# **NEUROTRANSMITTER**

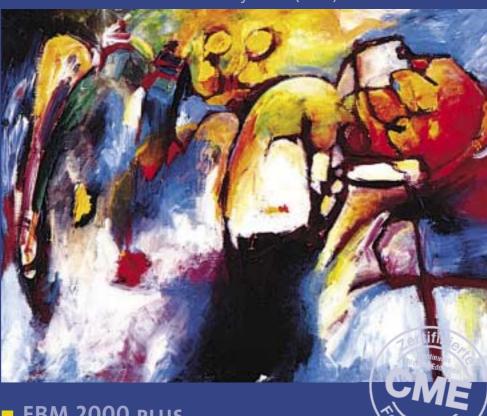
Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

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

und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP)

**BUNDESTAGSWAHL 2005** 

**Parteiprogramme** auf dem Prüfstand



- EBM 2000 PLUS Klagen noch verfrüht
- ZUKUNFT DER DEUTSCHEN PHARMAINDUSTRIE Forderung nach mehr Wettbewerb
- PATHOPHYSIOLOGIE DER NARKOLEPSIE Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
- THERAPIETABELLEN HYPNOTIKA Mit Methodik gegen Insomnie



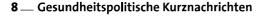


#### Inhalt | NeuroTransmitter

#### 3 \_ Editorial

**CSU**§♦





Aus den Verbänden

14 \_ Neurologie und Psychiatrie der Zukunft Immenser Versorgungsbedarf desaströse Bedingungen

20 \_ Bundestagswahl 2005 Die Parteien lassen bitten

22 \_\_ "Berliner Seiten" Zusammenhalt macht stärker

**26** — Rahmenvertrag zur integrierten Versorgung bei Depressionen

30 \_\_ Fragebogenaktion Gedächtnissprechstunden in der Nervenarztpraxis

33 — Vertrag zur intergrierten Versorgung schwer psychisch Kranker

34 \_ Zukunft der pharmazeutischen Industrie in Deutschland Mehr Wettbewerb - weniger Regulierung

#### Politische Weichenstellungen ...

... auch im Gesundheitswesen erwarten die Wähler von den vorgezogenen Bundestagsneuwahlen. Doch die Regierungsprogramme von SPD und Union liefern nur wenig Präzises zu zukunftsfähigen Versicherungsmodellen und deren Finanzierungsmöglichkeiten.

20

#### Bürokratische Hürden ...

... belasten nach Ansicht der führenden Gesundheitsökonomen den Pharmastandort Deutschland, Insbesondere die staatliche Überregulierung und mangelnde Eigenverantwortung der Patienten führen zum Abbau der pharmazeutischen Industrie.





#### | Beruf aktuell

39 \_\_ EBM 2000 plus ... Sind sozialgerichtliche Klagen jetzt schon sinnvoll?

40 \_ Normative Diagnostik bei psychiatrischen Patienten - ein Missbrauch?

42 \_ Offenes Forum

#### Späte Kurskorrekturen ...

... im neuen EBM 2000 plus sind wohl in Aussicht. Daher sollte von Klagen vor den Sozialgerichten zurzeit noch abgesehen werden. Sind die Klagen jedoch unumgänglich, muss im Einzelfall sorgfältig und fundiert begründet werden, weshalb die betreffende Leistungsposition rechtswidrig erscheint.

**39** 

#### Wie Sie uns erreichen

#### Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Claudia Mäck, Tel. (089) 4372-1403, Fax (089) 4372-1400, E-Mail: maeck@urban-vogel.de

#### **Schriftleitung:**

PD Dr. med. Albert Zacher, Tel. (0941) 561672, Fax (0941) 52704, 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. 112 ff.

#### **Titelbild**



Die lebendigen und farbenprächtigen Bilder von Fabienne Hübener entstehen nicht nur durch rasante Pinselstriche, sondern oftmals auch unter vollstem Körpereinsatz (S. 102 f.).



#### Inhalt | NeuroTransmitter

#### Fortbildung

- **47** Schlafmedizin in der Nervenheilkunde Problemfeld Schlaf
- **Pathophysiologie und Therapie der Narkolepsie**Narkolepsie eine "neue" Autoimmunerkrankung?
- **56** Schlafmedizin interdisziplinär
  Im Netzwerk zur besseren Versorgung
- **61 Innovative Substanzen**Neue Wege in der ADHS-Therapie
- **64** "Schnellübersicht" Hypnotika Pharmakotherapie der Insomnie
- 72 \_ Journal Club
- 75 \_ Kasuistiken
- 84 \_\_ CME-Quiz

#### Journal

- **88** Psychopathologie in Kunst und Literatur Bibliophilie, Bibliomanie, Bibliotherapie – Teil 1
- **92 Reisezeit** Ecuador ein Land der Superlative
- 96 \_ Markt & Forschung
- **NEUROTRANSMITTER-Galerie**"Malen ein ständiger Drang"
- 104 \_\_ Termine
- **108 BVDN/BDN/BVDP**Mitgliedschaft/Struktur
- 115 \_\_ Impressum



# Beherrschender Schlafdrang ...

... und extreme Tagesmüdigkeit beeinträchtigen Patienten mit Narkolepsie erheblich in ihrer Lebensführung. Die neuesten Erkenntnisse zur Pathophysiologie und Therapie der gar nicht so seltenen Erkrankung lesen Sie ab Seite

**52** 

#### Geeignete Auswahl...

... der richtigen Medikamente ist nicht nur bei Insomnie unabdingbar für den Therapieerfolg. Bei der Vielzahl der Arzneimittel heißt es, Durchblick zu bewahren



und feine Unterschiede zu erkennen. Behandlung mit Konzept ermöglicht unsere "Schnellübersicht" Hypnotika.

64

## Geographische Vielfalt ...

... ist eine zu einfache Definition, um den kleinsten Andenstaat treffend zu beschreiben. Atemberaubende Landschaften, kontrastreiche Klimazonen, faszinierender Artenreichtum – diese Erklärungen werden Ecuador schon gerechter.

92

#### **Wichtiger Hinweis!**

Diese Ausgabe enthält auf Seite 86 f. den Kongress Report aktuell "Erhaltungstherapie bei Schizophrenie: Rückfall und Rehospitalisierung vermeiden" sowie auf S. 106 f. den Kongress Report aktuell "Bewegung in der Parkinson-Therapie: Off-Perioden wirkungsvoll reduzieren". Beigelegt finden Sie zur zertifizierten Fortbildung das CME Spezial "Syndromale und funktionale Remission als Therapieziel: Rezidiv- und Phasenprophylaxe bipolar affektiver Störungen".

Wir bitten um freundliche Beachtung!



#### Hilfe zur Selbsthilfe

"IN BALANCE" – zum zweiten Mal Bestandteil des NEUROTRANSMITTERS – widmet sich in seiner aktuellen Ausgabe dem Thema Selbstmanagement von Patienten mit

bipolaren Störungen. Das Periodikum der DGBS e. V. informiert unter anderem über ein neues Selbsthilfenetzwerk mit trialogischem Ansatz sowie über genetische Aspekte in der Pharmakotherapie.



#### Aus den Verbänden | Gesundheitspolitische Kurznachrichten



#### **Ulla Schmidt:** "Alle Bürger sollen in die GKV einzahlen"

► Wie das oben genannte GKV-Finanzierungs-Reformziel erreicht werden soll, ohne die private Krankenversicherung abzuschaffen oder erheblich zu limitieren, weiß nur Ulla Schmidt. Anfang Juni kündigte die Bundesgesundheitsministerin an, noch vor der vorgezogenen Bundestagswahl konkretere Vorstellun-

gen zur Einführung einer Bürger-Krankenversicherung darzulegen. Wesentliches Merkmal soll wohl die Einbeziehung der bisher nicht GKV-Versicherten sein. Außerdem sollen mehr Steuermittel für die Krankenversicherung verwendet werden, weil die GKV nicht mehr ausreichend alleine durch die Prämien der abhängig beschäftigten Krankenversicherten finanziert werden kann. Keine Stellungnahme war von Ulla Schmidt zu erhalten, ob und wie bei einer Bürgerversicherung anderweitige Einkünfte wie Mieten, Zinsen, Wertpapiergewinne einbezogen werden.

**Kommentar:** Die erneute Krankenversicherungs-Sozialinitiative von Ulla Schmidt ist offenbar dem anspringenden Wahlkampf geschuldet. Natürlich gibt es Detailprobleme, die gelöst werden müssen. Beispielsweise wenn älteren Patienten, die sich eine private Versicherung nicht mehr leisten können, die Rückkehr in die GKV verwehrt bleibt. Das Thema Bürgerversicherung wurde in der SPD-Fraktion auch deshalb nicht mehr öffentlich weiter beraten, weil auch viele SPD-Mitglieder gegen die Einbeziehung anderer Einkunftsarten in die Bemessungsgrundlage sind. Entscheidend bei der Neuformierung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wird weiterhin sein, ob grundsätzlich einem versicherungsmathematisch berechneten Prämienmodell mit festen (einkommensunabhängigen) Versicherungsprämien Vorzug gegeben wird oder einem einkommensabhängigen Finanzierungsmodell (Bürgerversicherung), welches aber letztlich zu einer erweiterten Einkommenssteuer führt.

#### Grüne: Bürgerversicherung auch für Private

Noch vor dem Entschluss des Kanzlers, Neuwahlen auszurufen, sprachen sich die Grünen in Anlehnung an ein von ihnen in Auftrag gegebenes Gutachten für eine zügige Einführung der Bürgerversicherung aus. Lange Übergangsfristen für die PKV sollten nicht gewährt werden. Laut Gutachten sollen die in der PKV angesammelten Altersrückstellungen für die Zusatzversicherungen der privat Versicherten verwendet werden, um das Problem der Eigentumsgarantie bei den Rückstellungen zu umgehen. Bei den privat Versicherten würde dies zu einem gesplitteten Beitrag führen: zu einem einkommensunabhängigen Grundbetrag für die Bürgerversicherung und einen zweiten Beitragsanteil für die Rückstellungen bei Zusatzversicherungen. Die PKV verfügt derzeit über zirka 71 Mrd. EUR an Altersrückstellungen. Davon entfallen 16 Mrd. auf Rückstellungen von Zusatzversicherten, 55 Mrd. betreffen die 8,1 Millionen voll privat Krankenversicherten. Die PKV erwidert hierauf jedoch, dass der Einbezug der Altersrückstellungen der Zusatzversicherten "verfassungsrechtlich ausgeschlossen sei", weil er "einer entschädigungslosen Enteignung gleichkäme".

Kommentar: Freche, sozialistische Enteignungsphantasien sollen nun also die GKV sanieren. Dies geht aber nur ein einziges Mal. Ein Jahr später greifen wieder die insuffizienten gesetzlichen Systemvoraussetzungen. Ähnlich einzuordnen ist der Vorstoß des BMGS, noch schnell vor der ursprünglich 2006 vorgesehenen Bundestagswahl Einzahlungen der Betriebe in die Rentenversicherung um einen Monat vorzulegen. Auch dies führt nur zu einem Strohfeuer, einem Einmaleffekt, der nur die Arbeitgeber belastet, weitere Bürokratie erzeugt und sicherlich nicht die Motivation fördert, weitere Arbeitsplätze zu schaffen.

### BEK schließt Rabattverträge mit Generika-Herstellern

Die Barmer Ersatzkasse (BEK) hat einen Kooperationsvertrag mit den fünf bedeutendsten Generika-Herstellern (ratiopharm, Hexal, Stada, Betapharm, Sandoz) abgeschlossen. Diese Unternehmen teilen sich rund zwei Drittel des Generika-Marktes. Die BEK will damit ein Einsparpotenzial von 300 Mio. EUR mobilisieren. Bereits 7 Millionen Versicherte sind in den Hausarztvertrag der BEK mit dem Berufsverband Deutscher Allgemeinmediziner (BDA) und dem ABDA (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apothekerverbände) eingegangen. 35.000 Hausärzte und 17.000 Apotheken nehmen daran teil. Die realisierten Einsparungen

sollen zwischen Hausärzten, Apothekern und der BEK aufgeteilt werden.

Kommentar: Es ist grundsätzlich nichts dagegen einzuwenden, wenn alle Beteiligten am Gesundheitswesen nach Einsparpotenzialen suchen. Es ist allerdings abzulehnen, wenn in diesem Falle Apotheker und Hausärzte auf Kosten der übrigen Ärzte von ihren Einsparbemühungen in barer Münze profitieren. Denn die Beteiligten Generika-Hersteller werden ja sicherlich die auf der einen Seite eingeräumten Rabatte in die Kalkulation ihrer Normalpreise einrechnen. So kommt indirekt auf die nicht



am Vertrag beteiligten Ärzte ein erhöhtes Regressrisiko zu, bedingt durch insgesamt höhere oder nicht adäquat sinkende Generika-Preise. Dazu fällt mir nur ein: Marktwirtschaft für alle, ruinöse Planwirtschaft für Kassenärzte!

## Änderung der Gesundheitsreform fraktionsübergreifend gefordert

Gesundheitsexperten der Regierungsfraktion von SPD und den Grünen, aber vor allem auch der Gesundheitsexperte der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Wolfgang Zöller fordern nunmehr die Erstattung rezeptfreier Medikamente auch für Jugendliche zwischen dem 13. und 17. Lebensjahr. Bisher ist Erstattung nur möglich bis zum 12. Lebensjahr. Im BMGS fürchtete man aber

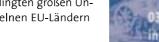
die Gefahr, dass dann auch noch andere einschränkende Auswirkungen des GMG auf den Prüfstand kommen und damit die Gesundheitsreformgesetzgebung nicht mehr zu den gewünschten Einsparungen führen wird.

Kommentar: Grundsätzlich sollte sich die Politik eigentlich nicht – zunächst unter Schmerzen – auf eingreifende Sparmaßnahmen einigen, um sie dann in populistischer Art und Weise wieder aufzuheben. Auch wenn es sich um Kinder und Jugendliche handelt: Rezeptfreie Medikamente haben meist keinen ausreichend wissenschaftlich belegten Wirknachweis und müssen deswegen auch im GKV-Erstattungswesen so behandelt werden.

### Wichtige Beschlüsse des 108. Deutschen Ärztetags im Mai 2005

→ Wie jedes Jahr legte der Deutsche Ärztetag in Grundsatzbeschlüssen seine Standpunkte zur gegenwärtigen Gesundheitspolitik dar.

▶ Die EU-Harmonisierung der Sozialsysteme wird vom Deutschen Ärztetag abgelehnt. Es wird auf die kulturell und historisch bedingten großen Unterschiede zwischen den einzelnen EU-Ländern hingewiesen.



▶ Der Deutsche Ärztetag stellt fest, dass das GKV-

Modernisierungsgesetz (GMG) nicht dazu in der Lage ist, die Finanzsituation der GKV zu sichern beziehungsweise die Versorgungssituation zu verbessern. Besonders sozial Schwächere sind durch unzumutbare Selbstbeteiligungen

- ▶ Es entsteht ein zunehmender Nachwuchsmangel in der Medizin, weil bis zu 40% der Medizin-Studienabgänger einen Beruf außerhalb traditioneller klinischer Tätigkeitsfelder wählen. Besonders betroffen ist die hausärztliche
- ▶ Neue, ideologisch geprägte Versorgungskonzepte sollen verhindert werden, beispielsweise der von der Politik verfolgte Einzelwettbewerb bei Krankenkassen und Leistungserbringern.
- ▶ Die jahrelang verschleppte Reform der GOÄ muss vorangebracht werden.
- ▶ Nachhaltige Entbürokratisierungsmaßnahmen für das Gesundheitswesen wurden gefordert.
- ▶ Der Deutsche Ärztetag sprach sich für die Gesundheitsförderung und -erziehung als regelhaften Inhalt der Schul-Lehrpläne aus.
- ▶ Weiterhin votierte der Deutsche Ärztetag gegen die Einführung von Studi-
- ▶ Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und eine sichere Medizintelematik wurde vom deutschen Ärztetag begrüßt.

Kommentar: Nicht alle Entschlüsse eines deutschen Ärztetages sind immer vernünftig. Manche entsprechen auch einer momentanen Begeisterung oder negativen Laune. So mag zwar das Eintreten gegen die finanzielle Eigenbeteiligung bei sozial Schwachen human klingen; schon morgen wird dann aber sicher wieder gegen die angebliche "Privatbehandlung von Sozialhilfeempfängern" gewettert. Bei der Einführung der "eMedizin" (Medizintelematik, elektronisches Rezept, elektronische Patientenkarte) werden wir aber bei der jetzt an den Tag gelegten Eile meiner Ansicht nach unser blaues Wunder in Analogie zur "toll-collect"-Autobahnmaut erleben. gc

#### Wer wird neuer Gesundheitsminister?

In den informierten Kreisen des Gesundheitswesens schießen bereits die Spekulationen ins Kraut, wer im Falle eines Regierungswechsels das Bundesgesundheitsministerium übernehmen wird. Die besten Aussichten hat im Moment wohl Dr. Ursula von der Leyen (gynäkologische Krankenhausärztin), derzeit Ministerin für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit des Landes Niedersachsen. Aber auch Horst Seehofer hat sich prompt ins Gespräch gebracht und betont, er könne sich vorstellen, für eine solche Aufgabe erneut zur Verfügung zu stehen, falls Frau Merkel ihn mit diesem Amt betraue. Ursula von der Leyen gilt aber als Weggefährtin von Angela Merkel. Sie hat am "Gesundheitsprämienkompromiss" der Union im Gegensatz zu Seehofer mitgearbeitet und vertritt dieses Modell auch weiterhin. Arbeits- und Gesundheitskosten sollen entkoppelt werden; lohnunabhängig soll eine Prämie für Gesundheit gezahlt werden; Menschen mit geringem Einkommen, die diesen Grundbetrag nicht finanzieren können, werden per Sozialausgleich aus Steuern unterstützt; Kinder sind beitragsfrei versichert Der Kinderbeitrag wird ebenfalls von allen Steuerzahlern aufgebracht, weil am Steueraufkommen alle progressiv entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit beteiligt sind. Der Kinderbeitrag wird direkt von der Kindergeldstelle an die Krankenversicherung abgegeben. Jeder Versicherte sammelt einen monatlichen Betrag von 20 EUR als Altersrückstellung an, um den demografischen Faktor zu berücksichtigen.

Kommentar: Gegen das "Killerargument", die Gesundheitsprämie könne aus Steuermitteln nicht ausreichend gegenfinanziert werden, antwortet Ursula von der Leyen mit dem "Totschlagargument", dies müsse durch Subventionsabbau im Rahmen der Finanzierungsverzahnung einer großen Einkommenssteuerreform geleistet werden. gc



#### Aus den Verbänden Gesundheitspolitische Kurznachrichten

#### Private Kassen wollen GKV-Reform statt Systemwechsel

Der Verband der Privaten Krankenversicherer hat Mitte Juni 2005 ein Reformkonzept für die GKV vorgelegt. Bei Verwirklichung dieses Konzeptes wird ein Rückgang des Beitragssatzes von 14,2% auf dann durchschnittlich 9,4% prognostiziert. Weil das System schrittweise auf Kapitaldeckung umgestellt wird und die Patienten mehr eigenverantwortlich privat vorsorgen, soll mit dieser Reform auch die demographische Belastung des GKV-Systems eingedämmt werden. Die GKV soll auf ihre Kernaufgaben beschränkt werden, indem über die PKV die privaten Unfälle, Krankengeld, Zahnbehandlung und Zahnersatz zu versichern sind. Dadurch würde die GKV sofort 28 Mrd. EUR ersparen und der Beitragssatz könnte hiermit um 2,9% sinken. Außerdem sollen Satzungsleistungen wie Kuren privat finanziert und Leistungen wie Mitversicherung von Kindern und nicht arbeitenden Ehepartnern steuerfinanziert werden. Auch eine Ausweitung der Zuzahlungsregelung schlägt die PKV vor. Denn die Selbstbeteiligung in der GKV sei im internationalen Vergleich niedrig. Durch diese Maßnahmen ergebe sich eine weitere Beitragssatzsenkung von 0,7%.

**Kommentar:** Alle gesundheitsökonomischen Sachzwänge deuten eigentlich obligatorisch in die Richtung, wie sie vom PKV-Verband, aber auch schon von den meisten maßgeblichen Gesundheitsökonomen beziehungsweise Wirtschaftsforschungsinstituten vorgeschlagen wurde. Die wichtigsten Säulen einer GKV-Reform müssen die Erhöhung der Eigenverantwortung, die Wiedereinführung der Kapitaldeckung, mehr Wahlmöglichkeiten beim Versicherungsumfang und Abkopplung der Sozialabgaben vom Lohn sein.

Finanzielle Auswirkungen des Reformkonzeptes für die GKV:		
Ausgaben der GKV (2004)	139,9 Mrd. EUR	
Ausgliederung Krankengeld	-6,4 Mrd. EUR	
Ausgliederung Zahnbehandlung	-7,7 Mrd. EUR	
Ausgliederung Zahnersatz	-3,6 Mrd. EUR	
Ausgliederung "privater Unfälle"	-10,4 Mrd. EUR	
Streichung versicherungsfremder		
Leistungen	-1,6 Mrd. EUR	
Ausweitung von Zuzahlungen	-1,5 Mrd. EUR	
Überprüfung des Leistungskataloges		
Streichung von Satzungsleistungen	-3,8 Mrd. EUR	
Ausgaben (gesamt)	105,0 Mrd. EUR	
Finanzierung der Kinderversicherung		
über Steuern	-10,1 Mrd. EUR	
Zusätzliche Betragseinnahmen durch Weg Mitversicherung von Ehepartnern	fall der beitragsfreien –1,1 Mrd. EUR	
Grundfinanzierungsvolumen		
über Beiträge	93,8 Mrd. EUR	
Effizienzreserven durch mehr Wettbewerb	-7,5-10,0 Mrd. EUR	
Beitragsrelevant	-3,8 Mrd. EUR	

### Konflikte um geänderte GKV-Beiträge

## ,,0,45+0,45=0,9

Das GMG sah vor, dass zum 1.1.2005 der Zahnersatz als GKV-Leistung ausgegliedert und von den Versicherten dann allein (ohne Arbeitgeberzuschuss) versichert und bezahlt werden sollte. Das Bundesgesundheitsministerium befürchtete damit aber einen "Testlauf" für die Gesundheitsprämie und änderte im Einvernehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen diese Regelung. Zum 1.1.2006 sollte zusätzlich die Krankengeldversicherung aus dem GKV-Leistungskatalog herausgenommen werden. Um die Versicherten nicht zweimal mit einer Zusatzprämie belasten zu müssen, wurden beide Vorgänge zum 1.7.2005 zusammengefasst, auch um die Verunsicherung der Patienten kurz vor dem damals noch 2006 vorgesehenen Wahljahr nicht noch mehr zu schüren. Aus beiden Maßnahmen resultiert letztendlich eine Senkung des Beitragssatzes um 0,9%. Weil aber der Arbeitgeberanteil zur Zahnersatz- und Krankengeldversicherung nun von den Patienten selbst zusätzlich zu bezahlen ist, ergibt sich für den Versicherten letztendlich eine

Erhöhung um 0,45%. Manche GKV-Kassen werben nun mit der Beitragssatzsenkung um 0,9%, ohne darauf hinzuweisen, dass es sich dabei nicht um eine besonders wirtschaftliche Krankenkasse, sondern um eine gesetzliche Vorgabe handelt. VdK-Chef Hirrlinger und der nun bayerische VdK-Vorsitzende Seehofer beklagen unisono diese Maßnahme. Dies sei ein "Abkassier-Modell". Gleichzeitig prognostizieren Gesundheitsökonomen, dass 2005 auf die GKV wieder erhebliche Belastungen hinzukommen. Dadurch könne der Schuldenabbau von bisher zirka 8 auf nunmehr noch über 4 Mrd. EUR nicht geordnet weitergeführt werden. Vor allem die weiterhin verlangsamte wirtschaftliche Entwicklung mit geringeren Einnahmen durch weiter sinkende Beschäftigung belasten die GKV.

Kommentar: Eine klare Linie bei der GKV-Finanzierung muss nun endlich gefunden werden. Allseits herrscht nur noch Verwirrung, wenn zudem noch jüngere gesetzliche Vorschriften kurzfristig geändert werden. Letztendlich belastet dieses hin und her ja auch noch die innerbetrieblichen Personalverwaltungskosten, wenn sich die Bestimmungen für die Sozialabgaben ständig ändern. gc



#### Aus den Verbänden | Gesundheitspolitische Kurznachrichten

#### Rückgang der Facharzt-Fallzahlen – Nervenärzte wenig betroffen

Nach Auskunft der KV Nordrhein sanken 2005 vor allem bei Fachärzten die Fallzahlen im Vergleich zu 2004 weiter. Besonders betraf dies die Gynäkologen. Aber auch in den anderen Disziplinen sanken die Fallzahlen nochmals um 0,5–4,0 %. Bei den Hausärzten erholten sich die Fallzahlen nach dem 10 %igen Absturz von I/04 im Vergleich zum Vorjahresquartal nach Einführung der Praxisgebühr um rund 2%. Damit ergaben sich insgesamt bis zum ersten Quartal 2005 folgende Fallzahlrückgänge: Anästhesie –4,5%, Augenheilkunde –12,7%, Chirurgie –9,8%, Gynäkologie –22,3%, HNO -7,6%, Dermatologie -10,0%, Orthopädie -12,2%, Radiologie -11,0%, Urologie –11,5%, Fachärzte insgesamt –13,9%. Die Fallzahl der Nervenärzte sank um 3,2%; unter Einbezug der reinen Neurologen und Psychiater fiel der Fallzahlrückgang noch

Kommentar: Die Verteilungsgerechtigkeit unter den Facharztgruppen ist nicht mehr gewährleistet, wenn in anderen Facharztgruppen wegen Fallzahlrückgängen zwischen 10 % und 20 % der Punktwert um den gleichen Betrag steigt – obwohl die Arbeit weniger geworden ist. Hier muss ein Ausgleich zu Gunsten unserer Fachgruppe erfolgen, um den wir kämpfen werden.

## Psychiatrische Behandlung oder "psychosomatische Reha"

Im Januar 2005 äußerte sich das Bundessozialgericht (BSG) in einer Grundsatzentscheidung (Az.: B 3 KR 9/03 R) zur leistungsrechtlichen Abgrenzung zwischen stationärer Krankenhausbehandlung und stationärer medizinischer Rehabilitation bei psychiatrischer Erkrankung. Im vorliegenden Fall verpflichtete das BSG die Krankenkasse zur Kostenübernahme der stationären Behandlung. Der niedergelassene Arzt hatte den Patienten zur stationären Behandlung eingewiesen, der Klinikarzt die stationäre Behandlung des Patienten als erforderlich angesehen. Das BSG weist darauf hin, dass die Abgrenzung zwischen vollstationärer Klinikbehandlung und stationärer medizinischer Rehabilitation im Bereich der Psychotherapie/Psychosomatik oft schwierig ist. Nur die Art der Einrichtung, die Behandlungsmethoden und das Hauptziel der Behandlung definieren die Unterschiede in der stationären Behandlung. Nach SGB V dienen Rehabilitationseinrichtungen der stationären Behandlung der Patienten "um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Beschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen".

Krankenhäuser dienen der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe, stehen fachlichmedizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung und verfügen über ausreichende, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Besondere Mittel seien eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein stets präsenter oder rufbereiter Arzt. Auch chronische Krankheiten könnten eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit begründen; besonders bei schweren Krankheitsbildern und längerem Krankheitsverlauf könne und müsse stationär behandelt werden, besonders wenn die Therapie ein multiprofessionelles Team erfordert.

Kommentar: Manche "psychosomatische" Kliniken halten einen über die Rentenversicherung finanzierten Reha-Bereich vor und einen Sektor mit Vertragsvereinbarungen zu den Krankenkassen. Patienten, die aus psychiatrischen Praxen in psychosomatische Kliniken eingewiesen werden (meistens BfA oder LVA-finanziert), haben oft komplexen Behandlungsbedarf. Obwohl das akut notwendige stationäre Therapiemaßnahmen sind, werden die stationären Aufenthalte bisher meist über die Rentenversicherungsträger finanziert. Nur wenn das Behandlungsziel die Verhinderung der Erwerbsunfähigkeit aus psychischen Gründen darstellt, sollten unsererseits in Zukunft noch Einweisungen psychiatrischer Patienten in psychosomatische Reha-Kliniken erfolgen.



## Neurologie und Psychiatrie der Zukunft

# Immenser Versorgungsbedarf – desaströse Bedingungen

Die demografische Entwicklung in Deutschland verheißt nichts Gutes, besonders vor einer weiteren Verschlechterung der Versorgung Demenzkranker wurde beim diesjährigen Neurologen- und Psychiatertag eindringlich gewarnt. Vor dem Hintergrund der derzeitigen Bundestagsereignisse ist das heiße Thema Gesundheitspolitik nun aktueller denn je.

#### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit der Niederlage der rot-grünen Koalition bei der Landtagswahl in Nord-rhein-Westfalen und der unmittelbar folgenden Ankündigung des Bundeskanzlers, Neuwahlen herbeiführen zu wollen, wurde das Ausmaß der strukturellen politischen Krise unseres Landes offensichtlich. Arbeitslosenzahlen in nie gekannten Größenordnungen sowie erhebliche wirtschaftliche Probleme bei zunehmendem Vertrauensverlust in die Politik prägen das Bild.

Die Folgen der katastrophalen rotgrünen Gesundheitspolitik sind in den einzelnen Vertragsarztpraxen zwar spürbar, dennoch wurde der Absicht den niedergelassenen Facharzt abschaffen und im Krankenhaus anstellen zu wollen und der Wiedereinführung von Polikliniken nach DDR-Vorbild, der Riegel vorgeschoben.

Die Plünderung der Sozialkassen unter anderem zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen, die schon vor Horst Seehofer begonnen hatte, wurde von Rot-Grün unverhohlen fortgesetzt. Die KVen, die als Körperschaft des öffentliches Rechtes schon immer staatlicher Aufsicht unterlagen, wurden dramatisch umgestaltet und haben hier den Charakter der ärztlichen Selbstverwaltung weitgehend eingebüßt. De facto wurden Vertreterversammlungen und Ausschüsse zwar in verkleinerter Form beibehalten, verloren jedoch nahezu jegliche Entscheidungskompetenz. Von

derartigen pseudodemokratischen Strukturen glaubten sich die Kolleginnen und Kollegen in den neuen Bundesländern nach dem Mauerfall befreit.

Angesichts der dramatisch sinkenden Einnahmen der Kassen und der politisch ausdrücklich gewollten Verknappung fachärztlicher Budgets war von keiner wie auch immer gearteten Gebührenordnung in der GKV eine Verbesserung der Honorarsituation im vertragsärztlichen Bereich zu erwarten.

#### EBM: Verhandlungen gehen weiter

Darüber hinaus werden jetzt in der Umsetzung des neuen EBM 2000 plus schwere handwerkliche Fehler augenscheinlich. Ich habe schon lange vor der Jahresfrist darauf hingewiesen, dass ein vermeintlich betriebswirtschaftlicher EBM jegliche Legitimation verliert, wenn er im Nachhinein in Honorarverteilungsverträge eingezwängt wird und wenn vor allem im Nachhinein auch Punktwertabsenkungen vorgenommen werden.

Wenngleich viele positive Ergebnisse in der Gestaltung dieses EBM durch das Verhandlungsgeschick der neuropsychiatrischen Berufsverbände festzuhalten sind, ist dieser EBM nicht in Absprache mit den Berufsverbänden, sondern gegen den Widerstand und unter Protest unserer Berufsverbände eingeführt worden, und zwar durch Beschlüsse auf KBV-Ebene, die ihrerseits unter erheblichem Druck der Politik zustande gekommen sind! Es sind im



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

Übrigen die Länder-KVen und ihre Vorsitzenden gewesen, die sich durch ihre Beschlüsse Macht- und Einflussnahme in ihren KV-Bereichen sichern wollten und den EBM durch die unterschiedlichsten Honorarverteilungsverträge letztlich jetzt ad absurdum führen.

In diesem EBM, der nach jahrelanger Konzeption ausgerechnet auf der Zielgeraden kurz vor der Einführung mit heißer Nadel gestrickt wurde, besteht insbesondere im neurologischen und psychiatrischen Kapitel ganz erheblicher Verbesserungsbedarf. Dies betrifft die vielen von uns bei der KBV mehrfach angemahnten und veröffentlichten Details zu einzelnen Gebührenordnungsziffern, aber auch übergeordnete Themen wie beispielsweise das neurologische Betriebskostenmodell. Diesbezüglich stehen die Verbände weiter in sehr intensiven Verhandlungen mit dem Vorstand der KBV und zum Beispiel auch mit dem beratenden Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung. Denjenigen, die völlig unberechtigt in Sorge sind, die Vorstände der Verbände würden einen "Schmusekurs" mit der KBV fahren, sei an dieser Stelle noch einmal deutlich gesagt, dass weitere Verbesserungen für die Fachgruppe der Neurologen und

NeuroTransmitter 7–8·2005



#### Aus den Verbänden Neurologie und Psychiatrie der Zukunft

Psychiater wahrscheinlich nur auf Kosten anderer Fachgruppen durchsetzbar sein werden, da zusätzliches Geld nicht zu akquirieren ist. Dies kann aber nur durch intensive Verhandlungen geschehen und erfordert insofern Gesprächsbereitschaft aller Beteiligten am Verhandlungstisch, an dem es in der Sache hart und nicht selten konfliktreich zugehen wird. Dieses berufspolitische Mandat nehmen die Vorstände der Verbände sehr ernst. Natürlich prüfen wir parallel dazu regelmäßig in Kooperation mit unserem Verbandsjuristen, welche Möglichkeiten bestehen, unsere berechtigten Forderungen wenn nötig auch auf dem Klagewege durchzusetzen.

Schon unter den Bedingungen des alten EBM war eine sach- oder gar leitliniengerechte Versorgung neurologischer beziehungsweise psychiatrischer Patienten kaum möglich. Der neue EBM mit seinen strikten Zeitvorgaben führt uns die prekären Versorgungsdefizite noch drastischer vor Augen. Ein bis zwei Kontakte pro Quartal gewährt das System für akut oder schwer chronisch neurologisch oder psychiatrisch Kranke. Erklärtes Ziel der KBV war es, mit dem neuen EBM die Versorgungsdefizite auch wirklich transparent zu machen. Jetzt heißt es, damit politisch zu agieren!

#### **Neurologen- und Psychiatertag** - Versorgunsproblematik im Fokus

Wut und Ohnmacht bezüglich des EBM 2000 plus wurden auch in der Diskussion während der BVDN-Mitgliederversammlung am 7. Mai in Köln deutlich, die im Rahmen des 3. Neurologenund Psychiatertags stattfand. Dieser stand unter dem Leitthema "Demenz-Diagnostik und -Therapie im Spannungsfeld der demographischen Entwicklung: Tickt eine Zeitbombe?" und wurde maßgeblich durch den Eröffnungsvortrag von Dr. Frank Schirrmacher, Mitherausgeber der Frankfurter Allgemeinen Zeitung und Autor des Buchs "Das Methusalem-Komplott" geprägt. Seine Rede war pointiert - so zeigte er beispielsweise die erheblichen Veränderungen der demografischen Strukturen anhand des Anzeigenmarkts in der ADAC-Motorwelt auf: In den 50er-Jahre-Anzeigen wurde für Abenteuerrrlaub und Autorennen auf dem Nürburgring geworben, heutzutage für Treppenlifter, Badewanneneinstiegshilfen und Potenzmittel! Auch viele andere seiner Beispiele machten nachdenklich und zeigten das bisher kaum bewusste Ausmaß der zu erwartenden demografischen Veränderungen. Wandlungen, die jetzt schon neurologische und psychiatrische Vertragsärzte betreffen (ein sehr großer Teil von ihnen wird in zehn Jahren selbst aus dem aktiven Berufsleben ausscheiden).

#### Versorgungsprobleme sind akut absehbar

Die Diskussionen in der Mitgliederversammlung bewegten sich vor dem Hintergrund der bereits jetzt schon absehbarer Versorgungsproblematik auf einem hohen Abstraktionsniveau. Sie betrafen vor allem die zentrale Frage, wie sich die neuropsychiatrische Verbandspolitik in den nächsten Jahren auf diese Probleme

einstellen kann. In ihren lebhaften Debatten waren die Mitglieder durch die vorausgegangenen Fachvorträge stimuliert worden.

Die Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Heike von Lützau-Hohlbein stellte am Vormittag sehr plastisch und eindringlich vor allem die Probleme der Angehörigen von Alzheimer-Patienten dar und formulierte deren Hoffnungen, Wünsche und Erwartungen an den Facharzt. Möglichkeiten der Diagnostik, aber auch der integrativen Therapie der Demenz wurden pointiert und gut strukturiert von Prof. Dr. K. Schmidtke aus Freiburg und von Prof. Dr. F. Hohagen, dem Präsidenten der DGPPN, dargestellt. Verstärkte Kooperation mit den Hausärzten forderte der Vertreter des Hausarztverbandes Dr. J. Meiser ein, der den stellvertretenden KBV-Vorsitzenden Dr. U. Weigeldt vertrat. Prof. Dr. U. Schwabe (Herausgeber des Arzneiverordnungs-Reportes) betonte einmal mehr die schwache Datenlage in Bezug auf die neueren Antidementiva. Insbesondere der Verweis auf eine neuere Stellungnahme des britischen staatlichen Gesundheitssystems (NICE) zu Cholinesterasehemmern, von deren Einsatz in dieser Erklärung wegen fehlender Wirksamkeitsevidenz und im Hinblick auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis abgeraten wurde, führte zu Skepsis bei den Vertretern der anwesenden Pharma-Firmen.

Den Bogen zur ambulanten Versorgungsproblematik spannte Dr. R. Kortus, klinischer Gerontopsychiater, in seinem Vortrag "Versorgung Demenz-Kranker: Anspruch und Wirklichkeit". Er erklärte,



Voller Spannung hörte ein interessiertes Auditorium den Vorträgen beim 3. Neurologen und Psychiatertag zu.



Das Podium (von links): Dr. Frank Schirrmacher, Prof. Dr. Ulrich Schwabe, Heike von Lützau-Hohlbein, Dr. Joachim Meiser, Prof. Dr. Klaus Schmitdke



#### Aus den Verbänden | Neurologie und Psychiatrie der Zukunft

dass etwa 10% der Krankenhauseinweisungen im gerontopsychiatrischen Bereich durch Fehler in der psychopharmakologischen Behandlung verursacht werden. Die Behandlung geriatrischer beziehungsweise gerontopsychiatrischer Patienten erfolge sehr häufig nicht entsprechend den Leitlinien der Fachgesellschaften. Darüber hinaus sei die personelle Ausstattung im stationären und im Heimbereich für eine qualifizierte Behandlung oft in keiner Weise mehr ausreichend.

#### **Düstere Prognosen**

Eines wurde auf diesem Neurologenund Psychiatertag besonders deutlich: Die schlechte Versorgung Demenz-Kranker ist paradigmatisch für die Versorgungssituation aller neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen in den vertragsärztlichen Praxen. Und die Situation wird sich weiter verschlechtern. Kann schon jetzt die große Zahl behandlungsbedürftiger Patienten in den psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen kaum adäquat versorgt

werden, so ist bei sich zunehmend verringernden Praxissitzen und prognostiziertem Anstieg des Versorgungsbedarfes in Neurologie und Psychiatrie eine drohende Unterversorgung mit systemerhaltenden Maßnahmen kaum noch abzuwenden.

Für den psychiatrischen Versorgungssektor hat sich aus diesem Grund noch während des Neurologen- und Psychiatertages eine Arbeitsgruppe mit Vertretern von BVDN, BVDP, der DGPPN, des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie, des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker sowie der Aktion psychisch Kranker gebildet. Gemeinsam mit dem Medizinjournalisten Dr. A. Hilienhof sowie dem Geschäftsführer der DG-PPN, Dr. T. Nesseler, wird in diesen Tagen sowohl ein kurzfristiges, als auch ein mittel- und langfristiges Strategiekonzept erarbeitet. Ziel ist, die Öffentlichkeit, Fachöffentlichkeit und Politik sowie insbesondere die Kostenträger für die bereits bestehende Unterversorgung zu sensibilisieren und Auswege aufzuzeigen. Darüber hinaus wurde die Politik

kurzfristig aufgefordert, eine enge Verzahnung zwischen ärztlichen und psychosozialen Leistungsanbietern zu ermöglichen. Dadurch soll die ambulante psychiatrische Behandlung sichergestellt werden, wie es beispielsweise schon im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die so genannte Sozialpsychiatrievereinbarung bewerkstelligt wurde. Eine analoge Regelung wird außerdem für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie eingefordert. Parallel und in Abstimmung erarbeiten BVDN, BDN und DGN auch eine Informationsstrategie zur Weiterentwicklung der neurologischen Versorgung.

Nur in größeren und fachübergreifenden Kooperationen, zum Beispiel mit geschulten Pflegekräften oder Mitarbeitern anderer Berufsgruppen, werden die Versorgungsanforderungen in der Zukunft zu schultern sein! Eine Diskussion über ärztliche Einkommen dürfte angesichts der Hartz-IV-Problematik derzeit in der Öffentlichkeit schwer vermittelbar sein. Das Thema "neurologische oder psychiatrische Unterversorgung" interessiert die Menschen jedoch durchaus, vor allem, wenn mediengerecht Identifikationsmöglichkeiten geschaffen werden. Hier liegt unter anderem der Schlüssel für eine zukünftig bessere Positionierung von neuropsychiatrischen Vertragsärzten im System, sei es in der Vertragsarztpraxis, im medizinischen Versorgungszentrum oder in integrierten Versorgungs-

In diesem Sinne also ein klarer Arbeitsauftrag an Gesellschaften und Verbände!

Ihr

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

1. Vorsitzender BVDN

#### **BVDN-Award: Erster Preisträger ausgezeichnet**

Am 7. Mai 2005 fand in Köln der 3. Deutsche Neurologenund Psychiatertag statt. Zum Schwerpunktthema "Demenz" hatte der BVDN eine Reihe prominenter und fachkundiger Referenten eingeladen. Nach den Vorträgen und lebhaften Diskussionen am Vormittag fand im Rahmen der Veranstaltung die Verleihung des "1. BVDN-Awards" statt (vgl. NEUROTRANSMITTER 5/2005, S. 36).

Mit diesem Ehrenpreis des BVDN werden von nun an Persönlichkeiten ausge-



Als Dank für seine engagierte Tätigkeit überreichte Dr. Frank Bergmann (li.) PD Dr. Albert Zacher den 1. BVDN-Award.

zeichnet, die sich besonders um die Belange der Nervenärzte verdient gemacht haben, sei es durch Aktivitäten und Impulse im Rahmen des Verbandes selbst oder auch

Der 1. BVDN-Award wurde in diesem Jahr an PD Dr. Albert Zacher verliehen. Dr. Frank Bergmann überreichte die Urkunde und berichtete in seiner Laudatio über dessen großes Engagement und die Erfolge in vielfältigen berufspolitischen Aktivitäten.

Dr. Roland Urban, Berlin

Schriftführer des BVDN



## **Bundestagswahl 2005**

## Die Parteien lassen bitten

Nachdem Bundespräsident
Horst Köhler grünes Licht für
die vorgezogenen Neuwahlen
am 18. September gab, bitten
die Parteien den Wähler zur
Urne. Die gesundheitspolitischen Statements von SPD und
Union vermitteln wenig konkrete Vorstellungen darüber, wie
auch in Zukunft eine effektive
medizinische Versorgung der
Bevölkerung gewährleistet
werden soll.

as Wahlmanifest der SPD heißt nicht umsonst "Wahlmanifest", denn es ist ein Forderungs- und Wahlprogramm, aber kein Regierungsprogramm. Populistisch werden allerlei Forderungen und Wahlversprechungen aneinander gereiht, die des amtierenden Kanzlers Agenda 2010 konterkarieren. Schließlich muss der linke Teil der Wählerschaft bedient werden. Solidarität wird groß geschrieben und meint möglichst weitgehende Gleichheit. Der in der Welt höchste Grad an Gleichheit wird aber derzeit in Nordkorea erreicht, um mit Franz Müntefering zu sprechen.

Das Wort Solidarität im SPD-Programm spielt immer auch mit dem Neid-

gedanken, der Reichensteuer, Wiedereinführung der Vermögenssteuer und der oft bemühten Kraft der starken Schultern, die mehr Last tragen können als schwache - dies alles in einer Situation, in der fast 30 % aller Steuerzahler durch die jüngsten Steuersenkungen so weit entlastet wurden, dass sie überhaupt keine Lohn- oder Einkommenssteuer mehr bezahlen. Die Ausführungen zum Gesundheitswesen führen die Ideologie der Solidarität fort und gaukeln den gesetzlich Krankenversicherten vor, alles werde wie bisher bezahlbar bleiben, wenn nur Gutverdiener, Beamte, Selbständige und Politiker in die solidarische (= gesetzliche) Krankenversicherung einbezogen werden.

Auch die SPD hat erkannt, dass viele Wähler durch Vermietung eigener Wohnungen zusätzliches Einkommen erzielen. Daher ließ man die Idee fallen, auch Mieten und Pachten in die Beitragsbemessung einzubeziehen. Gleichzeitig

#### Wahlmanifest der SPD

Wir wollen ein leistungsfähiges, solidarisches und bezahlbares Gesundheitswesen



Unser Gesundheitswesen ist gut, auch im internationalen Vergleich. Jeder erhält notwendige medizinische Leistungen auf der Höhe des medizinischen Fortschritts. Das Gesundheitswesen ist auch unsere größte Branche; in ihr finden über vier Millionen Menschen sinnvolle Beschäftigung. Das soll auch so bleiben.

Leistungsfähige, solidarisch finanzierte Sicherungssysteme sind das Rückgrat unseres Sozialstaats. Wer den Grundgedanken der Solidarität aufgibt, gefährdet Wohlstand und gesellschaftlichen Frieden. Solidarität heißt: Wer Hilfe braucht, der bekommt sie. Aber Solidarität heißt auch: Rücksicht nehmen auf die, die die Hilfe finanzieren und damit garantieren.

Mit der Gesundheitsreform haben wir die gesetzliche Krankenversicherung zukunftsfähig gemacht. Jetzt gilt es, die langfristige Finanzierung unseres Gesundheitswesens zu sichern.

Der medizinische Fortschritt und der veränderte Altersaufbau der Gesellschaft erfordern nicht weniger, sondern mehr Stabilität, aus der sich niemand ab einer bestimmten Einkommensgrenze verabschieden darf.

▶ Wir werden die Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung weiterentwickeln, in der gesetzliche und private Krankenversicherung nebeneinander Bestand haben.

#### Dabei gilt:

▶ Jeder muss versichert sein. Auch Gutverdienende, Beamte, Selbstständige und Politiker werden in die solidarische Krankenversicherung einbezogen.

- ▶ Jede Kasse muss jeden und jede ohne Ansehen des Risikos versichern. Niemand wird ausgegrenzt. Auch kranke und behinderte Menschen können wählen. Es bleibt beim heutigen gesetzlichen Leistungskatalog
- ▶ Jeder zahlt entsprechend seiner Leistungsfähigkeit. Die Beiträge zur Bürgerversicherung richten sich wie bisher nach dem Einkommen bei Löhnen, Gehältern und Renten. Die Beitragsbemessungsgrenze bleibt bestehen. Zukünftig werden auch Kapitalerträge zur Finanzierung herangezogen. Freibeträge schonen Durchschnittsersparnisse. Mieten und Pachten bleiben beitragsfrei.
- ▶ Die beitragsfreie Familienversicherung bleibt erhalten. In der Bürgerversicherung sind im bisherigen Umfang Familienmitglieder ohne Einkommen mitversichert.
- ▶ Das Nebeneinander von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen wird in einem Wettbewerb um die beste Versorgung umgewandelt.

Die Bürgerversicherung macht unser Gesundheitssystem gerechter. Sie ist eine Entscheidung für die Stärkung des Zusammenhalts in der Gesellschaft. Gesunde sorgen für Kranke, Junge für Alte, Alleinstehende für Familien, Gutverdienende für die, die weniger haben.

Mit der Einrichtung der Stelle des Patientenbeauftragten haben wir das Gewicht von Patientinnen und Patienten im politischen Entscheidungsprozess erhöht und deren Rechte gestärkt. Diesen Weg werden wir weiter fortsetzen.

20 NeuroTransmitter 7–8·2005

aber gibt es Pläne, die Altersrückstellungen der privat Krankenversicherten entschädigungslos in die GKV einzuschließen. Eine solche Bürgerversicherung mache unser Gesundheitssystem gerechter ("gleicher"). Der von fast allen Gesundheitsökonomen geforderte Vorrang für mehr Eigenverantwortung der Versicherten wird dadurch konterkariert.

Im Regierungsprogramm der CDU/ CSU bleiben die Aussagen zur Gesundheitspolitik recht nebulös; zudem scheint man die Probleme im Gesundheitswesen nicht sofort angehen zu wollen. Dies steht im Gegensatz zu den ehrlichen undschmerzhaften Aussagen zur Steuer- und Arbeitsmarktpolitik. Auch die Union beschwört die Gleichheit der Versicherten: "Eine Zwei-Klassen-Medizin wird es mit uns nicht geben." Und was haben wir jetzt? Immerhin äußert man sich konkreter dazu, die Belastung des Faktors Arbeit durch einkommensproportionale Krankenversicherungsprämien vermeiden zu wollen, um damit das deutsche Wirtschaftswachstum anzukurbeln und so für mehr Beschäftigung zu sorgen. Der Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherungsprämie der Arbeitnehmer soll dauerhaft festgeschrieben werden. Prämien von Kindern und sozial Schwachen werden aus Steuermitteln finanziert, sonst zahlt jeder Erwachsene eine gleich hohe (solidarische) Prämie, auch nicht arbeitende Ehegatten. Diese Maßnahmen werden die versicherungsfremden Leistungen aus der GKV erheblich reduzieren.

Tatsächlich handelt es sich bei der Krankenversicherung um ein Finanzierungssystem, in dem jeder Versicherte das gleiche Risiko einbringt. Gutverdienende haben kein höheres Risiko krank zu werden, als sozial Schwache. Warum sollten sie also eine höhere Prämie zahlen? Durchschnittsverdiener werden in der GKV nicht schlechter behandelt als

Gutverdienende. Warum sollten sie also eine geringere Prämie zahlen? Anders bei der Rentenversicherung: Diese ist eigentlich eine Bank; wer mehr oder länger einzahlt, bekommt mehr heraus. Unterschiedliche Krankenversicherungstarife sollen die Eigenverantwortlichkeit fördern und die Leistungstransparenz und den Wettbewerb einzelner Krankenkassen untereinander (auch der privaten). Im Gesundheitsprogramm der CDU/CSU scheinen also die tatsächlichen wirtschaftlichen Gegebenheiten des Gesundheitswesens besser und transparenter abgebildet zu sein. Der Versicherte bekommt hier eher das Gefühl für den Wert einer Gesundheitsmaßnahme. Im Übrigen spricht sich eine deutliche Mehrheit der Gesundheitsökonomen für einen Umbau der GKV-Finanzierung aus, die dem Unionsprogramm nahe kommt.

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen

#### Regierungsprogramm der CDU/CSU

Medizinischer Fortschritt für alle

Wo stehen wir? Der medizinische Fortschritt und die demografische Entwicklung verursachen steigende Kosten im Gesundheitswesen. Gleichzeitig gehen die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durch die hohe Arbeitslosigkeit und durch die zunehmende Zahl von Rentnern im Verhältnis zu den Lohnempfängern zurück. Vor diesem Hintergrund ist die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung massiv gefährdet. Die letzte Gesundheitsreform hat die Lohnzusatzkosten nicht spürbar gesenkt. Die Senkung von Lohnzusatzkosten ist aber entscheidend für neue Arbeitsplätze.

Was wollen wir? Gesundheit ist ein hohes Gut. Deshalb gilt für uns der Grundsatz: Was medizinisch notwendig ist, muss im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung für alle Versicherten unabhängig von Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand oder finanzieller Leistungsfähigkeit erbracht werden. Eine Zwei-Klassen-Medizin wird es mit uns nicht geben.

CDU und CSU werden ein grundlegend neues, zukunftssicheres System der gesetzlichen Krankenversicherung schaffen, das eine qualitativ hochwertige Gesundheitsvorsorge für alle sichert, das besser auf die Veränderungen im Bevölkerungsaufbau reagieren kann, das eine weiter Belastung des Faktors Arbeit vermeidet und das die erheblichen Wachstumschancen der Gesundheitsbranche ausschöpft: die solidarische Gesundheitsprämie.

- ▶ Die Krankenkassen erhalten für jeden erwachsenen Versicherten eine Gesundheitsprämie als kostendeckenden Beitrag.
- ▶ Die Gesundheitsprämie wird erstens gespeist aus der persönlichen Prämie jedes Versicherten. Für Versicherte mit niedrigem Einkommen greift automatisch ein sozialer Ausgleich. Dabei ist klar: Niemand zahlt bei Einführung der

solidarischen Gesundheitsprämie mehr als bisher.



- ▶ Die Gesundheitsprämie wird zweitens gespeist aus der Arbeitgeberprämie. Dieser Anteil des Arbeitgebers wird festgeschrieben. Er bleibt dauerhaft begrenzt und damit von der Entwicklung der Krankheitskosten abgekoppelt. Bei Rentnern zahlen die Rentenversicherungsträger den Arbeitgeberanteil.
- ► Kinder werden beitragsfrei versichert; die dafür erforderlichen Beträge werden aus Steuermitteln finanziert.
- ▶ Wir stärken den Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Wir schaffen einen echten Wettbewerb der Kassen um die Versicherten. Die Krankenkassen müssen wesentlich stärker als bisher an den Wünschen der Versicherten orientierte unterschiedliche Tarife anbieten. Wir streben an, dass der Wechsel von einer privaten Krankenversicherung zu einer anderen erleichtert wird, indem Altersrückstellungen übertragen werden können. Auch der Wettbewerb von Ärzten, Krankenhäusern, Arzneimittelherstellern und Apotheken muss deutlich gestärkt werden.

Die von SPD und Grünen propagierte Bürgerversicherung ist keine geeignete Alternative zur solidarischen Gesundheitsprämie. Wenn alle Bürger in eine einheitliche Zwangsversicherung einzahlen müssen, findet Wettbewerb nicht mehr statt. Die Bürgerversicherung führt nicht zur Entkoppelung von Arbeits- und Gesundheitskosten; steigen die Aufwendungen für die Gesundheit, steigen wie bisher auch die Arbeitskosten. Die Bürgerversicherung gibt keine Antwort auf die Probleme der Bevölkerungsentwicklung. Diese Form der Versicherung wirkt wie eine Sondersteuer für kleine und mittlere Einkommen. Sie werden durch die Beitragsbemessungsgrenze gegenüber höheren Einkommen wesentlich stärker belastet. Das ist ungerecht.

NeuroTransmitter 7—8-2005

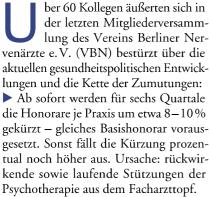


Aus den Verbänden

### "Berliner Seiten"

# Zusammenhalt macht stärker

Der Ernstfall – seit Jahren angekündigt, aber von vielen doch nicht wirklich erwartet – ist eingetreten. Die ersten Berliner Nervenarztpraxen sind pleite und viele andere Inhaber haben gravierende Liquiditätsprobleme. Bedrückung, unübersehbar auch Angst um die Zukunft der eigenen Praxis, beherrschte die letzte, wieder sehr gut besuchte Mitgliederversammlung des VBN vor der Sommerpause.



▶ Der neue, ab 1.7.2005 gültige Punktwert (4,15 Cent) macht eine Leistungssteigerung (gemessen am Individualbudget) von 10–15% erforderlich, um ein gleich hohes Basishonorar zu erzielen.

- ▶ Der EBM 2000 plus enttäuscht durch kritikwürdige Leistungsbeschreibungen und Bewertungen. Auch weisen erste Rückmeldungen zu Abrechnungszahlen auf ein sinkendes Gesamtpunktvolumen unserer Praxen bei gleicher Arbeitsleistung hin. Achten Sie unbedingt auf vollständige Leistungsabrechnung besonders bei den Betreuungsziffern!
- ▶ Die Einführung der Qualitätssicherung in den Praxen rückt näher. Auch wenn damit zweifelsfrei auch positive Effekte für unsere Praxen verknüpft sein werden, so ist die neuerliche zeit- und kostenintensive Investition auf jeden Fall eine zusätzliche Belastung.
- Soziotherapie, einst zur Stärkung der niedergelassenen Nervenarztpraxis gedacht, droht endgültig zum Bürokratiemonster und Kosten-Verschiebebahnhof zu unseren Arbeitslasten zu werden.

► Verstärkte Auflagen und Ansprüche seitens der Ärztekammer für Weiterbildungspraxen ohne Finanzierungsmöglichkeit führen zum Abbau von Weiterbildungkapazität in unseren Praxen.

Fazit: Weniger Betten, mehr Fälle, mehr Bürokratie, mehr Arbeit, aber geringere Honorierung!

#### Kaum Pluspunkte

Den vielen Negativmeldungen steht nur wenig Positives gegenüber: So hat der KV-Vorstand dem VBN in gemeinsamer langer Besprechung zugesichert, sich für die Aufnahme perioperativer EMGs (CTS) in Strukturverträge (mit der Folge extrabudgetärer Honorierung) einzusetzen und gemeinsam mit dem VBN weitere Möglichkeiten für Strukturverträge zu prüfen (interessant sind hier Krankenhaus-vermeidende Leistungen wie LP, MS-Puls-Therapie, TIA-Management, Psychose- und Rezidiv-Management).

Positiv ist zumindest auch das Verständnis des KV-Vorstandes für unsere Argumentation, dass mit besserer Ausstattung des Nervenarzt-/Psychiatertopfes einer kostensprengenden Ausweitung der Richtlinien-Psychotherapie im Sinne eines komplett parallelen neuen Versorgungszweiges am ehesten zu begegnen sei.

Eine große Umfrage des VBN-Vorstandes in den über 400 Berliner Nervenarztpraxen – im März noch vor den oben aufgeführten Meldungen mit hohem Rücklauf durchgeführt – belegt die besondere und dramatische Situation unserer Facharztpraxen. Bereits mehr als ein Fünftel von ihnen finanzieren sich



demnach zu über 20% nicht mehr aus GKV-Einnahmen (Quer-Subventionierung einer nicht mehr kostendeckenden Kassentätigkeit). Nur 20% der Ärzte haben eine wöchentliche Arbeitszeit bis zu 40 Stunden, während über ein Drittel mehr als 50 Stunden arbeiten. Dennoch nimmt die Wartezeit auf einen Termin beständig zu (bei 90 % aller Praxen) und liegt bei etwa 40% schon bei über vier Wochen. Allem Arbeitseinsatz und aller Nachfrage zum Trotz stehen zwei Nervenarztpraxen in praxisbedingtem Insolvenzverfahren, 60 % gaben praxisbedingte Liquiditätsprobleme an. Eine unerträgliche Situation, die sich nach Einsetzen oben genannter Honorarkürzungen, Regelungen und Maßnahmen zwangsläufig weiter zuspitzen wird.

Bei allen Bedrohungen ist einzig positiv, dass ein gemeinsames Vorgehen, die Geschlossenheit unserer Fachgruppe und ein hoher berufspolitischer Organisationsgrad im VBN als besonders wichtig angesehen werden. Unsere Reaktionen dürfen nicht nur auf KV-Ebene erfolgen, vielmehr ist ein breites Vorgehen auf politischer, fachlicher und juristischer Ebene gefordert, das nur bei Mitarbeit möglichst vieler Kolleginnen und Kollegen erfolgreich sein kann.

Dr. med. Norbert Mönter, Berlin

NeuroTransmitter 7-8-2005

#### Aktuelles aus der Hauptstadt

Neuer Honorarverteilungsvertrag ab 1.7.2005: Unmittelbar vor einer Schiedsamtentscheidung haben sich Ende Juni Kassen und KV doch noch auf einen neuen Honorarverteilungsvertrag geeinigt. Für das bisherige Individualbudget werden pro Punkt 4,15 Cent gezahlt; darüber hinausgehende Leistungen werden - um der gesetzlichen Vorlage zu entsprechen - mit einem symbolischen Restpunktwert von 0,3 Cent erstattet. Tatsächlich kann das individuell ausgezahlte Basishonorar in etwa gleich bleiben. Vorrausetzung ist eine Leistungssteigerung (gemessen am Individualbudget) um zirka 10-15%, da diese dann voraussichtlich ebenfalls mit 4,15 Cent aus dem geringer ausgeschöpften Gesamt-IB-Topf bezahlt wird. Das bedeutet: gleiches Geld, bloß für mehr Leistung und rein symbolische Honorierung für alles, was über die 10-15% hinausgeht.

Off-label-use: Es kommt Bewegung in die Frage des Off-label-use in Neurologie und Psychiatrie. Der Vorstand des Berliner VdAK hat jetzt weitergehenden Gesprächen über eine spezielle Vereinbarung zugestimmt. Auf Initiative des VBN-Vorstandes hatte eine Expertengruppe, bestehend aus mehreren niedergelassenen Nervenärzten und leitenden Ärtzen großer Berliner Kliniken einschließlich der Charité, Anfang des Jahres ein wissenschaftlich fundiertes, umfangreiches Konsensuspapier zum Thema Off-label-use bei neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen erarbeitet und Ende März dem VdAK vorgelegt. Diese von Berliner Klinikern und Niedergelassenen erarbeitete Erklärung bildet jetzt die Grundlage für erste konkrete Verhandlungen.

VBN-Vorstand empfiehlt Widerspruch: Sowohl gegen anstehende Kürzungsbescheide früherer Honorarabrechnungen aufgrund der Psychotherapie-Punktwertstützung sowie gegen neue Honorarabrechnungen sollte von allen Kollegen Widerspruch eingelegt werden, gegebenenfalls zunächst auch ohne Begründung. Seitens des VBN-Vorstandes erfolgen Absprachen mit Rechtsanwaltskanzleien zur Abklärung möglicher Argumentationslinien. Musterklagen verschiedener Praxistypen sollen vorbereitet werden.

Kampagne ambulante Facharztmedizin startet: Die katastrophale Finanzierungssituation der Berliner Facharztpraxen ist Hintergrund einer groß angeleg-

ten Kampagne der KV Berlin mit Info-Tagen, Umfragen, Medienveranstaltungen und Unterschriftenaktionen, die im Herbst beginnen soll.

Dr. med. Norbert Mönter, Berlin

#### Berliner Kalendarium für Niedergelassene (2. Halbjahr)

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

23.8.2005	20.00 Uhr	VBN-Mitgliederversammlung: Thema unter anderem: Qualitätsmanagementsysteme
24.8.2005	20.00 Uhr	Offener Qualitätszirkel Demenz Kaiserin Friedrich Stiftung, Robert Koch Platz 7, Mitte
29.8.2005	20.00 Uhr	Logopädie bei Morbus Parkinson Parkinson-Verein, Info: www.parkinsonverein.de
7.9.2005	19.00 Uhr	Stand der psychiatrischen Projekte integrierter Versorung in Berlin Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin, Info: www.psychiatrie-in-berlin.de
8.9.2005	19.30 Uhr	Arbeitskreis Multiple Sklerose Berlin e. V. Hotel Steigenberger, Los-Angeles-Platz
17.10.2005	20.00 Uhr	Nichtmotorische Symptome bei Morbus Parkinson Parkinson-Verein
18.10.2005	20.00 Uhr	VBN-Mitgliederversammlung
19.10.2005	20.00 Uhr	Offener Qualitätszirkel Demenz Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Robert-Koch-Platz 7, Mitte
22./23.10.2005		Überregionale Weiterbildung zur Psychotherapie bei Psychosen Charité Campus Mitte
31.10.2005	20.00 Uhr	Schnittstellenproblematik stationär-ambulant Referentin: Prof. Isabella Heuser, Charité CBF, Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin
11./12.11.2005		Großveranstaltung in der Urania:Tag des Gehirns 2005 Sonderveranstaltung 11.11.: Prävention in der Psychiatrie
16.11.2005		Psychoedukation bei schizophrenen und affektiven Störungen voraussichtlich: Hotel Maritim ProArte, Friedrichstr. 151, Mitte; Projektstart, Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin
21.11.2005	20.00 Uhr	Treffen mit Klinikern Parkinson-Verein
5.12.2005	20.00 Uhr	Psychiatrie im Trialog – Treffen mit Betroffenen und Angehörigen, Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin
13.12.2005	20.00 Uhr	VBN-Mitgliederversammlung

NeuroTransmitter 7—8-2005

Aus den Verbänden Berliner Seiten

#### Qualitätszirkel Schlaganfall Berlin-Marzahn/Hellersdorf

S chlaganfälle sind in den modernen Industriestaaten dritthäufigste Todesursache und häufigste Invaliditätsursache bei Betroffenen bis zum 65. Lebensjahr. Die jährliche Inzidenz des Schlaganfalls in Deutschland liegt bei 250.000 Fällen. In Berlin ist täglich mit durchschnittlich 15 Schlaganfällen zu rechnen; ein Drittel der Patienten geht ad exitum, ein weiteres Drittel behält bleibende und behindernde neurologische Defizite und nur ein Drittel remittiert. Diese epidemiologische Realität und die demografische Relevanz des Schlaganfalls als überwiegendes Leiden der zweiten Lebenshälfte, lassen die Dimensionen einer noch nicht befriedigend versorgten Erkrankung erkennen, trotz Stroke Units und Wissenschaftsfortschritt sowohl in der Akutbehandlung als auch in der Rehabilitation.

Zur Optimierung der Primär- und besonders der Sekundärprävention und Langzeitnachsorge des Schlaganfalls als spezifische nervenärztliche und neuroangiologische Betreuungsdomäne, wurde 2002 in Berlin ein regionaler interdisziplinärer Qualitätszirkel Schlaganfall gegründet. In diesen Qualitätszirkel sind unter nervenärztlicher Leitung sowohl Hausärzte, als auch ein Kardiologe/Angiologe und der Leiter der ortsnahen tagesstationären Rehabilitationseinrichtung einbezogen.

Themenfelder sind unter anderem Fehlversorgungsaspekte wie verzögerte Prähospitalphase des akuten Schlaganfalls bei unzureichendem Wissen über Symptome und Handling in der Bevölkerung, mangelhafte regionale Kooperation zwischen Hausärzten und spezialisierten Nervenarzt- und Kardiologiepraxen, mangelhafte Stratifizierung und inkonsequenter Umgang mit Gefäßrisikofaktoren, defizitäre Identifizierung von High-Risk-Patienten mit entsprechend inadäquatem Präventionsvorgehen sowie die unzureichende Nutzung von Ressourcen einer qualifizierten Langzeitrehabilitation.

## Stroke-Kärtchen für High-Risk-Patienten

In Kooperation mit Vertretern örtlicher Stroke Units und dem ortsnahen ambulanten Reha-Zentrum wurden vor allem kasuistisch relevante Fortbildungsinhalte diskutiert und ein leitlinienorientiertes Fallmanagement erarbeitet. Weiterhin wurde ein regionales Konsultationszentrum für neuro-angiologische Problemfälle konzipiert, die im Zuge der Evaluation von High-Risk-Patienten mit so genannten "Stroke-Kärtchen" zur raschen Erfassung relevanter Daten im Akutfall versehen wurden. Ein Konzept zum Management der Prähospitalphase wurde dem notärztlichen Dienst der KV übergeben, die Zusammenarbeit mit ausgewählten qualifizierten Ergo-/Logo- und Physiotherapiepraxen wurde strukturiert.

Aus dem Qualitätszirkel entwickelte sich eine noch stärker versorgungsorientierte Arbeitsgruppe "Zerebrovaskuläre Erkrankungen" mit Schwerpunkt Schlaganfall und vaskuläre Demenzen. Eine überregionale Leitstruktur aus dem niedergelassenen Bereich zum Thema Schlaganfall ist vorgesehen, die die Maßnahmen zur Qualitätssicherung, Strukturierung und Evaluation von regional zu implementierenden Betreuungsstrategien vorgeben und koordinieren sowie die Zusammenarbeit mit der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe fördern soll.

Dr. med. Veneta Siefjediers, Berlin

### Arbeitskreis Multiple Sklerose Berlin e. V. – im fünften Jahr aktiv!

as Ringen um Projekte zur integrierten Versorgung hat uns in unserem Arbeitskreis Multiple Sklerose Berlin e. V. um viele Erfahrungen reicher gemacht. Es wurde viel Energie und großes Engagement erbracht, gleichzeitig mussten Krisen und Rückschläge überwunden werden. In Rückbesinnung auf unsere ärztliche Arbeit haben wir wieder ein tragendes Fundament gewonnen. So findet weiterhin regelmäßig intensive Qualitätszirkelarbeit statt. Aus den sich bei den Fallbesprechungen ergebenden Fragestellungen erarbeiten wir die relevanten diagnostischen, therapeutischen und wissenschaftlichen Grundlagen für unser tägliches Handeln. Die Verbesserung der Behandlungs- und Lebenssituation der von uns betreuten Multiple Sklerose-Patienten steht dabei im Vordergrund.

Unsere Mitgliederzahl ist kontinuierlich gestiegen: Im November 2000 starteten wir mit acht Gründungsmitgliedern; derzeit engagieren sich bereits 32 Kolleginnen und Kollegen, sodass wir mehr als 2.500 Multiple Sklerose-Patienten umfassend ambulant versorgen können. Die Zahlen der Kortison-Stoßtherapien und diagnostischen Lumbalpunktionen erhöhten sich laut interner Statistik 2004 erneut. Die Durchführung ambulanter Studien ist möglich und erfolgt auf qualitativ hohem Niveau.

#### Krankenkassen zeigen Interesse

Für uns überraschend, zeigten in den letzten Monaten Berliner Krankenkassen Interesse an unserer Arbeit und suchten das Gespräch mit uns. Ziel ist es, einzelne Leistungskomplexe unseres Angebots zur Vermeidung von Krankenhausbe-

handlungen zu formulieren und in Vereinbarungen zur integrierten Versorgung mit den Kassen direkt oder aber auch in Strukturverträge unter Einschluss der KV zu überführen. Hier haben wir neues Gehör gefunden.

Von uns mit angestoßene Projekte stehen vor der Einführung, wie zum Beispiel das mit Prof. Dr. M. Pette und dem Norddeutschen Arbeitskreis entwickelte Multiple Sklerose-Dokumentationssystem. Auch die Berliner Vereinbarung mit neuroradiologischen Praxen zur standardisierten Durchführung der NMRTs bei Multiple Sklerose wurde vom ärztlichen Beirat der DMSG aufgegriffen und soll bundesweit definiert und eingeführt werden. Engagement macht Mut!

Hans-Jürgen Boldt, Berlin

NeuroTransmitter 7-8·2005



# Rahmenvertrag zur integrierten Versorgung bei Depressionen

Die neuropsychiatrischen Berufsverbände haben früh strukturierte Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsqualität für ihren Fachbereich entwickelt. Nachdem viele Krankenkassen zunächst integrierte Versorgungsverträge mit überwiegendem Marketing-Charakter abgeschlossen haben, hat ein Jahr nach Verabschiedung des GMG das Interesse an qualitätsorientierten Versorgungskonzepten deutlich zugenommen.

iner der Vorreiter im Hinblick auf integrierte Versorgung ist die Techniker Krankenkasse, die bereits Ende 2004 Verhandlungen mit BDN, BVDN und BVDP aufgenommen hat. Favorisiert wurde die integrierte Versorgung der Depression und innerhalb weniger Monate ein Konzept vertragsfertig erarbeitet (unter Moderation von Dr. Klaus Piwernetz, Fa. medimaxx). Dieses Konzept soll hier zusammenfassend vorgestellt werden. Eine vollständige Darstellung ist für Mitglieder auf den Internetseiten der Verbände abrufbar.

#### Hintergrund

Depressive Störungen zählen nicht nur zu den häufigsten Diagnosen innerhalb der psychischen Erkrankungen, sondern zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt. Laut Schätzungen der WHO haben Depressionen im Jahre 2002 weltweit den zweiten Platz für verlorene Lebensjahre eingenommen . Für das Jahr 2020 stehen unipolare Depressionen an erster Stelle des "Global burden of Disease" (Häufigkeit verschiedener Erkrankungen, Erkrankungsjahre pro Bevölkerung, Gewicht mit Schwere der

Beeinträchtigung). Die durchschnittlichen direkten Behandlungskosten sind hoch und betragen rund 2.500 EUR pro Patient und Jahr, die indirekten Behandlungskosten dürften ein Vielfaches davon ausmachen.

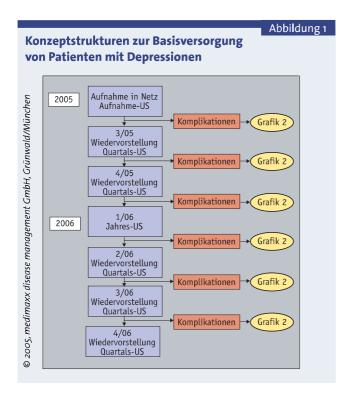
#### Netzstruktur

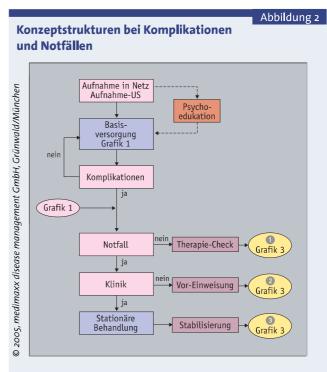
Netzteilnehmer sind Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, niedergelassene Nervenärzte und Psychiater und Hausärzte. Kooperationspartner sind Psycho- und gegebenenfalls Ergotherapeuten. Die Einbindung der Hausärzte erfolgt über strukturierte Kooperationen in Form von Schulungsprogrammen zur Früherkennung und Optimierung der Schnittstellen sowie durch eine kontinuierliche Qualitätszirkelarbeit.

#### Versorgungselemente

**Aufnahmekonsultation:** Ein festgelegtes Aufnahmeprozedere umfasst die

FORTSETZUNG SEITE 29 \_\_\_





26 NeuroTransmitter 7–8·2005





#### Aus den Verbänden | Rahmenvertrag zur inegrierten Versorgung bei Depressionen

und Entscheidungswege und weniger Fehldiagnosen verbunden, ferner können unnötige diagnostische und therapeutische Maßnahmen vermieden sowie Patienten vor nicht wirksamen Therapien und deren möglichen Nebenwirkungen bewahrt werden. Weiterhin kann durch einen stringenten Informationsfluss der Informationsgrad gesteigert werden.

Die Servicequalität der integrierten Versorgung steigt durch innovative Leistungen mit Zugang zu einem Callcenter, Führung durch einen Case-Manager, Edukationsprogramme für Patienten und Angehörige und Zugang zu standarisierten Informationen. Eine hohe Kundenorientierung zeigt sich beispielsweise in geringen Wartezeiten, qualifizierten Schulungs- und Informationsangeboten, transparenten Behandlungswegen und Zugang zu kompetenten Ansprechpartnern bei Krisensituationen.

#### Vertragsabwicklung

Das hier vorgestellte integrierte Versorgungskonzept wird zunächst in einigen Modellregionen implementiert und evaluiert. Die Auswahl der Gebiete erfolgte aufgrund von Auswertungen der Versorgungsdaten. Nach erfolgreichem Start ist eine Ausweitung in weitere Regionen geplant. Regionale Gemeinschaften von Leistungerbringern können dann dem Rahmenvertrag einfach beitreten. Da Verbände keine Wirtschaftsunternehmen sind, ist ein direkter Vertragsabschluss mit ihnen nicht möglich. Als Mediator wird eine von den Berufsverbänden zu gründende Genossenschaft dienen. Vorteil für alle Beteiligten: Die Krankenkassen brauchen nur einmal den durchaus langwierigen Prozess der Vertragsgestaltung und der Leistungskalkulation zu durchlaufen, Leistungserbringer können sich mit geringem Aufwand dem Vertrag anschließen, Vertragsmodifikationen und etwaig notwendige Nachverhandlungen verlaufen professionell aus einer Hand.

Dr. med. F. Bergmann, Aachen Dr. med. Ch. Roth-Sackenheim, Andernach Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich Dr. med. Dr. rer. nat. K. Piwernetz, medimaxx disease management GmbH, Grünwald bei München

#### Jetzt abonnieren!

### Regelmäßiger Newsletter des BDN, BVDN und BVDP

Im Juni ist die erste Ausgabe des BDN-, BVDN- und BVDP-Newsletters erschienen. Die Newsletter sollen die Verbandsmitglieder in Zukunft drei- bis viermal im Jahr über aktuelle Projekte des Berufsverbandes, Neuerungen und Termine informieren.

Ein Highlight der ersten Ausgabe: Auf den Internetseiten der Verbände stehen nun Vorträge des III. Neurologen- und Psychiatertages in Köln zum Download bereit.

Die Mitglieder von BDN, BVDN und BVDP können sich auf der jeweiligen Homepage für den informativen und aktuellen

Newsletter anmelden (Adressen: www.neuroscout.de für den BDN, www.bvdn.de für den BVDN und www.bv-psychiater.de für den BVDP).

Wer seine Zugangsdaten verlegt hat, dem sendet die Online-Redaktion nach einer kurzen Nachricht über den "Kontakt"-Button schnell seine persönlichen Angaben zu.





#### **Große Fragebogenaktion: Machen Sie mit!**

## Gedächtnissprechstunden in der Nervenarztpraxis

#### Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

der BVDN-Arbeitskreis Gerontopsychiatrie plant eine bessere Außendarstellung gerontopsychiatrischer Schwerpunktpraxen im gesamten Bundesgebiet. Ziel ist, unsere Kompetenz als niedergelassene Fachärzte bezüglich Gedächtnissprechstunden im Vergleich zu Krankenhausambulanzen zu dokumentieren.

Falls Sie sich als gerontopsychiatrische Schwerpunktpraxis verstehen, bitten wir Sie den Fragebogen auf S. 32 ausgefüllt bis spätestens 5.9.2005 an die Geschäftsstelle des BVDN/BVDP/BDN, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, zu senden oder zu faxen: (02 13 1) 2 20 99 22.

Nach Auswertung dieser Umfrage hat der Arbeitskreis eine Vorstellung der Mitgliedspraxen im Internet auf der Homepage für Patienten und interessierte Laien www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de geplant.

Wir hoffen, dass sich viele von Ihnen beteiligen, damit unser Profil und unsere Leistungsstärke als selbstbewusste Antwort auf die demografische Entwicklung deutlich wird.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Dr. med. Jens Bohlken, Berlin AK-Gerontopsychiatrie des BVDN





## Aus den Verbänden Fragebogenaktion

Fragebogen "Gerontopsychiatrische Schwerpunktpraxen"			
1	Um welchen Praxistyp handelt es sich bei Ihrer Pra	axis?	☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis/ Praxisgemeinschaft ☐ mit 2 Fachärzten ☐ mit 3 Fachärzten ☐ mit mehr als 3 Fachärzten
2	Wie viele Patienten im Quartal werden insgesamt in dieser Praxis diagnostiziert oder behandelt?		<ul> <li>□ weniger als 500</li> <li>□ 500 - 800</li> <li>□ 800 - 1.200</li> <li>□ 1.200 - 1.500</li> <li>□ 1.500 - 2.000</li> <li>□ mehr als 2.000</li> </ul>
3	Wie viele Patienten werden davon wegen einer Demenz-Erkrankung behandelt?		<ul> <li>□ weniger als 20</li> <li>□ 20 – 50</li> <li>□ 50 – 100</li> <li>□ 100 – 200</li> <li>□ mehr als 200</li> </ul>
4	Wie viele Patienten behandeln Sie davon ambular Antidementiva (Cholinesterase-Hemmer, NMDA-A		<ul><li>□ weniger als 20</li><li>□ 20 – 50</li><li>□ mehr als 50</li></ul>
5	Wie viele Heimpatienten mit Demenz-Erkrankung betreuen Sie?	gen	<ul> <li>□ weniger als 20</li> <li>□ 20 – 50</li> <li>□ 50 – 100</li> <li>□ 100 – 200</li> <li>□ mehr als 200</li> </ul>
6	Wie viele neuropsychologische Testverfahren verv Sie routinemäßig bei der Demenz-Diagnostik?	venden	□ 1 □ 2 □ 3 □ mehr als 3
7	Welche Facharztqualifikation besitzen Sie? (Nervenärzte sowie Neurologen und Psychiater beides ankreu:	zen)	☐ Psychiatrie ☐ Neurologie
8	Liegt der Schwerpunkt Ihrer Praxis überwiegend i psychiatrischen oder im neurologischen Bereich?	m	□ überwiegend psychiatrisch □ überwiegend neurologisch □ gleich verteilt
9	Werden in Ihrer Praxis auch Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie erbracht?		□ ja □ nein
10	Welche anderen Berufsgruppen sind bei der gerontopsychiatrischen Versorgung in Ihrer Praxis neben der Arzthelferin tätig?		☐ Ergotherapeuten ☐ Psychologen ☐ Sozialarbeiter ☐ Sonstige:
Mitglied	dschaft □ BVDN □ BVDP □ BDN		
 Datum	 Unterschrift	Praxisstempel	

# Vertrag zur integrierten Versorgung schwer psychisch Erkrankter

Nach langen Vorarbeiten, zunächst mit der AOK, hat die DAK Rheinland sich zu einer Vereinbarung zur integrierten Versorgung schwer psychisch Erkrankter entschlossen. Ziel ist, den Versicherten ein Komplexleistungsprogramm entsprechend den Leitlinien der Fachgesellschaften anbieten zu können. Hierdurch soll die Priorität ambulanter Behandlung verdeutlicht werden.



**Zufriedene Gesichter** nach Vertragsabschluss: Dirk Banaschak, DAK-Landesverband, Dr. Sibylle Schreckling, BVDP, und Gerhard Holler, Arbeitsbereich Versorgungsforschung der MHH (sitzend, v.l.), Burkhard Rink, DAK, Dr. Michael Rado, Ärztekammer Nordrhein, Petra Godel-Ehrhardt und Werner Padberg, Arbeitsgemeinschaft für psychisch Kranke im Erftkreis e. V. (stehend, v.l.)

er neue Vertrag zur integrierten Versorgung im Rhein-Erft-Kreis der DAK Nordrhein mit der neuropsychiatrischen Schwerpunktpraxis Dr. Schreckling ermöglicht es, Patienten mit Krankheitsbildern aus dem schizophrenen und depressiven Formenkreis wohnortnah zu behandeln und Klinikbehandlungen durch Kooperation mit Hilfseinrichtungen zu vermeiden. Psychosoziale Maßnahmen (personenzentrierter Hilfeansatz) in den Bereichen Wohnen, Tagesstrukturierung und Arbeit gewinnen als komplementäre Hilfsangebote dabei besondere Bedeutung.

#### **Komplexes Leistungsangebot**

Hierdurch ergibt sich ein komplexes Leistungsangebot

- \_\_ mit dem Hausarzt,
- \_ der zuständigen Fachklinik,
- der ambulanten häuslichen oder psychiatrischen Krankenpflege,
- \_\_ mit der Soziotherapie sowie
- \_\_ dem sozialpsychiatrischen Dienst.

In diesem Rahmen ist der Nervenarzt/ Psychiater als hauptverantwortlicher Lotse der medizinischen Versorgung zuständig. Die Sicherung des Hilfsangebots für die einzelnen Patienten erfolgt durch ein Lenkungsgremium (mit Fallkonferenz und Qualitätszirkel). Externes Qualitätsmanagement und Evaluierung führt die Medizinische Hochschule Hannover, Arbeitsbereich Versorgungsforschung unter der Leitung von Gerhard Holler durch.

#### **Praxisleistung**

Die Praxisleistung umfasst die

- \_ Einrichtung eines Qualitätszirkels,
- \_\_ Umsetzung von Behandlungspfaden,
- Einrichtung einer "Leitstelle" zur Regelung von Notfällen,
- Erreichbarkeit für die Patienten von 8.00–17.00 Uhr,
- Koordination eines umfassenden ambulanten Versorgungssystems (häusliche Krankenpflege, Soziotherapie),
- Entwicklung einer Schnittstellenüberbrückung mit der regional versorgen-

den Fachklinik mit dem Ziel einer gemeinsamen Dokumentation, fachliche Supervision.

#### Vorteile für die Patienten

- \_\_ Freistellung von der Praxisgebühr;
- \_\_ zeitnahe Krisenintervention;
- Beratung von Angehörigen und des sozialen Umfelds;
- gesteuerte Aktivierung von Versorgungskompetenzen der Region, soweit erforderlich (z.B. Vermittlung von Plätzen für betreutes Wohnen und Tagesstättenbetreuung, in der Regel durch Hilfeplankonferenzen).

Hierfür erhält der Nervenarzt/Psychiater eine Grundpauschale pro Patient pro Quartal, unabhängig von den EBM-Leistungen; der hinzugezogene Hausarzt erhält ein Beratungshonorar.

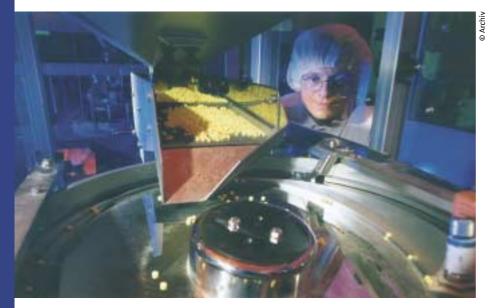
Ähnliche Modelle, auch mit der AOK, existieren bereits in Niedersachsen. Dabei gilt es, zu differenzieren: zwischen dem großen politischen Entwurf mit Stärkung der Hausarztverträge gemäß § 73 und Einbeziehung von Kliniken unter Vernachlässigung der Facharztseite einerseits und der bislang unzureichenden Anerkennung des regionalen Bedarfs an psychiatrischer Versorgung andererseits.

Wir wissen, dass sich die Versorgungsprobleme vor Ort anders gestalten. Daher geht es jetzt darum, der Optimierung der psychiatrischen Versorgung den ihr zukommenden Rang zu verschaffen. Die Gelder für Projekte integrierter Versorgung werden bald ausgegeben sein; ob diese Projekte nach 2007 fortgeführt werden, ist unklar. Daher muss nun entsprechender Bedarf angemeldet und der Kontakt mit regionalen Krankenkassen gesucht werden, wobei wir im Bedarfsfall helfen können.Wenn wir die Zeit aber jetzt nicht nutzen und aktiv werden, wird die Versorgung unserer Patienten zukünftig von anderer Seite gesteuert werden.

#### Dr. med. Sibylle Schreckling

Vorstandsmitglied des BVDN Nordrhein Stellvertretende Vorsitzende des BVDP





Rahmenbedingungen erheblich gestört. Arzneimittelentwicklungen dauerten bis zu zehn Jahre. Die gesetzlichen Krankenkassen müssten den Regelungen des Unternehmens-, Wettbewerbs- und Kartellrechts unterworfen werden. Zu geänderten ordnungspolitischen Maßnahmen gehörten auch Entbürokratisierung und Deregulierung. Die Nutzenbewertung neu zugelassener Arzneimittel sollte unter Alltagsbedingungen in der ärztlichen Praxis ermittelt und nicht als eine Art Zweitzulassung gesehen werden.

## Zukunft der pharmazeutischen Industrie in Deutschland Mehr Wettbewerb – weniger Regulierung

Am 13. Juni lud das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zur Fachtagung "Weiterentwicklung des Ordnungsrahmens für die Arzneimittelversorgung" nach Berlin ein. Die Verbandsvertreter der pharmazeutischen Industrie hatten mit Bundeskanzler Gerhard Schröder weiterführende Gespräche vereinbart, um die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Deutschland wieder zu verbessern.

ie pharmazeutische Industrie klagt über verschlechterte Entwicklungs-, Forschungs- und Produktionsbedingungen, die im Rahmen der Globalisierung zum Abbau deutscher Arbeitsplätze und zur Verlagerung von Unternehmen beziehungsweise Unternehmensteilen in das Ausland führen.

Auf der kürzlich veranstalteten Fachtagung "Weiterentwicklung des Ordnungsrahmens für die Arzneimittelversorgung" des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung äußerten die Verbände der pharmazeutischen Industrie ihre Bedenken gegenüber der gegenwärtigen Gesundheits- und Wirtschaftspolitik und deren Forderungen. In die gleiche Kerbe schlägt eine vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) in Auftrag gegebene Studie: Fast die Hälfte aller Pharmafirmen prognostiziert für 2005 einen weiteren Stellenabbau, nachdem das GMG bereits 2004 bis zu 10.000 Arbeitsplätze gekostet hatte.

Die pharmazeutische Industrie fordert Kontinuität und Durchgängigkeit der Politik; beides werde derzeit durch kurzfristige Änderungen der politischen

#### Zu viele Einschnitte durch die Politik

Reine Kostendämpfungspolitik dürfe nicht die Therapievielfalt einschränken, während gleichzeitig von der Förderung des mündigen Patienten gesprochen wird. Kostendämpfungsinteressen beschneiden die Innovationsmöglichkeiten bei der Entwicklung neuer Substanzen, der Individualisierung medikamentöser Behandlung, der Schließung von Therapielücken, der Optimierung bestehender Therapiemöglichkeiten und bei der Optimierung des Versorgungssystems.

Der nun wieder von 16% auf 6% reduzierte Zwangsrabatt auf an die GKV gelieferte Arzneimittel müsse ganz abgeschafft werden. Die pharmazeutische Industrie fordert außerdem die Abschaffung der Festbeträge. Die in Deutschland überwiegend mittelständisch geprägten Unternehmen würden sich durch hohe Investitionskraft, Flexibilität, Standorttreue, überdurchschnittliche Erhaltung regionaler und hoch qualifizierter Facharbeitskräfte auszeichnen, was honoriert werden müsse. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sollten wegen Nebenwirkungsarmut und guter Wirksamkeit wieder erstattet und nicht weiter ausgegrenzt werden.

NeuroTransmitter 7-8·2005

#### Abbau der Arzneimittelindustrie

Prof. Dr. Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, erklärte, dass nur 47% des Umsatzes am gesamten Gesundheitsmarkt in Deutschland von der GKV abgedeckt werden. Die GKV bezahlt jedoch 72% aller verkauften Medikamente; der Arzneimittelkostenanteil an den GKV-Ausgaben beträgt aber nur 17%. Damit bewegt sich Deutschland im europäischen Durchschnitt und stellt den drittgrößten Pharmamarkt dar. In der Liste der weltgrößten Pharmazieunternehmen steht jedoch erst an Platz 14 ein deutsches

Früher war die Bundesrepublik drittgrößter Arzneimittelhersteller unter den Ländern. Laut Wille sind im Laufe der Jahre etwa 20.000 Arbeitsplätze in diesem Bereich verloren gegangen. Dafür hat Deutschland mit großem Abstand den höchsten Generikaanteil bei den verordneten Medikamenten. Daraus sei aber nicht zu folgern, dass Deutsche bei gleichem Pharmaumsatz und häufigen preiswerten Verordnungen besonders viele Medikamente einnehmen. Vielmehr sind im europäischen Ausland die früher sehr hohen Medikamentenpreise in Relation zu Deutschland deutlich gesunken.

Ein großes Problem des deutschen Pharmamarkts sieht Wille im "Intermedikationseffekt". Inzwischen preiswerte Generikapräparate werden durch teure Scheininnovationen als Originalpräparate substituiert. Dies macht etwa 6 % des Umsatzes aus. Die so genannte Innovationskomponente, also der Anteil an Medikamenten mit tatsächlich neuem Wirkprinzip, macht nur zwischen 3 % und 4 % aus.

Wille diskutierte außerdem die "vierte Hürde", das heißt eine weitere Zulassungseinschränkung einer Substanz als GKV-Medikament neben der rein arzneimittelrechtlichen Zulassung. Hier kommen zwei Modelle in Frage:

- eine Nutzenmessung bei patentgeschützten neuen Medikamenten ohne fiskalische Beurteilung;
- die Messung der Kosten-Nutzen-Relation. Hier müsse dann gegebenenfalls eine indikationsindividuelle Zulassung erfolgen oder ein "Mehrnutzenangepasster Preis" festgelegt werden.

Diese Maßnahmen führen aber zu weiterer Bürokratisierung zusätzlich zu den bisher in Deutschland schon elf (!) verschiedenen Preisregulierungsmaßnahmen für Arzneimittel. In Frankreich beispielsweise ist die Regelung viel einfacher: Es wird zwischen Industrie und einem Fachgremium der Regierung pro Medikament und neuem Präparat ein spezifischer, unter Kosten-Nutzen-Aspekten ausgehandelter Festpreis vereinbart.

#### **Bundesweiter Innovationsrückgang**

Dr. Thomas Reiß vom Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung legte dar, dass der deutsche Anteil am Weltmarkt für Pharmaka in den letzten Jahren von 6% auf 4,5% zurückgegangen ist, der Anteil der Innovationen von 12% auf 3%. Innerhalb der OECD sank der deutsche Anteil an Innovationen auf dem Pharmamarkt von 13% auf 7%, während der französische von 7% auf 8% stieg und der britische von 10% auf 13%; die USA hielten in den letzten Jahren kontinuierlich ihren Spitzenplatz mit 45%. Die Forschungsexzellenz im Bereich Entwicklung ist laut Reiß in Deutschland zwar hoch, im internationalen Vergleich jedoch nur mittelmäßig. Neue Pharmaka benötigen in Deutschland von der Zulassungsstudie bis zum Markteintritt rund 23 Monate, in den USA 13 Monate. Das Umsatzwachstum für Arzneimittel betrug in den USA 13%, in Deutschland im gleichen Zeitraum dagegen nur 6%.

#### Hauptproblem: mangelnde Eigenverantwortung

Dass der Patient nicht adäquat eigenverantwortlich an den von ihm verursachten Kosten beteiligt ist, identifizierte Prof. Dr. Johann Eekhoff, Direktor des Instituts für Wirtschaftspolitik an der Universität Köln, als Hauptproblem des deutschen Gesundheitswesens. Die Krankenversicherung sei eben keine Versicherung im klassischen Sinn wie beispielsweise die Haftpflicht- oder Brandversicherung, denn hier hat der Patient selbst Einfluss auf die von ihm verursachten Kosten.

Ein weiteres Problem, so Eekhoff, ist die Informationsasymmetrie des Patienten. Dieser sei praktisch auf die am System verdienenden Leistungserbringer

#### BrainTip-Datenbank

#### Kooperation mit Berufsverbänden endet

Das Projekt BrainTip wurde 1999 ins Leben gerufen. Damals war es Ziel des Berufsverbandes, die niedergelassenen Neurologen, Psychiater und Nervenärzte durch die Erfassung und Auswertung von Leistungsdaten in den Praxen zu unterstützen. Mit BrainTip war die Möglichkeit geschaffen, zum Beispiel Diagnosestatistiken, aber auch wichtigste Umsatzziffern und Strukturen der überweisenden Ärzte erfassen und auswerten zu können. Von dieser Möglichkeit haben im Laufe der Jahre etwa 10% der Mitglieder unserer Verbände Gebrauch gemacht. Mittlerweile haben sich vor allem die Praxissoftware-Programme richtungsweisend verbessert. Viele Abrechnungsprogramme sind jetzt so gut, dass die meisten wichtigen Informationen zur strategischen Praxisausrichtung zum Teil tagesaktuell erstellt werden können. Diese aktuellen Auswertungen, ergänzt durch die von den KVen gelieferten Vergleichsdaten oder auch die von Ifap zur Verfügung gestellten Verordnungsdaten (zumindest in den Praxen, die mit Ifap kooperieren), sind zurzeit wesentliche Hilfen für Sie in der Praxis.

Wir haben uns nach kritischer Prüfung entschieden, das BrainTip-Projekt auslaufen zu lassen. Nach Auswertung der Abrechnungsdaten des zweiten Quartals 2005 endet das Projekt zumindest im Hinblick auf die Unterstützung durch die Berufsverbände. Wir gehen aber davon aus, dass die Firma IMQ den bisherigen Nutzern ein Angebot für eine Verlängerung der BrainTip-Nutzung offerieren wird.

Ganz herzlich möchten wir uns bei der Firma Lundbeck – Unternehmen ZNS für die gute Zusammenarbeit und die kontinuierliche Unterstützung bedanken. Das Unternehmen hat die kostenfreie Teilnahme an BrainTip ermöglicht.

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



#### Aus den Verbänden Zukunft der pharmazeutischen Industrie in Deutschland

als Informanten angewiesen und könne nicht ausreichend unabhängig die Notwendigkeit und Wirksamkeit von Gesundheitsmaßnahmen überprüfen.

Ziel des Gesundheitswesens sei jedoch nicht, Geld zu sparen, sondern in erster Linie zu heilen. Auch sei das Gesundheitswesen heutzutage eine Wachstumsbranche. Aus volkswirtschaftlicher Sicht sei eine Ausgabensteigerung in der Gesundheitswirtschaft durchaus wünschenswert, genauso wie dies auch in der Automobil- oder Freizeitbranche der Fall ist. Ferner seien die Patienten durchaus zu Mehrausgaben bereit, die natürlich nicht die GKV oder den Steuerzahler treffen dürfen. Eine Kostenkontrolle sei effektiv nur über Wettbewerb möglich. Der Staat dagegen sei mit Regulationsmaßnahmen überfordert, bewertete Eekhoff. Die wirksamste Kontrolle könnte seiner Meinung nach der Patient selbst ausüben. Aus nahe liegenden Gründen seien die Krankenkassen und die Ärzte jedoch kaum an einer effektiven Kontrolle interessiert.

Eekhoff forderte demzufolge eine prozentuale Eigenbeteiligung des Patienten bei allen Gesundheitsmaßnahmen unter Berücksichtigung der sozialen Komponente. Medikamente sollten auf GKV-Kosten ebenfalls prozentual erstattet werden und zwar gestaffelt nach ihrer Wirksamkeit. Die Krankenkassen sollten direkt mit der Pharmaindustrie über die Medikamentenpreise verhandeln. Die soziale Komponente müsse so ausgestaltet werden, dass jeder Patient entsprechend seiner Leistungsfähigkeit zuzahlen muss, sodass auch sozial sehr schwache Versicherte zumindest einen geringen Teil der von ihnen veranlassten Kosten selbst übernehmen.

Der Staat sollte bei der Medikamentenentwicklung und -Vermarktung die Zulassung, das Patentrecht und den Wettbewerbsschutz regeln – alles andere müsse der freie Markt selbst gestalten oder müsse in Direktverhandlungen zwischen Industrie und Krankenkassen vereinbart werden. Das GKV-System insgesamt sollte von der Pflichtversicherung auf eine Versicherungspflicht umgestellt werden. Dabei sollten Versicherte je nach Bedarf neben dem obligatorischen Grundtarif fakultative Zusatztarife abschließen können.

#### Gleiche Prämien innerhalb einer Kasse

Prof. Dr. Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen legte dar, dass 3% der Krankenversicherten 80% der Ausgaben verursachen (20% der Versicherten verursachen 97% aller GKV-Kosten). Er wandte sich gegen die Einführung risikoäquivalenter Prämien. Dies wäre unsozial, weil unschuldig Kranke höhere Prämien als Gesunde zu zahlen hätten. Alle Versicherten sollten nach Wasem die gleiche Prämie innerhalb einer Krankenkasse bezahlen. Andere Nationen regeln die Arzneimittelpreise häufig zwar über eine zentrale staatliche Zulassungsbehörde, die Preise werden dann aber in Einzelverhandlung zwischen Krankenkassen und Industrie festgelegt. In Israel und den USA gibt es beispielsweise eine Positivliste, in der jede Krankenkasse für ihre eigenen Tarife bestimmte Arzneimittel als erstattungsfähig zulässt oder ausschließt.

#### Staatliche Überregulierung

Im abschließenden gemeinsamen Workshop der Fachtagung wurden von den Teilnehmern aus Pharmaindustrie, Krankenkassen, dem Gemeinsamen Bundesausschuss, der KBV, von Patientenvertretern und Verbraucherzentralen je nach Verbandsherkunft verschiedene Standpunkte vertreten. Es kristallisierte sich aber doch heraus, dass die staatliche Überregulierung des Pharmastandortes und die wenig verlässliche Medikamentenfinanzierungspolitik zu einer Verunsicherung und wirtschaftlichen Schlechterstellung der Pharmaindustrie führt. Viele Gesprächsteilnehmer sprachen sich dafür aus, die Kostenkontrolle für Medikamente markt- und wettbewerbsnäher zu regeln, beispielsweise durch direkte Preisverhandlungen zwischen Pharmaindustrie und den Krankenkassen, durch dezentrale Positivlisten und selektives Kontrahieren. Die KBV sprach sich für die Vereinbarung von Festkostenzuschüssen für die Patienten aus, in deren Bandbreite Medikamente bestimmter Indikation von der GKV erstattet werden, ähnlich wie dies bereits im Zahnersatz praktiziert wird.

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen





# EBM 2000 plus ...

# Sind sozialgerichtliche Klagen jetzt schon sinnvoll?

Die ersten Auswirkungen des neuen EBM hat jede Praxis im vergangenen Quartal erfahren. Die Bewertungen sind sehr unterschiedlich: Sie reichen von "Unsinn" und "Bürokratiewildwuchs" bis "prinzipiell richtig" und "handhabbar". Vereinzelt klagen EBM-Gegner bereits jetzt schon gegen definierte Leistungspositionen.

elbstverständlich kommt angesichts der zahlreichen Geburtsfehler keine Begeisterung über den EBM 2000 plus auf. Teilweise sind einzelne Leistungslegenden medizinisch derart unausgegoren, dass sie durchaus als Aufforderung zur Körperverletzung verstanden werden können (z. B. obligat beidseitige Diagnostik nach Ziffer 16322). Es ist deshalb in gewisser Weise auch verständlich, dass ein Arzt bereits vor Inkrafttreten gegen den neuen EBM geklagt hat. Dieser in einer Einzelpraxis tätige Vertragsarzt sah sich durch die Gewährung des Zuschlages auf den Ordinationskomplex bei Gemeinschaftspraxen und medizinischen Versorgungszentren benachteiligt. Sicherlich kann diese Regelung diskutiert werden, es kann in ihr eine ungerechtfertigte Begünstigung von Gemeinschaftspraxen oder aber der notwendige Ausgleich von Nachteilen (nur einmaliger Ansatz des Ordinationskomplexes auch bei Behandlung durch mehrere Gemeinschaftspraxispartner) gesehen werden. Rechtlich wird jedoch zu berücksichtigen sein, dass doch bereits die Praxisbudgets nach dem EBM 1997 einen 10 %igen Zuschlag auf die bei der Budgetberechnung zugrunde zu legenden Fallpunktzahlen bei Gemeinschaftspraxen und eine 10%ige Erhöhung der Ordinationsgebühr vorsahen. Das Bundessozialgericht hat diese frühere Regelung zu keinem Zeitpunkt als rechtswidrig moniert. Man wird bei vernünftiger Einschätzung der Erfolgsaussichten eines

Rechtsstreites nicht erwarten können, dass die jetzige Erhöhung der neuen Ordinationskomplexe – auch wenn diese geringfügig höher als 10 % ausfällt – von der Rechtssprechung als rechtswidrig verworfen wird.

#### Klagen noch verfrüht

Das erste Eilverfahren gegen den EBM 2000 plus wurde mit Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 30.3.2005 zurückgewiesen. Das Gericht hat sich - auch dies wäre für den klagenden Arzt bei anwaltlicher Beratung vorhersehbar gewesen - nicht mit den Einzelheiten der Regelungen des EBM befasst, sondern zu Recht festgestellt, dass eine so genannte abstrakte Normenkontrolle gegen den EBM nicht zulässig ist. Gegen rechtswidrige Regelungen im EBM kann sich nur mittels Anfechtungsklage eines auf dem EBM beruhenden Honorarbescheides gewehrt werden; im Verfahren gegen den Honorarbescheid wird der EBM inzidenter überprüft.

Sobald die Honorarbescheide vorliegen, werden erstmalig mögliche Auswirkungen des EBM auf die Vergütung jeder einzelnen Praxis beurteilt werden können. Dann ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich die Höhe der Vergütung im Wesentlichen nach den regionalen Honorarverteilungsverträgen berechnet. Diese sind dementsprechend von den Sozialgerichten in der Vergangenheit auch deutlich häufiger aufgehoben worden, da sie eine rechtswidrige Benachtei-

ligung einzelner Fachgruppen oder Praxen enthielten.

Da der EBM seinem Anspruch nach nur das in Punkten ausgedrückte wertmäßige Verhältnis der Leistungen untereinander beschreibt, hat er - so die Rechtssprechung - nur indirekt Auswirkungen auf die Höhe des Honorars. Solche indirekten, aber gerichtlich überprüfbaren Auswirkungen liegen vor, wenn die Kostenquote einzelner Fachgruppen falsch ermittelt wurde. Nach der Rechtssprechung des Bundessozialgerichts jedoch kommt dem Bewertungsausschuss insofern ein gewisser Beurteilungsspielraum zu. Wenn deutliche Indizien für eine falsche Kostenermittlung sprechen, ist diese durch den Bewertungsausschuss zu prüfen und gegebenenfalls zu ändern. Das Bundessozialgericht hat aufgrund dieser Rechtsgrundsätze bekanntlich die Praxisbudgets des EBM 1997 mit seiner Entscheidung vom 15.5.2002 in Frage gestellt. Es hat dem Bewertungsausschuss aber eine Frist eingeräumt, die Kostenquoten zu überprüfen und gegebenenfalls zukünftig zu ändern. Nur wenn innerhalb dieser Frist keine Neubewertung stattfände, seien die Budgetierungsregelungen nicht mehr anwendbar. Diese mehr als zwölfmonatige Frist verstrich ohne Änderung der Praxisbudgets. Es dauerte dann jedoch nochmals sieben Quartale, bis der neue EBM schließlich in Kraft trat.

Bei realistischer Einschätzung der Rechtssprechung wird eine Klage gegen den neuen EBM kaum zu einer rückwirkenden Aufhebung und Verbesserung der Bewertungsrelationen oder anderer Regelungen führen. Aber selbst Klagen, die zukünftige Änderungen erstreben, müssen eine erhebliche Hürde überwinden: Das Bundessozialgericht hat in der Vergangenheit mehrmals festgestellt, dass



#### Beruf aktuell

den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung ein so genannter Beobachtungszeitraum zugestanden werden muss. Sie dürfen die Auswirkungen neuer Honorar- und Honorarverteilungsregelungen beobachten und gegebenenfalls mit Änderungen korrigierend eingreifen. Dieser Pflicht müssen die Gremien auch nachkommen. Erweist sich eine Regelung als rechtswidrig und ist die Beobachtungsfrist noch nicht verstrichen, so kann der klagende Arzt dennoch den Rechtsstreit verlieren. Die Dauer der zuzugestehenden Erprobungsfrist ist nicht gesetzlich festgelegt, nach bisheriger Rechtssprechung sind aber sicher zwei bis vier Quartale einzuräumen.

#### Auf Einzelheiten kommt es an

Da derzeit zahlreiche Änderungen des EBM erfolgen und weitere "Reformen" in den nächsten sechs Monaten zu erwarten sind, muss momentan - so frustrierend dies erscheinen mag – seriöserweise zu einer gewissen Zurückhaltung beim Ruf nach dem Sozialgericht geraten werden. Dies ist jedoch kein Aufruf zur Resignation. Es ist eine Verfassungsbeschwerde anhängig, die das gesamte System der "Mangelbewirtschaftung" insbesondere die unangemessen niedrige Vergütung der Vertragsärzte zur Diskussion stellt. Es darf mit Spannung erwartet werden, ob das Bundesverfassungsgericht eine Kurskorrektur in der für Ärzte inakzeptablen Entwicklung der letzten Jahre vornehmen wird.

Kurzfristiger Erfolg könnte sich nach den ersten Honorarbescheiden bei Angriff auf einzelne Regelungen des neuen EBM einstellen. Sollte zum Beispiel keine Änderung der Leistungslegende der Ziffer 16322 erfolgen, so spricht vieles dafür, dass ein Gericht über die Frage entscheiden sollte, ob die beidseitige Diagnostik der guten ärztlichen Praxis und dem medizinischen Standard entspricht.

Klagen sollten nur dann geführt werden, wenn Aussicht auf Gewinn besteht. Dies wird dann gelingen, wenn nicht das gesamte Regelwerk als "benachteiligend" und "unsinnig" gerügt, sondern fundiert herausarbeitet wird, dass einzelne Regelungen rechtswidrig und korrekturbedürftig sind.

RA Dr. Ingo Pflugmacher, Bonn



# Normative Diagnostik bei psychiatrischen Patienten – ein Missbrauch?

Normative Diagnostik hat als regelgeleitetes Handeln indirekt zu einer allmählichen Verschiebung des Behandlungsmittelpunkts geführt. Vorwurf in der vorliegenden kritischen Stellungnahme: Die Ängste des Patienten sind nicht mehr Therapieinhalt, sondern werden zunehmend als Folge eines gestörten physiologischen Gleichgewichts aufgefasst und pharmakologisch behandelt.

m Bereich seelischer Erkrankungen ist es, beschleunigt durch die Anwendung des ICD-10 und dem zunehmenden Gebrauch von Psychopharmaka, zu einer sinnentstellenden, allmählichen Umdeutung der Symptomursache gekommen. Nicht mehr der Anlass, wie beispielsweise die Furcht, durchschaut zu werden bei der sozialen Phobie, wird inhaltlich therapeutisch angegangen. Zunehmend wird das Hauptaugenmerk auf die sich ergebenden Auswirkungen auf die Reizverarbeitung gelegt. Damit wird die Ursache mit der entsprechenden Schlussfolgerung in ein isoliertes Betrachten der physiologischen Folgen auf die Reizverarbeitung im organischen System umgearbeitet. Dies nun als Ausdruck eines gestörten Gleichgewichtes der Transmittersysteme betrachtete Geschehen wird teilweise, schließlich gänzlich, umgedeutet und als zu behandelnde Ursache des Geschehens betrachtet und soll, weil gestört, wieder reguliert werden.

So wird aus einem ursprünglich individuellen Ansatz einer subjektiven Sichtweise und Bedeutungswahrnehmung ein kollektiv vermitteltes Konstrukt, das nicht nur jedwede persönliche Bedeutung eliminiert und so entleert, sondern auch auf den Patienten, mehr oder weniger Zwang ausübt, seine Sichtweise unter dem Druck der "Institution" (dem gängigen Diskurs der Medizin entsprechend) zu ändern. Dies kommt systemkonform der geübten medizinischen Praxis entgegen, weil dann wieder der Behandelnde der Wissende ist und der Patient der Unwissende, der behandelt werden kann. War ursprünglich der Behandelnde der Fragende, der es dem Patienten mit professionellem Zuhören erst ermöglichte, zu erkennen und Änderungen herbeizuführen, so verstummt jetzt der Patient sehr bald nach Äußerung seiner möglichst schon "körperlich objektivierten Symptomatik" - und überlässt dem Behandelnden das Feld.

Die pharmakologische Forschung hat in den letzten Jahren einen triumphalen Aufschwung erlebt. Erregende Affekte werden abgepuffert, wahnhafte, irreale Vorstellungen und Überzeugungen durch Neuroleptika unterdrückt. Aber abgesehen von den Nebenwirkungen, und ohne die Anwendung dieser Medikamente grundsätzlich in Frage stellen zu wollen: Wissen wir wirklich, was wir damit bewirken? Sind unsere Vorstellungen nicht eher Täuschungen? Entsprechen unsere Vorstellungen denen der Menschen, die wir behandeln? Glauben nicht eher nur wir selbst, ablesbar an diesen oder jenen Parametern, die wir erfassen, dass wir "heilend" eingreifen?

#### Systematik contra Individualität

In der Zeitschrift "Der Nervenarzt" war kürzlich zu lesen: "Psychische Störungen werden zunehmend Gehirnfunktionsstörungen und unterscheiden sich nicht mehr grundsätzlich von anderen ZNS-Erkrankungen. Die der Psychiatrie zugeordneten Störungen des Verhaltens und Erlebens werden zunehmend zu Gehirnerkrankungen und rücken in die Nähe zu neurologischen ZNS-Erkrankungen. Konzepte wie Psychogenese werden folglich fragwürdig und eignen sich nicht mehr zur Kennzeichnung der größten Gruppe von psychischen Störungen" [1].

Eine ähnliche Sichtweise ergibt sich durch die Einführung des ICD-10, (letzte Fassung 15.8.2003; german modifikation), eine Systematik der Erkrankungen, die in 21 Kapiteln vorwiegend nach topographischen, morphologischen, altersbezogenen und normativen Klassifikationsprinzipien aufgebaut ist. Wurden früher bei der Ätiologie psychiatrischer oder psychosomatischer Erkrankungen zumindest in gewisser Weise individuell ausgerichtete Neurosetheorien herangezogen, so sind nunmehr im Kapitel V der ICD-10 "Psychische und Verhaltensstörungen" die Unterkapite gegliedert in:

- \_\_ organische Ursachen (F00-F09),
- psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19),
- Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20–F29),
- \_\_ affektive Störungen (F30–F39)
- neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48),
- Verhaltensauffälligkeiten mir körperlichen Störungen und Faktoren (F50– F59),
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69),
- \_\_ Intelligenzminderung (F70–F79),
- \_\_ Entwicklungsstörungen (F80-F89),
- Verhaltens- und emotionale Störungen

- mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98),
- \_\_ nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99).

Mit dieser Systematik wird versucht, objektivierende, beschreibende Kriterien aufzustellen, in denen auch wahnhafte Störungen, also Störungen der Realitätsprüfung und Affektivität normativen Kriterien unterworfen werden. So sind bei F40 die Einteilungskriterien weitgehend normativ-beschreibend, zuweilen sogar wertend wie bei der Zwangsstörung: "Der Patient erlebt sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihm Schaden bringen oder bei dem er selbst Unheil anrichten könnte". Bei der Beschreibung wird hier eine unsinnige Pseudoobjektivität an den Tag gelegt. Ein weiteres Beispiel zu F43: "Diese Ereignisse sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten und die Art der Krankheit zu erklären". Bei F60 (Persönlichkeitsund Verhaltensstörung) stehen Definitionen wie "sie (die Patienten) verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in der Beziehung zu anderen".

Zwar lassen sich bei allen psychischen Störungsbildern Auffälligkeiten der biologischen Messwerte finden. Besonders eindrucksvoll sind aber Veränderungen des Gehirnstoffwechsels, die sich seit einigen Jahren mittels moderner Bildgebung der Gehirnaktivität sichtbar machen lassen. Biologische Befunde, zum Beispiel bei Depressionen, Zwangserkrankungen oder Borderline-Störungen haben in den letzten Jahren bei Vertretern einer biologistisch und genetisch deterministisch orientierten Medizin und besonders bei maßgeblichen Vertretern der deutschen Psychiatrie zu bizarren Schlussfolgerungen geführt. Tatsächlich stellt der derzeit vorherrschende biologisch-genetische Determinismus die modernen neurobiologischen Elemente völlig auf den Kopf. Bauer zitiert in seinem Buch "Signale des Körpers" [2] einige Autoren, die nachweisen, dass am Anfang der meisten psychischen Störungen situative, subjektive Wahrnehmungen, Erfahrungen, Erlebnisse stehen, die sich als biologischchemisch nachweisbare Folgerungen im Organismus niederschlagen.

Haben wir uns nicht schon daran gewöhnt, dass wir beispielsweise bei ADHS-Symptomen wie Antriebs- oder Konzentrationsstörungen an rein biochemische Prozesse denken? Dass dabei stimulierende Pharmaka verordnet werden oder wir bei jedweden Sinn- und Lebenskrisen und "depressiver Symptomatik" mit Antidepressiva antworten? Denken wir uns nichts mehr dabei, wenn pauschal bei "Depression" von einer Störung des Transmitterhaushalts gesprochen wird?

Was sollen dem Patienten die naturwissenschaftlichen Fragen denn überhaupt bedeuten: Für was hat dieser Mensch eine genetische Disposition? Welche Vorgänge im Hypothalamus, welche im limbischen System funktionieren nicht so richtig, wie sie sollten? Welche Erinnerungen sind im Mandelkern oder im nucleus accumbens abgespeichert, wo herrscht eine elektrische oder eine magnetresonanztomografisch darstellbare abnorme Aktivität vor, im Frontlappen oder Seitenlappen? Liegt ein Defekt in der Neurotransmission vor, arbeitet eine Zytokinase nicht oder schneller oder langsamer? Was ist das für ein Wissen, für eine Erkenntnis, die wir hieraus ziehen und welche Bedeutung hat dies für unser Handeln? Was bedeutet es für den Patienten, wenn wir seinem Leiden einen Namen geben? Was ist das für ein Objekt, die Diagnose, aus dem normativen Katalog des ICD-10? Wollen wir über die auslösenden Gründe gar nicht mehr wissen? Gerade aber in diesem Verstummen des Patienten liegt vielleicht das unbewusste Ziel dieses gesellschafts-wissenschaftlichen Diskurses.

#### **Bedürfnis und Befriedigung**

Nach Freud ist das Objekt als das definiert, wodurch der Trieb sein Ziel findet; also das, was jemand braucht, um zufrieden zu sein. J. Lacan hat einen erweiterten Ansatz entwickelt und kritisiert an der klassischen Objektbeziehungstheorie vor allem die Betonung "dass das Objekt zuallererst ein Objekt der Befriedigung ist" [4]. und unterscheidet konsequent zwischen Anspruch und Bedürfnis. Das Bedürfnis ist demnach ein rein biologisches Verlangen, das mit Bedürfnissen des Organismus zusammenhängt und bei entsprechender Befriedigung abklingt. Dementspre-



#### Beruf aktuell Offenes Forum

chend ist das menschliche Subjekt auf den Anderen angewiesen in seiner Hilflosigkeit. Um die Hilfe eines anderen zu erlangen, muss etwa der Säugling einen Laut von sich geben, das Bedürfnis muss als Anspruch artikuliert werden.

Die Präsenz des Anderen führt aber über die Bedürfnisbefriedigung hinaus zu einer Präsenz als Symbol der Liebe und Zuwendung. Wenn der Andere auch die Dinge des Bedürfnisses besorgen kann, kann er doch die absolute Liebe (d. h die Ergänzung zur phantasmatischen Geschlossenheit, Vollkommenheit), nach der sich das Subjekt sehnt, nicht geben. Sind also die Bedürfnisse des Anspruchs befriedigt, bleibt der andere Teil des Anspruchs, die Sehnsucht nach Liebe unbefriedigt und dieser Rest ist das Begehren. "Daher ist das Begehren weder Appetit auf Befriedigung, noch Anspruch auf Liebe, sondern vielmehr die Differenz der beiden, ja, das Phänomen ihrer Spaltung selbst" [5]. Das Begehren wird dadurch zum Überschuss, der durch die Artikulation des Bedürfnisses entsteht. Anders als das Bedürfnis, das befriedigt werden kann bis es wieder entsteht, kann das Begehren nicht befriedigt werden. Es übt einen beständigen Druck aus. Die Verwirklichung des Begehrens ist nicht dessen Erfüllung, also Befriedigung, sondern das immer neue Erzeugen von Begehren selbst. Mit anderen Worten: Wenn das Objekt nur als das der Befriedigung angesehen wird, wird das Objekt der Psychoanalyse mit dem Objekt der Biologie verwechselt und vernachlässigt den Aspekt des Begehrens. Agiert wird immer nur auf der Ebene der Bedürfnisbefriedigung bei dem der doppelte Aspekt des Anspruchs verloren geht. Die Möglichkeit zur Symbolisierung wird kurzgeschlossen und damit auch jede Subjektivierung verhindert.

An Stelle der Artikulation seines Begehrens (als ureigenste Äußerung) wird dann dem Subjekt aber ein Bild von außen aufgezwungen, ein Trugbild, das als "Prothese" fungiert und sein zu findendes Objekt, das zumindest teilweise zufrieden stellen könnte, kurzgeschlossen. So schlägt die ausgeübte Objektivierung doppelt fehl. Einerseits suggeriert sie eine zu erwartende Befriedigung, die nicht dauerhaft eintreten kann, andererseits verhindert sie den Raum, in dem das begehren-

de Subjekt in der Anwesenheit eines Anderen doch noch auf das fehlende, abwesende kommen kann. Die Symbolisierung ist ja das in der Abwesenheit auftauchende Bild, Vorstellung dessen, an was es dem Subjekt mangelt. Damit wäre auch die Möglichkeit gegeben, sich damit zu beschäftigen, es wieder sprachlich einzubinden in die symbolische Ordnung.

Aus der Klinik wissen wir, was "der Lolly" bewirkt, der dem Säugling bei jedem Schrei in den Mund gesteckt wird in der Absicht, ihn gleich zu beruhigen, zu befriedigen, ihn damit zum Schweigen zu bringen. Die Folge ist, dass diese "bulimischen Subjekte" sich alle Bedürfnisbefriedigung beim Essen suchen – unfähig, in der Spannung des Begehrens noch anderes zu artikulieren und damit keine Möglichkeit haben, anderes zu finden. Diese Menschen bleiben sich selbst fremd und verschlossen, süchtig nach etwas,

wofür sie keine Vorstellung haben, was aber nicht aufhört, zu drängen.

Ähnlich vermittelt bei seelischen Erkrankungen auch eine von außen gesetzte Vorstellung und seien es nur Wirkmechanismen biologischer, pharmakologischer Art, nur kurzzeitige Erleichterung. Auch "medikamentöse Dämpfung" muss auf Dauer erfolglos bleiben, handelt es sich doch in jedem Falle nur noch um ein Nachlaufen eines sich immer mehr aufschaukelnden Begehrens nach etwas, was im Subjekt gründet und das sich zu artikulieren sucht. Das bedürftige Subjekt wird damit wie in der Fabel der Hase ins Feld geschickt, wo der Igel, die Antwort des anderen, immer schon da ist.

Literatur beim Verfasser

#### Dr. med. Thomas Vogt, Freiburg



### Diogenes war kein Messie

Den Artikel über das Vermüllungssyndror von Barock et al. (NT 2/2005, S. 74 f.) nimn Kollege Peters zum Anlass, um darüber au zuklären, dass eindeutig zwischen Dioger Syndrom und Messie-Syndrom zu unterso

Diogenes war kein Messie und wer ein Messie ist, der ist noch lange kein Diogenes. Beides wird aber heute häufig in einen Topf geworfen. Nachdem nun auch Barocka, Seehuber und Schone in ihrer schönen Arbeit keinen Unterschied wahrhaben wollten, ergreife ich

die Gelegenheit, um die Verschiedenheit darzustellen.

Zusammen mit J. Klosterkötter hatte ich 1985 zwei eigene Kasuistiken von Patienten mit Diogenes-Syndrom

ausführlich dargestellt [Fortschr. Neurol. Psychiatr. 53 (1985) 427–434], um dieses damals noch unbekannte Syndrom in Deutschland bekannt zu machen. Erst viel später erlangte das Messie-Syndrom,

besonders durch Mediendarstellung Popularität, vermutlich weil es sich so schön im Bild darstellen lässt und es sich um ein zwar erstaunliches, aber immer noch verständliches absonderliches Verhalten handelt. Seither hat man sich häufig in dieser Sache an mich gewandt. Anschei-

> nend fällt es schwer, das Verschiedene im Ähnlichen zu erkennen.

#### Diogenes

"So hört doch auf zu helfen! Der Denker denkt vom Hut zum Schuh, Und ihm gerät in Blitzes Nu Das Was, das Wie, das Beste."

Goethe

#### Das Diogenes-Syndrom

Um es auf die kürzeste Formel zu bringen: Beim

Diogenes-Syndrom wird eine selbst gewählte, "philosophische" Einsamkeit mit Bedürfnislosigkeit vereinigt. Sucht man einen historischen Vergleich für das Syndrom, fände man ihn im Eremi-

42 NeuroTransmitter 7-8·2005

ten (auch Anachoret genannt). Im Grunde könnte das Diogenes-Syndrom sogar treffender als Anachoreten-Syndrom bezeichnet werden. Aber die populäre Anekdote vom Diogenes von Apollonia (499-427 v. Chr.), der in einer Tonne lebte und von Alexander dem Großen besucht wurde, ist zweifellos mediengerechter. Insbesondere, weil die Anekdote weiter zu erzählen weiß, Diogenes habe, als der König ihn fragte, ob er ihm einen Wunsch erfüllen könne, geantwortet: "Geh mir aus der Sonne". Dies sollte eine Demonstration seiner äußersten Bedürfnislosigkeit sein. Zugegeben, manch ein Künstler hat sich Diogenes nicht ohne eine äußerste Verwahrlosung vorstellen können wie zum Beispiel Giovanni Benedetto Castiglione (1609-1664).

Die Anachoreten des dritten christlichen Jahrhunderts (also mehr als 600 Jahre später) dagegen zogen sich vom Leben mit den Mitmenschen in die Wüste zurück, weil nicht das Treiben in der bereits damals für zu materiell gehaltenen Welt ihr Lebensinhalt sein sollte, sondern die Versenkung in sich selbst und in Gott. Das griechische Wort αναχωρητησ (anachoretes) bedeutet "zurückgezogen", "einsiedlerisch". Entgegen ihrer eigentlichen Absicht wurden sie dort jedoch häufig als Weise und Ratgeber aufgesucht.

#### Die heutigen Diogenes-Anachoreten

Ähnlich handelt es sich bei den heutigen Diogenes-Anachoreten um Menschen, die durchaus jederzeit in der Lage sind, als liebenswürdige und kontaktfreudige Menschen in der Öffentlichkeit zu leben und dies oft auch über viele Jahre ihre Lebens tun. Dann aber entscheiden sie sich für ein Leben in der Zurückgezogenheit, gewöhnlich jedoch nach einem einschneidenden Lebensereignis. Aber ohne Depression tun sie dies, ohne Bedauern oder Trauer, sondern innerlich heiter und geistig rege, obwohl man ihnen dies nicht unbedingt anmerkt, da sie auch nicht groß Freude erkennen lassen. Wenn man ein solches Leben lebt, wird aber das materielle Leben ziemlich unwichtig, man ernährt sich und tut das, was absolut unumgänglich ist, aber absolut nichts darüber hinaus. Durch dieses Verhalten entfernen sich

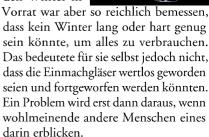
die Diogenes-Einsiedler von ihrer bürgerlichen Mitwelt ... Sie wirken krank und hilfsbedürftig und man möchte ihnen helfen. Sie lehnen dies aber beharrlich ab, weil sie sich nicht krank fühlen und es auch nicht sind. Wenn dann Unordnung, Schmutz und Hygienemängel anwachsen, wenn sich die Zeitungen stapeln, die Bücher nicht wieder fortgeräumt werden und es an jeder Ordnung fehlt, dann entsteht eine Ähnlichkeit mit dem Messie-Syndrom. Beim Diogenes-Anachoreten handelt es sich aber um die als unvermeidlich so hingenommenen Folgen des selbst gewählten Lebens. Es ergibt sich, ohne dass die Betroffenen es angestrebt hätten oder sich auch nur Gedanken darüber gemacht hätten ... Fragt man sie nach ihrem seltsamen Verhalten, bekommt man jedoch keine befriedigende Erklärung ...

#### **Das Messie-Syndrom**

Ganz anders beim Messie. Das Verhalten solcher Menschen war in der deutschen Psychiatrie unter den Namen Syllogomanie, Kollektionismus und Sammeltrieb lange bekannt. Es sind Menschen, die (im Gegensatz zur Sammelleidenschaft oder Kollektiomanie) ohne einen übergeordneten Gesichtspunkt Dinge sammeln. Eigentlich sammeln sie gar nicht, es sammelt sich bei ihnen sozusagen von selbst vieles an. Zeitungen, Zeitschriften, aber auch Nahrungsmittel häufen sich, weil die Betroffenen sich nicht entschließen können, sie fortzuwerfen. Andere meinen, es sei alles wertloser Plunder, weil selbst ein langes menschliches Leben nicht ausreichen würde, um von alledem irgendwann einmal Gebrauch zu machen. Dem Messie ist sein Plunder aber keineswegs wertlos. Eine Müllhalde ist das Sammelgut des Messie nur für andere, für ihn selbst ist es ein wertvoller Besitz. Der Messie ist gewöhnlich sparsam und hebt die Sachen für schlechtere Zeiten auf.

Eine Gutachtenpatientin, bei der ich als junger Arzt zum ersten Mal auf dies Phänomen aufmerksam wurde, erntete im Sommer in den Straßengräben und an anderen frei zugänglichen Orten junge Brennnesseln (kostet nichts!), weil man davon bekanntlich nicht nur einen Salat machen kann. Sie kochte große

Mengen Brennn den Winter in V



Die in solchen Fällen aufkommende Frage, ob solche Menschen nicht entmündigt werden müssen, um ihnen eine ordentliche normale Ernährung zukommen zu lassen, um all den Krempel auf den Müll werfen zu dürfen, um etwas für die Hygiene und damit für die Gesundheit dieser Menschen tun zu können, scheiterte gewöhnlich. Meist lag dies daran, dass eine Entmündigung als entehrend angesehen wurde und der Vormundschaftsrichter davor zurückschreckte, da keine eindeutige Geisteskrankheit oder Geistesschwäche nachgewiesen werden konnte. Dadurch dass derselbe (leicht veränderte) Vorgang jetzt "Betreuung" heißt, ist die Hemmschwelle jedoch gesunken. Schließlich glaubt man damit, den Betroffenen etwas Gutes zu tun. Auch die Popularität des Alzheimer-Syndroms und die Ausweitung dieses Begriffes haben dazu geführt, dass oftmals eine Krankheit als Ursache angenommen wird, obwohl es sich eigentlich nur eigenwilliges Handeln von eigenwilligen Menschen ist.

#### Folgen der Popularisierung

Der eher sonderbare als krankhafte Kollektionismus wurde populär, nachdem die Mathematiklehrerin Sandra Felton dafür den neuen Namen "Messie" erfunden hatte (jedenfalls heißt es im Deutschen so). Es gelang ihr, daraus einen Bestseller zu machen, dem weitere folgten. Und der Begriff wurde ausgeweitet. So muss sich nun jeder, der keine rechte Ordnung in seine Lebenswelt und sein Leben zu bringen weiß, für ei-

#### Hinweis der Redaktion

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

NeuroTransmitter 7-8·2005



#### Beruf aktuell Offenes Forum

nen Messie halten und Hilfe suchen. "It's a mess", mit scharfem Ton ausgesprochen, ist eine feste Redensart von amerikanischen Eltern gegenüber ihren Kindern, wenn sie mit deren Ordnungbestrebungen, Kleidung oder Schulleistungen nicht zufrieden sind ...

Unter uns lebt inzwischen eine ganze Generation Erwachsener, die antiautoritär erzogen wurden. Ordnungsermahnungen oder gar -anweisungen der Eltern – ihrerseits meist betont unbürgerlich unordentlich – erhielten sie nicht. Auch lernten sie es gewöhnlich nicht, ihren Tag sinnvoll zu organisieren. Mühsam müssen sie nun immer noch nachholen, was sie versäumten. Messies sind sie deshalb aber nicht, nur hilflos unordentliche Menschen, die unter ihrer Unordnung leiden.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Uwe Henrik Peters, Köln

#### Stellungnahme

Der Beitrag "Diogenes war kein Messie" von Herrn Professor Peters ist eine wunderbare Ergänzung zu unserer Darstellung des Vermüllungssyndroms. Liest man die Texte nacheinander, ist es, als ob man in eine andere Welt eintritt. Man kommt aus der Welt der clear images, die sich wohl oder übel am ICD-10 orientiert – eine fragwürdige Welt, unhistorisch und voll innerer Widersprüche. Man tritt in die Welt der broken images, der die Sympathie des Dichters gilt. Diogenes- und Messie-Syndrom sind in unserer Sicht broken images, weil sie nicht in ein System gehören, sondern

als Phänomene aufscheinen, die entweder den forschenden Psychopathologen begegnet sind (Diogenes-Syndrom) oder uns allen in der Laienpresse (Messie-Syndrom). "Approving my senses" heißt, diese Phänomene ernst nehmen.

Als Ärzte fragen wir uns aber auch, welche Beziehung diese Phänomene zu klinischen "He is quick, thinking in clear images; I am slow thinking in broken images ... When the fact fails him, he questions his senses; When the fact fails me, I approve my senses ... He in a new confusion of his understanding; I in a new understanding of my confusion."

Robert Graves: In Broken Images. Selected Poems. Penguin 1986

Diagnosen haben, mit denen wir im Alltag arbeiten – Depression, Demenz, Persönlichkeitsstörung oder Zwangskrankheit. Der Diogenes-Anachoret von Peters ist möglicherweise nicht krank, er ist "der Welt abhanden gekommen", sein Dasein hat einen eigenen Wert. Auch das Phänomen Messie oszilliert zwischen Krankheit und normalpsychologischer Unart. Dagegen war unser Anliegen zweifach: die ätiologische Unspezifität der Vermüllung zu betonen, aber auch auf die wichtige Rolle des Zwangs in ihrer Entstehung hinzuweisen. Hieraus können sich therapeutische Ansätze jenseits der Betreuung ergeben, die dem Betroffenen vielleicht nicht immer nur unlieb sind. Also doch: nicht aufhören zu helfen!

Prof. Dr. med. Arnd Barocka, Klinik Hohe Mark

# Industrie und Forschung zwischen Abhängigkeit und gemeinsamer Initiative

Der differenzierte Dialog über Evidenz basierte Medizin (NT 6/2005) im Umfeld industriegesponserter Studien inspirierte auch Kollegen Böhme zu kritischen Anmerkungen.

"Mit großem Geschick

werden immer die Fra-

gen gestellt, die zu dem

Ergebnis führen, dass

hochpreisige Produkte

der Pharmaindustrie

wissenschaftlich indiziert

sind und ethisch nicht

anderes vertretbar."

Nicht nur Karl Popper, wie es PD Dr. Leucht in seinem Vorspann zum Verteidigungsartikel gegenüber den kri-

tischen Bemerkungen von Prof. Dr. Dose äußert, hätte sich über solche kontroversen kritischen Diskussionen im NEUROTRANS-MITTER gefreut. Auch Jürgen Habermas wäre erfreut und überrascht, so nachdrücklich das Verhältnis von "Erkenntnis und Interesse" kritisch disku-

tiert zu finden, in einer Zeitschrift, die sicherlich in großen Teilen über Gelder der pharmazeutischen Industrie finanziert wird. Habermas hat ja in besonderer Weise die Zusammenhänge von Er-

kennen und vorgegebenen Interessen beschrieben und beleuchtet.

Mir scheint nach mehr als 20 jähriger kritischer teilnehmender Beobachtung an Wissenschaft und Forschung in unserem Fachgebiet weniges offensichtlicher ("evidenter") als die Abhängigkeit der for-

schenden Aktivitäten und der Darstellung der Forschungsergebnisse von den

Interessen der pharmazeutischen Industrie. Dies haben schon andere wie Asmus Finsen vor Jahren im Ärzteblatt dargestellt. Dabei war immer auffällig, dass diese Artikel zwar geschrieben wurden, aber kaum Diskussionen erweckten. Ich hatte den Eindruck, dass eine stillschweigende Vereinbarung bestand, die Sache "auszusitzen", was verständlich ist, weil viele davon profitieren. Da gibt es direkte und indirekte Vergünstigungen, Zuschüsse zu Forschungsvorhaben, da werden Kongresse ausgerichtet, Fahrtkosten übernommen und Vortragshonorare großzügig bezahlt. Fast jeder ist darin verwoben, der Ordinarius mit seinen Möglichkeiten genauso wie der Nervenarzt in einer so genannten "Anwendungsstudie". Mit großem Geschick werden immer die Fragen gestellt, die zu dem Ergebnis führen, dass hochpreisige Produkte der Pharmaindustrie wissenschaftlich indiziert sind und ethisch nicht anderes vertretbar. Nebenschauplätze wer-

44 NeuroTransmitter 7–8·2005



#### Beruf aktuell Offenes Forum

den zum zentralen Thema aufgemotzt, nicht passende Ergebnisse werden in Nebensätzen geschickt wegorganisiert.

Ich habe den Eindruck, dass sich dieser Trend gerade in unserem Fachgebiet in den letzten zehn Jahren massiv verstärkt hat; das gilt für alle "großen Krankheiten" (schizophrene Psychosen, depressive Erkrankungen, Alzheimer Demenz, auch MS). Kein vernünftiger Nervenarzt wird bezweifeln, dass die modernen Neuroleptika, beginnend mit Leponex, ganz neue Möglichkeiten für Patienten eröffnet haben und Lebensqualität verbessern konnten. Ich kenne niemanden, der von diesen Medikamenten nicht auch Gebrauch macht, aber dass auch erfolgreich mit anderen Medikamenten behandelt werden kann und andere Faktoren, wie sozialtherapeutische Aspekte, bei der Behandlung und Prognose viel wichtiger sein können, ist mir, wie auch anderen Kollegen einsichtig. Insbesondere ist die Eindeutigkeit, zwischen typischen und atypischen Neuroleptika zu unterscheiden, hoch problematisch und ich bin froh, dass Prof. Dr. Dose dies so klar und eindeutig dargestellt hat. ...

Aus meiner Sicht ist der erhellendste Satz in dem Artikel von Herrn Leucht der folgende: " ... dass nur wenige Autoren es wagen ihre Meinung so dezidiert und ohne Rücksicht auf conflicts of interest auf den Punkt zu bringen". Diesen Satz sollten sich alle, deren Meinung gefragt ist, ob Professoren, Privatdozenten, Studiendurchführende, Schriftleiter oder Verbandsfunktionäre vor Augen führen und sich fragen, ob sie es noch wagen, Dinge so zu sagen wie sie meinen oder ob sie aus Sorge vor dem Verlust der Töpfe und der Unterstützung der Pharmaindustrie ins Unverbindliche ausweichen und ihre Meinungen so abschwächen, bis sie kaum mehr erkennbar sind.

Ich denke bei der so genannten Evidenz basierten Medizin (EbM) oft an das Märchen von Andersen"Des Kaisers neue Kleider'. Ich will nicht sagen, dass EbM nackt sei; ihre bunten Kleider haben aber überall Aufschriften wie bei Sportstars, nur nicht von den Schuh- oder Kleiderfirmen, sondern von der Pharmaindustrie. Und es ist ganz wie im Märchen: Alle sehen es, aber keiner sagt etwas.

Dr. med. Friedrich Böhme, Tuttlingen

#### Hürden durch internationale Märkte

Dass wirksame, verträgliche oder gut zu dosierende Medikamente aus firmenintemen, oftmals unbekannten Gründen ohne Vorankündigung und nachvollziehbare Gründen "außer Handel" gesetzt werden, verstimmt Kollegen Zinnbauer.

"Unhöflich, ja unver-

schämt, finde ich das

Verhalten der Firma, ein

gängiges, wirksames und

nebenswirkungsarmes

Antidepressivum vom

Markt zu nehmen, ohne

die Verordner vorher

darüber zu informieren

und ohne den Patienten

genügend Zeit für eine

Umstellung zu gewähr-

leisten."

5 ollten uns die Folgen der industriellen Globalisierung mittlerweile auch in unserer nervenärtzlichen Praxis erreicht haben? Die Ereignisse der letzten Wochen hinsichtlich der medikamentösen Versorgung unserer Patienten erzeugten mir manches Unbehagen.

Begonnen hat es damit, dass die Firma Wyeth Trevilor in Tablettenform zu 75 mg, teilbar, vom Markt nahm und nur mehr die angeblich so prächtig wirkenden Retardkapseln auf den Markt

brachte. Dies beraubte uns zumindest in der Praxis der Möglichkeit, auch in telefonischer Beratung, die Medikamentendosis rascher auf die Bedürfnisse des Patienten anpassen zu können ohne sofort eine andere Verordnung in anderer Dosis durchführen und damit auch dem Patienten eine emeute Zuzahlung zumuten zu müssen. Gut, die teilbare Tablette war vom Markt genom-

men, wir hatten die 150 mg und 75 mg Kapseln und die 37,5 mg Tablette. Jetzt stellt sich heraus, dass die 37,5 mg Tablette als kleinste Dosiseinheit in den nächsten Wochen nicht mehr in den Apotheken verfügbar sein wird. Ein Anruf bei Wyeth klärte mich darüber auf, dass diese Darreichungsform wegen "Lieferschwierigkeiten in Irland" demnächst nicht mehr zur Verfügung stehe. Die Möglichkeit einer kleineren Dosierung von 37,5 mg wurde mir so erklärt, dass man die Kapsel ja auch auseinander nehmen und den Inhalt so teilen könne. Viel Spaß dann mit unseren betagten, antidepressiv zu behandelnden Patienten.

Wieder überrascht wurde ich, als unsere Apotheken mitteilten, dass Noveril nicht mehr lieferbar wäre, wobei zu bemerken ist, dass vor etwa 3–4 Jahren unvermittelt und ohne Ankündigung Noveril als Infusionslösung bereits vom Markt genommen wurde. Ein Anruf bei

der Firma klärte mich darüber auf, dass Novartis die Weiterzulassung nicht mehr beantragt habe. Ich könne mir die Substanz eventuell ja noch über die internationale Apotheke zum Beispiel aus Österreich zu besorgen. Die Firma habe den Nervenärzten den Rückzug der Substanz daher nicht angekündigt, um keine Hektik und Unruhe zu erzeugen! Sie kennt offensichtlich uns ängstlich nervös reagierende Nervenärzte genau. Leider konnten wir in den letzten Monaten bei

auf Noveril eingestellten Patienten die Dosis nicht reduzieren oder Noveril durch eine andere Substanz ersetzen. Unhöflich, ja unverschämt, finde ich das Verhalten der Firma, ein gängiges, wirksames und nebenswirkungsarmes Antidepressivum vom Markt zu nehmen, ohne die Verordner vorher darüber zu informieren und ohne den Patienten genügend Zeit für eine Umstel-

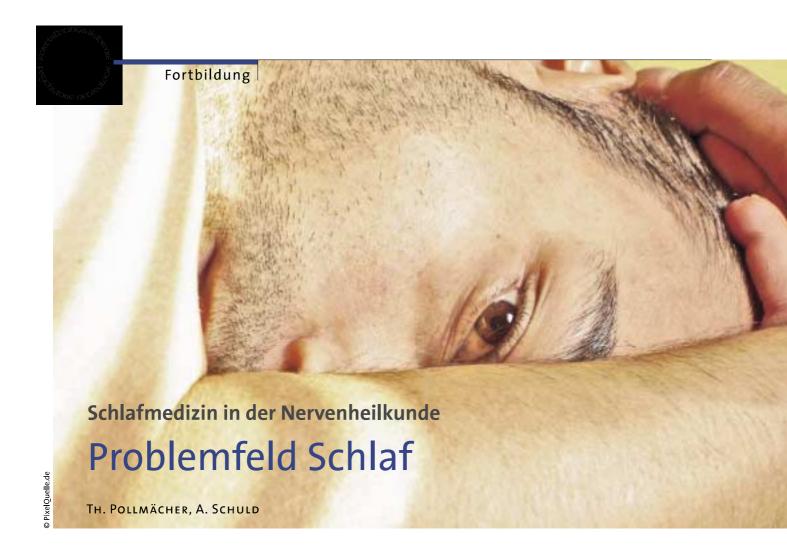
lung zu gewährleisten.

Heute halte ich ein Schreiben von Sanofi Aventis in der Hand, dass Hypnorex retard nicht mehr lieferbar wäre und wir bitte auf Quilonum retard umstellen sollten. Diese Umstellung scheint an sich noch das geringste Problem zu sein.

Offensichtlich werden bei Weltfirmen wie Sanofi Aventis, Wyeth und Novartis Entscheidungen und Steuerungen, die uns alle betreffen, sehr weit oben getroffen, dezentral, sodass wir mit diesen, wenn auch letztendlich kleinen, aber sehr unangenehmen Folgen in der Praxis zu kämpfen haben. Ich zumindest habe begonnen, darüber nachzudenken, ob die Argumente der Globalisierungsgegner uns nicht doch in unserem täglichen Leben mehr betreffen werden, als wir bisher gedacht haben.

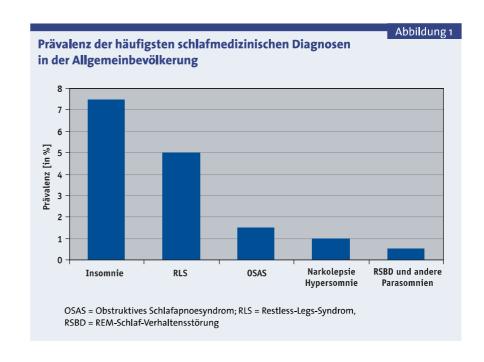
Dr. med. Rainer Zinnbauer, Schwandorf

NeuroTransmitter 7–8·2005



Diagnostik und Therapie schlafassoziierter Erkrankungen haben sich in den letzten 20 Jahren in rasanter Weise entwickelt. Die Vielzahl neuer Erkenntnisse, Untersuchungsmethoden und Behandlungsformen hat dazu geführt, dass dieser Aspekt moderner Medizin eine eigene Disziplin, die Schlafmedizin, hervorgebracht hat.

n den letzten zehn Jahren haben sich zahlreiche Schlaflabore etabliert. Parallel dazu hat die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) Strukturen zur Ausbildung und Qualitätssicherung entwickelt, die in der seit 1. August 2004 gültigen Weiterbildungsordnung als neue, eigenständige Zusatzweiterbildung für eine Reihe von Fachärzten einschließ-



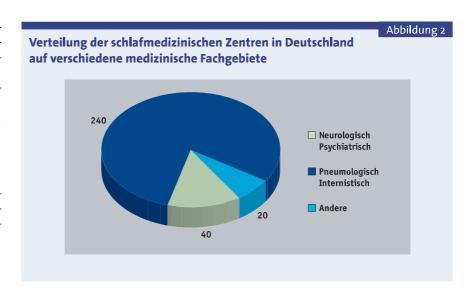


#### Fortbildung | Schlafmedizin in der Nervenheilkunde

lich Psychiater, Neurologen und Nervenärzte, Eingang gefunden haben. Qualitativ hochwertige Schlafmedizin ist immer interdisziplinär, weil gestörter oder unerholsamer Schlaf viele unterschiedliche Ursachen haben kann, die nahezu alle medizinischen Fachgebiete berühren. Da Schlafen und Wachen selbst sowie ihre subjektive Wahrnehmung aber Funktionen des ZNS sind, nimmt die Nervenheilkunde, also die Psychiatrie und Neurologie natürlich eine ganz zentrale Position innerhalb dieses interdisziplinären Ansatzes ein. Dies wird besonders bei der Prävalenz der wichtigsten schlafbezogenen Erkrankungen deutlich (Abb. 1).

#### Schlafstörungen sind sehr häufig

Mit Abstand am häufigsten, mit einer Punktprävalenz von etwa 7,5%, treten Störungen des Ein- und Durchschlafens entweder im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen oder als primäre beziehungsweise psychophysiologische Insomnien auf. Mit einer Häufigkeit von etwa 5% folgt das Restless-Legs-Syndrom (RLS), bei dem die typischen Missempfindungen oft zu schweren Einschlafstötungen führen. Erst an dritter Stelle rangieren mit 1,5% nächtliche Atemstörungen, gefolgt von Narkolepsie und anderen Hypersomnien sowie REM-Schlaf-Verhaltensstörungen. Störungen der Motorik im Schlaf liegen bei etwa 1%. Außer den nächtlichen Atemstörungen sind all diese Erkrankungen primär der Psychiatrie und/oder der Neurologie zuzuordnen. Im Gegensatz zur Inneren Medizin ist das schlafmedizinische Versorgungsangebot im nervenärztlichen Fachgebiet aber immer noch mehr als



rudimentär. Von den 300 schlafmedizinischen Zentren, die von der DGSM Ende 2004 anerkannt waren, werden nur etwa 40, also weniger als 15%, in Kliniken oder Abteilungen des nervenheilkundlichen Fachgebietes betrieben, während zwei Drittel in internistischen oder pulmologischen Kliniken angesiedelt sind (Abb. 2). Da selbst im internistischen Bereich bisher keinerlei Überversorgung besteht, belegen diese Zahlen eindrücklich, dass in unserem Fach bezüglich der Schlafmedizin erheblicher Nachholbedarf besteht. Sicher wird hier die Etablierung weiterer spezialisierter Zentren eine Rolle spielen, wichtiger werden aber eine möglichst flächendeckende Verbreitung der schlafmedizinischen Kenntnisse im niedergelassenen Bereich und die optimale Verzahnung der Zentren mit ambulanten Versorgungsangeboten sein.

Die große Bedeutung der Schlafmedizin im nervenheilkundlichen Fachgebiet wird durch eine Reihe aktueller klinischer Entwicklungen untermauert, die im Folgenden exemplarisch skizziert werden sollen.

#### Schlafstörungen bei RLS

Das RLS, vor 15 Jahren in Deutschland noch kaum bekannt, hat in den letzten Jahren eine bedeutende Versorgungsrelevanz erlangt. Bei einer mittleren Prävalenz von 5%, in höherem Alter sogar von 10%, einem breiten differenzialdiagnostischen Spektrum und einer mittlerweile sehr differenzierten Therapie, ist diese Erkrankung einerseits quantitativ von großer Bedeutung, andererseits erfordern adäquate Diagnostik und Therapie ein nicht unerhebliches Spezialwissen. Die Kernsymptomatik, in Ruhe auftretende sensible Missempfindungen der unteren Extremität, die sich durch Bewegung bessern und zu erheblichen Einschlafstörungen und einem unruhigen Schlaf führen, muss gegen eine ganze Reihe von Erkrankungen mit ähnlichen Beschwerden abgegrenzt werden (Tab. 1).

Die Ursachen des RLS lassen sich in zwei große Gruppen einteilen: Etwa 50% der Fälle sind im Wesentlichen genetisch bedingt, wobei autosomal dominante, aber auch andere Erbgänge diskutiert werden. In den letzten beiden Jahren wurden erste Befunde bezüglich möglicher chromosomaler Lokalisationen bekannt. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl symptomatischer Ursachen (Tab. 2) die zum Teil auch therapeutische Implikationen haben.

		Tabelle 1
Differenzialdiagnostik des Restless-Legs-Syndroms		
Vermehrte oder qualitativ veränderte nächtliche Motorik	Missempfindungen oder Bewegungsdrang	
Einschlafmyoklonien	Polyneuropathie	
propriospinaler Myoklonus	venöse Insuffizienz	
Schlafwandeln	Claudicatio intermittens	
REM-Schlaf-Verhaltensstörung (RSBD)	Akathisie	
Schlafapnoesyndrom	Painful legs and moving toes	
nächtliche Epilepsie		
PLMS-Syndrom		

Nur bei einem Teil der Patienten, zum Beispiel beim urämischen RLS, ist eine kausale Therapie möglich, während der Großteil der Betroffenen symptomatisch medikamentös behandelt wird. Klassische Hypnotika, insbesondere Benzodiazepine, sind von sehr geringem therapeutischen Nutzen. Hochwirksam und Mittel der Wahl sind heute L-Dopa und Dopaminagonisten, in zweiter Linie kommen Opiate und einige Antikonvulsiva (z.B. Carbamazepin) in Betracht. Erstdiagnostik und Therapie des unkomplizierten RLS mit typischer Symptomatik können problemlos in der Praxis erfolgen. Es gibt aber eine Reihe von Umständen, die zur Konsultation eines schlafmedizinsichen Zentrums Anlass geben sollten. Hierzu gehören die Wirkungslosigkeit von L-Dopa und Dopaminagonisten, die Notwendigkeit rascher und erheblicher Dosissteigerungen und das Auftreten so genannter Augmentationsphänomene. RLS-Symptome treten typischerweise nur abends und in den Nachtstunden auf. Gegen Morgen sistiert

die Symptomatik in aller Regel und bleibt tagsüber stumm. Unter medikamentöser Therapie hören bei einem nicht unerheblichen Teil von Patienten zwar die abendlichen und nächtlichen Symptome auf, aber zunehmend treten bei ihnen auch tagsüber RLS-typische Beschwerden auf. In solchen Fällen ist eine schlafpolygraphische Untersuchung mit Dokumentation der für das RLS typischen nächtlichen periodischen Beinbewegungen nicht nur für differenzialdiagnostische Erwägungen sehr hilfreich, sondern dient auch zur Erfassung des Ausmaßes der nächtlichen Schlafstörung und des Therapieerfolgs.

Während die Untersuchung im Schlaflabor bei Patienten mit einem RLS nur in einem kleineren Teil der Fälle notwendig und sinnvoll ist, ist sie doch beim Verdacht auf bestimmte Formen episodischer nächtlicher Bewegungsstörungen zur Diagnosesicherung obligat. Hierzu zählen alle die Bewegungsstörungen, bei denen es nächtlich episodisch mit oder ohne Vokalisationen zu grob-

Tabelle 3

Tabelle 2

#### Ursachen des Restless-Legs-Syndroms

#### idiopathisch (ca. 50%)

wahrscheinlich autosomal dominant vererblich (Suszeptibilitätsloci auf den Chromosomen 12q und 14q), möglicherweise noch andere, komplexere Erbgänge

#### symptomatisch

bei Niereninsuffizienz, Eisenmangel, Schwangerschaft

motorischen Entäußerungen innerhalb oder außerhalb des Bettes kommt und für die zumindest eine partielle Amnesie besteht. Nächtliche Selbstverletzungen oder Verletzungen des Bettpartners geben bei solchen Bewegungsstörungen oft Anlass, ärztlichen Rat zu suchen.

Tabelle 3 fasst die wesentlichen differenzialdiagnostischen Aspekte der häufigsten Störungen, also der nonREM-Parasomnien, wie Schlafwandeln und Pavor nocturnus, der REM-Schlaf-Verhaltensstörung und nächtlichen epileptischen Anfälle, zusammen.

Während die eigentliche Phänomenologie der Episoden zumindest ohne videografische Dokumentation keinen wesentlichen differenzialdiagnostischen Wert besitzt, gibt es eine Reihe anderer klinische Charakteristika mit diskriminativem Charakter, wobei einzig die schlafpolygrafischen Befunde eine sichere Unterscheidung zwischen den einzelnen Störungen erlauben. Während für nächtliche epileptische Anfälle und die REM-Schlaf-Verhaltensstörung spezifische medikamentöse Therapieoptionen zur Verfügung stehen, ist dies für den Pavor nocturnus und das Schlafwandeln nicht der Fall. Für alle genannten nächtlichen Bewegungsstörungen gilt jedoch als erster unspezifischer therapeutischer Rat an den Patienten und seine Angehörigen, die Schlafumgebung dringend so umzugestalten, dass die Gefahr der Eigenoder Fremdgefährdung minimiert wird. Die Umgestaltung sollte noch vor jeder differenziellen diagnostischen Untersuchung durchgeführt werden.

Während Pavor nocturnus und Schlafwandeln, abgesehen von der möglichen Verletzungsgefahr, eher harmlose

#### Differenzialdiagnose zwischen nonREM-Parasomnien, REM-Schlaf-Verhaltensstörung und nächtlichen epileptischen Anfällen

vernaltensstorung und nachtlichen epileptischen Amalien			
	Pavor nocturnus, Schlafwandeln	REM-Schlaf- Verhaltensstörung	nächtliche Anfälle
Phänomenologie	komplexe motorische Phänomene mit und ohne Vokalisation	komplexe motorische Phänomene mit und ohne Vokalisation	komplexe motorische Phänomene mit und ohne Vokalisation
Amnesie	ja	lebhafte Traumerinnerungen	ja
Lebensalter	vor allem in Kindheit und Adoleszenz	vor allem im höheren Lebensalter	keine konsistente Beziehung
Geschlecht	beide Geschlechter	vor allem Männer	beide Geschlechter
zeitliche Positionierung	am Anfang der Nacht	in zweiter Nachthälfte	keine konstante Beziehung
Schlafstadium	nonREM (SWS)	REM	nonREM
Schlafpoly- grafische Besonderheiten	Beginn der Episode während hochampli- tudiger Deltaaktiviät im Schlaf-EEG	gestörte Inhibition des Muskeltonus im REM-Schlaf	variable epilepsietypische Graphoelemente im EEG
Nicht- medikamentöse Therapie	Sicherung der Schlafumgebung zur Vermeidung von Verletzungen	Sicherung der Schlafumgebung zur Vermeidung von Verletzungen	Sicherung der Schlafumgebung zur Vermeidung von Verletzungen
Medikamentöse Therapie	keine gesicherte Strategie	Clonazepam	Antiepileptika

NeuroTransmitter 7—8-2005



#### Fortbildung Schlafmedizin in der Nervenheilkunde

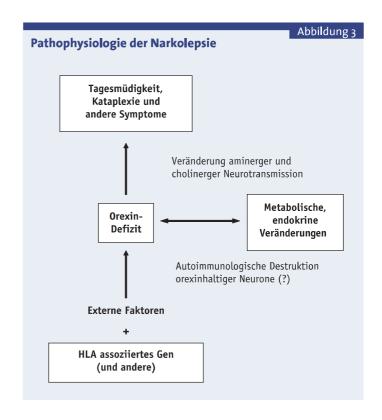
Ursachen erhöhter Tagesmüdigkeit	Tabelle 4
Ursache	Relative Häufigkeit
nächtliche Atmungsstörungen	40-50%
psychiatrische Erkrankungen (vor allem affektive Störungen)	30 – 40 %
Narkolepsie	< 2%
idiopathische Hypersomnie	< 2%
Schichtarbeit	< 2%
mangelnde Schlafhygiene	< 2%
nächtliche Epilepsie	< 2%
post-virale Müdigkeitssyndrome	< 1%
endokrinologische Störungen (z.B. M. Cushing, Akromegalie, Hypothyreose)	< 1%
Kleine-Levin Syndrom	< 1%

Störungen darstellen und bei den meisten Menschen jenseits der Adolezenz spontan sistieren, erfordern die REM-Schlaf-Verhaltensstörung oder nächtliche epileptische Anfälle ein aufwändiges differenzialdiagnostisches Vorgehen zur ätiologischen Einordnung. Die Differenzialdiagnostik umfasst bei nächtlichen Anfällen die gesamte Palette der Epilepsiediagnostik und sollte bei der REM-Schlaf-Verhaltensstörung vor allem auf den Ausschluss eines Parkinson-Syndroms oder einer Multisystematrophie gerichtet sein. Weil die REM-Schlaf-Verhaltensstörung diesen Erkrankungen um Jahre vorausgehen kann, sollten entsprechende Kontrolluntersuchungen in sechs- bis zwölfmonatigen Abständen durchgeführt werden.

## Neuro-psychiatrische Ursachen erhöhter Tagesmüdigkeit

Wenn auch nächtliche Atmungsstörungen die weitaus häufigste Ursache erhöhter Tagesmüdigkeit sind, so lassen sich ihnen kausal doch nur maximal 50% der entsprechenden Beschwerden zuordnen. Psychiatrische Erkrankungen stellen die zweitgrößte Gruppe von Ursachen dar, gefolgt von vielen Krankheiten, die jede für sich genommen nur einen geringen Teil von Fällen subjektiv erhöhter Müdigkeit am Tage erklären (< 2%). Andere Ursachen sind von großer Vielfalt (Tab. 4) und die Differenzialdiagnose erfordert nicht selten einen erheblichen Aufwand.

Das entsprechende differenzialdiagnostische Vorgehen detailliert darzustellen, würde den Rahmen dieser kurzen Arbeit sprengen. Daher wird hier nur exemplarisch auf einige sehr aktuelle Aspekte der Narkolepsiediagnostik eingegangen, bei der die Forschung der letzten Jahre interessante und klinisch wichtige Neuerungen erbracht hat. Obwohl die typische Symptomatik der Narkolepsie – attackenweise, heftige Müdigkeit am Tage, durch emotionale Trigger auslösbare Kataplexien (ein plötzlicher Verlust des Tonus der Halte- und Stellmuskulatur bei erhaltenem Wachbewusstsein) schon seit dem 19. Jahrhundert bekannt ist, waren bis vor wenigen Jahren keine tragfähigen Modelle zur Pathogenese verfügbar. Ende der 80er Jahre zeigte sich zunächst, dass die Narkolepsie sehr eng mit dem Vorhandensein eines HLA-Antigens (HLA-DR2 beziehungsweise HLA DQB1\*0602) assoziiert ist, was eine genetische Grundlage vermuten lässt, die sich im Rahmen eines autoimmunen Pathomechanismus aktualisiert. Konkrete immunologische Beweise für diese Hypothese sind bisher nicht gefunden worden, jedoch wurde jüngst eine Zellpopulation im lateralen Hypothalamus entdeckt, die ein potenzielles Ziel einer autoimmunologischen Attacke darstellt. Bei dieser Zellpopulation handelt es sich um wenige Tausend Zellen, die die zwei Neuropeptide Orexin A und B (Hypokretin 1 und 2 genannt) synthetisieren, die sowohl in der Regulation von Appetit und Metabolismus als auch in der Schlaf-Wach-Regulation eine wichtige Rolle spielen.



50 NeuroTransmitter 7–8·2005

Bei Narkolepsie-Patienten liegt ein spezifisches Defizit in der Peptidsynthese der Orexine vor, sodass sie bei der weit überwiegenden Zahl der Patienten im Liquor nicht nachweisbar sind. Im Tier führen sowohl genetisch determinierte, als auch induzierte Modelle einer Orexindefizienz zu narkolepsie-ähnlichen Symptomen, weshalb eine zentrale pathophysiologische Rolle von Orexinen in der Entstehung der Narkolepsie mittlerweile als sicher gelten kann (Abb. 3). Ob diese Orexindefizienz beim Menschen, ähnlich wie die Insulindefizienz beim Typ-I-Diabetes, autoimmunologisch begründet ist, ist gegenwärtig Gegenstand intensiver Forschung. In jedem Fall kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Entstehung der Narkolepsie zunächst eine genetische Grundlage hat, auf deren Basis noch zu identifizierende externe Faktoren zu einem Versiegen der Produktion von Orexin führen. Dies wiederum hat direkte endokrinologische und metabolische Konsequenzen, die zur für die Narkolepsie typischen Adipositas führen, sowie indirekte Konsequenzen auf die aminerge und cholinerge Neurotransmission, welche die typischen Symptome der Erkrankung auslösen. Diese Erkenntnisse dürften nicht nur für das Kausalverständnis der Erkrankung wichtig sein, sondern könnten auch der Therapie, die derzeit vor allem auf klassischen Stimulanzien und REM-Schlaf supprimerenden Antidepressiva beruht, wesentliche neue Impulse geben.

(s. hierzu auch den nachfolgenden Artikel, der sich speziell mit den Entstehungshypothesen und der Klinik der Narkolepsie befasst – Anm. der Red.)

#### Klinische Relevanz und Entwicklungspotenzial der nervenärztlichen Schlafmedizin

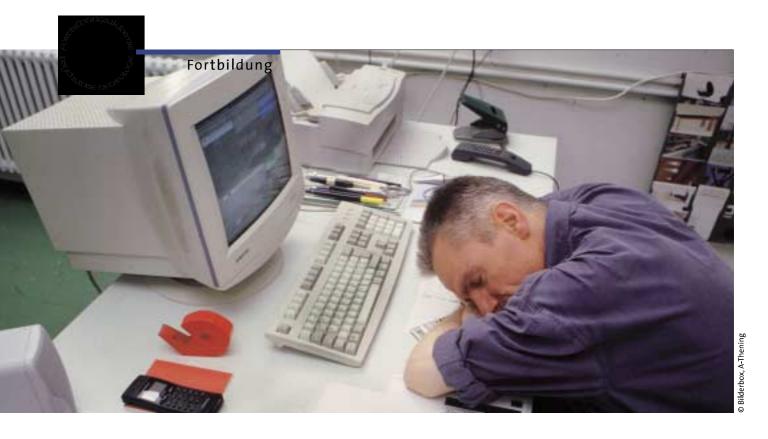
Störungen des Schlaf-Wachverhaltens im nervenärztlichen Fachgebiet sind sehr häufig und vielgestaltig. Mehr als 20 % der Patienten in allgemeinärztlichen Praxen leiden an klinisch relevanten Schlafstörungen. Obwohl für nervenärztliche Praxen keine entsprechenden Zahlen vorliegen, dürfte die tatsächliche Summe eher darüber als darunter liegen. Das differenzialdiagnostische Spektrum ist komplex und vielfältig, ebenso die therapeutischen Möglichkeiten. Erfreulicherweise erlauben schon Anamnese und Befund in vielen Fällen reliable diagnostische und therapeutische Entscheidungen. Trotzdem ist die Zahl der Patienten, die eine spezifische Untersuchung im Schlaflabor erfordern, hoch und es besteht immer noch eine erhebliche Diskrepanz zwischen der verfügbaren schlafmedizinischen Kompetenz und dem Bedarf.

#### Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer, Dr. med. Andreas Schuld

Zentrum für psychische Gesundheit am Klinikum Ingolstadt, E-Mail: Thomas.Pollmaecher@ klinikum-ingolstadt.de

Anzeige

NeuroTransmitter 7—8-2005 51



Pathophysiologie und Therapie der Narkolepsie

## Narkolepsie – eine "neue" Autoimmunerkrankung?

P. GEISLER

Die Narkolepsie stellt mit ihrer scheinbar willkürlich kombinierten Symptomatik aus extremer Tagesschläfrigkeit und affektiv ausgelöstem Muskeltonusverlust im hellwachen Zustand eine rätselhafte und für die Schlafforschung faszinierende Erkrankung dar. Die Entdeckung, dass bei den meisten Narkolepsie-Patienten der Neurotransmitter Hypocretin im Liquor fehlt, liefert Erklärungsansätze. Die extrem starke HLA-Bindung sowie andere klinische und epidemiologische Charakteristika stützen die Hypothese, dass es sich bei der Narkolepsie um eine Autoimmunerkrankung handeln könnte.

eit der Erstbeschreibung der Narkolepsie durch Westphal im Jahr 1877 gilt die Symptomkombination aus Tagesschläfrigkeit mit Einschlafattacken und plötzlichem Verlust des Muskeltonus, der durch Affekte ausgelöst wird (Kataplexie), als pathognomonisch. Später wurden weitere Symptome beschrieben, die bei einem großen Teil der Narkolepsie-Patienten auftreten: schlafbezogene Halluzinationen, die beim Einschlafen ("hypnagoge Halluzinationen") und beim Aufwachen ("hypnopompe Halluzinationen") vorkommen sowie die Schlaflähmung, eine vollständige Bewegungsunfähigkeit beim Erwachen. Letzterer Zustand wird in der Regel als extrem beängstigend erlebt und

kann einige Sekunden, selten auch Minuten, anhalten. Insbesondere nach längerem Krankheitsverlauf leiden sehr viele Patienten auch an schweren Durchschlafstörungen.

#### Viele Betroffene, späte Therapie

Im Extremfall verteilen sich Schlafen und Wachen in häufigem Wechsel nahezu gleichmäßig über den Tag. Mit einer Prävalenz von etwa 2/10.000 der Bevölkerung beziehungsweise etwa 16.000 Betroffenen in Deutschland ist die Erkrankung zwar nicht sehr selten, wird aber häufig erst nach jahrelangem Krankheitsverlauf erkannt. Dies liegt unter anderem an dem meist schleichenden, uncharakteristischen Krankheitsbeginn mit zunehmender Tagesschläfrigkeit. Zunächst werden meist äußere Umstände, wie zum Beispiel schulische oder berufliche Belastung als Ursache der geklagten Müdigkeit angenommen. Das liegt oft

52 NeuroTransmitter 7—8·2005

nahe, besonders weil der Gipfel des Erkrankungsalters zwischen 15 und 30 Jahren liegt. Diagnostische Gewissheit bringt manchmal erst das Auftreten von Kataplexien.

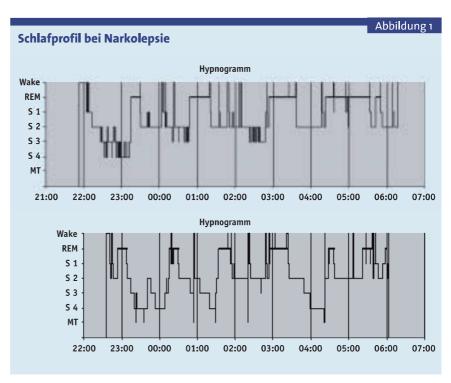
Die Diagnose der Narkolepsie stützt sich neben der klinischen Symptomatik wesentlich auf die Untersuchung im Schlaflabor. Hier müssen zunächst andere, häufige Ursachen von Tagesschläfrigkeit ausgeschlossen werden, insbesondere nächtliche Atemregulationsstörungen ("Schlafapnoe") und periodische Bewegungen im Schlaf (PLMS).

Positiv nachgewiesen wird die Narkolepsie durch charakteristische Veränderung im Schlafprofil. Während beim Gesunden die erste REM-Periode fast immer erst nach Ablauf der ersten Non-REM-Periode und damit frühestens 40 Minuten nach dem Einschlafen beginnt, tritt bei Narkolepsie-Patienten in mehr als der Hälfte der Nächte die erste REM-Periode innerhalb von weniger als 15 Minuten nach dem Einschlafen auf (Sleep onset REM) (Abb. 1).

#### **Genetische Prädisposition**

Eine familiäre Häufung der Narkolepsie ist seit langem bekannt. Angehörige ersten Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) von Patienten haben ein 60- bis 200-fach erhöhtes Erkrankungsrisiko. Damit liegt das Risiko für Kinder eines Narkolepsiepatienten, ebenfalls diese Krankheit zu entwickeln, bei zirka 1–4%.

Große Familienstudien legten schon früh einen multifaktoriellen, nicht geschlechtsgebundenen Erbgang nahe. Ein wesentlicher genetischer Faktor ist die HLA-Bindung der Narkolepsie. Das Auftreten der Erkrankung ist damit entscheidend von dem Vorliegen des HLA-Typus DQB1\*0602 abhängig. Dieser HLA-Typ lässt sich in allen untersuchten ethnischen Gruppen bei mehr als 90% der Narkolepsiepatienten nachweisen, während die Häufigkeit in der Durchschnittsbevölkerung regional unterschiedlich bei 25-33% liegt. Mit einem "Relativen Risiko" von über 200 ist dies die stärkste HLA-Assoziation einer Erkrankung, die bisher bekannt ist, noch weit vor dem Morbus Bechterew (Relatives Risiko = 70). In jüngster Zeit ist auch über eine protektive Wirkung von bestimmten HLA-Konstellationen berichtet worden.



Schlafprofil einer 31-jährigen gesunden Kontrollperson (oben) und einer 17-jährigen Narkolepsie-Patientin (unten). Zu beachten sind die kurze Schlaflatenz und die REM-Latenz (11,5 Minuten ab dem ersten Einschlafen) bei der Narkolepsie-Patientin.

In der klinischen Praxis bedeutet das für die Differenzialdiagnostik der Hypersomnien, dass der molekulargenetische Nachweis von HLA-DQB1\*0602 unspezifisch ist, sein Fehlen eine Narkolepsie aber unwahrscheinlich macht. Die HLA-Typisierung stellt damit nur eine ergänzende Information dar und kann die Abklärung im Schlaflabor nicht ersetzen.

Neben der genetischen Prädisposition müssen auch noch andere, exogene, Einflüsse in der Pathogenese der Narkolepsie angenommen werden. Zwillingstudien zeigen, dass monozygote Zwillinge mehrheitlich diskordant bezüglich Narkolepsie sind. Bisher konnten jedoch noch keine exogenen Auslöser eindeutig identifiziert werden.

#### Die Rolle von Hypocretin

Ein entscheidender Schritt in der Aufklärung der Pathogenese der Narkolepsie war die Entdeckung des Neurotransmitters Hypocretin, der auch als Orexin bezeichnet wird. Die Bezeichnung "Hypocretin" ist im Grunde zu ungenau. Aus dem Präcursor-Protein Prepro-Hypocretin (beim Menschen 131 Aminosäuren)

werden durch proteolytische Spaltung zwei Peptid-Hormone, Hypocretin 1 (Hcrt-1, entspricht Orexin A, 33 Aminosäuren) und Hypocretin 2 (Hcrt-2, entspricht Orexin B, 28 Aminosäuren) gebildet. Das Gen für das Prepro-Hypocretin wurde auf dem Chromosom 17q21 lokalisiert. Wegen des schnellen Abbaus von Hcrt-2 lässt sich beim Menschen im Liquor bisher nur das Hcrt-1 nachweisen. Die Wirkung der Hypocretine wird über zwei G-Protein-gekoppelte Rezeptoren vermittelt, den Hypocretin-Rezeptor Typ 1 (hcrtr-1) und Typ 2 (hcrtr-2).

Hypocretin, das im ZNS nur im Hypothalamus von einer kleinen Zellgruppe von etwa 100.000 Neuronen gebildet wird, wurde nach seiner Charakterisierung zunächst vorwiegend eine Funktion in der Appetitregulation zugeschrieben (daher die Namensgebung "Orexin"). Inzwischen ist klar, dass Hypocretin nicht nur eine wichtige Rolle in der Regulation des Energiehaushalts spielt, sondern auch in der Schmerzempfindung, der Hirnfunktion (kortikale Aktivierung) und der Affektsteuerung. Darüber hinaus hat es eine zentrale Funk-



#### Fortbildung | Pathophysiologie und Therapie der Narkolepsie

tion in der Schlafregulation. Offenbar sind die Hypocretine für die Koordination der Aktivität verschiedener Subsysteme zuständig, die in ihrer Gesamtheit die drei grundlegenden Funktionszustände des Organismus, nämlich Wachheit, Non-REM-Schlaf und REM-Schlaf definieren (Abb. 2). Die hypocretinergen Neurone sind über glutamaterge Interneurone miteinander vernetzt und damit für eine solche Koordination prädisponiert. Sie projizieren in alle wesentlichen Zentren, die für die Schlaf-Wach-Regu-

#### Diagnosekriterien der Narkolepsie in der Internationalen Klassifikation der Schlafstörungen ("ICSD 2"; 2. Auflage 2005)

#### Narkolepsie mit Kataplexien

- A. übermäßige Tagesschläfrigkeit, beinahe täglich für mindestens drei Monate
- B. gesicherte Kataplexien in der Krankengeschichte (plötzlicher, vorübergehender Verlust des Muskeltonus, ausgelöst durch Emotionen) ...
- C. Diagnosesicherung durch eine Polysomnografie mit anschließendem multiplen Schlaflatenztest; alternativ: Bestimmung von Hypocretin-1 im Liquor ...
- D. Fehlen einer anderen körperlichen oder seelischen Erkrankung, die für die Symptome verantwortlich sein könnte

#### Narkolepsie ohne Kataplexie

- A. übermäßige Tagesschläfrigkeit, beinahe täglich für mindestens drei Monate
- B. keine typische Kataplexie, zweifelhafte oder untypische Kataplexien können vorkommen
- C. Diagnosesicherung durch eine Polysomnografie mit anschließendem multiplen Schlaflatenztest
- D. Fehlen einer anderen körperlichen oder seelischen Erkrankung, die für die Symptome verantwortlich sein könnte

In der "ICSD 2" werden im Gegensatz zur bisherigen Fassung zwei Formen der Narkolepsie (mit und ohne Kataplexien) unterschieden Die Kriterien sind hier gekürzt wiedergegeben; eine offizielle deutsche Übersetzung liegt noch nicht vor. lation verantwortlich sind, und auch diffus zum Kortex.

Dass Hypocretin in der Pathogenese der Narkolepsie eine Rolle spielt, wurde zunächst im Tiermodell gezeigt: Hunde, die an einer erblichen Form der Narkolepsie litten, zeigten einen funktionellen Rezeptordefekt am Hypocretin-A-Rezeptor. Mäuse, die aufgrund einer gezielten genetischen Veränderung (Knock-out-Mäuse) kein Hypocretin produzierten, bildeten narkolepsietypische Symptome aus.

Nachdem der Nachweis von Hypocretin im Liquor beim Menschen möglich war, stellte sich rasch heraus, dass bei den meisten Narkolepsie-Patienten mit Kataplexien Hcrt-1 im Liquor nicht nachweisbar war. In Autopsiestudien wurden im Hypothalamus fast keine Hypocretin-produzierenden Zellen mehr gefunden. Unsere Regensburger Arbeitsgruppe (Draganski, May, Geisler et al.) konnte mit der voxelbasierten NMR-Morphometrie eine reduzierte Dichte der grauen Substanz im Hypothalamus von Narkolepsie-Patienten nachweisen. Untersuchungen an größeren Gruppen von Patienten mit verschiedensten neurologischen Erkrankungen, insbesondere mit anderen Formen der Hypersomnie, bestätigten, dass die fehlende Nachweisbarkeit von Hypocretin im Liquor spezifisch für die Narkolepsie mit Kataplexien ist. Vergleichbar niedrige Hypocretinspiegel wurden lediglich bei einigen Patienten mit akutem Guillain-Barré-Syndrom gefunden.

Der funktionelle Ausfall des Hypocretins macht die Symptomatik der Narkolepsie verständlich. Das Hypocretinsystem hat eine Wirkung auf den Übergang zwischen den Grundzuständen "Schlaf" und "Wach", es stabilisiert den "Schalter" zwischen Schlafen und Wachen in der Position "Wach". Daneben kann das Hypocretinsystem die verschiedenen Komponenten des Schlaf-Wach-Systems in ihrer Funktion koordinieren. Damit könnte es das Effektorsystem sein, das die Signale der "Inneren Uhr", des Nucleus suprachiasmaticus, an die nachgeschalteten Zentren vermittelt. Die pathologischen Übergänge vom Schlafen zum Wachen und andersherum ohne insgesamt vermehrten Schlaf bei der Narkolepsie, werden nach dieser Hypothese

durch den Ausfall der Stabilisierung erklärt, ebenso das unkoordinierte Auftreten von Einzelkomponenten des Schlafes. Ein Beispiel ist das isolierte "Abschalten" des Haltetonus in der Kataplexie, das physiologisch das simultane Vorhandensein aller anderen Teilkomponenten des REM-Schlafes voraussetzt.

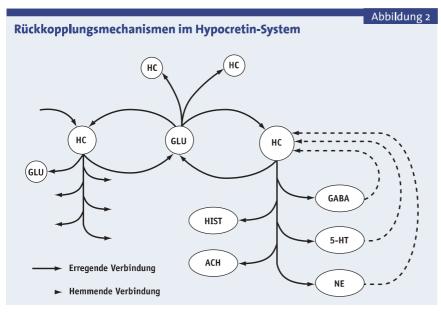
Wie es zum Ausfall des Hypocretinsystems kommt, ist noch unklar. Am wahrscheinlichsten ist ein Autoimmunprozess, der spezifisch die Population Hypocretin produzierender Zellen zerstört. Zu funktionellen Ausfällen, besonders Kataplexien, käme es demnach erst, wenn bereits ein Großteil der Zellen zerstört ist. Die Pathogenese wäre damit dem Typ-I-Diabetes ähnlich. Zur Autoimmunhypothese passt die enge HLA-Bindung der Narkolepsie. Jedoch konnte bisher kein Autoimmungeschehen positiv nachgewiesen werden. Die Narkolepsie ist auch nicht gehäuft mit anderen Autoimmunerkrankungen assoziiert, wie es bei einer generalisierten Störung im Immunsystem zu vermuten wäre. Alternative Erklärungsmuster sind ein neurotoxisches Geschehen oder eine Neurodegeneration.

#### Konsequenzen für die Klassifikation

Bisher wurde die Narkolepsie in der "Internationalen Klassifikation der Schlafstörungen" (ICSD) als ein einheitliches Krankheitsbild mit unterschiedlichen Symptomkonstellationen angesehen. In einer umfassenden, gerade abgeschlossenen Revision (ICSD-2), wurde den neuen Ergebnissen Rechnung getragen. Da das Hypocretindefizit fast nur bei Patienten mit Kataplexien nachweisbar ist, werden jetzt Narkolepsien mit und ohne Kataplexien unterschieden (s. Tab. links).

#### **Neue Therapieoptionen**

Die nicht medikamentöse Therapie spielt in der Behandlung der Tagesschläfrigkeit bei Narkolepsie weiterhin eine entscheidende Rolle. In leichten Fällen können eine bewusste Tagesgestaltung und die Einhaltung von Bewältigungsstrategien ausreichen, um ohne Medikamente ein halbwegs normales Leben führen zu können. Zu nennen sind besonders gezielt eingesetzte, auch vorbeugende Nickerchen im Tagesverlauf. Leider lässt sich diese Strategie in der heutigen Arbeitswelt oft nicht umsetzen.



Durch positive Rückkopplung über lokale glutamaterge Interneurone (GLU) erfolgt die Erregungsausbreitung und funktionelle Synchronisation der hypocretinergen Neurone (HC). Eine direkte negative Rückkopplung wurde für GABA-erge (GABA), serotonerge (5-HT) und noradrenerge (NE) Systeme nachgewiesen, für histaminerge (HIST) und cholinerge (ACH) Systeme fand sich keine direkte Rückkopplung mit hypocretinergen Zellen. Eine indirekte Rückkopplung über ein oder mehrere Interneurone ist möglich [nach Hajak und Geisler, 2003; Li et al., 2002]. Aus: Kompendium Schlafmedizin, eco-Med Verlag.

Die medikamentöse Behandlung der Narkolepsie basiert weiterhin auf der symptomatischen Therapie der einzelnen Symptomkomplexe Tagesschläfrigkeit, REM-Schlaf-assoziierte Symptome (Kataplexien, hypnagoge Halluzinationen und Schlaflähmung) und gestörte Schlafkontinuität. Ursachenorientierte Behandlungsansätze, wie eine Immunsuppression in einem frühen Stadium der Erkrankung oder die Substitution von Hypocretin, befinden sich noch in einem experimentellen Stadium.

Die Optionen in der Behandlung der Tagesschläfrigkeit und der Schlafattacken wurden in den letzten Jahren durch den Wegfall von etlichen bewährten Amphetamin-Derivaten erheblich eingeschränkt. Verblieben sind noch Methylphenidat und Modafinil, wobei das letztere inzwischen als das Mittel der ersten Wahl in der Erstbehandlung der Tagesschläfrigkeit gilt. Die retardierten Darreichungsformen von Methylphenidat stellen eine interessante Alternative dar, wenn mit den anderen Präparaten kein Erfolg zu erzielen ist. Auch Fenetyllin und Ephedrin als Importarzneimittel

kommen als Reservemittel in Frage. Die Verordnung muss jedoch "off label" erfolgen, weil keines der letztgenannten Mittel für die Behandlung der Narkolepsie zugelassen ist.

Zur Behandlung von Kataplexien, hypnagogen Halluzinationen und Schlaflähmungen sind alle Substanzen wirksam, die den REM-Schlaf unterdrücken. Es handelt sich dabei durchweg um Antidepressiva. Bevorzugt werden Substanzen eingesetzt, die keinen sedierenden Nebeneffekt haben. Unter den neueren Antidepressiva scheinen die Präparate mit deutlicher Noradrenalin-Reuptake-Hemmung besser antikataplektisch zu wirken als reine Serotonin-Reuptake-Hemmer. Zugelassen in der Indikation Narkolepsie ist lediglich das Clomipramin.

Während früher Hypnotika zur Behandlung der Durchschlafstörungen bei Narkolepsie wegen des damit verbundenen Überhangs am nächsten Tag sehr zurückhaltend eingesetzt wurden, hat sich die Situation mit den neueren Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten (Zolpidem, Zopiclon) verändert. Aufgrund ihrer relativ kurzen Halbwertszeit ver-

bessern sie den Schlaf, ohne die Müdigkeit am nächsten Tag zu verschlechtern.

Mit der Gamma-Hydroxy-Buttersäure (GHB) feiert ein Medikament eine Renaissance, das bereits in den 80er Jahren in der Narkolepsie-Behandlung eingesetzt wurde. Wegen Nebenwirkung und einem hohen Missbrauchspotenzial (Szenen-Name "liquid extasy") wurde die Verordnung dann aber wieder unterlassen und in den USA zeitweise sogar völlig verboten. Neue Studien zeigen jedoch, dass GHB in geeigneter Anwendung gut wirksam und sicher ist. GHB, pharmakologisch als Natriumoxybat bezeichnet, wurde kürzlich in den USA zur Behandlung der Narkolepsie zugelassen; die Markteinführung in Deutschland wird Ende 2005 erwartet. Es wird hier der Betäubungsmittelverordnung unterliegen. Dieses Medikament hat eine sehr starke Schlaf erzwingende Wirkung, es wird aber im Körper sehr rasch abgebaut und muss deshalb in der Regel zweimal im Laufe der Nacht im Abstand von etwa vier Stunden eingenommen werden. Dafür verursacht es am nächsten Morgen kaum einen Überhang. Akut verbessert GHB die Schlafkontinuität und vermehrt den Tiefschlaf. Nach einer kontinuierlichen Behandlung über einige Wochen kommt es zu einer deutlichen und signifikanten Verminderung der Kataplexie-Frequenz und zu einer Besserung der Tagesschläfrigkeit. Wegen möglicher schwerer Nebenwirkungen, besonders in Kombination mit Alkohol, und Missbrauchsgefahr, sollte GHB nur unter sorgfältiger Überwachung an zuverlässige Patienten verordnet werden.

#### Dr. med. Peter Geisler

Ärztlicher Leiter des Schlaflabors, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg, Schlafmedizinisches Zentrum, 93042 Regensburg, E-Mail: peter.geisler@medbo.de

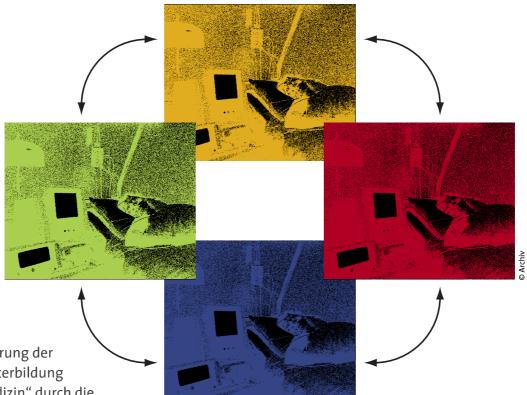
NeuroTransmitter 7—8-2005 55



### Schlafmedizin interdisziplinär

## Im Netzwerk zur besseren Versorgung

M. H. WIEGAND, T. BRÜCKNER



Die Einführung der Zusatzweiterbildung "Schlafmedizin" durch die Bundesärztekammer hat dazu beigetragen, dass dieses interdisziplinäre Fachgebiet in der Wahrnehmung der ärztlichen Öffentlichkeit an Kontur gewonnen hat. Für Generationen galten Schlafstörungen, speziell Insomnien, nicht als eigenständige Erkrankungen, sondern allenfalls als Symptome verschiedener körperlicher oder psychischer Grunderkrankungen.

eutzutage ist eine große Zahl schlafmedizinischer Krankheitsbilder bekannt. Zu deren Diagnostik und angemessener Therapie sind spezifische Kenntnisse und Erfahrungen erforderlich, die im Rahmen von Weiterbildungen in den "klassischen" Fachgebieten der Medizin jedoch entweder gar nicht oder nur ausschnitthaft unter fachspezifischer Perspektive vermittelt werden.

Im Sinne der Ärztekammern sind "Schlafmediziner" in der Regel Fachärzte; in der Weiterbildungsordnung für Bayerische Ärzte [5] werden als Voraussetzungen dafür die Anerkennung als Facharzt für HNO-Heilkunde, Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie, Kinder-

und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie und Psychotherapie genannt. Schlafmediziner entstammen somit einem breiten medizinischen Spektrum. Schlafmedizinische Kompetenz ist jedoch nicht allein auf den ärztlichen Bereich beschränkt, sondern findet sich auch bei vielen (insbesondere klinischen) Psychologen. An dieser Stelle sei bemerkt, dass die empirische und experimentelle Schlafforschung im 19. und 20. Jahrhundert weitgehend in den Händen von Psychologen lag; viele der heutigen schlafmedizinischen Zentren sind ursprünglich von Psychologen gegründet und geleitet worden.

56 NeuroTransmitter 7–8·2005

Nicht nur beim Ausbildungsweg, sondern auch bezüglich beteiligter Institutionen ist die Schlafmedizin ein heterogenes Gebilde: Schlafmediziner arbeiten in Praxen ebenso wie in Kliniken verschiedenster Fachrichtungen. Unter den Etiketten "Schlaflabor" oder "Schlafmedizinisches Zentrum" verbergen sich höchst unterschiedliche Einrichtungen. So erscheint die Schlafmedizin manchem Außenstehenden, Patienten und ärztlichen Kollegen oft als "Dschungel" mit unklaren Zugangswegen und einer kaum durchschaubaren inneren Struktur. Diese Situation – in der Neu-Etablierungsphase eines medizinischen "Querschnittsfachs" nicht ungewöhnlich – führt dazu, dass vorhandene Kompetenzen und Ressourcen oft nicht optimal genutzt werden.

Im Folgenden möchte ich einige Überlegungen darstellen, wie hier durch klarere Strukturierung eine größere Transparenz und damit eine Verbesserung der schlafmedizinischen Versorgung erreicht werden könnte.

### Anlaufstelle für Patienten mit Schlafstörungen

Die meisten Patienten mit behandlungsbedürftigen Schlafstörungen suchen in erster Linie nicht einen Schlafspezialisten, sondern den Hausarzt auf, wie Studien bestätigen [2; 4; 6]. In diesen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass die diagnostische Treffsicherheit der Hausärzte diesbezüglich nicht immer zufrieden stellend ist und viele der korrekt diagnostizierten Patienten vom Hausarzt keine optimale Behandlung erfahren. In vielen dieser Fälle wäre zweifellos eine Überweisung zum Schlafmediziner zielführender gewesen.

Ein eher kleiner Teil der Patienten sucht primär einen Facharzt auf; besonders dann, wenn eine Form der Schlafstörung vorliegt, deren Symptomatik in Richtung eines der etablierten Fachgebiete weist. Nicht wenige Patienten (vor allem solche mit chronischer Insomnie) finden, oft aufgrund schlechter Erfahrungen im Bereich der Schulmedizin, den Weg zu "alternativen" Therapieverfahren auch im nicht-ärztlichen Bereich. Wie auch bei anderen Störungsbereichen stellen wir zunehmend fest, dass vor allem jüngere Patienten primär "das Internet" konsultieren.

#### Schlafmedizinische Kompetenz

Schon seit langer Zeit vergibt die Fachgesellschaft der Schlafmediziner, die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM), den Titel des "Somnologen" [3]; Voraussetzung ist eine langjährige Tätigkeit in einem schlafmedizinischen Zentrum mit der entsprechend umfangreichen Erfahrung sowie eine anspruchsvolle Prüfung über die gesamte Schlafmedizin. Die von der Bundesärztekammer vorgeschlagene Weiterbildung "Schlafmedizin" orientiert sich inhaltlich weitgehend an den Kriterien des "Somnologen" der DGSM.

"Zertifizierte" schlafmedizinische Kompetenz findet sich im ambulanten Bereich bei vielen niedergelassenen Ärzten; hierzu gehören Allgemeinmediziner, Internisten, insbesondere Pneumologen, HNO-Årzte, Psychiater/Neurologen/ Nervenärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Pädiater. Im stationären Bereich sind in erster Linie die schlafmedizinischen Zentren zu nennen, die meist Bestandteil einer übergreifenden stationären Einrichtung sind (Pneumologische Klinik, Psychiatrische Klinik, Neurologische Klinik etc.) und deren Kern das Schlaflabor ist. Auch einige psychosomatische Kliniken bieten spezifische Therapieangebote an, beispielsweise für Patienten mit chronischer Insomnie.

### Wohin mit dem schlafgestörten Patienten?

Wem soll nun der Hausarzt seine "Schlafpatienten" zuweisen? Angesichts der Heterogenität der Gruppe der Schlafmediziner ist dies keine einfache Aufgabe. Andere Zuweisungswege zwischen Hausarzt und Spezialisten sind seit langem etabliert und gut eingespielt; der Weg zum Schlafmediziner ist jedoch noch nicht so klar beschildert.

Eine direkte Zuweisung zu einem schlafmedizinischen Zentrum ist nur in bestimmten Fällen sinnvoll. In der Regel sollte der Hausarzt zunächst eine Überweisung zu einem niedergelassenen Schlafmediziner vornehmen. An dieser Stelle kommt ihm bereits eine wichtige Weichenstellungsfunktion zu. Durch geeignete Auswahl kann bereits der Hausarzt Fehlplatzierungen und teure Umwege für seinen Patienten vermei-

den. Es geht um die Grundsatzentscheidung, ob voraussichtlich eine schlafbezogene Atmungsstörung oder eine andere Form der Schlafstörung, etwa aus dem psychiatrisch-neurologischen Bereich, vorliegt.

Charakteristisch für die Schlafmedizin ist eine historisch gewachsene, bis heute bestehende Teilung in "zwei Welten": einerseits die pneumologischen beziehungsweise HNO-ärztlichen Einrichtungen, in denen in erster Linie Patienten mit Schlafapnoe oder einer anderen Variante einer schlafbezogenen Atmungsstörung diagnostiziert und behandelt werden, andererseits die psychiatrisch/neurologisch ausgerichteten Schlaflabore, deren Kompetenz meist ein breiteres Spektrum an schlafmedizinischen Störungsbildern umfasst. Einige wenige schlafmedizinische Zentren integrieren beide Aspekte. Erwähnenswert ist, dass sich durch das starke Engagement der Pädiatrie in der Schlafmedizin in den letzten Jahren eine dritte Säule etabliert hat, die pädiatrische Schlafmedizin.

Eine Fehlzuweisung kann für den diagnostischen Prozess gravierende Folgen haben, wie sich anhand der folgenden Beispiele aus der Praxis zeigt:

- 1. Ein Patient mit chronischen Ein- und Durchschlafstörungen wird einem niedergelassenen Pneumologen zugeführt, der ein so genanntes "Apnoe-Screening" durchführt. Der Patient erfährt zu seiner Verblüffung, dass er keinerlei nächtliche Atmungsstörung hat und er somit, den Schlaf betreffend, gesund ist. Nicht immer gelingt es, in diesen Fällen das offenkundige Missverständnis aufzuklären; der Patient wird gegebenenfalls in seinem ohnehin latent vorhandenen "therapeutischen Nihilismus" bestärkt, dass man gegen seine chronische Insomnie ohnehin nichts machen kann. Die wichtige Chance, eine wirksame Insomnie-Therapie zu bekommen, ist damit vertan.
- 2. Ein Patient mit Tagesmüdigkeit und Antriebsmangel wird zum Psychiater überwiesen, der eine Depression diagnostiziert. Die verordnete antidepressive Medikation hat keinerlei therapeutische Wirkung auf die der Symptomatik zugrunde liegende, unerkannt bleibende Schlafapnoe.

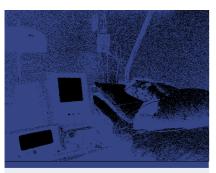
NeuroTransmitter 7-8·2005



#### Fortbildung | Schlafmedizin interdisziplinär

Der erste der beiden Fälle, die Fehlzuweisung zu einer pneumologischen Einrichtung, kommt häufiger vor. Das könnte folgende Gründe haben:

- Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist die pneumologische und HNO-ärztliche Schlafmedizin zahlenmäßig deutlich stärker vertreten; viele Regionen sind hinsichtlich der psychiatrisch/neurologischen Schlafmedizin völlig unterversorgt.
- Durch Medienberichte und intensive Aufklärung von Ärzten und Patienten



#### Indikationen zur Überweisung in ein schlafmedizinisches Zentrum

- unklare Parasomnien (nächtliche Verhaltensauffälligkeiten)
- \_ chronische Tagesmüdigkeit und/oder Einschlafattacken (Hypersomnie) nach Ausschluss situativer/internistischer/neurologischer Ursachen
- chronische Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
- chronische Ein- und Durchschlafstörungen
  - die bisher ohne Erfolg behandelt
  - · die nach erfolgreich behandelter psychiatrischer Grunderkrankung weiter bestehen
  - bei zusätzlich bestehender Hypersomnie, Schlaf-Wach-Rhythmusstörung oder Parasomnie
  - bei Verdacht auf ausgeprägte Schlafwahrnehmungsstörung (extreme Diskrepanz zwischen subjektiv erlebter Insomnie und fremdanamnestischen Angaben)
- besonders komplexe diagnostische oder therapeutische Problemstellungen, deren Lösung eine breitere schlafmedizinische Erfahrung erfordert

über das häufige und folgenreiche Krankheitsbild der Schlafapnoe wird vielfach "Schlafmedizin" als Synonym von "Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe" verstanden.

▶ Die Lokalisierung der meisten psychiatrisch/neurologischen Schlaflabore in pyschiatrischen Kliniken ruft die Furcht vor Stigmatisierung hervor ("Ich bin doch nicht verrückt!") und erhöht die Schwelle, Leistungen dieser Institutionen in Anspruch zu nehmen.

In bestimmten Fällen sollte der Hausarzt direkt eine Zuweisung zu einem schlafmedizinischen Zentrum unter Berücksichtigung der Differenzialindikation (pneumologisch/HNO-ärztlich versus psychiatrisch/neurologisch) veranlassen. Neben der Möglichkeit der stationären Polysomnografie und anderer, sehr spezifischer apparativer diagnostischer Verfahren gehört es zum Standard schlafmedizinischer Zentren, dass ausführliche Explorationen, Anamneseerhebungen und psychopathometrische Verfahren im Rahmen ambulanter Vorgespräche durchgeführt werden. Diese zeitaufwändigen Untersuchungen sprengen in der Regel den Rahmen dessen, was in Praxen möglich ist und setzen große schlafmedizinsiche Kenntnisse und Erfahrungen voraus. In der Tabelle (links) sind Fälle aufgelistet, in denen uns eine direkte Zuweisung zu einem schlafmedizinischen Zentrum sinnvoll erscheint.

#### **Effizienz durch Vernetzung**

Optimale Zuweisungswege: Fälle von "Patienten-Fehlplatzierungen" beruhen gelegentlich auf Unkenntnis, Unachtsamkeit und Zeitmangel, oft jedoch auch auf einer suboptimalen Koordination innerhalb der Schlafmedizin. Denn auch in der Gruppe der Schlafmediziner gibt es noch wenige klare Regeln bezüglich der gegenseitigen Aufgabenteilung und damit auch der Zuweisungspraxis. Die vorhandene schlafmedizinische Kompetenz könnte wesentlich effizienter genutzt werden, wenn sich alle in diesem Bereich Tätigen zu regionalen, informellen Netzwerken zusammenschließen würden, deren Existenz und Kontaktmöglichkeiten nicht nur "Insidern" bekannt sind, sondern auch dem breiten Kreis potenzieller Zuweiser. Eine solche Vernetzung würde sich gleichermaßen positiv auf

die Diagnostik und Therapie auswirken. Die Grafik (S. 60) zeigt die erforderliche Minimalstruktur eines solchen schlafmedizinischen Netzwerks

Optimale Diagnostik: Im Optimalfall wird der Hausarzt (falls er sich nicht ausreichend kompetent fühlt, eine Diagnose zu stellen und die Behandlung selbst durchzuführen) eine Zuweisung zum schlafmedizinisch spezialisierten Pneumologen oder HNO-Arzt vornehmen, wenn Hinweise auf eine schlafbezogene Atmungsstörung vorliegen. Dieser wird in der Regel ein Apnoe-Screeening durchführen und gegebenenfalls in ein pneumologisches Schlaflabor weiter verweisen. Bei negativem Screening ist ebenso wie bereits bei der Vermutung, dass keine atmungsbezogene Schlafstörung vorliegt, stets eine Überweisung zum schlafmedizinisch spezialisierten Psychiater/Neurologen/Nervenarzt erforderlich. Dieser sollte die wichtigsten Differenzialdiagnosen aus dem psychiatrisch/neurologischen Bereich abklären (z. B. Depression) und eine adäquate Behandlung einleiten, wenn erforderlich. Je nach eigenem therapeutischen Repertoire kann er die Behandlung selbst durchführen (z.B. bei einer primären Insomnie) oder einen schlafmedizinisch spezialisierten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten hinzuziehen. In unklar bleibenden Fällen sollte er in ein psychiatrisch/ neurologisches Schlafmedizinisches Zentrum überweisen.

**Optimale Therapie:** Eine Zuweisung zur bestmöglichen Therapie kann von jeder Stelle des Netzwerks aus erfolgen, sobald die Diagnose ausreichend geklärt ist. Auch dabei sollte eine sinnvolle, an den Qualifikationen und Kompetenzen der Netzteilnehmer und an lokalen Gegebenheiten orientierte Aufgabenteilung vorgenommen werden. Die schlafspezifische medikamentöse und verhaltensmedizinisch/psychotherapeutische Behandlung kann sowohl von Psychiatern, Nervenärzten, Neurologen als auch von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden. Die schlafmedizinischen Zentren können spezifische ambulante (z. B. Insomnie-Gruppen) oder stationäre Behandlungsoptionen anbieten (z. B. Benzodiazepin-Entzug oder initial stationäres Schlafrestriktions-Training etc.)



#### Fortbildung | Schlafmedizin interdisziplinär

Die hier skizzierten Überlegungen zur Vernetzung der in der Schlafmedizin Tätigen sind nicht als Aufruf zu verstehen, bestimmte aktuelle Versorgungsmodelle wie das der "Integrierten Versorgung" zu implementieren. Eher schwebt uns ein informelles, flexibles Netzwerk im Rahmen der bestehenden ambulanten und stationären Versorgungsstruktur vor, was nicht ausschließt, dass in Teilbereichen (z. B. Schlafapnoe) auch integrierte Versorgungsmodelle entwickelt werden. Entscheidend ist, dass sich alle Netzteilnehmer gegenseitig regelmäßig über ihre Kompetenzen und diagnostisch/therapeutischen Schwerpunkte, ihr Leistungsspektrum und ihre Behandlungskapazität informieren und sich bezüglich rationaler gegenseitiger Zuweisungsmodalitäten abstimmen. Darüber hinaus können regelmäßige Treffen der Netzteilnehmer auch der Fortbildung dienen, insbesondere durch Fallbesprechungen von Patienten, die mehrere Stationen des Netzes durchlaufen haben.

Ein solches informelles Netzwerk besteht seit vielen Jahren in München ("Schlafnetz München"), und die hier dargestellten Überlegungen beruhen zu einem großen Teil auf den daraus resultierenden Erfahrungen.

#### Rolle des Psychiaters/Neurologen/ Nervenarztes im "Schlafnetz"

Aus diesen Erfahrungen heraus möchte ich noch einmal auf die besondere Rolle von niedergelassenen Psychiater/Neurologen/Nervenärzten in einem solchen Netzwerk kommen. Hier sehen wir ein besonderes Entwicklungspotenzial. Aus folgenden Gründen ist diese Gruppe prädestiniert, eine Schlüsselfunktion in dem Netzwerk auszufüllen:

- Der größte Teil der mit Ein- und Durchschlafstörungen verbundenen Erkrankungen fällt in den Kompetenzbereich dieser Fachgruppen. Die entscheidende differenzialdiagnostische Abgrenzung zwischen psychophysiologischer Insomnie und sekundärer Insomnie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen muss von ihnen geleistet werden.
- Die häufigen Fälle von Depressionen mit Insomnie als Leitsymptom sind in dieser Fachgruppe auch therapeutisch

Minimalstruktur eines schlafmedizinischen Netzwerks Hausarzt Psychiater/ Pneumologe Verhaltens-Neurologe/ HNO-Arzt therapeut Nervenarzt Pneumologisches Psychiatrisch/neurologisches Schlaflabor Schlaflabor

bereits in der richtigen Hand und können ohne weitere Überweisungswege zügig behandelt werden.

- ► Manche schlafmedizinischen Zentren verfügen nicht über eine Schlafambulanz, die es erlaubt, die entscheidende psychiatrische Differenzialdiagnostik zu leisten. Eine aufwändige Polysomnografie bei chronischer Insomnie ist aber nur dann zu rechtfertigen, wenn eine fachgerechte diagnostische Vorabklärung erfolgt ist.
- ▶ Die wesentlichen therapeutischen Interventionsmethoden für Patienten mit Insomnie, Hypersomnie, Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen und Parasomnien fallen in den psychiatrisch/neurologischen Kompetenzbereich oder in den von kooperierenden psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten (z.B. medikamentöse Behandlungen chronischer Insomnien, Parasomnien, der Narkolepsie oder des Restless-Legs-Syndroms, verhaltensmedizinische und "psychoedukative" Behandlungen bei chronischer Insomnie etc.)

Gerade in schlafmedizinisch bislang schlecht versorgten Gebieten könnte die Initiative zur Etablierung eines derartigen Netzwerks vom Psychiater/Neurologen/ Nervenarzt ausgehen. Er sollte gemeinsam mit einem schlafmedizinisch ausgebildeten Pneumologen oder HNO-Arzt den Kontakt mit nahe gelegenen schlafmedizinischen Zentren aufbauen sowie die Zusammenarbeit mit vorwiegend verhaltenstherapeutisch arbeitenden Psychotherapeuten anstreben. Schließlich sollten auch die Hausärzte der Region

über die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und Zuweisung informiert wer-

Regionale Netzwerke der beschriebenen Struktur könnten dazu beitragen, dass die vorhandenen schlafmedizinischen Kompetenzen und Ressourcen besser genutzt werden. Das dürfte nicht nur die Qualität der Versorgung steigern, sondern darüber hinaus auch zur Kostendämpfung beitragen.

Literatur bei den Verfassern.

#### Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael H. Wiegand

Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums und EEG-Labors, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, TU München, Ismaninger Str. 22, 81675 München, E-Mail: michael.wiegand@lrz.tum.de

#### Torsten Brückner, München

E-Mail: brueckner@lrz.tum.de



Jahrzehntelang konzentrierte sich die medikamentöse Therapie der ADHS auf Psychostimulanzien (Amphetamine, Methylphenidat) bei Kindern und Jugendlichen und auf trizyklische Antidepressiva (Imipramin, Desipramin, Nortriptylin) bei Erwachsenen. Mit der Zulassung von Atomoxetin wird eine neue Behandlungsära eröffnet. Dieses Therapeutikum ist kein Psychostimulans, sondern ein hochselektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, der nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fällt. Atomoxetin ist bei den drei Kernsymptomen der ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit, Impulsivität und Hyperaktivität wirksam.

eit Dezember letzten Jahres ist Atomoxetin auch in Deutschland zur Therapie der ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) bei Kindern ab sechs Jahren sowie bei Jugendlichen zugelassen. Ferner darf die Behandlung bei Jugendlichen, bei denen die Symptomatik ins Erwachsenenalter fortbesteht und die eindeutig davon profitieren, im Erwachsenenalter weitergeführt werden. Damit hat Atomoxetin hierzulande zwar nur eine eingeschränkte Zulassung für die Erwachsenentherapie erreicht, dennoch erlaubt es den ersten Einsatz ohne Off-label-Use überhaupt.

#### **Pharmakodynamik**

Atomoxetin ist ein hochselektiver und potenter Hemmstoff des präsynaptischen Noradrenalin(NA)-Transporters und

erhöht daher, wie andere NA-Wiederaufnahmehemmer (NA-Reuptake-Inhibitor), die NA-Konzentration im synaptischen Spalt. Die Substanz hat keine direkte Wirkung auf Serotonin- oder Dopamin-Transporter. Die Affinität zu anderen NA-Rezeptoren oder anderen Neurotransmitter-Transportern oder -Rezeptoren ist gering [Fachinformation Atomoxetin, Stand: Januar 2005]. Durch die Erhöhung der NA-Konzentration in entsprechenden Hirnarealen scheinen Aufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität positiv beeinflusst zu werden [Biedermann J, Spencer T. Biol Psychiatry 1999].

#### **Pharmakokinetik**

Atomoxetin wird nach oraler Verabreichung mit oder ohne Nahrung schnell und fast vollständig resorbiert. Die absolute Bioverfügbarkeit liegt bei 63-94%, mittlere maximale Plasmakonzentrationen werden nach 1-2 Stunden erreicht. Die Metabolisierung erfolgt über das Cytochrom P450 2D6, wobei die Substanz selbst weder zu einer Enzymhemmung noch zu einer Enzyminduktion führt. Die Halbwertszeit ist unterschiedlich, sie beträgt bei stark ausgeprägter Verstoffwechselung (extensive metabolizer) 3,6 Stunden, bei langsamer Verstoffwechselung (poor metabolizer) 21 Stunden. Dies hat jedoch keine Auswirkungen auf die Dosierung, das Anwendungsschema und die Nebenwirkungen, wie in den klinischen Studien dokumentiert wurde. Die Elimination erfolgt hauptsächlich renal. Die Bindung an Plasmaproteine liegt bei 98% [Fachinformation Atomoxetin, Stand: Januar 2005].

NeuroTransmitter 7-8·2005



#### Fortbildung Innovative Substanzen

#### Klinische Wirksamkeit – Studienlage

Die klinischen Studien zu Atomoxetin umfassen Pilotstudien, Plazebo-kontrollierte Doppelblindstudien und offene Verlaufsbeobachtungen. Auf die wichtigsten klinischen Studien zur Dokumentation der Wirksamkeit und Verträglichkeit bei Kindern/Jugendlichen beziehungsweise Erwachsenen wird nachfolgend näher eingegangen. Die Diagnosestellung ADHS erfolgte dabei stets nach DSM-IV.

#### \_\_ Studien bei Kindern/Jugendlichen

Atomoxetin versus Plazebo: Für die multizentrische, randomisierte, Plazebokontrollierte Dosis-Findungsstudie [Michelson D, Faries D, Wernicke J et al. Pediatrics 2001] wurden insgesamt 297 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen acht und 18 Jahren rekrutiert. Alle Teilnehmer wurden hinsichtlich ihres Genotyps CYP 2D6 (langsamer oder schneller Metabolisierer) charakterisiert, um daraus gegebenenfalls Rückschlüsse auf die erforderliche Tagesdosierung nach Ergebnisauswertung ziehen zu können. Nach einer 12- bis 18-tägigen Evaluierungs- und Auswaschphase erhielten die Teilnehmer entweder Plazebo oder Atomoxetin über acht Wochen. Die Studienmedikation wurde auf zwei gleiche Dosen morgens und spät nachmittags verteilt. Die Tagesdosierung betrug zu

Rating-Skalen bei ADHS in klinischen Studien				
ADHD-RS	ADHD-IV Rating Scale			
CAARS	Conners Adult ADHD Rating Scale			
CPRS-R	Conners Parent Rating Scale – Revised			
CTRS-R	Conners Teacher Rating Scale – Revised			
CGI-S-ADHD	Clinical Global Impressions of Severity Score-ADHD			
CDRS-R	Childrens Depression Rating Scale – Revised			
CHQ	Child Health Questionaire			
WRAADDS	Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale			

Beginn 0,5 mg/kg Körpergewicht (KG) und wurde in einwöchigen Abständen auf 0,8 mg/kg oder 1,2 mg/kg KG erhöht. Die Dokumentation der Wirksamkeit von Atomoxetin erfolgte über die Skalen: ADHD-RS, CPRS-R, CGI, CDRS-R, CHQ.

Bei mäßig bis schwerer Ausprägung der Erkrankung war Atomoxetin in allen Dosierungen wirksamer als Plazebo. Eine signifikante Verbesserung in der ADHD-Rating-Skala trat bei Tagesdosierungen von 1,2 mg/kg KG und 1,8 mg/kg KG ein. Unter der höheren Dosierung konnte kein zusätzlicher Nutzen auf die ADHS-Kernsymptomatik nachgewiesen werden, jedoch zeigte sich anhand der CHQ-Daten, dass unter der höheren Dosierung das psychosoziale Verhalten positiv beeinflust wurde. Therapieabbrüche waren selten (< 3 %).

Auch die tägliche Einmalgabe von Atomoxetin war ausreichend wirksam [Michelson D, Allen A J, Busner J et al. Am J Psychiatry 2002]. Für eine sechswöchige multizentrische, randomisierte und Plazebo-kontrollierte Doppelblindstudie wurden 171 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen sechs und 16 Jahren beobachtet. Atomoxetin wurde nach schrittweiser Steigerung (0,5 mg, 0,75 mg, 1,0 mg) in der Regel in einer Tagesdosierung von 1 mg/kg KG am Morgen verabreicht. Nur bei ungenügender Wirksamkeit erfolgte eine Dosiserhöhung auf 1,5 mg/kg KG. Die Wirksamkeit wurde anhand der ADHD-RS, CPRS-R, CTRS-S, CGI sowie anhand eines für diese Studie entwickelten Elterntagebuchs dokumentiert.

Verbesserungen der Kernsymptomatik zeigten sich bereits nach der ersten Behandlungswoche; die Überlegenheit von Atomoxetin gegenüber Plazebo konnte in allen Skalen nachgewiesen werden. Die einmalige Gabe erwies sich damit als genauso wirksam wie die zweimalige Applikation von Atomoxetin in der zuvor genannten Studie.

In der Publikation von Spencer et al. [Spencer Th, Heiligenstein JH, Biederman J et al. J Clin Psychiatry 2002] wurden zwei identische, stratifizierte, randomisierte und Plazebo-kontrollierte Doppelblindstudien (über zwölf Wochen) vorgestellt, um die Hypothese zu überprüfen, ob ein selektiver Inhibitor der

präsynaptischen NA-Wiederaufnahme eine Behandlungsmöglichkeit für Schulkinder mit ADHS darstellt. Die insgesamt 291 Patienten, zum Teil mit Methylphenidat vorbehandelt, waren zwischen sieben und 13 Jahre alt und erhielten entweder Plazebo oder Atomoxetin (zur Validierung des Studiendesigns erhielt eine geringere Patientenanzahl auch Methylphenidat, falls Atomoxetin dem Plazebo nicht überlegen sein sollte). Atomoxetin wurde entsprechend der klinischen Wirksamkeit dosiert (mittlere Tagesdosis: 1,5 mg/kg KG) und zweimal täglich verabreicht. Langsame CYP 2D6-Metabolisierer wurden von der Studie ausgeschlossen. Die Wirksamkeit wurde anhand ADHD-RS, CGI-S-ADHD, CPRS-R ermittelt.

Wie die Ergebnisse belegen, verbesserten sich in allen Rating-Skalen die drei Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität signifikant

Auch in der von Kelsey et al. [Kelsey D, Sumner CR, Casat CD et al. Pediatrics 2004) beschriebenen multizentrischen, randomisierten, Plazebo-kontrollierten Doppelblindstudie mit 197 Kindern im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren zeigte Atomoxetin bei einer mittleren Dosierung von 1,3 mg/kg KG/Tag über acht Wochen eine positive Wirkung auf die ADHS-Kernsymptomatik. Trotz der kurzen Halbwertszeit war Atomoxetin bei morgendlicher Einmalgabe bis zum nächsten Morgen wirksam.

**Atomoxetin versus Methylphenidat:** Eine entsprechende Wirksamkeit und Verträglichkeit von Atomoxetin und Methyphenidat fanden Kratochvil et al. in einer offenen Vergleichsstudie [Kratochvil CJ, Heiligenstein JH, Dittmann R et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002]. Über zehn Wochen erhielten 228 Kinder im Alter zwischen sieben und 15 Jahren Atomoxetin zweimal täglich (Tagesdosis bis 2 mg/kg KG, n = 184) oder Methylphenidat zwei- bis dreimal täglich (Tagesdosis bis 60 mg, n = 44). Auch hier wurde der Genotyp für CYP 2D6 bestimmt, um Rückschlüsse auf Unterschiede bei der erforderlichen Tagesdosis, Wirksamkeit und Verträglichkeit ziehen zu können. Es zeigten sich aber keine klinisch relevanten Unterschiede bei den beiden Metabolisierungstypen.

NeuroTransmitter 7–8·2005

#### **Charakteristika von Atomoxetin**

- kein Psychostimulans (fällt nicht unter das BTM)
- Wirkungsäquivalenz mit Metylphenidat
- lange Wirkdauer Einmalgabe ausreichend
- Günstiges Nebenwirkungsprofil (z. B. selten Schlaflosigkeit bei Kindern/Jugendlichen)
- Individuelle Dosierungsmöglichkeit nach Körpergewicht
- Wirklatenz: Wirkungseintritt nach einer Woche, optimale Wirksamkeit nach vier bis sechs Wochen

#### \_\_ Studien bei Erwachsenen

Atomoxetin versus Plazebo: Zur klinischen Wirksamkeit von Atomoxetin bei Erwachsenen wurden zwei randomisierte, Plazebo-kontrollierte Doppelblindstudien über zehn Wochen publiziert [Michelson D, Adler L, Spencer T et al. Biol Psychiatry 2003]. In die Studie eingeschlossen waren erwachsene Patienten mit ADHS nach DSM-IV. Das Durchschnittsalter lag bei 40–43 Jahren. Atomoxetin wurde zweimal täglich bis zu einer Maximaldosis von 120 mg verabreicht. Die Beurteilung der Wirksamkeit erfolgte über CAARS, WRAADDS und CGI-S-ADHD.

In dieser Untersuchung war Atomoxetin Plazebo bezüglich der Verbesserung der drei Kernsymptome signifikant überlegen.

#### Verträglichkeit

Das Verträglichkeitsprofil in klinischen Studien wurde in Reviews bewertet [Wernicke JF, Kratochvil CJ. Clin Psychiatry 2002; Kratochvil CJ, Vaughan BS, Harrington MJ et al. Expert Opin. Pharmacother 2003]. In den Plazebokontrollierten Studien bei Kindern und Jugendlichen dominierten bei den unerwünschten Arzneimittelwirkungen Appetitminderung und gastrointestinale Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen). Die Appetitminderung trat hauptsächlich zu Therapiebeginn und bei Aufdosierung von Atomoxetin auf und führte in den ersten beiden Behandlungsmonaten zu einem Gewichtsverlust um durchschnittlich 1 kg; danach normalisierte sich das Gewicht wieder. Abdominale Beschwerden oder Appetitminderung führten nur selten zu einem Therapieabbruch. Allergische Reaktionen traten nur sehr selten, Schlafstörungen überhaupt nicht auf. Bei Erwachsenen hingegen dominierten noradrenerge Wirkungen wie Mundtrockenheit und Schlaflosigkeit. Über gastrointestinale Symptome wie Übelkeit, Appetitminderung und Obstipation wurde erst in zweiter Linie berichtet [Kratochvil CJ, Vaughan BS, Harrington MJ et al. Expert Opin Pharmacother 2003; Michelson D, Adler L, Spencer T et al. Biol Psychiatry 2003]. Diese unterschiedliche Verträglichkeit zwischen Kindern und Erwachsenen könnte möglicherweise den altersabhängigen Reifegrad des Neurotransmittersystems widerspiegeln. Ferner wurden leichte Anstiege der Pulsfrequenz (sechs Schläge/Minute) und des Blutdrucks (1-2 mmHg diastolisch und 2–3 mmHG systolisch) beobachtet, die jedoch als geringfügig eingestuft wurden und bei Absetzen der Medikation spontan verschwanden [Fachinformation Atomoxetin, Stand: Januar 2005]. Veränderungen der Laborwerte oder Auffälligkeiten im EEG traten nicht auf.

In den ersten zwei Jahren nach Markteinführung in den USA bei mehr als zwei Millionen behandelten Patienten gab es zwei Verdachtsfälle mit erhöhten Leberenzym- und Bilirubinwerten. Die beiden Patienten erholten sich nach Absetzen der Medikation jedoch vollständig. In den klinischen Studien wurden keine Hinweise auf mögliche Leberschädigungen gefunden.

#### **Therapeutischer Stellenwert**

In den klinischen Zulassungsstudien verbesserten sich durch Atomoxetin die ADHS-Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität [Kratochvil CJ, Vaughan BS, Harrington MJ et al. Expert Opin Pharmacother 2003; 4]. Die Wirksamkeit scheint dabei mit der von Methylphenidat vergleichbar zu sein. Eine signifikante Verbesserung der Kernsymptomatik durch Atomoxetin war in der Regel bereits nach einer Woche zu beobachten, die volle Wirksamkeit trat nach vier bis sechs Wochen ein. Eine Einmaldosierung von Atomoxetin am Morgen gewährleistete – anders als Me-

thylphenidat – eine Symptomkontrolle bis zum nächsten Morgen, unabhängig vom 2D6-Metabolisierungstyp. Die Dosierung erfolgte dabei nach Körpergewicht (≤ 70 kg:1,2 mg/kg KG /Tag; >70 kg: 80 mg/Tag).

Aufgrund der niedrigen Studienabbruchrate (Kinder/Jugendliche: 3,8% versus 1,4% unter Plazebo) wird eine gute Verträglichkeit von Atomoxetin angenommen, das außerdem auch zu keiner Verschlechterung von Tics bei ADHS-Patienten führt [Fachinformation Atomoxetin, Stand Januar 2005]. Ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial erscheint unwahrscheinlich, zum einen aufgrund des Rezeptorbindungsprofils von Atomoxetin, zum anderen aufgrund der vorliegenden pharmakologischen und klinischen Daten. Atomoxetin erhöht nicht die Dopaminkonzentration im Striatum und Nucleus accumbens bei Ratten [Hinweis auf fehlendes Missbrauchspotenzial und Ausbleiben motorischer Störungen bei Bymaster FP et al. Neuropsychopharmacology 2002]. Bei jungen Erwachsenen ohne ADHS ergaben sich anhand verschiedenen Rating-Skalen zur Erfassung des Missbrauchspotenzials ebenfalls keine Hinweise für eine euphorisierende Wirkung unter Atomoxetin, sehr wohl aber unter Methylphenidat [Heil SH et al. Drug and Alcohol Dependence 2002]. Die Tagestherapiekosten unter Atomoxetin betragen 3,69 EUR.

Die Untersuchungen lassen den Schluss zu, dass Atomoxetin bei ADHS eine medikamentöse Alternative zu Stimulantien darstellt, auch unter dem Aspekt, dass es nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. Gabriele Roszinsky-Köcher, Rommerskirchen

NeuroTransmitter 7—8-2005





### "Schnellübersicht" Hypnotika

# Pharmakotherapie der Insomnie

ls Hypnotika bezeichnet man solche Medikamente, die zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen eingesetzt werden. Nachfolgend werden zunächst die Substanzen aufgelistet, deren Hauptindikation die Insomnie darstellt. Die im Anschluss daran aufgeführten sedierenden Neuroleptika und Antidepressiva können als "Hypnotika im weiteren Sinne" bezeichnet werden. Ihre Hauptindikationen sind anderer Art, doch können sie aufgrund ihrer sedierenden und schlaffördernden Eigenschaften in besonderen Situationen auch als Schlafmittel eingesetzt werden. Es ist zu beachten, dass es sich im Falle von Chlorprothixen und Levomepromazin sowie allen hypnotisch wirksamen

Antidepressiva um "Off-label"-Indikationen handelt.

Nicht dargestellt sind Barbiturate sowie das Meprobamat, denn als Schlafmittel sind diese Substanzen obsolet. Clomethiazol wurde nicht aufgeführt, da sein Einsatz als Schlafmittel nur ausnahmsweise und in einem sehr engen Indikationsbereich vertretbar erscheint. Einige atypische Neuroleptika (z. B. Quetiapin, Olanzapin) sind ebenfalls hypnotisch wirksam, jedoch hinsichtlich ihres Nutzen-Risiko-Verhältnisses bei dieser speziellen Indikation noch nicht ausreichend untersucht und deshalb nicht erwähnt. Melatonin (bundesweit ausschließlich über internationale Apotheken beziehbar) ist kein Hypnotikum, sondern eine den Schlaf-Wach-Rhythmus beeinflussende Substanz und fehlt somit ebenfalls in der Übersicht.

Bei den Benzodiazepinen, sedierenden Antidepressiva und Neuroleptika wurde eine am Markt und an Verordnungsgewohnheiten orientierte Auswahl getroffen. Eine klare Abgrenzung zwischen Benzodiazepin-Hypnotika einerseits und Benzodiazepin-Sedativa/Anxiolytika andererseits ist nicht möglich.

Hinter den Substanznamen stehen jeweils die Handelsnamen. Falls eine Substanz auf dem deutschen Markt unter mehr als zwei Präparatenamen verfügbar ist, wird beispielhaft nur einer davon angegeben. Alle Dosierungsempfehlungen beziehen sich auf ambulante Behand-

BENZODIAZEPINREZEPTOR-AGONISTEN					
	Indikation	Kontraindikation	Typische Nebenwirkungen	Wechselwirkungen	
Zopiclon (z.B. Ximovan®)	Ein- und Durch- schlafstörungen	Myasthenia gravis, schwere Leberinsuffizienz, schweres Schlafapnoe- Syndrom, anamnestisch Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit	metallischer Geschmack; prinzipiell auch BZD-typi- sche Nebenwirkungen	zentralnervös dämpfende Wirkung verstärkt durch Alkohol, Neuroleptika, Benzodiazepine, Antidepressiva, Antiepileptika, Anästhetika, Antihistaminika, narkotische Analgetika; Wirkungsverstärkung durch Cytochrom P450-hemmende Medikamente (z.B. Cimetidin, Erythromycin)	
Zolpidem (z.B. Stilnox®)	Einschlaf störungen	Myasthenia gravis, schwere Leberinsuffi- zienz, respiratorische Insuffizienz, Schlafapnoe- Syndrom, anamnestisch Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit	prinzipiell alle BZD-typischen Nebenwirkungen	zentralnervös dämpfende Wirkung verstärkt durch Alkohol, Neuroleptika, Benzodiazepine, Antidepressiva, Antiepileptika, Anästhetika, Antihistaminika, narkotische Analgetika. Wirkungsverstärkung durch Cytochrom P450-hemmende Medikamente (z.B. Cimetidin, Erythromycin)	
Zaleplon (Sonata®)	Einschlaf- störungen, auch als Wiederein- schlafhilfe	Myasthenia gravis, schwere Leberinsuffi- zienz, respiratorische Insuffizienz, Schlafapnoe- Syndrom, anamnestisch Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit	prinzipiell alle für BZD mit kurzer Halbwertszeit typischen Nebenwirkungen	zentralnervös dämpfende Wirkung verstärkt durch Alkohol, Neuroleptika, Benzodiazepine, Antidepressiva, Antiepileptika, Anästhetika, Antihistaminika, narkotische Analgetika. Wirkungsverstärkung durch Cytochrom P450-hemmende Medikamente (z.B. Cimetidin, Erythromycin)	

64 NeuroTransmitter 7–8·2005

lungsfälle; bei stationärer Behandlung kann in der Regel höher dosiert werden.

Unter der Rubrik "relevante Nebenwirkungen" sind nur solche beschrieben, die auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch gelegentlich zu erwarten sind; ausführlichere Darstellungen finden sich in der "Roten Liste" [Editio Cantor, Aulendorf 2005].

#### Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. M. H. Wiegand

Leiter Schlafmedizinisches Zentrum, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München, Ismaninger Str. 22, 81675 München, E-Mail: michael.wiegand@lrz. tu-muenchen.de

#### Weiterführende Literatur

- Benkert O, Hippius H. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakologie, 4. Auflage, Springer, Berlin, 2003
- 2. Steinberg R, Weeß HG, Landwehr R. Schlafmedizin – Grundlagen und Praxis. Uni-med, Bremen, 2004



Kontrolluntersuchungen	Pharmakologie	Dosierung	Bewertung
initial Routinelabor	Zyklopyrrolon. Benzodiazepinrezeptor-Agonist mit Spezifität für $\omega_1$ - und $\omega_2$ -Untereinheiten. Halbwertszeit etwa 5 Std.	7,5–15 mg	gegenüber Benzodiazepinen geringeres Abhängigkeitsrisiko, minimale Muskelrelaxation, kaum atemdepressorische Wirkung (somit auch bei leichtem Schlafapnoe-Syndrom einsetzbar); aufgrund mittellanger Halbwertszeit in der Regel keine morgendlichen Überhangeffekte, kein Kumulationsrisiko; gleichwirksame Alternative zu Benzodiazepin-Hypnotika bei Ein- und Durchschlafstörungen mit insgesamt günstigerer Nutzen-Risiko-Relation
initial Routinelabor	Imidazopyridin. Benzodiazepinrezeptor-Agonist mit Spezifität für $\omega_1$ -Untereinheiten. Halbwertszeit 1–3,5 Std.	10-20 mg	gegenüber Benzodiazepinen geringeres Abhängigkeitsrisiko, weniger Muskelrelaxation, weniger Atemdepression; durch kurze Wirkungsdauer keine morgendlichen Überhangeffekte, aber keine zuverlässige Wirkung bei ausgeprägten Durchschlafstörungen. Somit gleichwirksame Alternative zu Benzodiazepin-Hypnotika vorrangig bei Einschlafstörungen mit insgesamt günstigerer Nutzen-Risiko-Relation
initial Routinelabor	Pyrazolopyrimidin. Benzodiazepinrezeptor-Agonist mit Spezifität für $\omega_1$ -Untereinheiten. Ultrakurze Halbwertszeit: etwa 1 Std.	5-10 mg	wegen kurzer Wirkungsdauer ausschließlich als Einschlafmittel verwendbar; gegebenenfalls auch als Wiedereinschlafhilfe nach nächtlichem Erwachen; wirksames Einschlafmittel bei im Vergleich zu den Benzodiazepinen günstigerem Nebenwirkunsspektrum



### Fortbildung "Schnellübersicht" Hypnotika

	Indikation	Kontraindikation	Typische Nebenwirkungen	Wechselwirkungen
Triazolam (Halcion®)	Einschlaf- störungen	Myasthenia gravis, schwere Leberinsuffi- zienz, respiratorische Insuffizienz, Schlafapnoe- Syndrom, anamnestisch Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit	Verwirrtheit, anterograde Amnesie, ferner alle BZD- typischen Nebenwirkungen (insbesondere Toleranz- entwicklung, Abhängigkeits- risiko)	gegenseitige Wirkungsverstärkung durch zentralwirksame Pharmaka und Alkohol; Wirkungsverstärkung auch durch Cimetidin, Verapamil, Diltiazem, Paroxetin, Sertralin, Fluvoxamin, Isoniazid, Erythromycin, Makrolidantibiotika; wegen Wirkungsverstärkung und -verlängerung gleichzeitige Anwendung von Nefazodon, Ketoconazol, Itraconazol nicht empfohlen; bei oralen Kontrazeptiva Zunahme der Sedation möglich
BENZODIAZEPIN-H	YPNOTIKA – Substa	anzen mit mittellanger Hal	bwertszeit	
Brotizolam (Lendormin®) Loprazolam (Sonin®) Lormatezepam (z. B. Noctamid®) Temazepam (z. B. Remestan®)	Ein- und Durch- schlafstörungen	Myasthenia gravis, schwere Leberinsuffi- zienz, respiratorische Insuffizienz, Schlafapnoe- Syndrom, anamnestisch Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit	alle BZD-typischen Nebenwirkungen, vor allem Toleranz- und Abhängig- keitsentwicklung, Überhang- effekte, gegebenenfalls Kumulation bei höherer Dosis	gegenseitige Wirkungsverstärkung durch zentralwirksame Pharmaka und Alkohol; Wirkungsverstärkung von Muskelrelaxantien, Analgetika und Lachgas; unter Dauerbehandlung mit zentralwirkenden Antihypertonika und Betablockern nach Art und Umfang nicht vorhersehbare Wechselwirkungen möglich; weitere Wechselwirkungen substanzspezifisch (s. Gebrauchsinformation bzw. Rote Liste)
BENZODIAZEPIN-H	IYPNOTIKA — Substa	anzen mit langer Halbwert	szeit	
Flurazepam (Dalmadorm®, Staurodorm Neu®) Flunitrazepam (z.B. Rohypnol®) Nitrazepam (z.B. Mogadan®)	Ein- und Durch- schlafstörungen nur dann, wenn im Rahmen der Behandlung auch am Tage sedierende, an- xiolytische oder andere Benzodi- azepin-Wirkun- gen erwünscht sind	Myasthenia gravis, schwere Leberinsuffi- zienz, respiratorische Insuffizienz, Schlafapnoe- Syndrom, anamnestisch Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit	alle BZD-typischen Neben- wirkungen, insbesondere Überhangeffekte, Kumula- tionsrisiko, Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung	gegenseitige Wirkungsverstärkung durch zentralwirksame Pharmaka und Alkohol; Wirkungsverstärkung von Muskelrelaxantien, Analgetika und Lachgas; Wirkungsverstärkung durch Cimetidin; unter Dauerbehandlung mit zentralwirkenden Antihypertonika und Betablockern sowie mit Antikoagulanzien nach Art und Umfang nicht vorhersehbare Wechselwirkungen möglich
WEITERE CHEMISC	H DEFINIERTE HYPN	IOTIKA		
Chloralhydrat (Chloraldurat®)	Einschlafstörungen; "Chloraldurat blau" auch bei Durchschlafstörungen	Leber- und Magen-Darm- Erkrankungen, Nieren- und Herzinsuffizienz; anamnestisch bekannte Substanzabhängigkeit oder -missbrauch	Übelkeit, Verwirrtheit, allergische Reaktionen; Wirkungsverlust durch Enzyminduktion; Abhängigkeitsrisiko	gegenseitige Wirkungsverstärkung durch zentralwirksame Pharmaka und Alkohol; Wirkungsverstärkung von oralen Antikoagulanzien

Kont	trolluntersuchungen	Pharmakologie	Dosierung	Bewertung
initi	ial Routinelabor	Benzodiazepin; Agonist des GABA <sub>A</sub> /Benzodiaze- pin-Rezeptor-Komplexes. Sehr kurze Halbwertszeit (1,5–5 Std.)	0,125-0,25 mg	durch kurze Wirkungsdauer ausschließlich als Einschlafmittel verwendbar. Vergleichsweise hohe Nebenwirkungsrate
		D 1:	D 11 1	
init	ial Routinelabor	Benzodiazepine; Agonisten des GABA,/Benzodiazepin-Rezeptor-Komplexes. Mittellange Halbwertszeiten: (Brotizolam 4-7 Std.; Loprazolam 6-8 Std.; Lormatezepam 8-14 Std.; Temazepam 5-14 Std.)	Brotizolam: 0,125-0,25 mg; Loprazolam: 1-2 mg; Lormatezepam: 0,5-1 mg; Temazepam: 10-30 mg	seit Jahrzehnten bewährte Hypnotika mit gut bekanntem Nutzen-Risiko-Profil, jedoch gegenüber den neueren BZD-Rezeptor-Agonisten (s.o.) vergleichsweise höhere Nebenwirkungsrate, insbesondere hinsichtlich Toleranz- und Abhängigkeitsrisiko
			_	
init	ial Routinelabor	Benzodiazepine. Agonisten des GABA <sub>A</sub> /Benzodiazepin-Rezeptor-Komplexes. Lange Halbwertszeiten (Flurazepam: 1–2 Std., aktiver Metabolit: 40–250 Std.; Flunitrazepam: 10–30 Std., aktiver Metabolit: 20–30 Std.; Nitrazepam: 15–30 Std., kein aktiver Metabolit)	Flurazepam: 15-30 mg; Flunitrazepam: 0,5-1 mg; Nitrazepam: 2,5-10 mg	hochwirksame Ein- und Durchschlafmittel mit häufigen Überhangeffekten und Kumulationsrisiko; nur sinnvoll, falls auch am Tage sedierend/anxiolytische Wirkung erwünscht ist; nicht bei isolierter Insomnie
نده در د	ial Pautinalahar	Trichlor-Ethandiol mit An-	350 1 000 mg	traditionallas Einschlafmittalı
init		griffspunkt am GABA <sub>A</sub> -Re-zeptor-Komplex, eventuell auch am NMDA-Rezeptor; rasche Umwandlung in der Leber zum aktiven Metaboliten Trichlorethanol. Halbwertszeit 7–9 Std.	250-1.000 mg	traditionelles Einschlafmittel; wegen raschen Wirkungsverlustes sowie geringer therapeutischer Breite (letale Dosis 6–10 mg) nur eingeschränkt zu empfehlen

NeuroTransmitter 7-8·2005



### Fortbildung "Schnellübersicht" Hypnotika

	Indikation	Kontraindikation	Typische Nebenwirkungen	Wechselwirkungen
L-Tryptophan (z.B. Kalma®)	chronische Schlafstörungen	Kombination mit MAO- Hemmern, Serotonin- Wiederaufnahmehemmern, Venlafaxin (Gefahr eines zentralen Serotonin- Syndroms)	in höherer Dosis Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen, Müdigkeit	MAO-Hemmer: Auftreten eines Serotonin-Syndroms. Serotonin- Wiederaufnahmehemmer: Erre- gung, Unruhe, gastrointestinale Störungen. Wirkungsverstärkung durch Carbamazepin oder Digito- xin, Abschwächung durch Phe- nytoin; Wirkungsverstärkung von trizyklischen Antidepressiva und Lithium; Phenothiazine, Benzodi- azepine: Dyskinesien, parkinson- ähnliche Symptome
PHYTOPHARMAKOL	OGISCHE UND HO	MÖOPATHISCHE HYPNOTI	KA	
Baldrian (Valeriana officinalis) (diverse Präparate) Weitere Substanzen: Hafer (Avena sativa), Hopfen (Humulus lupulus), Melisse (Melissa officinalis), Passionsblume (Passiflora), Kava- Kava (Piper methy- sticum); großteils Kombinationen dieser Substanzen untereinander sowie mit Baldrian Homöopathica: "po- tenzierte" Pflanzen- auszüge aus den vor- genannten Stoffen	Ein- und Durch- schlafstörungen	in der Regel keine	in der Regel keine	nur bei Kava-Kava-haltigen Präparaten Wirkungsverstärkung zentralwirksamer Pharmaka
ANTIHISTAMINIKA				
(Diphenhydramin (z.B. Vivinox®) Doxylamin (z.B. Gittalun®)	leichte Ein- und Durch- schlafstörungen, falls Hypnotika i.e.S. sowie se- dierende Antidepressiva und Neurolep- tika nicht indi- ziert sind bzw. vom Patienten nicht akzeptiert werden	Harnverhalt, Prostata- hyperplasie, Engwinkel- glaukom, Phäochromo- cytom, Epilepsie	Sedierung, Sehstörungen, Mundtrockenheit, Mikti- onsstörungen, allergische Reaktionen, Photosensi- bilisierung	gegenseitige Wirkungsverstärkung durch zentralwirksame Pharmaka und Alkohol; MAO-Hemmer und andere Anticholinergika: Verstär- kung des anticholinergen Effek- tes; weitere Wechselwirkungen substanzspezifisch (s. Gebrauchs- information bzw. Rote Liste)

Kontrolluntersuchungen	Pharmakologie	Dosierung	Bewertung
initial Routinelabor	Aminosäure, 5-HT-Vorstufe	500 – 1.000 mg	in der Regel gute Verträglichkeit; Hinweise auf Wirksam- keit jedoch nur bei chronischen, nicht bei akuten Ein- und Durchschlafstörungen; Datenlage zur Wirksamkeit bislang insgesamt ungenügend
keine	unterschiedliche Sub- stanzen und Kombinati- onen aus chemisch nicht durchgehend definierten Stoffen; vielfach in hoch- konzentrierter alkoholi- scher Lösung	unterschiedlich	weitgehendes Fehlen von Kontraindikationen und Nebenwirkungen, hohe Akzeptanz bei einem großen Teil der Bevölkerung, objektive Wirkungsnachweise jedoch meist fehlend (Ausnahme: Baldrian); problematisch: viele Präparate in hochkonzentrierter alkoholischer Lösung; indiziert bei leichten Formen von Ein- und Durchschlafstörungen, falls vom Patienten akzeptiert bzw. gewünscht und andersartige Hypnotika abgelehnt werden oder kontraindiziert sind
initial Routinelabor	Antihistaminika, langsame Anflutungsgeschwindigkeit. Halbwertszeiten entsprechend mittellang wirksamen Benzodiazepinen	Diphenhydramin: 50 mg; Doxylamin: 25 mg	freiverkäuflich erhältlich  Vorteil: fehlendes Abhängigkeitsrisiko  Nachteil: schwächere Wirkung als Benzodiazepine und Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten; deutlich langsamere Anflutung; Wirksamkeitsdaten aus polysomnografischen Studien fehlen, ungünstige Nutzen-Risiko-Relation; speziell bei älteren Patienten Risiko aufgrund ausge- prägter anticholinerger Komponente (Delirentwicklung, zerebrale Krampfanfälle); Gefahr bei Überdosierung und Intoxikation in suizidaler Absicht

NeuroTransmitter 7-8·2005



#### Fortbildung | "Schnellübersicht" Hypnotika

#### Fortsetzung von S. 69

#### **HYPNOTISCH WIRKSAME NEUROLEPTIKA**

Indikation

Melperon (z.B. Eunerpan®) Pipamperon (z.B. Dipiperon®) Chlorprothixen (z.B. Truxal®) Levomepromazin (z.B. Neurocil®) Promethazin (z.B. Atosil®) Prothipendyl (Dominal®)

Ein- und Durchschlafstörungen, falls sowohl Benzodiazepine oder andere Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten als auch sedierende Antidepressiva kontraindiziert sind, insbesondere auch bei älteren Patienten und Patienten mit nächtlichen Verhaltensauffälligkeiten auf dem Boden einer Demenz oder einer anderen zerebralen Erkrankung; Chlorprothixen und Levomepromazin: "Off-label"-Indikation

### Kontraindikation

akute Intoxikation mit psychotropen Substanzen, Harnverhalt, Engwinkelglaukom; relative Kontraindikationen: Leberund Nierenschäden, Prostatahyperplasie, kardiale Vorschädigung, orthostatische Dysregulation

#### Typische Nebenwirkungen Wechselwirkungen

vegetative, überwiegend anticholinerge Nebenwirkungen; Hypotonie und orthostatische Dysregulation; extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen (einschließlich irreversibler Spätdyskinesien); Störungen des hämatopoetischen Systems, allergische Reaktionen, Erhöhung der zerebralen Erregbarkeit, endokrine Begleitwirkungen, sexuelle Funktionsstörungen u.a.

gegenseitige Wirkungsver-

stärkung durch zentralwirksame Pharmaka und Alkohol; Antihypertonika: Verstärkung blutdrucksenkender Wirkung; weitere Wechselwirkungen substanzspezifisch (s. Gebrauchsinformation bzw. Rote Liste)

#### **HYPNOTISCH WIRKSAME ANTIDEPRESSIVA**

Trimipramin (z.B. Stangyl®) Doxepin (z.B. Aponal®) Amitriptylin (z.B. Saroten®) Opipramol (z.B. Insidon®) Ein- und Durchschlafstörungen in folgenden Fällen: (a) falls Benzodiazepine oder andere Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten kontraindiziert sind (z. B. bei anamnestischer Substanzabhängigkeit); (b) falls eine länger dauernde (mehrmonatige) medikamentöse Insomnie-Behandlung indiziert ist; (c) falls eine ausgeprägte depressive Begleitsymptomatik besteht und eine Monotherapie erfolgen soll

Harnverhalt, Prostatahyperplasie, Engwinkelglaukom, schwere Leber- und Nierenschäden, erhöhte Krampfbereitschaft, kardiale Vorschädigung (insbesondere Erregungsleitungsstörungen)

vegetative, überwiegend anticholinerge Nebenwirkungen (Mundtrockenheit, Akkomodationsstörungen etc.); orthostatische Hypotonie, Gewichtszunahme, sexuelle Funktionsstörungen, Erhöhung der zerebralen Erregbarkeit etc.

erhöhte Plasmakonzentration durch Neuroleptika, Cimetidin; Errequngsleitungsstörungen durch Antiarrhythmika vom Chinidintyp, Gefahr von Rhythmusstörungen durch Digitalisglykoside; Katecholaminhaltige Medikamente: sympathomimetische Wirkung verstärkt; Anticholinerqika: stärkere anticholinerge Wirkung. Guanethidin, Clonidin: schwächere blutdrucksenkende Wirkung

Trazodon (z.B. Thombran®) Ein- und Durchschlafstörungen in folgenden Fällen: (a) falls Benzodiazepine oder andere Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten kontraindiziert sind (z.B. bei anamnestischer Substanzabhängigkeit); (b) falls eine längerdauernde (mehrmonatige) medikamentöse Insomnie-Behandlung indiziert ist; (c) falls eine ausgeprägte depressive Begleitsympto-

matik besteht und eine Monotherapie erfolgen soll Carcinoid-Syndrom, Herzrhythmusstörungen, dekompensierte kardiovaskuläre Insuffizienz

Müdigkeit, Kopfschmerz, Schwindel, Herzrhythmusstörungen, Mundtrockenheit, Serotonin-Syndrom, **Priapismus** 

Wirkungsverstärkung von zentralwirksamen Pharmaka und Alkohol: Abschwächung der blutdrucksenkenden Wirkung von Clonidin und Methyldopa; Plasmaspiegelerhöhung von Phenytoin und Digoxin; Serotonerge Substanzen: Serotoninsyndrom; Benzodiazepine: verstärkte Sedierung. Plasmaspiegelbeeinflussung durch P450-Inhibitoren/-Induktoren

Kontrolluntersuchungen	Pharmakologie	Dosierung	Bewertung
Voruntersuchung: Blutbild, Leber- und Nierenfunktions- parameter, RR, Puls, EKG, EEG; weiterhin etwa monatliche Kontrollen von Blutbild, Puls und Blutdruck; vierteljährliche Kontrollen von Leber- und Nierenfunktion; bei älteren Patienten halbjährliche EKG-Kontrollen	niederpotente, initial sedierende Neuroleptika mit unterschiedlichen chemischen Strukturen; schlafanstoßende Wirkung meist über 5-HT <sub>2</sub> - und H <sub>1</sub> -antagonistische Eigenschaften vermittelt	Melperon: 25-75 mg; Pipamperon: 20-80 mg; Chlorprothixen: 15-100 mg; Levomepromazin: 25-75 mg; Promethazin: 10-50 mg; Prothipendyl: 20-80 mg	Vorteil: fehlendes Abhängigkeitsrisiko, somit Behandlung von entsprechenden Risikopatienten sowie länger dauernde Behandlung vertretbar  Nachteil: im Vergleich zu BZD-Rezeptor-Agonisten und auch sedierenden Antidepressiva deutlich größeres Nebenwirkungsspektrum (einschließlich irreversibler Spätdyskinesien!), häufigere Kontrolluntersuchungen erforderlich; keineswegs Hypnotika der ersten Wahl, da ungünstige Nutzen-Risiko-Relation; bei gezielter Indikation (s. o.) jedoch nützlich und vertretbar
Voruntersuchung: Blutbild, Leber- und Nierenfunkti- onsparameter, RR, Puls, EKG, EEG; weiterhin etwa monatliche Kontrollen von Blutbild, Puls und Blutdruck; vierteljährliche Kontrollen von Leber- und Nierenfunk- tion; bei älteren Patienten halbjährliche EKG-Kontrollen	trizyklische Antidepressiva mit meist serotonergen und/oder noradrenergem Wirkmechanismus (Trimipramin zusätzlich mit schwachem Dopaminantagonistischem Effekt) sowie ausgeprägten anticholinergen Begleitwirkungen; Schlafinduktion durch 5-HT <sub>2</sub> - und H <sub>1</sub> -antagonistische Mechanismen vermittelt. Halbwertszeit Trimipramin: 20–23 Std.; Doxepin: 15–20 Std.; Amitriptylin: 15 Std.; Opipramol: 6–9 Std.	Trimipramin: 25-100 mg; Doxepn: 10-50 mg; Amitriptylin: 10-50 mg; Opipramol: 50-100 mg	Vorteil: fehlendes Abhängigkeitsrisiko, somit Behandlung von entsprechenden Risikopatienten sowie länger dauernde Behandlung vertretbar  Nachteil: im Vergleich zu BZD-Rezeptor-Agonisten mehr Kontraindikationen und größeres Nebenwirkungsspektrum (vor allem bei älteren Patienten klinisch relevant), häufige Kontrolluntersuchungen unter Behandlung erforderlich
Voruntersuchung: Blutbild, Leber- und Nierenfunkti- onsparameter, RR, Puls, EKG, EEG, weiterhin etwa monatliche Kontrollen von Blutbild, Puls und Blutdruck; vierteljährliche Kontrollen von Leber- und Nierenfunk- tion; bei älteren Patienten halbjährliche EKG-Kontrollen	Triazolopyridinderivat mit alpha-1-blockierender und 5-HT <sub>2</sub> -antagonistischer Wirkung ohne ausgepräg- te anticholinerge Wirk- komponente	25-100 mg	Vorteil: fehlendes Abhängigkeitsrisiko, somit Behandlung von entsprechenden Risikopatienten sowie längerdauernde Behandlung vertretbar; deutlich schwächer ausgeprägte anticholinerge Wirkungskomponente als bei den vorgenannten Antidepressiva Trimipramin, Doxepin, Amitriptylin und Opipramol.  Nachteil: im Vergleich zu BZD-Rezeptor-Agonisten mehr Kontraindikationen und größeres Nebenwirkungsspektrum (vor allem bei älteren Patienten klinisch relevant)



#### Fortbildung | Journal Club

Fortsetzung von S. 71  HYPNOTISCH WIRKSAME ANTIDEPRESSIVA						
	Indikation	Kontraindikation	Typische Nebenwirkungen	Wechselwirkungen		
Mirtazapin (z.B. Remergil®)	Ein- und Durchschlafstörungen, falls Behandlung mit einem sedierenden Antidepressivum indiziert erscheint und die vorstehend genannten Substanzen Trimipramin, Doxepin, Amitriptylin, Opipramol, Trazolon aber aufgrund von Kontraindikationen oder ausgeprägten Nebenwirkungen nicht gegeben werden können	Harnverhalt, Pro- statahyperplasie, Engwinkelglaukom, schwere Leber- und Nierenschäden, erhöhte Krampf- bereitschaft, kardiale Vorschädigung (ins- besondere Erregungs- leitungsstörungen)	Müdigkeit, Benommen- heit, Mundtrockenheit, Gewichtszunahme	Alkohol: zentraldämpfende Wirkung verstärkt. erhöhte Plasmakonzentration durch Cimetidin; Benzodiazepine: Verstärkung der sedierenden Wirkung; Carbamazepin, Rifampicin, Phenytoin: Erhöhung der Mirtazapin- Ausscheidung		

### Akute Psychosen: sequenzielle i.m./orale Atypikum-Applikation wirksam und sicher

Akute psychotische Zustände machen häufig die i.m.-Applikation eines Antipsychotikums erforderlich, was jedoch eine erhöhe Rate extrapyramidaler Nebenwirkungen nach sich ziehen kann. In klinischen Studien hat sich das Atypikum Ziprasidon auch in einer i.m.-Formulierung als rasch wirksam und gut verträglich erwiesen. In einer Vergleichsstudie gegen Haloperidol wurde Ziprasidon nun in einem sequenziellen i.m./oralen Anwendungsregime getestet.

ospitalisierte Patienten mit einer akuten Exazerbation einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung und einem Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)-Score von mehr als 40 wurden in die multizentrische Parallelgruppenstudie einbezogen und randomisiert dem Ziprasidon- oder Haloperidol-Arm zugewiesen. Die Neuroleptika wurden in flexibler Dosierung zunächst über drei Tage i.m. appliziert, danach bis zum Ende der sechswöchigen Studie oral verabreicht (Ziprasidon 40-80 mg/Tag zweimal täglich, Haloperidol 5-20 mg/ Tag). Die Beurteilung von Wirksamkeit und Verträglichkeit erfolgte durch "verblindete" Ärzte, welche die jeweilige Medikation der Probanden nicht kannten.

Nach Beendigung der dreitägigen i.m.-Phase zeigten die mit Ziprasidon behandelten Patienten (n = 427) einen signifikant besseren BPRS-Score als Patienten unter Haloperidol (n = 138; p < 0,0018). Am Studienende war dieser

Unterschied nicht mehr nachweisbar. Ziprasidon verbesserte gegenüber Haloperidol vor allem die Werte in der BPRS-Negativ-Subskala – sowohl am Ende der i.m.-Applikation als auch nach Abschluss der oralen Behandlung (p < 0,0001 für beide Zeitpunkte).

In der Extrapyramidal Symptom Rating Scale (ESRS) zur Erfassung von Bewegungsstörungen, ergaben sich für die Haloperidol-Patienten signifikant höhere Werte nach drei Tagen und sechs Wochen (p < 0,0001); entsprechend schlechter schnitten diese Patienten auch in der Barnes Akathisia Scale und beim Movement Disorder Burden Score ab (p < 0,0001 bzw. p < 0,005). Erhöhte Prolaktinspiegel traten bei 65 % der Haloperidol-Patienten, dagegen nur bei 25 % der mit Ziprasidon behandelten Patienten auf.

Weitere Unterschiede bei den Laborparametern oder bei der Gewichtszunahme zeigten sich nicht.



Gute Verträglichkeit auch bei i.m.-Applikation von Ziprasidon.

Fazit: Die sequenzielle i.m./orale Gabe von Ziprasidon bei Patienten mit einer akuten Psychose zeigt gegenüber der Therapie mit Haloperidol erhebliche Vorteile sowohl bei der Wirksamkeit als auch bei der Verträglichkeit. Der Übergang von der i.m.-Applikation auf die orale Gabe ist bei Ziprasidon mit keiner Unterbrechung der antipsychotischen Wirkung verbunden.

Brook S et al: Ziprasidone and haloperidol in the treatment of acute exacerbation of schizophrenia and schizoaffective disorder: comparison of intramuscular and oral formulation in a 6-week, randomized, blinded-assessment study. **Psychopharmacol** 2005; 178: 514–23

Kontrolluntersuchungen	Pharmakologie	Dosierung	Bewertung
Voruntersuchung: Blutbild, Leber- und Nierenfunktionspara- meter, RR, Puls, EKG, EEG, weiterhin etwa monatliche Kontrollen von Blutbild, Puls und Blutdruck; vierteljähr- liche Kontrollen von Leber- und Nieren- funktion; bei älteren Patienten halbjährli- che EKG-Kontrollen	präsynaptischer alpha 2-Antagonist, postsyn- aptischer 5-HT <sub>2</sub> und 5- HT <sub>3</sub> -Antagonismus, starke antihistaminerge Wirkung, fast fehlende anticholin- erge Wirkung. Halbwerts- zeit 20 – 40 Std.	7,5 – 30 mg	Vorteil: gegenüber Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten: fehlendes Abhängigkeitsrisiko, somit Behandlung von entsprechenden Risikopatienten sowie länger dauernde Behandlung vertretbar; gegenüber den vorstehend aufgeführten Antidepressiva: günstigeres Nebenwirkungsprofil. Nachteil: im Vergleich zu BZD-Rezeptor-Agonisten mehr Kontraindikationen und größeres Nebenwirkungsspektrum (vor allem bei älteren Patienten klinisch relevant), Kontrolluntersuchungen unter Behandlung erforderlich

# Fortgeschrittener Parkinson: Pramipexol-Zusatztherapie auch in der Langzeitbehandlung wirksam

Pramipexol ist ein non-ergoliner Dopaminagonist, der sich in der Behandlung von frühen und fortgeschrittenen Stadien des Morbus Parkinson als wirksam und verträglich erwiesen hat. Nun liegt die erste kontrollierte Langzeitstudie mit Pramipexol bei stabil auf L-Dopa eingestellten Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung vor.

ingeschlossen in die europäische Multizenterstudie waren 354 Parkinsonpatienten in fortgeschrittenem Krankheitsstadium, die stabil auf eine individuelle L-Dopa-Behandlung (durchschnittlich 575 mg/Tag) eingestellt waren. Die erste Phase der Studie wurde doppelblind durchgeführt und bestand aus einer siebenwöchigen Auftitrationsphase und einer 24-wöchigen Erhaltungsphase, in der Pramipexol in einer durchschnittlichen täglichen Dosis von 3,7 mg (n = 174) im Vergleich zu Plazebo (n = 180) gegeben wurde.

In der Doppelblindphase war Pramipexol dem Plazebo überlegen. Die Summen-Scores der Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) in den Subskalen II und III (Alltagsaktivitäten und motorische Symptome) wurden um bis zu 30% verbessert, die Off-Zeiten reduzierten sich um durchschnittlich 2,5 Stunden pro Tag.

In einer Post-hoc-Analyse wurde Hinweisen auf tremorlytische Wirkungen des Dopaminagonisten nachgegangen. Es zeigte sich, dass vor allem Patienten mit hohem Tremor-Score zu Beginn der Behandlung auf das Verum ansprachen – jedoch verbesserte sich dieser Parameter auch unter Plazebo moderat. Ebenfalls in einer Post-hoc-Analyse wurden die aus anderen Studien bereits bekannten antidepressiven Wirkqualitäten von Pramipexol bestätigt. Beide Beobachtungen müssen nun in weiteren, speziell auf diese Fragestellungen hin angelegten Untersuchungen bestätigt werden.

In einer offenen Fortführung der Studie wurden 262 der Patienten über bis zu 57 Monate weiter beobachtet. Trotz Progression der Erkrankung lag der Score der UPDRS-Subskalen II–IV nach drei Jahren mit 29,2 immer noch unter dem Ausgangswert von 37,5.

Als Nebenwirkungen wurden erwartungsgemäß vor allem orthostatische Hypotonie, Übelkeit und Schwindel registriert, wobei sich Verum und Plazebo kaum unterschieden. Dies galt auch für die Somnolenzraten. Einzig visuelle Hal-

luzinationen traten unter Pramipexol deutlich häufiger als unter Plazebo auf (11,1 % versus 4,4 %).

**Fazit:** Pramipexol erweist sich bei Parkinson-Patienten in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium auch in der Langzeitbehandlung als wirksame und verträgliche L-Dopa-Zusatzmedikation. **bk** 

Möller JC et al. Long-term efficacy and safety of pramipexole in advanced Parkinson's disease: results from a European multicenter trial.

Mov Disord 2005; 20: 602–10

#### **Berichtigung**

Im Journal-Club-Beitrag "Interferon beta-1a: gut verträglich auch bei Early Onset Multipler Sklerose" von Pohl et al. (NT 6/2005, S. 71 f.), hat sich leider ein Fehler eingeschlichen.

Das in der Studie zur Therapie eingesetzte Interferon beta-1a wurde fälschlicherweise mit IFN $\alpha$ -1a anstatt mit IFN $\beta$ -1a abgekürzt.

Wir bitten um Nachsicht.

NeuroTransmitter 7—8-2005

# Entochackerical English

#### Fortbildung | Journal Club

# Kardiale Fibrosen unter Ergot-Dopaminagonisten: nur geringes Risiko bei Cabergolin

Dopaminagonisten vom Ergottyp (EDA) werden mit dem Auftreten fibrotischer Veränderungen in Verbindung gebracht. Erneute Aktualität erhielt diese Assoziation durch Berichte über fibrotische Herzklappenveränderungen bei Parkinsonpatienten unter einer hochdosierten Pergolid-Therapie. In einer retrospektiven Studie wurde nach entsprechenden Nebenwirkungen unter einer Cabergolin-Behandlung gesucht.

ktuelle Nebenwirkungsmeldungen zu Pergolid und eine bereits 2002 von den britischen Gesundheitsbehörden herausgegebene Warnung vor pleuro-pulmonalen, kardialen und retroperitonealen fibrotischen Veränderungen unter den Ergot-Dopaminagonisten Bromocriptin, Pergolid und Cabergolin waren Anlass für eine retrospektive Studie. Ein internationales Autorenteam überprüfte den Sachverhalt speziell für das breit eingesetzte EDA Cabergolin, da hier die Evidenzlage bezüglich entsprechender Nebenwirkungen unzureichend war. Dazu wurden die Daten von 234 mit Cabergolin therapierten Parkinson-Patienten (durchschnittliche

Dosis 3,75 mg/Tag, durchschnittliche Behandlungszeit 2,9 Jahre), nach Symptomen untersucht, die als Zeichen für pleuro-pulmonale, kardiale oder retroperitoneale Fibrosen gewertet werden können (z. B. plötzliche unerklärliche Atemnot, Brustschmerzen, Husten, gastrointestinale Scherzen etc.). Diese Symptome traten bei 15 Patienten auf. Die nähere Untersuchung von 15 Verdachtsfällen (mittels Röntgen, Lungenfunktionstests, Echokardiografie) wies lediglich bei drei Patienten (1,3%) auf leichte bis mäßige fibrotische/entzündliche Prozesse hin, die in einem möglichen Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme gestanden haben könnten.

Die Autoren folgern, dass die britischen Gesundheitsbehörden vorschnell Nebenwirkungsdaten zum Beispiel von Pergolid auf Cabergolin übertragen haben. Möglicherweise ist speziell das Auftreten einer Herzklappenfibrose spezifisch für Pergolid. Außerdem wird Cabergolin in einer sehr viel geringeren Äquivalenzdosierung eingesetzt als Pergolid in den Nebenwirkungsmeldungen. Auch in aktuellen Cabergolin-Hochdosisstudien fanden sich keine Hinweise auf fibrotische Nebenwirkungen.

Fazit: Parkinson-Patienten, die über eine längere Zeit mit Ergot-Dopaminagonisten behandelt werden, haben ein leicht erhöhtes Risiko für fibrosierende Vorgänge an Herzklappen, Pleura oder Peritoneum. Speziell unter Cabergolin scheint das Risiko jedoch sehr gering zu sein.

Dhawan V et al. Retrospective evaluation of cardio-pulmonary fibrotic side effects in symptomatic patients from a group of 234 Parkinson's disease patients treated with cabergoline. J Neural Transm 2005; 112 (5): 661–8

# Schizophrenie und Psychose: direkte Umstellung auf langwirksames Risperidon effektiv

Die antipsychotische Erhaltungstherapie spielt eine Schlüsselrolle in der Rückfallprävention bei Patienten mit Schizophrenie oder anderen psychotischen Störungen. Jedoch ist die Medikamenten-Compliance selbst bei guter Verträglichkeit bestenfalls nur mäßig. Die Injektion von Depot-Neuroleptika stellt dabei eine geeignete Alternative dar. In einer Studie wurden Wirksamkeit und Verträglichkeit einer direkten Umstellung verschiedener antipsychotischer Medikationen auf die parenterale Applikationsform überprüft.

Linbezogen in die offene StoRMi-Studie (Switch to Risperidone Microspheres) waren 1.876 symptomatisch stabile Patienten mit Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung, die eine Dauertherapie benötigten, aber unter einer mindestens seit einem Monat erhaltenen Medikation nicht zufrieden stellend behandelt werden konnten (z. B. mangelnde Wirksamkeit [33%], mangelnde Compliance [38%], Nebenwirkungen [26%]). Die Patienten erhielten daraufhin über sechs Monate Risperidon als i. m.-Injektion in zweiwöchigem Ab-

stand. Die Initialdosis betrug 25 mg und konnte bei Bedarf auf 37,5 mg oder 50 mg gesteigert werden.

74% der Patienten schlossen die Sechs-Monatsstudie ab. Der Gesamt-Score und alle Subskalen der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) reduzierten sich für sie signifikant (p < 0,001); auch in der Clinical Global Impression-Severity (CGI-S), im Global Assessment of Functioning (GAF) und im SF-36 Health-Related Quality of Life Questionnaire zeigten sich ebenso Verbesserungen wie in der Zufriedenheit der Patien-

ten mit der Behandlung. Ferner nahmen die Werte der Extrapyramidal Symptoms Rating Scale (ESRS) vom ersten Therapiemonat bis zum Studienende stetig ab. Eine Zunahme des Körpergewichts trat nur in geringem Umfang auf.

Fazit: Die direkte Umstellung diverser antipsychotischer Therapien auf die langwirksame i. m.-Form des atypischen Neuroleptikums Risperidon ist auch ohne vorherige Einstellung auf orales Risperidon wirksam und verträglich. Dies trifft auf ein breites Spektrum psychotisch erkrankter Patienten aller Altersgruppen und Schweregrade zu. Auch mögliche Bewegungsstörungen bessern sich unter langwirksamem Risperidon kontinuierlich, selbst wenn sie unter einer Atypika-Vormedikation aufgetreten waren.

Möller HJ et al. Efficacy and safety of direct transition to risperidone longacting injectable in patients treated with various antipsychotic therapies. Int Clin Psychopharmacol 2005; 20: 121–30

74 NeuroTransmitter 7–8·2005



#### Fortbildung



### Neurologische Kasuistik

# Benignes Konvexitätsmeningeom – ein gutartiger Tumor?

#### **Anamnese**

Eine 68-jährige Frau wurde vor 17 Jahren an einem rechts parietalen Konvexitätsmeningeom operiert, das als benignes solitäres Meningeom klassifiziert wurde. Bei lokalem Tumorrezidiv erfolgte drei Jahre später eine erneute operative Tumorentfernung mit postoperativer Bestrahlung.

Fünf Jahre nach der Erstoperation traten erstmals fokale epileptische Anfälle mit rezidivierenden Sensibilitätsstörungen in der linken Körperhälfte auf, die zeitweise auch über Minuten aufsteigenden Charakter im Bereich des linken Armes und der linken Gesichtshälfte zeigten. Unter antiepileptischer Therapie mit Carbamazepin kam es auch in den Folgejahren wiederholt zu einfach motorischen oder sensiblen epileptischen Anfällen. Zehn Jahre nach der Erstoperation fand sich nach erneutem Anfall mit Spracharrest und postiktaler Hemiparese und Hemihypästhesie links ein Meningeomrezidiv, das radiochirurgisch mit dem γ-knife behandelt wurde. Nach weiteren drei Jahren wurde bei kernspintomografischer Kontrolle ein Tumorwachstum diagnostiziert, sodass eine erneute operative Tumorentfernung erfolgte. Die Histologie zeigte dabei ein entdifferenziertes endotheliomatöses Meningeom WHO Grad II. Postoperativ erfolgte eine γ-knife-Behandlung.

Nach stabilem Verlauf traten zwei Jahre später, 15 Jahre nach der Erstdiagnose, thorakale Schmerzen links auf. Die radiologische Untersuchung ergabeinen scharf abgrenzbaren Rundherd (Abb. 1). Es erfolgte eine Teilresektion des Lungenoberlappens links. Histologisch zeigte sich ein 1,5 cm großer polyzyklischer pulmonaler Tumorknoten, dessen Tumorläppchen die Bronchialäste bedrängten und umschlossen. Die soliden Tumorzellen wiesen die für Hirn-

#### Fragen

### 1. Welche Aussage über Meningeome ist falsch?

- Die häufigste Lokalisation eines Meningeoms ist die Konvexität.
- Im Gegensatz zu Gliomen finden sich Meningeome häufig als Zufallsbefund.
- C Die häufigste zytogenetische Auffälligkeit ist eine Monosomie 22.
- d Die häufigste Ursache eines Meningeoms ist ein leichtes Trauma.
- e Die WHO-Einteilung der Meningeome erfolgt nach dem Rezidivrisiko und dem Wachstumsverhalten.

#### 2. Welche Aussage über den Krankheitsverlauf eines Meningeoms ist richtig?

- a Die Rezidivrate liegt für alle Meningeome bei 5–10%.
- Die Lebenserwartung ist auch bei einem atypischen Meningeom nicht reduziert.
- Der Nachweis von Progesteron-Rezeptoren ist bei benignen Meningeomen als Hinweis auf ein geringeres Rezidivrisiko zu bewerten.
- Der Nachweis von Verkalkungen in einem benignen Meningeom ist mit einer erhöhten Wachstumstendenz verbunden.
- e Meningeome, die den Knochen infiltrieren sind mit einer hohen Malignität verbunden.

#### 3. Welche Aussage über Meningeom-Metastasen ist richtig?

- Meningeome metastasieren als gutartige lokal wachsende Tumore nie.
- b Eine Infiltration in das Hirngewebe kommt nur bei malignen Meningeomen vor.
- Eine Metastasierung in das Weichteilgewebe des Nasopharynx findet sich bei über einem Drittel der basalen Meningeomen.
- Das Ausmaß des perifokalen Ödems ist ein Risikofaktor für eine Metastasierung.
- e Häufigstes Zielorgan einer Meningeom-Metastase ist die Lunge.

### 4. Welche Aussage zur Therapie von Meningeomen trifft zu?

- Auch asymptomatische Meningeome sollten in höherem Lebensalter immer radiochirurgisch behandelt werden.
- Bei aggressiven (atypischen oder malignen) Meningeomen sollte die radiochirurgische Behandlung postoperativ möglichst rasch erfolgen.
- © Bei kompletter Resektion eines benignen Meningeoms liegt die 5-Jahres-Rezidivrate unter 5%.
- Mach einer Radiochirurgie eines malignen Meningeoms findet sich innerhalb von fünf Jahren nur bei unter 30 % eine Tumorprogredienz.
- e Alle Aussagen sind richtig.







#### Fortbildung | Kasuistiken



Abbildung 1:
Scharf
begrenzter Tumor
im linken
Oberlappen.

wurde die antiepileptische Behandlung von Carbamazepin auf Levetiracetam umgestellt.

#### **Befund**

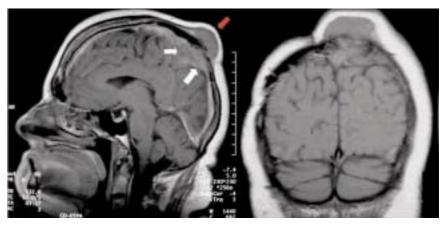
Neurologische Untersuchung: unveränderte, seit langem bekannte Hypästhesie an den Zehen rechts sowie eine ebenfalls im Verlauf unveränderte Pallhypästhesie an den Füßen (Hände 8/8, Füße 4/8 beidseits); Muskeleigenreflexe an den Armen rechts betont, an den Beinen seitengleich auslösbar; pathologische Reflexe nicht nachweisbar; keine latenten oder manifesten Paresen; Gangbild und Koordination unauffällig; Blasen- und Mastdarmfunktion normal; multiple reizlose Narben bei Zustand nach mehrfachen Kraniotomien.

**EEG:** pathologisch mit kontinuierlichem Verlangsamungsherd rechts temporo-pa-

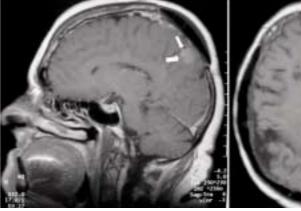
meningeome typischen histo- und zytomorphologischen Charakteristika auf. Am Ende desselben Jahres erlitt die Patientin eine leichte Schädelprellung. Die Untersuchung zeigte hier bei leichten Kopfschmerzen mit vegetativen Begleitsymptomen ein lokales Hämatom hoch parietal. In den folgenden Monaten bemerkte die Patientin bei unverändert stabilem neurologischem Befund eine deutliche Zunahme der "Schwellung" an der Kopfhaut. Die kernspintomografische Kontrolle ergab jetzt eine deutliche Tumorprogredienz des bekannten Resttumors links parietal, der sich entlang des Sinus (Abb. 2, weiße Pfeile) nach frontal ausbreitete und nach extrakranial (roter Pfeil) wuchs.

Nach erneuter Tumorresektion erfolgte die Einmodellierung einer Schädelplastik bei Zustand nach mehrfacher Kraniotomie. Der postoperative Befund war neurologisch unverändert mit einer leichten Hypästhesie an den Zehen des rechten Fußes, die bereits seit der letzten Operation bestand. Gelegentlich traten unter fortgesetzter Therapie mit Carbamazepin kurz dauernde leichte Dysästhesien am linken Arm und Bein auf.

Nach einer Serie von einfach fokal motorischen Anfällen des linken Beines, die etwas über ein Jahr nach der letzten Meningeomoperation unter regelmäßiger Einnahme der Antiepileptika auftrat,



**Abbildung 2:** Meningeom-Rezidiv mit intra- (weißer Pfeil) und extrazerebralen Tumoranteilen (roter Pfeil) und Infiltration in den Sinus. Nach KM-Gabe homogen leichte Signalerhöhung.





**Abbildung 3:** Erneutes Meningeom-Rezidiv parasagittal links nach operativer Tumorresektion vor 13 Monaten.

rietal, epilepsie-typische Potenziale links parietal.

**NMR Schädel:** rechts parietal Substanzdefekt bei Z. n. Meningeomentfernung; in T2-Sequenzen deutlich gliöse Veränderungen im subkortikalen Marklager parietal rechts; parasagittal links signalreicher kleiner Tumor der Falx aufliegend (nicht abgebildet); homogen signalaufnehmendes Meningeom nach Gadolinium-Gabe (Abb. 3, weiße Pfeile) ohne perifokales Ödem; keine weiteren Tumore.

#### Diagnose

Erneutes Rezidiv eines parasagittalen Meningeoms links parietal.

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



#### Lösung zur neurologischen Kasuistik

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

**zu 1:** Meningeome leiten sich von den Arachnotheldeckzellen ab, finden sich häufiger bei Frauen als bei Männern (1,8:1) und werden nach der WHO-Graduierung aufgrund ihres Wachstumsverhaltens und des Rezidivrisikos eingeteilt. Sie gehören zu den häufigsten Hirntumoren, stellen aber nur 20% der symptomatischen Hirntumore dar [14]. Sie werden häufig als Zufallsbefund oder erst autoptisch gefunden.

Die häufigste zytogenetische Läsion ist bei 75% der Falx- und Konvexitätsmeningeome auf dem Chromosom 22 nachweisbar und führt zu einem Defekt im Genprodukt Merlin [8]. Die zweithäufigste Aberration ist ein allelischer Verlust des kurzen Arms des Chromosoms 1p in 34% der Fälle [Sulman, 1998]. Besonders bei benignen Meningeomen erhöht ein solcher Befund das Rezidivrisiko und das Risiko einer Tumorprogression.

Weitere molekularpathologische Läsionen am Chromosom 7p finden sich häufig bei atypischen Meningeomen (70%) und in einer kleinen Serie bei allen malignen Meningeomen [Übersicht 8]. Als potenzieller Auslöser, der zur Meningeom-Entstehung führen kann, ist bisher nur eine vorangegangene Bestrahlung gesichert. Über 80% der Meningeome liegen supratentoriell und dabei am häufigsten im Bereich der Konvexität.

**zu 2:** Das Rezidivrisiko ist abhängig von der Klassifizierung und liegt bei benignen Meningeomen (WHO-Grad I) bei 7–20%, erhöht sich auf 29–40% bei atypischen Meningeomen (WHO-Grad II) und liegt bei anaplastischen Meningeomen (WHO-Grad III) bei 50–78% [9]. Damit geht auch eine deutlich reduzierte Überlebenszeit bei anaplastischen Meningeomen im Median von 18 Monaten einher. Eine hohe Mitoserate oder eine hohe Kern-Plasma-Relation oder der allelische Verlust des Chromosoms 1p ist dabei prognostisch ungünstig.

Während die Infiltration des Hirngewebes auch bei benignen Meningeomen die Prognose verschlechtert, ist die Infiltration der Dura oder des Knochens kein Zeichen einer erhöhten Malignität. Der Nachweis von Verkalkungen im Tumor ist mit einer geringeren Wachstumstendenz verbunden [11, 12]. Meningeome exprimieren sowohl Progesteron als auch Ös-trogenrezeptoren, diese jedoch bedeutend weniger. Bei gutartigen Meningeomen ist der Nachweis von Progesteronrezeptoren mit einer reduzierten Rezidivrate korreliert [4].

**zu 3:** Eine extraneurale Metastasierung eines Meningeoms findet sich nur sehr selten in 0,1–0,2% aller Fälle. Häufigstes Zielorgan ist dabei die Lunge (38%). Seltener finden sich Metastasen in der Leber (13%), in Lymphknoten (11%), Nieren (8%), Milz, Knochen oder den angrenzenden Weichteilstrukturen zum Beispiel im Gesicht [5, 15]. Während in den meisten Fällen die Metastasierung – wie im vorgestellten Fall – oft erst

nach Jahren auftritt, wurden auch sehr kurze Verlaufsformen beschrieben. Bei einem Patienten wurde der Lungenbefall bei einer Routineuntersuchung schon mehrere Wochen vor den ersten neurologischen Symptomen zufällig entdeckt [7].

Neben singulären Metastasen finden sich sehr selten auch multiple Metastasen in der Lunge oder eine diffuse Metastasierung in verschiedenen Organen [3, 17]. Als Risikofaktoren wurden in der Literatur neben einer vorangegangenen Tumoroperation, eine Invasion des Sinus oder erhöhte Malignitätszeichen in der Tumorhistologie angeführt [1]. Aber auch bei initialer histologischer Klassifizierung eines benignen solitären Meningeoms kann es im Verlauf zu einer Zunahme der Malignität kommen [3]. Dabei lassen sich mit modernen gentechnischen Methoden auch bei histologisch benignem Erscheinungsbild bereits in der Erstuntersuchung der im Verlauf malignen Meningeome komplexe chromosomale Veränderungen nachweisen [2]. So finden sich bei aggressiven Meningeomen häufig Veränderungen an den Chromosomen 1, 7, 10 und 14 [8].

zu Frage 4: Die relativ hohe Rate zufällig entdeckter asymptomatischer Meningeome setzt zur Entscheidung der richtigen Strategie die Kenntnis des natürlichen Verlaufs voraus. So wurden in einer Studie 47 asymptomatische Patienten retrospektiv analysiert. Bei der Mehrheit der Patienten (66%) lag das jährliche Tumorwachstum unter 1 cm³, die Tumorverdoppelungszeit lag mit großer Streuung zwischen 1,27 und 143,5 Jahren [11]. Dabei fand sich bei jungen Patienten eine höhere Wachstumsgeschwindigkeit. Nur sechs der 47 Patienten wurden im Beobachtungszeitraum operativ behandelt. Da in diesen Fällen keine Histologie zur Prognose herangezogen werden konnte, kommt der Beobachtung, dass ein hypo- oder isointenses Signalverhalten in den T2-Sequenzen mit einer niedrigeren Wachstumstendenz korrelierte, besondere Bedeutung zu. Die vor allem im höheren Lebensalter niedrige Wachstumsgeschwindigkeit des Tumors wurde auch in einer japanischen Studie an 40 Patienten bestätigt. Hier kam es in einem mittleren Beobachtungszeitraum von 41,8 Monaten nur bei 14 Patienten zu einer Tumorvergrößerung [12].

Der Frage nach der 5-Jahres Rezidivrate nach primärer kompletter Tumorresektion bei benignem Meningeom ging McCarthy in einem großen Patientenkollektiv von 9.000 Fällen nach. Hier lag die 5-Jahresrezidivrate bei 20,5% [10].

Durch einen frühen Einsatz der Radiochirurgie nach operativer Tumorresektion kann die Zeit bis zur neurologischen Progression verlängert werden [6]. Eine Untersuchung an 190 Patienten, die radiochirurgisch behandelt wurden, zeigte nach fünf Jahren eine Tumor-Kontrollrate bei benignen Meningeomen von 93%, bei atypischen Meningeomen von 68% und bei malignen Meningeomen von 0% [16].

NeuroTransmitter 7—8·2005



#### Fortbildung | Kasuistiken



# Fortsetzung v. S. 77: **Lösung zur neurologischen Kasuistik**

#### Literatur

- Adlakha A et al. Meningioma metastatic to the lung. Mayo Clin Proc. 1999; 74: 1129-33
- Al-Mefty O et al. Malignant progression in meningioma: documentation of a series and analysis of cytogenetic findings. J Neurosurg. 2004; 101: 210–8
- Cerda-Nicolas M et al. Histologically benign metastatic meningioma: morphological and cytogenetic study. J Neurosurg.1998; 98: 194–6
- 4. Fewings PE et al. Long-term follow up of progesterone receptor status in benign meningioma: a prognostic indicator of recurrence? J Neurosurg. 2000; 92: 401–5
- 5. Gunkel AR et al. Isolated extracranial meningioma of the facial soft tissues. Laryngorhinootologie 1997; 76: 50–2
- 6. Harris AE et al. The effect of radiosurgery during management of aggressive meningiomas. Surg Neurol. 2003; 60: 298–305
- Knoop M et al. Rare pulmonary manifestation of an intracranial meningothelial meningiom. Dtsch Med Wochenschr. 2004; 129: 1854-7
- 8. Lusis E et al. Meningioma: an update. Curr Opin Neurol. 2004; 17: 687–92
- 9. Maier H et al. Classic, atypical, and anaplastic meningioma: three histopathological subtypes of clinical relevance.
- vance. J Neurosurg. 1992; 77: 616–23 10. McCarthy B et al. Factors associated with survival in patients with meningioma. J Neurosurg. 1998; 88: 831–9
- Nakamura M et al. The natural history of incidental meningiomas. Neurosurgery 2003; 53: 62-70
- 12. Niiro M et al. Natural history of elderly patients with asymptomatic meningiomas. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 68: 25–8
- Niedermayer I et al. Meningiome. Klassifikation und Grading. Pathologe 1997;
   353–8
- 14. Radhakrishnan K et al. The trends in incidence of primary brain tumors in the population of Rochester, Minenesota. Ann Neurol. 1995; 37: 67–73
- 15. Rawat B et al. Extracranial metastases of meningioma. Neuroradiology 1995; 37: 38–41
- 16. Stafford SL et al. Meningioma radiosurgery: tumor control, outcomes, and complications among 190 consecutive patients. Neurosurgery 2001; 49: 1029-37
- 17. Yekeler E et al. Multiple pulmonary metastases from intracranial meningioma: MR imaging findings. Diagn Interv Radiol. 2005; 11: 28–30



### **Psychiatrische Kasuistik**

## Interferon-induzierte psychotische Störung

#### **Anamnese**

Eine 39-jährige, in Deutschland lebende, mongolische Patientin wurde wegen einer Hepatitis B und D seit Oktober 2004 in der hepatologischen Sprechstunde einer gastroenterologischen Klinik ambulant mit Interferon behandelt. Sie erhielt Interferon(IFN)-α-2b in einer Dosierung von 3 Mio. Einheiten s.c. täglich. Im Gegensatz zur Hepatitis-C-Therapie (Kombination aus einem pegilierten IFN-α, Peg-IFN, mit verzögerter Freisetzung, einmal wöchentlich s.c. und einem Virustatikum Ribavirin, täglich oral) erfolgte die Behandlung der Hepatitis B mit konventionellen Interferonen (täglich, s.c.).

Bereits seit Behandlungsbeginn zeigte sich bei der Patientin unter der täglichen IFN-Applikation Müdigkeit (Fatigue), Appetitverlust und Übelkeit. Ab der 14. Behandlungswoche beklagte die Patientin zunehmend Schlafstörungen und Ängstlichkeit. Nach Angaben des Ehemannes begann sie nach etwa vier Monaten zunehmend misstrauisch gegenüber ihrer Familie in der Mongolei zu werden. Sie vermutete, dass die Angehörigen ihrem 14-jährigen Sohn, der bei der Familie in der Mongolei wohnt, etwas anhaben wollten. Sie wähnte ihn in großer Gefahr, ohne dass es hierfür einen objektiven Anlass gegeben hätte. Telefonisch warnte sie ihn, man wolle ihn ermorden. Bei einem Besuch in der Mongolei war die Patientin überzeugt, die Familie wolle ihr Übles: So hätten die Verwandten heimlich den Kühlschrank abgestellt, damit das dort gelagerte Interferon der Patientin verderbe. Zurück in Berlin berichtete sie ihrem Ehemann, deutsche Freundinnen hätten ihre Getränke vergiftet. Diese Vergiftungsideen blieben vage und unkonkret. Die Patientin entwickelte starke Angst, vergiftet zu werden, schlief nicht mehr

und traute sich nicht, die Wohnung zu verlassen. Der Ehemann stellte sie daraufhin Anfang März 2005 notfallmäßig in der hepatologischen Sprechstunde vor. Der internistische Kollege verständigte umgehend unseren Konsiliarpsychiater, der eine sofortige Aufnahme auf unsere psychiatrische Kriseninterventionsstation veranlasste. Die IFN-Therapie wurde unverzüglich unterbrochen.

Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte: Chronische Hepatitis B und D, Erstdiagnose 1992 aufgrund erhöhter Transaminasen bei betriebsärztlicher Untersuchung. Applikation von IFN-α täglich s. c. seit vier Monaten; keine regelmäßige Einahme anderer, insbesondere psychotroper Medikation.

Es lagen keine psychiatrischen Vorerkrankungen oder Vorbehandlungen vor. Die Primärpersönlichkeit wurde vom Ehemann als sorgenvoll, eher pessimistisch geschildert.

Soziobiografische Anamnese: 1966 geboren, aufgewachsen in der Mongolei als jüngstes von fünf Geschwistern, Schulabschluss 10. Klasse, Ausbildung zur Hygienefachschwester, seit 2003 verheiratet, wohnhaft in Berlin, als Zimmermädchen berufstätig, ein 14-jähriger Sohn mit Wohnsitz in der Mongolei. Familienanamnese: für psychiatrische Erkrankungen oder Suizide leer. Suchtmittelanamnese: leer.

#### **Befund**

Psychopathologischer Aufnahmebefund: Zu allen Qualitäten voll orientierte und wache Patientin; Alopezie (IFNinduziert), reduzierter EZ, BMI: 20; Aufmerksamkeit und Konzentration vermindert, Auffassung durch Sprachschwierigkeiten bedingt erschwert; keine mnestischen Störungen; Affekt ängstlich-

FORTSETZUNG SEITE 81 \_\_\_



#### Fortbildung | Kasuistiken

misstrauisch, teilweise ratlos-bedrückt, Antrieb subjektiv vermindert bei leicht ausgeprägter psychomotorischer Unruhe; formales Denken deutlich eingeengt auf fluktuierend wahnhafte Ängste, inhaltlich wenig systematisierte Vergiftungs-, Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen. Es bestand hypochondrische Besorgtheit, ob das Absetzen des Interferons nicht zu einer akuten Verschlechterung der Hepatitis führen könne, obwohl die Patientin mehrfach von den internistischen Kollegen darüber aufgeklärt worden war, dass dadurch keine negativen Auswirkungen auf die hepatische Situation zu erwarten sind; aktuell und in der Vorgeschichte keine Ich-Störungen oder Halluzinationen, keine Ein- und Durchschlafstörungen; Libido- und Appetitminderung mit Gewichtsverlust von 7 kg innerhalb von drei Monaten; keine Suizidalität in der Vorgeschichte, keine Suizidversuche; die Patientin verneinte suizidale Gedanken.

**Psychometrie:** Positive- and Negative Syndrom Scale (PANSS): +18 Punkte für psychotische Positivsymptome, –12 Punkte für Negativsymptome.

Verdachtsdiagnosen bei Aufnahme: erstmaliges Auftreten psychotischer und affektiver Symptomatik in zeitlichem Zusammenhang mit einer IFN-Therapie bei einer bislang psychiatrisch unauffälligen Patientin. Differenzialdiagnostische Erwägungen:

- IFN-induzierte wahnhafte Störung, (ICD 10: F06.2 "Organische wahnhafte Störung", DSM IV 293.81: "Psychotische Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors") oder eine
- IFN-induzierte depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD 10 F 06.32: "Organische depressive Störung", DSM IV 293.83: "Affektive Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors").

Eine IFN-unabhängige Erstmanifestation einer psychotischen Störung im Sinne einer schizophreniformen Ersterkrankung oder die Erstmanifestation einer depressiv-wahnhaften Episode war ebenfalls zu bedenken. Das Fehlen auslösender akuter psychosozialer Belastungsfaktoren, die leere psychiatrische Vorgeschichte sowie der enge zeitliche Zusammenhang zur IFN-Behandlung

#### **Fragen**

- Welche der unerwünschten Arzneimittelwirkungen sind bei IFN-Behandlung typisch?
- a Antriebssteigerungen
- b delirante Syndrome
- affektive Syndrome
- d Hypersomnie



- 2. Bei Auftreten raptusartiger Suizidgedanken unter einer IFN-Therapie sollte die ...
- a ... IFN-Dosis reduziert werden.
- ... IFN-Therapie sofort abgebrochen werden.
- ...IFN-Therapie weitergeführt werden und der Patient regelmäßig den Psychiater konsultieren.
- ...IFN-Therapie weitergeführt und zusätzlich ein Antipsychotikum gegeben werden.





- 3. Welche Maßnahme kann zur Reduzierung möglicher affektiver Nebenwirkungen bei einer IFN-Behandlung beitragen?
- a prophylaktische Einstellung auf ein Benzodiazepin
- b prophylaktische Einstellung auf ein Antidepressivum
- C Titrierung von IFN je nach affektiver Symptomatik
- Applikation von IFN in therapeutischer Dosierung, aber in l\u00e4ngeren Intervallen
- 4. Ein Patient mit Hepatitis C und bekannter depressiver Episode vor fünf Jahren ...
- a ... darf auf keinen Fall eine IFN-Behandlung erhalten.
- b ... darf nur unter stationärpsychiatrischen Bedingungen auf IFN eingestellt werden.
- ... sollte auf jeden Fall nur mit kontinuierlicher nervenärztlicher Mitbetreuung behandelt werden.
- ... muss prophylaktisch vom Internisten antidepressiv behandelt werden.

ließen dies jedoch eher unwahrscheinlich erscheinen. Das Auftreten der psychotischen Symptomatik infolge eines anderen medizinischen Auslösers (Infektion, Hirntumor, systemische Autoimmunerkrankung) musste durch die folgenden Untersuchungen ausgeschlossen werden:

**Labor:** keine Entzündungsparameter (BSG, CRP im Normbereich); Blutbild: Leukopenie 3,0/nl (normal: 4–10/nl) sonst ohne Befund, Leber: GPT (ALAT) mit 43 U/l diskret erhöht (normal bis 34 U/l), GOT (ASAT) und γGT im Normbereich, alkalische Phosphatase, Bilirubin, Cholinesterase im Normbereich, Elektrolyte ohne Befund, Schilddrüsenhormone: TSH supprimiert mit < 0,05 mU/l (0,27–4,2 mU/l), Gesamt-T3 mit 1,2 im unteren Normbereich (1,3–3,1), TSH-Rezeptor-Antikörper erhöht mit

1,7 U/l (normal bis 1), Antikörper gegen thyreoidale Peroxidase massiv erhöht 4.523 kU/l (normal bis 60 kU/l), Thyreoglobulin-Antikörper im Normbereich; Dexamethason-Suppressionstest: Supressorin; Liquor: ohne Befund, keine oligoklonalen Banden.

Zusammenfassend: Leukopenie, Autoimmunthyreoiditis (M. Basdow).

Schilddrüsensonsografie und -szintigrafie: außer einem kleinen Knötchen keine Vergrößerungen; Szintigrafie ohne Befund.

Craniales MRT: unauffällig. EKG: unauffällig.

**Neurologische Untersuchung:** keine fokal-neurologischen Defizite.

#### Verlauf

Mit dem Absetzen des IFN begannen wir, die Patientin initial mit Lorazepam

NeuroTransmitter 7—8-2005



# THE THE PERIOD

#### Fortbildung | Kasuistiken

(4 x 0,5 mg täglich) akut zu entlasten und dosierten Olanzapin zügig von 5 mg auf 20 mg/Tag auf. Die Wahnsymptomatik nahm dadurch in der ersten Woche rasch ab. Die Patientin begann, sich auf der Station sicher zu fühlen und Vertrauen zu fassen. Affektiv war sie ängstlich, zunehmend antriebsarm und zeigte agoraphobe Symptome: Bei Verlassen der Station und Beurlaubungen entwickelte sie Angstattacken, die sie sich nicht erklären konnte. Glaubhaft war sie von Vergiftungs- und Bedrohungserleben frei. Wegen zunehmender Antriebsverarmung und Angstsymptomatik wechselten wir ab der vierten Woche das Antipsychotikum von Olanzapin (bei starker Müdigkeit und Alopezie) auf Risperidon 3 mg/Tag und begannen zusätzlich eine antriebssteigernde antidepressive Therapie mit Citalopram (bis 30 mg/Tag).

Da die Patientin frei von Positivsymptomen war, wurde nach der siebten Woche ein Entlassungsversuch aus dem vollstationären Setting unternommen. Aufgrund ungerichteter Angst und

#### Unerwünschte Arzneimittelwirkungen unter Interferon-Therapie psychiatrisch

- depressives Syndrom inklusive Suizidalität
- \_\_\_ dysphorisches Syndrom
- depressiv-dysphorisches Syndrom/Affektlabilität
- \_\_\_ Insomnie
- \_\_\_ Angst

#### seltener

- \_\_\_ delirantes Syndrom
- paranoid-halluzinatorisches Syndrom

#### körperlich

- Antriebsverminderung/ Abgeschlagenheit
- \_\_\_ Fiebe
- \_\_\_ Muskel- und Gelenkschmerzen
- \_\_\_\_ "Grippe-Syndrom"
- \_\_\_ Haarausfall
- \_\_\_ Leukopenie, Thrombopenie
- \_\_ Anämie
- Schilddrüsenfunktionsstörung

weiterhin starker Antriebsminderung ließ sich die Patientin bereits nach zwei Tagen erneut aufnehmen. Da unklar war, ob das antriebsarm-ängstliche Syndrom einer depressiven Störung oder einer postpsychotischen Negativsymptomatik entsprach, wurde das Antipsychotikum erneut umgestellt (von Risperidon auf Quetiapin bis 200 mg/Tag). Dabei kam es zu einer allmählichen Besserung, sodass wir die Patientin nach der 12. Behandlungswoche mit Citalopram 40 mg und Quetiapin 200 mg in die ambulante Weiterbehandlung zu einer niedergelassenen Kollegin überweisen konnten. Auch zwei Monate nach Entlassung ist die Patientin noch nicht wieder arbeitsfähig, da sie immer noch antriebsgemindert und ängstlich ist. Eine Vollremmission wurde bisher nicht erreicht. Eine Wiederaufnahme der IFN-Behandlung verbietet sich aus psychiatrischer Sicht. Hierüber klärten wir und die gastroenterologischen Kollegen die Patientin auf.

#### **Beuteilung und Diskussion**

Es handelte sich um eine IFN-induzierte psychotische Störung, mit protrahiertem Verlauf und zunächst aufgetretener Positivsymptomatik (Wahn) und anschließender ausgeprägter Negativsymptomatik (antriebsarm-ängstliches Syndrom). Die Behandlung gestaltete sich aufgrund des Symptomwandels schwierig, eine vollständige Remission konnte bisher nicht erzielt werden.

Differenzialdiagnostisch ist auch eine atypisch verlaufende IFN-induzierte depressive Störung mit psychotischen Symptomen zu diskutieren.

Letztlich kann es im Rahmen der vermutlich IFN-induzierten Autoimmunthyreoiditis zu psychotischen und affektiven Störungen gekommen sein. Auf jeden Fall empfiehlt sich eine syndromal orientierte Zwei-Zügel-Therapie mit einem Antipsychotikum und einem Antidepressivum sowie der Abbruch der IFN-Therapie als wahrscheinlich auslösende Ursache.

#### \_\_ Unerwünschte Arzneimittelwirkungen unter Interferon

**Psychiatrische** unerwünschte Arzneimittelwirkungen: Psychiatrische Nebenwirkungen von IFN sind zahlreich beschrieben. Nahezu regelhaft treten

erhebliche Schlafstörungen auf. Adynamie im Sinne von Antriebsschwäche und körperlicher Zerschlagenheit (Fatigue) sind bei 35–60% der Behandelten anzutreffen [4].

Affektive Syndrome: In den meisten Fällen handelt es sich bei psychiatrischen Nebenwirkungen im eigentlichen Sinne um affektive Syndrome wie subklinische depressive Verstimmungszustände, Angst, dysphorisch-gereizte Verstimmungen oder Mischbilder (50–80% [2, 3]). Klinisch relevante depressive Episoden im Sinne einer Major Depression treten in etwa 15–20% der Fälle auf. Mit 13% waren affektive Nebenwirkungen der zweithäufigste Grund für Abbrüche der IFN-Therapie in den Dosisfindungsstudien [1].

Psychotische Störungen: Weitaus seltener ist die Entwicklung psychotischwahnhafter oder halluzinatorischer Symptomatik bei vorher psychiatrisch gesunden Patienten. Eine IFN-Therapie bei bekannter Schizophrenie stellt eine erhebliche Kontraindikation dar und sollte nur unter strenger psychiatrischer Supervision und antipsychotischer Medikation gegebenenfalls zunächst stationär erfolgen.

Suizidalität: Bei IFN-induzierten depressiven und psychotischen Episoden kam es immer wieder zu vollendeten Suiziden, sodass bei Auftreten von Suizidgedanken ein sofortiger Abbruch der Interferon-Therapie angezeigt ist. Auch ohne psychiatrische Symptomatik wurden wiederholt raptusartige Suizidhandlungen und vollendete Suizide beschrieben, sodass eine erhöhte Wachsamkeit während der gesamten Behandlung erforderlich ist.

Bei Patienten mit Suizidversuchen in der Vorgeschichte (z.B. bei rezidivierender depressiver Störung oder Persönlichkeitsstörungen mit suizidalem Verhalten) ist eine sorgfältige psychiatrische Mitbetreuung und prophylaktische Einstellung auf ein stimmungsstabilisierendes Antidepressivum (SSRI, NaSRI) angezeigt.

Bei bekannten depressiven Episoden sollte ebenfalls eine prophylaktische Einstellung auf ein Antidepressivum vorgenommen werden. Die Prophylaxe sollte vier Wochen vor der IFN-Therapie begonnen und über den gesamten Zeitraum der IFN-Therapie fortgeführt werden,

82 NeuroTransmitter 7–8·2005

um zusätzlichen affektiven Nebenwirkungen vorzubeugen. Eine prophylaktische antidepressive Therapie mit dem SSRI Escitalopram bei psychiatrisch unauffälligen Patienten wird derzeit in Hinblick auf mögliche Reduzierung affektiver Nebenwirkungen auch bei psychiatrisch nicht vorbelasteten Patienten in einer Multizenterstudie der Charité Berlin getestet.

Nicht-psychiatrische unerwünschte Arzneimittelwirkungen: Fast regelhaft tritt ein Syndrom ähnlich einer Grippe auf: Fieber, Abgeschlagenheit, Muskelund Gelenkschmerzen. Andere unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei Interferon-Behandlung sind in der Tabelle (links) aufgeführt.

#### Dr. med. Udo Becker, Frank Lürtzing

Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Eschenallee 3, 14050 Berlin E-Mail: udo.becker@charite.de

#### Literatur

- 1. Haria M, Benfield P. Interferon-α-2a. Drugs. 1995; 50: 873–96
- Schäfer M, Schmidt F, Martin G, Folwaczny C, Loeschke K. Psychiatric side effects of IFN-alpha during treatment of hepatitis C in psychiatric risk groups. Gastroenterology 2001; 120: A29
- 3. Schäfer M, Schmidt F, Folwaczny C, Lorenz R, Martin G, Schindlbeck N, Heldwein W, Soyka M, Grunze H, Koenig A, Loeschke K. Adherence and mental side effects during hepatitis C treatment with interferon alpha and ribavirin in psychiatric risk groups. Hepatology 2003; 37 (2): 443–51
- 4. Yovtcheva SP, Rifai Ma, Moles JK, Van der Linden BJ. Psychiatric comorbidity among hepatits C-positiv patients. Psychosomatics 2001; 42: 411–5



#### Lösung zur psychiatrischen Kasuistik

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

**zu 1:** Die häufigsten psychiatrischen Nebenwirkungen der Interferone sind Insomnien (nur in seltenen Fällen Hypersomnien D), Antriebsschwäche und affektive Störungen von depressiven über dysphorisch-gereizte Syndrome und affektive Mischbilder. Delirante wie auch paranoid-halluzinatorische Syndrome können auftreten, sind aber im Vergleich zu affektiven Syndromen selten.

**zu 2:** Bei raptusartigen Suizidgedanken unter IFN ist äußerste Vorsicht geboten, da zahlreiche Suizidversuche und vollendete Suizide – auch bei psychiatrisch unauffälligen Patienten – beschrieben sind. Es ist daher unbedingt empfehlenswert, IFN sofort abzusetzen und eine engmaschige psychiatrische Betreuung, gegebenenfalls auch stationär, einzuleiten.

**zu 3:** Eine prophylaktische Therapie mit einem Antidepressivum ist vor allem bei Patienten indiziert, die in der Vorgeschichte an einer affektiven Störung erkrankt waren. Ob eine solche Prophylaxe auch bei anamnestisch psychiatrisch unauffälligen Personen Vorteile in der Verträglichkeit von IFN bieten kann, wird derzeit klinisch noch getestet. Eine wechselnde, flexible Dosierung des IFN oder eine Verlängerung des Applikationsintervalles hat einen Verlust der antiviralen Wirkung des IFN zur Folge und ist somit nicht sinnvoll.

**zu 4:** Patienten mit vorbekannter affektiver Erkrankung sollten auf jeden Fall durch einen Psychiater mitbetreut werden, wenn sie sich einer IFN-Therapie unterziehen wollen. Zunächst muss vor Beginn der IFN-Behandlung nervenfachärztlich abgeklärt werden, dass der Patient vollständig remittiert ist und keine Suizidalität vorliegt. Eine prophylaktische Einstellung auf ein Antidepressivum ist empfehlenswert. Unter engmaschiger psychiatrischer Mitbetreuung kann auch abgewartet werden, ob unter IFN affektive Störungen erneut auftreten. In diesem Falle sollte bei depressiver Symptomatik sofort eine antidepressive Therapie zusätzlich zum IFN eingeleitet werden. Dies kann durchaus im ambulanten Setting erfolgen, sollte aber stets vom Facharzt durchgeführt werden.

### 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 5/2005: 1d; 2a

#### **Die Gewinner:**

G. Heßmann, Waltrop Dr. M. Klupp, Amberg Dr. B. Sommer-Edlinger, Gröbenzell

#### Herzlichen Glückwunsch!

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

#### Einsenden oder faxen an:

Geschäftsstelle	
CME-Kommission BVDN/DGN ( <b>Neurologie</b> ) CME-Kommission BVDN/DGPPN ( <b>Psychiatrie</b> ) Wünsche Anmeldebogen zum CME-Verfahren für mein Fachgebiet Kennwort "CME-Quiz NT 7–8/2005" Hauptstr. 18, 79576 Weil am Rhein Fax (o 76 21) 7 87 14	
Bitte Absender nicht vergessen! Einsendeschluss: 15.9.2005	
Name	
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Praxisstempel	



#### Fortbildung

### 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**

#### Welche Aussage zur Narkolepsie ist falsch?

- Übermäßige Tagesschläfrigkeit mit Einschlafattacken, Schlaflähmung und häufig auch affektiv ausgelöster Muskeltonusverlust (Kataplexie) sind typische Symptome.
- Die erste REM-Periode tritt bei Narkolepsie-Patienten meist in den ersten 15 Minuten nach dem Einschlafen auf.
- Das Fehlen von Hypocretin-1 im Liquor scheint spezifisch für Narkolepsie-Patienten ohne Kataplexien zu sein.
- d Der Nachweis eines bestimmten HLA-Typus (DQB1\*0602) bei mehr als 90 % der Narkolepsie-Patienten, stützt die Autoimmunhypothese und genetische Prädisposition der Erkrankung.

#### **Psychiatrie**

### . Welche Aussage zu Schlafstörungen ist falsch?

- a Ein- und Durchschlafstörungen treten in den meisten Fällen durch psychiatrische Erkrankungen oder Narkolepsie, häufig auch im Rahmen des Restless-Legs-Syndroms (RLS) auf.
- b Die adäquate Diagnostik und Therapie schlafmedizinischer Erkrankungen, deren Ursachen vielfältig sein können, sollte wenn möglich interdisziplinär erfolgen.
- Erhöhte Tagesmüdigkeit tritt mit einer relativen Häufigkeit von 30-40% oft im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen, besonders bei affektiven Störungen auf.
- d Bestehen Schlafstörungen auch nach erfolgreich behandelter psychiatrischer Grunderkrankung, sollte die Überweisung an ein schlafmedizinisches Zentrum erwogen werden.



#### GALERIE

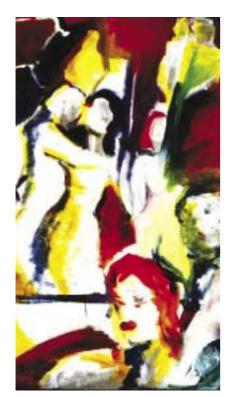


## "Malen – ein ständiger Drang"



"Fractal Gumbo", Acryl auf Leinwand, 100 x 60 cm

Kunst bedeutet nicht immer nur,
Farbe auf eine Leinwand aufzutragen.
Die moderne Kunst ist körperlicher,
spielt mit Objekten, setzt Menschen
gezielt als Protagonisten ein.
Fabienne Hübener macht beides.
In ihrem Atelier malt sie mit großen
Pinselstrichen und leuchtenden
Farben expressionistische Bilder.
Oder sie experimentiert – mit den
Menschen in ihrer Umgebung und
mit allen Sinnen.



"The Kiss", Acryl auf Leinwand, 70 x 50 cm

in öffentliches Geruchsexperiment – in München? Das neueste Projekt von Fabienne Hübener klingt im ersten Moment sehr skurill. Gerade hat sie sich damit um den Kunstpreis 2005 der Stadt München beworben: "Cold Sweat – the Smell of Success in a postmodern World" lautet der Titel. Es geht um verschwitzte T-Shirts und schnüffelnde Passanten – mehr will sie noch nicht verraten.

#### Kunst und Körperkult

Ihre Leidenschaft für die Kunst hat Fabienne Hübener schon als Kind entdeckt. Mit Wachsmalkreiden habe sie damals "zwanghaft alles mit Männchen und selber erfundenen Bildergeschichten vollgemalt", erklärt sie. Nach dem Abitur studiert sie bis 1995 in München Biologie und schreibt ihre Diplomarbeit über den Geruchssinn der Totenkopfaffen. Anschließend arbeitet sie als Wissenschaftlerin und Dozentin am Institut für Medizinische Psychologie der LMU München und beschäftigt sich in ihrer Doktorarbeit mit dem Geruchssinn der Schweinsaffen.

"Gemalt habe ich immer nebenbei", erinnert sie sich. Ihr Lieblingsbild ist



"A Pianoplayer looking for Love", Acryl auf Leinwand, 95 x 80 cm

während eines einjährigen Forschungsaufenthalts in Japan entstanden. "Ich habe mich selbst angemalt und bin über die Leinwand gerollt". So wurde "Fractal

NeuroTransmitter 7-8-2005



"La Clave", Acryl auf Leinwand, 95 x 80 cm

Gumbo" geschaffen (siehe Titel) und so forsch beschreibt sie auch die Entstehung ihrer Bilder: "Hingerotzt und Drübergerollt".

#### **Expressionistische Alltagsszenen**

Man merkt ihren Bildern an, dass sie Kandinsky liebt. Dieselbe Entschlossenheit in der Pinselführung, dieselbe Farbenpracht. Und doch gibt Fabienne Hübener ihren Werken einen sehr persönlichen Stil, eine eigene Handschrift. Meist rückt sie Menschen in den Vordergrund – das macht die Bilder dyna-

#### **Ausstellung**

Die nächste Ausstellung von Fabienne Hübener mit

Live-Musik, Live-Painting und Live-Haircutting

bei der Vernissage findet statt vom 19.12.2005–19.1.2006 im

Versus barbershop Haidenauplatz 2 81667 München

E-Mail: fabiennehuebener@yahoo.de Homepage: www.fabart.de

misch, erfüllt sie mit Leben. Der Pianospieler, der um die Gunst seiner Angebeteten wirbt ("A Pianoplayer looking for Love"), das Paar, das sich im Restaurant küsst ("The Kiss") – die schlichten Schauplätze lenken den Blick auf das Wesentliche, die farbenfrohe Komposition unterstreicht die Bedeutung des Moments und trotzdem ist alles in Bewegung. Das rote Kleid in "La Clave" wirkt fast so, als ob es allein tanzen könnte, während die Trägerin eher schemenhaft bleibt. In "Orgie mit Hund" setzt Fabienne Hübener ihre Protagonisten gezielt aneinandergedrängt in Szene und beschränkt sich auf die drei Grundfarben. Das Bild erhält dadurch etwas Wildes, Anrüchiges – der Zuschauer wird Zeuge eines flüchtigen Augenblicks.

#### Malen unter Zeitdruck

"Beim Malen brauche ich Stress – wenn ich viel Zeit habe, kann ich die Bilder vergessen". Das "kürzeste" Bild malte sie zu einem Jazzlied innerhalb von 20 Minuten. Ähnlich bei ihrer letzten Vernissage: Die Ausstellung im Mai eröffnete Fabienne Hübener mit einem "Live Painting" im Münchner Club "Unterfahrt", begleitet von Jazzklängen des Post-Avantgarde Jazztrios "Fractal Gumbo". Auch in ihrem Atelier in Münchens Künstler-



"Orgie mit Hund", Acryl auf Leinwand, 70 x 50 cm

viertel Haidhausen lässt sie sich oft von Tanz und Musik inspirieren.

Auf die Frage, warum sie ihre Kunst nicht zum Beruf gemacht hat, antwortet sie zögernd. "Eigentlich bin ich nicht der Typ dafür. Ich brauche etwas Handfestes." Und ganz will sie ihre Wissenschaft sowieso nicht aufgeben.

### Spagat zwischen Wissenschaft und Kunst

Es waren schon immer zwei Welten, in denen sich die Künstlerin bewegt hat. Auf der einen Seite die eher eintönige, streng wissenschaftliche Forschungsarbeit, auf der anderen Seite die farbenfrohe, expressive Welt der Bilder. Fabienne Hübener sieht das nicht so pragmatisch: "Eigentlich ist wissenschaftliches Experimentieren sehr kreativ". Außerdem habe sie die Erlebnisse ihrer Forschungsreisen oft in Bilder gepackt und verarbeitet. Dennoch fühlt sich die Biologin manchmal hin- und hergerissen zwischen den Naturwissenschaften und der Kunst. Vielleicht ist das der Grund, wieso sie jetzt mit ihrem neuesten Projekt, dem Geruchsexperiment, genau diese beiden doch so gegensätzlichen Bereiche verbindet.

Nicola Birner, München

# 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 Streuversand. 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 Neuro-Transmitter-Telegramm zu beziehen.

# Kostenloses Jahresabonnement einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift

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

- \_\_Fortschritte Neurologie/Psychiatrie;
- \_\_Aktuelle Neurologie;
- \_\_ Psychiatrische Praxis;
- Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG;
- PPmP Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie;
- \_\_ Die Rehabilitation;
- \_\_Psychotherapie im Dialog;
- \_\_ Balint-Journal.

Falls Sie Änderungswünsche haben, teilen Sie diese bitte 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 f
  ür Sozialgerichtsverfahren;
- Kostenerstattung, Textvorschlag für die Patienteninformation und vertragliche Erstattungsvereinbarung;
- EBM/GOÄ-Umrechnungstabelle für Erstattungsverfahren;

- \_\_IGeL-Leistungen, BVDN-Empfehlung;
- \_\_ Heimmonitor für PLM + RLS;
- Sonderkonditionen für: Dopplergeräte, 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 (o 21 31) 2 20 99 22

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur (Mitgliedsbeitrag 200–400 EUR, je na		lervenärzte e.V. (BVDN)			
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 4	150 EUR.				
Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzt	m Berufsverband Deutscher P te/Niedergelassene/Fachärzt	'sychiater e. V. (BVDP) e an Kliniken).			
☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCH	AFT – BVDP und BVDN – zum	Mitgliedsbeitrag von insge	samt 450 EUR.		
☐ Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSC	:HAFT – BVDN, BDN und BVD!	P – zum Mitgliedesbeitrag v	on insgesamt 590 EUR.		
Zusatztitel oder -qualifikation (z.B. Psycho					
TelNr E-Mail/Internet:	Fax				
	☐ in der Klinik tätig		☐ Facharzt		
Weiterbildungsassistent	Neurologe	■ Nervenarzt	Psychiater		
in Gemeinschaftspraxis	tätig mit:				
Ich wünsche den kostenlosen Bezug einer Fortschritte Neurologie / Psychiatrie Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG Die Rehabilitation PPmP – Psychotherapie, Psychosomati Zum Eintritt erhalte ich die BVDN-Abrechr NERFAX-Teilnahme gewünscht	<ul> <li>□ Aktuelle Neurologie</li> <li>□ Psychiatrische Praxis</li> <li>□ Psychotherapie im Dia</li> </ul>	log	Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.		
EINZUGSERMÄCHTIGUNG			en BDN und BVDP obligatorisch –		
Hiermit ermächtige ich den BVDN/BDN/B jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen.	VDP (nicht Zutreffendes ggf. :	streichen) widerruflich, den	von mir zu entrichtenden		
Konto-Nr.:					
Geldinstitut:	BLZ				
Wenn mein Konto die erforderliche Decku Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerr	ng nicht aufweist, besteht se uf werde ich der Geschäftssta	itens des kontoführenden I elle des Berufsverbandes mi	Creditinstitutes keine tteilen.		
Name:		Praxisstempel (inkl. KV-Zula	ssungs-Nr.)		
Adresse:					
Ort, Datum:					
Unterschrift:					

# 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** 

**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

Konsiliarpsychiatrie

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

**Ambulante Psychiatrische** 

Rehabilitation und

Sozialpsychiatrie

S. Schreckling

**CME (Continous Medical Education)** 

P. Reuther, P. Franz

Gebührenordnungen

G. Carl, F. Bergmann,

A. Zacher, P. Reuther

Öffentlichkeitsarbeit Neurologie und Psychiatrie

G. Carl, F. Bergmann,

P. Reuther, A. Zacher

Gerontopsychiatrie

F. Bergmann

**Psychotherapie** 

C. Roth-Sackenheim, U. Thamer

Organisation BVDN,

Öffentlichkeitsarbeit, Drittmittel

G. Carl, A. Brosig

Weiterbildungsordnung und Leitlinien

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

F. König (Neurologie),

Ch. Vogel, F. Bergmann, G. Carl, A. Brosig (Psychiatrie/Psychotherapie)

Kooperation mit Selbsthilfe- und

Angehörigengruppen U. Brickwedde (Psychiatrie),

H. Vogel (Neurologie)

**REFERATE** 

Demenz

J. Bohlken

Elektrophysiologie

P. Reuther

**Epileptologie** 

R. Berkenfeld

Neuroangiologie, Schlaganfall

K.-O. Sigel, H. Vogel

Neurootologie, Neuroophtalmologie

M. Freidel

Neuroorthopädie

B. Kügelgen

Neuropsychologie

T. Cramer

Pharmakotherapie Neurologie

K.-O. Sigel, F. König

Pharmakotherapie Psychiatrie

R. Urban

**Prävention Psychiatrie** 

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

#### Reirat

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. Anhaltszahlen/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

I Meier

5. Risikomanagement

R. Hagenah

6. Öffentlichkeitsarbeit

Vorstand BDN

NeuroTransmitter 7—8-2005

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

Neben der berufspolitischen Arbeit (Gespräche mit dem 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

I. 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

Hainische Str. 4–6, 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

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

#### Dr. Horst Fröhlich

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

#### **Dr. Peter Frommelt**

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

#### Dr. 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.bvdn@gmx.de

#### Dr. Burkhard Gülsdorff

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

### **Prof. Dr. Rolf Hagenah** Diakoniekrankenhaus,

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

#### Dr. Liane Hauk-Westerhoff

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

#### Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

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

#### **Dr. 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 I, 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: drjkrause@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: mönter-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@mailer.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. Fritjof Reinhardt

D.-Chr.-Erxleben-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, Schülzchenstr. 10, 53474 Bad-Neuenahr-Ahrweiler, Tel. (0 26 41) 9 80 40, Fax (0 26 41) 9 80 444, E-Mail: preuther@rz-online.de

#### Dr. Christa Roth-Sackenheim

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

#### Dr. Klaus Sackenheim

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

#### Dr. Manfred Salaschek

Schulstr. 11, 49477 Ibbenbüren, Tel. (0 54 51) 5 06 14 00, Fax (0 54 51) 50 6 14 50, E-Mail: salschek.ibb@t-online.de

#### **Dr. Helmut Schmidt**

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

NeuroTransmitter 7—8-2005



#### BVDN/BDN/BVDP Service

#### 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

Eulenkrugpfad 4, 22359 Hamburg, Tel. (040) 6037142, Fax (040) 60951303, E-Mail: info@praxis-vogel.de

#### Prof. Dr. Peter Vogel

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

#### Prof. Dr. Claus-W. Wallesch

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

#### Prof. Dr. Frank Welter

Hardtwaldklinik I, Hardtstr. 31, 34596 Bad 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. 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\*

lame	Ort	BVDN	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse				
VDN-Landesverband:	BADEN SÜD								
r. U. Farenkopf	Gegenbach	ja	(0 78 03) 65 50	(0 78 03) 98 07 14	Gegenbach@t-online.de				
r. R. Sattleger	Singen	ja	(0 77 31) 95 99 10	(0 77 31) 95 99 39	dr.adam@web.de				
VDN-Landesverband:	BADEN-WÜRTTEMBERG								
r. J. Braun	Mannheim	ja	(06 21) 12 02 70	(06 21) 1 20 27 27	juergen.braun@dgn.de				
r. W. Maier-Janson	Ravensburg	ja	(07 51) 36 24 20	(07 51) 3 62 42 17	kontakt@neurologie-ravensburg.de				
VDN-Landesverband:	BAYERN								
Pr. H. Martens	München	ja	(0 89) 2 71 30 37	(0 81 41) 6 35 60	dr.h.martens@gmx.de				
or. G. Carl	Würzburg	ja	(0 93 21) 2 48 26	(0 93 21) 89 30	carlg@t-online.de				
	Ü	,	( )) / (	( )3 / )3	5				
VDN-Landesverband:	BERLIN								
r. G. Benesch	Berlin	ja	(0 30) 3 12 37 83	(0 30) 32 76 50 24	dr.g.benesch@t-online.de				
r. HJ. Boldt	Berlin	ja	(0 30) 31 86 91 50	(0 30) 3 18 69 15 18	BoldtNA@t-online.de				
VDN-Landesverband:	BRANDENBURG								
r. Gerd J. Fischer	Teltow	ja	(0 33 28) 30 31 00	(0 33 28) 30 31 01	gerd-juergen.fischer@dgn.de				
		, <b>,</b>	(- 35 , 5 - 5	(- )), )- )	8 }8				
VDN-Landesverband:	BREMEN								
r. I. Steck	Bremen	ja	(04 21) 66 75 76	(04 21) 66 48 66	steck@ewetel.net				
VDN-Landesverband:	HAMBURG			( ) 5					
or. H. Vogel	Hamburg	ja :-	(0 40) 6 03 71 42	(0 40) 60 95 13 03	info@praxis-vogel.de				
r. H. Ramm	Hamburg	ja	(0 40) 24 54 64		hans.ramm@gmx.de				
VDN-Landesverband:	HESSEN								
r. S. Planz-Kuhlendahl	Offenbach	ja	(0 69) 80 01 41 3	(0 69) 80 03 51 2	planz-kuhlendahl@t-online.de				
VDN-Landesverband:	MECKLENBURG-V	ORPOMM	ERN						
ein Nervenarzt in der KV!									
VDN-Landesverband:	NIEDERSACHSEN								
ein Nervenarzt in der KV!									
VDN-Landesverband:	NORDRHEIN								
r. F. Bergmann	Aachen	ja	(02 41) 3 63 30	(02 41) 40 49 72	bergmann@bvdn-nordrhein.de				
r. A. Haus	Köln	ja	(02 21) 40 20 14	(02 21) 40 57 69	hphaus1@AOL.com				
r. Rolf Peters	Jülich	ja	(0 24 61) 5 38 53	(0 24 61) 5 40 90	dr.rolf.peters@t-online.de				
r. Birgit Löber-Kraemer	Bonn		(02 28) 22 34 50	(02 28) 22 34 79					

Fortsetzung					
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. Klaus Sackenheim	<b>RHEINLAND-PFALZ</b> Andernach	<b>Z</b> ja	(0 26 32) 9 64 00	(0 26 32) 96 40 96	bvdn@dr-sackenheim.de
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. F. Jungmann Dr. Th. Kajdi	<b>SAARLAND</b> Saarbrücken Völklingen	ja	(06 81) 3 10 93 (0 68 98) 2 33 44	(06 81) 3 80 32 (0 68 98) 2 33 44	FJungmann@TeleMED.de Kajdi@t-online.de
BVDN-Landesverband: Kein Nervenarzt in der KV!	SACHSEN				
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. H. Deike	SACHSEN-ANHALT Magdeburg		(03 91) 2 52 91 88	(03 91) 5 31 37 76	
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. U. Bannert	<b>SCHLESWIG-HOLST</b> Bad Segeberg	<b>ГЕІN</b> ja	(0 45 51) 96 96 61	(0 45 51) 96 96 69	Uwe.Bannert@kvsh.de
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. K. Tinschert	<b>THÜRINGEN</b> Jena	ja	(0 36 41) 57 44 44	(0 36 41) 57 44 40	praxis@tinschert.de
<b>BVDN-Landesverband:</b> Dr. U. Thamer Dr. V. Böttger	<b>WESTFALEN</b> Gelsenkirchen Dortmund	ja ja	(02 09) 3 73 56 (02 31) 51 50 30	(02 09) 3 24 18 (02 31) 41 11 00	Thamer.Herten@t-online.de boettger@AOL.com

<sup>\*</sup> Diese Liste der KV-Vertreter wird unter Vorbehalt veröffentlicht und in den nächsten Ausgaben vervollständigt!

### **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. (o 21 31) 2 20 99-20, Fax (o 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. (o 89) 43 72-13 00, Fax (o 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. (o 89) 43 72-14 03, Fax (o 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. (o 62 21) 3 45-43 04, per Fax (o 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, Warenbezeichungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

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

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München

ISSN 1436-123X

geprüft 2004

NeuroTransmitter 7—8-2005