

NEUROTRANSMITTER

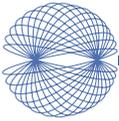
Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

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



ÄRZTEPROTESTE IN BERLIN
Nervenkrieg
Gesundheitspolitik

- **EBM-ABRECHNUNGSTIPPS**
Elektrophysiologie aus wirtschaftlicher Sicht
- **STRATEGIEN GEGEN DIE ANGST**
Zurück ins Leben
- **ERBLICHE STOFFWECHSELERKRANKUNGEN**
Vom Symptom zur Diagnose



3 — Editorial

Aus den Verbänden

8 — Gesundheitspolitische Kurznachrichten

10 — 2. Nationaler Protesttag der Ärzte
Wir sind die Ärzte

EBM-Abrechnungstipps

16 — Elektrophysiologie wirtschaftlich erbringen und abrechnen

18 — CME mit Kompetenz: von Kollegen für Kollegen

22 — „Fortbildungscurriculum“ Demenz der DGN startet

23 — Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel 2006
Unmut über Zielvereinbarungen der KV-Nordrhein

27 — EBM 2000 plus
Mehrarbeit schlecht bewertet

Aus den Landesverbänden

33 — Erfolgreiche Frühjahrstagung des
BVDN-Landesverbands Bayern

36 — Nervenärztliches Berufsbild im Wandel

40 — Hamburger Nervenärzte fordern faire Mittelverteilung

Beruf aktuell

45 — Psychiatrie und glauben
„Nun sag, wie hast Du´s mit der Religion?“

48 — Leben und Sterben: jedes hat seine Zeit

52 — Offenes Forum



Purer Nervenkrieg ...

... und Existenzbedrohung sind die permanenten Kürzungen finanzieller Mittel für die Ärzteschaft. Lautstark äußerte sie ihren Unmut beim 2. Nationalen Protesttag in Berlin. Praxisschließungen, Klinikstreiks, Demonstrationen in Geschlossenheit – die Regierung hat noch viel zu tun in Sachen Gesundheitspolitik.

10

Fehlende Änderungen ...



... der von den Berufsverbänden geforderten Honorarordnungspositionen im EBM 2000 plus veranlassten den Kollegen

Dr. Gunther Carl zu erneutem Nachhaken bei der KBV. Seine klarstellenden und nachdrücklich zur Nachbesserung auffordernden Briefe lesen Sie ab Seite

27



Ständiger Begleiter ...

... ist eine wohl treffende Umschreibung für den Tod, der mit dem Leben untrennbar zusammenhängt und an dessen Endlichkeit erinnert. Differenziert betrachtet

Dr. Peter Wöhrlin die erzwungene Lebensverlängerung – er vermisst die Menschenwürde in der modernen Wissenschaft.

48

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

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

Schriftleitung:

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

Geschäftsstelle

BVDN/BDN/BVDP

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

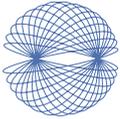
Die **Adressen** der Funktionsträger und Autoren finden Sie **ab jetzt in neuem Layout in der Mitte der Ausgabe** (S. 98 f.)!



Titelbild

Mit seinen detaillierten und farbenprächtigen Gemälden erzählt Roman Zaslouov die Lebensgeschichte seiner immer wiederkehrenden jungen Protagonistin (S. 122 f.).





Fortbildung

- 58 — „Schnellübersicht“ Antidementiva
Der Krankheitsprogression effektiv entgegenwirken
- 64 — Einsatz von nicht antidementiv wirkenden
Psychopharmaka bei Demenzkranken
- 66 — **Angstambulanz am Max-Planck-Institut**
Aktuelle Forschungsstrategien bei Angsterkrankungen
- 71 — **CME-Fragebogen**
- 75 — Vom Symptom zur Diagnose – klinische Hinweise
für erbliche Stoffwechselerkrankungen
- 81 — **Kasuistiken**
- 89 — **Journal Club**

Journal

- 98 — **BVDN/BDN/BVDP**
Service
- Arzt & Recht**
- 107 — Aufklärung in der Pharmakotherapie
- 115 — **Markt & Forschung**
- NEUROTRANSMITTER-Galerie**
- 122 — Roman Zaslouov: Die altbekannte Fremde
- 124 — **Termine**
- 126 — **Bücher**
- Reisezeit**
- 127 — Cuba libre
- 128 — **Impressum**



... und gestörtes Denkvermögen schränken die Selbstständigkeit vom Demenzpatienten immer mehr ein. Antidementiva, die sowohl kognitive als auch nicht kognitive Symptome zu lindern vermögen, sind wirksame Behandlungsoptionen, um die Krankheitsprogression zu verlangsamen.

58

Lähmende Angst ...

... diktiert bei vielen Menschen den Alltagsablauf und zwingt zu sozialem Rückzug und Vermeidungsverhalten. Die Angstambulanz am MPI ist nicht nur Anlaufstelle zur Diagnostik und Therapie der verschiedenen Angsterkrankungen, hier werden auch genetische Grundlagen erforscht.



66

Koloniales Flair ...

... vermitteln noch immer die verwitterten Prachtbauten und Paläste in der Altstadt von Havanna. Und auch die chromglänzenden Cadillacs zeugen in Kubas kulturellem und politischem Mittelpunkt vom Zauber vergangener Zeiten.



127

Wichtiger Hinweis!

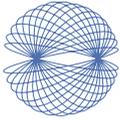
Diese Ausgabe enthält auf S. 93 f. den Therapie Report aktuell „So patientenfreundlich kann MS-Therapie sein: Leicht einsteigen, lange dabeibleiben“, auf S. 96 f. den Kongress Report aktuell „Besserung der Symptome vom Morgen bis zum Abend gefordert: Umdenken in der ADHS-Therapie“, auf S. 113 f. den Therapie Report aktuell „Belegte Wirksamkeit von Olanzapin an beiden Stimmungspolen: Neue Perspektiven für bipolare Patienten mit gemischten Episoden“ sowie auf S. 120 f. den Therapie Report aktuell „Orphan-Drug-Status für Narkolepsiepräparat: Hilfe für Narkolepsiepatienten“.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Internet-Kompass

Was Sie als Arzt über EDV und Internet wissen sollten, finden Sie wie gewohnt in unserer Beilage Med-Online. Themen dieser Ausgabe unter anderem:
— Praxis-Website und Recht – Sind Sie juristisch abgesichert?
— Elektronischer Arztausweis
— Elektronisches Rezept – Schluss mit der Zettelwirtschaft





Holländisches Modell für deutsche GKV?

Die große Koalition tut sich schwer damit, sich auf ein einheitliches Finanzierungsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu einigen. Ziel wird sein, dass Modell der „solidarischen Gesundheitsprämie“ (Union) mit der „Bürgerversicherung“ (SPD) zu vereinen. Dass dies schwierig wird, ist jedem einsichtig, der die Grundprinzipien der beiden Finanzierungsmodelle eingehender kennt. Zunächst wurde von vielen das Schweizer Modell favorisiert, welches aber nach dem Geschmack der SPD den Versicherten zu viel finanzielle Eigenverantwortung aufbürdet. Nun wird das vor wenigen Monaten in Kraft getretene niederländische Finanzierungsmodell näher in Augenschein genommen. In der Zeitschrift „Die Ersatzkasse“ 2/2006 sind die Eckpunkte der niederländischen GKV-Finanzierungsreform dargelegt:

Privatisierung der Krankenkassen: Die Krankenkassen verlieren ihren öffentlich-rechtlichen Status und dürfen künftig Gewinne erwirtschaften. Die Unterscheidung zwischen privaten Krankenversicherern und Krankenkassen entfällt.

Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung: Alle Einwohner der Niederlande müssen sich versichern. Ausnahmen sind nur aus Gewissensgründen möglich. Gleichzeitig dürfen alle Krankenversicherer keine Antragsteller ablehnen.

Steuerfinanzierung der Beiträge für Kinder: Die Beiträge für Kinder werden komplett aus Steuermitteln finanziert.

Beitragssubvention für Personen mit niedrigem Einkommen: Versicherte mit niedrigem Einkommen erhalten steuerfinanzierte Transferzahlungen. Diese sollen verhindern, dass Versicherte übermäßig belastet werden. Die Transferzahlungen orientieren sich nicht an den tatsächlich gezahlten Beiträgen, sondern an den durchschnittlich erhobenen einkommensunabhängigen Beiträgen auf dem Krankenversicherungsmarkt. Damit sollen auch für die Versichertengruppe Anreize geschaffen werden, bei der Wahl der Krankenversicherung auf den Preis zu achten.

Mehr Wahlrechte für die Versicherten: Die Versicherten haben die Wahl zwischen Sachleistungsprinzip und Kostenerstattung. Darüber hinaus können sie wie in der Schweiz zwischen unterschiedlichen Versicherungstarifen wählen (freiwillige Selbstbehalte, Zugang zu einem ausgewählten Kreis von Leistungsanbietern).

Mehr Einfluss für die Krankenversicherer bei der Steuerung der Versorgung: Den Krankenversicherern werden mehr Möglichkeiten bei der Steuerung der Versorgung eingeräumt. Prinzipiell sollen sie in allen Versorgungsbereichen die Möglichkeit bekommen, selektive Verträge mit Leistungserbringern abzuschließen. Die Regierung behält sich jedoch vor, in einzelnen Versorgungsbereichen das Prinzip kollektiver Verträge für eine Übergangszeit beizubehalten.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich: Um Anreize zur Risikoselektion von Versicherten zu minimieren, wird der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) auf alle Krankenversicherer ausgeweitet.

Kommentar: Die letztendliche Abschaffung der privaten Vollversicherung dürfte von Ulla Schmidt und vor allem von den SPD-Linken befürwortet werden. Auch der Kontrahierungszwang bei gleich hohen Prämien unabhängig vom gesundheitlichen Risiko setzt eine markante solidarische Note. Die Steuerfinanzierung der Kinder wird ja als „Kindergesundheits-Soli“ hierzulande offen diskutiert. Gleiches gilt für Transferleistungen für sozial Schwache. Für die Union dürften sich folgende positive Aspekte der niederländischen Finanzierungsreform ergeben: Die Hälfte der Versicherungsprämie wird einkommensunabhängig vom Versicherten bezahlt, die andere Hälfte aber einkommensabhängig vom Arbeitgeber. Krankenversicherer und Versicherte haben liberalere Möglichkeiten, den Versicherungsumfang selbst zu wählen und hierfür natürlich auch unterschiedliche Prämien zu bezahlen. Hier wäre der Markt für ambulante und stationäre Zusatzversicherungen mit höheren Komfortleistungen wie sie hierzulande beispielsweise auch die bisher privat Vollversicherten genießen.

gc



Hartz IV bedroht ambulante Versorgung

Die KBV rechnet damit, dass durch die Sozialreformen im Bereich des Arbeitslosengeldes deutlich weniger Finanzmittel für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehen.

Seit 2005 hat das „Arbeitslosengeld II“ die bisherige Arbeitslosenhilfe und die Sozialhilfe für erwerbsfähige Personen und deren Angehörige zusammengefasst. In der Folge sind viele Betroffene aus der Arbeitslosenversorgung „herausgefallen“ und nicht mehr selbstständige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen überweisen jedoch nur für Krankenkassenmitglieder Kopfpauschalen in die Gesamtvergütung einer KV. Damit erhalten die KVen weniger Geld für die ambulante Versorgung.

Nach Angaben der KBV fehlen – bedingt durch die Hartz-IV-Regelung – pro Jahr 184 Mio. EUR in der ambulanten Versorgung der Patienten. Insbesondere die neuen Bundesländer mit strukturschwachen Regionen sind von dieser Regelung betroffen. Die KBV beziffert allein den Verlust für die KV Sachsen auf 27 Mio. EUR pro Jahr.

af

AVWG in Warteschleife

➔ Der Bundesrat hat am 10. März das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) abgelehnt und an den Vermittlungsausschuss weitergeleitet. Die unionsgeführten Bundesländer sprachen sich gegen das am 17. Februar vom Bundestag verabschiedete Gesetz aus, da sie den Verwaltungsaufwand für die Bonus-Malus-Regelung und die Bestimmungen der Festbetragsregelung ablehnen. Das Gesetz sieht unter anderem ein Bonus-Malus-System vor, bei dem Ärzten Honorarbußen drohen, wenn sie bei bestimmten Arzneimitteln festgelegte Tagestherapiekosten mit ihren Verordnungen überschreiten. Im (seltenen) Fall der Unterschreitung können Vertragsärzte mit einem Bonus rechnen. Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen können aber auch andere Vereinbarungen treffen, die eine entsprechend wirtschaftliche Verordnungsweise sicherstellen.

Medikamente sollen nach dem vorliegenden Gesetzentwurf von der Zuzahlungspflicht befreit werden können, wenn der Arzneimittelpreis mindestens 30% unter dem Festbetrag liegt. Festbeträge sollen generell abgesenkt werden. Weitere Bestandteile des Arzneimittelspargesetzes sind ein zweijähriger Preisstopp für Arzneimittel, ein Generikaherstellerrabatt von 10% an die Krankenkassen sowie ein Verbot von Naturalrabatten der Arzneimittelhersteller an die Apotheken. Nach der Ablehnung durch den Bundesrat kann das AVWG nicht wie vorgesehen, zum 1. April in Kraft treten. Damit kann das AVWG zwar aufgehoben, aber nicht verhindert werden. Da es sich nämlich um ein nicht zustimmungspflichtiges Gesetz handelt, hat der Bundestag die Möglichkeit, den Bundesrat im Vermittlungsausschuss zu überstimmen. **af**

3. Nationaler Protesttag – Wir sind die Ärzte!

Am 19.5.2006 wird in Berlin nun bereits der 3. Nationale Protesttag der Ärzte stattfinden.

Der Demonstrationszug wird voraussichtlich um 12.00 Uhr vom Invalidenpark über die Friedrichstraße zum Gendarmenmarkt marschieren.

In dieser ersten kleinen Ankündigung erneut der Aufruf zur zahlreichen Teilnahme: Es sollten dieses Mal mindestens 50.000 Demonstranten vor Ort sein, auch Patienten sollten mitmachen!

Dr. med. Rolf Peters, Jülich



Seminarkalender

Qualitätsmanagement und wirtschaftlicher Erfolg

Viele Praxisinhaber erleben im Augenblick (und sicherlich auch noch in der mittel- bis langfristigen Zukunft) die Situation, dass die Einnahmen deutlich zurückgehen, die Kosten jedoch mindestens gleich bleiben, wenn nicht sogar steigen. Hieraus ergibt sich eine wirtschaftliche Schere, die nur dadurch zu entschärfen ist, dass die Praxis unter wirtschaftlichen Aspekten radikal durchleuchtet und optimiert wird.

Dieses Seminar ist kein Abrechnungsseminar, in dem vermittelt wird, wie der neue EBM noch besser genutzt werden kann. Auch wollen wir nicht über die Qualität der medizinischen Leistungen im Vergleich zu deren Kosten diskutieren. Stattdessen vermitteln wir einfache Methoden des wirtschaftlichen Praxismanagements, die den Teilnehmern helfen sollen, die Einnahmen und Kosten der Praxis in ein wirtschaftlich harmonisches Gefüge zu bringen. Zu den Inhalten gehören unter anderem:

- ▶ Welche Bedeutung hat Qualitätsmanagement als Instrument zum wirtschaftlichen Prozessmanagement?
- ▶ Welche einfachen Kennzahlen geben Auskunft, ob eine Praxis eine gute wirtschaftliche Basis hat?

- ▶ Wie können Fehlerkosten gesenkt werden?
- ▶ Was bedeutet BASEL II in Zusammenhang mit Qualitätsmanagement für eine Praxis?

Teilnehmer: Praxisinhaber und leitende Mitarbeiterinnen

Termine: 14. Juni 2006, Köln

21. Juni 2006, München

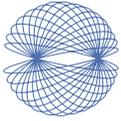
von 15.00–20.00 Uhr

Anmeldeschluss: 7. Juni 2006

Teilnehmerzahl: maximal 15 Personen

Kosten: 170 EUR

Informationen und Anmeldung: Athene-Akademie, Gabriele Schuster, Huttenstr. 10, 97072 Würzburg, Tel. (09 31) 88 02 93 96, Fax (09 31) 88 02 93 98, E-Mail: g.schuster@athene-qm.de



2. Nationaler Protesttag der Ärzte Wir sind die Ärzte

Erneut gingen am 24. März in Berlin Tausende Ärzte auf die Straße, um gegen schlechte Arbeitsbedingungen und die erhebliche Unterfinanzierung zu protestieren. Zum 2. Nationalen Protesttag hatten ausdrücklich auch die nervenärztlichen und psychiatrischen Berufsverbände BVDN und BVDP ihre Mitglieder zur Teilnahme an dem Demonstrationzug aufgerufen.



© Archiv

Dr. med. Frank Bergmann
1. Vorsitzender BVDN



© Archiv

Am Tag vor dem 24. März startete in Berlin der 2. Nationale Protesttag der Ärzte mit einer Pressekonzferenz, die hauptsächlich vom Präsidenten der Gemeinschaft Fachärztlichen Berufsverbände (GFB), Dr. Jörg-A. Rüggeberg, und vom Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Dr. Maximilian Zollner bestritten wurde. Wie das Bündnis der freien Ärzteverbände mitteilte, stehen auf dem Forderungskatalog das Grundrecht auf Freiheit für die Patienten in der Entscheidung, ihre Behandlung frei wählen zu können, und für die Ärzte, diese Entscheidung ihrer Patienten umsetzen zu dürfen. Der Vorsitzende des Vorstandes der KBV, Dr. Andreas Köhler, hielt als Gast das Haupt-

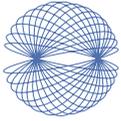
statement: „Die Vorstände der KVen und der KBV werden das solidarische Engagement von Tausenden Patienten, Praxismitarbeitern, Psychotherapeuten und Ärzten gegen Rationierung, bürokratische Drangsalierung und Budgetierung unterstützen. Die KBV-Vertreterversammlung werde ihre für den Protesttag geplante Sitzung früher beenden und anschließend an der Demonstration teilnehmen.“

Leistungsfähiges deutsches Gesundheitssystem

In einem GFB-Forum am Vorabend des Protesttages nannte Gastredner Prof. Dr. Fritz Beske, Chef des Institutes für Gesundheits-System-Forschung, folgende Gesundheitsziele unverzichtbar:

- Versorgungssicherheit für den Patienten,
- Planungssicherheit für die Leistungserbringer,
- kein Leistungsausschluss aufgrund des Alters,
- Erhalt der ortsnahen ambulanten Versorgung,
- freie Arztwahl,
- Erhalt der Freiberuflichkeit.

Gerade Engagement, Investitions- und Risikobereitschaft der freiberuflich tätigen Ärzte hätten zu einem in der Welt einmalig hohen Versorgungsstandard geführt. Schon 2002 hatte Beske mit einem immer wieder vorgetragenen Slogan aufgeräumt. Die Behauptung „Das Gesundheitssystem in Deutschland zahle für einen Mercedes, fahre aber nur Golf“ sei grundlegend falsch und beruhe auf schwerwiegenden und methodischen Fehlern der WHO, die ihre Arbeit daraufhin zurückgezogen habe. Vielmehr stehe Deutschland im Leistungsvergleich bestens dar: Hier werde der umfassendste Leistungskatalog in der Welt angeboten; mit geringsten Zuzahlungen und kürzesten Wartezeiten sei es das effizienteste System weltweit. Als wesentliche Einflussgröße auf künftige Beitragssteigerungen nannte Beske neben dem demografischen Faktor vor allem den medizinischen Fortschritt, der mit zirka einem Beitragspunkt pro Jahr eingeschätzt werden müsse. In einer vergleichenden Studie in den 27 OECD-Ländern mit insgesamt 700 beteiligten Experten habe sich herausgestellt, dass keines der Länder in Zukunft sein Gesundheitssystem weiter finanzieren könne. Tragfähige Konzepte und Antworten



Dr. Frank Bergmann steht den Medien in den dringenden Belangen der Ärzteschaft gern Rede und Antwort.



Gesundheitspolitik ist Nervensache: Die Kollegen Bergmann und Urban protestieren erneut gegen die Sparpläne.



Zahlreiche Berufsverbandsmitglieder unterstrichen ihre Grabesstimmung noch durch die passende Kleidung.

auf dieses Problem habe ebenfalls keines der Länder. Konsequenz für Deutschland: Alles müsse auf den Prüfstand. In der Rentenpolitik habe die Koalition jetzt Beitragssätze und Bundeszuschüsse eingefroren, mit der Folge, dass das Rentenniveau bis 2050 um etwa 25% sinken wird.

Ein ähnlicher Weg zeichne sich für die GKV-Leistungen ab, noch fehle der Politik der Mut, Leistungskürzungen zu beschließen oder Zuzahlungen zu erhöhen. Mit „intelligenten“ Zuzahlungen sei aber jedes System zu steuern. Eines machte Beske unmissverständlich deutlich: Ärzte können auf keinen Fall diejenigen sein, die den unvermeidlichen Streit über Leistungskürzungen anzetteln. Vorschläge zur Struktur eines künftigen Leistungskataloges will Beske daher bis zum Sommer selbst erarbeiten. Für „Vorschläge“ sei er dankbar, jedoch werde er seine Unabhängigkeit nicht in Frage stellen lassen.

Imposanter Protestmarsch

Rund 31.000 Kollegen, Arzthelferinnen und Patienten machten sich am Folgetag, dem 24. März, auf den Weg und artikulierten in einer eindrucksvollen Demonstration ihre Forderungen. 500 von Ihnen trugen BVDN-Plakate („Wir sind die Ärzte“ und „Die Nerven liegen blank“), die wir vor der Demo vorberei-

tet hatten, und sorgten damit für hervorragende Präsenz des Verbandes. Dank an dieser Stelle an Dr. Rolf Peters für sein großes Engagement.

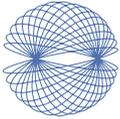
Kernforderungen aller Beteiligten: Bürokratieabbau, Erhalt der wohnortnahen Versorgung, angemessene Honorierung sowie Verhinderung des AVWG mit seinen unethischen Bonus-Malus-Regelungen. Ein Informationsblatt machte auf die besondere Situation unserer Fachgruppe aufmerksam (www.bvdn.de).

Im Rahmen der Kundgebung vor dem Roten Rathaus in Berlin stellte sich der Präsident der Bundesärztekammer Dr. Jörg-Dietrich Hoppe unmissverständlich an die Spitze der Protestierenden, ebenso wie KBV-Chef Dr. Andreas Köhler, der schon am Abend zuvor durch das Gesundheitsministerium schriftlich gerügt worden war. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte die KBV im Vorfeld dieser Berliner Protestkundgebung aufgefordert, auf ihrer Vertreterversammlung eine Diskussion über einen kollektiven Ausstieg aus dem bisherigen System der vertragsärztlichen Versorgung zu unterlassen. „Ich rate dringlichst davon ab“, hatte BMG-Abteilungsleiter Franz Knieps in seinem Schreiben den KBV-Vorstandsvorsitzenden Köhler gewarnt. Wenn die KBV über die Errichtung paralleler

Schutzorganisationen anstelle der KVen oder eine Abstimmung unter allen niedergelassenen Ärzten zum Systemausstieg debattiere, nehme sie mit diesen Plänen „ein politisches Mandat wahr, das sie nicht hat“, heißt es in dem Brief, mit der Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrags vertragen sich solche Vorhaben nicht. „Insbesondere die Urabstimmung wäre eindeutig mit einer verantwortungsvollen Wahrnehmung der Aufgaben der KBV unvereinbar und daher rechtswidrig.“ Köhler beugte sich nicht und ließ die Vertreterversammlung ein Referendum beschließen, in dem sich die Vertragsärzte in den nächsten Wochen zur Frage des Kollektivvertrages positionieren werden. Die „Einladung“ ins BMG kam daraufhin prompt. Für die Positionierung der Vertragsärzte war dies ein schlauer und mutiger Schritt von Köhler. Politik und Kassen sind nicht in der Lage, den Sicherstellungsauftrag zu übernehmen, andererseits werden die Vertragsärzte den Sicherstellungsauftrag nicht ohne Bedingungen weiter erfüllen und sie werden diese Bedingungen auch einfordern, in einem Referendum – aber notfalls auch weiter auf der Straße.

Weiter geht's!

Mit der großen Teilnehmerzahl war der 2. Nationale Protesttag jetzt ein voller Erfolg. Es war ein wahrer „Berlin-Mara-



**Aus der Rede von Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender der KBV
in der Vertreterversammlung der KBV**

„ (...) durch ein Referendum der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Jede KV könnte ihre Mitglieder anschreiben und ihnen ganz konkrete Fragen, die den Erhalt des derzeitigen ambulanten vertragsärztlichen Systems auf der Basis von Kollektivverträgen, abgeschlossen durch die KVen, von der Erfüllung bestimmter Grundbedingungen durch die Gesundheitspolitik abhängig macht, stellen. Mit Expertenhilfe müssen dazu geeignete Fragen erarbeitet werden. Die Antworten müssten eine klare Positionsbestimmung ergeben: Bis wohin stehen die Vertragsärzte und -psychotherapeuten hinter dem kollektiven Sicherstellungsauftrag und einer körperschaftlichen Interessenvertretung, ab wann muss eine Körperschaft, die nur noch Büttel der Sparpolitik sein darf, andere Alternativen in Betracht ziehen?“

Ein solches Referendum der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten hätte viele Vorteile. Es würde uns in die Lage versetzen, Druck auf die Politik ausüben zu können. Es würde uns eine zusätzliche Legitimation verleihen. Wenn deutlich wird, dass das KV-System nur bis zu einem bestimmten Punkt handlungswillig bleibt, können wir damit politisch viel nachhaltiger agieren. Mit diesem Referendum würden wir klären, ob die Vertragsärzte und -Psychotherapeuten für den Kollektivvertrag im Interesse ihrer Patienten eintreten, solange die dafür geltenden Rahmenbedingungen verantwortungsvolles ärztliches Handeln ermöglichen. Die Antworten würden uns auch zeigen, ob wir einen Plan entwickeln müssen, der im Falle der Funktionsunfähigkeit des bisherigen Systems durch die politisch induzierte Überhitzung Patienten- und Vertragsarztinteressen wirksam schützt. (...)“

„ (...) Leistungen mit Auszahlungspunktwerten, die besonders deutlich unter dem kalkulatorisch angesetzten Punktwert von 5,11 Cent liegen und die im Gutachten als nicht ausreichend zuverlässig kalkuliert eingestuft wurden, sind offensichtlich unterbewertet. Diese müssen so schnell und so valide wie möglich angepasst werden. Vorrangig geht es dabei um die Nervenärzte, Neurologen, Psychologen und Psychiater, die Internisten mit Schwerpunkt, insbesondere die Kardiologen, die Strahlentherapeuten und die Radiologen. Bei Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern sowie bei den Strahlentherapeuten sind wir bereits dabei, alternative Datengrundlagen zu prüfen. (...)“

Original unter: www.kbv.de

thon“, Danke an alle engagierten Mitstreiter! Und es geht weiter: Schon jetzt vormerken: Der nächste Protesttag in Berlin wird am 19. Mai starten.

Am Samstag den 25. März wurden die fachärztlichen Positionen im Rahmen des deutschen Fachärztetages noch einmal eingehend erörtert. Auf dieser Veranstaltung warb Köhler noch einmal vehement für den Erhalt des Kollektivvertrages. Er verwies zu Recht auf die Ärztedemonstrationen in der Weimarer Republik. Damals hatten sich die Kasernenärzte aus dem Diktat der Krankenkassen befreit und den Kollektivvertrag „erkämpft“.

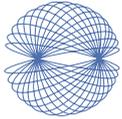
Wir werden dieses Thema auch in der Hauptversammlung im Rahmen des Neurologen- und Psychiatertages am 6. Mai in Berlin besprechen! Wie Sie dem

Programm entnehmen können, das Ihnen in diesen Tagen zugesandt worden ist, geht es in diesem Jahr um die zentrale Frage, wie neurologische, nervenärztliche und psychiatrische Versorgung unter den gegenwärtigen katastrophalen Rahmenbedingungen noch erfolgen kann.

Kommen Sie also nach Berlin!

Ihr

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen



Elektrophysiologie wirtschaftlich erbringen und abrechnen

Was sich die Honorarabteilung der KBV bei der Legendierung und Bewertung der Leistungspositionen 16321 und 21321 (evozierte Potenziale) und 16322 (ING/NLG) geleistet hat, ist bo-

denlos. Qualifizierte und reproduzierbare Messungen bei auch nur etwas komplexeren Fällen sind so kaum noch möglich.

Die Abrechnungsmodalitäten zu diesen Leistungen finden Sie nachfolgend.

Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP),

Nr. 16321

Obligatorer Leistungsinhalt

- Bestimmung somatosensibel evozierter Potenziale und/oder
- Bestimmung visuell evozierter Potenziale und/oder
- Bestimmung akustisch evozierter Potenziale und/oder
- Bestimmung magnetisch evozierter Potenziale
- beidseitig

Bewertung: je Sitzung **645 Punkte**

Die Leistung nach der Nr. 16321 kann bis zu zweimal im Behandlungsfall (= Quartal) erbracht werden, Berichtspflicht (auch bei Auftragsleistung beziehungsweise Leistung ohne Überweisungsschein).

Plausibilitätsprüfzeit: 16 Minuten

Kommentar

Sind evozierte Potenziale (EP) mehrerer Qualitäten in einer Sitzung erforderlich, lässt sich die GOP 16321 trotzdem nur einmal abrechnen. Lässt sich absehen, dass der Patient im Quartal ohnehin zweimal die Praxis aufsuchen muss – etwa weil zwischenzeitlich eine kraniale Kernspintomografie bei Verdacht auf Encephalomyelitis disseminata durchgeführt wird – so kann beispielsweise das VEP beim ersten und ein SEP beim zweiten Besuch in der Praxis durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass hierdurch die endgültige Diagnose nicht über Gebühr hinausgezögert wird.

Die evozierten Potenziale wurden von der KBV äußerst restriktiv in einem Leistungskonvolut zusammengefasst, sodass sie kaum noch wirtschaftlich zu erbringen sind. Dies dürfte dazu führen, dass viele Kollegen, die bisher diese Ableitungskurve aus Qualitätsgründen noch doppelt angefertigt haben (mit doppeltem Zeitaufwand), um reproduzierbare Kurven bei dieser empfindlichen Messmethodik zu erzielen, nun darauf verzichten. Eine Aufzeichnungspflicht der Kurven ist nicht vorgeschrieben. Dies bedeutet, dass nach dem Auswerten der Kurven auf dem Bildschirm lediglich das Ergebnis dokumentiert und ein Befundergebnis erstellt werden muss. Jedoch besteht Berichtspflicht an den Hausarzt oder Überweiser, der mit ausreichend differenzierten Textbausteinen nachgekommen werden sollte. Denn bei Patienten, bei denen eine elektrophysiologische diagnostische Abklärung erforderlich ist, handelt es sich oft um Neupatienten, bei denen ohnehin ein differenzialdiagnostischer Brief an den Hausarzt aus medizinischen Gründen notwendig ist. **gc**



Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung

Nr. 16322

Obligatorer Leistungsinhalt

- elektromyografische Untersuchung(en) mit Oberflächen- und/oder Nadel-elektroden und/oder
- elektroneurografische Untersuchung(en) mit Bestimmung(en) der motorischen oder sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit
- beidseitig

Bewertung: je Sitzung **435 Punkte**

Die Leistung nach der Nr. 16322 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

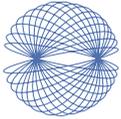
Plausibilitätsprüfzeit: 9 Minuten

Kommentar

Auch diese Leistung ist nur zweimal im Quartal abrechenbar. Über das mögliche oder wirtschaftlich sinnvolle Aufteilen auf zwei Sitzungstermine beispielsweise bei Patienten mit radikulären neurologischen Ausfallserscheinungen, die zwischenzeitlich noch ein spinales CT erhalten müssen, gilt das bereits bei den evozierten Potenzialen gesagte.

Bei dieser Ziffer hinterließ die KBV einen nicht tolerierbaren Einschnitt im Kernbereich der Neurologie. Sinnvolle peripher-neurologische Diagnostik ist damit ebenfalls kaum noch möglich. Alle Leitgeschwindigkeiten und EMG-Untersuchungen wurden in einer Ziffer zusammengefasst. Gleichgültig welche Neurographie (motorische und/oder sensible Leitgeschwindigkeiten, F-Wellen, H-Reflex) an gegebenenfalls mehreren Nerven und/oder Oberflächen- oder Nadel-EMG-Untersuchungen in gleicher Sitzung durchgeführt werden, die Ziffer 16322 lässt sich nur einmal ansetzen. Was bei den evozierten Potenzialen noch sinnvoll ist – die Beidseitigkeit – grenzt bei der Neurographie an Körperverletzung. Das Erfordernis der Beidseitigkeit ist nicht daran gebunden, dass der gleiche Nerv oder der gleiche Ableitungsmodus (motorisch oder sensibel) beidseits gemessen wird. So wäre es bei entsprechender Erfordernis zum Beispiel möglich, den N. tibialis rechts und den N. ulnaris links motorisch zu messen oder den N. suralis rechts und den N. medianus





Fortsetzung v. S. 16

Kommentar

ausschließlich motorisch links. Die Elektromyografie ist nach unserer Interpretation der Leistungslegende nicht beidseitig erforderlich. Auch bei der Neurografie wurde bisher von den meisten Kollegen etliches getan, um eine Qualitätsverbesserung und Reproduzierbarkeit der Ergebnisse zu erhalten wie Doppelmessungen und Average-Untersuchungen bei sensiblen Nerven oder serielle Distanzuntersuchungen bei Ulnarisläsionen. Derartige Sorgfalt lässt sich nun ökonomisch kaum noch darstellen.

Auch komplexere, vor allem zeitaufwändigere Untersuchungen wie F-Wellen, H-Reflex, Serienreizung bei Myastenie-Verdacht, Kieferöffnungsreflex sind nun kaum noch in der Praxis durchführbar und müssen in stationärer oder peristationärer Versorgung an neurologischen Krankenhäusern erbracht werden. Eine Aufzeichnungspflicht ist auch hier nicht gefordert, sodass es genügt, aus den erhaltenen Werten eine Befunddokumentation zu erstellen und diese mit geeigneten Textbausteinen in den obligaten Bericht einzufügen.

Fest versprochen wurde uns seitens der Honorarabteilung der KBV außerdem die separate Bezahlung der EMG-Einmalnadeln als Sachkostenaufwand. Dies ist nicht geschehen. Da die EMG-Nadel in Euro (ca. 4,- EUR) bezahlt werden muss und nicht in Punkten, bleibt vom Umsatz dieser Leistung nach gegenwärtigem Punktwert in etwa nur noch ein Betrag von 12,20 EUR – 4 EUR = 8,20 EUR übrig. Wie davon die Arztleistung, das Gerät, weitere Verbrauchsmaterialien, Personal- und Raumkosten bezahlt werden sollen, bleibt das Geheimnis der KBV. Eine mögliche Option wäre, den Patienten die Einmalnadel bezahlen zu lassen, was vermutlich den Widerspruch der Krankenkasse hervorrufen würde, denn der Patient hat nach SGB V Anspruch auf die gesamte Leistung als Sachleistung. Es haben sich bereits Praxen bei mir gemeldet, die EMG-Untersuchungen überhaupt nicht mehr anbieten und die Patienten grundsätzlich mit dieser Untersuchung in eine neurologische Fachambulanz überweisen.

gc

CME mit Kompetenz: von Kollegen für Kollegen

Wie bereits im letzten NEUROTRANSMITTER angekündigt, stellen wir in dieser Ausgabe die CME-Verwaltungsgesellschaft detailliert vor und informieren Sie über Teilnahmebedingungen und Zertifizierungsabläufe.



Die CME-Verwaltungsgesellschaft organisiert, koordiniert und optimiert die fachspezifischen Fortbildungsveranstaltungen für Neurologen, Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten im Auftrag ihrer Gesellschafter der DGN, DGPPN, BDN, BVDN und BVDP. Sie übernimmt dabei alle notwendigen Aufgaben zur Akkreditierung, Anmeldung der Veranstaltung bei den zuständigen Landesärztekammern, Evaluation, Dokumentation und Teilnahmebestätigung. Dazu wurde ein elektronisches Datenbank- und Mitgliederverwaltungssystem entwickelt, das in Kompatibilität zu anderen fachärztlichen Akademiesystemen und den 16 Landesärztekammern steht. Es wird in Zukunft auch den Datenaustausch mit dem elektronischen Informationsverteiler (EIV) ermöglichen (siehe Kasten S. 21). Die Akkreditierung einer fachspezifischen Veranstaltung wird vom Beirat der CME-Verwaltungsgesellschaft kontrolliert, in dem neben Vertretern der Gesellschaften auch die Akademien eingebunden sind. Nur durch die hier vorgehaltene Fachkompetenz ist ein hohes Niveau aktueller Fortbildungen sicherzustellen.

Die CME-NPP wird den Landesärztekammern aufgrund der streng fachspezifisch ausgerichteten Orientierung auch langfristig überlegen sein. Die CME-NPP evaluiert das Gesamtbild einer Veranstaltung und die Vorträge der Referenten nach Inhalt, Praxisrelevanz und Didaktik. So wird dauerhaft ein hohes Qualitätsniveau erreicht.

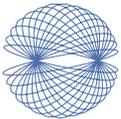
Die CME-Verwaltungsgesellschaft steht jetzt allen Fortbildungsanbietern in Neurologie und Psychiatrie (einschließlich der Randgebiete) als Dienstleister zur Verfügung. Aktuell nutzen annä-

hernd 2.000 Kollegen unser Angebot einer zentralen fachspezifischen CME-Verwaltung.

Aktuelle gesetzliche Rahmenbedingungen

Im niedergelassenen Bereich, der auch angestellte Ärzte in einer Praxis oder in einem medizinischen Versorgungszentrum und Praxisvertreter umfasst, wurde die Regelung über den Umfang der zur Erhaltung und Fortführung einer vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse der KBV übertragen, die diese im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer festlegte. Als Grundlage wurde dabei das von den Landesärztekammern vergebene Fortbildungszertifikat – über 250 Fortbildungspunkte in einen Zeitraum von fünf Jahren – festgelegt. Mit dem Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses wurde die Nachweispflicht ab dem 1. Januar 2006 auch auf Fachärzte an Krankenhäusern ausgeweitet und der Fortbildungsnachweis mit gleichen Konditionen übernommen. Im Gegensatz zu den niedergelassenen Fachärzten wurde jedoch die spezielle Anforderung erhoben, dass dabei 150 Punkte mit Fortbildungen erworben werden müssen, „die dem Erhalt und der Weiterentwicklung der fachärztlichen Kompetenz dienen“. Über die Erfüllung dieser Forderung soll jeweils der Ärztliche Direktor des Krankenhauses entscheiden, dem die Unterlagen nach Abschluss des 5-Jahres-Zyklus vorgelegt werden müssen. Während im niedergelassenen Bereich bereits wirtschaftliche Folgen eines unzureichenden Fortbildungsnachweises, die eine stufenför-

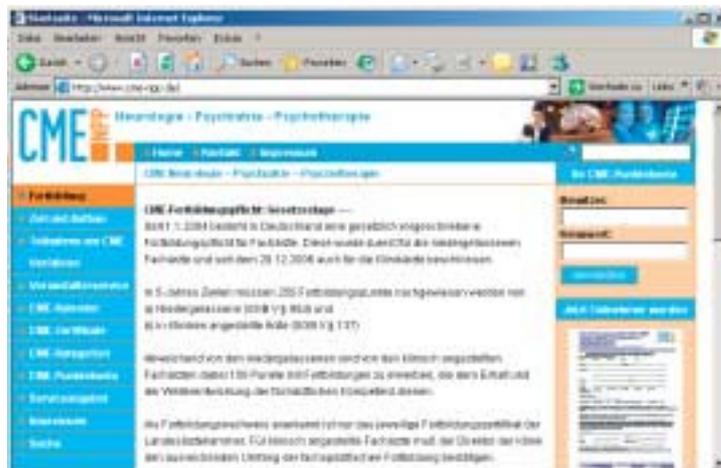
FORTSETZUNG SEITE 21 —



mige Minderung des Honorars aus der vertragsärztlichen Tätigkeit zur Folge haben, beschlossen wurden, liegen entsprechende Regelungen für den Krankenhaussektor bisher nicht vor.

Derzeit wird von den KVen als Nachweis der erbrachten Fortbildung nur das von den Landesärztekammern vergebene Zertifikat akzeptiert. Jeder kassenärztlich tätige Facharzt muss seine Fortbildungsaktivitäten daher der zuständigen Landesärztekammer anzeigen und ihr gegenüber die Nachweispflicht durch Teilnahmebescheinigungen oder elektronische Teilnehmerlisten erbringen.

Durch die Erfüllung der formalen Kriterien, die mit der neuen Verwaltungssoftware bei CME-NPP erreicht wurde, soll zukünftig eine unbürokratische Übernahme der im CME-NPP-System dokumentierten Fortbildungsaktivitäten möglich sein. Der Teilnehmer am CME-NPP-Verfahren hat durch die hier unabhängige Dokumentation eine zusätzliche Sicherheit, falls Unterlagen verloren gehen. Der Verwaltungsaufwand zur Dokumentation der Fortbildungsaktivitäten wird allgemein mittelfristig enorm zunehmen. Bis zum 1.1.2009, dem Stichtag des ersten 5-Jahreszyklus für niedergelassene Ärzte, fallen Millionen von CME-Punkten an, die mit konventionellen Verfahren nicht mehr zu dokumentieren sein werden. Der Alptrium vieler Ärztekammern, dass zigtausende Ärzte zum Stichtag mit ihren im Schuhkarton gesammelten Fortbildungsnachweisen vor den Türen stehen könnten, soll deshalb durch zunehmende automatisierte Erfassung verhindert werden. Die Landesärz-



**CME-NPP
jetzt auch
online!**

tekammern haben dafür ein elektronisches Verwaltungsprogramm mit einem zentralen EIV eingerichtet.

Vorteil durch Fachkompetenz

Die Kompetenz zur Beurteilung der für die Ausübung unserer fachärztlichen Tätigkeiten notwendigen Kenntnisse liegt selbstverständlich nicht bei den Landesärztekammern, sondern bei unseren wissenschaftlichen Fachgesellschaften und unseren Berufsverbänden. Durch die eigenständige Zertifizierung neurologischer und psychiatrischer Fortbildungsaktivitäten kann der Qualitätsanspruch an das seit mehreren Jahren vergebene Zertifikat Neurologie – Nervenheilkunde – Psychiatrie im Vergleich zum Fortbildungszertifikat der Landesärztekammern höher gehalten werden. Dabei wird eine einheitliche Evaluation aller von uns zertifizierten Veranstaltungen die Qualität kontinuierlich verbessern und den Teilnehmern die Möglichkeit einer Mitgestaltung zukünftiger Fortbildungsmaßnahmen ermöglichen. Auch internationale Fortbildungen, die unsere Qualitätsansprüche erfüllen, können anerkannt werden, was in vielen Landesärztekammern nicht oder nur schwer möglich ist.

Der enorme Ausbau des Fortbildungsmarkts durch viele nichtärztliche Anbieter mit starken Eigeninteressen führt zu einem unübersichtlichen Fortbildungsangebot. Eine Orientierungshilfe für den an zunehmender Arbeitsbelastung leidenden Arzt ist daher sehr wünschenswert. Der im Internet einsehbare Fortbildungskalender enthält alle von

CME-NPP zertifizierten Veranstaltungen in Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Nach spezifischen Auswahlkriterien kann sich hier jeder Teilnehmer sein individuelles Programm zusammenstellen.

Bis die rechtlichen Bedingungen des gesetzlichen Verfahrens völlig geklärt sind, sollte jeder Facharzt seine Teilnahmebestätigungen unbedingt weiterhin selbst verwalten. Hier bietet das Angebot einer unabhängigen Kontoführung bei CME-NPP eine zusätzliche Sicherheit.

Für Veranstalter von Fortbildungen bietet die CME-Verwaltungsgesellschaft viele Serviceleistungen: von der Veröffentlichung im Fortbildungskalender bis zum kompletten Teilnehmer-Management mit Online-Anmeldung, elektronischer Punkterfassung und -weitergabe an den elektronischen Informationsverteiler.

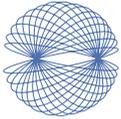
Unter www.cme-npp.de können Sie sich von unserem Angebot überzeugen und sich ausführlich informieren.

Durch eine zahlreiche Teilnahme an unserem CME-Verfahren stärken sie auch unsere Unabhängigkeit gegenüber den zunehmenden zentralgesteuerten politischen Interessen. Die eigenständige Kontrolle unseres Fachwissens gibt uns auch (politische) Macht – und die entscheidet über unsere fachärztlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Zukunft.

Dr. med. Peter Franz
CME-Verwaltungsgesellschaft
Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie,
Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss
E-Mail: office@cme-npp.de

EIV – elektronischer Informationsverteiler

Der EIV ist die elektronische Schnittstelle zum Datentransfer von Veranstaltern zu der für den einzelnen Teilnehmer zuständige Landesärztekammer. So können erworbene CME-Punkte elektronisch dem individuellen Punktekonto, das Grundlage der gesetzlichen Nachweispflicht ist, gutgeschrieben werden. Bis auf die Landesärztekammer Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern nehmen alle Ärztekammern an dem Verfahren teil.



„Fortbildungscurriculum Demenz“ der DGN startet

In Abstimmung mit dem BDN hat der Arbeitskreis Demenz der DGN eine strukturierte Fortbildungsreihe zum Thema „Demenz-erkrankungen“ ins Leben gerufen. Der Beginn des neuen Curriculums steht nun unmittelbar bevor.

Das im NEUROTRANSMITTER-Sonderheft 1/2005 (S. 44) angekündigte „Fortbildungscurriculum Demenz“ wird nun erstmals an insgesamt drei Wochenenden stattfinden (jeweils Freitag 14.00–18.00 Uhr und Samstag 9.30–16.30 Uhr). Es werden vertiefte, zugleich aber praxisrelevante Kenntnisse über die Entstehung, Differenzialdiagnose und -therapie von Demenzen und verwandten Erkrankungen vermittelt. Die Fortbildung richtet sich primär an Neurologen und Psychiater in Praxis und Klinik mit dem Interessens- und Arbeitsschwerpunkt Demenzerkrankungen, Gedächtnisstörungen und kognitive Störungen.

Das Fortbildungscurriculum ist eine Initiative der Kommission Demenz und Gerontoneurologie der DGN und wird von ihr und vom BDN anerkannt, CME-Punkte werden beantragt. Es wird eine kurze Prüfung stattfinden und ein Teilnahmezertifikat ausgehändigt.

Themenschwerpunkte im Einzelnen

Demenzerkrankungen und verwandte Erkrankungen: degenerative, vaskuläre und symptomatische Demenzen, leichte kognitive Störung, kortikales, subkortikales und frontales Demenzprofil, charakteristische und uncharakteristische Merkmale, Symptomatik im Vorstadium, mögliche körperliche und psychiatrische Symptome, Abgrenzung gegen nicht-organische Störungen, Verlauf und Stadieneinteilung, beschreibende Skalen, Ausschlussdiagnostik, Labor und EEG, Wertigkeit und Einsatz neurochemischer Diagnostik, Verlaufsvarianten, ungewöhnliche Symptome und Verläufe, diagnostisch schwierige Situationen, Fehlerquellen, Beiträge der Teilnehmer.

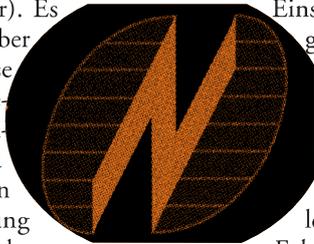
Neuropsychologische Diagnostik mit Übungen:

relevante kognitive Teilleistungen, pragmatischer Einsatz geeigneter neuropsychologischer Tests, Vorteile, Nachteile und Installation der CERAD-Testserie, ökonomischer und sinnvoller Einsatz von Testuntersuchungen, Abgrenzung von normalen, subnormalen und sicher pathologischen Leistungen, Interdependenz kognitiver Defizite, Beeinflussung von Testleistungen durch allgemeine Faktoren wie Verlangsamung, Antriebs- und Konzentrationsstörung, qualitative Analyse und Verhaltensbeobachtung bei der Testuntersuchung, neuropsychologisches Profil einzelner Demenzerkrankungen, Vorstellung von Skalen und Tests aus klinischen Studien.

Bildgebung mit Übungen: Indikation für CCT, NMR und SPECT für die Ausschluss-, Differenzial- und Verlaufsdagnostik, Aussagekraft der Verfahren im Vergleich, charakteristische und uncharakteristische Befunde bei degenerativen Erkrankungen, Beurteilung von Atrophie und vaskulären Veränderungen, Diskussionen zu mitgebrachten Aufnahmen von Teilnehmern, „Quiz“.

Nicht-organische Störungen: Depression, Stress-induzierte Konzentrations- und Gedächtnisstörung, sonstige funktionelle kognitive Störungen.

Antidementive, psychoedukative und soziotherapeutische Behandlung: Differenzialindikation der Acetylcholinesterasehemmer, Kriterien für Beginn, Dauer und Abbruch der Behandlung, Memantine, Nootropika, symptomatische Therapie bei psychiatrischer Begleitsymptomatik, Therapie bei vaskulären Syndromen, LBD und FTD, Aufbau von Angehörigen- und Fördergrup-



Termine und Themen des ersten Zyklus

19. und 20. Mai 2006, Freiburg

Themen Freitag: Einführung; leichte kognitive Störung; vaskuläre Demenzformen; kognitive Störung und Demenz bei Depression

Referent: C. W. Wallesch, Magdeburg

Themen Samstag: Alzheimer-Demenz; Lewy-Körperchen-Erkrankung; frontotemporale Demenz (jeweils mit Sonderformen)

Referent: A. Danek, München

16. und 17. Juni 2006, Erlangen

Themen Freitag: symptomatische Demenzformen; Neuropsychologie Teil 1

Referent: Ch. Lang, Erlangen

Thema Samstag: Neuropsychologie Teil 2

Referent: M. Riepe, Berlin

7. und 8. Juli 2006, Freiburg

Thema Freitag: bildgebende Diagnostik

Referent: K. Schmidtke, Freiburg

Themen Samstag: nicht-organische Störungen; medikamentöse und psychosoziale Therapie; Ergänzungen zu anderen Themen nach Wahl; kurze Abschlussprüfung

Referent: K. Schmidtke, Freiburg.

Informationen und Anmeldung

Teilnahmegebühr: insgesamt 500 EUR

Teilnehmerzahl: 12 bis maximal 18

Die Anmeldung kann ab sofort in der Geschäftsstelle des BDN und BVDN in Neuss erfolgen, bevorzugt per Fax (0 21 31) 2 20 99 22, alternativ per Telefon (0 21 31) 2 20 99 20.

pen, einfache verhaltenstherapeutische Interventionen, Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten, ethische Aspekte.

Details zu den verschiedenen Veranstaltungsorten gibt es bei der Anmeldung. Die Teilnehmer werden gebeten, selbstständig für ihre Unterkunft zu sorgen. Hotelempfehlungen sind möglich. Eine Erstattung der Kursgebühr nach Beginn der Curriculums ist nicht möglich, es besteht jedoch die Möglichkeit, einen Vertreter zu senden oder zu einem späteren Termin zum selben Themenblock teilzunehmen, sofern ein Platz verfügbar ist.

Prof. Dr. med Klaus Schmidtke, Freiburg

Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel 2006

Unmut über Zielvereinbarungen der KV-Nordrhein

Die aktuellen Zielvereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein – veröffentlicht auf ihrer homepage www.kvno.de/mitglieder/arznmitl/zielve06.html – beinhalten fachgruppenspezifische Quotierungen für den Anteil der zu verordnenden Generika aus dem generikafähigen Markt. Für Nervenärzte beispielsweise beträgt diese Quote rund 80%.

Gleichzeitig hat die KV Nordrhein eine von Prof. Schwabe bearbeitete Me-too-Liste ins Netz gestellt, in der eine Reihe von Präparaten aufgeführt sind, die in neurologisch-psychiatrischen Praxen regelhaft eingesetzt werden, besonders

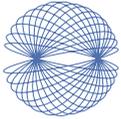
auch neue Antidepressiva und atypische Neuroleptika. Auch wenn die Liste im März 2003 noch einmal bearbeitet wurde und einige Präparate in der jetzigen Version nicht mehr verzeichnet sind, ändert sich im Grundsatz dennoch nichts an der elementaren Kritik an diesen Zielvereinbarungen.

Die ständige Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie, vertreten durch den Sprecher Prof. Dr. J. Aldenhoff, hat in einem Brief vom 21.2.2006 an den unparteiischen Vorsitzenden des gemeinsamen Bundesausschuss Dr. R. Hess sowie an den Vorsitzenden der KV Nordrhein Dr. L. Han-

sen, pointiert dazu Stellung genommen. Wir bedanken uns bei Professor Aldenhoff für die Genehmigung, Ihnen dieses Schreiben nachfolgend bekannt machen zu dürfen.

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

Anzeige



Ständige Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an den deutschen Universitäten

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Niemannsweg 147, 24105 Kiel
Herrn Dr. R. Hess
unparteiischer Vorsitzender, Gemeinsamer Bundesausschuss
Auf dem Seidenberg 3a, 53721 Siegburg

Sprecher: Prof. Dr. J. Aldenhoff
Fon 0431/99002550
Fax 0431/99002568
E-Mail: j.aldenhoff@zip-kiel.de

Herrn Dr. med. Leonhard Hansen
Vorsitzender der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Terstegenstraße 9, 40401 Düsseldorf

21. Februar 2006

Betrifft: Zielvereinbarungen auf Basis der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GamSi): Das Ende der wissenschaftlich fundierten Psychopharmakotherapie

Sehr geehrter Herr Doktor Hess, sehr geehrter Herr Doktor Hansen,

die – gesetzlich vorgeschriebene – Arznei- und Verbandmittelvereinbarung für das Jahr 2006 vom 21.11.2005 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen legt in § 4 Nr. 2 folgendes fest, dass der durch den jeweiligen Vertragsarzt verursachte arztgruppenbezogene Verordnungsanteil des Bruttoumsatzes der „Me-too-Präparate“ um fünf Prozentpunkte zu reduzieren sei. Konkret werden auf Basis der GAmSi-Zahlen für das Kalenderjahr 2005 arztgruppenspezifische Höchstwerte festgelegt. Dabei bleiben die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie zwar ungenannt, aber von individuell festzulegenden Zielwerten bedroht. Gemäß § 7 wird der Arzt bei Zielüberschreitung in Haftung genommen.

Wie Sie wissen, beruht die Darstellung der „Me-too-Präparate“ auf der Klassifikation nach Prof. Fricke und Prof. Klaus in der im Arzneiverordnungs-Report veröffentlichten Fassung. Es werden nur Wirkstoffe berücksichtigt, die noch unter Patentschutz stehen. Gemäß Arzneiverordnungsreport werden die Begriffe „Analog-Präparat“, „Schritt- und Scheininnovation“ synonym gebraucht, und zwar für Präparate mit Wirkstoffen, die keinen oder nur marginale Unterschiede zu bereits eingeführten Wirkstoffen aufweisen. Konkret umfasst die GamSi-Liste der Me-Too-Präparate u.a. die Neuropsychopharmaka Cipralext (Escitalopram), Comtess (Entacapon), Edronax (Reboxetin), Exelon (Rivastigmin), Idom (Dosulepin), Lyrica (Pregabalin), Nipolept (Zotepin), Reductil (Sibutramin), Requip (Ropinirol), Risperdal (Risperidon), Seroquel (Quetiapin), Sifrol (Pramipexol), Solvex (Reboxetin), Sonata (Zaleplon), Trevilor (Venlafaxin), Trileptal (Oxcarbazepin), Zeldox (Ziprasidon) und Zyprexa (Olanzapin), also wichtige moderne Antidepressiva und alle modernen, so genannten atypischen Neuroleptika, soweit sie unter Patentschutz stehen, mit Ausnahme von Abilify (Aripiprazol).

Auch wenn eine detaillierte inhaltliche Auseinandersetzung im Sinne der Evidenzbasierten Medizin mit der Berechtigung der Klassifikation dieser Arzneimittel als Analogpräparate diesen Rahmen sprengen würde, ergibt sich die Widersinnigkeit der Liste schon allein aus zwei Beispielen. Comtess wird hier offensichtlich als Analogpräparat zu Tasmart (Tolcapon) aufgefasst. Tasmart darf aber wegen seiner Lebertoxizität nur noch eingesetzt werden bei Parkinson-Kranken, die „auf andere COMT-Inhibitoren nicht ansprechen bzw. diese nicht vertragen“. Dass Abilify nicht genannt wird, kann nur der Tatsache „zu verdanken“ sein, dass der Arzneiverordnungsreport 2005 noch nicht bis Seite 40 f. aufbereitet wurde. Auch die Nennung wirklich innovativer und letztlich konkurrenzloser Präparate wie u. a. Escitalopram, Reboxetin, Quetiapin, Venlafaxin oder Olanzapin ist ebenso erstaunlich wie klinisch und pharmakologisch absurd.

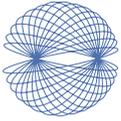
Prinzipiell wäre es durchaus verdientvoll, wenn den Vertragsärzten ein allgemein anerkanntes benchmarking als Grundlage für ihr Verschreibungsverhalten an die Hand gegeben würde. Aus wissenschaftlicher Sicht ist es aber völlig indiskutabel, dass dem eine wissenschaftlich nicht nachvollziehbare, höchst subjektive Einstufung zweier Autoren zugrunde gelegt werden soll.

De facto werden Vertragsärzte also durch ökonomische Bedrohung gezwungen, wider die wissenschaftliche Evidenz zu verordnen. Das hebt den gesetzlichen Anspruch der Patienten auf eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende Therapie aus. Wenn überhaupt, hat nicht der Arzneiverordnungsreport solche Vorgaben zu machen, sondern der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Basis etwaiger Empfehlungen des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Die Ständige Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an den deutschen Universitäten hält daher eine unverzügliche Revision der Arznei- und Verbandmittelvereinbarung bezüglich der Bezugnahme auf den Arzneiverordnungsreport für dringend erforderlich und bittet Sie darum. Ihrer Antwort sehen wir bis zum 10. März 2006 entgegen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. J. Aldenhoff



EBM 2000 plus

Mehrarbeit schlecht bewertet

Nervenärzte, Neurologen und Psychiater kamen bei der Leistungsbewertung durch den EBM 2000 plus im Vergleich zu anderen Fachgruppen besonders schlecht weg. In zwei Briefen an die KBV – abgedruckt auf den Folgeseiten – macht der stellvertretende BVDN-Vorsitzende Dr. Gunther Carl einmal mehr auf diese verheerende Situation aufmerksam, nachdem die geforderten Anpassungen der Honorarordnungspositionen immer noch nicht erfolgt sind.

Abbildung 1

Leistungshäufigkeit der wichtigsten Gebührenordnungspositionen (GOP) in Bayern (Vergleich der Quartale 3/2004 und 3/2005)

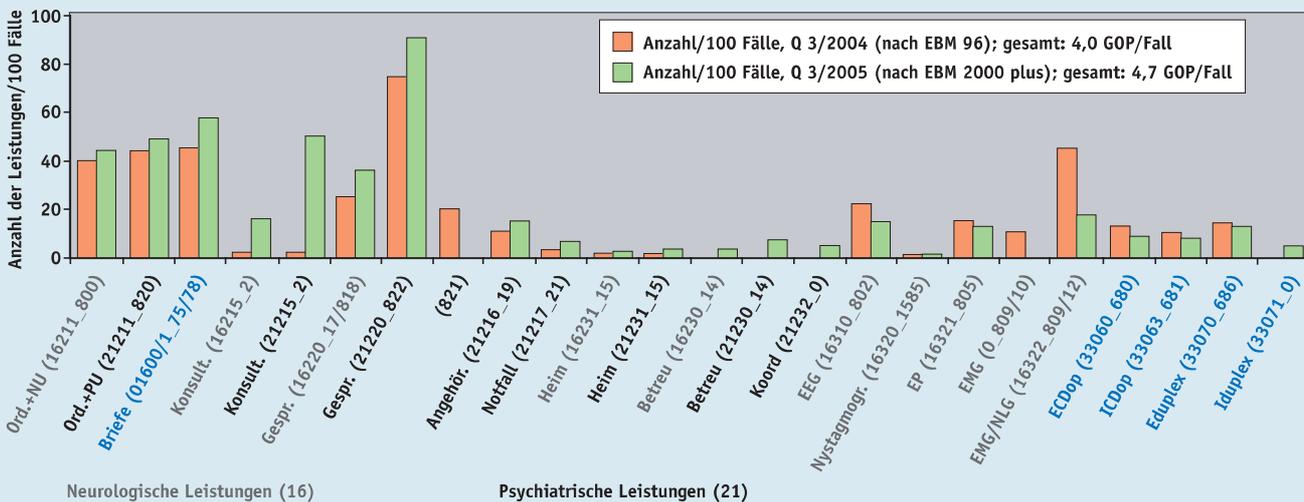
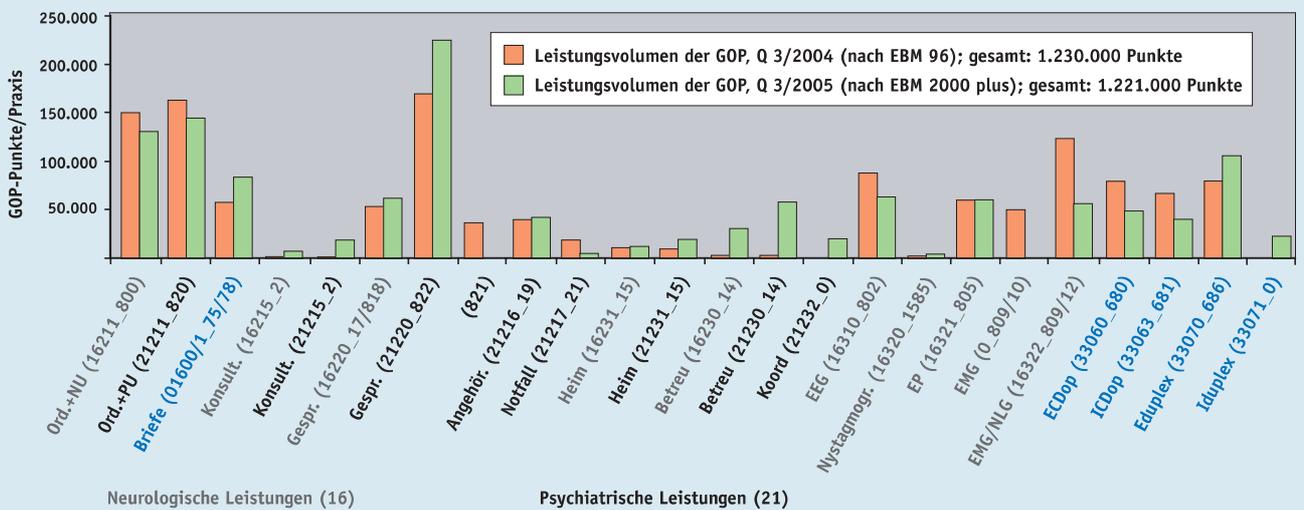
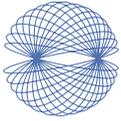


Abbildung 2

Leistungsvolumina der wichtigsten Gebührenordnungspositionen (GOP) in Bayern (Vergleich der Quartale 3/2004 und 3/2005)





Kassenärztliche Bundesvereinigung
z. Hd. Herrn Dr. Andreas Köhler
Vorstandsvorsitzender
Herbert-Lewin-Platz 2
10632 Berlin

Kitzingen, den 9.2.2006

Durchschriftlich: Dr. Rochell, Leiter der Honorarabteilung der KBV
Durchschriftlich: Dr. Herzog, Honorarabteilung

Honorarvergleich EBM alt – EBM neu Nervenärzte

Sehr geehrter Herr Kollege Köhler,

nachdem bisher ja nun immer noch nicht eine umgehende Kalkulationsanpassung der neurologischen Leistungspositionen an die tatsächlichen Kosten stattgefunden hat und außerdem auch keiner unserer Vorschläge zur qualitativen und quantitativen Nachbesserung einzelner neurologischer Leistungspositionen erfolgt ist, habe ich mir noch einmal anhand der bayerischen Abrechnungszahlen im Vergleich des Quartals 3/2004 und 3/2005 die Auswirkung des EBM 2000 plus angesehen. Ich habe die Abrechnungsergebnisse des dritten Quartals abgewartet, um damit von einer gewissen Konsolidierung der Abrechnungsgewohnheiten mit dem neuen EBM ausgehen zu können. Die beigefügte Datei mit Abbildung 1 und 2 zeigt das Ergebnis. Es wurden auf Basis von 350 bayerischen Nervenärzten Durchschnittswerte der Leistungshäufigkeit, der wichtigsten Gebührenordnungspositionen (GOP) und der Leistungsvolumina dieser GOP verglichen.

Kurz gesagt kam Folgendes heraus:

Die Fachgruppe der Nervenärzte erzielte bei höher gebliebenem Tätigkeitsaufwand (10-Minuten-Leistungen) mit dem neuen EBM ein etwas geringeres Leistungsvolumen als ein Jahr zuvor mit dem alten EBM (-1%). Dabei wurden nach dem neuen EBM 18% mehr Leistungen pro Fall abgerechnet (4,7 GOP pro Fall nach EBM 2000 plus, ein Jahr zuvor nach EBM 96 4,0 GOP pro Fall). Der Anspruch des neuen EBM (mehr Punkte für weniger Arbeit, weniger Bürokratie, bessere Übersichtlichkeit und Transparenz) wurde jedenfalls für die Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie nicht erfüllt, im Gegenteil. Denn die hoch elaborierten Leistungslegenden und Abrechnungsvorschriften sind wesentlich komplizierter, bürokratischer und zeitaufwändiger als nach dem alten EBM. Was unsere Verbände der Honorarabteilung der KBV schon vor Einführung dieses EBM prophezeit haben, ist nun leider in noch stärkerem Maße eingetreten, als von uns erwartet.

Der Erstkontakt und die Ordination mit den Patienten sind im Vergleich zu früher erheblich unterbewertet. Das Briefeschreiben hat keinen sehr deutlichen Leistungszuwachs erbracht, weil Nervenärzte bisher auch schon häufig Briefe geschrieben.

Die 10-Minuten-Gespräche in Neurologie und Psychiatrie konnten die Verluste aus den bisherigen neurologischen und psychiatrischen Untersuchungsziffern und Kontrolluntersuchungen (800, 801, 820, 821) nicht kompensieren.

Die Betreuungsziffern waren wegen restriktiver ICD-10-Vorschriften ebenfalls nicht in der Lage, die bisherigen Gesprächsleistungen zu kompensieren.

Die extrem restriktiven Leistungslegenden bei den elektrophysiologischen und sonografischen technischen Leistungen führten vor allem in der Neurologie zu einem katastrophalen Einbruch originär-neurologischer und medizinisch-differenzialdiagnostischer essenzieller Kernleistungen.

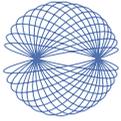
Wenn wir uns die Zuwächse der Leistungsvolumina anderer Fachgruppen im Vergleich ansehen, muss sich geradezu die Vermutung aufdrängen, dass speziell unsere Fachgruppe das Opfer eines gezielten Honorar-Restriktionsanschlages ist.

Wir kommen hier also zu dem Schluss, dass in unserem Fall tatsächlich die Selbstverwaltung nicht in der Lage gewesen ist, unter Berücksichtigung von medizinischen Versorgungs- und Morbiditätsgesichtspunkten auf EBM-Ebene für eine gerechte Gleichbehandlung aller Fachgruppen – und damit der Patienten – zu sorgen.

Nachdem Honorar fressende einflussreiche Fachgruppen bedient waren, blieb offenbar nichts mehr für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater übrig.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Gunther Carl



Kassenärztliche Bundesvereinigung
z. Hd. Herrn Dr. Andreas Köhler
Vorstandsvorsitzender
Herbert-Lewin-Platz 2
10632 Berlin

Kitzingen, den 09.02.2006

Durchschriftlich: Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender KV Bayern

Auswirkungen der Plausibilitätszeiten auf Nervenärzte, Neurologen und Psychiater

Sehr geehrter Herr Kollege Köhler, sehr geehrter Herr Kollege Munte,

aus den bisherigen Plausibilitätsstatistiken der KVen wissen wir, dass die Fachgruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater mit zirka 15% auffälligen Praxen im oberen Mittelfeld der Fachgruppen liegen. Seitens der KVen wurden bisher an die Ärzte unseres Wissens nach noch keine Anfragen zur Stellungnahme bei Plausibilitätszeitüberschreitungen versandt. Häufiger als es dieser Prozentsatz vermuten lässt werden wir von Kollegen zu dieser Problematik befragt. Vor allem Praxen im ländlichen Raum, die eine Fallzahl von etwa 1.000 überschreiten, was in diesen Regionen nicht selten der Fall ist, bekommen von ihrem Computersystem Quartalzeitüberschreitungen gemeldet. Wir beraten die Kollegen regelmäßig dahingehend, auch potentiell plausibilitätsauffällige Abrechnungen bei der KV einzureichen, weil die Leistungen ja schließlich ordnungsgemäß erbracht wurden. Ähnliche Probleme bestehen nach unserem Wissen bei Hausärzten.

Hauptgrund dafür, dass bei unserer Fachgruppe eine erhöhte Auffälligkeitsgefahr bei Plausibilitätsprüfungen besteht, ist die notwendig hohe Berücksichtigung von Arztzeiten, vor allem bei den Betreuungsziffern. Der technische Leistungsanteil ist hier zu gering bewertet. Entscheidend ist allerdings, dass die Gesamtbewertung der Betreuungsleistung in Punkten mindestens in diesem Niveau verbleiben muss, um überhaupt wirtschaftlich arbeiten zu können. In hohem Maße mitverantwortlich für Plausibilitätsüberschreitungen bei Nervenärzten ist außerdem die Vorschrift, dass bei Kombination der Ordinationsgebühr mit einer 10-Minuten-Gesprächsziffer eine Plausibilitätszeit von 20 Minuten entsteht. Das besondere Gesprächserfordernis bei psychiatrisch und neurologisch Kranken macht häufig ein mindestens 10-minütiges Gespräch beim Erstkontakt notwendig. Damit ist dann aber schon die gesamte Ordinationsgebühr und damit die Bezahlung für das Aufrechterhalten der Praxis aufgebraucht. Die nach Plausibilitätsforderndem eigentlich noch notwendigen weiteren zehn Gesprächsminuten müssten dann vom Arzt kostenlos erbracht werden. Dies kann nicht so bleiben.

Nicht tolerierbar ist außerdem, dass die Arztminute insgesamt nur 77 Cent wert ist. Gerade bei Fachgruppen, bei denen es auf hohen persönlichen intellektuellen differenzialtherapeutischen und diagnostischen Arzteinsatz ankommt, ist dies hoffnungslos unterbezahlt. Eine Kompensationsmöglichkeit durch getaktete technische Medizin fehlt vor allem in der Psychiatrie und übrigens auch Hausärzten. Bei Hausärzten wird dieses Problem jedoch durch Strukturleistungen kompensiert.

Sollten Honorarprüfungs- oder Regressmaßnahmen aufgrund von Plausibilitätszeitüberschreitungen eingeleitet werden, weisen wir auf Folgendes hin: Die Leistungs- und Preiskalkulation erfolgte auf einer Punktwertbasis von 5,11 Cent. In keiner einzigen KV Deutschlands werden allerdings 5,11 Cent für einen Punkt ausgezahlt, ganz abgesehen von Punktequotierungen in etlichen KVen. Wenn der Kalkulationspreis nicht ausbezahlt wird, kann natürlich auch die parallel kalkulierte Plausibilitätszeit nicht gefordert werden.

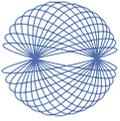
Wir gehen also davon aus, dass bei plausibilitätsauffälligen Praxen ein prozentualer Plausibilitätsabschlag in Höhe wie beim reduzierten Punktwert erfolgt, um zu ermitteln, ob die betreffende Praxis dann immer noch über einer reduzierten Auffälligkeitsschwelle liegt.

Beispiel: Bei einem Punktwert von 3,1 Cent beträgt die analoge Plausibilitätszeit für 1 Minute 36,4 Sekunden.

Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie hier eine andere Auffassung vertreten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Gunther Carl



Aus den Landesverbänden

Erfolgreiche Frühjahrstagung des BVDN-Landesverbands Bayern



Vielleicht war es der folgende Satz im Einladungsschreiben, der die Bayerischen Kollegen dazu bewegt hatte, am 18.2.2006 in großer Zahl zur Frühjahrstagung des Landesverbandes zu erscheinen: „Wer nicht kommt, der signalisiert: ich bin zufrieden mit der Situation in meiner Praxis und meine Arbeit wird gut bezahlt!“ Vielleicht war es aber auch das attraktive Programm des Kollegen Mager aus Ingolstadt, das neugierig machte. Vielleicht waren es aber auch die angekündigten Neuwahlen des Vorstands, für die sich Mitglieder bis aus den fernsten Ecken Bayerns nach München begeben hatten.

Nach einer kurzen Begrüßung der mehr als 180 Teilnehmer legte Dr. Gunther Carl in einer unmissverständlich klaren Stellungnahme die gegenwärtige Situation der Bayerischen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater mit vielen aussagekräftigen Statistiken dar. Rechtsanwalt H. J. Schade, Wiesbaden, referierte anschließend seine Vorstellungen zum Thema „Nervenärztliches Berufsbild im Wandel. Die Auswirkungen des neuen Berufsrechts auf das künftige Vertragsarztwesen“ (Zusammenfassung des Vortrags auf S. 36 f.).

Lebhafte Debatten ...

Die aktuelle Situation und die Chancen und Gefahren der bevorstehenden Gesundheitssystemreformen waren die Themen in der eineinhalbstündigen Podiumsdiskussion unter meiner Moderation. Hierzu hatten sich mit dem Neurologen und Gesundheitsökonom der AOK Bayern, Dr. R. Benkowitsch, dem Gesundheitsreferenten der FDP-Bayern, Dr. O. Bertermann, dem Ministerialdirigenten im Bayerischen Sozialministerium, Dr. M. Gassner, mit Dr. W. Neher, einem führenden Mitglied der KV Bayerns (in Vertretung von Dr. A. Munte, der zur Sondervertreterversammlung kurzfristig nach Berlin hatte fliegen müssen), Eva Straub, der Bundesvorsitzenden der Angehörigen Psychisch

Kranker und Joachim Unterländer (Mitglied des Landtags, sozialpolitischer Sprecher und stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitspolitik in Bayern) prominente Podiumsteilnehmer eingefunden. Jeder der Podiumsteilnehmer stellte seine Sicht der Dinge in einem etwa fünfminütigen Kurzvortrag dar, nachfolgend wurde mit dem Plenum diskutiert. Von den Kollegen in Bayern wurden dabei alle Absurditäten und Brutalitäten aufgelistet, die das Dasein als Vertragsarzt vergällen, und die einzelnen Ansprechpartner zum Teil erheblich, jedoch stets sachlich „in die Zange genommen“, ob es nun die Honorarungerechtigkeit, die absurd auswuchernde Bürokratie oder die Medikamentenregresspolitik betraf. Insbesondere Neher, als Vertreter der KVB, bekam trotz großen rhetorischen Geschicks in aller Deutlichkeit zu hören, dass die Geduld der neurologischen und psychiatrischen Fachärzte schlicht am Ende ist. Günstig war, dass der AOK-Vertreter als Neurologe von sich aus auf den Anstieg neurologischer Erkrankungen und die damit wachsende Wichtigkeit der Neurologie zu sprechen kam. Am Ende der Diskussion regte MdL Unterländer an, unbedingt den Kontakt zu ihm zu pflegen, ihm die Situationsanalyse und die Forderungen der Bayerischen Nervenärzte, Neurologen und

Psychiater in einem persönlichen Treffen nochmals ausführlich zu unterbreiten. Er versprach, in einem Jahr an gleicher Stelle bei der nächsten Frühjahrstagung Rechenschaft darüber abzulegen, was er unternommen habe.

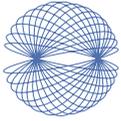
... und eine Resolution

Carl ließ es sich nicht nehmen, noch in Gegenwart der Podiumsdiskutanten der Versammlung eine Resolution zur Abstimmung vorzulegen, welche die drängendsten Forderungen der Bayerischen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater enthielt und von der Versammlung einstimmig angenommen wurde (Resolution siehe nächste Seite, S. 34).

Abschließend zog ich ein Resümee mit der Hoffnung, dass auch dieser berufspolitische Vormittag in München so erfolgreich sein werde wie zwei in den vorherigen Jahren. Denn vor einigen Jahren war es beispielsweise gelungen, in Bayern die 90%-Klausel für den festen Psychotherapie-Punktwert zu kippen und die Richtgrößen anzuheben, im letzten Jahr hatte die Podiumsdiskussion dazu geführt, dass den Bayerischen Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern einige schon seit langem offenstehende Forderungen erfüllt wurden, die sich nun ab Anfang 2006 in Euro und Cent niederschlagen.

Mein Dank ging an das Podium und vor allem auch an die Kollegenschaft. Es hatten sich wie bereits erwähnt, mehr als 180 Teilnehmer bis zuletzt in den etwa 150 Personen fassenden Konferenzsaal des Forums der Technik im Deutschen Museum in München gedrängt und somit ihr starkes Interesse bekundet.

Den Vorstand betreffend habe ich mich, wie bereits im letzten NEUROTRANSMITTER erwähnt, nach langjähriger Tätigkeit aus dem Amt als 1. Vorsitzender des Landesverbands Bayern verabschiedet und meine gesamten Amtsgeschäfte an den Kollegen Dr. Gunter Carl übergeben. **az**

**BERUFSVERBAND DEUTSCHER NERVENÄRZTE BVDN****Resolution der bayerischen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater vom 18.02.2006****Die bayerischen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater fordern**

- ▶ Die aufwändige Versorgung schwer kranker Patienten mit chronischen lebenslangen Hirnerkrankungen (z. B. Multiple Sklerose, Demenz, Schlaganfall, Depression, Epilepsie, Schizophrenie, Parkinson, Sucht) muss ausreichend ermöglicht werden. Im Rahmen der demografischen Altersentwicklung spielen diese Krankheiten eine immer größere Rolle. Für Präventionsleistungen, Kontrolluntersuchungen Gesunder und Richtlinienpsychotherapie ist offenbar genügend Geld vorhanden.
- ▶ Die im Rahmen der Psychiatrie-Enquete-Reform aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten müssen nun endlich adäquat ambulant versorgt und behandelt werden können.
- ▶ Die erneut falsche Kostenberechnung und Leistungsbewertung in den Fächern Neurologie und Psychiatrie durch den EBM 2000 plus muss schleunigst rückgängig gemacht werden.
- ▶ Die zunehmende Bürokratie nimmt unsere Praxen in einen immer stärkeren Würgegriff und muss auf ein vertretbares Maß zurückgeführt werden.
- ▶ Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sind zum Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen bereit: Voraussetzung sind allerdings vergleichbare wirtschaftliche Rahmenbedingungen.

Begründung:

Ambulante Nervenärzte, Neurologen und Psychiater befinden sich in der GKV-Versorgung in einer absolut exklusiven Situation, die mit keiner anderen Fachgruppe vergleichbar ist. Seit 1975 (Enquete-Reform der Psychiatrie) wurden in Deutschland zirka 70 % aller Betten in psychiatrischen Anstalten abgebaut. Die entlassenen Patienten wurden nach und nach von ambulant tätigen Nervenärzten, Psychiatern und Neurologen weiter betreut. Die auf dem stationären Sektor aus diesem massiven Bettenabbau frei werdenden Gelder (durchschnittlicher Bettenabbau anderer Fachgruppen in diesem Zeitraum 20 %) wurden jedoch nicht kompensatorisch in die durch den Strukturumbau stärker beanspruchte ambulante Versorgung durch Nervenärzte, Psychiater und Neurologen eingestellt.

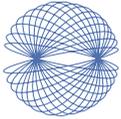
Der Honorarverteilungsmaßstab legt die gute Bezahlung von Präventionsleistungen an Gesunden fest und fördert Richtlinienpsychotherapie. Getaktete Medizin für operative Leistungen und andere methodenorientierte ärztliche Leistungen, die ökonomisiert erbracht werden können, werden in Strukturverträgen gut bezahlt.

Bei der Fachgruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater ist das Gegenteil der Fall: Die ärztliche Tätigkeit ist von individueller, persönlicher Zuwendung und Betreuung geprägt. In dem differenzialdiagnostisch extrem schwierigen Fach Neurologie ist intellektueller Aufwand und Kenntnisreichtum gefragt, während der Arzt in der Psychiatrie therapeutisch nur mit erheblichem empathischem Einsatz wirken kann. Dem steht ein Honorarsystem gegenüber, das Rationalisierung durch getaktetes Arbeiten fördert. Individuell-intellektuelle Leistungsanforderung und therapeutische Empathie sind aber bei den angebotenen Discountpreisen nicht mehr leistbar.

1996, 1997 und 2005 erlitt die Fachgruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater empfindliche Honorareinbußen durch falsche Kostenberechnung, Leistungsformulierungen und -bewertungen. Eine erhebliche Leistungseinbuße ergab sich bei Einführung der Praxisbudgets 1997 durch die selektiv für unsere Fachgruppe negativ wirkende „Rückgängigmachung“ der rückwirkenden Budgetierung (BSG). Nervenärzte, Neurologen und Psychiater können heutzutage nur noch unter äußersten Leistungs- und Aufwandsrestriktionen ihre Praxis wirtschaftlich führen. Dies wird zu einer wieder stärkeren Inanspruchnahme des Krankenhausesektors führen. Speziell in der Psychiatrie werden hierdurch letztendlich die Fortschritte der Psychiatrie-Enquete-Reform rückgängig gemacht und die Drehtürpsychiatrie gefördert.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) nach §118 (2) SGB V werden über Direktverträge mit den Krankenkassen mit zirka 200 EUR je Fall in Euro bezahlt. Dabei sind sowohl Personal als auch Räumlichkeiten und Ausstattung erheblich über die öffentliche Hand mitfinanziert. Psychiater oder Nervenärzte erhalten je Fall zirka 1.400 Punkte (derzeit weiter sinkender Wert zirka 42 EUR). Unsere Kollegen wären allerdings ohne weiteres in der Lage, diese Leistungen mindestens genau so gut und preiswerter zu erbringen. Das gleiche gilt übrigens auch für den Betrieb der so genannten sozialpsychiatrischen Dienste.

In den letzten Jahren nahmen die Anfragen seitens Krankenkassen, Versorgungsämtern und Sozialgerichten immer mehr zu. Die zusätzliche Diagnosenverschlüsselung nach ICD 10 inzwischen in mehreren Revisionen wurde nicht zusätzlich bezahlt. Der seit 2005 geltende EBM 2000, Plausibilitäts- und Arzneimittelprüfungen, Off-label-Problematik, Heil- und Hilfsmittelrichtlinien, IV- und DMP-Projekte, QM-Dokumentation führten zu weiteren bürokratischen Restriktionen und Überprüfungen.



Nervenärztliches Berufsbild im Wandel

Die Auswirkungen des neuen Berufsrechtes und der Eckpunkte der Gesundheitsreform auf das künftige Vertragsarztwesen

Auf der bestens besuchten Frühjahrstagung des BVDN-Landesverbands Bayern in München (vergleiche auch vorangegangenen Beitrag S. 33) referierte Rechtsanwalt H. J. Schade aus Wiesbaden über das zukünftige Vertragsarztwesen und skizzierte die sich daraus tatsächlich ergebenden Chancen für Neurologen, Nervenärzte und Psychiater.

Eine wehrhafte Berufspolitik verbunden mit neuen Möglichkeiten eines liberalisierten Berufsrechtes und gesetzlichen Änderungsvorschlägen zur Umgestaltung des Vertragsarztwesens sowie zur Verflechtung mit dem Krankenhaussektor könnte der Gruppe der Neurologen, Nervenärzten, Psychiater auch Gutes bringen. Vorausgesetzt, der gesellschaftliche Veränderungsprozess wird als Chance betrachtet und die Möglichkeit genutzt, gegenüber Öffentlichkeit, Krankenhaus und Krankenkassen zum Sprecher all derjenigen Patienten zu werden, die chronisch krank sind, die älter werden und die Möglichkeit hätten, am medizinischen und medizintechnischen Fortschritt teilzuhaben. Zusammen mit den Angehörigen könnten so die Neurologen/Nervenärzte/Psychiater eine machtvolle gesellschaftliche Institution werden, die im Verteilungskampf mit Krankenhäusern, Krankenkassen und Politik eine zentrale Rolle spielt. Gleichzeitig könnte eine so wahr genommene Rolle auch die Position im Verteilungskampf innerhalb der KV stärken.

Neue Rechtsänderungen

Die Bundesärztekammer hat Auslegungsrichtlinien für Berufsausübungsgemeinschaften entwickelt. Hinzu kommen die Eckpunkte der Gesundheitsreform, wie sie aktuell im Deutschen Ärzteblattes, Ausgabe 5 vom 3.2.2006, dargestellt werden. Die Politik sucht die Freisetzung von Ressourcen und die Erschließung von Rationalisierungsreserven durch eine Neustrukturierung des ambulanten

stationären Systems. Mit Recht spricht das Deutsche Ärzteblatt hier von möglicherweise revolutionären Veränderungen. Die Änderungen im Überblick:

► Niedergelassene Fachärzte erhalten die Möglichkeit standortübergreifende, kasernenärztliche Gemeinschaftspraxen zu bilden, die sich über den Planungsbezug hinaus sogar auf das Gebiet einer KV erstrecken können. Diese Gemeinschaftsstrukturen können auch bisherige freiberufliche Vollzulassungen in Angestelltenzulassungen (fachgleich) verwandeln und die Ärzte können innerhalb der Gemeinschaftspraxis an den verschiedenen Standorten arbeiten und so die Patienten wohnortnah versorgen.

► Gleichzeitig wird die bisher sehr starke personelle Trennung ambulant/stationär/Reha aufgehoben. Niedergelassene Ärzte können Funktionen uneingeschränkt im Krankenhaus – im Auftrag des Krankenhauses und als zusätzliche Einnahmequelle in Hauptabteilungen vergütet – übernehmen. Anstelle eines Belegarztsystems kann nun ein umfassendes neuartiges, professionelles von den Fachärzten beeinflusstes Konsiliararztwesen entstehen. Umgekehrt können Krankenhausärzte auch zusätzliche freiberuflichen- oder Angestelltenfunktionen im niedergelassenen System übernehmen, ohne dass es zu einer MVZ-Bildung durch das Krankenhaus kommen muss. Das ganze Ausmaß von Veränderung wird deutlich, wenn formuliert wird, dass es in Zukunft auch MVZ geben soll, die mit zwei fachgleichen, voll zugelassenen Ärzten besetzt



© Bilderbox, A-Thening

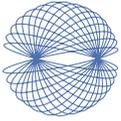
Sind die Vertragsärzte von morgen weiterhin Marionetten falsch ambitionierter Gesundheitspolitik?

sind und nicht Ärzten als Eigentümern gehören. KV-Mitgliedschaftsrechte können dann unmittelbar vom Eigentümer Krankenhaus/Apotheke et cetera in der KV wahrgenommen werden. Damit entfällt die ausschließlich innerärztliche Schutzfunktion der KV im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklung.

Konsequenzen eines irreversiblen Prozesses

Die gesetzlichen Maßnahmen können objektiv nur richtig eingeschätzt werden, wenn sie von der Meta-Ebene betrachtet werden. Die Anforderungen an eine moderne Gesundheitsversorgung in der westlichen, postindustriellen Gesellschaft befinden sich in einem nachhaltigen

FORTSETZUNG SEITE 39 —



Wandlungsprozess. Einerseits wächst der Bedarf an Versorgungsleistungen, weil chronische Krankheiten und Behinderungen zunehmen. Dies ist das Ergebnis des demografischen Wandels und der abnehmenden Leistungsfähigkeit, primär sozialer Netze wie Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis im Zuge der gesellschaftlichen Individualisierung und Fraktalisierung. Gleichzeitig verringern sich die finanziellen Ressourcen des deutschen Gesundheitssystem gerade auch wegen des teuren medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts und aufgrund von Globalisierung, verbunden mit dem Wegfall von Steuern für den Staat, der Verlagerung von Arbeitsplätzen ins Ausland und fehlenden Mitteln für Krankenversicherung, Pflege und Rente im Umlageverfahren. Somit stößt bei chronischen Erkrankungen und bei Behinderungen die professionelle medizinische und psychosoziale Versorgung kontinuierlich an finanzielle Grenzen.

Der Veränderungsprozess hat unmittelbare **vertragsärztliche Folgen**:

► Zunächst kommt es zur Aufgabe des freiberuflichen Zentralgedankens, der bisher von der Leistungserbringung an einem bestimmten Standort ausging. Mit der Zulassung von Angestellten auf Vollzulassungen ergibt sich im niedergelassenen Bereich eine Funktion, wie sie bisher für das Krankenhaus in Angestelltenfunktion gekennzeichnet war. Dies könnte durchaus vom Sicherheitsbedürfnis und der Spezialisierung einem Teil der niedergelassenen Neurologen/Nervenärzte/Psychiater entsprechen.

► ortsübergreifende Kooperationsstrukturen und die Vernetzung mit dem Krankenhaus führen zur Durchbrechung der Isolation durch mögliche verstärkte Kommunikation, Entlastung von Organisationsfunktionen, höhere Spezialisierung.

► Mit der Möglichkeit, ambulante, stationäre und rehabilitative Funktionen aus einer Hand zu erhalten, kann es zu einer besseren Versorgung des erkrankten Menschen kommen. Der niedergelassene Facharztsektor hat zum ersten Mal die Chance auch konsiliarisch im Auftrag und auf Rechnung des Krankenhauses die stationäre Versorgung des Patienten weiter zu übernehmen.

Neben der reinen Funktionsübernahme ist der Gesetzgeber auch offen dafür,

dass sich niedergelassene Fachärzte entscheiden können, Krankenhäuser der Region (gegebenenfalls mit privaten Investoren) zu betreiben. Denkbar ist aber auch die Bildung von Managementgesellschaften mit professionellen Partnern. In einer mittelfristigen Perspektive kann dies zu einem radikalen Umdenken auch für die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung im Gespräch mit staatlichen und gemeinnützigen Trägern kommen.

Berufsverband als Motor

Jeder Arzt muss sich fragen, ob in einer Zeit des Umbruchs die KV immer und alleine der Lösungspartner für die anstehenden gesellschaftlichen Umbrüche sein kann. In der Außenstruktur verlangt die KV gebetsmühlenartig von der Politik mehr Geld, mehr Ärzte und die Bereitschaft mehr und bessere Arzneimittel zu bezahlen. Als politische Vertretung ist dies auch nachvollziehbar. Ehrlicherweise muss sich der einzelne Facharzt aber klar machen, dass es innerhalb der KV in anderen Facharztbereichen noch nachhaltige, historisch gewachsene Honorarreserven gibt, die auf innerärztlichen Fehlsteuerungen basieren, die sich bisher immer im Punktwertverfall und in der Bedeutung gegen Neurologen/Nervenärzte/Psychiater gerichtet haben. Daher bleibt als Institution nur der Berufsverband, wenn die Mitglieder ihn beauftragen, bisher nicht zugelassene Wahrheiten zu akzeptieren und daraus der Gruppe zugängliche, transparente neue ökonomische und rechtliche Modelle zu entwerfen. Hierin läge der Tabubruch und auf der anderen Seite die Chance innerhalb der KV mit dieser zu arbeiten und für die eigenen Interessen einzustehen.

Ärzte mit Anwaltsfunktion für Patienten

Schon jetzt ist sichtbar, dass das objektiv notwendige Medikamentenversorgungspotenzial sowohl von der KV als auch von den Krankenkassen nicht richtig abgebildet werden kann. Zu stark sind die Sparbedürfnisse. In diese Lücke gilt es politisch hineinzuschlüpfen und zu einem echten Vorkämpfer dieser Bedürfnisstrukturen gegenüber Öffentlichkeit, Krankenkassen und KV zu werden.

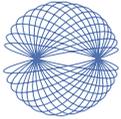
Wie der Landesvorsitzende Dr. Gunther Carl herausgearbeitete, hat die Gruppe der Neurologen/Nervenärzte/Psychiater an den Medikamentenverordnungen des ambulanten Sektors einen Anteil von 25%. Dies ist einmalig im Facharztbereich. Hier gibt es nur zwei Möglichkeiten. Entweder man beugt sich der unmittelbaren Regressdrohung der KVen unter dem leisen Beifall der Krankenkassen oder erkennt, dass in diesem Segment ein dauerhaft explosiver Stoff für die Berufsgruppe liegt, der nur mit einer Vorwärtsstrategie angegangen werden kann.

Je mehr ältere oder sozial Schwache am medizinischen Fortschritt teilhaben, aber keine Fürsprecher haben, desto stärker sind sie benachteiligt. Diese Benachteiligung überträgt sich automatisch auch auf die Verordner, die Berufsgruppe der Neurologen/Nervenärzte/Psychiater. Als politische Konsequenz müsste die Berufsgruppe in der von ihr betreuten Gesellschaftsgruppe die Anwaltsfunktion übernehmen und zum Sprecher ihrer Bedürfnisse werden, vor allem in den Bereichen Demenz, Parkinson und Alzheimer.

Es muss zu einem nachhaltigen Schulterschluss zwischen der Profession und den Organisationen der Patienten und deren Angehörigen kommen. Diese müssen bei der gegebenen Mittelknappheit auch die Interessenwahrnehmung gegenüber den Krankenkassen übernehmen. Nur wenn die Krankenkassen offenen Druck ihrer eigenen Versicherten und deren Angehörigen ausgesetzt werden, entsteht die Bereitschaft, Integrierte Versorgung, Strukturverträge, höhere Arzneimittelbudgets anzubieten, die der Fachgruppe mehr Gestaltungsraum und Sicherheit geben. Insoweit muss man auch erkennen, dass aller Wahrscheinlichkeit nach, die KV diesen Konflikt nicht solidarisch lösen kann. Hier muss sich die Berufsgruppe entscheiden zwischen Solidarität, Überleben und optimaler Wahrnehmung der gesellschaftlichen Interessensstruktur im Rahmen ihrer Aufgabenstellung.

Musterkonzepte für Kooperationen

Für die neuen ortsübergreifenden Gemeinschaftspraxismodelle auf regionaler und landesweiter Ebene darf es nicht zu innerärztlichen kapitalistischen Ver-



drängungskonzepten kommen. In der deutschen Wirtschaftsgeschichte kam es im Übergang von kleinteiligem Wirtschaften zu großen Kooperationen zum Gedanken der „genossenschaftlichen Unterstützung“. Hier ist nicht unbedingt die Rechtsfigur der Genossenschaft gemeint, sondern die Idee, dass sich aktive, bisher kleinteilig agierende Freiberufler mit vergleichbaren unternehmerischen Stärken und Zielen zusammenschließen und unter Einbeziehung professioneller Unterstützung ortsübergreifende Gemeinschaftspraxismodelle entwickeln. Sowohl Krankenkassen, Krankenhäuser als auch Pharmaindustrie werden die zentrale Bedeutung solcher einflussreicher kooperativer regionaler Gemeinschaftspraxen erkennen. Parallel wird es notwendig sein, Kooperationsmodelle mit entsprechenden Krankenhausstrukturen zu entwickeln, die sowohl im Konsiliararztbereich aber auch in der unternehmerischen Beteiligung von Fachärzten an Krankenhäusern und Krankenhausgesellschaften liegen.

In den nächsten Jahren geht es auch um die Aufgabe, mit den Kommunen, Landkreisen und Bezirksregierungen neue Formen unternehmerischer Führung von Krankenhäusern zu entwickeln und Gesamtpflege-Kostenmodelle ambulant/stationär zu entwickeln. Wenn sie jetzt begonnen werden kann und Strukturen wie das Amberger Modell und andere Erfahrungen, die Mitglieder des Berufsverbandes gemacht haben, genutzt werden, entsteht daraus eine hoffnungsvolle und sichere Zukunft – dies jedoch nur, wenn eine Bereitschaft vorhanden ist, sich aus der Sicherheit der Vergangenheit in die Komplexität einer unbekannteren Zukunft zu bewegen.

H.-J. Schade, Rechtsanwalt
Brogli, Schade & Partner GBR
Sonnenberger Str. 16,
65193 Wiesbaden,
bsp@arztrecht.de
www.arztrecht.de

Aus den Landesverbänden

Hamburger Nervenärzte fordern faire Mittelverteilung

Die KV Hamburg hat mit externer juristischer Unterstützung erfolgreich vor dem Schiedsamt durchgesetzt, dass die AOK die bisher von den Fachärzten allein finanzierte Stützung des psychotherapeutischen Punktwerts zukünftig ganz und rückwirkend zu 50 % übernimmt. Der Landesverband Nord der BKK hatte diese Forderung der KV bereits vorher anerkannt und eine entsprechende Vereinbarung getroffen. Es geht um Millionenbeträge, die über Jahre der übrigen fachärztlichen Versorgung entzogen worden sind. Das erhebliche Honorar für die Anwälte hat sich für alle Fachärzte ausgezahlt, darüber sind sich alle Gruppen einig. Die Ersatzkassen sollen in gleichem Sinn nachziehen.

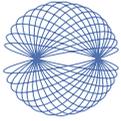
Bei den letzten beiden Mitgliederversammlungen haben wir uns mit großer Mehrheit entschieden, für die Interessen der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater juristischen Sachverstand einzuwerben. Mit Ute Asmussen haben wir eine in ärztlichen und KV-Angelegenheiten versierte und erfahrene Anwältin gefunden. Die Kosten für die juristische Beratung sind für unsere Verhältnisse beträchtlich. Vorstand, Beirat und Mitgliederversammlung sind aber übereinstimmend der Auffassung, dass auch diese Ausgabe gut investiert ist. Die Situation unserer Facharztgruppe erfordert diesen Einsatz. Das haben nicht zuletzt die von der KV veröffentlichten Zahlen zur Honorarverteilung 2/2005 unterstrichen. Leider sind uns nur die von der KV bewilligten und honorierten Leistungen, nicht aber die tatsächliche Leistungsmenge unserer Facharztgruppe im Vergleich zu den übrigen Facharztgruppen mitgeteilt worden. Trotz wiederholter Anforderung haben wir diese prognostisch viel wichtigeren Zahlen bislang nicht sehen können. Ebenso ist uns die KV die Leistungszahlen unserer Facharztgruppe

ohne Ermächtigte schuldig geblieben. Diese Zahlen sind insofern von Bedeutung, als die KV in unserer Facharztgruppe eine größere Gruppe von Kollegen untergebracht hat, die ausschließlich für psychotherapeutische Leistungen zugelassen sind. Dies hat zur Folge, dass sich die Durchschnittswerte in den Leistungsbereichen, aber auch zum Beispiel bei den Medikamentenausgaben zu Ungunsten der nervenärztlichen, neurologischen und psychiatrischen Praxen verändert. Hinzu kommt, dass die KV ab dem laufenden Quartal die Honorarverteilung an die Vorgaben des EBM 2000 plus (die Regelversorgungsvolumina) anpasst. Diese Anpassung erfolgt auf der Basis der Leistungsmengen der Fachgruppen. Natürlich möchten wir dies nachvollziehen können. Dafür benötigen wir aber umfangreicheres Zahlenmaterial von der KV.

Alle anderen bekommen mehr

Nach der Honorarstatistik von 2/2005 liegen die durchschnittlichen Honoraraufkommen in den anderen Facharztgruppen rund 30–200% über unserer Fachgruppe. Dabei fällt besonders auf,





© Archiv

Dr. Guntram Hinz
BVDN-Landesverband
Hamburg
1. Vorsitzender

dass die Gruppen mit Vorsorgeleistungen (z. B. Internisten und Gynäkologen) ihren GKV-Umsatz am stärksten steigern konnten. Ambulante Operateure und Augenärzte haben gegenüber dem Vorjahresquartal leicht hinzugewonnen, während die kleinen Gruppen (Haut, HNO, KJP und wir) allesamt verloren haben.

Widerspruch seit Jahren

Schon diese erste Übersicht zeigt, wem der EBM 2000 plus und der Hamburger Verteilungsmaßstab schon jetzt und sehr wahrscheinlich auch zukünftig begünstigen werden: Es sind die gleichen großen Gruppen, die sich seit Jahren in der KV-Selbstverwaltung gegenseitig die Bälle zuwerfen. Fachärztliche Internisten, ambulante Operateure und alle Fächer mit hohem Vorsorgeanteil werden auch die Gewinner des neuen EBM bleiben. Einen Minderheitenschutz für die kleinen Fachgruppen wird es weiterhin nicht geben. Im Gegenteil – im Bundestrend stagnieren die von uns erbrachten Leistungen in Punkten im Verhältnis zu den übrigen Fachgruppen. Der EBM 2000 erweist sich damit für die Nervenärzte als eindeutiger und systematischer Honorarumleiter. Aufgrund der schlecht bewerteten Ordinationsgebühren und neurologisch-technischer Leistungen sowie der Ausschlüsse bei den Betreuungsziffern konnten wir die Punktzahlen nicht steigern. Das wird durch den negativen Effekt des Hamburger Verteilungsmaßstabs noch richtig verstärkt. Es wird

höchste Zeit, dass die Fehl- und Unterbewertung der Kostenstruktur unserer Praxen seit 1997 endlich fair und gerecht ausgegült wird. Denn der beim letzten Honorarverteilungsmaßstab 1997 „vergessene“ Kostenanteil bedeutet für uns eine jährliche Unterdeckung von 45.000 EUR! Um auf diese Situation aufmerksam zu machen, legt seit 3/2004 ein wachsender Teil der Mitglieder unseres Landesverbandes Quartal für Quartal Widerspruch ein und zahlreiche Kollegen und Kolleginnen klagen beim Sozialgericht gegen die ungerechte Mittelverteilung.

Versorgungssicherstellung endlich mit gleichen Mitteln

Wir werden ganz sicher nicht tatenlos mit ansehen, wie Politik, EBM 2000 plus und eine fortgesetzt ungerechte Verteilung unsere Praxen in die Insolvenz treiben. Hier geht es ganz konkret um die Sicherstellung der neuropsychiatrischen Versorgung in der Hansestadt unter den rigorosen Budget- und Mangelbedingungen. Klar, dass die „Mangelverwaltung“ global von allen Facharztgruppen entschieden abgelehnt wird. Und dass wir weiterhin gemeinsam mit allen Gruppen dagegen protestieren werden. Daneben müssen wir aber auch klar sagen, dass die noch vorhandenen Mittel in Hamburg besonders unsolidarisch und unfair verteilt werden – und dies trotz häufiger Interventionen und Proteste unsererseits. Unter diesen Bedingungen kann es nicht angehen, dass sich Fachbehörde und Gesundheitspolitik in Bürgerschaft und Senat hanseatisch-vornehm aus dieser prekären gesundheitspolitischen Lage heraushalten. Wir müssen ihnen die Brisanz der Situation plastisch klar machen und ihre Einmischung fordern. Das gleiche trifft auf die Krankenkassen zu. Auch sie müssen endlich Farbe bekennen. Ist den Vorständen die medizinische Versorgung ihrer Mitglieder überhaupt wichtig oder wollen sie nur kurzfristige Einsparungen durchsetzen, zum Beispiel durch die unsinnigen Regressanträge gegen einzelne Nervenärzte wegen der Verordnung von Benzodiazepinen und Schlafmitteln bei psychisch kranken Menschen?!

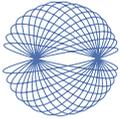
Gemeinsam mehr erreichen

Dies macht erneut deutlich, wie wichtig eine gute juristische Beratung und Unterstützung unter den sich verschärfenden Bedingungen geworden ist, die von den verantwortlichen Politikern offenbar ganz gezielt und geplant zugespitzt werden. Ihr Ziel – Entmutigung und Aufgabe eines großen Teils der Fachärzte – sollen sie mit uns jedenfalls nicht erreichen! Dafür müssen wir uns aber gut organisieren.

In diesem Jahr wollen wir gut vorbereitet und mit unserer Anwältin beim KV-Vorstand, bei der Gesundheitsbehörde und bei den Landesverbänden der Krankenkassen vorsprechen. Alle Mitglieder sollen sich in Fragen, welche die Gesamtheit der Mitglieder in Honorar-, Regress- oder Verfahrensfragen betreffen, juristischen Rat einholen können. Viele haben in Vorbereitung von Widersprüchen und Klagen davon bereits Gebrauch gemacht. Dafür benötigen wir aber dringende finanzielle Mittel – und zwar als finanzieller Beitrag jedes einzelnen Mitglieds. Die dafür auf zwei Mitgliederversammlungen im Dezember und Januar von der überwiegenden Mehrheit beschlossene einmalige Erhöhung des Jahresbeitrags um 500 EUR ist für jeden von uns in Anbetracht unseres Honorarrückgangs eine erhebliche Ausgabe. Aber die KV und die großen und umsatzstarken Facharztgruppen machen es uns vor: Nur wer sich entschlossen wehrt, kann auch etwas erreichen.

Deshalb meine herzliche Bitte an alle Mitglieder des Landesverbands: Entscheiden Sie sich für den Kurs Ihres Landesverbands! Kämpfen Sie weiterhin mit uns und bleiben Sie im Verband! Denken Sie auch an die nachfolgende Generation von Fachkolleginnen und -kollegen, gerade auch dann, wenn Sie Ihre Praxisabgabe bereits planen. Denn ohne bessere Umsätze sinkt langfristig auch der Wert unserer Praxen.

Dr. med. Guntram Hinz
BVDN-Landesverband Hamburg,
1. Vorsitzender



Psychiatrie und glauben

„Nun sag, wie hast Du´s mit der Religion?“

Das Nikolaussymposium des niederbayerischen Bezirksklinikums Deggendorf-Mainkofen ist eine überregionale, wissenschaftliche Fortbildungsreihe, die sich jährlich zur Vorweihnachtszeit der kritischen Diskussion aktueller psychiatrischer Krankheitskonzepte, Therapiefragen und Versorgungsprobleme widmet. Das 4. Symposium am 7. Dezember 2005 ging ganz bewusst über den bisherigen thematischen Rahmen hinaus, um mit der Gretchenfrage aus Goethes Faust das Spannungsfeld von Psychiatrie und Religion näher zu beleuchten.

Religiöses Erleben und Handeln wurde in den vergangenen Jahrzehnten von wissenschaftlicher Seite meist als spezifische psychische Auffälligkeit etikettiert, der Glaube selbst als Quelle mannigfaltiger neurotischer Störungen qualifiziert. In jüngster Zeit ist innerhalb der psychiatrischen Forschungslandschaft jedoch ein wieder erwachendes Interesse an und für Glaubensfragen zu beobachten, interessanterweise vor allem aus dem Bereich der Neurobiologie, die zum Beispiel mit Hilfe der funktionellen Bildgebung spezifische Veränderungen der Hirnaktivität bei religiösen Erlebnisformen wie dem Gebet oder der Meditation zu analysieren versucht. Vor diesem Hintergrund war

es das besondere Anliegen des letzten Mainkofener Nikolaussymposiums im Dezember 2005, das Rahmenthema „Psychiatrie und glauben“ – glauben als aktive Verhaltensform bewusst als Verb geschrieben – in seinen verschiedenen Facetten darzulegen.

Plazeboeffekt – Selbstheilung als Wirkungsprinzip

Der Ausdruck „Plazebo“ findet seine erstmalige Erwähnung im Alten Testament in Psalm 116,9: „Placebo domino in regione vivorum“, das heißt „Ich werde dem Herrn gefallen im Lande der Lebenden“. Später, im Mittelalter, übernahmen dann so genannte „Placebosänger“ die bezahlte Totenklage, erklärte



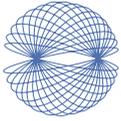
Prof. Dr. Dr. Ekkehard Haen von der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg. Als Pharmakologe erläuterte er die Grundlagen „Plazebo-kontrollierter Studien“, die mittlerweile in der Arzneimittelentwicklung zum international üblichen Standard geworden sind, um die Wirksamkeit eines neuen Wirkstoffes zu belegen.

Ein „Plazebo“ ist ein im Aussehen und in der Applikation, bei oraler Applikation auch im Geschmack dem Verum absolut identisches Präparat, das aber nur pharmakologisch unwirksame Bestandteile enthält. Die Patienten werden nach einem Zufallsprinzip entweder einer Gruppe zugeteilt, in der der aktive Wirkstoff verabreicht wird, oder der Gruppe, die stattdessen das Plazebo erhält. Ein „Plazebo-Effekt“ tritt dann auf, wenn in der Plazebogruppe therapeutische Effekte eintreten. Von einem „Plazebo-Effekt“ kann somit nur dann gesprochen werden, wenn tatsächlich ein Plazebo gegeben worden ist, die Wirkung nicht aufgetreten wäre, wenn dieses Plazebo nicht gegeben worden wäre und die erzielte Wirkung krankheitsrelevant ist. Zumeist verberge sich hinter dieser Wirksamkeit von Plazebo kein unerklärliches Wunder, sondern ein rationaler Grund. Von wesentlicher Bedeutung seien die Vorannahmen auf Seiten der Patienten und Untersucher zu Art und Funktionsweise von Erkrankung und Behandlung im Sinne eines so genannten Bias, so Haen. Auch könne es trotz aller Bemühungen vorkommen, dass die beiden Gruppen nicht die gleiche Patientenpopulation enthalten, oder bereits das Studiendesign einen Behandlungseffekt bewirke.

Schließlich könne der Plazebo-Effekt aber auch wissenschaftliche Erkenntnisse verschleiern: So glaubte man jahrzehntlang, dass Antidepressiva erst mit einer Latenz von mehreren Wochen zu



Die Referenten des Mainkofener Nikolaussymposiums 2005 (von links): Prof. Dr. Joachim Demling, Prof. Dr. Wolfgang Schreiber, Prof. Dr. Ekkehard Haen, Dr. Odilo Lechner, Prof. Dr. Arnd Barocka.



wirken beginnen, weil sich in vielen Studien erst dann ein Unterschied zu Placebo zeigte. Nur mühsam setzt sich heute in der Praxis durch, dass sich ein Ansprechen auf ein Antidepressivum bereits nach zwei Wochen zuverlässig beurteilen lässt. Die strikte Forderung nach Placebo-kontrolle, wie sie heute von Arzneimittelzulassungsbehörden aufrechterhalten wird, birgt darüber hinaus ethische Probleme, wenn nämlich Patienten in einer klinischen Studie wissentlich unbehandelt bleiben müssen, obwohl eine etablierte Therapie zur Verfügung steht.

Psychiatrische Aspekte religiösen Erlebens und Verhaltens

Prof. Dr. Joachim Demling, Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Erlangen, beleuchtete in seinem Beitrag zunächst die unterschiedlichen Weisen, in denen uns Religion in der Psychiatrie und Psychotherapie entgegentritt: als Erklärungsmodell, als Pathologikum (Problemfeld), als therapeutische Ressource und übergreifend natürlich als Forschungsfeld.

Während Religion als Erklärungsmodell seelischer Störungen (im Sinne von Bestrafung sündhaften Verhaltens) zur Psychiatriegeschichte gehört, ist ihre Bedeutung als psychiatrisches Problemfeld für die psychopathologische Forschung und klinische Praxis ungebrochen.

Als Pathologikum ist Religiosität ein psychotisches Krankheits-symptom (z. B. religiöser Wahn), eine seelische Fehlentwicklung beziehungsweise Fehlhaltung (z. B. als überwertige Idee oder als „ekkleziogene Neurose“) oder ein schmerzlich empfundenes „Nicht-mehr-glauben-Können“. In diesem Sinne ist Religion immer wieder von namhaften Psychiatern thematisiert worden, wobei Kurt Schneider und Hans-Jörg Weitbrecht die bekanntesten deutschsprachigen Monografien zur Religionspsychopathologie vorgelegt haben. Historische Aspekte dieses Forschungszweiges umfassen unter anderem die Geißlerzüge, Hexenverfolgungen oder die Psycho(patho)logie von geschichtlichen Einzelpersonlichkeiten (z. B. Ezechiel, Sabbatai Zwi, Jesus, Paulus und Luther).

Religiöse Einzelphänomene sind im engeren psychiatrischen Rahmen religiösen Erlebens und Halluzinieren, Schuld-



Der Jugendstilfestsaal des Bezirksklinikums Mainkofen, Veranstaltungsort des Nikolaussymposiums 2005.

und Versündigungsideen bei Depressionen und Suizidintendenzen aus religiösen Motiven; im weiteren psychopathologischen Bereich beispielsweise mystische und ekstatische Zustände, Zungenreden, Besessenheit, Bekehrungserlebnisse und körperliche Phänomene (Stigmatisierung).

Wiederholt war auch der Verlust des Glaubens bei Depressionen Gegenstand psychiatrischer Forschung. Der Fall Aneliese Michel aus Klingenberg hat durch die filmische Darstellung in „Der Exorzismus von Emily Rose“ neue Aktualität bekommen.

Schließlich widmete sich Demling der Frage nach „gesundem“ Glauben im Gegensatz zu „gestörter“ oder „krankhafter“ Religiosität, wobei er darauf hinwies, dass sich gerade die Inauguratoren verschiedener psychotherapeutischer Richtungen immer wieder zur engen Verflechtung von „Seelen-Heilkunde“ und „Seelenheil-Kunde“ geäußert haben.

Glaube und Wahn: Die theologische Perspektive

Dr. Odilo Lechner, Abt des Benediktinerklosters St. Bonifaz, München und Andechs, wandte sich der Frage zu, welche religiösen Dimensionen psychiatrischen Erkrankungen innewohnen. Er ging hierbei vom scheinbaren Konkurrenzverhältnis von Glaube und Medizin aus. Gerade in den frühen Kulturen wurde die Befreiung von Krankheit nicht nur als natürlicher Vorgang, sondern als Wirken übermenschlicher Kräfte gesehen. Viele Krankheiten wurden als Besessenheit gedeutet. So berichtet auch die Heilige Schrift immer wieder von wunderbarer Heilung und von Austreibung der Dämonen. Die Verheißung

Jahwes an sein Volk, wenn es das Bundesgesetz hält, ist: Alle Krankheiten wird der Herr von dir ablenken (Ex 7,15).

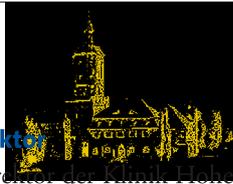
Auch das Neue Testament berichtet von den vielen Krankenheilungen Jesu und von seinem Auftrag an die Jünger, Kranke zu heilen. So ist auch bei Markus (Mk 16,17) die Verheißung an die künftigen Jünger: „In meinem Namen werden sie Dämonen austreiben; sie werden in neuen Sprachen reden ... die Kranken, denen sie die Hände auflegen, werden gesund werden“.

Die zunehmend naturwissenschaftlich geprägte Medizin sieht die Heilung hingegen als biologischen Vorgang, dem Arzt geht es um die rationale Erkenntnis der Ursachen einer Krankheit und der Mittel zu ihrer Heilung. Aber auch im kirchlichen Leben gerät das Wunderbare des Anfangs zunehmend in den Hintergrund. Schon die Kirchenväter sehen die wunderbaren Zeichen wie die Sprachengabe und die Heilungen teilweise als eine für die Ausbreitung des Evangeliums notwendige Gabe des Anfangs, die dann im Leben der Gemeinde nicht mehr so notwendig ist. Schließlich wird gerade im 20. Jahrhundert, etwa von den Pentecostals und auch von den charismatischen Bewegungen der Großkirchen, der Heilungsauftrag neu entdeckt.

Die scheinbare Konkurrenz von Glaube und Medizin wird sich nur in einem „concurrere“, in einem Zusammenwirken von Religion, die das Innere des Menschen bewegt, und Wissenschaft, die die natürlichen und objektiven Grundlagen untersucht, aufheben lassen, einem Zusammenwirken, das Viktor Frankl in das Begriffspaar „Seelenheil und seelische Heilung“ kleidet. Das Heilende des Glaubens zeigt sich freilich nur, wenn er von einem positiven Gottesbild und nicht von einem Angst machenden Bild geprägt ist. Karl Frielingsdorf hat mit Recht von den krankmachenden Götzen, den dämonischen Gottesbildern gesprochen. Das Heilende des Glaubens zeigt sich vor allem in der Versöhnung mit der Vergangenheit, im Blick auf das Ganze, der auch den furchtbaren Einzeldaten in Leben und Geschichte und den gegensätzlichen Tendenzen einen sinnvollen Rahmen gibt, in der Kräftigung zur gelassenen Annahme, auch der Behinderung und Sterblichkeit.



Religiosität als psychoprotektiver Faktor



Prof. Dr. Arnd Barocka, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Oberursel/Taunus, einer Klinik, die sich seit vielen Jahren der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit vor einem explizit christlichen Hintergrund widmet, beschloss das Symposium mit einem Vortrag zur Religiosität als psychischer Schutzfunktion.

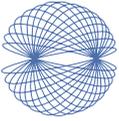
Nach einem anfänglichen Exkurs zu den „Vorurteilen europäischer Intellektueller über die neurotisierende Wirkung – insbesondere christlicher – Religiosität“ und ihren verschiedenen Ausdrucksformen (soziale Repression, kognitive Rigidität oder passiv-misstrauische Lebenshaltung) legte Barocka den Schwerpunkt seiner Ausführungen auf neuere, methodisch gesicherte, epidemiologische Untersuchungen, die eine Vielzahl ausgesprochen positiver Gesundheitseffekte praktizierter Religiosität belegen. Im Wesentlichen sind dies höhere Lebenszufriedenheit, größeres Wohlbefinden, geringere Ausprägung depressiver Symptome sowie geringere Inzidenz von Suizidalität, Angst, Drogen- und Alkoholabhängigkeit.

Verantwortlich für diese gesundheitsfördernden Effekte von Religiosität seien nach gegenwärtigem Wissensstand insbesondere die konsistente soziale Unterstützung und Verhaltensregulierung innerhalb der jeweiligen Gemeinden, eine klare kognitive Orientierung, das bewusste Leben alternativer Werte sowie das Erleben göttlicher Fürsorge als Stress-reduzierender Einflussgröße. Barocka ging in diesem Zusammenhang beispielhaft auf Einzelstudien ein, die eine positive Korrelation religiöser Überzeugungen und einem aktiven Leben nach diesen Grundsätzen beispielsweise mit der Überlebensrate nach Herzinfarkt, dem Schmerzmittelbedarf nach Operationen, der allgemeinen Lebenserwartung sowie einem „erfolgreichen Altern“ belegen. Daraus ergibt sich natürlich die Frage, wie sich die genannten, zum Teil höchst unterschiedlichen Standpunkte und Erfahrungen zur Rolle der – christlichen – Religion in der psychischen Entwicklung interpretieren lassen. Barocka bezog sich in diesem Zusammenhang unter anderem auf die Unterscheidung von „healthy-mindedness vs. morbid-mindedness“ des amerikanischen Psychologen William James, die von späteren Autoren wie Allport („intrinsisch vs. extrinsisch“), Fromm („konsensual vs. autoritär“) oder Kendler („devotional vs. konservativ“) neu aufgegriffen wurde und die salutogenetische Wirkung praktizierter Religiosität näher zu bestimmen versucht.

Resümee

Mehr als 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an dem Nikolaussymposium 2005 belegen die große Aktualität und Brisanz dieses Themas, die auch in der schriftlichen Evaluation dieser Veranstaltung immer wieder bestätigt wurde. Die große Mehrzahl der Anwesenden hat insbesondere den interdisziplinären Dialog „auf Augenhöhe“ sowie die Annäherung und konstruktive Zusammenarbeit beider „Versorgungsstrukturen“ zum Wohle der Patienten als besonders bedeutsam genannt. Die Frage, ob man zu einem späteren Zeitpunkt eine ähnlich gelagerte Veranstaltung wieder besuchen würde, wurde in nahezu allen Rückmeldungen uneingeschränkt bejaht.

Prof. Dr. med. Wolfgang Schreiber, Deggendorf



Über Leben, Sterben und Tod lässt sich so viel sagen und doch auch nichts. Ist eine voneinander getrennte Betrachtungsweise überhaupt möglich? Ist Sterben nicht ein wesentlicher Bestandteil des Lebens, so wie Geburt und Tod in Beziehung stehen?



© Bilderbox, A-Thening

Leben und Sterben: jedes hat seine Zeit

Die Hospizbewegung stellte in ihren Anfängen eine Alternative zur etablierten naturwissenschaftlichen Medizin dar. Nicht die Behandlung sollte im Mittelpunkt stehen, sondern das Begleiten, Zuhören und Annehmen. Es geht nicht um Sanierung, sondern um Barmherzigkeit. Das Ideal ärztlichen Handelns bis nahe an die Neuzeit heran war ein Werk der Barmherzigkeit. Paracelsus sah darin im 15./16. Jahrhundert eine Säule der Medizin.

Warum brauchen wir also eine Alternative? Wir benötigen sie meines Erachtens als notwendige Ergänzung, als ein Weg zur Integration, nicht als gänzliche Ablehnung des Etablierten.

Beispiele aus dem „Leben“

Ein 83 Jahre alter Mann bricht auf der Straße zusammen und scheint tot zu sein. Der Notarzt und ein zufällig vorbeikommender Allgemeinmediziner treffen vor Ort aufeinander. Es kommt zu folgendem kurzen Gespräch: „Er ist tot. Wenn wir aber jetzt nichts machen, werden wir wegen unterlassener Hilfeleistung angezeigt.“ Mittlerweile werden die beiden von einer Menschenmenge umringt. Gesagt, getan. Sie reanimieren

den alten Mann, der dann noch mehrere Wochen auf der Intensivstation lebte, aber das Bewusstsein nicht wieder erlangte. War diese Reanimation sinnvoll? Welcher gesellschaftliche Druck baut sich in solchen Situationen auf? Was ist die Basis unserer Entscheidungen? Diktieren das Machbare die Entscheidung, das Tun?

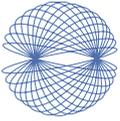
Ein weiteres weniger dramatisches, aber nicht weniger schwieriges Beispiel: Ich sollte eine ältere Dame untersuchen und beurteilen. Sie aß und trank wenig und nahm deshalb stetig ab, war mittelschwerement und ständig auf die Fürsorge anderer Menschen angewiesen. Ihre formale Urteilsfähigkeit war nicht mehr gegeben. Die Frau sollte eine Magensonde erhalten, was die Angehörigen ablehnten. Dazu muss man wissen: Das Gewicht alter Menschen wird in Altersheimen kontrolliert und vom MDK überwacht. Wenn nun der Body-Mass-Index unterschritten wird, kommt das Altersheim in Erklärungsnot, denn es gilt das Dogma der aktivierenden Pflege. Alte dürfen und sollen nicht abnehmen. Kurze Übersetzung: „Wir können sie doch nicht verhungern lassen.“ Das ist die Fürsorgepflicht dieser Auffassung.

Sterbende hungern oder dursten nicht

Ein einfaches Gespräch war mit dieser Patientin möglich und so fragte ich sie: „Haben Sie Hunger?“ – „Nein, Hunger habe ich keinen.“ „Haben Sie Durst?“ – wiederum: „Nein, Durst habe ich keinen.“ Und so fragte ich zuletzt: „Haben Sie Angst vor dem Tod?“ „Nein, das habe ich nicht“, antwortete sie und strahlte mich dabei an. Sie verabschiedete mich mit „Wiedersehen, Herr Pfarrer“. Nun, sie war dement, sie verwechselte meinen Beruf. Sie verstand jedoch, dass ich mich um sie sorgte.

Die Gegenposition aus dem Munde einer aktiven in der Pflege tätigen Nonne aus dem Altersheim: „Die Magensonden sind doch des Teufels.“ Ich bat sie, mir dies zu erläutern. Sie fuhr fort: „Wenn früher alte Menschen nichts mehr aßen, starben sie innerhalb von 30 Tagen im Kreise ihrer Angehörigen. Das konnten alle durchhalten. Jeden Tag kam ein anderer und auch die Nachtwachen teilte man sich. Aber heute leben die Menschen mit den Magensonden noch Jahre, das schafft doch keiner. Die Angehörigen kommen immer seltener, viele gar nicht mehr.“ Nicht, dass die Nonne mich auf die Überwindung des Todes in österlicher Freude hingewiesen oder den Angehörigen moralische Vorhaltungen wegen ihrer Abwesenheit zugemutet hätte. Nein, sie verwies mich auf das Leben als Ganzes.

FORTSETZUNG SEITE 51 —



Das körperliche Vergehen müsse von seelischer Anteilnahme und sozialer Fürsorge Angehöriger begleitet werden. Das Geistige erwähnte sie gar nicht, weil es für sie selbstverständlich war.

Alles hat seine Zeit. Auch das Sterben hat seine Zeit. Ist diese gekommen, „gelte es den Tod zuzulassen und seinem Kommen nichts mehr entgegenzusetzen“ (Bischof Huber, Vorsitzender der evangelischen Kirche).

Mir liegt es fern, die Magensonde zu verteufeln. So meinte es wohl auch die Nonne nicht. Die Magensonde kann segensreich sein, beispielsweise bei der Behandlung Polytraumatisierter. Ebenso die Beatmung. Die Möglichkeiten der Medizin erscheinen in einer tiefen Ambivalenz, Fluch und Segen liegen eng beieinander. Beide Positionen beanspruchen glaubhaft, das Leben wahren und schützen zu wollen, während ihnen ein zutiefst unterschiedliches Verständnis vom Leben selbst zugrundeliegt.

Was ist Leben?

Robert Hooke, ein englischer Botaniker, fand um 1700 eine morphologische Einheit – die Zelle. Mit verbesserten Mikroskop entdeckte man 1833 in Pflanzenzellen den Kern. Im Laboratorium von Johannes Müller sah Theodor Schwann ganz ähnliche Zellen im tierischen Organismus. Wie organisieren sich die Zellen zu Organen und Organismen? Mitten in der damals jungen Zellforschung gelang Virchow ein genialer Gedankensprung: Er erforschte nicht nur die Zellen, er machte sie zum Träger des Lebens selbst. Das Leben setzt sich fort in immer neuen Zellbildungen. Die Zelle ist Baustein für Organe und Organismen, im Zellkern liegt die Information hierzu. Die Zelle ist das Leben. Göttliches wird nun unmittelbar anschaulich. Der Tod – auch Hirntod – wird als irreversibler Zelltod verstanden (Schipperges, Utopien der Medizin).

Sündenfall moderner Wissenschaft

Es wird sicherlich nicht gleich einleuchten, weshalb dies den Sündenfall der wissenschaftlichen Medizin in der Neuzeit darstellt. Sobald das Leben bestimmbar, definierbar wird, können wir es manipulieren und beherrschen. Der Verstand konnte so planmäßig die Lebensvorgänge

in der Zelle im Organismus untersuchen und auf die Gesellschaft übertragen.

Die Zukunft eines jeden Volkes wurde nun von der Qualität seines Erbguts, seiner Zellkerne, abhängig gemacht. Friedrich Krupp stiftete 1889 einen Preis, den der Arzt Wilhelm Schallmeyer 1900 mit dem Titel „Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker, eine staatswissenschaftliche Studie auf Grund der neuen Biologie“ gewann. Ein neues, edleres Menschengeschlecht sollte geschaffen werden. Der Mensch wurde zum Maß aller Dinge. Seine Vollendung war nicht mehr göttlicher Gnade in der Auferstehung anheim gestellt. Der neue Adam sollte jetzt planmäßig durch den Verstand geschaffen werden.

Der Sündenfall liegt darin, das Leben bestimmen zu wollen. Es ist naiver Realismus, die menschliche Existenz auf materiell, körperliche Gegebenheiten einengen zu wollen. Dazu ist sie zu vielschichtig und letztlich unbestimmbar. Sie hat körperliche, seelische, soziale und spirituell-geistige Aspekte. Und diese Aspekte durchdringen sich, und sind nur Eins. In der Medizin herrscht ein Reduktionismus auf materielle Aspekte, wengleich weitere Strömungen die Medizin ergänzen wie zum Beispiel die Psychotherapie. Nur zu oft leider im Sinne konkurrierender Heilsysteme.

Menschenwürde im wissenschaftlichen Menschenbild

Die Nonne verwies ohne viele Worte auf die verschiedenen Aspekte des Lebens, die alle beachtet werden müssen, soll das Sterben sinnvoll sein. Den geistigen Aspekt erwähnte sie nicht direkt, Sie meinte aber das Ganze – die Annahme des Leids, das Abschiednehmen, den körperlichen Verfall, die Fürsorge. Erst durch die Annahme des Leids vertieft sich unser Leben.

Stellt der massenhafte Einsatz der Magensonde nicht eine Verletzung der Menschenwürde dar? Am Ende einer solchen erzwungenen Lebensverlängerung stehen oft Menschen, die zu keiner Kontaktaufnahme mehr fähig sind und vor sich hin vegetieren. Sie sind nur noch Körper, dessen Funktion aufrecht erhalten wird. Der Mensch wird auf das reduziert, was er der Vorstellung der Wissenschaft nach ist: Körper. Ich kenne

keinen einzigen Altenpfleger, der seinen Angehörigen eine Magensonde empfohlen hätte. Ich habe aber viele gesehen, die ihre Angehörigen liebevoll in schwerster Not fütterten.

„Wichtig ist: Sterbende hungern in der Regel nicht und sie verdursten auch nicht – so wie wir nicht alle ersticken. Die körperlichen Prozesse stellen sich um.“

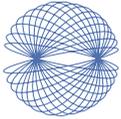
Es ist schon eigenartig, dass es bei nicht mehr willensfähigen Patienten einer Patientenverfügung bedarf, um die Magensonde abzulehnen. Eigentlich müsste der, der die Magensonde legt, die ethische Rechtfertigung für den Eingriff suchen. Der Erhalt des Körpers erscheint mir nur aus einem reduktionistischen Blickwinkel gerechtfertigt. Erzeugen wir nicht doch unnötiges Leid? Müssten wir nicht unseren Blick auf die Gesamtheit des Lebens hin weiten?

Die Würde des Menschen ist unantastbar, heißt es im deutschen Grundgesetz. Die Würde wurzelt im Leben selbst. Wir wissen nicht, was das Leben ist, wir können es nicht wissen. Das Leben offenbart sich. Hier brauchten wir natürlich die Schützenhilfe der Theologen. In der Sprache des Mythos haben wir vom Baum der Erkenntnis gegessen. Nun aber werden wir von unseren eigenen Vorstellungen beherrscht. Der Arzt beherrscht die Natur und wird zum Richter über Leben und Tod. Er kontrolliert Geburt und Tod. Wir sollten den Baum des Lebens erneut aufsuchen, damit wir wieder Zeugen des Lebens und Sterbens werden.

Der Tod vertieft das Leben

Indem Sie sich sterbenden Angehörigen und dem Nächsten widmen, nehmen Sie Anteil am Leben bis nahe an den Tod. Dann aber können wir nur hoffen, Anteil am größeren Leben zu finden. In der Begleitung Sterbender wird das Leben transparenter, nicht für alle, das gebe ich zu. Aus eigener Erfahrung meine ich sagen zu dürfen, dass die Sterbegleitung mich bereichert hat, weshalb ich alle auffordere, diese zu wagen.

Dr. med. Peter Wöhrlein
Karmeliterplatz 4, 55116 Mainz



Quatsch in Glas?

Über Geschmack lässt sich bekanntlich nicht streiten, aber in Fragen der Kunst kochen die Emotionen gerne mal hoch. Als Kritiker unserer NEUROTRANSMITTER-Titelbilder meldet sich Kollege Wiedmayer scharfzüngig zu Wort.



Als Nervenarzt mache ich mir angesichts des die Titelseite des NEUROTRANSMITTERS zierende Bilder zunehmend Sorge um den Gemütszustand des dafür verantwortlichen Redakteurs.

Hatte ich zunächst den Eindruck, dass manche Titelseiten an Geschmack-

losigkeit schwer zu überbieten sind – ich denke hier etwa an den von der technischen Ausführung gut gemachten, vom Sujet her gleichwohl schwer zu ertragenden Mist in einem der NEUROTRANSMITTER vom letzten Jahr, darstellend eine Art Dracula, in seinen Fängen ein sich ängstlich resignierend in ihr Schicksal ergebendes blutverschmiertes weibliches Opfer – so wurde ich durch das die letzte Ausgabe als Titelbild zierende Machwerk, unter „Glaskunst“ firmierend, eines besseren belehrt.

Dieser widerwärtige „Quatsch in Glas“, wer das Titelbild gesehen hat weiß, was ich meine, findet in diesem Fall, wie so oft wenn das „Kunstwerk“ nicht so recht für sich sprechen will, seine kongeniale Ergänzung in dem feinsinnigen Kommentar eines unter „az“ firmierenden Kunstfreundes, (nachzulesen ab S. 115) was den dargestellten Krampf nicht besser macht, dem Ganzen aber immerhin wenigstens eine leicht satirische Note verleiht.

Kommentar

Herrn Kollegen Wiedmayers recht harsche und im Großen und Ganzen unsachliche Attacke drucken wir ab, obwohl wir uns darauf geeinigt hatten, beleidigende Briefe nicht zu publizieren. Es war bisher auch noch nie nötig gewesen, nach diesem Grundsatz etwas zurückzuweisen. Weil sich dieser Angriff aber gegen mich richtet (redaktionelles Kürzel „az“) wollte ich doch, dass diese Lesermeinung veröffentlicht wird. Es ist mir einfach ein zu großes Anliegen, mit Ihnen als Leser im Gespräch zu bleiben. Telefonisch und im persönlichen Dialog habe ich schon oft Positives über die vielseitige NEUROTRANSMITTER-Galerie gehört. Lediglich zwei oder drei Anrufer hatten sich einmal wegen der etwas freizügigen Bilder von Mel Ramos gemeldet und sie als unangemessen empfunden.

Zu den Anmerkungen des Kollegen Wiedmayer möchte ich kurz Stellung nehmen: Das Bild von Alexander Timofeev „Puppenspieler“ zeigt kein blut-, sondern ein mit Lippenstift beschmiertes Frauengesicht, was ich im Text auch erläutert hatte. Die alpträumartigen Glasdarstellungen von Sibylle Peretti sind schockierend, wie auch in meinem Text zu lesen, ich empfinde sie aber nicht als geschmacklos oder gar „Krampf“.

Liebe Leser, was meinen Sie dazu? Schreiben Sie uns!

PD Dr. med. Albert Zacher, Schriftleiter

Dr. med. Joachim Wiedmayer, Erlangen

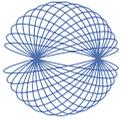
Generika-Auswahl nach „sozialer Verantwortung“ der Hersteller

Bei der Verschreibung eines Medikaments unterstützt der Arzt den Hersteller und damit auch dessen Firmenideologie. Kollege Schumacher schlägt einen Kriterienkatalog vor: Selbstauskünfte der Pharmafirmen zum Beispiel zu ihrer globalen, lokalen und medizinisch-wissenschaftlichen Nachhaltigkeit könnten eine bewusste Entscheidung für ein bestimmtes Präparat erleichtern.

Im NEUROTRANSMITTER-Sonderheft 2/2005 „Psychiatrie-Kompass“ haben mich besonders die Selbstdarstellungen der forschenden Arzneimittelhersteller interessiert. Ich halte Arzneimittelhersteller deshalb für so bedeutsam, weil sie einen großen Teil der Gelder beanspruchen, über die wir als Neurologen und Psychiater entscheiden. Pharmareferenten informieren uns daher besonders intensiv über ihre Medikamente. Der Dialog zwischen ihnen und uns Ärzten ist dabei aber sehr unterschiedlich. Ich selber habe nach längerer Pause wieder das Gespräch aufgenommen – und seit her landen wieder tütenweise Präparats-

muster in meiner Praxis. Die Patienten sparen dadurch Zuzahlungen; ich erhalte Informationsbroschüren, Anfallskalender, Kugelschreiber und erfahre über neue Entwicklungen etc. – und bin letztlich unzufrieden.

Bei der Verschreibung von Generika-Präparaten steigert sich meine Unzufriedenheit. Ich unterstütze mit diesem oder jenem Präparat den Berufsverband, die Medi-Genossenschaft, die Kreisärzteschaft, diese oder jene Fortbildungsstätte, Selbsthilfegruppen etc. und in der Öffentlichkeit fühle ich mich angeprangert. Auf meine Frage „Welche Generika-Firma soll ich auswählen und warum?“



finde ich am Ende keine vernünftige Antwort; es bleibt ein schales Gefühl.

Zusammen mit Kollegen und Pharmareferenten habe ich einen Kriterienkatalog „Nachhaltiges Wirtschaften und gesellschaftliches Engagement“ (siehe unten) erstellt und getestet. Die Hersteller reagierten prompt und ausführlich. Ihre Informationen waren aussagekräftig und, wenn sie noch vollständiger und transparenter wären, könnten sie helfen, sozial und nachhaltig arbeitende Firmen bei der Medikamentenverschreibung auszuwählen.

Ich bitte Sie deshalb Ihre NEUROTRANSMITTER-Sonderausgabe um das Kapitel über Generika-Firmen zu erweitern, oder noch besser: Widmen Sie eine nächste Sonderausgabe ganz dem Thema „Nachhaltigkeit und Soziale Verantwortung von Generika-Herstellern“. Dies würde unsere Orientierung, Kooperation und nervenärztliche Identität stärken und – das Vertrauen zwischen Neuroärzten und Patienten, das Ansehen der Neuroärzte und unserer Berufswürde und Entscheidungsfreiheit im Sinne der Mitglieder des BVDN fördern.

Dr. med. Ernst Schumacher, Göppingen

Anschreiben an die Marketing-Abteilungen der Firmen

Betreff: Zukunftsfähige Zusammenarbeit Pharmareferent – Arzt

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei der Medikamentenauswahl stehen Ärzte vor der Frage: Warum sollen wir bei gleichen Arzneien gerade das Präparat einer bestimmten Firma verordnen? Sollen wir etwa die von den Krankenhäusern verordneten Präparate weiter verschreiben, die überwiegend von forschenden und in der Wissenschaft engagierten Firmen stammen? Oder besser die Generika, die sich im unteren Preisniveau bewegen?

Wenn ich als Arzt zwischen Medikamenten wählen kann, die das Gleiche oder fast das Gleiche bewirken und die im Preis nur gering differieren, dann entscheide ich mich in meiner ärztlichen Absicht, Menschen zu helfen, für den Hersteller oder das Pharmaunternehmen, mit dessen Name ich Gutes verbinde. Deshalb weist die „corporate identity“ vieler Firmen weit über ihr pharmazeutisches Kerngeschäft hinaus. Ärzte schätzen dieses „Gute“ beziehungsweise die „corporate identity“ unterschiedlich ein: Der eine bewertet den „Erhalt der Schöpfung“ besonders hoch oder die „Bewahrung des Friedens“, der andere den „Standort Deutschland“ und die bodenständige Wirtschaftskraft. Und alle sind an einer verbesserten Medizin interessiert. Aber was bedeutet das jeweils konkret?

Um diese Frage zu beantworten, braucht der Arzt einen Kriterienkatalog, mit dem er das Nachhaltigkeitsmanagement und die Bereitschaft der Firmen, gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen, einschätzen kann. Der Arzt könnte dadurch bewusster entscheiden und – beispielsweise bei der aktuellen Rabatt-Schlacht über die Apotheken – klarer begründen, warum er auf das jeweilige Präparat besteht.

- ▶ Welche Merkmale Ihrer Firma sind in diesem Zusammenhang bedeutsam?
- ▶ Wie ist eine „gute“ Pharma-Firma qualitativ und quantitativ objektiv fassbar?
- ▶ Würden Sie gegebenenfalls an einem Treffen oder einem Pilotprogramm teilnehmen?

Mit der Bitte an die Pharmareferenten, die Fragen in Ihrer Firma zu diskutieren und mit freundlichem Gruß,

Dr. med. Ernst Schumacher

„Nachhaltiges Wirtschaften und gesellschaftliches Engagement“

Versuch eines Kriterienkatalogs

„Arbeit und Wirtschaft im Dienst des Lebens“ ist nicht erst seit den UN-Konferenzen von Rio und Johannesburg das Leitbild von Ärzteschaft und pharmazeutischer Industrie. Dieses zukunftsfähige und soziale Engagement zu dokumentieren und weiter zu entwickeln, ist für beide Gruppen wichtig. Der „Kriterienkatalog“ soll ein konkretes Instrument sein, um nachhaltige Zukunftsverpflichtung und gesellschaftlich verantwortliches Wirtschaften zu erfassen und zu dokumentieren. Er soll helfen, Glaubwürdigkeit und unternehmerischen Vorbildcharakter von Ärzteschaft und pharmazeutischer Industrie weiter zu verbessern; er soll aber auch – als wünschenswerter und legitimer Bestandteil der „corporate identity“ – Vertrauenswürdigkeit, Attraktivität, Ansehen und damit die Wettbewerbsfähigkeit des jeweiligen pharmazeutischen Unternehmens bei Patienten und Ärzten zu steigern. Die folgenden Beispiele liefern einige Anregungen, die zum Beispiels von Arbeitskreisen aus Ärzteschaft, pharmazeutischer Industrie, Kirchen, philosophischen Fakultäten beziehungsweise Ethikern nach UN-Richtlinien weiter entwickelt werden könnten.

— Globale Nachhaltigkeit

Medizin in der dritten Welt, zum Beispiel Malaria-, AIDS-, Lepra-Bekämpfung,

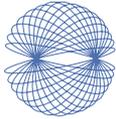
Positive Effekte für Umwelt, Klima, Friedenssicherung, zum Beispiel Hilfe bei Folgeschäden durch Radioaktivität in Tschernobyl, bei der Aufforstung in Dürregebieten etc.

Dauer des Engagements, zum Beispiel spontanes Sponsoring oder nachwirkende Aktivitäten.

— „Standort Deutschland“ – lokale Nachhaltigkeit

Wirtschaftliche Standards zur Förderung lokaler Infrastruktur und Transparenz der Kostenstruktur, lokal gezahlte Steuern, Zahl der Arbeitsplätze (z. B. im Längsschnitt über die letzten zehn Jahre), ökologisches Controlling, Transportkostenanteile, Import aus Niedriglohnländern, Bewertung durch „Transparency-international“.

FORTSETZUNG SEITE 57 —



Fortsetzung von S. 54

— **Medizinisch wissenschaftliche Nachhaltigkeit**

Förderung von Forschung, Lehre, zukunftsfähiger Technologie, ärztliche Fortbildung und Qualitätsmanagement, Teilnahme an der „Freiwilligen Selbstkontrolle der Arzneimittel-Industrie“, Verbesserung von Lebensqualität und Autonomie der Patienten.

Welche weiteren Aspekte sind für Sie wichtig?

Kopfgeburt Bonus-Malus-Regelung

Dass viele Politiker unfähig sind, ihren Beruf auszuüben, zeigt für Kollege Schiller einmal mehr der Entwurf des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz.

Unsere Politikern lagen alle Daten, die sie für vorausschauende Gestaltung komplexer Gefüge brauchten, vor – was aber haben sie zuwege gebracht?! Wir Mediziner haben nicht weniger komplexe Problemkonstellationen im Management schwerer Krankheitszustände, wir haben jedoch unsere Hausaufgaben gemacht! Hätten wir uns mit dem Engagement unserer Politiker zum Beispiel auf die Behandlung von Krebsleiden eingelassen, könnten wir gerade einmal Räucherstäbchen entzünden und/oder den Mond anheulen.

Wir Ärzte sind die einzigen, die im Umgang mit Krankheit höchste persönliche Verantwortung übernehmen, warum sollen wir überhaupt noch etwas annehmen von „Strategen“, die in minder schweren Problemfeldern versagen? Zur ärztlichen Grundaufgabe gehört es geradezu, Patienten vor Fehl-(auch: Minder-)Behandlungen zu schützen, seien es die Schnapsideen von Politikern, Gesundheitsökonomern oder Krankenkassenfunktionären.

Es tut endlich einmal gut zu erleben, wie sich mit der Kopfgeburt Bonus-Malus-Regelung eine grundlegende Verweigerungshaltung in der Ärzteschaft formiert. Und es freut uns, beobachten zu können, dass im Zusammenhang die üblichen politischen Taschenspielertricks nicht (mehr) greifen, wie das „Auseinanderdividieren“ beispielsweise in Klinikärzten/Niedergelassene, Haus-/Fachärzte,

das Diffamieren und Kriminalisieren (die Gesundheitsministerin hatte am Tag nach dem ersten großen Ärzteprotest in der Öffentlichkeit ja nichts Besseres zu bieten, als falsche Zahlen über ärztlich Einkommensverhältnisse zu streuen ...).

Ich empfehle uns im Zusammenhang ab sofort alle Verträge et cetera, die in unserem (der Ärzteschaft) Namen unterschrieben/abgezeichnet werden, darauf zu prüfen, wer sie in unserem Namen unterzeichnet/gebilligt hat. Es ist der einzige Weg, zu verhindern, dass Funktionäre/Gremienritter in unserem Namen Tatsachen mitschaffen, ohne dass dies demokratisch legitimiert wurde. Wie häufig durften wir uns in den letzten Jahren anhören, dass der politische Wille (?), dass Machtverhältnisse keine anderen Spielraum gelassen hätten.

Bisher saßen unsere Funktionäre sehr sicher auf ihren, in der Regel auch gut dotierten Posten; auf persönliche Mitverantwortung wurde nicht erkennbar besonderer Wert gelegt. Es ist in einem demokratischen System aber legitim, jemanden per Misstrauensvotum aus einer Funktion zu entfernen, wenn dieser sich seiner Aufgabe nicht gewachsen zeigt. Übrigens erfordert auch das uns abverlangte Qualitätsmanagement diese Vorgehensweise (Stichwort: Rückverfolgbarkeit).

Dr. med. Uwe Schiller, Aschaffenburg

Hinweis der Redaktion

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

„Schnellübersicht“ Antidementiva

Der Krankheitsprogression effektiv entgegenwirken

Seit der letzten „Schnellübersicht Antidementiva“ (NEUROTRANSMITTER 3/2001) sind die wesentlichen Wirkstoffe in der Demenz-Therapie unverändert geblieben. Weiterhin liegen bei den Antidementiva die besten Evidenzen für die Behandlung der Alzheimer-Demenz (AD) vor. Hier sind vor allem die Acetylcholinesterase(AChE)-Hemmer Donepezil, Rivastigmin und Galantamin

für die Behandlung der leichten bis mittelschweren AD zu nennen. Zusätzlich erhielt zwischenzeitlich Memantine die Zulassung zur Behandlung der mittelschweren bis schweren AD. Die meisten Daten für die Behandlung von vaskulären Demenzen existieren ebenfalls für die AChE-Hemmer, wobei jedoch eine Zulassung für diese Indikation nicht besteht. Trotz aktueller Kontroversen über das

Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen und einer im Schwerpunkt symptomatischen, die Krankheitsprogression verlangsamenen Wirkung, sind die AChE-Hemmer weiterhin als die Mittel der ersten Wahl in der Behandlung der AD anzusehen. Für sämtliche andere Wirkstoffe, insbesondere Nootropika, liegen nur wesentlich schwächere Evidenzen hinsichtlich der Wirksamkeit vor.

Antidementiva			
Medikament	Indikation	Kontraindikationen	Typische Nebenwirkungen
Acetylcholinesterase-Hemmer			
Donepezil (Aricept®)	leichte bis mittelschwere Alzheimer-Demenz (AD) Hinweise für die Wirksamkeit bei vaskulärer Demenz und der Demenz mit Lewy-Körperchen	Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder Piperidinderivaten; vorbestehende Bradykardie, Sick-Sinus-Syndrom, höhergradige AV-Blockbilder, schwere Leberfunktionsstörung <i>relative Kontraindikationen:</i> obstruktive Lungenerkrankungen; erhöhtes Risiko bei gastrointestinalen Ulcera	anfänglich cholinerge Nebenwirkungen: Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Dyspepsie, Bradykardie, Schwindel, Hypotonie, Obstipation, Muskelkrämpfe, Müdigkeit, Schlaflosigkeit
Rivastigmin (Exelon®)	leichte bis mittelschwere AD; leichte bis mittelschwere Parkinson-Demenz Hinweise für die Wirksamkeit bei vaskulärer Demenz und der Demenz mit Lewy-Körperchen	Überempfindlichkeit gegen das Präparat oder andere Carbamat-Derivate; schwere Leberinsuffizienz <i>relative Kontraindikationen:</i> vorbestehende Bradykardie, Sick-Sinus-Syndrom, höhergradige AV-Blockbilder; erhöhtes Risiko bei gastrointestinalen Ulcera; schwere Leberinsuffizienz; obstruktive Lungenerkrankungen	anfänglich cholinerge Nebenwirkungen: Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Appetitlosigkeit, Dyspepsie, Schwindel, Kopfschmerzen, Somnolenz, Hypotonie, Agitiertheit
Galantamin (Reminyl®)	leichte bis mittelschwere AD Hinweise für die Wirksamkeit bei vaskulärer Demenz und der Demenz mit Lewy-Körperchen	Überempfindlichkeit gegen das Präparat; schwere Leber- oder Nierenfunktionsstörungen; vorbestehende Bradykardie, höhergradige AV-Blockbilder <i>relative Kontraindikationen:</i> obstruktive Lungenerkrankungen; erhöhtes Risiko bei gastrointestinalen Ulcera	Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Dyspepsie, Appetitminderung, Bradykardie, Schwindel, Hypotonie, Verwirrtheit <i>selten:</i> Stürze, Insomnie, Verwirrtheit, Tremor

Obwohl bei einzelnen Substanzgruppen der hier aufgeführten „anderen potenziellen Antidementiva“ gute Hypothesen zu deren Wirkmechanismen vorliegen und zukünftig neue Substanzen für die Indikation Demenz zu erwarten sind, sind diese gegenwärtig vor allem für den wissenschaftlich interessierten Leser angegeben.

Dr. med. Erik Weimer
Kompetenznetz Demenzen,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,
J5, 68159 Mannheim,
www.kompetenznetz-demenzen.de

Dr. med. Oliver Peters, Charité Berlin
Prof. Dr. med. Lutz Frölich, Mannheim



© Archiv

	Wechselwirkungen	Kontrolluntersuchungen	Pharmakologie	Dosierung	Bewertung
	insgesamt eher gering; Interaktionen mit Cholinomimetika, α -Blockern und Muskelrelaxantien vom Succinylcholin-Typ; in seltenen Fällen Verstärkung von EPS bei der Gabe von Antipsychotika	keine	reversibler, selektiver Acetylcholinesterasehemmer; HWZ: 70–80 Std.; Steady State nach zirka 3 Wochen; ein wirksamer Metabolit und mehrere unwirksame Metaboliten; Metabolisierung über CYP 3A4 und CYP 2D6	Beginn mit 5 mg/Tag (Einmalgabe zur Nacht); nach einem Monat ggf. Steigerung auf 10 mg/Tag	Mittel der ersten Wahl bei leichter bis mittelschwerer AD nachgewiesene symptomatische Wirksamkeit, Verbesserung von Verhaltensstörungen
	keine bekannt; pharmakodynamische Interaktionen mit Cholinomimetika möglich; Verstärkung von EPS bei Gabe von Antipsychotika Cave! bei der Kombination mit QTc-verlängernden Substanzen	keine	„pseudoirreversibler“ Acetylcholinesterasehemmer; zusätzliche Hemmung der Butyrylcholinesterase; HWZ: 0,6–2 Std.; sehr langsam reversible Hemmung der AChE, da diese carbamylt und innerhalb einiger Stunden wieder regeneriert wird (ohne Neubildung); nahezu keine Beteiligung des CYP-Systems beim Metabolismus	Beginn mit 2 x 1,5 mg/Tag zu den Mahlzeiten Dosissteigerung alle 2–4 Wochen bis auf 6–12 mg/Tag	Mittel der ersten Wahl bei leichter bis mittelschwerer AD; einziges zugelassenes Präparat zur Behandlung der Parkinson-Demenz nachgewiesene symptomatische Wirksamkeit
	pharmakodynamische Interaktionen mit Cholinomimetika im Sinne einer Wirkungsverstärkung möglich; Interaktion mit Inhibitoren des CYP 2D6 (z. B. Paroxetin, Fluoxetin, Fluvoxamin) oder CYP 3A4 (Ketoconazol, Ritonavir) möglich	keine	reversibler Acetylcholinesterasehemmer; geringe Hemmung der Butyrylcholinesterase; allosterischer Modulator präsynaptischer nikotinischer Acetylcholinrezeptoren (Erhöhung der Rezeptoraffinität); HWZ: 7,5 Std.; Steady State nach 2–3 Tagen; Demethylierung über CYP 2D6 und 3A4	Beginn mit 2 x 4 mg/Tag (oder 1 x 8 mg Retard-Kapseln); Dosissteigerung alle 4 Wochen bis auf 16–24 mg/Tag	Mittel der ersten Wahl bei leichter bis mittelschwerer AD nachgewiesene symptomatische Wirksamkeit



Antidementiva Fortsetzung von S. 59			
Medikament	Indikation	Kontraindikationen	Typische Nebenwirkungen
NMDA-Rezeptorantagonisten			
Memantin (Axura®, Ebixa®)	mittelschwere bis schwere AD Hinweise auf Wirksamkeit bei vaskulärer Demenz	Überempfindlichkeit gegen das Präparat <i>relative Kontraindikationen:</i> schwere Nierenfunktionsstörungen; Krampfanfälle in der Vorgeschichte, Epilepsie	insgesamt gering: Schwindel, Kopfschmerzen, Verstopfung, Müdigkeit, Halluzinationen, Verwirrheitszustände
Ginkgo biloba			
(z. B. Tebonin®, Rökan®, Gingo-pret®, Gingium®)	symptomatische Behandlung hirnorganisch bedingter Leistungsstörungen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts bei demenzieller Symptomatik mit der Leitsymptomatik: Gedächtnisstörung, Konzentrationsstörung, depressive Verstimmung, Schwindel, Ohrensausen, Kopfschmerzen primäre Zielgruppen: degenerative Demenzen, vaskuläre Demenzen, Mischformen	Überempfindlichkeit gegen Ginkgo biloba-Extrakte <i>Cave!</i> Kombination mit blutgerinnungshemmenden Medikamenten	<i>sehr selten:</i> Magen-Darm-Beschwerden; allergische Hautreaktionen; Kopfschmerzen Einzelfälle von Blutungen berichtet
Piracetam			
(z. B. Nootrop®, Normabrain®)	symptomatische Behandlung von chronischen hirnorganisch bedingten Leistungsstörungen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes bei demenziellen Syndromen mit der Leitsymptomatik: Gedächtnisstörungen, Konzentrationsstörungen, Denkstörungen, vorzeitige Ermüdbarkeit, Antriebs- und Motivationsmangel, Affektstörungen primäre Zielgruppe: degenerative Demenz, Multiinfarkt-Demenz und Mischformen	Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder anderen Pyrrolidonderivaten; zerebrale Blutungen; terminale Niereninsuffizienz; psychomotorische Unruhe Dosisanpassung bei Patienten mit mittelgradiger Niereninsuffizienz	<i>gelegentlich:</i> psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen, Insomnie, Nervosität, depressive Verstimmtheit, Angst, Aggressivität, gastrointestinale Beschwerden <i>selten:</i> Schwindel, Hypotonie <i>sehr selten:</i> Kopfschmerzen, Ataxie, Gleichgewichtsstörungen, Halluzinationen, Somnolenz, allergische Reaktionen, Senkung der Krampfschwelle, Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens

	Wechselwirkungen	Kontrolluntersuchungen	Pharmakologie	Dosierung	Bewertung
	mögliche Wirkungsverstärkung mit dopaminergen Substanzen und Anticholinergika; mögliche Wirkungsabschwächung bei Barbituraten und Antipsychotika; Veränderung der Wirksamkeit bei Dantrolen und Baclofen; potenzielle Erhöhung der Plasmaspiegel bei Kombination mit Substanzen, die das gleiche renale Eliminationssystem benutzen (Cimetidin, Ranitidin, Procainid)	keine	spannungsabhängiger, nicht-kompetitiver NMDA-Rezeptorantagonist; blockiert die Wirkung pathologisch erhöhter Glutamatkonzentrationen; HWZ: 3–8 Std.; > 99% renale Elimination (ggf. Dosisreduktion bei Nierenfunktionsstörungen)	Beginn mit 1 x 5 mg/Tag; Dosissteigerung wöchentlich bis zur Erhaltungsdosis von 2 x 10 mg/Tag	Mittel der ersten Wahl bei mittelgradiger bis schwerer AD; nachgewiesene Wirksamkeit bei dieser Indikation
	keine oder nur geringe Interaktionen Wirkungsverstärkung von Thrombozytenaggregationshemmern möglich	keine	genauer Wirkmechanismus ungeklärt; Hinweise auf hypoxiprotektive und antioxidative Eigenschaften, Durchblutungsförderung vor allem im Bereich der Mikrozirkulation; Hemmung der Thrombozytenaggregation aufgrund der verschiedenen Präparate ist keine einheitliche Aussage zur Pharmakologie zu treffen; charakteristische Inhaltsstoffe sind Flavonglykoside, Terpenlactone und Ginkgolsäuren; HWZ: 4,5 Std.	generelle Dosisempfehlungen können nicht gegeben werden, da die Dosierung vom verwendeten Präparat abhängt: zwischen 80 mg/Tag und 240 mg/Tag	Wirksamkeitsnachweis bei demenziellen Syndromen noch nicht ausreichend erbracht; sinnvoll allenfalls im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts
	Wirkungsverstärkung von das Zentralnervensystem stimulierenden Medikamenten, Neuroleptika, Cumarinderivaten und Schilddrüsenhormonen möglich <i>Cave!</i> durch Hemmung der Plättchenaggregation Wirkungsverstärkung von Thrombozytenaggregationshemmern möglich	keine	Stimulierung des oxidativen Glukoseabbaus; Anregung des Phospholipidstoffwechsels; Förderung der Proteinbiosynthese; Hemmung der Thrombozytenaggregation und Senkung der Plasmaviskosität; HWZ: 4,4–7,1 Std.; vorwiegend renale Elimination	je nach Präparat unterschiedlich; bis zu 4.800 mg/Tag verteilt auf 2–3 Gaben	Wirksamkeitsnachweis bei demenziellen Syndromen noch nicht ausreichend erbracht; sinnvoll allenfalls im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts



Andere potenzielle Antidementiva (in Deutschland in dieser Indikation nicht zugelassen) Fortsetzung von S. 61			
Medikament	Indikation	Kontraindikationen	Typische Nebenwirkungen
α-Tocopherol (Vitamin E)			
(z. B. Optovit®, Tocovital®)	einzelne Studien zur primär und sekundär-prophylaktischen Wirksamkeit bei AD	Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Inhaltsstoffe	sehr selten; in hohen Dosen Magen-Darm-Beschwerden und Senkung des Schilddrüsenhormonspiegels möglich
Selektive MAO-B-Hemmer			
Selegilin (z. B. Antiparkin®, Selemcerk®, Xilopar® etc.)	einzelne Studien zur AD	Überempfindlichkeit gegen das Präparat; eingeschränkte Nieren- und Leberfunktion, Magen-Darm-Ulcera <i>Cave!</i> keine Kombination mit SSRI, MAO-Hemmern, Serotonin-Agonisten (Migränemittel), Pethidin und anderen Opioiden	Mundtrockenheit, Schwindel, Schlafstörungen, Leberwerterhöhungen; Bradykardie, Herzrhythmusstörungen in Kombination mit L-Dopa; Hauterscheinungen, Bewegungsstörungen, psychotische Symptome, Sehstörungen, gastrointestinale Beschwerden, Atembeschwerden
Nichtsteroidale Antirheumatika			
z. B. ASS, Diclofenac, Ibuprofen (Aspirin®, Voltaren® etc.)	einzelne Studien zur Wirksamkeit bei AD	Überempfindlichkeit gegenüber dem jeweiligen Wirkstoff; gastrointestinale Blutungen und Ulcera (weitere Kontraindikationen wirkstoffabhängig)	gastrointestinale Ulcera und Blutungen, ansonsten vom jeweiligen Wirkstoff abhängig
Statine			
z. B. Simvastatin, Atorvastatin (Zocor®, Sortis®, etc.)	einzelne Studien zur Wirksamkeit bei AD	Überempfindlichkeit gegen das Präparat; gleichzeitige Anwendung von potenziellen CYP3A4-Inhibitoren (z. B. Ketoconazol, Itraconazol, HIV-Protease-Inhibitoren, Erythromycin, Clarithromycin, Telithromycin, Nefazodon)	Anämie, Parästhesien, Schwindel, Erbrechen, Hepatitis/Ikterus, Pankreatitis, Pruritus, angio-neurotisches Ödem, Polymyalgia rheumatica, Dermatomyositis, Eosinophilie, Urtikaria, Fieber, Gesichtsrötung, Dyspnoe, allgemeines Krankheitsgefühl, Erhöhung der alkal. Phosphatase und der CK-Werte; selten Rhabdomyolyse



	Wechselwirkungen	Kontrolluntersuchungen	Pharmakologie	Dosierung	Bewertung
	verminderte Wirkung von Vitamin E bei gleichzeitiger Einnahme von Eisenpräparaten; Abfall von Vitamin K möglich <i>Cave!</i> bei Kombination mit Cumarinderivaten	keine	in der antidementiven Indikation scheinen hohe Dosen (2.000 IE/Tag) nötig zu sein; eine Einsparung der Dosis ist durch gleichzeitige Gabe von Vitamin C ca. 500 mg möglich (verbesserte Passage der Blut-Hirn-Schranke)	mindestens 800 IE / Tag bei gleichzeitiger Einnahme von Vitamin C (ca. 500 mg) in der einzigen kontrollierten Studie wurden 2.000 IE / Tag verabreicht	Wirksamkeitsnachweis bei demenziellen Syndromen nicht ausreichend erbracht; allenfalls zusätzliches Mittel der zweiten Wahl, prophylaktische Wirksamkeit nicht belegt
	Wirkungsverstärkung von L-Dopa und anderen zentralnervös wirkenden Stoffen (Opiate, Migränemittel, Amantadin, Anticholinergika, Sympatikomimetika) <i>Cave!</i> in der Kombination mit SSRI und MAO-Hemmern Gefahr eines zentralen serotonergen Syndroms	keine	rasche Aufnahme auch bei oraler Zufuhr; rasche Passage der Blut-Hirn-Schranke; trotz des Abbaus über Amphetamin und Methylamphetamin keine wesentlichen Effekte auf die Psychomotorik	anfänglich 5 mg; später Steigerung auf max. 10 mg möglich	Wirksamkeitsnachweis bei demenziellen Syndromen nicht ausreichend erbracht; allenfalls zusätzliches Mittel der zweiten Wahl, prophylaktische Wirksamkeit nicht belegt
	abhängig vom jeweiligen Wirkstoff	keine	abhängig vom jeweiligen Wirkstoff	abhängig vom jeweiligen Wirkstoff	Wirksamkeitsnachweis bei demenziellen Syndromen nicht ausreichend erbracht; Wirkungs-/Nebenwirkungsabwägung spricht gegen die Anwendung bei Demenzen
	potenzielle CYP 3A4-Inhibitoren, Ciclosporin, Amiodaron, Verapamil, Diltiazem: erhöhtes Risiko für eine Myopathie und Rhabdomyolyse Grapefruitsaft: erhöhte Exposition mit der Simvastatinsäure	keine	durch Verminderung des Cholesterinspiegels, Absenkung des Substrates der Sekretasen und dadurch möglicherweise verminderte Entstehung von Amyloid-Plaques	Dosierungsbereich 5 – 40 mg	Wirksamkeitsnachweis bei demenziellen Syndromen noch nicht ausreichend erbracht; erste kleine klinische Studien sind viel versprechend



Einsatz von nicht antidementiv wirkenden Psychopharmaka bei Demenzkranken

Der Titel ist so zu verstehen, dass es um den Einsatz von Psychopharmaka geht, die nicht zur Gruppe der Antidementiva gehören. Dies muss deshalb betont werden, weil beide Pharmakagruppen auf den Demenzprozess und die -symptomatik einwirken, indem zum Beispiel Antidementiva die so genannten nicht-kognitiven Störungen beeinflussen. Andersherum wurde besonders bei Neuroleptika ein eigener Einfluss auf den Verlauf der Demenz diskutiert.

Dank der immer höheren Lebenserwartung werden in den nächsten Jahren immer mehr Demenzkranke zu unseren Patienten gehören. Am häufigsten ist dabei die Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT), die etwa für zwei Drittel der Fälle verantwortlich zeichnet. An zweiter Stelle liegen vaskuläre Demenzen, wobei „reine“ Formen mit zunehmendem Lebensalter immer seltener vorkommen. Mindestens gleich häufig wie diese scheinen Demenzen vom Lewy-Körper-Typ zu sein, sowie die eng zusammenhängenden Demenzen bei Parkinson-Erkrankung. Neuropathologisch finden sich mit zunehmendem Alter der Patienten Zeichen

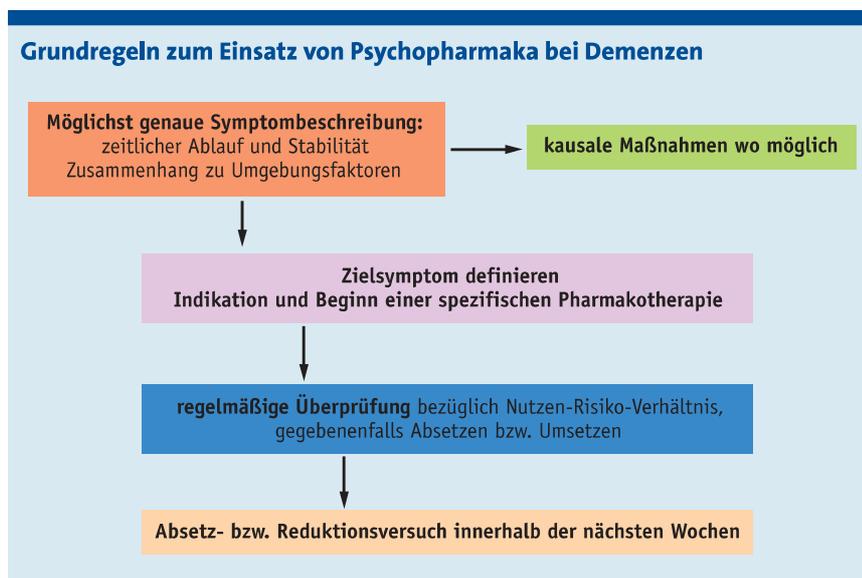
mehrerer Pathologien. Insbesondere vaskuläre und neurodegenerative Prozesse vom Alzheimer Typ interagieren miteinander. Auf der Transmitterebene findet sich bei all diesen Demenzformen eine Schwächung der cholinergen Funktion, zusätzlich vor allen Dingen bei den letztgenannten Demenzformen eine Schwächung des dopaminergen Systems. Dies bedeutet für die Pharmakotherapie, dass Substanzen, die keine anticholinergen und fehlende beziehungsweise geringe Dopamin-D2-rezeptorblockierende Wirkung haben, bevorzugt werden sollten.

Verhaltensstörungen treten bei Demenzkrankheiten häufig auf. Die interna-

tionale Literatur verwendet oft das Kürzel BPSD (behavioural and psychological symptoms in dementia). Das Spektrum reicht von sozialem Rückzug, Unruhe bis hin zu manifesten körperlichen Aggressionen. Ihr Auftreten und die damit einhergehende Belastung der pflegenden Angehörigen ist ein Hauptprädiktor für die Heimeinweisung. Gleichzeitig ist bekannt, dass ihr Auftreten häufig stark von der Umgebung modifiziert ist. So sind Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus häufiger bei fehlenden externen Rhythmusgebern, zum Beispiel ausreichender Lichtexposition und körperlicher Bewegung. Unruhezustände können auch Ausdruck nicht erkannter und damit unbehandelter Schmerzen beziehungsweise von Ängsten bei zu viel irritierenden Umgebungsgläuschen sein. Es ist deshalb anzuraten, zunächst zu analysieren, in welchem Zusammenhang das Symptom zu der jeweiligen Umgebungsgestaltung des Patienten steht. Zudem ist die Stabilität und Variabilität der Symptome über die Zeit zu erfragen und festzuhalten. Bevor eine Pharmakotherapie initiiert wird, sollten deshalb folgende Aspekte zunächst überprüft angesprochen werden:

- der Umgang mit dem Demenzkranken, gegebenenfalls sollten Unterstützungsangebote und Informationen für die pflegenden Angehörigen vermittelt werden;
- ausreichende Tagesstrukturierung und Lichtexposition sowie körperliche Bewegung und Beachtung von Regeln der Schlafhygiene;
- Überprüfung der körperlichen Gesundheit, insbesondere das Vorliegen von Harnwegsinfekten, kardialen Problemen und Schmerzen;
- Indikation und gegebenenfalls Einsatz eines Antidementivums.

Eine Pharmakotherapie geht im Alter und speziell bei Demenzkranken mit erhöhten Risiken einher, die ihre Verträglichkeit limitiert. Mit dem Alter steigt der relative Fettanteil am Körpergewicht



an. Dies beeinflusst insbesondere das Verteilungsvolumen der Psychopharmaka. Gerade die typischen Polypharmazien im höheren Lebensalter erhöhen das Risiko für die Entwicklung eines Delirs einerseits als auch für Stürze andererseits. Beide Komplikationen sind mit einer erhöhten Mortalität im höheren Lebensalter verbunden. Beachtet werden muss zudem, dass extrapyramidalmotorische Störwirkungen, besonders Parkinson-Syndrom, tardive Dyskinesie und Akathisie bei Demenzkranken mindestens drei Mal eher auftreten als bei jüngeren Erwachsenen. In Anbetracht der häufig praktizierten Niedrigdosisbehandlung muss beachtet werden, dass EPMS oft erst mit zeitlicher Verzögerung auftreten und dann nicht mehr im Zusammenhang zur Neuroleptikamedikation gesehen werden.

Bei Indikation für ein Psychopharmakon sollte zunächst ein Zielsymptom definiert werden. Hierbei sollte beachtet werden, dass Symptome wie Schreien, Wandern oder andere Verhaltensstereotypen einer Pharmakotherapie nur schwer zugänglich sind. Aggressionen, Halluzinationen, depressive Verstimmungen oder auch Unruhezustände hingegen sprechen besser auf Pharmaka an, wobei dies vor allem für die in der Vergangenheit am besten untersuchten Neuroleptika gilt. Generell ist die Datenlage für alle anderen Substanzen schlecht. Häufig finden sich Fallsammlungen, nur selten systematische Studien. Es darf deshalb nicht verwundern, wenn zum Beispiel die Cochrane-Analyse zu dem Schluss kommt, dass Antidepressiva einer nichtmedikamentösen Behandlung der Depression bei Demenzen nicht überlegen seien.

In den Tabellen 1 und 2 finden sich die Substanzen, die in Studien als wirksam

beschrieben wurden. Bezüglich der Benzodiazepine wurden die Präparate aufgelistet, die im Alter am sichersten sind, weil sie keine Kumulationsgefahr mit sich bringen. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer werden nicht nur zur Behandlung von Depressionen eingesetzt, sondern auch zur Therapie von Verhaltens- und Impulskontrollstörungen, insbesondere bei frontotemporalen Degenerationen.

Bei den Neuroleptika sollte aufgrund der oben geschilderten Überlegungen atypischen Substanzen der Vorzug gegeben werden. Risperidon ist dabei die mit Abstand am besten untersuchte Substanz. Sie ist als einzige für die Behandlung von Verhaltensstörungen bei Demenzkranken zugelassen. Es scheint zudem auch dem oft verordneten sedierenden Neuroleptikum Melperon in der Anwendung überlegen. Publierte Erfahrungen liegen auch für Quetiapin, Aripiprazol und Olanzapin vor. Clozapin wird hier nicht empfohlen, weil es zu stark anticholinerg ist.

In den letzten Monaten konnte gezeigt werden, dass die Warnhinweise bezüglich eines erhöhten Risikos für zerebrovaskuläre Ereignisse unter einer Behandlung mit Atypika bei Demenzkranken berechtigt sind. Es konnte jedoch auch gezeigt werden, dass dies genauso – wenn nicht in stärkerem Maße – auch für typische Neuroleptika gilt. Somit kann die Alternative nicht sein, auf ein anderes schlechter untersuchtes Präparat zurückzugreifen, sondern nur die, auf eine Pharmakotherapie zu verzichten. Die entsprechenden Dosierungen, die bei der Behandlung von Demenzkranken empfohlen werden können im Vergleich zum Beispiel zu den Dosierungen bei alten schizophrener Patienten, finden sich in Tabelle 2.

Für einige andere Substanzen gibt es publizierte Erfahrungen, zum Beispiel

Tabelle 1

Benzodiazepine und -Analoge, sowie Antidepressiva und weitere Substanzen, die bei Demenzen untersucht wurden und ggf. eingesetzt werden können

Antidepressiva	Sedativa/Hypnotika
Citalopram	Lorazepam
Sertralin	Oxazepam
Moclobemid	Temazepam
Trazodon	Lormetazepam
	Zolpidem

Die Auswahl der Benzodiazepine und -Analoge sieht Substanzen mit relativ kurzer Halbwertszeit und ohne höhere Kumulationsgefahr vor. Bei den Antidepressiva handelt es sich um nicht anticholinerge Substanzen.

für Carbamazepin und Valproinsäure in der Behandlung von Aggressionen und anderen Verhaltensstörungen oder für Melatonin in der Behandlung von Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus. Sie sind jedoch bei weitem nicht ausreichend, um entsprechende Empfehlungen zu begründen. Auch gibt es keine Vergleichs- oder Kombinationsstudien, die die Basis für Empfehlung geben könnten.

Wie in der Abbildung 1 dargestellt, ist es von besonderer Relevanz, die Nutzen und Risiken regelmäßig zu überprüfen. In Anbetracht der Instabilität der Symptome bei Demenzkranken ist ein Ausschleichen oder Absetzen der Behandlung – je nach Indikation – nach Tagen, wenigen Wochen oder spätestens nach einem halben Jahr angezeigt. Auf keinen Fall sollten verschiedene Substanzen – auch niedrigdosiert – im Sinne einer Polypharmazie miteinander kombiniert werden. Hier steigt nach Meinung aller Experten eher die Zahl der Nebenwirkungen als die der erwünschten Wirkungen.

Zum Schluss ist auch Fachärzten anzuraten, gegebenenfalls bei Fragen der Pharmakotherapie bei Demenzkranken Rücksprache mit den Kollegen in Gedächtnissprechstunden oder gerontopsychiatrischen Zentren zu halten.

Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe

Universitäre Psychiatrische Kliniken
Wilhelm Klein-Strasse 27, CH-4025 Basel,
E-Mail: gabriela.stoppe@upkbs.ch

Empfohlene Dosierungen von Neuroleptika im Alter

Tabelle 2

Substanz	Verhaltensstörungen bei Demenz	Schizophrenie
Risperidon	0,5–2 mg/Tag	1,25–3,5 mg/Tag
Quetiapin	50–150 mg/Tag	bis 300 mg/Tag
Olanzapin	5–7,5 mg/Tag	7,5–15 mg/Tag
Aripiprazol	5–10 mg/Tag	15–30 mg/Tag

aus: Alexopoulos GS et al. Expert consensus panel for antipsychotic drugs in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (suppl. 2): 5–99

Angstambulanz am Max-Planck-Institut

Aktuelle Forschungsstrategien bei Angsterkrankungen

ANGELIKA ERHARDT

Panikattacken mit Todesangst, Angst, die Kontrolle zu verlieren, Angst vor bestimmten Dingen oder speziellen Situationen – Angststörungen ganz unterschiedlicher Art sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Durch Angst vor der Angst, durch Vermeidungsverhalten sowie durch Rückzug und Verzicht verlieren die Betroffenen oft einen großen Teil ihrer Lebensqualität. Trotz wirksamer Maßnahmen werden nur die wenigsten von ihnen adäquat behandelt.

Angsterkrankungen sind mit einer Prävalenz von bis zu 20 % eine der häufigsten psychiatrischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung (Abb. 1). Trotzdem wird die Diagnose durchschnittlich erst sieben Jahre nach Beginn der Erkrankung gestellt. Das verursacht nicht nur hohe sozioökonomische Kosten durch Beanspruchung des medizinischen Systems und Arbeitsausfall, sondern führt auch zur langfristigen Einschränkung des Handlungsbereichs der Betroffenen und zur Chronifizierung des Leidens. Dabei können die Angsterkrankungen mit den derzeit zur Verfügung stehenden pharmakologischen und psychotherapeutischen Methoden in den meisten Fällen erfolgreich behandelt werden.

Angstambulanz für Angsterkrankungen am MPI

In der Ambulanz für Angsterkrankungen am Max-Planck-Institut (MPI) für Psychiatrie in München fanden 2005 insgesamt 644 Patientenkontakte statt. Die Hauptaufgaben der Ambulanz bestehen in der Diagnosestellung, Therapieempfehlung sowie Therapieeinleitung bei Angststörungen. Vor allem erfolgen diagnostische Abklärungen von therapieresistenten, komplexen Angststörungen sowie die Behandlung akut aufgetretener

Angstzustände. Nach Therapieeinleitung und Besserung der Symptomatik werden die Patienten in der Regel von niedergelassenen Ärzten weiter betreut. Die Mehrzahl der Patienten, die sich im vergangenen Jahr in der Ambulanz vorstellten, litten an einer Panikstörung mit und ohne Agoraphobie (etwa 60–70 %), am zweithäufigsten war die soziale Phobie (etwa 15 %), einen kleineren Teil machten Patienten mit generalisierter Angststörung (GAD) sowie spezifischen Phobien aus.

Parallel zur Patientenversorgung übernimmt die Ambulanz für Angsterkrankungen am MPI auch Forschungsaufgaben. Neben der Erfassung endokrinologischer und psychopathologischer Parameter liegt der Hauptschwerpunkt derzeit auf der Erforschung genetischer Grundlagen von Angsterkrankungen. Im Rahmen des so genannten „Munich Antidepressant Response Signature Projekt (MARS) – Angst“ wird endokrinologisch und psychopathologisch phänotypisierter Patienten Blut entnommen, um aus ihren Lymphozyten genetisches Material zu gewinnen. Derzeit sind im MARS-Angst-Projekt über 250 Patienten eingeschlossen; die genetischen Untersuchungen finden im Rahmen von Assoziationsstudien statt, genomweite Analysen sind geplant. In Assoziationsstudien werden allelische Unterschiede zwischen einer



Kontrollpopulation (psychiatrisch gesunde Probanden) und einer Patientenpopulation in ausgewählten Kandidatengenen untersucht. Genomweite Untersuchungen verfolgen einen hypothesenfreien Ansatz und haben den Vorteil, dass neue pathophysiologisch relevante Gene entdeckt werden können.

Ätiologische Aspekte von Angststörungen

Angsterkrankungen haben eine komplexe Genese: Es wird ein Zusammenspiel genetischer, neurobiologischer, lerntheoretischer und Umweltfaktoren angenommen. Die Komplexität der Angsterkrankungen auf genetischer Ebene bedeutet, dass es wahrscheinlich nicht nur ein „Angst-Gen“ gibt, sondern dass Veränderungen in unterschiedlichen Gengruppen zu höherer Prädisposition für Angsterkrankungen führen. Die bisherigen Befunde geben Hinweise auf eine Heritabilität von etwa 30–40 %. Die genetische Prädisposition ist somit moderat und führt nicht automatisch zum Auftreten einer Angsterkrankung.

Neuere Erkenntnisse weisen darauf hin, dass epigenetische Prozesse die Genregulation und -expression beeinflussen können. Dabei werden bestimmte Erkennungsmoleküle, beispielsweise durch Methylierung, verändert, sodass spezifi-



© Bilderbox, A-Thening

sche Gene entweder deutlich schlechter oder besser abgelesen werden können. Präklinische Untersuchungen zeigen, dass diese Vorgänge durch Umwelteinflüsse moduliert werden können. Im Mausmodell konnte nachgewiesen werden, dass Variationen in der Intensität der Betreuung der Mausjungen (maternal care) zu unterschiedlichen epigenetischen Veränderungen führen und somit Einfluss auf Stressverarbeitungsmuster sowie Angstreaktion im Erwachsenenalter haben können.

Zu den neurobiologischen Modellen zählen Störungen in der serotonergen sowie der noradrenergen Neurotransmission, wobei nicht klar ist, ob diese Abnormalitäten primär kausal sind oder sekundär durch Veränderungen in anderen Systemen entstehen. Beispielsweise gibt es Hinweise für eine abnorme Regulation des Stresshormonsystems bei Patienten mit Panikstörung. Mittels eines kombinierten Dexamethason (DEX)/Corticotropin Releasing Hormon (CRH)-Tests konnte bei diesen Patienten, ähnlich wie bei depressiven Patienten, eine Hyperreagibilität der Kortisol- und ACTH (Adrenocorticotropes Hormon)-Antwort nachgewiesen werden. Die zentrale CRH-Regulation kann ihrerseits die Neurotransmission in verschiedenen Hirnregionen beeinflussen. Neuroanatomisch

wird die Angstantwort wahrscheinlich im so genannten „Netzwerk der Angst“ generiert. Dieses beinhaltet Strukturen des limbischen Systems, insbesondere die Amygdala und den Hippocampus, den Locus coeruleus, den präfrontalen Kortex, den sensorischen Thalamus, Hypothalamus und einige somatosensorische und viszerale Kerngebiete (Abb. 2, S. 68). Pathologische Prozesse in diesen Hirnregionen können zu spontanen Panikattacken und prolongierten Angstzuständen führen. Einige Studien konnten bei Patienten mit Panikstörung eine höhere Aktivierung der Amygdala im Zusammenhang mit angstrelevanten Stimuli im Vergleich zu Kontrollprobanden zeigen.

Lerntheoretisch werden die Entwicklung von Vermeidungsverhalten und antizipatorischer Angst durch Konditionierungsprozesse erklärt. Dieses Modell wird vor allem durch die Erfolge der Verhaltenstherapie gestützt. Es kann jedoch nicht vollständig die Angstsymptomatik erklären, besonders das Auftreten von Angstsymptomen in der Initialphase der Erkrankung ist lerntheoretisch nur ungenügend erklärbar.

Pharmakotherapie der Angststörungen

Die Gruppe der anxiolytischen Substanzen besteht aus Sedativa, Antidepressiva und 5-HT_{1A}-Agonisten wie beispielsweise

se Buspiron. In der Initialphase der Aufdosierung von Antidepressiva kann es zu einer Verstärkung der Angstsymptomatik und Zunahme der inneren Unruhe kommen. In der Praxis haben sich daher niedrigere Anfangsdosen als bei antidepressiver Therapie (z. B. Citalopram 5 mg/Tag, Escitalopram 2,5 mg/Tag, Venlafaxin 37,5 mg/Tag), langsame Dosissteigerungen und die bedarfsorientierte Gabe von Benzodiazepinen bewährt.

Bei den meisten Angststörungen werden selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) als Mittel der ersten Wahl empfohlen. Obwohl die Verträglichkeit verglichen mit trizyklischen Antidepressiva (TZA) deutlich besser ist, treten besonders in der Anfangsphase Symptome wie Zittern, Übelkeit, Erhöhung des Angstniveaus und Schlafstörungen auf. Langfristig gesehen, können vor allem sexuelle Dysfunktion, Sedierung, Kopfschmerzen und Hyperhidrosis für die Patienten belastend sein. Bei älteren Patienten muss die Gefahr einer Hyponatriämie beachtet werden.

Verschiedene SSRI interagieren unterschiedlich mit dem Cytochrom P450-System in der Leber. Citalopram und Escitalopram haben diesbezüglich das niedrigste Interaktionspotenzial. Daher ist die Anwendung dieser Substanzen bei Kombination mit internistischen Medikamenten wie Markumar vorteilhaft. Die

Lebenszeitprävalenz der Angststörungen [nach Kessler et al., 1994]

Abbildung 1

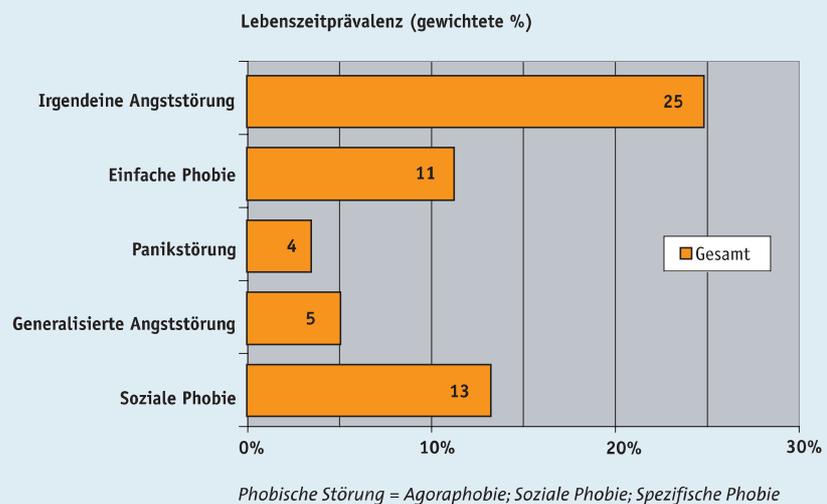
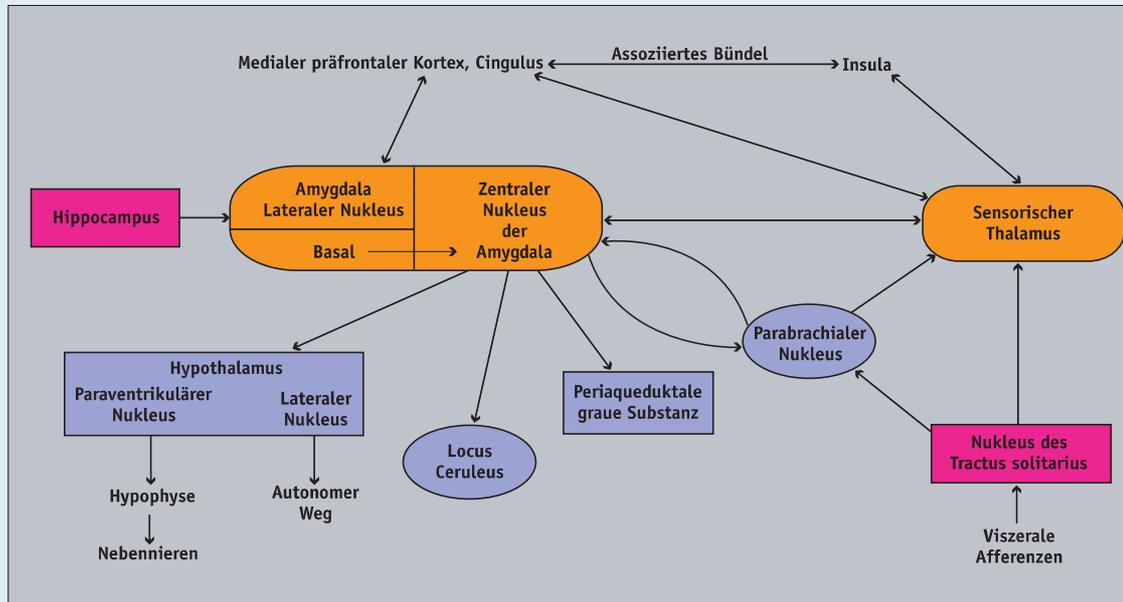


Abbildung 2

Das Netzwerk der Angst



[nach Gorman, 2000]

Annahme, dass sich die Suizidalitätsrate bei Angsterkrankungen unter SSRI erhöht, konnte bisher nicht bestätigt werden. Das Absetzen der Medikation sollte langsam erfolgen, um das Auftreten von Diskontinuitätssymptomen wie Schwindel, Übelkeit und Kopfschmerzen zu verhindern.

Aus der Gruppe der TZA wurden bisher vor allem Clomipramin und Imipramin bei Panikstörung, Imipramin bei GAD, Clomipramin bei Zwangsstörung und Amitriptylin bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) eingesetzt. Die Anwendung von TZA ist aufgrund der besseren Verträglichkeit und Sicherheit von SSRI deutlich zurückgegangen. Diese Substanzen sind in der Regel als Mittel der zweiten Wahl bei Versagen einer Therapie mit SSRI oder Venlafaxin einzusetzen.

Venlafaxin ist ein Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer mit gleichzeitig wenig Affinität zu muskarinergen, histaminergen und alpha-adrenergen Rezeptoren. Im niedrigen Dosisbereich hat es die Eigenschaften eines SSRI, ab der Dosis von >150 mg/Tag kommt es zur Hemmung der Noradrenalinaufnahme. Die beste Evidenz für

Venlafaxin besteht in der Behandlung der generalisierten Angststörung, wobei auch positive Effekte bei Patienten mit sozialer Phobie sowie Panikstörung gefunden wurden. Aus der Gruppe der selektiven Monoaminoxidase-Inhibitoren kommt Moclobemid als reversibler MAO-A-Inhibitor insbesondere bei sozialer Phobie in Frage. Die derzeitige Evidenz zum Einsatz von Moclobemid bei Panikstörung und GAD ist unzureichend.

Mirtazapin wirkt durch die Blockade von α_2 -Adrenorezeptoren und postsynaptischen 5-HT₂- und 5-HT₃-Rezeptoren sowie Histamin-1-Rezeptoren. Die Vorteile von Mirtazapin liegen in der schlaffördernden Wirkung, in fehlenden Eindosierungseffekten und in Diskontinuitätssymptomen. Jedoch sind die Gewichtszunahme durch Appetitsteigerung sowie Sedierung als wichtige Nebenwirkungen zu nennen. Buspiron ist als partieller Agonist an 5-HT_{1A}-Rezeptoren eine Therapiealternative bei GAD und bei Angst und Depression gemischt.

Die Anwendung von β -Blockern bei Angststörungen wird generell aufgrund des Nebenwirkungsprofils nicht empfohlen. Diese Substanzen können jedoch bei „Lampenfieber“ bei Musikern aufgrund

einer guten Wirkung auf ein leichtes Zittern hilfreich sein.

Antipsychotika können im Sinne einer Augmentationstrategie angewendet werden, die derzeitige Evidenz ist jedoch noch nicht ausreichend, um letztlich deren angstlösende Wirkung zu beurteilen.

Behandlungsresistenz

20–40% der Patienten sprechen nicht auf die Behandlung mit Medikamenten der ersten Wahl an. Dieses Nichtansprechen ist definiert durch fehlende Symptomreduktion um mindestens 50% in einer standardisierten Skala innerhalb von sechs Wochen bei ausreichender Medikationendosierung. Eine Ausnahme stellt die Behandlung von Zwangsstörungen dar: Hier muss die Medikation höher dosiert werden (z. B. Citalopram 60–80 mg/Tag) und die Behandlungsdauer mindestens acht bis zwölf Wochen betragen. Häufige Gründe für ein Nichtansprechen sind Unverträglichkeit der Medikation sowie Incompliance. Weitere Ursachen stellen lange Erkrankungsdauer, starke Ausprägung der Symptomatik, ausgeprägtes agoraphobisches Vermeidungsverhalten, häufiges Aufsuchen von Notambulanzen und Komor-

bidität mit Depression, anderen Angst- sowie Persönlichkeitsstörungen dar. Vor der Feststellung der Behandlungsresistenz ist zu prüfen, ob die Diagnose zutrifft oder weitere Komorbiditäten bestehen, die Medikation ausreichend dosiert und lange gegeben wurde, Interaktionen mit anderen Medikamenten oder ein zu schneller Abbau der Medikation vorliegen (so genannte „fast metabolizer“). Die Messung des Medikamentenspiegels kann erste Hinweise auf die notwendige Dosierung des Antidepressivums geben.

Grundsätzlich kann nach Versagen der Medikation der ersten Wahl (z. B. SSRI, Venlafaxin) eine Therapie mit trizyklischen Substanzen (TZA) erfolgen. Im nächsten Schritt können entweder Kombinationen aus SSRI/Venlafaxin und TZA oder weniger erprobte Substanzen wie Mirtazapin, Reboxetin und Antikonvulsiva (Einzelsubstanzen s. Tab.) eingesetzt werden. Die langfristige Gabe von Benzodiazepinen sollte erst nach Ausreizung der Standardbehandlung erwogen werden.

Antikonvulsiva bei Angststörungen

SSRI sind bei etwa 40 – 60% der Patienten mit Angststörungen effektiv. Bislang werden antikonvulsive Substanzen insbesondere in der primären Behandlung von bipolaren Störungen oder als Augmentation oder prophylaktische Behandlung bei Patienten mit depressiven Störungen angewendet. Die Substanzen aus der Gruppe der Antikonvulsiva sind seit kurzem ebenfalls für die Behandlung von GAD und sozialer Phobie zugelassen. Diese wirken modulierend im gabaergen und glutamatergen System und können damit die neuronale Erregbarkeit und Arousalreaktionen verändern, die bei pathologischen Angstreaktionen eine Rolle spielen könnten.

Gabapentin und Pregabalin sind strukturelle GABA-Analoga, die für die Behandlung von Anfallsleiden entwickelt worden sind. Die genaue Wirkungsweise beider Substanzen ist bisher nicht klar, wahrscheinlich führt die Bindung an die präsynaptischen α_2 - β -Untereinheiten der spannungsabhängigen Kalziumkanäle zur Reduktion der Neurotransmitterfreisetzung wie Noradrenalin, Glutamat und Substanz P. Die bisherigen Studien mit antikonvulsiven Substanzen bei Patienten

mit Angsterkrankungen deuten darauf hin, dass Gabapentin vor allem bei sozialer Phobie (900–3.600 mg/Tag), Pregabalin (150–600 mg/Tag) bei sozialer Phobie und GAD, Valproinsäure bei Panikstörung (500–2.250 mg/Tag) und Lamotrigin bei PTSD therapeutische Effekte zeigen. Trotz der positiven Wirkung der Antikonvulsiva wird wegen noch unzureichender Evidenz die Anwendung dieser Substanzen erst bei Versagen oder Intoleranz der Standardtherapie und als Augmentation für Teilresponder empfohlen. Die Ausnahme bilden Patienten mit komorbider bipolarer Störung und Angststörung, hier kann die Behandlung mit einem Antikonvulsivum als primärer Therapieansatz sinnvoll sein.

Nicht-pharmakologische Therapie

Die kognitive Verhaltenstherapie hat sich als eine effektive Behandlungsmethode insbesondere bei Patienten ohne weitere psychiatrische Komorbiditäten bewährt. Durch psychoedukative Maßnahmen sowie einen besseren Umgang mit der Angst soll langfristig die Rückfallquote reduziert werden. Ein Expositionstraining (wie „flooding“ und systematische Desensibilisierung) ist vor allem bei phobischen Erkrankungen wirksam, zum Beispiel bei Agoraphobie, Soziophobie

und spezifischen Phobien. Gegen nicht situations- oder objektbezogene Ängste sind spezifische kognitive Ansätze entwickelt worden. Die Frage, ob eine Kombination aus Medikation und Verhaltenstherapie wirksamer ist als nur ein Ansatz, ist noch nicht abschließend geklärt. Die Ausnahme stellen einfache Phobien ohne weitere psychiatrische Komorbidität dar, bei denen meist eine verhaltenstherapeutische Behandlung den Vorrang hat.

Andere psychotherapeutische Verfahren können derzeit aufgrund fehlender Evidenz nicht empfohlen werden.

Einige Untersuchungen haben gezeigt, dass regelmäßige ausdauernde Sportaktivität das Angstniveau reduzieren kann. Die Wirksamkeit scheint der pharmakologischen Behandlung unterlegen zu sein, jedoch führt die Steigerung der allgemeinen körperlichen Fitness der Patienten zum besseren Allgemeinbefinden sowie zu einer reduzierten Muskelanspannung. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht werden die Betroffenen mit Symptomen konfrontiert, die beispielsweise auch während der Panikattacken auftreten (Tachykardie, Hyperventilation, Hyperhidrosis) und die in diesem Fall eine physiologische Reaktion darstellen. Dadurch können falsche Attributionen und die Missinterpretationen der körperli-

Behandlungsoptionen bei Angststörungen

	Mittel der 1. Wahl	Mittel der 2. Wahl
Panikstörung	SSRI: Citalopram/Paroxetin/Fluoxetin 20–40 mg Escitalopram 10–20 mg Sertralin 50–150 mg	TZA: z. B. Clomipramin 75–250 mg Imipramin 75–250 mg Alternativen: Valproat 500–2.500 mg
Generalisierte Angststörung (GAD)	SSRI Venlafaxin 37,5–225 mg	TZA: z. B. Imipramin Buspiron 10–90 mg Alternativen: Pregabalin 600 mg
Soziale Phobie	SSRI Venlafaxin	Moclobemid 150–600 mg TZA: z. B. Clomipramin Alternativen: Pregabalin 600 mg Gabapentin 600–3.600 mg
Spezifische Phobie	kognitiv-behaviorale Therapie (CBT)	niedrigdosierte SSRI
Zwangsstörung	SSRI: Fluoxetin/Paroxetin/Citalopram 20–60 mg Sertralin 50–200 mg	TZA: z. B. Clomipramin 150–250 mg
Posttraumatische Belastungsstörung	SSRI: Paroxetin, Sertralin	TZA: z. B. Amitriptylin 150–200 mg Mirtazapin 30–45 mg



chen Symptomatik verhaltenstherapeutisch bearbeitet werden.

Im Folgenden werden drei ausgewählte Angststörungen ausführlicher beschrieben.

Panikstörung mit und ohne Agoraphobie:

Die wesentlichen Kennzeichen einer Panikstörung sind wiederkehrende Angstattacken, die plötzlich auftreten und nicht durch spezifische Situationen ausgelöst sind. Die hauptsächlichen Symptome einer Panikattacke sind Herzklopfen, Stenokardie, Ersticken, Schwindel und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation oder Derealisation), Todesangst, Angst vor Kontrollverlust, Angst, „wahnsinnig“ zu werden. Für die Diagnose einer Panikstörung müssen mehrere Panikattacken mit mindestens vier Symptomen innerhalb von zwei Monaten aufgetreten sein. Die Prävalenz beträgt 3–5 %, wobei Frauen doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. In der Mehrzahl der Fälle entwickelt sich nach Auftreten einer Panikstörung eine Agoraphobie, die Latenz beträgt etwa sechs Monate. Die Schlüsselsituation dabei ist das Fehlen eines sofort nutzbaren Fluchtweges oder von Hilfe mit der Furcht, das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein sowie alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen. Die Betroffenen entwickeln ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten.

Therapie: Die pharmakologische Behandlung mit einem SSRI ist das erste Mittel der Wahl bei Panikstörung. Als zweite Wahl kommen TZA in Frage. Bei Therapieresistenz stehen weitere Alternativen wie Venlafaxin, Reboxetin, Mirtazapin sowie Valproat in Kombination mit SSRI oder TZA zur Verfügung. Zum Einsatz von atypischen Neuroleptika gibt es bisher nur Einzelfallberichte. Bei Vorliegen einer Agoraphobie sollte die pharmakologische Behandlung mit einer Verhaltenstherapie kombiniert werden.

Generalisierte Angststörung (GAD): Definition der GAD nach ICD-10 sind unbegründete Besorgnis und Angst, die in über 50 % der Zeit über mindestens sechs Monate bestehen und mit mindestens vier Symptomen wie zum Beispiel Unruhe, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Zeichen motorischer Anspannung verbunden sind. Die Lebens-

zeitprävalenz beträgt etwa 4–6 %, Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Es besteht eine hohe Komorbidität mit anderen Angststörungen (etwa 38 %) und unipolarer Depression (48 %). Der Verlauf ist schleichend mit zunehmender Einschränkung der Lebensqualität.

Therapie: SSRI und Venlafaxin gelten als erste Mittel der Wahl bei GAD. Paroxetin (20–40 mg/Tag) und Escitalopram (10–20 mg/Tag) scheinen gute Wirkung und ein günstiges Nebenwirkungsprofil zu vereinen. Die Wirksamkeit von Venlafaxin wurde in mehreren Studien gezeigt. Einige Nebenwirkungen treten vermutlich dosisabhängig auf, wie beispielsweise sexuelle Dysfunktion, Übelkeit und diastolischer Bluthochdruck. Buspiron wirkt sich positiv vor allem auf Besorgnis, Nervosität und Überempfindlichkeit aus. Da jedoch sedierende und muskelrelaxierende Effekte ausbleiben, beeinflusst die Substanz die „somatischen“ Symptome unzureichend. Die Evidenz für atypische Neuroleptika bei GAD ist bisher nicht ausreichend. Ein neuer Behandlungsansatz ist der Einsatz von Antikonvulsiva: Pregabalin stellt eine effektive Alternative in der Behandlung von GAD dar, dessen positive Wirkung bereits in der ersten Behandlungswoche einzusetzen scheint.

Die begleitende Verhaltenstherapie ist zu empfehlen, obwohl die bisherigen Studien zur Kombination von Medikation und Verhaltenstherapie nicht eindeutig besser waren. Etwa 60 % der Patienten können mit SSRI und SNRI sowie einer kognitiven Verhaltenstherapie erfolgreich behandelt werden.

Soziale Phobie: Nach Depression und Alkoholabhängigkeit ist die soziale Phobie die dritthäufigste psychiatrische Erkrankung mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 13 %. In epidemiologischen Untersuchungen sind Frauen häufiger betroffen als Männer, unter klinischen Bedingungen jedoch wird Gleichheit oder teilweise das Überwiegen des männlichen Geschlechtes angegeben. Die Störung beginnt in der Adoleszenz und verläuft in der Regel chronisch mit negativen Folgen für die Sozialisierung des Individuums, den beruflichen Erfolg und partnerschaftliche Bindung. Grundsätzlich wird von einer generalisierten und nicht-generalisierten sozialen Phobie ge-

sprochen: die erstere Form bezieht die meisten sozialen Situationen sowie öffentliche Auftritte ein; dagegen werden bei nicht-generalisierter sozialer Phobie nur eine oder zwei bestimmte Situationen gefürchtet.

Therapie: SSRI und Venlafaxin sind Mittel der ersten Wahl bei Patienten mit sozialer Phobie, Moclobemid und Benzodiazepine gelten als zweite Wahl, die trizyklischen Substanzen scheinen nur unzureichend wirksam zu sein. Die Wirksamkeit der Erstmedikation sollte nach acht bis zwölf Wochen beurteilt werden, in der Erstepisode wird bei Ansprechen auf die Pharmakotherapie eine Behandlungsdauer von zwölf Monaten empfohlen. Die Wirksamkeit der Einzelsubstanzen aus der Gruppe der SSRI ist vergleichbar, neuerdings ist auch Escitalopram für die Behandlung der sozialen Phobie zugelassen. Die Effektivität von Venlafaxin ist vergleichbar mit der von SSRI, das Nebenwirkungsprofil sowie Verträglichkeit ist ähnlich. Die Anwendung von reversiblen Monoaminoxidase-Inhibitoren wie Moclobemid wird erst in zweiter Linie empfohlen. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit von Moclobemid bei sozialer Phobie sind inkonsistent, insgesamt ist die Wirksamkeit geringer als bei SSRI und Venlafaxin. Aufgrund relativ guter Verträglichkeit stellt dieses Medikament eine Alternative bei Unverträglichkeit anderer Medikation dar. Benzodiazepine sollten nur zur Überbrückung der Wirklatenz von Antidepressiva oder als Bedarfsmedikation eingesetzt werden. Eine Langzeitbehandlung ist vor allem aufgrund hoher Komorbidität von sozialer Phobie und Substanzabusus nicht zu empfehlen. Eine weitere Alternative stellen die Antikonvulsiva Pregabalin sowie Gabapentin dar.

Parallel zur medikamentösen Behandlung ist eine Verhaltenstherapie zu empfehlen. Diese besteht aus Expositionstraining, Entspannungsverfahren, Erlernen sozialer Fertigkeiten und kognitiver Umstrukturierung. Besonders erfolgreich bei sozialer Phobie sind gruppen-therapeutische Ansätze.

Dr. med. Angelika Erhardt
Max Planck Institut für Psychiatrie,
Kraepelinstr. 2–10, 80804 München,
E-Mail: erhardt@mpipsy.kl.mpg.de



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 **1 Fortbildungspunkt**. Beantworten Sie alle Fragen richtig, werden **2 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 eine Antwortmöglichkeit (Richtig- oder Falschaussage) zutreffend.

1. Welche der folgenden Eigenschaften sollte ein Psychopharmakon in der Demenztherapie erfüllen?

- A lange Halbwertszeit
- B antihistaminerge Wirksamkeit
- C anticholinerge Wirksamkeit
- D geringe Dopamin-D2-Rezeptorblockade
- E enges therapeutisches Fenster

2. Welche Aussage zur Behandlung von Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus bei Demenzkranken trifft nicht zu?

- A Die Therapie mit einem Cholinesterasehemmer ist oft hilfreich.
- B Ein regelmäßiger Tagesrhythmus und Maßnahmen der Schlafhygiene sollten eingehalten werden.
- C Eine Dauereinnahme von sedierenden Neuroleptika ist oft nicht zu vermeiden.
- D Ein erhöhtes Sturzrisiko muss bedacht werden.
- E Die Flüssigkeitszufuhr über den Tag sollte überprüft werden.

3. Welche Aussage zur Neuroleptikabehandlung bei Demenzen trifft zu?

- A Neuroleptika wirken auf alle Verhaltensstörungen in etwa gleich gut.
- B Atypische Neuroleptika sind wegen ihres erhöhten Risikos für zerebrovaskuläre Ereignisse nicht einzusetzen.
- C Clozapin ist das ideale Neuroleptikum im Alter.

D Eine mehrmonatige Behandlung ist wegen der niedrigen Dosis unbedenklich.

E Risperidon ist die einzig zugelassene Substanz für die Behandlung von Verhaltensstörungen bei Demenz.

4. Welche Aussage zur Epidemiologie von Angsterkrankungen trifft zu?

- A Die Panikstörung ist die häufigste Angststörung.
- B Die Lebenszeitprävalenz der Angststörungen liegt unter 10 %.
- C Die Prävalenz der sozialen Phobie beträgt etwa 13 %.



Unter **www.cme-punkt.de** finden Sie alle zertifizierten Fortbildungsangebote des Verlages Urban & Vogel. Durch die Teilnahme via Internet sparen Sie nicht nur Porto, Sie erfahren auch unmittelbar nach Ausfüllen des Online-Fragebogens, ob Sie bestanden haben und können die Bescheinigung für Ihre Ärztekammer selbst ausdrucken.

- D Frauen sind seltener betroffen als Männer.
- E Die Komorbidität mit Depression und Substanzabusus ist selten.

5. Welche Aussage zur Entstehung von Angsterkrankungen trifft zu?

- A Alle Angsterkrankungen sind monogen vererbbar.
- B Die Heritabilität beträgt etwa 30–40 %.
- C Die Regulation des endogenen Stresssystems spielt keine Rolle.
- D Die Serotoninmangelhypothese ist bewiesen.
- E Das Netzwerke der Angst umfasst nur die Amygdala und den Hippocampus.

6. Welche Substanzen werden in der Therapie der Angststörung vorrangig empfohlen?

- A Betablocker
- B MAO-Hemmer
- C Neuroleptika
- D SSRI
- E trizyklische Antidepressiva



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





7. Welche Aussage ist für die Therapie der Angststörung zutreffend?

- A** Benzodiazepine werden in der Langzeittherapie als Mittel der ersten Wahl eingesetzt.
- B** Die Anfangsdosierung der Antidepressiva sollte höher sein als bei Depression.
- C** Antidepressiva wirken sofort anxiolytisch.
- D** Die Medikation kann ohne Ausschleichen abrupt abgesetzt werden.
- E** Die Therapiedauer beträgt 12–24 Monate.

8. Welche Behandlungsform wird bei Phobien empfohlen?

- A** Lichttherapie
- B** Schlafentzug
- C** Psychoanalyse
- D** Konfrontationstherapie
- E** Tanztherapie

9. Welche organische Störung spielt bei der Abklärung von Angststörungen eine untergeordnete Rolle?

- A** amyotrophe Lateralsklerose
- B** koronare Herzerkrankung
- C** Hyperthyreose
- D** Lyme-Borreliose
- E** chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

10. Welche Aussage zur Generalisierten Angststörung trifft zu?

- A** Die Lebenszeitprävalenz beträgt 10 %.
- B** Eine Verhaltenstherapie allein ist ausreichend.
- C** Männer sind häufiger betroffen als Frauen.
- D** Über zwei Monate bestehen unspezifische Besorgnisse und Befürchtungen.
- E** In der pharmakologischen Therapie werden SSRI und Venlafaxin vorrangig eingesetzt.



Bitte vergessen Sie den frankierten Rückumschlag nicht!

Teilnahmeschluss: 16.6.2006

Teilnahme per Post

Das ausgefüllte Formular senden Sie bitte zusammen mit einem ausreichend frankierten Rückumschlag an:

**Urban & Vogel GmbH
CME NEUROTRANSMITTER
Postfach
81664 München**

Fortbildungszertifikat

Reichen Sie die Punktebestätigungen unseres Verlages zusammen mit Ihren anderen Nachweisen 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 Fortbildung in Zeitschriften erlangen können, je nach Landesärztekammer verschieden ist. Nähere Informationen dazu erhalten Sie bei der für Sie zuständigen Landesärztekammer, die auch über die Anerkennung der im Rahmen dieses Moduls erworbenen Punkte entscheidet.

Antwortformular für die postalische Einsendung

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	<input type="checkbox"/>									
B	<input type="checkbox"/>									
C	<input type="checkbox"/>									
D	<input type="checkbox"/>									
E	<input type="checkbox"/>									

NEUROTRANSMITTER

Ausgabe 4/2006

Mit dem Einreichen dieses Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden, dass die angegebenen Daten zum Zweck der Teilnahmebestätigung gespeichert und bei erfolgreicher Teilnahme auch an den Einheitlichen Informationsverteiler (EIV) der Ärztekammern weitergegeben werden dürfen.

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name, Vorname _____

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) _____

Geburtsdatum _____

Nur für Teilnehmer aus Ärztekammern ohne EFN:

- Ärztekammer Baden-Württemberg
- Bezirksärztekammer Koblenz

Straße, Nr. _____

Kammernummer _____

PLZ, Ort _____

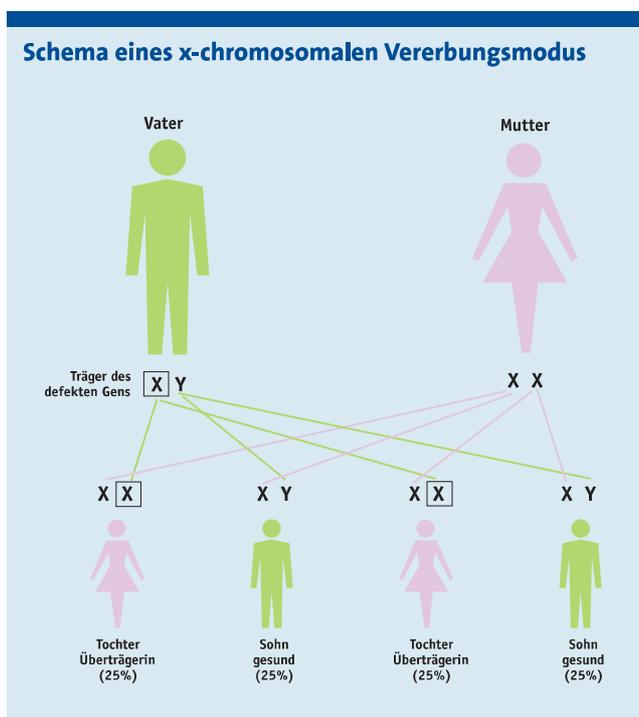
Unterschrift _____

Nur vollständig ausgefüllte Coupons können ausgewertet werden!



Vom Symptom zur Diagnose – klinische Hinweise für erbliche Stoffwechselerkrankungen

ARMIN J. GRAU



Bis heute wurden mehr als 300 erbliche Stoffwechselerkrankungen identifiziert. Bei der Mehrzahl von ihnen ist auch das Nervensystem mit betroffen. Obwohl jede einzelne dieser Krankheiten selten vorkommt, sind sie in ihrer Gesamtheit für eine erhebliche Morbidität und Mortalität verantwortlich.

Ein Stammbaum ist wichtig, um das Vererbungsrisiko bei hereditären Erkrankungen einschätzen zu können. Im dargestellten Fall einer x-chromosomal vererbten Erkrankung (wie z. B. M. Fabry) ist der Vater erkrankt und Überträger des Merkmals.

Die meisten erblichen Stoffwechselerkrankungen manifestieren sich bereits in der Kindheit und sind daher eine Domäne der Neuropädiatrie. Bei einer wachsenden Zahl von Krankheitsbildern werden jedoch Spätmanifestationen in Adoleszenz oder im Erwachsenenalter beschrieben, sodass auch der Neurologe hereditären Stoffwechselerkrankungen begegnet. Diese Spätmanifestationen sind oft klinisch leichter ausgeprägt und verlaufen langsamer, zum Teil ist der Phänotyp jedoch deutlich von den kindheitlichen Formen zu unterscheiden (z. B. metachromatische Leukodystrophie, GM2-Gangliosidose). Das verursachende Enzym fehlt dann meist nicht vollständig, sondern

hat noch Restaktivität. Einige Stoffwechselerkrankungen sind heute bereits erfolgreich therapierbar (z. B. zerebrotendinöse Xanthomatose, M. Wilson, M. Fabry, Harnstoffzyklusstörungen, Aminoazidopathien), bei anderen bestehen wirksame präventive Maßnahmen. Diese Tatsache unterstreicht die Notwendigkeit einer korrekten Diagnose. Selbst bei fehlender Therapiefähigkeit ist diese im Hinblick auf eine genetische Beratung wichtig. Ursachen für Probleme bei der Diagnose sind die vielen Krankheitsbilder, ihre Seltenheit und damit ihre relative Unbekanntheit sowie die oft nicht einfache Auswahl geeigneter diagnostischer (Screening-)Untersuchungen. Die folgenden Ausführungen konzen-

trieren sich daher auf die Frage, in welchen klinischen Situationen die Möglichkeit einer Stoffwechselerkrankung in Erwägung gezogen werden sollte.

Anamnestische und klinische Hinweise

Folgende Konstellationen lassen an eine hereditäre Stoffwechselerkrankung denken:

1. positive Familienanamnese (ähnliche neurologische Störungen bei Verwandten);
2. anamnestische Hinweise; Symptome mit Beginn bereits in Kindheit und Jugend;
3. außergewöhnliche neurologische Symptome oder Symptomkonstellationen;



4. zusätzliche Symptome außerhalb des Nervensystems.

Auf die Bedeutung paraklinischer Befunde (Laborparameter, neuroradiologische Befunde) soll am Ende des Beitrags nur kurz eingegangen werden.

— Positive Familienanamnese

Die meisten erblichen Stoffwechselerkrankungen unterliegen einem autosomal-rezessiven Erbgang. Da Familien heutzutage überwiegend klein sind, werden die Patienten oft als isolierte Fälle vorgefunden. In der Familienanamnese sollte zunächst nach ähnlichen Erkrankungen gefragt werden, anschließend aber angesichts zum Teil erheblicher intrafamiliärer Variationen auch nach anderen Erkrankungen in der Verwandtschaft. Insbesondere auf eine mentale Retardierung bei nahen Verwandten sollte geachtet werden. Weiterhin sind folgende Punkte wichtig: Konsanguinität der Eltern, ethnische und geografische Herkunft der Familie, Aborte der Mutter und unklare Todesfälle im frühen Lebensalter.

Bei den x-chromosomal vererbten Erkrankungen (z. B. Ornithin-Transcarbamylase-Mangel, Adrenoleukodystrophie, M. Fabry) können auch die weiblichen Überträgerinnen erkranken. Aufgrund der zufälligen Unterdrückung eines der beiden X-Chromosomen in verschiedenen Organen (Lyonisierung) besteht bei diesen Patientinnen oft eine besonders ausgeprägte klinische Variabilität.

— Anamnestiche Hinweise

In der Anamnese müssen alle Symptome in ihrem genauen zeitlichen Verlauf erfasst werden. Symptome, deren Beginn bereits in Kindheit und Jugend lag, können wichtige Hinweise auf das Vorliegen einer neurometabolischen Erkrankung liefern, auch dann wenn sie möglicherweise zunächst keinen sicheren Krankheitswert besaßen wie Lernstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten (z. B. M. Niemann Pick Typ C, Adrenoleukodystrophie) oder wenn sie anderen Organbereichen entstammen. Die Meilensteine der motorischen, kognitiven und sozialen kindheitlichen Entwicklung müssen exakt erfasst werden. Eine mentale Retardierung ohne Nachweis einer

kongenitalen Anomalie oder einer perinatalen Läsion kann als wichtiger Hinweis dienen.

Erbliche Stoffwechselerkrankungen verlaufen nicht immer chronisch progredient, sondern zeigen zum Teil ausgeprägte akute Exazerbationen und schubförmige Verschlechterungen (z. B. Harnstoffzyklusstörungen, Aminoazidopathien, M. Fabry, Mitochondriopathien, metachromatische Leukodystrophie). In diesen Fällen ist auf Triggerfaktoren zu achten wie Infektionen, Fasten, kürzliche Mahlzeiten oder Medikamente. Andere Krankheiten zeigen Verschlechterungen in der Kindheit und dann jahre- bis jahrzehntelange Stabilität (z. B. Glutarazidurie Typ I).

— Neurologische Symptome und Symptomkonstellationen

Häufige Symptome, die bei adulten Formen neurometabolischer Erkrankungen auftreten, sind Ataxien, extrapyramidalmotorische Störungen, epileptische Anfälle, Demenz, psychiatrische Symptome und muskuläre Probleme wie etwa Ausdauerintoleranz. Seltener sind spastische Paresen oder Polyneuropathien. Zur Differenzialdiagnose der einzelnen Symptomkomplexe muss auf die weiterführende Literatur verwiesen werden. Die klinischen Symptome sind meist symmetrisch ausgeprägt und weisen nur selten auf eine fokale Störung hin.

Seltener auftretende Symptome können wichtige differenzialdiagnostische Hinweise für das Vorliegen einzelner Erkrankungen liefern. Beispiele hierfür sind Störungen des zweiten Motoneurons bei GM2-Gangliosidose oder adulter Polyglucosan-Körper-Erkrankung, akrodistal betonte Schmerzen bei M. Fabry, abdominelle Schmerzkrisen bei akuter intermittierender Porphyrie, eine vertikale supranukleäre Blickparese bei M. Niemann-Pick Typ C oder Glutarazidurie Typ I oder eine horizontale supranukleäre Blickparese bei M. Gaucher. Schlaganfälle oder schlaganfallähnliche Symptome finden sich bei Harnstoffzyklusstörungen, Mitochondriopathien (MELAS), M. Fabry, Homozystinurie, kongenitalen Glykosylierungsstörungen und Störungen verzweigkettiger Aminosäuren. Episodische Krisen mit Bewusstseinsstörungen bis zum Koma oder

Verhaltensauffälligkeiten finden sich bei Harnstoffzyklus-, Aminosäurestoffwechsel- und Fettsäureoxidationsdefekten und Mitochondriopathien bis ins Erwachsenenalter auch bei bis dato vermeintlich Gesunden. Sie erfordern eine rasche Diagnostik (zunächst Bestimmung von Ammoniak, Lactat und Glucose, gefolgt von Aminosäuren in Plasma und Urin, Orotsäure, organischen Säuren im Urin und Acylcarnitinen im Plasma).

— Symptome außerhalb des Nervensystems

Eine Beteiligung mehrerer Organsysteme ist ein charakteristisches Merkmal vieler Stoffwechselerkrankungen. Wichtig sind hierbei vor allem Untersuchungen von Haut, Augen und Skelett, die sonografische Erfassung einer Organomegalie (Leber, Milz, Herz), das Erkennen einer fazialen Dysmorphie und gegebenenfalls audiologische Zusatzuntersuchungen.

Dermatologische Symptome: An der Haut finden sich beispielsweise Angiokeratome (Gefäßerweiterungen mit Hyperkeratose) bei M. Fabry und einigen anderen lysosomalen Erkrankungen, Pigmentstörungen bei Porphyrien, Sonnenüberempfindlichkeit bei M. Hartnup und Mitochondriopathien, ein partieller Albinismus beim Chediak-Higashi-Syndrom, eine Ichthyose bei M. Refsum oder beim Sjögren-Larsson-Syndrom, Xanthome und Sehnenverdickungen bei zerebrotendinöser Xanthomatose, eine Dermatitis und Alopezie beim Biotinidase-Mangel und andere mehr.

Ophthalmologische Symptome: Mögliche Augensymptome umfassen Katarakte (z. B. bei M. Fabry, zerebrotendinöser Xanthomatose), Hornhauttrübungen (z. B. bei Mannosidose oder Mucopolysaccharidose; Kayser-Fleischer-Ring bei M. Wilson), Linsendislokation (z. B. bei Homozystinurie), Veränderungen der Retina (z. B. kirschroter Fleck bei Sialidose, Retinitis pigmentosa bei M. Refsum oder Mitochondriopathien), Optikusatrophien (z. B. bei Mitochondriopathien oder neuronaler Ceroidlipofuszinose) und zentrale Sehstörungen (z. B. bei Adrenoleukodystrophie).

Hörstörungen treten unter anderem bei Mitochondriopathien, Mannosidose, M. Refsum, der Lafora-Krankheit und der Adrenoleukodystrophie auf.



Organomegalie ist ein wichtiges Symptom vor allem bei lysosomalen Speichererkrankungen und Glykogenosen. Hepatosplenomegalien finden sich zum Beispiel bei M. Niemann-Pick Typ C, bei M. Gaucher, Mucopolysaccharidosen, Galactosialidose und α -Mannosidose. Kardiomyopathien treten bei den kongenitalen Glycosylierungsstörungen, bei der adulten Polyglukosankörper-Erkrankung oder bei M. Fabry auf. Kardiale Reizleitungsstörungen können das Kearns-Sayre-Syndrom begleiten.

Skelettdeformitäten bestehen unter anderem bei den Mucopolysaccharidosen, der Mannosidose, den Glycoproteinen, der GM1-Gangliosidose, der Homozystinurie und den kongenitalen Glycosylierungsstörungen.

Faziale Dismorphien zeigen sich in unterschiedlicher Ausprägung bei lysosomalen Speicherkrankheiten, vor allem bei den Mucopolysaccharidosen, daneben bei M. Fabry, Mannosidose und anderen.

— Laboruntersuchungen

Im Folgenden werden kurz einige Laborveränderungen zusammengefasst, die auf Stoffwechselerkrankungen hinweisen können:

► Erhöhungen von **Ammoniak** (Harnstoffzyklusstörungen, Organoazidopathien) oder **Lactat** (Mitochondriopathien, Glykogenosen, Glykolysedefekte, Fettsäureoxidationsstörungen).

► **Blutbildveränderungen** inklusive makrozytären Anämien (Störungen im Cobalamin- und Folsäurestoffwechsel), hämolytischen Anämien (u.a. bei M. Wilson), Leuko- und Thrombopenien bei Erkrankungen mit Splenomegalie (s.o.), Riesengranula in Granulozyten (Chediak-Higashi-Syndrom) und auffälligen Lymphozytenvakuolen bei lysosomalen Erkrankungen, bei denen sich auch Speicherzellen in Knochenmarkspunktaten finden lassen (z.B. M. Gaucher, M. Niemann-Pick Typ C).

► Weiterhin finden sich **Hyperurikämien** (Störungen des Purinstoffwechsels, z.B. Lesch-Nyhan-Syndrom, oder Fettsäureoxidationsstörungen, Glykogenosen, Mitochondriopathien), **Azidose** (Mitochondriopathien, Organoazidopathien) oder **Alkalose** (Harnstoffzyklusdefekte), und Veränderungen der

Cholesterin-, Glucose-, Kreatinin-, Creatinkinase- oder Leberwerte sowie im Eisen- und Kupferstoffwechsel.

► **Liquoreiweißerhöhungen** wurden unter anderem bei Leukodystrophien und Organoazidopathien beschrieben, in Einzelfällen fanden sich bei Adrenoleukodystrophie oder M. Niemann-Pick Typ C auch positive oligoklonale Banden im Liquor.

— Neuroradiologie

Eine Stoffwechselstörung kommt insbesondere bei symmetrischen Signalabweichungen der grauen und/oder weißen Substanz oder der Stammganglien in Betracht. Fokale oder ausgeprägt asymmetrische Signalveränderungen im MRT sprechen eher gegen eine Stoffwechselstörung. Leukenzephalopathien durch Störungen der Myelinbildung im subkortikalen Marklager finden sich unter anderem bei Störungen des Lipidmetabolismus (z.B. Adrenoleukodystrophie, M. Krabbe) oder organischer Säuren (z.B. Glutarazidurie Typ I), bei Mitochondriopathien und lysosomalen Stoffwechselerkrankungen (z.B. GM1- oder GM2-Gangliosidosen). Bei einzelnen Erkrankungen kommen in den Stammganglien Nekrosen (z.B. bei Glutarazidurie Typ I), Verkalkungen (z.B. bei Mitochondriopathien, M. Fahr) und Signalveränderungen durch Metallablagerungen (M. Wilson, Acoeruloplasminämie) vor.

— Weitere Untersuchungen

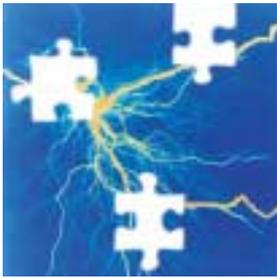
Wenn klinische und paraklinische Untersuchungen Hinweise auf erbliche Stoffwechselerkrankungen ergeben, müssen gezielte und aufeinander abgestufte Untersuchungen erfolgen. Die **metabolische Basisdiagnostik** umfasst zusätzlich zu allgemeinen Labortests den Säure-Basen-Status, einen Urin-Ketostix sowie eine Lactat- und Ammoniak-Bestimmung. Im Einzelfall sind die folgenden Untersuchungen erforderlich: organische Säuren im Urin, Aminosäuren in Plasma und Urin, Porphyrine, Oligosaccharide und Mucopolysaccharide im Urin, lysosomale Enzyme und andere Spezialuntersuchungen, deren differenzierte Darstellung hier nicht möglich ist.

Wenn die Diagnose nicht gestellt werden kann, sind gründliche klinische

Kontrolluntersuchungen in etwa halbjährlichen Abständen empfehlenswert. Entscheidend für die erfolgreiche Diagnose bleibt in jedem Fall der wache Blick für das Ungewöhnliche.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Armin J. Grau
Neurologische Klinik,
Klinikum Ludwigshafen,
Bremerstr. 79, 67063 Ludwigshafen,
E-Mail: graua@klilu.de



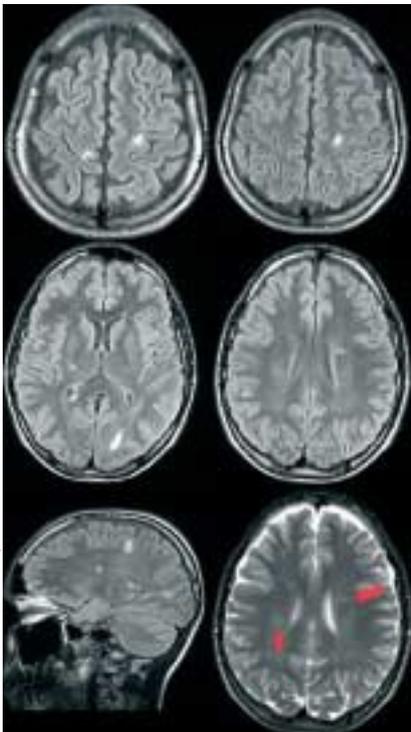
Neurologische Kasuistik

Multiple Sklerose bei einem Jugendlichen

Anamnese

Ein 16-jähriger Schüler klagt seit drei Tagen über ein zunehmendes Taubheitsgefühl an den Fußsohlen und sakral beidseits. Lumbale oder radikuläre Schmerzen, motorische Ausfälle oder eine Blasen-Mastdarmfunktionsstörung werden verneint.

Zur Vorgeschichte berichtet der Junge, dass er im Alter von 13 Jahren erstmals aus dem Schlaf heraus Parästhesien der rechten Hand und des Gesichts sowie eine Schwäche des rechten Armes



© Dr. P. Franz, München (1-3)

Abbildung 1: In den Flair-Sequenzen Nachweis multipler subkortikaler Marklagerläsionen, die auf den saggitalen Bildern bis in die U-Fasern parietal reichen. Einzelne Herde typisch paraventriculär (rote Pfeile), in den T2-Sequenzen nur schwach signalreich gelegen.

Fragen

1. Welche Aussage über die Multiple Sklerose (MS) im Kindes- und Jugendalter ist falsch?

- a) Weniger als 5% der MS-Erkrankungen beginnen im Kindes- und Jugendalter.
- b) In der Pubertät erkranken Jungen annähernd gleich häufig wie Mädchen.
- c) Häufigste Erstsymptomatik ist eine monosymptomatische motorische oder sensible Störung.
- d) Eine Progression zu einem EDSS von 3 dauert bei im Kindesalter Erkrankten doppelt so lange wie bei Erkrankungsbeginn im Erwachsenenalter.
- e) Das rasche Auftreten eines zweiten Schubes ist auch im Kindes- und Jugendalter ein prognostisch ungünstiges Verlaufszeichen.

2. Welche Aussage über die MR-Untersuchung bei MS im Kindesalter ist richtig?

- a) Bei der Erstsymptomatik finden sich fast immer Kontrastmittel aufnehmende Herde.
- b) Im Gegensatz zur MS finden sich bei akuter Enzephalomyelitis disseminata oft konfluierende Herde im Balken.
- c) Die Läsionen sind zumeist kleiner als im Erwachsenenalter.
- d) Die McDonald NMR-Kriterien zur Diagnostik einer MS sind gerade im Kindesalter sehr sensitiv.
- e) Eine radikuläre Läsion im Balken ist mit einem hohen Rezidivrisiko verbunden.

3. Welche Aussage zu genetischen und umweltbedingten Einflüssen bei der MS ist richtig?

- a) Das Erkrankungsrisiko eines zwillings-eigenen Zwillingen eines MS-Erkrankten ist nicht erhöht.
- b) Das Risiko ist bei Stiefgeschwistern doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung.
- c) Ein Ehepartner eines MS-Erkrankten hat ein dreifach erhöhtes Erkrankungsrisiko.
- d) Das Erkrankungsrisiko ist nach Schädeltraumata signifikant erhöht.
- e) Das Erkrankungsrisiko ist in den nordischen europäischen Staaten bei Novembergeborenen am niedrigsten.

4. Die immunmodulatorische Therapie mit Interferon beta-1b im Kindes- und Jugendalter ...

- a) ... führt zu einer zirka 50%-igen Schubreduktion.
- b) ... führt am häufigsten zu grippeähnlichen Nebenwirkungen.
- c) ... führt besonders bei Kindern unter zehn Jahren häufig zu Leberwerterhöhungen.
- d) ... ist im Langzeitverlauf bisher nicht untersucht.
- e) Alle Aussagen sind richtig.

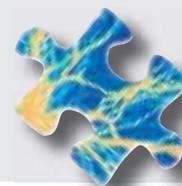




Abbildung 2: Nachweis von zwei neuen signalreichen Herden in den Flair-Sequenzen (links). Nach Kontrastmittelgabe (rechts) deutliche Signalanhebung temporal flächig, hochparietal ringförmig konfiguriert.



Abbildung 3: Nach Kontrastmittelgabe deutliche Signalanhebung intramedullär in Höhen BWK 9 entsprechend einem akuten spinalem Herd.

bemerkte. Begleitend kam es damals auch zu einem Flimmerskotom, frontalen starken Kopfschmerzen mit Übelkeit und Erbrechen. Bei der daraufhin erfolgten neurologischen Untersuchung zeigten sich multiple zumeist subkortikal gelegene Marklagerläsionen (sieben isolierte Herde). Diese waren in den FLAIR-Sequenzen signalreich. Lediglich die größte Läsion mit 2 cm Durchmesser lag im Gyrus praecentralis rechts, nahm nach Gadoliniumgabe Kontrastmittel auf und wirkte leicht raumfordernd. Eine NMR-Untersuchung der HWS und BWS ergab einen unauffälligen Befund. Im lumbalen Liquor fand sich bei normaler Zellzahl nur eine liquorspezifische Bande bei der Elektrophorese ohne Nachweis einer intrathekalen IgG-Synthese oder einer Schrankenstörung. Die Zellzahl war normal, die Serologie für Mykoplasmen, Chlamydien, Viren, Lyme, Herpes-simplex waren negativ. Der Röntgenthorax war normal. Der Augenbefund war wie die VEP, AEP und SEP normal. Die Vaskulitidiagnostik war wie das Angiotensin-Converting-Enzym (ACE) im Serum unauffällig. Die Symptomatik klang ohne Therapie nach zwei Tagen ab.

Eine Kontrolle des Schädel-MR zeigte nach drei Monaten bei klinisch unauffälligem Verlauf keine neuen Herde. Bei der nächsten Kontrolle fast ein Jahr nach Auftreten der Erstsymptomatik zeigte sich bei klinischer Symptombefreiheit ein neuer T2-Herd rechts paraventriculär.

Vor eineinhalb Jahren kam es dann erstmals für etwa 30 Minuten zu Parästhesien in der linken Hand, die sich auf den Arm und perioral ausbreiteten und von frontalen Kopfschmerzen gefolgt wurden. Bei weiter unverändertem Schädel-MR-Befund und positiver Familienanamnese wurde eine Migräne als Ursache dieser Symptomatik diagnostiziert. Die VEP-, AEP-, SEP-Untersuchungen waren weiterhin allseits normal.

Eine letzte Kontrolle vor sechs Monaten ergab einen stabilen MR-Befund. Klinisch kam es erneut einmalig zu einer Migräneattacke mit Sehstörungen, Parästhesien an den Händen und periorbital betont im Gesicht mit Kopfschmerzen und Erbrechen für 30 Minuten Dauer.

Der aktuellen Symptomatik voraus ging ein leichter grippaler Infekt zwei Wochen zuvor.

Befund

Neurologische Untersuchung: unauffällig; taktile Sensibilität, Bauchhaut- und Muskeleigenreflexe normal; kein Lhermitte-Zeichen.

VEP: beidseits normale Latenzen.

Tib-SEP: P40 rechts mit 49,6 ms verlängert, links mit 40,4 ms normal.

MEP: normale zentralmotorische Latenz zum M. ext. dig. brevis mit rechts 12,5 ms und links 12,6 ms (Körpergröße 180 cm).

NMR Schädel nativ und mit KM: im Verlauf unveränderter Nachweis multiplexer Marklagerläsionen subkortikal betont

(Abb. 1, S. 81); keine neuen Herde, kein Kontrastmittel aufnehmender Herd. T2-Läsionszahl: sieben Herde.

NMR HWS/BWS/LWS: normales Myelon, kein Herdnachweis.

Diagnose: erneuter Schub einer Multiplen Sklerose mit Beginn im Jugendalter.

Verlauf

Bei nur geringer Symptomatik wurde eine engmaschige Kontrolle vereinbart. Nachdem sich über die nächsten zwei Wochen eine zunehmende sockenförmige Hypästhesie mit leichter Unsicherheit beim Einbeinstand entwickelte, erfolgte eine Kortisonstoßtherapie (Methylprednisolon 3 x 1000 mg bei 55 kg Körpergewicht). Hiernach bildete sich die Symptomatik rasch vollständig zurück. Die Migräneattacken nahmen jedoch zu. Im Rahmen eines leicht fieberhaften Virusinfektes kam es dann erneut zu Sensibilitätsstörungen strumpfförmig an den Beinen. Der neurologische Befund zeigte weiterhin eine normale taktile Sensibilität, normale Vibrationsempfindung und unauffällige Motorik. Die zentralmotorische Leitungszeit zu den Beinen war bei subjektivem Gefühl der Kraftlosigkeit unverändert normal. Im MR-Schädel (Abb. 2) und MR-BWS (Abb. 3) fanden sich jetzt neue Kontrastmittel aufnehmende Herde.

Aufgrund der klinisch und kernspintomografisch nachgewiesenen Krankheitsaktivität wurde die Indikation zu

einer immunmodulatorischen Therapie gestellt. Die endgültige Entscheidung hierzu sollte in Abstimmung mit dem noch jungen Schüler (inzwischen 17 Jahre) und seinen Eltern erfolgen. Nach

ausführlicher Aufklärung und Information über den Krankheitsverlauf und die Behandlung lehnte der junge Mann diese Therapiemöglichkeit zum jetzigen Zeitpunkt ab. Es wurde jedoch eine eng-

maschige neurologische Kontrolle vereinbart.

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



Lösung zur neurologischen Kasuistik

1b; 2e; 3e; 4e

Aufgrund des Krankheitsverlaufs und der zuletzt nachweisbaren kontrastmittelaufnehmenden Herde mittels Schädel-MR und im thorakalen Myelon wurde mit dem jungen Patienten und den Eltern die Indikation zu einer immunmodulatorischen Therapie besprochen. Die Gespräche dazu erfolgten an mehreren Terminen auch unter Einsatz von Informationsmaterial verschiedener Pharmahersteller. Die Eltern gestanden dem jungen Patienten eine volle Mitentscheidung bei der Therapie zu und es wurde versucht, eine von allen gemeinsam getragene Entscheidung herbeizuführen [12]. Die für den jungen Patienten akut nicht akzeptable Beeinträchtigung seiner Freiheit durch die mehrfach wöchentlichen Injektionen und die potenziell hohe Rate an Nebenwirkungen führten zu seinem Entschluss, die Therapie nicht zu beginnen.

Aus Untersuchungen an erwachsenen MS-Patienten ist bekannt, dass die Mehrzahl der Patienten eine autonome oder gemeinsame Therapieentscheidung wünscht. Erstaunlich auch für die ärztlichen Wissensvermittler ist sicherlich die Erkenntnis, dass die in einem Fragebogen erfassten Kenntnisse über den Krankheitsverlauf und die Therapiemöglichkeiten bei einer Untersuchung an 219 zufällig ausgewählten Patienten einer MS-Ambulanz insgesamt sehr schlecht waren und nicht mit dem Willen zu einer frei bestimmten Therapieentscheidung korrelierten [5]. Hier ist sicher auch die Lektüre eines Aufsatzes über die „10 Mythen der Entscheidungskapazität“ sehr zu empfehlen [6]. Dabei ist zu berücksichtigen, dass gerade für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen keine ausreichenden Informationsmaterialien vorliegen, die eine für Jugendliche angemessene Sprache treffen und ihre Lebenswünsche aufnehmen [3]. Die immer kürzeren Behandlungszeiten in der stationären und ambulanten Medizin erfordern in Zukunft jedoch auch von den Neurologen ein intensiveres Training zur Patientenaufklärung und -führung, um die in Studien abgesicherten Therapiekonzepte auch im Alltag umzusetzen [17].

zu 1: Der Beginn einer MS im Kindes- oder Jugendalter ist insgesamt selten. So findet sich ein Krankheitsbeginn vor dem 16. Lebensjahr in verschiedenen Studien mit einer Inzidenz von 2,7–4,4% aller MS-Erkrankten [Übersicht siehe 8]. Ein noch früherer Beginn vor dem 10. Lebensjahr findet sich bei 3% aller MS-Patienten [16]. Das Verhältnis von Mädchen zu Jungen liegt dabei auch im Kindesalter mit 2,3 über dem im Erwachsenenalter (1,5). In der Pubertät (13–15 Jahre) verschiebt sich das Geschlechtsverhältnis noch mehr, sodass Mädchen viermal häufiger erkranken (f/m: 4,2). Als häufigste Erstsymptomatik fand sich in einer Zusammenstellung von 621 Patienten mit frühem Erkrankungsbeginn vor dem 16. Lebensjahr in 42% der Fälle eine monosymptomatische motorische oder sensible Störung. Mit 19% fanden sich gleich häufig eine Neuritis nervi

optici oder Hirnstammsymptome [Ghezzi 2004]. Etwa drei Viertel der Patienten entwickeln in der Folge einen schubförmigen Krankheitsverlauf. Die Krankheitsprogression ist dabei im Vergleich zu den im Erwachsenenalter Erkrankten deutlich langsamer. So erreichten in einer prospektiven Studie von Simone die früh erkrankten Patienten einen EDSS von 4 durchschnittlich erst nach 20,2 Jahren. Im Vergleich dazu erreichten die im Erwachsenenalter Erkrankten bereits in der Hälfte der Zeit nach 10,8 Jahre die gleiche Behinderung [18]. Dennoch liegt das Lebensalter, in dem eine bereits deutliche Funktionseinschränkung mit einem EDSS von 4 eintritt, als Folge des frühen Krankheitsbeginns in der Gruppe der früh Erkrankten um fast 10 Jahre niedriger (31,6 versus 41,2 Jahre).

Als prognostisch ungünstige Verlaufsprädiktoren fanden sich wie bei Erwachsenen eine kurze Dauer bis zum Auftreten des zweiten Schubes, die Zahl der Schübe in den ersten zwei Krankheitsjahren und die funktionelle Einschränkung im EDSS nach dem ersten Krankheitsjahr [7].

zu 2: Die im Kindesalter in der Kernspintomografie nachweisbaren Marklagerläsionen unterscheiden sich nicht wesentlich von denen im Erwachsenenalter. Jedoch zeigte eine kleine kanadische Untersuchung, dass die von McDonald vorgeschlagenen MR-Kriterien zur Diagnose einer MS im Kindesalter nicht so sensitiv sind [10]. So fanden sich bei 8 von 20 Patienten mit einem Erkrankungsalter von 6–18 Jahren, die die McDonald Kriterien bei der Erstsymptomatik nicht erfüllten, entweder nur infratentorielle, subkortikale oder aber auf die Kerngebiete der Stammganglien oder den N. opticus beschränkte Läsionen. Keiner dieser Patienten zeigte zudem eine Kontrastmittel aufnehmende Läsion.

Zur Unterscheidung der im Kindesalter auch differenzialdiagnostisch bedeutsamen akuten Enzephalomyelitis disseminata (AED) fand sich in einer retrospektiven Untersuchung an 17 MS-Patienten (Altersdurchschnitt 12,4 Jahre) und sieben Patienten mit AED (Altersdurchschnitt 8,7 Jahre) eine signifikant häufigere Lokalisation der T2-Läsionen im Balken (64 versus 17%) und periventrikulär (91 versus 50%) [2]. Häufiger als im Erwachsenenalter finden sich bei Kindern mit MS auch raumfordernde Marklagerveränderung, die ein tumorähnliches Bild hervorrufen oder große konfluierende Plaques [19].

Eine mögliche prognostische Bedeutung der MR-Läsionen wurde in einer kanadischen Untersuchung an 116 Kindern, die eine erste demyelinisierende Erkrankung attacke durchmachten, analysiert. Hierbei fand sich nur eine radikulär vom Balken ausgehende T2-Läsion oder ein einzelner MS-typischer Herd als spezifischer Prädiktor für einen zweiten Schub. Dabei war die Sensitivität jedoch nur sehr niedrig; auch waren diese Veränderungen nicht geeignet, eine zukünftige Behinderung vorherzusagen [13].



Lösung zur neurologischen Kasuistik

zu 3: Als Ursache der MS wird schon lange eine genetische Veranlagung diskutiert, die durch eine Antigen-Stimulation aktiviert wird und erst dann zu einer aktiven Krankheit transformiert [aktuelle Übersicht 15].

Eine jüngst veröffentlichte Studie aus Kanada an 19.746 MS-Patienten zeigte bei den 687 in dieser Kohorte lebenden Stiefgeschwistern von MS-Patienten kein gegenüber der Normalbevölkerung erhöhtes Erkrankungsrisiko. Wie in anderen Studien mit adoptierten Geschwistern fand sich somit kein Hinweis auf eine Krankheitsursache im familiären Lebensmilieu [4]. In einer Kohortenstudie aus Dänemark an 8.205 MS-Patienten und deren 19.615 Verwandten ersten Grades konnte ein siebenfach erhöhtes Erkrankungsrisiko im Vergleich zur Normalbevölkerung bestimmt werden [Nielsen, 2006]. Im Vergleich zu Ehepartnern, die kein erhöhtes Erkrankungsrisiko aufwiesen, errechnete sich ein vom Geschlecht unabhängiges Erkrankungsrisiko bei einem MS-erkrankten Verwandten ersten Grades mit 2,5% im Laufe des Lebens. Der im Vergleich zu den genetischen Einflüssen wesentliche Anteil von Umwelteinflüssen zeigt sich auch in einer sehr hohen Rate fehlender Übereinstimmung (70–90%) in Zwillingsstudien. So zeigt sich in Kanada ein fast doppelt so hohes Erkrankungsrisiko für einen zweieiigen Zwilling eines MS-Erkrankten im Vergleich zu einem Geschwisterkind [20]. Da die Zwillingsschwester die „Mikroumwelt“ während der Schwangerschaft und in der Frühgeborenenphase im Gegensatz zu ihren Geschwistern teilen, sprechen diese Befunde auch für einen das Erkrankungsrisiko im Verlauf des Lebens bestimmenden umweltbedingten Einflussfaktor. Ein erhöhtes MS-Risiko nach Schädel-Hirn-Traumata konnte in einer jüngsten Untersuchung nicht belegt werden [9].

Interessante Ergebnisse brachte jüngst hierzu eine Analyse des MS-Erkrankungsrisikos in Abhängigkeit vom Geburtsmonat aus Kanada [21]. In dieser populationsgestützten Untersuchung zeigte sich in einer Region mit hoher Krankheitsprävalenz ein deutlich reduziertes Erkrankungsrisiko bei Geburt im November. In einem gepooltem Datensatz aus Kanada, Großbritannien, Schweden und Dänemark mit insgesamt 42.045 MS-Patienten zeigte sich zudem ein erhöhtes Krankheitsrisiko bei Geburt im Mai. Von den Autoren wird hier als eine mögliche Ursache auch über einen saisonal durch die reduzierte UV-Bestrahlung in den Wintermonaten bedingten Vitamin D-Mangel spekuliert, der gerade gegen Ende des zweiten und des dritten Trimenons auf eine kritische Abhängigkeit der Hirnentwicklung vom Vitamin D-Spiegel trifft.

zu 4: Während die immunmodulatorische Therapie mit Interferon beta-1b in Studien bei Erwachsenen sehr gut untersucht ist und die Risiken und Nebenwirkungen gut dokumentiert wurden, liegen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit MS keine eigenen Zulassungsstudien vor. Erst jetzt wurde in einer internationalen Multizenter-Studie die Sicherheit und Verträglichkeit bei 43 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3–17 Jahren untersucht [1]. Dabei traten die typischen Grippe-ähnlichen Symptome bei den unter 10-Jährigen mit 25% und bei den über 10-Jährigen mit 37% seltener als in einer Anwendungsbeobachtung bei Erwachsenen mit 58–62% auf [14]. Die Rate der lokalen Hautreaktionen war mit 21% ebenfalls deutlich niedriger als bei den Erwachsenen mit

33%. Besonders bei den jüngeren Patienten (bis 10 Jahre) lag die Rate der erhöhten Leberwerte mit 62,5% deutlich höher als bei den älteren Kindern (10%). Die Abbruchrate der Interferontherapie war bei den über 10-Jährigen mit 63% sehr hoch. Die über 12 Monate beobachtete Reduktion der Schubrate lag bei den 32 Kindern, die über diese Zeit kontinuierlich behandelt wurden, bei 50%. Schwerwiegende Nebenwirkungen traten in dieser kleinen Behandlungsgruppe nicht auf.

Literatur

1. Banwell B et al. Safety and tolerability of interferon beta-1b in pediatric multiple sclerosis. *Neurology* 2006; 66: 472–6
2. Brass SD et al. Multiple sclerosis vs. acute disseminated encephalomyelitis in childhood. *Pediatr Neurol* 2003; 29: 227–31
3. Coulter A. et al. Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 1999; 318: 318–22
4. Dyment DA. Multiple sclerosis in stepsiblings: recurrence risk and ascertainment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77: 258–9
5. Heesen C. et al. Decisional role preferences, risk knowledge and information interests in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2004; 10: 643–50
6. Ganzini L et al. Ten myths about decision-making capacity. *J Am Med Dir Assoc* 2005; 6 (Suppl. 3): S100–4
7. Ghezzi A et al. Prospective study of multiple sclerosis with early onset. *Multiple Sclerosis* 2002; 8: 115–8
8. Ghezzi A. Clinical characteristics of multiple sclerosis with early onset. *Neurol Sci* 2004; 25: S336–9
9. Goldacre MJ et al. Risk of multiple sclerosis after head injury: record linkage study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77: 351–3
10. Hahn CD et al. MRI criteria for multiple sclerosis. *Neurology* 2004; 62: 806–8
11. Kennedy J et al. Age at onset of multiple sclerosis may be influenced by place of residence during childhood rather than ancestry. *Neuroepidemiology* 2006; 26: 162–7
12. McCabe MA. Involving children and adolescents in medical decision making: developmental and clinical considerations. *J Pediatr Psychol* 1996; 21: 505–16
13. Mikaeloff Y et al. First episode of acute CNS inflammatory demyelination in childhood: prognostic factors for multiple sclerosis and disability. *J Pediatr* 2004; 144: 246–52
14. Milanese C et al. A post-marketing study on interferon β 1b and 1a treatment in relapsing-remitting multiple sclerosis: different response in drop-outs and treated patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 1689–92
15. Poser CM. The multiple sclerosis trait and the development of multiple sclerosis: Genetic vulnerability and environmental effect. *Clin Neurol Neurosurg* 2006; 108: 227–33
16. Ruggieri M et al. Multiple sclerosis in children under 10 years of age. *Neurol Sci* 2004; 25: S326–35
17. Say RE et al. The importance of patient preferences in treatment decisions – challenges for doctors. *BMJ* 2003; 327: 512–5
18. Simone IL et al. Course and prognosis in early onset MS. Comparison with adult-onset forms. *Neurology* 2002; 59: 1922–8
19. Triulzi F. Neuroimaging of multiple sclerosis in children. *Neurol Sci* 2004; 25 (Suppl. 4): S340–3
20. Willer CJ et al. Twin concordance and sibling recurrence rates in multiple sclerosis. *PNAS* 2003; 100: 12877–82
21. Willer CJ et al. Timing of birth and risk of multiple sclerosis: population based study. *BMJ* 2005; 330: 120



Psychiatrische Kasuistik

Vorsicht Pflanze!

Anamnese

Eine 63-jährige Patientin stellt sich mit akut aufgetretener Atemnot, thorakalem Schmerz, Tachykardie und Beklemmungsgefühl in der Ersten Hilfe vor. Eigenanamnestisch sind rezidivierende depressive Episoden sowie eine tiefe Beinvenenthrombose bekannt. Seit Auftreten der Thrombose erfolge eine orale Antikoagulation mit Phenprocoumon, die „International Normalized Ratio“ (INR) sei regelmäßig kontrolliert worden und habe auch bei der letzten Kontrolle vor drei Wochen im Zielbereich gelegen.

Medikamentenanamnese: Die Patientin nimmt regelmäßig täglich drei Tabletten eines Johanniskrautpräparates ein, an dessen Namen sie sich jedoch nicht erinnert. Bis zehn Tage vor Aufnahme habe sie auch noch (ebenfalls drei Tabletten) ein anderes Johanniskrautpräparat eingenommen.

Befund

Labor: auffällig sind vor allem ein INR-Wert von 1,7 und erhöhte D-Dimere (= Fibrinspaltprodukte).

High-Resolution Spiral-CT: Nachweis einer Lungenembolie.

Verlauf

Nach abgeschlossener internistischer Behandlung wird die Patientin wegen einer depressiven Episode in die psychiatrische Abteilung übernommen.

Dr. med. Carsten Urbanek

Dr. med. Maria C. Jockers-Scherübl

Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Benjamin Franklin,
Eschenallee 3, 14050 Berlin,
E-Mail: carsten.urbanek@charite.de



Fragen

1. Welche(r) Inhaltsstoff(e) von Johanniskraut ist/sind für die antidepressive Wirkung (mit-)verantwortlich?

- a) Hypericin
- b) Hyperforin
- c) Flavinoide
- d) Hypericin und Hyperforin
- e) Hypericin, Hyperforin und Flavinoide

2. Welche Erklärung ist am wahrscheinlichsten für die zuletzt offensichtlich unzureichende Antikoagulation?

- a) Interaktion von Johanniskraut mit Phenprocoumon
- b) andere Zusammensetzung des neuen Johanniskrautpräparates
- c) altersbedingte Wirkungsabschwächung der oralen Antikoagulation
- d) Antworten a und b sind richtig.
- e) Antworten a und c sind richtig.

3. Welches Antidepressivum sollte bei der gleichzeitigen Gabe von Phenprocoumon ebenfalls vermieden werden?

- a) Citalopram
- b) Duloxetin
- c) Fluvoxamin
- d) Mirtazapin
- e) Venlafaxin



4. Bei welcher Medikation ist nicht mit Wechselwirkungen durch Johanniskraut zu rechnen?

- a) Cyclosporin
- b) Digoxin
- c) Insulin
- d) orale Kontrazeptiva
- e) Simvastatin





Lösung zur psychiatrischen Kasuistik

1e; 2d; 3c; 4c

zu 1: Wahrscheinlich sind sowohl Hypericin und Hyperforin als auch Flavinoide für die antidepressive Wirkung von Johanniskraut verantwortlich [1].

zu 2: Klinisch relevante Interaktionen zwischen Johanniskrautpräparaten und anderen Medikamenten sind zahlreich dokumentiert [2]. Unter anderem wurden auch reduzierte Phenprocoumon-Spiegel unter gleichzeitiger Einnahme von Johanniskraut festgestellt [3]. Da wahrscheinlich vor allem Hyperforin für die wichtigste Interaktion, die Induktion von Cytochrom P 450 3A4, verantwortlich ist [4] und der Hyperforin-Anteil der auf dem Markt befindlichen Präparate sehr variabel ist, kann ein Präparatewechsel (oder sogar auch eine „natürliche“ Schwankung bei der Produktion eines Präparates) zu einem geänderten Wechselwirkungsprofil führen. In den letzten Jahren hat sich der Hyperforin-Anteil der Präparate tendenziell erhöht (bis auf das 25-fache) [5]. Altersbedingt würde man allenfalls eine Zunahme der Wirkung von Phenprocoumon erwarten [6].

zu 3: Fluvoxamin führt zu einer Hemmung der Aktivität von Cytochrom P450 3A4 und sollte deswegen nicht mit Phenprocoumon kombiniert werden [7]. Wichtiger noch ist aber die durch Fluvoxamin verursachte Inhibition von Cytochrom P450 1A2, die zum Beispiel bei gleichzeitiger Gabe von Tizanidin [8] oder Clozapin [9] berücksichtigt werden muss.

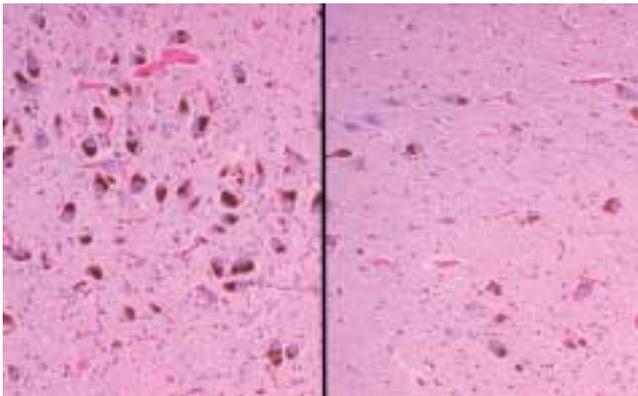
zu 4: Für Insulin wurden bisher keine Wechselwirkungen mit Johanniskraut beschrieben. Außer bei den genannten Substanzen sind relevante pharmakokinetische Interaktionen unter anderem mit Antihistaminika, Benzodiazepinen, Carbamazepin, Ketoconazol, Makrolidantibiotika, Nifedipin, Proteaseinhibitoren und Theophyllin zu erwarten [5, 10]. Darüber hinaus sind pharmakodynamische Nebenwirkungen vor allem in Verbindung mit zentralnervös wirksamen Substanzen aufgetreten [11].

Literatur

1. Butterweck V, Nahrstedt A. Was ist bekannt über Johanniskraut? Phytochemie und Pharmakologie. *Pharm Unserer Zeit*. 2003; 32 (3): 212–9
2. Mills E, Montori VM, Wu P, Gallicano K, Clarke M, Guyatt G. Interaction of St John's wort with conventional drugs: systematic review of clinical trials. *BMJ*. 2004; 329 (7456): 27–30
3. Zhou S, Chan E, Pan SQ, Huang M, Lee EJ. Pharmacokinetic interactions of drugs with St John's wort. *J Psychopharmacol*. 2004; 18 (2): 262–76
4. Moore LB, Goodwin B, Jones SA, Wisely GB, Serabjit-Singh CJ, Willson TM, Collins JL, Klier SA. St. John's wort induces hepatic drug metabolism through activation of the pregnane X receptor. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2000; 97 (13): 7500–2
5. Madabushi R, Frank B, Drewelow B, Derendorf H, Butterweck V. Hyperforin in St. John's wort drug interactions. *Eur J Clin Pharmacol*. 2006; 62 (3): 225–33
6. Russmann S, Gohlke-Barwolf C, Jahnchen E, Trenk D, Roskamm H. Age-dependent differences in the anticoagulant effect of phenprocoumon in patients after heart valve surgery. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997; 52 (1): 31–5
7. Nemeroff CB, DeVane CL, Pollock BG. Newer antidepressants and the cytochrome P450 system. *Am J Psychiatry*. 1996; 153 (3): 311–20
8. Granfors MT, Backman JT, Neuvonen M, Ahonen J, Neuvonen PJ. Fluvoxamine drastically increases concentrations and effects of tizanidine: a potentially hazardous interaction. *Clin Pharmacol Ther*. 2004; 75 (4): 331–4
9. Taylor D. Pharmacokinetic interactions involving clozapine. *Br J Psychiatry*. 1997; 171: 109–12
10. Hammerness P, Basch E, Ulbricht C, Barrette EP, Foppa I, Basch S, Bent S, Boon H, Ernst E. St John's wort: a systematic review of adverse effects and drug interactions for the consultation psychiatrist. *Psychosomatics*. 2003; 44(4): 271–82
11. Johne A, Roots I. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und -interaktionen. Woran sollte man denken bei der Gabe von Johanniskrautpräparaten? *Pharm Unserer Zeit*. 2003; 32 (3): 242–6

Parkinson-Initialtherapie: Kosteneffektivität von Pramipexol steigt mit zunehmender Behandlungsdauer

Chronische Erkrankungen wie Morbus Parkinson erfordern eine langfristige Pharmakotherapie. Der Kostendruck im Gesundheitswesen macht gerade für solche Erkrankungen pharmakoökonomische Berechnungen immer wichtiger. Jetzt wurde eine entsprechende Studie zur Langzeitbehandlung mit dem Dopaminagonisten Pramipexol durchgeführt.



Links: normale Anzahl an Neuronen in der Substantia nigra, pigmentiert. Rechts: Verlust der Neuronen und der Pigmentierung bei Morbus Parkinson.

Dopaminagonisten wie Pramipexol werden heute vermehrt in der initialen Therapie von Parkinson-Patienten eingesetzt, unter anderem um die L-Dopa-Gabe mit ihren langfristigen Komplikationen hinauszuzögern. Da die neuen Medikamente aber noch patentgeschützt sind, ist eine Behandlung mit ihnen, zumindest wie kurzfristige Analysen (z. B. über zwei Jahre) zeigen, teurer als mit L-Dopa.

Da die Vorteile der Dopaminagonisten wie beispielsweise das verzögerte Eintreten von Dyskinesien erst nach einiger Zeit sichtbar werden, wurde nun eine längerfristig angelegte randomisierte Vier-Jahres-Vergleichsstudie zur Kosteneffektivität mit Pramipexol und L-Dopa zur Parkinson-Initialtherapie durchgeführt. In die pharmakoökonomische Analyse flossen Kosten für die Gesundheitsversorgung der Patienten sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein. Zusätzlich wurden die Quality adjusted life years (QALYs) berechnet – ein QALY entspricht einem Jahr, das in vollständiger Gesundheit verbracht wird.

Im Vergleich zu einer L-Dopa-Initialtherapie ergab sich unter Pramipexol ein Gewinn an QALYs von 0,155 bei höheren Kosten von 6691 US-\$. Für das

inkrementelle Kosten-Nutzen-Verhältnis errechneten sich daraus 42.989 US-\$ pro QALY. Damit war die Kosteneffektivität von Pramipexol über den 4-Jahreszeitraum besser als über einen Zweijahreszeitraum. Dies dürfte vor allem auf die größeren Zuwächse bei den QALYs in den Behandlungsjahren drei und vier zurückzuführen sein.

Neuroprotektion nach Apoplex mit Antioxidans NXY-059

Für Patienten nach Schlaganfall konnte bisher wenig getan werden, um einer späteren Behinderung vorzubeugen. Schon länger wurde in diesem Zusammenhang der Therapieansatz einer Neuroprotektion von Hirngewebe verfolgt. In einer ersten Studie mit dem Antioxidans NXY-059 wurde das Outcome nach Schlaganfall im klinischen Einsatz überprüft, nachdem es sich bereits im Tierversuch als neuroprotektiv erwiesen hatte.

Die multizentrische SAINT I-Studie (Stroke-Acute Ischemic NXY Treatment) zur Neuroprotektion nach akutem Schlaganfall umfasste 1.722 Patienten, die randomisiert und doppelblind innerhalb der ersten sechs Stunden nach Einsetzen der Symptomatik entweder über 72 Stunden das Antioxidans NXY-059 oder Placebo erhielten. Primäres Zielkri-

terium war der Behinderungsgrad nach 90 Tagen, ermittelt anhand der „Modified-Rankin-Scale“, die viele Aspekte der Schlaganfallfolgen im täglichen Leben der Patienten erfasst. Bei den 1.699 Patienten aus der Wirksamkeitsanalyse war die Score-Verbesserung unter dem Antioxidans signifikant höher als nach Placebo ($p = 0,038$).

Als Ursachen kommen eine Verzögerung von dopaminergen Komplikationen, aber auch langfristige Verbesserungen der depressiven Stimmungslage durch Pramipexol in Frage. Dies zeigte sich deutlich in einer Subgruppenanalyse, bei der die QALY-Zunahme durch den Dopaminagonisten bei Parkinson-Patienten mit Depressionen besonders hoch war. Bei diesen Patienten fällt dementsprechend die Kosteneffektivität von Pramipexol überdurchschnittlich gut aus.

Fazit: Die Kosteneffektivität für die Initialtherapie mit dem Dopaminagonisten Pramipexol im Vergleich zu L-Dopa wird bei Betrachtung über einen langfristigen Zeitraum (z. B. von vier Jahren) zunehmend besser. Besonders günstig sehen die Berechnungen für Patienten mit zusätzlichen Depressionen sowie bei Patienten mit einer niedrigen gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu Behandlungsbeginn aus. **bk**

Noyes K et al. Pramipexole and levodopa in early Parkinson's disease. *Pharmacoeconomics* 2005; 23: 1257–70



Die Odds ratio für eine Gesamtverbesserung aller abgefragten Kategorien betrug 1,20. Die Mortalitäts- und Nebenwirkungsraten waren in beiden Gruppen vergleichbar, ebenso der neurologische Funktionsstatus (gemessen mit dem National Institutes of Health-Stroke-Scale, NIHSS, und dem Barthel-Index).

Jedoch ergab sich in einer post hoc durchgeführten Analyse bei den mit dem Thrombolytikum Alteplase behandelten Patienten eine niedrigere Inzidenz für eine hämorrhagische Transformation ($p = 0,001$) sowie für eine symptomatische intrakranielle Blutung ($p = 0,036$).

Fazit: Die antioxidativ wirksame Substanz NXY-059, appliziert innerhalb von

sechs Stunden nach Auftreten der Symptomatik, verbesserte den Behinderungsgrad von Patienten mit akutem Schlaganfall im Vergleich zu Placebo signifikant. Unterschiede beim neurologischen Funktionsstatus (erfasst mit NIHSS und Barthel-Index) ergaben sich dagegen nicht. Dass NXY-059 die Rate an intrakraniellen Blutungen bei zusätzlich thrombolytisch behandelten Patienten reduzieren konnte, spricht für einen antioxidativ-protektiven Effekt auf die Endothelzellen und liefert damit Argumente für die weitere Untersuchungen neuroprotektiver Therapieansätze bei Schlaganfall. **bk**

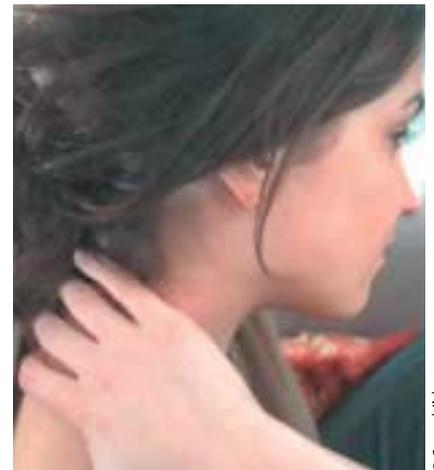
Lees KR et al. NXY-059 for acute ischemic stroke. **N Engl J Med** 2006; 354: 588–600

Elektrotherapie bei Nackenschmerzen nutzlos

Ein Cochrane Review hat den Nutzen von elektrotherapeutischen Verfahren bei Nackenschmerzen überprüft – mit ernüchterndem Ergebnis.

Zur Elektrotherapie bei Nackenschmerzen fanden sich insgesamt 14 qualitativ hochwertige Studien. Demnach scheint die Behandlung mit gepulsten elektromagnetischen Feldern lediglich kurzlebige Effekte auf den Schmerz zu haben. Für alle anderen elektrotherapeutischen Maßnahmen, zum Beispiel galvanischer oder diadynamischer Strom, Iontophorese oder TENS, ist die Datengrundlage nicht einmal ansatzweise überzeugend. Die Autoren ziehen den Schluss, dass der Wirksamkeitsnachweis der Elektrotherapie bei Nackenschmerzen nicht erbracht ist.

Kommentar: Die Elektrotherapie ist in vielerlei Beziehung ein Relikt aus der Vergangenheit. In Deutschland ist sie in physikalischen Abteilungen nach wie vor sehr beliebt. Es war jedoch abzusehen, dass die evidenzbasierte Medizin auch vor der physikalischen Medizin nicht Halt machen wird. In diesem Bereich gibt es Dutzende von Therapieformen, die so gut wie nie ernsthaft hinterfragt wurden. Es ist somit abzusehen, dass eine wissenschaftliche Evaluierung weitere

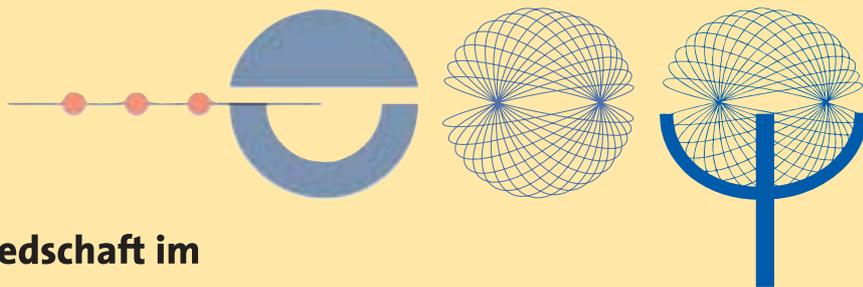


© Superbild

Die Studienlage zur Elektrotherapie ist mangelhaft und widersprüchlich.

Überraschungen bringen wird. Letztlich kann das nur gut sein. **E. Ernst**

P. Kroeling, A. R. Gross, C. H. Goldsmith; Cervical Overview Group. A Cochrane review of electrotherapy for mechanical neck disorders. **Cochrane Spine**. 2005 Nov 1;30(21):E641–8.



Das bietet Ihnen die Mitgliedschaft im

BVDN, BDN, BVDP

BVDN-Abrechnungskommentare kostenlos

Die Autoren G. Carl, A. Zacher und P. C. Vogel aus dem Landesverband Bayern haben die Reihe der Abrechnungskommentare für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie erweitert. Die Kommentare werden ausschließlich an BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder abgegeben.



- Wirtschaftliche Praxisführung für Nervenärzte (1. Auflage – 11/2000)
- GOÄ-Abrechnungskommentar (3. Auflage – 2/2002)
- Richtgrößen, Arzneimittelrichtlinien (2. Auflage – 2/2004)
- Mitgliederverzeichnis BVDN/BDN/BVDP (Juni 2004)
- Gutachten – andere Auftraggeber – Abrechnungskommentar (3. Auflage – 12/2005)
- Abrechnungskommentar EBM 2000plus Neurologie – Psychiatrie – Psychotherapie (1. Auflage – 2005)
- IGeL-Katalog Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie: offizielle Empfehlung des BVDN zur Abrechnung von IGeL

BVDN-Fax-Abruf kostenlos

BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder können die Fax-Abruf-Funktion des Berufsverbandes nutzen:

- Rechtsanwaltsliste für Sozialgerichtsverfahren
- Kostenerstattung, Textvorschlag für die Patienteninformation und vertragliche Erstattungsvereinbarung
- EBM/GOÄ-Umrechnungstabelle für Erstattungsverfahren
- IGeL, BVDN-Empfehlung
- Heimmonitor für PLM + RLS
- Sonderkonditionen für: Dopplergeräte, Einmal-EMG-Nadeln, Digital EEG-Gerät, Bright-Light-Gerät, EMG/EP-Gerät.

Das BVDN-Abruf-Fax steht nur Mitgliedern zur Verfügung. Die Abruf-Fax-Nummern werden den BVDN/BDN/BVDP-Mitgliedern im NEUROTRANSMITTER-Telegramm exklusiv mitgeteilt.

BVDN-Ketten-Fax „Nerfax“ kostenlos

Derzeit sind etwa 1.000 BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder, die sich gemeldet haben, angeschlossen. Es werden aktuellste berufspolitische Informationen weitergegeben, außerdem Praxis- und Wirtschaftlichkeitstipps.

Prämienbegünstigte Versicherungen

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

NEUROTRANSMITTER kostenlos

Der NEUROTRANSMITTER wird regelmäßig (elfmal im Jahr, monatlich mit einer Doppelnummer) kostenfrei an alle BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder versendet. Nichtmitglieder erhalten den NEUROTRANSMITTER unregelmäßig über den so genannten Streuversand. Nichtmitglieder können den NEUROTRANSMITTER abonnieren.

NEUROTRANSMITTER-Telegramm kostenlos

Das NEUROTRANSMITTER-Telegramm wird über die Geschäftsstelle exklusiv nur an BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder versendet. Darin erscheinen insbesondere aktuelle und wichtige honorarpolitische Beiträge.

Jahresabonnement anderer wissenschaftlicher Fachzeitschriften kostenlos

BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder können eine der folgenden Fachzeitschriften des Thieme Verlags auswählen:

- Fortschritte Neurologie/Psychiatrie
- Aktuelle Neurologie
- Psychiatrische Praxis
- Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG
- PPM – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie
- Die Rehabilitation
- Psychotherapie im Dialog
- Balint-Journal

Jahresabonnement im Mitgliedsbeitrag enthalten. Änderungswünsche sind bitte der BVDN/BDN/BVDP-Geschäftsstelle in Neuss mitzuteilen.

Sie wollen jetzt Mitglied werden?

Rechts finden Sie das Beitrittsformular, das Sie einfach nur ausfüllen und an die Geschäftsstelle in Neuss faxen müssen.

Ich will Mitglied werden!

An die Geschäftsstelle Neuss, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Fax (0 21 31) 2 20 99 22

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 200–400 EUR, je nach Landesverband).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 260 EUR für Fachärzte an Kliniken).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN –** zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Niedergelassene/Fachärzte an Kliniken).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN –** zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP –** zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 590 EUR.

Zusatztitel oder -qualifikation (z. B. Psychotherapie, Sonografie): _____

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

- Ich bin
- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niedergelassen | <input type="checkbox"/> in der Klinik tätig | <input type="checkbox"/> Chefarzt | <input type="checkbox"/> Facharzt |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent | <input type="checkbox"/> Neurologe | <input type="checkbox"/> Nervenarzt | <input type="checkbox"/> Psychiater |
| <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____ | | | |

Ich wünsche den kostenlosen Bezug einer der folgenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften im Wert > 170 EUR/Jahr:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fortschritte Neurologie / Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Aktuelle Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Praxis |
| <input type="checkbox"/> Die Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Psychotherapie im Dialog |
| <input type="checkbox"/> PpMP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie | <input type="checkbox"/> Balint-Journal |

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

Zum Eintritt erhalte ich die BVDN-Abrechnungskommentare (EBM, GOÄ, Gutachten, IGeL, Richtgrößen etc.).

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

– Für den BDN und BVDP obligatorisch –

Hiermit ermächtige ich den BVDN/BDN/BVDP (nicht Zutreffendes ggf. streichen) widerruflich, den von mir zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen.

Konto-Nr.: _____

Geldinstitut: _____ BLZ _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werde ich der Geschäftsstelle des Berufsverbandes mitteilen.

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

BVDN

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender	Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender	Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer	Roland Urban, Berlin
Schatzmeister	Paul Reuther, Bad-Neuenahr-Ahrweiler
Beisitzer	Christa Roth-Sackenheim, Andernach Uwe Meier, Grevenbroich Paul Reuther, Bad-Neuenahr- Ahrweiler

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Süd	W. Becker
Bayern	A. Zacher
Berlin	N. Mönter
Brandenburg	A. Rosenthal
Bremen	U. Dölle
Hamburg	G. Hinz
Hessen	S. Planz-Kuhlendahl
Mecklenburg- Vorpommern	L. Hauk-Westerhoff
Niedersachsen	N. Mayer-Amberg
Nordrhein	A. Brosig
Rheinland-Pfalz	K. Sackenheim
Saarland	F. Jungmann
Sachsen	M. Brehme
Sachsen-Anhalt	D. Klink
Schleswig-Holstein	F. König
Thüringen	K. Tinschert
Westfalen	K. Gorsboth
Württemberg- Baden-Nord	H. Herbst

Geschäftsstelle des BVDN

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

Bankverbindung:

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

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

Cortex GmbH

s. oben Geschäftsstelle BVDN

Gremien des BVDN

SEKTIONEN

Sektion Nervenheilkunde	F. Bergmann
Sektion Neurologie	P. Reuther
Sektion Psychiatrie und Psychotherapie	C. Roth-Sackenheim

ARBEITSKREISE

Neue Medien	K. Sackenheim
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung	Th. Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie	P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie	F. Jungmann
Konsiliarneurologie	S. Diez
Konsiliarpsychiatrie	N. N.
Belegarztwesen Neurologie	J. Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal	K.-O. Sigel
U. E. M. S. – Psychiatrie, EFPT	R. Urban
U. E. M. S. – Neurologie	F. Jungmann
Total-Quality-Projekte	P. Reuther

AUSSCHÜSSE

Akademie für Psychiatrische u. Neurologische Fortbildung	A. Zacher, K. Sackenheim
Ambulante Neurologische Rehabilitation	W. Fries
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie	S. Schreckling
CME (Continuous Medical Education)	P. Reuther, P. Franz, G. Carl, F. Bergmann
Gebührenordnungen	A. Zacher, P. Reuther
Öffentlichkeitsarbeit	G. Carl, F. Bergmann
Neurologie und Psychiatrie	P. Reuther, A. Zacher
Gerontopsychiatrie	F. Bergmann
Psychotherapie	C. Roth-Sackenheim, U. Thamer
Organisation BVDN, Öffentlichkeitsarbeit, Drittmittel	G. Carl, A. Brosig
Weiterbildungsordnung und Leitlinien	P. Reuther, G. Carl, A. Brosig, König (Neurologie), Ch. Vogel, F. Bergmann, G. Carl, A. Brosig (Psychiatrie/Psychotherapie)
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	U. Brickwedde (Psychiatrie), H. Vogel (Neurologie)

REFERATE

Demenz	J. Bohlken
Elektrophysiologie	P. Reuther
Epileptologie	R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall	K.-O. Sigel, H. Vogel
Neurootologie,	
Neuroophthalmologie	M. Freidel
Neuroorthopädie	B. Kügelgen
Neuropsychologie	T. Cramer
Neuroonkologie	W. E. Hofmann, P. Krauseneck
Pharmakotherapie Neurologie	K.-O. Sigel, F. König
Pharmakotherapie Psychiatrie	R. Urban
Prävention Psychiatrie	N. N.
Schlaf	R. Bodenschatz, W. Lünser
Schmerztherapie Neurologie	H. Vogel
Schmerztherapie Psychiatrie	R. Wörz
Suchttherapie	U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie	M. Freidel

BDN

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender	Uwe Meier, Grevenbroich
2. Vorsitzender	Hans-Christoph Diener, Essen
Schriftführer	Harald Masur, Bad Bergzabern
Kassenwart	Karl-Otto Sigel, München
Beisitzer	Frank Bergmann, Aachen Rolf F. Hagenah, Rotenburg Paul Reuther, Bad Neuenahr
Beirat	Curt Beil, Köln Elmar Busch, Kevelaer Andreas Engelhardt, Oldenburg Peter Franz, München Matthias Freidel, Kaltenkirchen Holger Grehl, Erlangen Heinz Herbst, Stuttgart Fritz König, Lübeck Fritjof Reinhardt, Erlangen Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder

Neue Versorgungsstrukturen V und MVZ	U. Meier, P. Reuther
Gebührenordnung GOÄ/EBM	R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl
CME	P. Franz, P. Reuther
Qualitätsmanagement	U. Meier
Risikomanagement	R. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit	Vorstand BDN

Delegierte in Kommissionen der DGN

Kommission Leitlinien	U. Meier
Weiterbildung/ Weiterbildungs-ermächtigung	H. Grehl
Inhaltszahlen/ Qualitätssicherung	F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation	H. Masur
CME	P. Franz, F. Jungmann, P. Reuther
DRG	R. Hagenah

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNR	H. Masur
AG ANR	P. Reuther
BV-ANR	P. Reuther
UEMS	F. Jungmann

BVDP

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende	Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretende Vorsitzende	Christian Vogel, München
Schriftführer	Christian Raida, Köln
Schatzmeister	Gerd Wermke, Homburg/Saar
Beisitzer	Uwe Bannert, Bad Segeberg; Werner Kissling, München; Hans Martens, München

REFERATE

Soziotherapie	S. Schreckling
Sucht	N. N.
Psychotherapie/ Psychoanalyse	H. Martens
Forensik	C. Vogel
Übende Verfahren – Psychotherapie	G. Wermke
Psychiatrie in Europa	G. Wermke
Kontakt BVDP, Gutachterwesen	F. Bergmann
ADHS bei Erwachsenen	J. Krause
PTSD	C. Roth-Sackenheim

Der BVDP wurde 1999 in Leipzig gegründet und löste die Sektion Psychiatrie und Psychotherapie im BVDN ab. Er ist Mitglied in der GFB, der AG fachärztlicher Fortbildungskommissionen, der Ständigen Konferenz ärztlich psychotherapeutischer Verbände und arbeitet im Arbeitskreis zur Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung im Bundesgesundheitsministerium und in den Kompetenznetzen Schizophrenie und Depression mit. Des Weiteren ist er im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KBV vertreten. Der BVDP hat in den letzten beiden Jahren viele Mitglieder gewonnen, was der Tatsache

Rechnung trägt, dass immer weniger Doppelfachärzte „nachwachsen“. Der Jahresmitgliedsbeitrag beläuft sich auf 435 EUR. Der BVDP ist für Niedergelassene und Kliniker offen.

Neben der berufspolitischen Arbeit (Gespräche mit dem BMGS, der KBV, der BÄK sowie anderen berufspolitischen Verbänden) organisiert der BVDP wissenschaftliche Kongresse mit, beispielsweise den DGPPN-Kongress in Berlin.

Dr. Uwe Bannert

Oldesloerstr. 9, 23795 Bad Segeberg,
Tel. (0 45 51) 96 96 61,
Fax (0 45 51) 96 96 69
E-Mail: uwe.bannert@kvsh.de

Dr. Wolfgang Becker

Palmstr. 36, 79539 Lörrach,
Tel. (0 76 21) 29 59,
Fax (0 76 21) 20 17,
E-Mail: becker-hillesheimer@t-online.de

Dr. Curt Beil

Urbacher Weg 31, 51149 Köln,
Tel. (0 22 03) 56 08 88,
Fax (0 22 03) 50 30 65,
E-Mail: curt.beil@netcologne.de

Dr. Frank Bergmann

Theaterplatz 17, 52062 Aachen,
Tel. (02 41) 3 63 30,
Fax (02 41) 40 49 72,
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Dr. Ralf Berkenfeld

Hochstr. 22, 47506 Neukirchen-Vluyn,
Tel. (0 28 45) 3 26 27,
Fax (0 28 45) 3 28 78,
E-Mail: berkenfeld@t-online.de

Prof. Dr. Peter-Dirk Berlit

Alfried-Krupp-Krankenhaus, 45131 Essen,
Tel. (02 01) 4 34 25 27,
Fax (02 01) 4 34 23 77,
E-Mail: berlit@ispro.de

Dr. Ralf Bodenschatz

Hainische Str. 4-6, 09648 Mittweida,
Tel. (0 37 27) 94 18 11,
Fax (0 37 27) 94 18 13,
E-Mail: rbodenschatz@t-online.de

Dr. Jens Bohlken

Klosterstr. 34/35, 13581 Berlin,
Tel. (0 30) 33 29 00 00,
Fax (0 30) 33 29 00 17,
E-Mail: dr.j.bohlken@gmx.net

Prof. Dr. Thomas Brandt

Marchioninstr. 15, 81377 München,
Tel. (0 89) 70 95-25 70/1,
Fax (0 89) 70 95-88 83,
E-Mail: tbrandt@brain.nefo.med.uni-muenchen.de

Dr. Mathias Brehme

Hauptstr. 8, 04416 Markkleeberg,
Tel. (03 41) 3 58 67 09,
Fax (03 41) 3 58 67 26,
E-Mail: dr.med.brehme@t-online.de

Dr. Arne Brosig

Röntgenstr. 9-15, 41515 Grevenbroich,
Tel. (0 21 81) 2 33 99 33,
Fax (0 21 81) 2 33 99 11,
E-Mail: brosig@nervenpraxis.de

PD Dr. Elmar Busch

Basilikastr. 55, 47623 Kevelaer,
Te. (0 28 32) 10 14 01, Fax (0 28 32) 10 14 06
E-Mail: e.busch@marienhospital-kevelaer.de

Dr. Bernhard Bühler

P 7, 1 Innenstadt, 68161 Mannheim,
Tel. (06 21) 12 02 70,
Fax (06 21) 1 20 27 27,
E-Mail: bernhard.buehler@t-online.de

Prof. Dr. Otto Busse

Friedrichstr. 17, 32427 Minden,
Tel. (05 71) 8 01 35 00,
Fax (05 71) 8 01 35 04,
E-Mail: Busse-Minden@dgn.org

Dr. Gunther Carl

Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel. (0 93 21) 53 55,
Fax (0 93 21) 89 30,
E-Mail: carlg@t-online.de

Prof. Dr. Hans-Christoph Diener

Universitätsklinikum Essen,
Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Prof. Dr. Marianne Dieterich

Johannes-Gutenberg-Universität Mainz,
55105 Mainz, Tel. (0 61 31) 17 71 51,
Fax (0 61 31) 17 56 97

Dr. Stefan Diez

Eduard-Conz-Str. 11, 75365 Calw,
Tel. (0 70 51) 16 78 88,
Fax (0 70 51) 16 78 89,
E-Mail: stefan.diez@t-online.de

Dr. Ulrich Dölle

Leher Heerstr. 18, 28359 Bremen,
Tel. (04 21) 23 78 78,
Fax (04 21) 2 43 87 96,
E-Mail: u.doelle@t-online.de

Dr. Reinhard Ehret

Ahornstr. 20, 12163 Berlin,
Tel. (0 30) 7 90 88 50,
Fax (0 30) 79 08 85 99,
E-Mail: dr.ehret@neurologie-berlin.de

Dr. Joachim Elbrächter

Marktallee 8, 48165 Münster,
Tel. (0 25 01) 48 22/48 21,
Fax (0 25 01) 1 65 36,
E-Mail: elbraechter@t-online.de

Dr. Günther Endrass

Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt,
Tel. (0 63 59) 9 34 80,
Fax (0 63 59) 93 48 15

Prof. Dr. Andreas Engelhardt

Evangelisches Krankenhaus,
Marienstr. 11, 26121 Oldenburg,
Tel. (04 41) 23 64 14,
Fax (04 41) 24 87 84,
E-Mail: andreas.engelhardt@nwn.de

Prof. Dr. Dipl. Psych. A. Ferbert

Mönchebergstr. 41-43, 34125 Kassel,
Tel. (05 61) 9 80-30 90,
Fax (05 61) 9 80-69 79,
E-Mail: ferbert@klinikum-kassel.de

Dr. Peter Franz

Ingolstädter Str. 166, 80939 München,
Tel. (0 89) 3 11 71 11, Fax (0 89) 3 16 33 64,
E-Mail: pkfranz@aol.com

Dr. Matthias Freidel

Brauerstr. 1-3, 24568 Kaltenkirchen,
Tel. (0 41 91) 84 86,
Fax (0 41 91) 8 90 27,
E-Mail: mfreidel@t-online.de

Prof. Dr. Wolfgang Fries

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

Dr. Horst Fröhlich

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

Dr. Peter Frommelt

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

Dr. Holger Grehl

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

Dr. Klaus Gorsboth

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

Dr. Burkhard Gülsdorff

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

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah

Appelhorn 12, 27356 Rotenburg (Wümme),
Tel. (0 42 61) 80 08,
Fax (0 42 61) 8 40 01 18,
E-Mail: rhagenah@web.de

Dr. Liane Hauk-Westerhoff

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

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

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

Dr. Guntram Hinz

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

Dr. Werner E. Hofmann

Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg,
Tel. (0 60 21) 44 98 60,
Fax (0 60 21) 44 98 62 44

Dr. Ulrich Hutschenreuter

Am Dudoplatz 1, 66125 Saarbrücken,
Tel. (0 68 97) 76 81 43,
Fax (0 68 97) 76 81 81,
E-Mail: U.Hutschenreuter@t-online.de

Dr. Friedhelm Jungmann

Bahnhofstr. 36, 66111 Saarbrücken,
Tel. (06 81) 3 10 93/4,
Fax (06 81) 3 80 32,
E-Mail: mail@dr-jungmann.de

Dr. Werner Kissling

Centrum für Disease Management,
Psychiatrische Klinik der TU München,
Möhlstr. 26, 81675 München,
Tel. (0 89) 41 40 42 07,
E-Mail: w.kissling@lrz.tum.de

Dr. Dagmar Klink

Marktstr. 14, 38889 Blankenburg,
Tel. (0 39 44) 26 47,
Fax (0 39 44) 98 07 35,
E-Mail: jürgen.klink@gmx.net

Dr. Jürgen Kohler

Cornelia Passage 8, 79312 Emmendingen,
Tel. (0 76 41) 20 69, Fax (0 76 41) 9 30 87 77,
E-Mail: juerkohler@aol.com

Prof. Dr. Hans W. Kölmel

Nordhäuserstr. 74, 99089 Erfurt,
Tel. (03 61) 7 81 21 31, Fax (03 61) 7 81 21 32,
E-Mail: neu@erfurt.helios-Kliniken.de

Dr. Fritz König

Sandstr. 18–22, 23552 Lübeck,
Tel. (04 51) 7 14 41, Fax (04 51) 7 06 02 82,
E-Mail: info@neurologie-koenig-luebeck.de

Dr. Johanna Krause

Schillerstr. 11a, 85521 Ottobrunn,
E-Mail: drjkr@yaho.com

Prof. Dr. Peter Krauseneck

Neurologische Klinik Bamberg,
Bügerstr. 80, 96049 Bamberg,
Tel. (09 51) 5033601, Fax (09 51) 5 03 36 05,
E-Mail: BAS2BA01@urz.uni-bamberg.de

Dr. Thomas Krichenbauer

Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel. (0 93 21) 53 55, Fax (0 93 21) 89 30,
E-Mail: krichi@web.de

Dr. Bernhard Kügelgen

Postfach 20 09 22, 56012 Koblenz,
Tel. (02 61) 3 03 30-0,
Fax (02 61) 3 03 30-33

Dr. Andreas Link

Alter Bremer Weg 14, 29223 Celle,
Tel. (0 51 41) 33 00 00,
Fax (0 51 41) 88 97 15,
E-Mail: neurolink@t-online.de

Dr. Wolfhard Lünser

Werler Str. 66, 59065 Hamm,
Tel. (0 23 81) 2 69 59,
Fax (0 23 81) 98 39 08,
E-Mail: Luenser.Hamm@t-online.de

Dr. Hans Martens

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

Prof. Dr. Harald Masur

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

Dr. Norbert Mayer-Amberg

Bödekerstr. 73, 30161 Hannover,
Tel. (05 11) 66 70 34,
Fax (05 11) 62 15 74

Dr. Uwe Meier

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

Dr. Norbert Mönter

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

Dr. Klaus-Ulrich Oehler

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

Prof. Dr. Wolfgang H. Oertel

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

Dr. Rolf Peters

Römerstr. 10, 52428 Jülich,
Tel. (0 24 61) 5 38 53, Fax (0 24 61) 5 40 90,
E-Mail: dr.rolf.peters@t-online.de

Dr. Volker Pfaffenrath

Leopoldstr. 59, 80802 München,
Tel. (0 89) 33 40 03, Fax (0 89) 33 29 42

Dr. Sigrid Planz-Kuhlendahl

Aliceplatz 7, 63065 Offenbach,
Tel. (0 69) 8 00 14 13, Fax (0 69) 8 00 35 12,
E-Mail: Planz-Kuhlendahl@t-online.de

Dr. Christian Raida

Urbacher Weg 31, 51149 Köln,
Tel. (0 22 03) 5 60 888, Fax (0 22 03) 50 30 65,
E-Mail: c.raida@t-online.de

Prof. Dr. Fritjof Reinhardt

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

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

ANR Ahrweiler, Schülzchenstr. 10,
53474 Bad-Neuenahr-Ahrweiler,
Tel. (0 26 41) 9 80 40, Fax (0 26 41) 98 04 44,
E-Mail: preuther@rz-online.de

Dipl. med. Anette Rosenthal

Auguststr. 24a, 16303 Schwedt,
Tel. (0 33 32) 2 54 40, Fax (0 33 32) 25 44 14
E-Mail: anette.rosenthal@nervenarzt-online.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim

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

Dr. Klaus Sackenheim

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

Dr. Manfred Salaschek

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

Prof. Dr. Günther Schwendemann

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

Dr. Karl-Otto Sigel

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

Dr. Ulrich Thamer

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

Dr. Konstanze Tinschert

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

Dr. Siegfried R. Treichel

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

Dr. Frank Unger

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

Dr. Roland Urban

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

Dr. P. Christian Vogel

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

Dr. Helga Vogel

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

Prof. Dr. Peter Vogel

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

Prof. Dr. Claus-W. Wallesch

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

Prof. Dr. Frank Welter

Hardtwaldklinik I,
Hardtstr. 31, 34596 Bad Zwesten,
Tel. (0 56 26) 8 79 20, Fax
(0 56 26) 8 79 21

Dr. Gerd Wermke

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

Prof. Dr. Karl Wessel

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

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

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

PD Dr. Roland Wörz

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

PD Dr. Albert Zacher

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

Vertreter in KV und Ärztekammern

Nervenärzte als Vertreter in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Ärztekammern (ÄK)*

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: Dr. U. Farenkopf	BADEN SÜD Gengenbach	ja	KV	(0 78 03) 98 07 13	(0 78 03) 98 07 14	Neurologie_gengenbach@t-online.de
Dr. R. Sattler	Singen	ja	KV	(0 77 31) 95 99 10	(0 77 31) 95 99 39	dr.adam@web.de
BVDN-Landesverband: Prof. Dr. J. Aschoff	BADEN-WÜRTTEMBERG Ulm	nein	ÄK	(07 31) 6 97 17		
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	ÄK/KV	(06 21) 12 02 70	(06 21) 1 20 27 27	juergen.braun@dgn.de
Dr. L. Braun	Wertheim	nein	ÄK	(0 93 42) 18 77		
Dr. W. Maier-Janson	Ravensburg	ja	KV	(07 51) 36 24 20	(07 51) 3 62 42 17	kontakt@neurologie-ravensburg.de
BVDN-Landesverband: Dr. G. Carl	BAYERN Würzburg	ja	ÄK/KV	(0 93 21) 2 48 26	(0 93 21) 89 30	carlg@t-online.de
Prof. Dr. Th. Grobe	Nürnberg	ja	ÄK	(09 11) 2 29 69	(09 11) 2 05 97 11	
Dr. H. Martens	München	ja	ÄK/KV	(0 89) 2 71 30 37	(0 81 41) 6 35 60	dr.h.martens@gmx.de
Dr. K.-O. Sigel	Unterhaching	ja	ÄK	(0 89) 66 53 91 70	(0 89) 66 53 91 71	dr.sigel@neuropraxis-muenchen.de
BVDN-Landesverband: Dr. G. Benesch	BERLIN Berlin	ja	KV	(0 30) 3 12 37 83	(0 30) 32 76 50 24	dr.g.benesch@t-online.de
Dr. H.-J. Boldt	Berlin	ja	KV	(0 30) 31 86 91 50	(0 30) 3 18 69 15 18	BoldtNA@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. St. Alder	BRANDENBURG Potsdam	ja	ÄK	(03 31) 7 48 72 07	(03 31) 7 48 72 09	
Dr. A. Rosenthal	Teltow	ja	KV	(0 33 28) 30 31 00	(0 33 28) 30 31 01	gerd-juergen.fischer@dgn.de
BVDN-Landesverband: Dr. U. Dölle	BREMEN Bremen	ja	ÄK/KV	(04 21) 66 75 76	(04 21) 66 48 66	steck@ewetel.net
BVDN-Landesverband: Dr. H. Vogel	HAMBURG Hamburg	ja	KV	(0 40) 6 03 71 42	(0 40) 60 95 13 03	info@praxis-vogel.de
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	(0 40) 24 54 64		hans.ramm@gmx.de
BVDN-Landesverband: Dr. B. Ende	HESSEN Buseck	nein	ÄK	(0 64 08) 62 82 8		
Dr. S. Planz-Kuhlendahl	Offenbach	ja	KV	(0 69) 80 01 41 3	(0 69) 80 03 51 2	planz-kuhlendahl@t-online.de
BVDN-Landesverband:	MECKLENBURG-VORPOMMERN			Kein Nervenarzt in der ÄK oder KV!		
BVDN-Landesverband: Dr. J. Beutler	NIEDERSACHSEN Braunschweig	ja	ÄK	(05 31) 33 77 17	(05 31) 33 03 02	joachim@dr-beutler.de
Dr. P. Gensicke	Göttingen	ja	ÄK	(05 51) 38 44 66	(05 51) 48 44 17	peter.gensicke@dgn.de
Dr. J. Schulze	Meppen	ja	ÄK	(0 59 31) 10 10	(0 59 31) 8 96 32	dr.schulte@nervenarztpraxis-meppen.de
BVDN-Landesverband: Dr. F. Bergmann	NORDRHEIN Aachen	ja	KV	(02 41) 3 63 30	(02 41) 40 49 72	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	ÄK/KV	(02 21) 40 20 14	(02 21) 40 57 69	hphausi@AOL.com
Dr. Rolf Peters	Jülich	ja	KV	(0 24 61) 5 38 53	(0 24 61) 5 40 90	dr.rolf.peters@t-online.de
Dr. Birgit Löber-Kraemer	Bonn	nein	KV	(02 28) 22 34 50	(02 28) 22 34 79	
BVDN-Landesverband: Dr. W.-H. von Arnim	RHEINLAND-PFALZ Idar-Oberstein	nein	ÄK	(0 67 81) 66 0		
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	(0 26 32) 9 64 00	(0 26 32) 96 40 96	c@dr-roth-sackenheim.de
Dr. Klaus Sackenheim	Andernach	ja	KV	(0 26 32) 9 64 00	(0 26 32) 96 40 96	bvdn@dr-sackenheim.de
BVDN-Landesverband: Dr. F. Jungmann	SAARLAND Saarbrücken	ja	ÄK/KV	(06 81) 3 10 93	(06 81) 3 80 32	mail@dr-jungmann.de
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	ÄK/KV	(0 68 98) 2 33 44	(0 68 98) 2 33 44	Kajdi@t-online.de
Dr. G. Wermke	Homburg	ja	ÄK	(0 68 41) 9 32 80	(0 68 41) 93 28 17	gerd@praxiswermke.de
BVDN-Landesverband:	SACHSEN			Kein Nervenarzt in der ÄK oder KV!		
BVDN-Landesverband: Dr. H. Deike	SACHSEN-ANHALT Magdeburg	nein	KV	(03 91) 2 52 91 88	(03 91) 5 31 37 76	
BVDN-Landesverband: Dr. U. Bannert	SCHLESWIG-HOLSTEIN Bad Segeberg	ja	ÄK/KV	(0 45 51) 96 96 61	(0 45 51) 96 96 69	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband: Dr. K. Tinschert	THÜRINGEN Jena	ja	KV	(0 36 41) 57 44 44	(0 36 41) 57 44 40	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband: Dr. U. Thamer	WESTFALEN Gelsenkirchen	ja	KV	(02 09) 3 73 56	(02 09) 3 24 18	Thamer.Herten@t-online.de
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	KV	(02 31) 51 50 30	(02 31) 41 11 00	boettger@AOL.com

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



Cuba libre

Trocknender Tabak
in der Provinz
Pinar del Río ...



© M. Roos, München / Valencia

Die Freiheit des Reisenden besteht auf Kuba nicht nur im Genuss eines rumhaltigen Longdrinks, sondern auch darin, den dortigen Alltag und das Leben kennen zu lernen. Die Kubaner gewähren gerne Einblick. Trotz bescheidener Lebensverhältnisse haben sie sich eine freimütige Würde, die sich mit karibischem Frohmut paart, erhalten.

Nur 4.000 „Cohibas Behike“ hat die kubanische Fabrik Altadis im März 2006 auf den Markt gebracht, theoretischer Einzelpreis 375 EUR; die 40er-Kiste – kunstvoll verziert mit Rochenleder, Zedernholz und Ochsenbein – zu saftigen 15.000 EUR.

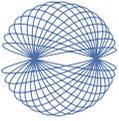
Tabak und Zigarren gehören immer noch zu den Devisenbringern Nummer Eins für Kuba. Und Devisen hat das Land bitter nötig, denn es muss mehr Güter importieren als es exportieren kann. Negative Außenhandelsbilanz

heißt das im Fachjargon. Zu diesen Importgütern zählen Lebensmittel, zum Beispiel auch Fleisch.

Luxusartikel wie „Cohiba Behike“ auf der einen Seite, am Hungertuch nagende Zigarrendreherinnen auf der anderen: Kommt einem dieser Kontrast nicht aus dem ehemaligen Ostblock bekannt vor? Kuba zählt tatsächlich zu den letzten bestehenden sozialistischen Volkswirtschaften. Ein lebendes Fossil sozusagen, das aber gerade deswegen – dieser Hochmut des begüterten Kuba-Reisen-



... und das Endprodukt in Havannas Zigarrenfabrik.



¡Feliz cumpleaños, Fidel!

Fidel Alejandro Castro Ruz darf am 13. August 2006 – so der im Sozialismus ja eigentlich nicht existierende Gott will – seinen 80. Geburtstag feiern. Fidel Castro führt Kuba seit 1959 als Regierungschef und seit 1976 als Staatspräsident. Er war mit der „Bewegung des 26. Juli“ treibende Kraft der kubanischen Revolution gegen den Diktator Batista. Für seine Anhänger und Verteidiger gilt er mit seinem Programm einer sozial gerechteren Umverteilung des gesellschaftlichen Reichtums zugunsten der ärmeren Schichten der Bevölkerung nicht nur in Kuba als Vorreiter der antiimperialistischen Bewegung und der sozialen Revolution in der so genannten „Dritten Welt“ nach dem 2. Weltkrieg. Menschenrechtsorganisationen werfen ihm ein auf seine Person ausgerichtetes, diktatorisches Regime und zahlreiche Menschenrechtsverletzungen vor.

den muss eingestanden werden – einen ganz besonderen Reiz auf den Reisenden ausübt. Tabakblätter, die der Mann mit dem Strohhut am Straßenrand einzeln per Hand zum Trocknen aufhängt. Oldtimer, die vor kulissenhaften Kolonialbauten über die Schlaglöcher der weltberühmten Seepromenade Havannas, über den Malecón, brausen und für ihre Besitzer gar keine Oldtimer, sondern mit äußerster Sorgfalt erhaltene Lebensbegleiter sind. Der Bauer, der seine Bananenernte auf einem Zweirad mit Hilfsmotor und zusammengestückelten Reifenmänneln zum Marktstand des Dorfes bringt.

Soziale Errungenschaften

Trotz der an allen Ecken sichtbaren Armut liegt der Lebensstandard in Kuba laut dem Human Development Index deutlich über dem fast aller lateinamerikanischen Länder und Russlands. Der Inselstaat darf sich im Vergleich zum Rest Lateinamerikas und Teilen der restlichen Welt einer niedrigen Kindersterblichkeitsrate, hoher Lebenserwartung und eines nahezu ausgelöschten Analphabetismus rühmen. Den Stolz darauf merkt man den Kubanern an. Stolz durften

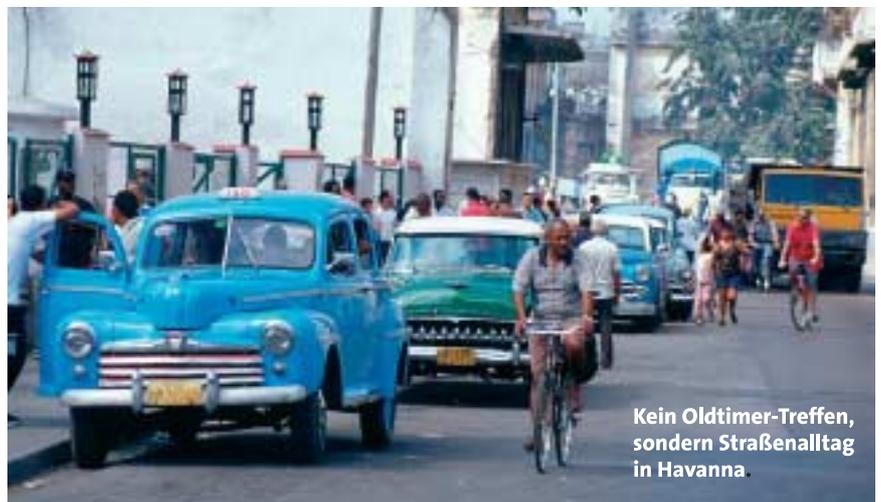
bislang auch diejenigen Einheimischen sein, die trotz hoher Abgaben an den Staat einen kleinen Betrieb rentabel halten konnten. Seit Mitte der 1990er Jahre dürfen Kubaner ihre eigene Pension, Koststube („Paladar“) oder einen Marktstand führen. Damit begannen Devisen direkt in die Tasche der Kubaner zu fließen. Denn der US-Dollar wurde damals als offizielles Zahlungsmittel neben dem kubanischen Peso und neben dem so

genannten konvertiblen Peso zugelassen. Im November 2004 sprach Fidel Castro dann eines seiner markanten Machtworte „Weg mit dem Dollar, her mit dem Peso Convertible“, der bis zu diesem Zeitpunkt ein Schattendasein fristete.

Fidel Castro ist und bleibt sich selbst sein bester Aktivist, wie jüngste Schlaglichter belegen: November 2005: Kontrolleure strömen in die kleinen privaten Märkte und „Paladares“ aus, um (Devisen-)Geld einzutreiben; Dezember 2005: „Sozialarbeiter“ überwachen die Tankstellen, um Diebstahl und Korruption einen Riegel vorzuschieben; Januar 2006: die „Menschenrechte“-Leuchtschrift an der Fassade der US-amerikanischen Interessenvertretung läutet eine neue Runde im stets schwelenden Propaganda-„Kampf“ ein. Metaphorische Leihvokabeln aus der Kriegskunst gehören zu Castros beliebten rhetorischen Wendungen. Aber auch an die Medizin hält er sich gerne und bezeichnet Korruption als „Krebserkrankung“ oder Neureiche als „Parasiten“.

Medizin made in Cuba

Tatsächlich genießt die Medizin in Kuba hohes Ansehen und der Gesundheitstourismus hat sich als wichtiger Wirtschaftszweig entwickelt. Viele Menschen kommen nach Kuba und lassen sich in dafür eigens eingerichteten Kliniken (ohne die oft mangelhafte Ausstattung) kostengünstig behandeln. Darüber hinaus besitzt Kuba eine hoch entwickelte Biotechnologie und hat als erstes Land der Welt Impfstoffe gegen Meningitis und Hepa-



Kein Oldtimer-Treffen, sondern Straßenalltag in Havanna.



Kolonialstil mit karibischem Flair.

Info

Studiosus Reisen bietet außer einer klassischen Studienreise in Kuba auch eine Wander-Studienreise an. Darüber hinaus neu im Programm: „Kuba begegnen“ inklusive zahlreichen Treffen mit Einheimischen.

Informationen:

Tel. (0 89) 5 00 60-7 00; Fax (0 89) 5 00 60-1 00
www.studiosus.com oder in Reisebüros

Literatur-Tipp!

Druckfrisch: Cuba, Reise Know-How, Frank Herbst, 5. Auflage 2006, 17,50 EUR

titis B entwickelt. Eine ebenfalls hoch entwickelte Pharmaindustrie vermarktet weltweit zahlreiche kubanische Patente auf Medikamente.

Geldbringer Nummer Eins, aber mit sinkender Tendenz, ist für Kuba noch immer der Zucker, gefolgt vom Tabak. Wie viele andere Entwicklungsländer baut Kuba zunehmend den Tourismus aus. Bitter, aber wahr: Viele Konsumgüter, Restaurants, Strände und Hotels sind

inzwischen nur noch Touristen vorbehalten. Eine wichtige Stütze der Volkswirtschaft bleiben die umfangreichen Geldsendungen der Exilkubaner. Die Einnahmen daraus sind ungefähr so groß wie die aus dem Tourismussektor. Kein Wunder, leben doch mehr Kubaner außer- als innerhalb Kubas.

Martin Roos,
München/Valencia

Impressum

NEUROTRANSMITTER

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

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

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

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

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

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

Verlagsleitung: Dr. Georg Ralle (Geschäftsführer); Dr. Dirk Einecke, Ulrich Huber

Leitung Verlagsbereich III: Dr. med. Christoph Posch

Redaktion: Dr. rer. nat. Claudia Mäck (cm), Tel. (0 89) 43 72-14 03, Fax (0 89) 43 72-14 00,

E-Mail: maeck@urban-vogel.de; Dr. Nicola Zink (nz); Monika Welzel-Friebe (Chefin vom Dienst)

Assistenz: Tina Spanger (-13 68)

Herstellung: Frank Hartkopf (Leitung, -13 11), Gabi Kellner (Layout)

Medical Communication: Ulrich Huber (Leitung, Anschrift wie Verlag, -13 31); Peter Urban (Anzeigenleitung, verantwortlich, Anschrift wie Verlag, -13 33, E-Mail: urban@urban-vogel.de); Anzeigenpreisliste Nr. 10 vom 1.10.2005

Vertrieb: Frank Niemann (Leitung, -14 11)

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel. (0 62 21) 3 45-43 04, per Fax (0 62 21) 3 45-42 29 sowie auch über das Internet unter http://www.urban-vogel.de und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht drei Monate vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft: 19 EUR. Jahresabonnement: 175 EUR. Für Studenten/AIP: 117 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 19 EUR, Ausland 24 EUR. Für Mitglieder des BVDN, BDN und des BVDP (s.o.) ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Copyright – Allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur Arbeiten und Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung,

Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

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

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

LA-MED
geprüft 2004