7–8/2006 · Juli/August · 17. Jahrgang

www.BVDN.de

NeuroTransmitter

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

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



EBM-Abrechnungstipps

Offene Fragen verlässlich geklärt

- **Integrierte Versorgung in der Psychiatrie**
  Jetzt noch Finanzierung sichern!
- **Cannabismissbrauch in der Jugend**
  Frühzeitig intervenieren
- **Therapieresistenz**
  Depressionen in den Griff bekommen

CME NPP Zertifizierte Fortbildung

NeuroTransmitter 7–8/2006

Verlag URBAN & VOGEL GmbH München

Ach bitte, demonstrieren Sie doch mit!


© Archiv

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

„Aber Sie – Sie waren nicht bei der Demo! Warum denn nur?“

Kürzlich war ich wieder demonstrieren, in München. Rund 20.000 niedergelassenen Ärzte, ein Teil der Krankenhausärzte, Psychotherapeuten, aber auch Zahnärzte und alle anderen Unzufriedenen des Gesundheitsbetriebes waren dazu aufgerufen, die Praxen zu schließen und den Politikern lauthals ihren Protest entgegen zu schleudern. Von den potenziell 40.000 Teilnehmern waren etwa 39.600 zu Hause geblieben. Zum großen Teil bestand die Demo aus Mitgliedern des Marburger-Bundes, Zahnärzten und dem zuverlässigen Rückgrat der ärztlichen Demokultur, vielen Zahnarzthelferinnen, die sich auf der Theresienwiese eingefunden hatten.

Aber Sie – Sie waren nicht bei der Demo! Warum denn nur? Gut, wenn Sie außerhalb Bayerns wohnen, vielleicht in Berlin ein- oder schon mehrmals mitmarschiert sind, dann brauchen Sie sich von mir kein schlechtes Gewissen machen zu lassen. Aber wenn nicht, warum nur verweigern Sie sich?

Nervenärzte sind Eigenbrödler, unsolidarisch, hassen Menschenmassen, könnte man argumentieren. Mag schon sein, aber als Versteh-Berufler will ich schließlich auch meiner eigenen Profession gegenüber Gerechtigkeit walten lassen, deshalb lasse ich nicht nach.

Der Demo-Kick

Vielleicht sind Sie einfach deswegen nicht gekommen, weil Sie noch zu brav sind oder weil Sie sich einfach nicht vorstellen können, was eine solche Demo zu einem regelrechten Event macht. Denn – haben Sie es irgendwo anders schon erlebt, dass Sie zu Hauptverkehrszeiten jegliche Verkehrsregeln mit Füßen treten können und dafür nicht nur nicht bestraft, sondern von einer Polizeieskorte freundlich beschützt werden? Sie kennen wohl noch nicht das Gefühl, auf einer großstädtischen Hauptverkehrsstraße mitten auf dem Autofahrstreifen über Kreuzungen zu trotten, egal ob die Ampel auf rot oder grün steht und dabei hochgemut den fluchenden, stänkernden, im Stau festgehaltenen Autofahrern ins Gesicht zu trotzen? Glauben Sie mir, das ist ein Quäntchen Anarchie, Labsal für die überregulierte Arztseele.

Demonstrieren richtig gemacht

Vielleicht wissen Sie auch nur nicht, wie man sich bei Demos kleidet und welche Utensilien man braucht, um „in“ zu wirken. Hierzu kleine Tipps: Ein Demonstrant sollte einen weißen Arztkittel, den er sich zum Demo-Walking überstreifen kann, auch wenn er sonst keinen trägt, eine Trillerpfeife (bitte keine Bootspfeife, das könnte falsche Vorstellungen über ihre Freizeitaktivitäten wecken) und – ganz wichtig – Ohropax mit sich führen, denn der Lärm, den Sie machen, sollte ohrenbetäubend, aber nicht für Sie selber sein. Wasserflasche und Sonnenbrille (fällt nicht unter das Vermummungsverbot) empfehlen sich in einem Sommer wie diesem. Ein Transparent macht sich mit einem wirklich flotten Spruch wie „Geiz ist geil, Arzt ist weg!“, den ich auf der letzten Demo sah, immer gut. Zu viele Särge auf einmal wirken eher abstoßend. Ich empfehle, sich hier mit anderen abzusprechen. Einer pro 40 Demonstranten reicht. Ob es schon Leihsärge für Demos gibt, weiß ich nicht, sie wären aber jetzt, da auch die Krankenkassenvorsitzenden gegen die Gesundheitsreform demonstrieren wollen, ein zukunftsträchtiges Geschäftsmodell.

Der fortgeschrittene Demonstrant

Als ein Chefprotestler den bereitgestellten LKW bestiegen hatte und mit rauer Stimme einpeitschende Aufrufe in die „Flüstertüte“ krächzte, meinte ein Kollege neben mir anerkennend: „Der muss ein Demagogie-Seminar besucht haben.“ Der Redner, bis dato eher als stilles Wasser bekannt, gab tatsächlich einen überzeugenden Volkstribun. Vielleicht war er ja schon in Princeton bei Prof. J. Fischer – oder unterrichtet der was anderes? Mit einer solchen Qualifikation würden auch Sie sicher schnell zum Oberdemonstranten aufsteigen.

Übrigens: ich bleibe bei der nächsten Demo zuhause. Bitte vertreten Sie mich dort. Schließlich muss auch ich von Zeit zu Zeit meine Praxis aufmachen.

Ihr



3 — **Editorial**

Aus den Verbänden

8 — **Gesundheitspolitische Kurznachrichten**

13 — Gebührenordnungen am laufenden Band

16 — Häusliche psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapie – eine Zwischenbilanz

18 — **EBM-Abrechnungstipps**
Offene Fragen

19 — Zum runden Geburtstag von Gunther Carl

22 — **Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)**
Frühjahrstagung der Sektion Psychiatrie

24 — **Nervenärztliche Unterversorgung in Brandenburg**
„Denk' ich an Deutschland in der Nacht ..."

Beruf aktuell

26 — **Integrierte Versorgung in der Psychiatrie**
Ist der Zug abgefahren?

32 — Ein Behandlungsfall und seine Folgen

39 — Ohne KV weniger Bürokratie, mehr Effizienz und Honorar?

41 — **Interview**
Verlässliche Kombinationen – Interaktionen in der Psychopharmakotherapie

45 — **Offenes Forum**

Ungenügende Transparenz ...

... wirft der BVDN den Krankenkassen bei der Verbreitung neuer Leistungsarten vor. Nach der Soziotherapie gehört seit Juli auch die häusliche psychiatrische Pflege zum Leistungskatalog der GKV. Besonders publik wurden diese Neuerungen jedoch nicht.

16



Ungenutzte Chancen ...

... führten dazu, dass Finanzmittel zur integrierten Versorgung bislang in nur wenige psychiatrische Projekte geflossen sind. Welche Anträge sind jetzt noch praktikabel und sinnvoll, und was muss bei der Beantragung beachtet werden?

26



Verlässliche Kombinationen ...

... von Psychopharmaka liefert nun ein interaktives Kompendium zum Thema Arzneimittelinteraktionen. Über Hintergründe und Pläne berichtet einer der Autoren des elektronischen Nachschlagewerks.

41

Wie Sie uns erreichen

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

Schriftleitung:
PD Dr. med. Albert Zacher,
Tel. (0941) 56172, Fax (0941) 52704,
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Geschäftsstelle

BVDN/BDN/BVDP
Dagmar Differt-Fritz,
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

neu

Die **Adressen** der Funktionsträger und Autoren finden Sie **ab jetzt in neuem Layout in der Mitte der Ausgabe** (S. 81 f.)!

Titelbild

Als einen „Künstler der transzendentalen Intimität" bezeichnen zeitgenössische Kritiker den in Nürnberg arbeitenden Maler Frank Kortan, dessen Malstil an Salvador Dalí erinnert (S. 104 f.).



Fortbildung

46 — **CME: Cannabismissbrauch neuropsychiatrisch beleuchtet**
Alleingelassen in früher Jugend

53 — **CME:** Renaissance der Traumforschung

59 — **CME-Fragebogen**

62 — **Depression**
Therapieresistenz in den Griff bekommen

70 — **Stadiengerechte Therapie der Lyme-Borreliose**
Antibiotika richtig eingesetzt

73 — **Kasuistiken**

Journal

81 — **BVDN/BDN/BVDP**
Service

Psychopathologie in Kunst & Literatur
90 — Müller und Wanderer

98 — **Buch-Tipp**

99 — **Markt & Forschung**

NeuroTransmitter-Galerie
104 — Frank Kortan – ein Nachfolger Dalís malt Kafka

107 — **Termine**

Reisezeit
109 — Mallorca – Paradies für Naturliebhaber und Wanderer

111 — **Impressum**



Präventive ... Maßnahmen

... und frühe Interventionen könnten dazu beitragen, Entwicklungsstörungen und psychische Erkrankungen bei Cannabis-abhängigen Jugendlichen zu vermeiden. Doch derartige Programme sind in Deutschland noch selten – und psychosoziale Folgeschäden die Regel.

46

Fehlender Behandlungserfolg ...

... bei Patienten mit Depressionen kann mehrere Ursachen haben. Wenn die Betroffenen auf verordnete Maßnahmen nicht ausreichend ansprechen, kann mit geeigneten Therapiestrategien dennoch Einiges erreicht werden.

62





Wissbegierige Wanderfreunde ...

... und Radsportler, aufmerksame Vogelkundler und Naturliebhaber – sie alle finden auf Mallorca ihre Nischen. Das hügelige Hinterland der Insel präsentiert sich als ideales Ausgangsziel für vielerlei Erkundungen.

109

Wichtiger Hinweis!

Diese Ausgabe enthält auf S. 78 f. den Kongress Report aktuell *„Probleme werden oft unterschätzt – Videounterstützte Therapie erleichtert Parkinsonpatienten den Alltag“*, auf S. 88 f. den Kongress Report aktuell *„Langzeittherapie der Schizophrenie – Soziale Reintegration als zentrales Therapieziel“* und auf S. 96 f. den Kongress Report aktuell *„Nebenwirkungsarm und evidenzbasiert – Neuer MAO-B-Hemmer in der Parkinsontherapie“*.

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:

- EDV-Anschaffungen – So sparen Sie richtig Steuern!
- Internet-Browser – Wer surft wie?
- Weblogs

Praxisgebühr für jeden Arztbesuch?


© Archiv

Nach Angabe der *Bild*-Zeitung arbeiten Gesundheitsexperten der drei Parteien der großen Koalition an weiteren Einschränkungen und Zuzahlungen für die Patienten:

- Verdoppelung der Zuzahlung bei Medikamenten;
- Verdoppelung der jährlichen Zuzahlungsgrenze von 2% auf 4% vom Brutto-Jahreseinkommen, für chronische Kranke von 1% auf 2%;
- Herausnahme des Zahnersatzes als Kassenleistung (Versicherung zukünftig privat oder über eine Zusatzprämie);
- Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze von 47.250 EUR auf 60.000 EUR pro Jahr;
- Zahlung von Krankenkassenbeiträgen auch auf Mieten, Zinsen, Aktiengewinne und ähnliches;
- keine Abwicklung privater Unfälle mehr von gesetzlichen Krankenkassen;
- private Zusatzbeiträge für Raucher, Übergewichte und Risikosportler.

Kommentar: Die noch stärkere Einbeziehung des Versicherten in die Kostenverantwortung und die Motivation, Gesundheitsressourcen sparsamer in Anspruch zu nehmen, ist begrüßenswert. In diese Richtung gehen die Erhöhung der Zuzahlung, die Ausweitung der prozentualen Zuzahlung bei Medikamenten auch unter dem Minimalbetrag von 5–10 EUR (motiviert Patienten, preiswertere Präparate zu nutzen) und die Einführung einer Praxisgebühr für jeden Arztbesuch. Besonders letzteres ist in den meisten Industrienationen seit längerem üblich. Entscheidend gerade für unsere Fachgruppe ist natürlich die Herausnahme der erhöhten Praxisgebühr für sozial Schwache. Denn es wird immer noch zu oft übersehen, dass von Versicherten umfangreiche Gesundheitsressourcen bei Befindlichkeitsstörungen oder Bagatellerkrankungen abgefordert werden, die durchaus mit „Bordmitteln" zu beseitigen wären. **gc**

akademie athene

Seminarkalender

2. Würzburger Symposium: Kommunikation für Qualität und Sicherheit

Vorträge und Workshops zu folgenden Themen:

- Risiko Kommunikation
- Führen mit Werten
- Risikodialog: Umgang mit der Angst
- Konfliktmanagement
- Coaching
- Kommunikation im OP
- Vermittlung von Qualitäts- und Risikomanagement: kommunikative Nebenaspekte
- Kommunikation im Audit
- Moderation
- Kommunikative Führung
- Risiken richtig vermitteln
- Management by Idiolektik®

Kongressleitung: Dr. med. Horst Poimann

Termin: 3. Oktober 2006, 9.00–18.00 Uhr

Coming together am Vorabend (2.10.2006)

Kosten: 180 EUR
Die Preise verstehen sich inklusive Kursmaterial, Zertifikat und Tagungspauschale.

Veranstaltungsort: Barockhäuser Würzburg

Anmeldung: Athene-Akademie, Gabriele Schuster, Huttenstr. 10, 97072 Würzburg, Telefon 0931-88029396, Fax 0931-88029398, E-Mail: g.schuster@athene-qm.de

Bevölkerungsmehrheit stimmt Reformen zu

Das Meinungsforschungsinstitut TMS Emnid befragte im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) 1.000 Personen. 82% sprachen sich für Reformen aus und 65% sind sogar bereit, dafür auch persönliche Einschränkungen hinzunehmen. 75% wünschen zunächst eine Reform des Arbeitsmarktes, 54% ist das Reformtempo zu langsam und nur 19% erwarten von der großen Koalition eine Verwirklichung grundlegender Reformen. Die Befragten forderten zu 81% mehr Eigenverantwortung, zu 72% mehr Wettbewerb. Solidarität wollen 85%, Innovation 87% und Qualität 89%. Nur 57% sind gegen einen stärkeren staatlichen Einfluss im Gesundheitswesen.

Kommentar: Im Vergleich zu früheren Umfragen werden jetzt stärkere Reformen gefordert, auch wenn die Bevölkerung dadurch Einschränkungen hinnehmen muss. Dies ist auch das Dilemma der Politik. Wider besserer und rechtzeitiger Einsicht können sich Änderungen meist erst dann durchsetzen, wenn es uns bereits schlecht geht. **gc**

Arzneimittelausgaben steigen weiter

Nach Angaben des deutschen Apotheker-Verbandes (DAV) sind im Quartal I/2006 im Vergleich zum Vorjahr die Ausgaben für Arzneimittel wieder um über 10 % gestiegen. In den einzelnen KV-Bereichen sind jedoch sehr unterschiedliche Steigerungsraten zu verzeichnen wie die Tabelle zeigt.

Kommentar: Diesmal liegt der Anstieg der Stadtstaaten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sogar eher niedrig. Auch in den östlichen Bundesländer gibt es vergleichsweise keine exorbitanten Zuwachsraten. Diese Zahlen bedeuten allerdings für uns Kassenärzte, dass das Geld, das für Medikamente ausgegeben wird, nicht mehr für unsere Honorare zur Verfügung stehen kann. Schon seit vielen Jahren ist diese überproportionale Ausgabenentwicklung des Arzneimittelsektors zu beobachten. Es liegt auch in unserem eigenen Interesse, diese Ausgabenanstiege zu bremsen, es ist ein Weg, unsere Honorare zu sichern **gc**

KV	Ausgabenanstieg (v. H.)
Hamburg	+ 6,91
Hessen	+ 7,31
Bremen	+ 8,33
Mecklenburg-Vorpommern	+ 8,91
Thüringen	+ 10,49
Nordrhein	+ 10,50
Bayern	+ 11,36
Berlin	+ 11,95
Niedersachsen	+ 12,18
Westfalen-Lippe	+ 12,21
Saarland	+ 12,36
Brandenburg	+ 12,55
Sachsen-Anhalt	+ 12,97
Baden-Württemberg	+ 12,98
Sachsen	+ 14,16
Schleswig-Holstein	+ 14,18
Rheinland-Pfalz	+ 15,16
Bundesdurchschnitt	**+ 11,73**

Neue Arzneimittel – Zulassung auf Probe?

Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), hat die Diskussion der Zulassung auf Probe eröffnet. Anlass ist die Feststellung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die Verordnung der gegenüber den Standard-Insulinen um 30 % teureren Insulinanaloga sei unwirtschaftlich. Solange dies so sei, müssten sie aus der Verordnungsfähigkeit der GKV ausgeschlossen werden. Der G-BA müsse nach Angaben von Hess noch einmal die Plausibilität der IQWiG-Bewertung überprüfen. In diesem Zusammenhang solle auch überlegt werden, wie auf die Feststellung der Unwirtschaftlichkeit nach SGB V zu reagieren sei. Grundsätzlich sei bei neu zugelassenen Pharmaka die Beurteilung eines Zusatznutzens neben der Erstattungsfähigkeit nicht unbedingt erforderlich. Hess machte den Vorschlag, bei Neuzulassungen in bestimmten Indikationen zunächst eine Erprobungsphase einzuführen. In dieser Zeitspanne könne das Präparat auf Kosten der Krankenkassen verordnet und auf seinen Nutzen hin bewertet werden. Bei positivem Ausgang der entsprechenden Beurteilung würde erst dann eine generelle Marktfreigabe erfolgen. Auch für die Erprobungsphase müsste die Pharmaindustrie einer Preisvereinbarung zustimmen.

Kommentar: Für eine derartige Regelung fehlt derzeit die gesetzliche Grundlage. Der Vorsitzende des G-BA macht den Vorschlag, das Gesetz entsprechend zu ändern. Ob ein teureres innovatives Präparat tatsächlich entsprechend dem geforderten höheren Preis auch einen höheren Nutzen hat, ist bei sehr vielen Präparaten oft die Frage. Eine weitere Möglichkeit mit diesem Problem umzugehen wäre, es dem Patienten zu überlassen, ob er für den angepriesenen Zusatznutzen bei Anwendungskomfort oder geringerer Nebenwirkungsrate bei ansonsten gleicher medizinischer Wirksamkeit aus eigener Tasche mehr bezahlen möchte. Am Beispiel der Insulinanaloga würde das bedeuten, dass der Patient für bequemere und raschere Wirk- und Applikationsweise den Aufpreis von 30 % gegenüber den Standard-Insulinen selbst bezahlt. **gc**



© Archiv

Hartz IV reduziert Gesamtvergütung

Die KBV schätzt den Verlust für die Gesamtvergütung im ambulanten Bereich durch Hartz IV auf zirka 185 Mio. EUR. Wegen Harz IV seien viele bisher gesetzlich Versicherte nun nur noch kostenlos Mitversicherte von Familienmitgliedern. Die Krankenkassen zahlen an die KVen ihre Kopfpauschalen allerdings nur für Vollmitglieder. Besonders die neuen Bundesländer seien von diesen Verlusten betroffen. Dort sorge Hartz IV für eine geringere Gesamtvergütung um fast 3 %.

Kommentar: Damit beschleunigt sich der Niedergang der medizinischen Versorgung im Osten und in strukturschwachen Bundesländern noch stärker. Hier zeigt sich aber auch die Systemschwäche in der makroskopischen Finanzierung unserer KV-Gesamtvergütung. Die Finanzierung erfolgt nicht morbiditätsentsprechend sondern nach irrelevanten Rechengrößen, die letztlich auf die nicht gerechtfertigte Verquickung zwischen Krankheitskostenfinanzierung mit Familienpolitik hinausläuft. **gc**

Laut Hoppe GOÄ in desolatem Zustand

Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, fordert dringend, die Reform der GOÄ. Patient und Arzt hätten Anspruch auf eine aktuelle, leistungsgerechte und in sich schlüssige Gebührentaxe. Zuletzt wurde die GOÄ 1982 grundlegend überarbeitet. Bei ärztlichen Tätigkeiten handele es sich um hochwertige, personalintensive Dienstleistungen, die entgegen gängiger Vorstellungen über die „Hebung von Rationalisierungsreserven" nicht beliebig unter ökonomischen Gesichtspunkten beschnitten werden können. Das Bundesgesundheitsministerium habe als Verordnungsgeber für die GOÄ die fehlende Aktualisierung und die unzureichende Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, der wirtschaftlichen Entwicklung und ungenügender Teilnovellierungen ohne planmäßige Fortschreibung der GOÄ zu verantworten. Damit seien systematische Brüche und ein unausgewogenes Bewertungsgefüge entstanden. Laut Hoppe „ist es ein Anliegen der Ärzteschaft, durch eine sachgerechte Anpassung und Überarbeitung des Leistungskataloges die jetzigen Defizite der GOÄ zu beseitigen, ihre Stärke als Taxe eines freien Berufes wieder zur Geltung zu bringen und dafür eine gerechte Honorierung ärztlicher Leistungen zu gewährleisten."

Kommentar: In den letzten Monaten hat die BÄK die Berufsverbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften um Vorschläge zur Neuordnung der fachspezifischen GOÄ-Kapitel gebeten. Auch wir als Berufsverband für Neurologie und Psychiatrie haben unsere Vorschläge nach gemeinsamer Abstimmung mit der DGN und der DGPPN eingereicht. In den letzten zehn Jahren hat die BÄK derartige „Einmischungsversuche" schon mehrfach unternommen, jeweils unter Einbeziehung der Fachverbände. Herausgekommen ist jedoch nichts; meiner heutigen Einschätzung nach deswegen, weil die Ärzteseite bisher zu systemimmanent, zurückhaltend, sachorientiert und gewaltfrei diskutiert hat. **gc**

GKV beschließt Festbetragsregelung

Seit 1.6.2006 müssen GKV-Patienten, denen ein besonders preiswertes Medikament vom Arzt verordnet wurde, keine Zuzahlung zu diesem Medikament mehr leisten. Dazu muss das verordnete Medikament als Festbetragssubstanz zur Verfügung stehen, besonders preisgünstig sein und eine von den GKV-Spitzenverbänden festgelegte Preisuntergrenze unterschreiten. Die GKV-Spitzenverbände haben mit Verkündung ihres Beschlusses vom 7.6.2006 für 79 Festbetragsgruppen der Stufe 1 die zu unterschreitende Preisschwelle festgelegt. Die Liste der Arzneimittel, die diese Preisuntergrenze unterschreiten, wird 14-tägig aktualisiert und im Internet veröffentlicht. Es hängt dann von der Preisgestaltung des einzelnen Pharmaherstellers ab, ob seine Medikamente von der Zuzahlung befreit sind.



© ABDA, Berlin

Kommentar: Und schon ist sie da, die neue Bürokratie des AVWG: Wenn wir unseren Patienten Zuzahlungsbefreiung gönnen wollen, müssen wir uns 14-tägig für jedes verordnete Medikament im Internet informieren, ob die von den Krankenkassen festgelegte Preisuntergrenze unterschritten wird. Vielleicht werden die Preisschwellen in das Arzneimittelprogramm unseres Praxiscomputers künftig eingearbeitet. Die 14-tägigen Preisänderungen der Pharmaindustrie werden uns dennoch vor eine unlösbare Aufgabe stellen.
Die Einbindung des Patienten in die wirtschaftliche Nutzung des GKV-Systems stellt sich schwierig dar. Die durch Zuzahlungsbefreiung entgangenen GKV-Einnahmen müssen schließlich durch noch niedrigere Medikamentenpreise überkompensiert werden, um einen Netto-Spar-Effekt zu erzielen. **gc**

Kritik an Sparplänen der Bundesregierung

Der Verband der forschenden Arzneimittelhersteller und der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie kritisieren die verschärften Sparpläne der Bundesregierung auf dem Arzneimittelsektor. Der erneute Anstieg des Arzneimittelumsatzes um über 10 % im Vergleich zum Vorjahr lasse sich durch Vorzieheffekte durch das AVWG erklären und durch die Verlagerung von bisher stationären Behandlungen in den ambulanten Sektor. Die Industrie könne Bedarf und Menge von Medikamenten nicht beeinflussen. Lediglich 54 % der Medikamentenkosten seien vom Hersteller zu verantworten. Nur 16,5 % der GKV-Gesamtausgaben werden durch Medikamente verursacht. Wesentliche Ausgabensteigerungen seien in Bereichen erfolgt, in denen ein erheblicher Nachholbedarf bestehe, wie bei TNF-α-Hemmern (Antirheumatika), bei Präparaten für Schizophrenie und Brustkrebs sowie bei Impfstoffen gegen Windpocken, Pneumokokken und FSME.

Kommentar: Zu erheblichen, nicht notwendigen Mehrausgaben führt die nicht indizierte Verordnung von Me-too-Präparaten. Dies ist bei der Behandlung von Herz-Kreislauferkrankungen sehr häufig der Fall. Auch die unkritische Verordnung mancher so genannter Innovationen, obwohl der Patient mit der bisherigen Mediaktion gut auskommt, führt zu nicht angebrachten Zusatzkosten. Beides ist in unseren Fachgruppen nicht sehr häufig der Fall. In diesem Zusammenhang lässt sich – ausnahmsweise in Übereinstimmung mit Ulla Schmidt – eines festellen: Das Geld der Krankenkassen kann nur einmal ausgegeben werden, entweder für das Honorar der niedergelassenen Ärzte oder für Medikamente. Wir sollten uns eher für eine angemessene Honorierung unserer qualifizierten ärztlichen leistungen entscheiden, als für eine Kostensteigerung bei ineffizieten Medikamanten. **gc**

G-BA beschließt Qualitätsverbesserung

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Mitte Mai folgende Beschlüsse gefasst, welche die Behandlungsqualität von Patienten verbessern sollen:

1. Verbesserung des Angebots für psychisch kranke Menschen (Soziotherapie): Die Soziotherapie als Angebot für psychisch kranke Patienten soll als Leistung der GKV künftig besser verfügbar sein. Mit einer breit angelegten Befragung soll die Grundlage für eine mögliche Änderung der Richtlinien geschaffen werden. Dabei soll vor allem herausgefunden werden, welche Schwierigkeiten der Inanspruchnahme von Soziotherapie entgegenstehen. Wegen ihrer Krankheit könnten psychisch Kranke bestehende Behandlungs- und Hilfsangebote häufig nicht selbstständig in Anspruch nehmen. Wiederholte und kostenintensive Krankenhausaufnahmen seien die Folge. Dies könne durch ein bedarfsorientiertes ambulantes Behandlungs- und Reha-Angebot vermieden werden. Nach einem Evaluationsbericht der Aktion Psychisch Kranke e. V. ist die Versorgungsdichte noch gering, es gibt nur wenige soziotherapeutische Leistungserbringer oder Psychiatriepfleger, obwohl die ambulante Soziotherapie mit dem GMG 2000 als GKV-Leistung eingeführt wurde (vgl. Beitrag S. 16).

2. Strukturiertes Behandlungsprogramm für mehrere chronische Erkrankungen: Nach epidemiologischen Studien ist davon auszugehen, dass mehr als 50 % aller chronisch Kranken an mehr als einer chronischen Krankheit (Multimorbidität) leiden. Die bisherigen DMPs bilden jedoch immer nur eine dieser Krankheiten im Behandlungsprogramm ab. Das soll sich zukünftig ändern.

3. Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankungen: Ab 2007 sollen Kinder und Jugendliche mit hämatologischen Erkrankungen nach verbindlichen Qualitätsstandards im Rahmen gezielter Zuweisungen in spezialisierten Krankenhäusern behandelt werden. Damit soll gewährleistet werden, dass Kinder unabhängig von ihrer regionalen und sozialen Herkunft, immer optimal behandelt werden und die Überlebenswahrscheinlichkeit und Lebensqualität erhöht wird. Ebenfalls ab 2007 soll die Qualität aller Organtransplantationen dokumentiert und verglichen werden.

Kommentar: Warum die Soziotherapie in der gegenwärtigen Form nicht durchgeführt wird, haben wir der KBV und dem federführenden AOK-Bundesverband bereits vor Einführung der Soziotherapie mitgeteilt: Die Vergütung für die Veranlassung und Überwachung dieser Leistung ist zu niedrig, Sozialarbeiter und Psychiatriepfleger mit der geforderten Qualifikation gibt es kaum und die Krankenkassen mauern bei der Einführung. Dass der G-BA schon jetzt auf die Idee kommt, Multimorbiditäts-DMPs einzuführen, ist ein Witz. Man hätte vor Einführung der DMPs nur einmal auf einen einzigen Kassenarzt hören sollen; damit hätte ein teurer und nutzloser Bürokratismus vermieden werden können. **gc**

Kostenentwicklung der GKV 2005

2005 hat die GKV einen Überschuss von zirka 1,7 Mrd. EUR erzielt, das allerdings nur, weil es einen Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 2,7 Mrd. EUR gab. Die Nettoverschuldung der GKV-Kassen konnte damit vollständig abgebaut werden. Das BMG erwartet für 2006 ein ausgeglichenes Finanzergebnis. Die beitragspflichtigen Einnahmen stiegen um 0,9 % an, die Leistungsausgaben jedoch um 3,3 % je Mitglied. Die Arzneimittelausgaben wuchsen um 16, 8 %, die für Zahnersatz sanken um 32,3 %. Die Honorare für niedergelassene Ärzte blieben mit 1 % im Rahmen der gestiegenen Beitragseinnahmen, während im Krankenhaussektor erneut ein Anstieg um 3,3 % zu verzeichnen war (s. auch Tab. unten).

Kommentar: In den nächsten Jahren sollen die Bundeszuschüsse jedoch völlig auf Null zurückgeführt werden. Hierbei wird es sicherlich erneut zu Verlusten seitens der GKV kommen, denn die versicherungsfremden Leistungen werden ja zunächst bestehen bleiben, falls nicht beispielsweise die kostenfreie Mitversicherung nicht arbeitender Ehepartner oder Kinder vom Gesetzgeber letztendlich in eine Steuerfinanzierung überführt wird. **gc**

Ausgabenentwicklung 2005 – Veränderung je Mitglied (v. H.) im Vergleich zum Vorjahr

Versorgungsbereich	West	Ost	Bund	Ost-West-Quote
Ärztliche Behandlung	0,6	2,4	1,0	81,4
Behandlung durch Zahnärzte ohne Zahnersatz	–1,7	–1,6	–1,7	94,6
Zahnersatz	–33,5	–26,4	–32,3	113,2
Arzneimittel	16,1	19,9	16,8	117,8
Hilfsmittel	–1,1	2,8	–0,4	108,9
Heilmittel	2,1	11,0	3,4	85,7
Krankenhaus	2,8	5,5	3,3	112,1
Krankengeld	–7,9	–5,1	–7,4	90,0
Fahrtkosten	6,9	12,3	7,9	129,8
Vorsorge und Reha	–2,1	6,9	0,7	100,1
Leistungen insgesamt	**2,6**	**6,3**	**3,3**	**104,2**
Verwaltungskosten	**0,4**	**2,5**	**0,8**	**94,1**
Beitragspflichtige Einnahmen	**0,4**	**3,2**	**0,9**	**–**

Quelle: BMG Statistik KV 45

Gebührenordnungen am laufenden Band



© Archiv

Dr. med. Frank Bergmann
1. Vorsitzender BVDN

Kaum ist der neue EBM 2000 plus in Kraft, denkt die KBV über völlig neue Vergütungsformen nach. Dies geschieht nicht zufällig, denn das Ministerium übt schon seit längerer Zeit Druck auf die ärztliche Selbstverwaltung im Sinne einer weiteren Vergütungsreform aus. Zuletzt hatte die Bundesministerin für Gesundheit anlässlich der Eröffnung des 109. Deutschen Ärztetages 2006 die niedergelassenen Vertragsärzte aufgefordert, eigene Vorstellung zu einer Vergütungsreform zu entwickeln und noch in diesem Jahr vorzulegen. Diese Chance will sich die KBV nicht entgehen lassen und erarbeitete noch im Juni ein eigenständiges Reformkonzept. Kalkulations- sowie Investitionssicherheit und mehr Transparenz sind die Schlagworte. Ziel der dringend notwendigen Reform der Gebührenordnung, so die KBV, ist die Aufhebung der Budgetierung und die Einführung einer Vertragsgebührenordnung mit festen Preisen.

Konsequenterweise will die KBV daher das bisherige Honorarbudget durch eine Vertragsgebührenordnung mit einer so genannten immanenten Kostensteuerung ablösen. Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen soll nach diesem Konzept zukünftig weitgehend nach Pauschalen erfolgen. Einzelleistungspositionen wird es dann nur noch für streng begrenzte förderungswürdige oder rein auftragsgebundene Leistungen geben. Dabei werden die Pauschalen für den haus- und fachärztlichen Bereich getrennt festgelegt.

Die Bewertung der Pauschalen in Euro soll auf der Grundlage eines Basisfallwertes erfolgen, der bundeseinheitlich je Arztgruppe vom Bewertungsausschuss vorgegeben und jährlich weiter entwickelt werden soll. Der Morbiditätsbezug soll durch so genannte Relativgewichte hergestellt werden, mit denen der Basisfallwert multipliziert wird. „Morbiditätsklasse“ und „Relativgewichte“ werden – ebenfalls bundeseinheitlich – kassenartenübergreifend definiert. Für fachärztliche Arztgruppen werden die Morbiditätsgewichte zu indikations- und diagnosespezifische Fallpauschalen ergänzt. Auf regionaler Ebene sollen praxisspezifische Basisfallwerte festgelegt werden. Ferner ist auch an bundeseinheitlich festgelegte Qualitätszuschläge, gesamtvertraglich kassenartübergreifende Zuschläge für die Einhaltung von Qualitätsindikatoren und ein implementiertes Qualitätsmanagement-System, Zu- beziehungsweise Abschläge bei Unter- beziehungsweise Überversorgung gedacht.

Dieses Konzept soll die floatenden Punktwerte durch ein sinnvolles, die Morbidität und die unterschiedlichen Versorgungsebenen berücksichtigendes Vergütungssystem in Euro ersetzen. Die Abrechnungen der Vertragsärzte würden dadurch vereinfacht, sie geben nur noch entsprechend den verpflichtenden Kodierungsrichtlinien die Diagnosen, gegebenenfalls Einzelabrechnungen sowie ihre Arzt- und noch neu zu definierende Betriebsstättennummer an. Die Zuordnung zu den Morbiditätsklassen übernimmt die KV. Gleichzeitig könnten die bisherigen hochbürokratischen Prüfungen (sachlich, rechnerische Plausibilitäts-, Wirtschaftlichkeits-, und Richtgrößenprüfungen) entfallen. An deren Stelle würde jedoch eine 4–10 %ige arztgruppenspezifische Stichprobenprüfung über die Gesamtheit der ärztlichen Leistung treten.

Die KBV hält die Einführung einer solchen Vertragsgebührenordnung bereits zum Oktober 2007, spätestens jedoch zum 1.1.2008, flächendeckend für realistisch.

Ein Papierkrieg nach dem anderen

Die derzeitige Honorierung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung durch den aktuell gültigen EBM ist hochbürokratisch und bildet das Leistungsgeschehen nicht adäquat ab. Darüber hinaus führt die gegenwärtige Budgetierung zu einer eklatanten Unterfinanzierung unserer Leistungen. Dagegen haben wir in zahlreichen Demonstrationen und Großkundgebungen protestiert. Wir werden diese Proteste auch im Weiteren konsequent fortführen. Die KBV ist sicherlich gut beraten, sich an die Spitze dieser Bewegung zu stellen und zügig die neue Vertragsgebührenordnung zu entwickeln und mit dem Ministerium abzustimmen. Die Reform der ärztlichen Vergütung mit Abschaffung der Budgetierung sowie der unseligen Honorarverteilungsverträge ist überfällig, ebenso wie die Einführung einer Gebührenordnung mit festen Preisen in Euro und Cent. Der Berufsverband wird diese Entwicklung kritisch begleiten und Sie zeitnah darüber informieren. Das Schlimmste wäre der Ersatz der einen Bürokratie durch eine neue!

Etappensieg dank BVDN-Verhandlungen

In den Verhandlungen mit der KBV und den Krankenkasse wurde in der 283. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses im Juni 2006 ein Durchbruch erzielt. Dadurch wurde ein wichtiger Etappensieg des Berufsverbandes errungen, denn der Arbeitsausschuss hat Sofortmaßnahmen zur Stützung unserer Fachgruppen Psychiatrie, Neurologie und Nervenheilkunde beschlossen.

Dazu gehört die erhebliche Erweiterung des Diagnosenspektrums in den Betreuungsziffern im Kapitel 16 und Kapitel 21. Neu in das Diagnosenspektrum der Ziffern 21230 und 21231 aufgenommen sind Demenzerkrankungen, Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulanzien und Halluzinogenen, darüber hinaus die anhaltende wahnhafte Störung, schizoaffektive Störungen sowie sonstige nicht organische psychotische Störungen, ferner nicht

Kurz gemeldet

Fortbildungskurs Rehabilitationsverordnung

Nach dem großen Interesse letztes Jahr in Wiesbaden bietet die DGN-Fortbildungsakademie im Rahmen des DGN-Kongresses 2006 in Mannheim erneut die Möglichkeit, sich in Sachen Rehabilitationsverordnung in der GKV gemäß der Reha-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu qualifizieren. Ab 2007 werden Leistungen zur Rehabilitation nur noch veranlasst werden können, wenn entsprechende eigene Reha-Kompetenz vorliegt. Diese kann in einem anerkannten Fortbildungskurs erworben werden.

Das diesjährige Curriculum ist an die im März 2006 vom G-BA beschlossenen inhaltlichen und formalen Veränderungen angepasst und somit gestrafft worden.

SK1 Reha-Kurs

Reha-Fortbildungs-Curriculum zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§92 und 135 SGB V)

Kursleiter: Dr. Dr. med. Paul Reuther, Ahrweiler, und Dr. med. Monika Cichorowski, Wiesbaden

Termin: Mittwoch 20.9.2006, 10.00 – 20.00 Uhr
Der anwesenheitspflichtige Seminarteil wird Mittwoch, 20.9.2006, als SK1 Reha-Kurs angeboten. Der für den 21.9.2006 vorgesehene zweite Kursteil entfällt.

Nach Änderung des Curriculums durch den Unterausschuss Rehabilitation des G-BA am 21.3.2006 teilt sich der Kurs zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der GKV jetzt in ein Selbststudium (8 Std.) und ein anwesenheitspflichtiges Seminar (8 Std.). Für das Selbststudium erhalten die Teilnehmer eine CD mit folgenden Inhalten

- Trägerübergreifender ICF-Leitfaden der BAR
- Begutachtungs-Richtlinien, Vorsorge und Rehabilitation des MDK
- Muster-Curriculum der Spitzenverbände der Krankenkassen und KBV

Der Kurs ist bei der kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz zur Zertifizierung angemeldet.

Nach Änderung der Kursanforderungen wurde die Teilnahmegebühr reduziert (je nach Anmeldezeitpunkt 140 – 160 EUR); Anmeldungen über das Formular der DGN-Fortbildungsakademie unter www.dgn2006.de)

Gebührenordnungen am laufenden Band

näher bezeichnete nichtorganische Psychosen, Manien, generalisierte Angststörungen, Angst- und depressive Störungen sowie Zwangshandlungen, Zwangsgedanken und Essstörungen.

Der Bericht an den Hausarzt ist als obligatorische Leistung in den Ziffern 21230, 21231 sowie 16230 und 16231 gestrichen worden. Die Leistung verringert sich daher in der Vergütung um 100 Punkte. Bericht beziehungsweise Arztbrief sind jedoch in Zukunft zusätzlich zu dieser Leistung abrechenbar. In der Vergangenheit hatte es diesbezüglich weite Interpretationsspielräume in den einzelnen KVen der Länder gegeben.

In den neurologischen Betreuungsziffern 16230 und 16231 sind ebenfalls erhebliche Erweiterungen des Diagnosenspektrums vorgenommen worden. Diese betreffen unter anderem die bösartigen Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarks, hirnorganische Syndrome, aber auch Migräne, Krankheiten des N. trigeminus, Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus sowie hereditäre und idiopathische Neuropathien, Hemi- und Paraparesen, Hydrocephalus, Rückenmarkserkrankungen und Neuralgien.

Im Kapitel 21 ist zur Stützung der Fachgruppe darüber hinaus eine zusätzliche Betreuungsziffer eingeführt worden. Die neue Mitbetreuungsleistung nach der Ziffer 21233 lehnt sich in ihrer Konstruktion an die bisherigen Ziffern der kontinuierlichen Mitbetreuung an, jedoch ist nur ein Arzt-Patienten-Kontakt notwendig. Vorgegeben ist eine Mindestkontaktzeit von 15 Minuten. Die Arztleistung beträgt 30 Minuten, die Prüfzeit pro Quartal 20 Minuten. Die neue Leistung wird mit 795 Punkten (!) bewertet. Die Leistungslegendierung entspricht in Bezug auf das Diagnosespektrum den bisherigen Betreuungsleistungen 21230 beziehungsweise 21231. Für das neurologische Kapitel wird diese Leistung noch verhandelt, da ein Stützungsbedarf von Kassenseite für die Gruppe der ausschließlich neurologisch tätigen Ärzte in der letzten Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses noch nicht akzeptiert wurde. Insofern wird die Neuaufnahme der neurologischen Ziffer 16233 in den EBM in der 284. Sitzung des Arbeitsausschusses erneut diskutiert werden. Diese Änderungen sind dringend erforderlich und werden von uns mit Nachdruck eingefordert.

Damit die Leistungsbedarfszuwächse durch die Sofortmaßnahmen für die zu stützenden Praxen auch honorarwirksam werden können, werden diese mit einer Bundesempfehlung zur entsprechenden Anpassung der regionalen Arztgruppentöpfe in den Länder-KVen verknüpft. Die Sofortmaßnahmen sind zum 1.10.2006 wirksam.

Unabhängig von diesen Sofortmaßnahmen wird zurzeit die Re-Evaluation der Betriebskosten in neurologischen und nervenärztlichen Praxen durchgeführt. Wie bereits mehrfach berichtet, hatte der Berufsverband belegen können, dass die neurologischen Betriebskosten in der Kalkulation des EBM 2000 plus erheblich zu niedrig angesetzt wurden. Die KBV hatte sich deswegen entschlossen, die Betriebskosten erneut zu ermitteln, die Ergebnisse der Re-Evaluation mit den Verbänden zu besprechen und in die Verhandlungen mit den Krankenkassen einzubringen. Die Umsetzung dieser Neuberechnung wird unabhängig von den jetzt dargestellten Sofortmaßnahmen zur Stützung der Fachgruppe erfolgen.

Die Beschlüsse des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses werden in Kürze im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht und müssen zurzeit im Unterschriftverfahren von allen beteiligten Vertragspartnern unterzeichnet werden, damit sie noch zum 1.10. dieses Jahres wirksam werden können.

Noch im August wird Sie der BVDN-Vorstand in Kooperation mit den Landesverbänden in regionalen EBM-Seminaren über die aktuelle Situation informieren.

Herzlichst, Ihr



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

Häusliche psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapie – eine Zwischenbilanz

Auf Wunsch der Politik hat die GKV sowohl die ambulante psychiatrische Pflege als auch die Soziotherapie bundesweit in ihren Leistungskatalog aufgenommen. Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung möchte bis Ende 2006 einen Evaluationsbericht zur ambulanten psychiatrischen Pflege von den Krankenkassen haben. Mit einer Umfrage möchten wir uns dazu eine eigene Datenbasis schaffen.

Die Soziotherapie ist bereits seit 2002 GKV-Leistung, die häusliche psychiatrische Krankenpflege (auch „ambulante psychiatrische Pflege", APP, genannt) erst seit 1. Juli 2005. Die Krankenkassen fördern aber in ihrem praktischen Verwaltungshandeln in keiner Weise die Verbreitung dieser Leistungen.

Neben der Zurückhaltung der Krankenkassen gegenüber Vertragsabschlüssen mit Pflegediensten für APP gibt es derzeit noch folgendes Problem: Ein speziell entwickeltes Muster 12P für die Verordnung von APP hat der Bundesdatenschutz gestoppt, weil die Kassen medizinische Daten eingefordert hatten, die sie ansonsten, beispielsweise bei Beantragung einer Psychotherapie, gar nicht bekommen.

Da die Kassen bisher nicht um Transparenz bei der APP als neuer Leistungsart bemüht waren, müssen wir uns als betroffener Verband offenbar eine eigene Datenbasis schaffen, um im Zweifel den Bericht der Krankenkassen an das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMG) richtig stellen zu können. Als Verband interessiert uns daher

1. inwieweit Sie die Möglichkeiten dieser neuen Leistungsart kennen oder schon genutzt haben und
2. ob Sie mehr APP verordnet hätten, wenn es zum Beispiel eine entsprechende Anzahl von Leistungserbringer gegeben hätte.

Bitte füllen Sie dazu den Fragebogen auf S. 17 aus und faxen oder schicken ihn an unsere Geschäftsstelle.

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

Ambulante psychiatrische Krankenpflege (APP)

- Seit 1.7.2005 ist die APP als GKV-Leistung bundesweit zu verordnen.
- Der Versicherte muss dafür ausreichend behandlungsfähig sein.
- Erstverordnung: normalerweise 14 Tage, bei entsprechender Begründung auch länger
- maximale Verordnung: vier Monate (mit abnehmender Frequenz), bei maximal 14 Einsätzen pro Woche
- Verordnung durch Vertragsärzte des Fachgebietes (Ärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, psychotherapeutische Medizin, Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie), auch Hausärzte, wenn ein Fachgebietsarzt die Diagnose sichert
- Verordnung derzeit bei folgenden 28 Diagnosen (aus Platzgründen folgen nur die ICD 10-Schlüssel; auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses **www.g-ba.de** kann unter „ärztliche Versorgung"→ „Richtlinien" in der „Richtlinie Häusliche Krankenpflege", Anlage 1 (Leistungskatalog Nr. 27a) der Text der Diagnosen nachgelesen werden)
  F00.1, F01.0, F01.1, F01.2, F02.0, F02.1, F02.2, F02.3, F02.4, F02.8, F04.–, F06.0, F06.1, F06.2, F06.3, F06.4, F06.5, F06.6, F07.0, F07.1, F07.2, F20.–, F21.–, F22.–, F24.–, F25.–, F30.–, F31.–, F32.–, F33.–, F41.0, F41.1
  wenn daraus resultierend mindestens eine der folgenden Fähigkeitsstörungen in einem Maß vorliegen, dass der Patient seinen Alltag nicht mehr selbstständig bewältigen oder koordinieren und er durch Medikamente allein nicht ausreichend therapiert werden kann:
  - Störungen des Antriebs, der Ausdauer oder der Belastbarkeit in Verbindung mit der Unfähigkeit zur Tagesstrukturierung oder in Verbindung mit eingeschränktem planenden Denken oder Realitätsbezug
  - Einbußen bei der Kontaktfähigkeit, den kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung und problemlösendem Denken, dem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik sowie dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen.

An die BVDN-Geschäftstelle in Neuss
Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Fax 02131 2209922

Fragebogen zur Verordnung häuslicher (ambulanter) psychiatrischer Krankenpflege und Soziotherapie

Fragen zu ambulanter psychiatrischer Krankenpflege (APP)

1. War Ihnen die in dem Beitrag angesprochene Problematik schon bekannt?

☐ JA ☐ NEIN

2. Haben Sie seit dem 1.7.2005 schon einmal ambulante psychiatrische Pflege (APP) verordnet?

___ für Erstverordnung (EBM-Position 01422)

☐ JA ☐ NEIN

___ für Folgeverordnung (EBM-Position 01424)

☐ JA ☐ NEIN

3. Für welche der im Kasten aufgeführten Diagnosen haben Sie APP bevorzugt eingesetzt?

Bitte ICD-Schlüssel eingeben:

a) ..... (höchste Priorität)

b) ..... (zweithöchste Priorität)

c) ..... (dritthöchste Priorität)

4. Kennen Sie in Ihrer Stadt oder Ihrem Landkreis einen Pflegedienst, der seit dem 1.7.2005 mit den Krankenkassen einen Vertrag abgeschlossen hat, der den Pflegedienst berechtigt, APP anzubieten?

☐ JA ☐ NEIN

5. Würden Sie mehr APP verordnen, wenn hierfür ein spezielles Verordnungsmuster vorläge (z. B. Muster 12P)?

☐ JA ☐ NEIN

6. Hält Sie bürokratisches Handeln der Krankenkassen oder des medizinischen Dienstes (MDK) bei der Genehmigung einer APP-Verordnung von der weiteren APP-Verordnung ab?

☐ JA ☐ NEIN

7. Lassen Sie sich durch die derzeitige Richtlinie von der Verordnung von APP abhalten (maximal 4 Monate, maximal 14 Einheiten/Woche, begrenzter Diagnosekatalog)?

☐ JA ☐ NEIN

Fragen zu Soziotherapie

8. Haben Sie seit dem 1.1.2002 Soziotherapie verordnet (EBM 30810/11)?

☐ JA ☐ NEIN

9. Wenn Sie keine Soziotherapie verordnet haben, oder weniger, als sie für notwenig erachten, liegt es daran

a) dass es keine Soziotherapeuten in Ihrer Region/Stadt gibt

☐ JA ☐ NEIN

b) dass das Ausfüllen der Formulare zu umständlich ist

☐ JA ☐ NEIN

c) dass sich die Krankenkassen bei der Genehmigung der Soziotherapie besonders bürokratisch und zurückhaltend verhalten

☐ JA ☐ NEIN

10. Zur Einordnung der regionalen Verteilung der Pflegedienste / Soziotherapeuten benötigen wir die ersten drei Ziffern Ihrer Postleitzahl.

Die Anonymität der Umfrage bleibt dadurch gewährleistet.

..... (erste 3 Ziffern der Postleitzahl)

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Abrechnungstipps

Offene Fragen

Die meisten Unklarheiten zur Interpretation der neuen EBM 2000-Leistungslegenden lassen sich zwanglos nach der Lektüre des vom BVDN herausgegebenen Abrechnungskommentar zum EBM 2000 plus und der drei Ergänzungskommentare erklären. Wegen häufiger Nachfragen möchten wir hier jedoch nochmals zu den beiden folgenden Themenkomplexen Stellung nehmen.

Ordinationskomplex in Verbindung mit der Gesprächsziffer (nach 21220 bzw. 16220)

Diese häufig verwendete Ziffernkombination führt bei der Betrachtung der vorgeschriebenen Gesprächsdauer oder bei den angerechneten Plausibilitätszeiten zu logisch schwer nachvollziehbaren Ergebnissen. Die restriktiven Abrechnungsvorschriften resultieren letztendlich aus der im ganzen EBM zu spürenden Absicht der KBV zur Mengenbegrenzung. Der Ordinationskomplex beinhaltet bei alleiniger Abrechnung ein bis zu zehnminütiges persönliches Gespräch. Dieses kann auch extrem kurz sein. In der Hauptsache werden aber mit dem Ordinationskomplex alle kleineren Leistungen am Patienten inklusive der Administration abgegolten, die nicht separat bezahlt werden. Dies ist bei anderen Fachgruppen im Wesentlichen auch so in Ordnung, weil dort in der Regel keine längeren Gespräche anfallen.

Die zehnminütige Plausibilitätszeit des Ordinationskomplexes wird auf das gesamte Quartal gerechnet, bei alleiniger Abrechnung entfallen demnach auf den Abrechnungstag 0 Minuten Plausibilitätszeit. Soll jedoch neben dem Ordinationskomplex die Gesprächsziffer 21220 oder 16220 angerechnet werden, schreibt die Leistungslegende für diese Kombination zwingend eine mindestens 20-minütige Gesprächszeit vor. Diese Vorgabe ist natürlich ökonomisch absolut unlogisch, ist aber aus Sicht der KV vor dem Hintergrund der Mengenbegrenzung und Betrugsverhinderung verständlich. Bezogen ist diese Vorschrift wiederum hauptsächlich auf andere Fachgruppen.

Der Sonderfall der „gesprächsabhängigen“ Nervenärzte, Neurologen und Psychiater stellt einen „Kollateralschaden“ dar, weil diese zehnminütige Additionsvorschrift systematisch für alle Fachgruppen gilt. Die Plausibilitätszeit wird im Kombinationsfall Ordinationskomplex plus Gesprächsziffer mit 10 Minuten als reine Quartalszeit für den Ordinationskomplex und mit 10 Minuten als Tages- und Quartalszeit für die Gesprächsziffer gerechnet. Dies ist zunächst einmal unbedenklich. Überschreitet jedoch der Arzt die Quartalsplausibilitätszeit von 780 Stunden (was bei allen Praxen ab etwa 1.000 Scheinen der Fall sein dürfte), so ergibt sich das Problem, dass die KV möglicherweise die Tagesplausibilität entgegen der ursprünglichen Vorschrift für die Kombination aus Ordinationskomplex und Gesprächsziffer doch mit 20 Minuten anrechnen könnte.

Fazit

Der KV geht es weder um die ökonomische noch um die zeitliche Logik, sondern um eine Mengenbegrenzung.

Berichte und Briefe in Verbindung mit den Betreuungsziffern (16230/16231 bzw. 21230/21231)

Nach den Vereinbarungen des BVDN mit der KBV im Rahmen der EBM-Verhandlungen konnten wir davon ausgehen, dass der obligat geforderte Bericht nach Ziffer 01600 in jedem Fall separat honoriert wird. Einige spitzfindige Juristen und einige wenige KV-Vertreter kamen nun auf den Gedanken, der obligate Bericht nach Ziffer 01600 an den Hausarzt sei deswegen nicht gesondert honorierbar, weil er obligater Bestandteil der Leistungslegende ist. Bisher hat sich die überwiegende Anzahl der KVen nicht dieser Meinung angeschlossen. Wenn wir Vertragsnervenärzte nun ebenfalls sehr genau den Text der Leistungslegende lesen, so ergibt sich zwanglos, dass ein Bericht, der nicht an den Hausarzt, sondern an einen anderen Arzt geschickt wird, separat berechnungsfähig ist.

Separat berechnungsfähig ist in jedem Fall auch ein (ausführlicherer) Brief nach Ziffer 01601 an irgendeinen Arzt (auch an den Hausarzt) und natürlich zusätzlich auch jeder Brief (Ziffer 01601) im Abrechnungsquartal, der sich nicht auf die Betreuungsleistung oder auf zusätzlich erbrachte berichtspflichtige Leistungen (z. B. apparative Leistungen) bezieht.

In der Tat sieht man jedoch den abgerechneten Berichten oder Briefen nicht an, ob sie im Zusammenhang mit einer Betreuungsziffer (an den Hausarzt oder an einen anderen Arzt) oder nicht im Zusammenhang mit einer Betreuungsziffer geschrieben wurden.

Die uns vorliegende Erklärung der Honorarabteilung der KBV wurde bereits im NeuroTransmitter publiziert und ist etwas unklar formuliert. Die KBV ist sich offenbar selbst nicht ganz sicher, wie die Berichtspflicht im Zusammenhang mit den Betreuungsleistungen im EBM gemeint ist. Im Wesentlichen wird aber unsere oben dargestellte Interpretation gestützt. Demnach müssen in jedem Fall honoriert werden:

- Berichte (01600) an andere Ärzte als den Hausarzt im Zusammenhang mit der Betreuungsziffer,
- ausführlichere Briefe nach 01601 an jeden Arzt (auch an den Hausarzt),
- alle Berichte (01600) und Briefe (01601), die nicht im Zusammenhang mit einer Betreuungsziffer erbracht worden sind, auch wenn sie im gleichen Quartal geschrieben wurden.

Eine abschließende Klärung dieser Frage erwarten wir von der KBV für den Herbst dieses Jahres, wenn die Leistungslegenden der Betreuungsziffern hoffentlich bis dahin geändert und präzisiert werden.

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

Zum runden Geburtstag von Gunthe



Am 4. Juli 2006 feierte Dr. Gunther Carl seinen 50. Geburtstag – eine gute Gelegenheit, um ihm für all bisher Geleistete zu danke und natürlich nachträglich nochmals herzlich zu gratulieren.



© Archiv

Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzeder des BVDN

Der 50. Geburtstag von G Carl ist ein willkommener Anlass, auch einmal seine Person vorzustellen. Denn die meisten Leser kennen wohl nur seine berufspolitische Arbeit – und die vielleicht nicht einmal in ihrer Gänze.

Es ist schon fast 20 Jahre her, dass ich Gunther Carl erstmals begegnet bin. Es war während seiner Zeit an der psychiatrischen Universitätsklinik in Würzburg, als ich am psychotherapeutischen Institut der gleichen Universität arbeitete und in der Weiterbildung der psychiatrischen Assistenten tätig war. Von damals blieb nur ein flüchtiger Eindruck, der jedoch so positiv war, dass ich mir wenige Jahre nach dem Beginn meiner berufspolitischen Arbeit als Landesvorsitzender des Bayerischen BVDN während einer Versammlung dachte: „Den kennst Du doch, der wäre bestimmt für den Vorstand geeignet!“ Zufällig war Gunther Carl in die Praxis eingestiegen, in der ich meine Vorbereitungszeit für die Niederlassung abgeleistet hatte, sodass wir schnell ins Gespräch kamen.

Schon bei der nächsten Vorstandswahl, etwa 1993, konnte er sich dann gegen konkurrierende Mitbewerber um den 2. Vorsitz durchsetzen und von da an begann ein geradezu kometenhafter berufspolitischer Aufstieg. Schnell stellte sich heraus, dass er nicht nur ein ausgesprochen gutes politisches Gespür, zähen Verhandlungswillen, Sinn für juristische Formulierungen und besonders für ökonomische Zusammenhänge hat, sondern dass Alles auch noch gepaart ist mit einer großen Geduld und einem stets freundlich verbindlichen Ton.

Lieber Gunther,

im Namen aller Vorstandsmitglieder des BVDN möchte ich Dir ganz herzlich zu Deinem runden Geburtstag gratulieren. Bleib gesund und lasse Dich auch in Zukunft von den Niederungen der gesundheitspolitischen Arbeit nicht zu sehr ärgern. Und wenn Du uns in der Vorstandsarbeit weiterhin mit Engagement unterstützt, geht nicht nur für Albert Zacher ein Wunsch in Erfüllung.

In diesem Sinne alles Gute! **Frank Bergmann**

Beruflicher Werdegang – ein unermüdlicher Einsatz

Gunther Carl stammt aus einer humanistisch geprägten Familie. Sein Vater war Altphilologe; er selbst hat das humanistische Gymnasium mit dem Abitur abgeschlossen. Danach studierte er für einige Semester Physik, Mathematik und Chemie in Würzburg – eine Zeit, die sicherlich auch sein sachliches und strategisches Denken geprägt hat. Er arbeitete als Krankenpfleger an der psychiatrischen Uniklinik in Würzburg, während er schon Medizin studierte und begann nach internistischer Weiterbildung 1984 an der gleichen Klinik seine psychiatrische Ausbildung, an die er 1987 seine neurologische Weiterbildungszeit an der Uniklinik Würzburg anschloss. Seit 1990 ist er in einer Gemeinschaftspraxis in Kitzingen niedergelassen. Nachdem er seit 1994 im Vorstand des BVDN-Landesverbands Bayern als 2. Vorsitzender tätig war, führt er den Landesverband seit 2006 nun als 1. Vorsitzender.

Schon nach kurzer Zeit im Berufsverband avancierte Gunther Carl zum Beisitzer im Bundesvorstand. Er initiierte umgehend die Untersuchung zur Praxisökonomie bei niedergelassenen Nervenärzten, Psychiatern und Neurologen, die nach wie vor die wesentliche Zahlenbasis unserer betriebswirtschaftlichen Berechnungen darstellt. Von 1998–2000 war er 1. Vorsitzender des Bundesverbandes und wurde auf eigenen Wunsch, weil er sich verstärkt wieder um seine Praxis, den Landesverband und nicht zuletzt um die Familie kümmern wollte, ab 2001 2. Vorsitzender.

1998 gründete er zusammen mit seinem damaligen Stellvertreter, dem Kollegen Arne Brosig die Wirtschaftsgesellschaft des Berufsverbands (CORTEX) und wirkte in diesen Jahren auch entscheidend an der Gründung des Berufsverbandes Deutscher Neurologen und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater mit.

Es ist leider unmöglich, all die Funktionen aufzuzählen, die Gunther Carl in den letzten Jahren innegehabt hat. Nicht nur im Berufsverband, sondern auch in der KV, in der Ärztekammer und seit einigen Monaten auch im Arzneimittelausschuss der Bundes-KV war und ist er in entscheidenden Funktionen tätig. Auch die vielen Projekte, die er im Berufsverband nicht nur angestoßen, sondern oft höchstpersönlich durch- und zu Ende geführt hat, lassen sich an dieser Stelle gar nicht alle auflisten. Letztlich verdankt der BVDN auch seine zeitgemäße Mitgliederverwaltung und Arbeitsstruktur dem Einsatz und den nächtelangen „Arbeitssitzungen" von Gunther Carl – einsam, nur in Gesellschaft seines Laptops am Schreibtisch.

Wertvolle Zeit für Privates

Eines musste er jedoch für sein berufliches Engagement hintanstellen: Seine Reiselust in ferne, wüste, Exotik-Länder. Einst ratterte er mit Freunden in einem alten VW-Bus bis nach Afghanistan, bevor die Russen einmarschierten, besuchte 1983 Afrika, vor allem Mali, und erfüllte sich 1996 mit einer Wüsten-Fahrt durch die Sahara einen lange gehegten Wunsch.

Jetzt steht dafür der andere Lebensschwerpunkt immer mehr im Zentrum: Seine Frau und seine zwei Kinder. Und dort im Kreis seiner Familie erlebt man ihn auch am entspanntesten und „ganz daheim".

Lieber Gunther, zu Deinem 50. Geburtstag nachträglich noch einmal alles nur wünschbar Gute! Ganz selbstsüchtig und stellvertretend für uns alle im Berufsverband hoffe ich, dass Dir die Freude und immense Einsatzbereitschaft für die Belange unserer Fachgruppe noch lange, lange mit gleicher Stärke und mit gleicher Zuverlässigkeit und Kompetenz erhalten bleibt. **az**

Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

Frühjahrstagung der Sektion Psychiatrie

In der UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes), der Vereinigung europäischer Fachärzte, bearbeiten 39 Sektionen auf europäischer Ebene die fachlichen Standards, Weiterbildungsfragen, Fortbildungsaktivitäten, Behandlungsstandards, gegenseitige Anerkennung von Facharzt- und Zusatzbezeichnungen sowie anderes mehr. In Wien fand die diesjährige Frühjahrstagung der Sektion Psychiatrie statt.

Bei den Treffen der europäischen Fachärzte (Union Européenne des Médecins Spécialiste = UEMS) liegt immer ein besonderer Schwerpunkt auf den Diskussionen um die Weiterbildungsmöglichkeiten in den verschiedenen EU-Ländern und auf den damit verbundenen Problemen. Zum Beispiel ist im Hinblick auf die Anerkennung neuer Facharztbezeichnungen die Beschlusslage derzeit so, dass zehn der 25 EU-Länder einen neuen Facharzt anerkennen müssen, damit dieser eigenständig in Europa gelten kann. Darüber hinaus aber – und das ist für die niedergelassenen Psychiater naturgemäß wichtiger – stehen immer wieder auch Fragen der Weiterbildungsregulationen (CME, andere Formen strukturierter Fortbildung wie CPD, Konsequenzen nicht erfolgter Fortbildung etc.) auf dem Programm.

Arbeitsbedingungen in der psychiatrischen Praxis

In Wien traf sich auch die Arbeitsgruppe wieder, die sich mit den Arbeitsbedingungen der Psychiater in eigener Praxis beschäftigt. Hier gibt es in Europa große Unterschiede, so dass die Datenerhebung noch nicht komplett abgeschlossen und bislang nur allgemeine Empfehlungen vorgetragen werden konnten, wie zum Beispiel gleiche Zugangsbedingungen für Patienten in der Praxis und bei institutioneller Versorgung, Psychotherapiemöglichkeiten für psychiatrische Patienten oder ausreichende Finanzierung im ambulanten Bereich. Auch bei der Gesetzgebung betreffend psychiatrische Patienten (z. B. Zwangsunterbringung, Restriktionen, Zwangsbehandlung) gibt es riesige Unterschiede quer durch Europa (so wie ja auch schon die deutsche Gesetzgebung in den einzelnen Bundesländern nicht einheitlich ist).

Das „Grüne Papier" – UEMS sieht rot

Außerhalb der ursprünglich vorgesehenen Tagesordnung beanspruchte das „Grüne Papier zur seelischen Gesundheit" der EU-Kommission für Gesundheit und Verbraucherschutz einen nicht unerheblichen Zeitaufwand. So gab die Sektion Psychiatrie eine Stellungnahme ab, in der sie ihre Bedenken zu dem „Grünen Papier" verdeutlichte. Ganz besonders wurde betont, dass sich seelische Krankheiten nicht alleine durch soziale oder edukative Maßnahmen verhindern oder beheben lassen. Keinesfalls dürfe eine Verschiebung von Geldern aus dem originär psychiatrischen Behandlungsbereich in präventive Maßnahmen erfolgen, da bei einer großen Zahl psychiatrischer Erkrankungen eine Prävention im eigentlichen Sinne nicht möglich sei. Eine Schwächung der Behandlungsressourcen durch Verlagerung von Geldern in andere Bereiche wäre daher überaus problematisch und kontraproduktiv.

Reichlich Diskussionsstoff bot auch die Stellung der Psychotherapie innerhalb der Psychiatrie und die Finanzierungsprobleme im Zusammenhang mit der Psychotherapie. In den verschiedenen Ländern (derzeit besonders in der Schweiz) ist der Trend scheinbar dahingehend, die gestiegenen Psychotherapiekosten zu reduzieren. Die Frage ist, in welcher Weise dies einen Einfluss auf die Versorgung psychiatrischer Patienten haben könnte. Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang ist auch die tendenzielle Ausgrenzung der Psychiater aus dem Bereich der Psychotherapie, die offensichtlich verstärkt von psychologischen Psychotherapeuten (nicht nur in Deutschland) ausgeht.

Behandlungstandard für psychiatrische Patienten

Ein weiteres Thema der Tagung waren auch Fragen zu Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Psychiatrie. Hierzu wurde eine neue Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die Standards für die Behandlung psychiatrischer Patienten festlegen soll.

Im Bereich der Fortbildungsaktivitäten wurde mit einer gewissen Besorgnis die zunehmende Zahl von Anbietern mit eigenen finanziellen Interessen registriert. Die Sektion erwog erneut die Möglichkeiten, internationale Fortbildungsaktivitäten ausschließlich über die jeweiligen Sektionen der UEMS zu akkreditieren. Die Frage kam auf, wer die Kriterien für die Akkreditierung und für die Qualität von Fortbildungsveranstaltungen festlegen sollte. Doch eine abschließende Klärung erfolgte nicht, zumal einige kommerzielle Anbieter offenbar bereits sehr effektive und akzeptierte Angebote machen.

Dr. med. Roland Urban, Berlin

Nervenärztliche Unterversorgung in Brandenburg

„Denk' ich an Deutschland in der Nacht …"



© Archiv

Dipl. Med. Anette Rosenthal (li), Vorsitzende des BVDN-Landesverbands Brandenburg

Um den Schlaf gebracht werden im Land Brandenburg zunehmend mehr ambulant tätige Fachärzte. Nicht nur wegen der Honorarentwicklung von Quartal II/04 zu Quartal II/05, besonders in den Fachgruppen Dermatologie (–16%), HNO (–13%), Orthopädie (–11%) und Nervenheilkunde (–9%), sondern auch wegen der Erfahrungen, die die Kollegen in der öffentlichen Diskussion mit Vertretern der Gesundheitspolitik bis hin zur Gesundheitsministerin machten. Die Gesundheitsexperten strotzten nur so von Unwissenheit und Ignoranz.

Versuchskaninchen Brandenburg

„Uns Ulla" konnte, trotz sachlich vorgetragener Argumente von drei Kollegen aus unserer Fachgruppe und trotz einer „psychotherapeutisch wohlwollenden Führung", die Fakten über die Situation an der Basis nur als persönlichen Angriff werten, was für ihre Inkompetenz sprach. Böse Zungen behaupten, dass die politisch gewollten „Neuerungen" (sprich: Einschränkungen, Sparmaßnahmen, Regressionen, Übergangsregelungen zur neuen „Staatsmedizin" etc.) zur Verhinderung der Dekompensation des deutschen Sozialsystems in den neuen Bundesländern und besonders im Land Brandenburg „geprobt" werden. Nach der Devise: „Wie weit können wir gehen in der schleichenden Abschaffung des ambulanten Facharztes?" fühlen sich bereits viele Kollegen „ausgequetscht wie eine Zitrone".

Brandenburg ist das Bundesland mit der schlechtesten nervenärztlichen Versorgungssituation. Aktuell betreuen 106 Kollegen zirka 2,5 Millionen Einwohner (1 Nervenarzt/26.100 Einwohner, nach J. Fritze 10/2001 beziehungsweise 1 Nervenarzt/zirka 25.000 Einwohner, Ende 2005 nach Neuzulassungen). Die Unterversorgung wird zusätzlich noch durch eine sehr geringe Psychotherapeutendichte verschärft (BRD: 1/7.000 Einwohner; Land Brandenburg: 1/zirka 25.000). Diese Unterversorgung bedingte – trotz Neuzulassungen, Zeitprofil und Fallzahlabstaffelung – eine weiter angestiegene durchschnittliche Fallzahl der Fachärzte für Nervenheilkunde ohne Psychotherapie auf 1.020, mit Psychotherapie auf 790. Die Gründe liegen in der Zuspitzung der sozialen Konfliktsituation durch hohe Arbeitslosigkeit und in der auch hausärztlichen sowie psychologisch/psychotherapeutischen Unterversorgung. Es gibt in Brandenburg periphere Regionen, in denen ein Nervenarzt etwa 1.500 Patienten pro Quartal betreuen muss, um wenigstens das Notwendigste fachärztlich abzudecken. Durch die hohen Fallzahlen „bestraften" wir uns als Fachgruppe selbst mit einer erniedrigten Grenzfallpunktzahl, bei Nervenärzten ohne Psychotherapie um 150 Punkte (11%) und mit Psychotherapie um 250 Punkte (16%)!

Um das Zeitprofil einzuhalten und einer Plausibilitätsprüfung zu entgehen, haben viele Kollegen mit hohen Fallzahlen erbrachte Leistungen für die Abrechnung gestrichen.

Zusätzlich honorarmindernd sind die Absenkungen der Grenzfallzahlen, die die Krankenkassen und die KV im Vorfeld der Einführung des EBM 2000 plus verhandelt haben. Daraus ergibt sich an etwa 30–40% der Primärkassenpatienten und an erwa 10–15% der Ersatzkassenpatienten eine Arbeit zum Nulltarif.

Moderne Sklaverei

Ein weiteres Folterinstrument sind die – primär von der KV zur Aufwertung der fallzahlstarken Praxen gedachten – Fallzahlkorrekturfaktoren, durch die die niedrigen Grenzfallzahlen der Krankenkassen prozentual etwas angehoben wurden. Durch die großen Cluster (25%-Schritte) kam es für Kollegen im Fallzahl-Cluster-Grenzbereich bei geringer Absenkung der individuellen Fallzahl beziehungsweise nach deren Anhebung durch die Systematik des Honorarverteilungsvertrages (HVV) zu Honorarabstürzen von bis zu 30%. Fallzahlstarke Praxen werden damit auf hohe Fallzahlen festgeschrieben und müssen für einen kleinen finanziellen Zuschlag eine Unmenge an unbezahlter Leistungserbringung in Kauf nehmen und arbeiten damit immer unwirtschaftlicher.

Zusätzlich fehlten unserer KV durch Mitgliederverluste bei den Krankenkassen und durch die Hartz-IV-Systematik im Abrechnungsquartal III/05 (z. B. fehlende Kopfpauschalen durch Familienversichertenstatus) 6 Mio. EUR an Budgeteinnahmen im Vergleich zum Quartal III/04.

Einige wissen noch gar nicht, dass sie insolvent sind

Insgesamt sind die Honorarverluste unserer gesamten Fachgruppe von zirka 10% (Verluste in den Praxen 0–40%) für zirka 25% der Praxen existenziell.

Viele Kollegen sind beunruhigt, wütend und frustriert. Einige wissen vielleicht auch noch gar nicht, dass sie bereits insolvent sind.

Nach einer schnellen Honoraranalyse riefen wir als Vorstand des Gesamtverbandes der Nervenärzte Land Brandenburg alle Fachärzte dazu auf, Widerspruch einzulegen. Unmittelbar nach dem Honorarbescheid haben wir eine Aussprache mit Vorstandsmitgliedern der KV Brandenburg erzwungen. Die KV-Vertreter haben dabei die wesentlichen Gründe für die Honorarverluste auf die Bundespolitik geschoben (Hartz–IV; fehlende Einnahmen beziehungsweise Budgetmindereinnahmen der Krankenkassen etc.). Die durch den HVV-Brandenburg bedingten Verluste im Zuge von Umverteilungen wurden abgewiegelt. Als Beispiel dieser Umverteilung sei genannt, dass die Fachgruppe der Gynäkologen im Durchschnitt einen Honorarzuwachs von 17 % [!] hat, wahrscheinlich verursacht durch die Übernahme der Verordnung des „Pillenrezeptes“ als Präventive Leistung und damit als Vorwegabzug.

Aktiv bleiben oder werden!

Teilnahmen an Protestveranstaltungen und regionale Proteste waren für viele Kollegen selbstverständlich. In unseren gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen finden wir Verständnis und Unterstützung bei stationär tätigen Mitgliedern des Gesamtverbandes Land Brandenburg. Natürlich gibt es dort auch Interessenskonflikte, die aber größtenteils mit einer besseren Kommunikation und Abstimmung untereinander geklärt werden könnten. Was wir erreichen werden, ist ungewiss. Wenn wir aber passiv bleiben und wie einige Kollegen „den Kopf in den Sand stecken“, haben wir schon verloren! Wenn auch in Heines „Wintermärchen“ „die deutschen Sorgen“ von einem schönen Weib fortgelächelt wurden, denken wir, dass ein Lächeln unserer Gesundheitsministerin nicht ausreichen wird, die oben beschriebene Misere zu beenden.

Dipl. Med. Anette Rosenthal, Schwedt

Berliner Kalendarium für Niedergelassene (2. Halbjahr)

In Berlin gibt es eine kaum übersehbare Fülle an Veranstaltungen zu neurologischen und psychiatrischen Themen. Hier sollen nur die jeweils von niedergelassenen oder mit wesentlicher Beteiligung niedergelassener VBN-Kollegen organisierten Veranstaltungen aufgeführt werden.

Veranstaltungsort ist, wenn nicht anders aufgeführt, die KV Berlin in der Masurenallee 4–6.



© Bilderbox, A-Thening

23.8.2006	20.00 Uhr	**Arbeitskreis Schlaganfall Berlin** Themen: Der ungeklärte Schlaganfall (Kasuistikdiskussionen), Orale Antikoagulation und Schlaganfall
29.8.2006	20.00 Uhr	**VBN-Mitgliederversammlung** Gast: Dr. Frank Bergmann, 1. Vorsitzender BVDN
9.9.2006	9.30 Uhr	**Psychose und Religion – Sinnsuche und Sinnstiftung im psychiatrischen Alltag** Jahrestagung des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin, Harnackhaus, Ihnestr. 16–20, 14195 Berlin/Dahlem, Info: www.psychiatrie-in-berlin.de
17.10.2006	20.00 Uhr	**VBN-Mitgliederversammlung**
21./22.10.2006		**Psychotherapie bei Psychosen** Methodenoffene, überregionale Weiterbildung, Charité Campus Mitte, Info: www.charite.de/psychiatrie/aktuelles.html
21./22.10.2006	13.00 Uhr	**„PASS“-Seminar für Helferinnen zur Weiterbildung zur Parkinsonassistentin und praktischen Organisation einer Parkinson-Spezialsprechstunde** (Folge-Seminar am 17./18.11.2006), Anmeldung über Quanup, Info: www.parkinsonverein.de
30.10.2005		**Mitgliedertreffen** Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin
15.11.2006.		**Arbeitskreis Schlaganfall Berlin** Themen: Verhältnis Stenting / Operation bei Carotis-Stenosen, Statine und Schlaganfall, Berichte aus den Fachgesellschaften
27.11.2006	20.00 Uhr	**Psychiatrie im Trialog – Treffen mit Betroffenen und Angehörigen** Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin, Info: http://www.psychiatrie-in-berlin.de/
5.12.2006	20.00 Uhr	**VBN-Mitgliederversammlung**



© PixelQuelle.de

Wer ein Projekt zur Integrierten Versorgung beantragen will, auf den wartet viel Arbeit

Integrierte Versorgung in der Psychiatrie

Ist der Zug abgefahren?

30 Monate nach Inkrafttreten des § 140 SGB V zur „Integrierten Versorgung" ist es an der Zeit, eine Zwischenbilanz aus psychiatrischer Sicht zu ziehen und sich zu fragen, was sich seitdem in der Versorgungslandschaft verändert hat. Welche Hoffnungen haben sich erfüllt, welche nicht? Wie viele Verträge zu welchen Indikationen wurden inzwischen mit den Krankenkassen geschlossen, welche davon funktionieren, welche nicht und wie soll es mit der sektorübergreifenden Versorgung nach dem bevorstehenden Ende der Modellphase weitergehen?

Einige ungeklärte Fragen zu dem wichtigen Gesetz der Integrierten Versorgung (§ 140 SGB V) sollen im Folgenden, auch basierend auf eigenen Erfahrungen mit einem der ersten integrierten Versorgungsmodelle in der Psychiatrie („Münchner Modell"), beantwortet werden.

Was ist Integrierte Versorgung?

Bereits kurz nach Erlass des Gesetzes zur integrierten Versorgung (IV) haben wir diese neue Versorgungsform im NEUROTRANSMITTER [Ausgabe 10/2004, S. 28; Kissling et. al, 2004] vorgestellt. Eine ausführliche Darstellung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen, der Voraussetzungen für die Antragstellung und der Chancen und Risiken dieser Versorgungsform findet sich dort. Zusammengefasst besagt das Konzept der Integrierten Versorgung, dass Kliniken und Niedergelassene zusätzlich zu ihren jetzigen Budgets eine Anschubfinanzierung erhalten können, wenn sie in ihrer Versorgungsregion innovative Versorgungsmodelle an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Versorgungssektoren implementieren. Um diese Anschubfinanzierung zu erhalten, sollte das beantragte Versorgungsmodell folgende Vorraussetzungen erfüllen: Es soll innovativ, sektorübergreifend und Kosten senkend sein, die Behandlungsqualität verbessern und nach Ablauf der Modellphase in die Regelversorgung übernommen werden können. Als Anschubfinanzierung steht für solche Modellprojekte – für alle medizinischen Fachrichtungen zusammen – die stolze Summe von etwa 700 Mio. EUR pro Jahr zur Verfügung.

Die verlockende Möglichkeit, zusätzliche Finanzmittel außerhalb der eng begrenzten Budgets zu bekommen und damit neue Versorgungsmodelle auf Dauer in der Regelversorgung implementieren zu können, hat viele Kliniker und Niedergelassene dazu motiviert, Anträge auf Anschubfinanzierung bei den Krankenkassen zu stellen. Die Mehrzahl der Anträge wurde abgelehnt, aber immerhin zirka 2.000 wurden bis genehmigt und führten zu Verträgen, die zirka 500 Mio. EUR zusätzlich zu den individuellen Budgets an Niedergelassene und Kliniken zur Verfügung stellen. Mit diesem Geld werden innovative (und auch weniger innovative) Versorgungsmodelle zu den verschiedensten Indikationen (z. B. Hüft- und Kniegelenkserkrankungen) finanziert. Weitere 900 Mio. EUR standen auch noch für weitere Anträge bereit. Dieses Geld wurde jedoch bis dato noch nicht abgerufen, entweder mangels guter Anträge oder weil die Kassen diese nicht bewilligt haben (s. u).

Verpasste Chancen

Von den bisher genehmigten 2.000 Verträgen stammen jedoch nur zirka 30 (!) aus der Psychiatrie. Die Chance, die der § 140 SGB V bietet, haben wir Psychiater demnach bisher so gut wie nicht genutzt. Von den uns anteilsmäßig zustehenden zirka 140 Mio. EUR sind gerade einmal zirka 7 Mio. EUR an psychiatrische Projekte geflossen, das heißt 95 % (!) des uns zustehenden Geldes wurden von uns nicht abgerufen und drohen zu verfallen oder für andere Indikationen ausgegeben zu werden. Da

FORTSETZUNG SEITE 29

das für IV-Projekte bundesweit zur Verfügung stehende Geld jedoch nicht zusätzlich ins Gesundheitssystem fließt, sondern vorher von den stationären und ambulanten Budgets aller Fachrichtungen gleichermaßen einbehalten wird, bedeuten die obigen Zahlen nichts anderes, als dass mit dem aus psychiatrischen Budgets abgezogenen Geld die IV von beispielsweise Knie- und Hüftgelenkspatienten finanziert wird. Die Versäumnisse der Psychiater in Sachen IV führen also dazu, dass von den ohnehin schon knappen Budgets psychiatrischer Kliniken und niedergelassener Psychiater Finanzmittel für die Versorgung nicht-psychiatrischer Indikationen abgezogen werden.

Dass wir Psychiater diese Möglichkeit nicht besser genutzt haben, ist über den finanziellen Verlust hinaus auch versorgungspolitisch fatal. Denn nach Abschluss der Modellphase (Ende 2006 bzw. Ende 2007, s. u.) werden die Krankenkassen eine Auswertung aller Modellprojekte der verschiedenen Fachrichtungen vornehmen und erfolgreiche Projekte im Rahmen der Regelversorgung weiter finanzieren. Wenn die Psychiatrie zu diesem Zeitpunkt keine erfolgreichen Modellprojekte vorzuweisen hat, werden auch keine neuen psychiatrischen Versorgungsformen im Rahmen der Regelversorgung finanziert werden. Die Versäumnisse werden für unser Fach – über den kurzfristigen finanziellen Verlust hinaus – also langfristige negative Folgen für die Ressourcenverteilung und die Versorgungsqualität psychiatrischer Patienten haben.

Warum wurden so wenige Anträge gestellt?

Dass von den zur Verfügung stehenden 1,4 Milliarden EUR bis jetzt nur zirka 7 Mio. EUR in psychiatrische Projekte geflossen sind, kann prinzipiell damit zusammenhängen, dass zu wenig (überzeugende) Anträge an die Kassen gestellt wurden oder von den Kassen zu wenige (eigentlich gute) Anträge bewilligt wurden. Aus zahlreichen Gesprächen mit Kassenvertretern und Antragstellern und nach der Lektüre einiger Anträge haben wir den Eindruck gewonnen, dass beide Gründe zutreffen. Offensichtlich haben sich die Krankenkassen anfänglich mit psychiatrischen Anträgen besonders schwer getan, haben deren auch ökonomische Relevanz unterschätzt und deshalb bis zu 90 % der Anträge – oft ohne eingehendere Prüfung – abgelehnt. Darüber hinaus wurden aber auch von den psychiatrischen „Leistungserbringern“ (Kliniken, Niedergelassenen) wesentlich weniger Anträge gestellt als ursprünglich gedacht. Viele potenzielle Antragsteller waren offenbar nicht bereit oder nicht in der Lage, die Vorleistungen zu erbringen, die erforderlich sind, um das in § 140 SGB V geforderte innovative Versorgungsmodell sektorübergreifend zu entwickeln, erfolgreich zu implementieren und den Kassen in einem überzeugenden Antrag schmackhaft zu machen. Dies ist nicht überraschend, denn die Vorleistungen sind nicht unerheblich.

Erfahrungen aus eigenen und einigen anderen Projekten zeigen, dass für die Vorbereitung eines fundierten Antrags in der Regel mindestens neun bis zwölf „BAT IIa-Monate“ an Manpower investiert werden müssen. Dieser Aufwand ist erforderlich, um ein neues Versorgungsmodell zwischen den Sektoren abzustimmen, Pilotstudien zur Praktikabilität und Effizienz durchzuführen, neue Interventionsformen und Evaluierungsinstrumente zu entwickeln und zu erproben und einen überzeugenden Antrag im Konsens mit allen Leistungserbringern zu formulieren. Da nach Auskunft der Krankenkassen etwa 90 % der Anträge abgelehnt werden, muss man bereit sein, diese Vorinvestitionen abzuschreiben, ohne dass sie sich amortisiert haben. Vor diesem Hintergrund ist es also nicht außergewöhnlich, dass über alle Fächer hinweg nur ein Drittel der eigentlich möglichen Anträge gestellt oder bewilligt wurde. Dass die Psychiatrie aber nicht einmal dieses Drittel geschafft hat und gerade mal 5 % (!) der ihr zustehenden Anschubfinanzierung abgerufen hat, ist schwerer zu verstehen.

Warum haben Psychiater ihre Chancen nur so spärlich genutzt?

Dass unser großes und – auch unter Kostengesichtspunkten – so relevantes Fach bei der Verteilung dieser Gelder so gut wie nicht zum Zuge kommt, obwohl die chronisch-rezidivierenden psychiatrischen Erkrankungen für IV geradezu prädestiniert erscheinen, hat mehrere Gründe. Zum einen haben wir Psychiater die gesundheitspolitische Relevanz dieses Gesetzes viel zu spät erkannt und deshalb zu wenige Anträge gestellt. Und einige waren – zumindest nach Auskunft der Krankenkassen – „alter Wein in neuen Schläuchen“, in denen zum Beispiel das in Institutsambulanzen seit langem praktizierte „integrierte“ Versorgungsmodell unter neuem Etikett den Kassen noch einmal offeriert wurde. Was daran innovativ und sektorübergreifend war und wie damit Kosten weiter gesenkt und die Behandlungsqualität verbessert werden sollten, wurde entweder gar nicht ausgeführt oder ohne empirische Belege einfach behauptet.

Viele haben wohl auch darauf gewartet, dass die Fachgesellschaften einspringen und zumindest für die wichtigsten Indikationen Rahmenkonzepte erarbeiten, die es dem Einzelnen dann erleichtern, seinen Antrag zu formulieren und ein IV-Konzept umzusetzen. Aber solche Rahmenkonzepte sind weder im Vorfeld dieses ja nicht über Nacht erlassenen Gesetzes noch in den mittlerweile vergangenen zweieinhalb Jahren seit seinem Inkrafttreten vorgelegt worden. Entgegen mehrfacher Ankündigungen wurden für die wichtigsten psychiatrischen Indikationen Schizophrenie, Demenz und Sucht bisher überhaupt keine Rahmenkonzepte vorgelegt. Und das einzige bisher angebotene Konzept („Integrierte Versorgung Depression“, DGPPN 2005) ist so umfangreich, dass es im Versorgungsalltag nicht umsetzbar ist oder im Falle seiner Umsetzung zu massiven Kostensteigerungen führen würde.

Aber auch die Krankenkassen scheinen sich mit psychiatrischen Anträgen überdurchschnittlich schwer zu tun. Trotz der großen Kostenrelevanz psychiatrischer Krankheiten fehlt offenbar vielen für die IV zuständigen Sachbearbeitern der Krankenkassen der Weitblick, gute Anträge zu erkennen und so zu verhandeln, dass eine ausreichende Zahl psychiatrischer IV-Konzepte praktisch umgesetzt werden kann. Diese übertriebene Zurückhaltung könnte sich rächen, wenn am Ende der Modellphase (das heißt, eventuell schon in acht Monaten) die anschubfinanzierten Mo-

dellprojekte ausgewertet werden. Dann wird es kaum psychiatrische Projekte für eine Auswertung geben und aus diesem Grund auch keine innovativen psychiatrischen Versorgungsmodelle, die den Kassen helfen, die hohen Kosten der psychiatrischen Versorgung zu reduzieren.

Gibt es eine zweite Chance?

Vielleicht bekommt die Psychiatrie ja noch eine zweite Chance. Obwohl die Zeit für die Anschubfinanzierung ursprünglich Ende 2006 auslaufen sollte, sprechen Äußerungen der Gesundheitspolitiker dafür, dass die Modellphase um ein bis zwei Jahre verlängert werden könnte. Vermutlich ist es für die Krankenkassen noch nicht zu spät, ihre restriktive Begutachtungspraxis bei psychiatrischen Anträgen zu überdenken. Und wahrscheinlich ist es auch für uns Psychiater noch nicht zu spät, noch rasch eine Anschubfinanzierung für ein innovatives psychiatrisches Versorgungsmodell zu beantragen (Tipps für die Antragstellung siehe NEUROTRANSMITTER 10, 2004).

Da wir inzwischen auf ein Jahr Vertragsverhandlungen und auf 18 Monate Vertragsimplementierung zurückblicken, sollen die seit der letzten Publikation gemachten Erfahrungen nachfolgend dargestellt werden.

Wer sollte einen IV-Antrag stellen?

Konzeptentwicklung, organisatorische Vorbereitungen und praktische Implementierung eines IV-Modells sind aufwändiger als viele annehmen. Obwohl wir in unserem Zentrum durch jahrelange Vorarbeiten auf dem Gebiet des Disease Management psychiatrischer Krankheiten inhaltlich und organisatorisch bestens auf das Thema vorbereitet waren, haben die Vorbereitungsarbeiten, die Antragsformulierung und die Verhandlungen mit den Krankenkassen rund 18 Monate gedauert und etwa neun „Arztmonate“ an Manpower benö-tigt. Auch nach Vertragsunterzeichnung mussten nochmals mehrere Monate in die konkrete Organisation des neuen Versorgungsmodells, die Entwicklung der Dokumentation und Evaluation, Abrechnung und anderes investiert werden. Und da die meisten Krankenkassen nicht zu Vorrauszahlungen bereit sind, dauert es auch nach Einschluss der ersten Patienten nochmals mindestens drei Monate, bis die ersten Zahlungen von den Krankenkassen eintreffen. Wer nicht bereit oder in der Lage ist, Vorinvestitionen in der Größenordnung von mindestens 50.000 EUR zu erbringen (und bei einem Scheitern des Antrags notfalls abzuschreiben), sollte das Thema schnell abhaken. Wenn man diese Vorleistungen aber erbringen kann und will (in der Regel werden das eher Kliniken als Niedergelassene sein), sollte als Nächstes genau geprüft werden, ob die, einzelnen Vorraussetzungen dafür [siehe auch NEUROTRANSMITTER 10, 2004] erfüllt sind.

Voraussetzungen: Die Erfahrungen aus den zurückliegenden 30 Monaten seit Inkrafttreten des § 140 SGB zeigen, dass es nur dann Sinn macht, einen IV-Antrag zu stellen, der auch erfolgreich umgesetzt werden kann, wenn die unten genannten Maßgaben erfüllt werden können:

- Kliniken und Niedergelassene fungieren als gleichberechtigte Vertragspartner.
- Alle Teilnehmer an der Integrierten Versorgung haben die Fähigkeit zur sektorübergreifenden, kollegialen Zusammenarbeit und sind bereit, ausreichend Zeit in die Patienten-Rekrutierung, Dokumentation und korrekte Durchführung der Interventionen zu investieren.
- Eine ausreichende Zahl von Patienten der gewählten Indikation kann innerhalb von sechs bis zwölf Monaten zur aktiven Teilnahme an der Integrierte Versorgung motiviert werden.
- Mit dem geplanten Versorgungsmodell können tatsächlich sowohl die Behandlungsqualität verbessert als auch die Gesamtkosten gesenkt werden (Voruntersuchungen?).
- Die spätere Übernahme des Versorgungsmodells in die Regelversorgung ist möglich.
- Die Kosten für alle Beteiligten sind realistisch und transparent kalkuliert worden und die Anschubfinanzierung deckt zumindest diese Kosten.
- Es besteht Einvernehmen unter allen Beteiligten über Art und Ausmaß der Dokumentation, der Erfolgsbeurteilung und der Qualitätssicherung.

Fehlerquellen: Die häufigsten Fehler, die in diesem Zusammenhang bisher gemacht wurden, sind folgende:

- Indikationen zu wählen, bei denen keine ausreichenden Kostensenkungen und/oder Qualitätsverbesserungen erreicht werden können;
- Überschätzung der tatsächlich erreichbaren Rekrutierungszahlen;
- Fehlen von effizienten Management- und Monitoringstrukturen, die ausreichende Rekrutierungszahlen (n > 300) und die Qualität der Dokumentation und der Interventionen sicherstellen;
- zu komplexe und zu aufwändige Versorgungsmodelle.

Versorgungsmodelle zu beantragen, bei denen bereits bestehende Versorgungsangebote (z. B. in Institutsambulanzen) als IV umetikettiert werden, ist nicht sinnvoll: einerseits weil die Krankenkassen nicht bereit sind, für inhaltlich ähnliche Leistungen doppelt zu bezahlen und so mit derartigen Anträgen nur bewährte Versorgungsstrukturen ersetzen würden, ohne zusätzliche Finanzmittel zu bekommen. Andererseits können solche Modelle auch keine Qualitätsverbesserungen oder Kostensenkungen im Vergleich zur jetzigen Regelversorgung erzielen.

Der häufigste Fehler in der Planungseuphorie aber ist die Überschätzung der Rekrutierungszahlen. Wenn dann später deutlich weniger Patienten als geplant in das Programm eingeschlossenen werden, kommt es wegen fehlender Fallhonorare rasch zu einer Unterfinanzierung, an der das Projekt scheitern kann. Um das zu vermeiden, sollten so früh wie möglich Proberekrutierungen durchgeführt werden. Einige psychiatrische Projekte, bei denen man darauf vertraute, dass durch angemessene Honorierung quasi automatisch die optimale Rekrutierung sichergestellt wurde, haben nach den ersten sechs Monaten die Erwartungen aufgrund viel zu niedriger Rekrutierungszahlen nicht erfüllen können. Besonders bei indikations- oder kassenspezifischen Verträgen, die nur einen Teil der in einer Praxis versorgten Patienten betreffen, wird im Praxisalltag immer wieder vergessen, diese Patienten für die IV zu motivieren. Im „Münchner Modell“ konnte die Rekrutierung durch ein personell aufwändiges Monitoring in den Praxisräumen und unter Einbezie-

Fazit

Trotz aller Probleme und Risiken überwiegen aus unserer Sicht aber die Vorteile und Chancen, die IV bietet. Durch die Anschubfinanzierung wird es erstmals seit der Psychiatrie-Enquete wieder möglich, neue Versorgungskonzepte in der Regelversorgung zu implementieren und vor allem ausreichend zu finanzieren. Die Psychiatrie sollte diese Chance nutzen und rasch noch möglichst viele Anträge für die IV psychiatrischer Patienten stellen. Angesichts des Zeitdrucks muss dabei nicht in jeder Region das Rad neu erfunden werden, sondern es sollte versucht werden, erfolgreiche psychiatrische IV-Modelle aus bereits laufenden Verträgen an die jeweilige lokale Situation anzupassen und den Krankenkassen unter Verweis auf das bereits genehmigte Projekt anzubieten. Einige Kassen haben für ein solches vereinfachtes Antragsverfahren bereits eine beschleunigte Prüfung zugesagt. Für die Indikationen Schizophrenie und Depression leistet unser Zentrum gerne Hilfe bei der Antragstellung und Implementierung eines Vertrags in Anlehnung an das „Münchner Modell".

hung des Praxispersonals deutlich gesteigert werden. Bei einigen Modellen wird das Problem auch dadurch gelöst, dass nur denjenigen Kollegen einer Versorgungsregion die Teilnahme am Versorgungsvertrag angeboten wird, die ihre Rekrutierungsfähigkeit bewiesen haben. Die Rekrutierungsproblematik muss rasch gelöst werden, damit diese auch honorarpolitisch interessanten Modelle nicht scheitern oder der Eindruck entsteht, bei psychiatrischen Indikationen funktioniere die IV nicht.

Häufig begehen Antragsteller auch den Fehler, sich bei der inhaltlichen Ausgestaltung der IV zu viel oder zu wenig vorzunehmen. Es sollte nicht versucht werden, alle diagnostischen und therapeutischen Prozesse gleichzeitig zu verbessern. Solchen irgendwo zwischen Lehrbuch und Leitlinie angesiedelten IV-Konzepten (z. B. „Rahmenkonzept Depression" der DGPPN) merkt man an, dass ihre Autoren sie selbst nie praktisch umgesetzt haben. Andernfalls hätten sie bemerkt, dass eine Auflistung, wie die optimale Diagnose und Behandlung einer Erkrankung idealerweise auszusehen hätte, unnötig ist. Denn die Realität sieht anders aus. Die meisten Ärzte wissen sehr wohl, wie unter idealen Bedingungen optimale diagnostische und therapeutische Prozesse ablaufen sollten, aber die Bedingungen (Manpower, Budget, Compliance etc.) sind in der Regelversorgung eben nicht ideal. Und auch die zusätzlich über die IV zur Verfügung gestellte Anschubfinanzierung macht es unmöglich, die in solchen Rahmenkonzepten oder Leitlinien beschriebenen optimalen Prozesse zu realisieren. Solche Konzepte sind in der Praxis nicht umsetzbar und führen eher zu Kostensteigerungen als zu den angestrebten Kostensenkungen. Bessere Erfolgschancen haben schlanke Versorgungsmodelle, die sich auf die wichtigsten Probleme (z. B. Noncompliance, intersektorale Kommunikation) konzentrieren und versuchen, diese mit wenigen wirksamen Interventionen kosteneffektiv zu lösen.

Dr. med. Werner Kissling, München
E-Mail:w.kissling@lrz.tum.de

Ein Behandlungsfall und seine Folgen



© PixelQuelle.de

Krankheitsbilder in Neurologie und Psychiatrie sind häufig komplex und werfen schwer lösbare Fragen auf. Dass daraus unversehens schwere juristische Komplikationen entstehen können, war eine neue Erfahrung für den Autor des nachfolgenden „Fallberichts, Prof. Wolfgang Weig, ärztlicher Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück.

Der hier von Prof Wolfgang Weig, Osnabrück, vorgestellte Fall handelt von einem Patienten, der, zuerst noch in gerimgem Umfang, dann aber eine beträchtliche geschäftliche Aktivität im Bereich der Müllentsorgung entwickelt hatte. Diese Tätigkeit wuchs ihm nach dem Eindruck der behandelnden Ärzte schließlich über den Kopf. Im Zusammenhang mit diesen Geschäften kam es zu strafrechtlichen Vorwürfen gegen ihn, die zu umfangreichen Ermittlungen führten. Daraufhin wurde der Patient vorübergehend auch in Untersuchungshaft genommen. Im Anschluss daran zog er sich schließlich aus seinem Geschäft zurück.

Kasuistik und Vorbefunde

Der 1949 geborene Mann begab sich 1999 erstmals in eine nervenärztliche Behandlung. Zur Familienanamnese gab er an, dass bei seinen Verwandten gehäuft demenzielle Erkrankungen vom Alzheimer-Typ aufgetreten seien. Der Patienten selbst litt seit langem an Diabetes mellitus, der nicht optimal eingestellt war. Sonstige wesentliche somatische Vorerkrankungen wurden nicht bekannt. Der Betroffene klagte über ein Nachlassen seines Gedächtnisses und über vielfältige Beeinträchtigungen seiner geistigen Leistungsfähigkeit, außerdem über schlechte Stimmung und Ängste verschiedener Art. Psychopathologisch wurden kognitive Leistungseinbußen und Auffälligkeiten im Verhalten beobachtet.

Umfangreiche somatische Zusatzuntersuchungen ergaben neben dem bereits bekannten Diabetes mellitus folgende Diagnosen: zerebrales Gefäßsyndrom bei zerebro-vaskulärer Erkrankung, Tinnitus, eine Hyperkinese der Herz-Vorwand, eine Akinese der Herzspitze und ein LGL-Syndrom. Von psychiatrischer Seite wurden zunächst eine Wahnentwicklung und eine affektive Erkrankung differentialdiagnostisch vermutet. Diese anfängliche Hypothese konnte jedoch nicht bestätigt werden. Schließlich wurden leichte kognitive Störungen bei Verdacht auf beginnende Demenz und eine organische Persönlichkeitsstörung unklarer Genese diagnostiziert.

Von 1999 bis 2002 wurde der Patient kontinuierlich ambulant behandelt, vorübergehend etwa einen Monat lang auch stationär und anschließend zwei Wochen teilstationär psychiatrisch-psychotherapeutisch. Er erhielt Antidepressiva, atypische Neuroleptika, Antidementiva und Hypnotika sowie eine stützend-strukturierende psychotherapeutische Therapie gemeinsam mit seiner Ehefrau. Der psychopathologische Befund blieb dabei im Wesentlichen gleich und es gelang eine befriedigende Situationsbewältigung.

Gutachten 1: Im Jahr 2001 wurde ein eingehendes psychiatrisches Gutachten erstellt. Es besagte, dass die geistige Leistungs- und Urteilsfähigkeit des Patienten vermindert, sein Denken inhaltsarm und unscharf sei. Er rede ferner am Thema vorbei oder bleibe daran haften und überschätze seine Möglichkeiten. In der Dopplersonographie fanden sich Plaques im Karotisbulbusbereich links. Zusätzlich wurden ein Hypertonus mit hypertensiven Krisen und Tachykardien sowie ein langjähriger Alkoholmissbrauch mit einer neurologisch nachweisbaren und

am ehesten alkoholtoxisch begründeten sensiblen Polyneuropathie beschrieben.

Gutachten 2: Eine weitere Begutachtung führte ein klinischer Psychologe durch. Bei dieser Untersuchung vermied der Proband jeden Blickkontakt. Er sprach wenig, einsilbig und monoton und zeigte verminderte Mimik. Er klagte über fehlende soziale Kontakte. Auffallend waren stereotype Bewegungen mit Reiben der Hände über die Knie; die Beine des Patienten zitterten deutlich.

Testpsychologisch war das fluide Intelligenzniveau im Standard Progressive Matrices (SPM) mit IQ 98 durchschnittlich, ebenso das praemorbide intellektuelle Leistungsniveau im Wortschatz-Test (WST) mit IQ 96. Auch die mentale Kontrollleistung im Wechsler-Gedächtnis-Test (WMS) war unauffällig. Dagegen war die visuelle Wahrnehmung im fragmentierten Bildertest stark vermindert. Die Konzentrationsleistung im Daueraufmerksamkeitstest war gravierend beeinträchtigt sowohl hinsichtlich der Arbeitssorgfalt als auch hinsichtlich des Arbeitstempos. Auch weitere neuropsychologische Testverfahren zeigten Beeinträchtigungen der Konzentration, der verbalen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisspanne, der Arbeitsgedächtnisleistung, der perzeptuellen Gedächtnisleistung, der verbalen Lernfähigkeit, der verbalen Reproduktionsleistung, der verbalen Wiedererkennungsleistung, der kategorial semantischen Wortflüssigkeit und der formal lexikalischen Wortflüssigkeit.

Demgegenüber waren andere Bereiche, wie die visuelle Aufmerksamkeit, Reproduktion und Lernfähigkeit ungestört. Spezielle Untersuchungen auf eine mögliche Aggravation oder Simulation waren unauffällig. Die persönlichkeitspsychologische Untersuchung mit FPI-R und MMPI zeigte bei hoher Offenheit ausgeprägte soziale Orientierung, geringe Leistungsorientierung, ausgeprägte Gehemmtheit und ein hohes Maß an körperlichen Beschwerden. Bildgebende Untersuchungen (CCT, MRT, PET, SPECT) ergaben normale Befunde.

Gutachten 3: Eine weitere Untersuchung durch einen anderen erfahrenen nervenärztlichen Kollegen Ende 2001 referiert ähnliche Befunde. Laut dieser Begutachtung scheine der Proband deutlich vorzeitig gealtert und in seiner (Psycho-)Motorik und seinem gesamten Verhalten äußerst verlangsamt. Er wirke hilflos, abhängig, sei erheblich affektiv und emotional nivelliert, zeige ein allgemeines Absinken der Leistungsfähigkeit bei ausgeprägtem sozialem Rückzug. Eine eingehende neuropsychologische Untersuchung ergebe starke bis gravierende Beeinträchtigungen mit nicht-mnestischen und auch mnestisch-kognitiven Defiziten, die jedoch ausschließlich die verbalen Teilfunktionen beträfen. Dies könne für eine hemisphärenspezifische Schädigung sprechen und stehe nicht im Gegensatz zu den Normbefunden bildgebender Untersuchungsverfahren. Die Teilbefunde zur zeitverzögerten Reproduktionsleistung und zur Rekognitionsleistung sowie andere Einzelheiten des neuropsychologischen Befundes seien gut in Übereinstimmung mit Befundmustern wie bei einer Demenz vom Alzheimer-Typ zu bringen. Das Vorliegen einer gravierenden hirnorganischen Symptomatik sei bei dem Patienten eindeutig. Eine ätiologische und nosologische Zuordnung könne dagegen Probleme bereiten und sei nach klinischer Erfahrung häufig erst post mortem möglich.



Eigene Beurteilung

Ich lernte den Patienten im Frühjahr 2002 kennen, weil sein bisher behandelnder Nervenarzt in den Ruhestand gegangen war und er sich deshalb an mich wandte. Beim Erstkontakt klagte der Patient über Ängste und einen nun auch rechts eingetretenen Hörsturz, nachdem er auf dem linken Ohr schon lange unter Tinnitus leide. Er wirkte deutlich verlangsamt und es zeigten sich Störungen des Kurzzeitgedächtnisses. Das bereits früher von den Voruntersuchern beschriebene Bild war auffällig: Mimik und Gestik waren völlig reduziert und starr und während der gesamten Untersuchung führte der Patient mit den Händen streichende und nestelnde Bewegungen über dem Knie aus.

Die Ehefrau berichtete, der Zustand ihres Mannes sei immerwährend gleich. Besonders belastend sei für sie aber sein völliger Antriebsmangel.

In der Folgezeit kam es zu etwa monatlichen ambulanten Kontakten mit dem Patienten. Der psychopathologische Befund war im Wesentlichen über die ganze Zeit unverändert. Komplizierend traten, auch in Zusammenhang eines Strafverfahrens gegen den Patienten, Ängste bis hin zu Panikattacken auf. Im Rahmen einer krisenhaften Zuspitzung seiner Ängste musste sich der Patient stationär einweisen lassen. Die Behandlung erfolgte weiterhin medikamentös; vorübergehend waren Benzodiazepine zur Bewältigung der Angst erforderlich. Neben der medikamentösen Therapie erfolgten auch stützende Gespräche unter Einbezug der Ehefrau.

Beim letzten Kontakt im Frühjahr 2004 hatte sich an dem wiederholt beschriebenen Zustand nichts geändert. Die kognitiven Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten hatten sich weder gebessert, noch nennenswert zugenommen.

Das klinische Bild ist meines Erachtens eindrucksvoll und eindeutig. In Übereinstimmung mit den Voruntersuchern gehe ich von einer kognitiven Störung im Rahmen einer beginnenden demenziellen Entwicklung bei gleichzeitiger organischer Persönlichkeitsstörung (ICD 10: F 06.7, F 07.7) aus. Die zeitweilig aufgetretenen emotionalen Defizite und Angststörungen mit Panikattacken sehe ich in Zusammenhang mit der organischen Grundstörung und einer eingeschränkten Verarbeitungskapazität für äußere Belastungen. In Übereinstimmung mit der Literatur [Venzlaff und Foerster, 2004] ist festzuhalten, dass ein negativer Befund der bildgebenden Verfahren die Diagnose einer kognitiven Störung, einer demenziellen Entwicklung oder einer organischen Wesensänderung keinesfalls ausschließt. Hierbei handelt es sich vielmehr um klinische Diagnosen. Nach allgemeiner Auffassung sind subtile und rein funktionelle Hirnstörungen, die entsprechenden klinischen Bilder zugrunde liegen können, in der Bildgebung häufig nicht erfassbar.

Diese Auffassung wurde von allen Nervenärzten vertreten, die den Patienten behandelt oder begutachtet hatten. Zu einer abweichenden Auffassung kamen lediglich zwei von den Justizbehörden beauftragte Sachverständige. Einer von beiden schloss nach ambulanter klinischer Untersuchung des Probanden eine organische Störung aus – im Wesentlichen mit der Begründung, die Ergebnisse der bildgebenden Verfahren seien unauffällig. Der andere Sachverständige folgte diese Einschätzung mit Hinweis auf das Renommee des Vorgesetzten seines Voruntersuchers.

Die rechtliche Kampagne

Während der stationären Behandlung des Patienten Anfang 2004 hat mir der Anwalt des Betroffenen mitgeteilt, der Beginn der Hauptverhandlung gegen seinen Mandanten stehe nun unmittelbar bevor. Auf der Grundlage des geschilderten klinischen Befundes und der Anamnese kam ich unter Berücksichtigung der hierzu aufgestellten Grundsätze [siehe Venzlaff und Foerster, 2004)] zu dem Ergebnis, die Verhandlungsfähigkeit meines Patienten sei nicht gegeben. Aus nervenärztlicher Sicht sprach dafür, dass sich der Patient in der komplexen Situation eines Wirtschaftsstrafverfahrens nicht angemessen werde verteidigen können. Ich stellte ihm daraufhin ein entsprechendes Attest aus. Wenige Tage später wurde ich telefonisch als Zeuge in die Hauptverhandlung geladen. Dort schilderte ich die Befunde, den Verlauf der Erkrankung und das Verhalten des Patienten. Die Stimmung in dem Verfahren war außerordentlich gereizt, die Vernehmung zog sich über zwei Tage hin. Auf die Frage des Gerichtes nach der Motivation für die Ausstellung des Attestes erläuterte ich wahrheitsgemäß und meiner Überzeugung entsprechend, dass dem behandelnden Arzt für seinen Patienten eine Garanten- und Fürsorgepflicht zukommt und er somit in der Verantwortung steht, den Patienten vor erkennbarem Schaden zu bewahren. Tags darauf musste ich der Presse entnehmen, nach Interpretation des Staatsanwaltes sei das Attest ein Gefälligkeitsgutachten gewesen. Man behalte sich aus diesem Grund Ermittlungen vor.

Wochen später erschien der zuständige Staatsanwalt, begleitet von Polizeibeamten, überfallmäßig während meiner Abwesenheit in meinen Diensträumen. Sie durchsuchten die Zimmer und beschlagnahmten diejenigen Unterlagen über den Patienten, die ich dem Gericht bereits in der Hauptverhandlung vorgelegt hatte. Nach langen Ermittlungen und dem Anlegen umfangreicher Akten erhob die Staatsanwaltschaft Anklage gegen mich. Mir wurde vorgeworfen, dem Patienten zunächst ein falsches ärztliches Zeugnis ausgestellt zu haben und mich dann mit einer falschen Aussage vor Gericht geäußert zu haben. Aus den Akten ergab sich aber rasch, dass dieser Vorwurf nur durch eine selektive Wahrnehmung, nämlich das Ausblenden von Teilen meiner Aussage, zu erklären war. Die örtliche und sogar die überregionale Presse (Süddeutsche Zeitung) berichteten über das Verfahren.

Das zuständige Amtsgericht lehnte in einem ausführlich begründeten Beschluss die Eröffnung des Hauptverfahrens ab und legte dar, dass die von der Staatsanwaltschaft erhobenen Beschuldigungen der sachlichen Grundlage entbehrten. Gegen diesen Beschluss legte die Staatsanwaltschaft jedoch eine sofortige Beschwerde ein. Erst mit einem Beschluss des Landgerichtes Anfang 2006, der die Entscheidung des Amtsgerichtes inhaltlich voll bestätigte, endete dieser Spuk nach einem Zeitraum von zwei Jahren.

Wie ich erfahren habe, hat die gleiche Staatsanwaltschaft auch Ermittlungen gegen einen Kollegen eingeleitet, der den Patienten früher behandelt hatte und den Fall in ähnlicher Weise wie begutachtete. Auch das Verfahren gegen ihn wurde erst nach längerer Zeit und nach anwaltlicher Intervention wieder eingestellt.

Fazit

Dieser Vorfall gibt mir zu denken. Der Staatsanwaltschaft muss unterstellt werden, eine ärztliche Meinung, die nicht in ihr Kalkül passt, mit Drohgebärden unterdrücken zu wollen. Dieses Verhalten ist für die ärztliche Berufsfreiheit, und für die unverzichtbare Fürsorgeverpflichtung des behandelnden Arztes in einem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis riskant. Auch für eine funktionierende Strafrechtspflege mit der unabdingbaren Kooperation zwischen Justiz und begutachtenden Ärzten stellen diese Maßnahmen eine große Gefahr dar. Das Vorgehen der Staatsanwaltschaft fügt sich hier in die von Hans Leyendecker in der Süddeutschen Zeitung vom 19.5.2004 geschilderte Fehlentwicklung ein, die unter der Überschrift „Die Panzerdivision der Emotionen – Warum die deutschen Staatsanwälte derzeit durch so viele Niederlagen auffallen“ erschienen ist.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Wolfgang Weig
Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Osnabrück, Knollstr. 31,
49088 Osnabrück

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Kommentar und Aufruf

Diese Kasuistik zeigt nicht nur ein denkwürdiges Verhalten auf Seiten der Jurisprudenz auf, sondern lehrt auch, dass eine gute Dokumentation zwar nicht vor Anschuldigungen, sehr wohl aber vor Verurteilung schützt!

Dr. med. Frank Bergmann

Wir veröffentlichen gern Ihre Meinung zu dieser Kasuistik oder auch zu ähnlichen Fällen.



© Ärchiv

Ohne KV weniger Bürokratie, mehr Effizienz und Honorar?

Die Gesundheitsreform an sich steht außer Frage. Aber geht sie überhaupt in die richtige Richtung? Abschaffung der KVen, dafür fachfremde Berater und Projekte zur „integrierten Versorgung" – solche Bestrebungen sind für Kollege Meißner nicht der Weisheit letzter Schluss.

Die Szenarien am Horizont: medizinische Versorgungszentren, Praxen mit Nebenstandorten wie Supermarktketten, der Arzt als Manager, der nur noch einen Tag in der Woche Patienten behandelt, ansonsten seinen Konzern organisiert, Teilgemeinschaftspraxen, privatmedizinische Netzstrukturen, Mitarbeit des niedergelassenen Arztes am Krankenhaus. All das sind keine Phantasien, sondern Möglichkeiten in Anbetracht der gesetzlichen Planungen zum Gesundheitswesen, wie sie auch Rechtsanwalt H. J. A. Schade auf der BVDN-Frühjahrstagung am 18. Februar in München vorgetragen hat.

Nicht umsonst wird der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Bayern, Rudi Bittner, im aktuellen Bayrischen Ärzteblatt mit der Aussage zitiert, dass von den Ärzten und Psychotherapeuten immer stärker Managementfähigkeiten gefordert seien. Ist es das, was wir wollen? Wir sind dabei, die Verantwortung an Juristen und Betriebswirtschaftler abzugeben, die uns erzählen, was wir zu tun haben, in der – momentan sicher berechtigten – Hoffnung, dass Arbeitsplätze für sie entstehen (als Berater, Manager, Referenten etc.). Natürlich wollen sie ebenfalls aus dem Kostentopf des Gesundheitswesens bezahlt oder von uns direkt honoriert werden. So entnimmt man den Unterlagen von Rechtsanwalt Schade das Angebot zu einem „Hintergrundgespräch" zu 350 EUR sowie zu einem regionalen Workshop zum neuen ärztlichen Berufsrecht (zweieinhalb Stunden Zeitaufwand) für mehrere Kollegen zu 950 EUR zuzüglich Mehrwertsteuer.

Von den neuen Erfordernissen im Medizinmanagement verstehen wir sicher zu wenig, sind aber auch nicht bereit, sie in Frage zu stellen und für die Arbeit am und mit dem Patienten einzutreten. Wie bei dieser entstehenden Unübersichtlichkeit und Zersplitterung der Versorgungsstrukturen Effizienz in der Behandlung und Transparenz für die betroffenen Patienten entstehen soll, erscheint fraglich. Vielmehr werden hier die Grundlagen für eine weitere Bürokratisierung und Ökonomisierung der Behandlung gelegt, mit der Notwendigkeit, sich noch mehr mit juristischen Fragen zu beschäftigen oder dies eben zu gutem Honorar in die Hände fachfremder Berater zu legen. Die immer wieder auffällige Betonung der privatmedizinischen Behandlung oder auch der IGeL ist ebenso blauäugig. Denn auch hier ist die Honorarsumme begrenzt. Zumal in Zeiten anhaltender Arbeitslosigkeit die Zahl der Privatpatienten eher ab- als zunimmt (und die Zahlungsmoral dem Eindruck nach schlechter wird).

Ist die KV unerwünscht?

Daneben geht bei all diesem Streben nach neuen Strukturen und mehr Wettbewerb die Rechnung der Politiker auf, die KVen weiter zu schwächen und damit die zentrale Vertretung der Interessen der niedergelassenen Ärzte abzuschaffen. Bei aller berechtigter Kritik an den KVen, was die Honorarverteilung und die (zumeist vom Gesetzgeber geschaffene) Bürokratie betrifft: Ist von Einzelverträgen mit den Kassen oder aufwändigen Verhandlungen für integrierte Versorgungs- oder Praxisnetzprojekte tatsächlich mehr

Honorar zu erwarten? Der vermeintlich höhere Wettbewerb wird stattdessen einen stärkeren Konkurrenzkampf um die Honorare und damit eine weitere Spaltung der Ärzteschaft bewirken, was nicht in unserem Interesse sein kann. Naiv klingen daher die im Rahmen des Protesttages vom 24. März 2006 aufgetauchten Forderungen verschiedener Berufsverbände, die KVen abzuschaffen. Damit hätte es Ulla Schmidt geschafft, dieses nicht mehr selbst bewerkstelligen zu müssen. Noch irrsinniger erscheint allerdings das Bestreben der KBV, ein Referendum zum Ausstieg aus dem System der KVen anzustreben, was einer Selbstabschaffung gleich kommt.

Integrierte Versorgung mit Anlaufschwierigkeiten

Schon am Beispiel der Verträge zur integrierten Versorgung (IV) im psychiatrischen Bereich kann man sehen, was eine Patientenversorgung an den KVen vorbei bedeutet. Diese sind laut Gesetzestext explizit von der Mitgestaltung ausgeschlossen, was ihrem ansonsten festgelegten Auftrag der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung widerspricht. Da wurde in München eineinhalb Jahre verhandelt, um mit nur einer Gruppe der gesetzlichen Kassen, den BKK, einen IV-Vertrag für ein kleines Segment der Patienten aus dem ICD-Diagnosenspektrum F2 und F3 zu erzielen. In München haben wir mittlerweile insgesamt drei Projekte, jeweils mit verschiedenen Kassen und mit verschiedenen Ablauf- und Dokumentationsvorgaben. Beim TKK-Projekt zum Beispiel, von einer Firma für Gesundheitsmanagement organisiert (siehe obigen Hinweis auf die zusätzlich nötige Bezahlung externer Anbieter), wurde eine Schulung angekündigt, dann wegen zu geringer Teilnahme abgesagt. Erst zwei Tage später wird der Anrufbeantworter mit derselben Absage besprochen. Die Verträge kommen nicht wie im Informationsschreiben zunächst angekündigt „nächste Woche", sondern erst auf Nachfrage sechs Wochen später. Bei der Nachfrage heißt es: „Das geht über fünf Schreibtische" und es werde noch auf eine Antwort-Mail gewartet, was doch erstaunt, da ja alle interessierten Vertragsärzte die gleichen Standardverträge bekommen dürften. Neue Strukturen, unbürokratisch, effizient und kostensparend?

Nun kann man annehmen, dass das obligatorische Anlaufschwierigkeiten sind. Und für den Fall eines politisch vielleicht anvisierten „Dominanz-Prinzips" der IV als Regelversorgung könnte man optimistischerweise annehmen, dass die jetzt unterschiedlichen Projekte zu einheitlichen Abläufen für die einzelnen Diagnosegruppen konvergieren. Dennoch: Bis jetzt hat die IV zu eindeutig mehr Bürokratie geführt. Musste man bisher schauen, ob der die Praxis betretende Patient von der Zuzahlungspflicht befreit ist (wichtig für die Erhebung der Praxisgebühr oder die Rezeptausstellung) oder ob er für den Fall einer Psychotherapie AOK-versichert ist (hier gibt es einen speziellen Strukturvertrag mit gestütztem Punktwert), gilt es jetzt außerdem die Kasse und die Diagnose in Einklang zu bringen, als Voraussetzung für die Teilnahme am IV-Projekt. Zusätzlich gibt es in München ein Schizophrenie-Projekt, in dem nicht die gesetzliche Krankenkasse, sondern eine Antipsychotika produzierende Pharmafirma die IV-Leistungen finanziert. Die Organisatoren argumentieren: „Wenn es den Patienten doch gut tut ...!"

Reformen innerhalb der KVen als Alternative

Diese Beispiele verdeutlichen, wie die ambulante Versorgung auch im psychiatrischen Bereich immer mehr zersplittert, wie sie im Falle des von der Pharmafirma gesponserten Projekts auch ethisch fraglich wird und wie jegliche Transparenz der Versorgungsstrukturen und deren Finanzierung für die Betroffenen und die Therapeuten verloren geht. Entscheidungskriterium für die Aufnahme in ein Projekt ist nicht, für welche Patienten ein solches unter Versorgungsaspekten wirklich sinnvoll wäre, sondern eher ob und bei welchem Projekt es sich finanziell lohnt, die bürokratische Mühe auf sich zu nehmen. Was folgt daraus? Es gibt keine Patentlösungen, und gespannt darf man nach den Landtagswahlen auf die politischen Vorschläge zur wiederholten Reform des Gesundheitswesens warten. Als einzelner niedergelassener Psychiater sehe ich folgende, zum Teil pragmatische, Notwendigkeiten:

- nicht mitzuwirken an der Abschaffung der KVen, um die vertragsärztliche Versorgung und der zumindest ansatzweise gerechten Honorarverteilung (die sicher gerechter ist als bei Einzelaushandlung von Verträgen) zu erhalten und
- sich nur in geringem Maße an den IV-Projekten zu beteiligen (so leistet man der Abschaffung der KVen nicht weiter Vorschub, behält aber noch einen Fuß in der Tür dieses Versorgungsbereiches).

Stattdessen sollte man hoffen, dass die KVen selbst Projekte zur besseren Versorgung psychisch Kranker entwickeln, ähnlich manchen Projekten im somatischen Bereich (z. B. Krebsvorsorge) und diese mit den stationären Einrichtungen verzahnen. Wir sollten auf eine Reform innerhalb der KVen setzen und eventuell mit Hilfe des Berufsverbandes darauf hinwirken, endlich einen festen Punktwert für die erbrachten Leistungen zu bekommen. Wenn dieses Ziel erreicht wird, aber nur dann, sollten wir Quittungen (nicht Rechnungen!) ausstellen, um den Patienten eine Transparenz für die Kosten im Gesundheitswesen zu ermöglichen und selbstdisziplinierend genauer auf die Uhr sehen, um nicht versehentlich falsche Zeittakte bei der Ziffernabrechnung einzugeben. Dann könnten wir die eigentliche Arbeit mit dem Patienten wieder entspannter und motivierter gestalten.

Dr. med. Andreas Meißner
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Tegernseer Landstr. 49, 81541 München

Interview

Verlässliche Kombinationen – Interaktionen in der Psychopharmakotherapie

Nicht selten macht es der Verlauf einer psychiatrischen Erkrankung erforderlich, dem Patienten mehr als ein Medikament zu verordnen. Wechselwirkungen zwischen Psychopharmaka können jedoch ein klinisch relevantes Problem sein, das es zu vermeiden heißt. Um das Verständnis von Arzneimittelinteraktionen und die Sicherheit der Psychopharmakotherapie zu verbessern, hat eine Arbeitsgruppe namhafter Wissenschaftler ein interaktives Kompendium zum Thema Wechselwirkungen verfasst. Schriftleiter PD Dr. Albert Zacher sprach mit einem der Autoren, Prof. Dr. Christoph Hiemke, Mainz.



© Archiv

Prof. Dr. rer. nat. Christoph Hiemke
Sprecher der Arbeitsgruppe Interaktionscomputer
Psychiatrische Klinik der Universität Mainz

Herr Kollege Hiemke, was hat Sie dazu bewegt, sich zusammen mit den vielen Kollegen, die auf der CD verzeichnet sind, solche Mühe zu machen, um ein gut handhabbares Nachschlagewerk für Interaktionen von Psychopharmaka zu erstellen?

Hiemke: Die Pharmakologie lehrt Monotherapie, doch in der Praxis der Psychopharmakotherapie werden die meisten Patienten mit mehreren Medikamenten behandelt. Jeder tut es und kaum einer redet darüber. Wer sich also mit der praktischen Psychopharmakotherapie beschäftigt, stolpert automatisch über Arzneimittelinteraktionen. Die Interaktionspharmakologie ist komplex. Bei der Beurteilung einer bestimmten Medikamentenkombination bezüglich Wechselwirkungen müssen sowohl pharmakodynamische als auch pharmakokinetische Eigenschaften der Medikamente beachtet werden. Das heißt, man hat es mit zwei unterschiedlichen Systematiken zu tun, bei einem Antipsychotikum zum Beispiel mit dem jeweiligen Rezeptorprofil und den Substrat- und Hemmeigenschaften von Enzymen der Cytochrom P-450-Familie. Dazu kommen noch die besonderen Gegebenheiten des zu behandelnden Patienten wie Komorbiditäten, Alter oder Geschlecht. Diese Faktoren sind für den praktisch tätigen Arzt nicht immer überschaubar, er braucht Hilfsmittel. Dr. Gabriel Eckermann, Oberarzt am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, versucht deshalb seit Jahren durch Weiterbildungen, Wissen über Arzneimittelwechselwirkungen in der Psychiatrie zu vermitteln und dadurch den bewussten Umgang mit Kombinationen zu verbessern. Doch Weiterbildungen und kurze Schulungen können nur den Blick für Arzneimittelwechselwirkungen schärfen, sie sind nicht ausreichend, um Kombinationsbehandlungen zu beherrschen. Daher wurde von den Teilnehmern der Fortbildungsveranstaltungen immer wieder der Wunsch geäußert, die vielfältigen Informationen der Seminare in elektronischer Form zur Verfügung zu haben. Verschiedene, bereits erhältliche Programme und Tabellen wurden kritisiert, weil sie wenig praxistauglich und zum Teil fehlerhaft seien. Außerdem fehlen den Programmen valide klinische Bewertungen der Interaktionseffekte sowie Hinweise, wie mit kritischen, im Einzelfall aber durchaus sinnvollen Arzneimittelkombinationen möglichst sicher umgegangen werden kann. Etwas Neues, etwas Besseres für die Handhabung von Arzneimittelwechselwirkungen in der Psychopharmakotherapie war notwendig. So wurde auf Initiative von Dr. Eich und Dr. Wettberg von der Unternehmensgruppe sanofi-aventis, die dieses Projekt dankenswerter Weise unterstützen, gemeinsam mit Dr. Eckermann der Beschluss gefasst, eine Interaktionsdatenbank für die Psychopharmakologie in Form einer CD zu erarbeiten. Prof. Dr. Borwin Bandelow von der Psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen lieferte mit seinem psychopharmakologischen Interaktionsrechner (http://www.gjpsy.uni-goettingen.de/interactions_calculator.php) die Idee, wie man eine informative Interaktionsdatenbank relativ einfach aufbauen kann. Ich wurde gebeten, den Vorsitz im Projekt zu übernehmen, da wir uns in Mainz seit Jahren wissenschaftlich mit Arzneimittelinteraktionen befassen und dabei viele neue Wechselwirkungen entdeckt haben. Unter meinem Vorsitz wurde die Arbeitsgruppe Interaktionscomputer, bestehend aus den Kollegen Bandelow, Göttingen, Eckermann, Kaufbeuren, Dobmeier, Cham und Haen, Regensburg, ins Leben gerufen. Der Förderpreis des unterstützenden Pharmaunternehmens im Bereich „Medizin“ ermöglichte die Erstellung

Interaktionen in der Psychopharmakotherapie

Hiemke C, Dobmeier M, Eckermann G, Haen E (Hrsg.)
Springer-Verlag, Heidelberg, 2006,
1. Auflage
Preis: 4,95 EUR;
ISBN 3-540-33404-1



eines Computerprogramms für die praktische Psychopharmakotherapie. Nachdem wir uns über den Aufbau der Datenbank verständigt hatten, übernahmen tüchtige Mitarbeiter, Ärzte und Apotheker, die Dateneingabe und zwei EDV-Spezialisten die Programmierung. Wir alle waren von der Notwendigkeit der Datenbank überzeugt, ahnten aber nur ungefähr, wie aufwändig die Arbeit schließlich wurde. Nun sind wir froh, dass die CD erschienen ist. An dieser Stelle sei allen gedankt, die dazu beigetragen haben.

? Die vorliegende CD bietet eine Momentaufnahme der bis dato bekannten Interaktionen. Wie wird die Aktualität gewährleistet?

Hiemke: Die CD ist für uns die erste ganz wichtige Etappe, weil wir eine gute, nämlich praxistaugliche Struktur für die Darstellung von Wechselwirkungen gefunden haben. Knapp 7.000 Wechselwirkungen sind bearbeitet. Doch die Arbeitsgruppe Interaktionscomputer muss ihr Werk weiter pflegen. So war es von Anbeginn der Arbeiten geplant. Neue Wechselwirkungen werden bereits jetzt sukzessive nachgetragen und Fehler korrigiert. Mit Eigenmitteln ist eine Internetplattform (http://www.psiac.de/) entstanden. Für uns ist das Programm bereits benutzbar, bald wird es auch anderen zur Verfügung stehen. In der Internetversion wurde auch eine Diskussionsplattform für Nutzer eingerichtet. Dieses Rückmeldesystem wird zur Aktualisierung beitragen. Aktualität soll auch durch Anbindung des Interaktionsprogramms an die „Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen", AGATE, erreicht werden, die Prof. Haen an der Universität Regensburg leitet. Unabhängig davon wird es für uns notwendig sein, die Literatur bezüglich neu entdeckter Wechselwirkungen zu verfolgen. Es ist also ein regelmäßiges update der Datenbank im Internet notwendig und vorgesehen. Dies werden wir dann besonders intensiv tun, wenn die Datenbank von extern genutzt wird. Damit wir die Datenbank aber pflegen können, muss für ihre Nutzung eine Gebühr erhoben werden. Außerdem ist vorgesehen, unsere Datenbank gegen Lizenzgebühren in andere Datenbanken zu implementieren. Diesbezügliche Verhandlungen sind angelaufen.

? Die Interaktions-CD, die sich in meiner eigenen Praxis als sehr komfortabel erweist, berücksichtigt lediglich Interaktionen zwischen zwei verschiedenen Medikamenten. Polypharmazie ist jedoch nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel. Wie kann unter Behandlung mit Drei- und Mehrfachkombinationen mit dem Programm verfahren werden?

Hiemke: Die Möglichkeit, mehr als Zweifachfachkombinationen zu überprüfen, ein so genannter Interaktionscheck, ist eine wichtige Option jedes Interaktionsprogramms, also ein Mangel bei unserer CD. Diese Einschränkung ist mit der nächsten Ausbaustufe unseres Interaktionsprogramms, der Internetversion, bereits behoben. Man gibt sämtliche Medikamente ein, die ein Patient erhält. Das Programm gibt dann die Interaktionspaare an, die in der Datenbank eingetragen sind.

? Können die Nutzer der CD Positives zu Ihrer Fortentwicklung beitragen?

Hiemke: Wie bereits erwähnt, ist es unser Wunsch und Plan, die Nutzer in Zukunft in die Weiterentwicklung des Programms einzubinden. Sie sollen es aktiv nutzen und Rückmeldungen geben. Dies kann durch einen Anruf erfolgen, aber auch Hinweise per Brief oder E-Mail werden von uns berücksichtigt. Im Internetauftritt ist für die Nutzer eine Plattform für Rückmeldungen eingerichtet. Diese macht die Kommunikation besonders einfach. Erste Rückmeldungen sind bereits eingegangen, gemeldete Fehler wurden korrigiert und Nachträge vorgenommen.

? Wie können Kollegen, die bisher keine CD erhalten haben, eine erwerben?

Hiemke: Die CD war Beilage in der Zeitschrift „Der Nervenarzt". Wer sie auf diesem Wege nicht erhalten hat, kann sie zum Preis von 4,95 EUR über den Buchhandel oder beim Springer-Verlag direkt beziehen.

? Abgesehen von den vielen kostenlosen, nicht in Rechnung gestellten Arbeitsstunden der Kollegen, die mit großer Wahrscheinlichkeit den noch größeren Sponsoringbeitrag geleistet haben, ist Ihre Interaktions-CD nicht zuletzt mit Hilfe von Sponsorenmitteln einer einzelnen pharmazeutischen Firma erstellt worden. Muss der Nutzer davon ausgehen, dass von dieser Seite Einfluss auf die Interaktionshinweise und -warnungen genommen wurde?

Hiemke: Wir haben die Arbeit an der Datenbank unter der Bedingung begonnen, dass von Firmenseite auf die Inhalte unserer Formulierungen kein Einfluss genommen wird. Dies wurde initial durch die Art der Förderung, nämlich mit der Vergabe eines Preisgeldes an die Arbeitsgruppe vor Beginn der Arbeiten, gewährleistet. Das Preisgeld half uns, den Ansatz zu wagen. Im Wesentlichen wurden damit die Programmierarbeiten finanziert. Dass wir unbeeinflusst von Firmeninteressen arbeiten konnten, ist auch ein Verdienst von Dr. Eich, dem wir für seine Unterstützung besonders dankbar sind.

Vielen Dank für das Interview verbunden mit dem Wunsch, dass Sie weiterhin so unermüdlich für die Arzneimittelsicherheit arbeiten. **az**



© Bilderbox, A-Thening

Cannabismissbrauch neuropsychiatrisch beleuchtet

Alleingelassen in früher Jugend

R. Thomasius, K.-U. Petersen

Erlebnisverstärkung, Glücksgefühle, Entspannung, Überwindung von Hemmungen – das alles können Cannabisprodukte bewirken. Daher ist die Bereitschaft, zu Haschisch und Marihuana zu greifen, besonders bei Heranwachsenden, ungebrochen stark. Der regelmäßige Konsum verursacht bekanntlich gesundheitliche Risiken und soziale Probleme. Dennoch sind Angebote zur Frühintervention in Deutschland rar.

Cannabis ist sowohl international als auch in Deutschland die am weitesten verbreitete illegale Droge. Noch nie war die Zahl der Cannabiskonsumenten in Europa so hoch wie heute [Kraus et al., 2005; EMCDDA 2004].

Epidemiologie

In Deutschland haben 18 % aller Frauen und 31 % aller Männer im Alter zwischen 18 und 59 Jahren Cannabiserfahrung [Kraus et al., 2005]. Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12 bis 25 Jahre) haben 35 % der männlichen und 27 % der weiblichen Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis genommen. In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen konsumierte sogar etwa jeder zweite Mann und jede dritte Frau Cannabis (vergleiche auch Lebenszeitprävalenz Abb. 1, S. 49).

Die Wahrscheinlichkeit des Cannabiskonsums steigt ab dem 15. Lebensjahr signifikant an. 31 % der 15- bis17-jährigen Jungen und 20 % der Mädchen haben bereits Erfahrungen mit Cannabis [BzgA, 2004]. Absolute Cannabis-Früheinsteiger sind die 13-Jährigen. Sie stellen eine Hochrisikogruppe für eine langjährige Substanzabhängigkeit dar [Simon et al., 2004]. Aktuell (12-Monats-Prävalenz) konsumieren 17 % der 15-bis 17-jährigen und 18 % der 18- bis 20-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen Cannabis [BzgA, 2004). In der Bevölkerungsgruppe der 18- bis 24-Jährigen sind die Werte für den Aktualkonsum am höchsten [Kraus et al., 2005]: Etwa ein Viertel (24 %) der Bundesbürger dieser Altersgruppe nehmen Cannabis.

Konsummuster

Von allen aktuellen Cannabiskonsumenten weisen 20–25 % ein problematisches Konsummuster auf (Konsum an 20–30 Tagen im Monat). Etwa jeder zehnte Cannabiskonsument bezeichnet sich selbst als „abhängig“ [Tossmann, 2004]. Das Ausmaß des Cannabiskonsums von Heranwachsenden im Alter zwischen 14 und 24 Jahren bedingt folgende Diagnosestellungen: bei 8–9 % „schädlicher Cannabiskonsum“, bei 4–7 % „abhängiger Cannabiskonsum“ [Perkonigg et al., 1999]. In der Zeit von 1997 bis 2001 haben sich diese Diagnosen nahezu verdoppelt [von 4,1 % auf 7,7 %; Sydow et al., 2002, für 12- bis 24-Jährige]. Nach Ergebnissen der jüngsten bundesweiten Repräsentativstudie [Kraus et al., 2005] besteht etwa bei jeder zehn-

ten aktuellen Cannabiskonsumentin (9,7 %) und bei fast jedem fünften männlichen (aktuellen) Konsument (18,7 %) eine Abhängigkeitsproblematik.

Bonnet et al., 2004, fassten die Ergebnisse von internationalen Studien zusammen. Sie bezifferten die Komorbiditätsrate bei Cannabisabhängigen insgesamt mit etwa 70 %. Dabei geht es mehrheitlich um Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen und (seltener) um schizophrene Psychosen. Die „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie" geht davon aus, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Substanzmissbrauch mit hoher Wahrscheinlichkeit komorbide Erkrankungen vorliegen [AWMF online, 2003], wie Störungen des Sozialverhaltens, aggressives Verhalten, Impulsivität inklusive hyperkinetisches Syndrom, Suizidalität oder parasuizidale Verhaltensweisen, affektive Störungen, Angst- und Essstörungen, eine paranoid-psychotische Symptomatik, eine antisoziale und emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung.

Drogenerwerb ein Leichtes

Die Gründe für die Zunahme von Cannabiskonsum und -missbrauch, sinkendes Einstiegsalter und exzessive Konsummuster auch bei Jugendlichen sind auf verschiedene Einflüsse zurückzuführen: leichterer Zugriff (Konsumangebote in Schule, Freundeskreis und Nachbarschaft), veränderte Einstellungen und Erwartungshaltungen („Spaßkultur"), positive Erfahrungen beim Erstkonsum, konsumierende Peers, nachlassende soziale Kontrolle (gesellschaftliche und familiäre Funktionen), Substanzmissbrauch der Eltern sowie schwere seelische Traumatisierungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Neurobiologie

Im engeren und weiteren Bereich der Cannabisforschung sind seit Mitte der 90er-Jahre bedeutsame Weiterentwicklungen festzuhalten. Die Relevanz von Endocannabinoiden bei kognitiven und emotionalen Prozessen und ihre hohe Störanfälligkeit in Pubertät und Adoleszenz durch exogene Einflüsse (vor allem Cannabiskonsum) dürften zu einer Neubewertung der akuten Cannabiswirkungen beitragen.

Zu den Cannabis-Inhaltsstoffen gehören Exocannabinoide wie beispielsweise Delta-9-Tetrahydrocannabinol (9-THC, THC), die im Gehirn mit den Endocannabinoiden (z. B. Anandamid oder N-arachidonyl-etholamin) um die Cannabinoid-Rezeptoren (hier CB1) konkurrieren, die vor allem auf Axonen und Nervenendigungen lokalisiert in besonders hoher Dichte im frontalen Kortex, im Zerebellum und in den Basalganglien [Iversen, 2003] vorhanden sind. Endocannabinoide kommen im Körpergewebe nur in geringen Mengen vor, werden wohl nach Bedarf produziert und verursachen subtile, lokale und kurzfristige Effekte. Exogene Cannabinoide dagegen aktivieren CB1-Rezeptoren längerfristig und unterbinden daher auch Aktionen der Endocannabinoide, die sie selbst nicht auslösen können [Iversen, 2003]. Untersuchungen an genetisch manipulierten Mäusen ohne CB1-Rezeptoren zeigen, dass einige Cannabinoidwirkungen (z. B. der analgetische Effekt) auch rezeptorunabhängig, über andere Rezeptoren (z. B. 5-HT2) und/oder über bisher unentdeckte Cannabinoidrezeptoren im Zentralnervensystem gesteuert werden [Fride & Shohami, 2002].

Neuroprotektiv und neurotoxisch

Eine Vielzahl von neuromodulatorischen Effekten werden durch Cannabis induziert, in der Akutwirkung beispielsweise Defizite beim Lernen und des Gedächtnisses durch verminderte Ausschüttung von Acetylcholin, Gamma-Aminobuttersäure und Glutamat [Sullivan, 2000]. Darüber hinaus sind Cannabinoide möglicherweise wesentlich in die „Entschei-

Cannabismissbrauch

Psychiatrische Auswirkungen:

- Intoxikation (F12.0)
- schädlicher Gebrauch (F12.1)
- Substanzabhängigkeit (F12.25)
- Entzugssyndrom (F12.3)
- Intoxikationspsychose (F12.04)
- länger anhaltende psychotische Episode
- Flashbacks (F12.70)
- amotivationales Syndrom (F12.72)
- kognitive Störungen (F12.74)

Komorbide psychische Störungen:

- Angststörungen (F40.x, F41.x)
- affektive Störungen (F3x.x)
- Persönlichkeitsstörungen (F60.x, F61.x)
- ADHS (F90.x)
- Entwicklungsstörungen (F91.x, F92.x, F93.x)
- Schizophrenie (F20.x, F23.1)

Soziale Folgen:

- Dauerhafter Cannabismissbrauch erweist sich in Longitudinalstudien als starker Prädikator für
  - schulische/berufliche Probleme
  - finanzielle Probleme
  - familiäre Probleme
- Die Schwere der sozialen Folgen korreliert mit
  - der psychischen Komorbidität
  - dem Einstiegsalter
  - der Schwere der Abhängigkeit

Entwicklungspsychopathologische Störungen:

- Behinderung der Entwicklung eigener Identität
- Scheitern jugendtypischer Entwicklungsaufgaben
- fehlender Erwerb sozialer Fähigkeiten, Bewältigungsmechanismen und Entscheidungstrategien

dungsprozesse" neuronaler Zellen für Leben oder Tod involviert [Guzman, 2003]. Bei Schädigungen produziert das Gehirn große Mengen von Endocannabinoiden [Mechoulam, Panikashvili & Shohami 2002]. Während die deutliche Mehrheit der Studien neuroprotektive Effekte der Cannabinoide zeigen konnte [vgl. Review Iversen, 2003], weisen einige Studien darauf hin, dass Cannabinoide über Induktion der Zellapoptose neuronaler Zellen auch neurotoxisch wirken können [z. B. Downer et al., 2003 für kortikale Zellen; Chan et al., 1998 für Hippocampuszellen].

Downer et al., 2001, untersuchten Zellkulturen kortikaler Neurone unter Einwirkung von THC. THC induzierte die Ausschüttung von Cytochrom c, aktivierte die Caspase-3, führte zu einer Spaltung des DNA-Reparaturenzyms Poly-ADP-Ribose-Polymerase und induzierte eine DNA-Fragmentation. Die durch THC induzierte Apoptose der kortikalen Neurone konnte vollständig durch Zugabe des CB1-Rezeptorantagonisten AM-251 unterbunden werden. Dies zeigt, dass THC offenbar über Vermittlung durch CB1-Rezeptoren kortikale Zellen zerstören kann. Downer, Fogarty & Campbell, 2003, wiesen in weiteren Experimenten Zusammenhänge der CB1-vermittelten Auslösung des programmierten Zelltodes in kortikalen Zellen mit der Aktivierung von JNK-Proteinkinasen nach. Die Autoren bemerken jedoch, dass die neurotoxische Wirkung von Cannabinoiden auf kortikale Zellen bisher nur in den Neuronen neonataler, nicht jedoch adulter Ratten beobachtet wurde.

Auswirkungen und Komorbidität

Hinsichtlich der klinischen Folgen von Cannabismissbrauch sind akute neuropsychiatrische Auswirkungen von komorbiden psychischen Störungen abzugrenzen [Thomasius et al., 2004; Bonnett et al., 2004]:

Cannabisintoxikation

Auswirkungen der Cannabisintoxikation (ICD-10: F12.0, F12.03, F12.04) sind neben der Dosis, Frequenz und Applikationsform des Gebrauchs von der individuellen Disposition des Konsumenten sowie dem situativen Kontext abhängig: Euphorie, Entspannung, psychomotorische Verlangsamung, motorische Störungen, kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Reaktionszeit, Gedächtnis), formale Denkstörungen (assoziative Lockerung, Beschleunigung, Weitschweifigkeit, Ideenflucht), Wahrnehmungsstörungen (Zeiterleben, Wahrnehmen von Raum, Farben und Berührungsempfinden, gegebenenfalls Halluzinationen), Depersonalisations- und Derealisationserleben, Appetitzunahme (gegebenenfalls Übelkeit und Erbrechen), situationsinadäquates Witzeln, Gleichgültigkeit, Panikreaktionen. Der Cannabisrausch hält maximal 3 bis 5 Stunden an, kognitive Beeinträchtigungen (Konzentrationsstörungen und Störungen des Kurzzeitgedächtnisses) können den Rauschzustand jedoch noch weit überdauern (s. u.).

Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit

Schädlicher Cannabisgebrauch (ICD-10: F12.1) liegt vor, wenn trotz Gesundheitsschäden (psychisch oder somatisch) infolge des Konsums weiter Cannabis konsumiert wird. Im Fall einer Cannabisabhängigkeit (ICD-10: F 12.25) wird chronischer und täglicher Konsum häufig gefunden, dies ist jedoch keine notwendige Bedingung. Andere Diagnosekriterien werden von Cannabisabhängigen mit den angegebenen Häufigkeiten erfüllt [Perkonigg et al., 1999]: Entzugssymptome (46 %), Toleranz (63 %), soziale und berufliche Auswirkungen (55 %), Konsum trotz bekannter Schädigung (82 %), hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Gebrauch (73 %).

Ein Cannabisentzugssyndrom (ICD-10: F12.30) kann sieben Tage und länger anhalten; das Syndrom ist nicht so schwer ausgeprägt wie bei Alkohol- oder Opiatabhängigkeit: Craving, Appetitminderung, Schlafstörungen, Schwitzen, Irritabilität, Aggressivität, innere Unruhe, Angst, Hyperalgesie (vor allem Kopf, Bauch-Muskelschmerzen), Dysphorie.

Transiente Psychosen

Transiente psychotische Episoden (Intoxikationspsychose; ICD-10: F12.04) dauern nicht länger als 48 Stunden an und sind durch einen Verlust der Ich-Kontrolle gekennzeichnet, gegebenenfalls kommen Halluziniationen, Wahn und Verwirrtheit vor. Ferner können nach hoch dosiertem Cannabiskonsum länger anhaltende psychotische Episoden mit schizophreniformer Symptomatik auftreten (Cannabispsychose; ICD-10: F12.50–12.53). Die Symptomatik entwickelt sich innerhalb von zwei Wochen nach dem letzten Konsum und überdauert einige Tage bis Wochen. Betroffen sind besonders vulnerable Personen. Eine symptomatische Abgrenzung zu schizophreniformen oder schizophrenen Psychosen ist nicht möglich.

Nachhallpsychosen (so genannte Flashbacks, ICD-10: F12.70) treten innerhalb von einigen Wochen nach dem letzten Cannabiskonsum, seltener auch noch nach einem längeren Intervall auf. Als Auslöser werden emotionaler Stress, Erinnerungen und bestimmte Schlüsselreize angenommen.

Amotivationales Syndrom

Das Amotivationale Syndrom (ICD-10: F12.72) wird vor allem nach chronischem und exzessivem Missbrauch von Cannabinoiden beobachtet und ist durch Lethargie, Passivität, Affektverflachung und Interesselosigkeit gekennzeichnet. Es muss von Defektzuständen der Schizophrenie, depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen abgegrenzt werden.

Kognitive Störungen

Kognitive Störungen (ICD-10: F12.74) werden ebenfalls vorwiegend bei chronischen Konsumenten beobachtet; besonders Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis sind betroffen. Teilweise werden eingeschränkte kognitive Funktionen auch noch drei Wochen nach Konsumbeendigung beobachtet. Inwieweit diese Störungen vollständig remittieren, ist bisher, vor allem bei „Früheinsteigern", nicht endgültig geklärt.

Entwicklungsstörungen

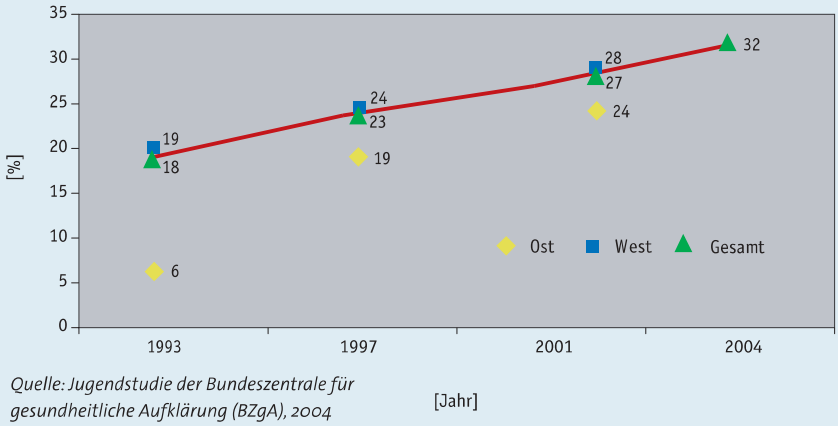
Unter entwicklungspsychiatrischen Gesichtspunkten ist der Einfluss der toxischen Eigenschaften der Cannabinoide

Fortsetzung Seite 51

auf die vulnerablen Reifungsphasen des Zentralnervensystems von besonderem Interesse. Die Reifung des präfrontalen Kortex vollzieht sich über die gesamte Kindheit und Jugend und wird vor dem Hintergrund einer prolongierten Reifung der meso-präfrontalen Dopaminprojektionen erst zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr abgeschlossen. Eine kritische Phase für die aktivitätsabhängige Anpassung des präfrontalen Kortex stellt die mittlere Jugend dar, in der die Reifungsprozesse sowohl durch traumatisierende Ereignisse als auch durch drogentoxische Einflüsse irritierbar sind [Schneider, 2004]. In diesem Kontext konnten Ehrenreich und Mitarbeiter eine spezifische Hirnschädigung durch Cannabiskonsum vor dem 16. Lebensjahr nachweisen.

Aus entwicklungspsychologischer Sicht werden bei jungen Cannabiskonsumenten zwei getrennt verlaufende Entwicklungspfade postuliert [Silbereisen, 1999; Thomasius et al., 2003]: Während der (anfängliche) Cannabisgebrauch vor allem durch soziale Erfahrungen in der Jugendzeit beeinflusst wird, spielen beim fortgesetzten Missbrauch psychische und psychopathologische Merkmale eine dominierende Rolle. Problematische Formen des Cannabisgebrauchs werden mit der Übernahme von Erwachsenenrollen (Familiengründung, Berufsausübung etc.) in jenen Fällen beendet, wenn keine psychischen und sozialen Beeinträchtigungen aus der Kindheit die Akzeleration behindern und soziale Netzwerke als Protektionsfaktoren wirken. Demgegenüber droht anhaltende Belastung durch Cannabismissbrauch für jene Jugendliche, bei denen lebensgeschichtlich frühe Risikofaktoren mit problematischen Formen des Substanzkonsums im Jugendalter zusammentreffen. Häufig ist in diesen Fällen der Cannabisgebrauch mit anderem Problemverhalten assoziiert. Die Konsequenzen für die psychosoziale Entwicklung dieser Jugendlichen sind durch beschleunigte Übergänge zu Erwachsenenrollen und mangelhafte Ausbildung eigener Identität charakterisiert. Neben dem Scheitern jugendtypischer Entwicklungsaufgaben werden soziale Fertigkeiten, Bewältigungsmechanismen und Entscheidungsstrategien als Voraussetzungen für eine positive Entwicklung nicht oder nur unzureichend erworben (Verhaltensstörungen und Störungen der Emotionen F 91.x, F 92.x, F93.x).

Cannabiserfahrung (Lebenszeitprävalenz) von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12 bis 24 Jahre) in Deutschland



Quelle: Jugendstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2004

Komorbide psychische Störungen

Die Rate komorbider Störungen liegt bei Cannabisabhängigen insgesamt bei etwa 70 %. Dabei geht es mehrheitlich um Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen und (seltener) um schizophrene Psychosen. Jugendliche weisen zudem Störungen des Sozialverhaltens, Aggressivität, Impulsivität inklusive hyperkinetisches Syndrom, Essstörungen sowie eine antisoziale oder emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung auf. Zusätzlich spielen Missbrauch und Abhängigkeit von anderen Substanzen eine wichtige Rolle. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass die psychiatrische Komorbidität mit dem Einstiegsalter und der Schwere des Cannabiskonsums eng assoziiert ist.

Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen (F 60.x, F 61.x) oder mit einem Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (F 90.x) verwenden Cannabis zur Affekt- und Impulsregulierung im Sinne einer Selbstmedikation. Bei bereits cannabisabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigen sich häufig Verhaltensstörungen und Störungen der Emotionen (F 91, F 92). Bei Patienten mit Schizophrenie (F 20.x; F 23.1) liegt die Prävalenz des Cannabiskonsums bis zu fünfmal höher als in der alterskontrollierten Bevölkerung. Im umgekehrten Fall ist das Risiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, bei Cannabiskonsumenten um das bis zu dreifache erhöht.

Hochfrequenter und hochdosierter Cannabiskonsum werden vor dem Hintergrund des Vulnerabilitäts-Stress-Modells als potente Stressoren bewertet. Dass der Cannabiskonsum den Verlauf einer schizophrenen Psychose ungünstig beeinflusst, ist belegt. Cannabiskonsum wirkt ungünstig auf produktive Symptome der Schizophrenie, fördert Exazerbationen der Erkrankung und wirkt sich auf die soziale Integration der Patienten nachteilig aus [Wobrock et al., 2005]. Regelmäßiger Cannabiskonsum ist darüber hinaus häufig mit affektiven Störungen und Angsterkrankungen (F 3x.x, F 40.x, F 41.x) assoziiert. Über Kausalbeziehungen können jedoch keine allgemeingültigen Aussagen abgeleitet werden.

Konsum anderer Substanzen und soziale Folgen

Der Anteil von Rauchern unter den aktuellen Cannabiskonsumenten beträgt 75 % und liegt damit deutlich höher als in der Cannabis-abstinenten Bevölkerungsgruppe (29 %). Drei Viertel der aktuellen Cannabiskonsumenten nehmen keine anderen illegalen Drogen. 24 % ergänzen Cannabis durch den Konsum anderer illegaler Substanzen, vor

allem Amphetamine, Kokain, Ecstasy und halluzinogene Pilze (so genannter „Mischkonsum“) [Kraus et al., 2005]. Ferner berichten Cannabiskonsumenten häufiger von Alkoholräuschen als Cannabisabstinente [BzgA, 2004]. Über riskanten und schädlichen Alkoholkonsum (AUDIT-Kriterien) berichten mehr als die Hälfte (56%) der Cannabiskonsumenten. Alkoholmissbrauch kommt bei Mischkonsumenten häufig vor.

In Longitudinal-Studien hat sich anhaltender Cannabismissbrauch als signifikanter Prädiktor für schulische, berufliche, finanzielle und familiäre Probleme erwiesen. Die Ausprägung sozialer Folgeschäden ist mit der Schwere psychischer Komorbidität sowie Einstiegsalter und Ausmaß des Cannabiskonsums assoziiert [Gruber et al., 2003; Lynskey et al., 2003].

Beratungs- und Behandlungsbedarf

Der Anteil von beratungs- und behandlungssuchenden Patienten mit Störungen durch Cannabiskonsum ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich und erheblich gestiegen. Während alkohol- und opiatbezogene Störungen 2002 etwa das Eineinhalbfache des Ausgangswerts von 1992 ausmachten, stiegen cannabisbezogene Störungen auf das Sechsfache an. Nach Angaben der deutschen Suchthilfestatistik waren Störungen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum im Jahr 2002 die nach Alkohol und Opiaten dritthäufigsten Hauptdiagnosen sowohl in ambulanten (26%) als auch in stationären (7%) Einrichtungen [Spegel et al., 2003]. Jeder Zweite, der heute wegen des Konsums illegaler Drogen zum ersten Mal eine Beratungsstelle aufsucht, kommt wegen Cannabismissbrauch [BMGS, 2004].

Gemessen an der hohen Zahl Cannabisabhängiger nimmt nur ein kleiner Teil der Konsumenten mit problematischen Konsummustern spezifische Hilfestellung in Anspruch. Dieser Umstand ist vor allem auf eine fehlende zielgruppennahe und adressatenspezifische Angebotsstruktur zurückzuführen. Bisher gibt es in Deutschland keine evaluierten Programme zur Beratung und Behandlung von Cannabisabhängigen mit oder ohne komorbide psychische Störung [Tossmann, 2006].

Schlussfolgerung

Fasst man den heutigen Kenntnisstand zusammen, so ist zu resümieren, dass problematischer Konsum von Cannabis – hierzu zählt auch jeglicher Konsum von Cannabis in der Pubertät – das Risiko einer nicht altersgerechten Entwicklung erhöht und die Gesundheit gefährdet. Junge Konsumenten zeigen infolge Cannabismissbrauchs Entwicklungsstörungen (ungünstige Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung, Leistungsfähigkeit, Motivation etc.), psychische Störungen (depressive Störungen, Angststörungen, Psychosen etc.) und körperliche Erkrankungen (Hirnreifungs- und Hirnleistungsstörungen etc.). Die problematischen Konsumformen sind darüber hinaus häufig mit komorbiden psychischen Störungen vergesellschaftet [vgl. Simon et al., 2004; Sack et al., 2005].

Früherkennung und Frühintervention sind bei vielen psychischen Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalters mittlerweile gängige Handlungsoptionen. Gegenüber einer Therapie im mittleren Erwachsenenalter haben Frühinterventionen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen hohe Erfolgsquoten, da letztere Zielgruppen auf die Interventionen gut ansprechen; eine Chronifizierung der Störung kann somit abgewendet werden. In Deutschland sind solche Ansätze bei Suchtgefährdung und manifester Suchtstörung durch Cannabis bislang jedoch kaum etabliert. Auch die Förderung von Präventions- und Frühinterventionsforschung ist in Deutschland nach wie vor auf einem katastrophalen Niveau. Aus diesem Grund bleiben präventive und therapeutische Chancen meist noch ungenutzt mit der Folge erheblichen volkswirtschaftlichen Schadens.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius
Univ.-Klinikum Hamburg-Eppendorf,
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie,
Martinistr. 52, 20246 Hamburg,
E-Mail: thomasius@uke.uni-hamburg.de

Dr. phil. Kay-Uwe Petersen, Hamburg

Zertifizierte Fortbildung

Punkte sammeln!

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.



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.

1. Wie häufig findet sich bei aktuellen Cannabiskonsumenten ein problematisches Konsummuster (Konsum an 20–30 Tagen im Monat)?

A in weniger als 5 % der Fälle
B in 5–10 % der Fälle
C in 10–20 % der Fälle
D in 20–25 % der Fälle
E in mehr als 25 % der Fälle

2. Welcher der folgenden Einflussfaktoren ist für die Zunahme von Cannabiskonsum und -missbrauch junger Menschen nicht verantwortlich zu machen?

A vermehrtes Konsumangebot in Schule und im Freundeskreis
B konsumpermissive Einstellung und Werthaltung
C negative Erfahrung beim Erstkonsum
D konsumierende Gleichaltrige
E Substanzkonsum und -missbrauch der Eltern

3. Welche der folgenden Beeinträchtigungen ist keine typische Auswirkung des chronischen Cannabismissbrauchs?

A Entzugssyndrom bei Abstinenz
B kognitive Störungen
C Motivationsstörung
D Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)
E Intoxikationspsychose

4. Welche Aussage über Cannabis-induzierte Entwicklungsstörungen ist falsch?

A Sie sind durch Störungen in der Identitätsentwicklung gekennzeichnet.
B Sie sind Folge von Probierkonsum.
C Sie manifestieren sich im frühen Erwachsenenalter.
D Sie finden sich bei Rauchern häufiger als bei Nichtrauchern.
E Psychiatrische, psychotherapeutische, edukative und soziale Interventionen (allein oder kombiniert) sind dabei angeraten.

5. Wie viele erwachsene Cannabiskonsumenten mit einem problematischen Konsummuster (Missbrauch oder Abhängigkeit nach DSM-IV) nehmen spezifische Hilfe (ambulantes/stationäres Suchthilfesystem) in Anspruch (Annäherungswert)?

A weniger als 5 %
B 25 %
C 55 %
D 75 %
E mehr als 75 %

6. Welche der folgenden Aussagen über den REM-Schlaf ist falsch?

A Ein wesentliches Merkmal sind schnelle Augenbewegungen.
B Träume treten ausschließlich im REM-Schlaf auf.
C Während des REM-Schlafes sind unter anderem große Teile des limbischen Systems aktiviert (PET-Befunde).
D Die Verknüpfung zwischen REM-Schlaf und Traumaktivität wurde in den 1950er-Jahren entdeckt.
E In der Physiologie des REM-Schlafes spielen aufsteigende Impulse aus der Brückenhaube eine besondere Rolle.

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

7. Welcher Wissenschaftler hat die Hirnfunktionen während des REM-Schlafs mittels Positronen-Emissions-Tomografie (PET) untersucht?

A Mark Solms
B Robert W. McCarley
C Pierre Maquet
D Jonathan Winson
E Carl Gustav Jung

8. Wie nennt man eine durch Hirnläsion entstandene vollständige Traumlosigkeit?

A Hobson-McCarley-Syndrom
B Pace-Schott-Syndrom
C Friedrich-Syndrom
D Charcot-Wilbrand-Syndrom
E Rieger-Syndrom

9. Welche der folgenden Aussagen ist richtig?

A Im NonREM-Schlaf gibt es keinerlei kognitive Aktivität.
B Träume im REM-Schlaf sind szenischer und „filmähnlicher" als solche, die durch Weckungen aus NonREM-Schlaf erfasst werden.
C Im REM-Schlaf ist der dorsolaterale präfrontale Kortex besonders aktiv.
D Mit Träumen befassen sich fast ausschließlich Psychoanalytiker.
E Es ist für die psychische Gesundheit extrem wichtig, sich möglichst gut an seine eigenen Träume zu erinnern.

10. Welche der folgenden Aussagen ist falsch?

A Experimentelle Weckungen aus verschiedenen Schlafstadien im Schlaflabor sind eine wichtige Methode in der empirisch-psychologischen Traumforschung.
B Bildgebende Verfahren sind in der Schlaf- und Traumforschung nicht anwendbar, da die Versuchspersonen in den entsprechenden Geräten fast nie schlafen können.
C Mittels neurobiologischer Untersuchungsmethoden lassen sich psychoanalytische Hypothesen zum Träumen nicht unmittelbar bestätigen oder widerlegen.
D Der „Traum" ist im Verlaufe der letzten Jahre ein wichtiges Thema der neurobiologischen Forschung geworden.
E Im Tiefschlaf ist die regionale Verteilung der Hirnaktivität deutlich anders als im REM-Schlaf.



Bitte vergessen Sie den frankierten Rückumschlag nicht!

Teilnahmeschluss: 15.11.2006

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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

NeuroTransmitter
Ausgabe 7–8/2006

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

Kammernummer

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Unterschrift

Nur vollständig ausgefüllte Coupons können ausgewertet werden!



© stock.xchng

Depression

Therapieresistenz in den Griff bekommen

Th. Nickel

Obwohl die meisten Patienten mit Depression auf die verordneten Behandlungsmaßnahmen gut ansprechen, wird bei vielen Betroffenen kein ausreichender Therapieerfolg erzielt. Wenn die Depression scheinbar jeder Maßnahme trotzt, kann mit geeigneten Strategien dennoch Einiges erreicht werden.

Bei Patienten, die unter Depressionen leiden, beträgt die durchschnittliche Responserate etwa 50 % wie plazebokontrollierte Wirksamkeitsstudien über sechs bis acht Wochen belegen. **Response** bezeichnet die mindestens 50 %ige Reduktion der depressiven Symptomatik, am häufigsten erfasst durch die Hamilton Depression Rating Skala (HAMD). **Remission**, definiert als Zustand, in dem die depressive Symptomatik weitgehend abgeklungen ist, (HAMD-Wert unter 7 Punkten), erreichen zirka 30–40 % der Betroffenen. Wird ein zweiter Behandlungsversuch angeschlossen, deuten offene, unkontrollierte Studien auf eine Remissionsrate von zusätzlichen 35 % hin. Remissionsraten nach einem dritten Behandlungsversuch sind sehr ungenau belegt; dabei ist optimistisch gerechnet von einer Remissionsrate von weiteren 30 % auszugehen. Folglich leiden nach drei Therapieversuchen etwa 15 % der Patienten noch immer unter depressiven Symptomen. Werden zu diesen Schätzungen noch die Patienten mit einem Rückfall in der Erhaltungstherapie oder einer erneuten Episode unter der Rezidivprophylaxe nach initialer Remission addiert, sind weitere 30 % der Patienten betroffen [Rush, 2005].

Die Bedeutung der Remission als vorrangiges Behandlungsziel stützt sich dabei auf Befunde, dass remittierte Patienten zum einen über ein höheres psychosoziales Funktionsniveau verfügen als Patienten mit einer verbleibenden

Residualsymptomatik, zum anderen ist eine depressive Residualsymptomatik nach der Akuttherapie einer der wenigen konsistenten Prädiktoren für einen Rückfall während der anschließenden Langzeitbehandlung. So wird heutzutage davon ausgegangen, dass es in der Akuttherapie besonders bedeutsam ist, eine Remission zu erzielen und diese aufrecht zu erhalten.

Therapieresistente Depressionen – Definitionen

Dieser Sichtweise folgend kann als einfachste Definition von Therapieresistenz das Ausbleiben einer Remission der depressiven Symptomatik bezeichnet werden (Tab. 1).

Eine weitere sehr häufig gebrauchte Definition von Therapieresistenz stammt von Souery et al., 1999, die Therapieresistenz als fehlendes Ansprechen auf eine Behandlung mit mindestens zwei verschiedenen Antidepressiva aus unterschiedlichen Substanzklassen (in ausreichend hoher Dosierung über einen Zeitraum von jeweils sechs bis acht Wochen) kennzeichneten (Tab. 1).

In weiteren Ansätzen wird versucht, verschiedene Stadien von Therapieresistenz zu definieren wie bei Thase und Rush, 1997 (Tab. 1).

Ein Problem der verschiedenen Definitionen von Therapieresistenz ist eine fehlende Berücksichtigung von psychotherapeutischen Behandlungsansätzen. Studienergebnisse zeigen, dass Psychotherapie nach frustranen medikamentösen Behandlungsversuchen durchaus erfolgreich sein kann, ebenso wie eine Medikation nach erfolgloser Psychotherapie [Keller et al., 2002; Schatzberg et al., 2005]. Daher besteht heute weitgehend Einigkeit darüber, dass auch psychotherapeutische Behandlungen in Definitionen von Therapieresistenz Berücksichtigung finden sollten.

Therapieresistente Depressionen – bedeutsame Faktoren

Wenn ein Patient auf eine antidepressive Therapie nicht anspricht. sollte zunächst das Problem einer Pseudoresistenz in Erwägung gezogen werden. **Pseudoresistenz** beschreibt ein Nichtansprechen auf eine Behandlung, das eher mit einer inadäquaten, insuffizienten Behandlung als mit einer realen Therapieresistenz zu begründen ist. Faktoren für eine Pseudoresistenz liegen dabei vornehmlich in drei Bereichen: bei den Patienten selbst, bei dem behandelnden Arzt oder in der Korrektheit der Diagnose.

Auf Seiten des Patienten fällt häufig eine schlechte Medikamentencompliance ins Gewicht. Auch pharmakokinetische Besonderheiten sind nicht selten, denn Patienten verstoffwechseln Antidepressiva unterschiedlich schnell. Ein sehr rascher Abbau oder auch Malabsorption können dazu führen, dass trotz augenscheinlich ausreichender Dosierung keine wirksamen Medikamentenkonzentrationen im Blut und im Gehirn erreicht werden. In beiden Fällen empfiehlt es sich, die Plasmaspiegel der Medikation zu bestimmen.

Als Hauptgründe für eine Pseudoresistenz sind eine zu geringe Dosierung der Medikation sowie eine zu kurze Behandlungsdauer zu nennen. Adäquat ist diejenige Dosierung, für die in kontrollierten Studien die Wirksamkeit der Substanz nachgewiesen wurde. Bei einem Teil der Antidepressiva kann sich auch an den Plasmaspiegeln orientiert werden, jedoch ist eine Korrelation zwischen Plasmaspiegel und Wirksamkeit nur bei einem Teil der Antidepressiva gegeben. Der Zeitraum einer adäquaten Therapie ist nicht ganz eindeutig zu bestimmen. Eine Einnahmedauer von bis zu drei Wochen gilt als zu kurz, Zeiten darüber hinaus sind abhängig von individuellen Faktoren wie Symptomschwere und Komorbidität. Klinische Studien zeigen, dass eine Response bei zwei Dritteln der Responder bis zu vier Wochen nach Therapiebeginn und bei einem Drittel nach dieser Zeit eintritt. Remission folgt auf Response im Abstand von etwa einer Woche bis zu vier Wochen. Bei chronischen Verläufen tritt eine Response erst nach acht bis zwölf Wochen und Remission nach weiteren zwei bis drei Monaten ein. Response- und Remissionsraten nehmen demnach mit der Behandlungsdauer zu. Aus diesem Grund sollte eine Behandlungsdauer von mindestens vier, noch besser von sechs oder acht Wochen angestrebt werden.

Weitere Ursachen für Pseudoresistenz sind ungenaue diagnostische Einschätzungen. Beispielsweise werden depressiven Erkrankungen, bei denen ein „organischer Faktor“ wie eine Hypothyreose vorliegt, eine depressiogene Begleitmedikation besteht oder die vornehmlich substanzinduziert sind, zu wenig Beachtung geschenkt. Bei fehlendem Therapieansprechen sollte ferner überprüft werden, ob bestimmte depressive Subtypen wie bipolare Verlaufsformen und

Tabelle 1

Therapieresistente Depression: Definitionen

- **Ausbleiben einer Remission**[1]
- **fehlendes Ansprechen auf eine Behandlung mit mindestens zwei verschiedenen Antidepressiva aus unterschiedlichen Substanzklassen in ausreichend hoher Dosierung über jeweils sechs bis acht Wochen**[2]
- **Grad der Therapieresistenz**[3]

Stadium I: Nonresponse auf mindestens einen adäquaten Therapieversuch mit mindestens einem Vertreter einer Hauptklasse von Antidepressiva

Stadium II: Stadium-I-Therapieresistenz plus Nonresponse auf einen adäquaten Therapieversuch mit einem anderen Antidepressivum aus einer anderen Wirkstoffklasse als Stadium I

Stadium III: Stadium-II-Therapieresistenz plus Nonresponse auf einen adäquaten Therapieversuch mit einem trizyklischen Antidepressivum

Stadium IV: Stadium-III-Therapieresistenz plus Nonresponse auf einen adäquaten Therapieversuch mit einem MAO-Hemmstoff

Stadium V: Stadium-IV-Therapieresistenz plus Nonresponse auf einen adäquaten Therapieversuch mit EKT unter Verwendung bilateraler Stimulation

[1] Greden, 2001; [2] Souery et al., 1999; [3] Thase und Rush, 1997

Tabelle 2

Therapieresistente Depression: Faktoren

- **Komorbiditäten (untergliedert nach Achsen des DSM-Manuals)**
  - **Achse I:** z. B. Angststörungen[1, 2], Substanzabusus[3, 4]
  - **Achse II:** Persönlichkeitsstörungen[5, 6, 7]
    Cluster B (histrionisch, narzistisch, antisozial, Borderline) vs.
    Cluster A (paranoid, schizoid, schizotyp)
    Cluster C (selbstunsicher, dependent, zwanghaft, passiv-aggressiv)
  - **Achse III:** „körperliche" Erkrankungen[8]
  - **Achse IV:** psychosoziale u. umgebungsbedingte Probleme[9, 10, 11, 12]
- **Nichtansprechen auf frühere Behandlungsversuche[13]**
- **Dauer der depressiven Symptomatik[14]**

[1] Fava et al., 1997; [2] Fawcett et al., 1990; [3] Worthington et al.,1996; [4] Castaneda et al. ,1996; [5] Shea et al., 1992; [6] Stek et al., 2002; [7] Fava et al., 1997; [8] Keitner et al., 1991; [9] Keitner et al., 1992; [10] Moos, 1990; [11] Swindle et al., 1989; [12] Akiskal, 1982; [13] Nierenberg et al., 1994; [14] Bschor et al., 2001

Depressionen mit psychotischer oder atypischer Symptomatik vorliegen, die bisher nicht ausreichend diagnostiziert wurden und die ein abweichendes therapeutisches Vorgehen fordern.

Neben einer Pseudoresistenz gibt es jedoch auch andere Faktoren, die dazu führen können, dass Patienten trotz einer adäquaten Therapie nicht oder schlechter auf antidepressive Behandlungen ansprechen. Häufig erwähnte und untersuchte Faktoren in diesem Zusammenhang sind Komorbiditäten (Tab. 2): der multiaxialen Beurteilung des DSM-System folgend, können diese nach Achse I, II oder III unterteilt werden, also nach zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder anderen medizinischen Krankheitsfaktoren. Auch auf Achse IV des DSM-Systems abgebildete psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme sind hierbei von Bedeutung (Tab. 2).

Als psychiatrische Komorbiditäten mit depressiven Störungen treten am häufigsten Angststörungen und Substanzabusus auf. In diesem Zusammenhang zeichnen sich depressive Erkrankungen, die komorbid mit Angsterkrankungen einhergehen, durch einen schlechteren Verlauf, eine höhere Chronizität und vermehrte Neigung zu Rückfällen aus. Zudem reagieren Betroffene vielfach empfindlicher auf Nebenwirkungen, was eine Erklärung für die häufig schlechte Compliance dieser Patientengruppe sein könnte. Auch depressive Patienten mit sekundärer Abhängigkeitserkrankung haben gegenüber depressiven Patienten ohne Komorbidität eine schlechtere Prognose. In diesem Zusammenhang erscheinen auch Studien bemerkenswert, die nachweisen konnten, dass selbst ein sehr gemäßigter Alkoholkonsum mit einem schlechteren Ansprechen auf eine medikamentöse antidepressive Therapie einhergeht.

Nicht ganz eindeutig ist die Frage zu beantworten, inwieweit Persönlichkeitsstörungen- und Akzentuierungen als bedeutsamer Faktor im Hinblick auf Therapieresistenz anzusehen sind. So weisen besonders frühere Literaturübersichten [z. B. Shea et al., 1992; Stek et al., 2002] darauf hin, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen schlechter auf antidepressive Medikation als Patienten ohne Achse II-Störung ansprechen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich bei der Medikation vornehmlich um trizyklische Antidepressiva handelte. Dagegen zeigten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in einer Studie von Fava et al., 1997, die mit dem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Fluoxetin durchgeführt wurde, kein schlechteres Ansprechen, besonders Patienten, die dem Cluster B nach dem DSM-System zuzuordnen sind (histrionische, narzistische, antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörung). Letztlich ist die Frage der Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen im Hinblick auf Therapieresistenz offen. Wahrscheinlich spielt sowohl die Art der Persönlichkeitsakzentuierung als auch die Form der Behandlung eine Rolle, insgesamt ist man jedoch – die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen und von prämorbiden Persönlichkeitszügen für die Entwicklung von Therapieresistenz betreffend – heute deutlich zurückhaltender als noch vor einigen Jahren.

Als weitere Faktoren für Therapieresistenz sind komorbide körperliche Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus, Gefäßerkrankungen, Tumorleiden, chronische Schmerzen zu nennen. Auch beeinflussen psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme das Ergebnis einer antidepressiven Behandlung. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass schwere familiäre Konflikte sowie fehlende familiäre Unterstützung zu einem schlechteren Behandlungsergebnis führten, [Keitner et al., 1992; Moos, 1990; Swindle et al., 1989]. Auch multiple Verlustereignisse wie familiäre Todesfälle scheinen relevante Faktoren für die Chronifizierung einer Depression zu sein [Akiskal, 1982]. Zudem sind erfolglose frühere Behandungsversuche [Nierenberg et al., 1994] sowie die Dau-

Fortsetzung Seite 67

Tabelle 3

Therapieresistente Depression: Behandlungsstrategien

- **Dosissteigerung:** Gabe von höheren Dosierungen als den Standarddosierungen
- **Augmentation:** Zugabe einer selbst nicht oder nur wenig antidepressiv wirksamen Substanz zu einem Antidepressivum, das nach einem adäquaten Behandlungsversuch allein nicht ausreichend wirksam war
- **Kombination:** gleichzeitige Gabe von zwei verschiedenen Antidepressiva
- **Umstellung (Switch):** Wechsel auf ein anderes Antidepressivum



er der depressiven Symptomatik als negativer Prädiktor im Hinblick auf das Ansprechens auf eine Behandlung zu werten [Bschor et al., 2001].

Spricht ein Patient auf eine Behandlung nicht an, kann es in einem ersten Schritt sinnvoll sein, mögliche Ursachen sowohl für eine scheinbare als auch für eine reale Therapieresistenz nochmals zu prüfen und danach gegebenenfalls den Behandlungsansatz neu auszurichten.

Therapieresistente Depressionen – Behandlungsstrategien

Behandlungsstrategien für therapieresistente depressive Patienten lassen sich in pharmakologische und nicht pharmakologische Verfahren einteilen. In der letzteren Gruppe finden sich speziell ausgerichtete psychotherapeutische Ansätze, auch Verfahren wie Elektrokrampftherapie oder Vagusnervstimulation, die zumindest in Deutschland nur bei Therapieresistenz angewendet werden.

Im Weiteren soll nur auf pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten (Tab. 3, S. 64) mit einem Schwerpunkt auf Augmentationsstrategien eingegangen werden.

Spricht ein Patient nicht auf eine medikamentöse, antidepressive Behandlung an, stehen vier weitere Vorgehensweisen zur Verfügung. Die Dosis der bestehenden Medikation kann gesteigert werden, es kann auf eine anderes Präparat umgestellt werden (Switch), die bisherige Medikation kann mit einem weiteren Antidepressivum kombiniert werden, oder es kann durch Zugabe einer Substanz, die selbst nicht als primäres Antidepressivum anzusehen ist, versucht werden, die Wirksamkeit der bestehenden Medikation zu steigern (Augmentation).

Nach einer Dosissteigerung, die meist die einfachste Behandlungsoption darstellt, können mit Hilfe von Augmentations- oder Kombinationsstrategien die erreichten Verbesserungen aufrechterhalten werden. Augmentationsstrategien sind aber durchaus auch wirksam, wenn keine Verbesserung unter dem bisherigen Antidepressivum eingetreten ist. Arzneimittelinteraktionen oder wirtschaftliche Gesichtspunkte sollten jedoch bedacht werden. Ein Teilresponse ist somit ausdrücklich keine unbedingte Voraussetzung für eine Augmentationsstrategie [Joffe und Levitt, 1999]. Für eine Augmentations-/Kombinationsstrategie könnten demnach eine Teilresponse oder eine Response bei fehlender Remission sprechen. Ein Antidepressivum kann, sofern es gut verträglich ist, aber auch weiter gegeben werden, obwohl vorab noch keine Verbesserung der Symptomatik eingetreten ist. Trotz Teilresponse oder Response sprechen andererseits deutliche Nebenwirkungen für einen Wechsel der Medikation.

Hochdosistherapie

Nach eine Studie von Fredman et al., 2000, ist die Dosissteigerung eines Antidepressivums die häufigste Strategie, sofern ein Teilresponse der depressiven Symptomatik vorliegt. Als mögliche Erklärung für die verbesserte Wirksamkeit einer Hochdosistherapie wird einerseits eine bessere Konzentration der Medikation im Blut und im Gehirn angeführt, andererseits könnten aber auch zusätzliche neurochemische Effekte eine Rolle spielen. So könnte sich zum Beispiel ein selektiver serotonerger Effekt bei geringerer Dosierung im höheren Dosisbereich auch auf andere Neurotransmitter ausweiten und diese zusätzlich beeinflussen. Bei Hochdosistherapien von Tranylcypromin werden überdies auch sympathomimetische, amphetaminartige Effekte angenommen.

So wirkten sich Hochdosistherapien des irreversiblen Monoaminooxidasehemmers Tranylcypromin sowie trizyklische Antidepressiva in einigen offenen Studien positiv aus. In einer offenen Studie von Fava et al., 1992, erwies sich eine Dosierhöhung von Fluoxetin auf 40–80 mg/Tag bei Patienten, die zuvor nicht auf 20 mg/Tag respondiert hatten, als wirksam. In einer anschließenden Doppelblindstudie der gleichen Autorengruppe [Fava et al., 1994] zeigte sich eine Dosiserhöhung von Fluoxetin einer Kombinationsstrategie mit Desipramin oder mit Lithium unter Beibehaltung von 20 mg Fluoxetin überlegen.

Bei einer Hochdosistherapie mit Tranylcypromin werden Dosierungen bis 120 mg/Tag eingesetzt, auch Dosierungen bis 170 mg/Tag sind beschrieben. Um Gefäßunregelmäßigkeiten auszuschließen ist es ratsam, vor der Therapie eine MRT-Angiografie durchzuführen; auch sollte eine Blutdruckmessung über 24 Stunden erfolgen. Trizyklische Antidepressiva werden in Dosierungen bis 500 mg/Tag eingesetzt; hierbei ist die Kontrolle von Serumspiegeln, EKG und EEG sinnvoll. SSRI sind auch in höheren Dosierungen im Allgemeinen gut verträglich (z. B. Citalopram, Paroxetin oder Fluoxetin 80–100 mg/Tag oder Sertralin 400 mg/Tag).

Wie auch außerhalb des Hochdosisbereichs üblich, sollte die Medikation unverändert sechs bis neun Monate weiter gegeben und danach schrittweise reduziert werden.

Augmentationsstrategien

Lithiumaugmentation: Sie ist unter den Augmentationsstrategien zur Behandlung der therapieresistenten Depression eine der am besten untersuchten- und belegten Optionen. Diese Strategie geht zurück auf Montigny et al., 1981, die hypothesengeleitet auf das Prinzip der Lithiumaugmentation gestoßen waren. In ihren Versuchen hatte eine Vorbe-

Tabelle 4

Therapieresistente Depression: Switch versus Augmentation/Kombination

Aspekte für Augmentation/Kombination:
- Teilresponse
- Response ohne Remission
- Nonresponse ohne Nebenwirkungen

Aspekte für einen Wechsel (Switch):
- Nonresponse
- Teilresponse bei deutlichen Nebenwirkungen
- Response ohne Remission bei intolerablen Nebenwirkungen
- Vermeidung Arzneimittelinteraktionen
- wirtschaftliche Gesichtspunkte

handlung mit trizyklischen Antidepressiva zu einer Sensibilisierung von postsynaptischen Serotoninrezeptoren im Vorderhirn von Ratten geführt. Daraus schlussfolgerten die Autoren, dass Lithium aufgrund seiner pro-serotonergen Eigenschaften über die sensibilisierten Rezeptoren eine besondere Wirkung entfaltet.

Unabhängig vom bis heute nicht genau geklärten Wirkmechanismus gibt es eine Vielzahl von Studien, welche die Wirksamkeit dieser Strategie belegen. Nach einer Metaanalyse von Bauer und Döpfmer, 1999, respondierten im Schnitt 45 % der Patienten unter einer Augmentation mit Lithium gegenüber 18 % unter Plazebo.

Wie in der prophylaktischen Lithiumbehandlung sollten Plasmakonzentrationen zwischen 0,6 mmol/l und 0,8 mmol/l angestrebt werden. In früheren Veröffentlichung beschrieben Montigny et al. sehr beeindruckend, dass ein Teil der Patienten innerhalb der ersten 48 Stunden remittierte. Tatsächlich scheint es bei etwa 20 % der Patienten innerhalb der ersten zwei bis vier Tage zu einer relevanten Besserung zu kommen, bei 80 % der Patienten verbessert sich die Symptomatik jedoch erst innerhalb von zwei bis acht Wochen. Ergebnisse einer Studie von Bauer et al., 2000, weisen darauf hin, dass die Kombination mit Lithium mindestens zwölf Monate beibehalten werden sollte, da unter einer Plazeboerhaltungstherapie signifikant mehr Rezidive auftraten als unter Fortführung der Lithiumgabe.

Augmentation mit Schilddrüsenhormonen: Dieses Verfahren ist neben der Lithiumaugmentation am besten etabliert. Die Bedeutung von Schilddrüsenhormonen für affektive Erkrankungen wird seit langem erforscht. Neben der Therapieresistenz werden Schilddrüsenhormone beispielsweise auch zur adjuvanten Phasenprophylaxe eingesetzt.

Bezüglich des Wirkmechanismus wird spekuliert, dass bei therapieresistenten depressiven Patienten trotz normaler peripherer Schilddrüsenwerte eine „zentrale Hypothyreose" vorliegt. Diese könnte zum Beispiel durch eine Fehlfunktion des Transthyretins bedingt sein, einem Molekül, das für den Transport von T_4 ins ZNS benötigt wird. Des Weiteren werden Schilddrüsenhormonen modulierende Eigenschaften von Neurotransmittern mit einer möglichen Verstärkung noradrenerger und serotonerger Transmission zugeschrieben.

Bei der Augmentation ist zwischen einer **T_3-Augmentation** und einer **Hochdosis-T_4-Behandlung** zu unterschieden (T4 scheint in niedrigen Dosierungen nicht wirksam zu sein, wie Studien zeigten).

Die Vorteile einer T_3-Augmentation, bei der 15–50 µg T_3/Tag verabreicht werden, sind ein relativ rascher Wirkungseintritt (innerhalb von zwei bis drei Wochen) und eine gute Verträglichkeit. Aufgrund von Studien und einer Metaanalyse gehen Bauer et al., 2005, von einer Response bei etwa 50 % der Patienten aus. Sprechen Patienten auf diese Therapie an, sollte die T3-Augmentation mindestens so lange weiter verabreicht werden wie das Antidepressivum.

Die so genannte L-T_4-Hochdosisbehandlung ist derzeit noch als experimentelles Verfahren einzustufen. Nach gründlicher Voruntersuchung (EKG, RR, Labor und Schilddrüsenstatus) beträgt die Anfangsdosis 100 µ/Tag; diese Dosis wird um 100 µg pro Woche gesteigert. Angestrebt werden 250–350 µg/Tag, bei Unwirksamkeit kann jedoch auch weiter aufdosiert werden, sofern die Therapie gut verträglich ist. Erfahrungsgemäß braucht der Wirkungseintritt unter der hohen Dosierung eine gewisse Zeit, daher sollte für eine abschließende Beurteilung mindestens acht Wochen abgewartet werden.

Augmentation mit atypischen Neuroleptika: In den letzten Jahren findet die Augmentation mit atypischen Neuroleptika in der Behandlung der TRD zunehmend Beachtung. Als Wirkmechanismen werden unter anderem eine Blockierung von 5-HT_2-Rezeptoren sowie eine über Stimulation von 5-HT_{1A}-Rezeptoren vermittelte Serotoninfreisetzung diskutiert. Auch könnte sich zum Beispiel bei einer Substanz wie Aripiprazol ein partieller dopaminagonistischer Effekt positiv auswirken.

Fallberichte und eine kleinere Anzahl klinischer Studien zeigten, dass Olanzapin, Risperidon, Ziprasidon, Aripiprazol und Quetiapin den pharmakologischen Effekt der ursprünglichen Medikation verstärken konnten. Auf mögliche antidepressive Eigenschaften dieser Substanzen deutet auch eine Studie von Calabrese et al., 2005, hin, in der sich Quetiapin als Monotherapie bei

Tabelle 5

Augmentationsstrategien – ein Überblick

Effizienz	Augmentationsstrategie
klar	Lithium, T_3
vermutlich	atypische Neuroleptika
	Psychostimulanzien
	Dopaminagonisten
	Aniepileptika (Lamotrigin)
	Hochdosis T_4
Einzelberichte	Atomoxetin[1]
	Riluzol[2]
	S-Adenosyl-L-Methionine (SAMe)[3]
	Folate[4]
	DHEA[5]
	Östrogen[6]
umstritten	Buspiron[7], Pindolol[8], Inositol[9]

[1] Carpenter et al., 2005; [2] Zarate et al., 2004; [3] Alpert et al., 2004; [4] Alpert et al., 1999; [5] Wolkowitz et al., 1999; [6] Stahl, 1998; [7] Landen et al., 1998; [8] Ballesteros und Collada, 2004; [9] Nemets et al., 1999

depressiven bipolaren Patienten in Dosierungen von 600 mg/Tag und 300 mg/Tag als gut wirksam erwies.

In einer Doppelblindstudie zeigte sich die Kombination von Olanzapin und Fluctin den jeweiligen Einzeltherapien mit diesen Substanzen überlegen [Shelton et al., 2001], in einer Studie der gleichen Autorengruppe von 2005 jedoch konnte die Überlegenheit einer Kombinationstherapie mit Olanzapin und Fluctin gegenüber den Einzeltherapien mit Fluctin, Olanzapin oder Nortriptyline nicht mehr bestätigt werden.

Insgesamt scheint die Augmentation mit atypischen Neuroleptika jedoch viel versprechend: Hinweise im klinischen Alltag, dass zumindest einzelne Patienten davon profitieren können, sind unübersehbar.

Augmentation mit Antikonvulsiva: In der Gruppe der Antikonvulsiva sind für die Augmentationsbehandlung depressiver Symptomatik vornehmlich Carbamazepin und Lamotrigin von Bedeutung. Als mögliche Wirkmechanismen werden GABAerge, serotonerge, sowie glutamatantagonistische Effekte diskutiert.

Einen interessanten Aspekt beleuchteten McEwan und Remick in einer Studie von 1988: Wenn möglicherweise ein Teil der unipolaren therapieresistenten depressiven Patienten fehldiagnostizierte bipolare Patienten wären, könnte dies zumindest teilweise eine positive Wirkung von Antikonvulsiva bei dieser Patientengruppe erklären.

Zur Wirkung von Carbamazepin bei therapieresistenter Depression gibt es vier offene und eine randomisierte Studie: in letzterer Studie zeigte sich ein gutes Ansprechen von 57 % der Patienten.

In einer doppelblinden Studie konnte mit Lamotrigin eine signifikante Verbesserung im klinischen Eindruck (Global Clinical Impression), nicht jedoch in der HAMD nachgwiesen werden.

Augmentation mit Psychostimulanzien: Bei langanhaltenden chronischen Depressionen ist häufig Müdigkeit und Antriebsschwäche ein zentrales Problem. Lässt sich dieser Antriebsmangel durch aktivierende Antidepressiva nicht ausreichend bessern kann eine Augmentation mit Psychostimulanzien wie Methylphenidat oder auch Modafinil in Erwägung gezogen werden. Während die Wirkungsweise von Modafinil unklar ist, scheinen Amphetamin und Methylphenidat eine Wiederaufnahmehemmung von Noradrenalin und Dopamin zu bewirken. Da diese Substanzen sehr schnell in ZNS gelangen, ist ihre rasche Wirksamkeit, häufig schon nach der ersten Einnahme, ein besonderer Vorteil.

Kontrollierte Studien fehlen in dieser Indikation weitgehend. Fallberichte und offene Studien weisen jedoch darauf hin, dass Dextroamphetamin (5–40 mg/Tag), Methylphenidat (10–40 mg/Tag) und Pemolin (18,75–112,5 mg/Tag) die depressive Symptomatik verbesserten, wenn sie mit einem Antidepressivum kombiniert wurden. Von 65 Patienten mit therapieresistenter Depression, die zusätzlich zu einem Antidepressivum mit Amphetamin oder Methylphenidat behandelt wurden, verminderten sich bei 58 % die Symptome deutlich [Stolz et al., 1999].

Modafinil verbesserte in Kombination mit einem Antidepressivum bei Patienten mit therapieresistenter Depression Symptome wie Müdigkeit nach zwei Wochen besser als Plazebo, jedoch war der Unterschied nach sechs Wochen nicht mehr signifikant. In einer Studie von Fava et al., 2005, war nach acht Wochen ein signifikanter Unterschied im gesamten klinischen Eindruck (CGI) gegenüber Plazebo zu verzeichnen, in den Depressionsskalen zeigte sich hingegen nur ein positiver Trend.

Augmentation mit Dopamin (-agonisten): In der Pathogenese und Behandlung depressiver Störungen hat Dopamin bisher weniger Beachtung gefunden als Serotonin und Noradrenalin. Es gibt mittlerweile jedoch präklinische und klinische Befunde, die auf eine Bedeutung von Dopamin bei der Entwicklung und Therapie depressiver Störungen hinweisen. So wirken auch Antidepressiva wie Venlafaxin oder Bupropion partiell als Inhibitoren der präsynaptischen Dopaminaufnahme. Untersuchungen bei Patienten mit M. Parkinson zeigen, dass der Dopaminagonist Pramipexol bei ihnen auch eine Verbesserung der Depression und Anhedonie bewirkt.

Offene Studien liegen über Amantadin (100–200 mg zweimal täglich), Pergolid (0,25–2 mg/Tag) und Pramipexol (0,125–0,25 mg dreimal/Tag) vor.



In einer Doppelblindstudie bei Patienten mit bipolarer Depression wurde Pramipexol zu eine Therapie mit Mood Stabilizern gegeben: Dadurch konnten signifikante Verbesserungen im HAMD im Vergleich zu Plazebo erreicht werden [Goldberg et al., 2004]. Die Ergebnisse sind vorläufig und bedürfen weiterer Überprüfung. Die klinische Erfahrung zeigt jedoch, dass zumindest der D2/D3-Agonist Pramipexol antidepressive Eigenschaften zu haben scheint.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die verschiedenen Augmentationsstrategien. Eine relativ klare Effizienz wird für Lithium und T_3 angenommen, viel versprechend scheinen atypische Neuroleptika, Psychostimulanzien, Dopaminagonisten, Lamotrigin sowie die Hochdosis-T_4-Behandlung zu sein, eine genaue Überprüfung durch Studien steht aber letztlich noch aus.

Negative Befunde gab es zuletzt zu Augmentationsstrategien mit Buspiron und Pindolol. Insgesamt ist die Wirkung dieser Verfahren umstritten, sodass sie nicht als Augmentationstherapie der ersten Wahl gelten.

Des Weiteren findet sich in der relevanten Literatur mittlerweile eine Fülle von Fallberichten und kleineren Studien über eine Vielzahl möglicher Substanzen, die als Augmentiva interessant sein könnten wie beispielsweise Atomoxetin oder Östrogene. Welche Substanzen sich in Zukunft tatsächlich als erfolgreiche Behandlungsalternativen in der Augmentation erweisen könnten, müssen weitere Studien klären.

Dr. med. Dipl. Psych. Thomas Nickel
Max-Planck-Institut für Psychiatrie,
Kraepelinstr. 2 und 10, 80804 München,
E-Mail: nickel@mpipsykl.mpg.de

Die Therapie der Lyme-Borreliose ist so vielfältig wie die Krankheit selbst. Das klinische Bild sowie das Stadium der Erkrankung bestimmen, welches Antibiotikum wie lange und in welcher Applikationsart erforderlich ist. Zudem gilt: Dosierungen und Einnahmezeiten sollten nicht überschritten und verschiedene Antibiotika nicht kombiniert werden.



Acrodermatitis chronica atrophicans und Riesenwuchs des rechten Fußes bei chronischer Borreliose.

Stadiengerechte Therapie der Lyme-Borreliose

Antibiotika richtig eingesetzt

V. Fingerle, B. Wilske

Grundsätzlich muss jede Manifestation der Lyme-Borreliose antibiotisch behandelt werden. Insbesondere in den frühen Infektionsstadien ist die Erkrankung gut therapierbar – mit sehr guter Prognose. Auch bei den chronischen Manifestationen Lyme-Arthritis, Acrodermatitis chronica atrophicans sowie der chronischen Neuroborreliose können beachtliche Erfolge erzielt werden.

Allerdings muss mit Ausnahme des Erythema migrans jede Manifestation in interdisziplinärer Zusammenarbeit durch diagnostische Verfahren so weit wie möglich abgesichert werden, bevor eine antibiotische Therapie erfolgt. Es ist nicht akzeptabel, wenn beispielsweise bei unspezifischen, chronischen neurologischen Symptomen allein aufgrund eines positiven serologischen Befundes eine antibiotische Therapie durchgeführt wird. Hier kann die Liquordiagnostik mit hoher Sicherheit eine Neuroborreliose bestätigen oder ausschließen. Vorschnelle „probatorische" Therapien beinhalten nicht nur ein erhöhtes Risiko für den Patienten, sie können in einzelnen Fällen auch diagnostisch wertvolle Befunde maskieren.

Antibiotikatherapie orientiert sich am Erkrankungsstadium

Obwohl bisher keine internationalen Richtlinien zur Therapie der Lyme-Borreliose erstellt wurden, stehen verschiedene Antibiotika mit guten Daten zur Wirksamkeit zur Verfügung (Tab. 1). Von Therapien mit einem nicht aufgeführten Antibiotikum wie Fluconazol, Vancomycin, Trimethoprim oder Imipenem genauso wie von Antibiotikakombinationen (z. B. Roxithromycin/Trimethoprim) können wir nur dringend abraten (Tab. 2). Beispielsweise setzen wir Trimethoprim bei der Anzucht von Borrelia burgdorferi ein, das heißt, Borrelien sind primär resistent gegen dieses Antibiotikum. Vancomycin war im Tierversuch zwar bei frischer Infektion wirksam, bei länger bestehender Infektion dagegen unwirksam.

Für eine Therapiedauer von mehr als vier Wochen liegen keine überzeugenden Daten aus kontrollierten klinischen Studien vor. Zwar wurde von Fällen berichtet, bei denen eine vermeintliche Lyme-Borreliose erst nach monatelanger Therapie ausgeheilt war, jedoch besteht bei diesen Patienten eine große Unsicherheit bezüglich der richtigen Diagnose [6]. Eine Patientin mit fraglicher Lyme-Borreliose verstarb sogar an den Folgen einer ungerechtfertigt langen Therapie [13].

Antibiotikum, Dauer und Art seiner Applikation orientieren sich am Stadium der Erkrankung und am klinischen Erscheinungsbild.

Therapie von Frühmanifestationen

Erythema migrans

Obwohl sich das Erythema migrans auch ohne Therapie meist innerhalb weniger Wochen spontan zurückbildet, ist zur Vermeidung von Folgeerkrankungen eine antibiotische Therapie indiziert (Tab. 1) [20]. Primär sollen beim Erythema migrans oral applizierbare Antibiotika eingesetzt werden. Die Behandlungsdauer beträgt üblicherweise zwei Wochen. Insgesamt gilt die Prognose des behandelten Erythema migrans als exzellent [2, 3, 12, 20], auch wenn sich in sehr seltenen Fällen trotz Therapie eine Folgeerkrankung manifestieren kann.

Borrelien-Lymphozytom

Für die Therapie des insgesamt seltenen Borrelien-Lymphozytoms fehlen prospektive Therapiestudien. Basierend auf retrospektiven Studien ist von einer guten Wirksamkeit der auch für das Erythema migrans verwendeten Antibiotika auszugehen [11]. Die empfohlene Therapiedauer beträgt im Allgemeinen zwei bis drei Wochen. Dabei ist mit einer Rückbildung der Symptome nach etwa vier Wochen zu rechnen, wobei Symptome auch noch bis neun Monate nach erfolgreicher Therapie nachweisbar sein können (ein längeres Bestehen der Hautveränderung bei Therapiebeginn ist mit längerer Rückbildungsdauer assoziiert). Auch für das behandelte Borrelien-Lymphozytom ist die Prognose sehr gut.

Frühe Neuroborreliose

Studien zum Spontanverlauf des Bannwarth-Syndroms zeigen, dass selbst ohne Therapie in der Regel ein guter Verlauf zu erwarten ist [10, 14]. Trotzdem muss eine Antibiotikatherapie stets erfolgen, da einerseits Patienten mit persistierenden Beschwerden nach unbehandelter Neuroborreliose beschrieben wurden und andererseits die Therapie zu einem raschen Abklingen der Schmerzen führt.

Für die Behandlung der frühen Neuroborreliose ist die intravenöse Gabe von Cefotaxim, Ceftriaxon oder hoch dosiertem Penicillin G indiziert [7, 14, 15, 20]. In der Wirksamkeit sind sie als gleichwertig einzustufen, jedoch besitzt Ceftriaxon aufgrund der langen Halbwertszeit den Vorteil, dass es nur einmal täglich verabreicht werden muss. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass auch Doxycyclin oral in der Therapie der frühen Neuroborreliose eingesetzt werden kann. Dabei könnte die Gabe von 300 mg Doxycyclin pro Tag statt der üblichen 200 mg besser wirksam sein [4, 5, 8, 9].

Lyme-Karditis und Augenbeteiligung

Wegen der Seltenheit dieser Manifestationsform fehlen diesbezüglich prospektive, kontrollierte Therapiestudien. Bei einer Karditis ist bei symptomatischen Patienten (Synkopen, Dyspnoe, Thoraxschmerz) eine stationäre Behandlung mit intravenöser Therapie zu empfehlen. Dies gilt für Patienten mit AV-Block Grad I mit einem PR-Intervall > 30 msec und AV-Block Grad II oder III. Bei höhergradigen Überlei-

Tabelle 1

Therapie der Lyme-Borreliose

Klinische Manifestation	Antibiotikum	Dosierung/Tag	Applikation	Dauer in Tagen (Range)
Erythema migrans*	Doxycyclin	2 x 100 mg	p.o.	14 (10–21)
und	Amoxicillin	3 x 500 mg	p.o.	14 (14–21)
Borrelien-Lymphozytom*	Cefuroxim	2 x 500 mg	p.o.	14 (14–21)
	alternativ:			
	Azithromycin**	1 x 500 mg	p.o.	7 (7–10)**
Frühe	Ceftriaxon	1 x 2 g	i.v.	14 (14–28)
Neuroborreliose	Cefotaxim	3 x 2 g	i.v.	14 (14–28)
	Penicillin G	6 x 2–3 Mio. Units	i.v.	14 (14–28)
	Doxycyclin	2 x 100–200 mg	p.o.	21 (21–28)
Karditis	Ceftriaxon	1 x 2 g	i.v.	14 (14–21)
	Cefotaxim	3 x 2 g	i.v.	14 (14–21)
	Doxycyclin	2 x 100 mg	p.o.	14 (14–21)
	Amoxicillin	3 x 500 mg	p.o.	14 (14–21)
Akrodermatitis	Doxycyclin	2 x 100 mg	p.o.	21 (21–28)
chronica atrophicans*	Amoxicillin	3 x 500 mg	p.o.	21 (21–28)
und	Ceftriaxon	1 x 2 g	i.v.	21 (14–28)
Arthritis*	Cefotaxim	3 x 2 g	i.v.	21 (14–28)
	Penicillin G	6 x 2–3 Mio. Units	i.v.	
Chronische	Ceftriaxon	1 x 2 g	i.v.	21 (21–28)
Neuroborreliose	Cefotaxim	3 x 2 g	i.v.	21 (21–28)
	Penicillin G	6 x 2–3 Mio. Units	i.v.	21 (21–28)

** Orale Therapie zu bevorzugen; ** Azithromycin ist eine Alternative bei Unverträglichkeit der anderen oralen Medikamente.*

Modifiziert nach [15, 17, 19, 20]

tungsstörungen kann auch ein temporärer Schrittmacher indiziert sein [16, 18]. Bei Karditis mit AV-Blockierungen Grad I und II empfehlen die meisten Autoren eine zwei- bis dreiwöchige orale Antibiotikagabe. Bei einem AV-Block III wird in den meisten Fällen zu einer intravenösen Therapie geraten (Tab. 1) [20].

Augenerkrankungen als Manifestation der Lyme-Borreliose gelten als sehr selten. Für die Therapie werden wegen der günstigen Penetrationsfähigkeit in das Auge primär Ceftriaxon und Cefotaxim empfohlen.

Therapie chronischer Manifestationen

Akrodermatitis chronica atrophicans

Die Akrodermatitis chronica atrophicans (ACA) ist eine chronische Hauterkrankung, die nur selten spontan ausheilt. Auch zu dieser Erkrankung fehlen größere prospektive, kontrollierte Studien. Die verfügbaren Daten zeigen jedoch eine gute Wirksamkeit der eingesetzten Antibiotika (Tab. 1). Empfohlen wird eine drei- bis vierwöchige Therapie, die meist teilweise oder auch vollständig zu einer Remission führt. Eine Besserung der Symptome tritt nur langsam ein und kann mehrere Monate in Anspruch nehmen. Besonders bei bereits lange bestehender Erkrankung kann wegen substanzieller Schäden der Haut jedoch keine vollständige Rückbildung mehr erreicht werden [1].

Lyme-Arthritis

Obwohl es bei der Lyme-Arthritis in der Regel nach Monaten bis Jahren zur Spontanremission kommt, muss antibiotisch therapiert werden, um den Heilungsprozess zu beschleunigen und um potenzielle weitere Manifestationen zu verhindern. Primär ist eine orale Therapie über drei bis vier Wochen anzustreben. Bei Therapieversagen wird eine weitere, dann intravenöse Therapie empfohlen. Zu betonen ist, dass der endgültige Heilungserfolg endgültig erst drei Monate nach Beendigung der Therapie beurteilt werden kann.

Bei einigen Patienten wurden auch chronische, therapierefraktäre Krankheitsverläufe beschrieben. Diese sind die wahrscheinlich durch Autoimmunmechanismen und nicht durch lebende Borrelien verursacht worden. Bei diesen Fällen können die Gabe von Kortikosteroiden, Hydroxychloroquin oder Methotrexat beziehungsweise auch eine Synovektomie hilfreich sein [20].

Tabelle 2

Nicht zu empfehlende Therapien (Auswahl)

- höhere Dosierung von Antibiotika und deutlich längere Therapiedauer als in Tabelle 1 angegeben
- Kombination verschiedener Antibiotika
- gepulste antibiotische Therapie
- Cephalosporine der ersten Generation, Fluoroquinolone, Carbapeneme, Vancomycin, Metronidazol, Tinidazol, Trimethoprim-Sulfamethoxazol, Amantadin, Ketolide, Isoniazid, Fluconazol
- hyperbare Sauerstofftherapie
- Ozontherapie
- Fiebertherapie
- intravenöse Immunglobulingaben
- Cholestyramin

Chronische Neuroborreliose

Die periphere Neuropathie und die klinisch sehr variable, aber selten chronisch verlaufende Neuroborreliose heilen nicht spontan aus. Für die Behandlung werden insbesondere Ceftriaxon oder Cefotaxim über einen Zeitraum von drei bis vier Wochen empfohlen. Fundierte Aussagen zur Prognose der chronischen Neuroborreliose nach einer Therapie lassen sich wegen der Seltenheit der Erkrankung nicht eindeutig treffen. Jedoch kann vor allem dann, wenn substanzielle Schäden des Zentralnervensystems vorliegen, keine komplette Remission erzielt werden.

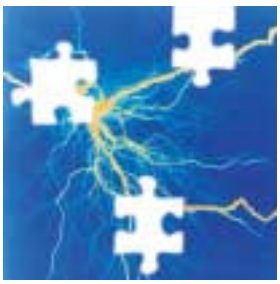
In einer kürzlich publizierten Studie an 15 Patienten mit einer chronischen Neuroborreliose wurde für zehn Patienten eine komplette Remission beschrieben [7]. Bei fünf Patienten konnte eine Remission mit geringgradigen Restbeschwerden erreicht werden [7].

Therapieversagen

Bei jedem der empfohlenen Antibiotika wurde über Therapieversager berichtet. Nachdem für B. burgdorferi bislang aber keine Resistenzentwicklung beschrieben worden ist, sind als mögliche Ursachen eines Nichtansprechens vor allem Resorptionsprobleme, fehlende Compliance oder eine zu kurze Therapiedauer in Betracht zu ziehen. Bei einer erneuten Behandlung sollte aus mikrobiologischer Sicht möglichst ein Antibiotikum einer anderen Substanzklasse eingesetzt werden. Zu beachten ist ferner, dass besonders bei chronischen Manifestationen der Therapieerfolg oft erst nach mehreren Monaten beurteilt werden kann. Serologische Verlaufskontrollen sind nicht für eine Kontrolle der Behandlung geeignet.

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Volker Fingerle
Nationales Referenzzentrum für Borrelien, Max v. Pettenkofer Institut, Pettenkoferstr. 9a, 80336 München,
E-Mail: nrz-borrelien@mvp.uni-muenchen.de



Neurologische Kasuistik

Kopfschmerzen und Bewusstlosigkeit – psychogen, epileptogen, migränös?

Anamnese

Eine 46-jährige nicht berufstätige Arzthelferin leidet seit Jahren an rezidivierenden Bewusstseinsstörungen, die zumeist mit Kopfschmerzen verbunden sind. Erstmals traten vor acht Jahren am Abend vor Weihnachten starke Nacken- und Hinterkopfschmerzen und Sehstörungen mit farbigen Phosphenen und anschließenden Flimmerskotomen auf, bevor es zu einem Tonusverlust in den Beinen und anschließendem Bewusstseinsverlust kam. Die Patientin wurde vom Notarzt intubiert und stationär untersucht.

Dabei berichtete die Patientin über seit Jahren auftretende Kopfschmerzattacken wechselnder Seitenlokalisation, die über Stunden anhielten und mit Übelkeit und Fotophobie einhergingen.

Eine familiäre Belastung für eine Migräne besteht nicht.

Die neurologische Untersuchung einschließlich CCT war zu diesem Zeitpunkt unauffällig. In den folgenden Monaten kam es dann wiederholt zu Bewusstlosigkeiten, die nach fremdanamnestischen Beschreibungen jeweils ohne motorische Äußerungen abliefen. Ein Urin- oder Stuhlabgang trat nie auf. Ein daraufhin ergänztes Schädel-MR war unauffällig. Während einer erneuten stationären Untersuchung fanden sich im EEG zweimal epilepsietypische Veränderungen temporal. Obwohl zu diesem Zeitpunkt differenzialdiagnostisch eine endgültige Einordnung des Geschehens nicht möglich war und neben einer basilären Migräne, eine Epilepsie ebenso, wie psychogene Anfälle diskutiert wurden, erfolgte eine Therapie mit Valproinsäure.

Nachdem sich bei wiederholten stationären Aufnahmen wegen akuter Bewusstseinsstörungen durch „Aufsetzen das Bewusstsein wieder herstellen ließ“ und keine motorischen Äußerungen, Urin- oder Stuhlabgänge oder Zungenbisse dokumentiert oder berichtet wurden, wurde die Diagnose psychogener Anfälle mit Verdacht auf eine Konversionsstörung gestellt.

Eine Videoableitung nach Schlafentzug zeigte zweimal links temporale Spike-wave-Entladungen mit Phasenumkehr temporal. Einmalig fand sich während eines „Anfalls“ ein erhöhter Prolaktinspiegel. Mehrfach kam es zu „Episoden mit plötzlichem Zusammensinken und schlaffer Tetraparese mit fehlender Schmerzreaktion“, die teilweise über mehre Stunden anhielten.

Eine stationär psychosomatische Behandlung, bei der auch eine histrione Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, brach die Patientin ab.



Fragen

1. Welches der folgenden Symptome während eines Anfalls weist am ehesten auf einen psychogenen Anfall hin?

- a kontinuierlicher Augenschluss während der Anfallsdauer
- b Nystagmus
- c fehlender Zungenbiss
- d Radfahr-Bewegungen der Beine
- e schleudernde Rumpfbewegungen

2. Welcher Laborparameter steigt nach einem psychogenen Anfall nicht an?

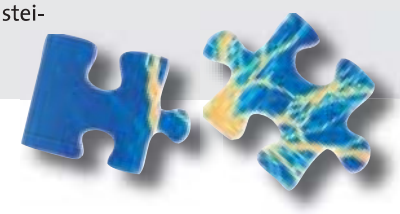
- a Kein Laborparameter steigt nach psychogenen Anfällen an.
- b Kreatinkinase
- c Prolaktin
- d neuronenspezifische Enolase
- e Alle Parameter können auch bei einem psychogenen Anfall ansteigen.

3. Welche EEG Veränderungen finden sich nicht bei einer Migräne?

- a uni- oder bilaterale Delta-Aktivität während der Attacke
- b generalisierte epileptiforme Veränderungen bei basilärer Migräne
- c eine fotoparoxysmale Reaktion
- d okzipitale Spike-wave-Komplexe während der Aura
- e Alle Aussagen sind richtig.

4. Welche Symptome finden sich nicht bei einer basiläre Migräne?

- a visuelle Aura
- b bilaterale Paresen
- c hemifaziale Sensibilitätsstörungen
- d Doppelbilder
- e Alle Aussagen sind richtig.



Nach wechselnder stationärer und ambulanter Versorgung erfolgte zuletzt eine Therapie mit Gabapentin 1.200 mg/die. Unter dieser Behandlung kam es zwei Wochen vor der aktuellen Untersuchung in den Morgenstunden erneut zu einer plötzlichen Sprechstörung, zu Benommenheitsschwindel und allgemeiner Kraftlosigkeit, sodass sich die Patientin „auf den Boden setzte und nicht mehr aufstehen konnte". Die Dauer dieser Symptomatik lag bei einer Stunde. An begleitende Kopfschmerzen konnte sich die Patientin nicht erinnern.

Befund

Neurologische Untersuchung: im Verlauf weiterhin komplett unauffällig.

Extra- und transkranielle Dopplersonografie: normal.
Diagnose: basiläre Migräne.

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

Lösung zur neurologischen Kasuistik

1a; 2e; 3c, 4e

Die dargestellte Kasuistik illustriert die im Einzelfall durchaus schwierige diagnostische Differenzierung zwischen einer Epilepsie, nicht-epileptischen Anfällen und einer Migräne [2]. Die basiläre Migräne, die bei über zwei Drittel der Patienten vor dem 40. Lebensjahr beginnt und sich nur in Ausnahmefällen bei über 50-Jährigen erstmals zeigt, kann dabei ohne (40 %) oder in Kombination mit verschieden anderen Migräneformen auftreten [18]. Der enge Zusammenhang mit einer Epilepsie zeigte sich in einer Untersuchung an 49 Patienten mit gesicherter basilärer Migräne, von denen 8% auch epileptische Anfälle hatten. Dafür kann eine gemeinsame pathophysiologische Ursache oder eine zufällig Kombination bei den beiden häufigen Krankheiten Epilepsie und Migräne verantwortlich sein. Auch kann eine Migräneaura Auslöser eines epileptischen Anfalles sein [2].

zu 1: Die genaue Prävalenz psychogener Anfälle ist nicht bekannt. Die Angaben zu psychogenen Anfällen im Rahmen einer Epilepsie liegen zwischen 5% und 40%, abhängig von der Studienpopulation. In Epilepsie-Spezialeinrichtungen ist die Häufigkeit am höchsten; Frauen sind dreimal häufiger betroffen. Psychogene Anfälle haben einige Charakteristika, die eine Differenzierung von epileptischen Anfällen erleichtern: Sie treten nie im Schlaf auf, ein eher schleichender Beginn und ein krampfartiger Augenschluss, asymmetrisch schlagende Extremitätenbewegungen, Beckenkreisen, Arc de Cercle, begleitendes lautes Schreien oder Weinen sind häufig. Auch bei psychogenen Anfällen kann es zu einem Urin- oder Stuhlabgang, Pupillendilation und Zungenbiss (zumeist jedoch an der Zungenspitze mittig und nicht lateral) kommen. Besonders Frontallappenepilepsien werden wegen der bisweilen bizzaren Bewegungsmuster (Beckenbewegungen, Laufautomatismen, bipedale Fahrradbewegungen, Wendebewegungen des Kopfes) oftmals fälschlichweise als psychogene Anfälle verkannt.

Als ein sehr sensitives Zeichen wurde bereits von DeToledo das aktive Öffnen der Augen während eines epileptischen Anfalls im Gegensatz zum Zusammenkneifen bei psychogenen Anfällen beobachtet: In einer Untersuchung waren bei über 90 % der 654 Anfälle die Augen während der tonischen Phase geöffnet. Unter den 75 psychogenen Anfällen waren dagegen bei 55 % die Augen während des gesamten Anfalls geschlossen [19]. Erneut bestätigt wurde diese auch fremdanamnestisch abfragbare Beobachtung in einer jetzt veröffentlichten Untersuchung an 221 Patienten mit 938 Anfällen (52 psychogen/156 epileptisch). Dabei öffneten 152 (97 %) der 156 Patienten zu Beginn des Anfalls die Augen weit oder zeigten eine Blickdeviation während 50 von 52 Patienten mit psychogenen Anfällen die Augen geschlossen hielten; nur 4 % öffneten die Augen. Alle Patienten mit Grand Mal-Anfällen öffneten die Augen [4].

Während psychogene Anfälle bisher als Erkrankung jüngerer Patienten galten, konnte eine schottische Arbeitsgruppe in einer Epilepsie-Spezialklinik kürzlich 26 Patienten identifizieren, die erstmals über 55-jährig einen zumeist durch Video-EEG gesicherten psychogenen Anfall hatten. Dabei waren Männer häufiger betroffen (Männer/Frauen 11/26) im Vergleich zu einer Gruppe von 241 Patienten (Männer/Frauen 55/241) mit Beginn der psychogenen Anfälle vor dem 55. Lebensjahr. Als Risikofaktoren fand sich ein höherer Anteil von Patienten mit schweren Gesundheitsproblemen in der älteren Gruppe, während bei den jüngeren ein früherer sexueller Missbrauch bei 32 % nachweisbar war [5].

Neuere Daten zum Langzeitverlauf belegen, dass die Prognose psychogener Anfälle nicht günstig ist. So litten von 164 Patienten 71% bei einer mittleren Nachbeobachtung von 11,9 Jahren weiter an psychogenen Anfällen. Über die Hälfte lebte von Sozialhilfe [15]. Dabei zeigte sich bei Patienten mit psychogenen Anfällen eine ganze Reihe von Persönlichkeitsstörungen (am häufigsten Borderline-Störungen), die den Verlauf mitbestimmen [16].

zu 2: Die in vielen klinischen Situationen fehlende Möglichkeit, durch ein Video-EEG einen epileptischen Anfall sicher von einem psychogenen Anfall zu differenzieren, führte in der Vergangenheit zu einer intensiven Suche nach einem diagnostischen Surrogatmarker. Dabei konnte postiktal ein Anstieg für Prolaktin, Kreatinkinase und neuronenspezifischer Enolase nachgewiesen werden. Eine ganze Reihe von Untersuchungen zeigte jedoch in den letzten Jahren, dass keiner der Parameter eine ausreichende Trennschärfe zur Unterscheidung epileptischer von psychogenen Anfällen besitzt. So wurde bei 79 Patienten mit epileptischen und nicht-epileptischen Anfällen unter Video-EEG allein wegen des postiktalen Prolaktinanstiegs bei 34 % eine falsch negative Diagnose eines nicht-epileptischen Anfalls gestellt. Bei 5 % wurde aufgrund eines Prolaktinanstiegs nach psychogenen Anfällen im Video-EEG fälschlichweise ein epileptischer Anfall diagnostiziert [8]. Dabei beeinflusst die Anfallsdauer die Sensitivität, die bei Anfällen mit einer Dauer von über 30 Sekunden zunimmt [13].

Während bei 80–100 % der Patienten nach einem Grand Mal-Anfall der Prolaktinwert ansteigt, ist bei komplex-partiellen Anfällen, besonders bei Männern und bei Frontallappenepilep-

Fortsetzung v. S. 76: **Lösung zur neurologischen Kasuistik**

sie, eine Zunahme seltener. Bei einfach-partiellen Anfällen ist die Sensitivität am schlechtesten. Da ein erhöhter Prolaktinwert auch bei 20% von 44 Patienten mit nicht-epileptischen Anfällen 15 Minuten postiktal dokumentiert wurde, ist die klinische Bedeutung des Prolaktinanstiegs weiterhin zweifelhaft [1]. Deshalb wurden in einer jüngsten Arbeit bei 32 Patienten mit epileptischen und 12 mit psychogenen Anfällen unter kontinuierlicher Video-EEG-Aufzeichnung postiktal zwischen zehn Minuten und sechs Stunden neben Prolaktin auch die Kreatinkinase und die neuronenspezifische Enolase bestimmt. Dabei zeigte sich zwar die höchste Sensitivität für Prolaktin, da jedoch gleichzeitig die Spezifität für Prolaktin am niedrigsten war, ist somit keiner der drei Parameter zur Differenzierung epileptischer von nicht-epileptischen Anfällen geeignet [21].

Die geringe Spezifität des Prolaktinanstiegs nach epileptischen Anfällen wird auch durch einzelne Veröffentlichungen bei Synkopen bestätigt. So zeigt sich bei einer Kipptisch-Untersuchung nach fünf bis zehn Minuten eine Verdoppelung des Prolaktin-Ausgangswertes [10]. Untersuchungen bei basilärer Migräne, die – wie im vorliegenden Fall – oft ein diagnostisches Dilemma darstellen, liegen nicht vor.

zu 3: Während einer hemiplegischen Migräneattacke oder bei basilärer Migräne zeigen sich sehr häufig pathologische EEG-Veränderungen mit uni- oder bilateraler Delta-Aktivität. Zusätzliche finden sich interiktal und in der Attacke steile oder langsame Wellen [7; 18]. Während der Aura sind sowohl eine Reduktion der Grundaktivitätsamplitude, langsame Wellen als auch normale EEG-Abläufe beschrieben worden [Übersicht 17]. Fotoparoxysmale Reaktionen finden sich nicht bei Migräne [13]. Gerade bei Kindern ist der Übergang zwischen Epilepsie und Migräne oft schwierig zu differenzieren, da bei der benignen okzipitalen Epilepsie des Kindesalters in etwa der Hälfte der Fälle postiktale Kopfschmerzen auftreten, die einseitig und auch mit Übelkeit und Erbrechen einhergehen können. Hier finden sich im interiktalen EEG häufig okzipitale Spikes oder Spike-Wave-Komplexe, die beim Augenöffnen verschwinden. Aufgrund der klinischen Ähnlichkeit wird hier gelegentlich auch die Diagnose einer basiläre Migräne gestellt, wobei in Einzelfällen sogar eine Koexistenz beider Erkrankungen vorliegen kann [9].

zu 4: Bei 49 Patienten mit basilärer Migräne war in 86 % der Fälle das häufigste Symptom eine beidseitige Sehstörung mit Verschwommensehen im temporalen und nasalen Gesichtsfeld [15]. Zweithäufigstes Symptom war eine Bewusstseinsstörung in 77 % der Fälle. Auch unspezifische Sehstörungen wie „Grauschleier“ oder „Nebelsehen“ und positive Reizphänomene wie Blitze, Flackern, Zackensehen oder farbige Figuren wurden von 69 % angegeben. Bei den Hirnstammsymptomen traten vorwiegend Drehschwindel (63 %), Dysarthrie (57 %) und eine Gangataxie (63 %) auf. Bilaterale Parästhesien mit 61 % und bilaterale Paresen mit 55 %)waren nahezu gleich häufig vertreten. Ein Drittel der Patienten war während der Attacke verwirrt. Doppelbilder, Hörminderungen, ein Tinnitus oder Nystagmus finden sich selten [18]. In Einzelfällen können auch bizzare Halluzinationen der Leiberfahrung mit einer Körpervergrößerung (z. B. „Ohren wie bei Elefanten“) auftreten [11].

Die Dauer der Bewusstseinsstörung bei einer basilären Migräne kann dabei sehr variieren: ein Stupor kann 3–36 Stunden anhalten, Verwirrtheit 0,25–24 Stunden oder Koma 36–60 Stunden dauern [18]. Dabei kann die Bewusstseinstörung fluktuieren und eine partielle oder globale Amnesie auslösen [20].

Literatur

1. Alving J. Serum prolactin levels are elevated also after pseudoepileptic seizures. Seizure 1998; 7: 85–9
2. Bigal ME et al. Epilepsy and migraine. Epilepsy and Behav. 2003; 4: S13–24
3. Brinciotti M et al. Electroclinical features in children and adolescents with epilepsy and/or migraine, and occipital epileptiform EEG abnormalities. Clin Electroencephalogr. 2000; 31: 76–82
4. Chung SS et al. Ictal eye closure is a reliable indicator for psychogenic nonepileptic seizures. Neurology 2006; 66: 1730–1
5. Duncan R et al. Late onset psychogenic nonepileptic attacks. Neurology 2006; 66: 1644–7
6. Ehrenberg BL. Unusual clinical manifestations of migraine and the borderland of epilepsy – re-explored. Seminars in Neurology 1991; 11: 118–27
7. Jacome DE. EEG features in basilary artery migraine. Headache 1987; 27: 80–3
8. Laxer KD et al. Prolactin changes after seizures classified by EEG monitoring. Neurology 1985; 35: 31–5
9. Lipton RB et al. Comorbidity of migraine: The connection between migraine and epilepsy. Neurology 1994; 44: Suppl. 7 S28–38
10. Oribe E et al. Serum prolactin concentrations are elevated after syncope. Neurology 1996; 47: 60–62
11. Podoll K et al. Halluzinationen der Körpervergrößerung bei der Migräne. Fortschr Neurol Psychiat 1998; 66: 257–70
12. Ramelli GP et al. EEG findings during basilary migraine attacks in children. Electroencephalogra Clin Neurophysiol. 1998; 107: 374–8
13. Rao ML et al. Epileptic but not psychogenic seizures are accompanied by simultaneous elevation of serum pituitary hormones and cortisol levels. Neuroendocrinology 1989; 49: 33–9
14. Reuber M et al. Interictal EEG abnormalities in patients with non-epileptic seizures. Epilepsia 2002; 43: 1013–20
15. Reuber M et al. Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. Ann Neurol. 2003; 53: 305–11
16. Reuber M et al. Multidimensional assessment of personality in patients with psychogenic non-epileptic seizures. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; 75: 743–8
17. Sand T. Electroencephalography in migraine: a review with focus on quantitative electroencephalography and the migraine vs. epilepsy relationship. Cephalalgia 2003; 23: Suppl 1: 5–11
18. Sturzenegger HM et al. Basilary artery migraine: a follow-up study of 82 cases. Headache 1985; 25: 408–15
19. DeToledo JC et al. Patterns of involvement of facial muscles during epileptic and nonepileptic events: review of 654 events. Neurology 1996; 47: 621–5
20. Pietrini V et al. Acute confusional migraine: Clinical and electroencephalic aspects. Cephalalgia 1987; 7: 29–37
21. Willert C et al. Serum neuron-specific enolase, prolactin, and creatine kinase after epileptic and psychogenic non-epileptic seizures. Acta Neurol Scand. 2004; 109: 318–23



Psychiatrische Kasuistik

Lewy-Körperchen-Demenz

Anamnese

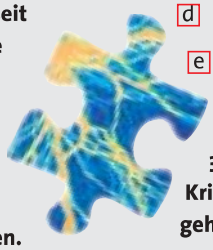
Ein 67-jähriger berenteter Bankkaufmann stellte sich mit seiner Ehefrau in unserer gerontopsychiatrischen Ambulanz vor und berichtete, seit etwa zwei Jahren unter einer zunehmenden Vergesslichkeit zu leiden. Es falle ihm zunehmend schwerer, sich neue Informationen zu merken. Einkäufe müsste er daher mittlerweile mit seiner Frau zusammen erledigen. Außerdem ziehe er sich sozial zurück, da er Gesprächen mit seinen Bekannten nicht mehr folgen könne. Dies sei ihm peinlich. Dabei schwanke seine Konzentrations- und Gedächtnisleistung ganz erheblich. Besonders abends käme es zu Verschlechterungen. Vor zirka einem Jahr hatte er sich wegen häufiger Stürze und einer Gangunsicherheit erstmals ambulant bei einem Nervenarzt vorgestellt, der bei ihm ein beginnendes Parkinson-Syndrom diagnostiziert habe. Die Ehefrau berichtete, dass es im Rahmen der Aufdosierung mit L-Dopa zu einer inneren Unruhe und optischen Halluzinationen gekommen sei. Daraufhin wurde die Dosis reduziert. Seit einem halben Jahr falle ihr nun auf, dass ihr Mann abends unruhiger sei und nachts immer wieder aufwache. In den letzten vier Wochen habe sich sein Zustand rasant verschlechtert. Zu den Schlafstörungen sei noch eine Trägheit und Lustlosigkeit gekommen. Er wolle nicht mehr aufstehen, fange schnell an zu weinen und habe keinen Appetit mehr. Auch sein Gedächtnis habe in den letzten Wochen erheblich nachgelassen.

Psychiatrische und Suchtmittelanamnese: leer.

Familienanamnese: Die Mutter litt ab etwa dem 70. Lebensjahr unter Demenz.

Fragen

1. Ein 76-jähriger Mann lebte seit dem Tod seiner Frau vier Jahre allein in seiner Wohnung. Zuletzt verdächtigte er zunehmend die Nachbarn, ihn durch Schikanen wie nächtliches Geflüster und Klopfen zum Auszug zwingen zu wollen. Er habe Gasgeruch bemerkt und fürchtete, vergiftet zu werden. Auf seine Krankheit angesprochen, weinte er heftig. Aktuelle Tagesereignisse, Datum und Ort konnte nicht benannt werden. Am wahrscheinlichsten ist folgende Diagnose:



a Schizophrenie im Senium

b erlebnisreaktive Störung nach Partnerverlust

c Depression mit wahnhaften Symptomen

d Demenzerkrankung

e Symbiontischer Wahn

2. Zu den typischen Nebenwirkungen von Acetylcholinesterase-Inhibitoren gehört nicht?

a Übelkeit

b Kopfschmerzen

c Gewichtszunahme

d Muskelkrämpfe

e Erbrechen

3. Zu den klinisch-diagnostischen Kriterien der Lewy Body Demenz gehört nicht?

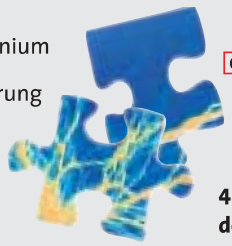
a nächtliche Halluzinationen

b akinetisch –rigides Syndrom

c progredientes demenzielles Syndrom

d leukenzephalopathische Veränderungen der Substantia nigra im MRT

e Überempfindlichkeit auf Neuroleptika



4. Differenzialdiagnostisch muss bei dem vorliegenden Fall am wenigsten berücksichtigt werden:

a Delir

b ein depressives Syndrom mit psychotischen Symptomen

c eine Kombination von idiopathischem Parkinson-Syndrom und einer Alzheimer-Erkrankung

d kortikobasale Degeneration

e Ganser-Syndrom

Befund

Psychopathologischer Aufnahmebefund: wacher, zu allen Qualitäten orientierter Patient mit trauriger Stimmung; er weint während des Gespräches häufig, Affekt dennoch modulierbar; keine Suizidalität; formaler Gedankengang verlangsamt mit Gedankenabbrüchen und Tendenz zur Perseveration; kein Hinweis auf Zwänge, Wahn oder Ich-Störungen; auf Nachfrage berichtet die Frau von nächtlichen Halluzinationen: Ihr Mann sehe nachts vom Bett aus einen Mann, der durch das Schlafzimmer schleiche und den Kleiderschrank durchwühle.

Internistisch-neurologische Untersuchung: guter Allgemein- und Ernährungszustand bei unauffälligem kardialem, pulmonalem und abdominellem Untersuchungsbefund. Unter L-Dopa/Benserazid 4 x 50/12,5 mg/Tag symmetrischer Rigor mit Betonung der oberen Extremitäten, kein Tremor, gestörte posturale Reflexe bei ansonsten unauffälligem neurologischen Befund; kein Nikotinabusus; keine somatische Begleiterkrankung.

Röntgen-Thorax: unauffällig.

EKG: unauffällig.

Laborparameter: klinische Chemie, Differenzialblutbild, Leber- und Retentionsmarker, TSH, PSH, CRP, Vitamin B_{12}, B_6 und Folsäure im Normbereich; TPHA-Test negativ; Apolipoprotein E-Konstellation 3/4.

Neuropsychologische Untersuchung: Mini Mental State Exam (MMSE): mit 21 Punkten leicht- bis mittelgradiges demenzielles Syndrom bei guter Orientierung, aber pathologischen Aufmerksamkeitsleistungen; bei nur leicht auffälligen Einschränkungen der verbalen Gedächtnisleistungen erhebliche Defizite in visuell-räumlichen Leistungen.

Zerebrales MRT: leichte temporoparietal betonte symmetrische kortikale Atrophie mit zwei lakunären Infarkten im Bereich der Basalganglien; kein Hinweis auf Blutung, Tumor oder Liquorzirkulationsstörung.

Liquoranalyse: kein Hinweis auf ein entzündliches Liquorsyndrom oder eine Schrankenstörung bei leicht auffälligen Degenerationsmarkern: beta-Amyloid 550 µg/ml (normal ≥ 600), Gesamt-Tau-Protein 300 µg/ml (normal ≤ 300).

Beurteilung

Auf Basis der Anamnese und der durchgeführten Diagnostik wurde bei dem Patienten eine Demenz mit Lewy-Körperchen angenommen, die als diagnostische Kriterien erstens ein progredientes demenzielles Syndrom und zweitens ein Parkinson-Syndrom fordert. Typischerweise kommen bei dieser Erkrankung gut ausgeformte optische Halluzinationen und eine erhebliche Fluktuation der Aufmerksamkeitsleistungen vor. Unterstützt wurde die Diagnose durch häufige Synkopen mit Stürzen und einer ausgeprägten Unverträglichkeit auf Neuroleptika (besonders auf klassische Neuroleptika) mit erheblichen extrapyramidalen Nebenwirkungen und deliranten Symptomen. Häufig kommt es im Verlauf zu depressiven Symptomen und Schlafstörungen. Ein letztlicher Beweis für die Erkrankung kann aber weiterhin nur neuropathologisch gestellt werden. Daher muss die Diagnose sorgfältig von anderen Syndromen abgegrenzt werden. Oft ist es jedoch schwierig, die Lewy Body-Demenz vom idiopathischen Parkinson-Syndrom mit demenziellem Verlauf zu unterscheiden. Entscheidend hierfür ist die zeitliche Abfolge der Symptome. So sprach bei dem Patienten der mindestens einjährige Beginn der Vergesslichkeit vor der Entwicklung des akinetisch-rigiden Syndroms für die Lewy Body-Demenz. Vor allem die häufig auftretenden Halluzinationen machten eine Abgrenzung im Nachhinein schwierig, da idiopathische Parkinson-Syndrome häufig mit psychotischen Symptomen einhergehen. Eine voreilig verabreichte neuroleptische Therapie kann dabei mit erheblichen Nebenwirkungen für die Patienten verbunden sein. Differenzialdiagnostisch müssen auch atypische Parkinson-Syndrome bedacht werden, wie die progressive supranukleäre Parese und die kortikobasale Degeneration, die neben typischen Augenmuskelstörungen zusätzliche fokal-neurologische Defizite fordern. Ob zusätzlich zu einem idiopathischen Parkinson-Syndrom eine Alzheimer-Erkrankung besteht, bleibt zu bedenken. Bei unserem Patienten lieferte der grenzwertige Liquorbefund keinen eindeutigen Hinweis darauf. Die Neuropsychologie zeigte hingegen mit einer besonders eingeschränkten Visuokonstruktion in Kombination mit erheblichen Aufmerksamkeitsstörungen eine für die Lewy-Körperchen-Demenz typische Konstellation. Letztlich musste im Rahmen des dargebotenen depressiven Syndroms (vor allem weil keine gute Fremdanamnese vorlag und es keine Angaben über den Beginn einer demenziellen Symptomatik gab) an eine affektive Störung mit psychotischen Symptomen gedacht werden. Dagegen sprach der Inhalt des psychotischen Erlebens, der keinen Hinweis auf typisch depressive Symptome wie beispielsweise nihilistischen Wahn gab.

Therapie

Aufgrund dieser differenzialdiagnostischen Überlegungen wurde eine Therapie mit dem bisher einzigen für Lewy Body-Demenz zugelassenen Acetylcholinesterase-Inhibitor Rivastigmin eingeleitet. Bei einer Dosis von 2 x 6 mg/Tag kam es bei dem Patienten zu einer deutlichen Abnahme der Schlafstörungen und der nächtlichen szenischen Halluzinationen. Dadurch erübrigte sich eine neuroleptische Intervention mit dem erhöhten Risiko potenzieller extrapyramidal-motorischer Symptome. Auch der Antrieb verbesserte sich unter dieser Therapie zunehmend. Da aber weiterhin eine traurige Stimmung vorherrschte, begannen wir zusätzlich eine antidepressive Therapie mit dem SSRI Escitalopram, die (bei einer Dosis von 15 mg/Tag) zu einer vollständigen Remission des depressiven Syndroms führte.

Prof. Dr. med. Rainer Hellweg
Dr. med. Olaf Schulte-Herbrüggen
Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie,
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Benjamin Franklin,
Eschenallee 3, 14050 Berlin,
E-Mail: rainer.hellweg@charite.de

Lösung zur psychiatrischen Kasuistik

1d; 2c; 3d; 4e

Unser Service für Sie!

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 2000 plus 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, an diesen Faxverteiler 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-Fritz, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Tel. 02131 220992-0, Fax 02131 220992-2,

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
- PPmP – 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?

Auf der nächsten Seite finden Sie das Beitrittsformular, das Sie einfach nur ausfüllen und an die Geschäftsstelle in Neuss faxen müssen.

Beitritt

Ich will **Mitglied** werden!

An die Geschäftsstelle Neuss, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Fax 02131 2209922

☐ 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 Mitgliedesbeitrag von insgesamt 590 EUR.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

Ich bin ☐ niedergelassen ☐ in der Klinik tätig ☐ Chefarzt ☐ Facharzt

☐ Weiterbildungsassistent ☐ Neurologe ☐ Nervenarzt ☐ Psychiater

☐ in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____

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

☐ Fortschritte Neurologie / Psychiatrie ☐ Aktuelle Neurologie

☐ Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG ☐ Psychiatrische Praxis

☐ Die Rehabilitation ☐ Psychotherapie im Dialog

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

☐ PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie ☐ Balint-Journal

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	Wolfgang Becker
Bayern	Gunther Carl
Berlin	Gerd Benesch
Brandenburg	Anette Rosenthal
Bremen	Ulrich Dölle
Hamburg	Guntram Hinz
Hessen	Sigrid Planz-Kuhlendahl
Mecklenburg-Vorpommern	Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen	Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein	Frank Bergmann
Rheinland-Pfalz	Klaus Sackenheim
Saarland	Friedhelm Jungmann
Sachsen	Mathias Brehme
Sachsen-Anhalt	Dagmar Klink
Schleswig-Holstein	Fritz König
Thüringen	Konstanze Tinschert
Westfalen	Klaus Gorsboth
Württemberg-Baden-Nord	Herbert Scheiblich

Geschäftsstelle des BVDN

D. Differt-Fritz
Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss
Tel. 02131 220992-0
Fax 02131 220992-2
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
DMP und IV	P. Reuther, U. Meier, F. Bergmann

AUSSCHÜSSE

Akademie für Psychiatrische u. Neurologische Fortbildung	A. Zacher, K. Sackenheim
Ambulante Neurologische Rehabilitation	W. Fries
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie	S. Schreckling
CME (Continous Medical Education)	P. Reuther, P. Franz, F. Bergmann
Gebührenordnungen	A. Zacher, P. Reuther, G. Carl
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, F. Bergmann
Weiterbildungsordnung und Leitlinien	P. Reuther, G. Carl, U. Meier, Ch. Vogel, F. Bergmann, G. Carl
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	U. Brickwedde (Psychiatrie), H. Vogel (Neurologie)

REFERATE

Demenz	J. Bohlken
Elektrophysiologie	P. Reuther
Epileptologie	R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall	K.-O. Sigel, H. Vogel
Neurootologie, Neuroophtalmologie	M. Freidel
Neuroorthopädie	B. Kügelgen
Neuropsychologie	T. Cramer
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

Organisationsstruktur

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 Versorgungs-strukturen 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
Anhaltszahlen/ 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 BVDN, 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.

Adressen*

Dr. Uwe Bannert
Oldesloerstr. 9, 23795 Bad Segeberg,
Tel. 04551 96966-1,
Fax 04551 96966-9
E-Mail: uwe.bannert@kvsh.de

Dr. Wolfgang Becker
Palmstr. 36, 79539 Lörrach,
Tel. 07621 2959,
Fax 07621 2017,
E-Mail: becker-hillesheimer@t-online.de

Dr. Curt Beil
Urbacher Weg 31, 51149 Köln,
Tel. 02203 560888,
Fax 02203 503065,
E-Mail: curt.beil@netcologne.de

Dr. Frank Bergmann
Theaterplatz 17, 52062 Aachen,
Tel. 0241 36330,
Fax 0241 404972,
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Dr. Ralf Berkenfeld
Hochstr. 22, 47506 Neukirchen-Vluyn,
Tel. 02845 32627,
Fax 02845 32878,
E-Mail: berkenfeld@t-online.de

Prof. Dr. Peter-Dirk Berlit
Alfried-Krupp-Krankenhaus, 45131 Essen,
Tel. 0201 4342-527,
Fax 0201 4342-377,
E-Mail: berlit@ispro.de

Dr. Ralf Bodenschatz
Hainische Str. 4–6, 09648 Mittweida,
Tel. 03727 9418-11,
Fax 03727 9418-13,
E-Mail: rbodenschatz@t-online.de

Dr. Jens Bohlken
Klosterstr. 34/35, 13581 Berlin,
Tel. 030 3329-0000,
Fax 030 3329-0017,
E-Mail: dr.j.bohlken@gmx.net

Prof. Dr. Thomas Brandt
Marchioninistr. 15, 81377 München,
Tel. 089 7095-2570 oder 2571,
Fax 089 7095-8883,
E-Mail: tbrandt@brain.nefo.med.uni-muenchen.de

Dr. Mathias Brehme
Hauptstr. 8, 04416 Markkleeberg,
Tel. 0341 35867-09,
Fax 0341 35867-26,
E-Mail: dr.med.brehme@telemed.de

Dr. Arne Brosig
Röntgenstr. 9–15, 41515 Grevenbroich,
Tel. 02181 23399-33,
Fax 02181 23399-11,
E-Mail: brosig@nervenpraxis.de

PD Dr. Elmar Busch
Basilikastr. 55, 47623 Kevelaer,
Te. 02832 10140-1, Fax 02832 10140-6
E-Mail: e.busch@marienhospital-kevelaer.de

Dr. Bernhard Bühler
P 7, 1 Innenstadt, 68161 Mannheim,
Tel. 0621 12027-0,
Fax 0621 12027-27,
E-Mail: bernhard.buehler@t-online.de

Prof. Dr. Otto Busse
Friedrichstr. 17, 32427 Minden,
Tel. 0571 801350-0,
Fax 0571 801350-4,
E-Mail: Busse-Minden@dgn.org

Dr. Gunther Carl
Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel. 09321 5355,
Fax 09321 8930,
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. 06131 177151,
Fax 06131 175697

Dr. Stefan Diez
Eduard-Conz-Str. 11, 75365 Calw,
Tel. 07051 16788-8,
Fax 07051 16788-9,
E-Mail: stefan.diez@t-online.de

Dr. Ulrich Dölle
Leher Heerstr. 18, 28359 Bremen,
Tel. 0421 237878,
Fax 0421 2438796,
E-Mail: u.doelle@t-online.de

Dr. Reinhard Ehret
Ahornstr. 20, 12163 Berlin,
Tel. 030 790885-0,
Fax 030 790885-99,
E-Mail: dr.ehret@neurologie-berlin.de

Dr. Joachim Elbrächter
Marktallee 8, 48165 Münster,
Tel. 02501 4822 oder 4821,
Fax 02501 16536,
E-Mail: dr.elbraechter@tiscali.de

Dr. Günther Endrass
Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt,
Tel. 06359 9348-0,
Fax 06359 9348-15

Prof. Dr. Andreas Engelhardt
Evangelisches Krankenhaus,
Marienstr. 11, 26121 Oldenburg,
Tel. 0441 236414,
Fax 0441 248784,
E-Mail: andreas.engelhardt@nwn.de

Prof. Dr. Dipl. Psych. A. Ferbert
Mönchebergstr. 41–43, 34125 Kassel,
Tel. 0561 980-3090,
Fax 0561 980-6979,
E-Mail: ferbert@klinikum-kassel.de

Dr. Peter Franz
Ingolstädter Str. 166, 80939 München,
Tel. 089 3117111, Fax 089 3163364,
E-Mail: pkfranz@aol.com

Dr. Matthias Freidel
Brauerstr. 1–3, 24568 Kaltenkirchen,
Tel. 04191 8486,
Fax 04191 89027,
E-Mail: mfreidel@t-online.de

Prof. Dr. Wolfgang Fries
Pasinger Bahnhofsplatz 4, 81241 München,
Tel. 089 896068-0,
Fax 089 896068-22,
E-Mail: fries@elfinet.de

Dr. Horst Fröhlich
Haugerring 2, 97070 Würzburg,
Tel. 0931 55330, Fax 0931 51536

Dr. Peter Frommelt
Asklepiosklinik Schaufling,
Hausstein 30 1/2, 94571 Schaufling,
Tel. 09904 77557-1,
Fax 09904 77557-2,
E-Mail: b.pledl@asklepios.com

Dr. Holger Grehl
Fahrner Str. 133, 47053 Duisburg,
Tel. 0203 508126-1,
Fax 0203 508126-3,
E-Mail: holger.grehl@ejk.de

Dr. Klaus Gorsboth
Bahnhofstr. 10, 59581 Warstein,
Tel. (02902) 9741-0,
Fax (02902) 9741-33,
E-Mail: gorsboth.bvdn@gmx.de

Dr. Burkhard Gülsdorff
Parkstr. 26, 24534 Neumünster,
Tel. 04321 45979, Fax 04321 42133

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah
Appelhorn 12, 27356 Rotenburg (Wümme),
Tel. 04261 8008,
Fax 04261 8400118,
E-Mail: rhagenah@web .de

Dr. Liane Hauk-Westerhoff
Paulstr. 48–55, 18055 Rostock,
Tel. 0381 490081-0, Fax 0381 490081-1,
E-Mail: liane.hauk-westerhoff@nervenaerzte-rostock.de

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst
Marienstr. 7, 70178 Stuttgart,
Tel. 0711 220774-0,
Fax 0711 220774-1,
E-Mail: heinz.herbst@t-online.de

Dr. Guntram Hinz
Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg,
Tel. 040 60679-863,
Fax 040 60679-576,
E-Mail: guntramhinz@aol.com

Dr. Werner E. Hofmann
Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg,
Tel. 06021 44986-0,
Fax 06021 44986-244

Dr. Ulrich Hutschenreuter
Am Dudoplatz 1, 66125 Saarbrücken,
Tel. 06897 7681-43,
Fax 06897 7681-81,
E-Mail: U.Hutschenreuter@t-online.de

Dr. Friedhelm Jungmann
Bahnhofstr. 36, 66111 Saarbrücken,
Tel. 06813 109-3 oder 4,
Fax 06813 8032,
E-Mail: mail@dr-jungmann.de

Dr. Werner Kissling
Centrum für Disease Management,
Psychiatrische Klinik der TU München,
Möhlstr. 26, 81675 München,
Tel. 089 41404207,
E-Mail: w.kissling@lrz.tum.de

Dr. Dagmar Klink
Marktstr. 14, 38889 Blankenburg,
Tel. 03944 2647,
Fax 03944 980735,
E-Mail: dr.klink@bemi.computer.de

* Funktionsträger von BVDN, BDN und BVDP (Adressen werden laufend aktualisiert und ergänzt)

Adressen*

Dr. Jürgen Kohler
Cornelia Passage 8, 79312 Emmendingen,
Tel. 07641 2069, Fax 07641 9308777,
E-Mail: juerkohler@aol.com

Prof. Dr. Hans W. Kölmel
Nordhäuserstr. 74, 99089 Erfurt,
Tel. 0361 781213-1, Fax 0361 781213-2,
E-Mail: neu@erfurt.helios-Kliniken.de

Dr. Fritz König
Sandstr. 18–22, 23552 Lübeck,
Tel. 0451 71441, Fax 0451 7060282,
E-Mail: info@neurologie-koenig-luebeck.de

Dr. Johanna Krause
Schillerstr. 11a, 85521 Ottobrunn,
E-Mail: drjkrause@yahoo.com

Prof. Dr. Peter Krauseneck
Neurologische Klinik Bamberg,
Bugerstr. 80, 96049 Bamberg,
Tel. 0951 503360-1, Fax 0951 503360-5,
E-Mail: BAS2BA01@urz.uni-bamberg.de

Dr. Thomas Krichenbauer
Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel. 09321 5355, Fax 09321 8930,
E-Mail: krichi@web.de

Dr. Bernhard Kügelgen
Postfach 20 09 22, 56012 Koblenz,
Tel. 0261 30330-0,
Fax 0261 30330-33

Dr. Andreas Link
Alter Bremer Weg 14 , 29223 Celle,
Tel. 05141 330000,
Fax 05141 889715,
E-Mail: neurolink@t-online.de

Dr. Wolfhard Lünser
Werler Str. 66, 59065 Hamm,
Tel. 02381 26959,
Fax 02381 983908,
E-Mail: Luenser.Hamm@t-online.de

Dr. Hans Martens
Josephsplatz 4, 80798 München,
Tel. 089 2713037,
Fax 089 27349983,
E-Mail: dr.h.martens@gmx.de

Prof. Dr. Harald Masur
E. Stein-Fachklinik/Am Wonneberg,
76887 Bergzabern,
Tel. 06343 949-121,
Fax 06343 949-902,
E-Mail: h.masur@reha-bza.de

Dr. Norbert Mayer-Amberg
Bödekerstr. 73, 30161 Hannover,
Tel. 0511 667034, Fax 0511 621574
E-Mail: m.amberg.n.mayer-amberg@knuut.de

Dr. Uwe Meier
Montanusstr. 54, 41515 Grevenbroich,
Tel. 02181 2253-22,
Fax 02181 2253-11,
E-Mail: umeier@t-online.de

Dr. Norbert Mönter
Tegeler Weg 4, 10589 Berlin,
Tel. 030 3442071,
Fax 030 84109520
E-Mail: moenter-berlin@t-online.de

Dr. Klaus-Ulrich Oehler
Wirsbergstr. 10, 97070 Würzburg,
Tel. 0931 58022, Fax 0931 571187

Prof. Dr. Wolfgang H. Oertel
Rudolf-Bultmann-Str. 8, 35033 Marburg,
Tel. 06421 286-6279,
Fax 06421 286-8955,
E-Mail: oertelw@mailer.uni-marburg.de

Dr. Rolf Peters
Römerstr. 10, 52428 Jülich,
Tel. 02461 53853, Fax 02461 54090,
E-Mail: dr.rolf.peters@t-online.de

Dr. Volker Pfaffenrath
Leopoldstr. 59, 80802 München,
Tel. 089 33-4003, Fax 089 33-2942

Dr. Sigrid Planz-Kuhlendahl
Aliceplatz 7, 63065 Offenbach,
Tel. 069 800-1413, Fax 069 800-3512,
E-Mail: Planz-Kuhlendahl@t-online.de

Dr. Christian Raida
Urbacher Weg 31, 51149 Köln,
Tel. 02203 560888, Fax 02203 503065,
E-Mail: c.raida@t-online.de

Prof. Dr. Fritjof Reinhardt
D.-Chr.-Erxleben-Str. 2, 01968 Senftenberg,
Tel. 03573 752150, Fax 03573 7074157
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. 03332 25440, Fax 03332 254414
E-Mail: anette.rosenthal@nervenarzt-online.com

Dr. Christa Roth-Sackenheim
Breite Str. 63, 56626 Andernach,
Tel. 02632 9640-0,
Fax 02632 9640-96,
E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de

Dr. Klaus Sackenheim
Breite Str. 63, 56626 Andernach,
Tel. 02632 9640-0, Fax 02632 9640-96,
E-Mail: bvdn@dr-sackenheim.de

Dr. Manfred Salaschek
Schulstr. 11, 49477 Ibbenbüren,
Tel. 05451 50614-00,
Fax 05451 50614-50,
E-Mail: salschek.ibb@t-online.de

Prof. Dr. Günther Schwendemann
Züricher Str. 40, 28325 Bremen,
Tel. 0421 4081285, Fax 0421 4082354

Dr. Karl-Otto Sigel
Hauptstr. 2, 82008 Unterhaching,
Tel. 089 6653917-0, Fax 089 6653917-1,
E-Mail: dr.sigel@neuropraxis-muenchen.de

Dr. Ulrich Thamer
Mühlenstr. 5–9, 45894 Gelsenkirchen,
Tel. 0209 37356, Fax 0209 32418,
E-Mail: Thamer.Herten@t-online.de

Dr. Konstanze Tinschert
Ernst-Abbe-Platz 3–4, 07743 Jena,
Tel. 03641 557444-4, Fax 03641 557444-0,
E-Mail: praxis@tinschert.de

Dr. Siegfried R. Treichel
Halterner Str. 13, 45657 Recklinghausen,
Tel. 02361 2603-6, Fax 02361 2603-7

Dr. Frank Unger
Doberaner Str. 43 b, 18057 Rostock,
Tel. 0381 2016420, Fax 0381 2002785,
E-Mail: unger_HRO@freenet.de

Dr. Roland Urban
Turmstr. 76 a, 10551 Berlin,
Tel. 030 3922021, Fax 030 3923052,
E-Mail: dr.urban-berlin@t-online.de

Dr. P. Christian Vogel
Agnesstr. 14/III, 80798 München,
Tel. 089 2730700,
Fax 089 27817306,
E-Mail: praxcvogel@aol.com

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

Prof. Dr. Peter Vogel
Neurolog. Abt. AK St. Georg,
Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg,
Tel. 040 2890-2267,
Fax 040 2890-4185,
E-Mail: pevog@prof-p-vogel.de

Prof. Dr. Claus-W. Wallesch
Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg,
Tel. 0391 6715-001,
Fax 0391 6715-216,
E-Mail: wallesch@medizin.uni-magdeburg.de

Prof. Dr. Frank Welter
Hardtwaldklinik I,
Hardtstr. 31, 34596 Bad Zwesten,
Tel. 05626 8792-0,
Fax 05626 8792-1

Dr. Gerd Wermke
Talstr. 35–37, 66424 Homburg,
Tel. 06841 9328-0,
Fax 06841 9328-17,
E-Mail: gerd@praxiswermke.de

Prof. Dr. Karl Wessel
Städt. Klinikum, Salzdahlumer Str. 90,
38126 Braunschweig,
Tel. 0531 5952-300,
Fax 0531 5952-650,
E-Mail: k.wessel@klinikum-braunschweig.de

Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. Bernhard Widder
BKH/Ludwig-Heilmeyer-Str. 2,
89312 Günzburg,
Tel. 08221 96228-2,
Fax 08221 96228-8,
E-Mail: bernhard.widder@t-online.de

PD Dr. Roland Wörz
Friedrichstr. 73, 76669 Bad Schönborn,
Tel. 07253 31865, Fax 07253 50600

PD Dr. Albert Zacher
Watmarkt 9, 93047 Regensburg,
Tel. 0941 561672,
Fax 0941 52704,
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:	**BADEN SÜD**					
Dr. U. Farenkopf	Gengenbach	ja	KV	07803 98071-3	0703 98071-4	Neurologie_gengenbach@t-online.de
Dr. R. Sattleger	Singen	ja	KV	07731 9599-10	07731 9599-39	dr.adam@web.de
BVDN-Landesverband:	**BADEN-WÜRTTEMBERG**					
Prof. Dr. J. Aschoff	Ulm	nein	ÄK	0731 69717		
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	ÄK/KV	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Dr. L. Braun	Wertheim	nein	ÄK	09342 1877		
Dr. W. Maier-Janson	Ravensburg	ja	KV	0751 36242-0	0751 36242-17	kontakt@neurologie-ravensburg.de
BVDN-Landesverband:	**BAYERN**					
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	ÄK/KV	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Prof. Dr. Th. Grobe	Nürnberg	ja	ÄK	0911 22969	0911 2059711	
Dr. H. Martens	München	ja	ÄK/KV	089 2713037	08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
Dr. K.-O. Sigel	Unterhaching	ja	ÄK	089 665391-90	089 665391-71	dr.sigel@neuropraxis-muenchen.de
BVDN-Landesverband:	**BERLIN**					
Dr. G. Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	dr.g.benesch@t-online.de
Dr. H.-J. Boldt	Berlin	ja	KV	030 3186915-0	030 3186915-18	BoldtNA@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**BRANDENBURG**					
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 748720-7	0331 748720-9	
Dr. A. Rosenthal	Teltow	ja	KV	03328 30310-0	03328 30310-1	gerd-juergen.fischer@dgn.de
BVDN-Landesverband:	**BREMEN**					
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	ÄK/KV	0421 667576	0421 664866	steck@ewetel.net
BVDN-Landesverband:	**HAMBURG**					
Dr. H. Vogel	Hamburg	ja	KV	040 6037142	040 60951303	info@praxis-vogel.de
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
BVDN-Landesverband:	**HESSEN**					
Dr. B. Ende	Buseck	nein	ÄK	06408 62828		
Dr. S. Planz-Kuhlendahl	Offenbach	ja	KV	069 800-1413	069 800-3512	planz-kuhlendahl@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**MECKLENBURG-VORPOMMERN**			**Kein Nervenarzt in der ÄK oder KV!**		
BVDN-Landesverband:	**NIEDERSACHSEN**					
Dr. J. Beutler	Braunschweig	ja	ÄK	0531 337717	0531 330302	joachim@dr-beutler.de
Dr. P. Gensicke	Göttingen	ja	ÄK	0551 384466	0551 484417	peter.gensicke@dgn.de
Dr. J. Schulze	Meppen	ja	ÄK	05931 1010	05931 89632	dr.schulte@nervenarztpraxis-meppen.de
BVDN-Landesverband:	**NORDRHEIN**					
Dr. F. Bergmann	Aachen	ja	KV	0241 36330	0241 404972	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	ÄK/KV	0221 402014	0221 405769	hphaus1@AOL.com
Dr. Rolf Peters	Jülich	ja	KV	02461 53853	02461 54090	dr.rolf.peters@t-online.de
Dr. Birgit Löber-Kraemer	Bonn	nein	KV	0228 223450	0228 223479	
BVDN-Landesverband:	**RHEINLAND-PFALZ**					
Dr. W.-H. von Arnim	Idar-Oberstein	nein	ÄK	06781 660		
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	02632 96400	02632 964096	c@dr-roth-sackenheim.de
Dr. Klaus Sackenheim	Andernach	ja	KV	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
BVDN-Landesverband:	**SAARLAND**					
Dr. F. Jungmann	Saarbrücken	ja	ÄK/KV	0681 31093	0681 38032	mail@dr-jungmann.de
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	ÄK/KV	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. G. Wermke	Homburg	ja	ÄK	06841 9328-0	06841 9328-17	gerd@praxiswermke.de
BVDN-Landesverband:	**SACHSEN**			**Kein Nervenarzt in der ÄK oder KV!**		
BVDN-Landesverband:	**SACHSEN-ANHALT**					
Dr. H. Deike	Magdeburg	nein	KV	0391 2529188	0391 5313776	
BVDN-Landesverband:	**SCHLESWIG-HOLSTEIN**					
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	ÄK/KV	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband:	**THÜRINGEN**					
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband:	**WESTFALEN**					
Dr. U. Thamer	Gelsenkirchen	ja	KV	0209 37356	0209 32418	Thamer.Herten@t-online.de
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	KV	0231 515030	0231 411100	boettger@AOL.com

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