle verteilt werden kann. Sonografiefreie Praxen haben weder Kosten noch Fortbildungsmaßnahmen für diese Spezialtätigkeit aufgewendet. Am schlimmsten betroffen sind eigentlich Kollegen in KVen, in denen bis heute über den Honorarverteilungs-

vertrag noch gar nicht entschieden ist. Für diese Regionen KV und Krankenkasse das Schiedsamt anrufen. Diese Kollegen wissen also gar nichts. Weder, ob der Punktwert fest ist oder floatet, noch ob der bisherige Fallumsatz in Punkten weiter gilt oder ob eine Fallzahlbegrenzung festgelegt ist.

Die tabellarische Übersicht auf Seite 21 und auf dieser Seite zeigen, wie verschieden die einzelnen KVen mit den Bundesvorgaben umgehen und wie unterschiedlich deshalb die Praxisführungs- und Abrechnungsstrategie ausfallen muss.

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



Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich Fristgerecht muss er kommen!

Nach den notwendig gewordenen Reformen des Risikostrukturausgleichs (RSA) und der geplanten Aufnahme der Morbiditätsorientierung, fordert der BVDN in einem Schreiben an das Gesundheitsministerium im Interesse von Ärzten, Patienten und Krankenkassen nachdrücklich die gesetzlich vorgesehene, vollständige Umsetzung dieses „Morbi-RSA“ zum 1.1.2007.

Anlage

Resolution des Bundesvorstandes, der Bundesdelegiertenversammlung und der Mitgliederversammlung des BVDN

Nervenärzte, Neurologen und Psychiater fordern mit Nachdruck die fristgerechte Einführung des im SGB V verankerten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zum Jahr 2007.

Nur damit werden positive Anreize für die evidenzbasierte und krankheitsadäquate Versorgung von Menschen mit neurologischen und psychiatrischen Krankheiten, also mit hohem Morbiditätsrisiko, gesetzt.

Die zukünftigen optimierten Versorgungsformen für Patienten mit Parkinson, Multipler Sklerose, Schlaganfall, Epilepsie, Schädel-Hirn-Trauma, Schizophrenie, Depression, Demenz, Sucht und anderen schwerwiegenden chronischen Krankheiten erfordern die Mitwirkung der Krankenkassen.

Krankenkassen, die sich in der Behandlung von Menschen mit schweren neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen engagieren, sollen durch den Morbi-RSA unterstützt werden.

Nur finanzielle Anreize erlauben es den Krankenkassen, die qualifizierte Versorgung auch anderer als in DMP's geregelter gravierender Erkrankungen zu bezahlen.

Köln, den 7.5.2005

Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)

BVDN Bundesvorstand
Hammer Landstraße 1a
41460 Neuss

Frau Bundesgesundheitsministerin
Ulla Schmidt
Bundesministerium für Gesundheit
und soziale Sicherung BMGS
Berlin

N.: Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages
N.: Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen
N.: Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin
N.: Bundesärztekammer Berlin
N.: Vorstände DGN und DGPPN
N.: Vorstände BDN und BVDP
N.: Redaktion NEUROTRANSMITTER
N.: Redaktion der Homepages der Berufsverbände
N.: Redaktion von Neurologen-und-Psychiater-im-Netz.de

14.5.2005

Sehr geehrte Frau Bundesministerin, sehr geehrte Damen und Herren,

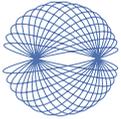
Vorstand, Bundesdelegiertenversammlung und Bundesmitgliederversammlung des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, Neuss, haben in der Jahreshauptversammlung am 7. und 8. Mai 2005 eine Stellungnahme zur **Einführung des morbiditätsorientierten Risiko- und Strukturausgleichs zum Jahr 2007** verabschiedet, die wir Ihnen in der Anlage vorlegen.

Neurologen, Nervenärzte und Psychiater/Psychotherapeuten behandeln und betreuen zahlreiche chronisch Kranke, deren krankheitsadäquate Versorgung wegen falscher Anreize im Gesundheitswesen gefährdet ist. Auch die neuen Versorgungsformen werden sich für die chronisch Kranken nur etablieren, wenn die Finanzflüsse einen Wettbewerb um chronisch Kranke erlauben.

Wir bitten, die Einführung des morbiditätsorientierten Risiko- und Strukturausgleichs im Interesse der Versorgung chronisch Kranker fristgerecht umzusetzen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Dr. med. habil. Paul Reuther
IV-Beauftragter im BVDN Vorstand
Tel. (0 26 41) 98 04 0, E-Mail: preuther@rz-online.de



EBM 2000 plus ...

Neurosonografie

Wirkungsloser Protest

Die neurosonografischen Leistungen finden sich im Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik der arztgruppenübergreifenden Leistungen. Die Ziffern 33060 und 33063 beschreiben die Doppler-, 33070, 33071 und 33075 die Duplexsonografie der hirnversorgenden extra- und intrakraniellen Gefäße. Die Beschreibungen zeigen einige Abweichungen vom alten EBM, sind aber weitgehend vertraut, da eine Komplexierung (wie z. B. in der Elektrophysiologie) kaum vorgenommen wurde.

33060: Die Dopplersonografie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße ist zweimal im Quartal abrechenbar. Voraussetzung ist die Ableitung an 14 Stellen der Periorbitalarterien, der Aa. vertebrales, Aa. subclaviae und der extrakraniellen hirnverorgenden Gefäße, womit wohl die Karotiden gemeint, aber nicht als solche benannt sind. Für die A. carotis interna trifft das Kriterium „hirnversorgend“ unzweifelhaft zu, die A. carotis externa ist wahrscheinlich ebenfalls gemeint. Eine exakte Vorgabe der Ableitungsstellen ist nicht mehr vorgegeben, wohl aber das CW-Verfahren. Die von vielen Kollegen regelhaft praktizierte PW-Ableitung ist möglich, jedoch nur zusätzlich zum obligaten CW-Verfahren. Eine Frequenzspektrumanalyse ist fakultativ.

33063: Diese Ziffer sieht die Ableitung an sieben Gefäßen intrakraniell vor. Die Gefäße sind zwar im einzelnen nicht benannt, gemeint sind aber natürlich die drei Zerebralarterienpaare und die A. basilaris. Jedoch ist es im Falle eines schlechten Schallfensters formal zulässig, die Leistung abzurechnen, wenn nicht alle Gefäße darzustellen waren, sofern sieben Ableitungen an anderen Stellen dokumentiert sind.

33070: Die Duplexsonografie der hirnversorgenden Gefäße, setzt eine Untersuchung an sechs Stellen voraus, die Gefä-

ße sind auch hier nicht im einzelnen vorgegeben. Die Duplexsonografie der intrakraniellen Gefäße ist über die Ziffer 33071 ebenfalls aufgenommen. Eine über die Durchführung der Untersuchung hinaus gehende Spezifizierung ist nicht vorgegeben. Ein Farbzuschlag ist für beide Verfahren möglich (33075).

Die neurosonografischen Leistungen wären insgesamt nicht schlecht bewertet, wenn die versprochenen 5,1 Cent Berechnungsgrundlage herangezogen werden könnte. Das Problem der Bewertung dieser Leistungskomplexe ist leider der Ausschluss der Ziffern 33060 und 33070

in einem Quartal. Wir haben von Seiten der Berufsverbände hier mit Nachdruck protestiert. Die DGN hat uns Schützenhilfe gegeben und in einem Schreiben die mögliche Notwendigkeit der Durchführung beider Verfahren bestätigt. Dies hat leider nichts genützt, da von Seiten der KBV argumentiert wurde, dass die Dopplersonografie fakultativer Leistungsinhalt der duplexsonografischen Leistung ist und eine fakultative Leistung nicht zusätzlich abgerechnet werden kann.

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

CW-Dopplersonografie extrakranieller Gefäße

Nr. 33060

Sonografische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales mittels CW-Dopplerverfahren an mindestens 14 Ableitungsstellen.

Obligater Leistungsinhalt

- Sonografische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales
- mittels CW-Dopplerverfahren
- an mindestens 14 Ableitungsstellen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Frequenzspektrumanalyse

Bewertung: je Sitzung **780 Punkte**

Berichtspflicht: nein

Die Leistung nach der Nr. 33060 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Am Behandlungstag nicht neben den Nrn. 31630–31637, 31682–31689, 31695–31702, im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 01774, 01775, 13300 und 33070 berechnungsfähig.

EBM-Kalkulationszeit – Arzt: 17 Min.

Plausibilitätsprüfzeit: 15 Min.

PW-Dopplersonografie der intrakraniellen Gefäße

Nr. 33063

Sonografische Untersuchung der intrakraniellen Gefäße mittels PW-Dopplerverfahren an mindestens sieben Ableitungsstellen.

Obligater Leistungsinhalt

- Sonografische Untersuchung der intrakraniellen Gefäße mittels PW-Dopplerverfahren an mindestens sieben Ableitungsstellen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Frequenzspektrumanalyse

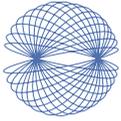
Bewertung: je Sitzung **680 Punkte**

Berichtspflicht: nein

Am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630–31637, 31682–31689, 31695–31702, im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774, 01775 und 13300 berechnungsfähig.

EBM-Kalkulationszeit – Arzt: 15 Min.

Plausibilitätsprüfzeit: 13 Min.



Duplexsonografie der extrakraniellen Gefäße

Nr. 33070

Sonografische Untersuchung der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplexverfahren von mindestens sechs Gefäßabschnitten.

Obligater Leistungsinhalt

— Sonografische Untersuchung der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplexverfahren von mindestens sechs Gefäßabschnitten

Fakultativer Leistungsinhalt

— Leistung nach der Nr. 33060

Bewertung: je Sitzung

680 Punkte

Berichtspflicht: nein

Am Behandlungstag nicht neben den Nrn. 31630–31637, 31682–31689, 31695–31702, im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 01774, 01775, 13300 und 33060 berechnungsfähig.

EBM-Kalkulationszeit – Arzt: 24 Min.

Plausibilitätsprüfzeit: 21 Min.

Duplexsonografie der intrakraniellen Gefäße

Nr. 33071

Sonografische Untersuchung der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplexverfahren.

Bewertung: je Sitzung

675 Punkte

Berichtspflicht: nein

Am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630–31637, 31682–31689, 31695–31702, im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774, 01775, 13300 berechnungsfähig.

EBM-Kalkulationszeit – Arzt: 18 Min.

Plausibilitätsprüfzeit: 16 Min.

Zuschlag Farbduplex

Nr. 33075

Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 33070–33074 für die Durchführung der Untersuchung als farbcodierte Untersuchung.

Bewertung:

175 Punkte

Berichtspflicht: nein

Am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630–31637, 31682–31689, 31695–31702, im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01774, 01775, 13300 berechnungsfähig.

EBM-Kalkulationszeit – Arzt: 0 Min.

Plausibilitätsprüfzeit: ./.

Kommentar

Die Berechnung der Leistungen des Kapitels 33 im EBM 2000 plus setzt eine Genehmigung der KV nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Dokumentation der untersuchten Organe mittels bildgebenden Verfahrens, gegebenenfalls als Darstellung mehrerer Organe oder Organregionen in einem Bild, ist – mit Ausnahme nicht gestauter Gallenwege und leerer Harnblase bei Restharnbestimmung – obligater Bestandteil der Leistungen. Die Dokumentationsart ist nicht besonders spezifiziert. Es empfiehlt sich aus Kostengründen eine elektronische Aufzeichnung. Die Aufnahme und/oder der Eindruck einer eindeutigen Patientenidentifikation in die Bilddokumentation ist ebenfalls obligater Bestandteil der Leistungen. Leistungsbestandteil sind auch Kontrastmitteleinbringungen. Die Berichtspflicht bei Sonografieleistungen ist sehr elaboriert geregelt; es empfiehlt sich, immer einen Bericht zu schreiben, um diese wertvollen Leistung später nicht gestrichen zu bekommen.

Die Bewertung besonders der extra- und intrakraniellen Dopplersonografie wurde durch Einordnung der fakultativen Frequenzspektrumanalyse deutlich gesenkt. Die Relation zwischen Doppler- und Duplexsonografie fördert den Umstieg auf letztere zumindest als zusätzliches Verfahren. Als Grundlage wurden die Sonografiekosten der Internisten herangezogen, die wegen multimodaler Nutzungsmöglichkeiten und hoher Untersuchungsfrequenzen ihrer Geräte wesentlich kostengünstiger arbeiten. Wir haben dies, vergeblich, mehrfach moniert. Der Abrechnungsausschluss zwischen extrakranieller Doppler- und Duplexsonografie im Quartal wird zu mehr Angiografien oder konsiliarischen Inanspruchnahmen neurosonografischer Labors an Krankenhäusern führen.

33060: Die Leistungslegende der extrakraniellen CW-Dopplersonografie wurde zwingend um die Aa. vertebrales und subclaviae erweitert. Dafür wurde die Bewertung nur geringfügig erhöht. Die Frequenzspektrumanalyse kann nicht mehr separat abgerechnet werden und ist fakultativer Leistungsinhalt. Die extrakranielle Dopplersonografie ist auch fakultativer Leistungsinhalt der extrakraniellen Duplexsonografie. Beide sind somit im gleichen Quartal nicht mehr nebeneinander abrechenbar, obwohl dies nicht selten erforderlich ist.

33063: Bei der intrakraniellen Dopplersonografie werden nun sieben Ableitungsstellen gefordert. Die Bewertung wurde nicht erhöht. Auch hier ist die Frequenzspektrumanalyse fakultativer Leistungsinhalt geworden.

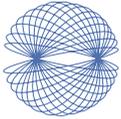
33070: Bei der extrakraniellen Duplexsonografie werden jetzt mindestens sechs Gefäßabschnitte gefordert. Die extrakranielle Dopplersonografie ist fakultativer Leistungsinhalt, sodass beide Leistungen nicht nebeneinander abgerechnet werden können. Eine weitergehende Vorschrift legt fest, dass beide Leistungen auch im Behandlungsfall (= Quartal) nicht mehr nebeneinander abgerechnet werden können.

33071: Die intrakranielle Duplexsonografie ist nun nicht mehr fakultativer Leistungsbestandteil der extrakraniellen Duplexsonographie, sondern eigenständig abrechenbar. Abrechnungsausschlüsse bestehen nicht.

33075: Werden zwei verschiedene Farbduplexverfahren angewendet, ist 33075 x 2 abzurechnen.

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen

Stellvertretender Vorsitzender des BVDN



EBM 2000 plus ...

Berufspolitische Einflussnahme zwischen berechtigter Hoffnung und Utopie

In einem offenen Brief über Hintergründe, Chancen und Ärgernisse mit dem am 1. April in Kraft getretenen EBM 2000 plus richten sich die Vorsitzenden des BDN, Dr. Uwe Meier und Prof. Dr. Rolf Hagenah, an ihre Mitglieder und an die neurologischen Vertragsärzte.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

einige von Ihnen haben uns Ihren Unmut und ihre Sorgen mit dem neuen EBM, aber auch Ihre Vorschläge kundgetan. Für Ihre Kritikpunkte und Anregungen möchten wir Ihnen herzlich danken und gleichzeitig versichern, dass diese nicht ungehört bleiben. Seitens der Berufsverbände werden wir alles tun, was derzeit politisch sinnvoll und zielgerichtet ist. Auch wenn schon viel zum EBM geschrieben wurde und sich Redundanzen nicht vermeiden lassen, ist es uns ein Anliegen, Ihnen unsere politischen Aktivitäten unter strategischen Aspekten zu erläutern. Denn die vielen Gespräche, auch im Rahmen der EBM-Schulungen, haben gezeigt, dass es in mehreren Bereichen noch Aufklärungsbedarf über Hintergründe und damit über Einflussmöglichkeiten des EBM gibt.

Um es vorweg zu nehmen: Ihr Unmut ist völlig berechtigt. Dennoch besteht in vielen Punkten eine gewisse Hoffnung, dass wir Verbesserungen erzielen können. In anderen Bereichen, die mit der allgemeinen Ressourcenverknappung im Gesundheitssystem zusammenhängen, sind wir weniger optimistisch, da eine wie auch immer geartete Berufspolitik in der Einflussnahme naturgemäß begrenzt sein muss. Zunächst möchte ich aber darauf hinweisen, dass das neu-

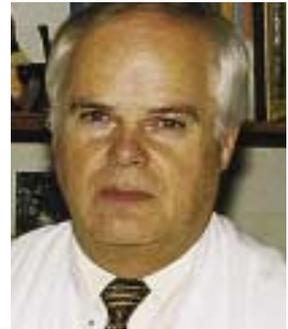
rologische EBM-Kapitel ohne das Engagement und die umfangreichen Aktivitäten besonders der Kollegen Carl, Bergmann und Hagenah – da können Sie sicher sein – noch wesentlich katastrophaler wäre. Ohne die Aktionen im Schulterschluss der Verbände wäre die Leistungsbewertung und Legendierung in vielen Bereichen schlechter und es gäbe beispielsweise keine Kompensationsmöglichkeiten über die Betreuungsleistungen.

Thesenhaft lässt sich feststellen, dass die Grundkonstruktion des EBM 2000 plus, auch wenn dies in der aktuellen Realisierung schwer zu verstehen ist, durchaus richtig und begrüßenswert ist. Selbstverständlich ist der Preis für die Arztminute sowie die derzeitige Bewertung und Legendierung des EBM 2000 plus für die Neurologen nicht akzeptabel, sie ist aber in vielen Bereichen korrekturfähig. Unabhängig von etwaigen in Aussicht gestellten Verbesserungen bleibt jedoch das Problem, dass jede Realisierung eines Vergütungsmodells auf Länderebene alle positiven Ansätze des EBM konterkariert. Hieraus ergeben sich folgende strategische Überlegungen:



© Archiv

Dr. Uwe Meier
Vorsitzender BDN



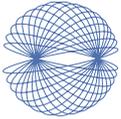
Prof. Dr. Rolf Hagenah
Vorsitzender BDN

1 Neuberechnung des neurologischen Betriebskostenmodells anhand aktueller Daten zu Kostenstrukturen von Praxen

In die Grundüberlegungen zur Konstruktion des neuen EBM ist im Wesentlichen das so genannte Dermatologengericht vom 15.2.2002 eingeflossen, wonach die Vergütung an verändernde Kostenstrukturen angepasst werden muss (BSG/KA30/00R). Die Konsequenz ist, dass auch Praxisbudgets angeglichen werden müssen. Erklärte Ziele der KBV waren die Abschaffung einer morbiditätsgewichteten Vergütung sowie eine betriebswirtschaftliche Kalkulation mit festen Preisen für ärztliche Leistungen.

Entwickelt wurde der neue EBM auf der Basis von Standardbewertungssystemen in Anlehnung an das schweizerische TarMed-Konzept, wonach Leistungsbeurteilungen nach einheitlichem Schema auf der Grundlage empirischer Kostenstudien erfolgen. Datenbasis waren Angaben des statistischen Bundesamtes und des Zentralinstitutes für die kassenärzt-

FORTSETZUNG SEITE 33 —



liche Versorgung. In der weiteren Entwicklung wurden Fachgesellschaften und Berufsverbände hinzugezogen sowie fachliche Details und qualitative Aspekte abgestimmt. Soweit zum erklärten formalen Vorgehen der KBV. Ein zentrales Merkmal des EBM ist, laut KBV, somit die Gerechtigkeit aufgrund gleicher Kalkulationsgrundlagen. Diese besagen, dass jedem Arzt ein einheitlicher „Arztlohn“ zusteht. Berechnungsgrundlage ist eine maximale Arbeitszeit von 780 Stunden/Quartal und einer Wochenarbeitszeit von 51 Stunden, was einer Arztminute von 77,9 Cent entspricht. Damit jeder Arzt das gleiche verdient, werden zum einheitlichen Arztlohn pro Minute fachgruppenspezifische Kosten addiert. Dieser Logik folgend, wird die radiologische Arztminute natürlich höher bewertet als die psychotherapeutische. An diesen Grundmauern der EBM-Konstruktion lässt sich nichts ändern, im Prinzip sind sie, zumindest in der Theorie, auch nicht schlecht. Wieso kommt es dann aber dennoch dazu, dass der HNO-Arzt ein AEP besser vergütet bekommt als der Neurologe? Theoretisch verdienen beide dasselbe, nur der Kostenanteil ist ein anderer. Damit der HNO-Arzt auf das selbe Niveau wie der Neurologe kommt, muss die Ziffer höher angesetzt sein, weil seine Kosten angeblich höher sind. Und hier liegt das Problem: Die Daten zu den Kostenstrukturen einer neurologischen Praxis sind nicht korrekt beziehungsweise beruhen auf völlig veralteten Daten. Ohne valide Datengrundlage kommt ein vermeintlich gerechter und transparenter betriebswirtschaftlicher Algorithmus zu keinen vernünftigen Ergebnissen. In diesem Rechenalgorithmus lagen einerseits die Grenzen der bisherigen Verhandlung. Schließlich ist die Leistungsbewertung nicht mehr, zumindest formal, das Ergebnis eines lobbyistischen Kuhhandels. Andererseits liegt in der Kalkulationsgrundlage auch die Chance der Höherbewertung, sobald verlässliche Daten vorliegen. Hierzu gab die KBV endlich die Bereitschaft einzuliken. Unklar war, ob dies über die Berücksichtigung einer von dem BVDN in Auftrag gegebenen, inzwischen auch nicht mehr ganz aktuellen Studie oder über eine neue, von der KBV validierten Studie erfolgt. Herr Köhler (KBV-Vorsitzender,

Berlin) hat sich für letzteren Weg entschieden und noch in diesem Sommer Ergebnisse versprochen (s. Interview Bergmann/Köhler, NT 4/2005, S. 28 ff.). Sobald diese Daten vorliegen, ist die Höherbewertung ein mathematischer Formalismus. Selbstverständlich wird man sich die Daten erstmal auf ihre Gültigkeit ansehen müssen. Im Grundsatz ist hier eine Korrektur in die richtige Richtung bereits vorgezeichnet.

2. Sinnvolle Komplexbildungen

Ein wesentliches Kennzeichen des neuen EBM sind zusammengefasste Leistungen zu Komplexen. Dem SGB V folgend haben die Verbände Vorschläge gemacht, die im ersten Durchgang akzeptiert, dann von der KBV stillschweigend wieder rückgängig gemacht und auf wenige Leistungskomplexe reduziert wurden. Hierdurch ergibt sich die Schwierigkeit, dass Praxen mit „guten Risiken“ aufgrund minimaler Anforderungen gleiche Fallwerte erwirtschaften wie Praxen, die nicht durch Mischkalkulationen betriebswirtschaftlich arbeiten können, wegen „aufwändiger“ Patienten und hoher Diagnostikleistung. Zudem orientieren sich die derzeitigen Komplexbildungen nicht an den medizinischen Notwendigkeiten. Die Verbände haben hier erneut interveniert, um zu den ursprünglich vorgesehenen, an Krankheitsbildern orientierten Komplexen zurückzukehren.

3. Präzisierung der Betreuungsdiagnosen

Eine positive Errungenschaft der Verhandlungen durch die Berufsverbände ist die Betreuungsziffer. Neben Nephrologen sowie Kinder- und Jugendpsychiatern sind Neurologen und Psychiater die einzige Fachgruppe, die über derartige Ziffern verfügt. Sie werden zukünftig eine wichtige Datengrundlage für eine morbiditätsbezogene Vergütung sein, die aus Gründen politischer Vernunft früher oder später kommen muss. Unsere Fachgruppe ist gut beraten, sich hier zu positionieren und ihre Versorgungsleistung bei einer Vielzahl schwererer und chronisch Kranker darzulegen. Dr. Andreas Köhler hat sich mit Dr. Frank Bergmann offen für eine Präzisie-

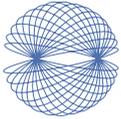
rung und sinnvolle Erweiterung des Diagnosespektrums gezeigt. Hier haben wir für die Verbände detaillierte Vorschläge für das Neurologiekapitel eingereicht.

4. Verbesserung der Legendierung einzelner Positionen

Die Probleme mit der Neurophysiologie sind bekannt (vgl. NT 2/2005, S. 32). Bei einzelnen Aspekten wie beim EEG (Dauer der Ableitung) und EMG (Beidseitigkeit) ist ein Einlenken seitens der KBV aufgrund unserer Einwände wahrscheinlich. Weitere Forderungen beziehen sich auf die Notwendigkeit der Fremdanamnese in der Neurologie und die Aufnahme der Aphasiediagnostik (analog zum HNO-Kapitel). Bei der Möglichkeit, Doppler- und Duplexleistungen nebeneinander abrechnen zu können, haben wir mit Nachdruck auf die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall hingewiesen. Prof. Diener hat uns seitens der DGN mit einem Schreiben unmissverständlich unterstützt. Ohne Erfolg: Der Doppler sei fakultativer Leistungsinhalt des Duplex und schon entsprechend hoch kalkuliert.

5. Politische Einflussnahme in den Ländern

Während in den ersten Punkten ganz konkrete Vorgehensweisen beschreibbar und verbesserte Verhandlungsergebnisse nicht unwahrscheinlich sind, ist die reale Vergütung über die Länder-KVen ein mehr als kritischer, um nicht zu sagen deprimierender Punkt. Fachgruppentöpfe und Honorarverteilungsverträge verhindern eine leistungsgerechte und betriebswirtschaftlich tragfähige Vergütung. Da die Versorgungsqualität gerade der chronischen Kranken langfristig leiden dürfte, ist den Krankenkassen ein Interesse zu unterstellen, dass die Gelder der Solidargemeinschaft morbiditätsgewichtet dort ankommen, wo sie am dringendsten benötigt werden. Da die Krankenkassen bei der Verteilung der Finanzmittel auf Länderebene eine entscheidende Rolle spielen, ist das Gebot der Stunde, über diesen Weg auf die Probleme der Versorgung hinzuweisen. Hier sind politische Kontakte auf Länderebene ebenso bedeutsam wie persönliche Kontakte und Anschreiben von Ihnen als Praxisinhaber.



Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die einheitliche Bewertungslogik mit Differenzierung der ärztlichen/technischen Anteile der Kalkulationszeiten vielleicht dazu führt, dass die Neurologen nach aktueller Ermittlung der Kostenstruktur ihrer Praxen hoffentlich mit einer deutlich höheren Bewertung ihrer Leistungen rechnen dürfen. Die Neuberechnung beziehungsweise die Ermittlung der Kostenstrukturen wird letztlich nur auf Druck der Verbände hin durchgeführt. Zusätzlich zu den durch die Verbandsaktivitäten bereits erreichten positiven Aspekte des neuen EBM im Bereich der Ordination, Betreuungsziffern sowie der psychologischen Testung sind Verbesserungen im Bereich der neurophysiologischen Leistungen bereits in Aussicht gestellt. Weiterhin werden wir für die Aufnahme zusätzlicher Leistungen streiten, zum Beispiel für Fremdanamnese, Aphasiediagnostik und Botulinumtherapie sowie für die Aufnahme sinnvoller Komplexierungen, wie ursprünglich mit den Verbänden besprochen. Schwierig, und hier lässt sich nichts beschönigen, ist die Einflussnahme auf die Punktebewertung in den Ländern, solange sich an den politischen Rahmenbedingungen nichts ändert und eine leistungsgerechte und an Morbiditäten orientierte Vergütung realpolitisches Programm wird. Solange eine Vergütung mit floatenden Punkten und nicht wie im richtigen Leben mit Euro erfolgt, ist der theoretisch richtige Ansatz und Anspruch einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation reine Makulatur. Schließlich können Sie der Kreditabteilung Ihrer Bank, Ihren Gerätelieferanten und Ihren Arzthelferinnen auch nicht mitteilen, dass der kalkulierte Eurowert bei Ärzten jetzt um 30 % abgesenkt wird und sich Ihre Vertragspartner mit schwankenden und weiter fallenden Kurswerten der Ärzte-Euros nun mal abfinden müssen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Uwe Meier
Prof. Dr. med. Rolf Hagenah
 Vorsitzende BDN



Vereinbarung über integrierte Versorgung Bessere Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

Die Ersatzkassenverbände haben mit den psychotherapeutischen Berufsverbänden, der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten und dem Deutschen Psychotherapeutenverband am 1.1.2005 eine Vereinbarung über die integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V unterzeichnet. Diese soll der Unter- und Fehlversorgung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen und chronischen psychischen Störungen in ausgewählten Versorgungsregionen begegnen und die teilweise schlechte Versorgungssituation verbessern.

Die psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher weist deutliche Mängel auf. Defizite bestehen in ländlichen Gebieten, vor allem in den ostdeutschen Bundesländern, in denen oft nur wenige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater niedergelassen sind. Nach dem Bundesarztregister waren es Ende 2003 in Rheinland-Pfalz 99 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Rheinhausen: 16, Pfalz: 52, Trier: 7, Koblenz 24) und in den gesamten neuen Bundesländern 89 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Sachsen: 50, Sachsen-Anhalt: 2, Mecklenburg-Vorpommern: 9, Thüringen: 11, Brandenburg: 17). Dies offenbart nicht nur eine geringe, sondern auch eine höchst ungleichmäßige Versorgungsdichte. In unterversorgten Gebieten bestehen meist Wartezeiten von mehreren Monaten. Die bundesweit 500 zugelassenen Kinder- und Jugendpsychiater tragen nicht entscheidend zur Entlastung bei. Darüber hinaus herrscht akute Fehlversorgung vor. Wittchen stellte 2000 fest, dass

- nur rund die Hälfte der Betroffenen (49 %) überhaupt mit einer entsprechend qualifizierten Fachinstitution in Kontakt stehen,
- nur 22% der Betroffenen Indikatoren erkennen lassen, dass näherungsweise das wissenschaftlich effektivste Verfahren angeboten wird,

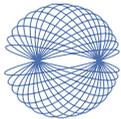


© PixelQuelle.de

- 22% der Patienten Kontakt und 14% gelegentliche Kontakte mit ihren Hausärzten hatten, ohne dass diese Konsultationen aber zu einer dringend gebotenen Intervention führten,
- häufig Prozess- und Strukturmerkmale aufgezeigt werden, die ernsthafte Zweifel an der Qualität der erhaltenen Versorgung aufkommen lassen.

Multimodale Konzepte

Epidemiologische Studien zeigen, dass 8–15 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychisch auffällig sind. Ein Viertel der Betroffenen zeigt schwere Formen psychischer Auffälligkeiten und ist dringend behandlungsbedürftig. Bestimmte psychische Erkrankungen, besonders Angst- und Zwangsstörungen, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Essstörungen und Depressionen haben,



wenn sie unbehandelt bleiben, eine hohe Persistenz für das weitere Leben. Depressionen im Kindes- und Jugendalter werden in einem Drittel der Fälle chronisch und sind nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache von Kindern und Jugendlichen.

ADHS sind darüber hinaus durch eine hohe Komorbidität mit Störungen des Sozialverhaltens und dissozialen Auffälligkeiten charakterisiert. Unbehandelt haben sie eine ungünstige Prognose. Dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechend hat sich ein multimodaler Ansatz, das heißt ein abgestimmtes Behandlungskonzept aus Psychotherapie, Anleitung der Eltern, Beratung der Angestellten im Kindergarten und in der Schule sowie pharmakologische Behandlung, als erfolgreich erwiesen [2].

Die strukturellen Vorgaben in der kassenärztlichen Versorgung für Psychotherapie orientieren sich an der klassischen Einzeltherapie, die für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen und schwerwiegenden Störungen nicht die optimale Versorgungsform ist. Ihre Behandlung erfordert einen interdisziplinären Ansatz und die intensive Arbeit mit den Bezugspersonen, was einen erhöhten Koordinationsaufwand mit sich bringt. Die „Vereinbarung über eine integrierte Versorgung gemäß § 140 a SGB V zur Förderung einer qualifizierten sozialpsychotherapeutischen Versor-

gung von Kindern und Jugendlichen mit dem AD(H)S-Syndrom oder anderen chronifizierten psychischen Störungen in ausgewählten Regionen“, die sich am interdisziplinären Ansatz der so genannten „Sozialpsychiatrievereinbarung“ zwischen KBV und Ersatzkassen orientiert, trägt diesem Umstand Rechnung und sieht im Verhältnis zur Standardtherapie folgende Verbesserungen vor:

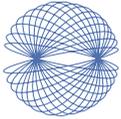
- Indikationsentscheidung für die Teilnahme an integrierter Versorgung auf Grundlage einer standardisierten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Diagnostik,
- standardisierte Basisdokumentation,
- verpflichtende interdisziplinäre Zusammenarbeit der Psychotherapeuten mit medizinischen, pädagogischen, kinderärztlichen, ergo- und sprachtherapeutischen sowie sozialen Diensten,
- Fallbesprechungen mindestens einmal im Monat zusammen mit den in die integrierte Versorgung einbezogenen Therapeuten,
- zentrale Evaluation der Behandlungsergebnisse durch das Kompetenzzentrum Psychiatrie und Psychotherapie des MD der Krankenversicherung,
- Finanzierung des erhöhten Koordinationsaufwandes des Psychotherapeuten durch eine Pauschale von 160 EUR je Patient und Quartal.

Der Vertrag wurde am 1.1.2005 für Rheinland-Pfalz unterzeichnet. Zwölf

Kommentar

Das vorliegende Modellprojekt in Rheinland-Pfalz zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen stellt in vielen Bereichen ein Novum dar. Erstmals wird eine Störung im Kinder- und Jugendlichenalter standardisiert diagnostiziert und strukturiert behandelt. Des Weiteren können hier auch psychologische Psychotherapeuten Maßnahmen wie Ergotherapie verordnen. Die hochwertigen Qualifikationsvoraussetzungen der teilnehmenden psychologischen Psychotherapeuten beziehungsweise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stellen sicher, dass entsprechende Erfahrung in der störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlung der chronisch erkrankten Kinder und Jugendlichen, vorwiegend mit ADHS, eingebracht wird. Medizinische Kompetenz wird durch Kinder- und Jugendlichenpsychiater und -Psychotherapeuten und Kinderärzte vorgehalten. Angesichts der enormen regionalen Unterversorgung im kinder- und jugendlichenpsychiatrischen/psychotherapeutischen Bereich ist dies sicher ein interessanter Ansatz, welcher der Unter- und in manchen Bereichen auch Fehlversorgung entgegenwirken soll. Auf die Evaluation durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Kompetenzzentrum Psychiatrie und Psychotherapie) darf man gespannt sein. Wünschenswert wäre eine Weiterbehandlung der Netzpatienten nach Erreichen des Erwachsenenalters. Hier müssten noch Schnittstellen definiert werden.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach, 1. Vorsitzende des BVDP



Monate später ist der Start in Ostdeutschland als weitere Versorgungsregion vorgesehen. Teilnehmen sollen regional jeweils 20 Praxen qualifizierter Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischer Psychotherapeuten. Letztere mit folgenden Voraussetzungen:

- eine mindestens zweijährige Tätigkeit in medizinischen Facheinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen, insbesondere Kinder- und Jugendpsychiatrien oder
- eine mindestens zweijährige ganztägige Tätigkeit in der Praxis eines Kinder- und Jugendpsychiaters oder
- eine mindestens zweijährige Erfahrung in koordinierender Funktion einer Einrichtung der Jugendhilfe oder
- eine mindestens fünfjährige Teilnahme an der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung der in Frage kommenden Krankheitsbilder.

Wird die Indikation für eine Versorgung nach dieser Vereinbarung gestellt, stellen die Eltern des Kindes oder aber der Jugendliche selbst über den Psychotherapeuten einen Antrag bei der teilnehmenden Ersatzkasse. Dieser Antrag wird (wie auch sonst jeder Psychotherapie-Antrag) gutachterlich geprüft. Die Krankenkasse teilt dem Psychotherapeuten – als weiteres Qualitätssicherungsmerkmal – darüber hinaus mit, welche Vorbehandlungen stattgefunden haben.

Die Feststellung über die Zulassung von Praxen trifft in jeder Versorgungsregion eine Vertretung der Psychotherapeuten gemeinsam mit den Ersatzkassen. Auch wird ein Projektbeirat unter Beteiligung der evaluationsführenden Stelle eingerichtet. In diesem wird der Projektverlauf mindestens einmal halbjährlich mit den Beteiligten beraten. Eine Broschüre zu dieser Vereinbarung ist gegen eine Gebühr von 5 EUR bei der Bundesgeschäftsstelle der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten, Postfach 14 02 10, 67021 Ludwigshafen, erhältlich.

Literatur bei den Verfassern

Dipl. Psych. Dieter Best, Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten Mainz
Hans-R. Hartweg, VdaK/AEV

Landesverband Bayern lässt nicht locker!

Bereits in früheren Ausgaben wurde darüber berichtet, dass sich der Landesverband Bayern nicht mit der Situation abfinden will, dass die ungerecht befüllten Honorartöpfe der Fachärzte bestehen bleiben. Die Forderung lautet nach wie vor: Der Honorartopf der Fachgruppe Nervenärzte, Neurologen und Psychiater muss der gestiegenen Versorgungsrelevanz entsprechend aufgefüllt werden.

In einer gestuften Aktion hatte der Vorstand des Landesverbandes Bayern im BVDN die Kollegen während der letzten Monate dazu aufgerufen, sich schriftlich an die Bezirksstellenvorsitzen-

den und deren Vertreter, zwei Wochen später an die Bayerischen Krankenkassen und das Sozialministerium und zuletzt an die Vorstandsmitglieder der KV Bayern mit Protesten zu wenden. ▶

Sehr geehrter Herr Kollege Munte,

der Presseinformation der KVB konnte ich entnehmen, dass die Fallzahlrückgänge bei den anderen Fachgruppen anhalten. Aus den Zahlen von Nordrhein konnte ich außerdem entnehmen, dass sich dort eine ähnliche Situation ergeben hat.

Die geringsten Fallzahlreduktionen sind (auch im Verhältnis zu den Hausärzten) bei den Nervenärzten zu verzeichnen. Diese Verluste wurden übrigens im letzten Jahr durch Fallzahlzunahmen bei Neurologen und Psychiater nach meinen Berechnungen ausgeglichen, wenn nicht sogar als Fallzahlzuwächse insgesamt umgekehrt.

Die Kollegen meiner Fachgruppe sind sehr verärgert darüber, dass die Presseinformation, die schließlich auch von Tageszeitungen aufgegriffen wurde, nicht die Sonder-situation unserer Fachgruppe berücksichtigt. Schließlich hat die Öffentlichkeit auch das Recht darauf, zu wissen, dass sich immer mehr Patienten, die unter psychischen und neurologischen Erkrankungen leiden, heutzutage endlich dazu bekennen und somit nicht mehr bei anderen Fachgruppen „landen“, wo sie meist einer ausgiebigen Diagnostik zugeführt worden waren, jedoch natürlich nicht adäquat behandelt werden konnten. Dies ist immerhin ein Fortschritt. Aber dass sich dieser Fortschritt der wachsenden Versorgungsrelevanz und -akzeptanz unserer Fachgruppen in keiner Weise auf die Honorarverteilung auswirkt, wird zu einem immer größeren Skandal! Wir fordern Sie und den KV-Vorstand auf, endlich im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit, die Ihr Auftrag ist, zu handeln!

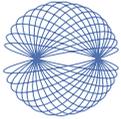
Das Abwarten der Ergebnisse des EBM 2000 plus mit all den möglichen Verwerfungen und erneuten Ungerechtigkeiten, die sich durch dieses gegen alle vorherigen Versprechungen ungeprüfte Regelwerk ergeben werden, ist reine politische Taktik, um kein heißes Eisen anpacken zu müssen.

Seit über einem Jahr sieht die KVB tatenlos dabei zu, wie unsere Fachgruppe – bedingt durch die geballte Ungerechtigkeit der letzten Jahre – trotz offenkundiger Patientenbedeutung gegenüber den anderen Fachärzten krasse Nachteile hin zunehmen hat, die immer existenzbedrohender werden!

Wir fordern vom Bayerischen KV-Vorstand schnelles Handeln! Jedes weitere Hinwarten ist eine politische Bankrotterklärung der KV!

Mit kollegialem Gruß

PD Dr. med. A. Zacher



Konstante Fallzahlen

Wie schon oft an dieser Stelle kundgetan, hat die Einführung der Praxisgebühr gezeigt, dass bundesweit nur die fachärztlichen Internisten und die Fachgruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater keine größeren Fallzahlverluste im fachärztlichen Bereich hinzunehmen hatte. Was sich im Jahr 2004 letztlich über das ganze Jahr hin bestätigte, hat im ersten Quartal 2005 noch zu einer deutlicheren Verschiebung der Versorgungsrelevanz geführt: Die Fachgruppe der Gynäkologen hat ebenso wie die der Hautärzte noch weiter an Fällen eingebüßt, während bei uns die Fallzahlen erneut gleich geblieben oder bei reinen Neurologen und Psychiatern sogar gestiegen sind!

Dieser Situation war auch der berufspolitische Vormittag der Frühjahrs-tagung des Landesverbandes Bayern am 30.4.2005 in München gewidmet. In einer Podiumsdiskussion, moderiert vom Landesvorsitzenden PD Dr. Albert Zacher und unter Teilnahme von KV-Vorsitzendem Dr. Axel Munte, BKK-Landesverbandsvorsitzendem Gerhard Schulte, dem zuständigen Ministerialdirigenten aus dem bayerischen Sozialministerium Dr. Maximilian Gaßner, dem Vorsitzenden des gesundheitspolitischen Ausschusses des bayerischen Landtags, MDL Joachim Wahnschaffe und dem Vorsitzenden der Angehörigen psychisch Kranker in Bayern, Karl-Heinz Möhrmann, wurde noch einmal in aller Schärfe und Deutlichkeit von den hoch engagierten Kollegen auf die unerträgliche Situation hingewiesen und es wurden Konsequenzen verlangt.

Wiederholter Protest

Weil weder ein Protesttermin mit den beiden Vorsitzenden des Landesverbandes Bayern, noch die Podiumsdiskussion, noch sofort nach Anforderung erbrachte ausführliche Darstellungen der Honorarsituation der Fachgruppe und deren Entwicklung in den letzten Jahren zu Reaktionen der KV-Spitze geführt haben, wurde ein neues Protestschreiben verfasst und dem KV-Vorsitzenden zugesandt, das sie auf Seite 41 abgedruckt finden.

Der bayerische Verbandsvorstand hat beschlossen, eine erneute Protestwel-

le anzustoßen und wiederum die Krankenkassen und das aufsichtführende Ministerium einzuschalten, um endlich nicht nur freundliches Gehör zu finden, sondern Ergebnisse zugunsten der Fachgruppe zu erreichen. Wir werden in den nächsten NEUROTRANSMITTER-Ausgaben darüber berichten.

Lassen auch Sie in Ihren Protesten gegen die unerträgliche Blockadehaltung der KVen nicht nach! Die neueste Ausweichtaktik besteht darin, erst die Ergeb-

nisse der Abrechnungen des EBM 2000 plus abwarten zu wollen. Niemand weiß, wie sich diese bei den einzelnen Fachgruppen auswirken werden. Die Ungerechtigkeit besteht jetzt und durch den Skandal der falschen Honorartopffüllungen von 1996/97! Verlangen auch Sie daher Reaktionen von Ihrer KV und zwar sofort!

PD Dr. med. A. Zacher, Regensburg
Schriftleiter

Risikomanagement zum Sonderpreis

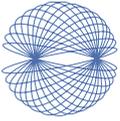
Exponentiell ansteigend gewinnt das Risikomanagement an Bedeutung, was sich nicht nur durch die enorme Steigerung angemeldeter Schadensfälle bei der Schlichtungsstelle kund tut, sondern auch in vielen anderen Bereiche deutlich wird. Deshalb ist eine eingehende Information über das Risikomanagement für den tätigen Arzt, unabhängig von seinem Fachbereich, zwingend notwendig. Über Qualitätsmanagement ist ein Teil des Risikomanagements gewöhnlich mit abgedeckt, aber niemals so umfassend, wie es eigentlich nötig wäre.

Der BDN hat ein Buch „Risikomanagement in der Neurologie“ herausgegeben, in dem für alle Bereiche, in denen Neurologen und ihr zugehöriges Personal tätig werden, Anleitungen zum Risikomanagement zu finden sind. Es enthält vor allem ausgearbeitete und vorformulierte Absicherungstexte und Aufklärungsschriften. Dadurch wird die Arbeit nicht nur standardisiert, sondern auch enorm erleichtert.

Dieser Buchordner kostete bisher 280 EUR, für BDN-Mitglieder 220 EUR, von denen 70 EUR an den BDN gingen. Die Firma Schering unterstützt den Vertrieb in dankenswerter Weise: So ist der Bezug über die Firma Schering mit 127 EUR zuzüglich Versandkosten weitaus günstiger als der Direktbezug durch den Verlag.

Zukünftig werden möglicherweise auch Risikomanagementschulungen etabliert, die das Wissen in diesem Gebiet spezifisch vertiefen sollen.

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



Compliance bei Schizophrenie verbessern

Unentbehrliche Psychoedukation



© Klinikum rechts der Isar, München

Die Pharmakotherapie ist neben der unerlässlichen Psychotherapie ein Kernelement in der Schizophrenie-Behandlung, aber Erfolgsraten und Compliance lassen weiterhin zu wünschen übrig. Um die Behandlung zu optimieren, bedarf es der aktiven Beteiligung des wissenden Patienten. Ein neuer Weg, um dieses Ziel zu erreichen, ist die „Psychoedukation“: Sie begründet sich aus dialogfähigen Psychiatern einerseits und aufgeklärten Patienten und Angehörigen andererseits, die mit Krankheit und Krisen kompetent umzugehen lernen und zu langfristiger Zusammenarbeit bereit und fähig sind.

Familien- und Zwillingsstudien zufolge ist etwa die Hälfte des Risikos, eine Schizophrenie zu entwickeln, genetisch bedingt, daneben gibt es eine Reihe nicht genetischer Faktoren wie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Virusinfekte der Mutter, besonders im zweiten Trimenon, Drogenmissbrauch in der Jugend sowie Geburtsort und Geburtszeitpunkt. Weder genetische Disposition noch Umweltfaktoren scheinen jedoch allein zum Ausbruch der Erkrankung zu führen, so Prof. Dr. Peter Falkai, Homburg/Saar, beim 2. Deutschen Psychoedukations-Kongress im Klinikum rechts der Isar, München (vgl. NT 5/2005), entscheidend sind vielmehr die Interaktionen zwischen beiden. Falkai erläutert: „Hat sich die Schizophrenie erst einmal manifestiert, so gilt es, Rezidive zu verhindern, denn vor allem in den ersten Jahren nach Ausbruch der Erkrankung droht ein diskreter, aber progredienter Volumenverlust im Gehirn, der wahrscheinlich nicht nur durch die Erkrankung, sondern zum Teil auch

durch die Medikamente bedingt ist“. Mit dem Ausmaß dieser Veränderungen korrelieren auch kognitive Störungen und die Negativsymptomatik.

Von der Schizophrenie sind, wie moderne Bildgebende Verfahren zeigen, in erster Linie Strukturen des limbischen Systems betroffen, die für die Verarbeitung und Filterung von Informationen, aber auch für das Kurzzeitgedächtnis und die Stimmung entscheidend sind. Kognitive Störungen und depressive Symptome sind daher nach dem Abklingen der Positivsymptomatik meist weiter vorhanden, dem alten Konzept der postpsychotischen Neurasthenie entsprechend, die eine unspezifisch reduzierte Belastbarkeit der Betroffenen widerspiegelt. Gerade hier bietet sich im Sinne der Psychoedukation die Möglichkeit, einen Teil der Belastungen, die durch die Negativsymptomatik verursacht wurden, aufzufangen und zu verarbeiten.

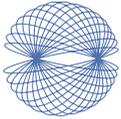
Nach Worten von Dr. Stefan Klingberg, Tübingen, besagen aktuelle Behandlungsleitlinien ganz klar, dass eine

zeitgemäße, optimale Behandlung von Patienten mit schizophrenen Psychosen psychotherapeutische Interventionen beinhalten sollte. Ansatzpunkte dafür bieten beispielsweise das Krankheitskonzept des Patienten, die Anfälligkeit gegenüber sozialen Belastungen, Einschränkungen bei der Selbstevaluation, dysfunktionale Attributionsstile, soziale und emotionale Kompetenzdefizite sowie neuropsychologische Leistungsminderungen. Vor allem kognitiv-behaviorale Einzeltherapieverfahren sowie psychoedukative Familieninterventionen haben sich als wirksam erwiesen. Neue Studien weisen auf die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie selbst im Prodromalstadium der Erkrankung hin.

Grundsätzlich, so Klingberg, ist jede Behandlung von Patienten mit Schizophrenie nur auf der Basis einer psychotherapeutischen Grundhaltung langfristig Erfolg versprechend. Bei der praktischen Umsetzung gibt es jedoch erheblichen Nachholbedarf: „Wir haben in Deutschland bei der Psychotherapie schizophrener Psychosen kein Evidenz-, sondern ein Implementierungsproblem.“

Respekt vor der freien Willensentscheidung

„Mangelhafte Krankheitseinsicht“ ist eine der großen therapeutischen Herausforderungen bei der Behandlung schizophrener Psychosen, verdeutlichte Dr. Josef Bäuml, München. Die möglichst umfassende Respektierung des Patientenwillens zähle heute zu den obersten Behandlungsmaximen, Maßnahmen gegen den Willen der Erkrank-



ten sollten auf ein absolutes Minimum beschränkt bleiben. In dieser Situation gewinnt die Psychoedukation enorm an Bedeutung, kann sie doch rechtzeitig die Voraussetzungen für die Entwicklung einer tragfähigen Behandlungspartnerschaft schaffen (Definition von Psychoedukation s. Kasten). Natürlich muss stets auch sichergestellt sein, dass es sich bei der Entscheidung des Patienten gegen eine Behandlung tatsächlich um eine abgewogene und auf nüchternem Kalkül basierende Überlegung handelt und nicht um ein auf Vorurteilen, Halbwissen und irrationalen Ängsten beruhendes Abwehrverhalten. Als Therapeut, so Bäuml, erlebt man sich immer wieder „in der eigenartigen Rolle eines Helfers, der sich aufdrängen muss, der in Gefahr ist, die Patienten zu ihrem Glück nötigen zu wollen und der eine Behandlungsware abliefern soll, die keiner bestellt hat.“ Daraus entwickle sich häufig eine Haltung des „laissez-fair“, die angesichts der heutigen Behandlungsfortschritte fast zynisch anmutet, zumal man immer besser über die neurotoxischen Auswirkungen der Nichtbehandlung einer floriden Psychose Bescheid weiß. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung müsse deshalb alles unternehmen, um den Patienten das Abgleiten in eine ungünstige Prognose zu ersparen.

Theorie zur Entwicklung schizophrener Psychosen

Detaillierter beleuchtet Prof. Dr. Andreas Heinz, Berlin, die Entstehung schizophrener Psychosen durch die Interaktion sozialer Stress-Situationen mit der früh angelegten lebenslangen Vulnerabilität. Diese Vulnerabilität entsteht wahrscheinlich auf dem Boden einer entwicklungspezifischen Störung der Hirnreifung, bei der die Interaktion zwischen dem dorsolateralen präfrontalen und dem temporolimbischen Kortex beeinträchtigt ist. Durch diese Fehlvernetzung ist der präfrontale Kortex nur mehr eingeschränkt fähig, die subkortikale Freisetzung von Dopamin zu kontrollieren. Dies führt vor allem bei Aktivierung in Stress-Situationen zu überschießender Dopaminfreisetzung im mesolimbisch-mesokortikalen Bereich. Bildgebende Untersuchungen mit multimodalen Verfahren am Menschen zeigen: Je stärker die Störung der Interaktion zwischen temporolimbischen und präfrontalen Regionen, desto mehr Dopamin wird im Bereich des Striatums produziert und freigesetzt, vor allem im akuten psychotischen Zustand. Dadurch bedingt sind positive Symptome wie Wahnstimmung und Halluzinationen.

Untersuchungen an Primaten zeigen, so Heinz, dass Dopamin nicht beim Er-

leben von Genussempfindungen, sondern bei der Reizperzeption eine Schlüsselrolle spielt. Eine überschießende Dopaminproduktion könnte daher für das Unvermögen schizophrener Patienten, sich von irrelevanten Reizen zu lösen, verantwortlich sein. Andererseits reagiert das Striatum – bei Gesunden durch Reize aktiviert – beim schizophrenen Patienten umso weniger, je mehr er sich sozial zurückgezogen hat; im frontalen Kortex gibt es beim Erkrankten hingegen zu wenig Dopamin, offenbar bedingt durch einen Mangel an Glutamat in den Basalganglien. Wird die striäre Dopaminfreisetzung durch Neuroleptika blockiert, so werden dadurch nicht nur extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen induziert, auch das dopaminerge Belohnungssystem wird gestört, das die Aufmerksamkeit gegenüber belohnungsanzeigenden Reizen steuert. Die Folge sind sekundäre Negativsymptome, die oft nur schwer von der primären Negativsymptomatik zu unterscheiden sind.

Die Rezeptorbindungsgeschwindigkeiten sind bei allen Neuroleptika etwa gleich, hingegen bleiben konventionelle Substanzen länger an Rezeptoren gebunden, blockieren also die zentralen Dopaminrezeptoren in höherem Maß und verursachen stärkere extrapyramidal-motorische Symptome (EPMS) und Negativsymptome. Atypika zeichnen sich durch ein günstigeres Wirkungsprofil aus, insbesondere wenn sie wie etwa Risperidon ein Depotpräparat sind. Bei der Anwendung atypischer Antipsychotika sind nicht nur emotionale Negativsymptome weniger ausgeprägt, auch kognitive Funktionsstörungen, an denen der präfrontale Kortex beteiligt ist, bilden sich leichter zurück.

Rückfälle verhindern

Entscheidend für die Wirkung und Vermeidung von Rezidiven ist die langfristige Compliance bezüglich der Medikation. Ein zentraler Bestandteil der Psychoedukation besteht laut Heinz darin, dem Patienten dieses Krankheitsmodell in anschaulicher Weise vor Augen zu führen. Er selbst erklärt seinen Patienten gleich zu Behandlungsbeginn, dass „die Ausschüttung von Dopamin stressabhängig ist und dass die Blockade der Dopaminwirkung den Stress reduziert.“

Psychoedukation: Was ist das?

Das „Verstehen-Können“ der eigenen Krankheit ist die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Bewältigung jeder längerfristigen Erkrankung; das gilt auch und vielleicht sogar verstärkt für psychiatrische Krankheiten wie die Schizophrenie. Durch „Psychoedukation“ soll den betroffenen Patienten und ihren Angehörigen geholfen werden, die wichtigsten Informationen über die Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu verstehen und zu begreifen. Die Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ beschreibt dieses Element der Behandlung in ihrem 2003 erschienenen Konsensuspapier (Josef Bäuml, Gabriele Pitschel-Walz (Hrsg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart 2003, 376 Seiten, ISBN 3-7945-2213-3, EUR 34,95) folgendermaßen:

„Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische, didaktisch-psychotherapeutische Maßnahmen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Die Wurzeln der Psychoedukation liegen in der Verhaltenstherapie, wobei aktuelle Konzepte auch gesprächspsychotherapeutische Elemente in unterschiedlicher Gewichtung enthalten. Im Rahmen einer Psychotherapie bezeichnet Psychoedukation denjenigen Bestandteil der Behandlung, bei dem die aktive Informationsvermittlung, der Austausch von Informationen unter den Betroffenen und die Behandlung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen.“

Der Dopaminumsatz im präfrontalen Kortex ist teilweise genetisch gesteuert. Bestimmte Genotypen können Patienten deshalb vulnerabler gegenüber Veränderungen der präfrontalen dopaminergen Neurotransmission machen. Die genotypische Untersuchung schizophrener Patienten, könnte laut Heinz in Zukunft Hinweise darauf geben, wie die medikamentöse Therapie individueller und damit optimal gestaltet werden kann.

Medikamentöse Therapiestrategien

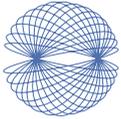
Die Rückfallraten sind bei der Schizophrenietherapie ausgesprochen hoch: So hatten etwa 80 % der erkrankten Patienten nach fünf Jahren mindestens ein Rezidiv. Dabei spielen das Absetzen der Medikation sowie extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen die wichtigsten Rollen. Mit jedem Rezidiv steigt zudem die Dauer bis zur nächsten Remission an.

Die neuen „Atypischen“ sollten, so die Hoffnung seit ihrer Einführung, aufgrund ihres geringen EPS-Risikos die Compliance der Patienten erhöhen und dadurch die Rückfallraten senken. In einer Metaanalyse untersuchten Dr. Stefan Leucht und Kollegen, München, alle elf bislang existierenden randomisierten Langzeitstudien, in denen neue und konventionelle Antipsychotika bei insgesamt 2.032 Patienten miteinander verglichen worden sind. Tatsächlich waren die Rückfallraten nach einem Jahr unter atypischen Neuroleptika mit 15 % niedriger als unter konventionellen Substanzen mit 23 %. Das entspricht einer relativen Risikoreduktion von 35 % oder anders ausgedrückt: Bei 1.000 mit Atypika behandelten Patienten werden gegenüber konventionellen Substanzen im ersten Jahr 80 Rezidive zusätzlich vermieden. Erschreckend viele Patienten waren in den Studien wegen Rückfall, Nebenwirkungen oder unzureichender Wirksamkeit der Behandlung aus den Studien ausgeschieden, aber auch diese Zahlen waren unter neuen Antipsychotika signifikant niedriger (49 % versus 66 %). Eine weitere Metaanalyse von elf Studien mit insgesamt 2.769 Patienten untersuchte außerdem das Risiko für tardive Spätdyskinesien. Diese werden, laut Aussage von Heinz, durch die verstärkte Expression von Dopamin-D₂-Rezeptoren bei jahrelanger übermäßiger Rezeptorblockade verursacht. Das Risiko für späte Dyskinesien lag unter neuen Antipsychotika unter 1 %, unter Haloperidol dagegen erlitten 5 % der Patienten diese schwere Nebenwirkung.

Auch Atypika sollten möglichst niedrig dosiert werden, so Heinz. Neuere Studien zeigten außerdem, dass Psychiater die Compliance ihrer Patienten oft überschätzen und dass die Non-Compliance-Raten weiterhin hoch sind. Psychoedukation und atypische Antipsychotika in Depotform stellen vor diesem Hintergrund viel versprechende Strategien dar, mit denen sich das Problem der Non-Compliance zumindest zeitweise umgehen lässt. Heinz erklärte: „Es gibt Untersuchungen, die zeigen, dass man mit erkrankten schizophrenen Patienten besser ‚verhandeln‘ kann; Wahnvorstellungen beispielsweise sind bei ihnen noch nicht so ausgeprägt“.

jfg

2. Deutscher Psychoedukations-Kongress „**Psychoedukation zwischen Neurobiologie und Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen**“, Klinikum rechts der Isar, München, 11./12.3.2005 (unterstützt von der Janssen-Cilag GmbH, Neuss).



Gebührenrahmen

Höhere Sätze sind erlaubt

Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Urteil auf die Öffnungsklausel der GOÄ hingewiesen: Im Einzelfall ist ein Abweichen von der Spannenregelung erlaubt. Zusätzlich formulierte das oberste Gericht detaillierte Vorgaben für die notwendigen Vereinbarungen mit dem Patienten.

Im Urteil vom 25.10.2004 bezieht sich das Bundesverfassungsgericht auf die Öffnungsklausel in § 2 Abs. 2 GOÄ: „Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden.“ Die Richter bestätigten in dieser Entscheidung ausdrücklich das Recht der Ärzte und Zahnärzte, in einer individuellen Vereinbarung mit dem Patienten eine angemessene Vergütung ihrer Leistungen auch in besonders schwierigen und aufwändigen Behandlungsfällen zu erreichen. „Damit wird sichergestellt, dass dem Leistungserbringer nicht unangemessen niedrige Vergütungssätze oder von ihm abgelehnte Leistungsstandards zugemutet werden“ (Az.: 1 BvR 1437/02).

Richter kritisieren geringen Spielraum für Besonderheiten

Das Bundesverfassungsgericht setzt sich dafür ein, bei der Vergütung der Leistungen auch qualitative Besonderheiten bei der Leistungserbringung in der Privatpraxis zu berücksichtigen. Geht man davon aus, so heißt es in der Urteilsbegründung, dass der 2,3-fache Steigerungssatz der Gebührenordnung einer Vergütung entsprechender Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, besteht innerhalb des gesetzlichen Rahmens nur wenig Spielraum für die Berücksichtigung qualitativer Besonderheiten. Wo aber wegen des besonderen Aufwands einer Leistung eine angemessene Vergütung durch den vorgegebenen Gebührenrahmen nicht mehr gewährleistet ist, bedarf es nach Ansicht der Verfassungsrichter einer Öffnungsklausel, die dem Arzt oder Zahnarzt im Einzelfall ein Abweichen von der Gebührenordnung erlaubt.

Die Richter gaben zu, dass die Gebührenmarge bei Zahnärzten besonders schmal sei: „Für überdurchschnittliche Fälle steht nur der Rahmen zwischen 2,4 und 3,5 zur Verfügung, weil ein Absinken unter die Honorierung, die auch die gesetzliche Krankenversicherung zur Verfügung stellt (nämlich den 2,3-fachen Satz), wohl kaum noch als angemessen zu bezeichnen ist. Die im Regelfall nur schmale Marge schadet jedoch nicht, weil der Zahnarzt gemäß § 2 GOZ eine abweichende Vereinbarung treffen kann“.

Höherer Standard – höhere Vergütung

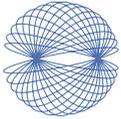
Einer der Kernsätze des Urteils lautet: „Die Gebührenordnung geht – wie jede typisierende Regelung – von einem mittleren Standard bei der Leistungsqualität

aus. Soweit Leistungen von außergewöhnlicher Qualität in Anspruch genommen werden, besteht kein schützenswertes Interesse daran, diese Leistung nur in dem vom Normgeber vorgegebenen „üblichen“ Rahmen zu vergüten.“ Das Bundesverfassungsgericht gibt dabei zu bedenken: „Die gesetzliche Krankenversicherung stellt auch nur Standardleistungen als notwendig und geschuldet zur Verfügung.“

Für die Abrechnung oberhalb des Gebührenrahmens der GOÄ ist eine vor der Leistungserbringung getroffene schriftliche Individualvereinbarung mit dem Patienten unverzichtbar. Diese Anforderung hält das Gericht für Ärzte und Zahnärzte nicht als unverhältnismäßig, sondern dem Schutzbedürfnis des Patienten angemessen. **red**

Voraussetzungen für abweichende Vereinbarungen nach der GOÄ

- Durch Vereinbarung kann eine von der GOÄ abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden.
- Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl oder eines abweichenden Punktwertes ist nicht zulässig.
- Für Leistungen nach § 5a (Schwangerschaftsabbruch) ist eine derartige Vereinbarung ausgeschlossen.
- Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer solchen Vereinbarung abhängig gemacht werden.
- Die Vereinbarung ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor der Leistungserbringung in einem Schriftstück zu treffen.
- Eine mündliche Vereinbarung ist nichtig.
- Die schriftliche Vereinbarung muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten.
- Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.



Abweisung eines Patienten in rechtlicher Grauzone



© Bilderbox, A-Thening

Vertragsärzte dürfen Kassenpatienten nicht allein aus Budgetgründen oder wegen Überlastung abweisen. Aber nicht jede Abweisung ist von vornherein rechtswidrig.

Wenn ein Kassenarzt einen Patienten abweist, kann das für ihn trotz scheinbar berechtigter Argumente ungeahnte berufsrechtliche Konsequenzen haben. Dies zeigt der Fall eines niedergelassenen Augenarztes, der Kassenpatienten mehrfach keinen Termin oder nur Termine mit Wartezeiten bis zu fünf Monaten angeboten hatte. Patienten, die fünf Jahre oder länger nicht mehr in der Sprechstunde waren, wurden abgelehnt. Der Arzt hatte als Begründung angegeben, die Praxis sei aufgrund des knappen Budgets gehalten, den Umfang ärztlicher Leistungen nicht übermäßig auszudehnen. Einer Kassenpatientin hatte der Augenarzt angeboten, sie als Privatpatientin sofort zu behandeln. Notfallbehandlungen wurden dagegen jederzeit durchgeführt.

Verweis von der KV

Vom Disziplinarausschuss der KV Nordrhein gab es daraufhin für den Augenarzt einen Verweis, mit der Begründung, dass vertragsärztliche Pflichten verletzt worden seien. Gründe für die Ablehnung einer Patientin können sich allenfalls aus einer Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient oder aus einer besonderen „durch Verweisung der Patienten an andere Vertragsärzte kompen-

sierbaren Überlastungssituation“ ergeben. Eine Unterscheidung zwischen Not- und Routinefällen durch nichtärztliches Praxispersonal stellt ebenfalls eine Verletzung ärztlicher Pflichten dar. Die Mitglieder des Ausschusses gaben zwar zu, dass dem Vertragsarzt kein Vorwurf gemacht werden kann, wenn er sich aus Qualitätsgründen ausreichend Zeit für seine Patienten nimmt. Allerdings ist die Unterteilung und Ungleichbehandlung nach Stamm- und neuen Patienten ohne rechtliche Grundlage. Der Augenarzt, so der Disziplinarausschuss der KV, hat die vom Bundesgesundheitsministerium herausgestellte Verpflichtung zur Behandlung aller Kassenpatienten missachtet, zumal diese den jeweils nächst erreichbaren Vertragsarzt aufsuchen sollten.

In zweiter Instanz hat nun das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen den Beschluss des Disziplinarausschusses aufgehoben. Nach Ansicht des Gerichts war der Verweis zwar formal rechtmäßig; jedoch rechtfertigte das Verhalten des Augenarztes nicht einen Verweis: Die Unterscheidung von Stamm- und neuen Patienten ist durch die vertragsärztlichen Vorschriften nicht gedeckt. Der Schluss auf eine Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten ist damit nicht ohne weiteres gerechtfertigt. Finanzielle Aspekte wie

die vermeintlich unzureichende Honorierung im Vertragsarztrecht berechtigen den Arzt jedoch nicht, einem Versicherten gesetzlich vorgesehene Leistungen zu verweigern. Als klar vorwerfbares Verhalten wertete das Gericht, die Terminvergabe mit der Aufforderung an Patienten zu verknüpfen, sich privatärztlich behandeln zu lassen.

Der Augenarzt bewegt sich nach Ansicht des Landessozialgerichts in einem Grenzbereich, wenn er für seine Terminvergabe eine Praxisorganisation wählt, die seiner Leistungs- und Budgetkapazität angepasst ist. Selbst der Disziplinarausschuss der KV hatte dem Arzt keinen Vorwurf daraus gemacht, dass er sich aus Qualitätsgründen ausreichend Zeit für seine Patienten nahm. Liegt eine Auslastung der Praxis vor, ist es dem Vertragsarzt nicht zu verwehren, wenn er im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben Patienten ablehnt und sie an einen anderen Vertragsarzt verweist. Der Augenarzt hatte Notfallbehandlungen ohne Rücksicht auf den Status der Patienten vorgenommen. Deshalb ließ sich auch der Vorwurf des Disziplinarausschusses nicht halten, er habe die Unterscheidung nach Notfall- oder Routineuntersuchung dem Praxispersonal überlassen.

Disziplinarmaßnahmen müssen verhältnismäßig sein

Da dem Arzt nur in einem Fall (sofortige Terminvergabe unter der Voraussetzung, sich privatärztlich behandeln zu lassen) ein pflichtwidriges Verhalten nachzuweisen war, sahen die Richter den Verweis als unverhältnismäßig an. Nach der Disziplinarordnung kann der Ausschuss folgende Maßnahmen aussprechen: Verwarnung, Verweis, Geldbuße bis 10.000 EUR und Anordnen des Ruehens der Zulassung bis zu zwei Jahren. Das Landessozialgericht bewertete in diesem Fall die Erteilung eines Verweises (der eine Eintragung im Arztregister zur Folge hat) als nicht gerechtfertigt.

Beim Bundessozialgericht in Kassel steht derzeit ein ähnlicher Fall zur Entscheidung an. Das oberste Sozialgericht erkennt in bisherigen Entscheidungen nicht an, dass jede einzelne medizinische Leistung zu einem angemessenen Honorar führt; dies gilt nur für das Honorar des Arztes insgesamt. **af**

Patienten und drohenden Compliance-Probleme sollten vom behandelnden Arzt keinesfalls ignoriert werden. Die Kompetenz des Psychiaters, die Qualität der psychiatrischen Therapie und der Erfolg einer Behandlung mit hocheffizienten atypischen Antipsychotika darf nicht durch Gleichgültigkeit gegenüber der Problematik Gewichtszunahme in Frage gestellt werden.

Die Beobachtung von Veränderungen des Körpergewichts bei psychiatrischen Patienten ist nicht neu, bereits Esquirol machte zu Beginn des 19. Jahrhunderts auf Gewichtsveränderungen bei psychisch Kranken aufmerksam: „Die Kranken werden stärker und das Delirium verschwindet in dem Maße als die Korpulenz sich vermehrt. Diese Korpulenz bleibt noch mehrere Monate nach der vollständigen Heilung.“ [9]. Um die Beobachtungen Esquirols zu verifizieren, griff Nasse diese Problematik 1859 in einer Körpergewichtsstudie mit 108 Patienten auf, die bis zu vier Jahre kontrolliert worden waren [18]. Fürstner (1889) dokumentierte bei seinen Patienten gleichfalls stark schwankende Gewichtskurven, sogar innerhalb weniger Tage [10]. Rosenfeld (1906) befasste sich mit dem Zusammenhang zwischen psychischen Vorgängen und Energiestoffwechsel in Versuchen mit vier künstlich ernährten Patienten [21].

Für Kraepelin war es selbstverständlich, das Körpergewicht seiner, insbesondere schizophrenen und bipolaren Patienten regelmäßig zu kontrollieren und akribisch zu dokumentieren (Abb. 1)

„Die Nahrungsaufnahme schwankt von völliger Verweigerung bis zu stärkster Freßgier. Das Körpergewicht pflegt zunächst zu sinken (...). Späterhin sehen wir im Gegenteil das Gewicht nicht selten rasch ganz außerordentlich ansteigen (...). Bisweilen beobachtet man in ganz kurzen Fristen sehr erhebliche Unterschiede im Körpergewicht.“
(Emil Kraepelin, 1913 [15])

[15]. Auch bei Bleuler (1911) finden sich Angaben zur Problematik der Gewichtsveränderung bei schizophrenen Patienten: „Das Körpergewicht zeigt namentlich bei den akuten Formen häufig ganz unregelmäßige und starke Schwankungen (...) und zwar in einzelnen Fällen um 25 Kilogramm und noch mehr über das Normalmaß des Kranken (...)“ [6]. Die Ergebnisse einer Studie von Kryspin-Exner (1947) mit 17 Patienten weisen sowohl auf fluktuierendes Körpergewicht als auch auf die prognostische Bedeutung hin [16].

Mit der Einführung des ersten Antipsychotikums Chlorpromazin in den 50er-Jahren kam der neue Teilaspekt des explizit pharmakotherapeutisch assoziierten Gewichtsanstiegs hinzu. Planansky machte in einer Fallstudie auf diesen Zusammenhang aufmerksam (1958); er bemerkte den prognostisch günstigen Effekt der Gewichtszunahme und thematisierte auch ungünstige Konsequenzen (Kosten, Risiken) [20]. Stärkere Beachtung fand die Psychopharmaka-assoziierte Gewichtszunahme seit dem WPA-Kongress 1999; 2004 wurde insbesondere der Einfluss atypischer Antipsychotika diskutiert.

Unter Berücksichtigung der spärlichen Mitteilungen und Studien zur Gewichtsproblematik psychiatrischer Patienten für den Zeitraum 1838–2003, werden drei Hypothesen deutlich:

- abnorme Fluktuation des Körpergewichts ist ein Kennzeichen psychischer Erkrankung,
- abnorme Fluktuation des Körpergewichts psychiatrischer Patienten ist mit und ohne Therapie zu beobachten,

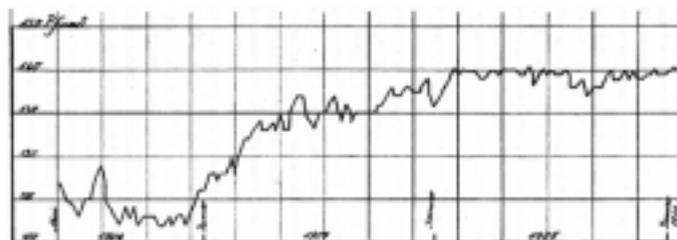


Abbildung 1: Fluktuierendes Körpergewicht eines unbehandelten Patienten mit Depression über drei Jahre (nach Kraepelin E., 1913, [15])

Mögliche Risikofaktoren erhöhter Adipositas-Inzidenz bei schizophrenen Patienten

- Heißhunger als Ausdruck einer gestörten Regelung von Appetit und Essverhalten
- verminderter kalorischer Grundumsatz
- eingeschränkte Glukosetoleranz
- Effekte verschiedener Neurotransmitter
- Effekte von Hormonen und Neuropeptiden sowie immunmodulatorische Einflüsse

[Internistische Fragestellungen in der Neuroleptika-Therapie, Nervenheilkunde 7/2001]

- Gewichtszunahme bei psychiatrischen Patienten ist mit und ohne Therapie ein prognostisch günstiges Zeichen.

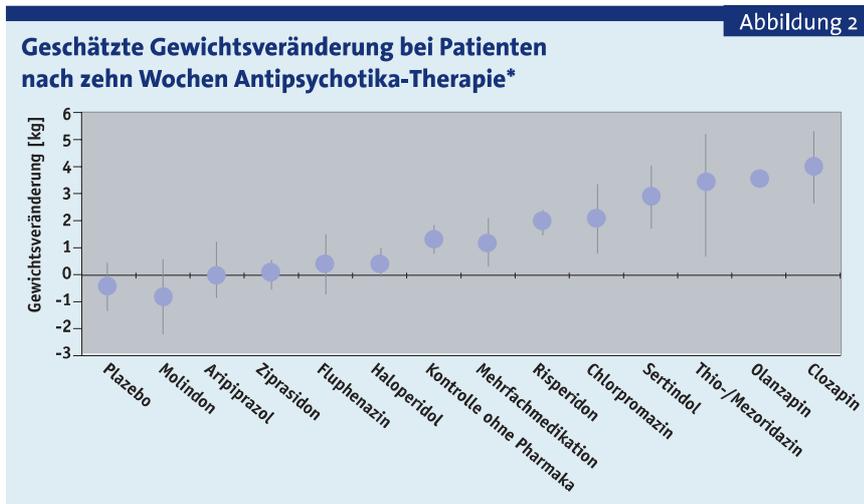
Adipositas-Prävalenz psychiatrischer Patienten

Die Prävalenz für Übergewicht und Adipositas bei psychiatrischen Patienten, etwa bei Schizophrenie, ist im Vergleich zu Kollektiven der Normalbevölkerung erhöht, insbesondere im Bereich BMI > 28 bis > 35 (NHIS-Stichprobe, 1989) [3]. Altersadaptiert zeigen die Daten der NHANES-III-Stichprobe (1988–1994) am Beispiel Schizophrenie, dass bei Männern die BMI-Kategorien > 26–28 und > 30–35 und bei Frauen > 28–30 und > 35 gegenüber dem Kontrollkollektiv häufiger zu beobachten sind [2, 3]. Angaben zur Prävalenz der Gewichtszunahme schizophrener Patienten sind hier sehr heterogen: Übergewicht/Adipositas wurde bei 26–62% der Patienten beobachtet. Eine höhere Prävalenz für Gewichtsveränderung bei Nicht-Kauasiern (hispanisch, afrikanisch, amerikanisch) gegenüber Weißhäutigen wird diskutiert.

Gewichtszunahme unter Antipsychotika

Die Gewichtszunahme unter Antipsychotika betrifft nur einen Teil der psychiatrischen Patienten. Und nicht alle Patienten nehmen exzessiv zu, wenn Antipsychotika eingesetzt werden. Dennoch zeigen die Befunde zahlreicher Studien,

* Fixed-Effects-Modell auf der Grundlage einer Metaanalyse von > 80 Studien mit > 30.000 Patienten [1], ergänzt durch [17].



dass diese Problematik sehr ernst genommen werden muss. Ein übermäßig erhöhtes Körpergewicht ist ein anerkannter Risikofaktor für weitere Sekundärerkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen oder Glukosestoffwechselstörungen. Therapieentscheidend sollte dennoch in erster Linie die antipsychotische Effizienz sein [11]. Die drohenden kardiovaskulären Risiken oder prädiabetischen Zustände können die Sterblichkeit der Betroffenen ungünstig beeinflussen. Zudem gefährdet ansteigendes Körpergewicht die Compliance beziehungsweise den therapeutischen Erfolg. Betroffene erleben neben einem Psychiatrie-Stigma zusätzlich die psychisch belastende Stigmatisierung des Übergewichtigen, die gelegentlich zur erhöhten Suiziddisposition beiträgt.

Im Gegensatz zu potenziell irreversiblen Bewegungsstörungen unter typischen Antipsychotika ist die Körpergewichtszunahme unter Atypika in den meisten Fällen günstig beeinflussbar, wenn das Problem von Anfang an thematisiert und eine adäquate Intervention eingeleitet wird [4, 7, 19]. Studienergebnisse zeigen, dass das Problem therapiebedingter Gewichtszunahme in der psychiatrischen Praxis mit relativ geringem Aufwand an Zeit und Mitteln erfolgreich beherrschbar ist.

Nahezu alle Antipsychotika, sowohl typische als auch atypische, sind in unterschiedlichem Grad mit einer Zunahme des Körpergewichtes assoziiert [23]. Dass es sich um ein prägnantes Problem

handelt, belegen die Befunde einer Metaanalyse von 80 Studien mit mehr als 30.000 Patienten unter zehnwöchiger antipsychotischer Medikation [1]: Das Spektrum der Gewichtsveränderungen reicht, beginnend mit Gewichtsneutralität unter Aripiprazol [17] und Ziprasidon, bis zu einer Zunahme um 4 kg (Clozapin); im Kontrollkollektiv ohne Antipsychotika betrug die Gewichtszunahme etwa 1 kg (Abb. 2). In Beipackzetteln wird üblicherweise der Anteil der Patienten angegeben, die 7% Gewicht gegenüber dem Basiswert zunehmen.

Das zeitabhängige Muster der Gewichtszunahme unter Antipsychotika zeigt, dass es vor allem während der ersten sechs Wochen der Anwendung zu einem deutlichen Gewichtsanstieg kommen kann, der sich im Zeitverlauf verlangsamt. In der Regel verändert sich das Körpergewicht nach etwa einem Jahr nicht mehr wesentlich („Plateaubildung“) – bereits Esquirol (1838) hatte bei seinen unbehandelten Patienten nach spontanem Abklingen der Psychose diese Plateaubildung (mit konsekutiver Rückkehr zum Normalgewicht) beobachtet [9].

In einer Studie mit 1.190 Schizophrenie-Patienten war unter Olanzapin-Langzeittherapie bei 15% der Teilnehmer eine Veränderung von 7% des Ausgangsgewichts während der ersten sechs Therapiewochen nachzuweisen [14]; das Körpergewicht blieb dann bis zur 60. Woche stabil. Bei den übrigen Patienten betrug die durchschnittliche Gewichtszunahme während des Gesamt-

zeitraums weniger als 3 kg. Eine Beziehung zwischen der Dosis des Antipsychotikums und dem Grad der Gewichtszunahme ist bislang nicht zu erkennen. Durch Begleitmedikation und Kombinationstherapien, etwa mit Stimmungsstabilisierern (Lithium, Valproat), erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer unerwünschten Gewichtszunahme zusätzlich.

Ätiologische Hypothesen

Die Ursachenforschung zum Phänomen der Gewichtszunahme unter psychotroper Medikation ist noch weit von überzeugenden Antworten auf die zahlreichen offenen Fragen entfernt. Gegenwärtig muss man sich mit Hypothesen, Anhaltspunkten und Hinweisen auf ein multifaktorielles Geschehen begnügen. Hierzu gehören etwa

- Mechanismen der Appetitzunahme,
- Veränderungen des dopaminergen, adrenergen, serotonergen und histaminergen Systems,
- Veränderungen der Hormonregulation (Schilddrüsenhormone, Sexualhormone, Leptin),
- stimmungbedingte (Depression, Manie) Veränderungen des Lebensstils,
- Gen-Polymorphismen und Veranlagung,
- Ernährungsgewohnheiten und bewegungsarme Lebensweise,
- substanzspezifische pharmakologische Effekte,
- Behandlungsart (ambulant, stationär) oder komorbide Prädisposition (Stoffwechselerkrankungen).

Diese Liste von Einflussgrößen ließe sich noch verlängern [4]. Keiner dieser Faktoren konnte bislang ätiologisch gesichert werden – eine programmatische Herausforderung für die pharmakopsychiatrische Forschung, die zum besseren Verständnis grundlegender psychischer Prozesse und zur Entwicklung optimierter Antipsychotika beitragen könnte. Wie die Langzeitbefunde der historischen Patientenkollektive Kraepelins und Bleulers – für die hochwirksame atypische Antipsychotika noch nicht zur Verfügung standen – zeigen, ist die Gewichtszunahme bei psychisch Kranken ein Phänomen, das auf grundlegende psychopathologische Mechanismen verweist.

Risikofaktor Übergewicht

Verlässliche Daten belegen hinreichend, dass Übergewicht oder Fettleibigkeit mit erheblichen Gesundheitsrisiken und explodierenden Krankheitskosten verbunden ist. Eine Frau, Nichtraucherin, die beispielsweise vom 18. Lebensjahr an 10 kg oder mehr zunimmt, hat ein signifikant erhöhtes Sterberisiko im mittleren Lebensalter. Bei Gewichtszunahme um 20 kg oder mehr im Vergleich zu Normalgewichtigen steigt das Sterberisiko jeder Ursache auf 1,6. Signifikante Gewichtszunahme im Erwachsenenalter erhöht insbesondere die kardiovaskuläre und die Krebssterblichkeit. Auch die Morbidität kann individuell unterschiedlich ansteigen: Durch Übergewicht/Adipositas erhöht sich besonders das Erkrankungsrisiko für Hypertonie, Typ-2-Diabetes, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall und Brustkrebs. Es gibt zunehmend evidenzbasierte Hinweise darauf, dass übergewichtige beziehungsweise adipöse Menschen mit Diskriminierung und reduzierter Lebensqualität sowie deutlichen körperlichen Funktionsdefiziten leben müssen. Darüber hinaus ist bei zunehmendem Körpergewicht mit sinkender Antipsychotika-Compliance sowie mit ansteigenden Rezidiv- und Rehospitalisierungsraten zu rechnen.

Praktikable Problemlösung

Unabhängig vom verordneten Antipsychotikum, das im Einzelfall mit stärkerer (Clozapin, Quetiapin, Olanzapin) oder geringerer Gewichtszunahme (Risperidon, Ziprasidon, Aripiprazol) assoziiert ist [1, 2, 17], kann der Gewichtsanstieg oft günstig beeinflusst werden. In einer aktuellen Studie konnten mit Antipsychotika und Verhaltenstherapie behandelte Patienten ihr initiales Übergewicht langfristig (63 Monate) halbieren und stabilisieren. In der Vergleichsgruppe ohne Intervention fluktuierte hingegen das Körpergewicht stark [18, 19].

In jedem Fall sollten Psychiater ihre Aufmerksamkeit bewusst auf die Gewichtsproblematik ihrer mit Antipsychotika behandelten Patienten richten. Solange keine ätiologisch orientierten Lösungen des Problems verfügbar sind, bieten sich Erfolg versprechende pragmatische Lösungen an:

- ▶ Vor jeder Medikation sollte eine aktuelle Vorgeschichte zur Gewichtsveränderung ermittelt werden, um eine durch andere Faktoren verursachte Gewichtszunahme differenzieren zu können.
- ▶ Vor jeder Antipsychotika-Verordnung sollte der mögliche Nebeneffekt der Gewichtszunahme mit dem Patienten offen besprochen werden.

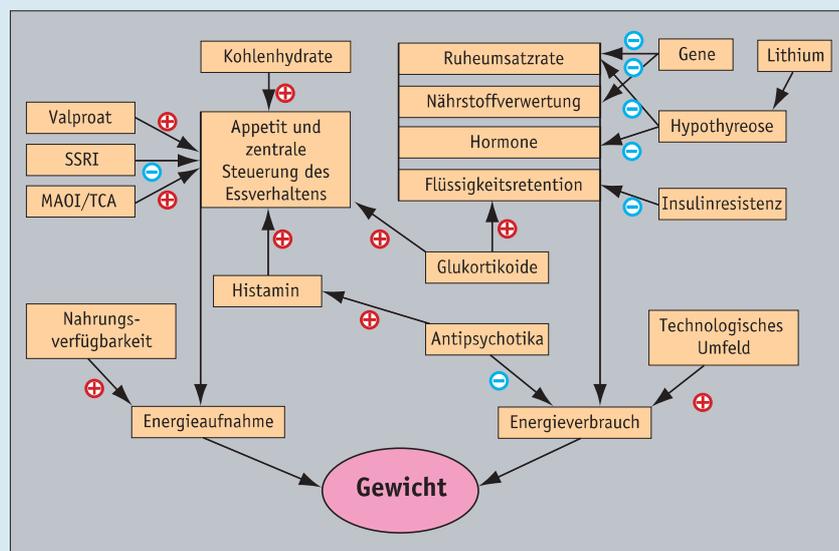
Antipsychotika-Therapie und Gewichtszunahme: Empfehlungen für die psychiatrische Praxis [4]

- Die antipsychotische oder antimanische Wirksamkeit einer Substanz muss für die Therapieentscheidung vorrangig bleiben.
- Eine besondere Disposition des Patienten für Gewichtszunahme unter Antipsychotika kann vor Therapiebeginn anamnestisch ermittelt werden.
- Die Problematik der möglichen Gewichtszunahme muss vor Beginn der Therapie mit dem Patienten besprochen werden.
- Gewichtskontrolle vor Beginn und im regelmäßigen Intervall während der Behandlung sind die Voraussetzung der erfolgreichen Gewichtsabnahme.
- Ernährungsberatung, Diättherapie und Verhaltensinterventionen sind effiziente Maßnahmen, um das Körpergewicht anhaltend zu reduzieren und zu stabilisieren.

- ▶ Erste Maßnahmen umfassen die Gewichtsbestimmung vor Therapiebeginn sowie die regelmäßige konsequente Gewichtskontrolle (etwa alle zwei Wochen) während der Behandlung. Zur Gewichtskontrolle (kann von der Ärztin übernommen werden) werden ein Maßband, eine Körperwaage und ein Körperfettmessgerät benötigt (Zeitaufwand: ca. 5–10 Minuten); Parameter umfassen Basisangaben, Körpergewicht, BMI, Taillenumfang und Körperfettgehalt.
- ▶ Ernährungsberatung, Diät und Verhaltensinterventionen haben sich bei psychiatrischen Patienten unter Antipsychotika-Therapie als wirksame Strategie zur Gewichtsreduktion erwiesen. Bereits eine mäßige Abnahme des Körpergewichts um 5–10% führt zu einer Verminderung möglicher Gesundheitsrisiken sowie zu einer gesteigerten Lebensqualität der Betroffenen und trägt maßgeblich zur Verbesserung der therapeutischen Effizienz atypischer Antipsychotika bei.

Mögliche Mechanismen der Gewichtszunahme unter psychotroper Medikation

Abbildung 3



Gewichtszunahme fördernd (+) bzw. hemmend (-) [nach 4]

Dr. med. Eberhard J. Wormer, München

Wie evident ist Evidenz-basierte Medizin?

Eine Betrachtung (auch) über „atypische“ Neuroleptika

Mit Evidenz-basierter Medizin wird impliziert, dass die derzeit beste wissenschaftliche Erkenntnis systematisch in die medizinische Versorgung und die Beantwortung klinischer Fragestellungen einbezogen wird. Doch die Kriterien der Evidenz und die Qualität der zugrunde liegenden klinischen Studien sind nach wie vor Gegenstand zahlreicher Kontroversen: Prof. Dr. Matthias Dose beanstandet die empirische Evidenz und ihre Umsetzung im Bereich der Antipsychotika-Therapie, PD Dr. Stefan Leucht nimmt kritisch dazu Stellung.

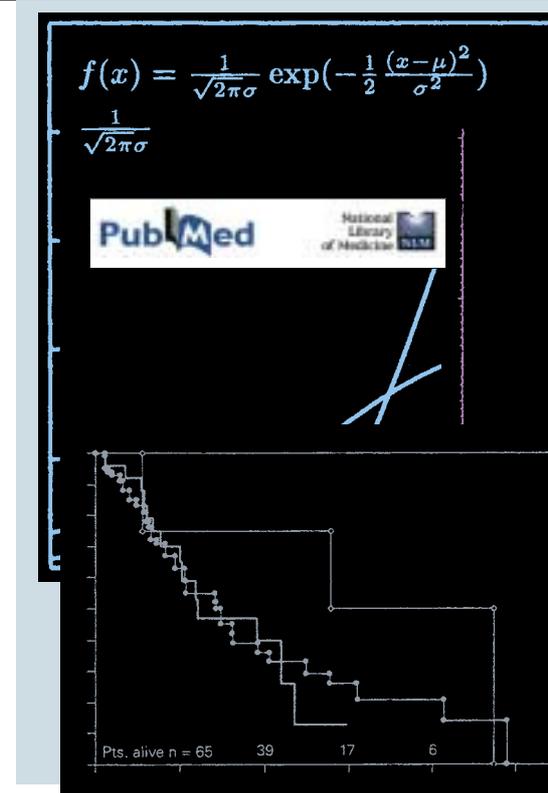
Kritik an der Validität

Guyatt & Rennie, 2002, bezeichneten als „Evidenz“ die empirische Beobachtung der Beziehung von Ereignissen. Da die empirische Betrachtung subjektiven Einflüssen unterliegt, wird im wissenschaftlichen Bereich versucht, diesen „bias“ durch ein entsprechendes „Design“ wissenschaftlicher Studien auszuschalten oder zu minimieren. Dabei gilt die randomisierte, kontrollierte Studie der klinischen Beobachtung aus offenen Studien und Kasuistiken überlegen [21]. Bei Evidenz-basierter Medizin geht es um die systematische Bewertung publizierter Studienergebnisse, in der Regel in Form einer „Metaanalyse“ mittels Internet-Recherche (z. B. Medline, Current Contents, Cochrane Register) oder Literatur-Recherche aus Übersichtsarbeiten (z. B. Cochrane Reviews). Auch Pharmafirmen werden gebeten, bislang unpublizierte Studien vorzulegen [15]. Die so gesammelten Daten werden nach festgelegten Kriterien (Randomisierung, Plazebo-Kontrolle, definierte Ein- und Ausschlusskriterien der Studien, Behandlungsdauer, verwendete Rating-Instrumente, Therapieerfolgskriterien) erwählt und bewertet („Critical Appraisal“) [3]. Folgende Parameter sind dabei gängig:

- ▶ **Relative Risikoreduktion (RRR):** Wie verändert sich bezogen auf eine Kontrollgruppe das Risiko für das Eintreten eines Ereignisses (z. B. Rückfall)?
- ▶ **Absolute Risikoreduktion (ARR):** Um wieviel Prozent verringert sich das Risiko eines Ereignisses unter Medikation gegenüber Plazebo?
- ▶ **Number needed to treat (NNT):** Wie viele Patienten müssen behandelt werden, damit ein Ereignis eintritt oder nicht? (NNT von 10 bedeutet, dass zehn Patienten mit der Intervention behandelt werden müssen, damit das Ereignis bei einem Patienten eintritt oder nicht.)
- ▶ **Effektstärke:** Sie misst ausgehend von den „Outcome“-Maßen (z. B. BPRS, CGI, SANS, EPS-Skalen, AIMS) den Einfluss einer Behandlung auf abhängige Variablen (z. B. BPRS-Score). Effektstärken werden mit verschiedenen statistischen Methoden bestimmt, die wiederum zu sehr unterschiedlichen Interpretationen führen können

Evidenz-basierte Medizin in der Kritik

Auf Probleme, die mit der Metaanalyse mit Hinblick auf Evidenz-basierte (und folgerichtig in Behandlungsleitlinien umzusetzende) Medizin entstehen können, haben verschiedene Autoren [7, 12] schon vor Jahren hingewiesen: Zum ei-



nen beziehen die entsprechenden Literaturrecherchen ausschließlich englischsprachige Arbeiten in die Analysen ein, was beispielsweise erklärt, warum Perazin, ein erwiesenermaßen günstiges Neuroleptikum hinsichtlich extrapyramidalen Störungen EPS (< 10% der behandelten Patienten) [8], kaum in einer aktuellen Metaanalyse auftaucht. Zum anderen werden Studien nach unterschiedlichen Kriterien (mit und ohne Plazebokontrolle, Symptombeseitigung versus Symptomreduktion als Responsekriterium) in die Analysen mit einbezogen. Daneben besteht das Problem, dass Studien mit neutralem beziehungsweise negativem Ergebnis in der Regel nicht publiziert werden, was zu einer völligen Verzerrung der Ergebnisse von Metaanalysen führen kann. Nicht umsonst hat der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Prof. Müller-Oerlinghausen, jüngst die Einrichtung einer zentralen Stelle zur Registrierung laufender Studien gefordert [10].

Auf „positivere“ Ergebnisse Pharmaindustrie-gesponserter Studien gegenüber unabhängig durchgeführten Studien verweist eine im JAMA publizierte Untersuchung, die zeigt, dass bei Sponsoring in 51% der Studien das geprüfte Medikament als „Medikament der Wahl“ empfohlen wurde, während in Studien



von unabhängigen Organisationen nur in 16 % diese Empfehlung gegeben wurde. Im Rahmen einer Regressionsanalyse erwies sich „Sponsoring“ als signifikanter Prädiktor von Studienergebnissen, während Behandlungseffekte und unerwünschte Nebenwirkungen darauf weniger Einfluss nahmen [1].

Wenn gleichzeitig in Betracht gezogen wird, dass in den USA im Jahr 2000 der Anteil industrieller Mittel an der gesamten biomedizinischen Forschung 62 % betrug [10], so stellt sich zu Recht die Frage, wer heute noch unabhängige Studien durchführt. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass ein Teil der Ärzteschaft (z. B. Brune K., Deutsches Ärzteblatt, 19.3.2004; Niroomand F., Deutsches Ärzteblatt, 25.6.2004) kritisches Unbehagen gegen eine zu große Euphorie gegenüber der Evidenz-basierten Medizin artikuliert, während andere [20] für eine „grundsätzlich positive Einstellung“ plädieren, die erst zu notwendiger Weiterentwicklung und Verfeinerung führen könne. Sofern die „grundsätzlich positive Einstellung“ nicht einer kritischen Bewertung der Methoden und Aussagen der Evidenz-basierten Medizin und einer kritisch-abwägenden Haltung gegenüber auf deren Ergebnissen basierenden „Therapieleitlinien“ entgegensteht, wollen wir uns diesem Anliegen nicht verschließen.

Was heißt denn hier „atypisch“?

Als „atypisch“ gilt seit der Einführung von Clozapin eine antipsychotisch wirksame Substanz, die in therapeutisch wirksamen Dosierungen keine klinisch erkennbaren EPS hervorruft. Für die sowohl chemisch als auch hinsichtlich des Rezeptorprofils und der Wirkmechanismen heterogene Gruppe der ab 1995 auf den Markt gekommenen, neu entwickelten antipsychotischen Substanzen (Risperidon, Olanzapin, Quetiapin, Amisulprid, Ziprasidon und Aripiprazol) trifft dieses Kriterium (dosisabhängig) nur bedingt zu. Wenn sie dennoch als „atypisch“ angeboten werden, so entspricht dies mehr den Marketing-Strategien der Hersteller, als den tatsächlichen Gegebenheiten. Aus diesem Grund hat die „World Psychiatric Association“ (WPA) vorgeschlagen, die antipsychotischen Substanzen in „Generationen“ einzuteilen, wobei die oben genannte Gruppe der „atypischen“ Neuroleptika die zweite Generation, Aripiprazol die dritte und die „typischen“ Neuroleptika die erste Generation bilden [19].

Metaanalysen zu „atypischen“ Neuroleptika

In der Psychopharmakologie ist die Markteinführung der neuen „atypischen“ Neuroleptika (beginnend mit Risperidon, 1995) von einem wahren „Boom“ von Metaanalysen begleitet worden [4, 9, 15, 16, 23]. Eine erste vergleichende Metaanalyse „neuer“ Neuroleptika [23] befasste sich mit Studien zu Olanzapin, Quetiapin, Risperidon und Sertindol im Vergleich zu Haloperidol und Placebo (publiziert ab 1992). Das wenig überraschende Ergebnis: Alle „neuen“ Substanzen erwiesen sich mit einer als „mäßig“ eingeschätzten Effektstärke wirksamer als Placebo. Gegenüber Haloperidol zeigten sich Sertindol und Quetiapin bezüglich der schizophrenen Gesamtsymptomatik gleich wirksam, Risperidon und Olanzapin als gering überlegen. Bezüglich „Negativsymptomatik“ war auch Haloperidol wirksam (hier besser als Quetiapin), jedoch als nicht so effektiv wie Olanzapin und Risperidon. Der Anticholinergikaverbrauch war unter den „neuen“ Substanzen geringer im Vergleich zu Haloperidol, wobei sich Risperidon als weniger vorteilhaft erwies.

In der Diskussion der Ergebnisse decken die Autoren bemerkenswert offen die methodischen Schwachstellen ihrer Metaanalyse auf: Die „Überlegenheit“ von Risperidon und Olanzapin beruht auf minimalen (6–7%) Verbesserungen der PANSS-Scores. Bezüglich Negativsymptomatik weisen die Autoren darauf hin, dass die Metaanalyse nicht zwischen Wirkungen auf „primäre“ und „sekundäre“ (z. B. EPS-abhängige) Negativsymptome unterscheiden kann und dass (was auch den unterschiedlichen Anticholinergikaverbrauch erklärt) unter „konventionellen“ Neuroleptika signifikant häufiger EPS zu beobachten waren. Bezüglich der in den analysierten Studien verwendeten Vergleichsdosierungen von Haloperidol (bis 20 mg/Tag) weisen sie auf die „relativ hohe“ Dosierung von Haloperidol in den meisten Studien, was das Auftreten von EPS „begünstigt“ habe. Lediglich eine Studie, bei der Haloperidol in einer Dosierung von 4 mg/Tag gegen Sertindol (dessen Zulassung gegenwärtig wegen QT-Zeit-Verlängerung ruht) geprüft worden war, ergab auch gegenüber dieser niedrigen Haloperidol-Dosis weniger EPS [22].

Als aufschlussreich für die Vergleichsdosis konventioneller Neuroleptika erwies sich eine Metaanalyse von 52 randomisierten Studien (n = 12.649 Patienten), in denen Amisulprid, Clozapin, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon und Sertindol mit konventionellen Neuroleptika (in der Regel Haloperidol oder Chlorpromazin) oder untereinander verglichen wurden [9]: Sobald die zum Vergleich eingesetzte Dosis von konventionellen Neuroleptika die Äquivalenzdosis von 12 mg/Tag Haloperidol unterschritt, waren keine Unterschiede zwischen konventionellen und atypischen Neuroleptika mehr feststellbar, weder bei antipsychotischer Wirksamkeit noch bei der Verträglichkeit (mit Ausnahme geringerer EPS unter „Atypika“). Unterstützt wird die Hypothese, die in den gesponsorten Vergleichsstudien (die zur Zulassung führten) gefundene Überlegenheit „atypischer“ gegenüber herkömmlichen Neuroleptika könnte auf zu hohen Dosierungen der verwendeten Vergleichssubstanzen beruhen, durch eine Metaanalyse von Studien, in denen als herkömmliche Vergleichssubstanzen Neu-



roleptika mit niedrigerem EPS-Risiko (Chlorpromazin, Chlorprothixen, Perazin etc.) eingesetzt wurden [16]. Hier traten ausschließlich unter Clozapin signifikant weniger EPS als unter den Vergleichssubstanzen auf und es zeigte sich, dass sich bei Verwendung von weniger als 600 CPZ-Äquivalenten das EPS-Risiko herkömmlicher Substanzen nicht von dem der „Atypika“ unterschied.

Vorsichtig schließen die Autoren (die im „Conflict of interest statement“ zahlreiche Verbindungen zu Herstellern atypischer Neuroleptika offenlegen) aus ihrer Analyse, dass angemessen dosierte, niedrig-potente herkömmliche Neuroleptika den „atypischen“ in der Schizophrenie-Therapie ebenbürtig sein könnten. Das Aufgreifen dieser Analyse im „Deutschen Ärzteblatt“ („Zweifel an besserer Verträglichkeit“, 12.5.2003) rief prompt Stellungnahmen zur Verteidigung der „guten und zum Teil besseren Wirksamkeit atypischer Neuroleptika“ hervor [z. B. 20]. Widersprüchlich zu den Aussagen der Metaanalyse behaupten die Autoren, sie hätte „Hinweise“ ergeben, dass ältere, niedrigpotente Substanzen in „individuell optimaler Dosierung“ (davon ist keine Rede) vergleichbar wirksam seien und so „möglicherweise“ nicht häufiger extrapyramidale Nebenwirkungen aufwiesen. Die Frage, ob niedrigpotente Neuroleptika im niedrigen Dosisbereich gleich wirksam seien wie Atypika, hätten die Autoren nicht beantworten wollen (was nicht den Aussagen der Arbeit von Leucht et al. entspricht). Um dem Leser gleich noch die gewünschte „Orientierung“ zu geben, behaupten die Autoren, die „Leitlinie der DGPPN“ (1998) würde atypische Neuroleptika in fünf Indikationen als „Therapie der ersten Wahl“ empfehlen, obwohl die Leitlinie lautet: „Als Substanzen erster Wahl werden mittel- und hochpotente typische oder gleichrangig atypische Antipsychotika empfohlen (...). Auf Grund des günstigeren Nebenwirkungsprofils (...) ist der primäre Einsatz von atypischen Neuroleptika bei Ersterkrankten in Betracht zu ziehen“ (DGPPN, 1998).

Zur Unterstützung ihrer Behauptungen führen Weinmann & Gaebel zwei weitere Metaanalysen an, die eine „zum Teil überlegene Wirkung atypischer Neuroleptika in der Akuttherapie“ [4] und

„eine geringfügige, aber signifikante Überlegenheit in der Verhinderung von Krankheitsrezidiven“ [16] gezeigt hätten. In die Analyse von Davis et al. waren 124 kontrollierte Studien (1953–2002) zum Vergleich atypischer mit typischen (10 Studien) beziehungsweise zwischen atypischen Neuroleptika (18 Studien) einbezogen worden. Eine signifikante Überlegenheit gegenüber konventionellen Neuroleptika ergab sich lediglich für Clozapin, Amisulprid, Risperidon und Olanzapin, jedoch nicht für Aripiprazol, Quetiapin und Ziprasidon, woraus die Autoren den Schluss ziehen, atypische Neuroleptika seien keine homogene Gruppe. Ein gerne zitierter Nebenasspekt dieser Studie ist, dass die Autoren den von Geddes et al. (2000) gefundenen Effekt zu hoher Haloperidol-Dosen auf die scheinbare Überlegenheit atypischer Substanzen nicht bestätigen konnten. Dazu haben Geddes et al. (2004) deutlich gemacht, dass es die statistische Methodik ist, die den Einfluss der Dosis herkömmlicher Neuroleptika auf Wirksamkeit und Nebenwirkungen hervortreten lässt oder nicht. Während sie in ihrer Meta-Regressionsanalyse ein hierarchisches, multivariates Modell gewählt hätten, das die Dosierung den entsprechenden Patientengruppen zuordnete, hätten Davis et al. den Effekt der Dosierung als undifferenzierte Durchschnittsgröße einer univariaten Analyse unterzogen. Sehr deutlich äußern Geddes et al., dass diese Methode „optimal“ gewählt sei – wenn man keinen Effekt der Dosis finden wolle. Auch die ins Feld geführte Metaanalyse zur rezidivprophylaktischen Wirkung atypischer im Vergleich zu typischen Neuroleptika [16] überzeugt nicht: Elf Vergleichsstudien (2032 Patienten; Haloperidol bis 30 mg/Tag) ergaben lediglich für Risperidon und Sertindol eine signifikant niedrigere Rückfallrate. In der Diskussion weisen die Autoren darauf hin, dass nicht zu bestimmen sei, ob die „bescheidene“ Überlegenheit atypischer Neuroleptika auf bessere Wirksamkeit, bessere Compliance oder beides zurückzuführen sei. Sie diskutieren, dass Untersuchungen in den 70er- und 80er-Jahren gezeigt hätten, dass mit Dosierungen < 5 mg/Tag Haloperidol eine ausreichende Rückfallprophylaxe gewährleistet sei, dass aber

(bis auf eine Ausnahme) keine der analysierten Studien diese Dosierungsstrategie angewendet hätte; vielmehr hätte die Mehrzahl der Patienten 10–20 mg/Tag Haloperidol erhalten. Über das schwache Ergebnis der Reduktion des absoluten Rückfallrisikos durch atypische Neuroleptika um 8% (wenn 1.000 Patienten ein Jahr mit Atypika behandelt werden, treten – gegenüber offensichtlich mit zu hohen Haloperidol-Dosen behandelten Patienten – 80 Rückfälle weniger auf) trösten die Autoren mit dem Verweis hinweg, das entspräche der Evidenz für den Einsatz von Acetylsalicylsäure zur Prävention von vaskulären Ereignissen. Das wiederum tröstet uns.

Neuere klinische Studien

Zusammenfassend zeigt sich, dass die auf Metaanalysen von Studien zum Vergleich atypischer mit herkömmlichen Neuroleptika basierende Evidenz derzeit noch wenig überzeugt, weil der Einfluss inhärenter Mängel der „randomisierten, Placebo-kontrollierten“ Studien (durch den Vergleich unangemessener Dosierungen [6]) die Ergebnisse hinsichtlich erwünschter als auch unerwünschter Wirkungen zu Ungunsten der herkömmlichen Substanzen (in der Regel Haloperidol) beeinflusst. Da sich zu hohe Dosierungen herkömmlicher Neuroleptika auch in Form „sekundärer Negativsymptome“ (emotionaler und sozialer Rückzug, Anhedonie, Antriebslosigkeit bis hin zu kognitiven Störungen) abbilden können, steht auch die behauptete überlegene Wirkung der atypischen Neuroleptika auf „Negativsymptomatik“ und kognitive Störungen zur Diskussion.

So ergab eine kürzlich in den USA durchgeführte Studie an ersterkrankten schizophrenen Patienten zwölf Wochen nach Behandlung eine nur geringe Überlegenheit von Olanzapin (9,63 mg/Tag) versus Haloperidol (4,63 mg/Tag) bezüglich neurokognitiver Funktionen [13]. Eine doppelblinde, randomisierte 1-Jahres-Studie zum Vergleich der Effektivität und Behandlungskosten von Olanzapin (5–20 mg/Tag) und Haloperidol (5–20 mg/Tag) und jeweils prophylaktischer Gabe eines Anticholinergikums [18] zeigte, dass Olanzapin bei Compliance, Symptomkontrolle, EPS und Lebensqualität nicht überlegen ist. Den Vorteilen, ge-



ringere Akathisie und kognitiver Symptome (die keine Auswirkungen auf die Lebensqualität hatten), wurden Gewichtszunahme und höhere Behandlungskosten (3.000–9.000 \$ pro Jahr) unter Olanzapin gegenübergestellt.

Mit Hinblick auf das Argument, durch die geringeren Nebenwirkungen erhöhe sich die Compliance der Patienten und dadurch reduzierten sich Rückfälle, stationäre Wiederaufnahmen und Kosten haben Kilian & Angermeyer (2004) eine prospektive Beobachtungsstudie durchgeführt. Sie zeigt, dass Patienten unter herkömmlichen Neuroleptika, weniger stationäre Behandlungen benötigten und geringere Kosten verursachten.

Die Kosten der Schizophrenietherapie erhöhen sich auch durch die seit einigen Jahren zunehmende Verordnung mehrerer antipsychotischer Substanzen gleichzeitig (Polypharmazie). So berichtet eine amerikanische Studie mit 372 Patienten über eine Zunahme „antipsychotischer Polypharmazie“ von 27,5 % auf 44,7 % zwischen 1998 und 2000, wobei die häufigste Kombination die eines herkömmlichen Neuroleptikum mit Clozapin oder Olanzapin ist [17].

Klinische Wirklichkeit

Welchen Einfluss Evidenz-basierte Medizin und auf ihr beruhende „Behandlungsleitlinien“ auf die medikamentöse Therapie schizophrener Patienten in den vergangenen zehn Jahren genommen haben, wurde in einer Umfrage bei ärztlichen Leitern von acht psychiatrischen Pflichtversorgungskliniken untersucht [Berger & Fritz, 2004]. Der Fragebogen von 1990 zu verschiedenen Fallkonstellationen (z. B. Mittel der ersten Wahl bei akuter Schizophrenie mit/ohne Erregungszustand) wurde denselben Ärzten 2000 erneut vorgelegt. Es stellte sich heraus, dass auch 2000 bei Schizophrenie mit akuten Erregungszuständen an erster Stelle Haloperidol (mit Maximaldosis von 10 mg/Tag statt 20 mg/Tag) eingesetzt wurde und keine atypischen Neuroleptika. Auch bei akuten schizophrenen Psychosen ohne Erregungszustände wurde weiterhin Haloperidol als Mittel der ersten Wahl genannt, atypische Neuroleptika wurden bei Therapieversagen als Alternative erwogen. Die Autoren kontrastieren dies zu Recht mit Aussagen von

Umfragen, dass 87 % aller Psychiater die Auffassung vertreten, atypische Neuroleptika seien zu bevorzugen.

Zu pragmatisch und kritisch?

Es stellt sich die Frage, woher es kommt, dass – entgegen den Bemühungen von Meinungsbildnern und „Leitlinien-Machern“ – sich die behauptete Evidenz antipsychotischer Wirksamkeit und Überlegenheit der atypischen Neuroleptika in der Praxis so zögernd umsetzt. Fehlt es an der Vermittlung entsprechender Informationen, an Fort- und Weiterbildung? Oder sind die praktisch tätigen Kollegen nur so kritisch und pragmatisch, sich jenseits gesponserter Studienergebnisse und glänzender „Folder“ ein eigenes Urteil zu bilden und sich dem behaupteten Fortschritt (auch mit Hinblick auf noch unbekannte oder zu wenig bekannte Risiken wie Diabetes, Prolaktinerhöhung, vaskuläre Ereignisse) nur differenziert zurückhaltend nähern. Es sieht so aus, als sei letzteres der Fall. Nach Abklingen der „Einführungseuphorie“ rücken neue Studien den Stellenwert der „atypischen“ Neuroleptika realistisch zu recht: eine heterogene, antipsychotisch

wirksame Substanzgruppe mit unterschiedlichem Rezeptor- und entsprechend unterschiedlichem Profil erwünschter und (hinsichtlich Häufigkeit und Schweregrad angesichts der kurzen Zulassungszeit noch unkalkulierbarer) unerwünschter Wirkungen. Wo sie im Instrumentarium der zur Verfügung stehenden Substanzen anzusiedeln sein werden, kann erst nach einem dosisadäquaten „Kopf-zu-Kopf“-Vergleich mit herkömmlichen Substanzen bestimmt werden. Herkömmliche Neuroleptika (auch eine heterogene Gruppe) einfach aus dem Repertoire der Behandlungsmöglichkeiten zu streichen, wie bereits in den APA-Richtlinien zur Behandlung schizophrener Psychosen (2004) geschehen, mag zwar den Herstellerfirmen „atypischer“ Neuroleptika gefallen, ist aber angesichts der bestehenden Datenlage nicht „evident“.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Matthias Dose
 Bezirkskrankenhaus Taufkirchen,
 Bräuhausstr. 5,
 84416 Taufkirchen/Vils,
 E-Mail: m.dose@bkh-taufkirchen.de

Plädoyer für die Integration in ärztliches Handeln

Karl Popper hätte der NEUROTRANSMITTER vermutlich erfreut, weil auf seinen Seiten auch kontroverse Diskussion ausgetragen werden, die wissenschaftlichen Fortschritt fördern und Lesern oft mehr Erkenntnis bringen als perfekt austarierte Übersichtsartikel. Dass dies nicht häufiger geschieht, liegt sicher auch daran, dass nur wenige Autoren es wagen, ihre Meinung so deziert – und ohne Rücksicht auf „conflicts of interest“ – auf den Punkt zu bringen wie Prof. Dr. Matthias Dose.

Der gelungenen Einleitung von Dose wäre hinzuzufügen, dass evidence-based-medicine (EBM) im Grunde nichts Neues ist. Schon immer gab es in der Medizin den Anspruch, Therapieoptionen auch wissenschaftlich zu überprüfen. Das Neue besteht nur darin, dass EBM fordert, systematisch vorzugehen und randomisierte Studien besonders zu

gewichten. Die maßgeblich treibende Kraft war und ist dabei die Cochrane-Collaboration (www.cochrane.org), eine in den 80er-Jahren in England gegründete Organisation, mit dem Ziel, systematische Übersichtsarbeiten zu medizinischen Behandlungsformen zu erstellen, die auf dem derzeitigen Goldstandard, nämlich randomisiert-kontrollierten Studien, basieren. Die Schizophrenie-Gruppe, zu deren Herausgeberteam Stefan Leucht zählt, hat derzeit etwa 80 solcher systematischer Reviews erstellt [1]. Diese erscheinen viermal jährlich in elektronischer Form in der Cochrane Library publiziert (The Cochrane Collaboration 2005), sodass sie im Gegensatz zu Übersichtsartikeln in Zeitschriften regelmäßig auf den neuesten Stand gebracht werden können. Der Begriff „systematische Review“ beschreibt dabei das im Gegensatz zu konventionellen Übersichtsarbeiten



systematische Vorgehen: Die Suchstrategie, Einschlusskriterien (Studienart, Patienten und Interventionen) und die Art der Synthese der Studienergebnisse werden vor Beginn der Review-Erstellung festgelegt. In einer konventionellen Review verläuft der Erstellungsprozess hingegen eher ungeordnet und bietet viele Fehlerquellen. Die Systematik ist also das Kernelement der EBM, weniger der Aspekt der „Metaanalyse“. Metaanalyse meint die statistische Kombination der Ergebnisse von einzelnen Studien mit Hilfe von Effektstärken. Die metaanalytische Kombination von Ergebnissen kann sinnvoll sein, zum Beispiel um durch eine Erhöhung der Fallzahl die statistische Aussagekraft („Power“) zu verbessern oder um anhand der Effektstärke eine objektivere Aussage über die Größe des Unterschieds zwischen zwei Interventionen machen zu können. Das Hauptziel – zumindest der Cochrane Schizophrenia Group – bleibt aber das systematische Sichten des Wissens bezüglich einer Fragestellung. Auch wenn es keine Studie zu einer bestimmten Frage gibt, ist dies ein wichtiges Ergebnis, weil die Review dann zeigt, dass dringender Forschungsbedarf besteht. Oft ist es aber noch nicht möglich, auf der Basis von systematischen Reviews allgemeingültige Therapievorschläge zu machen.

Ad 1: „Evidenz-basierte Medizin in der Kritik“

Es trifft nicht zu, dass in systematische Reviews nur englischsprachige Artikel eingehen. Vielmehr wurde der „Sprachbias“ gerade von Vertretern der EBM intensiv erforscht. Egger und Kollegen zeigten 1997, dass deutschsprachige Autoren Studien ohne signifikante Ergebnisse häufiger in deutschsprachigen Zeitschriften publizieren, solche mit signifikanten Ergebnissen häufiger in englischsprachigen. Würden tatsächlich nur englischsprachige Artikel in eine systematische Review aufgenommen, so würde das Ergebnis zugunsten positiver Ergebnisse verzerrt. Diesen Befund versuchten wir kürzlich für die Neurowissenschaften zu replizieren, fanden aber nur einen nicht signifikanten gleichen Trend [12]. Bei dieser Arbeit stellte sich auch heraus, dass von deutschen Autoren leider ohnehin nur sehr wenige randomi-

siert-kontrollierte Studien durchgeführt werden. So liegt es auch nicht an einem Ausschluss deutschsprachiger Publikationen a priori, dass unser gutes altes Perazin selten in solchen Reviews erscheint. Für unsere von Herrn Dose kritisierte, Metaanalyse in The Lancet wurden sogar einige chinesische Studien mühsam übersetzt [21]. Vielmehr stellte sich in einer Cochrane-Review über Perazin heraus, dass seit der Marktzulassung vor etwa 40 Jahren nur fünf kleine randomisierte Studien mit insgesamt 288 Patienten veröffentlicht worden sind [19]. Noch erstaunlicher war die entsprechende Cochrane Review über Benperidol, für das sich sogar nur eine randomisierte Studie mit 40 Teilnehmern fand [18].

Der beschriebene Publikationsbias, also dass Studien mit neutralem oder negativem Ergebnis oft nicht publiziert werden und daher auch nicht in systematische Reviews eingehen können, ist trotzdem ein großes Problem der EBM. Ironisch wurde dies mit „evidence biased medicine“ betitelt. Metaanalysen bieten aber – im Gegensatz zu konventionellen Reviews – statistische Methoden, wie ein solcher Publikationsbias aufgedeckt werden kann (z. B. die „funnel-plot“ Methode oder „fail-safe“ Berechnungen [6, 27]). Auch wird versucht, Studien sogar dann einzuschließen, wenn sie nur als Kongressposter oder Vortrag vorliegen („grey literature“). Und es sind gerade die führenden Vertreter der EBM, die auf die Einrichtung zentraler Stellen zur Registrierung sämtlicher laufender Studien drängen, um diesen Bias zu minimieren. In England ist ein solches Register bereits Realität. Auch die FDA verlangt seit Neuestem, dass Firmen bei der Einreichung alle Studien, auch die bis dato nicht publizierten, offen legen. Alle Vertreter der EBM hoffen mit Nachdruck, dass diese Forderungen bald überall in die Realität umgesetzt werden und jegliches Material zugänglich gemacht wird.

Es ist problematisch, dass heutzutage der überwiegende Teil der Medikamentenstudien von der Pharmaindustrie gesponsert wird. Diese Studien sind zwar von hervorragender Qualität (große Fallzahlen, multizentrisch, kontinuierliches professionelles Monitoring), die von industrieunabhängigen Studien nur selten erreicht wird. Aber es gibt zwangsläufig

auch einen Interessenskonflikt. So fanden auch wir, ähnlich der von Dose zitierten Untersuchung in JAMA, einen Einfluss des pharmazeutischen Sponsors auf das Ergebnis von Direktvergleichen zwischen „atypischen“ Antipsychotika [12]. Aber auch hier möchten wir betonen, dass das stärkste Drängen auf pharmaindustrieabhängige Studien von Protagonisten der EBM ausgeht. Von Cochrane-Kollegen aus Brasilien und Indien wurden kürzlich mit minimaler finanzieller Förderung zwei große, industrieunabhängige Studien über Strategien zur Sedierung angespannter psychotischer Patienten in renommierten Zeitschriften publiziert [2, 13]. Der Vorwurf geht somit an die falsche Adresse. Auch wir würden systematische Reviews bevorzugen, die überwiegend auf öffentlich finanzierten Studien basieren. Im Bereich der Antipsychotika gibt es aber nur erschreckend wenige solche Studien.

Was fehlt, ist eine Diskussion über Alternativen zu EBM. Dies verwundert jedoch nicht, denn es kann unserer Meinung nach niemand ernsthaft behaupten, es gäbe eine alternative Möglichkeit. Die größten Gegenspieler der EBM wurden ironisch „Eminence-Based Medicine“, „Experience-Based Medicine“ und „Marketing-Based Medicine“ genannt. Bei „Experience-Based-Medicine“ verlässt man sich – überspitzt ausgedrückt – allein auf die eigene klinische Erfahrung. Der Einbezug der klinischen Erfahrung ist aber selbstverständlich auch bei EBM wichtig. So definierten Berner et al. 2000: „Unter Evidence-based medicine versteht man die gewissenhafte und vernünftige Anwendung der besten zur Zeit vorhandenen wissenschaftlich-empirischen Belege in Kombination mit der individuellen klinischen Erfahrung (Expertise) bei medizinischen Entscheidungen.“

EBM strebt keine „Kochbuch-Medizin“ an; diese ist allein deshalb schon unmöglich, weil es für viele Behandlungsschritte keine gesicherte Evidenz gibt und viele Entscheidungen daher auf klinische Erfahrungen gründen müssen. Verlässt man sich aber nur auf die eigene Erfahrung oder die Behandlungstradition des Hauses, kann dies zu gravierenden Fehleinschätzungen führen. Als Beispiel sei die bis Ende der 80er-Jahre vielerorts praktizierte neuroleptische Hochdosis-



therapie genannt, die auf positiven individuellen Erfahrungen und der Hoffnung „viel hilft viel“ beruhte, bis sich in Übersichtsarbeiten zeigte, dass Haloperidoldosierungen über 10 mg/Tag in aller Regel nicht vorteilhaft sind [3]. Auch ist es fraglich, ob wir uns nur an der „Eminence-Based Medicine“ ausrichten sollten, das heißt Therapieentscheidungen vor allem an der Meinung renommierter Professoren festmachen sollten. Einerseits können auch „Eminenzen“ irren und andererseits gibt es möglicherweise auch bei Ihnen Interessenskonflikte zum Beispiel durch Kooperationen mit der pharmazeutischen Industrie. Die Verschreibungsgewohnheiten ganz den Gesetzen des Marktes zu überlassen (ironisch „Marketing-Based-Medicine“), möchte wohl auch niemand. Es gibt also keine Alternativen zur EBM, wir können diese nur ständig verbessern und fortentwickeln.

Ad 2: Was heißt denn hier „atypisch“?

Wir stimmen völlig zu, dass der Begriff der „atypischen“ Antipsychotika wissenschaftlich keinen Sinn ergibt. Schon Möller (2000) hat in einem Übersichtsartikel beschrieben, dass es sich bei der Abgrenzung atypisch/typisch nicht um eine Dichotomie, sondern vielmehr um ein Kontinuum handelt, nach dem auch einige alte Substanzen wie Perazin eher als Atypika eingeordnet werden müssen. Dies wurde von Fischer-Barnicol, Dose und Kollegen 2003 in einer großen naturalistischen Studie an den bayerischen Bezirkskrankenhäusern bestätigt.

Ad 3: Metaanalysen zu „atypischen“ Neuroleptika

Dass es zu einem „Boom“ an Metaanalysen über neue Antipsychotika gekommen ist, liegt an der Bedeutung der Fragestellung und der ständig steigenden Studienzahl in diesem Gebiet. Inzwischen wurden in mehr als 150 randomisierten Doppelblindstudien „atypische“ Antipsychotika mit konventionellen Substanzen verglichen. Bei dieser Flut an Publikationen ist es unmöglich, mit konventionellen Review-Methoden, also der narrativen Aufzählung einzelner Studiergebnisse, den Überblick zu wahren und zu einer objektiven Gesamtbewertung zu kommen. Dieses Problem ver-

suchen Metaanalysen durch die Berechnung von (mittleren) Effektstärken zu lösen, bei denen auch der Einfluss von Moderatorvariablen (z. B. Dosis) analysiert werden kann. Dieses Verfahren ist nicht der Weisheit letzter Schluss, es gibt eine Reihe methodischer Probleme. Es sei aber noch einmal betont, dass zumindest die Cochrane Schizophrenia Group den Aspekt „systematische Review“ für wichtiger hält als „Metaanalyse“.

Dass Haloperidol auch in niedriger Dosierung bis 4–6 mg/Tag mehr EPS verursacht als neue Antipsychotika [32] wurde in mindestens drei weiteren multizentrischen, randomisierten Studien bestätigt (Haloperidol 1–6 mg/Tag versus Risperidon 1–6 mg/Tag [8]; Olanzapin 9,1 mg/Tag versus Haloperidol 4,4 mg/Tag [22]; Risperidon versus Haloperidol jeweils 1–4 mg/Tag [28]). Auch in der von Weinmüller unter Supervision von Dose im Bezirkskrankenhaus Taufkirchen durchgeführten naturalistischen Studie kam es unter Haloperidol (ca. 6 mg/Tag) und Flupentixol (ca. 10 mg/Tag) zu mehr EPS als unter neuen Antipsychotika. Jedoch erhielten die Patienten unter Atypika mehr Benzodiazepine und Antidepressiva und es fanden sich keine Wirksamkeitsunterschiede. Dennoch müsste Haloperidol mit Hilfe der neuroleptischen Schwellenmethode [11] dosiert werden, um die EPS-Rate noch weiter zu senken. Es gibt Belege, dass die Dosierung nach der neuroleptischen Schwelle ausreichende Wirkung bei minimalen EPS erzielt (Haloperidol ca. 2–3 mg/Tag [23]). Die Methode müsste aber weiter erforscht werden; sie hat sich – obwohl in Deutschland seit etwa 50 Jahren bekannt – klinisch nie durchgesetzt.

Es wurde bereits beschrieben, dass auch einige alte Antipsychotika, wie Chlorpromazin, Thioridazin oder Perazin relativ wenig EPS verursachen und deshalb als „alte Atypika“ bezeichnet werden könnten. Dies war der Anlass für unsere Metaanalyse, in die wir nur Vergleiche zwischen neuen und „niedrigpotenten“ konventionellen Antipsychotika aufnahmen. Wenn die niedrigpotenten konventionellen Antipsychotika in mittleren Dosierungen unter 600 mg/Tag verwendet wurden, fand sich kein Unterschied in den EPS-Raten. Gleichzeitig sprachen aber etwa 11 % mehr

Patienten auf die Behandlung mit neuen Antipsychotika an [20]. Tatsächlich haben wir diese Ergebnisse vorsichtig als Hypothesen-generierend und keinesfalls als Behandlungsempfehlungen diskutiert. Dies hat nichts mit einem potenziellen „Conflict of interest“ zu tun, sondern mit der Qualität der zugrunde liegenden Daten. Die meisten Studien waren sehr alt, wiesen nur geringe Fallzahlen auf und hätten den heute üblichen methodischen Kriterien kaum genügt. Aus diesen Daten heute eine Behandlungsempfehlung abzuleiten, wäre nicht möglich gewesen. Insofern sind wir mit der Stellungnahme von Weinmann und Gabel, 2004, einverstanden. Ferner sind die Ergebnisse nicht auf Deutschland übertragbar, weil Chlorpromazin hier seit Jahrzehnten nicht mehr verwendet wird und Perazin nach heutigen Standards ungenügend untersucht worden ist. Hier sind weitere Studien erforderlich, der diesbezügliche Schlusssatz unserer Publikation war deshalb nicht als reine Floskel gemeint.

Es ist zwar richtig, dass Haloperidol als Vergleichssubstanz einen Bias zugunsten der neuen Medikamente darstellt, weil es bekanntermaßen EPS verursacht. Andererseits war Haloperidol aber in vielen Ländern das Standardpräparat. Auch im Bezirkskrankenhaus Taufkirchen sind Haloperidol und Flupentixol die überwiegend verwendeten konventionellen Antipsychotika [31]. Um die EPS-Rate weiter zu reduzieren, könnte überlegt werden, Haloperidol-Patienten auf „billige Atypika“ wie Perazin oder Sulpirid umzustellen. Aber für die Akutbehandlung mit diesen Präparaten liegen kaum Dosisfindungsstudien vor. Es ist ein entscheidender Vorteil der Atypika, dass für sie vorab Dosisfindungsstudien durchgeführt worden sind. Das Wissen, dass etwa die optimale Olanzapindosis bei 10–20 mg/Tag liegt und auch in höherer Dosierung nicht mit häufigen EPS gerechnet werden muss, erleichtert die Behandlung ungemein. Insofern müsste das Rad der Geschichte zurückgedreht werden, um viele Aspekte der alten Substanzen neu zu erforschen.

In diesem Kontext werden auch die beiden widersprüchlichen Metaanalysen von Geddes et al. (2000) und Davis et al. (2003) diskutiert. Geddes zeigte, dass Haloperidol (12 mg/Tag) genauso wirk-



sam ist wie „Atypika“. Auch die Drop-Out-Raten unterschieden sich nicht. Daher sollte, so Geddes, Haloperidol als Medikament der ersten Wahl verwendet werden. Diese Schlussfolgerung war bereits damals überzogen, da allgemeine Drop-Out-Raten als Nebenwirkungsmaß verwendet wurden. In den Studien scheiden aber die meisten Patienten nicht wegen Nebenwirkungen, sondern wegen nicht ausreichender Wirksamkeit aus.

Geddes fand mit Haloperidol deutlich mehr EPS, auch unter 12 mg/Tag. In die Metaanalyse von Davis gingen mehr als doppelt so viele Studien ein, der Dosisseffekt ließ sich aber nicht replizieren. Dass dies, wie Geddes behauptet, an der statistischen Methode liegt, lässt sich ohne konkrete Rohdaten nicht nachvollziehen.

Wir erläutern erneut die Ergebnisse unserer Metaanalyse (wegen heterogenen Studienmaterials noch nicht optimal) über Rückfallraten: Nach einem Jahr hatten 23 % der Patienten in der Typika- und 15 % in der Atypika-Gruppe einen Rückfall. Dies entspricht einer absoluten Reduktion des Rückfallrisikos um 8%. Relativ gesehen ist das Risiko unter „Atypika“ aber um etwa 35 % niedriger (8 % geteilt durch das Basisrisiko unter Haloperidol von 23 % x 100). Je tiefer das Basisrisiko ist, umso weniger absoluter Risikounterschied zwischen den Substan-

zen ist möglich. In diesem Fall ist also maximal nur eine Reduktion der Rückfallraten um absolut 23 % erzielbar. Wenn sich die in der Metaanalyse gefundene Reduktion der Rückfallraten um absolut 8 % aber in weiteren Studien bestätigen sollte, wäre dies gesundheitsökonomisch sehr relevant. Denn die Medikamentenkosten machen nur einen Bruchteil der direkten Kosten der Schizophrenie aus. Den überwiegenden Teil stellen durch Rückfälle bedingte Rehospitalisierungen dar, sodass sich auch ein eher kleiner Unterschied insgesamt rechnen kann [17].

Ad 4: Neuere klinische Studien

Tatsächlich berichteten Keefe et al., 2004, von einer signifikanten, aber nur geringen Überlegenheit von Olanzapin gegenüber Haldol im Bezug auf kognitive Funktionen. Es kam unter Olanzapin aber zu deutlich weniger EPS, obwohl nur etwa 4,4 mg/Tag Haldol verwendet wurden (publiziert in Lieberman et al., 2003). Die Studie von Rosenheck et al. (2003) ist bemerkenswert: Dass sich hier kein Wirksamkeitsunterschied zwischen Haloperidol und Olanzapin fand, lässt sich eventuell damit erklären, dass die Patienten im Vergleich zu früheren Studien chronifizierter waren und sich Symptome in beiden Gruppen im Einjahresverlauf nur wenig besserten. Erstaunlich ist, dass sich trotz mittlerer Haloperidol-

Dosis (am Ende 14 mg/Tag) keine unterschiedlichen EPS-Raten zeigten. Zwar erhielten alle Haloperidol-Patienten prophylaktisch ein Anticholinergikum, diese Vorsichtsmaßnahme reichte in früheren Studien aber nicht immer aus, um EPS unter Chlorpromazin oder Haloperidol zumindest im Vergleich zu Clozapin zu vermeiden [14, 26]. Ob der Anstieg der Polypharmazie tatsächlich mit dem Gebrauch von Atypika zusammenhängt und nicht vielmehr mit den sich ständig verkürzenden Hospitalisierungszeiten in den USA, muss vorerst Spekulation bleiben.

Ad 5: Klinische Wirklichkeit

Liegt es wirklich an einer überlegenen Wirksamkeit von Haloperidol, dass es in vielen deutschen Kliniken in der Akutphase weiterhin als Medikament der Wahl gegeben wird? Es gibt keine randomisierten Studien, die eine solche Überlegenheit beweisen. Natürlich ist die Übertragbarkeit von Studienergebnissen gerade für die „Hochakutphase“ eingeschränkt, weil Patienten ihre schriftliche Einwilligung geben müssen und hochgradig erregte Patienten hierzu gar nicht in der Lage sind. Auf der anderen Seite könnte es sich bei der nach klinischem Eindruck überlegenen Wirksamkeit von Haloperidol auch um einen Scheineffekt handeln. Geben wir einem Patienten initial Haloperidol, so stellen sich bald EPS ein und das beruhigt uns. Wir sehen, dass sich „etwas tut“ und setzen dies mit Wirksamkeit gleich, obwohl es eigentlich nur die Nebenwirkungen sind. Die im Vergleich zu den meisten Industrienationen in Deutschland verzögerte Umsetzung der Leitlinienempfehlungen zugunsten der „atypischen“ Antipsychotika liegt doch auch am besonderen Kostendruck unseres Systems, wie der drohenden Regresspflichtigkeit bei Budgetüberschreitungen beziehungsweise der Notwendigkeit, sich in diesem Fall vor einem Gremium rechtfertigen zu müssen.

Literatur bei den Verfassern

PD Dr. med. Stefan Leucht

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München, E-Mail: stefan.leucht@lrz.tum.de

Dr. med. Werner Kissling, München

Fazit

Bei den „atypischen“ Antipsychotika handelt es sich um eine heterogene Substanzgruppe mit unterschiedlichen Rezeptoren und entsprechend unterschiedlichen Nebenwirkungsprofilen. Der Ruf nach dosisadäquaten Kopf-zu-Kopf-Vergleichen mit herkömmlichen Substanzen kommt aber eigentlich zu spät. Amisulprid ist bereits als Generikum verfügbar, Risperidon wird nächstes Jahr generisch. Für solche Vergleichsstudien müssten rechtzeitig öffentliche Mittel bereitgestellt werden und sie müssten bereits zu Zulassungsbeginn durchgeführt werden. Hierfür fehlt aber sowohl bei den öffentlichen Forschungsförderern als auch bei den Krankenkassen nach wie vor die Bereitschaft. Versuchsweise haben wir im Rahmen des Programms „Klinische Studien“ des Bundesgesundheitsministeriums Fördermittel für die Studie „Perazin versus „Atypika“ beantragt, diese wurden aber (natürlich) nicht bewilligt. Wir würden uns gerne mit anderen Bezirks- und Landeskrankenhäusern zusammenschließen, um (wie die genannten Kollegen in Brasilien und Indien) mit einfach durchführbaren randomisierten Studien Fragestellungen wie „Ist Perazin genauso atypisch und wirksam wie Risperidon?“ oder „Ist Haloperidol bei hochakuten Patienten wirksamer als Quetiapin?“ zu beantworten. Ob wir die dafür erforderlichen Mittel jedoch bekommen werden, ist fraglich. Solange solche Studien nicht in ausreichender Zahl und Qualität durchgeführt wurden, gibt es weiterhin gute Gründe „atypische“ Antipsychotika zu verwenden. Denn die Datenlage spricht insgesamt für sie und sie sind viel besser untersucht als die alten Neuroleptika, bei denen wir noch nicht einmal die Frage nach der optimalen Dosis evidenzbasiert beantworten können.

Phänomen des Serienmordes – Teil 2

Zwischen Lust-Mord und Mord-Lust

Psychodynamisch-kriminologische Erklärungen

S. SCHILDBACH

Persönlichkeitsmerkmale, Verhaltensauffälligkeiten und Lebensumstände eines Serienmörders sind Charakteristika, die zum Verständnis seiner Tatmotive unabdingbar sind. Diese Ätiologie ist auch die Grundlage, um die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Täters zu ermitteln.

In einer 1990 vorgelegten FBI-Studie nahmen Kriminalisten eine Klassifizierung von Serienmördern in „organisierte“ und „chaotische“ Täter vor. Obwohl sich diese Typologien nur bedingt auf andere Länder oder Kulturkreise übertragen lassen, da in FBI-Klassifikationen besonders sozio-kulturelle Eigenheiten der US-Amerikaner Eingang finden [5], sind sie dennoch von großem Interesse.

Eigenschaften eines Serienmörders

Bei dem ausführlich dargestellten Frauenmörder Fritz Honka handelt es sich um einen „organisierten Täter“ nach diesem mechanistischen Strukturierungsschema. Statistisch betrachtet ist der Serienmörder zu Beginn seiner Mordtaten zwischen 16 und 24 Jahre alt, männlich, weiß, Einzelgänger, lebt zu Hause und ist meist bei nur einem Elternteil oder in Ersatzfamilien aufgewachsen. Er hat Probleme in der Schule, beziehungsweise mit der Arbeit und kompensiert eine Minderleistung mit abweichendem Verhalten und Kriminalität wie Brandstiftung oder Tierquälerei. Häufig ist er in der Kindheit selbst Opfer von sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung geworden und als Bettnässer aufgefallen. Durchgehende Gemeinsamkeit von Serienmördern ist ferner die Unfähigkeit, Bindungen zu anderen Menschen einzu-

gehen, weil sie nicht in der Lage sind, Bedürfnisse anderer wirklich wahrzunehmen. Weit über zwei Drittel der erfassten Serienmörder neigten zu chronischem Lügen, Vandalismus, Brandstiftung und Grausamkeiten gegenüber anderen Kindern oder Tieren. Mit einer derartigen Struktur vorbelastet, erleben die Jugendlichen häufig die ersten misslungenen sexuellen Kontakte zum anderen Geschlecht als besonders frustrierend, was wiederum den Hang zu Gewalt- und Dominanzphantasien begünstigt und sich später in Serienmorden niederschlägt, die häufig eine stark sadistische sexuelle Komponente aufweisen [9].

Motive von Serienmördern sind so vielschichtig wie die Art und Weise ihres Vorgehens. Die Aufklärungsquote bei Serienmorden ist niedrig: Opfer und Täter sind einander in der Regel fremd und die klassischen Motive wie Habgier, Eifersucht oder Tötung zur Vertuschung einer anderen Straftat werden durch Motivsysteme ersetzt, die ihren Ursprung in der Persönlichkeit des Täters haben, ihn beherrschen und sein Verhalten strukturieren. Die schweren Sexual- und Tötungsdelikte folgen einer unbewussten Phantasie, einem inneren Drehbuch, und sind durch die gleichbleibende Handschrift des Täters gekennzeichnet. Seine Signatur kann zu einem tieferen Verständnis der unbewussten Psychodyna-

mik und Psychopathologie führen und wird zum Beispiel unter Zuhilfenahme des Datenbanksystems ViCLAS (Violent crime Linkage Analysis System) als Hilfsmittel genutzt, um Serienstraftaten zusammenzuführen.

Die operative Fallanalyse (OFA) hat gezeigt, dass Serienmörder häufig eine hohe Mobilität aufweisen und beispielsweise als Handlungsreisende oder Fernfahrer tätig sind. Auch hierin kann sich eine schizoide Kontakt- und Beziehungsstörung widerspiegeln. So suchte sich auch der „Studentinnenmörder“ Edmund Emil Kemper seine Opfer minutiös aus [19]. Er überhäufte junge Frauen, die er beim Trampen mitnahm, mit Fragen nach dem Beruf ihres Vaters, ihrem Wohnort, dem Aussehen ihres Wohnhauses und dem Namen der von ihnen besuchten Universität. Seine Mutter sagte ihm oft, Studentinnen aus guter Familie, wohlherzogen, schön und intelligent, würden es stets ablehnen, sich mit einem erbärmlichen Wicht wie ihm abzugeben. Wenn die jungen Tramperinnen diesen Kriterien nicht entsprachen, kamen sie heil und gesund davon. Kemper selbst gibt an, er habe rund drei- bis vierhundert Frauen in seinem Wagen mitgenommen; acht davon, die seinem Opferprofil entsprachen, ermordete er [23]. Neben der Verwendung bestimmter Tatmittel, dem Beibringen gleichar-





© Bilderbox, A-Thening

tiger Verletzungsmuster oder tatbegleitendem beziehungsweise unterstützendem Gebrauch von Fettschen, können auch spezielle Opferdispositionen auf ein höchstpersönliches Bedürfnis des Serienmörders hinweisen [9]. So schrieb der Serienmörder Jürgen Bartsch einem Gutachter: „... es gab für mich überhaupt kein Halten mehr, wenn ich einen Jungen sah, auf den meine Neigung ansprach. Wobei es mir bei dem Äußeren ankam? Ich will es ihnen kurz sagen: Ungefähr 8–13 oder 14 Jahre, schlank, möglichst dunkle Hautfarbe, dunkle Haare und, was ja in dem Alter immer zutrifft, vor allem: die Haut. Die zarte, weiche Haut!“ Es ist demnach keinesfalls zufällig, dass sämtliche Opfer diesem Profil entsprachen [2].

Zwang zur Wiederholung

Wie die Bezeichnung „Serienmörder“ besagt, erfolgen hier Morde in Serie, als zeitlich unterbrochene Aufeinanderfolge gleichartiger Handlungen. Der Serienmörder tötet ausgewählte einzelne Opfer in bestimmten Zeitabständen auf immer gleiche Weise im Sinne szenischer Verbrechenmuster. Er kann nicht mehr aufhören zu morden, hat sich dem „Zwang zur Serie“ unterworfen [24]. Meines Erachtens handelt es sich hierbei um eine zwanghafte Wiederholung traumatisierender Erfahrungen, die vom Täter

in ähnlicher Art und Weise in der eigenen Biografie passiv erlitten wurden. Es werden meist die gleichen unangenehmen Situationen aktiv wieder herbeigeführt und wieder erlebt, ohne dass der Täter sich an die ursprüngliche lebensgeschichtlich so prägende Situation erinnert, die jeweilige Tat wird von ihm sogar für ausgesprochen im Gegenwärtigen motiviert gehalten. Die Phänomenologie des Wiederholungszwanges bezieht sich darauf, dass Menschen mit schicksalhafter Zwangsläufigkeit immer wieder in ähnliche Lebenssituationen hineingeraten. In der Lebensgeschichte mancher Menschen stellen sich Zustände des Leidens scheinbar zwangsläufig ein. Traumatische Erlebnisse können über Jahre hinweg das Denken und Fühlen eines Menschen in Besitz nehmen, obwohl sie der Vergangenheit angehören. Es ergeben sich dann immer wieder ähnliche Konstellationen typischer zwischenmenschlicher Enttäuschungen und Katastrophen. Traumatische Situationen, die besonders die innere Konflikthaftigkeit des Individuums ansprechen, werden unbewusst immer wieder aufgesucht oder herbeigeführt.

Dieses Verhalten ist Ausdruck einer tieferliegenden Störung, einer Störung der Persönlichkeitsdynamik und der Erlebnisverarbeitung. Der Wiederholungszwang stellt den Hauptabwehrmechanismus bei Serienmördern dar. Er lässt sich als Versuch verstehen, traumatische Erfahrungen in einen aktuellen interpersonellen Zusammenhang einzubinden, um sie auf diesem Wege psychisch zu integrieren. Wenn etwas Erlebtes nicht in gewünschter Weise geschehen ist, so wird es vernichtet, indem es auf andere Art wiederholt wird. Der Serienmörder wiederholt das selbst erlittene Trauma als Versuch, die Angst zu verarbeiten; aus dem einstigen Opfer wird nun ein Täter. Die Behandlungsmethode der Psychoanalyse folgt den Schritten „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“ [11]. Der organisierte Serienmörder inszeniert eine wiederholte Konfrontation mit erlebten und verdrängten traumatischen Situationen und sucht damit möglicherweise eine Chance zu allmählicher Durcharbeitung und damit zur Selbstheilung. Er tötet immer weiter, bis er gestoppt wird; er plant seine Morde. Häufig behalten

Serienmörder Kleidungsstücke, Haare oder sogar Gliedmassen der Opfer als Trophäen, und der altbekannte Spruch, nach dem es den Mörder immer wieder an den Ort des Verbrechens zurückzieht, ist ein Charakteristikum, das auf diesen Tätertyp in besonderer Weise zutrifft.

Auch das Verbrechenzenario wirkt meist geordnet: Opfer werden säuberlich niedergelegt oder akribisch verstümmelt beziehungsweise zerstückelt. Der Wiederholungszwang ist stärker als das Lustprinzip, gegen welches er sich immer wieder durchsetzt. Aus einer Obsession, bei der sich Vorstellungen zwanghaft dem Bewusstsein aufdrängen, wird beim anankastischen Psychopathen eine Compulsion mit sich aufdrängenden Antrieben, Affekten und Handlungen [14]. Aus der Beobachtung der Wiederkehr von Hass und Liebe in Beziehungen als scheinbar unabwendbare Wiederholungen erwachsen Freuds naturphilosophische Spekulationen über die triebökonomische Grundlage des Es-Widerstandes und des Über-Ich-Widerstandes. Der so genannte „Lustmord“ ist demnach als Ausdruck eines Versagens des Es-Widerstandes zu verstehen; die „Mordlust“ hingegen, der „Serienmord“, als Ausdruck des wiederholten Versagens des Über-Ich-Widerstandes.

Dies scheint mir auch der Grund dafür zu sein, dass beispielsweise kein Serienmörder je so sehr unter Zwang stand, dass er in Gegenwart eines uniformierten Polizisten gemordet hätte. Dies wäre nämlich nur bei einem Triebimpulsdurchbruch des Es zu erwarten, nicht aber einem des Über-Ich. Es kommen möglicherweise situative Momente, die bei ihrer Re-Inszenierung oftmals an die Szene der Heimlichkeit gebunden sind, zur Tatmotivation hinzu. Anstatt mit Hilfe von Erinnerung und Realitätsprinzip auf Übertragungsbefriedigung zu verzichten, sucht der Betreffende die Wiederholung. Der Hass, die negative Übertragung, ergibt sich aus der tiefen unbewussten Enttäuschung, eine sich mit jeder weiteren Mordtat fortsetzende Kette. Der Serienmörder bringt sich also in Situationen, in denen er alte Erfahrungen wiederholt, ohne sich der ursprünglichen libidinösen Objekte, die die wahren Auslöser für seine Hassgefühle darstellen, bewusst zu sein. Bewusst hält er sich viel-



mehr daran fest, dass sich alles in der Gegenwart abspiele. Nicht Vater und/oder Mutter wurden gehasst, nein, das aktuelle Opfer ist jetzt das Objekt des erlebten Hasses. Bei vielen Serienmorden geht es nicht um Sex, sondern um Wut und Aggressivität. Vergewaltigung, Töten und Verstümmeln, sind definitiv Verbrechen aus Wut. Beim Wiederholungszwang im Sinne des versagenden Über-Ich-Widerstands ist eine negative Kraft am Werk, die vom Todestrieb angeleitete Aggression. Alles Leben zeigt



die immanente Tendenz, zum Urzustand, dem Tod, zurückzukehren. Dieser Todestrieb bedient sich der destruktiven Aggression [14]. Normalerweise gehen Lebens- und

Todestrieb, Eros und Thanatos, eine Vermischung ein. Im pathologischen Fall, wie er beim Serienmörder postuliert werden muss, kann es, zum Beispiel durch Regression, zur Entmischung kommen, also zur Aggression ohne libidinöse Beimischung, zur reinen destruktiven lebensvernichtenden Aggression. Alle von Douglas und Olshaker untersuchten organisierten Serienmörder wussten zwar, dass das, was sie taten, falsch war, sie taten es aber trotzdem. Dies ist ein weiteres Indiz für die zwanghafte Natur der Serienmorde.

Von Zwang sprechen wir, wenn bestimmte Vorstellungen, Denkinhalte oder Handlungsimpulse sich immer wieder aufdrängen und nicht unterdrückt werden können. Der Betroffene erlebt die Gedanken und Impulse zwar als von ihm selbst ausgehend, ist innerlich aber unfrei und ihnen ausgeliefert. Beim Versuch, sie zu unterdrücken, kommt es zu unerträglicher Angst und Spannung. Das violente Agieren ist beim Serienmörder mit Über-Ich-Defekt synton, das heißt es wird von ihm selbst akzeptiert [28]. Wenn die Annahme richtig ist, dass unbewusster Wiederholungszwang auch solche Erlebnisse aus der Vergangenheit aktualisiert und repetiert, die keine Lustmöglichkeiten enthalten [16], wird verständlich, dass es nicht nur Wiederholungstäter wie zum Beispiel Serienmörder

gibt, sondern in einem anderen Kontext auch chronische Opfer. Auch bei der Betrachtung von Opferprofilen zeigt sich der Wiederholungscharakter; auch hier findet sich eine Fixierung auf wiederkehrende Reizkonstellationen.

Psychodynamik des Fallbeispiels

Im vorliegenden Fall besteht ein depressiv-narzisstischer Kernkonflikt auf Borderline-Organisationsniveau mit Strukturpathologie von Ich und Über-Ich, verbunden mit Externalisierungstendenzen. Dissozialität entwickelte sich aus dem Zusammenwirken folgender Parameter: Desintegration der Persönlichkeit, Kontaktstörung, Störung in den Realitätsbezügen, Frustrationsintoleranz, pathologische Entwicklungen im narzisstischen Bereich, depressive Problematik, Fehlentwicklung im Bereich von Sexualität und Aggressivität, Über-Ich-Pathologie, handlungsmäßigem Inszenieren innerer Konflikte in der Außenwelt („Agieren“), Einsatz archaischer Abwehrmechanismen und Chronizität. Honka war klein und schlank. Zur Arbeit nahm er stets eine Aktentasche und eine Gaspistole mit. Meist trug er einen schwarzen Lackmantel, hohe schwarze Lederstiefel und eine breitrandige Schirmmütze. Verminderte Selbstkontrolle und eine Neigung zur Impulsivität waren charakteristisch für ihn. Insgesamt vermittelte er den Eindruck eines Sonderlings und sozialen Außenseiters. Seine innere Differenziertheit schien bis zur Stumpfheit und Liebesunfähigkeit zu reichen, er wirkte ungerührt und unrührbar. Er hatte Angst vor Nähe und vor emotionaler Bezo-genheit.

Die frühe Lebensgeschichte dieses Mannes zeigt, wie aus fehlendem Urvertrauen beziehungsweise aus massiven Enttäuschungen im Vertrauenwollen die Ansätze zu Hingabe und Bindung gefährdet wurden. Bei einer solchen primären Schizoidie finden sich genetisch schwere Behinderungen der Entwicklung in der Phase der Entstehung der ersten Objektbeziehungen und es kommt zur Ausbildung einer intentionalen Störung. Als Kind war dieser Schizoide in emotionaler Hinsicht ein chronisch Unter- oder Fehlernährter und in seinem Eigenwesen abgelehnt. Hass und narzisstische Kränkung wurden zu seinen ständigen Beglei-

tern. Mit Hilfe von Alkohol versuchte er, sein Über-Ich zu narkotisieren. Diese „Ersatzmutter“ wirkte sich auf ihn jedoch genauso destruktiv aus, wie es das introjizierte Mutterbild auf intrapsychischem Wege bereits tat. Bei allen Anhörungen wurde seine Mutter von Honka „totgeschwiegen“. Mangels emotionaler Kontakte und eines verlässlichen Realitätsbezuges als Matrix für die Triebsteuerung, blieben Honkas Triebenergien einerseits undifferenziert archaisch und andererseits zurückgestaut, sodass er oft unter erheblichem Entladungsdruck stand. Gestaute Aggressionen konnten sich in kalten Morden blitzartig entladen. Da gerade die Sexualität in archaisch unbezogener Form bei Honka zum Kontaktersatz wurde, suchte er sich als Sexualobjekte regelhaft Prostituierte. Schizoide Soziopathie und Kriminalität derartig gestörter Menschen kann Krankheitswert erreichen.

Auch bei Honkas Morden wird der Wiederholungszwang deutlich: vier vom Opferprofil her vergleichbare, sozial deroutierte, durchschnittlich 51-jährige Frauen, zu denen eine sexuelle Beziehung bestand, wurden allesamt erwürgt oder erdrosselt, zerschnitten und zersägt. Die früh erlebte Demütigung und Erfahrung, dass Nicht-geliebt-Werden subjektiv auch heißt: „Ich bin nicht liebenswert“, hat sich in den jeweiligen Beziehungen zu den Opfern wiederholt. Die Situation einer schweren narzisstischen Kränkung wurde immer wieder reinszeniert und führte zum Durchbrechen aggressiv-mörderischer Impulse.

Das Beispiel zeigt, wie derartige „organisierte“ Serienmorde von ihrer Entstehung her als missglückte Konfliktlösungen und misslungene Verarbeitungsversuche von traumatisierenden Erlebnissen verstanden werden können. Frühkindlich – traumatisierende Beziehungssituationen werden vom Täter auf die Tat projiziert; ihre Relevanz wird durch prägende Wiederholungen in der Biografie validiert. Bei der Betrachtung von Serienmördern ist das besondere Augenmerk demnach auf strukturelle Ich-Defekte, auf regressive Phänomene im Umkreis der Tat, sowie auf sich stereotyp wiederholende Beziehungskonstellationen in der Biographie des Delinquenten zu richten.

Strafrechtliche Implikationen

Grundlage unseres Strafrechts ist das Schuldprinzip. Für rechtswidrige Handlungen hat der psychiatrische Sachverständige die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Täters zu prüfen sowie die Möglichkeit ihrer krankheitsbedingten Einschränkung für die Feststellung von Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder verminderter Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) [26]. Wird Schuldunfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit zugesprochen, können vom Gericht Maßnahmen, wie die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt oder bei entsprechender Gefährlichkeit auch die so genannte Sicherungsverwahrung angeordnet werden.

Bei Honka lassen sich unter anderem eine Alkoholabhängigkeit sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen diagnostizieren. Diese psychiatrischen Diagnosen können dem juristischen Begriff der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ zugeordnet werden. Diese kann zu einer erheblich verminderten Schuldfähigkeit oder zu einer Schuldunfähigkeit führen. Auf der normativen Ebene ist in so einem Fall zu prüfen, ob der Täter zum Tatzeitpunkt in der Lage war, das Unrecht seiner Tat einzusehen und gemäß dieser Einsicht zu handeln. War seine Einsichtsfähigkeit zum Zeitpunkt der Tat krankheitsbedingt nicht vorhanden, braucht auch nicht über die Handlungsfähigkeit nachgedacht zu werden. War eine grundsätzliche Einsichtsfähigkeit jedoch gegeben, ist zu prüfen, ob die Fähigkeit des Täters, nach dieser Einsicht zu handeln, eingeschränkt war im Sinne einer Beeinträchtigung der Steuerungs- oder Hemmungsfähigkeit.

Die psychologische Gutachterin des Falles, Elisabeth Müller-Luckmann, hält Honka für einen „Faschisten im klassischen Sinne“, für einen typischen „Law-and-Order-Man“, in dessen Augen Frauen nichts wert waren und die er deshalb bestrafen und vernichten wollte. Sie führt weiter aus: „Die Frauen waren Huren. Sie wollten nicht wie er. Für Sex wollten sie bezahlt werden, wenn schon nicht mit Geld, dann mit Alkohol und dem Dach über dem Kopf. Sie waren schon zu weit entfernt von den gesellschaftlichen Normen, um sich fügen zu wollen. Und Honka bestrafte die Frauen dafür. Weil

Fazit

Wenn Schuld auf freier Willensentscheidung des Täters beruht und seine Unschuld auf Einwirkungen, für die er selbst nicht verantwortlich ist oder die ihm sein verbrecherisches Handeln erleichtern, dann entspricht der Schuld des Serienmörders die Unschuld der Gesellschaft und der Schuld der Gesellschaft die Unschuld des Mörders. Wenn der tiefere Sinn von Begutachtung und Rechtsprechung in Kriminalitätsprophylaxe besteht, muss der Perpetuierung unheilvoller Wiederholungszwänge der Boden entzogen werden. Hierzu sollte zum einen ein vollständiges Verständnis dessen angestrebt werden, was geschehen ist; zum anderen sollte dem Täter ein gangbarer Weg zur Erlangung intrapsychischer Erkenntnis angeboten werden. Unbewusstes existiert nicht nur, Unbewusstes ist auch wirksam.

sie nichts wert waren, darum durfte er sie bestrafen, darum tötete er sie. Sie hatten nichts und waren nichts. Beides machte ihn besser als die Frauen, die auf St. Pauli gestrandet waren.“ Er habe seine Wünsche nach Zuwendung und Beziehung abgewehrt und in Hassgefühle umgewandelt. Sexuelle Lust sei nicht das Tatmotiv gewesen, sondern eine Eliminierungslust. Eine pseudoautarke Haltung habe der Abwehr von Abhängigkeitswünschen gedient; das ambivalente Erleben einer vermutlich bösen versagenden Mutter habe zu unbewusstem Hass geführt. Infantile Abhängigkeitswünsche und idealisierte Mutterphantasien seien von ihm ebenso wie die Hassgefühle bevorzugt auf ältere Frauen, seine späteren Opfer, projiziert worden. Honka habe den zwanghaften Wunsch nach Ordnung und Sauberkeit gehabt. Auch für die Gutachterin ist das Zwanghafte ein Aspekt des Tatmotivs: „Er war ein rigider Mensch mit rigiden Wertvorstellungen. Die Frauen begriffen es nicht. Es ist vorstellbar, dass er, wenn er eine Frau wollte, durchaus etwas Charmierendes an sich hatte, um seinen Willen durchzusetzen, aber er tat es auch mit Gewalt, wenn der Hass und die Aggressionen bei ihm durchbrachen. Er war ein Mensch mit zwei Gesichtern. Ich kann aber nicht behaupten, dass er Herr über Tod und Leben sein wollte. Er war kein ‚Jekyll and Hyde‘, dazu war in Honka das Positive viel zu schwach etabliert. Er hat das Positive viel zu wenig kennen gelernt in seiner Lebensgeschichte, um diese Seite zu haben. Aber er wollte die Frauen beherrschen, darum hatte er sich diese Frauen geholt. Sie erkannten es nicht, sie fügten sich nicht, also mussten sie sterben. Und dennoch, so widersprüchlich

es klingt, haben Serienmörder eine Gemeinsamkeit. Sie hatten nie eine wirkliche Chance. Menschen, die eine Chance im Leben haben, werden nicht zu solchen Tätern wie Honka.“

Fritz Honka wurde wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit nach seiner Verurteilung von 1976–1991 in einem psychiatrischen Krankenhaus zum Maßregelvollzug untergebracht. Das Gericht wertete die Verstümmelungstaten als schwere seelische Abartigkeit mit Krankheitswert. Honka wurde 58-jährig in einem Altersheim in Scharbeutz an der Ostsee untergebracht und zeigte zu diesem Zeitpunkt eine hirnrnorganische Wesensveränderung und erhebliche Gedächtniseinbußen. Er starb 63-jährig 1998 in der Hamburger Nervenklinik Ochsenzoll.



Literatur beim Verfasser

Dr. med. Dipl.-Krim. Sebastian Schildbach
Südstern 4, 10961 Berlin



Bedeutung neuer Antiepileptika

Leitlinien-basierte Ersteinstellung bei Epilepsie

A. HUFNAGEL

Seit September 2002 veröffentlicht die Kommission der DGN Leitlinien zur Behandlung neurologischer Erkrankungen. Wie sie sich umsetzen lassen und welche praktische Bedeutung sie haben, erläutert Prof. Dr. Andreas Hufnagel anhand der Leitlinien „Behandlung des ersten epileptischen Anfalles“. Besonderes Augenmerk legt er dabei auf die Rolle neuer Antikonvulsiva bei der Ersteinstellung der Epilepsie.

Bei einem ersten epileptischen Anfall handelt es sich um ein erstmaliges fokales oder generalisiertes epileptisches Anfallsereignis, das auf paroxysmaler, transitorischer, regional begrenzter oder generalisierter, zerebraler Hyperexzitabilität basiert. Von Epilepsie spricht man aber erst nach dem zweiten unprovokierten Anfall. Das Risiko einen zweiten Anfall zu erleiden ist hoch. Es liegt bei etwa 33% innerhalb von zwei Jahren und 45–50% innerhalb von fünf Jahren.

Am Anfang steht die Anamnese

Zur genaueren diagnostischen Einschätzung beziehungsweise Klassifikation sind anamnestische und fremdanamnestische Schilderungen des Anfalls unabdingbar. Bei über 90% der Patienten lässt sich allein durch Erhebung der Eigen- oder Fremdanamnese die Diagnose stellen. Art, Dauer und Reihenfolge der folgenden Phänomene sollten eruiert werden:

- Prodromi,
- Aura,
- Ausmaß der Bewusstseinsstörung,
- Amnesie,
- sensorische, motorische oder autonome Entäußerungen,
- betroffene Körperregionen,
- postiktale Zeichen wie Lähmungen, Sprachstörungen, Desorientiertheit,
- Anfallsdauer,
- Anfallsbegleitzeichen (z. B. lateraler Zungenbiss, Einnässen oder Einkoten, Verletzungen, Muskelkater oder petechiale Blutungen).

Bei der Erhebung der Anamnese ist besonders auf Provokationsmechanismen zu achten (Tab. 1). Ferner sollten Tageszeit des Auftretens, Gehirnerkrankungen in der Vorgeschichte, Epilepsie in der Familie, internistische Erkrankung mit Gehirnaffektion (Niere, Leber, Schilddrüse, metabolische Erkrankungen insbesondere Hypoglykämie) erfragt werden.

Apparative Abklärung obligat

Neben einer umfassenden neurologischen Untersuchung, ist eine ausführliche Laboruntersuchung angezeigt, um vor allem metabolische oder entzündliche Ursachen eines akuten symptomatischen Anfalls auszuschließen oder zu erkennen. Neben einem EEG umfasst die Abklärung eines erstmaligen Anfalls eine neuro-radiologische Bildgebung des Gehirns. Denn symptomatische oder provozierte Anfälle ereignen sich häufig im Zusammenhang mit einem akuten zerebralen Ereignis, wie einem ischämischen Schlaganfall, einer intrazerebralen Blutung, oder im Rahmen von Gehirnaffektionen. Dazu zählen extrazerebrale Ursachen zum Beispiel metabolischen oder toxischen Ursprungs (Alkohol, Alkoholentzug, Hypo-, Hyperglykämien, Medikamente, Drogen, Nierenversagen) oder extrazerebrale Infektionen, die zu einer Beteiligung des Gehirns führen können. Die Bildgebung kann hier sekundäre zerebrale Veränderungen ausschließen oder nachweisen. In der Regel ist ein CT, eventuell mit Kontrastmittel, ausreichend; dies gilt aber nur für Notfallsituationen, denn in der Epilepsiediagnostik ist die Kernspintomografie dem CT überlegen.

Die häufigsten Ursachen einer Epilepsie im Kindesalter sind Anlagestörungen und perinatal erworbene Gehirnläsionen. Beim älteren Patienten dominieren zerebrovaskuläre Erkrankungen wie ischämische Insulte oder intrazerebrale Einblutungen, degenerative Erkrankungen mit demenziellen Syndromen und Tumore.

Tabelle 2 und 3 (S. 70) fassen die wichtigsten Ätiologien von Epilepsien und die Besonderheiten der CT/MR-Abklärung zusammen.

Tabelle 1

Typische Provokationsmechanismen
— Schlafentzug
— Alkoholexzesse oder -entzug
— Drogenkonsum
— Medikamentennebenwirkung
— Exposition gegenüber toxischen Substanzen
— Computerspiele

Bei Epilepsie-Patienten mit stabilen ZNS-Läsionen stehen Anfälle ganz im Vordergrund der klinischen Symptomatik. Die Erkrankungen schreiten nicht oder nur sehr langsam voran. Herdneurologische Ausfälle sind nicht vorhanden, weitgehend stabil oder nur sehr langsam progredient. Im Kindesalter zeigen sich oft ZNS- oder kombinierte Missbildungen. Im Erwachsenenalter stehen Missbildungen oder Missbildungstumoren mit später Anfallsmanifestation oder eine Hippokampussklerose im Vordergrund. Bei etwa 5–15% der Patienten mit akut symptomatischen Anfällen kommt es nach Abklingen der initialen, floriden Symptomatik zur Entwicklung einer chronischen Epilepsie mit rezidivierendem Auftreten auch unprovoked Anfälle. Die residuellen epileptogenen Läsionen sind dann im weiteren Verlauf stabil und bedürfen keiner weiteren neuroradiologischen Kontrollen.

Weg zur richtigen Behandlung

Die ersten therapeutischen Schritte bestehen in einer ausführlichen Beratung des Patienten, in der Indikationsstellung zur medikamentösen Behandlung und der Auswahl und Applikation der antikonvulsiven Therapie.

Lässt sich das Anfallsereignis zweifelsfrei als epileptisch einordnen, sollte zunächst eine symptomatische Genese ausgeschlossen werden. Daran schließt sich eine Aufklärung über die Natur des Anfallsereignisses, die mögliche Vermeidung (ausreichend Schlaf, Reduktion von Alkoholkonsum, Weglassen von anfallsbegünstigender Medikation, Vermeidung gefährlicher Situationen in Freizeit und am Arbeitsplatz sowie eingeschränkte Fahrerlaubnis) an.

Nicht unbedingt muss nach einem ersten epileptischen Anfall antikonvulsiv behandelt werden. Die Indikation zur antikonvulsiven Therapie ist vielschichtig und berücksichtigt medizinische Kriterien genauso, wie die Bedürfnisse des Patienten. Der Patient sollte darüber informiert werden, dass die verfügbaren Antiepileptika zwar geeignet sind, Anfälle zu unterdrücken, dass sie aber wahrscheinlich nicht die Langzeitprognose verändern, das heißt nicht anti-epilepto-

gen sind. Es gibt jedoch eine Reihe von Faktoren, die für eine unmittelbare antikonvulsive Behandlung nach dem ersten Anfall sprechen. Dazu zählen

- Diagnose eines epileptischen Syndroms mit hoher Rezidivwahrscheinlichkeit,
- große oder multiple intrazerebrale Läsionen,
- hohe Frequenz epileptiformer Potenziale im EEG,
- positive Familienanamnese für Epilepsie,
- psychosoziale Exponiertheit des Patienten,
- subjektives Sicherheitsbedürfnis.

Wird die Indikation zur antikonvulsiven Therapie gestellt, sollte zunächst ein Antikonvulsivum der ersten Wahl als Monotherapie in einer mittleren Do-

sis eingesetzt werden. Handelt es sich um eine Epilepsie fokalen Ursprungs, so werden die in Tabelle 4 (S. 70) aufgeführten Medikamente empfohlen. Bei einer idiopathisch-generalisierten Epilepsie sind die Medikamente in Tabelle 5 (S. 70) Mittel der ersten Wahl. Bei Unverträglichkeit oder Kontraindikation kann in seltenen Fällen Phenobarbital (50–200 mg/Tag) verwendet werden.

Rolle der neuen Antikonvulsiva

Wie oben ausgeführt ist das wichtigste Kriterium für die Auswahl eines Antikonvulsivums das epileptische Syndrom. Während Carbamazepin, Gabapentin und Oxcarbazepin nur bei Epilepsien fokalen Ursprungs eingesetzt werden können, handelt es sich bei Lamotrigin, Topiramamat und Valproinsäure um so ge-

Tabelle 2

Besonderheiten der neuro-radiologischen Abklärung symptomatischer Epilepsien

Indikation	Besonderheiten
Trauma	MR gegenüber CT überlegen; Blutabbauprodukte mit T2-gewichteter Gradientenechosquenz nachweisbar
Schlaganfall (MRT-Abbildung bei Schlaganfall vergößern)	CT in der Frühphase sensitiv; unmittelbarer Nachweis mittels diffusionsgewichtetem MR möglich, eventuell MR-Angiographie zum Nachweis von Gefäßverschlüssen oder Stenosen
Subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie	Nachweis subkortikaler, insbesondere kleinerer Veränderungen im MRT früher und besser als im CT möglich
Zerebrale Hypoxie	im CT laminäre Nekrosen, Aufhebung der Mark/Rindengrenze, Hirnoedem, im MR in T1 hyperintense laminäre Bänder, charakteristisches gyrales Enhancement
Intrakranielle Blutung	im CT leichter als im MR nachweisbar (dort abhängig von der Latenz seit der Blutung); Subarachnoidalblutung besser im CT darstellbar, anstatt gehabte Blutung durch Hämosiderinnachweis besser im MR nachweisen
Gefäßmalformation	in MR und CT insbesondere nach Kontrastmittelgabe gut sichtbar, angiographische Abklärung erforderlich
Hirnvenen- und Sinusthrombosen	im CT: regionale oder globale Hirnschwellung, Empty-Triangle-Zeichen (Füllungsdefekt im zerebralen Sinus) direkter Thrombusnachweis im Spiral-CT im MR: direkter Thrombusnachweis; MR-Angiographie kann diagnostische Sicherheit erhöhen
Hirntumore	obligatorische MR-Untersuchung mit und ohne Kontrastmittelverstärkung; die meisten Tumore auch im CT gut darstellbar
Enzephalitiden	früher Nachweis des temporalen/bitemporalen Befalls im MR; Ausbreitung auf basalen Frontallappen, Basalganglien und in das limbische System
Demenzielle Erkrankung	im CT und MR lokale oder globale Hirnvolumenminderung, früh einsetzende Hippokampusatrophie beim Morbus Alzheimer; SAE-Nachweis bei vaskulärer Demenz im MR besser



Tabelle 3

Besonderheiten der neuro-radiologischen Abklärung chronischer (nicht akuter) Epilepsien	
Erkrankung	Abklärung
Entwicklungsstörung	kortikale Dysplasien für zirka 40% der fokalen Epilepsien im Kindesalter verantwortlich, MR ist die Methode der Wahl
Schizenzephalie	typische Spaltbildung des Hirnmantels, die sich von der Hirnoberfläche bis zum Ependym des Seitenventrikels hinziehen kann; Prädilektionsstellen sind die prä- und postzentralen Gyri
Polymikrogyrie	multiple kleine Gyri im MR erkennbar
Hypothalamusharmatome	im MR typischer Stelle im Tuber Cinerum darstellbar; es handelt sich um kongenitale Heterotopien
Tuberöse Sklerose	im MR typische kortikale Tubera, zum Teil wegen Verkalkung im CT besser erkennbar, mehrschichtige kapilläre, venöse Angiomatose der weichen Hirnhäute
Arteriovenöse Malformation	MR: AV-Angiom in SE-Sequenz als Signalauslöschung (dunkles Gefäßknäuel) sichtbar; MR-Angiographie erlaubt; Darstellung der Gefäßmalformation
Cavernome	häufig multipel in typischer Konfiguration mit zentraler Auslöschung und Hämosiderin-Ring im MR erkennbar
Hippocampussklerose (Abbildung MRT bei Hippocampussklerose zum Vergrößern)	nur im MR darstellbar, zum Hippocampus orthogonal (nach vorne gekippte) koronare Schichtung verwenden, typische Zeichen: T2-Signalhyperintensität oder Flair-Hyperintensität, Auflösung der hippocampalen Binnenstruktur, Hippocampusatrophie (morphometrisch quantifizierbar) und Ausweitung des ipsilateralen Unterhorns

Tabelle 4

Mittel der ersten Wahl bei fokaler Epilepsie*	
— Carbamazepin	200–1.200 mg/Tag
— Gabapentin	900–2.400 mg/Tag
— Lamotrigin	100–300 mg/Tag
— Oxcarbazepin	300–2.400 mg/Tag
— Topiramamat	50–200 mg/Tag
— Valproinsäure	600–1.500 mg/Tag

** alphabetische Reihenfolge, Dosierungen gelten für den normalgewichtigen Erwachsenen*

Tabelle 5

Mittel der ersten Wahl bei generalisierter-idiopathischer Epilepsie*	
— Lamotrigin	100–300 mg/Tag
— Topiramamat	50–200 mg/Tag
— Valproinsäure	600–1.500 mg/Tag

** alphabetische Reihenfolge, Dosierungen gelten für den normalgewichtigen Erwachsenen*

nannte Breitspektrum-Antikonvulsiva, die auch bei idiopathisch generalisierten Epilepsien wirksam sind. Vergleiche der Wirksamkeit der einzelnen Medikamente untereinander wurden in prospektiven Studien bisher nur in geringem Umfang durchgeführt. Signifikante Unterschiede konnten dabei nicht nachgewiesen werden. Die Auswahl des Antikonvulsivums richtet sich demzufolge mehr nach dem Spektrum der zu erwartenden Nebenwirkungen und dem Ausmaß pharmakokinetischer Interaktionen mit anderen Medikamenten sowie nach Alter und Geschlecht der Patienten. Auch die Frage, ob ein Kinderwunsch besteht, sollte berücksichtigt werden.

Die neuen Antikonvulsiva Gabapentin, Lamotrigin und Topiramamat sind nicht Enzym-induzierend oder Enzym-inhibierend. Daher kommt es bei der Therapie mit diesen Medikamenten generell zu weniger Arzneimittelinteraktionen. Dies ist insbesondere bei Patienten mit Polytherapie, zum Beispiel im Alter, ein großer Vorteil. Die fetale Fehlbildungsrate ist unter Lamotrigin deutlich niedriger als bei Valproinsäure-behandelten Patientinnen. Zu beachten ist jedoch, dass während der Schwangerschaft der

Serum-Lamotrigin-Spiegel um bis zu 60% abfallen kann, sodass die Dosis erhöht werden sollte, wenn es zu einer Verschlechterung der Anfallsituation kommt. Bei den übrigen neueren Antikonvulsiva liegen keine Berichte über eine erhöhte Missbildungsrate vor. Die Erfahrungen sind aber immer noch zu gering, um eine statistisch eindeutige Aussage treffen zu können.

Ein weiterer Aspekt der Medikamentenauswahl ist insbesondere bei Patienten, die einen raschen Anfallsschutz benötigen (z. B. nach Auftreten von Anfallsereidien) die maximale Aufdosierungsgeschwindigkeit. Während Gabapentin, Topiramamat und Valproinsäure schon in den Einstiegsdosierungen (Gabapentin 900 mg, Topiramamat 50 mg und Valproinsäure 600 mg) einen wirksamen antikonvulsiven Schutz bieten, müssen Carbamazepin und Oxcarbazepin langsamer aufdosiert werden (0,5–2 Wochen bis zum Erreichen einer mittleren Dosis). Um eine hohe Allergierate zu vermeiden, kann auch Lamotrigin nur langsam aufdosiert werden (initial 25 mg/Tag, Erhöhung um 25 mg/Tag alle 2 Wochen). Hier sollte intermittierend ein zusätzlicher antikonvulsiver Schutz mit einem

Benzodiazepin (z. B. Lorazepam, Diazepam oder Clonazepam) sichergestellt werden bis eine Lamotrigin-Dosis von 100 mg/Tag erreicht ist. Mitte Juni 2005 wird aller Voraussicht nach mit Zonisamid ein weiteres Antikonvulsivum auf dem deutschen Markt zugelassen.

Wie lang muss behandelt werden?

Die antikonvulsive Therapie ist zunächst sechs bis zwölf Monate durchzuführen, wenn das Anfallsereignis auf eine akute symptomatische Genese, die ausgeheilt oder abgeklungen ist, zurückzuführen war. Bei ungeklärter Ätiologie und Normalbefunden in der klinisch-neurologischen Untersuchung, in der Kernspinn- und Computertomografie sowie im EEG soll ebenfalls zunächst für sechs bis zwölf Monate behandelt werden. Bei Hinweisen auf die Erstmanifestation eines epileptischen Syndroms mit hoher Rezidivwahrscheinlichkeit soll zumindest 24 Monate therapiert behandelt werden.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Andreas Hufnagel
Klinik und Poliklinik für Neurologie
der Universität Essen
Hufelandstr. 55, 45147 Essen,
E-Mail: a.hufnagel@uni-essen.de

„Gesundbrunnen“ Vitamin E: HOPE zerstört alle Hoffnungen

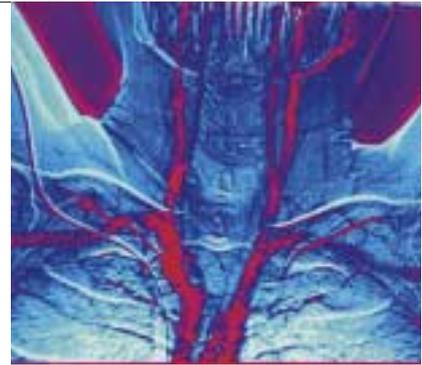
Die langfristige Supplementation mit Vitamin E bei Patienten mit Gefäßerkrankungen und Diabetes mellitus verhindert weder Karzinome noch kardiovaskuläre Ereignisse, sondern erhöht allenfalls das Herzinsuffizienzrisiko.

Aufgrund einer Fülle von In-vitro-Studien entstanden die griffigen Hypothesen, dass Vitamin E über seine antioxidative Wirkung antiatherogene und antiproliferative Effekte zur Verhinderung der Arteriosklerose entfalten würde und sogar durch die Neutralisierung freier Radikale Krebs verhindern könne. Somit wird Vitamin E reichlich von alternativen Therapeuten und sonstigen sanften Heilern auf Privatrezept eingesetzt. Über die Kosten streiten sich die Patienten mit ihren Krankenversicherungen. Die Hypothesen wurden nun in der randomisierten, doppelblind geführten und Plazebo-kontrollierten HOPE-Studie, die zwischen 1993 und 1999 stattfand, sowie in der Anschlussstudie HOPE-TOO zwischen 1999 und 2003 überprüft. HOPE schloss 9500 Patienten, HOPE-TOO über 7.000 Patienten mit Arteriosklerose und Diabetes mellitus im Alter von mindestens 55 Jahren ein. Die Patienten erhielten entweder 400 IU Vitamin E oder Plazebo und wurden im Median sieben Jahre lang beobachtet.

In der HOPE-Studie kam es bei 552 Patienten unter der Vitamin-E-Supplementation und bei 586 Patienten unter Plazebo zu einem Karzinom. Daran verstarben 156 beziehungsweise 178 Patienten.

Schwere kardiovaskuläre Ereignisse erlitten 1.022 beziehungsweise 985 Patienten. Keiner dieser Unterschiede war statistisch signifikant. Patienten in der Vitamin-E-Gruppe hatten jedoch ein geringfügig, aber signifikant erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Herzinsuffizienz von 13%. Auch bei der Anschlussstudie HOPE-TOO beobachtete man keine Unterschiede in der Karzinominzidenz, bei Todesfällen an Karzinomen und schweren kardiovaskulären Ereignissen, jedoch war auch in dieser Studie die Rate von Herzinsuffizienz und Hospitalisierung höher als in der Plazebogruppe.

Kommentar: So attraktiv die vielen blumigen Theorien und Hypothesen zur antioxidativen Wirkung und Hemmung



© Arteria Photography, Kassel

Karotisstenosen: Radikalfänger verhindern die Gefäßenge nicht.

der freien Radikale (allein diese Bezeichnung lässt einen das Blut in den Adern gefrieren) auch sein mögen, den harten Prüfstand einer randomisierten und kontrollierten Studie überstehen sie nicht.

H. S. Füleßl, Haar

The HOPE and HOPE-TOO Investigators. Effect of long-term vitamin E supplementation on cardiovascular events and cancer. **JAMA** 2005; 293: 1338–47

Interferon beta-1a: gut verträglich auch bei Early Onset Multipler Sklerose

Junge Patienten mit einer früh auftretenden Multiplen Sklerose, der „Early Onset Multiplen Sklerose“ (EOMS), weisen häufig eine stärkere Behinderung als Erwachsene auf. Eine immunmodulatorische Behandlung ist nahe liegend – jedoch hat bisher keine der verfügbaren Substanzen eine Zulassung für Patienten unter 16 Jahren. Neue Studiendaten zur Sicherheit und Verträglichkeit einer Behandlung mit Interferon beta-1a s.c. bei Patienten mit einer EOMS wurden nun ausgewertet.

Die Kohorte umfasste 36 Mädchen und 15 Jungen mit einer schubförmigen MS nach Poser und einer Erstmanifestation vor dem 16. Lebensjahr. Die s.c.-Behandlung mit Interferon beta-1a

(IFN α -1a) wurde in der Universität Göttingen bei Kindern nach einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von zwei Jahren eingeleitet; die EDSS-Scores (Expanded Disability Status Scale) lagen

Anzeige

zwischen 0 und 1,5 (median 1,5). Bei 46 der Kinder (Durchschnittsgewicht 53 kg, Durchschnittsalter 14,5 Jahre) betrug die Initialdosierung 22 µg IFN α -1a s.c. dreimal wöchentlich, bei fünf Patienten mit einer hochaktiven Erkrankungsphase wurde mit einer Dosierung von 44 µg IFN α -1a s.c. dreimal wöchentlich begonnen. Auf diese Dosierung wurden auch Patienten umgestellt, die einen Schub oder neue Läsionen im MRT aufwiesen (Körpergewicht bei Beginn dieser Behandlung 61 kg, Durchschnittsalter 15,1 Jahre). Die Behandlung ging über einen Zeitraum von einem Monat bis zu 4,4 Jahren (durchschnittlich 1,8 Jahre). 22 der 46 Patienten unter der 22-µg-Dosierung wurden wegen fortschreitender Krankheitsaktivität auf die 44-µg-Dosierung umgestellt.

Die beobachteten Nebenwirkungen entsprachen denen bei Erwachsenen. Die häufigsten Symptome waren Injektionsreaktionen (kumuliert 71 %), Grippe-ähnliche Symptome (kumuliert 65 %), gastrointestinale Symptome (10 %), Blutbildveränderungen (39 %, leicht bei Hämoglobin und Thrombozyten, mäßig bis schwer bei Neutrophilen) und erhöhte Leberenzymwerte (35 %, immer asymptomatisch, meist geringgradig). Der einzige Patient mit einer mäßiggradigen Leberwerterhöhung war ein achtjähriger, stark untergewichtiger Junge. Nach Umstellung auf eine zweimal wöchentliche Applikation von 22 µg normalisierten sich die Werte wieder. Neun Patienten brachen die Behandlung wegen Nebenwirkungen ab. Die EDSS-Scores blieben bei 48 der 51 behandelten Patienten stabil.

Fazit: IFN α -1a s.c. kann bei Kindern (zirka über zehn Jahren) mit einer EOMS in entsprechenden Dosierungen wie bei Erwachsenen eingesetzt werden. Die Verträglichkeit ist vergleichbar gut. In einer Phase-III-Studie sollte nun die Wirksamkeit einer Interferon-Behandlung bei diesem Erkrankungsbild ermittelt werden. **bk**

Pohl D et al. Treatment of early onset multiple sclerosis with subcutaneous interferon beta-1a. **Neurology** 2005; 64: 888–90

Spritze gegen Alkoholabhängigkeit

Ein injizierbares Depot-Präparat von Naltrexon reduziert – unabhängig von sonstigen Maßnahmen – Alkoholexzesse bei alkoholabhängigen Patienten signifikant.



© Archiv

Die Alkoholabhängigkeit stellt in den westlichen Industrieländern eines der größten gesundheitlichen Probleme dar. Alle bislang versuchten Therapieverfahren sind mit dem großen Nachteil einer hohen Abbruchrate beziehungsweise Rückfallquote behaftet.

Ähnlich wie Diabetes, Hypertonie und Asthma bronchiale ist die Alkoholkrankheit eine chronische Erkrankung mit genetischen, sozialen und umweltbedingten Faktoren. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse über veränderte Neurotransmitter im Gehirn von Suchtkranken haben in den letzten Jahren zur Entwicklung einer Reihe medikamentöser Ansätze zur Therapie der Alkoholkrankheit geführt.

Mit dem Opioidantagonisten Naltrexon gelingt es, zumindest bei einigen Patienten, den Suchtdruck zu mindern und die angenehmen Effekte von Alkohol zu reduzieren. Noch sind aber alle medikamentösen Ansätze zur Therapie von Suchtkrankheiten mit enormen Complianceproblemen behaftet, da der Patient sich durch ein Medikament genau der Vorteile und Annehmlichkeiten der Droge beraubt, derentwegen er diese einnimmt.

In einer randomisierten multizentrischen und doppelblind geführten Studie wurde nun den Effekt von injizierbarem Depotnaltrexon bei 627 alkoholabhängigen Patienten untersucht. 205 erhielten eine Injektion von 380 mg Naltrexon, 210 Patienten 190 mg und 209 Patienten eine Placeboinjektion. Alle Patienten wurden zu zwölf Sitzungen mit einer niedrigschwelligem psychosozialen Intervention eingeladen. In einem sehr

pragmatischen Ansatz wurden auch Patienten in die Studie aufgenommen, deren primäres Ziel nicht die vollständige Abstinenz war.

Im Vergleich zur Placebogruppe reduzierten sich unter 380 mg Depot-Naltrexon die Tage mit Alkoholexzess um 25 %, unter 190 mg kam es zu einem Rückgang von 17 %. 14 % beziehungsweise 7 % der Patienten aus den beiden Naltrexongruppen litten unter Nebenwirkungen wie Übelkeit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit. Erwartungsgemäß hatten Patienten, die von vornherein das Ziel einer vollständigen Abstinenz äußerten, einen höheren Rückgang der Tage unter Alkohol im Vergleich zu Patienten, deren Ziel lediglich eine Reduktion ihres Konsums war.

Kommentar: Vielleicht erscheint manchem der rein biochemische Ansatz unter Vernachlässigung psychosozialer Therapiemöglichkeiten als zu platt. Mehr als bei Diabetes, Hypertonie und Asthma spielen in der Beurteilung der Alkoholkrankheit immer auch noch moralische Kriterien eine Rolle. Allerdings ist die Erfolgsquote der psychotherapeutischen Behandlungsansätze bei der Alkoholkrankheit zu bescheiden, als dass man auf biochemische Hilfsmittel verzichten könnte oder sollte. **H. S. Fießl, Haar**

Garbutt JC et al. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence. **JAMA** 2005; 293: 1617–25



Erstmanifestation der Psychose: Rückfallprophylaxe mit Risperidon

Die ersten Jahre nach einer Psychose-Erstmanifestation sind wegweisend für den weiteren Erkrankungsverlauf. Dabei kommt vor allem der Rückfallprophylaxe eine große Bedeutung zu. Bisher hat sich das Atypikum Risperidon den klassischen Neuroleptika als überlegen erwiesen. In einer neuen Vergleichsstudie wurden nun Akut- und Langzeit-Outcome von Risperidon und Haloperidol bei Patienten im ersten Schub verglichen.

Einbezogen in die randomisierte, doppelblinde Studie waren 555 Patienten mit Psychosen im ersten Schub. Sie erhielten in flexibler Dosierung Risperidon (Ø 3,3 mg/Tag) oder Haloperidol (Ø 2,9 mg/Tag). Die Behandlungsdauer betrug im Schnitt 206 Tage.

In beiden Behandlungsgruppen verbesserte sich die klinische Positiv- und Negativsymptomatik und die Gesamtschätzung in den Clinical Global Impression Ratings in vergleichbarem Umfang. Bei Dreiviertel der Patienten stellte sich eine klinisch relevante Besserung ein (definiert als eine mindestens 20%ige Reduktion der Positiv- und Negativ-Scores): 42% erlitten unter Risperidon, 55% unter Haloperidol einen Rückfall; die mediane Zeit bis zum ersten Auftreten des Rückfalls betrug unter Risperidon 466 Tage, unter Haloperidol 205 Tage.

Unterschiede zwischen beiden Medikationen ergaben sich auch bei den Nebenwirkungen: Extrapyramidale Symptome traten in der Haloperidol-Gruppe signifikant häufiger auf und der Bedarf an zusätzlicher Medikation war größer. Prolaktinerhöhungen (meist ohne klinische Korrelate) traten in der Risperidon-Gruppe häufiger auf. Eine Gewichtszunahme war zu Beginn der Behandlung unter Risperidon zunächst größer als unter Haloperidol, der Unterschied verschwand jedoch bis zum Studienende.

Die Ergebnisse zum antipsychotischen Akuteffekt bestätigen die bisher bekannten Befunde einer vergleichbaren Wirkung von klassischen und atypischen Neuroleptika bei gleichzeitig weniger extrapyramidalen Nebenwirkungen unter dem Atypikum. Durch die sehr lange Beobachtungszeit – mindestens zwei bis maximal sechs Jahre – kann nun auch erstmals der Langzeiteffekt beider Medikationen abgeschätzt werden. Danach vergeht unter dem Atypikum Risperidon ein klinisch relevanter, längerer Zeitraum bis zum ersten Rückfall als unter dem

Klassiker Haloperidol. Die rechnerische Extrapolation der Kaplan-Meier-Analysen zeigte auch für den weiteren Erkrankungsverlauf eine konstante Differenz.

Wirksame Migräne-Prophylaxe mit Topiramate

Viele Migränepatienten profitieren von einer prophylaktischen Behandlung. Auch der Wirkstoff Topiramate hat sich diesbezüglich bereits in kleineren Studien als wirksam erwiesen. In einer großen kontrollierten Untersuchung wurden diese Effekte verifiziert.

In die 26-wöchige, randomisierte, doppelblinde und Placebo-kontrollierte multizentrische Studie wurden ambulante Migräne-Patienten mit einer seit mindestens sechs Monaten bestehenden Erkrankung entsprechend den IHS-Kriterien (International Headache Society) und drei bis zwölf Migräne-Attacken pro Monat aufgenommen. Sie wurden randomisiert einer Topiramate-Therapie (50 mg/Tag, 100 mg/Tag oder 200 mg/Tag) oder Placebo zugeordnet. Topiramate wurde über acht Wochen bis zur maximal tolerierten Dosis auftitriert, die Erhaltungsdosis weitere 18 Wochen gegeben. Bei 468 der 483 einbezogenen Patienten wurde mindestens zu einem Zeitpunkt des Studienzeitraums die Wirksamkeit untersucht (primäres Zielkriterium: Veränderung der monatlichen Migräne-Häufigkeit). Diese Patientengruppe bildete die Intent-To-Treat-Population.

Unter 100 mg/Tag beziehungsweise 200 mg/Tag Topiramate verminderte sich gegenüber Placebo die monatliche Migränezunahme ($-2,1$, $p = 0,008$ beziehungsweise $-2,4$, $p < 0,001$; Placebo: $-1,1$), wobei die Unterschiede bereits im ersten Monat signifikant waren. Die Response-Rate war bei allen Topiramate-Dosierungen höher als unter Placebo. Eine signifikante Reduktion der Migräne-Tage (Tage, an denen die Patienten mindestens 30 Minuten Kopfschmerzen

Fazit: Bei Patienten mit einer erstmalig aufgetretenen Psychose ist das Atypikum Risperidon in Hinblick auf Rückfallprophylaxe und Auftreten extrapyramidaler Nebenwirkungen dem klassischen Neuroleptikum Haloperidol überlegen. **bk**

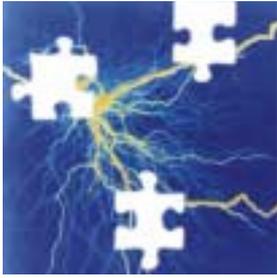
Schooler N et al. Risperidone and haloperidol in first-episode psychosis: a long-term randomized trial. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1–7

hatten) wurde sowohl mit der 100-mg- als auch mit der 200-mg-Dosierung von Topiramate erreicht; Patienten unter diesen Dosierungen konnten zusätzlich den Gebrauch symptomatisch wirkender Medikamente einschränken. Die häufigsten Nebenwirkungen unter 100 mg/Tag Topiramate ($> 10\%$ der Patienten) waren Parästhesien, Müdigkeit, Anorexie, Diarrhöen oder Gewichtsverlust.

Diese vergleichsweise hohe Nebenwirkungsrate lässt sich den Erfahrungen der Autoren zufolge durch eine langsamere Aufdosierung deutlich reduzieren. Die meisten Nebenwirkungen treten nur vorübergehend auf; Parästhesien lassen sich durch Kalium-Supplementation positiv beeinflussen. Der Gewichtsverlust ist ein bekannter Effekt unter Topiramate und kann auch therapeutisch genutzt werden – zumal andere Migräne-Prophylaktika eher zu einer Gewichtszunahme führen. Hinsichtlich der Wirksamkeit ist die Topiramate-Prophylaxe mit anderen Prophylaktika vergleichbar.

Fazit: Topiramate ist in der Migräne-Prävention bereits ab dem ersten Monat wirksam. Bei langsamer Auftitration der Medikation lassen sich Nebenwirkungen vermeiden. **bk**

Brandes JL et al. Topiramate for migraine prevention. *JAMA* 2004; 291: 965–73



Neurologische Kasuistik

Plötzliche einseitige Ptose



© Dr. P. Franz, München

Links: Deutliche Ptose bei Erstuntersuchung. Rechts: Nach Therapiebeginn mit Pyridostigminbromid bereits nach wenigen Tagen deutliche Besserung der belastungsabhängigen Ptose.

Anamnese

Ein 67-jähriger berenteter Verkäufer bemerkte vor fünf Tagen erstmals eine über Nacht aufgetretene Ptose am linken Auge. Über begleitende Symptome insbesondere Kopfschmerzen oder Hirnstammsymptome berichtete er nicht. Vorausgegangen seien in den letzten Wochen rezidivierende Konjunktivitiden. Anamnestisch erwähnenswert ist eine leichte allgemeine Kraftlosigkeit nach Operation einer zervikalen Spinalstenose HWK6/7 mit Cage-Implantation vor drei Jahren sowie eine Schilddrüsenoperation vor fünf Monaten. Ein Diabetes mellitus ist nicht bekannt.

Befund

Neurologische Untersuchung: bei Erstuntersuchung deutliche Ptose links; glatte Blickfolge, keine Doppelbilder; fraglich belastungsabhängige Zunahme der



Fragen

1. Welche Aussagen über die Myasthenia gravis ist falsch?

- a) Die Symptomatik kann im höheren Lebensalter mit einem „Schlaganfall“ verwechselt werden.
- b) Okuläre Symptome finden sich bei über 50% der Myasthenie-Patienten.
- c) Auch bei okulärem Beginn kommt es in höherem Lebensalter (> 60 Jahre) häufig innerhalb der ersten zwei Jahre zu einer generalisierten Symptomatik.
- d) Sie findet sich bei Patienten über 60 Jahren nur noch bei einem Thymom.
- e) Ein primärer Befall der extraokulären Muskulatur (okuläre Myasthenie) schließt ein myasthenes Syndrom bei Lambert-Eaton-Syndrom aus.

2. Welche Aussage über die Diagnostik bei einer rein okulären Myasthenie ist richtig?

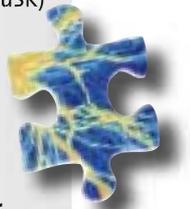
- a) Die Einzelfaser-EMG-Untersuchung ist am sensitivsten.
- b) Die Serienstimulation des N. facialis ist die sicherste Methode zum Nachweis einer neuromuskulären Störung bei okulärer Myasthenie.
- c) Unter Kälte ist das Dekrement bei Serienreizung erhöht.
- d) Auch die Serienstimulation an mehreren unterschiedlichen Lokalisationen erhöht die Sensitivität nicht.
- e) Bei okulärem Verlauf finden sich bei 80% Acetylcholin-Rezeptor-Antikörper.

3. Bei negativem Acetylcholin-Rezeptor-Antikörper (Ach-R-AK) können bei einer generalisierten Myasthenie welche Antikörper nachgewiesen werden?

- a) Antikörper gegen muskelspezifische Tyrosinkinase (MuSK)
- b) Antikörper gegen Rheumafaktor
- c) Schilddrüsen-AK
- d) Antikörper gegen quer gestreifte Muskulatur
- e) Alle sind richtig.

4. Welche Aussage zur immunsuppressiven Therapie der Myasthenie ist falsch?

- a) Die Gabe von Kortikoiden führt innerhalb von Tagen zu einer Besserung der myasthenen Symptomatik.
- b) Kortikoide können die Generalisierung der myasthenen Symptomatik reduzieren.
- c) Die Kortikoiddosis kann durch Kombination mit Azathioprin reduziert werden („Kortison-Einspareffekt“).
- d) Bei anhaltender Remission sollte Azathioprin wegen der Gefahr einer Exazerbation nur langsam ausgeschlichen werden.
- e) Bei fehlender Besserung unter Kortikoidgabe und Azathioprin kann auch die Gabe von Mycophenolatemofetil versucht werden.





Ptose links; Pupillenreaktion beidseits normal; fazio-pharyngeale Muskulatur unauffällig. Keine Schwäche der Nacken- oder Halsmuskulatur. Keine belastungsabhängige Schwäche an den Extremitäten. Parästhesien im Dermatom C8 beidseits; die taktile Sensibilität allseits normal, keine dissoziierte Sensibilitätsstörung; Muskeleigenreflexe allseits normal, pathologische Reflexe nicht auslösbar. Leichte Atrophie der Mm. Interossei rechts; Blasen- und Mastdarmfunktion normal.

Kontrolluntersuchung nach 14 Tagen: unveränderte Ptose links (s. Abb. S. 75). Jetzt jedoch deutliche Zunahme bei Belastung mit auch rechtsseitig beginnender Ptose. Beim Blick zur Seite nach links Doppelbilder nach 10 s und nach rechts nach 15 s. Pupillomotorik unauffällig. Der übrige Befund unverändert, insbesondere keine belastungsabhängige Schwäche der bulbären und Extremitätenmuskulatur.

NMR Schädel: kleine venöse Gefäßmissbildung im Marklager der linken Kleinhirnhemisphäre; Hirnstamm unauffällig. Im Marklager parietal Nachweis von zwei kleinen unspezifischen Marklagerläsionen, keine kortikalen Läsionen; keine pathologische Signaländerung nach KM-Gabe.

3Hz-Reizung N. medianus rechts: normales motorisches Antwortpotenzial ohne Nachweis eines pathologischen Dekrements unter 3Hz-Reizung.

Labor: Schilddrüsenwerte im Normbereich; ANA negativ; Schilddrüsen-Antikörper-Nachweis negativ; Blutbild und Leberwerte normal; Acetylcholin-Rezeptor-Antikörper: mit 72,3 nmol/l deutlich erhöht (normal < 0,4).

Therapie: nach Gabe von Pyridostigminbromid deutliche Besserung der Ptose (vgl. Abb. S. 75) und der Doppelbilder; leichte Schluckstörungen bei längerem Essen.

Diagnose: okuläre Myasthenie; alte Wurzelläsion C8 rechts bei Z. n. OP einer zervikalen Spinalstenose.

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



Lösung zur neurologischen Kasuistik

1d; 2a; 3e; 4a

zu 1: Eine einseitig plötzlich aufgetretene schmerzlose Ptose wird in höherem Lebensalter bei dann häufig vorkommenden Risikofaktoren (Hypertonie, Diabetes mellitus) und zusätzlichen Zeichen einer, die Pupillomotorik aussparenden, Okulomotoriusparese in erster Linie an eine ischämische Genese denken lassen [15]. Dabei können gerade auch die im höheren Lebensalter oft nachweisbaren „klinisch stummen“ ischämischen Läsionen zu einer Fehldiagnose führen [7]. Daher sollte bei einem „schlaganfallartigen“ Verlauf auch eine okuläre Myasthenie im höheren Lebensalter differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden [2].

Bei einer jährlichen Inzidenz von 1/100.000 und einer Prävalenz von 1–15/100.000 der Myasthenie zeigt die Altersverteilung einen bimodalen Gipfel zwischen dem 15. und 30. und wieder zwischen dem 60. und 75. Lebensjahr, wobei bis zu 20% bei Erkrankungsbeginn älter als 60 Jahre sind [5]. Neuere Untersuchungen lassen jedoch vermuten, dass die Inzidenz im höheren Alter wahrscheinlich noch unterschätzt wird [17]. Deshalb sollten auch unspezifische Symptome wie allgemeine Kraftlosigkeit, Sprechstörungen oder eine Dysphagie („es kann nicht alles auf einmal geschluckt werden“) besonders in höherem Lebensalter (> 70 Jahre) Anlass zu einer entsprechenden neuromuskulären Untersuchung geben [16]. Ein Thymom findet sich bei der okulären Form der Myasthenie nur sehr selten [9].

Erstsymptome einer Myasthenie [% der Fälle]

Ptose/Doppelbilder	50–60%
Dysphagie/Dysphonie	< 25%
Distale Muskelschwäche	15–20%

hohe Übertragungsrate mit 400–500 Hz der extraokulären Augenmuskeln zusammen mit anatomischen Besonderheiten erklärt dabei die hohe Anfälligkeit dieses Systems für Störungen der neuromuskulären Übertragung [8]. So sind okuläre Symptome mit 50–60% die häufigsten Erstsymptome einer Myasthenie (s. Tab.). Die Ursachen für den häufigen Befall des Musculus levator palpebrae superioris sind noch nicht vollständig aufgeklärt.

Möglicherweise spielen hier die geringe Zahl der Acetylcholin-Rezeptoren und die konstante Aktivierung zum Offenhalten der Augen, die eine raschere Ermüdung wahrscheinlich macht, die entscheidende Rolle. Hierfür spricht die auch bei nicht immunologischen neuromuskulären Erkrankungen häufig nachweisbare Ptose.

Im klinischen Verlauf findet sich auch bei okulärem Beginn der Myasthenie im höheren Lebensalter (> 60 Jahre) in 36–59% eine Generalisierung der Symptome, die dabei meist (75%) schon in den ersten zwölf Monaten eintritt [19, 9].

Auch das Lambert-Eaton-Syndrom ist durch eine Autoimmunstörung der neuromuskulären Übertragung charakterisiert. Hierbei kommt es jedoch zu einer überwiegend in den unteren Extremitäten beginnenden Schwäche. Ein Befall der extraokulären Augenmuskeln fand sich in einer Untersuchung von 38 Patienten mit Lambert-Eaton-Syndrom nie, bei den 101 Patienten mit Myasthenia gravis jedoch bei 59% [20].

zu 2: Die Diagnose einer Myasthenie kann durch den Nachweis der Autoantikörper, der neuromuskulären Übertragungsstörung oder durch einen positiven Therapieeffekt nach Gabe eines Cholinesterase-Hemmers erfolgen. In einem Vergleich an 550 Patienten fand Sanders bei generalisierter Myasthenie einen pathologischen Einzelfaser-EMG-Befund in mindestens einem Muskel bei 99%, einen positiven Edrophonium-Test bei 91%, einen positiven Ach-R-Ak-Nachweis bei 80–85% und einen positiven Serienstimulationstest (Schulter- und distale Handmuskulatur) bei 76% der Fälle (zitiert in [12]).

Die Serienstimulation ist dabei, abhängig von der Lokalisation der Stimulation, unterschiedlich belastend und teilweise, besonders bei Stimulation proximaler Nerven (N. facialis, N. phrenicus, N. accessorius, N. axillaris), durch Bewegungsartefakte in ihrer Zuverlässigkeit stark eingeschränkt. Umgekehrt ist die Sensitivität der leicht ableitbaren peripheren Nerven (N. medianus und N. ulnaris) deutlich geringer. So konnte in einer neuen Vergleichsuntersuchung ein deutlicher Unterschied in der Sensitivität bei okulärer, bulbärer oder axial und schultergürtelbetonter Myasthenie nachgewiesen werden [4]. Bei axialer Verlaufsform der Myasthenie fand sich am häufigsten im

**Fortsetzung v. S. 78: Lösung zur neurologischen Kasuistik**

M. trapezius (89%) ein pathologisches Dekrement, bei bulbärer Verlaufsform im M. nasalis bei 54% der Patienten. In der Gruppe der okulären Myasthenie fand sich nur bei 33% im M. trapezius ein pathologisches Dekrement. Die sehr unterschiedliche Empfindlichkeit der stimulierten Muskeln führt daher zu der Empfehlung, mindestens drei Muskeln mit Serienstimulation zu untersuchen, was in der Routinediagnostik kaum möglich ist [12]. Wegen der bekannten Reduktion des Dekrements durch Temperatursenkung sollte die Untersuchung an den distalen Muskeln auch möglichst nach Aufwärmung auf 36° C erfolgen. So kann das Dekrement am M. abductor pollicis von 11% bei 31° C auf 44% bei 36° C ansteigen [1].

Die Einzelfaser-EMG-Untersuchung zeigte sich bei allen Untersuchungen auch bei der seronegativen rein okulären Myasthenie als die empfindlichste Methode (> 90%) zur Diagnosesicherung [4]. Hierbei können jedoch auch falsch positive Ergebnisse bei Störungen der neuromuskulären Übertragung im Rahmen eines Lambert-Eaton-Syndroms, einer kongenitalen Myasthenie oder eines Botulismus auftreten. Ebenso können leicht erhöhte Jitter-Werte bei Motoneuronerkrankung, Muskeldystrophien oder Polyneuropathien auftreten [11].

zu 3: Neben den am häufigsten nachweisbaren Ach-R-Ak finden sich bei Myasthenia gravis häufig auch andere Antikörper meist ohne entsprechende klinische Organbefunde [3]. So finden sich erhöhte ANA-Titer (20–40%), Schilddrüsen-AK (15–40%), Rheumafaktor (10–40%), Parietalzell-AK (10–20%), aber auch Antikörper gegen Lymphozyten, Thrombozyten, Erythrozyten oder Mitochondrien sind bisweilen nachweisbar. Antikörper gegen quer gestreifte Muskulatur (bei 27% der Fälle) können besonders bei älteren Patienten und leichter Myasthenie der einzige pathologische Laborbefund sein. Da sie sich bei Thymomen bei bis zu 90%, oft mit hohen Werten, nachweisen lassen, können sie bei einem signifikanten Anstieg in der Verlaufskontrolle auch auf ein Thymomrezidiv hinweisen [10].

Der immunologische Prozess bei rein okulär verlaufender Myasthenie (10–15%), die oft zu einem asymmetrischen Befall führt, unterscheidet sich von generalisierter Myasthenie. So gelingt im Gegensatz zur generalisierten Myasthenie (85% positiv) bei rein okulärer Myasthenie bei nur 30–50% der Nachweis von Ach-R-Ak. [17]. Als Grund wird hierfür der im Allgemeinen niedrigere Antikörpertiter diskutiert, der bereits primär unter der Nachweisgrenze liegt oder nach weitgehender Absorption der Antikörper an die Zielstrukturen im Serum nicht mehr messbar sein kann. Auch die T-Zell-vermittelte Immunreaktion fluktuiert bei okulärer Myasthenie stärker und fällt geringer aus.

Die Besserung myasthener Symptome nach Plasmapherese, sowie der transplazentar nachgewiesene Transfer auf Neugeborene und der mögliche Passivtransfer durch Serumimmunglobulin (IgG)-Übertragung von Patienten auf Tiere belegen auch bei den Ach-R-AK negativen Fällen eine humorale Immunpathogenese (Übersicht [6]). Bei generalisierter Myasthenie und fehlendem Ach-R-AK gelang dabei in jüngster Zeit bei etwa 40–50% der Nachweis von Antikörpern gegen die muskelspezifische Tyrosinkinase (MuSK). Die Diagnostik der rein okulären Myasthenie konnte hierdurch jedoch bisher nicht verbessert werden, da alle Patienten die Ach-R-AK negativ auch anti-MuSK negativ waren. Auch fanden sich weitere spezifische Autoantikörper gegen Zytoskelettproteine wie Titin und Rapsyn oder Antikörper gegen den Ryanodinrezeptor

nur bei Ach-R-AK positiver Myasthenie (Übersicht [6]). Bedeutend könnten diese Antikörper jedoch für den Verlauf der Erkrankung sein. So scheinen Patienten mit positiven MuSK-Antikörpern häufig eine bulbäre Symptomatik mit Befall der Nacken- und respiratorischen Muskulatur, einen insgesamt schwereren Verlauf mit Atrophien der bulbären Muskulatur zu haben und schlechter auf die immunsuppressive Therapie anzusprechen [18].

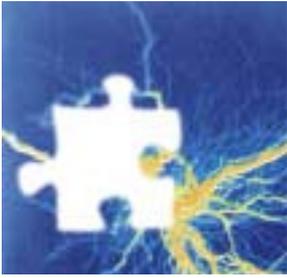
zu 4: Immunsuppressiva insbesondere Kortikoide und das Purin-Analogon Azathioprin können den Verlauf der Myasthenie auch im höheren Erkrankungsalter zumeist gut beeinflussen [5]. Dabei kann insbesondere die ohne Therapie in der Vergangenheit bei bis zu 50% der Fälle beobachtete Generalisierung der Symptome signifikant reduziert werden. In einer offenen Studie an 147 Patienten mit okulärer Myasthenie fand sich in der mit Prednison behandelten Gruppe nach zwei Jahren nur bei 7% eine Generalisierung, im Vergleich zu 36% in der nur mit Pyridostigminbromid behandelten Gruppe [9]. Wegen der initial möglichen Verschlechterung sollte die Eindosierung der Kortikoide nur langsam erfolgen.

Durch eine zusätzliche Gabe von Azathioprin konnte in einer randomisierten Doppelblindstudie eine signifikant geringere Rezidivrate, längere Remissionszeiten und ein Kortisoneinspareffekt erreicht werden [14]. Das Ausschleichen der immunsuppressiven Therapie sollte wegen der Gefahr eines Rezidivs nur langsam unter engmaschiger Kontrolle erfolgen.

In einer kleinen doppelblinden Placebo-kontrollierten Pilotstudie mit 14 Patienten konnte bei generalisierter Myasthenie mit dem aus der Transplantationsmedizin bekannten Mycophenolatemofetil, das reversibel die Inosin-Monophosphat-Dehydrogenase hemmt und damit zur Reduktion der Guanosinnukleotiden führt, eine anhaltende Symptomverbesserung erzielt werden [13], die sowohl laborchemisch als elektrophysiologische nachweisbar war. Derzeit wird in zwei doppelblinden Placebo-kontrollierten Multi-center-Studien die Wirksamkeit von Mycophenilatemofetil überprüft. Alternativ stehen derzeit noch die Therapie mit Cyclosporin und Cyclophosphamid zur Verfügung, die jedoch im Gegensatz zu Mycophenilatemofetil ein höheres Malignomrisiko bei Langzeitanwendung tragen (Übersicht bei [6]).

Literatur

1. Borenstein S et al. Arch Neurol 1975; 32: 152–7
2. Castelli P et al. J Fr Ophtalmol 1994; 17: 252–4
3. Christensen PB et al. Acta Neurol Scand 1995; 91: 192–5
4. Costa J et al. Clin Neurophysiol 2004; 115: 2776–82
5. Evoli A et al. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 1442–8
6. Jander S et al. Akt Neurologie 2005; 32: 3–9
7. Kleiner-Fisman G et al. Mayo Clin Proc 1998; 73: 1077–8
8. Kaminski HJ et al. Ann N Y Acad Sci 2003; 998: 362–74
9. Kupersmith MJ et al. Arch Neurol 2003; 60: 243–8
10. Limburg PC et al. J Neurol Sci 1983; 58: 357–70
11. Merclis R. Ann N Y Acad Sci 2003; 998: 509–11
12. Meriggioli MN et al. Ann N Y Acad Sci 2003; 998: 494–9
13. Meriggioli MN et al. Sem Neurol 2004; 24: 31–9
14. Palace J et al. Neurology 1998; 50: 1778–83
15. Sanders S et al. J Neuroophthalmol 2001; 21: 256–9
16. Scherer K et al. JAMA 2005; 293: 1906–14
17. Vincent A et al. J Neurol Neurosurg Psych. 2003; 74: 1105–8
18. Vincent A et al. Lancet Neurol. 2003; 2: 99–106
19. Weizer JS et al. Can J Ophtalmol 2001; 36: 26–33
20. Wirtz PW et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 73: 766–8



Psychiatrische Kasuistik

Mild Cognitive Impairment

Anamnese

Ein 53-jähriger Patient kommt in die Gedächtnissprechstunde und beklagt eine seit etwa eineinhalb Jahren, schleichend fortschreitende Verschlechterung seines Gedächtnisses. Obwohl dieses im privaten Umfeld bislang keine Probleme bereitet habe, sei die Symptomatik in jüngster Zeit zunehmend am Arbeitsplatz aufgefallen. Der Patient, der als Grundstücks- und Liegenschaftsverwalter in einem mittelständischen Unternehmen beschäftigt ist, beschreibt, dass ihm häufig Namen von gut bekannten, manchmal auch von vertrauten Personen, nicht einfallen würden. Zunehmend fiel es ihm schwerer, sich Termine zu merken, ohne sie aufzuschreiben. In jüngster Zeit sei es ihm kaum möglich, Nummern (Telefon, PIN-Nummer etc.) zu behalten. Er müsse sich alles notieren, sonst sei es gleich wieder verloren. Der Patient schildert, dass am Arbeitsplatz zunehmend Situationen auftreten, die er nicht mehr beherrscht. Sein Chef habe dieses auch schon bemerkt. Kunden hätten sich bereits über ihn beschwert. In einem Telefongespräch habe er gesagt: „Ich weiß zwar nicht, was ich geschrieben habe, aber der Brief ist morgen in der Post“. Zwischenzeitlich seien auch vereinzelt Wortfindungsstörungen aufgetreten. Der Patient, der häufig Versammlungen leitet, beschreibt, dass er anders als früher dazu übergegangen sei, einfachere Satzkonstruktionen zu verwenden, um nicht ins Stottern zu geraten. Er befürchtet, den beruflichen Anforderungen in Zukunft nicht mehr gerecht werden zu können und möchte wissen, wie die Leistungseinbußen zu erklären seien und was dagegen unternommen werden könne.

Biografie: Der Patient lebt in langjähriger Ehe mit seiner Frau. Er hat keine Kinder. Die Eltern stammen aus einfa-

chen Verhältnissen. Der Vater ist vor einigen Jahren verstorben, bei ihm seien etwa fünf Jahre vor dem Tod Gedächtnisstörungen aufgetreten. Der Patient hat eine Maurerlehre absolviert und danach eine Ausbildung zum Bautechniker abgeschlossen. Anschließend wechselte er in das Immobilienmanagement. Zwischenzeitlich war er Filialleiter im Einzelhandel, dann als Grundstücks- und Liegenschaftsverwalter in der Wohnungswirtschaft tätig.

Familienanamnese: Bis auf die Gedächtnisstörungen in den letzten Lebensjahren des Vaters, sind keine psychiatrischen Erkrankungen in der Familie bekannt.

Somatische Anamnese und Suchtmittelanamnese: Der Patient hatte vor einigen Jahren eine Hypercholesterinämie und war übergewichtig (BMI: 30), in diesem Zusammenhang habe sich auch eine arterielle Hypertonie entwickelt. Durch Umstellung der Ernährung und vermehrte Bewegung (Dauerlauf) ist der Blutdruck nunmehr wieder normoton. Auch die Cholesterinwerte sind gegenwärtig im Normalbereich, der aktuelle BMI liegt bei 24; keine weiteren Erkrankungen oder chirurgischen Eingriffe in der Vorgeschichte. Der Patient ist Raucher mit in etwa 25 Packungsjahren Zigaretten (jetzt vermehrt Pfeife und Zigarillos) und trinkt pro Woche etwa 50 g Alkohol (früher bis zu 200 g/Woche). Der Patient nimmt keine Medikamente oder Nahrungszusatzstoffe ein.

Befund

Psychopathologischer Befund bei Erstkontakt: Zu allen Qualitäten vollständig orientierter und wacher Patient, im ersten Eindruck kein Anhalt für Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen. Der Patient sorgt sich wegen seiner Gedächtnisprobleme, zeigt aber keine

typische depressive Symptomatik. Er hat keine Schlafstörungen, berichtet über einen unverändert guten Appetit und ist in affektiver Hinsicht gut schwingungsfähig. Keine inhaltlichen oder formalen Denkstörungen, keine Ich-Störung, kein Anhalt für Wahn oder Halluzinationen, keine Ängste, Zwänge oder Phobien.

Neuropsychologische Diagnostik: Mini-Mental-State-Test (MMSE): 28/30 Punkte. Zwei der drei Worte, die hier zur Prüfung des verbalen Gedächtnisses eingesetzt werden, kann der Patient in verzögerter Wiedergabe nicht nennen. Im Untertest Logisches Gedächtnis des Wechsler-Gedächtnistests (WMS-R), bei dem kurze Geschichten möglichst vollständig wiedergegeben werden sollen, erzielt der Patient (bezogen auf Alter und Bildungsniveau) sowohl im unmittelbaren als auch im verzögerten Abruf signifikant unterdurchschnittliche Werte. In der CERAD-Testbatterie (Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease) sind die Werte für die Benennleistung im Boston-Naming-Test geringgradig und für die Abrufleistung in der Wortliste Gedächtnis deutlich reduziert. Der Patient zeigt dabei vornehmlich eine Enkodierstörung, das heißt, er profitiert kaum von Merk- oder Einspeicherhilfen, wie sie ihm zum Beispiel beim Free and Cued Selective Reminding-Test (FCS-RT) zur Steigerung seiner Merkleistung angeboten werden.

Kein Anhalt für Störungen im Sinne einer konstruktiven Apraxie, Uhrentest unauffällig; einfache oder komplexere kognitive Tempoleistungen (Trail Making-Tests A und B) altersentsprechend normal; Alzheimer's Disease Assessment-Scale (ADAS-cog): 12 Punkte; Clinical Dementia Rating (CDR): Gesamtwert 0,5 bei einem Summenwert von 2,5 („fragliche Demenz“). Sowohl in der Montgomery-Åsberg-Depression-



Rating-Scale (MADRS) als auch in der Hamilton Depressions-Skala (HAM-D) bleibt der Patient deutlich unterhalb der auf eine behandlungsbedürftige depressive Symptomatik hinweisenden Grenzwerte.

Internistisch-neurologische Untersuchung: altersgerechter AZ und EZ; Herz und Lunge ohne pathologische Geräusche, Abdomen ohne Resistenz oder Druckschmerz; Hirnnervenbefund unauffällig; normale Trophik und normaler

Tonus der Extremitätenmuskulatur; keine formalen oder latenten Paresen; Eigenreflexe seitengleich, pathologische Reflexe nicht auslösbar; keine Koordinationsstörungen, keine Sensibilitätsstörungen; Blutdruck normoton.

Labor: durchweg normwertige Befunde für Leber, Niere, Elektrolyte und Schilddrüse; Blutbild und Differenzialblutbild unauffällig; Vitamine des B-Komplexes nicht erniedrigt, Homocystein nicht erhöht; kein Hinweis auf eine Zucker- oder

Fettstoffwechselstörung; Antikörpernachweis gegen Treponemen oder Borrelien negativ; Apolipoprotein-Genotyp ε3/ε3. Statistisch ist dieser Genotyp nicht mit einem erhöhten Risiko verbunden, an Alzheimer zu erkranken. Im Liquor kein Hinweis auf eine Entzündung des zentralen Nervensystems, eine Störung der Blut-Hirn-Schranke ist nicht nachweisbar; Neurodegenerations-Biomarker im Liquor: Tau-Protein: 559 pg/ml, Phospho-Tau (181P) 65 pg/ml, Aβ₁₋₄₀ 1.740 pg/ml, Aβ₁₋₄₂ 228 pg/ml.

EKG: Sinusrhythmus, Linksschenkelblock, Linkslagety, keine Endstreckenveränderung.

EEG: Im EEG mäßig ausgeprägter, regelmäßiger, okzipital betonter Alpha-Rhythmus; zeitweilig einzelne und gruppierte Theta-Wellen, vorwiegend temporal; kein Herdbefund, keine Zeichen einer erhöhten Anfallsbereitschaft.

MRT: keine signifikante Erweiterung der inneren oder äusseren Liquorräume im Vergleich zur Altersnorm, insbesondere in koronarer Schichtung keine „Taschenbildung“ im Hippocampus-Bereich, die eine fokale Atrophie an typischer Lokalisation nachweisen könnte; geringgradige fokale, nicht-konfluierende Leukenzephalopathie mit wenigen Herden im Bereich des Marklagers; keine Lakunen in den Stammganglien nachweisbar; kein Makroinfarkt, kein Hinweis auf einen raumfordernden Prozess.

Beurteilung und Verlauf

Syndromal liegt bei dem Patienten zum initialen Untersuchungszeitpunkt eine leichte kognitive Störung (Mild cognitive impairment, MCI) mit signifikanten Minderleistungen fast ausschließlich im Bereich des verbalen Gedächtnisses vor. Eine Einschränkung der alltagspraktischen Fähigkeiten, die für die Diagnose eines leichten Demenz-Syndroms hätte vorliegen müssen, konnte fremdanamnestisch durch die Ehefrau nicht bestätigt werden. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Defizite im beruflichen Umfeld, die der Patient schildert, per definitionem nicht zu den alltagspraktischen Fähigkeiten gezählt werden, obwohl sie zweifelsfrei eine nicht unerhebliche Einschränkung bedeuten. Hinzu kommt, dass die mnestischen Defizite des Patienten zwar in geeigneten Test-



Fragen

1. Welche Kriterien charakterisieren das MCI-Konzept als mögliche Vorstufe einer Demenz nach R. C. Petersen?

- 1 subjektive Gedächtnisstörung (fremdanamnestisch bestätigt)
- 2 unterdurchschnittliche Gedächtnisleistungen im Test
- 3 sonstige kognitive Funktionen nicht wesentlich eingeschränkt
- 4 keine Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten
- 5 keine Demenz
- a Nur 1 ist richtig.
- b 1 und 2 sind richtig.
- c 2 und 5 sind richtig.
- d Alle sind richtig.



2. Risikofaktoren für die Entwicklung einer Alzheimerschen Demenz sind

- 1 männliches Geschlecht
- 2 zunehmendes Alter
- 3 Allel 2 des Apolipoprotein E
- 4 Trisomie 21
- 5 Mutationen im Gen des Beta-Amyloid-Vorläuferproteins
- a Nur 1 ist richtig.
- b 1 und 5 sind richtig.
- c 2, 4 und 5 sind richtig.
- d Alle Aussagen sind richtig.

3. Welches zur Behandlung der Alzheimer-Erkrankung zugelassene Medikament ist heute aufgrund von Nebenwirkungen nicht mehr gebräuchlich?

- a Tacrin

- b Galantamin
- c Rivastigmin
- d Donepezil



4. Welche Aussage(n) ist/sind richtig zu den denkbaren therapeutischen Angriffsziele(n) der Alzheimer-Demenz?

- 1 Cholinesterase-Inhibitoren behandeln kurativ das cholinerge Defizit.
- 2 Niedrig-affine NMDA-Antagonisten wie Memantin heben die chronische Überstimulation durch L-Glutamat auf und verbessern dadurch das glutamaterge Signal-Rausch-Verhältnis.
- 3 Sekretase-Hemmer greifen kausal in die pathologische Prozessierung des Amyloid-Precursor-Proteins ein und zeichnen sich tierexperimentell durch eine hohe Effizienz und wenig Nebenwirkungen aus.
- 4 Nicht steroidale Antiphlogistika beeinflussen positiv intrazerebrale Entzündungsprozesse und haben sich in ersten prospektiven Studien als Erfolg versprechende Behandlungsoption erwiesen.
- 5 Eine Immunisierung gegen pathologisches Amyloid hat sich tierexperimentell als sehr wirksam erwiesen, ist aber aufgrund des Auftretens von Enzephalitiden bisher für einen breiteren Humaneinsatz nicht geeignet.

- a Keine Aussage ist richtig.
- b 1 und 2 sind richtig.
- c 2 und 5 sind richtig.
- d 3 und 4 sind richtig.



verfahren (z. B. logisches Gedächtnis des Wechsler-Gedächtnistests, Wortliste Gedächtnis der CERAD-Testbatterie) zu objektivieren und im Schwerpunkt als Enkodierstörungen zu beschreiben sind, dass die Leistungseinbußen unter Berücksichtigung von Alter und Bildung jedoch nicht schwerwiegend genug sind, um daraus Hinweise auf das Vorliegen von neuropsychologischen Defiziten im Sinne eines Demenz-Syndroms ableiten zu können.

Wegen des vom Patienten glaubhaft beschriebenen, seit mehr als einem Jahr schleichend progredienten Verlaufes der Symptomatik, ist ätiologisch beispielsweise eine kurzzeitige stressbedingte kognitive Minderleistung auszuschließen. Besonderer Aufmerksamkeit bei den differenzialdiagnostischen Erwägungen bedarf die affektive Symptomatik, denn häufig liegen kognitive Störungen, insbesondere solche im Bereich der Mnestik, schon in geringgradig ausgeprägten depressiven Episoden begründet.

Im vorliegenden Fall ließ sich bei der initialen Untersuchung keinerlei Anhalt für eine affektive Erkrankung finden (siehe psychopathologischer Befund). Erst zu einem späteren Zeitpunkt, nach Abschluss der Diagnostik, erkrankte der Patient an einer leichten depressiven Episode und konnte mit der Gabe eines Antidepressivums (Mirtazapin) über einige Wochen in geringer Dosierung (15 mg/Tag) suffizient behandelt werden. Internistisch ließ sich ebenfalls keine Erkrankung finden, die als ursächlich in Betracht gezogen werden könnte. Neben der unauffälligen körperlichen Untersuchung waren sämtliche Routinelaborparameter im Normbereich. Insbesondere fand sich kein Anhalt für eine Funktionsstörung der Schilddrüse. Des Weiteren ließen sich auch ein Vitaminmangel (Vitamin B6, B12 und Folsäure) sowie eine stattgehabte Infektion mit Treponemen oder Borellien bei fehlenden Antikörpern weitgehend ausschließen. Das als Risikofaktor für Gefäß-

erkrankungen beschriebene Homocystein lag ebenso im Normbereich wie die Blutfette und der Blutzuckerwert, sodass zusammenfassend keine metabolische Störung festzustellen war. Kardial ließen sich bei normotonomem Blutdruck Herzrhythmusstörungen ausschließen. Es gab keinen Hinweis für einen Substanzmissbrauch. Auch eine abnorme Tagesmüdigkeit, wie sie zum Beispiel durch ein Schlafapnoe-Syndrom und andere Schlafstörungen verursacht sein kann, konnte nicht nachgewiesen werden. In der neurologischen Untersuchung stellten sich keine fokalen neurologischen Defizite dar. Auch die morphologische Bildgebung lieferte keinen wegweisenden Befund. Die vereinzelt dargestellten, am ehesten als so genannte Glianarben zu interpretierenden, fokalen Signalintensitäten im Marklager in der T1-Wichtung der Kernspintomografie sind noch nicht als vaskuläre Enzephalopathie zu werten. Auch eine signifikant über das Altersmaß hinausgehende Erweiterung der inneren

Anzeige



oder äußeren Liquorräume ließ sich nicht nachweisen. Auffällig hingegen waren die mit 559 pg/ml leichte Erhöhung des Tau-Proteins und die erniedrigte A β_{1-42} -Konzentration im Liquor (228 pg/ml).

Bei einer zusammenfassenden Betrachtung von Anamnese, neuropsychometrischer Diagnostik, Labor- und Zusatzdiagnostik konnte nach Ausschluss anderer Ursachen gemäß den Kriterien von R. C. Petersen (s.u.) die Diagnose eines MCI gestellt werden. Aus bereits vorliegenden Studien ist bekannt, dass 15–40% der MCI-Patienten, die ein Defizit im Bereich der Mnestik zeigen, innerhalb von zwei Jahren an einer Demenz vom Alzheimer-Typ erkranken. Wir behandelten den Patienten, neben der bereits erwähnten zeitweiligen Gabe eines Antidepressivums wegen einer leichten depressiven Episode, mit einem Acetylcholinesterase-Hemmer (Galantamin, 24 mg/Tag), der gut vertragen wurde und mit dessen Hilfe sich das Krankheitsbild vorübergehend stabilisieren ließ. Mehr als einhalb Jahre nach der Diagnose war die Symptomatik jedoch, wie sich anhand schlechter werdender Leistungswerte in den wiederholt durchgeführten neuropsychometrischen Testverfahren zeigte, wieder progredient. Der Patient nahm daraufhin das Angebot an, sich bei fortbestehender antidementiver Therapie mit Galantamin im Rahmen einer prospektiven, doppelblinden, Placebo-kontrollierten Studie mit einer potenziell krankheitsmodifizierenden Substanz behandeln zu lassen.

Diskussion

Gedächtnisbeschwerden werden häufig von älteren Patienten beim Besuch des Hausarztes oder des niedergelassenen Nervenarztes beklagt, aber noch zu selten als mögliche erste Anzeichen für eine demenzielle Entwicklung wahrgenommen. Vielfach werden abnehmende Gedächtnisleistungen als „physiologische“, das heißt normale Begleiterscheinungen des Alters interpretiert. Dass die kognitiven Leistungen mit dem Alter nachlassen, ist eine empirisch vielfach belegte Tatsache. Tatsache ist aber auch, dass hiervon nicht alle kognitiven Leistungen in gleicher Weise betroffen sind. Wichtig für den gegebenen Zusammenhang sind an repräsentativen

Stichproben gewonnene, nach dem Alter und dem Bildungsniveau geschichtete Normwerte, an denen die individuellen Testleistungen zu messen sind. Bei einer deutlich unter dem Normwert liegenden Leistung stellt sich vordringlich die Frage, ob oder in wie weit sie Ergebnis zum Beispiel einer zerebralen Erkrankung ist. Dass auch vielerlei internistische und neurologische, im Alter gehäuft auftretende Erkrankungen, mit kognitiven Einbußen einhergehen, ist allgemein bekannt. Krankheiten dieser Art sind als Ursache für beobachtete Leistungseinbußen auszuschließen, bevor eine primär neurodegenerative Erkrankung, wie sie die Alzheimer-Erkrankung darstellt, angenommen werden darf.

Eine im Alter sehr häufige und nicht immer leicht zu erkennende Ursache für Leistungsminderungen stellt die Depression dar, die eine umgangssprachlich als Pseudo-Demenz bezeichnete Symptomatik verursachen kann. Depressive Patienten zeigen abgeflachte Lernkurven, die der eines dementen Patienten täuschend ähnlich sein können. Ein einfaches Testverfahren mit guter Diskrimination stellt hierbei der Uhrentest dar, der im Falle einer Depression nicht pathologisch verändert ist. Wenn Patienten Gedächtnisprobleme schildern, die fremdanamnestisch bestätigt werden und die sich mit Hilfe orientierender Testverfahren, wie dem MMSE oder dem DemTect objektivieren lassen, sollten die Betroffenen zur weiteren Abklärung in eine Gedächtnisprechstunde überwiesen werden. Dort kann mittels ausführlichen neuropsychologischen Testuntersuchungen und dem Einsatz von zusätzlichen Diagnoseverfahren (Biomarker für Neurodegeneration im Liquor, morphologische und funktionelle Bildgebung etc.) eine differenzierte Diagnostik und ätiologische Zuordnung erfolgen, die Voraussetzung für das bestmögliche Therapieangebot ist.

Eine frühzeitige Diagnostik demenzieller Prozesse, wie sie zum Beispiel das Kompetenznetz Demenzen (www.kompetenznetz-demenzen.de) fördert, wird zusätzlich an Bedeutung gewinnen, wenn krankheitsmodifizierende Pharmakotherapien, die gegenwärtig noch in klinischen Studien geprüft werden, eingesetzt

werden können. Aber auch heute schon kann mit den verfügbaren, primär symptomatisch wirkenden Antidementiva (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin, Memantin) der Krankheitsverlauf temporär verlangsamt und somit auch der Eintritt der Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden. Der gezielte, erfolgskontrollierte Einsatz von Antidementiva kann daher, sowohl für den Patienten als auch für seine Angehörigen, einen Gewinn an Lebensqualität mit sich bringen. Er ist vor diesem Hintergrund nicht nur medizinisch, sondern auch wirtschaftlich sinnvoll.

Dr. med. Oliver Peters

Dr. phil. Klaus-Peter Kühl

Prof. Dr. med. Rainer Hellweg

Hochschulambulanz Gedächtnisprechstunde, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

LÖSUNG DER KASUISTIK SEITE 87 —

**Lösung zur psychiatrischen Kasuistik****1d; 2c; 3a; 4c**

zu 1: Das Konzept des Mild Cognitive Impairment (MCI) nach Petersen charakterisiert eine anhaltende kognitive Beeinträchtigung, die ein frühes Stadium einer demenziellen Entwicklung darstellen kann. Nach heutiger Studienlage entwickeln 15–40 % der Patienten mit einem MCI binnen zwei Jahren ein leichtes Demenz-Syndrom. Mittels des MCI-Konzeptes wird versucht, Demenz früh zu erkennen und ätiologisch zuzuordnen. Dies erscheint besonders sinnvoll, weil in einem frühen Krankheitsstadium einer chronisch neurodegenerativen Erkrankung, wie sie die Alzheimer-Demenz (AD) darstellt, ein deutlich größeres therapeutisches Potenzial vorhanden ist, als dieses zu einem späteren Zeitpunkt der Fall wäre.

Alle innerhalb der Frage 1 aufgezählten Kriterien müssen erfüllt sein, um die Diagnose eines MCI nach dem Konzept von R. C. Petersen diagnostizieren zu können. Eine Beurteilung der individuellen Gedächtnisleistung erfolgt dabei mittels Normwerttabellen, die das Alter und den Bildungsstand des Patienten berücksichtigen. Die Diagnose eines MCI ist eindeutig abgrenzbar gegenüber gesundem Altern, welches mit geringfügigen kognitiven Einbußen auf der einen Seite und einer bereits klinisch manifesten Demenz auf der anderen Seite einhergehen kann.

zu 2: Eine Reihe von Risikofaktoren für die Entwicklung einer Alzheimer-Erkrankung konnte bereits identifiziert werden, andere werden noch diskutiert. Das Geschlecht stellt sicher keinen Risikofaktor dar. In vielen Studien sind Frauen jedoch überrepräsentiert, was unter anderem in der größeren Behandlungsbereitschaft und der höheren Lebenserwartung von Frauen begründet sein könnte. Das Alter stellt wohl den größten Risikofaktor für Demenzen verschiedener Genese dar, wobei zu diskutieren ist, ob es sich dabei primär um das Alter selbst oder aber um mit dem Alter gehäuft einhergehende Erkrankungen wie beispielsweise arterieller Bluthochdruck, erhöhte Blutfette, oder Typ II Diabetes handelt, die zu einer Erhöhung des Erkrankungsrisikos führen. Ein genetischer Marker, der nach Studienlage das Risiko für Alzheimer beeinflusst, ist das Allel 4 des Apolipoprotein E. Seit langem ist bekannt, dass auch die Trisomie 21 eine der Alzheimer-Erkrankung ähnliche Neuropathologie verursacht. Schließlich sind gegenwärtig acht verschiedene Mutationen des Beta-Amyloid-Vorläuferproteins bekannt, die eine Alzheimer-Erkrankung verursachen können.

zu 3: Alle aufgeführten Substanzen gehören zur Gruppe der Cholinesterase-(ChE) Inhibitoren. Tacrin ist auf Grund seiner Nebenwirkungen heute nicht mehr gebräuchlich. ChE- Inhibitoren sind zur Therapie kognitiver Defizite bei AD die Option erster Wahl und ihre Wirksamkeit konnte in zahlreichen Studien belegt werden. Den heute im Handel befindlichen ChE-Inhibitoren Donepezil, Galantamin und Rivastigmin ist eine Wirkung über die Erhöhung des Neurotransmitters Acetylcholin an cholinergen Synapsen gemeinsam. Sie haben eine Zulassung für leichte bis mittelschwer ausgeprägte Demenz-Syndrome bei AD und werden in den Leitlinien zahlreicher Fachgesellschaften durchweg empfohlen. Erste Hinweise legen eine Wirksamkeit auch bei fortgeschritteneren Stadien nahe. Obwohl sich die drei Substanzen in ihrem pharmakologischen Profil voneinander unterscheiden, ist eine Überlegenheit

eines Wirkstoffes gegenüber einem anderen bislang nicht nachgewiesen. Bei Unverträglichkeit oder Unwirksamkeit eines ChE-Inhibitors kann die Umstellung auf einen anderen Erfolg bringen. Die bisherigen Studien zeigen wiederholt, dass eine Verzögerung der Progredienz der Symptome um bis zu einem Jahr erreicht werden kann, was zu einer Parallelverschiebung des Krankheitsverlaufes führen und eine Verzögerung der Pflegebedürftigkeit bedeuten kann. Dieser Effekt ist nicht mehr nachweisbar, wenn keine durchgehende medikamentöse Behandlung gegeben ist.

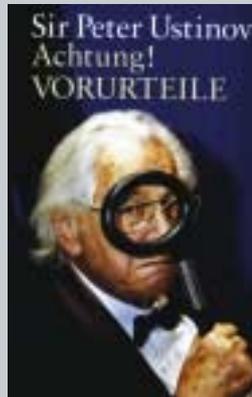
zu 4: ChE-Inhibitoren behandeln nicht kurativ, sondern symptomatisch das cholinerge Defizit, welches typisch für die AD ist. Aus dieser Wirkung heraus erklärt sich die bei der Mehrzahl der Alzheimer-Patienten nachweisbare Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Die Wirkung des NMDA-Antagonisten Memantin besteht in einer Reduktion der pathologisch erhöhten Überstimulation. Möglicherweise wird zusätzlich eine mit der Überstimulation einhergehende Ca^{2+} -Überladung der Neurone verhindert, was eine neuroprotektive Wirkung haben könnte. Memantin ist zur Behandlung von schwerer AD zugelassen. Klinische Studien haben nachgewiesen, dass es die alltagspraktischen Fähigkeiten erhöht und somit die Pflegebedürftigkeit vermindern kann.

Die pathologische Prozessierung des Amyloid-Vorläufer-Proteins (APP) ist – der so genannten „Amyloid-Hypothese“ folgend – ein wesentlicher Bestandteil der Pathophysiologie. Verschiedene Sekretasen sind an der Weiterverarbeitung des APP beteiligt. Während die α -Sekretase das APP physiologisch spaltet, trägt die β -Sekretase zur Entstehung von Amyloidplaques bei. Die Aktivität der β -Sekretase zu erniedrigen, ist deswegen ein möglicher therapeutischer Ansatz, der auf Grund der erheblichen Nebenwirkungen bislang beim Menschen nicht einsetzbar ist. In der Umgebung der Amyloidplaques, die vermehrt bei Alzheimer-Patienten nachweisbar sind, kommt es zu einer glialen Entzündungsreaktion, die möglicherweise den neuropathologischen Prozess in seiner Wirkung verstärkt. Um den Entzündungsprozess zu regulieren, wurde im Rahmen von Studien die Wirksamkeit von nicht-steroidalen Antiphlogistika (NSAID) untersucht. Nach dem heutigen Stand können NSAID nicht zur Behandlung oder zur Prophylaxe der Alzheimer Demenz empfohlen werden, weil eine Wirksamkeit bislang klinisch nicht nachgewiesen werden konnte und gleichzeitig inakzeptable Nebenwirkungen durch die Langzeitgabe zu befürchten sind. Die Immunisierung gegen pathologisches Amyloid stellt eine Behandlungsoption dar, die der Amyloid-Hypothese folgend, eine Reduktion der krankheitsassoziierten Neuropathologie bedeuten kann. Die im Rahmen von klinischen Studien geprüfte Behandlungsmethode musste auf Grund von immunologischen Nebenwirkungen (Enzephalitis) in ihrer bisherigen Form abgebrochen werden, wird aber in modifizierter Form weiterhin als mögliche Behandlungsmethode geprüft.

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 4/2005:
1b; 2b

Die Gewinner:

Dr. M. Klupp, Amberg
Dr. C. Gaul, Halle (Saale)
Dr. M. Suck-Hartmann, Montabaur

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 6/2005“
Hauptstr. 18, 79576 Weil am Rhein
Fax (0 76 21) 7 87 14

Bitte Absender nicht vergessen!
Einsendeschluss: 18.8.2005

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Praxisstempel _____

CME-Quiz

Punkte sammeln und gewinnen!

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

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

Bitte ankreuzen!

Neurologie

1. Welche Aussage zur Epilepsiebehandlung trifft zu?

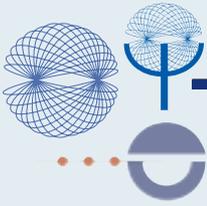
- a) Besteht die Indikation zu einer antikonvulsiven Behandlung sollte von Anfang an eine Kombinationstherapie angestrebt werden.
- b) Die fetale Fehlbildungsrate ist bei Patientinnen, die mit Valproinsäure behandelt werden, geringer als bei Patientinnen unter Lamotrigin-Therapie.
- c) Carbamazepin ist ein so genanntes Breitspektrum-Antikonvulsivum, das sowohl bei fokalen, als auch bei generalisierten Epilepsien erfolgreich eingesetzt werden kann.
- d) Der fehlende Enzym-induzierende oder -inhibierende Effekt der neuen Antikonvulsiva Gabapentin, Lamotrigin und Topiramamat kann bei Patienten, die eine Polytherapie erhalten, von Vorteil sein.

Psychiatrie

2. Welche Aussage zu demenziellen Syndromen trifft zu?

- a) 80–90% aller Patienten mit Mild Cognitive Impairment entwickeln innerhalb von zwei Jahren ein leichtes Demenz-Syndrom.
- b) Die im Handel befindlichen AChE-Inhibitoren entfalten ihre Wirkung in erster Linie über eine Blockade der nikotinergen Rezeptoren.
- c) Die bisherigen Studien zeigen wiederholt, dass sich die Progredienz der Symptome durch eine adäquate medikamentöse Behandlung um bis zu einem Jahr verzögern lässt.
- d) Der NMDA-Antagonist Memantin ist ausschließlich zur Behandlung der leichten Alzheimer-Demenz zugelassen.





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.

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.

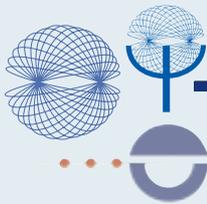
Name: _____

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

P. Reuther (kommissarisch)

Beisitzer

Christa Roth-Sackenheim

U. Meier

P. Reuther

Geschäftsstelle des BVDN

D. Differt-Schiffers, Hammer Landstr. 1a,
41460 Neuss, Tel. (0 21 31) 2 20 99 20,
Fax (0 21 31) 2 20 99 22,

E-Mail: bvdn.bund@t-online.de;

Bankverbindung: Sparkasse Neuss,

Kto.-Nr.: 800 920 00, BLZ 305 500 00;

BVDN Homepage: <http://www.bvdn.de>

Cortex GmbH,

D. Differt-Schiffers,

Adresse, Telefon, E-Mail s. oben,

Geschäftsstelle BVDN

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Süd

W. Becker

Bayern

A. Zacher

Berlin

N. Mönter

Brandenburg

G. Fischer

Bremen

A. Steck

Hamburg

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. Kügelgen

Neuropsychologie

T. Cramer

Pharmakotherapie Neurologie

K.-O. Sigel, F. König

Pharmakotherapie Psychiatrie

R. Urban

Prävention Psychiatrie

N. N.

Schlaf

R. Bodenschatz, Dr. W. Lünser

Schmerztherapie Neurologie

H. Vogel

Schmerztherapie Psychiatrie

R. Wörz

Suchttherapie

U. Hutschenreuter, R. Peters

Umweltmedizin Neurologie

M. Freidel

Organisationsstruktur des BDN

Vorstand des BDN

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

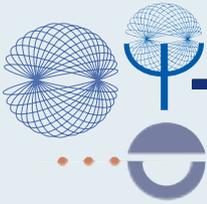
U. Meier

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

Dr. Hans Martens

Josephsplatz 4, 80798 München,
Tel. (0 89) 2 71 30 37, Fax (0 89) 27 34 99 83,
E-Mail: dr.h.martens@gmx.de

Prof. Dr. Harald Masur

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

Dr. Uwe Meier

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

Dr. Norbert Mönter

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

Dr. Klaus-Ulrich Oehler

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

Prof. Dr. Wolfgang H. Oertel

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

Dr. Rolf Peters

Römerstr. 10, 52428 Jülich,
Tel. (0 24 61) 5 38 53,
Fax (0 24 61) 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. Fritzof Reinhardt

D.-Chr.-Erleben-Str. 2, 01968 Senftenberg,
Tel. (0 35 73) 75 21 50, Fax (0 35 73) 7 07 41 57
E-Mail: ProfReinhardt@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

ANR Ahrweiler, Schülchenstr. 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) 50 6 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@web.de

Prof. Dr. Frank Schneider

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

Dr. Sibylle Schreckling

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

Prof. Dr. Günther Schwendemann

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

Dr. Karl-Otto Sigel

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

Dr. Arno Steck

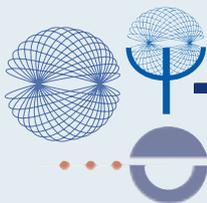
Georg-Gleistein-Str. 93, 28757 Bremen,
Tel. (04 21) 66 75 76, Fax (04 21) 66 48 66,
E-Mail: steck@ewetel.net

Dr. Ulrich Thamer

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

Dr. Konstanze Tinschert

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



Dr. Siegfried R. Treichel

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

Dr. Frank Unger

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

Dr. Roland Urban

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

Dr. P. Christian Vogel

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

Dr. Helga Vogel

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 Zwesten,
Tel. (0 56 26) 8 79 20, Fax (0 56 26) 8 79 21

Dr. Gerd Wermke

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

Prof. Dr. Karl Wessel

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

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

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

PD Dr. Roland Wörz

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

PD Dr. Albert Zacher

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

Nervenärzte als Vertreter in den Kassenärztlichen Vereinigungen*

Name	Ort	BVDN	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: Dr. U. Farenkopf Dr. R. Sattlerger	BADEN SÜD Gegenbach Singen	ja ja	(0 78 03) 65 50 (0 77 31) 95 99 10	(0 78 03) 98 07 14 (0 77 31) 95 99 39	Gegenbach@t-online.de dr.adam@web.de
BVDN-Landesverband: Dr. J. Braun Dr. W. Maier-Janson	BADEN-WÜRTTEMBERG Mannheim Ravensburg	ja ja	(06 21) 12 02 70 (07 51) 36 24 20	(06 21) 1 20 27 27 (07 51) 3 62 42 17	juergen.braun@dgn.de kontakt@neurologie-ravensburg.de
BVDN-Landesverband: Dr. H. Martens Dr. G. Carl	BAYERN München Würzburg	ja ja	(0 89) 2 71 30 37 (0 93 21) 2 48 26	(0 81 41) 6 35 60 (0 93 21) 89 30	dr.h.martens@gmx.de carlg@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. G. Benesch	BERLIN Berlin	ja	(0 30) 3 12 37 83	(0 30) 32 76 50 24	dr.g.benesch@t-online.de
BVDN-Landesverband: offen!	BRANDENBURG				
BVDN-Landesverband: Dr. I. Steck	BREMEN Bremen	ja	(04 21) 66 75 76	(04 21) 66 48 66	
BVDN-Landesverband: Dr. H. Vogel Dr. H. Ramm	HAMBURG Hamburg Hamburg	ja ja	(0 40) 6 03 71 42 (0 40) 24 54 64	(0 40) 60 95 13 03	info@praxis-vogel.de hans.ramm@gmx.de
BVDN-Landesverband: Dr. S. Planz-Kuhlendahl	HESSEN Offenbach	ja	(0 69) 80 01 41 3	(0 69) 80 03 51 2	planz-kuhlendahl@t-online.de
BVDN-Landesverband: kein Facharzt in der KV!	MECKLENBURG-VORPOMMERN				
BVDN-Landesverband: offen!	NIEDERSACHSEN				
BVDN-Landesverband: Dr. F. Bergmann Dr. A. Haus Dr. Rolf Peters Dr. Birgit Löber-Kraemer	NORDRHEIN Aachen Köln Jülich Bonn	ja ja ja	(02 41) 3 63 30 (02 21) 40 20 14 (0 24 61) 5 38 53 (02 28) 22 34 50	(02 41) 40 49 72 (02 21) 40 57 69 (0 24 61) 5 40 90 (02 28) 22 34 79	bergmann@bvdn-nordrhein.de hphaus1@AOL.com dr.rolf.peters@t-online.de

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

Fortsetzung

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

Impressum

NEUROTRANSMITTER

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

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

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

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

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

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

Geschäftsführer: Dr. Georg Ralle

Leitung Verlagsbereich III: Dr. med. Christoph Posch

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

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

Assistenz: 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

LA-MED
geprüft 2004