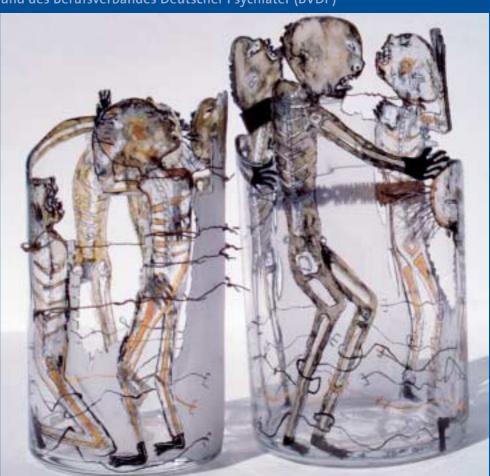
NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

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





- NICHT MIT UNS!
 Erster nationaler Protesttag der Ärzte
- Ambulante videodokumentierte Parkinsontherapie
- FRÜHE INTERVENTION BEI ADHS Spätfolgen verhindern, Perspektiven schaffen







"Ärzte verordnen leichtfertig und zu teuer!"

Oft werden gerade wir Psychiater gescholten, wir würden es uns zu einfach machen. Häufig hieße es nur "Her mit dem Rezeptblock – der Nächste bitte!"

Praxisalltag

Ein Gespräch mit einer Patientin "Sie leiden unter einer Depression, der Hausarzt hatte mit seiner Vermutung recht, nun möchte ich mit Ihnen besprechen, wie Sie am schnellsten wieder aus der Depression heraus kommen können … Sie wollen gleich eine Psychotherapie anfangen? Darüber später, heute will ich mit Ihnen über Medikamente reden … Ach, Medikamente wollen Sie keinesfalls? Aber Sie haben doch erzählt, dass Sie jede Woche eine Aufbauspritze bekommen … Aha, Spritzen seien schließlich etwas anderes. Hhm. Die Aufbauspritzen sollte man lieber nicht mehr geben. Aber lassen Sie mich vielleicht erzählen, warum ich meine, dass ein Antidepressivum sinnvoll sein kann, ein Medikament, das nicht abhängig macht." Es folgen 7 Minuten Ausführungen über Synapsen, Neurotransmitter et cetera.

Für und Wider

"Nun würden Sie es also doch mit Tabletten versuchen. Sie leiden ja vor allem unter Schlafstörungen. Da empfehle ich etwas, was den Schlaf verbessert, zum Beispiel ... Ach, haben Sie Allergien? Die Birkenpollenallergie macht da nichts aus. ... Haben Sie schon einmal eine Narkose bekommen? Hat der Anästhesist viel oder wenig Mittel gebraucht? Also, wenn Sie so stark reagiert haben, gehören Sie vielleicht zu den Menschen, die Medikamente langsam abbauen. Dann fangen Sie besser mit einer kleinen Dosis an. Halt, ich sehe, Sie nehmen ja noch Blutdruckmittel. Aber mit diesem Antidepressivum gibt es weder bei der Aufnahme in den Körper noch beim Abbau Wechselwirkungen. Ist denn die Herzfunktion stabil? ... Hmh, dann wäre vielleicht doch ein anderes Mittel angebracht. Das ist schonender für das Herz. Den Schlaf fördert es nicht ganz so gut, aber wir wollen schließlich jedes Risiko ausschließen ... Oh, Ihr Heilpraktiker hat bei der Ohrendiagnostik festgestellt, dass Ihre Leber nicht richtig arbeitet. Ob das Mittel auf die Leber geht? Nein, nein, es wird weitgehend über die Niere ausgeschieden ... Gut dass Sie's sagen, dass sie Laktose nicht vertragen. Ich schau mal schnell in der Roten Liste nach, ob es diese Substanz auch ohne Laktose gibt. Ah ja, ist zwar doppelt so teuer von dieser Firma, aber irgendwie wird mein Arzneimittelbudget es verkraften. Da sehe ich gerade, dass ich damit off-label verordne. Das bedeutet: ... (3 Minunten



"Oft werden gerade wir Psychiater gescholten, wir würden es uns zu einfach machen."

Ausführungen). Welche Nebenwirkungen auftreten? Also möglicherweise Müdigkeit, Übelkeit, Angstzustände, Schlaflosigkeit ... aber wirklich nur ganz selten!"

14 Tage später

Hektik, volles Wartezimmer, Telefonklingeln: "Ja, ich kann mich gut erinnern. Ich hatte Ihnen Substanz x verordnet ... Wie ich Ihnen ein solches Teufelszeug verschreiben könne? Nach dem Lesen des Beipackzettels brauchten Sie Tage, um sich wieder zu erholen? Ihre Freundin meinte, man hätte erst den Serotoninspiegel bestimmen müssen, bevor man eine Depression diagnostiziere, ihr Gynäkologe habe das gemacht. Und ihr Heilpraktiker hat den Kopf geschüttelt und die Packung weggeworfen. Jetzt geht es Ihnen immer noch schlecht. Ich schiebe Sie morgen ein ... Sie möchten sich das noch überlegen, denn Sie nehmen jetzt ein chinesisches Mittel? Aber die Schwermetalle ..., oh, ich will natürlich nicht Ihren chinesischen Heiler infrage stellen."

Ausgebildet, weitergebildet, fortgebildet, nicht zu arg eingebildet, etwas mürbe schreit mich von einer Zeitung die Schlagzeile an: "Ärzte verordnen zu schnell und zu unkritisch! Bundesgesundheitsministerin fordert gemeinsam mit den Krankenkassen eine Qualitätsoffensive zur Eindämmung der Medikamentenkosten".

"Arzt-Sein ist ein erfüllender Beruf, Arzt-Sein ist ..." (mehrfach wiederholen und dreimal tief durchatmen).





Inhalt | NeuroTransmitter

3 _ Editorial

Aus den Verbänden

8 _ Gesundheitspolitische Kurznachrichten

12 __ Operiert Euch doch selbst ...!

EBM-Abrechnungstipps

- 14 _ Leistungspositionen für den ärztlichen Bericht
- 16 __ Aufruf: Sie fragen wir antworten
- 17 __ Erster bundesweiter Protesttag

25 Integrierte Versorgung Morbus Parkinson Videodokumentierte Behandlung im Zusammenspiel zwischen Klinik und Praxis

32 __ Aus den Landesverbänden

In Nordrhein fehlt mit Recht jedes Verständnis für die Abrechnung • Anklagen, Aktionen, Aktuelles aus Hessen

Beruf aktuell

- 34 _ Gutachten für die gesetzliche Unfallversicherung
- 44 __ Familienstellen

Prozessorientierte Systemaufstellung

Fortbildung

- **50** Fortschritte der Pharmakotherapie
 Förderung und Perspektiven für Patienten mit ADHS
- **57** Multimodale Therapiekonzepte bei ADHS Auch Angst und Aggression beachten



Sinkende Honorare ...

... unzureichende Arbeitsbedingungen und immense Bürokratie will die deutsche Ärzteschaft nicht länger hinnehmen. Dem großen Protesttag in Berlin schlossen sich zahlreiche Ärzte an und auch in anderen Städten regte sich lautstarker Widerstand.

17

Beweiskräftige Dokumentationen ...

... des exakten Krankheitsverlaufs und der Alltagsfähigkeiten von Patienten in fortgeschrittenen Parkinson-Stadien gelingen mit der ambulanten videounterstützen Therapie. Das neue Versorgungsprojekt erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Klinikarzt und niedergelassenem Neurologen.





Frühe Interventionen ...



... können bei ADHS-Patienten das Risiko, weitere psychiatrische Störungen zu entwickeln, maßgeblich verhindern. Langzeitfolgen einer nicht behandelten Erkrankung wie antisoziales Verhalten oder Drogenkonsum werden damit abgewendet.

50

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. 124 f.

Titelbild

In ihren Objekten spielt Sibylle Peretti mit den besonderen Materialeigen-schaften des Glases: lichtbrechend und durchscheinend sind die farbigen Figuren, scharfkantig und spitz die gläserne "Leinwand" (S. 115 f.).







Inhalt | NeuroTransmitter

- **60** Neuromuskuläre Erkrankungen Myasthenie und Thymom
- 64 Interferon beta-Therapie bei Multipler Sklerose Neutralisierende Antikörper – Konsequenzen für die Therapieentscheidung?
- **67** Innovative Substanzen

 Natriumoxybat bei Narkolepsie
- **72** DGPPN-Kongress 2005 in Berlin Versorgungshürden für psychisch Kranke
- **78** AGATE informiert

 Appell an Vernunft und Verantwortung bei der Clozapin-Verordnung!
- 80 _ Journal Club
- 84 __ Kasuistiken
- 95 __ CME-Fragebogen

Journal

- **97 Psychopathologie in Kunst & Literatur**Der Einfluss des Altertums auf Sigmund Freud Teil 2
- 102 _ Buch-Tipps
- **103 Reisezeit**Flusskreuzfahrt auf der Lena
- 108 __ Markt & Forschung
- 115 NEUROTRANSMITTER-Galerie
 Träume und Albträume in Glas
- 118 __ Termine
- 120 ___ BVDN/BDN/BVDP

 Mitgliedschaft/Struktur
- 127 __ Impressum



Paraneoplastische Myasthenien ...

... die mit Thymomen assoziiert sind, stellen den behandelnden Neurologen vor eine große diagnostische und therapeutische Herausforderung. Neue Erkenntnisse zur Pathogenese dieser

seltenen Erkrankung und eine gängige WHO-Klassifikation erleichtern nun das klinische Prozedere.

60

Neutralisierende Antikörper ...

... gegen immunmodulatorische Medikamente sind Gegenstand der wissenschaftlichen Forschung. Welche Auswirkungen sie auf eine Interferon beta-Therapie der Multiplen Sklerose haben, erläutert ein Expertenteam ab Seite







Ungewöhnliche Flusskreuzfahrt ...

... auf der Lena in der Republik Jakutien: Nirgendwo auf der Welt werden größere Temperaturunterschiede gemessen als im Nordosten Russlands. Diese klimatisch harten Bedingungen prägen das tägliche Leben der traditionsbewussten Bewohner.

103

Wichtiger Hinweis!

Diese Ausgabe enthält auf S. 112 f. den Therapie Report aktuell "EXCEED-Studie – Cholinesterasehemmer im Langzeitvergleich: Alltagskompetenz unter Rivastigmin deutlich überlegen".

Beigelegt ist der Therapie Report aktuell "Neue Forschungsergebnisse im Spiegel langjähriger Erfahrung: Pharmakotherapie der ADHS".

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Online-Tipp!

Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) knüpft Kontakte zwischen Hilfesuchenden und Selbsthilfegruppen. NAKOS stellt dafür unter **www.nakos.de** eine umfassende Datenbank zur Verfügung, die lokale ebenso wie bundesweite, europaweite oder internationale Selbsthilfegruppen enthält.



Aus den Verbänden | Gesundheitspolitische Kurznachrichten

Krankenstand wieder angestiegen

Nach einer Erhebung der Techniker Krankenkasse (TK) stieg der Krankenstand im ersten Halbjahr 2005 erstmals seit fünf Jahren wieder an. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeits(AU)-Tage stieg im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um etwa 4%. Vor allem Erkältungsund Infektionskrankheiten seien für diese Entwicklung verantwortlich. Im Vorjahreszeitraum seien 40% weniger Krankschreibungen wegen Erkrankungen des Atmungssystems erfolgt. Erneut zugenommen haben die AU-Schreibungen wegen psychischer Störungen (5%). Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems waren dagegen um zirka 4% rückläufig. Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) gibt jedoch bei einer Betrachtung der ersten zehn Monate des laufenden Jahres 2005 einen weiteren Rückgang der Krankschreibungen im Vergleich zu 2004 (zirka –3%) an. Damit würden sich die von der TK vorgestellten Zahlen nicht bestätigen. Insgesamt halbierte sich über alle Krankheitsarten hinweg der Krankenstand um fast 50% im Vergleich zum Beginn der 90iger-Jahre. Insbesondere der Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen ging um 60% zurück, die Muskel- und Skeletterkrankungen um zirka 20%. Einzige Ausnahme bildeten die psychischen Störungen, deren Anteil an AU-Tagen seit 1991 um 28% stieg.

Kommentar: Wie schon häufig vermutet dürften in diesem Land mit dem dichtesten sozialen Netz der Welt für den Anstieg der AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen nicht die schlechter werdenden Lebens- und Arbeitsbedingungen verantwortlich sein. Vielmehr werden heute bei reduzierter Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und besserem Fortbildungsniveau der Hausärzte psychiatrische Diagnosen wahrheitsgetreuer und frühzeitiger beziehungsweise vollständiger gestellt als bisher. Es bleibt zu hoffen, dass den Kostenträgern klar ist, dass nur unsere Fachgruppe mit ausreichender Qualität und Expertise Menschen mit psychischen Störungen in ihrer ganzen Breite diagnostisch und therapeutisch versorgen kann.

Praxisgebühr zeigt Wirkung

■ Unbegründete Arztbesuche oder unnötige Doppeluntersuchungen sind nach einer Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) stabil rückläufig. Seit 1984 befragen Wissenschaftler des DIW mit Hilfe des sozio-ökonomischen Panel (SOEP) jährlich die gleichen Personen, insgesamt zirka 21.000 Menschen. Die Fragen betreffen Einkommen, Gesundheitszustand und unter anderem auch die Zahl der Arztbesuche. 1995 gingen die Bundesbürger noch 3,2-mal pro Quartal zum Arzt, 2004 nur noch 2,5-mal. Obwohl die Anzahl der Arztbesuche in den letzten Quartalen wieder etwas angestiegen ist, lag sie jedoch immer noch um 10% niedriger als Anfang 2003. Insbesondere Menschen, die sich 2003 gesund oder sehr gesund fühlten, seien 2004 signifikant seltener zum Arzt gegangen, wohingegen Personen mit schlechtem Gesundheitszustand häufiger als durchschnittlich eine Praxis besuchten. Dabei verringerte sich in allen Einkommensklassen die Zahl der Arztbesuche etwa gleich stark, sodass die Vermutung, dass sozial Schwache stärker unter der Praxisgebühr leiden, offensichtlich nicht zutrifft.

Kommentar: Wie schon häufiger im NEUROTRANSMITTER erwähnt, sind die Praxisbesuche bei Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern sowie bei fachärztlichen Internisten kaum rückläufig. In diesen Fachgebieten werden nämlich überwiegend (chronisch) Kranke behandelt, die entweder kontinuierlicher qualifizierter fachärztlicher Betreuung bedürfen oder unter einer gravierenderen Akuterkrankung leiden. In diesen Fachgruppen gibt es kaum leicht Kranke oder Gesunde und wenige "Verdünnerpatienten", die eine Praxis wegen Präventionsleistungen oder zur Verordnung nicht apothekenpflichtiger Medikamente aufsuchen.

Beitragssatzerhöhungen 2007?

Besonders einige Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) kündigten baldige Beitragssatzerhöhungen an, um die Krankenkassen schuldenfrei zu halten und vor allem die erhöhten Arzneimittelkosten zu finanzieren. Das BMG und die stellvertretenden Vorsitzenden der CDU/CSU- und der SPD-Bundestagsfraktion, Wolfgang Zöller und Elke Ferner, drohen daher mit einer Organisationsreform gegen die gesetzlichen Krankenkassen, "um das System transparenter und berechenbarer zu machen". 2006 bekommen die gesetzlichen Krankenkassen 1,7 Mrd. EUR mehr aus Steuermitteln, 1 Mrd. EUR können durch das inzwischen verabschiedete Arzneimittelsparpaket mobilisiert werden. Die Landesregierungen als Aufsichtsbehörde für die regionalen AOK (in diesem Fall nicht das Bundesversicherungsamt), sollen die Beitragssatzerhöhungsanträge der GKV-Kassen genau prüfen und gegebenenfalls die Genehmigung verweigern. Dagegen hat die Gmündner Ersatzkasse angekündigt, ihren Beitragssatz von 12,8% auch in naher Zukunft halten zu können.

Kommentar: Die neu gewählten Gesundheitspolitiker beider Koalitionsparteien streben eine Vereinheitlichung der Vorstandsgehälter von GKV-Kassen an. Auch im Krankenkassenbereich muss natürlich Wettbewerb Einzug halten. Dieser darf aber vom Gesetzgeber nicht dadurch behindert werden, dass allen Kassen der letztlich gleiche Leistungskatalog vorgeschrieben wird. gc

Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz

Den "Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung", das Arzneimittelversorgungs- und Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) bereitet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vor. Das BMG möchte 2 Mrd. EUR sparen. Die KBV hat den Gesetzentwurf in der derzeitigen Form bereits abgelehnt.

Die Gesetzesinhalte:

- ▶ Die Gewährung von Zuwendungen insbesondere von Naturalrabatten an Apotheken wird ausgeschlossen. Die dadurch frei werdenden Rationalisierungsreserven sollen durch eine Preissenkung bei generikafähigen Arzneimitteln in Höhe von 5% zu Gunsten der GKV erschlossen werden.
- ► Es soll gewährleistet werden, dass die Praxissoftware für die Arzneimittelverordnung frei von irreführenden Angaben ist.
- ▶ Um Preiserhöhungen zu vermeiden, dürfen die Preise für alle Arzneimittel für zwei Jahre bei Abrechnung mit den Krankenkassen nicht erhöht werden.
- ▶ Um den Pharmastandort Deutschland zu stärken, sind, so heißt es in der Begründung, echte Innovationen mit therapeutischem Zusatznutzen erwünscht. Deshalb werden diese klar definiert, von Analogarz-

neimitteln ohne patientenrelevanten Zusatznutzen abgegrenzt und unterliegen nicht den Festbetragsregelungen. Unter dieser Voraussetzung wird das Festbetragssystem entsprechend nachjustiert, um Entscheidungsprozesse zu beschleunigen. In den Festbetragsgruppen werden vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen.

- ▶ Die individuelle Verantwortung des Arztes für seine Verordnungspraxis wird gestärkt (= "Malusregelung").
- ▶ Die Zielvereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung werden mit Anreizen zur Zieleinhaltung verbunden.
- ▶ Die für die Vergütungsvereinbarungen im Krankenhausbereich sowie die Begrenzung der Zuwächse bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen relevante Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen wird in den Jahren 2006 und 2007 von dem Bezug je Mitglied auf den Bezug je Versicherten umgestellt.

Kommentar: Das BMG sagt noch stärkeres sparen an. Noch bevor das Regieren so richtig begonnen hat, rammt Ulla Schmidt schon mal Pflöcke rein und will die GOÄ erst absenken, dann ganz abschaffen und

mit einem neu beauftragten PKV-Honorarsystem verschmelzen; ein neues milliardenschweres Medikamenteneinsparungsprogramm liegt bereits in der Schublade. Insbesondere der geplante Malus bei Arzneimittelkostenüberschreitungen des einzelnen Arztes wird uns schwer zu schaffen machen. Geplant ist offenbar, dass der Arzt einen gewissen Prozentsatz seines Überschreitungsvolumens vom Honorar abgezogen bekommt. Dies dürfte nun im Einzelfall endgültig zur Unterversorgung führen, weil kein Arzt für seinen Patienten die Medikamente bezahlen möchte. Andererseits steht ein solches Malussystem rechtlich auf wackeligen Füßen, denn medizinisch berechtigte Arzneimittelüberschreitungen werden zu einer immensen Klagewelle führen. Der gleiche Arzneimitteleinsparungseffekt könnte meiner Ansicht nach mit einem Bonussystem erzielt werden, welches naturgemäß rechtssicher ist, weil es alleine dem Bonusgeber obliegt, bei nachgewiesenen Unterschreitungen die Einspargratifikation auszuzahlen. gc

Arzneimittelkosten – sparen, sparen, sparen

Bei der Veröffentlichung des Arzneiverordnungsreportes 2005 [Pfaffrath, Schwabe] wurde zunächst die Wirkung des GKV-Modernisierungsgesetzes gelobt. Etwa 2,5 Mrd. EUR Arzneimittelausgaben wurden eingespart: durch den weitgehenden Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente aus dem Leistungskatalog der GKV (1,1 Mrd. EUR), durch die Erhöhung des Herstellerrabattes von 6% auf 16% 2004 (1,0 Mrd. EUR) und durch die Erhöhung der Zuzahlung durch die Patienten (ca. 0,5 Mrd. EUR). Zusätzlich regt der Arzneimittelverordnungsreport folgende Einsparungsmöglichkeiten an: dauerhafte Festschreibung eines Solidarbeitrages der pharmazeutischen Industrie, Absenkung der Apothekervergütung, bessere Steuerungsfunktionen der Arzneimittelbudgets und Weitergabe der Naturalrabatte der Apotheker an die Krankenkassen. Weiterhin gebe es bei den Generika Einsparungsmöglichkeiten von zusätzlich 1,1 Mrd. EUR, bei den Analogpräparaten von 1,2 Mrd. EUR und bei den umstrittenen Arzneimitteln von 0,6 Mrd. EUR Wegen der bisher schon sinnvolleren Verordnungsweise der Ärzteschaft sind diese Einsparpotenziale jedoch inzwischen deutlich rückläufig.

Kommentar: Bei Nervenärzten ist der Generikaanteil bei Verordnungen weiter gestiegen, der Anteil von "me-too"-Präparaten weiter gesunken. Mit der Zeit wird es schwierig, noch weitere Einsparpotenziale zu realisieren. Ob dies über eine Kostenabsenkung bei den in Deutschland relativ hohen Generikapreisen möglich ist, bleibt abzuwarten. Ein wesent-

licher Einspareffekt dürfte in Zukunft nur noch durch die Einführung einer prozentualen Patientenzuzahlung gelingen, wie dies im Ausland schon häufig der Fall ist. Nur dann hat auch der Patient ein entsprechendes Interesse, beim Sparen zu helfen.





Aus den Verbänden Gesundheitspolitische Kurznachrichten

Ungültige Chipkarten gesperrt: TK spart Millionen



Die Techniker Krankenkasse (TK) sparte 2004 durch die Sperrung ungültiger Chipkarten 30 Mio. EUR. Die TK nutzt für

ihre 6 Millionen Versicherten in den über 120.000 Arzt- und Zahnarztpraxen die Verax-Liste. Damit lassen sich ungültige, aber dennoch bei Ärzten eingereichte Chipkarten identifizieren und sperren. Nach Einschätzung der KBV entsteht der GKV jährlich ein Milliardenschaden durch Ab-

rechnungsbetrug mit Krankenversicherungskarten. Das TK-Abrechnungszentrum in Duisburg lagert inzwischen über 50 Millionen Rezepte in einem Sicherheitsarchiv als Beweismaterial für die kommenden gerichtlichen Betrugsverfahren.

Kommentar: Offenbar befinden sich unter den GKV-Betrügern nicht ausschließlich nur Ärzte und Apotheker. Die Betrügereien nicht versicherter Patienten wurden aber unseres Wissens in der Presse nirgendwo skandalisiert.

Seminarkalender

Wie bereits im NeuroTransmitter 12/2005 ausführlich beschrieben, finden auch in diesem Jahr wieder die Seminare zum Thema Qualitätsmanagement (QM) von Athene, der QM-Akademie der Verbände,



statt. Ab jetzt werden wir Sie regelmäßig an die demnächst stattfindenden Veranstaltungen erinnern und über Neuigkeiten informieren. Die Seminarinhalte entsprechen den Vorgaben des § 135a und der Richtlinie zur Umsetzung vom 1.1.2006.

Seminar: Qualitätsmanagement nach den Anforderungen des Gemeinsamen **Bundesausschusses (G-BA)**

8.3.2006 Kempten und Dresden

5.4.2006 Hamburg und Rostock

10.5.2006 Düsseldorf, Koblenz und Halle

21.6.2006 Stuttgart und Nürnberg

12.7.2006 Hannover

13.9.2006 Augsburg

27.9.2006 Kiel

Zeit: mittwochs von 15.00-20.30 Uhr

Kosten: 180 EUR pro Teilnehmer inklusive Getränke und Verpflegung

Seminar: Fachgruppenspezifische QEP®-Einführung für Neurologen, Nervenärzte und Psychiater

10.-11.3.2006 Potsdam und Berlin

28.-29.4.2006 Bielefeld

19.-20.5.2006 Kempten

9.-10.6.2006 Dresden

30.6.-1.7.2006 Hamburg und Rostock

8.-9.9.2006 Düsseldorf

29.-30.9. Koblenz und Halle

6.-7.10.2006 Stuttgart

13.-14.10.2006 Nürnberg

10.-11.11.2006 Hannover

1.-2.12.2006 Augsburg

8.-9.12.2006 Kiel

Zeit: freitags von 15.00–21.00 Uhr; samstags von 8.30-16.30 Uhr

Kosten: 220 EUR pro Teilnehmer inklusive QEP®-Qualitätszielkatalog, Getränke, Verpflegung und weiterer Seminarunterlagen

Anmeldung: Athene-Akademie Würzburg, Tel. (09 31) 88 02 93 96, Fax (09 31) 20 55 52 5, E-Mail: g.schuster@athene-qm.de



Operiert Euch doch selbst ...!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Ignoranz, mit der wir um unser Honorar betrogen werden, die überbordende unsinnige Bürokratie und jetzt auch noch eine Bonus-Malus-Regelung im Sinne einer zutiefst unethischen Verquickung ärztlichen Handelns mit dem Honorar ... All das sind Provokationen, die wir nicht länger hinnehmen können. Auch wir Nervenärzte, Psychiater und Neurologen sind am 18. Januar auf die Straße gegangen und das nicht nur in Berlin, sondern auch in München und in vielen anderen Städten und Kommunen (großer Bericht auf S. 25 ff.). 21.000 Ärzte und Ärztinnen zeigten Ulla Schmidt die rote Karte! "Operiert Euch doch selbst!" war noch eines der vergleichsweise moderaten Protestplakate.

Protest! Weiter so!

Die Bevölkerung steht hinter den Protesten – zumindest so lange das eigene Portemonnaie nicht spürbar betroffen ist. Bemerkenswerterweise hat sich aber auch die Berichterstattung in der Presse in unserem Sinne geändert und wurde zunehmend objektiver in der Darstellung unserer brennenden Probleme. Genau aus diesem Grunde dürfen die Proteste und Aktionen nicht eingestellt werden!

Der BVDN fordert Sie ganz ausdrücklich auf, auch weiterhin aktiv und in großer Zahl an Protestveranstaltungen und Demonstrationen teilzunehmen. Er erklärt sich solidarisch mit den Aktionen des Hartmann-Bundes und der Freien Ärzteschaft. Wichtig ist, dass nicht nur zentrale Veranstaltungen in Berlin stattfinden, sondern dass immer wieder auch in den Ländern mit lokal abgestimmten Aktionen der Ärzteschaft auf die dramatische Situation in den Praxen und in der Versorgung hingewiesen wird.

In neurologischen, nervenärztlichen und psychiatrischen Praxen werden mit regionalen Unterschieden 30–50% der erbrachten Leistungen nicht mehr vergütet. Es kommt einer öffentlichen Verhöhnung der Ärzteschaft gleich, wenn Politiker und Kassenfunktionäre versuchen, die Öffentlichkeit damit zu beruhigen, dass die Zahl der Konkurse viel

niedriger als in anderen Berufsgruppen sei. Bewusst wird die Öffentlichkeit über die wahren Hintergründe im Unklaren gelassen und getäuscht. Abwanderung der Ärzte ins Ausland, vorzeitige Aufgabe der Praxis, Ausweichen in andere Tätigkeiten, all das kommt in den offiziellen Konkursstatistiken nicht vor. Es ist jedoch vor allem die Politik, die mit ihren Gesetzen für die Honorarsituation der Ärzteschaft verantwortlich ist. Der EBM spielt in der Analyse unserer Honorarprobleme eine nachrangige Rolle. Der Gesetzgeber hat aber gesetzlich den Anstieg der Honorarsumme begrenzt und damit den Kassen ausdrücklich verboten, mehr Geld für die ambulante medizinische Versorgung zur Verfügung zu stellen. Es ist die Politik, die das System seit Jahren plündert und durch ihre gesetzlichen Vorgaben dafür sorgt, dass die Kopfpauschalen, die von den Kassen in das System gezahlt werden, immer geringer werden. Es ist die Politik, die den Sicherstellungsauftrag der KV aushöhlt, beispielsweise auch durch integrierte Versorgungsmodelle, die – so sinnvoll sie im Einzelnen sein mögen – lediglich Geld umverteilen, wie besonders bei den Verträgen nach §§ 140, die der Gesamtvergütung immer mehr Geld entziehen. Es ist die Politik, die jetzt finanzstarken Investoren Tür und Tor öffnet, um medizinische Versorgungszentren zu eröffnen und Ärzte zu fraglichen Bedingungen anzustellen. Und es ist die Politik, die freiberufliche Fachärzte am liebsten ganz abschaffen möchte und zwar auf schnellstem Wege.

Das alles, liebe Kolleginnen und Kollegen, sind die Gründe, warum wir auf die Straße gehen und uns wehren müssen. Wir müssen der Bevölkerung ebenso wie den Abgeordneten in ihren Wahlkreisen klar machen, dass es unethisch und unerträglich ist, wenn Ärzte mit ihrem Resthonorar auch noch dafür bezahlen sollen, dass sie ihre Patienten nach bestem Wissen und medizinischen Leitlinien behandeln. Je größer der öffentliche Druck durch Aktionen und Demonstrationen wird, umso mehr wird dadurch unsere Arbeit im BVDN-Vorstand in den Gremien-Gesprächen, mit



Dr. med. Frank Bergmann1. Vorsitzender BVDN

der KBV, den Kassen und auch den Politikern unterstützt.

Die berufspolitische Arbeit, der wir im Bundesvorstand des BVDN mittlerweile mehr als 50% unserer Arbeitszeit widmen, spielt sich in den Vorstandsetagen der KVen und der KBV ab, ferner in den beratenden Fachausschüssen sowie in den Allianzen, die wir im Deutschen Facharztverband sowie in der GfB eingegangen sind. Dazu kommen die vielen Einzelgesprächskontakte, zum Beispiel mit dem Gesundheitsministerium. Das alles ist aber erst dann wirklich erfolgreich, wenn sich unsere Honorarsituation spürbar verbessert! Deswegen müssen wir zusätzlich auch alle juristischen Möglichkeiten ausschöpfen und das uns zustehende Honorar erstreiten. Wer jemals dafür vor Gericht gegangen ist, weiß wie viel Zeit, Geduld und vor allem Geld investiert werden muss. Deshalb wollen wir den Weg so genannter Musterklagen beschreiten. Dieses Prozedere wird mit unserem Verbandsjustiziar Dr. Ingo Pflugmacher abgestimmt und wir informieren sie in Kürze über die erforderlichen Schritte.

"Gemeinsam sind wir eine Macht." Dies war das Motto des Aktionstages am 18. Januar in Berlin. Gemeinsam und solidarisch werden wir auch im BVDN, BDN und BVDP für unsere Interessen kämpfen. Und zwar in jedem Bundesland, in den Regionen und auf Bundesebene durch politisch Einflussnahme, auf dem Verhandlungsweg, auf dem Klageweg und mit öffentlichen Demonstrati-

or Jaymann

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

NeuroTransmitter 2-2006



Aus den Verbänden



Leistungspositionen für den ärztlichen Bericht

Den Abrechnungstipp "Der chronisch psychiatrisch kranke Patient" (NeuroTransmitter 1/2006) möchte Kollege Pagel aus Wipperfürth mit einigen Anmerkungen richtig stellen.

Schreiben an die Redaktion

Im Abrechnungstipp "Der chronisch psychiatrisch kranke Patient" ist mehrmals ein Irrtum unterlaufen. Zu den Betreuungsziffern ist es gemäß 2.1.4. der allgemeinen Bestimmungen notwendig, einen Bericht an den Hausarzt zu erstellen, das bedeutet nach der Leistungslegende 01600 oder 01601. In Ihrem Beitrag wird aber das Erfüllen ausschließlich der Leistungslegende nach 01601 gefordert. Notwendig ist nur ein ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung. Dieser ist, wie Sie empfehlen, mit einer Kurz-Brief-Maske im Praxiscomputer sicherlich gut zu erstellen. Warum machen Sie es in Ihren Empfehlungen den Kollegen schwerer, als der EBM es sowieso schon macht. Diesen Brief werde ich den Qualitätszirkeln im Kreis Gummersbach und Rheinberg bekannt geben. Außerdem ist noch sehr wichtig, die Kollegen darüber zu informieren, dass ab dem 1.1.2006 ein Budget für Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie besteht und dass bei Überschreiten von 15% jeder Arzt mit seinem Vermögen persönlich haftet. Nebenstehend das Informationsschreiben, das meinen Patienten, die Heilmittel verordnet bekommen sollen, ausgehändigt wird.

Dr. med. S. Pagel, J. Pagel Ärzte für Neurologie und Psychiatrie – Psychotherapie, Ostlandstr. 12, 61688 Wipperfürth

Informationsbrief für Patienten

Seit dem 1.1.2006 gelten für alle Ärzte neue "Heilmittelrichtlinien". Das bedeutet, dass Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie nur noch bis zu einer bestimmten Summe verordnet werden dürfen.

Die Höchstsumme beträgt pro Quartal (drei Monate)	pro Mitglied	12,67€
	pro Rentner	26,01€
eine Einheit Krankengymnastik, Einzelbehandlung koste	14,50€	
eine Einheit Krankengymnastik-ZNS	17,90€	
mit Hausbesuch zusätzlich	10,30€	
30 Minuten Ergotherapie, motorisch-funkt. Behandlung	23,80€	
30 Minuten Ergotherapie, Hirnleistungstraining	25,70€	
30 Minuten Logopädie	25,10€	
45 Minuten Logopädie	35,10€	

Das bedeutet im Durchschnitt etwa 20 € pro Patient, wenn nicht zu viele Hausbesuche verordnet werden. Das wiederum bedeutet, dass mindestens 145 € Kosten für einen Patienten bei einem Rezept über 10 x Krankengymnastik anfallen. Für diesen Patienten wird also das Budget für 12 Mitglieder oder 6 Rentner verbraucht. Die Kosten können insgesamt sehr viel höher liegen, wenn ein Arzt viele schwerkranke Patienten behandelt, bei denen eine Kombination von zum Beispiel Logopädie und Krankengymnastik mit Hausbesuchen erforderlich ist.

Überschreitet der Arzt sein Budget, haftet er persönlich mit seinem Vermögen! Dies können wir uns nicht leisten. In Ihrem Fall ist die Verordnung von: Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie erforderlich. Ich bitte Sie, eine Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse dafür zu erwirken, ohne dass mein Budget belastet wird.

Alle Zahlen können Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein www.kvno.de nachlesen.

Stellungnahme

Kollege Pagel hat Recht. Der Kurzbericht reicht völlig aus, um die Erfordernisse für die Abrechnung der EBM 2000-Leisgen 21230 oder 21231 zu erfüllen.

tungen 21230 oder 21231 zu erfüllen. Allerdings macht gerade die KV-Nordrhein Probleme, wenn zur Betreuungsleistung zusätzlich der Arztbericht (01600) abgerechnet wird. Die KBV gab hierzu keine klare Antwort auf die Anfrage des BVDN, ob es möglich ist, den Bericht gesondert abzurechnen. Sie stellte sich jedoch eindeutig auf den Stand-

punkt, dass ein Brief nach Ziffer 01601 in jedem Fall neben einer Betreuungsleistung abrechnungsfähig ist und von der KV bezahlt werden muss. Diese Information enthielt auch der Abrechnungskommentar "EBM 2000 plus – Neurologie-Psychiatrie-Psychotherapie", den Kollege Carl zusammengestellt hat.

Zusammengefasst: Die Berichtspflicht für die Betreuungsziffern 21230 und 21231 ist auch mit der Leistung 01600 erfüllt. Neben der Betreuungsleistung sicher honoriert werden muss jedoch vorerst nur der Arztbrief nach 01601.

14 NeuroTransmitter 2·2006



Aus den Verbänden Abrechnungstipps

Schreiben an die Redaktion

Bei der Lektüre Ihres Abrechnungskommentars fiel mir auf, dass für die Lichttherapie bei Saisonalen Depressionen keine Nummer angegeben worden ist. Auch nach eigenständiger Prüfung des EBM 2000 plus habe ich keine adäquate Abrechnungsnummer gefunden.

Mit meinem Umzug in neue Praxisräume habe ich für meine Patienten auch ein Lichttherapiegerät erstanden. Offensichtlich ist dessen Gebrauchsanweisung einfacher zu durchschauen als die Leistungslegenden des EBM 2000 plus zu diesem Thema. Gibt es keine entsprechende Nummer? Handelt es sich um eine IGeL? Welche GOÄ-Nummer könnte analog angewendet werden?

Bitte helfen Sie mir in dieser möglicherweise ja auch für andere Kollegen interessanten Frage weiter.

Dr. med. Wolfgang Köller, Berlin

Stellungnahme

Sie haben ganz Recht, im EBM gibt es keine Leistungsziffer für die Abrechnung der Lichttherapie. Diese Leistung ist eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), also vom Kassenpatienten privat zu begleichen. Wir verwenden dazu die GOÄ Ziffer 567 in Analogform (Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung) und berechnen 7,95 EUR.

Bei Privatpatienten berechnen wir nach GOÄ die gleiche Ziffer, die nur nach dem reduzierten, das heißt 1,5-fachen Gebührensatz honoriert wird, also ebenfalls mit 7,95 EUR.

Aufruf

Abrechnungstipps: Sie fragen – wir antworten!

Nun liegen wieder alle Abrechnungskommentare des Berufsverbandes aktualisiert vor. Das Bändchen zu den Fragen bei Gutachtenerstellung müssten Sie in den letzten Wochen als Berufsverbandsmitglied erhalten haben.

Oben finden Sie die Anfrage des Kollegen Köller aus Berlin an mich zu Abrechnungsproblemen mit Lichttherapie. Dies hat mich auf die Idee gebracht, Ihnen als Berufsverbandmitglied anzubieten, dass Sie sich mit Abrechnungsfragen zu den Bereichen EBM 2000 plus, GOÄ, Gutachten und andere Kostenträger, sowie zu individuellen Gesundheitsleistungen (iGeL) schriftlich (!) – postalisch, per Fax oder E-Mail – direkt an mich wenden können. Ich werde die Fragen an die jeweiligen Experten weitergeben. Sie erhalten eine Antwort, sobald mir diese vorliegt und wir werden Ihre Frage und die Expertenantwort in einem der nächsten NeuroTransmitter vorstellen, falls (was zu erwarten ist) allgemeines Interesse daran besteht.

In der Fragestellung und Übermittlung an mich ist Ihre Abdruckgenehmigung für den NeuroTransmitter automatisch eingeschlossen.

Wenden Sie sich an:

PD Dr. Albert Zacher, Watmarkt 9, 93047 Regensburg, Fax (09 41) 52 70 4 E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Telefonische Auskünfte kann ich nicht erteilen!

az



Erster bundesweiter Protesttag

Wut in Weiß – Ärzteprotest in Deutschland

BERLEN, DONNERSTAG, IN JANUAR 2006 / SE JAMRGANG / NB. 15 078

Bana. Mit der weckt geödlere Arstedeursparblich haben sen Mierwoch necht ein
20 20 00. Meditiner einen Mierwoch necht sin
20 20 00. Meditiner einen Lierwochst in
der Genaufheitsparigt und bensere Anheitsbuchtsparigen gefordert. Allein in
den Bestehnstrieten 15 20 00. Menschan
lede zweise Frusts in Deunschland bilde
ungen der Protestaltine greichissen
Nach den Einskärzen jappen danit ers
mäls seit Jahren wieder die niedengelass
sen Autze auf die Berifinalen. Die Densen
tration in Berlin war der Hilbergande ein
Frotestwelle, die seit Begiene der Wool
danich Ebentschland reich.

hei der Austanverteit, an der mehr a 6000 Modiziner sellzuhanen, sagte d Sykeldert der Bundeskrutekammer [de Chientsch-Hopper, Wir wollen nicht läng

Mehr als 20 000 Mediziner sind auf meses Praticutors stars liche Razioniserian ausführen misseen Tausende harrie Unger als eis brande inng in de Kälter met, bist tie den Pratestrag

ing in the surt, this sich votesting in a Geundgateman in a Geundgateman in a state, anderskandanker man anderskandanker man anderskande "woAbvusstern vant vertilich, sow oben in Norwegisch in the surt of the s



IXCSUIUII

Gesundheit erhalten statt Mangel verwalten

"Wenn wir ein Land sein wollen, in dem wir ein Herz für Schwache haben, dann brauchen wir auch ein Herz für Leistung und auch ein Herz für mehr Leistung.

Wir müssen stärker anerkennen, wenn sich Menschen engagieren, wenn sie etwas leisten und wenn sie etwas aufbauen. Diese Menschen verdienen nicht unseren Neid, sondern unsere Dankbarkeit."

Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel, Regierungserklärung am 30. November 2005

Das muss auch für die Leistungsträger im deutschen Gesundheitswesen gelten!

Gemeinsam sind Arztinnen und Arzte, Arzthelferinnen und Patienten aus ganz Deutschland am 18.01.06 nach Berlin gekommen. Gemeinsam stehen wir auf gegen die permanente Entrechtung der freiberuflich tätigen Ärzte und Zahnärzte, wir stehen gegen die unhaltbaren Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis, wir stehen gegen die permanente Abwertung ärztlicher Arbeit und gegen die fortgesetzte Rationierung in der medizinischen Versorgung.

Dafür werden wir gemeinsam mit den Patienten streiten, damit wir in Deutschland auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Medizin sicherstellen können. Heute ist erst der Auftakt

Wir fordern:

Schluss mit den katastrophalen Arbeitsbedingungen

Weg mit der monströsen Kassenbürokratie

Umsetzung der europäischen Arbeitszeitrichtlinie in deutschen Kliniken

Der Arztberuf muss wieder attraktiv werden

Schluss mit dem Aushungern des Gesundheitssystems

Weg mit der Rationierung und Schluss mit den Leistungskürzungen auf dem Rücken unsere

Kassen zahlen nur zwei Drittel der erbrachten Leistungen.

500.000 Arzthelferinnen bangen um ihren Arbeitsplatz: Weg mit den Budgets Deshalb fordern wir eine leistungsgerechte Vergütung in Euro und Cent.

Gegen Versorgungsnotstand und Praxissterben

Schluss mit dem Ausbluten der Patientenversorgung

Deutschland braucht eine flächendeckende und wohnortnahe medizinische Versorgung durch freiberufliche Praxen.

Für eine qualitativ hochwertige Medizii

Gegen Kahlschlag in der medizinischen Versorgung

Gegen Staatsmedizin und Einheitsversicherung. Für die Teilhabe aller Patienten an medizinischen Fortschrift.

Wir wollen heilen statt den Mangel verwalten!

Die Demonstrationen der Ärzte in Deutschland gegen den Sparkurs der Bundesregierung gipfelten am 18.1.2006 vorläufig in einem ersten nationalen Protesttag.

ie Resonanz in den Medien schon auf die Ankündigung des Ärzteprotesttages mit Praxisschließungen und landesweiten Demonstrationen war so groß wie noch nie. Bereits an den Tagen zuvor und natürlich am 18.1.2006 selbst erschienen große Artikel in den Tageszeitungen, wurde im Rundfunk und im Fernsehen auf die Entschlossenheit der deutschen Ärzteschaft ausführlich hingewiesen, ihren Ärger nicht mehr länger nur intern breit



Aus den Verbänden | Erster bundesweiter Protesttag



zu treten, sondern ihn in die Öffentlichkeit zu tragen. Während die Bundesbürger nach einer Umfrage von Infratest zu 81% das Anliegen der Ärzteschaft nach besseren Arbeitsbedingungen unterstützten, hatten lediglich 17% kein Verständnis dafür. Zu dieser kleinen Gruppe gehört natürlich, wie nicht anders zu erwarten, die amtierende Gesundheitsministerin und gehören auch die Vorstandsmitglieder verschiedenster Krankenkas-

Abenteuerlich und wie gewohnt unverfroren las es sich für mich, wenn Frau Schmidt befand, dass die Situation für die Ärzte so dramatisch nicht sei. Sie zauberte Zahlen von gestiegenen Honoraren hervor, die sich heftig von der erlebten Realität ärztlicher KV-Zahlungen abhoben. Sie wies natürlich die Verantwortung für die zermürbende Last der bürokratischen Regularien von sich, die ja auch Protestthema war und ist, und ging überhaupt nicht auf all die, das Vertragsartzdasein bis zur Unerträglichkeit vergällenden Repressions- und Regressinstrumente ein, die im Wesentlichen auf ministerielle Erlasse zurückgehen.

Zynische Gesetzeslage

Klaus Theo Schröder, Frau Schmidts Staatssekretär, verteidigte in der Ärzte Zeitung das in Vorbereitung befindliche Spargesetz für die Arzneimittelversorgung, einen der entscheidenden Tropfen, der das Fass ärztlichen Ärgers und Unmuts zum Überlaufen gebracht hatte, als eine längerfristige, strategische Option. Einen neuen bürokratischen intransparenten Wirrwarr, wie er schon seit Jahren und in immer zunehmenderem Maße das deutsche Gesundheitswesen auszeichnet, wollte er nicht erkennen. Für ihn ist das ja auch kein Problem, denn er hat sich nicht damit herumzuschlagen. Stammen die besonders delikaten Passagen dieses Gesetzes vom ihm? Wie zum Bei15.000 Ärzte und mit ihnen auch Praxismitarbeiter und Patienten demonstrierten am 18. Januar 2006, am Tag der Ärzte in Berlin für eine Wende in der Gesundheitspolitik und für bessere Arbeitsbedingungen. Nervenärzte, Neurologen und Psychiater aus Berlin und vielen weiteren Bundesländern nahmen in großer Zahl an dieser in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland bislang einmaligen Demonstration derartig vieler Ärzte

Um "5 vor 12" sollte die große Demonstration losgehen. Aber Schnee und Eis hatte die zum Teil Hunderte von Kilometern weite Anreise verzögert. Daher trafen noch immer Kolleginnen und Kollegen ein, als die Auftaktveranstaltung im Maritim-Hotel mit über 6.000 Teilnehmern schon total überfüllt war und ob des unerwarteten Ansturms baupolizeilich abgesperrt werden musste. Draußen sammelten sich derweil die einzelnen Fachgruppen in kollegialer Atmosphäre trotz Kälte und des bedrückenden Demonstrationsanlasses. Allerorts war Erstaunen und ein gewisser Stolz zu spüren, dass doch so viele gekommen waren. Nervenärzte trugen Transparente und Plakate mit Texten wie "Ich bin Nervenarzt in Ihrer Nähe – ich soll abgeschafft werden", "7 Jahre Ulla Schmidt sind genug - Holt endlich Kompetenz ins Kabinett", "Erst Gammelfleisch - bald Gammelmedizin?" oder "Nervenärzte in Konkurs - Patienten in Not". Die sehr zahlreich erschienenen Berliner Nervenärzte begrüßten die weiter Angereisten mit Lob für ihr großes Engagement und mit frischen "Berlinern" vom Konditor. Leider konnten einige

angekündigte Kollegen wegen witterungsbedingter Absage von Flügen dann doch nicht dabei sein. Bei der Größe der Demonstration war es gleichfalls auch unvermeidlich, dass Vertreter von zahlreichen Landesverbänden wie Niedersachsen oder Schleswig-Holstein gar nicht gesichtet wurden.

Auf dem Demonstrationsweg, der über den Potsdamer Platz zum Gesundheitsministerium führte. wurden vom Aktionsbündnis Flugblätter verteilt sowie die Resolution "Gesundheit erhalten statt Mangel verwalten!" (s. Kasten S. 25) und ein Flugblatt des VBN mit Informationen zur Versorgung in den Berliner Neurologen-, Psychiater- und Nervenarztpraxen.

Demonstrationserfahrene aus Ost und West bezeichneten die Abschlusskundgebung vor dem Gesundheitsministerium als "machtvoll". Der Ministerin sollten die skandierten Rufe noch lange im Ohr klingen und die vorgetragenen Argumente sollten endlich in den Planungen Berücksichtigung finden. Die Mediziner und mit ihnen die Patienten wollen und können keinesfalls mehr länger warten.

Dr. med. Norbert Mönter, Berlin



Aus den Verbänden | Erster bundesweiter Protesttag



spiel die freundliche Formulierung, dass der Arzt ja nicht bestraft werde, wenn er die vom Gesetz vorgegebenen Therapiekosten überschreite, sondern lediglich verpflichtet sei, den Wert der verordneten Medikamente "gegenüber den Kassen auszugleichen". Und wer ist denn der Urheber des korrumpierenden Zuckerbrotes dieses "Peitschengesetzes", dass ein die vorgegebenen Therapiekosten unterschreitender Arzt mit einem Bonus belohnt werden soll.

Öl in's Feuer, statt auf die Wogen

Freundlicherweise bot Herr Schröder uns Ärzten auch gleich eine Lösung des ganzen Problems an: Mit besserem Management und mehr Effizienz in allen Bereichen des Gesundheitssystems, wäre der Situation bereits entscheidend geholfen. Es müssten doch nur Verwaltungsaufgaben delegiert und die ärztliche Arbeit effizienter organisiert werden, dann stehe auch wieder genügend Zeit für die eigentliche Aufgabe des Arztes, die Behandlung kranker Menschen zur Verfügung. Diese Worte waren wie Öl in das Feuer gegossen ...

Ähnlich tollkühn las sich eine gemeinsame Presseerklärung der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Nach allgemeinen freundlichen Einführungen, wie dem Hinweis darauf, dass die ärztlichen Protestaktionen die ökonomische Realität verkennen würden, wiesen die Unterzeichner darauf hin, dass wir in Deutschland eines der besten und leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt hätten (das las sich doch vor einiger Zeit noch völlig anders!). In Umfragen hätte sich gezeigt, dass die deutschen Patienten mit den deutschen Ärzten in hohem Maße zufrieden seien und dass sie sich gut behandelt erlebten und nur sehr kurz auf erforderliche diagnostische und theraViele Aufrufe zur Praxisschließung und zur Teilnahme an einer Demonstration auf dem Marienplatz in München am Protesttag waren seit Jahresbeginn, auch vom Landesverband Bayern, an die Praxen gesendet worden. Viele fachärztliche Verbände hatten breit gestreut mitgeteilt, worum es geht und wie wichtig es sei, ein deutliches Signal zu setzen.

Am Morgen ermutigten schon die Frühnachrichten, denn sie wurden mit dem Hinweis eingeleitet, dass an diesem Tag voraussichtlich über 50% der bayerischen Arztpraxen geschlossen sein würden. Sowohl darin als auch in einer Demonstration am Marienplatz mit erwarteten 5.000 Teilnehmern artikulierte sich der ärztliche Protest gegen die aktuelle Gesundheitspolitik. Zwar begegneten uns in einem Parkhaus vor den Toren München zwei psychologisch-psychotherapeutische Kollegen von nebenan, harrten auch auf dem U-Bahn-Bahnsteig als eindeutig als Praxisteams zu identifizierende Gruppen von Kolleginnen und Kollegen meist in Begleitung mehrerer Helferinnen aus, doch sah das Ganze gar nicht nach dem Aufruhr aus, den ich erwartet hatte.

Beim vereinbarten Treffpunkt der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen warteten drei Münchner Mitstreiter. Einer davon, Kollege May, war am Tag zuvor kurzfristig von der TZ, einer der großen Münchner Boulevard-Zeitungen um ein Interview gebeten worden, das am Protesttag die halbe zweite Seite ausfüllte. Erfreulicherweise berichtete der Journalist außerordentlich sachlich und eindeutig ohne die sonst gewohnt Häme, druckte auch minutiös ab, wie Kollege May ihm vorrechnete, dass die KV-Honorare in seiner Praxis gerade ausreichten, die Betriebskosten zu decken, sodass er für seinen eigenen Lebensunterhalt auf die Erstellung von Gutachten angewiesen sei.

Nur mäßige Teilnahme

Mit dem Beginn der ersten Protestansprache trafen dann noch einige von auswärts gekommene Kollegen ein (neben dem bayerischen Landesvorstand diejenigen, die meist auch die Mitgliederversammlungen und Fortbildungsveranstaltungen besuchen), aber der Neuro-Psycho-Aufmarsch war nicht wirklich eindrucksvoll. Leider hatten sich fünf Minuten vor dem Beginn erst zwei- bis dreihundert Demonstrationsteilnehmer versammelt, erkennbar an den weißen Kitteln, den Stethoskopen und einigen Transparenten. So war der Marienplatz auch bis zum Ende gegen Mittag nur zu etwa ein Drittel mit insgesamt 1.500 Demonstranten gefüllt. Jedoch unterstrichen die Teilnehmer der Protestaktion mit unüberhörbar lauten Missfallenskundgebungen ihren Unmut, wenn die Redner die unhaltbare Situation in den Arztpraxen darstellten. Medizinstudenten fehlten nicht, ein Beweis, wie sich die Sorge um die berufliche Existenz jetzt schon bis in das Studium hineingefressen hat.

Alle Kollegen, mit denen ich sprach, waren recht enttäuscht über die fehlende Solidarität, ärgerten sich darüber, dass sogar befreundete Kollegen nicht einmal die Praxis geschlossen hatten, geschweige denn zur Demonstration gekommen waren.

Erst ein Telefonat mit Kollege Urban in Berlin ließ mich meine Skepsis, dass die Ärzteschaft letztlich nach wie vor politisch unmündig sei, wieder vergessen. Er meinte, in Berlin hätten weit mehr als 10.000 Teilnehmer gegen Frau Schmidts Politik demonstriert.

FORTSETZUNG SEITE 22 ___



Aus den Verbänden | Erster bundesweiter Protesttag





Waren so viele Bayern nach Berlin geeilt? Oder brennt die Situation den Kollegen in den nördlichen Bundesländern doch mehr auf den Nägeln. Nach der Aussage unseres KV-Vorsitzenden soll es uns in Bayern schließlich besser gehen als den Vertragsärzten in allen anderen Bundesländern. War es dann doch eher Zufriedenheit und Sattheit statt politischer Unmündigkeit, die verhinderte, dass der Protesttag in München eindrucksvoller ausfiel? Wenn ich mir die letzte Abrechnung anschaue und mich an die Enttäuschung verärgerter, ja entsetzter Kollegen erinnere, kann es dies eigentlich nicht gewesen sein.

peutische Maßnahmen warten müssten. In dieser Umfrage hatten andere westliche Gesundheitssysteme erheblich schlechter abgeschnitten. Und was leiteten die Krankenkassen daraus ab? Dass die Zufriedenheit der deutschen Patienten mit ihren Ärzten ein Verdienst der

gesetzlichen Krankenkassen sei! Deswegen sei es natürlich absurd, wenn nun Ärzte gegen die Politik der Krankenkassen protestierten (nun – wer hatte von einer Presseerklärung von AOK & Co anderes erwartet?).





Integrierte Versorgung Morbus Parkinson

Videodokumentierte Behandlung im Zusammenspiel zwischen Klinik und Praxis

Nach erfolgreichem Abschluss des Modellprojektes von VdAK und AEV (Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V.) wurde der erste Vertrag zur integrierten Versorgung im Fachbereich Neurologie mit einzelnen Kliniken zur "ambulanten videounterstützten Parkinsontherapie" geschlossen. Ende 2005 haben die Berufsverbände eine Rahmenvereinbahrung mit dem VdAK getroffen. Berufsverbandsmitglieder können sich nun mit der Cortex GmbH, handelnd für BDN, BVDN und QUANUP e. V. (Verband für Qualitätsentwicklung in der Neurologie und Psychiatrie), diesem Rahmenvertrag anschließen.



Dokumentationsbeispiel der ambulanten videounterstützten Therapie

orraussetzungen für den Anschluss eines niedergelassenen Neurologen an die neuen Rahmenvereinbarungen zwischen VdAK (Verband der Angestelltenkrankenkassen) und Berufsverbänden zur ambulanten videounterstützten Parkinsontherapie sind unter anderem die Teilnahme an einer Schulung über die ambulante videounterstützte Therapie durch den Berufsverband, die Orientierung der Parkinsontherapie an den Leitlinien der DGN und die Bereit-

schaft zur Supervision durch eine Vertragsklinik. Aktuell stehen hierfür vier Kliniken in Hamburg, München, Düsseldorf und Hiltrup, Westfalen, unter Vertrag. Eine Ausweitung auf weitere Kliniken wird unsererseits angestrebt. Der VdAK möchte jedoch erst den Erfolg der laufenden Kooperationen abwarten. Weiterhin erforderlich sind mindestens drei potenzielle Patienten, die bei einer Ersatzkasse versichert sind, motorische Fluktuation aufweisen und deren häusliche Versorgung sichergestellt ist.

Ich möchte Sie ermutigen, an diesem Projekt teilzunehmen. Die ersten Erfahrungen aus Klinik und Praxis sind in den nachfolgenden Berichten zusammengestellt. Interessierte Kollegen (Verbandsmitglieder) können sich in der Geschäftstelle melden. Neurologen sollten zeigen, dass sie in der Lage sind, integrierte Versorgungverträge zu bedienen. Nur so können wir weitere Erfahrungen in der Vertragsabwicklung und Durchführung innovativer Versorgungsformen sammeln und auch an ergänzenden Vergütungsstrukturen partizipieren.

Dokumentationsbeispiel der ambulanten videounterstützten Therapie

Dr. med. Uwe MeierVorsitzender des BDN

NeuroTransmitter 2-2006 25



Aus den Verbänden | Integrierte Versorgung Morbus Parkinson

Ambulante videounterstützte Versorgung Erfahrungsbericht aus der Klinik

Zusammenfassung

Seit Juni 2005 ist das Herz-Jesu-Krankenhaus Münster-Hiltrup Vertragspartner gesetzlicher Kassen im Rahmen der integrierten Versorgung "ambulante videounterstützte Therapie". Ein Rahmenvertrag des BDN und des BVDN ermöglicht jedem niedergelassenen Neurologen die Teilnahme an der integrierten Versorgung von Parkinsonpatienten. Zur Zeit arbeitet die Klinik mit 14 neurologischen Praxen zusammen.

Ein halbes Jahr nach Beginn des Projektes lässt sich eine sehr positive Zwischenbilanz ziehen: Die ambulante videounterstützte Therapie ist ressourceneffizient, einfach in der Handhabung, führte zu einer deutlich engeren Zusammenarbeit zwischen dem Facharzt im Krankenhaus und dem niedergelassenen Neurologen und wurde von den behandelten Patienten sehr gut angenommen.

Einführung

Motorische Fluktuationen zählen zu den Hauptgründen für die Einweisung von Parkinsonkranker in neurologische Kliniken. Selbst in der Klinik erfordert ihre Klassifikation, Quantifizierung und Dokumentation einen sehr hohen personellen Aufwand bei gleichzeitig wachsendem Kostendruck mit immer kürzeren stationären Liegezeiten. Ferner orientiert sich in den Kliniken die medikamentöse Einstellung am Stationsablauf und nicht an den täglichen Anforderungen des Patienten zu Hause. Differenzierte Therapien zum Beispiel mit Apomorphinpumpen, die Indikation zur tiefen Hirnstimulation und der zunehmende Einsatz von lang wirksamen Dopaminagonisten erfordern einen sektorübergreifenden Ansatz, der die Behandlungsmöglichkeiten einer neurologischen Klinik mit dem Wissen des niedergelassenen Neurologen um die Besonderheiten seines Patienten zu einem einheitlichen Therapiekonzept eng verzahnt. Dieser Anforderung kommt die integrierte Versorgung "ambulante videounterstützten Therapie" nach unseren Erfahrungen im Herz-Jesu-Krankenhaus Münster-Hiltrup sehr nahe.

Ablauf und Organisation der integrierten Versorgung

Voraussetzung zur Teilnahme von Versicherten an der integrierten Versorgung nach dieser Vereinbarung ist das Vorliegen eines Parkinsonsyndroms. Betroffene, die an der integrierten Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen wollen beziehungsweise deren Vertretungsberechtigte, erklären ihre Teilnahmebereitschaft gegenüber der Klinik.

Der Patient wird einer Klinik zugeordnet, die sich mit dem niedergelassenen Kollegen in Verbindung setzt. Anschließend erfolgt die Einschreibung des Patienten zur integrieren Versorgung in der teilnehmenden Klinik. Diese beinhaltet eine Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien, eine Erhebung zur Lebensqualität im Rahmen der Qualitätssicherung des Projektes sowie die Aufklärung des Patienten durch einen Mitarbeiter der Klinik. Sind keine weiteren Untersuchungen wie Echokardiografie oder Langzeit-EKG erforderlich, wird der Patient noch am gleichen Tag in die ambulante videounterstützte Therapie nach Hause entlassen.

In den folgenden 30 Tagen optimiert der niedergelassene Neurologe die Medikation seines Patienten mit Hilfe der videounterstützten Therapie. Hierzu gehören:

- Erstellung eines gemeinsamen Therapieplanes in Absprache mit der Klinik;
- vollständige Befundung der Videoaufnahmen von mindestens zehn Beobachtungstagen und Adaptation der Medikation; hierbei steht ihm ein erfahrener Neurologe der Klinik, der lediglich Einsicht in den videodokumentierten Behandlungsverlauf nehmen kann, konsiliarisch zur Seite;
- telefonischer Kontakt mit den Patienten (zweimal mal pro Woche);
- _ Verordnung der Medikation.

Erste Ergebnisse

In der Anfangsphase der videounterstützten Parkinsonbehandlung zeigten sich zunächst auf verschiedenen Ebenen zum Teil nicht unerhebliche Vorbehalte: Von

niedergelassenen Neurologen wurden kritisch die Kompetenzen in der Behandlung sowie die Kostenverteilung zwischen dem Krankenhaus und dem Neurologen hinterfragt und zum Teil auch ein größerer technischer und zeitlicher Aufwand vermutet. Außerdem bestanden von Seiten der zumeist älteren Parkinsonpatienten große Berührungsängste vor den technischen Hilfsmitteln. Aber auch die Vorstellung, von einer Videokamera überwacht zu werden ("big brother is watching you"), bereitete ihnen Unbehagen.

Diese Befürchtungen bestätigten sich jedoch ein halbes Jahr nach Beginn des Projektes in unserer Abteilung nicht. Die videounterstützte Parkinsonbehandlung führte zu einer intensiven Zusammenarbeit zwischen dem Facharzt im Krankenhaus und dem niedergelassenen Neurologen, die von beiden Seiten sehr positiv empfunden wurde. Die medikamentöse Einstellung veranlasste in erster Linie der niedergelassene Kollege, er wurde lediglich durch einen erfahrenen Parkinsonspezialisten unserer Abteilung in Form übermittelter Kommentare unterstützt. Bei komplexeren Fällen erfolgte zunächst eine drei- bis fünftägige stationäre Einstellung und anschließend eine ambulante gemeinsame Weiterbehandlung über weitere drei bis vier Wochen hinweg.

Die finanziellen Bedenken konnten durch eine entsprechende Vertragsgestaltung entkräftet werden. Die Handhabung des Computer-Programmes mit regelmäßiger Anpassung der Parkinsonmedikamente und Sichtung der Filmsequenzen gestaltete sich nach einer kurzen Einarbeitungsphase leicht und konnte zum Teil von "Parkinson-Nurses" in den Praxen übernommen werden.

Schließlich konnten auch die Ängste der betroffenen Patienten durch entsprechende Fortbildungsveranstaltungen für Selbsthilfegruppen und durch positive Erfahrungsberichte bereits Behandelter beseitigt werden. Dies hatte mittlerweile zur Folge, dass Betroffene, deren Krankenversicherungen nicht an dem Projekt teilnehmen, Protestschreiben aufgesetzt haben, um bei ihren Kassen eine ambulante videounterstützte Behandlung durchzusetzen.

Unsere Erfahrungen sollen nachfolgend anhand von drei Beispielfällen verdeutlicht werden:



Aus den Verbänden Integrierte Versorgung Morbus Parkinson

Fall 1

Ein seit etwa 15 Jahren behandelter 67jähriger Parkinsonpatient litt unter zunehmenden Off- Phasen bei ansonsten im Vordergrund stehender akinetisch rigider Symptomatik. Zuletzt hatte er bereits mehr als 900 mg L-Dopa mit Decarboxylase-Hemmer und Entacapone sowie 18 mg Ropinirol eingenommen, zusätzlich bei Bedarf Apomorphin 3-4 mg s.c. Wir erörterten bereits seit längerem bei gutem Ansprechen auf Apomorphin die Anlage einer Pumpe. Auf einen damit in der Regel verbundenen stationären Aufenthalt von zwei bis vier Wochen konnte sich der Patient jedoch aus familiären Gründen nicht einlassen. Gleichzeitig sah sich der niedergelassene Neurologe mit der ambulanten Apomorphin-Einstellung zu Recht überfordert. Daraufhin erfolgte eine fünftägige stationäre Abklärung und eine erste Einstellung des Patienten. Anschließend wurde die Medikation im häuslichen Umfeld über vier Wochen unter Videobeobachtung mit sehr gutem Erfolg angepasst.

Fall 2

Ein 65-jähriger Patient berichtete über zunehmende nächtlich betonte On-off-Phasen. Bei den ambulanten Vorstellungen beim Neurologen zeigte sich dagegen stets ein gutes Bewegungsbild. Während der Behandlung erfolgten auf Wunsch des Patienten hin mehr als sechs Filmaufnahmen täglich. Der behandelnde Neurologe konnte nun auf die schweren Schwankungen der Beweglichkeit, die durch entsprechende Filmsequenzen belegt waren, eine adäquate Medikamentenanpassung vornehmen. Am Behandlungsende zeigte sich der Patient erleichtert und gab an, dass es ihm ein großes Bedürfnis gewesen sei, seinen "wirklichen Zustand" zeigen zu können.

Fall 3

Ein 67-jähriger Landwirt mit zunehmenden Fluktuationen sah am Ende der Behandlung vor allem den Vorteil darin, über drei bis vier Wochen hinweg in häuslicher Umgebung behandelt zu werden, ohne dafür seinen 60 km entfernt sitzenden Neurologen aufsuchen zu müssen. Der behandelnde Neurologe wiederum sah in dieserer Behandlungs-

Fazit

Die ambulante videodokumentierte Behandlung ist ein geeignetes Verfahren, um in der Facharztpraxis die Behandlung von Parkinsonpatienten mit motorischen Fluktuationen zu verbessern. Der Arzt erhält bei dieser Behandlungsmethode genaue Informationen über die motorischen Phänomene im zeitlichen Verlauf. Er hat damit ein ressourceneffizientes Instrument zur Hand, um eine an die häuslichen Gegebenheiten angepasste Therapie durchzuführen und umfassend zu dokumentieren. Der niedergelassene Arzt steht dabei in enger Kooperation mit einer neurologischen

Die Patienten sind nach unseren nun schon umfassenden Erfahrungen hochcompliant. In einer Studie im Auftrag des VdaK hat sich die Methode auch im Direktvergleich mit der konventionellen stationären Behandlung bewährt.

Durch den Rahmenvertrag von BDN und BVDN kann jeder niedergelassene Neurologe diese Methode im Rahmen der integrativen Versorgung nutzen.

form den Vorteil, unter großer Zeitersparnis in einer "ruhigen Minute" die gemachten Aufnahmen einsehen und beurteilen zu können.

Insgesamt lässt sich somit eine gute Zwischenbilanz ziehen. Keiner unserer Patienten brach die Behandlung vorzeitig ab und die Resonanz war durchweg positiv.

Unsere Erfahrungen decken sich mit den aktuellen Zahlen: Bislang wurden deutschlandweit über 400 Patienten ambulant videounterstützt behandelt. Die Abbruchrate ist mit 2% sehr niedrig. Gründe für einen Abbruch waren exogene Psychosen, mangelhafte Kooperation von Pflegepersonen, eine Lungenembolie, eine Oberschenkel- und eine Humerusfraktur.

In einer randomisierten Studie im Auftrag der Vereinigten Deutschen Angestellten- und Arbeiterkrankenkassen konnte die ambulante videounterstützte Behandlung bei allen Patienten vollständig durchgeführt werden. Damit wurde eine konventionelle stationäre Behandlung mit einer Liegedauer von über 24 Tagen bei 38 Patienten komplett ersetzt. Die Erfahrungen von etwa 60 Kliniken und niedergelassenen Neurologen zeigen die hohe Bereitschaft der Patienten, den notwendigen stationären Aufenthalt durch eine ambulante videounterstützte Therapie zu umgehen. Die Compliance der Patienten bei der Aufnahme von Videosequenzen, die durchschnittlich sehr hohe Aussagekraft besaßen, war so hoch, dass die Anzahl der Aufnahmen in 24 Stunden

im Regelfall auf sechs begrenzt werden konnte. Die Studie belegt, dass die ambulante videodokumentierte Behandlung der klassischen stationären Behandlung in Bezug auf Lebensqualitätsparameter (Profil der Lebensqualität chronisch Kranker, PLC) ebenbürtig ist. Sie ergab einen Vorteil der ambulanten videodokumentierten Behandlung gegenüber der konventionellen stationären Behandlung für den Gesamt-Score und die Sub-Scores I, III, IV der UPDRS (Publikation in Vorbereitung).

Dr. med. Pablo Pérez-González

Abteilung für Neurologie mit klinischer Neurophysiologie, Herz-Jesu-Krankenhaus, Westfalenstr. 109, 48165 Münster, E-Mail: perez@herz-jesu-kh-ms.de

FORTSETZUNG SEITE 31 ___



Aus den Verbänden Integrierte Versorgung Morbus Parkinson

Ambulante videounterstützte Versorgung **Erfahrungsbericht aus der Praxis**

nsbesondere in fortgeschrittenen Stadien zeigen sich bei Morbus Parkinson komplexe und wechselhafte Zustandsbilder. Der Patient bietet bei seinem Besuch in der Praxis lediglich eine Momentaufnahme. Manchmal gelingt es auch durch genaues Befragen nicht, die unterschiedlichen Symptome, wie motorische Blockaden, Off-Phasen oder Überbewegungen herauszufinden. Dann wird eine gute Beweglichkeit unter Umständen als "gute Einstellung" fehl interpretiert. Hier bietet die "ambulante videounterstützte Parkinsontherapie" einen sehr guten Ansatz für eine gezielte Behandlung. Die Videodokumentation erlaubt dem Arzt, Aussagen von Patienten und Angehörigen über Krankheitssymptome und Behinderungen im häuslichen Bereich zu objektivieren. Dadurch ergibt sich häufig ein realistischeres Bild vom Stadium der Erkrankung. Die im Rahmen der Dokumentation vom Patienten abgegebene Selbsteinschätzung und die vom Behandler gegebene Einstufung führen zum einem zu einer besseren Compliance und zum anderen zu einer Therapieoptimie-

Seit einem Jahr betreue ich in meiner Praxis als Partner der Neurologischen Universitätsklinik Düsseldorf im Rahmen der integrierten Versorgung "ambulante videounterstützte Parkinsontherapie" regelmäßig Parkinsonpatienten. Als niedergelassener Neurologe stellten sich für mich im Rahmen des Projektes drei grundlegende Fragen

- _Gestaltung der Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Düsseldorf,
- Reaktion meiner zumeist älteren Patienten auf eine "Videoüberwachung",
- Zeitaufwand pro Patient und Integration der Therapie in die Arbeitsabläufe meiner Praxis.

Ablauf und Organisation

Zur Einschreibung in die integrierte Versorgung werden Patienten in der Parkinsonambulanz der Universitätsklinik Düsseldorf vorgestellt. Dies erfolgt im Rahmen von eigens eingerichteten Aufnahmentagen. Hier werden die ersten

Aufnahmen der Patienten gemacht und die Dokumentation erläutert. Im nächsten Schritt werden die Kamera, ein Drucker und eine separate Telefonleitung beim Patienten installiert. Bereits einen Tag später kann die Dokumentation nach einem vorher festgelegten Prozedere beginnen.

Nach meiner Erfahrung schaffen es auch ältere Patienten, teilweise mit Hilfe von Ehepartnern problemlos, das System zu bedienen. Die Software des Dokumentationssystems erlaubt der Klinik über eine Konsilfunktion lediglich einen Einblick in den videodokumentierten Behandlungsverlauf, ohne aktiv eingreifen zu können. So obliegen Änderungen der Medikation alleine dem niedergelassenen Neurologen.

Erste Ergebnisse

Die Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik ist sehr kollegial. Für den Patienten bringt gerade unter den Gesichtspunkten "Indikationsstellung tiefe Hirnstimulation" oder "Therapie mit einer Apomorphinpumpe" die Kooperation mit einem Parkinsonzentrum deutliche Vorteile. Auch schwierig zu führende Patienten konnten mit Hilfe der ambulanten videounterstützten Therapie sicher versorgt werden. Die Handhabung für die Patienten ist einfach.

Die Compliance der Patienten ist sehr gut, das zeigt sich vor allem in der Regelmäßigkeit der Medikamenteneinnahme während der Beobachtungsperiode. Auch bewährt es sich besonders, mit Patienten und Angehörigen gemeinsam therapierelevante Videosequenzen in der Praxis zu besprechen. Alle Patienten waren durchweg begeistert, vor allem, da ihnen ein Klinikaufenthalt erspart blieb. Bedenken hinsichtlich einer Überwachung traten bei keinem Patienten auf.

In meiner Praxis habe ich bislang über 20 gesetzlich und privat versicherte Patienten ambulant videounterstützt behandelt. Der zeitliche Aufwand schwankt dabei je nach Patient und reduziert sich, sobald mehrere Patienten gleichzeitig betreut werden. Im Mittel beträgt der

Fazit

Mit dem Projekt der "ambulanten videounterstützten Parkinsontherapie" und der Ausweitung auf neurologische Praxen über den BDN, ist den Kassen ein medizinisch sinnvolles Integriertes Versorgungsprojekt gelungen, von dem Patienten, Kliniken und niedergelassene Neurologen gleichermaßen profitieren.

Es bleibt festzuhalten, dass es sich hier um ein Versorgungsmodell für die fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung handelt. Nach den bisherigen Erfahrungen lassen sich besonders bei möglicher Indikation zur tiefen Hirnstimulation durch diese Methode valide Daten zu Krankheitsverlauf und Komplikationen erheben. Die Methode stellt daher besonders für die spezialisierte neurologische Praxis eine sinnvolle Erweiterung des diagnostischen Angebots dar.

Darüber hinaus bietet die Teilnahme an diesem Projekt der integrierten Versorgung eine zusätzliche Einnahmemöglichkeit.

Gesamtaufwand vier Stunden pro Patient über den gesamten Beobachtungszeitraum von vier Wochen. Die Zeiteinteilung kann hierbei frei gewählt werden, da bei der videounterstützten Therapie der Arzt-Patienten-Kontakt zeitversetzt und nicht online erfolgt.

Dr. med. Michael Lorrain Altestadt 8, 40213 Düsseldorf, E-Mail: dr.lorrain@volggerconsult.de



Aus den Landesverbänden

In Nordrhein fehlt mit Recht jedes Verständnis für die Abrechnung

Durch eine Fax-Umfrage zur Abrechnung des Quartals II/2005 wollte der Landesverband Nordrhein im BVDN in Erfahrung bringen, welche Auswirkungen der EBM 2000 plus hat. Dabei

traten interessante Ergebnisse zutage, die unter anderem auch zeigten, wie undurchsichtig für die meisten die Abrechnung innerhalb der KV geworden ist. Dies ist letztlich auch ein Zeichen für die Manipulierbarkeit der Zuteilungen, denn wer nicht versteht und nicht nachvollziehen

kann, nach welchen Regeln das Geld innerhalb der KV verteilt wird, kann sich auch nicht konkret dagegen zur Wehr setzen.

Von den 79 Kolleginnen und Kollegen, die den Antwortbogen zurückgesendet haben, gaben zwar 45% an, ihre Abrechnung lesen und verstehen zu können, jedoch mussten 60% derer, die sich diese Expertise zugetraut hatten, zugeben, dass sie keine schlüssigen Angaben zur Fachgruppenabweichung oder zur praxisindividuellen Quote machen können. Letztlich zeigte es sich, dass sogar Mitglieder des Landesvorstandes ihre Abrechnung falsch aufgefasst hatten.

Im Weiteren berichtete die überwiegende Mehrheit, dass Arztbriefe neben einer Betreuungsziffer durch die KV-Nordrhein gestrichen worden waren, jedoch nur im psychiatrischen Bereich, nicht aber im neurologischen.

Dass 96% der Befragten mit ihrer Abrechnung nicht einverstanden waren, 88,6% Widerspruch eingelegt haben, sich 95% mit dem Ergebnis des EBM 2000 plus nicht zufrieden erklärten und fast 99% Änderungen für dringend erforderlich halten, überrascht nicht. Immerhin 48% stimmten deshalb uneingeschränkt mit "ja" bei der Frage, ob sie einer kollektiven Rückgabe der Zulassungen zustimmen würden. Fast 38% wären dazu bereit, wenn dabei gewisse Bedingungen eingehalten würden. So wurden beispielsweise Zweifel an der

Solidarität der Kollegenschaft oder überhaupt am Funktionieren dieses Modells laut.

An Änderungswünschen wurden geäußert (nicht alle Nennungen werden aufgezählt):

- bessere Bewertung der Elektrophysiologie,
- Abschaffung des Punktesystems, stattdessen Einführung des Euro für die Arbeit,
- Korrektur der Betriebskostenfehlberechnung,
- Erweiterung der Diagnosen der Betreuungsziffern, sowie Änderungen des Honorarverteilungsvertrages.

In der Zusammenfassung schreibt Kollege Arne Brosig als 1. Vorsitzender des Landesverbandes Nordrhein im BVDN:

- Erstmalig haben sich ungewöhnlich viele Kolleginnen und Kollegen an der Aktion beteiligt.
- ➤ Mit dem Ergebnis des EBM 2000 plus ist niemand zufrieden, Änderungen sind dringend nötig.
- ▶ Es besteht dringender Beratungsbedarf hinsichtlich des Verständnisses der Abrechnung. Hierzu wird in Nordrhein im Januar ein Seminar abgehalten. Referenten werden sachkundige Vertreter der KV-Nordrhein sein. Man dürfe gespannt sein.
- ► Im Grundsatz wären 86% der Kolleginnen und Kollegen zur kollektiven Rückgabe der Zulassung bereit.
- Nach Abschluss der Auswertung kamen täglich weiterhin Faxe an, die nicht mehr erfasst werden konnten, deren Tendenz jedoch dem oben wiedergegebenen entspricht.

Anklagen, Aktionen, Aktuelles aus Hessen

er BVDN Hessen klagt vor dem Landessozialgericht Darmstadt gegen die KV Hessen wegen der ungleichen Vergütung gleicher ärztlicher Leistungen von Haus- und Nervenärzten auf der Basis des inzwischen alten EBMs. Darüber hinaus wird anwaltlich eine neue Klage vorbereitet, mit der die KV Hessen zur Herausgabe von Daten gezwungen werden soll, die einen Vergleich mit anderen Fachgruppen ermöglichen. Die KV Hessen hat bisher eine Herausgabe entsprechender Daten verweigert mit dem Argument, dass der Arbeitsaufwand hierfür zu hoch sei.

- ▶ Der BVDN Hessen hat Kontakt mit der Caritas Sozialstation Frankfurt aufgenommen und eine kostenlose psychiatrische Behandlung Obdachloser angeboten.
- Der Vorstand der KV Hessen hat indes regelmäßige Treffen mit allen ärztlichen Berufsverbänden anberaumt. Hier wird jedesmal eine umfangreiche Agenda abgearbeitet, deren Themen jedoch erst zu Beginn der Treffen bekannt werden. Beispielsweise ist nach dem ersten Akti-

onstag vom 21.9.2005 ein weiterer hessischer Aktionstag für Mittwoch, den 26. April 2006 mit Kundgebung und Demonstration auf dem Frankfurter Römerberg vorgesehen. Außerdem will die KV Hessen mit den Kassen nur noch über einen Punktwert von 5,11 Cent für bestimmte Leistungen verhandeln; ein Scheitern dieser Verhandlungen wird dann vor dem Schiedsamt weiter ausgetragen werden. Als Wermutstropfen des vorletzten Berufsverbandstreffens ist die Erkrankung des derzeitigen Hauptgeschäftsführers und Leiters des Rechenzentrums zu nennen, der für mehrere Monate ausfallen und nicht in seine ursprüngliche Funktion zurückkehren wird. Dies hat zur Folge, dass bis zum heutigen Tag die Abrechnung für das zweite Quartal 2005

Dr. med. Sigrid Planz-Kuhlendahl, Offenbach

noch nicht vorliegt.

NeuroTransmitter 2:2006



Gutachten für die gesetzliche Unfallversicherung

Im folgenden Streitfall zwischen einem Gutachter und der Berufsgenossenschaft befasste sich die ANB einmal mehr mit der Durchführung und Abrechnung neurologischer Gutachten. Als besonders tückenhaft erweisen sich vor allem neurophysiologische Zusatzgutachten.

m September 2005 richtete der Landesverband Nordwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften eine Bitte um Stellungnahme zu Inhalt und Abrechnung dreier neurologischer Gutachten eines Gutachters an die DGN, die deren Vorsitzender an die ANB (Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung) weiterleitete. Der Landesverband behielt sich standesrechtliche Schritte ausdrücklich vor.

Die Gutachten, veranlasste Zusatzgutachten und deren Abrechnung sowie die Stellungnahmen des Beratungsarztes wurden in anonymisierter Form vorgelegt.

Im Einzelnen stellte der Landesverband folgende Fragen:

Ist die Gebühr für das Hauptgutachten jeweils berechenbar beziehungsweise welche andere Gebühr wäre zutreffend?

Waren alle bei der Hauptbegutachtung durchgeführten Untersuchungen medizinisch indiziert? Welche Untersuchungen waren nicht indiziert?

War die jeweils geforderte Zusatzbegutachtung medizinisch indiziert oder hätte die Fragestellung im Rahmen der üblichen neurologischen Begutachtung beantwortet werden können?

Waren die bei der Zusatzbegutachtung durchgeführten
neurologischen Untersuchungen
alle medizinisch indiziert? Welche
Untersuchungen waren nicht indiziert?

Sind die jeweils geltend gemachten Gebühren für die Zusatzgutachten berechenbar oder handelt es sich im Wesentlichen nur um eine Aneinanderreihung von einzelnen Befunden, für die eine Gutachtengebühr nicht in Betracht kommt? Welche andere Gebühr wäre gegebenenfalls berechenbar gewesen?

Da diese Fragen von weitreichender Bedeutung sind, hat sich der gesamte Vorstand der ANB mit der angesprochenen Problematik befasst und nach intensiver Diskussion eine Stellungnahme abgegeben. Diese lesen Sie nachfolgend in gekürzter und verallgemeinerter Form. Zum besseren Verständnis werden Basisdaten der klinischen Konstellationen kurz berichtet.

Stellungnahme des ANB-Vorstands

Im **Gutachtenfall 1** erlitt der Verletzte im Oktober 2003 ein Polytrauma mit längerer Intensivbehandlung und mehrwöchiger amnestischer Lücke. Ein neurologischer Befundbericht vom März 2004 nahm eine "Critical-Illness-Polyneuropathie"an, ein psychologischer Bericht vom April 2004 schildert unter anderem eine emotionale Instabilität.

Das neurologische Gutachten vom August 2004 hatte somit sowohl die Schwere eines erlittenen Schädel-Hirn-Traumas als auch mögliche Folgeschäden einer von Vorbehandlern angenommenen "Critical-Illness-Polyneuropathie" zu bewerten. Wegen eines nicht näher charakterisierten linksseitigen Tinnitus und

einer Schmerzangabe im Nacken mit Ausstrahlung zum linken Ohr wurde laut späterer Erklärung des Gutachters eine doppler- und duplexsonografische Untersuchung veranlasst. Eine umfangreiche neurophysiologische Untersuchung (inklusive EEG) ergab lediglich grenzwertige Befunde, die als Ausdruck einer leichten Demyeliniserung sensibler Nervenfasern an den Beinen gewertet wurden. Beide Untersuchungen wurden als Zusatzgutachten in Auftrag gegeben. Der neuropsychologische Befund wurde von dem Hauptgutachter orientierend erhoben.

Im Gutachten wird zu Vorerkrankungen (u.a. Dialysepflichtigkeit) nicht Stellung genommen, der Beratungsarzt weist zu Recht darauf hin, dass diese in die Diskussion der mittelbaren Unfallbedingtheit der minimalen Hinweise auf eine Polyneuropathie hätte einfließen müssen. Weiterhin führt der Beratungsarzt aus, dass ein Schädel-Hirn-Trauma nach einem vorliegenden Kernspintomogramm nicht zur Debatte gestanden habe. Ein EEG sei daher überflüssig gewesen. Letzterem kann entgegengehalten werden, dass der Bericht über die Akutbehandlung von einem Schädel-Hirn-Trauma ausgeht und der psychologische Bericht vom April 2004 eine "emotionale Instabilität" schildert.

Die Leitlinie "Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirn-Trauma" [Wallesch et al., 2005] führt aus:

"Das Problem des Nachweises oder Ausschlusses einer substanziellen Hirnschädigung wurde verschärft durch das wissenschaftlich mittlerweile hinreichend belegte Konzept der leichten, diffusen axonalen Schädigung". Es handelt sich dabei um Patienten, die initial nicht zwingend länger als eine Stunde bewusstlos sind, die bei Erstkontakt mit dem Notarzt oder Aufnahmearzt nicht zwingend einen GCS < 15 aufweisen, die in der akuten Bildgebung meist keine eindeutig pathologischen

FORTSETZUNG SEITE 37 ___

NeuroTransmitter 2:2006

Beruf aktuell | Gutachten

Befunde aufweisen (jedoch mit mäßiger Sensitivität in CTs und hoher Sensitivität in MRs nach > 12 h, wobei diese Befunde in der Standardbildgebung nach einigen Wochen (CT)/Monaten (MR) häufig nicht mehr zu erfassen sind), die jedoch in den ersten Wochen nach Trauma deutliche und nach Monaten noch nachweisbare neuropsychologische Defizite von Aufmerksamkeits-, frontal-exekutiven und -behavioralen sowie Gedächtnisfunktionen aufweisen. T2*-Sequenzen, nach Möglichkeit im Hochfeld-MR (3T), können in dieser Situation noch punktförmige Hämosiderinablagerungen nachweisen."

Obwohl das EEG nur wenig geeignet erscheint, Spätfolgen einer leichten substanziellen Hirnschädigung zu detektieren, erscheint sein Einsatz nicht unangemessen, da der Nachweis eines pathologischen Befundes den Gutachter möglicherweise veranlasst hätte, zusätzlich ein neuropsychologisches Zusatzgutachten in Auftrag zu geben.

Hinsichtlich der Dopplersonografie stellt der Beratungsarzt die Indikation in Frage, während der Gutachter in einer Stellungnahme ausführt, dass eine Dissektion als Unfallfolge auch Monate nach dem Trauma noch auszuschließen gewesen sei. Auch wenn diese Begründung wenig stichhaltig sein mag, gehen wir davon aus, dass der Gutachter in der Wahl seiner Mittel (im Rahmen der GOÄ) Ermessenspielräume hat, solange sie der Beantwortung der Gutachtenfragen (hier zum Ausschluss einer traumatischen (Spät-)Dissektion oder bei nicht näher charakterisiertem Tinnitus zum Nachweis einer Fistel) dienen. Im vorliegenden Fall umfasst das dopplersonographische Zusatzgutachten auch die Duplexsonografie, sodass bei großzügiger Auslegung tatsächlich behauptet werden könnte, dass die Untersuchung dem Ausschluss oder Nachweis einer Dissektion oder Fistel gedient habe. Allerdings nimmt das Zusatzgutachten zu diesen Fragen nicht Stellung. Nicht akzeptiert werden kann jedoch der dreimalige Ansatz der Ziffer 649. Diese Ziffer umfasst alle drei transkraniellen Untersuchungszugänge, sodass sie nur einmal hätte angesetzt werden dürfen. Schließlich umfasst der Text des "Gutachtens" nichts, was über einen "einfachen Befundbericht" hinausgeht, der

nach "VI. Besondere Regelungen der UV-GOÄ" in der Gebühr für die jeweilige Leistung enthalten ist.

Im **Gutachtenfall 2** hatte sich der Versicherte im Januar 1995 ein Schädel-Hirn-Trauma mit akutem Subduralhämatom links zugezogen. Unfallfolgen sind eine leichte Hemisymptomatik links und – in den Vorgutachten unterschiedlich bewertet – ein posttraumatisches Psychosyndrom.

Das in Frage stehende Hauptgutachten findet eine Pyramidenbahnstörung links, die allenfalls eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20% rechtfertige. Die neurophysiologische Zusatzuntersuchung stellte an der linken unteren Extremität pathologische SSEP-Latenzen dar. Ein ausführliches neuropsychologisches Zusatzgutachten fand lediglich leichte Einschränkungen im Bereich von Exekutivfunktionen und eine anamnestisch berichtete Wesensänderung im Umfang einer MdE von 10%. Diese sei nicht additiv zu den übrigen Einzel-MdE zu bewerten. Für das Zusatzgutachten werden die biografische Anamnese (860) und 14 Mal die neuropsychologische Untersuchungsziffer 856 angesetzt.

Die Rechnung zum neurologischen Gutachten umfasst die neurologische und psychiatrische Untersuchung, vegetative Funktionsdiagnostik, Gleichgewichtsprüfung, die Beurteilung von Fremdaufnahmen sowie die Ziffer 161, die Rechnung zum neurophysiologischen Zusatzgutachten jeweils zweimal 828 und 839A sowie die Ziffer 160. Wir vertreten die Auffassung, dass die Ziffern 839 laut ihrer Legende je Untersuchung nur einmalig angesetzt werden kann. Der Text des neurophysiologischen Zusatzgutachtens gibt keinen Anhalt für eine über einen "einfachen Befundbericht" hinausgehende Leistung. Die beratungsärztliche Stellungnahme hält das neurophysiologische Zusatzgutachten, die vegetative Funktionsdiagnostik und die Gleichgewichtsprüfung für überflüssig und stellt die Frage, ob das neuropsychologische Zusatzgutachten überhaupt verwertet wurde. Falls ein

solches in Auftrag gegeben werde, müsse auf die Abrechnung der Ziffer 801 verzichtet werden. Im neuropsychologischen Zusatzgutachten könne die Ziffer 856 nur einmal angesetzt werden. Der Ansatz der Ziffer 860 sei überflüssig, da eine neurotische Entwicklung oder eine psychoreaktive Symptomatik nicht vorgelegen habe.

Die Leitlinie "Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirn-Trauma" [Wallesch et al., 2005] führt aus:

"Monate und Jahre nach SHT dominieren Störungen des Gedächtnisses, von Aufmerksamkeitsfunktionen, Antrieb und psychomotorischer Geschwindigkeit sowie frontal exekutive Defizite die neuropsychologische Symptomatik. Nach diesen ist gezielt zu fragen. Da für die gutachterliche Beurteilung das Ausmaß der kognitiven Funktionsstörungen hinreichend reliabel und valide quantifiziert sein muss, ist zur Beurteilung der Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs hinsichtlich des Defizitprofils und zur Quantifizierung der Defizite eine neuropsychologische Untersuchung, in der Regel als neuropsychologisches Zusatzgutachten, notwendig.

"Die Untersuchungsgegenstände von Verhaltensneurologie und Neuropsychologie sind weitgehend identisch (organisch bedingte Störungen von kognitiven Funktionen, des Erlebens und Verhaltens). Sofern eine qualitative Analyse für die Bewertung ausreicht, kann bei entsprechender Qualifikation und Erfahrung des neurologischen Gutachters meist (Ausnahme Aufmerksamkeitsstörungen bei leichteren Traumata und geringer sonstiger Symptomatik) auf eine neuropsychologische Zusatzbegutachtung verzichtet werden. Eine zufallskritische und quantifizierende (Vergleiche mit Normen bewertende) Analyse sowie die kausale Zuordnung bei konkurrierenden Ursachen (durch Profilanalyse) sollte jedoch grundsätzlich dem Neuropsychologen überlassen werden. Die Durchführung von neuropsychologischen Begutachtungen durch nicht entsprechend qualifizierte Psychologen ist abzulehnen. Der Neuropsychologe erbringt eine eigenständige gutachterliche Leistung, deren Erbringung und Honorierung eventuell vorab vom Auftraggeber genehmigt werden muss."

Dass der Gutachter bei Auftragsvergabe für ein neuropsychologisches Zusatzgutachten die psychiatrische Unter-

NeuroTransmitter 2-2006

Beruf aktuell | Gutachten

suchung nicht erbringen oder nicht ansetzen dürfe (beratungsärztliche Stellungnahme), kann nicht nachvollzogen werden.

Der Vorstand der ANB ist einhellig der Auffassung, dass ein Hauptgutachten vor Eingang eines beispielsweise neuroradiologischen oder neuropsychologischen Zusatzgutachtens zwar vorläufig abgeschlossen werden kann (auch um den Fristen der gesetzlichen Unfallversicherung zu genügen), dass dann aber nach Eingang des Zusatzgutachtens zwingend eine abschließende gutachterliche Stellungnahme mit Würdigung der Ergebnisse der Zusatzbegutachtung erforderlich ist.

Im **Gutachtenfall 3** zog sich der Versicherte im Februar 2002 bei einem Sturz ein Schädel-Hirn-Trauma mit multiplen Kontusionen und Einblutungen zu. Ein Vorgutachten vom März 2003 beschrieb eine depressive Störung, Merkfähigkeitsstörungen sowie Defizite von exekutiven und Aufmerksamkeitsfunktionen.

Das in Frage stehende Gutachten nimmt wegen unfallbedingter hirnorganischer Störungen eine MdE von 40% an, eine abschließende Stellungnahme erfolge nach Eingang des **neuropsychologischen Zusatzgutachtens.** Dieses bestätigt die quantifizierende Bewertung im Hauptgutachten.

Die beratungsärztliche Stellungnahme führt aus, dass ein neurophysiologisches Zusatzgutachten überflüssig gewesen sei. Die abgerechnete vegetative Funktionsdiagnostik und Gleichgewichtsprüfung gehörten zum Umfang der Ziffer 800 und seien nicht getrennt abrechnungsfähig. Eine Fragestellung zur Kausalität habe nicht bestanden, sodass der Gutachter die Ziffer 160 statt 161 abrechnen müsse. Im neuropsychologischen Zusatzgutachten widerspreche der mehrfache Ansatz der Ziffer 856 der Gebührenordnung.

Grundsätzliche Stellungnahme zu Haupt- und Zusatzgutachten

Die DGN- und ANB-Leitlinien führen zur Bestellung von Zusatzgutachtern aus: Leitlinie "Allgemeine Grundlagen der neurologischen Begutachtung" [Marx et al., 2005]:

"Vor jeder Annahme eines Gutachtenauftrags muss der Gutachter entscheiden, ob er für die gestellten Fragen kompetent ist, d.h. über die nötige medizinische Sachkenntnis verfügt. Ist er dies nicht, sollte er den Gutachtenauftrag zurückgeben oder bei nur partiell fachfremder Fragestellung die Erlaubnis für die Einholung eines Zusatzgutachtens einholen."

Leitlinie "Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirn-Trauma" [Wallesch et al., 2005]:

"Bei Auftragsvergabe für neuropsychologische und neuroradiologische Zusatzgutachten ist die Fragestellung präzise zu formulieren. Der Hauptgutachter muss sich der entsprechenden Qualifikation des Zusatzgutachters sicher sein (Empfohlen: Anerkennung als Neuropsychologe (GNP/ GKKN) bzw. Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie). In der Zusammenarbeit mit Neuropsychologen sollte geklärt sein, ob und in welchem Umfang gutachterliche Quantifizierungen der Schädigung und sozialmedizinische Bewertungen vom Neuropsychologen übernommen werden sollen, ggf. ist die Fragestellung entsprechend zu präzisieren."

Zusatzgutachten sollen somit fehlende Qualifikationen des Hauptgutachters kompensieren. Entsprechend sind die Fragestellungen an den Zusatzgutachter präzise zu formulieren. Wir gehen davon aus, dass die Beauftragung von Zusatzgutachten grundsätzlich der Genehmigung des Auftraggebers bedarf (wenn dieser sie nicht pauschal genehmigt).

Physiologie in Verantwortung des Neurologen

Hinsichtlich neurophysiologischer Zusatzgutachten erscheint denkbar, dass beispielsweise Nervenärzte nicht genügend eigene Kompetenz zur Durchführung der Untersuchungen oder Bewertung beispielsweise eines alternativ einzuholenden Befundberichtes haben oder nicht über die notwendigen Geräte verfügen. Spezielle Fragestellungen können die Kompetenz eines einschlägig zertifizierten (Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie) und schwerpunktmäßig tätigen Neurologen als Zusatzgutachter erfordern (z. B. Diffe-

renzierung komplexer peripherer Schädigungen). Im Falle einer dopplersonografische Zusatzbegutachtung mag vielen Neurologen die Kompetenz fehlen, in der Tat erscheint also ein Gutachten zur Frage "Nachweis einer traumatischen Fistel oder Dissektion" denkbar.

In diesen Fällen ist die Fragestellung zu präzisieren. Eine einfache Weiterleitung der Fragestellung des Hauptgutachtens kann im Falle eines elektrophysiologischen oder dopplersonografischen Zusatzgutachtens nicht genügen, da es Schädigungsfolgen auf diesen Gebieten, die nach der hier maßgeblichen Weiterbildungsordnung Bestandteil des Fachgebietes "Neurologie" sind, nicht geben kann. Der Auftraggeber des Zusatzgutachtens muss unseres Erachtens im Rahmen seiner Sorgfaltspflicht abwägen und darlegen, warum er einen Spezialisten (spezialisierten Neurologen) mit der Durchführung einer bestimmten und zu benennenden Methode zur Beantwortung einer gezielt zu stellenden Frage beauftragt.

Der Auftraggeber kann unserer Meinung nach vom Hauptgutachter verlangen, dass er darlegt, welche Fragestellungen an die genannten Zusatzmethoden seine eigene Kompetenz in einem Umfang überschreiten, dass er sie nicht durchführen oder als gegebenenfalls separat zu honorierenden Befundbericht in seinem Gutachten berücksichtigen kann. Hier dürfte die eigenständige gutachterliche Leistung des Zusatzgutachters das entscheidende Kriterium sein.

Radiologie und Neuropsychologie zusätzlich

Grundsätzlich anders liegt die Situation bei neuropsychologischen und neuroradiologischen Zusatzgutachten, da die hierzu erforderliche Kompetenz in den Weiterbildungsinhalten des Faches "Neurologie" nicht oder nur in geringem Umfang verankert ist. Hier ergeben sich im Regelfall gutachterliche Fragestellungen, zum Beispiel: "Lassen sich in den beigefügten Aufnahmen (oder in einem mit Genehmigung des Auftraggebers zu erstellendem MR) Hinweise für eine substanzielle Hirnschädigung im Rahmen eines Traumas vom (...) finden?" oder "Lassen sich im neuropsychologischen Testprofil Hinweise für eine am (...) erlittene substanzielle Hirnschädi-

gung finden und lassen diese sich von einer Depression oder von einer vorbestehenden Minderbegabung abgrenzen?" Für die Beantwortung derartiger Fragestellungen an ein neuropsychologisches Zusatzgutachten können die Regelungen der GOÄ, die auf die ambulante ärztliche Versorgung zugeschnitten ist, in der Tat nicht genügen. Eine umfangreiche testpsychologische Untersuchung, die mehrere Stunden in Anspruch nimmt, kann durch je einmaligen Einsatz der Ziffern 856 und 857 nicht abgegolten werden. Hier sollte in der UV-GOÄ geregelt werden, dass der Ausschluss einer mehrfachen Leistungserbringung an einem Tag für die neuropsychologische Zusatzbegutachtung nicht angewendet werden kann. Da neuropsychologische Leistungen in der ambulanten Versorgung bisher nicht vorgesehen sind, kann nicht ohne Weiteres unterstellt werden, dass Neuropsychologen überhaupt unter die GOÄ fallen. Die Leitlinie "Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirn-Trauma" [Wallesch et al., 2005] berücksichtigt, dass die adäquate Honorierung des neuropsychologischen Zusatzgutachtens gegebenenfalls vorab vom Auftraggeber zu genehmigen ist.

Grundsätzliche Stellungnahme zur Rechnungslegung

Die Unterscheidung zwischen den Ziffern 160 (ohne) und 161 (mit Angabe zur Kausalität) ist eindeutig und sollte sich aus dem Gutachtenauftrag, bei Erbringung ohne Auftrag (Aufdeckung weiterer Unfallfolgen und deren Beurteilung) aus dem Text des Gutachtens ergeben. Die Ausschlüsse bestimmter weiterer Untersuchungen bei Erbringung der Ziffer 800 ist eindeutig geregelt. Nach der UV-GOÄ ist die Ziffer 831 neben der Ziffer 800 abrechnungsfähig, nicht jedoch die 826.

Ähnlich wie bei neuropsychologischen Zusatzgutachten entsprechen die Bestimmungen der GOÄ bei mehrfacher Erbringung elektrophysiologischer Ziffern an einem Tag in bestimmten Fällen nicht den Erfordernissen der Begutachtung. Diese Fälle (komplexe und multiple Verletzungen) sind bei Begutachtungen für die gesetzliche Unfallversicherung in der Regel aus der Akte erkennbar. Auch hier könnte also eine besondere Vergütung vorab beantragt werden. Anders als bei neuropsychologischen Zusatzgutachten kann jedoch nicht argumentiert werden, dass die erbrachte Leistung grundsätzlich im Katalog der GOÄ nicht verankert ist.

Die Fragen des Landesverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften werden also wie folgt beantwortet:

Ist die Gebühr für das Hauptgutachten jeweils berechenbar beziehungsweise welche andere Gebühr wäre zutreffend?

In allen drei Fällen wurde die Ziffer 161 angesetzt. Im Fall 3 war zwar eine hirnorganische Schädigung bereits anerkannt, der Gutachter setzt sich jedoch ausführlich mit der Kausalität eines Kopfschmerzsyndroms auseinander, sodass sehr wohl zur Kausalität Stellung genommen wird. Im Fall 2 war nach den Vorgutachten zwar die erlittene Hirnschädigung unstrittig, das Vorliegen eines posttraumatischen Psychosyndroms jedoch strittig. Dieses wird festgestellt und die Kausalität angenommen. Im Fall 1 wird die Berechtigung der Ziffer 161 auch vom Beratungsarzt anerkannt.



Beruf aktuell | Gutachten

Waren alle bei der Hauptbegutachtung durchgeführten Untersuchungen medizinisch indiziert? Welche Untersuchungen waren nicht indiziert?

Die durchgeführte vegetative Funktionsdiagnostik und Gleichgewichtsprüfung ist bei der Frage nach einem Schädel-Hirn-Trauma wegen häufiger entsprechender Beschwerden, Befunde und Komorbiditäten (peripher-vestibulär) stets indiziert (zur Abrechenbarkeit neben der Ziffer 800 s.o.). Die psychiatrische Untersuchung (801) wurde jeweils durchgeführt und im Gutachten dokumentiert

War die jeweils geforderte Zusatzbegutachtung medizinisch indiziert oder hätte die Fragestellung im Rahmen der üblichen neurologischen Begutachtung beantwortet werden können?

Die Beantwortung dieser Frage wird dadurch erschwert, dass zur Fragestellung der Zusatzgutachten nur rudimentäre Angaben vorliegen. Die vorliegenden Zusatzgutachten (außer den neuropsychologischen) sind daher auch handwerklich zu kritisieren. Aus den jeweiligen Texten ergibt sich kein Hinweis auf eine über einen "einfachen Befundbericht", der nicht gesondert abrechenbar ist, hinausgehende gutachterliche Leistung. Im Fall 1 scheint wegen der Vordiagnose einer "Critical-Illness-Polyneuropathie" eine ausführliche neurophysiologische Diagnostik gerechtfertigt, die Vorgeschichte eines Schädel-Hirn-Traumas rechtfertigt das durchgeführte EEG trotz vorliegendem mutmaßlich unauffälligem Schädel-MR. Auch die Durchführung einer Ultraschalluntersuchung zum Nachweis oder Ausschluss (dies ist problematisch) einer Fistel oder Dissektion erscheint noch vertretbar. Ob die neurophysiologischen Untersuchungen einen Gutachtenauftrag grundsätzlich rechtfertigen, hängt von der methodischen Qualifikation des Hauptgutachters, die hier nicht beurteilt werden kann, sowie der Fragestellung der Zusatzgutachten ab.

Im Fall 2 wird eine Fragestellung für das neurophysiologische Zusatzgutachten nicht angegeben. Bei anerkannter Hirnschädigung und Hemiparese erscheinen die durchgeführten Untersuchungen (EEG neun Jahre nach Trauma, evozierte Potenziale) in der Tat entbehrlich, da für die Bewertung der Traumafolgen keine zusätzliche Information zu erwarten war. Das neuropsychologische Zusatzgutachten war bei unterschiedlichen Bewertungen eines posttraumatischen Psychosyndroms in den Vorgutachten geradezu zwingend erforderlich.

Im Fall 3 könnte argumentiert werden, dass die durchgeführte neurophysiologische Diagnostik Hinweise auf ein posttraumatisches Anfallsleiden (EEG) und auf eine latente Halbseitensymptomatik (evozierte Potenziale) hätten ergeben können. Bei fehlenden klinischen Befunden und fehlender Beeinträchtigung

FORTSETZUNG SEITE 43 ___

Fazit

Der Gutachter steht im Spannungsfeld zwischen zu großer Beweisgenügsamkeit und Überschreitung des Gutachtenauftrags. Die hier ausgesprochene und mit dem Hinweis auf mögliche standesrechtliche Verfolgung verbundene Bitte um Stellungnahme weist darauf hin, dass Gutachtenauftraggeber die Gutachtenabrechnung und die Vergabe von Aufträgen zur Zusatzbegutachtung überprüfen können und aus nachvollziehbaren Gründen auch werden.

Bei der Abrechnung sollte der Gutachter entweder der UV-GOÄ strikt folgen oder vorab die Genehmigung eines davon abweichenden Vorgehens beantragen. Unserer Erfahrung nach ist dies bei **neuropsychologischen Zusatzgutachten** selten problematisch. Im Konfliktfall bietet sich die Möglichkeit, ein posttraumatisches Psychosyndrom anzunehmen und für die daraus resultierende MdE eine Spanne anzugeben, die zur Festlegung eine neuropsychologische Begutachtung erforderlich macht.

Bei **neurophysiologischer Diagnostik** wäre vorab anhand der Akte zu prüfen, ob ein besonderer Aufwand, der die Rahmenbedingungen ambulanter ärztlicher Versorgung (die Grundlage der GOÄ ist) erheblich übersteigt, vorliegt, was bei Polytraumata durchaus der Fall sein kann. Auch hier halten wir einen entsprechend begründeten Antrag für aussichtsreich. Für neurologische Ultraschalluntersuchungen sehen wir diese Erfordernis nicht.

Im System der Begutachtung für die gesetzliche Unfallversicherung nicht vorgesehen ist die Vergabe von Zusatzgutachten innerhalb des eigenen Fachgebiets. Wegen der engen Fristen für die Bescheiderstellung genehmigen die Berufsgenossenschaften erforderlich erscheinende Zusatzgutachten häufig pauschal. In vielen Fällen geht allerdings aus dem Text hervor, dass damit Zusatzgutachten aus anderen Fachgebieten gemeint sind, wobei es sich um Gebietsbezeichnungen laut Weiterbildungsordnung handelt. Wir halten Zusatzbegutachtungen innerhalb des eigenen Fachgebietes (im Falle der Neurologie also "neurophysiologische" oder "dopplersonografische Zusatzgutachten") für einen Ausnahmefall, der nur bei nachweisbar fehlender Kompetenz des Hauptgutachters zulässig sein könnte (auch in diesem Fall könnte der Auftraggeber den Gutachter auf die Weiterbildungsordnung verweisen). Die Fragestellung an die neurologische Zusatzbegutachtung durch einen spezialisierten Neurologen wäre präzise zu formulieren, die Einholung der Zustimmung der Berufsgenossenschaft vorab empfehlenswert. Die Beauftragung eines Befundberichtes, der nach UV-GOÄ nicht gesondert vergütet wird, ist hingegen unproblematisch.

Wir gehen davon aus, dass im Rahmen der Begutachtung die Erbringung der Ziffer 801 (psychiatrische Untersuchung) und auch der Ziffer 860 (biografische Anamnese) durch Neurologen erforderlich sein kann, sofern die erhobenen Befunde im Gutachten dokumentiert und zur Beantwortung der Gutachtenfragen relevant sind. Wir weisen allerdings darauf hin, dass dies nicht GOÄ-konform ist. Auch hier möchten wir Gutachtern raten, vorab (eventuell generell und für die Zukunft) das Benehmen mit dem Auftraggeber herzustellen.

40 NeuroTransmitter 2:2006



Beruf aktuell | Gutachten

hätte sich daraus jedoch keine Relevanz für die MdE-Schätzung ergeben, sodass auch hier das elektrophysiologische Zusatzgutachten entbehrlich gewesen zu sein scheint.

Das neuropsychologische Zusatzgutachten war zur Bewertung des im Vordergrund stehenden Psychosyndroms erforderlich. Dass der neurologische Hauptgutachter das Ausmaß eines Psychosyndroms abschätzt, bevor das neuropsychologische Zusatzgutachten vorliegt, und sich die abschließende Stellungnahme vorbehält, kann nicht gerügt werden und kann im Einzelfall den Entscheidungsabläufen der Berufsgenossenschaft (Einhaltung von Fristen) sogar entgegenkommen. Nicht akzeptiert werden kann hingegen, dass – soweit aus der vorgelegten Akte ersichtlich – eine Bewertung des Zusatzgutachtens und abschließende Einschätzung durch den Hauptgutachter nicht erfolgt ist. Eine solche Vorgehensweise stellt die Indikation für das veranlasste Zusatzgutachten in Frage.

Waren die bei der Zusatzbegutachtung durchgeführten neurologischen Untersuchungen alle medizinisch indiziert? Welche Untersuchungen waren nicht indiziert?

Hier sollen zwei Komplexe kritisch beleuchtet werden: erstens die Erhebung einer Anamnese und eines neurologischen Befundes im Rahmen des neurophysiologischen Zusatzgutachtens (Fall 1) und zweitens die Erhebung der biografischen Anamnese im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung. Die Beziehung zwischen neurologischem Haupt- und neurophysiologischem Zusatzgutachten bedarf der Klärung (s. o). Wenn aus den oben genannten Gründen (mangelnde Kompetenz und Erfahrung des Hauptgutachters für die zu definierende Fragestellung) ein neurophysiologisches Zusatzgutachten in Auftrag gegeben wird, dann muss der Neurophysiologe, der als Neurologe ein eigenständiges spezialisiertes neurologisches Gutachten abgeben soll, die Beantwortung der Gutachtenfrage auch auf die eigene Anamneseund Befunderhebung stützen können. Hinsichtlich des Ansatzes der biografischen Anamnese (860) im Rahmen des neuropsychologischen Zusatzgutachtens ist dem Beratungsarzt formal Recht zu geben, da sich diese Ziffer auf spezielle tiefenpsychologische Anamnesetechniken bezieht. Die besonders gründliche Anamnese im Rahmen einer Begutachtung ist mit den Gutachtenziffern abgegolten. Der Ansatz der Ziffer kann im Rahmen einer neurologischen wie neuropsychologischen Begutachtung jedoch gerechtfertigt sein, wenn

- bei Vorliegen funktionell psychischer Störungen, von Depressionen und Angststörungen sowie bei somatoformen Störungen der Anteil des Unfallgeschehens- und -erlebens mit dem einer primär bestehenden psychologischen Struktur vergleichend zu bewerten ist oder
- Hinweise aus der Art der Beschwerdevorbringung auf eine psychische Komorbidität deuten [Widder et al., 2005].

In diesen Fällen ist jedoch zu fordern, dass der Anlass und Umfang der Erbringung dieser Leistung aus dem Gutachtentext deutlich wird.

Der mehrfache Ansatz der Ziffern 856 und (hier nicht erfolgt) 857 im Rahmen der neuropsychologischen Zusatzbegutachtung wird ausdrücklich für gerechtfertigt gehalten. Die Zustimmung der Berufsgenossenschaft zur besonderen Rechnungslegung ist jedoch vorab einzuholen.

Sind die jeweils geltend gemachten Gebühren für die Zusatzgutachten berechenbar oder handelt es sich im Wesentlichen nur um eine Aneinanderreihung von einzelnen Befunden, für die eine Gutachtengebühr nicht in Betracht kommt? Welche andere Gebühr wäre gegebenenfalls berechenbar gewesen?

Die vorgelegten neuropsychologischen Gutachten erfüllen die Voraussetzungen der Ziffer 160. Auch die Ziffer 161 kann bei neuropsychologischen Zusatzgutachten in Betracht kommen, wenn die Kausalität der erhobenen Befunde abgewogen wird. Die vorgelegten elektrophysiologischen und dopplersonografischen Zusatzgutachten lassen keine gutachterlichen Inhalte erkennen und sind unseres

Erachtens als einfache Befundberichte mit der Vergütung der jeweiligen Untersuchungsziffern abgegolten.

Literatur beim Verfasser

der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung:

Prof. Dr. med. C. W. Wallesch Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg

Dr. med. M. Tegenthoff, Bochum Dr. med. P. Marx, Berlin Dr. med. B. Widder, Günzburg Dr. med. W. Hausotter, Sonthofen

NeuroTransmitter 2-2006 43



Beruf aktuell



Familienstellen

Prozessorientierte Systemaufstellung

Das Familienstellen ist nicht unumstritten. Zu Theorie und Effizienz der durch Bert Hellinger bekannt gewordenen Methode gibt es noch viele Fragen. Mancher hat Probleme mit der Person Hellingers, ein anderer mit dem unprofessionellen Verhalten einiger Hellinger-Nachahmer. Dr. Ernst Robert Langlotz hat das Kurztherapieverfahren modifiziert. Nach seiner Einschätzung ist es eine hoch effiziente, eigenständige Variante der systemischen Familientherapie, welches das therapeutische Spektrum wesentlich bereichern kann.

irginia Satir [1] hat wohl als erste in den 1970er-Jahren Stellvertreter in ihre psychotherapeutische Arbeit in Form der "Familienskulptur" mit einbezogen. Bert Hellinger [2] gebührt der Verdienst, diese Methode modifiziert, weiter entwickelt und unter der Bezeichnung "Familienstellen" weltweit verbreitet zu haben. Herausgefordert durch die Schicksale meiner Klientel hatte ich als Psychiater in den letzten zehn Jahren Gelegenheit, die Praxis der Familienaufstellung zu modifizieren, besonders durch die Einbeziehung archaischer Abschiedsund Ablösungsrituale [3]. Es kam zu einer Konzeptbildung und zu ergänzenden Ri-

M = Mann F = Eraw 1 = Sohn 2H = Totpebut 1 T M

D 2(4)

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Seit vielen Jahren wendet Kollege Langlotz aus München die Methode des Familienstellens in seiner Praxis an. Er führt sie nicht nur in Therapiegruppen durch, sondern ist auch zur Ausbildung in dieser Methode berechtigt.

Im folgenden Artikel empfiehlt Langlotz aus seinen positiven therapeutischen Erfahrungen heraus diese Methode als hochwirksam und zeitsparend. Sie verdient seiner Ansicht nach mehr Verbreitung unter Psychiatern und Psychotherapeuten. Die Meinungen zu dieser Methode sind jedoch sehr unterschiedlich, denn es gibt keine wissenschaftlich haltbaren Studien zu Erfolgen und Misserfolgen. Viele Kollegen berichten in Gesprächen, dass sie bereits öfter mit den negativen Folgen, sprich dekompensierten Patienten, die ein Familienaufstellungswochenende besucht hatten, konfrontiert wurden. Es wäre nicht gut, wenn wir in unserer Zeitschrift, die sich nicht nur der evidenzbasierten Psychiatrie verschreiben kann, keine Alternativmethoden diskutierten, denn der klinische Alltag ist immer mit Einzelerfahrungen durchsetzt und klinisches Handeln muss sich mangels evidenzbasierter Ergebnisse auf individuelle Erfahrungen und Fähigkeiten. Aus diesem Grund veröffentlichen wir diese Darstellung der Methodik der systemischen Aufstellungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis als Grundlage für eine Diskussion und einen Erfahrungsaustausch.

Zuschriften bitte an PD Dr. A. Zacher, Schriftleitung NeuroTransmitter, Watmarkt 9, 93047 Regensburg.

NeuroTransmitter 2·2006

tualen. So entstand etwas, das ich als prozessorientierte Systemaufstellung bezeichnen möchte.

Familienstellen als diagnostisches Instrument

Das menschliche Neugeborene ist ohne die Fürsorge der Eltern nicht überlebensfähig. Das Kind braucht die emotionale Zuwendung und den Halt der Eltern, um wachsen, reifen und sich ablösen zu können. Die Ablösung beinhaltet den wichtigen Übergang vom Kind zum Erwachsenen. Das Familienstellen erweist sich als ein wertvolles Instrument, um die Störungen dieser Prozesse sichtbar, emotional erfahrbar und kognitiv verstehbar zu machen.

Der Klient visualisiert das Beziehungsgeflecht seiner Familie, indem er Stellvertreter für die Familienmitglieder zueinander in Beziehung stellt. Durch die Wahrnehmung der Stellvertreter hat der Therapeut die Möglichkeit, die jeweils vorliegende Dynamik intuitiv zu erfassen und sein Konzept sofort durch einen geeigneten Lösungssatz oder ein Lösungsritual quasi experimentell zu überprüfen. Dabei haben sich Konzepte herauskristallisiert, die durch ihre große Einfachheit, ihre Tiefe und Wirkung überzeugen. Das Zusammenspiel von Trennungstrauma der Eltern, ihrer dadurch eingeschränkten Zuwendung zum Kind und dessen verzweifelte Anpassungsund Bewältigungsstrategien erscheinen in einem neuen Licht. Es kommt zu neuen Bildern und Begriffen. Dieselben Vorgänge werden von anderen Therapieschulen naturgemäß anders gesehen und beschrieben. Das liegt an der komplexen vielschichtigen und paradoxen Struktur unserer Wirklichkeit. Die vorgelegten Konzepte weisen Parallelen zu den etablierten Konzepten auf, ergänzen sie, sind aber nicht deckungsgleich. Das fordert zu einem Dialog heraus.

Wenn Eltern nicht Eltern sein können

Der entscheidende Vorgang der Ablösung wird dann blockiert oder verzögert, wenn die Eltern ihren Platz und ihre Funktion in der Familie nicht übernehmen können. Dies ist dann der Fall, wenn sie zum Beispiel durch den frühen Verlust eines nahen Angehörigen oder

die fehlende eigene Ablösung von den Eltern nicht in der Lage sind, sich dem Partner und den Kindern emotional zuzuwenden, die Kinder als Kinder wahrzunehmen, ihnen Wärme und Halt zu geben.

Anpassungs- und Bewältigungsstrategien der Kinder

Da Kinder existenziell auf den Kontakt zu den Eltern angewiesen sind, entwickeln sie in dieser "Mangelsituation" spezifische Anpassungs- und Bewältigungsstrategien, um zumindest die Illusion von Nähe und Wärme zu den Eltern zu haben, um die Eltern zu binden und so das Auseinanderbrechen der Familie zu verhindern. Mit einer hochentwickelten Intuition spürt das Kind, was den Eltern fehlt und es hat die Tendenz, dies den Eltern zu ersetzen, indem es zum Beispiel

- für die Eltern fehlende Angehörige vertritt (Identifizierung, "Parentisierung");
- __ die Illusion hat, den Eltern ihr Schweres, Schmerz, Trauer oder Schuld abnehmen zu sollen;
- wenn es von der Mutter gar nicht wahrgenommen werden kann, versucht sich in die Mutter hinein zu denken und zu fühlen, um die Illusion von einer Beziehung zur Mutter zu haben (Verschmelzung).

Diese Strategien haben bisweilen, so scheint es, einen Überlebenswert. Der Klient zahlt jedoch dafür einen hohen Preis.

Wenn Kinder nicht Kinder sein können

Wenn ein Kind für die Eltern eine Person - oft auch mehrere Personen! - vertritt, kann es seinen "guten Platz" in der Familie nicht einnehmen. Wenn es den Eltern Schweres abnehmen möchte, für die Eltern stark sein möchte, kann es nicht mehr Kind sein, kann es seine kindlichen Wünsche nach Zuwendung und Halt der Eltern nicht spüren und den Eltern gegenüber nicht äußern, da es diese für schwach hält. Und die Eltern können dieses Kind nicht als Kind wahrnehmen, ihm Liebe und Halt geben. Das Kind ist bei den Eltern noch nicht als Kind angekommen. Bei der Verschmelzung hat das Kind noch nicht die

Erfahrung gemacht, sich den Eltern nahe und gleichzeitig als getrennt, als eigenständige Person wahrzunehmen. Es ist buchstäblich noch nicht bei sich selbst angekommen.

Ablösung als Drei-Schritte-Prozess

Ablösung ist offenbar nur möglich, wenn ein Kind zuvor als Kind bei den Eltern angekommen ist. Dieses Ankommen wiederum erfordert, dass eine etwaige Verschmelzung gelöst ist, dass das Kind sich den Eltern nahe und gleichzeitig getrennt erleben konnte. Ablösung kann wahrscheinlich nur gelingen, wenn drei Schritte in dieser Reihenfolge vollzogen sind: Lösen einer Verschmelzung mit den Eltern, Ankommen bei den Eltern und Ablösung. Dieser Prozess hat seine innere Logik und Klarheit.

Blockierende und verwirrende Rolle der Bewältigungsstrategien

Die genannten Strategien des Kindes -Stellvertretung fehlender Personen, Tragen für die Eltern, Verschmelzung – und die damit verbundenen Beziehungserfahrungen zu den Eltern werden zu einem Modell, das die eigenen späteren Beziehungen, die Wahl des Partners und den Verlauf dieser Beziehungen bestimmt. So wie man als Kind glaubte, den Eltern fehlende Personen zu ersetzen oder das Schwere abnehmen zu müssen oder mit ihnen verschmelzen zu sollen, so macht man das auch in der Partnerschaft – gelernt ist gelernt! Das Selbstbild, die Einstellungen und die Wahrnehmung des Klienten wird durch diese Strategien geprägt. Das erschwert die Entwicklung eines stabilen Ich-Kernes und damit die Entwicklung einer belastbaren ebenbürtigen Partnerschaft.

Prozessorientierte Systemaufstellung als Instrument für Diagnostik und Therapeutie

Das Aufstellungsbild der Familie durch Stellvertreter macht das Beziehungsgefüge der Familie mit seinen Verwerfungen deutlich. Dabei spiegeln die Stellvertreter, entsprechend dem Phänomen von Übertragung und Gegenübertragung, die Gefühle der Personen wieder, die sie vertreten. Der Klient, in einer leichten Trance erlebt so die kindlichen Beziehungskonflikte wieder.



Beruf aktuell | Familienstellen

Die "Eltern" (Stellvertreter) blicken oft nicht zu den Kindern, sondern nach außen, als ob dort eine Person fehlte, von der sie sich nicht verabschieden oder ablösen konnten. Manchmal sind die "Eltern" zwar den Kindern zugewandt, aber blicken sie nicht an, schauen quasi durch sie hindurch, spüren keinen Kontakt. So als könnten sie in den Kindern nicht ihre Kinder sehen, so als verwechselten sie die Kinder mit fehlenden Personen. Wenn der Leiter nun diese fehlende Person dazustellt, in Blickrichtung der "Eltern", spüren meist alle Stellvertreter eine Entlastung.

Lösungsprozess der "Eltern"

Nachdem die "Eltern" sich von den fehlenden Personen – verstorbene Angehörige, nicht geachtete Eltern – durch geeignete Rituale verabschiedet oder abgelöst haben, fühlen sie das Bedürfnis, sich den Kindern zuzuwenden. Der Klient nimmt nun seinen Platz im Aufstellungsbild ein. Er erlebt, vielleicht zum ersten Mal, dass die "Eltern" ihn an seinem Platz als Kind wahrnehmen.

Lösungsprozess des Klienten, Ankommen bei den Eltern

Damit der Klient jedoch bei den Eltern als Kind "ankommen" kann, prüft der Leiter zunächst, welche der fehlenden Personen er für die Eltern vertreten wollte und löst diese "Identifikation" durch geeignete Sätze. Hat der Klient Mitleid mit den Eltern oder Vorwürfe gegen sie, so ist das ein Hinweis für den Leiter, dass der Klient nicht Kind, nicht klein sein konnte, dass er glaubte, für die Eltern etwas tragen zu sollen. Durch das "Rückgaberitual mit dem Stein" [3] gelingt es meist, das zu lösen. Nun kann der Klient, vielleicht zum ersten Mal, die Liebe und den Halt der "Eltern" spüren, er kann das nehmen, was ihm seine realen Eltern nicht geben konnten - oder was er von ihnen bisher nicht nehmen konnte.

Wenn ein Klient für die Eltern mehrere Personen vertritt, wenn er ihnen gegenüber keine Vorwürfe verspürt und wenn das Rückgaberitual keine Wirkung zeigt, dann ist das oft ein Hinweis für eine "Verschmelzung". Der Klient ist dann so mit einem Elternteil identifiziert, dass er sich selbst nicht spüren kann. Das

kann der Leiter dadurch überprüfen, dass er den Klienten an den Platz des Elternteils stellt. Wenn er sich dort auskennt, diesen Elternteil quasi von innen her kennt, dann ist es meist möglich, diese Verschmelzung durch ein Ritual zu lösen. Erst nach dieser Lösung können auch die weiteren Rituale greifen. Und erst dann ist ein Ankommen bei den Eltern möglich, zum Beispiel mit dem Satz "Bitte nimm mich in den Arm, weil ich ich bin". Diese befreiende und erlösende Erfahrung, das "Ankommen" bei den Eltern, ermöglicht den nächsten Schritt, die "Ablösung" von den Eltern, den Übergang vom Kind zum Erwachsenen.

Ablösung von den Eltern, Erwachsenwerden

Dem Klienten wird durch diese Lösungsprozesse bewusst und spürbar, wie erfolglos seine Überlebensstrategien waren, und dass sie das Ankommen bei den Eltern und die Ablösung eher verhindert haben. Diese Erfahrung – das ist entscheidend mehr als eine intellektuelle Einsicht – erleichtert es ihm, die eigenen Bewältigungsstrategien abzulegen. Seine unbewussten Glaubensätze und Gelübde, die mit den Strategien verknüpft waren, kann er zurücknehmen. Und er kann seine Wahrnehmungen, seine Intuition, die er bisher überwiegend auf die Bedürfnisse der anderen gerichtet hatte, den eigenen Bedürfnissen zuwenden, darf diese Bedürfnisse auch äußern. Die so vollzogene Ablösung von den Eltern ermöglicht es ihm, zu sich selbst zu finden, erwachsen zu werden. Diese kognitive Einsicht ist verbunden mit der emotionalen Erfahrung, als Kind in seinem Verlassensein von der "Mutter" gesehen und in den Arm genommen zu werden. So wird Versöhnung mit den Eltern möglich, aber auch mit dem eigenen Schicksal, mit sich selbst.

Prozessorientiertes Familienstellen, ein rationales Verfahren

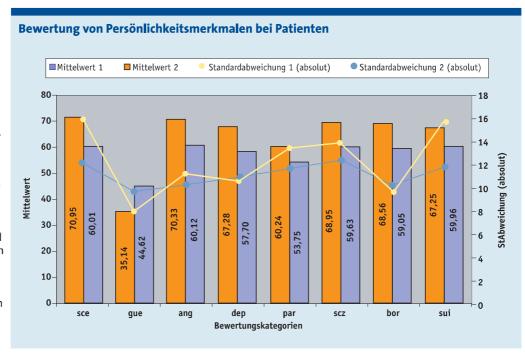
Bei dieser Vorgehensweise verwenden wir die Gruppensituation. Stellvertreter übernehmen die Rolle der Familienangehörigen und so werden die alten familiären Beziehungsmuster reaktiviert. Durch den eingeleiteten Lösungsprozess,

FORTSETZUNG SEITE 49 ___



Beruf aktuell | Familienstellen

Die Persönlichkeitsmerkmale von 33 Klienten, die vor dem Seminar in mindestens einer Bewertungskategorie einen T-Wert > 65 aufwiesen, sind als Mittelwerte vor (orange) und nach (grün) dem Seminar dargestellt für folgende Kategorien: Angst (ang), Depression (dep), Paranoia (par), Schizophrenie (scz), Borderline (bor), Suizidalität (sui). Obwohl es sich um eine gemischte Gruppe mit unterschiedlichen Diagnosen und dementsprechender T-Wert-Erhöhung in unterschiedlichen Kategorien handelt, und obwohl auch die ungünstigen Verläufe in die Berechnung mit einbezogen wurden, ergibt sich eine hochsignifikante Besserung (p < 0,001) in allen genannten Kategorien.



durch die Verwendung geeigneter Lösungsdialoge und -rituale, werden die alten Beziehungstraumen, die Insuffizienz der eigenen Bewältigungsstrategien, aber auch die Wirkung neuer Strategien unmittelbar erfahrbar und kognitiv verständlich. Nach meiner Ansicht sind so alle Prinzipien berücksichtigt, die Klaus Grawe [4] in "Psychotherapie im Wandel" für eine professionelle, effiziente Psychotherapie forderte: Gruppensetting, Klärungsperspektive, Bewältigungsperspektive, Beziehungsperspektive, Aktivierung der alten "Schemata" und Lösung auf einer nonverbalen emotionalen Ebene.

Effizienzprüfung

Seit Frühjahr 2004 messe ich bei manchen Klienten mit Hilfe eines klinischen Fragebogens (VEI [5], ein Nachfolger des MMPI) die Ausprägung unter anderem von Angst, Depression, Suizidaliät, Borderline und Psychose. Die ersten Ergebnisse (s. Grafik oben) zeigen:

1. Klienten mit zunächst erhöhten Werten ihrer Persönlichkeitsmerkmale erleben bereits innerhalb des Seminars, das heißt nach zwei bis drei Tagen, eine oft dramatische Besserung (Verringerung der Werte). Dieser positive Effekt bleibt über Monate im Wesentlichen konstant, in

manchen Fällen verstärkt er sich sogar noch. In einigen Fällen aber kommt es zu einer Zunahme der Werte, was einer Verschlechterung entspricht. Im Allgemeinen jedoch hat das geschilderte Verfahren ein breites Wirksamkeitsspektrum und damit eine breite Indikation

- 2. Bei Klienten, deren Persönlichkeitsmerkmale vor dem Seminar im Durchschnittsbereich lagen, zeigte sich zum Teil eine leichte Verstärkung einzelner Merkmale, die nach Monaten meist rückläufig war; schließlich lagen die Werte niedriger als der Ausgangswert. Dieser Befund bestätigt die bekannte Tatsache, dass Familienaufstellungen zu einer Labilisierung des Klienten führen können. Familienaufstellungen sollten daher nur erfahrene Therapeuten im Rahmen eines therapeutischen Prozesses leiten.
- 3. Klienten, deren Werte sich nach dem Seminar oder nach einem längeren Zeitraum verschlechterten, können gezielt zu einem Nachgespräch aufgefordert werden. Meist stellt sich dann heraus, dass ein wichtiger Aspekt noch nicht gesehen und gelöst werden konnte.

Ausblick

Das hier vorgestellte Konzept und die damit verbundene Vorgehensweise hat sich in der Praxis bewährt, um die Dy-

namiken bei Depression, Sucht, aber auch bei Gewalterfahrungen, bei Borderline-Störungen und Psychosen besser zu verstehen und eine Lösung zu unterstützen. Speziell das "Verschmelzungssyndrom" scheint bei der Entstehung der Borderline-Störung und der Psychose eine wesentliche Rolle zu spielen. Diese Ausführungen sollen dazu anregen, die Aufstellungsarbeit zu konzeptualisieren, ihre Effizienz zu überprüfen und eine fruchtbare Auseinandersetzung zum Thema zu beginnen: Was wirkt beim Familienstellen? Je besser wir verstehen und beschreiben können, was beim Familienstellen geschieht, desto eher können wir auch in einen Dialog mit anderen Therapierichtungen treten.

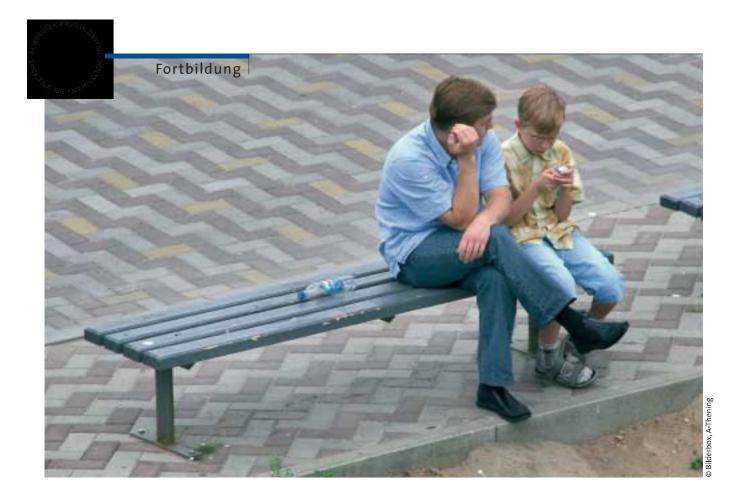
Literatur beim Verfasser

Dr. med. Ernst Robert Langlotz, München

www.e-r-langlotz.de

Prof. Dr. Engel, Psychiatrische Klinik der LMU München, verdanke ich die Überlassung des VEI und die Auswertung; statistische Auswertung und die Diagrammerstellung von Elisabeth Wuttke und Lydia Janke.

NeuroTransmitter 2-2006 49



Fortschritte der Pharmakotherapie

Förderung und Perspektiven für Patienten mit ADHS

G.-E. TROTT

Langzeitstudien konnten nachweisen, dass eine unbehandelte ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) ein erhebliches Risiko für sekundäre psychische Störungen in sich birgt. Umso wichtiger ist eine frühzeitige und effektive Therapie. Mit der Entwicklung moderner Präparate, nicht zuletzt durch retardierte Formulierungen, konnte die medikamentöse Behandlung dieser Störung deutlich vereinfacht und die Compliance der Patienten nachdrücklich verbessert werden.

inder mit einer ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) werden erst seit einigen Jahrzehnten zunehmend beobachtet und behandelt. Dies hat zu einem weit verbreiteten Irrtum bezüglich des "hyperkinetischen Syndroms" geführt. So werden hyperaktive Kinder heute oft in Zusammenhang mit modernen, hektischen Zeiten gebracht. Sie seien ein Produkt unserer Epoche, einer Gesellschaft, in der Kinder aufgrund moderner Medien von Reizen ständig überflutet und schon früh einem zu hohen Leistungsdruck und Überforderung ausgesetzt würden [1]. Gegen diese Einschätzung spricht, dass bereits im 19. Jahrhundert viele europäische Ärzte dieses

NeuroTransmitter 2:2006



Syndrom beschrieben haben. Die wohl bekannteste Schilderung eines hyperaktiven Kindes findet sich in einem Kinderbuch in der Figur des "Zappelphilipps" aus dem Struwwelpeter. Darin beschrieb der Frankfurter Nervenarzt Dr. Heinrich Hoffmann eindrucksvoll nicht nur die Symptome wie Unruhe, Zappeligkeit und ungesteuertes Verhalten, sondern auch typische Verhaltensweisen, mit denen Eltern auf ein hyperaktives Kind reagieren. Während der Vater den pädagogischen Zugang sucht, er "... sprach in ernstem Ton", resigniert die Mutter angesichts der Aussichtslosigkeit erzieherischer Maßnahmen und "... blickte stumm, auf dem ganzen Tisch herum ..." [2].

Mehrere Psychiater aus Frankreich, England und Deutschland [3, 4, 5, 6, 7, 8] beschrieben auf treffende Weise das Syndrom, doch lange Zeit herrschte angesichts fehlender therapeutischer Möglichkeiten Ratlosigkeit. Eine Behandlungsbedürftigkeit wurde jedoch früh erkannt [6].

1937: Geburtsstunde der kinder- und jugendpsychiatrischen Pharmakotherapie

In den 30er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurde erstmals eine effektive medikamentöse Behandlung der ADHS verfügbar. Amphetamin war ursprünglich von Edeleanu 1887 synthetisiert und von Gordon Mitte der 20er-Jahre auf der Suche nach einem künstlichen Ersatz für den Pflanzenextrakt aus Ephedra vulgaris zur Herstellung von Ephedrin zur Asthmabehandlung wiederentdeckt

worden [9]. Es kam unter dem Handelsnamen Benzedrin auf den Markt. Dies ist zugleich die Geburtsstunde der modernen kinder- und jugendpsychiatrischen Pharmakotherapie, denn bis dahin wurden Psychopharmaka nur vereinzelt bei Kindern eingesetzt. Wie alle psychotropen Substanzen wurden auch die Stimulanzien zuerst bei Erwachsenen angewendet, zunächst mit der Indikation Narkolepsie.

In mehreren Studien wurde Benzedrin als ein Stimulans beschrieben, das Stimmung, Verhalten und kognitive Leistung zu beeinflussen vermag [10]. 1937 setzte Charles Bradley, leitender Arzt des Emma Pendleton Bradley-Heims in East Providence/Rhode Island, Benzedrin erstmals bei Kindern mit gestörter Aufmerksamkeit, großer motorischer Unruhe, Ablenkbarkeit und desorganisiertem Verhalten ein [11]. Die klinische Beobachtung, dass Barbiturate bei Kindern genau diese Symptome der ADHS hervorrufen können, ließen es logisch erscheinen, bei dieser Indikation ein Stimulans einzusetzen. Bei der ersten Stimulanzientherapie der Geschichte wurden 30 normal intelligente Kinder im Alter von 5-14 Jahren drei Wochen lang mit einer täglichen Dosis von 20 mg Benzedrin behandelt. Die Wirkung der Substanz setzte prompt ein und war bei den meisten Kindern sehr günstig. Bei 14 der 30 Kinder fand sich ein "spektakulärer" Erfolg im schulischen Verhalten, mit verstärktem Interesse am Unterricht. Die Wirkung trat am ersten Tag der Gabe auf und ließ unmittelbar nach dem Absetzen des Medikaments nach. Trotz

der bemerkenswerten Wirksamkeit reflektiert Bradley bereits zu dieser Zeit kritisch den Einsatz des Medikaments und warnt vor einem zu großzügigen Gebrauch: "Jeder unsachgemäße Gebrauch des Benzedrin zum Zwecke der symptomatischen Behandlung könnte die Ursachen von Reaktionen, denen in jedem Fall angemessene Aufmerksamkeit geschenkt werden müsste, maskieren! (...)" [11].

1944 wurde das Stimulans Methylphenidat von Leandro Panizzon synthetisiert. Er hoffte damals, ein zentral wirksames Stimulans ohne die Nebenwirkungen und das Missbrauchspotenzial der Amphetamine zur Verfügung zu haben. Der Handelsname Ritalin® leitet sich von dem Vornamen seiner Ehefrau Marguerite ("Rita") ab.

Leon Eisenberg setzte Methylphenidat als erster zur Behandlung des ADHS ein [13] und Gerhardt Nissen berichtete Anfang der 1970er-Jahre als erster über den kontrollierten Einsatz dieser Substanz bei hyperkinetischen Kindern in Deutschland [14]. Zwar wurden auch verschiedene andere Substanzen wie trizyklische Antidepressiva eingesetzt, sie waren jedoch weitaus weniger wirksam und verursachten mehr unerwünschte Wirkungen.

In den 1980er-Jahren entstand, von den USA ausgehend, in vielen westlichen Industrienationen eine kontroverse Diskussion um Methylphenidat und andere Psychostimulanzien. Immer wieder begleitet von großer Polemik und unterstützt von verschiedenen Interessengruppen, wie beispielsweise der Scientology-

Säuglingsalter	Vorschulalter	Schulalter	Adoleszenz
— (Regulationsstörungen) — (Beziehungsstörungen)	 Probleme in der Gruppe feinmotorische Schwierigkeiten Verzögerung der Blasen- und Mastdarmkontrolle 	 niedriges Selbstbewusstsein Lernschwierigkeiten Verhaltensprobleme soziale Ungeschicklichkeit impulsives Verhalten 	 Schulprobleme schwierige berufliche Integration Substanzmissbrauch ungewollte Schwangerscha Suizidversuch Stimmungslabilität komplexe Lernprobleme Demotivation

A STANDARD S

Fortbildung | ADHS

Sekte, begann ein heftiger Kampf gegen dieses Medikament [15]. Da in der Drogenszene besonders die Trockenampullen für die parenterale Anwendung beliebt waren, wurde diese Arzneimittelform 1988 weltweit vom Markt genommen [12]. In Deutschland wurden die Psychostimulanzien im engeren Sinn unter das Betäubungsmittelgesetz gestellt, was bei betroffenen Eltern von Kindern mit ADHS die Verunsicherung gegenüber der Medikation verstärkte [15].

Notwendigkeit der therapeutischen Intervention

Aus Langzeitstudien ist bekannt, dass das Vorliegen einer ADHS ein Risiko für die Entwicklung weiterer psychiatrischer Störungen darstellt. Einer frühen und wirksamen Intervention kommt schon deshalb große, auch sozialmedizinische Bedeutung zu, weil mit zunehmendem Alter die psychopathologische Vielfalt und Schwere zunimmt. Gerade für die ADHS ist typisch, dass viele Kernsymptome von der Umwelt zunächst nicht als Unvermögen erkannt, sondern als Unwillen interpretiert werden. Probleme mit der Umwelt äußern sich als Beziehungsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Im Vorschul- und besonders im Schulalter kommen dazu noch Schwierigkeiten bei der Integration in der Gruppe der Gleichaltrigen, sodass es in der Adoleszenz häufig zu schwer wiegenden und die Lebensqualität erheblich beeinträchtigenden Symptomen kommt [16].

Die Langzeitfolgen einer nicht behandelten ADHS sind gravierend: So konnte belegt werden, dass Kinder mit ADHS häufiger als Kontrollpersonen im Erwachsenenalter antisoziales Verhalten zeigen oder Drogen konsumieren [17, 18]. Normal intelligente Personen mit ADHS im Kindesalter bleiben sowohl bezüglich der erreichten Schulabschlüsse, als auch der beruflichen Position hinter gesunden Kontrollpersonen zurück [19, 20]. Eine andere Untersuchung ergab, dass solche Kinder neben schlechteren schulischen Leistungen im Vergleich zu gesunden Kontrollen auch häufiger Zigaretten oder Marihuana rauchen und öfter familiäre Probleme haben. Sie haben vermehrt sexuelle Kontakte und leiden häufiger an sexuell übertragbaren Krankheiten; zudem ist die Rate an unerwünschten Schwangerschaften höher [21, 22].

ADHS-Patienten verursachen signifikant häufiger Verkehrsunfälle, an denen sie die Schuld tragen. Sie geraten wiederholt in Auffahrunfälle oder sind oft in schwere Unfälle verwickelt. Bußgeldbescheide werden ihnen häufiger als anderen Fahrern zugeteilt, besonders wegen Geschwindigkeitsüberschreitungen. Ju-

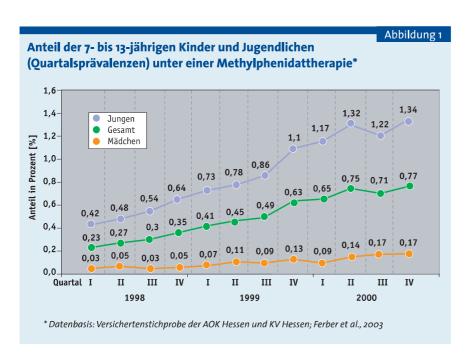
gendlichen und Fahranfängern mit ADHS wird häufiger der Führerschein zeitweise oder ganz entzogen [23, 24]. In einer kleinen deutschen Pilotstudie zeigte sich, dass auch deutsche erwachsene ADHS-Patienten häufiger in einen Unfall verwickelt sind. Für die höhere Unfallgefährdung könnte die geringere Vernunftorientierung sowie eine auch im Erwachsenenalter persistierende signifikant schlechtere Aufmerksamkeitsleitung und eine erhöhte Ablenkbarkeit verantwortlich sein [25]. Eine Therapie mit Methylphenidat wirkt sich positiv auf die Fahrtüchtigkeit von ADHS-Patienten aus [26].

Vorbehalte gegen die Stimulanzientherapie

Die medikamentöse Behandlung der ADHS wurde schon immer kontrovers diskutiert. Ein häufig angebrachtes Argument ist, Methylphenidat werde inflationär häufig verordnet. Tatsächlich hat die Gesamtverordnungsmenge in den letzten zehn Jahren erheblich zugenommen. Jedoch werden nach wie vor nur ungefähr ein Drittel aller Betroffenen überhaupt medikamentös behandelt [27, 28].

Besonders von pädagogischer Seite wird immer wieder befürchtet, Stimulanzien unterdrückten die Kreativität. Fakt ist jedoch, dass durch die Therapie Kinder in eine bessere Ausgangsposition versetzt werden, um alterstypische Entwicklungsaufgaben angemessener bewältigen zu können. Die medikamentöse Therapie ist jedoch kein Ersatz für Erziehung und Bildung. Insbesondere von Seiten der Scientology-Organisation wird das Gerücht gestreut, diese Substanzen machen aggressiv und kriminell. Empirisch ist aber das Gegenteil belegt [16].

Die Tatsache, dass Methylphenidat nur auf Betäubungsmittelrezept verordnet werden darf, führte zu der Vermutung, es handele sich dabei um eine Einstiegsdroge. Methylphenidat ist jedoch eher eine Substanz, die das Suchtverlangen verringert, und es gibt klinische Studien, in denen der Einsatz dieser Substanz als Anti-Craving-Mittel geprüft wird [29, 30, 31]. Weltweit ist bislang



FORTSETZUNG SEITE 55 ___

NeuroTransmitter 2:2006

E CHITANE DE COMO

Fortbildung | ADHS

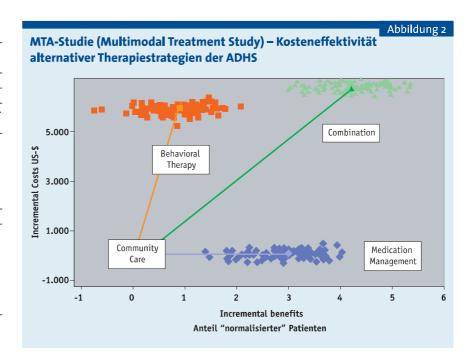
kein einziger Fall einer Abhängigkeit oder Sucht von Methylphenidat wissenschaftlich dokumentiert worden.

Auch die Hypothese, dass eine Therapie mit Methylphenidat zu einem verfrühten Einsetzen eines Morbus Parkinson führen kann, basierte lediglich auf einem Experiment an neun jungen Ratten, die nach zweiwöchiger Behandlung mit Methylphenidat in sehr hoher Dosis eine dauerhafte Veränderung der Dichte der Dopamintransporter im Striatum zeigten [16]. Aus diesen tierexperimentellen Arbeiten kann bislang nicht geschlossen werden, dass Methylphenidat das Auswachsen dopaminerger Axone unterdrückt und/oder eine reduzierte Bildung von dopaminergen Synapsen hervorruft [32]. Wohl der eindeutigste Hinweis darauf, dass die Parkinsonhypothese falsch ist, liefert die Tatsache, dass es bisher zu keinen außergewöhnlichen Parkinsonerkrankungen gekommen ist, obwohl sich besonders in den USA inzwischen sehr viele mit Methylphenidat behandelte Patienten im 6. oder 7. Lebensjahrzehnt befinden. Auch andere extrapyramidale Störungen wurden in dieser Gruppe nicht gehäuft gesehen [16]. Solche Spekulationen diskreditieren die Therapie, wodurch betroffenen Menschen eine wirksame Hilfe vorenthalten und damit ihre Lebensqualität nachhaltig und langfristig beeinträchtigt wird [33].

Moderne Therapie der ADHS

Zur Therapie mit Stimulanzien liegen heute zahlreiche klinische Studien - bis 1996 über 150 - [34], sowie mehrere Reviews [35, 36] und Metaanalysen [37, 38] vor. Zu keinem anderen Gebiet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es so zahlreiche wissenschaftliche Daten [34]. In den Studien, die hauptsächlich mit Methylphenidat durchgeführt worden waren, zeigte sich, dass Stimulanzien nicht nur die Kernsymptome der ADHS, wie Hypermotorik, Impulsivität und Unaufmerksamkeit verbessern, sondern zusätzlich auch einen positiven Einfluss auf assoziierte Bereiche wie Arbeitsverhalten, Schulleistung und Sozialverhalten haben. Diese positiven Effekte werden auch bei Erwachsenen mit einer ADHS beobachtet [50].

Die häufigsten unerwünschten Wirkungen der Therapie mit Methylpheni-



dat sind Appetitverlust, Schlafstörungen sowie Kopf- und Magenschmerzen. Die meisten dieser Nebenwirkung können aber leicht beherrscht werden [39].

Seit Veröffentlichung der MTA-Studie (Multimodal Treatment Study) [40] gilt ein multimodales Therapiekonzept, bestehend aus der medikamentösen Therapie mit Methylphenidat und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, als Goldstandard der Therapie. In dieser in den USA durchgeführten Studie wurden 579 Kinder mit ADHS (mit und ohne Hyperaktivität) im Alter von 7-9,9 Jahren eingeschlossen und 14 Monate lang in vier Studienarmen behandelt. Die jeweiligen Regimes bestanden aus einem intensiven medikamentösen Management nach Auftitrieren der individuellen Methylphenidat-Dosis, verbunden mit einer fachärztlichen problembasierenden und lösungsorientierten Beratung, aus einem intensivem Verhaltenstraining, das auch Schule und Elternhaus mit einbezog, aus einer Kombination der beiden oben genannten Verfahren oder der Versorgung im Rahmen der ortsüblichen Strukturen, das heißt, die Diagnose wurde gestellt und die Empfehlung ausgesprochen, eine Behandlung aufzunehmen.

Bezüglich der spezifischen ADHS-Symptome war die medikamentöse Behandlung der Verhaltenstherapie oder der Standardversorgung deutlich überlegen (Abb. 2). Im direkten Vergleich war die intensivierte medikamentöse Therapie ebenso effektiv wie die kombinierte Therapie, bestehend aus medikamentöser Therapie und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen (Abb. 2). Die gesundheitsökonomische Analyse der Therapiekosten zeigt, dass die Verhaltens- beziehungsweise die Kombinationstherapie im Vergleich zur fachärztlich geleiteten medikamentösen Behandlung um ein vielfaches kostenintensiver ist, ohne dass für den Patienten damit ein Vorteil verbunden wäre. Es gab jedoch einzelne Bereiche, besonders bei nicht ADHStypischen Symptomen (z.B. bei Fortschritten in der Schule), bei denen die Verhaltenstherapie sehr effektiv war. Daher gilt heute die Empfehlung zu einem multimodalen Therapiekonzept, dem kombinierten Einsatz von Pharmakotherapie und problembasierter und lösungsorientierter fachärztlicher Beratung. Ein solches Therapiekonzept wird auch in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie von der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinderund Jugendärzte empfohlen [41, 42].

Eine problembasierende und lösungsorientierte kinder- und jugend-

NeuroTransmitter 2-2006 55



Fortbildung | ADHS

psychiatrische Behandlung mit individuell angepasster Pharmakotherapie ist auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten außerordentlich sinnvoll. Bei der Analyse der MTA-Daten entstehen für die kombinierte Therapie, bestehend aus Verhaltenstherapie und medikamentöser Therapie, im Vergleich zu einem alleinigen intensivem medikamentösen Management mit fachärztlicher Beratung und Führung Mehrkosten im Behandlungszeitraum der Studie von etwa 475.000 US-\$ [43].

Fortschritte der medikamentösen Therapie

Retardiertes Methylphenidat: Methylphenidat ist in der herkömmlichen Formulierung nur drei bis vier Stunden lang wirksam, es muss also zwei- bis viermal täglich verabreicht werden. Für Eltern und Patienten haben länger wirksame Präparate den großen Vorteil, dass die Medikamenteneinnahme von der Umwelt unbemerkt bleibt. Die einmal tägliche, morgendliche Dosis findet nur im Kreis der Familie statt. Außerdem werden gerade die Dosen, die während des Tages eingenommen werden müssen, leicht vergessen, eine einmal tägliche Gabe fördert die Compliance [36]. Aus diesem Grund wurden Retardformulierungen von Methylphenidat entwickelt.

Retardformulierungen der ersten Generation (z.B. Ritalin-SR®) erwiesen sich nicht immer als gleich wirksam wie die mehrmalige Verabreichung von kurzwirksamen Methylphenidat. Eine pharmakokinetische Studie zeigte, dass das flache Plasmaprofil, das von den Retardformulierungen der ersten Generation generiert wurde, ungünstig ist, weil durch Ausbildung einer akuten Toleranz die Wirksamkeit vor allem in den frühen Nachmittagsstunden signifikant nachließ. Dagegen erreichte ein Methylphenidatprofil, das langsam im Tagesverlauf ansteigt und eine zweigipfelige Kinetik zeigt, dieselbe Wirksamkeit wie kurzwirksames Methylphenidat, das zweimal täglich verabreicht wurde [44]. Diese Erkenntnis führte zur Entwicklung von Retardformulierungen der zweiten Generation (Concerta®, Medikinet® retard, Equasym® retard), die sich durch ein ansteigendes Plasmaprofil auszeichnen und in verschiedenen Studien ihre Wirksamkeit unter Beweis stellten [45, 46].

Ein Manko der bisher durchgeführten Studien ist, dass die Behandlungsdauer relativ kurz war, wogegen die Therapie der ADHS langfristig durchgeführt werden muss [38]. Daher besteht diesbezüglich noch Forschungsbedarf. Mittlerweile liegen jedoch Informationen von Nachbeobachtungen der MTA-Studie vor, die zeigen, dass ein positiver Behandlungseffekt auch noch nach 24 Monaten besteht, wenn er auch nicht mehr so ausgeprägt ist [47]. Auch eine mit einer Retardformulierung durchgeführte, offene Studie zeigte, dass die Wirksamkeit von Methylphenidat sowohl nach einjähriger [48], als auch nach zweijähriger Therapie [49] bestehen bleibt. In dieser Studie wirkte sich die Therapie klinisch nicht relevant auf Größe und Gewichtszunahme der behandelten Kinder aus.

Atomoxetin: Bei dieser Substanz, die Anfang 2005 in Deutschland auf den Markt kam, handelt es sich um einen hochselektiven Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, der über Cytochrom P450 (CYP) 2D6-Enzyme in der Leber metabolisiert wird. Aus diesem Grund wird ein sehr unterschiedliches Ansprechen auf die Substanz beobachtet. Die empfohlene Zieldosis liegt bei 1 mg/kg Körpergewicht/Tag. Eine Einmalgabe ist möglich, Reboundphänomene wurden nicht beobachtet. Atomoxetin hat sich in der Behandlung der ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bewährt und ist wissenschaftlich gut dokumentiert. Atomoxetin gilt nach aktuellen Leitlinien als Präparat der zweiten Wahl, ebenso wie die folgenden Substanzen [51].

Weitere Substanzen: Modafinil zeigte in einigen Studien viel versprechende Ergebnisse, Buproprion hat in einigen Ländern einen festen Platz als Medikament der zweiten Wahl. Clonidin und Guanfacin werden in der wissenschaftlichen Literatur positiv beurteilt, in der Praxis ist die Nutzen-Risiko-Relation aber ungünstig. Ähnliches kann von trizyklischen Antidepressiva, insbesondere Imipramin und Desipramin gesagt werden.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Götz-Erik Trott Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

Fazit

Die Therapie der ADHS mit Stimulanzien gehört zu den Behandlungsformen der Medizin, zu denen nicht nur die meisten empirischen, sondern auch die meisten wissenschaftlichen Daten vorliegen. Dies gilt in Besonderem für die Therapie mit Methylphenidat. Dennoch wird die Behandlung kontrovers diskutiert, wobei die ins Feld geführten Argumente, wie beispielsweise eine mögliche Unterdrückung der kindlichen Kreativität oder eine nach Methylphenidat erhöhte Neuerkrankungsrate an Morbus Parkinson, durch wissenschaftliche Daten nicht gestützt werden.

Dagegen müssen die belegten, negativen langfristigen Ergebnisse eines nicht behandelten ADHS wie schlechtere akademische Leistungen von Betroffenen, erhöhte Gefahr für Unfälle und familiäres Scheitern abgewogen werden. Sowohl internationale Empfehlungen [39] als auch deutsche Leitlinien [41, 42] kommen zu dem Schluss, dass bei gegebener Indikation die Therapie des ADHS mit Stimulanzien indiziert ist, da Nachteile eines unbehandelten Krankheitsbilds bei weitem die möglichen Risiken, die mit der Behandlung einhergehen, übersteigen.

Multimodale Therapiekonzepte bei ADHS

Auch Angst und Aggression beachten

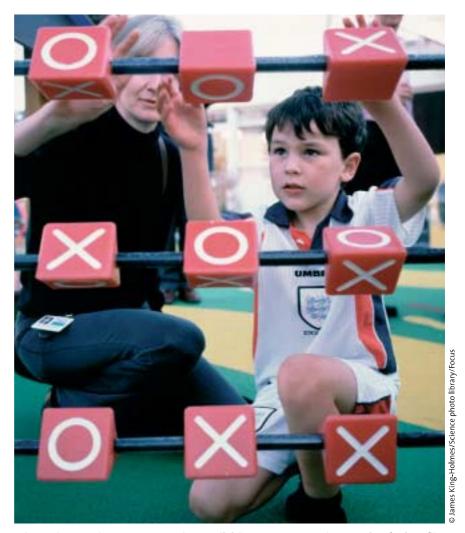
G. LEHMKUHL

Bei den meisten Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/
Hyperaktivitätsstörung treten über die reinen ADHS-Symptome hinaus häufig auch Aggression, Angst oder Depressionen auf. In diesen Fällen scheinen multimodale Therapiekonzepte die Gesamtsymptomatik besser zu reduzieren als eine rein medikamentöse Therapie mit Psychostimulanzien.

ie Diagnostik und Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes- und Jugendalter rückt zunehmend in den Blickpunkt einer interessierten und kritischen Öffentlichkeit. Besonders Nutzen und Risiken einer medikamentösen Therapie werden heftig diskutiert. Es wurden generelle Zweifel am ADHS-Konzept, an der Häufigkeit der Diagnose sowie an der Angemessenheit der medikamentösen Therapie geäußert. Dem muss entgegengehalten werden, dass es sich um eine der häufigsten Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter handelt, die oft mit komorbiden Störungen einhergeht. Eine hohe Stabilität der Symptomatik vom Vorschul- bis in das Erwachsenenalter hinein beeinflusst dabei die psychosoziale und vor allem die schulische Entwicklung sowie die Integration nachhaltig negativ.

Komorbide Störungen

Die Leitsymptome sind Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), Überaktivität (Hyperaktivität,



Mit speziellen Spielen zur ADHS-Diagnostik können Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit, Geschicklichkeit sowie soziales Verhalten getestet werden.

motorische Unruhe) und Impulsivität. Dabei handelt es sich um ein durchgehendes Verhaltensmuster, das situationsübergreifend ist und dem Entwicklungsstand nicht entspricht. Die Angaben zur Prävalenz variieren zwischen 7–17% aller Jungen im Alter von sechs bis zwölf Jahren und von 3–6% aller Mädchen [5, 14].

Im Hinblick auf die Therapieplanung ist besonders auf komorbide Stö-

rungen zu achten, die bei zwei Dritteln aller Kinder mit einer ADHS zusätzlich vorhanden sind. Hier stehen externale Auffälligkeiten mit aggressiven und dissozialen Symptomen im Vordergrund (30–50%). Nicht selten treten jedoch auch internale Störungen mit Angst (20–30%) und Depressionen (10–40%) auf. Besonders zu beachten sind Teilleistungsstörungen (ca. 20%) wie Legasthe-



Fortbildung | Multimodale Therapiekonzepte bei ADHS

nie und Dyskalkulie, die spezielle Fördermaßnahmen erfordern. Es handelt sich somit um eine komplexe Störung. Die Ergebnisse der Multi-Modal-Treatment-Study of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD; MTA-Studie, [10, 15, 16]) definieren drei empirisch gewonnene Symptomprofile:

- __ Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndrome mit begleitender Angststörung,
- _ solche mit oppositionellem und dissozialem Verhalten sowie
- __ eine Kombination von internalen und externalen Symptomen.

Diagnostisches Vorgehen

Die Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter unterscheiden zwischen einer störungsspezifischen Diagnostik und Entwicklungsgeschichte sowie störungsrelevanten

Rahmenbedingungen [3]. Neben den Leitsymptomen müssen mögliche komorbide Störungen, begleitende Belastungs- und Bedingungsfaktoren in Familie und Schule wie beispielsweise inkonsistente Erziehungshaltungen oder negative Lehrer-Schüler-Interaktionen dokumentiert und in ihren Auswirkungen erkannt werden (Tab. 1). Wichtig erscheint vor allem eine individualisierte Diagnostik, bei der die jeweiligen Zielsymptome, psychosoziale Merkmale sowie behandlungsrelevante Auffälligkeiten erfasst und deren Veränderung im weiteren Verlauf kritisch überprüft werden. Die Leitlinien deutscher, europäischer und internationaler Fachgesellschaften weisen auf die Notwendigkeit eines solch genauen Vorgehens unter Einbeziehung der Informationen von Eltern, Erziehern und Lehrern sowie testpsychologischer Untersuchungen und

Tabelle 1

körperlicher Abklärungen hin. Nur so lässt sich ein spezifischer Behandlungsplan erstellen, der entsprechend der individuellen Symptomatik verschiedene Komponenten einbezieht.

Multimodale Therapieansätze

In der Multi-Modal-Treatment-Study of Children with ADHD wurden 579 Kinder in sechs amerikanischen Zentren über 14 Monate nach einem multimodalen Konzept behandelt [1, 15-18]. Dieses bestand sowohl aus intensiver Beratung, medikamentöser Behandlung, Verhaltenstherapie und kombiniertem sowie standardisiertem Vorgehen. Die Effekte der Settings wurden hinsichtlich ihrer Akzeptanz und Wirksamkeit verglichen. Eine Titration der Methylphenidat-Dosierung erfolgte über mehrere Wochen; die durchschnittliche Dosis lag bei 30,5 mg pro Tag. Zum Ende des 14-monatigen Untersuchungszeitraums erhielten von den Kindern, die ursprünglich für die medikamentöse Therapie (oder Kombinationstherapie) vorgesehen waren, 73% Methylphenidat, 10% D-Amphetamin, 1% Pemolin, 0,3% Imipramin, 0,3% Buproprion und 18% keine Medikation. Die Verhaltenstherapie umfasste eltern-, schul- und kindzentrierte Interventionen und wurde mit hoher Intensität durchgeführt. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Bezogen auf die hyperkinetische Symptomatik in Schule und Familie sind medikamentöse Therapien mit Beratung meist wirksamer als Verhaltenstherapie und auch der Standardtherapie überlegen. Die sozialen Kompetenzen des Kindes werden jedoch durch kombinierte Therapieansätze stärker verbessert. So hängen differenzielle Effekte vor allem mit dem Komorbiditätsspektrum zusammen

Diagnostisches Vorgehen bei psychischen Störungen [1, 3]			
Bereich	Inhaltliche Schwerpunkte		
Störungsspezifische Symptome	Exploration der Leitsymptome: Hyperak- tivität, Impulsivität und Aufmerksam- keitsstörung mit Erfassung von Häufig- keit, Intensität sowie situativer Variabili- tät im Selbst- und Fremdurteil (Eltern, Lehrer, Erzieher)		
Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte	Beginn und Verlauf der Symptoma- tik, frühkindliche Temperamentsmerk- male, frühe Entwicklungsverzögerun- gen oder -defizite		
Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörung	Störung des Sozialverhaltens, um- schriebene Entwicklungsstörungen, Teilleistungsdefizite, Hinweise auf Lernbehinderung, Tic- und Angst- störungen, negatives Selbstkonzept beziehungsweise depressive Störungen		
Störungsrelevante Rahmenbedingungen	Abnorme psychosoziale Bedingungen, familiäre Ressourcen, Störungskonzepte und spezifische Bewältigungsstrategien der Eltern, Beurteilung des familiären Beziehungsgefüges und des Erziehungsverhaltens, Information vom Kindergarten/von der Schule		
Testpsychologische Diagnostik	Intelligenz-, Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik		
Somatische Diagnostik	Abklärung begleitender körperlicher Erkrankungen, z.B. Störung des Schild- drüsenstoffwechsels, sowie akute und chronische zerebrale Erkrankungen (neurologische Untersuchung, EEG-Ableitung)		

Therapie der Gesamtsymptomatik

Werden die unterschiedlichen Symptomprofile hinsichtlich ihres Ansprechens auf die Behandlung miteinander verglichen, dann zeigt sich, dass die Subgruppe der Kinder mit hyperkinetischem, ängstlichem und sozial auffälligem Verhalten am besten auf die Kombination aus Medikation und Verhaltenstherapie anspricht.Bei Kindern mit rein hyperkinetischer Symptomatik und solchen, bei

	Tabelle 2	
Ergebnisse der Therapieforschung bei Kindern mit ADHS		
Interventionen in der Schule	unmittelbare Effekte sind gut belegt; hohe interindividuelle Variabilität	
Eltern-Training/Eltern-Kind-Therapie	unmittelbare Effekte sind gut belegt; hohe interindividuelle Variabilität; Kurz- und Langzeiteffekte bei Kindern mit oppos. Störungen sehr gut belegt	
Kognitive Therapie des Kindes	isolierte Selbstinstruktion weniger erfolgreich (Generalisierung)	
Pharmakotherapie nach Döpfner und Lehmkuhl 2002	Selbstmanagement möglicherweise hilf reich (Psychostimulanzien, Atomoxetin); unmittelbare Effekte sind gut belegt Langzeiteffekte, Datenlage weniger gut, jedoch effektiv	

denen Sozialstörungen hinzukommen, sind nur Vorgehensweisen erfolgreich, die eine Medikation einschließen. Die MTA-Studie belegt eindrucksvoll, dass die Effektivität von psychosozialen Interventionen am stärksten von einem breiten Spektrum verschiedener Maß-

nahmen sowie von einem Behandlungsprogramm nach den individuellen Bedürfnissen des jeweiligen Kindes abhängt [8]. Die Ergebnisse nach einem Followup-Zeitraum von 36 Monaten führen zu einem differenzierten Bild: Die Hälfte der verhaltenstherapeutisch behandelten

Fazit

Aus den vorliegenden Studien lässt sich ableiten, dass bei der Veränderung der hyperkinetischen Kernsymptomatik die Stimulanzientherapie der reinen Verhaltenstherapie in fast allen Parametern überlegen ist. Der Stellenwert der Kombinationsbehandlung bleibt weiterhin umstritten, jedoch gibt es Hinweise, dass eine multimodale Therapie vor allem dann hilfreich ist, wenn in Abhängigkeit von komorbiden Symptomen differenzielle Therapieindikationen getroffen werden müssen.

Auch wenn die Feststellung, dass zusätzliche Maßnahmen zur Methylphenidatbehandlung den Behandlungserfolg nur bedingt verbessern, ernüchternd erscheint, muss hervorgehoben werden, dass in Abhängigkeit von Art und Ausmaß der Symptomatik, situativen Einflüssen und Komorbiditäten verschiedene Entscheidungsschritte zur Optimierung der einzelfallbezogenen Behandlungsstrategie zu treffen sind [20]. Insofern sollte eine enge Verknüpfung von individualisierter Diagnostik und einem darauf aufbauenden spezifischen Therapie- und Interventionsprogramm erfolgen.

Neben den umfangreichen empirischen Kontrollgruppendesignstudien erlauben auch kleine Serien von Einzelfallstudien mit gutem experimentellen Design Aussagen über den Behandlungserfolg und die Effektivität unterschiedlicher Therapiebausteine. So entwickelten Döpfner und Mitarbeiter einen Entscheidungsbaum zur Planung einer multimodalen Therapie bei Schulkindern, indem einzelne Behandlungsbausteine je nach individueller Problemkonstellation miteinander kombiniert werden können. Anhand von Einzelfallstudien wurde die Wirksamkeit dieses Programms in Verbindung mit einer Stimulanzientherapie demonstriert [12].

Bei der Kombination der verschiedenen Behandlungsmaßnahmen kann auf viele evidenzbasierte Verfahren zurückgegriffen werden (Tab. 2). Obwohl inzwischen die positiven Effekte von verhaltensmodifizierenden und medikamentösen Ansätzen in der Behandlung von Kindern mit ADHS gut belegt sind, fehlt es noch an optimalen Strategien, um im Einzelfall ein spezifisches Interventionsprogramm zusammenzustellen [9]. Umso wichtiger erscheint es, in der häufig längerfristig zu planenden Behandlung, regelmäßige Verlaufskontrollen vorzunehmen, um die Effektivität des gewählten Vorgehens kritisch zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern.

Kinder benötigte keine Medikation mehr. Medikation und Verhaltenstherapie erwiesen sich auf längere Sicht als gleich effektiv [19].

Eine weitere Studie zu unterschiedlichen Behandlungsoptionen und -intensitäten zeigte, dass eine niedrige Methylphenidat-Dosis mit Verhaltenstherapie besser wirksam war als eine höhere Dosierung ohne entsprechende behaviorale Interventionen. Darüber hinaus bevorzugen Eltern meist psychotherapeutische Maßnahmen oder kombinierte Therapien gegenüber einer reinen psychopharmakologischen Vorgehensweise [19].

Die Ergebnisse [6] einer multimodalen Therapiestudie belegen, dass die Kombination von Stimulanzien und Verhaltenstherapie bei der Verminderung von Auffälligkeiten in der Schule der alleinigen Verhaltenstherapie überlegen ist [7]:

- ► Fast alle Kinder, die initial mit Stimulanzien behandelt wurden, erhielten ergänzend Verhaltenstherapie.
- > 30% der Kinder, die initial mit Verhaltenstherapie behandelt wurden, erhielten ergänzend eine Stimulanzienbehandlung.
- Die Kombination von Stimulanzienund Verhaltenstherapie war bei der Verminderung der Auffälligkeiten in der Schule der ausschließlichen Verhaltenstherapie überlegen.

In einer neueren Untersuchung wurde überprüft, wie sich die Symptomatik bei Kindern, die Methylphenidat-Responder sind, über einen Zeitraum von zwei Jahren entwickelt: Die Effekte waren über zwei Jahre stabil und konnten durch eine kombinierte Behandlung mit Elternberatung und -training, Einzelpsychotherapie sowie schulischer Unterstützung nicht verbessert werden [1, 11].

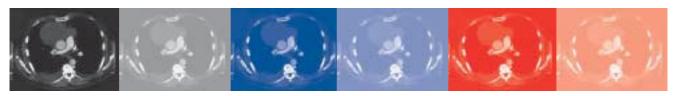
Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gerd Lehmkuhl

Klinik und Poliklinik des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln E-Mail: gerd.lehmkuhl@uk-koeln.de



Fortbildung



Neuromuskuläre Erkrankungen

Myasthenie und Thymom

B. SCHALKE

Die Myasthenie ist eine klinisch gut definierte Erkrankung der neuromuskulären Synapsen, bei der es durch spezifische Antikörper gegen den Acetylcholinrezeptor zu einer Blockierung der neuromuskulären Überleitung kommt. Die mit Thymomen assoziierte paraneoplastische Myasthenie stellt zurzeit sicher die größte diagnostische und therapeutische Herausforderung dar.

ie Myasthenie wird allgemein auch heute noch als ein relativ einheitliches klinisches Krankheitsbild betrachtet, deren Klassifikation überwiegend nach der Stadieneinteilung von Ossermann erfolgt. Diese Klassifizierung bezieht sich ausschließlich auf den Schweregrad und die Ausprägung der Erkrankung. Die unterschiedliche Pathogenese der Myasthenie wird dage-

gen in therapeutische Entscheidungen oftmals nicht in ausreichendem Maße mit einbezogen. Unter pathogenetischen Gesichtspunkten kann die Myasthenie jedoch auch folgendermaßen eingeteilt werden:

I. Rein okuläre Myasthenie: Acetylcholinrezeptor-Antikörper (AChR-AK) nur in 50% der Fälle positiv, die Rolle der Thymektomie ist unklar.

II. Generalisierte Myasthenie mit positivem AChR-AK-Titer, Thymushyperplasie: Erkrankungsalter vor dem 40. Lebensjahr und überwiegende HLA-Assoziation zu A1B8DR3. Die Thymektomie scheint einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf zu nehmen.

III. MUSK (Muskelspezifische Kinase)Antikörper positive Myasthenie: Hierbei handelt es sich um eine neu beschriebene Untergruppe, bei der die Thymuspathologie in der Regel unauffällig
ist. Die Patienten haben keine positiven
AChR-AK-Titer im Serum. Eine Thymektomie scheint keinen Effekt zu haben.
Auch die übrigen therapeutischen Maßnahmen wirken eher schlechter als bei
den AChR-AK-positiven Patienten.

IV. AChR-AK und MUSK-AK negative Myasthenie: Bei der betroffenen kleinen Patientengruppe, die sich therapeutisch eher wie die MUSK-positiven ver-

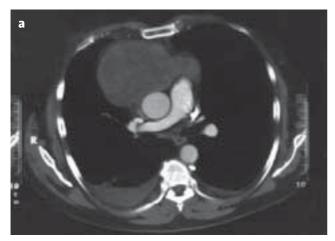




Abbildung 1: Malignes, primär inoperables Thymom vor Sandostatin-LAR/Methlyprednisolon-Therapie **(a)**; Thymom nach zwölf Wochen Therapie mit 30 mg Sandostatin-LAR/zwei Wochen und 40 mg Methylprednisolon/Tag **(b)**

60 NEUROTRANSMITTER 2-2006

Prof. Dr. B. Schalke, Regensburg



hält, ist das pathogene Antigen noch nicht bekannt. Diese Erkrankungen werden unter der Gruppe der sero-negativen Myasthenien (SNMG) zusammengefasst.

V. Gruppe der medikamenteninduzierten Myasthenie (z.B. durch d-Penicillamin): Bei den betroffenen Patienten findet sich ein positiver AChR-AK-Titer im Serum, über die Thymuspathologie ist nichts bekannt. Sowohl Erkrankung als auch AChR-AK-Titer verschwinden mit dem Absetzen des d-Penicillamins.

VI. Neonatale Myasthenie bei Kindern myasthener Mütter: Bei dieser Unterform handelt es um eine so genannte "passive transfer"-Form der Myasthenie. Die Antikörper werden diaplazentar und in einigen Fällen auch über das Kollostrum übertragen. Etwa 10 % der Neugeborenen zeigen Krankheitssymptome, die sich in den ersten Lebensstunden bis Tagen entwickeln, jedoch stets spontan wieder abklingen. Die Therapie erfolgt rein symptomatisch mit Cholinesterase-Hemmern.

VII. Graft-versus-Host-Myasthenie: Bei Patienten mit allogener Knochenmarkstransplantation ist das eine seltene Komplikation, die häufiger dann auftritt, wenn die Immunsuppression wegen der Knochenmarkstransplantation reduziert wird. Die Therapie erfolgt wie bei jeder anderen Graf-versus-Host-Reaktion.

VIII. Paraneoplastische Myasthenie bei Patienten mit Thymomen: Bei dieser Erkrankung kommt es zur Kreuzreaktion von Antikörpern, die gegen die Tumorantigene gerichtet sind, mit dem Acetylcholinrezeptor. Da sich hierzu in den letzten Jahren für das Verständnis der Pathogenese und Therapie viele neue Erkenntnisse ergeben haben, soll im Folgenden ein etwas umfangreicherer Überblick gegeben werden.

Diagnostik und Therapie der paraneoplastischen Myasthenie

Thymome sind epitheliale Tumoren und die häufigste Tumorform im vorderen Mediastinum. Gemäß der neuen WHO-Klassifikation [Rosai, 1999] werden diese heute nach WHO-Typ A, AB, B und C (Tab. 1) eingeteilt. Die Myasthenie tritt nie zusammen mit Tumoren der WHO-Gruppe C auf, den Thymus-Karzinomen, die eine klinische sehr hetero-

W. 10 W.		Tabelle 1
WHO-Klas	sifikation von Thymomen	
WH0-Typ	Klinisch-pathologische Klassifikation (Levine and Rosai, 1976)	Terminologie der "histogenetischen Klassifikation" für histologische Tymom-Subtypen
A AB	Benigne Thymome	medulläres Thymom Thymom vom Mischtyp
B1 B2 B3	Maligne Thymome Kategorie I	vorwiegend kortikalkortikalgut differenziertes Thymuskarzinom
С	Maligne Thymome Kategorie II	 epidermoides verhornendes Plattenepithelkarzinom epidermoides nicht verhornendes Karzinom Lymphoepitheliom-artiges Karzinom sarkomatöses Karzinom (Karzinosarkom) hellzelliges Karzinom mukoepidermoides Karzinom undifferenziertes Karzinom

gene Gruppe darstellen. Die Einteilung nach den Tumorstadien [nach Masaoka, Tab. 2] hat sich als ein sehr wichtiger prognostischer Faktor für den klinischen Verlauf herausgestellt. Dies konnte durch zahlreiche Studien bestätigt werden.

Als Goldstandard für die bildgebende Diagnostik gilt das Thorax-CT mit und ohne Kontrastmittel. Es ermöglicht in der Regel eine exakte Abgrenzung der umliegenden anatomischen Strukturen, besonders der großen Gefäße und des Herzens. Die Kernspintomografie ist nur dann von Vorteil, wenn präoperativ die Frage geklärt werden soll, inwieweit eventuelle Organinfiltrationen vorliegen. Die Kernspintomografie ist jedoch auch die diagnostische Methode der ersten Wahl

bei Kindern und Jugendlichen, wobei bei Kleinkindern auch der Ultraschall als eine valide Methode zur Größenfestlegung und Abgrenzung der anatomischen Strukturen gilt.

Die Evaluation von Therapiestrategien gestaltete sich in der Vergangenheit immer sehr schwierig. Dies hatte vielerlei Gründe, zum Beispiel die nicht eindeutige histologische Klassifikation. Dieses Problem ist jetzt durch die allgemein akzeptable WHO-Klassfikation jedoch überwunden. Parallel dazu wurde die Masaoka-Stadieneinteilung herangezogen. Aus beiden Einteilungen, einerseits Histologie und andererseits Operationsstatus (das heißt mit oder ohne Organinfiltration, Fernmetastasen, etc.), ergibt

Tabelle 2

Einteilung	der Tumors	tadien von	Thymomen*
------------	------------	------------	-----------

Stadium I morphologisch komplett umkapselter Tumor mit Invasion in die Kapsel, aber nicht darüber hinaus

Stadium II mikroskopische Invasion des Tumors durch die Kapsel in das umgebende Fettgewebe oder in die mediastinale Pleura

Stadium III mikroskopische Invasion in das Perikard oder in benachbarte Organe (große Gefäße, Lunge)

Stadium IVa Ausbreitung in Pleura oder Perikard

Stadium IVb Metastasen nach lymphogener oder hämatogener Streuung

*modifiziertes Masaoka-Staqing-System, wie es von Shimosato und Mukai, 1994/7, vorgeschlagen wurde



Fortbildung | Neuromuskuläre Erkrankungen



sich das therapeutische Prozedere. Bei großen Tumoren sollte in jedem Falle eine Biopsie erfolgen, bevor ein operativer Eingriff durchgeführt wird.

Ein weiterer Grund, weshalb keine großen einheitlichen Therapiestudien durchgeführt wurden, liegt sicher in der Seltenheit dieser Tumore; Thymome kommen mit einer Inzidenz von 1: 1.000.000 vor. Dass bei vielen Patienten die Metastasen erst nach einem Zeitraum von über fünf Jahren auftreten, wenn sie meistens aus der primären Tumornachsorge schon entlassen sind, ist ein weiterer Punkt, der die Abschätzung der Langzeitprognose erschwert. Retrospektive Studien hatten bisher den Nachteil, dass in ihnen die Thymome mit niedrigem Risiko überrepräsentiert waren, während die Patienten mit einem hohen Risiko frühzeitig verstarben und nicht mehr weiter untersucht werden konnten. Als Standardprotokoll der postoperativen Therapie gilt das von Löhrer vorgeschlagene PAC-Schema mit nachfolgender Radiotherapie. Es enthält eine Hochdosis Cisplatin, Antrazyklin und Cyklophosphamid, gefolgt von einer Strahlentherapie. Ziel sollte es jedoch sein, bei Patienten mit primär nicht komplett resezierbarem Tumor (aufgrund der Bildgebung) vorab so zu behandeln, dass es

Informationen zur klinischen Studie

Wegen der Seltenheit dieser Tumoren ist die Studie für Patienten mit primär inoperablen Thymomen offen für Patienten aus der gesamten Bundesrepublik. Das Studienzentrum ist an der neurologischen Universitätsklinik Regensburg lokalisiert, die chirurgische Therapie kann wohnortnah nach Abschluss der neoadjuvanten Therapie erfolgen. Eine Kontaktaufnahme mit dem Studienzentrum ist unter der Telefonnummer (09 41) 94 1-80 42 über Prof. Dr. B. Schalke jederzeit möglich (Anschrift der Studienzentrale siehe Autorenadresse).

nach der neoadjuvanten Therapie möglich ist, den Tumor möglichst in toto und in sanu zu entfernen.

Eine interessante Möglichkeit ergibt sich aus der Tatsache, dass Thymome Somatostatin-Rezeptor-positiv sind. Das ist hilfreich in der Diagnostik mediastinaler Raumforderungen zur Abgrenzung einer Thymushyperplasie oder eines Thymolipoms, die nur eine schwache Background-Anfärbung zeigen. Thymome und ihre Metastasen hingegen färben sich kräftig an. Diese Eigenschaft wurde zunächst im Rahmen der Palliativtherapie genutzt. Bei Patienten, die mit Sandostatin und Kortikosteroiden behandelt wurden, gelang es in vielen Fällen, das Tumorwachstum zu verhindern.

Der unseres Erachtens interessanteste Ansatz liegt darin, Patienten mit primär inoperablen Thymomen präoperativ neoadjuvant mit Sandostatin LAR in Verbindung mit Methylprednisolon zu behandeln. Ziel dieser Therapie ist es, den Tumor zu verkleinern und damit resektabel zu machen. Voruntersuchungen zeigten, dass in einem hohen Maße eine Verkleinerung des Tumors möglich ist. Im Rahmen einer Phase-II-Studie (Protokoll-Nr. CSMS995DE13) wird die Effektivität (Größenreduktion des Tumors) der Behandlung mit Sandostatin LAR bei Patienten mit primär inoperablen Thymomen untersucht. Ein weiteres Ziel dieser Studie ist, die Operabilität zu verbessern und Erkenntnisse über den Wirkmechanismus zu erhalten (weitere Informationen über die Studie siehe Kasten).

Die Abbildungen 1a und b (S. 60) geben den Befund bei einem Patienten mit einem malignen, primär inoperablen Thymom vor und nach der neoadjuvanten Behandlung (Therapiedauer zwölf Wochen) wider. Der Befund zeigt eindrücklich, welcher therapeutische Effekt unter dieser Behandlung möglich ist. Die Resektion gelang ohne große chirurgische Probleme. Der Patient wurde nach dem PÁC-Schema nachbehandelt und bestrahlt. Bis zum heutigen Tage finden sich keine Hinweise auf ein Rezidiv. Die

Myasthenie verschlechterte sich unter diesen therapeutischen Maßnahmen nicht, sie stabilisiert sich vielmehr, sodass die Patienten zum Zeitpunkt der Operation in der Regel keinerlei relevante myasthene Beschwerden mehr haben.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. med. Berthold Schalke Leitender Oberarzt, Neurologische Universitätsklinik Regensburg, Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg,

E-Mail: berthold.schalke@medbo.de

Prof. Dr. med. Alexander Marx, Würzburg

Die Studie wird gefördert durch den Euro-Thymaide Grant (LSHB-CT-2003-503410) und den deutschen Krebshilfe Grant (10-1740).



Interferon beta wurde vor mehr als zehn Jahren erstmalig zur Therapie der schubförmigen Multiplen Sklerose zugelassen und repräsentiert seitdem einen wichtigen Baustein in der Immunmodulation betroffener Patienten. Die unterschiedliche Immunogenität der Interferonpräparate steht zurzeit immer wieder im Mittelpunkt der klinischen und wissenschaftlichen Diskussion. Denn neutralisierende Antikörper gegen Beta-Interferone hemmen bei einem Teil der Patienten die Wirksamkeit der immunmodulierenden Substanzen.

Interferon beta-Therapie bei Multipler Sklerose

Neutralisierende Antikörper – Konsequenzen für die Therapieentscheidung?

A. Brosig, B. Hemmer, B. C. Kieseier, H.-P. Hartung

n den letzten Jahren rückte in der Behandlung der Multiplen Sklerose das Auftreten neutralisierender Interferon beta-Antikörper zunehmend in das Blickfeld der Neurologen. Von mehreren Seiten wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen sekundärem Therapieversagen unter Behandlung mit Interferon beta und dem Auftreten neutralisierender Antikörper (NAbs) hergestellt. Da die Antikörper (NAbs)

tikörperbestimmung in den jeweiligen Labors mit verschiedenen Techniken durchgeführt wurde und teilweise auch noch wird, ist es wichtig, die unterschiedlichen Methoden zu kennen und deren Aussagekraft interpretieren zu können.

Antikörper gegen Fremdproteine

B-Lymphozyten repräsentieren die zelluläre Komponente im humoralen Arm

des erworbenen Immunsystems unseres Organismus. Im Gegensatz zu Makrophagen und natürlichen Killerzellen können B-Zellen Fremdantigene spezifisch erkennen. Dabei besitzt jede Einzelzelle beziehungsweise jeder Klon nur einen Antigenrezeptortyp, wobei sich die Vielfalt der antigenen Zuständigkeiten durch die Vielfältigkeit unterschiedlicher Zellklone erklärt. Gelangt ein bestimm-



tes Antigen, beispielsweise ein Fremdprotein in Form eines injizierten Therapeutikums, in den Körper, so bindet es an B-Zellen mit entsprechenden Rezeptoren. Diese jeweiligen Klone werden selektioniert und nach ihrer Aktivierung und Reifung produzieren Tochterzellen des so ausgewählten B-Zell-Klons Immunglobuline derselben Antigenspezifität, die in löslicher Form nun an das Zielantigen binden können.

Immunogenität rekombinanter Proteine

In den letzten Jahren wurden zunehmend neue, innovative, auf rekombinanten Proteinen basierende Therapeutika eingesetzt. Viel Erfahrung hat man in der Klinik bei Proteinersatztherapien sammeln können. Durch ständig verbesserte Herstellungsmethoden konnte die Immunogenität solcher, dem Organismus zugeführten Proteine, gesenkt werden. Dennoch kommt es weiterhin häufig zur Bildung neutralisierender Antikörper im Organismus durch eine Vielzahl injizierter Proteine wie beispielsweise Insulin, Erythropoetin, humane Wachstumsfaktoren, Botulinumtoxin oder Interferon alpha. Das zur Krebstherapie verwendete Interferon alpha zeigt beim Auftreten neutralisierender Antikörper einen klaren klinischen Wirkverlust. Analog dazu ist auch aus dem Bereich der Neurologie mit dem Auftreten neutralisierender Antikörper von Botulinumtoxin eine verminderte Wirksamkeit der Behandlung bekannt.

Immunogenität der Interferon beta-Präparate

Beta-Interferone sind bei der Multiplen Sklerose seit vielen Jahren zur Therapie der schubförmigen, teilweise auch der sekundär chronisch-progredienten Verlaufsform und beim klinisch isolierten Syndrom zugelassen. Es sind drei verschiedene rekombinante Interferon beta-Präparate auf dem Markt erhältlich: Interferon beta-1b (Betaferon®) hat eine Größe von 18,5 kD und enthält zwei Aminosäureveränderungen, eine Deletion von Methionin an Position 1 sowie eine Substitution von Cystein durch Serin an Position 17. Das Protein wird rekombinant in Bakterien hergestellt und zur Therapie jeden zweiten Tag mit einer

Dosierung von 8 Millionen Einheiten subkutan injiziert. Interferon beta-1a hat ein Molekulargewicht von 23 kD, wird in chinesischen Hamster-Ovarialzellen produziert und enthält im Vergleich zum humanen Interferon beta keine Modifikationen. Es wird entweder dreimal wöchentlich subkutan mit einer Dosis von 22 μg oder 44 μg (Rebif®) oder einmal wöchentlich intramuskulär mit einer Dosis von 30 µg (Avonex®) injiziert. Da sich bakterielle und Mammaliazellen hinsichtlich der posttranslationalen Modifikation unterscheiden, finden sich auch bei den rekombinanten Proteinen Unterschiede. Während Interferon beta-1b in einer bakteriellen Zelle posttranslational modifiziert wird und somit nicht glykosyliert vorliegt, trägt Interferon beta-1a die Signatur einer Proteinmodifikation einer Säugetierzelle und liegt demzufolge glykosyliert vor. Trotz der strukturellen Unterschiede binden sowohl Interferon beta-1b als auch Interferon beta-1a an denselben Rezeptor und vermitteln über ihn

Die drei zur MS-Therapie erhältlichen Interferon beta-Präparate unterscheiden sich in ihren immunogenen Eigenschaften, wobei Avonex[®] die niedrigste Immunogenität aufweist.

Antikörperbestimmung

ihre biologische Aktivität.

Prinzipiell lassen sich zwei verschiedene Nachweise durchführen: die Bestimmung so genannter bindender Antikörper und die Bestimmung neutralisierender Antikörper.

Bindende Antikörper: Bei deren Nachweis werden alle Antikörper erfasst, die Interferon beta binden, ohne unterscheiden zu können, ob dadurch ein funktioneller Wirkverlust entsteht oder nicht. Bindende Antikörper binden an Interferon beta ohne zwingend dessen Aktivität zu neutralisieren; nur wenn ein Antikörper an biologisch relevante Proteinstrukturen bindet oder Interferon beta durch Konformationsänderungen inaktiviert, kommt es zu einem Wirkverlust des Proteins. Der Vorteil der Bestimmung von bindenden Antikörpern liegt in der Einfachheit der technischen Durchführung. Die Methodik erlaubt eine rasche Voruntersuchung, und zeigt, ob Antikörper

gebildet wurden oder nicht. Ein häufig verwendeter Test zum raschen Nachweis bindender Antikörper ist der Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA). Mit diesem Testverfahren kann jedoch keine Aussage über die neutralisierende Potenz der gemessenen Antikörper getroffen werden.

Neutralisierende Antikörper: Die Bestimmung neutralisierender Antikörper ist wesentlich schwieriger, da die Tests häufig den direkten biologischen Wirkeffekt von Interferon beta in einer Zell-

kultur nachweisen. Die am häufigsten verwendete Methode ist der Cytopathic Viral Effects (CPE)-Assay, der auf der antiviralen Wirkung von Interferon beta beruht. Kultivierte Tumorzellen werden dabei in vitro mit einem zytopathischen Virus inkubiert, gleichzeitig wird Interferon beta hin-

gleichzeitig wird Interferon beta hinzugegeben, das den zytotoxischen Effekt des Virus aufhebt; wird nun noch Patientenserum in niedriger Konzentration hinzugefügt und enthält dieses neutralisierende Antikörper, so wird der schützende Effekt von Interferon beta aufgehoben und die Zellen sterben unter dem Viruseinfluss. Die niedrigste Serumkonzentration, die zum Auftreten des zytopathischen Effektes führt, spiegelt den NAb-Titer des Patientenserums wider. Eine Standardisierung eines solchen Verfahrens ist schwierig, denn beispielsweise werden dabei sowohl verschiedene Zelllinien als auch verschiedene Virusstämme und unterschiedliches Interferon beta verwendet.

Andere Verfahren untersuchen daher nicht das Ausmaß der viralen Zytotoxizität, sondern messen eine durch Interferon beta induzierte Proteinexpression in der Zellkultur. Interferon beta induziert nach Bindung an den spezifischen Rezeptor hunderte von Genen einer Zelle. Das nach gegenwärtigem Verständnis spezifischste Gen für eine Interferon beta-Antwort ist das so genannte MxA-Gen, das das Myxovirus-Protein A kodiert. Konsekutiv wird also in einer Zellkultur nach in vitro Stimulation mit Interferon beta die Expression von MxA-Proteinen gemessen; werden Serumproben von Patienten dazugegeben, sinkt die MxA-Protein-Konzentration, falls NAbs im Serum vorhanden sind. Die europäischen



Fortbildung Interferon beta-Therapie bei Multipler Sklerose

Zulassungsbehörden favorisieren zwar einen solchen Test, problematisch ist jedoch die reliable Bestimmung des MxA-Proteins, die nicht allseits gewährleistet werden kann und somit eine große Hürde für eine gegenwärtige, allgemeine Empfehlung dieser Testmethode darstellt.

Eine alternative Strategie zur Bestimmung der MxA-Antwort außerhalb der Zellkultur stellt die direkte Messung der genomischen MxA-Antwort beim Patienten selbst dar. Exakt zwölf Stunden nach der letzten Injektion von Interferon beta (Vorarbeiten hatten ergeben, dass sich die stärkste MxA-RNA-Expression nach zwölf Stunden zeigt) wird dem Patienten, der sich unter laufender Therape befindet, Blut abgenommen und die MxA-Antwort auf RNA-Ebene in Monozyten aus dem peripher venösen Blut gemessen. Auch hier führt das Vorhandensein neutralisierender Antikörper zu einer Abschwächung der immunologischen Antwort auf Interferon beta und somit zu einer verringerten Expression der MxA-RNA.

Unabhängig davon, welche Methode zur Bestimmung neutralisierender Antikörper herangezogen wird, besteht allgemeiner Konsensus darüber, dass erst nach wiederholter Testung von einem positiven Ergebnis gesprochen werden kann. In vielen Studien wird leider die einmalige positive Bestimmung von NAbs als definitives Ergebnis gewertet, was die Interpretation zusätzlich erschwert.

Ein Predictor für die Persistenz von NAbs scheint deren Titer zu sein. NAbs,

Referenzlabor für den Nachweis neutralisierender Antikörper gegen Interferon beta

Neurologische Klinik und Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik

Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

Test-Kit-Anforderung per Fax unter (02 11) 30 20 39 27

Bitte beachten: Blutentnahme muss 12 Stunden nach der letzten Interferon beta-Injektion erfolgen! in hoher Konzentration gemessen, bleiben bei den meisten Patienten bestehen. Daher sollte der Nachweis von NAbs nach drei bis sechs Monaten kontrolliert werden, um Persistenz zu dokumentieren beziehungsweise das Phänomen einer immunologischen Toleranz, also dem Verschwinden von NAbs, nachzugehen.

Trotz der erläuterten technischen Probleme konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden, dass zumindest hohe NAb-Titer einen negativen Effekt auf die therapeutische Wirksamkeit von Interferon beta bei der Behandlung der Multiplen Sklerose haben, gemessen an Schubrate und MRT-Aktivität. Es ist zu

> hoffen, dass prospektive Studien sich der Bedeutung von NAbs annehmen und Klarheit schaffen, welche therapeutische Konsequenzen bei Patienten mit NAbs zu treffen

Praktische Auswirkungen

Für den behandelnden Arzt, der einen an Multiple Sklerose erkrankten Patienten in der Regel über Jahre begleitet, ergeben sich aber jetzt schon behandlungsrelevante Konsequenzen. Für jeden Patienten hat letztlich die bleibende und gesicherte Wirksamkeit des Medikaments, das er sich über Jahre injizieren muss, höchste Priorität. Kritisch und durchaus selbstkritisch muss sich der verordnende Nervenfacharzt und Neurologe spätestens im zweiten Jahr nach Behandlungsbeginn und bei nicht zufrieden stellender Wirksamkeit die Frage nach möglicherweise aufgetretenen neutralisierenden Antikörpern stellen. In den letzten Jahren konnte darauf keine adäquate Antwort gefunden werden. Durch die Einführung von drei NAb-Referenzlaboratorien in Europa (mit Unterstützung der EU) besteht nunmehr die Möglichkeit, entsprechend aussagekräftige Tests durchführen zu lassen.

Für Patienten in Deutschland ist eines der drei NAb-Referenz-Zentren in der Neurologischen Universitätsklinik Düsseldorf (vgl. Kasten) angesiedelt. Für die anfordernden Ärzte ergibt sich die günstige Situation, dass die erforderlichen Tests im Rahmen eines klinischen Forschungsprojektes kostenfrei sind und nicht das Budget belasten. Stellt sich in

diesen Tests eindeutig heraus, dass, in Übereinstimmung mit den klinischen Befunden, die Interferon-Gaben sine effectu sind, sollte die weitere Verordnung dieser kostenintensiven Medikation überdacht werden. Dies schont das einzelne Arzneimittelbudget, aber auch die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten. Nachfolgend muss dann die Entscheidung für ein anderes Therapieregime fallen. An dieser Schnittstelle fehlen bislang eindeutig zielführende Algorithmen. Weitere Forschung ist hier dringend gefragt. Ziel der weiteren Forschung muss darin liegen, festzustellen, welches Interferonpräparat auch auf Dauer die längste Wirkung beziehungsweise die größte klinische Therapieeffizienz aufweist. Die unterschiedliche Immunogenität der Präparate ist beschrieben worden. Langzeitstudien müssen aber noch den klinischen Beleg lie-

Dr. med. Arne Brosig, Grevenbroich

Prof. Dr. med. Bernhard Hemmer, Düsseldorf

Prof. Dr. med. Bernd C. Kieseier, Düsseldorf

Prof. Dr. med. Hans-Peter Hartung Neurologische Klinik, Heinrich-Heine-Universität , Düsseldorf E-Mail: hans-peter.hartung@ uni-duesseldorf.de



In Deutschland leiden vermutlich bis zu 40.000 Menschen an Narkolepsie, einer ungewöhnlichen Erkrankung, die durch das Symptomquartett Hypersomnie mit imperativen Einschlafattacken, Kataplexie, Schlafparalyse und hypnagoge Halluzinationen gekennzeichnet ist. Ihre Behandlung ist schwierig, es gibt nur wenige zugelassene Medikamente. Nun steht mit Natriumoxybat eine neue Substanz zur Behandlung der Kataplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie zur Verfügung.

it einer geschätzten Prävalenz von 0,05 % ist die Narkolepsie eine seltene, meist im zweiten Lebensjahrzehnt beginnende Krankheit des Nervensystems. Art und Schwere der Symptome unterliegen einer großen Variabilität. Die medikamentöse Behandlung (z.B. mit Modafinil oder Methylphenidat zur Behandlung der exzessiven Tagesschläfrigkeit) richtet sich daher nach der vorherrschenden Symptomatik. Da drei der vier wesentlichen Narkolepsiesymptome – Kataplexie, Schlafparalyse und hypnagoge Halluzinationen -REM-Schlaf assoziierte Symptome sind, werden diese häufig mit REM-Schlaf unterdrückenden Substanzen (trizykli-

sche Antidepressiva, MAO-Hemmer) behandelt, meist im off-label-use. Neben der Hypersomnie als viertem Hauptsymptom werden als sekundäre Symptome zusätzlich automatisches Verhalten und fragmentierter oder unterbrochener Schlaf beobachtet.

Die durch eine plötzlich auftretende, bilaterale Schwäche der Skelettmuskulatur (Muskelatonie) gekennzeichnete Kataplexie kann bei Narkolepsiepatienten durch Emotionen wie Lachen, Ärger, sexuelle Erregung oder humorvolle Gedanken ausgelöst werden. Wie in klinischen Studien gezeigt werden konnte, verbessert das neue Präparat Natriumoxybat (Xyrem®) bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie nicht nur die Kataplexie, sondern auch die exzessive Tagesschläfrigkeit und Schlafarchitektur. Bislang hatte nur Clomipramin die Zulassung für die Kataplexietherapie.

Natriumoxybat wurde der Orphan Drug-Status "Arzneimittel gegen eine seltene Krankheit" zuerkannt.

Pharmakodynamik

Natriumoxybat (Gamma-Hydroxybutyrat = GHB) ist ein natürlicher Bestandteil des Säugergehirns. In physiologischer Konzentration weist die Substanz Eigenschaften eines Neurotransmitters auf [Thorpy MJ. Expert Opin Pharmacother. 2005]; sie gilt als GABA_B-Rezeptoragonist. Da die Applikation von GHB zu einem erhöhten Serotoninumsatz sowie zu Interaktionen mit endogenen Opioiden und möglicherweise zur Modulation der dopaminergen Aktivität führt, könnten die pharmakologischen Effekte von Natriumoxybat komplex sein und mehrere Rezeptorsysteme einbeziehen. Der Mechanismus der Kataplexie unterdrückenden Wirkung ist noch unklar [Thorpy MJ. Expert Opin Pharmacother. 2005], es wird jedoch angenommen, dass durch eine Förderung des langsamen (Delta-)Wellen-Schlafes der nächtliche Schlaf gefestigt wird [Mamelak M, Black J, Montplaisir J. Sleep 2005; Fachinformation Xyrem®, Stand: Oktober 2005].

Pharmakokinetik

Die Resorption von Natriumoxybat nach oraler Verabreichung erfolgt rasch, vermindert sich jedoch durch Nahrungsaufnahme. Maximale Plasmakonzentrationen werden nach 0,5–1,25 Stunden erreicht. Die geschätzte Bioverfügbarkeit liegt bei 25%, die Plasmahalbwertszeit ist mit 0,5–1 Stunde sehr kurz. Daher muss das Arzneimittel auch zweimal zur Nacht eingenommen werden: Die erste Einnahme erfolgt unmittelbar beim



Fortbildung Innovative Substanzen

Charakteristika von Natriumoxybat

Handhabung

Zweimalige Einnahme notwendig:

- erste Einnahme unmittelbar beim Zubettgehen
- ___ zweite Einnahme 2,5–4 Stunden später

Sorgfältige Anleitung der Patienten erforderlich:

- Blasenentleerung vor dem Schlafengehen
- letzte Nahrungsaufnahme 2-3 Stunden vor Einnahme
- kein Alkohol und keine anderen Sedativa/Hypnotika

Dosierung

- Anfangsdosis 2 x 2,25 mg (entspricht 2 x 4,5 ml)
- Dosiserhöhung schrittweise alle zwei Wochen bis auf 2 x 4,5 g (entspricht 2 x 9 ml)

Sonstige Hinweise

- Therapie mit Stimulanzien kann fortgeführt werden
- ___ nächtliches Aufstehen vermeiden

Wirksamkeit

- Verzögerter Wirkeintritt auf Kataplexie, maximale Wirksamkeit nach vier bis acht Wochen (Senkung der Episoden zwischen 69% und 90%)
- Gefahr des vorzeitigen Therapieabbruchs!
- sofortige hypnotische Wirkung:
 Steigerung des Tiefschlafs, weniger
 Aufwachreaktionen (nach initialer
 Steigerung des REM-Schlafs sinkt
 dieser Anteil wieder)
- Reduktion der exzessiven Tagesschläfrigkeit

Verträglichkeit

- keine physische Abhängigkeit bei Anwendung über mehr als vier Jahre – trotzdem auf Zeichen des Missbrauchs achten
- Vorsicht bei Patienten mit Niereninsuffizienz und kardialen Erkrankungen: hoher Natriumgehalt
- sehr häufige UAW: Schwindel, Kopfschmerz, Nausea, Schlafstörungen
- delirantes Bild bei Wecken kurz nach Einnahme möglich

Zubettgehen, die zweite 2,5–4 Stunden später (maximal jeweils 4,5 g). Bei Einnahme von 9 g Natriumoxybat in zwei Einzeldosen ergaben sich durchschnittliche Serumkonzentrationen (C_{max}) von 78 μg/ml und142 μg/ml. Das scheinbare Verteilungsvolumen beträgt 0,19 l/kg und 0,384 l/kg, wobei weniger als 1 % bei Plasmakonzentrationen von 3–300 μg/ml an Plasmaproteine gebunden sind; die AUC (area under the curve) nimmt mit steigender Dosis überproportional zu.

Der Hauptmetabolisierungsweg verläuft zumindest in vitro über die GHB-Dehydrogenase und den Tricarbonsäurezyklus (Citratzyklus) bis zu CO₂. Eine Induktion von Cytochrom-P450-Enzymen findet bei Verwendung therapeutischer Dosen nicht statt (Fachinformation Xyrem®, Stand: Oktober 2005).

Klinische Wirksamkeit – Studienlage

Die Zulassung von Natriumoxybat für die Behandlung der Kataplexie beruht im Wesentlichen auf den Ergebnissen der nachfolgend beschriebenen Studien. Obwohl diese Studien primär auf den Nachweis der Wirksamkeit bei Kataplexie ausgelegt sind, erlauben sie auch Rückschlüsse zur Wirksamkeit auf die exzessive Tagesschläfrigkeit sowie die Schlafarchitektur.

US Xyrem Multicenter Study Group [Sleep, 2002]: In dieser multizentrischen, randomisierten, doppelblinden Plazebokontrollierten Studie wurden die Kurzzeiteffekte von Natriumoxybat bei 136 Patienten mit Narkolepsie über einen Zeitraum von vier Wochen untersucht. Die Patienten hatten 3-249 (Median 21) kataplektische Attacken pro Woche und erhielten 3 g, 6 g oder 9 g Natriumoxybat beziehungsweise Plazebo in zwei gleichen Einzelgaben jeweils zum Zubettgehen und im Abstand von 2,5-4 Stunden danach während der Nacht. Zur Beurteilung der Wirksamkeit wurden Tagebücher mit Dokumentation der Anzahl der Kataplexieattacken, Anzahl und Dauer der nächtlichen Aufwachereignisse, Zahl der hypnagogen Halluzinationen und Schlafattacken tagsüber, der Gesamtschlafzeit pro Nacht, der Inzidenz für Schlafparalyse sowie der unerwünschten Ereignisse geführt. Zusätzlich wurden die Bewertungsskalen ESS (Epworth

Sleepiness Scale – exzessive Tagesschläfrigkeit) und CGI (CGI-s Clinical Global Impression of Severity – Erkrankungsschwere; CGI-c Änderung in der Erkrankungschwere) eingesetzt. Primäres Studienziel war die Wirksamkeit auf die Anzahl der Kataplexien pro Woche, die anderen Parameter waren sekundäre Studienziele.

Die Zahl der wöchentlichen Kataplexieattacken wurde bei 3 g und 6 g Natriumoxybat um 49% (p = 0,0529) und bei 9 g um 69 % (p = 0,0008) reduziert. Bei den Patienten in der Plazebogruppe verminderten sich die Attacken um 28%. In allen Verumgruppen verbesserte sich die Tagesschläfrigkeit im ESS dosisabhängig. Signifikanz (p = 0,0001) wurde bei einer Tagesdosis von 9 g erreicht (Reduktion von 17 auf 12 Punkte im ESS). Auch im CGI-c zeigte sich eine dosisabhängige Verbesserung, die bei der Tagesdosierung von 9 g signifikant (p = 0,0002) war. Darüber hinaus wurde die Anzahl der Einschlafattacken tagsüber und der nächtlichen Aufwachereignisse in der Höchstdosis von 9 g signifikant reduziert. Es gab keine Rebound-Kataplexien nach abruptem Absetzen der Medikation am Ende der Studie. Insgesamt verbesserte Natriumoxybat die klinische Narkolepsiesymptomatik über den Beobachtungszeitraum von vier Wochen in der individuell wirksamen Dosierung zwischen 6 g und 9 g. **US Xyrem Multicenter Study Group** [Sleep, 2003]: In einer offenen Fortführung der zuvor beschriebenen Studie mit 118 Patienten wurden die Langzeiteffekte von Natriumoxybat über zwölf Monate dokumentiert. Hierzu erhielten die Patienten gleich zu Beginn 6 g Natriumoxybat pro Nacht, eine Anpassung der Dosierung erfolgte alle zwei Wochen, bis für jeden Patienten die optimale Dosierung gefunden war. Primäre und sekundäre Studienziele und Methodik entsprachen denen der Doppelblindstudie. Eine Medikation mit Stimulanzien (Methylphenidat, n = 52; Amphetamine, n = 44; Pemolin, n = 21; Mazindol, n = 1) bei 104 der eingeschlossenen Patienten (88,1%) konnte in fixer Dosierung über den gesamten Zeitraum beibehalten werden. Die Begutachtung mittels Tagebuch und Bewertungsskalen erfolgte im ersten Monat alle zwei Wochen, danach alle

zwei Monate bis zum Beobachtungsende nach zwölf Monaten. 81,2% der Patienten konnten über drei Monate, 74,4% über sechs Monate und 68,4% über zwölf Monate dokumentiert werden. In diesem Zeitraum reduzierten sich ab der vierten Behandlungswoche die Kataplexien um bis zu 90%. Auch die exzessive Tagesschläfrigkeit im ESS und CGI und die weiteren Parameter verbesserten sich, wobei das Wirkungsoptimum etwa nach zwei Monaten erreicht wurde. Insgesamt zeigte sich auch in der Langzeitanwendung eine signifikante Reduktion der Kataplexien und der Tagesschläfrigkeit. Zeichen für eine Toleranzentwicklung ergaben sich in der 1-Jahres-Studie nicht.

US Xyrem Multicenter Study Group [Sleep Med, 2004]: In der zweiten doppelblinden, Plazebo-kontrollierten Studie mit einem speziellen "Absetzdesign" wurde die Langzeitwirkung von Natriumoxybat untersucht. Hierzu erhielten 55 Narkolepsiepatienten über mindestens sechs Monate (Median 21 Monate; Spanne 7-44 Monate) eine fixe Dosis Natriumoxybat; anschließend wurden sie randomisiert entweder auf Plazebo umgestellt oder weiter mit Natriumoxybat behandelt. Über einen Zeitraum von zwei Wochen stieg die Kataplexiehäufigkeit der auf Plazebo umgestellten Patienten langsam wieder an.

In der Studie bestätigte sich die antikataplektische Langzeitwirkung von Natriumoxybat. Es ergaben sich keine Hinweise auf eine Entzugssymptomatik, auch nicht in einer weiteren Untersuchung [US Xyrem Multicenter Study Group, J Toxicology Clinical Toxicology, 2003].

Die Studiendaten legen nahe, dass eine achtwöchige Beobachtungs- und Titrationsphase mit Natriumoxybat notwendig ist, um eine optimale therapeutische Wirksamkeit zu erreichen. Dies bestätigen auch Daten einer noch nicht im Detail veröffentlichten, aber bei Thorpy beschriebenen, doppelblinden, Plazebo-kontrollierten Studie über acht Wochen mit 228 Narkolepsiepatienten [Thorpy MJ. Expert Opin. Pharmacother. 2005]. In den ersten vier Wochen wurde wöchentlich ein mittlerer Rückgang der Kataplexien um 43,1% (4,5 g), 51,9% (6 g) und 61,6% (9 g) und nach

acht Wochen um 57%, 65% und 84,7% erzielt. Auch die exzessive Tagesschläfrigkeit (ESS) verbesserte sich in den Dosierungen 6 g und 9g signifikant, ebenso die Häufigkeit der Einschlafattacken und der klinische Gesamteindruck (CGI). Ferner wurden die Schlafarchitektur signifikant verbessert und die Schlafstadien 3 und 4 um 24 Minuten und 50 Minuten verlängert. Die positiven Auswirkungen auf die Schlafarchitektur wurden auch in einer weiteren offenen Studie mit 25 Narkolepsiepatienten über zehn Wochen bestätigt [Mamelak M. et al. Sleep, 2004]. Nach einem initialen REM-Schlafanstieg und einer nachfolgenden Abnahme verbesserte sich der Delta-Wellen-Anteil dosisabhängig. Die nächtlichen Aufwachereignisse und die exzessive Tagesschläfrigkeit nahmen kontinuierlich

Verträglichkeit

Natriumoxybat ist eine zentral dämpfende Substanz, daher muss vor einer gleichzeitigen Einnahme von Alkohol und Sedativa gewarnt werden. Aufgrund des hohen Natriumgehaltes sollte eine Diät zur Reduktion der Natriumaufnahme bei der Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz, Hypertonie oder eingeschränkter Nierenfunktion empfohlen werden.

Häufige Nebenwirkungen in den Studien waren Schwindel, Kopfschmerz, Übelkeit, Schmerzen, Somnolenz, Schlafstörungen, Verwirrtheit, Erbrechen, Enuresis. Die Symptome wurden im Allgemeinen als mild oder mäßig beschrieben. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen und Enuresis können dosisabhängig auftreten. Eine physische Abhängigkeit ist bei legaler Einnahme von bis zu vier Jahren nicht aufgetreten, trotzdem ist bei der Verordnung auf Zeichen eines potenziellen Missbrauchs zu achten.

Therapeutischer Stellenwert

Natiumoxybat ist ein hochpotentes Hypnotikum, das unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, mit allen daraus resultierenden Risiken und Nebenwirkungen. Deshalb soll die Behandlung unter Anleitung eines Arztes, der entsprechende Erfahrungen bei der Therapie von Schlafstörungen hat, begonnen und durchgeführt werden. In den klinischen Studien

zeigte Natriumoxybat nicht nur einen antikataplektischen Effekt, sondern verbesserte auch die exzessive Tagesschläfrigkeit und Schlafarchitektur. Im Vergleich zu den sonst eingesetzten Antidepressiva führte es nicht zu schweren Rebound-Kataplexien und löste zudem keine anticholinergen Nebenwirkungen aus. Da die meisten Patienten in den Studien die Einnahme ihrer zuvor verordneten Stimulanzien beibehielten, ergaben sich keine Hinweise, die gegen eine Kombinationstherapie sprechen.

Natriumoxybat ist primär bei Narkolepsiepatienten mit vorherrschender Kataplexie angezeigt. Eine zweite Zielgruppe sind Patienten mit Kataplexie als zweitrangiges Problem und schweren Schlafstörungen. Xyrem® liegt als orale Lösung vor (500 mg/ml). Die Tagestherapiekosten liegen zwischen 21,13 EUR (4,5 g) und 42,26 EUR (9 g).

Literatur bei der Verfasserin

Dr. med. Gabriele Roszinsky-Köcher, Rommerskirchen



ährend die Gesundheitsminister der EU am 14. Januar 2005 mit der Helsinki-Deklaration die Latte für die Versorgung der steigenden Zahl psychisch Kranker in Europa hoch gelegt haben, sieht die Realität in Deutschland in naher Zukunft alles andere als rosig aus, meinte Kongresspräsident Prof. Dr. Fritz Hohagen, Kiel. Er hielt beim Kongress der DGPPN am 25. November 2005 einen Plenarvortrag zum Thema "Die Deklaration von Helsinki – eine Herausforderung für die Psychiatrie in Deutschland". Um die Versorgung psychisch Kranker sicherzustellen, hatte die DGGPN 2003 eine Verdreifachung der Zahl der Fachärzte für Psychiatrie, damals knapp 5.000 gefordert. Jetzt zog Hohagen die ernüchternde Bilanz, dass diese Zahl in den kommenden Jahren bestenfalls stabil bleiben wird, vorausgesetzt, Kollegen aus der Klinik übernehmen die altersbedingt frei werdenden Kassenarztsitze. Noch viel schlimmer steht es um die Ärzte für psychotherapeutische Medizin. Deren Zahl wird in den nächsten zehn Jahren dramatisch zurückgehen, so Hohagen. Nach Angaben der KBV und BÄK sind bereits jetzt 1.300 Kassenarztsitze für ärztliche Psychotherapie nicht besetzt. Einen Teil der Versorgungslücke werden psychologische Psychotherapeuten füllen, vor allem, wenn die 40%-Regel fällt. Doch das werde die strukturellen Probleme nicht lösen können. Schon heute sei die

Versorgung regional unterschiedlich und der Osten müsse als Mangelversorgungsgebiet betrachtet werden. Der EBM 2000 schafft auch nur bedingt Anreize. Hohagen berichtete, dass der Fallwert in Bayern im Jahresvergleich zwischen dem II. Quartal 2004 und dem II. Quartal 2005 bei Psychiatern und Nervenärzten gesunken ist, während Psychotherapeuten vom neuen EBM profitiert haben.

Lösungsansätze für die Versorgungsproblematik

Hohagen forderte die DGPPN und nervenärztlichen Berufsverbände auf, prägend in den anstehenden Prozess im Sinne der Deklaration von Helsinki einzugreifen. Viel sei schon entstanden wie das nationale Programm zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen oder das Trialog-Forum unter Einbeziehung von Patienten und Angehörigen. Ein Vorbild für zukünftige Versorgungsstrukturen könnte die sozialpsychiatrische Vereinbarung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sein. Hier werden nichtärztliche Leistungen von Pflegekräften, Ergotherapeuten und Sozialarbeitern unter ärztlicher Leitung (und Honorierung) erbracht. Die Vernetzung von Institutsambulanzen mit Praxen könnte ebenfalls an Bedeutung gewinnen. Auch Modelle zur integrierten Versorgung sieht Hohagen als Chance für die Zukunft an, wenn auch bisher wenige Verträge abgeschlossen und umgesetzt werden konnten

und noch kein Vertrag alle Versorgungsebenen einbezieht. Hohagen konstatierte, dass es nach den "Wildwest-Balgereien" um die 1% aus dem Budgettopf Zeit für strukturelle Regelungen sei. Er stellte das Regionalbudget in Schleswig-Holstein als ein zukunftsweisendes Projekt vor. Das Finanzierungssystem ermöglicht dort eine settingübergreifende regionale Versorgung für das gesamte Spektrum psychiatrischer Erkrankungen außerhalb des DRG-Systems.

Bettenabbau zahlt sich nicht aus

Doch nicht nur im ambulanten Bereich ist die Versorgung der psychisch Kranken gefährdet, auch im stationären Bereich stehen die Zeichen auf Sturm. Der dramatische Bettenabbau hatte bei steigenden Patientenzahlen eine verkürzte Verweildauern zur Folge. Daten aus Dänemark [Munk-Jørgensen P, 1999] alarmieren: Parallel zu einer stark reduzierten Bettenzahl und Verweildauer stiegen dort die Suizidraten ebenso wie die Zahl der Straftaten psychisch Kranker an. Die Daten zur verkürzten Verweildauer verfälschen zudem das tatsächliche Bild: Werden die Versorgungsdaten personenund nicht fallbezogen ausgewertet, zeigt sich, dass durch häufige Wiederaufnahmen die Krankenhaustage pro Patient tatsächlich gar nicht reduziert werden konnten. Auch in der Psychosomatik und Psychotherapie wurden massiv Betten in der Akutversorgung abgebaut,

dagegen im Bereich der Reha-Einrichtungen erhöht. Diese Kliniken "auf der grünen Wiese" kompensieren zahlenmäßig nicht den Bettenabbau in Akutkliniken. Dadurch, so Hohagen, ist der Trend zur wohnortferneren Versorgung entstanden, was nicht im Sinne der Betroffenen sein kann.

Bevölkerung aufgeklärt?

Trotz der verschiedenen Anti-Stigmatisierungsaktivitäten ist die Bevölkerung gegenüber psychischen Erkrankungen immer noch sehr reserviert . Auf die Frage, bei welchen Krankheiten gespart werden könne, lagen in einer deutschlandweiten Erhebung Erkrankungen wie Alkoholismus, Depression und Schizophrenie auf den unrühmlichen ersten Plätzen (Abb. 1, S. 74); keine gute Basis für eine bessere Versorgung psychisch Kranker in der Ära der Schmidtschen Sparpolitik. Immerhin hat sie die Deklaration von Helsinki mit unterschrieben. Daran wird man sie messen können!

Antidementiva als Chance

"Pillen zum Vergessen", so titelte der Spiegel am 9. August 2004 über Antidementiva und löste damit einen Einbruch der Verordnungen von Cholinesterasehemmern und Memantine aus. Das Institut für Allgemeinmedizin in Hamburg unter der Leitung von Prof. Dr. Hendrik van den Bussche hatte zuvor eine Metaanalyse der randomisierten kontrollierten Studien zu diesen Substanzen durchgeführt. Das Urteil: Die einbezogenen Studien waren qualitativ nicht ausreichend für einen eindeutigen Wirksamkeitsnachweis. Die Publikumspresse zog daraus den Schluss, dass die Medikamente nicht wirken. In einer Pro-Kontra-Debatte beim DGPPN-Kongres kamen die Autoren der Studie und Kontrahenten des Kompetenznetzes Demenzen zu Wort. Alle waren sich einig, dass bei einer unweigerlich fortschreitenden Erkrankung wie der Alzheimer-Demenz eine verzögerte Progression und kurzfristige Milderung der Symptome als wichtige,

Aktionsplan von Helsinki

Der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit ist im Internet unter **www.dgppn.de** zu finden. Als Ziele werden dort formuliert:

- das Bewusstsein von der Bedeutung des psychischen Wohlbefindens fördern,
- gemeinsam gegen Stigma,
 Diskriminierung und Ungleichheit angehen,
- die Erfahrung und das Wissen
 der Betroffenen und Betreuenden
 anerkennen.
- Transfer von Forschung in die Versorgung fördern,
- umfassende, integrierte und effiziente Versorgungssysteme implementieren

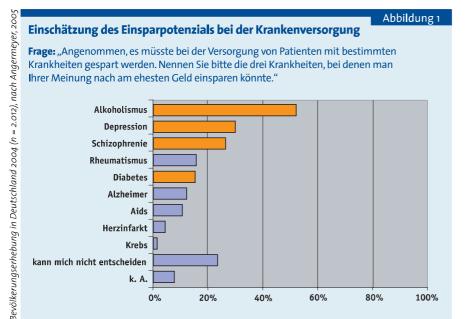
für Patienten und Angehörige spürbare Erfolge zu werten sind. Diese Verbesserungen waren nachweisbar.

Die dank der schlechten Presse besonders im Hausarztbereich stark zurück gegangenen Verordnungszahlen von Cholinesterasehemmern und Memantine

Anzeige



Fortbildung DGPPN-Kongress 2005 in Berlin



sind sehr problematisch, klagte Prof. Dr. Lutz Frölich vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim. Denn es gibt seiner Ansicht nach keine anderen gut in ihrer Wirksamkeit belegten Alternativen. Mit einem Verzicht auf diese Medikamente werde Patienten mit milder bis moderater Alzheimer-Demenz eine echte Therapieoption vorenthalten. Solange noch keine prognostischen Kriterien für das Ansprechen auf Antidementiva existieren, sollten Patienten gemäß den aktuellen Leitlinien zumindest für sechs Monate Cholinesterase-

hemmer oder Memantine bekommen. Die Therapie sollte solange weiter geführt werden, wie eine leichte Besserung oder Stabilisierung der Situation anhält, erklärte Prof. Dr. Dr. Fritz A. Henn, Leiter des ZI in Mannheim.

Sterbehilfe für alle?

Seit die schweizerische Laienorganisation für Sterbehilfe "Dignitas" in Hannover ein Büro errichtet hat, um Deutschen die Sterbehilfe in der Schweiz zu ermög-

Sterbehilfe in den Niederlanden

Richtlinien für aktiven Sterbehelfer

- der Patient wurde über die Situation voll informiert
- es besteht ein freiwilliger, wohl überlegter und persistierender Todeswunsch
- das Leiden ist aussichtslos und unerträglich
- ein anderer Arzt wurde konsultiert
- die Dokumentationspflicht wird auch über den Todeszeitpunkt hinaus eingehalten
- die Ausführung erfolgt fachlich qualifiziert
- es resultiert eine Todesanzeige, nicht die Ausstellung eines Totenscheins

lichen, schlagen die Wogen in der öffentlichen Diskussion hoch. Die Psychiatrie ist davon in besonderer Weise betroffen, denn sie spielte eine unrühmliche Rolle in der Euthanasie-Katastrophe des NS-Staates. Dennoch muss die Diskussion auch von der deutschen Psychiatrie geführt werden, meinte Prof. Dr. Axel Karenberg, Ethiker der Universität Köln im Rahmen des Symposiums "Assistierte Selbsttötung – Gefahr für psychisch Kranke". In besonderer Weise interessierten sich die Besucher für diese Veranstaltung und die Berichte aus der Schweiz und den Niederlanden. Denn neben den prinzipiellen Argumenten spielen gerade die praktischen Konsequenzen einer gesetzlichen Regelung der aktiven Sterbehilfe eine große Rolle.

In der Schweiz ist die Beihilfe zum Suizid verboten, wenn dahinter selbstsüchtige Beweggründe stehen. Damit ist impliziert, dass die Beihilfe außerhalb dieser Situation erlaubt ist. Der Ablauf sieht die Begleitung durch eine Laienorganisation wie "Dignitas" oder "Exit" vor, die mit dem Patienten Alternativen diskutieren, die Prüfung durch eine dritte unabhängige Person gewährleistet und schließlich über die Beihilfe zum Suizid entscheidet. Die Vereine haben dabei unterschiedliche Regelungen: Während Dignitas davon ausgeht, dass es sich beim Suizid um ein grundsätzliches Menschenrecht handelt, über das auch ein Jurist entscheiden kann, betraut Exit in jedem einzelnen Fall eine interdisziplinäre Kommission, die über die Sterbehilfe befindet. Ausgeführt wird der Suizid vom Patienten mit Pento-Phenobarbital, das ein Arzt verschreiben muss.

Dr. Gerhard Ebner aus Schaffhausen berichtete, dass derzeit etwa 0.3-0.5% aller Todesfälle und 10-20% aller Suizide in der Schweiz durch assistierte Selbsttötung zurückzuführen sind. In den letzten Jahren sind diese Zahlen deutlich angestiegen, von 20 Fällen 1990 auf 300 Fälle 2004. Ebner betonte, dass der Grund dafür nicht eine Indikationserweiterung, sondern eine gestiegene Nachfrage sei, ein Punkt, der anschließend kritisch diskutiert wurde. Erzeugt ein Angebot eine immer weiter steigende Nachfrage? Der Anteil psychisch Kranker

FORTSETZUNG SEITE 77 __

Sterbehilfe in der Schweiz

Medizinisch-ethische Richtlinien für Ärzte

Die Beihilfe zum Suizid ist eine Gewissensentscheidung des Arztes. Kriterien sind:

- Lebensende des Patienten ist nahe
- alternative Hilfestellungen sind erörtert respektive eingesetzt
- Urteilsfähigkeit, Wohlerwogenheit des Wunsches ohne äußeren Druck, bestehen dauerhaft
- Prüfung von unabhängiger Drittperson ist erfolgt
- Tatherrschaft liegt beim Patienten



Fortbildung DGPPN-Kongress 2005 in Berlin

an diesen Fällen liegt nach Ebners Ausführungen bei 14-37%, wobei mindestens drei Viertel wegen einer anderen terminalen Erkrankung Sterbehilfe erhielten. Darin steckt Konfliktpotenzial, erläuterte Ebner: Ein terminal Kranker in einer psychiatrischen Einrichtung sollte eigentlich das gleiche Recht wie jeder andere Todkranke haben, die Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Es muss aber gewährleistet sein, dass dieser Entschluss nicht Ausdruck der Erkrankungssituation ist, also beispielsweise in symptomfreien Phasen der psychischen Erkrankung erfolgt. Zudem darf eine psychiatrische Klinik nicht zum Ort der Sterbehilfe werden, sondern ist von ihrem Auftrag her ja gerade ein Ort, wo Suizide als Ausdruck psychischer Erkrankungen verhindert werden sollen. Eine weitere Problematik stellen schwere Fälle einer schon sehr lange andauernden psychischen Erkrankung dar. In der Schweiz wurde diskutiert, ob diese Erkrankungen eigentlich grundsätzlich anders behandelt werden dürfen als andere schwere chronische Erkrankungen wie eine Amyotrophe Lateralsklerose. Die schweizerische psychiatrische Fachgesellschaft rät aber dringend davon ab, den assistierten Suizid offiziell auf psychiatrische Erkrankungen auszuweiten.

Der Arzt als Täter

Anders als in der Schweiz kann in den Niederlanden auch eine aktive Sterbehilfe (hier spricht man ohne Scheu von "Euthanasie") durch einen Arzt straffrei erfolgen, wenn sie auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten und unter Berücksichtigung bestimmter Richtlinien (s. Kasten S. 74) erfolgt. Gerit van der Wal, Sozialmediziner aus Amsterdam, erläuterte die Auswertung von Sterbeurkunden und Arztinterviews. Danach standen 2001 44% der Todesfälle im Zusammenhang mit ärztlichen Entscheidungen am Lebensende. Bei 3,4% der Todesfälle handelte es sich um ärztliche Sterbehilfe. Erschrocken waren die Symposiumsteilnehmer über 0,7 % Todesfälle, bei denen eine Lebensbeendigung durch ärztliche Entscheidung ohne Wunsch des Patienten erfolgte, was auch in den Niederlanden verboten ist. 2,5 % der Todesfälle waren solche durch aktive Sterbehilfe, 0,2% durch ärztlich assistierten Suizid.

Nicht jeder geäußerte Todeswunsch führt auch zur Sterbehilfe. 2001/2002 wurde in den Niederlanden in 39% der Fälle dem Sterbewunsch entsprochen. Es versterben heute schon 27 % aller holländischen Krebskranken durch Euthanasie. Diese Patientenklientel macht 75% der Toten durch aktive Sterbehilfe aus, so van der Wal. Aber auch 37 % der Psychiater wurden schon einmal mit dem Wunsch nach Sterbehilfe konfrontiert. Eine aktuelle Analyse van der Wals ergab, dass bei 221 Sterbehilfebegehren auch psychiatrische Konsultationen erfolgten, 72% aufgrund einer Geisteskrankheit. 30% dieser Fälle endeten auch tatsächlich mit Euthanasie, jedoch meist aufgrund terminaler physischer Erkrankungen. Insgesamt verhält sich auch in den Niederlanden die Psychiatrie zurückhaltend in Fragen aktiver Sterbehilfe.

Inwieweit die großzügige Regelung in den Niederlanden, die offiziell seit April 2002 gilt, zu einem Dammbruch der aktiven Sterbehilfe führen wird, ist derzeit noch umstritten. Van der Wal meint, dass die Transparenz des Verfahrens hier durchaus ein Regulativ darstellen könnte; seine Daten stammen ja noch aus der Zeit vor dieser offiziellen Rege-

lung und spiegeln die Grauzone wieder, die bei nicht vorhandenen gesetzlichen Regelungen existieren kann.

Pragmatische Gründe gegen Sterbehilfe

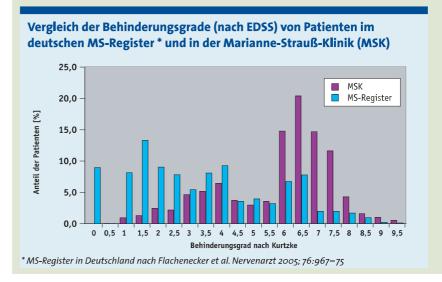
Axel Karenberg stellte seine Position als deutsche Stimme den Rednern aus der Schweiz und den Niederlanden gegenüber. Neben ethischen und historischen betonte er besonders die pragmatischen Argumente, die gegen eine aktive Sterbehilfe sprechen:

- Es kann zu einem Dammbruch kommen, sodass Patienten zunehmend auch aus anderen Gründen getötet werden.
- Es kann ein gesellschaftlicher Druck auf Kranke entstehen, auch hinsichtlich der Frage nach lebenswertem Leben.
- ▶ Bei einer Verschlechterung der Versorgung könnte ein Druck auf Kranke zum "kostengünstigen Sterben" entstehen.

Karenberg meint zwar, dass die Autonomieargumente in der Sterbehilfediskussion auf Dauer eventuell zu mächtig sind, um eine Regelung von passiver und aktiver Sterbehilfe in Deutschland von professioneller Seite zu verhindern, forderte aber alle Anwesenden ausdrücklich dazu auf, es trotzdem zu versuchen. **FK**

Erratum

In dem Diagramm des Fortbildungsbeitrag "MS-Kompetenzzentrum: Ganzheitliche Therapie in jedem Erkrankungsstadium" (NeuroTransmitter 1/2005) wurden bedauerlicherweise die Farben in der Legende vertauscht. Nachstehend ist daher die Abbildung in der richtigen Version abgedruckt.









Appell an Vernunft und Verantwortung bei der Clozapin-Verordnung!

Das Agranulozytose-Risiko unter Clozapin-Therapie scheint für manche Pharmafirmen kein großes Problem mehr darzustellen. Sie werben damit, Clozapin auch ohne den vom Arzt unterschriebenen Revers über engmaschige Blutbildkontrollen auszuliefern. Eine gefährliche Marketing-Strategie!

erzeit sind in Deutschland fünf Präparate mit dem Wirkstoff Clozapin auf dem Markt: Das Orginalpräparat Leponex® und die Generika Elcrit®, Clozapin-neuraxpharm®, Clozapin HEXAL® und Clozapin beta®. Die ersten drei Präparate können nur im Rahmen eines so genannten Reversverfahrens verordnet werden, das heißt, der Arzt schließt mit dem Hersteller einen Vertrag, in dem er erklärt, das er über das Risiko des Auftretens von Blutbildungsstörungen unter der Therapie mit Clozapin informiert ist und zur Vermeidung von schwerwiegenden Folgen regelmäßige Blutbildkontrollen durchführen wird. Diese sollen während der ersten 18 Behandlungswochen in wöchentlichen, danach mindestens in vierwöchentlichen Abständen erfolgen. Unter diesen Bedingungen ist in unseren UAW-Erfassungssystem AMÜP zwischen 1992 und 2002 kein einziger Todesfall aufgrund einer Clozapin induzierten Agranulozytose dokumentiert worden.

Riskantes Marketing

Die Präparate Clozapin HEXAL® und Clozapin beta® machen nun aktiv damit Werbung, dass das für alle Beteiligten komplizierte Reversverfahren für die Verschreibung ihres Präparates nicht notwendig ist. Begründet wird dies damit, dass bei der Erstzulassung von Clozapin die Agranulozytose eine nicht therapier-

bare Nebenwirkung gewesen ist, die zwangsläufig zum Tode führen musste, während inzwischen die Agranulozytose therapierbar geworden ist. Gemeint ist hiermit wahrscheinlich die Verabreichung von Neupogen®, einem Zytokin (Kolonien-stimulierender Faktor), mit dessen Hilfe die Neubildung von Granulozyten schneller stimuliert werden kann, als die normale Erholung üblicherweise ablaufen würde. Es ist jedoch leider ein Irrglauben, aus der Verfügbarkeit von Neupogen® zu folgern, dass das Auftreten einer Granulozytose unter Clozapin heute kein lebensbedrohliches Risiko mehr darstellen würde. Man glaubt, der besonderen Problematik von Clozapin dadurch gerecht zu werden, dass eine Seite der Packung einen grellen Hinweistext auf das Agranulozytose-Risiko trägt. Für die Praxis bedeutet dies allerdings nur, dass die Verantwortung für das rechtzeitige Erkennen einer Leukopenie/Agranulozytose vom Arzt auf den Patienten abgewälzt wird, der jedoch kaum über den notwendigen Sachverstand, vor allem aber natürlich nicht über die erforderlichen Untersuchungsmethoden (Blutbildkontrollen) verfügt, um das von den drei anderen Clozapin-Präparaten gewohnte hohe Niveau an Arzneimittelsicherheit gewährleisten zu können.

Verschärft wird die Situation noch dadurch, dass sich der Wirkstoff Clozapin im Wettbewerb mit neueren Neuroleptika einem strengeren Argumentationszwang stellen muss. Hier wird ganz ungeniert gefragt, ob es angesichts besser verträglicher Alternativen heute noch ethisch vertretbar ist, einen solchen hochrisikanten Wirkstoff wie Clozapin in der Therapie einzusetzen. Die Datenlage der AMÜP-Datenbank zeigt jedoch, dass es sich bei Clozapin keineswegs um einen Wirkstoff mit einem unkalkulierbaren Risiko handelt. Im Gegenteil: Wenn die etablierten und bewährten Standards der Arzneimittelsicherheit eingehalten werden, ist Clozapin immer noch eine gute Therapieoption bei der Behandlung schizophrener Patienten, die dazu außerdem noch preisgünstig ist.

Es ist abzusehen, dass durch die Marketing-Strategien der Handelspräparate, die glauben, auf das Reversverfahren für die Verschreibung von Clozapin verzichten zu können, die Aufmerksamkeit bezüglich des Agranulozytose-Risikos unter diesem Präparat abnehmen wird. Es muss im schlimmsten Fall davon ausgegangen werden, dass es früher oder später aus diesem Grunde zu Todesfällen unter Clozapin kommen wird. Der nächste Arzneimittelskandal in der Psychiatrie ist damit vorbereitet. Dieser würde mit großer Sicherheit das Ende der Substanz Clozapin bedeuten, da alle Hersteller den Wirkstoff sofort vom Markt nehmen würden.

Wir appellieren deshalb an alle Hersteller von Clozapin-Präparaten, den über lange Jahre etablierten und bewährten Standard der Arzneimittelsicherheit für dieses Präparat nicht zu unterlaufen. Die Firmen, die diesen in Praxis wie Klinik bisher problemlos aufrechterhaltenen Standard aufgegeben haben, sollten sich unbedingt darauf besinnen, das früher problemlos akzeptierte Reversverfahren wieder einzuführen. Die Hersteller, die nach wie vor diesen Arzneimittelsicherheitsstandard aufrechterhalten, sollten ihn keinesfalls opfern!

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



Fortbildung | Journal Club

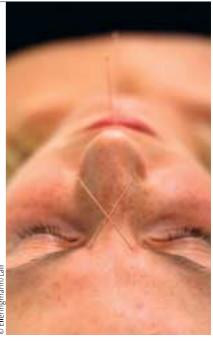
Nadeln verkürzt Migräneattacken

eutsche Forscher randomisierten 302 Migränepatienten in drei Gruppen. Gruppe A erhielt insgesamt zwölfmal Akupunktur, Gruppe B wurde mit Scheinakupunktur behandelt und Patienten der Gruppe C kamen auf die Warteliste. Die Therapie dauerte acht Wochen, anschließend wurde etwa ein halbes Jahr nachbeobachtet.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Zahl der Migränetage in den Gruppen A und B um etwa zwei und in Gruppe C um etwa einen verminderte (Vergleich der Werte der letzten vier Wochen vor Therapiebeginn und der ersten vier Wochen nach Therapie). Die Differenzen zwischen den Gruppen A und B einerseits und der Gruppe C andererseits waren signifikant. Zwischen den Gruppen A und B ergaben sich dagegen keine Unterschiede.

Kommentar: Diese Studie wurde bereits im Vorfeld viel diskutiert. Skeptiker sagen, dass die Ergebnisse die Unwirksamkeit der Akupunktur belegen (keine Differenz zwischen Gruppe A und B). Optimisten meinen dagegen, dass die Resultate den Nutzen der Akupunktur bestätigen (signifikante Vorteile für Gruppe A gegenüber C). Je nachdem ob man das Glas als halb voll oder halb leer betrachtet, sind die Interpretationen also dramatisch verschieden. Meine Schlussfolgerung bezieht sich auf die Ursache dieses Widerspruchs: Diese Arbeit ist ein Paradebeispiel für die These, dass man mit einer Studie nicht wie die Autoren zwei, sondern eigentlich nur eine Hypothese überprüfen kann.

Linde K et al. Acupuncture for patients with migraine. **JAMA** 2005; 293: 2118–25



Besser als gar nichts: Akupunktur bei Kopfschmerzen.

Interferon beta-Therapie und Schwangerschaft: keine erhöhte Spontanabortrate

Aufgrund bisher nur spärlicher Daten über mögliche Nebenwirkungen einer Interferon-beta-Therapie bei Patientinnen mit Multipler Sklerose in der Konzeption soll die Behandlung sicherheitshalber vor einer geplanten Schwangerschaft abgesetzt werden. Aus einem großen Datenpool konnten nun Schwangerschaften unter Medikation mit Interferon beta-1a zusammenfassend dokumentiert und bewertet werden.

D ie Daten von acht klinischen Studien (fünf davon Plazebo-kontrolliert mit offenen Extensionsphasen) bei Patientinnen mit Multipler Sklerose (MS) unter Interferon beta-1a-Therapie, wurden zur Untersuchung des Outcomes in der Schwangerschaft herangezogen. Sieben der Studien waren mit Interferon beta-1a subkutan und eine mit Interferon beta-1a intramuskulär durchgeführt worden.

Von den insgesamt 3.361 MS-Patientinnen wurden 69 schwanger. 41 Frauen hatten die Interferon-Therapie etwa zum Zeitpunkt der Konzeption erhalten oder die Therapie innerhalb von zwei Wochen vor der Konzeption unterbrochen (In-utero-Expositionsgruppe), bei 22 Patientinnen wurde die Behandlung mehr als zwei Wochen vor der Konzep-

tion abgesetzt (Gruppe mit vorausgegangener Exposition). Sechs Schwangerschaften traten unter einer Plazebo-Therapie auf

Von 41 Schwangeren der In-utero-Expositionsgruppe brachten 20 Frauen zum errechneten Termin gesunde Kinder zur Welt; eine Frau hatte eine Frühgeburt, auch dieses Kind war gesund. Bei neun Frauen wurde ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen, bei acht Frauen trat ein spontaner Abort ein, ein Kind wurde tot und ein Kind mit einem Hydrozephalus geboren. Eine Mutter konnte nicht mehr nachverfolgt werden. Aus den 22 Schwangerschaften mit vorausgegangener Exposition gingen 20 gesunde, termingerecht entbundene Babys und ein gesundes Frühchen hervor, in einem Fall trat eine geburtsassoziierte

Erblähmung (obere Armplexuslähmung) auf. In der Plazebogruppe kamen zwei gesunde Kinder zur Welt, ein weiteres Kind hatte einen Herzklappenfehler. Die drei anderen Frauen in dieser Gruppe ließen einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen.

Fazit: Bei dem Großteil der untersuchten Patientinnen verlief die Schwangerschaft unkompliziert, die geborenen Kinder waren gesund. Diese Resultate unterstützen bereits publizierte Fallberichte über erfolgreiche Schwangerschaften im zeitlichen Umfeld einer Interferon beta-Therapie. Zwar war die Rate der Spontanaborte in der In-utero-Expositionsgruppe etwas erhöht, unterschied sich aber nicht signifikant von der in der Normalbevölkerung. Insgesamt ist die Datenlage aber noch immer zu klein für definitive Aussagen, sodass eine Interferon beta-1a-Therapie nach wie vor vor einer geplanten Schwangerschaft abgesetzt werden sollte.

Sandberg-Wollheim M et al. Pregnancy outcomes during treatment with interferon beta-1a in patients with multiple sclerosis. **Neurology** 2005; 65: 802–6

80 NeuroTransmitter 2:2006



Fortbildung | Journal Club

Pregabalin: Wirksam auch bei generalisierter Angststörung

Pregabalin hat sich in der Behandlung von partiellen Epilepsien und von diabetischen oder postherpetischen Neuralgien als wirksam erwiesen. Nun liegt eine Studie an Patienten mit einer generalisierten Angststörung vor, welche die anxiolytische Potenz des Medikaments unter Beweis stellt.

Pregabalin, ein Strukturanalogon der γ -Aminobuttersäure, bindet an die α_2 - δ -Subunit der spannungsabhängigen Kalziumkanäle und verhindert dadurch präsynaptisch in stimulierten Neuronen die Freisetzung verschiedener exzitatorischer Neurotransmitter. Es resultieren anxiolytische, analgetische und antikonvulsive Effekte.

In einer multizentrischen, doppelblinden und Plazebo-kontrollierten Studie wurde die klinische Wirksamkeit verschiedener Dosierungen von Pregabalin bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung entsprechend den DSM-IV-Kriterien und einem Gesamtscore von mehr als 20 in der Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) überprüft. Als aktive Standardvergleichsmedikation diente das Benzodiazepin Alprazolam. Jeder Prüfarm umfasste rund 90 Patienten. Endpunkt-Response-Kriterium nach vier Wochen war eine mindestens 50%ige Reduktion im HAM-A-Gesamtscore.

Pregabalin in den Dosierungen 300 mg, 450 mg und 600 mg täglich sowie Alprazolam in einer Dosierung von 1,5 mg/Tag verminderte den HAM-A-Gesamtscore und den HAM-A-Score bei psychischen Angstsymptomen signifikant stärker als Plazebo. Der HAM-A-Score bei den körperlichen Angstsymptomen verbesserte sich im Vergleich zu Plazebo signifikant unter der 300- und 600-mg-Dosierung von Pregabalin, nicht aber unter 450 mg Pregabalin oder unter Alprazolam. In der globalen Verbesserung zum Studienende unterschied sich nur Pregabalin in der 300-mg-Dosierung signifikant von Plazebo und auch von

Die häufigsten unerwünschten Wirkungen unter Pregabalin waren Somnolenz, Schwindel und trockener Mund. Die Gewichtszunahme nach vier Wochen war mit durchschnittlich 1,1 kg unter 300 mg/Tag Pregabalin vergleichbar mit der Gewichtszunahme unter Alprazolam. Eine Rebound-Angst nach Absetzen der Pregabalin-Medikation trat nicht auf.

Fazit: Pregabalin in einer Dosierung von 300 mg/Tag hat ein günstiges Nutzen-Nebenwirkungs-Verhältnis in der Behandlung von Patienten mit generalisierter Angststörung. Die Wirkung umfasst sowohl psychische als auch somatische Angstsymptome und setzt sehr rasch ein. Pregabalin war diesbezüglich Alprazolam (1,5 mg/Tag) überlegen.

Rickels K et al. Pregabalin for treatment of generalized anxiety disorder.
A 4-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial of pregabalin and alprazolam. **Arch Gen Psychiatry** 2005; 62: 1022–30

Schizophren nach intrauteriner Mangelernährung

Z wischen 1959 und 1961 herrschte in ganz China eine große Hungersnot. Durch schlechtes Wetter und die Umstrukturierungen im Zuge von Maos "Großem Sprung nach vorn" kam es in fast allen Provinzen zu einer dramatischen Zahl von Toten sowie zu Geburtenrückgängen. Auch in den Niederlanden war es im Winter 1944/45 zu einer schweren Hungersnot gekommen. Dort hatten Untersuchungen ergeben, dass Kinder, die im Hungerwinter gezeugt wurden, ein zweifach erhöhtes Risiko hatten, an Schizophrenie zu erkranken. Aufgrund dieser Ergebnisse untersuchte eine Gruppe von Wissenschaftlern aus Shanghai Menschen, die vor, während und nach der großen chinesischen Hungerkatastrophe geboren worden waren. Sie beschränkten sich auf die Region Wuhu in der Provinz Anhui, wo es nur ein psychiatrisches Krankenhaus gibt. Alle Patienten, die dort zwischen 1971

und 2001 behandelt worden waren, wurden in die Studie eingeschlossen.

Bei den Chinesen, die während der Hungerjahre geboren wurden, war das Risiko, eine Schizophrenie zu entwickeln, signifikant erhöht: Bei Menschen, die im Jahr 1959 geboren wurden, lag es bei 0,84%, im Jahr 1960 bei 2,15% und im Jahr 1961 bei 1,81%. Das relative Risiko betrug 2,3 für den Jahrgang 1960 und 1,3 für Jahrgang 1961. Außerdem wurde ein Geburtenrückgang von 80% festgestellt. Die Autoren schlussfolgern aus diesen Ergebnissen, dass das Risiko an Schizophrenie zu erkranken durch Umwelteinflüsse während der frühen Entwicklung des Gehirns beeinflusst werden kann

Clair DS et al. Rates of Adult Schizophrenia Following Prenatal Exposure to the Chinese Famine of 1959-1961. **JAMA** 2005; 294: 557–62



Das Risiko, an Schizophrenie zu erkranken, ist bei Chinesen erhöht, die während der Hungersnot geboren wurden.

Fortbildung



Psychiatrische Kasuistik

Autismus – schwierige Diagnostik bei Kommunikationsstörungen

Anamnese

Ein jugendlicher Patient wurde vom Bundesgrenzschutz in der Rettungsstelle unserer Klinik vorgestellt. Zuvor hielt sich der Patient am Bahnhof-Zoo in Berlin auf, wo er sich in selbstgefährdender Weise auf dem Bahnhofsvorplatz bewegte und mehrmals vor Autos oder Busse lief, die so zu Vollbremsungen genötigt wurden. Nach Angaben

der Beamten reagierte der Patient nicht auf Ansprache oder sagte unverständliche Dinge. Die Identität des Patienten war nicht feststellbar, er hatte keinen Ausweis dabei und konnte selbst keine Angaben zu seiner Person machen. Aufgrund der gegebenen Eigengefährdung wurde er auf einer offenen psychiatrischen Station untergebracht und engmaschig beobachtet.

Im stationären Setting war der Pati-

Auch am nächsten Tag zeigte sich ein unverändertes Bild: Der Patient konnte lediglich seinen Vornamen nennen, ansonsten wiederholte er einzelne Wörter aus den gestellten Fragen in einer Weise, die wie Echolalie imponierten. Aus der Exploration wurde deutlich, dass er die Aufforderungen verstanden hatte; ein rein sprachliches Problem bestand nicht, auch auf Russisch antwortete er in gleicher Weise. Da die Identität des Patienten also nicht geklärt werden konnte, verständigten wir die Polizei. Dort lag keine Vermisstenmeldung vor, der Fall wurde aufgenommen.

Fragen

1. Welche Kernsymptome treten bei frühkindlichem Autismus auf?

- 1 Störungen bei sozialen Interaktionen
- 2 ausgeprägte Schlafstörungen
- 3 leichte bis mittelgradige Intelligenzminderung
- 4 Defizite in der Sprachentwicklung
- a 1 und 4 sind richtig.
- 1 und 2 sind richtig.
- C Nur 1 ist richtig.
- a, 3 und 4 sind richtig.
- e Alle Aussagen sind richtig.
- 2. Welche der folgenden therapeutischen Interventionen können bei der Behandlung des Autismus als empirisch gesichert gelten?
- Gabe von Sekretin
- 2 Therapie mit Risperidon
- 3 angewandte Verhaltensanalyse
- 4 "facilitated communication" (gestützte Kommunikation)

- a 3 und 4 sind richtig.
- b 1, 2 und 4 sind richtig.
- C Nur 2 ist richtig.
- d 2 und 3 sind richtig.
- e Alle Aussagen sind richtig.

3. Wie häufig treten autistische Störungen in der Bevölkerung auf?

- a bei 1,5% der Gesamtbevölkerung
- bei 8,7 von 10.000
- bei 0,2% der Gesamtbevölkerung
- d bei 60 von 10.000

4. Welche Handlungsmöglichkeiten und Pflichten bestehen, wenn ein Patient keine Angaben zu seiner Person machen kann?

- Polizei verständigen, Suchmeldung aufgeben
- b Medien verständigen, insbesondere Rundfunk und Fernsehen
- bei fraglich ausländischen Personen jeweilige Botschaft verständigen
- d abwarten



ent sehr unruhig, lief ständig hin und her, zeigte sich verängstigt und schlief erst nach Gabe von 1 mg Lorazepam und 1 mg Risperidon am frühen Morgen

Befund

Psychopathologischer Aufnahmebefund: gepflegt gekleideter, wacher Patient, für adäquate Exploration unzugänglich, daher Konzentration, Aufmerksamkeit, formale und inhaltliche Denkstörungen sowie Wahrnehmungsstörungen und Ich-Störungen nicht prüfbar; Antrieb deutlich gesteigert; psychomotorische Unruhe mit unstetem Umherlaufen und stereotypen Bewegungsmustern. Aufforderungen zum Essen, Trinken und zur Körperpflege kam der Patient meist nach. Stimmung nicht beurteilbar, Affekt parathym, insgesamt ängstliches Verhalten; Schlafstörungen im Sinne einer Tag-Nacht-Umkehr; Appetit regelrecht; kein Anhalt für akute Eigen- und Fremdgefährdung; nicht zu selbstständiger Versorgung fähig. Fremdanamnese: Diese konnte erst im weiteren Verlauf erhoben werden. Im ersten Lebensjahr kam der Patient mit

der Mutter aus Russland nach Deutsch-



Fortbildung | Psychiatrische Kasuistik

land. Auffälligkeiten in der Entwicklung wurden erstmals im Alter von zweieinhalb Jahren beobachtet, die Sprachentwicklung war verzögert, er reagierte außerdem nicht auf seinen Namen. Die Eltern machten sich aufgrund der Zweisprachigkeit jedoch zunächst keine großen Sorgen.

Im März 1993 Vorstellung in einer Kinder- und Jugend-psychiatrischen Einrichtung. Nach einem halben Jahr wurde dort die Diagnose eines frühkindlichen Autismus gestellt.

Der Patient besuchte bis 1998 einen Kindergarten und von 1998–2000 eine anthroposophische Schule für autistische Kinder. Wegen impulsiver und aggressiver Verhaltensauffälligkeiten folgten mehrere Schulwechsel, schließlich wurde er zwei Jahre zu Hause unterrichtet.

Der Patient ist ambulant in Kinderund Jugend-psychiatrischer Behandlung und erhielt Risperidon in einer Dosierung von 4 mg/Tag. Hierunter hätten sich die aggressiven Durchbrüche und die Weglauftendenzen gebessert, außerdem sei er ruhiger geworden.

Der Betreuer des Patienten beschreibt die aktuelle Situation als schwierig. Manche therapeutische Maßnahmen seien von den Eltern nicht befolgt worden, zum Teil aufgrund wirtschaftlicher Probleme. Im Vorfeld der Aufnahme sei der Patient durch Renovierungsarbeiten in der elterlichen Wohnung sehr aufgeregt gewesen. Als sein Betreuer einen Spaziergang mit ihm im Park machte, sei er ausgerissen.

Körperliche Untersuchung: auffallend breitbasiger Gang unklarer Ursache, tiefe Fissuren an den Nägeln der Hände und Füße; neurologische Untersuchung schwierig durchführbar, da Patient den Untersuchungsanweisungen nicht nachkommen konnte.

Therapie und Verlauf

Der Patient konnte nur mit einer Extrawache auf der Station geführt werden. Zumeist hielt er sich im Aufenthaltsraum auf und lief monoton um den Tisch herum. Dabei sprach er unverständlich mit sich selbst und lachte scheinbar unmotiviert. Zwischenzeitlich kam es immer wieder zu impulsiven Durchbrüchen: Er lief zur Tür und war dabei kaum aufzuhalten. Vor dem Fahrstuhl oder auf der Treppe verharrte er jedoch stets und konnte wieder ohne Probleme auf die Station geführt werden. Der Tag-Nacht-Rhythmus war deutlich gestört. Nach anfänglichen Überlegungen über eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, hatten wir vielmehr den Verdacht einer Erkrankung aus dem Bereich der autistischen Störungen. Therapeutisch gingen wir daher rein syndromal vor: Wir begannen aufgrund der impulsiven Verhaltensweisen und der Tag-Nacht-Umkehr eine Therapie mit Valproinsäure in aufsteigender Dosierung (bis 1.500 mg/ Tag). Hierunter kam es zu einer leichten Besserung der geschilderten Symptomatik. Bis zum vierten Tag nach der Aufnahme war es jedoch weiterhin nicht möglich, die Identität des Patienten zu klären. Eine Beschreibung in einer Vermisstenanzeige in einer großen Berliner Tageszeitung passte genau auf unseren bis dato unbekannten Patienten. So konnte die Familie des Patienten ermittelt werden. Der erst 15-jährige, jedoch deutlich älter wirkende Patient mit frühkindlichem Autismus wurde von seiner Familie abgeholt. Die Mutter berichtete, dass der Patient am Tag der Aufnahme einem seiner Betreuer weggelaufen sei.

Timo Krüger Dr. med. Maria C. Jockers-Scherübl Dr. med. Ion Anghelescu

Charitè – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin Eschenallee 3, 14050 Berlin



Lösung zur psychiatrischen Kasuistik

1a; 2d; 3b; 4a

zu 1: Die sozialen Interaktionen sind bei autistischen Kindern charakteristischerweise gestört. Betroffene zeigen zum Teil keine soziale Verbindung zu den Eltern oder anderen vertrauten Personen und reagieren häufig extrem ängstlich, wenn die alltägliche Routine durchbrochen wird (z.B. auf Veränderungen in der Wohnung, wie im dargestellten Fall). Der Kontakt zu Gleichaltrigen gestaltet sich schwierig, autistische Kinder spielen meist nicht zusammen mit anderen Kindern und sind ungeschickt im Verhalten [1].

Defizite in der Sprachentwicklung und im Sprachgebrauch sind die wichtigsten diagnostischen Kriterien für einen Autismus. Autistische Kinder haben Schwierigkeiten sinnvolle Sätze zu bilden, selbst wenn sie das Vokabular dazu erworben haben [1]. Typischerweise benutzen autistische Kinder Echolalie oder stereotype Phrasen ohne inhaltlichen Zusammenhang mit der jeweiligen Situation.

Die Rate von Intelligenzminderungen bei autistischen Patienten (etwa 70%) ist deutlich höher als in der Normalbevölkerung, jedoch kann nicht von einem Kernsymptom gesprochen werden.

Auch Schlafstörungen finden sich häufig bei Kindern mit Autismus (Prävalenzraten zwischen 44% und 83%). Sie sind dennoch aber keinesfalls als charakteristisch einzustufen [6].

zu 2: Ende der 1990er-Jahre wurde die Gabe von Sekretin (ein Polypeptidhormon, meist aus dem Duodenum von Schweinen gewonnen) als effektive Behandlungsmethode für den frühkindlichen Autismus angepriesen. Kontrollierte Studien konnten dies jedoch nicht bestätigen, andere Studien die angeblich eine Wirksamkeit belegten, waren methodisch unzureichend [4].

Die "facilitated communication" (gestützte Kommunikation) geht von der Hypothese aus, dass autistische Kinder nicht an einer intelligenz- oder affektiven Störung leiden, sondern ausschließlich an einer motorischen Störung, welche die Reifung der normalen Sprachentwicklung verhindert. Werden jedoch die Handbewegungen der Kinder durch eine Hilfe oder eine "Stütze" geleitet, so sollen die Kinder in der Lage sein, ganze Sätze am Computer zu schreiben. In kontrollierten Studien konnte jedoch wiederholt kein Effekt nachgewiesen werden; es zeigte sich, dass die kommunizierten Sätze vielmehr das Produkt der Hilfsperson waren [3].

FORTSETZUNG SEITE 89 -

86 NeuroTransmitter 2:2006



Fortbildung | Neurologische Kasuistik



Fortsetzung v. S. 86: Lösung zur psychiatrischen Kasuistik

Risperidon verminderte in kontrollierten Studien problematische Verhaltensauffälligkeiten. Erregungszustände, Hyperaktivität und repetitives Verhalten konnten gebessert werden. Auch eine Behandlung mit Haloperidol, Fluoxetin und Valproat führte zu positiven Ergebnissen [5].

Die angewandte Verhaltensanalyse ist die effektivste psychosoziale Behandlungsmethode. Diese beruht im Wesentlichen auf positiver Verstärkung des erwünschten Verhaltens und auf der Gestaltung bestimmter Zielverhaltensweisen wie angemessene interpersonelle Interaktionen und Gebrauch einer angemessenen Sprache. Auch wenn autistische Kinder, die mit dieser Methode therapiert wurden, weiterhin deutliche Defizite im Anpassungsverhalten zeigten, so konnten kontrollierte Studien positive Effekte im Bereich des Sozialverhaltens nachweisen [8].

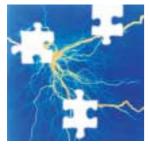
zu 3: Auf Basis epidemiologischer Studien wird die mittlere Prävalenz (von 30 dieser Studien) bei 8,7 von 10.000 [1] festgesetzt. Neuere Studiendaten sprechen für höhere Prävalenzraten, was sich am ehesten durch eine effektivere Diagnostik erklären lässt. Unter Berücksichtigung aller Diagnosen aus dem Bereich der tiefgreifenden Enticklungsstörungen konnten Prävalenzraten von 60/10.000 gefunden werden [2].

zu 4: Völlig klar ist es, dass bei alleinigem Abwarten kein Informationsgewinn zu erhalten ist. Rein rechtlich besteht die Verpflichtung, die unbekannte Person bei der Polizei zu melden.

Dort werden physiognomische Charakteristika mit Personen auf ihren Suchlisten abgeglichen. Dabei muss aber bedacht werden, dass es keine landes- oder gar bundesweite Datenbank gibt, sondern dass zunächst abschnittsintern verglichen wird. Fehler in der Altersabgabe können hierbei die Suche deutlich erschweren. Die Information von Medien kann selbstverständlich effektiv sein, ist jedoch nicht dass Mittel der ersten Wahl. Über Anfragen bei einer Landesbotschaft ist kein weiterer Informationsgewinn zu erwarten.

Literatur

- Kaplan and Sadock's. Synopsis of Psychiatry. Chapter 38. Pervasive Developmental Disorders, 1052–62
- Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. Am J Psychiatry 2005; 162 (6): 1133–41
- 3. Lilienfeld SO. Scientifically unsupported and supported interventions for childhood psychopathology: a summary, Pediatrics 2005; 115: 761–4
- 4. Herbert JD, Sharp IA, Gaudiano BA. Separating fact from fiction in the etiology and treatment of autism: a scientific review of the evidence. Sci Rev Ment Health Pract. 2002; 1: 23–43
- 5. McDougle CJ et al. Treatment of aggression in children and adolescents with autism and conduct disorder. J Clin Psychiatry 2003; 64 [suppl. 4]: 16–25
- Williams G, Sears LL, Allard A. Sleep Problems in children with autism. J Sleep Res. 2004; 13 (3): 265–8



Neurologische Kasuistik

Mehr als nur eine Radikulopathie ...

Anamnese

Eine 67-jährige Hausfrau klagt nach verstärkter Reklination bei einem Friseurbesuch vor vier Monaten über immer wiederkehrende stechende Schmerzen im Nacken rechts mit Ausstrahlung in den rechten Ellenbogen. Gelegentlich traten auch Parästhesien an den Fingern IV und V sowie selten bei III rechts auf. Motorische Ausfälle oder eine Blasenstörung werden verneint. In den letzten Wochen war es mehrfach auch zu Sehstörungen mit "schwarzen Flecken vor den Augen" gekommen, die jeweils nur wenige Minuten anhielten. Eine sichere Begrenzung auf ein Auge und begleiten-

de Kopfschmerzen oder eine frühere Migräne werden anamnestisch verneint. Seit zwei Wochen kommt es nun beim Gehen zu Schmerzen im rechten Bein, die nach distal in den Vorfuß ausstrahlen und bereits nach kurzer Gehstrecke (< 150 m) zu einer Pause zwingen. Ein Trauma oder eine Stoffwechselerkrankung wird nicht angegeben. An Gefäßrisikofaktoren ist ein Nikotingenuss von 40 Zigaretten/Tag bekannt. Herzrhythmusstörungen werden verneint.

Refund

Neurologische Untersuchung: unauffällig; freie HWS-Beweglichkeit, Lasuege

beidseitig negativ; unauffälliger Tastbefund im Sulcus-Ulnaris; kein Meningismus, keine Hauteffloreszenzen, keine trophischen Störungen an den Extremitäten, Auskultationsbefund der Halsgefäße unauffällig.

Nervenleitgeschwindigkeit (NLG): normale motorische und sensible NLG des N. ulnaris und des N. medianus rechts. Elektromyografie: Nachweis pathologischer Spontanaktivität mit Fibrillationen und positiven Wellen im M. abductor digiti V rechts, hier wie im M. interosseus dors I leichter chronisch neurogener Umbau; unauffälliger Befund im M. triceps brachii, M. extensor digitorum



Fortbildung | Neurologische Kasuistik

communis, M. tibialis anterior, M. extensor hallucis longus und M. gastrocnemius rechts.

Medianus-SEP (somatosensorisch evozierte Potenziale): normale kortikale Latenzen beidseitig.

Dopplersonografie der Halsarterien: A. carotis interna (ACI) links nicht darstellbar, ACI-Lumen in der Duplexsonografie mit echoarmen Material ausgefüllt; retrograde Flussrichtung in der A. supratrochlearis links; rechts unauffälliger Befund; übrige Halsgefäße bis auf diffuse Intimaproliferation unauffällig.

NMR HWS: mediolateraler Diskusprolaps HWK7/BWK1 rechts bis intraforaminal reichend mit Kompression der Wurzel C8; keine Spinalstenose.

NMR Schädel: kortikale Mediateilinfarkte links parietal mit leichter gyraler Signalanhebung nach Kontrastmittelgabe im Versorgungsgebiet der A. sulci praecentralis und der A. sulci postcentralis (Abb. 1); zusätzlich auch subkortikaler Grenzzonneninfarkt links sowie im Bereich des tiefen Marklagers entsprechend einem "inneren" Grenzzoneninfarkt.

MR-Angiografie der Halsarterien: Verschluss der A. carotis interna im Abgangsbereich.

Diagnose:

- rezidiviernde transient ischämische Attacken (TIAs) mit Amaurosis fugax mit Grenzzoneninfarkten bei Karotis-Interna-Verschluss links;
- Wurzelläsion C8 rechts bei intraforaminalem Diskusprolaps;
- Claudicatio intermittens-Symptomatik im rechten Bein.

Die sofort ergänzte kardiologische Diagnostik zeigt bei grenzwertig linksventrikulärer Myokardverdickung keine Hinweise auf kardiale Thromben oder eine Endokarditis. Die Duplexsonografie der Beinarterien weist als Ursache der Beinschmerzen eine diffuse Angiosklerose mit Verschluss der A. femoralis superficialis rechts mit Kollateralisation zur A. poplitea nach. Zusätzlich findet sich ein Verschluss der A. dorsalis pedis rechts und links mit hier retrograder Perfusion.

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

Fragen

1. Welche Aussage über transient ischämische Attacken (TIAs) ist richtig?

- a TIAs sind immer als Notfall zu behandeln und müssen zu einer raschen Gefäßdiagnostik führen.
- D Sie sind aufgrund des klinischen Langzeitverlaufs ein eigenständiges Krankheitsbild.
- C Sie zeigen keine Gewebsveränderungen im NMR.
- d Sie gehen mit keinem erhöhten Risiko für eine koronare Herzerkrankung einher.
- e Sie sind aufgrund des klinischen Verlaufs mit hoher Zuverlässigkeit und Sicherheit zu erkennen.
- 2. Das Risiko einer TIA oder eines Hirninfarktes in den ersten drei Monaten nach einer TIA beträgt?
- a 2%
- **b** 5%
- C 11%
- **d** 20%
- e 25%

3. Welche Aussage zur Amaurosis fugax ist nicht richtig?

- Es kann dabei auch zu Szintillationsphänomenen kommen.
- b Während der TIA können zentrale oder parazentrale Skotome auftreten.
- C Sie ist schmerzlos.
- Retinale Mikroembolien sind nur bei klinischer Symptomatik während der TIA am Augenhintergrund zu entdecken.
- e Sie kann auch durch kardiale Embolien ausgelöst werden.

4. Welche Sekundärprophylaxe würden Sie bei der vorliegenden Risikokonstellation empfehlen?

- a Acetylsalicylsäure 150 mg/Tag
- D Clopidrogel 75 mg/Tag
- Clopidrogel 75 mg täglich
- d Clopidrogel 75 mg und Simvastatin 40 mg
- e ASS 50 mg + 400 mg Dipyridamol



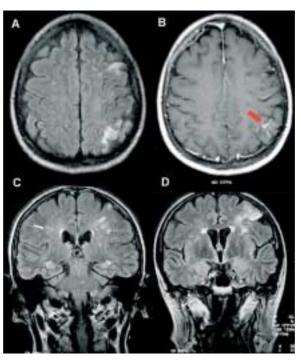


Abbildung 1: In der Flair-Sequenz deutliche kortikale Signalanhebung links parietal (A und D). Nach Kontrastmittelgabe (B) gyrale Signalanhebung im Versorgungsgebiet der A. sulci postcentralis links. In den koronaren Schichten (C) rechts Marklagerläsionen.

!

Lösung zur neurologischen Kasuistik

1a; 2c; 3d; 4d

Die initiale Symptomatik, die das Augenmerk vordergründig auf die angegebenen radikulären Schmerzen lenkte, konnte durch die nachweisbare Wurzelkompression geklärt werden. Allein die Sehstörungen ließen hier eine zusätzliche vaskuläre Ursache der rezidivierenden Sensibilitätsstörungen möglich erscheinen und führten zu einer umgehenden Gefäßdiagnostik.

Die Prävalenz zerebrovaskulärer Erkrankungen wird auf 700–800/100.000 Einwohner geschätzt. Die Inzidenz flüchtiger Durchblutungsstörungen liegt in Deutschland bei 50 von 100.000 Einwohnern pro Jahr. Ischämische Hirninfarkte treten mit höherem Lebensalter zunehmend häufiger bei 160–240/100.000 Einwohner pro Jahr auf. Wenn man optimistischen Einschätzungen folgt, könnte der größte Teil (bis zu 80%) der Infarkte, die mit ihren Folgekosten zu den teuersten Erkrankungen in den Industrieländern gehören, durch rechtzeitige Krankheitserkennung und Behandlung der Risikofaktoren verhindert werden [7].

zu 1: Die Überlegung, dass nur eine längere fokale neurologische Störung mit einer dauerhaften Gewebsschädigung einhergeht, die letztlich zur willkürlichen Definition einer transienten ischämischen Attacke (TIA) mit einer Symptomdauer < 24 Stunden führte, ist durch die modernen Bildgebungsverfahren als falsch erkannt worden. So finden sich in der diffusionsgewichten NMR-Untersuchung bei fast der Hälfte der Patienten mit einer TIA ischämische Gewebsveränderungen [12]. Diese Technik ist der CT-Untersuchung und auch der normalen T2-Sequenz-Untersuchung in der Kernspintomografie in den ersten zwei Wochen nach einer Ischämie überlegen. Auch konnte gezeigt werden, dass bei nachgewiesener Gewebsischämie in der Kernspintomografie die Prognose und das Rezidivrisiko unabhängig von der initialen Symptomdauer ist [4; 2]. So kann heute die Differenzierung verschiedener Infarkttypen aufgrund der diffusionsgewichtenten NMR-Untersuchungen und der MR-Angiografie mit einer Treffsicherheit über 80% bereits in der Frühphase erfolgen [13].

Während die Beschreibung einer Sprachstörung oder einer Lähmung zumeist sehr zuverlässig ist, sind Symptome wie Schwindel oder Empfindungsstörungen sehr viel schwieriger einzuordnen und werden oftmals fehlgedeutet, da sie eine breite Differenzialdiagnose zulassen [6].

Was macht die Diagnostik dabei auch für den Neurologen im Einzelfall schwierig? Wie im hier dargestellten Fall sind es die nur sehr ungenauen Angaben der Patienten zum Ablauf der Symptomatik oder sind es doch eher Fehler bei der richtigen Bewertung der Symptome? Etwas Licht in diese Frage mag hier ein interessantes Experiment bringen, das vor Jahren an der neurologischen Klinik Rotterdam mit acht Neurologen durchgeführt wurde. Zwei Schauspielerinnen wurden trainiert, in allen Befragungssituationen ihren Untersuchern gleich lautende Informationen mitzuteilen. In einem der beiden Fälle wurde als Angabe eine vage Sehstörung am linken Auge über 1 Minute gewählt, gefolgt von Kribbeln im rechten Arm einige Wochen später, das sich rasch auf das Gesicht und das Bein ausdehnte und 30 Minuten anhielt [13]. Sechs der acht Neurologen stellten die Diagnose "keine TIA", zwei diagnostizierten eine "TIA". Zusammen mit einer früheren Untersuchung an 72 Patienten, bei der in sechs von acht Fällen der divergierenden Diagnose eine unterschiedliche Interpretation der vom Patienten vorliegenden Informationen und nur in zwei Fällen Unterschiede in den vorliegenden Informationen zugrunde lagen, kommen die Autoren zu dem Schluss, dass unterschiedliche Interpretation vorliegender Daten den Hauptanteil an der Fehldiagnose einer TIA bedingen [13]. Es gilt daher, unsere Sensitivität diesbezüglich sehr hoch zu halten und die Diagnostik nicht aufgrund immer kürzerer Untersuchungszeiten oder zunehmender Regulierungen der Praxisbudgets einzuschränken [2].

zu 2: Eine Vielzahl von Studien in den vergangenen Jahren untersuchte das Risiko eines ischämischen Hirninfarktes nach einer vorausgegangenen TIA. In einer Zusammenstellung von 13 Studien mit insgesamt 8.289 Patienten errechnete Johnston ein durchschnittliches Risiko von 11% [10]. Dabei traten die Hälfte der ischämischen Ereignisse innerhalb der ersten zwei Tage nach der Initialsymptomatik auf [5; 9]. In der größten in Deutschland durchgeführten prospektiven multizentrischen Untersuchung fand Daffertshofer bei 1.380 TIA-Patienten bereits während des stationären Aufenthaltes eine Infarktinzidenz von 8%. Weitere 5% erlitten in den nächsten sechs

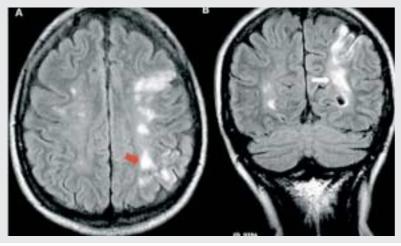


Abbildung 2: Auf den axialen Schichten (A) finden sich neben dem streifenfrömigen Endstrominfarkt im Marklager subkortikal parietal links auch kortikale Infarkte im vorderen (A. cerebri anterior/media) und hinterem (A. cerebri posterior/media) Grenzzonengebiet (roter Pfeil) als hämodynamische Folge des ipsilateralen Karotis-interna-Verschlusses. Die hintere Grenzzone im Bereich der A. cerebri media verläuft mit ihrer Längsachse senkrecht zur Hirnoberfläche zur Spitze des Hinterhornes und reicht vom Kortex bis tief ins Marklager (weißer Pfeil).



Fortbildung | Neurologische Kasuistik



Fortsetzung v. S. 91: Lösung zur neurologischen Kasuistik

Monaten einen Infarkt; in der Infarktgruppe kam es im Vergleich hierzu bei 7% zu einem erneuten ischämischen Hirninfarkt [2]. Dies widerlegt die Annahme eines unterschiedlichen Risikoverlaufs für TIA-Patienten im Vergleich zu Infarktpatienten und rechtfertigt eine sofortige und umfangreiche Diagnostik bei einer TIA-Symptomatik.

Wenn auch ein erneuter Hirninfarkt nach einer TIA oder einem Infarkt das wahrscheinlichste nächste Ereignis ist, so steigt im Krankheitsverlauf als Ausdruck einer allgemeinen Gefäßerkrankung auch das Risiko für einen Herzinfarkt oder eine gefäßbedingte Todesursache. Das kumulative Risiko dafür ergab in einer retrospektiven Untersuchung mit 1.631 Hirninfarktpatienten nach einem Jahr 6,5% und nach drei Jahren 11,8% [22]. Wie sich in einer Bevölkerungsstudie zeigte ist die Langzeitprognose nach einem Hirninfarkt nach zehn Jahren mit 79% ähnlich wie die vieler neoplastischer Erkrankungen [8]. Deutlich wird in dieser Studie durch die Tatsache, dass 27% im Langzeitverlauf an den Folgen des ersten Hirninfarktes verstarben, wie entscheidend die Diagnose einer TIA und damit die Verhinderung eines Infarktes ist.

Aufgrund des gemeinsamen arteriosklerotischen Krankheitsprozesses ist bei gleichzeitig bestehender Makroangiopathie der extrakraniellen Halsgefäße und der peripheren Beingefäße auch mit einem erhöhten Risiko für eine "stumme" koronare Herzerkrankung zu rechnen. So fand sich bei einer Untersuchung geriatrischer Patienten mit zerebrovaskulärer Erkrankung in 28% der Fälle eine periphere und sogar in 56% eine gleichzeitige koronare Gefäßerkrankung [16].

zu 3: Die Amaurosis fugax dauert dabei meist nicht länger als 30 Minuten und geht ohne Schmerzen einher. Ursache der retinalen Ischämie ist zumeist eine Mikroembolie die ihren Ausgang von einer proximalen Gefäßstenose am häufigsten an der ipsilateralen Karotisbifurkation nimmt. Retinale Embolien können jedoch auch bei asymptomatischen Patienten beobachtet werden. In einer neueren dopplersonografischen Untersuchung konnte gezeigt werden, dass mikroembolische Dopplersignale in der A. cerebri media bei 30 % der symptomatischen Patienten und nur in 10 % der asymptomatischen Patienten nachweisbar sind. Bei den symptomatischen Patienten fand sich dann auch in 82% der Fälle eine hämodynamisch (> 50 %) wirksame proximale Karotisstenose [23]. Jüngste histopathologische Untersuchungen bestätigen die Vermutung, dass es sich bei einer Amaurosis fugax-Symptomatik im Gegensatz zur TIA um eine "andersartige" Gefäßkrankheit handelt. So konnte an Gewebsproben von 404 Patienten, die eine Karotisendarteriektomie erhielten, signifikant häufiger atheromatöse Plaques bei den Patienten mit TIA oder ischämischen Infarkten als in der Gruppe der Amaurosis fugax Patienten nachgewiesen werden [21].

zu 4: Zahlreiche Studien haben in den letzten Jahren die Frage nach der besten Strategie zur Sekundärprophylaxe zu klären versucht. Diese haben auch in den überarbeiteten Leitlinien der DGN Eingang gefunden. Die Daten lassen vermuten, dass eine Karotis-Endarteriektomie bei symptomatischer Karotisstenose nur innerhalb der ersten zwei Wochen nach dem Erstereignis prophylaktisch wirksam ist. Aufgrund des in diesem Fall erhöhten Rezidivrisikos (Alter > 65 Jahre, Raucherin, periphere arterielle Verschlusskrankheit) ist eine Therapie mit

Clopidrogel der ASS-Monotherapie vorzuziehen. Jedoch ist hier die erforderliche Behandlungszahl ("number needed to treat") mit 125 über zwei Jahre im Vergleich mit einer Monotherapie mit ASS sehr hoch. Wird das Rezidivrisiko durch einen Diabetes mellitus oder eine koronare Herzerkrankung erhöht, lassen sich noch stärkere Effekte für Clopidrogel im direkten Vergleich mit ASS nachweisen [1]. Auch in der Vergangenheit wiederholte ischämische Ereignisse, unabhängig ob Hirn- oder Myokardinfarkt, erhöhen die relative Wirksamkeit von Clopidrogel [18]. Ein Vergleich der Wirksamkeit von Clopidrogel oder der Kombination von ASS und Dipyridamol (PRoFESS-Studie) steht noch aus. Die Kombination von ASS mit Clopidrogel ist aufgrund des hierunter erhöhten Blutungsrisikos bei fehlender Wirksamkeitssteigerung durch die Kombination (MATCH-Studie) nicht zu empfehlen [3].

Der Einsatz des Cholesterinsenkers Simvastatin kann aufgrund der Ergebnisse der Heart Protection Study empfohlen werden, die unabhängig vom Cholesterinausgangswert und dem Ausmaß der Cholesterinsenkung an 20.536 Hochrisikopatienten unter Simvastatin 40 mg eine 25%ige Risikoreduktion der Schlaganfälle zeigten [Heart Protection Study Collaborative Group 2002]. Die Ergebnisse einer aktuellen Studie mit dem Cholesterinsenker Atorvastatin, die die Wirksamkeit dieser Therapie speziell zur Prophylaxe zerebrovaskulärer Ereignisse untersucht, liegen noch nicht vor.

Gleichzeitig sollte eine Nikotinabstinenz angestrebt werden. Hierdurch kann das Gefäßrisiko (Schlaganfallrisikofaktor 1,8) bereits nach zwölf Monaten auf die Hälfte gesenkt werden [11]. Hierzu ist auch eine verhaltenstherapeutische Intervention und medikamentöse Ersatztherapie mit Nikotinpflaster oder -kaugummi zu empfehlen, weil dadurch die sehr geringe Rate einer dauerhaften Abstinenz von etwa 3% wesentlich gesteigert werden kann [19].

Literatur

- Bhatt DL et al. Am Cardiol. 2002; 90: 625-8
- Daffertshofer M et al. Stroke 2004; 35: 2453-8
- Diener HC et al. Lancet 2004; 364: 331-4
- Eliasziw M et al. Neurology 1995; 45: 428-31 4.
- Eliasziw M et al. CMAJ 2004; 170: 1105-9
- Goldstein L et al. JAMA 2005; 293: 2391-402 Gorelick PB. Arch Neurol 1995; 52: 347-55
- Hardie K et al. Stroke 2003; 34: 1842-6
- 9. Johnston SC et al. JAMA 2000; 284: 2901-6
- 10. Johnston SC: Sem Neurol. 2005; 25: 362-70 Kawachi I et al. JAMA 1993; 269: 232-6
- 12. Kidwell CS et al. Stroke 1999; 30: 1174-80
- 13. Koudstaal PJ et al. Stroke 1986; 17: 723-8
- 14. Koudstaal PJ et al. Stroke 1989 20: 300-1
- 15. Lee LJ et al. Stroke 2000; 31: 1081-91
- 16. Ness J et al. Am Geriatr Soc. 1999; 47: 1255-6
- 17. Primär- und Sekundärprävention der zerebralen Ischämie in Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 3. Aufl., Hrsg. von der Kommission "Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie", Thieme Verlag 2005, 192–214
- 18. Ringleb PA et al. Stroke 2004; 35: 528-32
- 19. Silagy C et al. Cochrane Database Syst Rev 2004; 3: CD000146
- 20. Spangoli LG et al. JAMA 2004; 292: 1845-52
- 21. Verhoeven B et al. J Vasc Surg 2005; 42: 1075-81
- 22. Vickrey BG et al. Stroke 2002; 33: 901-6
- 23. Wijman C et al. Stroke 2004; 35: 100-2



Fortbildung

Zertifizierte Fortbildung

Die CME-Fortbildung dieser Ausgabe wurde von der Bayerischen Landesärztekammer beziehungsweise von der CME-Kommission von BVDN, BDN, BVDP, DGN und DGPPN anerkannt. Wenn Sie mindestens 70 % der nachstehenden Fragen korrekt beantworten, erhalten Sie von uns eine Bescheinigung über 3 Fortbildungspunkte. Beantworten Sie alle Fragen richtig, werden 4 Punkte vergeben. Füllen Sie einfach den **online-Fragebogen** unter **www.cme-punkt. de** aus oder kreuzen Sie die richtigen Antworten im Antwortkasten auf der zweiten Seite dieses Fragebogens deutlich an.

Es ist jeweils nur <u>eine</u> Antwortmöglichkeit (Richtig- oder Falschaussage) zutreffend.

1. In welchem Jahr wurde die erste Beschreibung der Stimulanzienwirkung bei Patienten mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) publiziert?

A 1887

B 1923

C 1937

D 1944

E 1972

2. Langzeituntersuchungen haben ergeben, dass Menschen mit ADHS im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko für bestimmte "Schwierigkeiten" haben. Womit müssen sie sich jedoch nicht häufiger auseinandersetzen?

A mit einer erschwerten beruflichen Integration

B mit Beziehungsproblemen

C mit vermehrten Suchtproblemen

D mit häufigeren Verkehrsunfällen

E mit einem häufigerem Auftreten von Morbus Parkinson

3. Welche der folgenden Substanzen ist zur Behandlung einer ADHS geeignet?

A D, L-Amphetaminracemat

B Methionin

C Mianserin

D Perazin

E Atenolol

4. Welche Aussage zur medikamentösen Therapie der ADHS im Erwachsenenalter trifft zu?

- A Sie unterscheidet sich in den Grundzügen nicht grundsätzlich von derer Kinder und Jugendlicher.
- **B** Evidenzbasiert wirksam sind vor allem Ergotherapie und katathymes Bilderleben.
- **C** Eine ADHS tritt im Erwachsenenalter nicht auf.
- **D** Mangels Leitlinien und wissenschaftlicher Daten ist die Therapie Erwachsener mit ADHS problematisch.
- **E** Erwachsene mit ADHS haben nur selten andere psychiatrische Komorbiditäten.



In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, DGN, DGPPN und der Verwaltungsgesellschaft CME Neurologie/ Psychiatrie/Psychotherapie mbH der Berufsverbände



Bei online-Teilnahme erhalten Sie umgehend Antwort, ob Sie bestanden haben oder nicht. Das System verwaltet Ihre hier erworbenen CME-Punkte und druckt auf Wunsch die Bescheinigungen aus.

Teilnahmeschluss: 13.4.2006



5. Was ist die Therapie der Wahl bei neonataler Myasthenie bei Neugeborenen von Müttern mit Myasthenie?

A Thymektomie

B Kortisontherapie

C symptomatische Behandlung (Cholinesterasehemmer, Atemhilfe, Sondenernährung)

D Plasmapherese

E Immunglobuline i.v.

6. Welche Aussage zur MUSK (Muskelspezifische Kinase)-Antikörper positiven Myasthenie ist richtig?

- **A** Sie ist in der Regel Acetylcholinrezeptor (AChR)-Antikörper negativ.
- **B** Der Thymus zeigt histologisch eine lymphofollikuläre Hyperplasie.
- **C** Die Thymektomie hat immer einen heilenden Effekt.
- **D** Sie ist therapeutisch eher schwierig zu behandeln.
- **E** Sie findet sich häufig als paraneoplastisches Syndrom bei Thymomen.

7. Welche Aussage zur paraneoplastischen Anämie ist richtig?

A Sie findet sich in der Regel nur bei Thymomen der WHO-Klassifikation A und B.





Fortbildung Zertifizierte Fortbildung

- **B** Der Thymom-Typ der WHO-Gruppe C ist der häufigste histologische Befund bei Myasthenie.
- C Die Masaoka-Klassifikation bezieht sich auf die Histologie.
- D Die Masaoka-Klassifikation hat keinerlei Einfluss auf die Einschätzung der Prognose bei dieser Tumorerkrankung.
- E Eine Biopsie ist bei großen Tumoren nie erforderlich.
- 8. Welche Methode ist zur Diagnostik des Thymoms bei paraneoplastischer Myasthenie nicht notwendig?
- A Thorax-CT mit Kontrastmittel
- **B** Somatostatin-Rezeptor-Szintigrafie
- **C** Kernspintomografie
- **D** Skelett-Szintigrafie
- E Bestimmung der AChR- und Titin-Antikörper

- 9. Welche Aussage zu Antikörpern unter einer Interferon-beta-Therapie bei Multipler Sklerose ist richtig?
- A Bindende Antikörper gegen Interferonbeta binden an den Interferon-Rezeptor und neutralisieren dadurch die Wirksamkeit von Interferon-beta.
- **B** Neutralisierende Antikörper (NAbs) gegen Interferon-beta binden an den Interferon-Rezeptor und neutralisieren dadurch die Wirksamkeit von Interferon-beta.
- **C** Bindende Antikörper neutralisieren Interferon-beta durch Bindung an Interferon-beta.
- D NAbs neutralisieren Interferon-beta durch Bindung an Interferon-beta.
- E NAbs neutralisieren Interferon-beta durch Bindung an Interferon-beta sowie an den entsprechenden Rezeptor.

10. Welche Aussage zur Bildung von NAbs unter einer Interferon-beta-Therapie ist richtig?

- A NAbs, einmalig positiv gemessen, bleiben immer positiv.
- B Die Immunogenität aller Interferonbeta Präparate ist gleich.
- C Der Titer der gemessenen NAbs ist unerheblich.
- **D** Beim Vorhandensein von NAbs steigt die Expression des Myxovirus-A-Gens (MxA).
- **E** Hochtitrige NAbs persistieren bei den meisten Patienten.

Teilnahme

Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte zusammen mit einem ausreichend

Vorschlag zur Beantragung

Reichen Sie die bestätigten Fragebögen zusammen mit Ihren anderen NachweiFortbildung in Zeitschriften erlangen können, je nach Landesärztekammer verschieden ist. Nähere Informationen

frankierten Rückumschlag an: Urban & Vogel GmbH CME NEUROTRANSMITTER Postfach, 81664 München	sen der zertifizierten Fortbildung bei Ihrer Landesärztekammer ein, wenn Sie die erforderlichen 250 Punkte erreicht haben. Bitte beachten Sie, dass der Anteil an CME-Punkten, den Sie über die dazu Hinden Sie auf den Internetseiten der für Sie zuständigen Landesärztekammer, die auch über die Anerkennung der im Rahmen dieses Moduls erworbenen Punkte entscheidet.			
Die Richtigkeit von 100 % der Antworten wird hiermit bestätigt (4 Punkte).	Antwortformular für die postalische Einsendung			
Die Richtigkeit von 70% der Antworten wird hiermit bestätigt (3 Punkte). NEUROTRANSMITTER Ausgabe 2/2006	A Bitte vergessen Sie den frankierten Rückumschlag nicht! C Mit dem Einreichen dieses Fragebogens erklärt der Einreichende sein Einverständnis, dass die angegeben Daten zu Zwecken der Rücksendung der Fragebögen und zur anonymisierten Verarbeitung gespeichert werden. Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.			
	Name, Vorname Titel/Fachrichtung/Berufsbezeichnung			
Stempel	Geburtsdatum Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)			
URBAN & VOGEL	Straße, Nr. Zuständige Landesärztekammer			

NEUROTRANSMITTER 2-2006

Unterschrift



96

PLZ, Ort