NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell





IGES/Rürup-Gutachten

Kein Beleg für "doppelte Facharztschiene"

Zukunft des Honorarsystems

Euro statt Punkte?

Prävention der Alzheimer-Demenz

Risiken vorbeugen

Tics bei Kindern

Auf die Anamnese kommt es an



"Haben Sie für das nächste Wochenende schon etwas vor? Ja? Sagen Sie es ab, wenn es nicht die Teilnahme am diesjährigen Neurologen- und Psychiatertag ist."

PD Dr. med. Albert Zacher Schriftleiter

Auf nach Köln!

aben Sie für das nächste Wochenende (23. Juni 2007) schon etwas vor? Ja? Sagen Sie es ab, wenn es nicht die Teilnahme am diesjährigen Neurologen- und Psychiatertag in Köln ist!

An diesem sollten Sie unbedingt teilnehmen. Denn wieder einmal werden entscheidende Weichen gestellt und gerade dort in Köln werden Sie vom Stellwerkleiter bis zu dem, der für den Entwurf der Fahrpläne verantwortlich zeichnet, alle antreffen.

"Der Wiedergänger"

So bezeichnete man einstmals Verstorbene, die keine Ruhe finden konnten und deshalb ab und an herumgeisternd Schrecken unter den Lebenden verbreiteten. Ähnliches kommt mir in den Sinn, wenn ich das Stichwort "Neuer EBM" lese. Da sind die Irrungen und Wirrungen der letzten unglücklichen Reform noch voll im Gange und die Finanzen so manches Kollegen in besorgniserregender Weise zerrüttet – schon taucht dieses Gespenst wieder auf, diesmal vom Gesundheitsministerium angestachelt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann gar nicht anders, als in kürzester Frist eine neue Vergütungsstruktur zu entwickeln – und deshalb sind nun Sie (!), sind wir alle gefordert, uns sehen zu lassen.

In Köln werden uns mit dem Vertreter von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, Dr. Orlowski, mit Kollegen Köhler als KBV-Chef und Prof. Dr. Rürup ganz entscheidende Planer und Weichensteller Rede und Antwort stehen zu dem, was kommen wird. Noch ist nichts endgültig entschieden und somit haben wir es in der Hand, durch (hoffentlich) beeindruckende Präsenz zu zeigen, dass unsere berufspolitischen Repräsentanten aus den Vorständen nicht nur so tun, als ob sich Not, Unruhe und Unzufriedenheit unter Nervenärzte, Neurologen und Psychiatern zuspitzten, sondern dass es tatsächlich gärt und

dass es sich deshalb viele nicht entgehen lassen wollen vor den "Machern", für die oft versprochenen und nie verwirklichten leistungsgerechten Honorare beim gesundheitspolitischen Vormittag einzutreten.

Stationär und ambulant

Die Präsidenten unserer wissenschaftlichen Gesellschaften Prof. Dr. G. Deuschl für die DGN und Prof. Dr. W. Gaebel für die DGPPN werden ebenfalls anwesend sein. Die Zusammenarbeit mit ihnen klappt auf politischer Ebene problemlos. Sie kommen, um unsere Anliegen gegenüber der Politik und der KBV zu unterstützen. Dass allerdings das Vordringen der Krankenhäuser in den ambulanten Bereichen vielerorts zu Missstimmung Anlass gibt, weil wir Niedergelassene uns durch wesentlich geringere Vergütungen für gleiche Leistungen und vielerlei gesetzliche Beschränkungen in einem mancherorts existenzbedrohenden Wettbewerbsnachteil erleben, ist auf Vorstandsebene Thema eines offenen und klaren Dialogs, der beim 5. Deutschen Neurologen- und Psychiatertag jedoch nicht thematisiert werden sollte. Dort müssen wir als Fachgruppen Einigkeit zeigen, für die das Thema "neuer EBM" und leistungsgerechte Honorare gar nicht infrage steht. Also: "Auf nach Köln!"

A. Facher

3

Ihr



14 IGES/Rürup-Gutachten

Die Ergebnisse des Gutachtens zur fachärztlichen Versorgung zeigen deutlich: Der gegenüber Niedergelassenen erhobene Vorwurf, die "doppelte Facharztschiene" sei ein Kostentreiber im deutschen Gesundheitswesen, ist in keiner Weise haltbar.

22 Zukunft des Honorarsystems

Im Ringen um die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen zeichnen sich Lösungen ab. Die KBV plant den Umstieg auf einen Pauschalen-EBM. 2009 soll dann das alte Punktesystem durch Preise in Euro ersetzt werden.

36 Häusliche Pflege für psychisch Kranke

Seit 2005 kann die ambulante psychiatrische Pflege als GKV-Leistung bundesweit verordnet werden. Nicht ohne Hindernisse. Maximalforderungen der Kassen erschweren die Arbeit von Pflegediensten, länder- und kassenspezifische Unterschiede sorgen zusätzlich für Verwirrung.

Inhalt 06 Juni 2007

- 3 Editorial
- 8 Gesundheitspolitische Nachrichten

Beruf aktuell

- **IGES/Rürup-Gutachten räumt auf mit Mythen**Kein Beleg für "doppelte Facharztschiene"
- Neuer EBM ab 2008? Honorare in Euro ab 2009?
- **Zentralinstitut ermittelt EBM-Auswirkungen**Nervenärzte gehen im pauschalen Urteil unter
- **29 Facharztzentrierte Versorgung**Deutsches Modell richtungsweisend?

Aus den Verbänden

- 31 Flagge zeigen!
- 32 Zum 50. Geburtstag des BVDN-Vorsitzenden Frank Bergmann
- 35 5. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag Programm
- Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke
 Unangemessene Forderungen der Kassen
- **41 Studie**Heroin auf Rezept hilft Schwerstabhängigen
- **42 BVDN/BDN/BVDP** Struktur und Adressen

Titelbild:

Massimiliano Schiavon



54 Prävention der Alzheimer-Demenz

Aus zahlreichen Kohortenstudien wird deutlich: Klassische kardiovaskuläre Risikofaktoren scheinen bei der Alzheimer-Demenz eine große Rolle zu spielen. Dieses Wissen ist ein geeigneter Ansatzpunkt für präventive Maßnahmen.

Wichtiger Hinweis!

Diese Ausgabe enthält den Therapie Report aktuell "Aktuelle 3-Jahres-Daten der BENEFIT-Studie: Frühtherapie verzögert Behinderungsprogression signifikant" auf S. 90 f. Wir bitten um freundliche Beachtung!

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Claudia Mäck (Redaktionsleitung), Telefon: 089 4372-1403, Fax 089 4372-1400, E-Mail: maeck@urban-vogel.de Kathrin Rothfischer (Redaktion) E-Mail: rothfischer@urban-vogel.de

Schriftleitung:

PD Dr. med. Albert Zacher, Telefon: 0941 561672, Fax 0941 52704, E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Fortbildung



54 CME: Prävention und Therapie der Alzheimer-Demenz

Protektive Maßnahmen wirken

- 61 CME-Fragebogen
- 65 Neuropsychologische Diagnostik von Demenzerkrankungen

Bei Anfangsverdacht Tests mit Aussagekraft

- 72 Interview Gegen Demenz auch eigene Kräfte mobilisieren
- 75 Tics bei Kindern
- 81 Journal Club
- 87 Psychiatrische Kasuistik

Journal

100 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Langeweile

104 Reisezeit

Mauritius – Paradies voller Überraschungen

108 NEUROTRANSMITTER-Galerie

Massimiliano Schiavon ein Paganini der Glasgestaltung

- 92 Markt & Forschung
- **Termine**
- **Buchtipps** 107
- **Impressum**

NEUROTRANSMITTER _ 6.2007 7

Nachrichten

"Die strikte prozentuale Lohnabhängigkeit der Krankenkasseneinnahmen beizubehalten ist falsch und behindert die wirtschaftliche Entwicklung des Gesundheitssektors"

Dr. med. Gunther Carl



QUALITÄTSOFFENSIVEN Wer soll das finanzieren?

► Im April 2007 richtete das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Tagung zum Programm Qualitätssicherung sowie zur zweiten nationalen Qualitätskonferenz des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aus. Die Verantwortung für den Bereich Qualität im Gesundheitswesen übergab dabei das BMG an den G-BA. Nach § 136a SGB V ist eine zusätzliche "fachlich unabhängige Institution" zur "einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung" zu gründen. Der Staat in Form des BMG wolle sich nun aus diesem Bereich völlig zurückziehen. Sektorenübergreifend zwischen stationären Krankenhauseinrichtungen und ambulanter Versorgung sollen in Zukunft komplette Krankheitsverläufe betrachtet, ausgewertet und so Ergebnisqualität dokumentiert werden. Verlässliche Qualitätsstandards für ärztliche Leistungen sollen allen Patienten in Krankenhäusern, ambulanten Praxen und bei den übrigen medizinischen Leistungserbringern zugute kom-

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) kündigte eine Qualitätsoffensive der niedergelassenen Ärzte an. Ab Mai 2008 sollen Indikatoren zur Verfügung stehen, welche die Qualität von Vertragsärzten und deren Leistungen abbilden. Hierbei gibt es Überlegungen, die Vergütung an bestimmte Qualitätsstandards zu binden. Bereits vorhandene Qualitätsindikatoren möchte die KBV erfassen und dann ein Qualitätsindikatorenregister erstellen, welches extern wissenschaftlich evaluiert wird. In den Vereinigten Staaten, Großbritannien und Holland gibt es bereits Qualitätsindikatoren samt Vergütungskoppelung; der Name hierfür ist "Pay for Performance" (P4P).

Kommentar: Wozu eigentlich noch ein weiteres Qualitätsüberprüfungsinstitut, wo wir doch schon ein Institut für Qualität und

Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) haben? Wieso misst der G-BA sektorenübergreifende Qualität zwischen Krankenhäusern und ambulanter Medizin und soll gleichzeitig noch von KBV-Qualität begleitet oder übertrumpft werden? Wenn ich das Wort "Qualitätsindikatorenliste" lese, weiß ich, was das bedeutet: mehr Bürokratie. Ob dies dem Patienten nutzt, ist wirklich

fraglich. Uns niedergelassenen Ärzten fügt ein solches System jedoch weiteren ökonomischen Schaden durch erhöhten Aufwand ohne zusätzliche Bezahlung zu. Wir sollten uns zunächst einmal unsere normale, nicht bürokratisch qualitätsgesicherte Arbeit zu normalen, inflationsbereinigten Punktwerten bezahlen lassen.



apodrbivei.de

Regionale Folgen des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Wasem kommt in einem von der Barmer Ersatzkasse beauftragten Gutachten zu dem Ergebnis, dass mit Einführung des durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgeschriebenen Gesundheitsfonds zwischen den Bundesländern zu erheblichen gesundheitsökonomischen Verschiebungen kommen wird. Zur Erinnerung: In den Gesundheitsfonds werden bundesweit alle einkommensproportionalen Krankenkassenprämien der gesetzlich Krankenversicherten einbezahlt. Dabei legt das Bundesministerium für Gesundheit die Beitragssatzhöhe für alle GKV-Kassen bundesweit bindend fest. Jede Kasse erhält dann aus dem Gesundheitsfonds für jeden ihrer Versicherten einen einkommensunabhängig gleich hohen Prämienbetrag. Über den Risikostrukturausgleich erhalten Krankenkassen mit ungünstigerer Morbiditätsstruktur weiterhin Zusatzzahlungen, während Krankenkassen mit vielen jungen gesunden Versicherten in den RSA einzahlen. Damit entfällt die günstigere Einnahmensituation von Krankenkassen, die viele Versicherte aus wirtschaftlich prosperierenden Regionen mit geringer Arbeitslosigkeit und höheren Einkommen in ihren Reihen zählen. So ergeben sich für regional ehemals gut finanzierte Krankenkassen deutliche Verluste, während GKV-Kassen in bislang wirtschaftlich schlechtern Regionen in gleichem Maße gewinnen.

Das Wasem-Gutachten zeigt demzufolge je nach Bundesland mehr oder weniger deutliche Verluste oder Gewinne (siehe Tabelle).

Kommentar: Damit nivellieren sich natürlich auch die Ausgabenmöglichkeiten der einzelnen Krankenkassen mit der Folge, dass für Krankenhausausgaben, Arzneimittel, Fahrtkosten, Krankenhauskuren und ambulant tätige Ärzte weniger beziehungsweise mehr ausgegeben werden kann als zuvor. Prof. Dr. Rürup ist ja der Meinung, dass Qualität und Aufwand bei der Gesundheitsversorgung regional nicht differieren dürfen, ähnlich wie bei der Rente. Allerdings steckt in der bundesweiten gesundsheitsökonomischen Nivellierung folgende Gefahr: Alle Leistungsbereiche des gesetzlichen Gesundheitswesens werden in Euro kalkuliert, abgerechnet und ausbezahlt – von Krankenhausentgelten bis zu Medikamenten, vom Krankengymnasten bis zur Mutter-Kind-Kur und von der Krankenwagenfahrt bis zum Badenwannenlifter. Daher sind all diese Kosten in der Summe festgelegt und weitgehend unveränderbar. Nur die niedergelassenen Kassenärzte werden mit floatenden Punktwerten bezahlt und bilden damit einen leicht veränderbaren Kostenblock. Es ist unschwer vorherzusehen, was mit den Honoraren bisher noch leidlich akzeptabel bezahlter Kassenärzte in wirtschaftlich prosperierenden Regionen unseres Landes passieren wird.

	Tabelle			
Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf die Länder				
Bundesland	Be- oder Entlastung [in Tsd. Euro]			
Baden-Württemberg	- 41.632			
Bayern	- 54.606			
Berlin	- 5.198			
Brandenburg	+ 18.182			
Bremen	+ 2.400			
Hamburg	- 21.928			
Hessen	- 34.249			
Mecklenburg-Vorpommern	+ 28.233			
Niedersachsen	+ 1.286			
Nordrhein-Westfalen	- 16.434			
Rheinland-Pfalz	- 2.223			
Saarland	+ 1.780			
Sachsen	+ 69.488			
Sachsen-Anhalt	+ 34.502			
Schleswig-Holstein	+ 1.318			
Thüringen Quelle: Wasem-Gutachten	- 24.289			

MITGLIEDERZAHLEN Versichertenzuwachs bei der TK

Im Jahr 2007 gewann die Techniker Krankenkasse (TK) allein 70.000 Versicherte hinzu. Die TK teilt mit, dass sie seit Beginn der Versicherungswahlfreiheit für GKV-Pflichtversicherte 1996 insgesamt 1,5 Millionen mehr Versicherte in ihren Reihen zählt.

Kommentar: Bezogen auf unsere Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie ist die TK bisher als die innovativste und kompetenteste gesetzliche Krankenkasse hervorgetreten. Die mit den Berufsverbänden BVDN, BDN und BVDP abgeschlossenen integrierten Versorgungsverträge in bereits etlichen Modellregionen werden von der bisherigen Indikation Depression nun schrittweise erweitert auf Psychosen und Migräne. Außerdem betreibt die Techniker Krankenkasse ein Managed-Care-Programm Schlaganfall. Die vertragliche Kooperation mit weiteren Krankenkassen wird derzeit angestrebt

DRGS

GKV unterstellt Krankenhäusern Upcoding

Im Allgemeinen wird das neue System der diagnosebezogenen Fallabrechnungen (Diagnosis Related Groups, DRG) positiv gesehen. Allerdings werfen manche gesetzlichen Krankenkassen den Krankenhäusern manipulierte Abrechnungen vor, bei denen durch Upcoding gravierendere oder komplikationsreichere Krankheitsverläufe dokumentiert wurden, als dies in Wirklichkeit der Fall war. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGC) hat sich das DRG-System nicht überall bewährt. Besonders in Kliniken der Maximalversorgung mit vielen Schwerstkranken werde bis zu 30% der Arbeitszeit für korrekte Abrechnung der Einzelleistungen verwendet. Kliniken beschäftigen inzwischen sogenannte Best-Coder, die ausschließlich für die honorierungsrelevante DRG-Codierung zuständig sind.

Kommentar: Wer die Stellenangebote im deutschen Ärzteblatt aufschlägt, findet seit etlichen Monaten regelmäßig von Großkli-

niken oder Klinikkonzernen angebotene attraktive ärztliche Stellenausschreibungen für das sogenannte "DRG-Controlling- und Abrechnungswesen". Auch Krankenkassen und der medizinische Dienst (MDK) haben ihre Abrechnungsabteilungen bereits mit entsprechenden Spezialisten aufgerüstet, welche die Krankenhausrechnungen nun auf Richtigkeit und Plausibilität überprüfen. Langwierige Honorarstreitigkeiten zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen sind bereits gerichtsanhängig. Jetzt erleben wir im stationären Honorierungssektor die Einrichtung ausgedehnter bürokratischer Kontrollstrukturen, wie wir sie bereits in der ambulanten Medizin seit 20 Jahren in zunehmendem Maße kennenlernen duften. Interessant wäre eine Gegenüberstellung zwischen dem Einsparpotenzial beim Übergang von Tagessatzentgelten zu DRGs und den entstehenden bürokratischen Kontrollkosten auf beiden Seiten der Rechnungsbearbeitung. Ob sich die Beträge dann gegenseitig weitgehend aufheben, gleichzeitig die Drohkulisse aber weiterhin bestehen bleibt? In entsprechender Art verhält es sich in etwa bei der Wirtschaftlichkeitskontrolle von Honorar und Arzneimitteln im ambulanten kassenärztlichen Bereich.





unfallgefährdung Kein höheres Risiko bei Diabetikern

→ Der IKK-Bundesverband veröffentlichte eine Vergleichsstudie von Unfalldaten bei Diabetikern und Nicht-Diabetikern. Auf einer Versichertenbasis von circa 1.2 Millionen bei drei Innungskrankenkassen wurde das Unfallrisiko von 12.000 Diabetikern, die als Installateure, Schlosser und in Bauund Ausbauberufen tätig sind, analysiert. Bisher sei man von einer erhöhten Unfallgefahr wegen möglicher Hypoglykämien infolge Antidiabetika-Einnahme ausgegangen. Die bisherigen Daten seien jedoch nur anhand kleiner Stichproben oder im Fahrsimulator erhoben worden. Die jetzt vorliegenden Zahlen, aus denen sich eine erhöhte Unfallgefährdung von Diabetikern jedoch nicht belegen lässt, geben nun Anlass, häufig genannte, pauschale Einschränkungen bezüglich der Berufstätigkeit von Diabetikern zu überprüfen wie beispielsweise

Polizeidienst, Personenbeförderung, Kraftwerkspersonal oder Arbeiten mit Absturzgefährdung.

Kommentar: Bisher wurde bei der Beurteilung der beruflichen Eignung und der Fahrtauglichkeit bei Diabetikern zu wenig auf die Auswirkungen moderner medizinischer Betreuung und die Kompensationsfähigkeit von Diabetikern geachtet. Ähnliche Anpassungen fanden bereits bei der Fahrtauglichkeitsbeurteilung von psychisch Kranken oder Epilepsiebetroffenen statt. Im Gutachten Krankheit und Kraftverkehr wurden bei diesen Krankheiten schon vor Jahren Änderungen vorgenommen, die neuere Daten der reduzierten Verkehrsgefährdung bei Epilepsie- und Psychosekranken durch moderne medizinische Kompensationsmöglichkeiten berücksichtigen.

GRUNDLOHNSUMME Erhöht der Aufschwung die ambulante Gesamtvergütung?

Die Grundlohnsumme stieg 2006 nur um 0,5%. Man wartet nun darauf, ob der vielfach zitierte Konjunkturaufschwung in Deutschland endlich auch die Krankenkasseneinnahmen über stärker fließende Prämienbeiträge der Arbeitnehmer erhöht. Für 2007 wird jedoch nur mit einem Anstieg der Grundlohnsumme um 0,7% gerechnet, obwohl die Konjunkturprognose ein Plus von circa 2,5% vorhersagt.

Kommentar: Obwohl in Deutschland die Arbeitslosenzahlen sinken und gleichzeitig auch die Beschäftigungsquote steigt, bleibt offenbar ein kräftiger Lohnsummenanstieg aus. Die Betriebe haben in den letzten Jahren im Personalbereich sehr stark rationalisiert und dadurch die Arbeitseffektivität erhöht. Diese Entwicklung zeigt erneut: Die strikte prozentuale Lohnabhängigkeit der Krankenkasseneinnahmen beizubehalten ist falsch und behindert die wirtschaftliche Entwicklung des Gesundheits- und des Medizinsektors.

HONORARREFORM Erster Schritt für den 1.1.2009 getan

Der Bewertungsausschuss zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen fasste fristgerecht die ersten Umsetzungsbeschlüsse zu der vom GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) festgelegten Honorarreform. Es wurde die Aufgabenverteilung zwischen dem vom Bewertungsausschuss gegründeten Institut zur Honorarreformerarbeitung und den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses (Ärzte und Kassen) sowie externen Auftragnehmern beschlossen. Außerdem wurde die Projektstruktur zur neuen vertragsärztlichen Vergütung verabschiedet. Die EBM-Reform soll auf Basis der bereits vorhandenen betriebswirtschaftlichen Kalkulationen und bisherigen Datensätzen beruhen. Die nachfolgende arztgruppenbezogene Kalkulation von EBM-Positionen wird sowohl von KBV und Kassen als auch von externen Dienstleistern durchgeführt. Gleichzeitig macht der Vorsitzende des Vorstandes der KBV. Dr. Andreas Köhler. deutlich, dass die vertragsärztliche Gebührenordnung mitverantwortlich für den entstehenden Ärztemangel ist. Weder Gesundheitsreform noch das neue Vertragsarztrecht würden eine Gewähr dafür bieten. die ökonomische Situation der niedergelassenen Ärzte künftig zu verbessern. 30% der vertragsärztlichen Leistungen werden nicht honoriert. Es werde überlegt, ob ab 2008 die Menge an Leistungen, die für die Patienten erbracht werden, einzuschränken.

Kommentar: Damit hat Köhler Recht. Entweder wir können für das gleiche Geld nur noch 30% weniger Leistungen anbieten (Alternativ die Qualität um 30% reduzieren) oder unsere ambulante Gesamtvergütung muss bei gleicher Leistungsmenge und Qualität um 30% steigen. Ob es gelingt, den zumindest vom Gesetzgeber zur Schau gestellten Willen zur besseren Honorierung unserer ambulanten Leistungen umzusetzen, bleibt abzuwarten. Zunächst einmal werden die Krankenkassen in den nächsten Jahren mit tendenziell geringeren Einkünften durch neue wettbewerbliche Vertragsstrukturen zu kämpfen haben, zum anderen ist der vorgeschriebene Zeitplan äußert anspruchsvoll und mit vorhersehbaren Verzögerungen behaftet. Beispielsweise muss die Organisationsstruktur der GKV-Kassenverbände auf Bundesebene ab 1.7.2008 durch einen neu zu formierenden GKV-Dachverband geregelt werden

10

HAUSARZTTARIFE BMG kritisiert mangelndes Angebot

E→ Klaus Vater, Sprecher des BMG, äußerte sein Missfallen über das zu geringe Angebot an Hausarztverträgen durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Die gesetzlichen Krankenkassen würden wenig Anstalten machen, flächendeckend die vom GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz festgelegten Vorschriften umzusetzen: GKV-Kassen müssen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche (hausarztzentrierte) Versorgung anbieten (§ 73 SGB V). Dabei können den Versicherten Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen gewährt werden.

Kommentar Die Krankenkassen haben es aber auch nicht leicht: In vielen Regionen streiten sich Hausärzteverband, KV, Hartmannbund, NAV-Bund, MEDI-Verbünde, wer oder in welcher Konstellation zu Vertragsverhandlungen oder Abschlüssen mit den Krankenkassen beauftragt wird. In Nordrhein tut dies die KV mit allen Kassen, außer mit der Barmer, die bereits einen eigenen Vertrag mit dem Hausärzteverband hat. In Baden-Württemberg haben sich KV, MEDI und Hartmannbund zu einer Vertragsgemeinschaft zusammengeschlossen. In Bayern wogt der Streit weiter. Solange sich die möglichen Vertragspartner einer Seite noch nicht einig sind, kann natürlich auch kein Vertrag geschlossen werden, dem die Versicherten beitreten könnten. gc

PATIENTENVERSORGUNG AOK-Rabattvertrag für Risperdal®

Für das erste Originalpräparat, dem Neuroleptikum Risperdal® (Risperidon), schloss die AOK Rheinland/Hamburg einen Rabattvertrag mit dem Pharmaunternehmen Janssen-Cilag. Risperdal® ist das umsatzstärkste Neuroleptikum auf dem deutschen Markt.

Kommentar Demnächst läuft für Risperdal® der Patentschutz aus. Seitens der verordnenden Fachärzte ist ein solcher Vertrag eigentlich nur zu begrüßen, sofern das entsprechende Präparat dann aus der Richtgrößen- und Wirtschaftlichkeitsprüfung herausgerechnet wird.

Teures Vorhaben – Klappe die xte

☐ In etwa entsprechend der Kostenprognose einer Unternehmungsberatung von 10-20 Mio. Euro in zehn Jahren hat nun auch die Vorstandsvorsitzende der Ersatzkassenverbände. Dr. Doris Pfeifer, den zu erwartenden Aufwand konkretisiert: Der VdAK geht von 1,6 Mrd. Euro Investitionskosten aus und weiteren Betriebskosten von circa 1,5 Mrd. Euro pro Jahr. Frühere offizielle Kostenschätzungen sprachen von etwa einem Fünftel der nun genannten Beträge. Jetzt halten sich allerdings Bundesgesundheitsministerium (BMG), die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die Gesellschaft für Telematik in der Medizin (Gematik) mit neueren (realistischen Kostenschätzungen) zurück.

Kommentar Vielleicht hätte man zunächst einmal das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer Kosten-Nutzen-Analyse vor Einführung eines solchen Bürokratiemonsters beauftragen sollen. Denn die oben genann-

ten Kosten berücksichtigen noch nicht die in den Arztpraxen entstehenden Zusatzkosten durch Geräteaufrüstung und zusätzlichen Administrationsaufwand. Der Nutzen für Ärzte und Patienten wird marginal sein, der Dokumentations- und Datenschutz assozierte Aufwand dagegen immens. Hauptnutznießer werden die Krankenkassen sein durch stark erhöhte Datentransparenz und möglicherweise auch die Apotheker durch etwas erleichterte Arbeits- und Dokumentationsabläufe.



GKV-STRUKTURANALYSE Generika-Markt weiter gewachsen

Bezogen auf den gesamten Medikamentenumsatz in Deutschland nehmen Generika nun bereits einen Marktanteil von 61% ein. In Relation zum Generika fähigen Markt werden mittlerweile bei 78% Generika verschrieben. Allerdings bestehen hier erhebliche Unterschiede. Die hamburgischen und brandenburgischen Ärzte verordnen circa 82% des Generika fähigen Marktes, während die bayerischen Vertragsärzte hier durchschnittlich nur bei 69% liegen. Die Preisbildung am Pharmamarkt wird im Wesentlichen von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) durch die Fixierung von Festbeträgen beeinflusst. Für mittlerweile 71% der Arzneimittel gibt es als Preisobergrenze Festbeträge. Reimportierte Arzneimittel haben einen Umsatzanteil von 7,5%; damit werden allerdings nur 20% des importfähigen Marktes ausgeschöpft. Me-too-Präparate haben einen Marktanteil von 5% (KV Nordrhein) bis 8,5% (KV Thüringen). "Spezialpräparate" bei hoch spezialisierten teuren Therapieformen haben einen Marktanteil von durchschnittlich 2,3 %.

Nach Angaben des Verbandes der Generika-Hersteller pro Generika wurden zwar 12% mehr preiswerte Arznei als im Vorjahr verordnet. Der Nettoumsatz sank dabei jedoch um 5,3% auf 560 Millionen Euro. Im Bereich der patentgeschützen Medikamente (also auch der Me-too Präparate) seien bei einer Erhöhung der Verordnungen um circa 1% die Kosten um circa 9% gestiegen.

Kommentar: Es bestehen also offenbar immer noch Möglichkeiten, die Generikaquote weiter zu steigern. Andererseits müssen bei der Eingruppierung von Me-too-Präparaten die Beurteilungskriterien beachtet werden. So ist es natürlich nicht statthaft – wie in der KV Nordrhein geschehen – im Wesentlichen alle neueren Neuroleptika als Me-too-Präparate zu bezeichnen trotz erheblich differierender Chemie und unterschiedlichem differenzialtherapeutischem Profil.

Aus den Verbänden







Berufsverhand Deutscher Nervenärzte

Berufsverband Deutscher Neurologen

Berufsverband Deutscher Psychiater

Flagge zeigen!

Bei der Vorbereitung des Neurologen- und Psychiatertages am 23.6.2007 in Köln fielen mir unter anderem die Fotos der Demonstrationen und Kundgebungen des Jahres 2006 in die Hände. Vor Jahresfrist war es ja mehrfach gelungen, Tausende von Kolleginnen und Kollegen zu mobilisieren, um im Vorfeld des neuen Gesundheitsgesetzes, dem Wettbewerbsstärkungsgesetz WSG, gegen die dramatische Unterfinanzierung und drohende Versorgungsengpässe zu demonstrieren.

Mittlerweile ist das WSG in Kraft getreten und – wie befürchtet – wurden die Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung in keiner Weise wirklich reformiert. Wettbewerb wird vor allem um die gesunden Versicherten ohne Risiken stattfinden.

Die finanzielle Situation in den Praxen der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater bleibt weiterhin vielerorts katastrophal.

Der BVDN hat es nicht dabei belassen auf diese folgenschweren Zustände mit Plakaten, Transparenten und Kundgebungen aufmerksam zu machen. Wir haben in den letzten zwölf Monaten, seit dem letzten Neurologenund Psychiatertag in Berlin, intensive Lobbyarbeit betrieben und sind mehrfach vorstellig geworden beim Bundesgesundheitsministerium, den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den Länder-KVen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Verträge, Versorgung, Verhandlungen

Der dadurch eingeleitete "Erkenntnisprozess" hat dazu geführt, dass die neuen Betreuungsziffern im Einverständnis mit den Krankenkassen eingeführt werden konnten. Darüber hinaus erfolgt jetzt eine Neuberechnung der

neurologischen Betriebskosten im Auftrag der KBV. Das alleine reicht aber bei Weitem noch nicht aus. Um unsere Argumente mit Zahlen zu untermauern, haben BVDN, BDN und BVDP ein Gutachten zur zukünftigen Struktur neurologisch-psychiatrischer Versorgung und zur Finanzierung dieser Versorgungsstrukturen in Auftrag gegeben. Es handelt sich um ein Satellitengutachten zum IGES-Rürup-Gutachten zur fachärztlichen Versorgung, welches bereits im April dieses Jahres vorgestellt worden ist. Märchen und Mythen, wie das Argument von der "doppelten Facharztschiene" in Deutschland, konnten durch dieses Gutachten bereits entlarvt werden. Es wurde auch deutlich, dass ambulante fachärztliche Versorgung und die hierdurch entstehenden Kosten im Vergleich mit anderen OPEC-Staaten lediglich im Mittelfeld anzusiedeln sind und nicht etwa an der Spitze, wie manche Ökonomen immer wieder versuchen, glauben zu machen.

Umso wichtiger ist jetzt für uns die konkrete Beschreibung der Versorgungsstrukturen und ihre Finanzierungsgrundlagen in den Fächern Neurologie und Psychiatrie, zumal auch die Reform des EBM noch in diesem Jahr ansteht.

Wettbewerb, aber zu fairen Bedingungen, beispielsweise im Vergleich zur Versorgung in neurologischen oder psychiatrischen Institutsambulanzen, Abschaffung irrationaler und wenig gesetzeskonformer Me-too-Quoten, das Projekt der Verbände "Regionale Vernetzung", last but not least die Option Rückgabe der Zulassung im Korbmodell, die neue Eurogebührenordnung: Das sind die zentralen Themen des Neurologen- und Psychiatertages am 23.6.2007 in Köln. Das Bundesgesund-



Dr. med Frank Bergmann1. Vorsitzender des BVDN
bergmann@bvdn-nordrhein.de

heitsministerium ist vertreten durch Dr. Ulrich Orlowski aus der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung, Dr. Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV erläutert die neue Eurogebührenordnung und die zukünftigen Vertragsmöglichkeiten, zum Beispiel nach § 73 c, und Dr. Albrecht und Prof. Rürup stellen das Gutachten zur neurologisch-psychiatrischen Versorgung vor.

Kommen Sie nach Köln! Zeigen Sie Präsenz und Flagge nicht nur bei den Demonstrationen auf der Straße, sondern auch gegenüber den Repräsentanten von Politik und KBV beim V. Neurologen- und Psychiatertag.

In diesem Sinne

Ihr

Jaymann

Zum 50. Geburtstag des BVDN-Vorsitzenden Frank Bergmann

ast sechs Jahre lang führt Dr. Frank Bergmann nun den BVDN als 1. Vorsitzender. Seit 2001 hat er mit vollem Einsatz den BVDN und auch den neurologischen (BDN) und den psychiatrischen Berufsverband (BVDP) noch weiter bekannt und unverzichtbar gemacht, wenn es um versorgungsmedizinische und medizinpolitische Diskussionen in Öffentlichkeit und Fachwelt im Hinblick auf neuropsychiatrische Erkrankungen geht.

Fast alle Nervenärzte, Neurologen und Psychiater, aber auch alle mit den Fächern Psychiatrie, Neurologie und Nervenheilkunde befassten Institutionen und Verbände, kennen und schätzen Frank Bergmann wegen seiner vielfältigen Präsenz als Leiter oder Podiumsdiskutant von berufspolitischen Fachtagungen, bei Behördenanhörungen und politischen Parteien, als Medien-Interviewpartner, als Kommentator, aus dem NEUROTRANSMITTER sowie aus unseren anderen Publikationen und gesundheitspolitischen Fachzeitschriften.

Beruflicher Werdgang – zielstrebig, beharrlich, entschlossen

Am 28. Mai 1957 wurde Frank Bergmann in Frankfurt geboren. Nach Schülerzeit in Unna, Dortmund und Aachen begann er dort das Medizinstudium an der RWTH. 1982 und 1983 erfolgten Approbation und Promotion. Die Assistentenzeit in der Weiterbildung zum Arzt für Neurologie und Arzt für Psychiatrie absolvierte Frank Bergmann an der Psychiatrischen Universitätsklinik Aachen und an Neurologischen Kliniken in Hamburg und München. 1988 folgte die Anerkennung als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, 1989 des Zusatztitels Psychotherapie, 1999 der Erwerb der Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin und Sexualmedizin, 2006 Erwerb des Schwerpunktes Forensische Psychiatrie. 1989 ließ er sich in Aachen in eigener Praxis nieder, seit 1999 praktiziert er in einer Gemeinschaftspraxis. Von 1995 bis



Informationen festhalten, Projekte koordinieren, Termine abstimmen – Frank Bergmann steht stets mit voller Aufmerksamkeit im beruflichen

hiv

2001 war Frank Bergmann Vorsitzender des Arbeitskreises Psychiatrie der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft der Stadt Aachen. Von 1996 bis 2006 war er 2. Vorsitzender des BVDN-Landesverbandes Nordrhein, seit 2007 ist er dessen 1. Vorsitzender.

In den BVDN-Bundesvorstand wurde er 1999 als Leiter der Sektion Nervenheilkunde gewählt, seit 2001 bekleidet Frank Bergman im Bundesverband das Amt des 1. Vorsitzenden. 2002 wurde er außerdem zum Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gewählt. Ferner ist er Delegierter und Gremienmitglied zahlreicher ärztlicher Verbände wie der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nordrhein, Kommissionsmitglied der Gesellschaft fachärztlicher Berufsverbände und des beratenden Fachausschusses Fachärzte der KBV, um nur einige Verbände zu nennen. Zudem ist er Vorstandsmitglied im BVDP und im

Mit außerordentlicher Zielstrebigkeit, offener Geradlinigkeit und stressresistentem Organisationstalent schafft es Frank Bergmann, alle fachmedizinischen und versorgungspolitischen Kommunikationsbezüge unserer Fächer Neurologie und Psychiatrie zu meistern. Hierzu gehören regelmäßig die Honorarverhandlungsgespräche mit der KBV, die Weiterbildungs- und GOÄ-Debatten mit der Bundesärztekammer sowie die vielfältige Termine mit den gesundheitspolitischen Sprechern aller Bundestagsparteien, Krankenkassenverbänden und gesundheitspolitischen Journalisten. Aber auch die teils nicht immer kongruenten Richtungsbestrebungen unserer inhomogenen Fachgruppen mit Nervenärzten, Psychiatern, Neurologen und fachpsychiatrischen Psychotherapeuten sowie den regionalen Problemen unserer Landesverbände erfordern gelegentlich entschlossenes Eingreifen, aber auch therapeutisches Aushalten. Entscheidend bei allen Verhandlungen und Diskussionen ist, dass unser 1. Vorsitzender in allen Richtungen unseres Fachgebietes fundiert mitreden kann.

Lieber Frank, wir als Vorstandsmitglieder und NEUROTRANSMITTER-Verantwortliche möchten Dir für Deinen sehr erfolgreichen verbandspolitischen Einsatz und Deine anstrengende, omnipräsente Reisetätigkeit ganz herzlich danken. Bitte bewahre Dir Deinen po-

32

sitiv zupackenden Arbeitsstil und Deine sonnig-rheinländische Art. Denn nur so lässt sich der Aufgabenwust, der auch in den folgenden Jahren noch auf Dich wartet, bewältigen. Wie wir aus sicherer Quelle erfahren haben, hast Du Dich noch nie mit ungeklärten oder unbefriedigenden Umgebungsverhältnissen zufrieden gegeben. Wer als protestantischer Schüler im Aachener katholischen Religionsunterricht Einser schreibt, ist prädestiniert dafür, die deutschen Nervenärzte durchs Rote Meer zu führen. Auch Deine architektonische Ader, die glücklicherweise nicht zu einer anderen Berufswahl geführt hat, dürfte uns bei den vielen anstehenden Baustellen noch weiterhin ausgesprochen nützlich sein.

Wertvoller Ausgleich

Bei allem beruflichen und berufspolitischen Einsatz vergiss aber nicht, dass es auch noch andere Lebensaspekte gibt: Kraft spendende Strandwanderungen auf Sylt, Spaziergänge in toskanischen Pinienhainen und das Opernabonnement zur geistigen Distanzierung von der Berufspolitik. Wir wünschen Dir wieder mehr Zeit für Einkäufe auf belgischen Märkten und für die Zubereitung italienischer Spezialitäten samt dem Genuss des entsprechend dazu passenden Weines.

Mache Deine Arbeit weiterhin so gut wie bisher und bleibe uns so erhalten wie Du bist, das wünschen Dir

Gunther Carl, Uwe Meier, Paul Reuther, Christa Roth-Sackenheim, Roland Urban, Albert Zacher

5. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag

Wie lässt sich eine Zersplitterung der Versorgungslandschaft vermeiden? Wie können Vertragsärzte und Klinikärzte vermeiden, gegeneinander ausgespielt zu werden? Wer sind die Verhandlungspartner, welche Koalitionen bieten sich an? Wie können künftige Verträge aussehen?

Dies sind die zentralen Fragen, um die es beim 5. Deutschen Neurologenund Psychiater-Tag am 23. Juni in Köln geht.

Mit Dr. Orlowsky, Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums, Dr. Köhler, KBV-Vorsitzender, Dr. Albrecht von IGES, Prof. Rürup sowie den Präsidenten der DGN, Herrn Prof. Deuschl, und der DGPPN, Prof. Gaebel, sind wichtige Entscheidungsträger zu Gast.

Programm

9.30-9.45 Uhr Dr. Frank Bergmann

Eröffnung des 5. Deutschen Neurologen- und Psychiatertages

9.45-10.00 Uhr Grußworte:

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf, Präsident der

DGPPN

Prof. Dr. med. Günther Deuschl, Kiel, Präsident der DGN

10.00-10.30 Uhr Dr. Ulrich Orlowski, BMG, Bonn:

Bedeutung und Struktur künftiger neurologischer und psychiatrischer vertragsärztlicher Versorgung

10.30-11.00 Uhr Dr. med. Andreas Köhler, KBV:

Entwicklung des Kollektiv-Vertrages, neuer EBM, Rahmenbedingungen für neurologische und psychiatrische Versor-

gungsverträge

11.00-11.30 Uhr Pause

11.30-12.30 Uhr Prof. B. Rürup, Dr. M. Albrecht:

Präsentation des IGES-Gutachtens: Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung

12.30–13.30 Uhr Podiumsdiskussion:

Prof. Rürup, Dr. Albrecht, Dr. Köhler, Prof. Dr. Gaebel, Prof. Dr. Deuschl,

Dr. Orlowski, Dr. Reuther, Dr. Bergmann

Moderation:

Dr. Sigrid Planz-Kuhlendahl

13.30-14.30 Uhr Mittagspause

14.30-14.45 Uhr Verleihung des BVDN-AWARD:

14.45–15.45 Uhr Berufspolitische Aussprache mit

den Mitgliedern

→ Darstellung der Konzeption zu regionaler Vernetzung

→ Me-too-Problematik u.a.

15.50 Uhr Schlusswort

Ende des 5. Neurologen- und

Psychiatertages



Aus den Verbänden

Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke

Unangemessene Forderungen der Kassen

Seit 1. Juli 2005 ist die ambulante psychiatrische Pflege (APP) Bestandteil des GKV-Katalogs. Die Umstellung verläuft wenig zufriedenstellend: Maximalforderungen der Kassen erschweren die Arbeit möglicher Pflegedienste. Zusätzlich sorgen länderund kassenspezifische Unterschiede bei der Umsetzung der APP-Änderungen für Verwirrung.



mbulante psychiatrische Pflege (APP) gab es bereits im Rahmen von Modellversuchen seit Jahren. Deren Erfolg veranlasste das BMG, diese Leistungen den Versicherten bundesweit anzubieten. Der gemeinsame Bundesausschuss erhielt den Auftrag, die APP in die Richtlinie "Häusliche Krankenpflege" (HKP), die ursprünglich lediglich die ambulante somatische Pflege geregelt hatte, einzuarbeiten. Bestand der Ausschuss zu Beginn nur aus Hausärzten und den Vertretern der Kassen, so wurden nach der Neukonstituierung des Unterausschusses HKP als Teil des G-BA ein Nervenarzt und einige Patientenvertreter hineinberufen. Zu diesem Zeitpunkt wurden die APP-Änderungen als abgeschlossen erklärt. Nach Vorlage beim BMG, antwortete dieses mit einer Doppelstrategie: Die Änderungen der HKP-Richtlinie (siehe Kasten), die die häusliche psychiatrische Krankenpflege betreffen, wurden genehmigt. Auf der anderen Seite wurde den Krankenkassenverbänden aber die Auflage gemacht, mit den Wohlfahrts- und Pflegeverbänden zum Ende des Jahres 2006 einen gemeinsamen Evaluationsbericht vorzulegen, in dem insbesondere auf die Begrenzung der Leistung auf vier Monate und den eingeschränkten Diagnosenkatalog eingegangen werden sollte.

Die häusliche Krankenpflege ist zwar nun schon seit 1.7.2005 Bestandteil des GKV-Leistungskataloges, dabei wurden aber die Hürden für mögliche Pflegedienste durch die Krankenkassen extrem hoch angesetzt und dies ohne jede Übergangsregelung. Fraglos ist es wünschenswert, dass die verordnete Pflegeleistung auf hohem qualitativem Niveau erbracht wird. Es macht aber wenig Sinn, qualitative Anforderungen ohne Übergangsregelungen zu implementieren und so bleibt es völlig unverständlich, warum die Krankenkassen in vielen Gegenden Maximalforderungen bezüglich Ausbildung, Berufserfahrung und Verfügbarkeit gestellt haben und all dies auch noch für ein sehr bescheidenes Honorar.

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 "Informations-Archiv" → "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.

Aus den Verbänden | Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke

Ergebnis ist jedenfalls, dass die Bundesrepublik zu den "Notstandsgebieten" bezüglich häuslicher psychiatrischer Krankenpflege gezählt werden muss (bis auf NRW und Teile von Niedersachsen - Regionen, in denen die Modellversuche durchgeführt worden waren). Pharmafirmen haben dies erkannt und die Ergebnisse in eine Marketingstrategie umgesetzt: Sie liefern für ein Psychopharmakon die entsprechende Pflegekraft zur Verabreichung desselben gleich mit. Neben den länderspezifischen Unterschieden bestehen auch kassenspezifische Besonderheiten, die für Verwirrung sorgen (z.B. indem sie bezüglich der Genehmigungen unterschiedlich und wenig nachvollziehbar handeln). Hatten die Krankenkassen damit schon die Implementierung der Soziotherapie weitgehend erfolgreich verhindert, so wiederholen sie es jetzt bei der APP.

In einer Fragebogenaktion im NEU-ROTRANSMITTER 7-8/2006 wurden

Nervenärzte und Psychiater zu der beschriebenen Situation befragt.

Ergebnisse der Befragung

Das besondere Interesse galt denjenigen, die schon häusliche psychiatrische Krankenpflege verordnet haben. Hiervon kamen die meisten aus NRW. Neben der regionalen Verteilung wurde auch nach den Diagnosen gefragt, die am häufigsten angegeben wurden. Schizophrenie stand an erster Stelle, an zweiter Stelle rangierten verschiedene Formen der Demenz. An dritter Stelle fanden sich Diagnosen mit verschiedenen Codierungen für Formen der Depression. Bei der Frage, ob ein Pflegedienst für APP vor Ort sei, ergaben sich 20 Ja- und 39 Nein-Antworten. In 33 Fällen wurde angegeben, dass man APP häufiger verordnen würde, gäbe es ein spezifisches Verordnungsformular. 80% der Kollegen fühlten sich durch die bürokratischen Vorgaben der Krankenkassen

bei der Verordnung beeinträchtigt. Erstaunlich ist, dass lediglich 50% der Antworten (58) die Richtlinien kritisieren. Dabei gibt es aus Sicht sowohl der verfassten Ärzteschaft wie auch der Verbände einiges an Kritikpunkten:

- Die Begrenzung der Verordnung auf vier Monate: damit können chronisch-psychisch Kranke nicht ausreichend versorgt werden.
- Suchtkranke sind im Katalog nicht enthalten.
- Die Eingrenzung der Diagnosen entspricht nicht der Lebensrealität der psychisch Kranken mit häufigen Komorbiditäten. Darüber hinaus geht es bei APP nicht um Diagnosen, sondern um Fähigkeitsstörungen.
- Kritik kommt auch vom Bundesdatenschutzbeauftragten, der kritisiert, dass Krankenkassensachbearbeiter den Behandlungsplan und auch die medizinischen Begründungen einsehen können.
- Möglicherweise muss davon ausgegangen werden, dass die Krankenkassen sich zwar nicht offiziell gegen die Entscheidung des BMG wenden, aber diese auf bürokratischer Ebene unterlaufen – wie schon bei der Soziotherapie.

Vom ökonomischen Standpunkt betrachtet erstaunt es doch sehr, wenn die Krankenkassen die Ausgaben für stationäre Versorgung und ambulante Versorgung nicht gemeinsam betrachten und sich offenbar immer noch nicht fragen, ob für bestimmte Patienten ambulante Versorgung nicht kostengünstiger ist als die stationäre Behandlung.

Vielleicht könnte es aber auch daran liegen, dass psychisch Kranke immer noch stigmatisiert sind und die Entscheidung für ambulante Leistungsangebote deshalb so schwer fällt. Der Integration psychisch Kranker läuft diese Vorgehensweise diametral zuwider.

Kommentar

Der ambulanten psychiatrischen Pflege droht eine ähnlich fatale Entwicklung wie schon zuvor der Soziotherapie in den vergangenen Jahren. Eine Begrenzung der Verordnung von ambulanter psychiatrischer Pflege bei chronischen Erkrankungen von vier Monaten ist kaum zielführend, auch weist der Autor des Beitrages zu Recht auf die völlig unsinnige Eingrenzung der Diagnosen hin, die der Lebensrealität der psychisch Kranken mit häufigen Komborbiditäten in keiner Weise entspricht. Es droht eine weitere Zersplitterung in der Versorgung psychisch Kranker. Schon jetzt können sich Patienten und Angehörige kaum noch im Wirrwarr der Angebote orientieren. Ambulante vertragsärztliche psychiatrische Versorgung, Soziotherapie, psychiatrische Krankenpflege sowie komplementäre Angebote im Bereich Tagesstätten, Betreutes Wohnen und Heimversorgung benötigen dringend einer Koordinierung und Steuerung.

Der Berufsverband hat auch in Gesprächen mit dem Gesundheitsministerium mehrfach auf die Notwendigkeit hingewiesen, den niedergelassenen Psychiatern und Nervenärzten diese Steuerungsinstrumente in die Hand zu geben.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat dies mit Hilfe der sogenannten Sozialpsychiatrievereinbarung zumindest im Bereich der Ersatzkassen gute Ergebnisse gezeigt. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass 80–90% der psychisch Kranken in nervenärztlichen und psychiatrischen Praxen ambulant versorgt werden, gehören Koordinations- und Steuerungsinstrumente in die Hand der niedergelassenen Vertragsärzte.

Gerade die Kostenträger müssten daran ein hohes Interesse haben: Die Koordination der zu verordnenden Maßnahmen setzt intensive Patientenkontakte und gute Kenntnis des Funktionsniveaus des Patienten voraus. Diese Kenntnisse sind am besten in der Praxis des behandelnden Facharztes verfügbar. Zielgenaue Verordnungen tragen am ehesten zu einem effektiven Kostenmanagement bei!

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

1. Vorsitzender des BVDN

KONTAKT

Heinz Goronczy

Der Autor arbeitet im Gesundheitswesen, gibt hier jedoch seine Privatmeinung wieder.



Studie

Heroin auf Rezept hilft Schwerstabhängigen

Da sich die CDU/CSU-Bundestagsfraktion weigerte, die Verschreibung von Heroin gesetzlich zu regeln, können die positiven Ergebnisse einer bundesweiten Studie zur Verbesserung der Behandlung Schwerstabhängiger nicht umgesetzt werden. Einige an der Studie beteiligte Städte haben eine Ausnahmegenehmigung zur Therapiefortführung zu Lasten der Kommunen erhalten. Fachleute und Fachverbände kritisieren die fehlende gesetzliche Regelung.

iel der diamorphingestützten Behandlung ist es, die gesundheitliche und soziale Lage schwerstabhängiger Patienten zu stabilisieren und die Erkrankung der Opiatabhängigkeit somit überhaupt zu behandeln. Einen Teil der deutschlandweit circa 200.000 Heroin-Abhängigen erreichen die bislang gängigen Therapieangebote nicht. Die Heroinstudie verglich nun die Wirkungen der Methadon- mit der Heroinbehandlung bei Heroinabhängigen, die vom

therapeutischen Angebot nicht erreicht wurden oder nicht ausreichend von der Methadonsubstitution profitierten.

Das Ergebnis einer vierjährigen Untersuchung bewerten Fachleute als eindeutig. Die Resultate sprechen sämtlich für die Heroinvergabe. "Die Teilnehmer aus dieser Gruppe nahmen weniger illegale Drogen, suchten weniger Kontakt zur Szene und kamen seltener mit dem Gesetz in Konflikt. Alle Ergebnisse weisen in die gleiche Richtung", bilanziert

Die kontrollierte Abgabe von Heroin an Schwerstabhängige steht noch immer im Mittelpunkt heftiger Diskussionen.

der Projektleiter Prof. Christian Haasen, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). Im Einklang mit internationalen Studienergebnissen konnte die Überlegenheit der heroingestützten Behandlung gegenüber der Methadonsubstitution wissenschaftlich nachgewiesen werden.

Die Regierungskoalition stellt sich mit ihrem Beschluss, die Verschreibung von Diamorphin (vulgo: Heroin) nicht zuzulassen, gegen die Bundesärztekammer, gegen die Magistrate der an der Studie beteiligten Städte, gegen die Mehrheit der bundesdeutschen Suchtexperten und nicht zuletzt gegen die Polizeipräsidenten der beteiligten Regionen, die auch die kriminalitätsreduzierenden Effekte der heroingestützten Behandlung betonen.

Zu einem Zeitpunkt, da Heroin aus Afghanistan europaweit für ein Überangebot sorgt und die Schwarzmarktpreise deutlich fallen, ist die Verhinderung einer Therapie mit Diacetylmorphin das völlig falsche Signal und dokumentiert ein mangelhaft durchdachtes, drogenpolitisches Gesamtkonzept.

Die Berufsverbände der Nervenärzte (BVDN) und Psychiater (BVDP) fordern die Parteien der Regierungskoalition auf, diesen Beschluss zu überdenken: Im Interesse der Patienten müssen alle erfolgversprechenden Therapieoptionen nutzbar sein und zur Verfügung stehen.

KONTAKT

Dr. med. Greif Sander, Sehnde

Vorstand Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) e. V. Referat Sucht des BVDP e. V. E-Mail: dr.sander@wahrendorff.de

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

1. Vorsitzender des BVDN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

1. Vorsitzende des BVDP

BVDN

www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender Stelly. Vorsitzender Schriftführer Schatzmeister

Frank Bergmann, Aachen Gunther Carl, Kitzingen Roland Urban, Berlin Paul Reuther. Bad-Neuenahr-Ahrweiler

Sektion neue Bundesländer Beisitzer

Lutz Bode, Eisenach Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Liane Hauk-Westerhoff

Norbert Mayer-Amberg

Frank Bergmann

Klaus Sackenheim

Friedhelm Jungmann

Uwe Meier, Grevenbroich Paul Reuther, Bad Neuenahr-

Ahrweiler

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Süd Wolfgang Becker Bavern Gunther Carl Berlin Gerd Benesch Brandenburg Anette Rosenthal Bremen Ulrich Dölle Hamburg **Guntram Hinz** Hessen Werner Wolf

Mecklenburg-Vorpommern Niedersachsen Nordrhein **Rheinland-Pfalz** Saarland Sachsen Sachsen-Anhalt Schleswig-Holstein

Mathias Brehme Dagmar Klink 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 **Sektion Neurologie Sektion Psychiatrie und Psychotherapie**

F. Bergmann U. Meier

C. Roth-Sackenheim

ARBEITSKREISE

Neue Medien K. Sackenheim EDV, Wirtschaftliche Praxisführung

Th. Krichenbauer

Forensik und **Gutachten Psychiatrie**

P. Christian Vogel

Gutachten Neurologie Konsiliarneurologie Konsiliarpsychiatrie Belegarztwesen Neurologie Fortbildung Assistenzpersonal

F. Jungmann S. Diez J. Elbrächter

U.E.M.S. – Psychiatrie, EFPT U. E. M. S. - Neurologie

K.-O. Sigel, R. Wietfeld R. Urban

F. Jungmann

DMP und IV U. Meier, F. Bergmann, P. Reuther, G. Carl

AUSSCHÜSSE

Akademie für Psychiatrische u. Neurologische Fortbildung Ambulante Neurologische Rehabilitation

A. Zacher, K. Sackenheim

W. Fries

Ambulante Psychiatrische S. Schreckling Reha/Sozialpsychiatrie CME (Continous Medical Education)

P. Franz, F. Bergmann, P. Reuther

Gebührenordnungen Öffentlichkeitsarbeit **Neurologie und Psychiatrie** Gerontopsychiatrie

F. Bergmann, G. Carl F. Bergmann

Psychotherapie Organisation BVDN,

G. Carl, P. Reuther, A. Zacher F. Bergmann

Drittmittel

C. Roth-Sackenheim, U. Thamer G. Carl, F. Bergmann

Weiterbildungsordnung und Leitlinien

W. Lünser, Ch. Vogel, F. Bergmann, G. Carl

Kooperation mit Selbsthilfeund Angehörigengruppen

U. Brickwedde (Psychiatrie),

H. Vogel (Neurologie)

REFERATE

Epileptologie Neuroangiologie, Schlaganfall Neurootologie,

Demenz J. Bohlken R. Berkenfeld K.-O. Sigel, H. Vogel

Neuroophtalmologie Neuroorthopädie Neuropsychologie

M. Freidel B. Kügelgen T. Cramer

Neuroonkologie Pharmakotherapie Neurologie K.-O. Sigel, F. König Pharmakotherapie Psychiatrie R. Urban **Prävention Psychiatrie**

W. E. Hofmann, P. Krauseneck

Schlaf

N.N. R. Bodenschatz, W. Lünser

Schmerztherapie Neurologie Schmerztherapie Psychiatrie Suchttherapie

H. Vogel R. Wörz

Umweltmedizin Neurologie

U. Hutschenreuter, R. Peters

M. Freidel

BDN

www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

Vorsitzende Uwe Meier, Grevenbroich 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-U. Meier, P. Reuther

strukturen IV und MVZ

Öffentlichkeitsarbeit

Gebührenordnung R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl

Vorstand BDN

GOÄ/EBM

CME P. Franz Qualitätsmanagement U. Meier Risikomanagement R. Hagenah

Delegierte in Kommissionen der DGN

Kommission Leitlinien U. Meier Weiterbildung/ H. Grehl

Weiterbildungsermächtigung

Anhaltszahlen/ F. Reinhardt, P. Reuther

Qualitätssicherung

Rehabilitation

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

www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Stellvertretende Christian Vogel, München Vorsitzende

Schriftführer Christian Raida, Köln

Schatzmeister Gerd Wermke, Homburg/Saar Beisitzer

Uwe Bannert, Bad Segeberg; Werner Kissling, München; Hans Martens, München Greif Sander, Sehnde

REFERATE

Soziotherapie S. Schreckling

Sucht G. Sander Psychotherapie/ H. Martens

Psychoanalyse

Forensik C. Vogel

Übende Verfahren -**Psychotherapie**

G. Wermke

Psychiatrie in Europa G. Wermke Kontakt BVDN. F. Bergmann

Gutachterwesen **ADHS** bei Erwachsenen

I. Krause

PTSD C. Roth-Sackenheim

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 300–475 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 (Mitglie	erkläre ich meinen Beitritt zum dsbeitrag 435 EUR für Chefärzte	Berufsverband De /Niedergelassene/	utscher Psychiat Fachärzte an Kli	er e. V. (BVDP) niken).		
	sche die DOPPELMITGLIEDSCHA	•		-	sgesamt 450 EUR.	
☐ Ich wün	sche die DREIFACHMITGLIEDSCH	IAFT – BVDN, BDN	und BVDP – zum	Mitgliedsbeitrag	g von insgesamt 590 EUR.	
Zusatztitel	oder -qualifikation (z.B. Psychot	herapie, Sonografi	e):			
E-Mail/Inte	rnet:					
Ich bin	niedergelassen	☐ in der Klinik t	ätig 🗌	Chefarzt	☐ Facharzt	
	Weiterbildungsassistent	Neurologe		Nervenarzt	Psychiater	
	☐ in Gemeinschaftspraxis ta	itig mit:				
Ich wünsch	e den kostenlosen Bezug einer d	ler folgenden wisse	enschaftlichen Fa	chzeitschriften i	m Wert > 170 EUR/Jahr:	
Fortsch	ritte Neurologie / Psychiatrie	☐ Aktuelle Neu	rologie		Es ist nur eine Auswahl	
	e Neurophysiologie, EEG-EMG				pro Mitglied möglich.	
☐ Die Reh		☐ Psychotherap	_			
	Psychotherapie, Psychosomatik		_			
	t erhalte ich die BVDN-Abrechnu (-Teilnahme gewünscht	ingskommentare (EDM, GOA, Guta	tnten, iGet, kicht	großen etc.).	
☐ NEKFAA	- Teilliaillile gewunscht					
EINZUGSER	MÄCHTIGUNG			– Für de	en BDN und BVDP obligatorisch –	
	nächtige ich den BVDN/BDN/BV Aitgliedsbeitrag einzuziehen.	DP (nicht Zutreffen	des ggf. streiche	en) widerruflich, o	den von mir zu entrichtenden	
Konto-Nr.:						
	 !:					
			<u> </u>			
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:			Praxisstempel	(inkl. KV-Zulassu	ngs-Nr.)	
Advoss						
Aaresse: _						
Ort, Datum	:					
Unterschrift	t:					

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. Gerd Benesch

Bismarckstr. 70, 10627 Berlin, Tel. 030 3123783, Fax 030 32765024, E-Mail: Dr.G.Benesch@t-online.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. Lutz Bode

Clemensstr. 13, 99817 Eisenach, Tel. 03691 212343, Fax 03691 212344, E-Mail: lutzbode@t-online.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

Dr. Mathias Brehme

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

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

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

Schloßstr. 29. 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

Dr. Peter Franz

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

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. 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

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

Deutsche Med Platz 2, 18057 Rostock, Tel. 0381 37555222, Fax 0381 37555223, 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: guntram.hinz@yahoo.de

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, 3889 Blankenburg, Tel. 03944 2647, Fax 03944 980735, E-Mail: dr.klink@bemi.computer.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

Aus den Verbänden Adressen

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: mamberg@htp-tel.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

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. 0160 97796487, 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

Dr. Greif Sander

Wahrendorff-Str. 22. 31319 Sehnde, Tel. 05132 902465, Fax 05132 902459, E-Mail: dr.sander@wahrendorff.de

Dr. Herbert Scheiblich

Poststr. 31, 72213 Altensteig, Tel. 07453 93840, Fax 07453 3852, E-Mail: hscheiblich@aol.com

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. 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

Dr. Gerd Wermke

Talstr. 35–37, 66424 Homburg, Tel. 06841 9328-0, Fax 06841 9328-17, E-Mail: wermke@myfaz.net

Dr. Werner Wolf

Hindenburgstr. 11, 35683 Dillenburg Telefon: 02771 8009900 E-Mail: praxis@dr-werner-wolf.de

PD Dr. Roland Wörz

Friedrichstr. 73, 76669 Bad Schönborn, Tel. 07253 31865, Fax 07253 50600

PD Dr. Albert Zacher

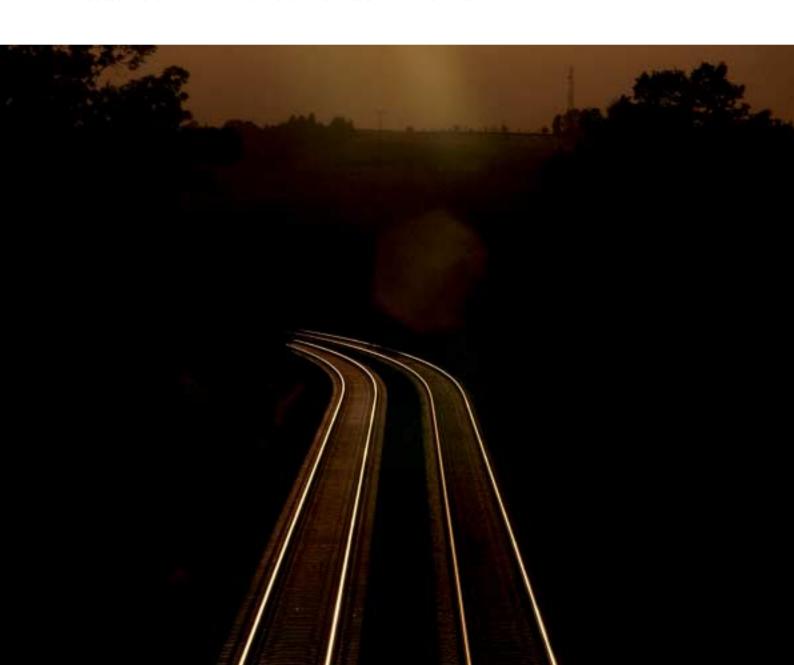
Watmarkt 9, 93047 Regensburg, Tel. 0941 561672, Fax 0941 52704, E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Ausgaben vervollständigt!
entlicht und in den nächsten
l unter Vorbehalt veröffe
K. und KV-Vertreter wird
* Diese Liste der 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-WÜRT					
Prof. Dr. J. Aschoff Dr. J. Braun	Ulm Mannheim	nein	ÄK ÄK/KV	0731 69717	0621 12027 27	juergen.braun@dgn.de
Dr. J. Braun Dr. L. Braun	Wertheim	ja nein	ÄK	0621 12027-0 09342 1877	0621 12027-27	Juergen.braun@dgn.de
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 Dr. H. Martens	Nürnberg München	ja ja	ÄK ÄK/KV	0911 22969 089 2713037	0911 2059711 08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
Dr. KO. Sigel	Unterhaching		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. HJ. Boldt	Berlin	ja	KV	030 3186915-0	030 3186915-18	BoldtNA@t-online.de
BVDN-Landesverband:	BRANDENBUR	G				
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 748720-7	0331 748720-9	gord ingress finite Charles
Dr. A. Rosenthal	Teltow	ja	KV	03328 30310-0	03328 30310-1	gerd-juergen.fischer@dgn.de
BVDN-Landesverband:	BREMEN		v			
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 Dr. Andre Rensch	Hamburg Hamburg	ja ja	KV ÄK	040 245464 040 6062230	040 60679576	hans.ramm@gmx.de neurorensch@aol.com
			·	040 0002250	040 000/95/0	
BVDN-Landesverband: Dr. B. Ende	HESSEN Buseck	nein	ÄK	06408 62828		
Dr. S. Planz-Kuhlendahl	Offenbach	ja	KV	069 800-1413	069 800-3512	planz-kuhlendahl@t-online.de
DVDN 14	AAFCKI FAIDLIDA	, ,	AAAAFDNI			·
BVDN-Landesverband: Dr. Hauk-Westerhoff	MECKLENBURG Rostock	ja	mmekn ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@
		•		. 5. 57555	. 5 . 51555 5	nervenaertze-rostock.de
BVDN-Landesverband: Dr. J. Beutler	NIEDERSACHSI Braunschweig		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 Dr. A. Haus	Aachen Köln	ja	KV ÄK/KV	0241 36330	0241 404972	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. Rolf Peters	Jülich	ja ja	KV KV	0221 402014 02461 53853	0221 405769 02461 54090	hphaus1@AOL.com dr.rolf.peters@t-online.de
Dr. Birgit Löber-Kraemer	Bonn	nein	KV	0228 223450	0228 223479	
BVDN-Landesverband:	RHEINLAND-P	FALZ				
Dr. WH. von Arnim	Idar-Oberstein		ÄK	06781 660		
Dr. Ch. Roth-Sackenheim Dr. Klaus Sackenheim	Andernach Andernach	ja	ÄK	02632 96400	02632 964096	c@dr-roth-sackenheim.de bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. Klaus Sackenneim	Andernach	ja	KV	02632 96400	02632 964096	bvan@ar-sackenneim.de
BVDN-Landesverband:	SAARLAND					
Dr. F. Jungmann Dr. Th. Kajdi	Saarbrücken Völklingen	ja nein	ÄK/KV ÄK/KV	0681 31093 06898 23344	0681 38032	mail@dr-jungmann.de
Dr. G. Wermke	Homburg	ja	ÄK	06841 9328-0	06898 23344 06841 9328-17	Kajdi@t-online.de gerd@praxiswermke.de
BVDN-Landesverband:	SACHSEN	_		Voin Namenaunt :	n der ÄK oder KV!	· ·
DVDN-Lanuesverbanu:	SACHSEN			Keili Nervellarzt i	ii der AK oder KV:	
BVDN-Landesverband:	SACHSEN-ANH		10.4	00		
Dr. H. Deike	Magdeburg	nein	KV	0391 2529188	0391 5313776	
BVDN-Landesverband:	SCHLESWIG-H		Ÿ.,,,,,,,			
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	-	KV	0209 37356	0209 32418	Thamer.Herten@t-online.de
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	KV	0231 515030	0231 411100	boettger@AOL.com

IGES/Rürup-Gutachten räumt auf mit Mythen Kein Beleg für "doppelte Facharztschiene"

In der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland wird häufig die Hypothese aufgestellt, dass die "doppelte Facharztschiene" ein wichtiger Grund für Ressourcenvergeudung und Unwirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem sei. Die doppelte Vorhaltung von Fachärzten im ambulanten und stationären Sektor führe dazu, dass in Deutschland zu viele Fachärzte praktizieren, insbesondere im ambulanten Bereich. Ist diese Annahme haltbar?



- 14 IGES/Rürup-Gutachten räumt auf mit Mythen
- 22 Neuer EBM ab 2008?
- 24 Zentralinstitut ermittelt EBM-Auswirkungen
- 29 Facharztzentrierte Versorgung

as IGES – Institut für Gesundheits- und Sozialforschung – in Berlin hat in Kooperation mit Prof. Dr. Dr. hc. Bert Rürup, Darmstadt, im Auftrag des Deutschen Facharztverbandes (DFV), in dem auch BVDN, BDN und BVDP organisiert sind, ein Gutachten erstellt, das die Frage beantworten soll, ob und in welchem Umfang sich die These der "doppelten Facharztschiene" untermauern lässt.

Gutachtenergebnisse

Auf der Grundlage von OECD-Daten lässt sich für Deutschland eine relativ hohe Dichte an Ärzten, besonders an Fachärzten, feststellen (Abb. 1). Demnach kommen auf 1.000 Einwohner 2,4 Fachärzte (2004). Allerdings lässt sich die relativ hohe Facharztdichte in den OECD-Daten nur nachvollziehen, wenn sämtliche im stationären Sektor tätigen Ärzte den Fachärzten zugeordnet werden. Jedoch zählt knapp die Hälfte der in Krankenhäusern tätigen Ärzte zur Gruppe der Ärzte ohne nähere Facharztbezeichnung. Es handelt sich vielfach um Ärzte, die sich in Facharztausbildungen befinden. Werden diese Ärzte nicht den Fachärzten zugerechnet, ergibt sich nur noch eine Facharztdichte im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland von 1,6 Ärzten je 1.000 Einwohner.

Neben der Anzahl praktizierender Ärzte als Mengenindikator bilden die Gesundheitsausgaben im Allgemeinen und die Ausgaben für ärztliche Behandlungen im Besonderen den wertmäßigen Ressourceneinsatz ab. In Deutschland wird im Verhältnis zur Wirtschaftskraft pro Kopf mehr für Gesundheit ausgegeben als in wichtigen Vergleichsländern. Jedoch ist in Deutschland die Wirtschaftskraft pro Kopf der Bevölkerung nach der Wiedervereinigung nicht nur im Niveau deutlich abgesunken, sie nahm auch weniger stark zu als in den Jahren davor. Im Gegensatz dazu stiegen die Gesundheitsausgaben (Abb. 2). Dennoch fiel die Zunahme der Gesundheitsausgaben in Deutschland gemessenen an der zeitgleichen Erhöhung der Wirtschaftskraft im Vergleich zu vielen anderen OECD-Ländern moderat aus (Abb. 3).

Überkapazitäten im stationären Bereich

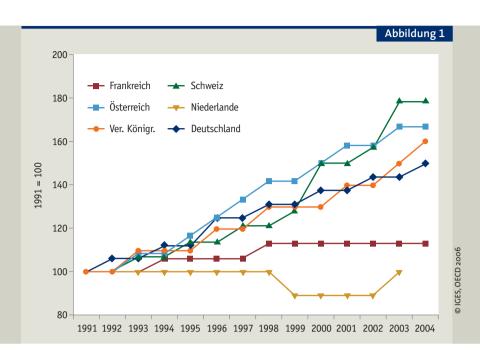
Die These, dass die "doppelte Facharztschiene" ein hervorstechendes Indiz einer "Ärzteschwemme" in Deutschland sei, wirft darüber hinaus die Frage auf, ob etwaige Überkapazitäten eher unter den niedergelassenen Fachärzten oder eher unter den angestellten Krankenhausärzten abgebaut werden könnten, ohne dass sich die Versorgungsqualität verschlechtere.

In einem intersektoralen Vergleich deuten die Entwicklungen der Arztzahlen, Ausgaben und Leistungsmengen, der Produktivitätskennziffern und Leistungsverlagerung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung insgesamt darauf hin, dass unter den angegebenen Angebotsstrukturen fachärztliche Überkapazitäten eher im stationären Bereich zu vermuten sind. Für die These einer Überversorgung von niedergelassenen Fachärzten ergeben sich aus dem intersektoralen Vergleich keine eindeutigen Anhaltspunkte.

Bis zum Jahre 2002 hat die Arztdichte bei den in Praxen tätigen Fachärzten am stärksten zugenommen. Im Jahr 2004 war die Facharztdichte (in Vollzeitäquivalenten) um 15,3% höher als im Jahre 1997 (Abb. 4). Die entsprechenden Zunahmen betrugen bei den Krankenhausärzten nur 10,7%, bei den Allgemeinärzten in Praxen nur 2,3 %. In den letzten Jahren hat sich die Situation jedoch umgekehrt: In den Krankenhäusern hat die Zahl der Ärzte (gemessen an Vollzeitäquivalenten) zwischen 2002 und 2005 mit 8% stark zugenommen, während sie in den Arztpraxen um 0,8% zurückgegangen ist. Bei den niedergelassenen Fachärzten betrug der Rückgang sogar

In der GKV ist die größte Ausgabendynamik für den Arzneimittelbereich zu verzeichnen. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) hatte einen dämpfenden Effekt im Jahre 2004 sowohl auf die Ausgaben für Arzneimittel als auch auf die Ausgaben für Arztpraxen. Während die Ausgaben für Arzneimittel be-

Beruf aktuell | IGES/Rürup-Gutachten räumt auf mit Mythen



Entwicklung der Facharztdichte im internationalen Vergleich (1991–2004)

reits im Jahre 2005 das Niveau des Jahres 2003 wieder übertrafen, waren die GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlungen auch im Jahre 2006 immer noch um 2,7 % geringer als im Jahre 2003. Das GMG entlastete die GKV bei den Ausgaben für ärztliche Behandlung also mit der am meisten nachhaltigen Wirkung. Die Zunahme der Ausgaben für Krankenhausleistungen setzte sich auch nach dem Jahre 2004 fort, und zwar beschleunigt.

Einsparpotenziale bei Doppel- und Mehrfachuntersuchungen erheblich überschätzt

Medizinisch unnötige und damit vermeidbare Doppel- und Mehrfachuntersuchungen werden als die wesentliche Erscheinungsform einer ineffizienten fachärztlichen Versorgung in Deutschland angesehen. Als Ursachen für vermeidbare Doppel- und Mehrfachuntersuchungen gelten vor allem wirtschaftliche Anreize der Leistungserbringer zur Leistungsausweitung, Kommunikationsund Kooperationsprobleme zwischen behandelnden Ärzten, Qualifikationsmängel niedergelassener Ärzte sowie die freie Arztwahl und eine damit verbundene Tendenz zu häufigen Arztwechseln. ("Ärztehopping").

Die vorhandene Evidenzlage zur Existenz von Doppel- und Mehrfachuntersuchungen ist jedoch unzureichend und steht in einem deutlichen Missverhältnis zur Häufigkeit des Ineffizienzvorwurfs! Daher wurden im Rahmen des vorgelegten Gutachtens auf der Basis von Routineabrechnungsdaten eine GKV-Stichprobe aus dem Jahre 2004/05 eine Schätzung der Größenordnung von unnötigen Wiederholungsuntersuchungen durch niedergelassene Ärzte in ausgewählten Bereichen durchgeführt. Wiederholtes Röntgen hatte demnach eine Häufigkeit, die - je nach Art der Untersuchung – zwischen einem von 1.000 Versicherten (Halswirbel) und 5 von 10.000 Versicherten (Hand/Fuß) lag. Bei Computer- und Magnetresonanztomografien (Abb. 5) waren die Wiederholungsraten innerhalb eines Jahres geringer als beim Röntgen. Während nur einer von 5.000 Versicherten innerhalb eines Jahres eine wiederholte CT des Schädels erhielt, war dies beim CT des Körpers einer von 1.000 Versicherten.

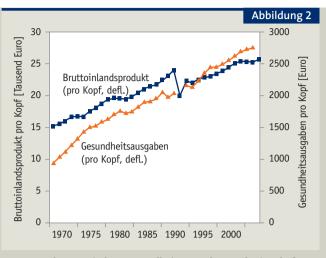
Es gibt aus medizinischer Sicht zahlreiche Gründe, eine Untersuchung in einem zeitlichen Abstand zu wiederholen. Dies gilt vor allem dann, wenn eine wiederholte Untersuchung im Rahmen einer medizinisch notwendigen Verlaufskontrolle erfolgt.

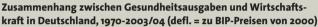
Aufgrund der empirisch ermittelten Häufigkeiten wurde ein realistisches Einsparpotential für die GKV geschätzt. Da ein Teil der wiederholten Untersuchungen medizinisch geboten und damit nicht überflüssig war, wurde auf Basis einer Auswertung der Diagnosen, die von den behandelnden Ärzten gemäß ICD-10 dokumentiert wurden, ein Anteil ermittelt, der in das Einsparvolumen nicht eingerechnet wurde.

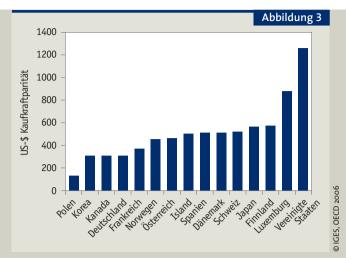
Die Höhe des auf diese Weise quantifizierten Einsparvolumens reicht - je nach unterstelltem Abrechnungs-Punktwert - von 113 Mio. EUR (Punktwert: 2 Cent) über 227 Mio. EUR (Punktwert: 4 Cent) bis maximal 289 Mio. EUR (Punktwert: 5,11 Cent). Diese Kostengrößen entsprechen einem Anteil an den Gesamtausgaben der GKV für ärztliche Leistungen (2004) in Höhe von 0,5% (Punktwert: 2 Cent) beziehungsweise 1,4% (Punktwert: 5,11%). Im Verhältnis zu den gesamten Leistungsausgaben der GKV (2004) kann das hier ermittelte Einsparpotenzial auf 0,1-0,2% veranschlagt werden.

Aus den zugrunde liegenden Routinedaten ließen sich die tatsächlichen Begleitumstände einer Wiederholungsuntersuchung – und damit die Beurteilung ihrer medizinischen Notwendigkeit – nur sehr begrenzt ermitteln. Mit einer angesichts dieser Ungewissheit durchgeführten Sensitivitätsanalyse wurden die Anteile von Wiederholungsuntersuchungen, die medizinisch nicht begrün-

Beruf aktuell | IGES/Rürup-Gutachten räumt auf mit Mythen







Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen pro Kopf im internationalen Vergleich, 2003

det sind, pauschal einmal auf ein Drittel, dann auf die Hälfte und schließlich auf zwei Drittel veranschlagt. Auf dieser Grundlage errechneten sich für die gesamt GKV jährliche Einsparungen zwischen 63,7 Mio. EUR und 325,4 Mio. EUR. Bezogen auf die Gesamtausgaben der GKV (2004) ergeben sich daraus Einsparpotenziale zwischen 0,05 % und 0,23 %. Dies entspricht einer Spannweite zwischen 0,01 und 0,03 Beitragspunkten.

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass es Einsparpotenziale durch Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen gibt, dass diese Einsparpotenziale aber stark überschätzt werden.

Wichtige Schnittstellenfunktion der Fachärzte und fairer Wettbewerb

Als die wichtigsten zukünftigen Herausforderungen für die ambulante fachärztliche Versorgung nennt das vorliegende Gutachten

- Die demografische Entwicklung und ihre Auswirkungen auf den medizinischen Behandlungsbedarf sowie die Finanzierungsbedingungen des Gesundheitssystems.
- 2. Den wachsenden Bedarf an Integrationsmanagement im Zuge einer zunehmenden Spezialisierung und Arbeitsteilung in der medizinischen Versorgung, aber auch angesichts der

- bestehenden Sektoralisierung im deutschen Gesundheitssystem.
- 3. Die künftige Positionierung der medizinischen Wertschöpfungskette im Verhältnis zu Krankenhäusern und zur nichtfachärztlichen ambulanten Versorgung.
- 4. Die Veränderungen der Angebotsstrukturen in der ambulanten Versorgung, nicht zuletzt als Folge des jüngst in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes.

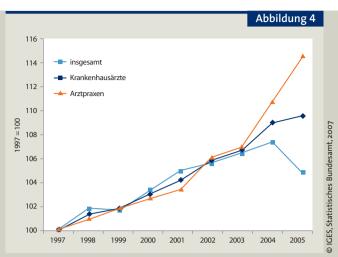
Folgt man den Ausführungen des Gutachtens und auch Prof. Rürup bei der Vorstellung des Gutachtens in der Bundespressekonferenz in Berlin wird die ambulante fachärztliche Versorgung auch zukünftig einen hohen Stellenwert im deutschen Gesundheitswesen haben, wenn nachweisbar erkennbar wird, dass sie weniger "Schnittstellenprobleme" verursacht als vielmehr eine bedeutende "Schnittstellenfunktion" wahrnimmt.

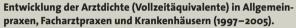
Der auch im medizinischen Bereich vorherrschende Trend zu stärkerer Arbeitsteilung und Spezialisierung legt nahe, dass niedergelassene Fachärzte als Teilbereich des Gesamtversorgungssystems als das Scharnier mit zentraler Allokations- und Koordinationsfunktion zwischen "unspezifischer" Primärarztbehandlung und hochspezialisierter stationärer Versorgung fungieren. Die Existenz eines übergreifenden "epidemiologischen

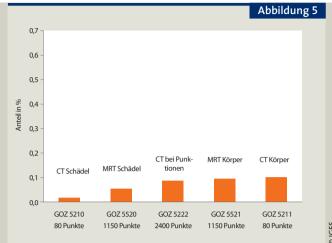
Bewusstseins" und die Orientierung an über die Einzelpraxis hinausgehende Versorgungsstandards ist eine Voraussetzung dafür, dass die niedergelassenen Fachärzte einen solchen Anspruch erfolgreich einlösen können.

Von der Gesundheitspolitik fordern IGES und Rürup eine strikte Versorgungsform-Neutralität, zumindest solange die Evidenzlage zur ärztlichen Versorgung so unzureichend ist, wie sie sich gegenwärtig darstellt. Die jüngsten gesetzgeberischen Maßnahmen in Form des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes genügen demnach dieser Forderung zumindest in Teilen nicht. Dies betreffe vor allem die gezielte Förderung von hausarztzentrierten Versorgungsformen, aber auch die gezielte Versorgung von ambulanten Behandlungen im Krankenhaus angesichts der dortigen Quersubventionierungsmöglichkeiten und der bestehenden Vergütungsunterschiede im Vergleich zur vertragsärztlichen Versorgung. Die Forderung lautet: Die Gesundheitspolitik soll die Voraussetzungen dafür verbessern, dass die Vorteile der fortschrittsinduziert zunehmenden Arbeitsteilung im Gesundheitswesen überwiegen und die unerwünschten Effekte minimiert werden. Insofern ist es unabdingbar, die bestehende Sektoralisierung des deutschen Gesundheitssystems zu überwinden, damit Leistungen unabhän-

Beruf aktuell | IGES/Rürup-Gutachten räumt auf mit Mythen







Anteile der Versicherten mit wiederholter CT/MRT-Untersuchung für die fünf häufigsten Untersuchungsarten (Untersuchung innerhalb von 360 Tagen, Studienkollektiv: n = 1.221468 Versicherte, adjustiert an Alters- und Geschlechtsstruktur der GKV zum 1.7.2004).

gig von Sektorengrenzen dort erbracht werden können, wo das optimale Kosten-Qualitäts-Verhältnis mit der höchsten Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann. Zwar werden die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlung wie auch das jüngst in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz grundsätzlich als Schritte zur Flexibilisierung der Strukturen der ärztlichen Leistungserbringung begrüßt, aber es wird klargestellt, dass eine Harmonisierung der gegenwärtig unterschiedlichen Finanzierungs- und Vergütungssysteme eine unabdingbare Voraussetzung ist! Solange vergleichbare Leistungen, die sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Krankenhaus erbracht werden können, teilweise ganz unterschiedlich vergütet würden, komme es zu Allokationsverzerrungen und damit zu ineffizienter Leistungserstellung. Einfach formuliert: gleiches Geld für gleiche Leistung!

Kommentar

Das vorliegende Gutachten verweist viele der gesundheitspolitischen Diskussionen, denen wir in den letzten Jahren beiwohnen durften, in den Bereich der Märchen und Mythen. Vor allem die hauptsächlich immer wieder von Prof. Lauterbach vorgetragene These der "doppelten Facharztschiene" ist unsinnig und entbehrt jeglicher Grundlage. Es

gibt in Deutschland eine fachärztliche ambulante Versorgung, vor allem im vertragsärztlichen Bereich, sowie eine stationäre Versorgung im Krankenhaus. Beide Versorgungssysteme wirken komplementär. Die durch die ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung verursachten Kosten liegen im internationalen Vergleich der OECD-Staaten im Mittelmaß und stellen sich moderat dar. Auch für Ressourcenverschwendung beispielsweise durch Doppel- und Mehrfachuntersuchungen ergaben sich nach der aktuellen Datenlage keine ausreichenden Anhaltspunkte.

Auch in weiteren Punkten kommen IGES und Rürup zu klaren Aussagen: Die unterschiedliche Finanzierung der Leistungserbringung im stationären beziehungsweise vertragsärztlichen Sektor führt zu Wettbewerbsverzerrungen. Gemeint sind Quersubventionierungen bei Erbringung ambulanter fachärztlicher Leistungen im Krankenhaus, aber auch beispielsweise die finanzielle Förderung von hausarztzentrierten Versorgungsmodellen, für die es ebenfalls gemäß vorliegendem Gutachten keine ausreichende Datengrundlage im Hinblick auf die immer wieder postulierte Effizienz gibt.

Insgesamt wird das IGES-/Rürup-Gutachten insofern zur Versachlichung der Diskussion über die ambulante fachärztliche Versorgung beitragen.

Ein Satellitengutachten zur Weiterentwicklung fachärztlicher neurologischpsychiatrischer Leistungen wird zurzeit im Auftrage von BVDN, BDN und BVDP vorbereitet. Wir wollen wissen, wie unsere Arbeit in Zukunft finanziert werden kann: Gibt es wirklich Einsparreserven oder besteht nicht vielmehr eine eklatante Unterfinanzierung? Wie erklären sich die Verwerfungen zwischen PIA-Finanzierung und vertragsärztlichem Sektor? Wie muss die ambulante neurologische Finanzierung vertragsärztlicher Leistungen im DRG-Zeitalter aussehen? Diese und viele andere Fragen stehen im Raum.

Das Gutachten wird von Dr. Albrecht (IGES) und Prof. Rürup beim Neurologen- und Psychiatertages am 23.6.2007 in Köln vorgestellt (das aktuelle Programm für den Neurologen- und Psychiatertag finden Sie in dieser Ausgabe auf der Seite 35).

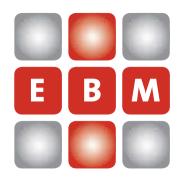
KONTAKT

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

1. Vorsitzender des BVDN

Neuer EBM ab 2008? Honorare in Euro ab 2009?

Der EBM 2000 plus kam – und mit ihm viele Widerstände und Einsprüche. Nun plant die KBV anscheinend einschneidende Verbesserungen.



W as hier in der Überschrift mit Fragezeichen versehen wurde, stellt die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als sichere Zukunft dar. Sie schreibt: "Die Proteste haben gewirkt. Die Honorarsituation der Vertragsärzte wird sich verbessern. Künftig gibt es nicht nur Euro statt Punkte, die Krankenkassen müssen auch die Kosten für ambulante Mehrleistungen aufgrund verschiedener Faktoren übernehmen." Nach 13 Jahren berufspolitischer Erfahrung mit der Entwicklung kassenärztlicher Honorarsysteme fehlt mir jedoch hierfür der Glaube. Immerhin stellt die KBV unsere Honorarsituation einigermaßen realistisch dar. Das durchschnittliche Nettoeinkommen eines niedergelassenen Arztes betrage für die Behandlung gesetzlich Versicherter im Monat circa 2.300 Euro. Dieser Betrag ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Jahresumsatz von circa 170.000 Euro, vermindert um die Betriebsausgaben von circa 70% sowie der eigenen Sozialabgaben. Damit ergibt sich bei den etwa 50 Wochenarbeitsstunden niedergelassener Ärzte ein Stundenlohn von knapp 12 Euro. Demgegenüber argumentiert das Bundesgesundheitsministerium: "Einem Drittel der Ärzte geht es blendend, ein Drittel hat - aus verschiedensten Gründen - Existenznöte, und der Rest fürchtet, in die untere Gruppe abzurutschen." Damit wird bereits die Richtung klar: Nivellierung, vor allem zwischen den wirtschaftlich ungleich potenten Krankenkassenregionen.

EBM-Zeitplan

Der vom Gesetzgeber minutiös festgelegte Zeitplan für die Umstrukturierung unserer Honorare sieht folgendermaßen aus:

- 31. Oktober 2007: Kassen und KBV müssen den Pauschalen-EBM beschließen.
- _ 1. Januar 2008: Der Pauschalen-EBM tritt in Kraft.
- 31. August 2008: Orientierungspunktwerte, Morbiditätsmessung, Verfahrung zur Berechnung und Anpassung von Regelleistungsvolumina (RLV) werden festgelegt.
- _ 15. November 2008: Die KVen und Landeskassen vereinbaren Punktwerte (danach j\u00e4hrlich jeweils zum 31.Oktober).
- _ 30. November 2008: Die Ärzte erfahren ihre Regelleistungsvolumina.
- _ 1. Januar 2009: Der Euro-EBM tritt in Kraft.
- _ 1. Januar 2010: Das Niederlassungsverhalten wird ab jetzt mittels Preisanreizen gesteuert.
- _ 1. Januar 2011: Fachärzte erhalten Diagnose bezogene Fallpauschalen.
- _ 30. Juni 2012: Das Bundesgesundheitsministerium legt einen Bericht über einen möglichen Verzicht auf Zulassungsbeschränkungen vor.

Die KVB meint, die Politik habe aus den Ärzteprotesten gelernt und gestehe den niedergelassenen Medizinern künftig eine Honorierung in Euro statt in Punkten zu, auch weil inzwischen durchschnittlich ein Drittel unserer Kassenleistungen unentgeltlich erbracht werden. Die zukünftige Honorarordnung soll aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach drei Kriterien weiterentwickelt werden:

- 1. Zahl und Mobilitätsstruktur der Versicherten
- Leistungsausweitungen durch Kassensatzungen oder aufgrund von Beschlüssen des gemeinsamen Bundesausschusses

3. Leistungsverlagerungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Dabei wurde im Gesetzestext auf die strikte Einhaltung der Beitragssatzstabilität verzichtet. Ab 2009 wurde eine Gebührenordnung in Euro vorgeschrieben. Die Krankenkassen sollen künftig das Morbiditätsrisiko einer alternden Gesellschaft und besserer medizinischer Möglichkeit tragen.

Skepsis bezüglich Umsetzung

Ob dies so eintritt, daran hege ich erhebliche Zweifel. Zunächst müssen nämlich die Krankenkassen in den folgenden Jahren ihre Schulden tilgen. Außerdem kürzt der Bund derzeit seine Steuerzuschüsse zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) während gleichzeitig die familienpolitischen, versicherungsfremden Leistungen nicht eingeschränkt werden.

Für uns Vertragsärzte und zuallererst für uns Berufsverbandsvertreter bedeutet dies erst einmal - ob wir wollen oder nicht - schon wieder an einem neuem EBM mitzuarbeiten und zu ständigen Verhandlungsrunden nach Berlin zu fahren. Die ersten Besprechungen mit der Führung der KBV und der KBV-Honorarabteilung fanden bereits Anfang Mai statt. Die bisherigen EBM-Leistungen sollen noch weiter zu Pauschalen eingedampft werden. Die überwiegenden Leistungen eines fachspezifischen EBM-Kapitels werden zu einer Fallpauschale zusammengefasst. Nur "besonders förderungswürdige" Leistungen dürfen als Einzelleistungen oder Komplexe im EBM gelistet werden. Es ist dabei zunächst einmal nicht an eine völlige Neukonstruktion der EBM-Leistungen gedacht. Denn die jetzt bestehenden konkreten Einzel- oder Komplexleistungen werden

lediglich zu größeren Pauschalen mit dem gleichen addierten Leistungsinhalt zusammengefasst. Damit steht auch eine weitere Säule des neuen EBM fest: Die bisherige betriebswirtschaftliche Bewertungsgrundlage des EBM vom 1.4.2005 bleibt erhalten. Damit bleiben auch die falsche Betriebskostenzumessung in der Neurologie und die in Relation zur Richtlinienpsychotherapie falsche Endbewertung der psychiatrischen Gesprächsleistungen nach Honorarverteilungsvertrag (HVV) erhalten. Dies bedeutet also für die Honorarverhandlungen in Neurologie und Psychiatrie Honorarauseinandersetzungen mit der KBV auf dem gleichen Parkett und mit den gleichen Argumenten wie bisher.

Anschließend kommt – wie oben schon erwähnt – das Thema Nivellierung zur Sprache: Es soll nämlich ein bundesweit gültiger Punktwert festgelegt werden. Dies fällt umso leichter, wenn es bis dahin den sogenannten Gesundheitsfonds gibt. Damit ergibt sich eine bundesweite Angleichung unserer Honorare wie von selbst, und zwar ohne neues Geld. Denn die noch relativ erträglichen KV-Gesamtvergütungen der südlichen Bundesländer subventionieren dann die nördlichen und östlichen Bundesländer. Die Fallwerte der südlichen Vertragsärzte dürften damit in Euro um 25% fallen, die Fallwerte der nördlichen Vertragsärzte um 25% steigen. Damit wären die sozialistischen Bedürfnisse des Bundesgesundheitsministeriums zunächst einmal befriedigt. Es ist aber ein weiteres Problem zu lösen: Die bisher unbezahlt abgestaffelten und abquotierten Leistungen. Die geplante Lösung besteht in einer Fallzahl-Quotierung, das heißt Nichtbezahlung oder Abstaffelung derjenigen Fallpauschalen in Euro, die beim einzelnen Arzt oberhalb der Durchschnittsfallzahl liegen. So entstehen erneut nunmehr floatende Durchschitts-Euro-Fallpauschalen.

Die Morbiditätsorientierung der Kassenvergütungen soll dann schließlich aufgrund diagnosenbezogener und schweregradgewichteter Trendentwicklungen von den Krankenkassen bezahlt werden. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass die bisherigen unbezahlten Mehrleistungen der Vertragsärzte wahrscheinlich ersatzlos unter den Tisch fallen werden und in einen abgesenkten Mischfallwert eingepreist sind. Ob in wirtschaftlich prosperierenden Bundesländern weiterhin von den Krankenkassen erkleckliche Zusatzentgelte finanziert werden, ist derzeit Gegenstand intensivster Überlegungen. Wir von den Berufsverbänden BVDN/BDN/BVDP haben jedenfalls unser EBM-Konzept samt Preisbildung bereits ausgearbeitet und als Forderung der KBV vorgestellt. Sobald konkretere Ergebnisse vorliegen, werden wir Ihnen berichten.

KONTAKT

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

Zentralinstitut ermittelt EBM-Auswirkungen

Nervenärzte gehen im pauschalen Urteil unter



m Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverbände der Krankenkassen untersuchte das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) zusammen mit dem wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), welche Auswirkungen der EBM 2000 plus auf die Versorgung mit ärztlichen Leistungen und die Entwicklung der abgerechneten Leistungsmenge hatte. Außerdem sollte beurteilt werden, ob die Kalkulations-, Bewertungs- und Zeitplausibilitätsannahmen in der neuen Gebührenordnung adäquat sind. Untersucht wurden die ersten vier Abrechnungsquartale des neuen EBM (2. Quartal 2005 bis 1. Quartal 2006). Als Datengrundlage wurden die Abrechnungsdaten aller Vertragsärzte aus den KVen Nordrhein und Brandenburg ver-

Keine Änderung der ärztlichen Leistungsmenge?

Das Fazit von ZI und WIdO war, dass der neue EBM nicht zu gravierenden Auswirkungen auf die ärztliche Leistungsmenge geführt hat. Diese pauschale Schlussfolgerung dürfte jedoch nicht zulässig sein. Denn im Durchschnitt nahm der Gesamtleistungsbedarf in Punkten um 8,5% zu, bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall um 7,4%. Dabei änderte sich die Leistungsmenge in einem Bereich von +/- 5% bei 18,5% aller Arztpraxen. 32% aller Arztpraxen erhöhten ihren Leistungsbedarf zwischen 6% und 16%, bei 43,4% der Arztpraxen ergab sich ein Zuwachs von mehr als 16%. 4,1% der Arztpraxen rechneten zwischen 6% und 15% weniger Punkte ab, 1,5% der Arztpraxen hatten Rückgänge um 16%. Diese Zahlen belegen eine deutliche Spreizung der Leistungsbedarfsänderung durch den neuen EBM. Erhebliche Unterschiede in der Leistungsmengenänderung ergaben sich bei den einzelnen Ärzten sowohl innerhalb der Fachgruppen als auch zwischen den Fachgruppenkollektiven. Leistungszuwächse erzielten vor allem Allgemeinärzte, Frauenärzte, hausärztliche Internisten, Kinderärzte, Hämatologen und Pathologen. Zweistellige Rückgänge hatten Radiologen, Mundund Kieferchirurgen und Strahlentherapeuten.

Leistungsgeschehen

Die Anzahl der abgerechneten Ziffern war insgesamt deutlich rückläufig, weil viele Einzelleistungen zu Leistungskomplexen zusammengefasst wurden. Deutlich mehr abgerechnete Ziffern ergaben sich bei den hausärztlichen Arztgruppen (Allgemeinärzte, Kinderärzte, hausärztliche Internisten) und Nervenärzten, Orthopäden, Urologen. Im Einzelnen zeigten die Arztgruppen folgende Punktzahlveränderungen je Fall im Vergleich der zusammengefassten Quartal 2/05-1/06 gegenüber 2/04-1/05: Allgemeinärzte +13,3%, Anästhesisten +1,5%, Augenärzte +5,3%, Chirurgen +8,9%, Gynäkologen +15,8%, HNO Ärzte -1,0%, Hautärzte 6,3%, fachärztliche Internisten -0,2%, hausärztliche Internisten +12,0%, Kinderärzte +10,3%, Kinder- und Jugendpsychiater –0,3%, Nervenärzte -1,9%, Neurologen + 0,8%, Psychiater +0,8%, Orthopäden +4,6%, Radiologen –16,6%, Urologen -5,1%.

Ausnahme Nervenärzte

ZI und WIdO schreiben hierzu wörtlich: "Die Nervenärzte zählen zu den wenigen Fachgruppen, bei denen der Vergleich der bisherigen vier EBM-2000-plus-Quartale hinsichtlich der Veränderung des Leistungsbedarfs je Fall gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal insgesamt negativ ausfällt. "... Die nähere Analyse zeigt, dass der "Neurolo-

gische und Psychiatrische Ordinations-/Konsultationskomplex' um circa 5% zurückging. Richtigerweise wird angemerkt, dass im alten EBM neurologische beziehungsweise psychiatrische Untersuchung in der Ordinationsgebühr 530 Punkte wert waren, nach dem neuen EBM jedoch nur noch 410 Punkte. Wegen des Übergangs auf zeitgetakete Gesprächsleistungen ging der zweite große Leistungsträger bei Nervenärzten, das neurologische und psychiatrische Gespräch, um 11,3% zurück.

Demgegenüber stiegen die diagnostischen und therapeutischen Leistungen wegen der Aufwertung des EEGs und der häufigeren Abrechnung der Betreuungsziffern um 13,4%. Die fünf leistungsbedarfstärksten Einzelleistungen waren mit einem Anteil von insgesamt fast 50% in dieser Reihung die folgenden Ziffern: 21220 (psychiatrisches 10-Minuten-Gespräch), 21211 beziehungsweise 21212 (Ordinationskomplex Psychiatrie), 16220 (zehnminütiges neurologisches Gespräch, 80112 (Ordinationskomplex Gemeinschaftspraxen). Hiermit korrespondieren die im Leistungsvolumen höchsten Gebührenordnungspositionen nach altem EBM: 822 (psychiatrisches Gespräch), 820 (psychiatrischer Status), 800 (neurologischer Status), 802 (EEG), 1 (Ordinationsgebühr). Die häufigsten Einzeldiagnosen waren F32 (depressive Episode) G40 (Epilepsie), F45 (Somatoforme Störung), F33 (rezidivierende depressive Störung), F41 (andere Angststörungen).

Auch bei den reinen Neurologen ergab sich ein ähnliches Bild mit einem Leistungsbedarfszuwachs von gemittelt nur 0,8%. Die leistungsstärksten fünf EBM-Ziffern waren bei ihnen 16211 beziehungsweise 16212, 16220, 16310 (EEG) und 01601 (individueller Arztbrief). Die reinen Psychiater zeigten ebenfalls einen gemittelten Leistungsbe-

NEUROTRANSMITTER _ 6.2007

24

Beruf aktuell | Zentralinstitut ermittelt EBM-Auswirkungen

darfszuwachs von 0,8%. Die fünf leistungsstärksten Einzelleistungen waren bei ihnen 21220, 21211 beziehungsweise 21212, 35200 (tiefenpsychologische Psychotherapie) und 21216 (Zuschlag Fremdanamnese)

Plausibilitätszeiten

Bei den Plausibilitätszeiten liegen die Nervenärzte mit an der Spitze. Die längsten Arbeitszeiten pro Quartal erzielten mit 616 Stunden die Orthopäden, es folgten die Frauenärzte mit 552 Plausibilitätsstunden und die Nervenärzte mit 537 Plausibilitätsstunden. Pro-Fall waren die Zeitsummen bei Anästhesisten mit 74 Minuten je Fall am höchsten, es folgten die Nervenärzte (41 Minuten), dann die Internisten (35 Minuten). Bei der Korrelation zwischen Fallzahlen und Plausibilitätszeiten pro Quartal ergab sich, dass bei Nervenärzten mit überdurchschnittlicher Fallzahl (über 780 Patienten) mehr als 510 Stunden benötigt wurden. Diese Zahlen berücksichtigen noch nicht die ab dem 4. Quartal 2006 zusätzlich eingeführten Betreuungsdiagnosen und die zusätzlich eingeführte Betreuungsziffer ab dem ersten Patientenkontakt in der Psychiatrie

Bei den Nervenärzten zeigten sich zwischen den einzelnen Arztpraxen die größte Standardabweichung im Arztgruppenvergleich. Dies dokumentiert wiederum die große Inhomogenität unserer Fachgruppe von der überwiegend psychotherapeutisch tätigen Nervenarztpraxis über die gemischte neurologischpsychiatrische Praxis bis zum überwiegend diagnostisch-neurologisch tätigen Nervenarzt. Auch die Anzahl der Fälle in unserer Fachgruppe zeigt eine erhebliche Variationsbreite. Circa 95% des Leistungsbedarfs entfallen bei Nervenärzten auf Leistungsziffern, die mit einer persönlichen Arbeitszeit des Arztes verbunden sind. Dies ist im Vergleich zu den übrigen Fachgruppen weit überdurchschnittlich.

Nicht analysiert wurde der Leistungsbedarfanteil bei Nervenärzten von zeitgetakteten Gesprächsziffern, die zu 100% vom Arzt höchstpersönlich ausgeführt werden müssen. Hier würde sich höchstwahrscheinlich im Vergleich zu den anderen Fachgruppen ein noch un-

günstigeres Verhältnis ergeben. Natürlich erreichen Praxen mit vielen Patienten wesentlich leichter hohe Stundenzahlen pro Quartal. Aus einer anderen Untersuchung zu Plausibilitätszeiten, durchgeführt von der KBV, wissen wir, dass Nervenärzte nicht überdurchschnittlich unplausible Quartalarbeitszeiten aufweisen. Vor Einführung der neuen Betreuungsziffern lagen etwa 5% der Nervenärzte im zunächst einmal unplausiblen Quartalszeitbereich von über 780 Stunden. Etwa 5% der Nervenarztpraxen hatten an mehr als drei Tagen pro Quartal längere Arbeitszeiten als 12 Stunden.

Fazit

Der EBM 2000 plus ist für unsere Fachgruppe mit mehreren erheblichen Nachteilen verbunden.

Im Vergleich zu anderen Fachgruppen mit einen durchschnittlichen Leistungsmengenzuwachs von circa 8% erzielten wir keinen Leistungsmengenzuwachs. Bei einem gedeckelten Honorarsystem würde dies für uns einen Umsatzrückgang in Euro von 8% bedeuten. Die Auswertung der Plausibilitätszeiten zeigt eine weitere erhebliche Benachteiligung unserer Fachgruppe. Da wir überwiegend an zeitgetaktete Gesprächsleistungen gebunden sind, sind die ärztlichen Arbeitszeiten sehr leicht und ohne wesentliche Kulanzmöglichkeiten berechenbar. Demgegenüber wird aber bei den gegenwärtigen Punktwerten ein psychiatrisches 10-Minuten-Gespräch nur für 5 Minuten bezahlt. Auch das Versprechen einer weniger komplizierten und unbürokratischen Abrechnungsweise erfüllte sich bei unserer Fachgruppe nicht. Letztendlich müssen Nervenärzte nach dem EBM 2000 plus auf aufwendigere Art und Weise (ICD10-Bindung) mehr Leistungspositionen als zuvor abrechnen, um letztendlich weniger Honorar einzunehmen.

Wir als Berufsverband haben diese nun dokumentierten Ergebnisse des ZI und WidO durch fortlaufende akribische Beobachtung der Abrechnungsergebnisse in den einzelnen KVen vorhergesehen und sind bereits aktiv geworden. Ergebnis ist die zum Teil schon umgesetzte Einführung neuer Betreuungsziffern in Psychiatrie und Neurologie bereits ab dem ersten Patientenkontakt bei deutlich erwei-

tertem Diagnosespektrum. Im intensiven Gespräch mit der KBV und den KVen sind wir beim Thema Zeit-Plausibilitätsprüfungen. Hier muss kurzfristig ein Algorithmus gefunden werden, wie die nun sich durch die häufige Abrechnung von Betreuungsziffern steigend Plausibilitätszeiten kompensiert werden können. Es bieten sich hier mehrere Wege an: Herausnahme der Betreuungsziffern aus der Plausibilitätsrechnung. Damit werden sie als Struktur-Leistungspositionen wie bei den Hausärzten betrachtet; Kopplung der Plausibilitätszeiten bei den Gesprächsziffern an den Punktwert: Entfall des 20 Minuten Kriteriums bei der Kombination aus Ordinations- und Gesprächsgebühr am gleichen Tag; Wegfall der Plausibilitätszeit der Ordinationsgebühr, Wegfall der Plausibilitätszeit bei Besuchsziffern.

KONTAKT

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

Facharztzentrierte Versorgung

Deutsches Modell richtungsweisend?

Die strukturierte Facharztversorgung in Deutschland könnte ein zukunftsweisendes Modell für Europa sein. Ein vergleichbares System kennen die anderen europäischen Länder nicht. Deutschland ist das einzige Land in Europa, das keinen Facharztmangel im ambulanten Sektor hat.



ie Politik klagt lauthals über die "doppelte Facharztschiene" in Deutschland und tut so, als ob das die Katastrophe an sich sei, wundert sich Dr. Michael P. Jaumann, Vorsitzender des Berufsverbandes der HNO-Ärzte. Dabei sollten wir vielmehr stolz darauf sein, meinte er beim Bayerischen Fachärztetreffen Ende Februar 2007 in München. Als Kronzeugen bemühte er Prof. Fritz Beske vom Kieler Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF). Dieser habe eindeutig festgestellt: Deutschland ist Spitze. Hier gebe es den umfänglichsten Leistungskatalog, die geringsten Wartezeiten und einen umfassenden Zugang für jedermann zu den Leistungen der GKV. Zu denselben Resultaten kommt auch ein Sechs-Länder-Vergleich des Commonwealth Fund (CWF) von 2005: Deutschland hat die geringsten Wartezeiten auch bei Fachärzten, die kürzesten Wartezeiten für OP-Termine, den besten Zugang zu ärztlicher Versorgung auch außerhalb der Sprech- und Öffnungszeiten, und Komplikationen nach Krankenhausaufenthalten sind relativ selten.

Bei der Arztdichte liegt Deutschland im Mittelfeld mit 3,3 Ärzten auf 1.000 Einwohner. Eine höhere Arztdichte haben beispielsweise Griechenland (4,9) und Italien (4,4), eine niedrigere die USA (2,4), Großbritannien (2,3) und die Türkei (1,4). Insgesamt ist das deutsche Gesundheitswesen sparsam und effizient, betonte Jaumann: Mit 2.500 EUR pro Kopf der Bevölkerung verbraucht es nur 11,1% des Bruttoinlandsprodukts (BIP), die Schweiz dagegen mit umgerechnet 3.150 EUR 11,5% und die USA mit 4.666 EUR 15,0% des BIP.

Kleine Gruppen mit hoher Effizienz

Ein Problem der Fachärzte liegt allerdings darin, dass sie nicht wie die Hausärzte als große Gruppe wahrgenommen werden, sondern nur in Gestalt der mehr oder weniger kleinen Fachgruppen. Einzelne Facharztverbände haben beispieslweise nur 3.000 bis 6.000 Mitglieder bestätigte Dr. Thomas Scharmann, Vorsitzender des Deutschen Facharztverbandes (DFV). Jeder sei nur ein Leichtgewicht im gesundheitspolitischen Ring, wenn es um die Durchsetzung gemeinsamer fachärztlicher Interessen gehe.

Als Gruppe können die ambulant tätigen Fachärzte eine Reihe von Vorteilen vorweisen: Sie bieten, anders als im Krankenhaus, wo bei der Aufnahme der am wenigsten erfahrene Krankenhausarzt Dienst tut, Facharztstandard bei allen Behandlungen. Sie bieten persönliche Zuwendung und Betreuung anstatt ständig wechselnder Ärzte wie in der Poliklinik-Medizin. Sie garantieren hohe Qualität durch moderne Technik, kurze Wartezeiten, wohnortnahe Behandlung und nach ambulanten Operationen eine deut-

lich geringere Infektionsrate. Von daher kommt auch die hohe Akzeptanz niedergelassener Fachärzte in der Bevölkerung, versicherte Jaumann. Nach seinen Worten könnten Krankenhäuser nicht so zielorientiert und effizient arbeiten wie ein niedergelassener Arzt. Im Jahr 2003 behandelten die niedergelassenen Fachärzte 583 Millionen ambulante Fälle – eine Zahl, auf die sie stolz sein können, findet Jaumann.

Festschreibung facharztbasierter Versorgung gefordert

Jaumann sieht eine Reihe von neuen Aufgaben auf die niedergelassenen Fachärzte zukommen: Sie könnten bislang stationär erbrachte, ausgelagerte Leistungen der Krankenhäuser durchführen, eventuell sogar ganze Krankenhaus-Abteilungen übernehmen. Sie könnten die Aufgaben bankrott gegangener Krankenhäuser wahrnehmen und schließlich auch einen Teil der Arbeit der aussterbenden Spezies Hausarzt mit erledigen.

DFV-Vorsitzender Scharmann forderte in München, eine facharztbasierte Versorgung im § 73 SGB V festzuschreiben. "Wir sind rund 60.000 Fachärzte und bilden mit unseren rund 170.000 Arzthelferinnen ein dichtes Versorgungsnetz, bestückt mit modernsten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Das werden wir in die Waagschale werfen."

Prävention und Therapie der Alzheimer-Demenz Protektive Maßnahmen wirken



Mehr als 65% der Demenzen bei älteren Menschen sind vom Alzheimer-Typ. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird diese Erkrankung noch weiter zunehmen. Daher spielt nicht nur das Wissen um die neuesten Therapiestandards eine große Rolle. Auch geeignete präventive Maßnahmen werden immer wichtiger.

M. WEIH, J. KORNHUBER, J. WILTFANG



ie Alzheimer-Demenz zählt neben der Depression zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. 2001 waren davon weltweit 24 Millionen Menschen betroffen. Man nimmt an, dass diese Zahl exponenziell steigen wird.

Epidemiologie

Im Jahr 2040 werden nach neuesten Schätzungen weltweit circa 80 Millionen Menschen (etwa die heutige Einwohnerzahl der Bundesrepublik) von dieser Erkrankung betroffen sein [1]. Geschlechtsunterschiede finden sich nicht. Da Frauen aber eine höhere Lebenserwartung haben, sind sie bei den Hochbetagten und damit auch bei der Demenz überrepräsentiert. Als beeinflussbare Risikofaktoren der Alzheimer-Demenz werden weiterhin eine geringe Schul- und Berufsausbildung, eine geringe mentale und körperliche Aktivität im Verlauf des Lebens, Kopfverletzungen und vaskuläre Risikofaktoren (wie Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie, Diabetes, Rauchen, Übergewicht; Abb. 2) diskutiert. Die Prävalenz der genetisch-bedingten Alzheimer-Demenz mit bekannten autosomal-dominant vererbten Punktmutationen liegt unter 1 %. Vor allem Mutationen im Amyloid-Precusor-Protein(APP)-Gen, sowie im Presenilin-1- und -2-Gen sind hier verantwortlich. Ein weiterer gesicherter Risikofaktor der Alzheimer-Erkrankung ist das Apolipoprotein(Apo)-E4-Allel. In einer Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass das Apo-E4-Allel das Risiko für eine Alzheimer-Erkrankung auf das dreifache für heterozygote und das 15-fache für homozygote Träger erhöht [2].

Pathophysiologie der Alzheimer-Demenz

In der Pathophysiologie der Alzheimer-Demenz spielen, wie schon von Alois Alzheimer 1907 beschrieben, chemische Proteinveränderungen eine Rolle. Von zentraler Bedeutung sind dabei die Beta-Amyloid-Kaskade sowie die Tau-Hypothese. Welcher der beiden pathophysiologischen Pfade letztendlich kausal ist, ist unklar. Vor allem die genetischen Befunde sprechen für eine initiale Bedeutung der Beta-Amyloid-Kaskade, die im Folgenden dargestellt wird:

Das transmembranöse APP ist in allen somatischen Zellen vorhanden und scheint bei der synaptischen Übertragung wichtig zu sein. Das APP wird durch eine Beta-Sekretase extrazellulär und durch eine Gamma-Sekretase intrazellulär in mindestens drei Bestandteile gespalten. Anschließend kommt es zu einer Bildung von löslichen monomeren Aβ-42-Fragmenten, die wahrscheinlich pathogen sind. Sie führen entweder durch Anlagerung an transmembranöse Proteine oder durch Interaktion mit Transkriptionsfaktoren zu einer Störung der Membranfunktion, der synaptischen Funktion oder zu einer Behinderung von zellulären Lernmechanismen (z. B. via CREB). Die löslichen Aβ-42-Fragmente lagern sich später als Oligomere zu den bekannten extrazellulären Beta-Amyloidplaques zusammen.

Genetische Formen der Alzheimer-Demenz sind in der Praxis eher selten, haben jedoch viel zum Verständnis besonders der Beta-Amyloid-Kaskade beigetragen. Bei den genetischen Formen wurden Mutationen im APP- und im Presenilin-Gen gefunden. Man geht davon aus, dass es lebenslang genetisch vermittelt zu einer vermehrten Aβ-Produktion kommt (anaboler Weg; Abb. 1 oben rechts), was auch den früheren Beginn der

genetisch determinierten Alzheimer-Syndrome erklärt. Bei den klinisch häufigeren, sporadischen Formen scheinen andere Risikofaktoren, vor allem das Alter und der Apo-E4-Genotyp eine Rolle zu spielen. Es wird angenommen, dass es zu einem mit dem Alter progredienten verminderten Abbau der Beta-Amyloid-Oligomere kommt (kataboler Weg; Abb. 1 oben links). Neueste Forschungsergebnisse weisen auf eine Rolle von Immunkomplexen ("Immune-Senescence") bei der Abräumung des Beta-Amyloids aus dem Extrazellulärraum hin [3].

Bei den genetischen wie den sporadischen Ursachen kommt es als gemeinsame Endstrecke letztendlich zu einer Zunahme von freien Beta-Amyloid- beziehungsweise seiner Oligomere (Abb. 1). Dies führt zu einer gestörten Synapsenfunktion und der Zunahme diffuser extrazellulärer Plaques, anschließend zur Vermehrung der inflammatorischen Reaktion von Astro- und Mikroglia und über eine zunächst funktionelle danstrukturelle Störung zum Neuronenuntergang, Atrophie und zum bekannten klinischen Bild der Demenz. Die genetischen und sporadischen Fälle lassen sich klinisch nicht voneinander unterscheiden.

Während früher eine Liquorpunktion zum Ausschluss diente, so kann heute durch Nachweis von Aβ-42, 40, dem Quotienten 42/40, Tau und Phospho-Tau eine an der Pathophysiologie orientierte multimodale neurochemische Demenzdiagnostik (NDD) bereits in den Frühstadien erfolgen [4]. Des Weiteren kann durch die NDD auch eine Differenzialdiagnostik zu anderen degenerativen Demenzen, wie der Lewy-Body-Demenz, Parkinson-assoziierten Demenz, frontotemporalen Demenz und der CJD erfolgen [5].

Prävention

Eine etablierte, durch Studien gesicherte Prävention gegen die Alzheimer-Demenz gibt es nicht. Hinweise für protektive Faktoren lassen sich jedoch aus zahlreichen Kohortenstudien entnehmen. Epidemiologie und Risikofaktoren der Alzheimer-Demenz wurden durch große longitudinale Studien in den letzten 10-20 Jahren besser untersucht. Hierbei wurde deutlich, dass es eine große Überlappung von vaskulären Risikofaktoren mit der Alzheimer-Demenz gibt (Abb. 2).

Nachfolgend sollen die wichtigsten behandelbaren Risikofaktoren und die aktuelle Evidenz dargestellt werden. Eine ausführlichere Literaturübersicht findet sich bei Weih et al. [6]. Arterielle Hypertonie: In älteren Kohortenstudien war ein arterieller Hypertonus ein klarer Risikofaktor für die Alzheimer-Demenz. In darauf folgenden randomisierten Studien zeigte sich zwar zum Teil ein positiver Effekt einer Blutdrucksenkung auf die darauf folgende Entwicklung einer Demenz [7], in einer kürzlich erschienenen Meta-Anaylyse von McGuiness [8] ließ sich insgesamt der Effekt einer Blutdrucksenkung aber leider nicht bestätigen. Allerdings ist eine effiziente Blutdruckeinstellung zur Verhinderung von kardiovaskulären Endpunkten wie Myokardinfarkt oder Schlaganfall ohnehin indiziert.

Ernährung: Zahlreiche epidemiologische Kohortenstudien zeigten übereinstimmend, dass eine Ernährung, die reich an ungesättigten Fettsäuren (z. B. Olivenöl, Fischöl) ist, einen protektiven Faktor darstellt. Vor allem die Einnahme von wenig trans-ungesättigten Fettsäuren ist mit einem reduzierten Demenz- und Alzheimer-Risiko assoziiert. Gesättigte Fettsäuren

Zertifizierte Fortbildung | Prävention und Therapie der Alzheimer-Demenz

(z. B. in raffinierten Ölen) waren hingegen mit einem erhöhten Demenz-Risiko assoziiert. Allerdings existieren bezüglich Ernährung nahezu keine randomisierten Studien, sodass der höchste Evidenzgrad nicht erreicht wird. In der OmegAD-Studie von Freund-Levy, 2006 [9] (Abb. 3) wurde der Effekt einer Nahrungsergänzung mit Omega-3-Fettsäuren untersucht. In der Verumgruppe kam es zu einer Stabilisierung des Minimental-Status, der im Vergleich zu Placebo aber nicht signifikant war. Die Studie wurde aber nur über 6 beziehungsweise 12 Wochen durchgeführt; ein längerer Zeitraum hätte möglicherweise eine Überlegenheit der Omega-3-Gruppe zeigen können.

Nikotin: Während in früheren Querschnittstudien ein protektiver Effekt von Nikotin postuliert wurde, ließ sich dies in großen Längsschnittstudien der letzten 15 Jahre nicht bestätigen. In der Rotterdam-Studie zeigte sich vor allem ein erhöhtes Risiko durch Rauchen, wenn kein Apo-E4-Allel vorhanden war.

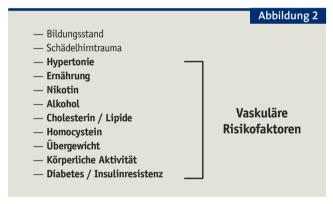
Alkohol: Der Zusammenhang zwischen Alkohol und Demenz ist epidemiologisch schwer zu beurteilen: Unterschiedliche Alkoholmengen, Trinkgewohnheiten sowie genetische Unterschiede der untersuchten Populationen machen es schwierig, einen Zusammenhang festzustellen. Zahlreiche große Kohortenstudien (z.B. Rotterdam-Studie, Whicap- und Bordeaux-Studie) zeigten jedoch übereinstimmend eine Risikoreduktion für Demenz unter moderater Alkoholeinnahme.

Abbildung 1 Sporadisch Genetisch ALter, APOE4 Akkumulation/Oligomerisierung von Verminderter AB-42 im limbischen System und Aβ-42 Abbau assoziiertem Kortex Störung der synaptischen Übertragung $A\beta$ -42 Oligomere > diffuse Plaques NSAID Aktivierung von Mikroglia + Astrozyten <u>Memantine</u> Funktionelle Störung, oxidativer Stress Missverhältnis Kinasen/Phosphatasen Γau-Kinasε → Tau-Hyperphysphorylierung Tangles regations-Ausdehnung auf Mesencephalon/Cortex etvlcholin Neurotransmitterstörung **DEMENZ**

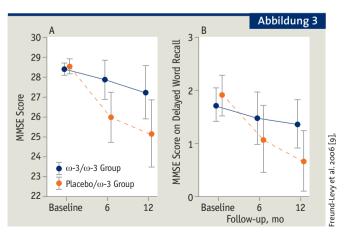
Pathophysiologie der Alzheimer-Demenz

Cholesterin: Ungeklärt ist der Zusammenhang zwischen erhöhtem Cholesterin und Entwicklung einer Demenz. Hier sind die epidemiologischen Daten höchst widersprüchlich. Die Mehrzahl der Studien konnte entweder keinen Zusammenhang oder allenfalls ein leicht erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Demenz bei Hypercholesterinämie zeigen. Deutlich diskrepant zu diesen Kohortenstudien war eine eindrucksvolle Risikoreduktion für die Alzheimer-Demenz bei Patienten, die Statine einnahmen. Für diese Risikoreduktion sind möglicherweise pleiotrope Effekte der Statine und Interaktionen mit dem Amyloidstoffwechsel verantwortlich.

Homocystein: Die Aminosäure Homocystein wurde in der Vergangenheit vor allem mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Verbindung gebracht. Spätestens seit der Framingham-Studie von Seshadri, 2002 [10], zeigte sich, dass ein erhöhtes Homocystein auch mit einer Alzheimer-Demenz assoziiert ist. Das relative Risiko ist hier - wie bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen - moderat mit einer 60-70 %igen Erhöhung der kumulativen Inzidenz einer Demenz. Während es bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Myokardinfarkt und Schlaganfall mittlerweile randomisierte Studien mit negativem Ausgang gibt, laufen diese Studien bei der Alzheimer-Demenz, sodass zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine abschließende Beurteilung und Therapieempfehlung erfolgen kann.



Beeinflussbare Risikofaktoren einer Alzheimer-Demenz



Abnahme des Minimental-Status nach Gabe von Omega-3-Fettsäuren (OmegAD-Studie)

56 NEUROTRANSMITTER 6.2007 Vitamin E: Für die Nahrungsergänzung mit Vitamin E sieht die Studienlage zwar besser aus, aber es konnte bislang weder in einer Studie an Alzheimer-Patienten noch einer Studie an Patienten mit milder kognitiver Störung (MCI; [11]) ein Nutzen einer Therapie mit Vitamin E sicher belegt werden.

Diabetes: Ähnlich wie bei anderen kardiovaskulären Risikofaktoren zeigte sich auch in neueren Kohortenstudien für Diabetiker ein erhöhtes Risiko für eine Demenz. Pathophysiologisch wird eine Interaktion von Beta-Amyloid mit dem Rezeptor für glykosylierte Endprodukte (RAGE) diskutiert. Interventionsstudien zu diesem Thema existieren nicht. Neben der Religious Orders-Studie [12] zeigten zahlreiche weitere Kohortenstudien ähnliche Ergebnisse. Das Risiko war jeweils um 60−130% erhöht.

Übergewicht: Sowohl ein erhöhter Body-Mass-Index als auch eine hohe Kalorieneinnahme können das Demenz-Risiko erhöhen [13, 14]. Ähnliche Beobachtungen wurden auch im Tiermodell gemacht, wo eine Nahrungsmittelrestriktion einen protektiven Effekt auf das zentrale Nervensystem hatte [15]. Körperliche Inaktivität: Wenn auch keine Interventionsstudien zu körperlicher Aktivität und Demenz vorliegen, so sind seit 2003 mehrere große Kohortenstudien erschienen, die meist ähnliche Ergebnisse zeigten: Patienten, die körperlich inaktiv sind, haben ein 20-70% erhöhtes Risiko für eine Alzheimer-Demenz oder einen vermehrten geistigen Abbau (vgl. Tab. 1). Die Daten zur körperlichen Aktivität lassen sich auch im Tiermodell reproduzieren [16].

Arteriosklerose: Alle genannten Punkte stellen zugleich Faktoren für die Arteriosklerose dar. Es wurde daher untersucht, ob arteriosklerotische Risikofaktoren auch additiv wirken, was die Studie von Hoffman [24] bestätigte: Vor allem Personen mit einem Apo-E4-Genotyp zeigten ein Demenzrisiko das "dosisabhängig" mit der Anzahl der kardiovaskulären Risikofaktoren anstieg.

Therapeutische Ansätze der Alzheimer-Demenz

Ausgehend von der pathophysiologischen Kaskade lässt sich eine Therapie der Alzheimer-Demenz ableiten (Abb. 1 und Tab. 2. Übersicht bei Klafki et al. [25]). Eine kausale Therapie wäre zum Beispiel nur in Form einer Impfung möglich, welche die Akkumulation von Beta-Amyloiden extrazellulär effektiv und ohne Nebenwirkung verhindern sollte. Eine derartige Impfung

ist derzeitig noch nicht verfügbar. Nichtsteroidale antiinflammatorische Medikamente könnten auf Ebene der Astrozyten- und Mikroglia-Aktivierung eingreifen, sind jedoch derzeitig nur in Kohortenstudien untersucht. Eine randomisierte Studie wurde aufgrund von Berichten über erhöhte Nebenwirkungsgrade von COX-2-Inhibitoren abgebrochen (ADAPT-Studie). Der NMDA-Antagonist Memantine ist für die Therapie der mittelschweren bis schweren Alzheimer-Demenz zugelassen und wirkt auf Ebene des oxidativen Stresses und der funktionellen Störung positiv; seine Wirksamkeit ist jedoch begrenzt.

Cholinesterasehemmer: Nach der cholinergen Hypothese kommt es durch Degeneration des N. basalis Meynert zu einem kortikalen Acetylcholinmangel. Auf der Stufe des Neurotransmitterdefizits wirken letztlich die Cholinesterase-Inhibitoren, die größte zugelassene antidementive Substanzengruppe mit der längsten Therapieerfahrung. Andere therapeutische Ansätze der Acetylcholins haben sich als nicht praktikabel erwiesen. Diese Medikamente bewirken allerdings nur einen symptomatischen Effekt, dessen Umfang zudem auch begrenzt ist. In Abbildung 4 ist der derzeitige Zulassungsstatus der Antidementiva zusammengestellt. Die Cholinesterase-Inhibitoren Donepezil, Galantamin und Rivastigmin sind für die leichte bis mittelschwere Alzheimer-Demenz zugelassen. Daneben existieren für alle drei Medikamente auch randomisierte kontrollierte Studien, die zeigen, dass diese Substanzen auch Off-Label bei der schweren Demenz (üblicherweise MMSE unter 10) wirksam sind. Keine belegten Hinweise gibt es derzeit für die Wirksamkeit von Cholinesterasehemmern bei der leichten kognitiver Störung: Hier zeigten weder die Cholinesterase-Inhibitoren noch Memantine einen positiven Effekt oder die zu diesem Thema veröffentlichten Studien wurden abgebrochen. Glutamat-vermittelte Neurotoxizität: Experimentell existieren Hinweise, dass es bei Alzheimer-Demenz, wie bei anderen neurodegenerativen Erkrankungen, zu einer NMDA-Glutamatrezeptor vermittelten Neurotoxizität kommt. Experimentelle Antagonisten wie MK-801 sind klinisch nicht einsetzbar. Der nichtkompetitive Antagonist Memantine hat eine mittelgradige Affinität zum NMDA-Rezeptor und ist klinisch gut verträglich. 2002 wurde Memantine für die Therapie der schweren Demenz zugelassen. Eine Übersicht über den Zulassungsstatus von Cholinesterasehemmern und Memantine gibt Abbildung 4.

Körperliche Aktivität und Demenzrisiko Tabelle 1						
Demente / Studien- teilnehmer	Beobachtungs- zeitraum (Jahre)	Relatives Demenzrisiko bei körperlicher Aktivität (95% CI)	Autor			
42 / 828	7	0,20 (0,06-0,68)	Yoshitake, 1995 [17]			
194 / 4615	5	0,5-0,69 (0,28-0,96)	Lindsay, 2002 [18], Laurin, 2001 [19]			
111 / 801	4,5	0,61 (0,35-1,05)	Wilson, 2002 [20]			
61 / 469	5,1	1,27 (0,78-2,06)	Verghese, 2003 [21]			
245 / 3375	5,4	0,7 (0,44-1,13)	Podewils, 2003 [22]			
107 / 1740	6,2	0,68 (0,48-0,96)	Larson, 2006 [23]			

59 NEUROTRANSMITTER _ 6.2007

Zertifizierte Fortbildung | Prävention und Therapie der Alzheimer-Demenz

Kombinationstherapie: Zur kombinierten Therapie von Cholinesterasehemmern mit Memantine liegt eine größere randomisierte, kontrollierte Studie vor. Bei Patienten, die bereits stabil auf Donepezil eingestellt waren, zeigte Memantine dabei einen geringen, aber statistisch signifikanten zusätzlichen Effekt.

Tabelle 2

Therapeutische Ansätze der **Alzheimer-Demenz**

- _ Experimentelle Ansätze:
 - Anti-Aβ-Impfung
 - · Tau-Aggregationshemmer
 - Sekretasehemmer
 - Tau-Kinasehemmer
- Durch Kohortenstudien plausible Therapieansätze:

 - · Nichtsteroidale Antiphlogistika
- _ Zugelassene medikamentöse Therapien
 - · Acetylcholinesterasehemmer bei leichter bis mittelschwerer Demenz
 - Memantine bei mittelschwerer bis schwerer Demenz
 - Rivastigmin bei Parkinson-assoziierter Demenz
 - Risperidon bei Unruhe, Aggressivität, Verhaltensstörungen und Wahn
- Off-Label-Use (durch Studien unterstützt)
 - Acetylcholinesterasehemmer bei schwerer Demenz
 - Memantine bei leichter Demenz
 - Acetylcholinesterasehemmer bei vaskulärer Demenz
 - Rivastigmin bei Lewy-Body-Demenz

				Abbildung 4
MMSE	Donepezil	Galantamin	Rivastigmin	Memantin
30				
28				
26				
24				
22				
20				
18				
16				
14				
12				
10				
8				
6				
4				
2				

MMSE: Minimental-Status. Hellgrün: Zulassung leichte Demenz, Dunkelgrün: Zulassung mittelschwere bis schwere Demenz, Gelb: Off-Label Use, durch Studien begründet. Rot: Negative Studien.

Zulassungsstatus von Cholinesterasehemmern und Memantine.

Fazit

Klassische kardiovaskuläre Risikofaktoren scheinen bei der Alzheimer-Demenz offensichtlich doch eine Rolle zu spielen, was in den letzten 10-15 Jahren durch zahlreiche gut angelegte, große Kohortenstudien belegt werden konnte. Interventionsstudien existieren nur für wenige Lifestyle- oder Risikofaktoren. Trotz mehrerer Interventionsstudien (z.B. Hypertoniebehandlung in der Syst-Eur-Studie) ließ sich bislang nicht zweifelsfrei belegen, dass dadurch auch Demenzen verhindert werden können. Allerdings ist eine Hypertoniebehandlung ohnehin zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Myokardinfarkt oder Schlaganfall indiziert. In einer vielversprechenden Studie mit Omega-3-Fettsäuren zeigten sich keine signifikanten Effekte, vermutlich jedoch aufgrund einer zu kurzen Studiendauer.

Hinsichtlich weiterer Risikofaktoren lassen sich aus den verfügbaren Studien weitere Empfehlungen ableiten:

- ___ Rauchende Patienten sollten zur Nikotinkarenz ermuntert werden oder eine Raucherentwöhnung sollte eingeleitet werden.
- Übergewichtige Patienten sollten zu körperlicher Aktivität mindestens zweimal pro Woche ermuntert werden. Ziel ist die Normalisierung des BMI.
- Ältere Patienten sollten spätestens alle ein bis zwei Jahre auf die Entwicklung eines Diabetes mellitus untersucht werden.
- Zu einer Erhöhung der Folsäureaufnahme kann aufgrund der derzeitig vorliegenden Evidenz nicht generell geraten werden. Eine erhöhte Folsäureaufnahme ist jedoch vermutlich unbedenklich, vor allen wenn sie durch eine "gesunde Ernährung" allein erfolgt.
- Patienten sollten zu einer ausgewogenen Ernährung (erhöhter Anteil ungesättigter Fettsäuren, normaler Kalorienbedarf) ermuntert werden (ggf. Ernährungsberatung).
- ___ Obwohl es epidemiologisch schwierig zu belegenist, kann ein geringer Alkoholkonsum belassen werden.
- Ob eine Kontrolle und gegebenfalls eine Senkung des Cholesterinspiegels vorbeugend gegen eine Demenz wirkt, kann derzeit noch nicht abschließend beurteilt werden.
- __ Durch Studien nicht belegt ist die Vitamin-E-Substitution. In der Pathophysiologie spielt die Amyloid-Kaskade vermutlich eine zentrale Rolle. Die pathophysiologischen Veränderungen lassen sich in der neurochemischen Demenzdiagnostik (NDD) im Liquor nachweisen. Die derzeit größte Medikamentengruppe in der Behandlung der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz sind die Cholinesterasehemmer. Außerdem ist der NMDA-Antagonist Memantine für die mittelschwere bis schwere Alzheimerdemenz zugelassen. Experimentelle und durch Kohortenstudien plausible Therapien lassen auf einen Fortschritt in der Demenzbehandlung in den nächsten Jahrzehnten hoffen.

KONTAKT

Dr. med. Markus Weih, MME

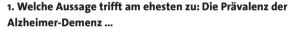
Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik Universitätsklinikum Erlangen E-Mail: Markus.Weih@uk-erlangen.de

Dr. med. Johannes Kornhuber, Erlangen Dr. med. Jens Wiltfang, Erlangen

60 NEUROTRANSMITTER _ 6.2007

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 2 CME-Punkte. Beantworten Sie alle Fragen richtig, werden 3 CME-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.



- A ... nimmt mit dem Alter nicht zu.
- **B** ... nimmt nur bei Frauen zu.
- C ... nimmt nur bei Männern zu.
- **D** ... nimmt linear mit dem Alter zu.
- **E** ... nimmt in der Zukunft exponentiell zu.

2. Welcher der genannten Punkte ist kein beeinflussbarer Risikofaktor im Rahmen der Alzheimer-Demenz?

- A Übergewicht.
- **B** APO E 4.
- C Nikotinabusus.
- **D** geistige Inaktivität.
- E körperliche Inaktivität.

3. Anbei sind Bestandteile der pathophysiologischen Kaskade der Alzheimer-Demenz aufgelistet. Bringen Sie sie in die richtige Reihenfolge.

- 1 Mikrogliaaktivierung
- 2 Bildung von diffusen Plaques aus A-Beta Oligomeren
- 3 Verminderter A β -42-Abbau oder Überproduktion von A β -42
- 4 Neurotransmitterstörung
- **5** Oxidativer Stress

A 5,1,3,2,4 **D** 3,2,4,5,1 **B** 1,5,4,3,2 **E** 3,5,1,4,2

c 3, 2, 1, 5, 4



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

4. Welche Aussage trifft nicht zu?

Die neurochemische Demenzdiagnostik (NDD) im Liquor ...

- **A** ... dient nur dem Ausschluss entzündlicher Ursachen einer Demenz.
- **B** ... ist an der Pathophysiologie orientiert.
- $\boldsymbol{\mathsf{C}}\,$... kann bereits in den Frühstadien pathologisch sein.
- **D** ... erfasst sowohl Beta-Amyloide, als auch Tau und Phospho-Tau.
- **E** ... kann weitere Demenzformen (u.a. CJD) differenzieren.

5. Welcher der folgenden Faktoren ist in Bezug auf das kardiovaskuläre Risiko in Interventionsstudien zur Verhinderung einer Demenz nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin getestet?

- A vorangegangener Schlaganfall
- **B** Olivenöl und Fischöl
- C Alkohol
- **D** arterielle Hypertonie
- **E** Übergewicht und körperliche Inaktivität



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.

Zertifizierte Fortbildung | CME-Fragen

6. Was wurde in der OmegAD-Studie getestet?

- A Blutdrucksenkung durch gesunde Ernährung.
- **B** Diabetesprävention durch Gesundheitssport.
- **C** Demenzprävention durch Blutdrucksenkung.
- **D** Demenzprävention durch mediterrane Ernährung (Olivenöl etc.).
- E Demenzprävention durch Nahrungsergängzung mit Fettsäuren.

7. Welche Aussage trifft zur Alkoholeinnahme und Demenzentwicklung zu?

- A Hohe Alkoholmengen sind protektiv.
- **B** Alkoholabstinenz ist protektiv gegen Demenz.
- **C** Moderater Alkoholkonsum steigert das Demenzrisiko.
- **D** Moderater Alkoholkonsum reduziert das Demenzrisiko.
- **E** Keine der Aussagen trifft zu.

8. Welche der folgenden Aussagen trifft nicht zu? Eine Therapie der Alzheimer-Demenz ist prinzipiell möglich durch ...

- A ... APO-E4-Antisense.
- B ... Impfung gegen Beta-Amyloid.
- **C** ... nichtsteroidale Antiphlogistika.
- **D** ... Antioxidantien.

Teilnahme per Post

E ... Beseitigung des Neurotransmitter-Defizits.



Bitte vergessen Sie den frankierten Rückumschlag nicht!

Teilnahmeschluss: 15.10.2007

9. Für die Therapie der Alzheimer-Demenz sind zugelassen:

- A Tau-Kinase-Hemmer
- **B** Cholinesterasehemmer
- **C** Statine
- D COX-2-Hemmer
- **E** Quetiapin

10. Welches der folgenden Medikamente ist nicht für die Behandlung der Demenz zugelassen?

- A Donepezil
- **B** Galantamin
- **C** Melperon
- **D** Rivastigmin
- **E** Memantin

Antwortformular für die postalische Einsendung Das ausgefüllte Formular senden Sie 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bitte zusammen mit einem ausreichend frankierten Rückumschlag an: **Urban & Vogel GmbH**

CME NEUROTRANSMITTER Postfach

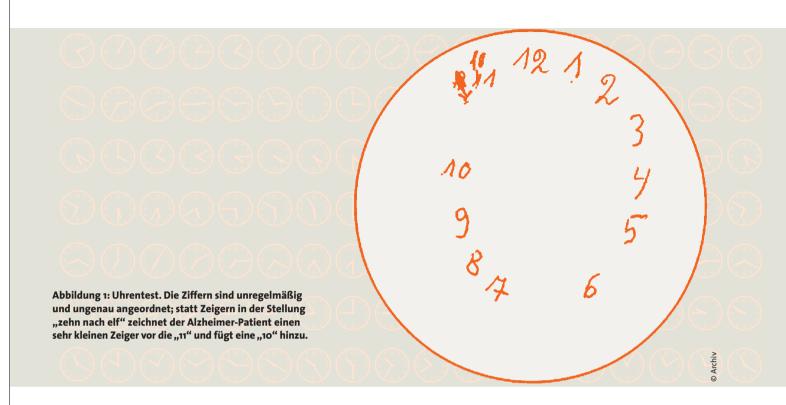
81664 München

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.

Α									Neuro Transmitter
В									Ausgabe 6/2007
C									Mit dem Einreichen dieses Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden,
D									dass die angegebenen Daten zum Zweck der Teilnahmebestätigung gespeichert und bei erfolgreicher Teilnahme auch an
E									den Einheitlichen Informationsverteiler (EIV) der Ärztekammern weitergegeben werden dürfen.
Ich vers	ichere, a	lle Frag	en ohn	e fremo	de Hilf	fe bea	antwo	rtet zi	u haben.
						_		-	
Name, Vor	name					Eir	nheitlich	ie Fortbi	ldungsnummer (EFN)
Geburtsda	ntum					-			
						(Ei	ntrag ode	r Aufklebe	er)
Straße, Nr.						-			
PLZ, Ort						- Un	terschr	ft	
Nur vol	lständig	ausgef	üllte Co	upons	könn	en au	ısgew	ertet v	werden!





Neuropsychologische Diagnostik von Demenzerkrankungen

Bei Anfangsverdacht Tests mit Aussagekraft

Die Diagnose Demenz stellt für die Betroffenen und Angehörigen gleichermaßen einen schwerwiegenden Einschnitt in ihr Leben dar. Eine genaue Befunderhebung und der Ausschluss einer therapierbaren Erkrankung sind die Grundlage für den betreuenden Arzt, um individuell beraten und behandeln zu können. Eine vertiefte neuropsychologische Untersuchung ist für die Diagnosestellung wesentlich.

K. SCHMIDTKE

ie häufigsten Demenzerkrankungen sind die Alzheimersche Erkrankung (AD, ca. 60% der Fälle), vaskuläre Demenzformen, die Lewy-Körperchen-Demenz (LBD, ca. 10%) und die frontotemporale Demenz (FTD, ca. 5%). Weitere wichtige Differenzialdiagnosen sind Verlaufsvarianten dieser Erkrankungen, seltenere symptomatische Demenzformen und psychogene Störungen. Da kognitive Defizite zentrales Merkmal von Demenzerkrankungen sind, sollte die neuropsychologische Untersuchung an erster Stelle der Diagnostik stehen. Ziel ist es, das Profil der gestörten und erhaltenen Leistungen zu erfassen. Für die Auswertung müssen Ausgangsbegabung,

Kooperationsvermögen, Erkrankungsstadium und wechselseitige Beeinflussung kognitiver Defizite berücksichtigt werden. Die neuropsychologische Diagnostik kann auch der Stadieneinteilung, Verlaufsbeurteilung und Therapieevaluation dienen. Sie erfordert spezielle Kenntnisse in der Testtheorie, der Durchführung und Beurteilung von Testverfahren, der Lokalisierbarkeit kognitiver Defizite und dem Defizitprofil verschiedener Demenzerkrankungen. Vor der Testuntersuchung wird eine Anamnese zu kognitiven Defiziten im Alltag erhoben. Schließlich liefert auch die Verhaltensbeobachtung während des Anamnesegesprächs und der Testuntersuchung wichtige Informationen.

Fortbildung | Neuropsychologische Diagnostik von Demenzerkrankungen

Die Durchführung der neuropsychologischen Diagnostik liegt vielfach in der Hand von Psychologinnen und Psychologen. Da die Interpretation jedoch auch fachärztliches Wissen über die Erkrankungen erfordert, sollte die Auswertung kooperativ von Psychologen und Nervenärzten vorgenommen werden.

1. Schritt – Liegt eine organische Demenzerkrankung vor?

Zunächst muss Klarheit darüber erhalten werden, ob tatsächlich eine manifeste Demenzerkrankung vorliegt. Differenzialdiagnosen sind unter anderem eine funktionelle (psychogene) Konzentrations- und Gedächtnisstörung und eine leichte kognitive Störung. Vor der Überweisung zum Facharzt hat nicht selten bereits der Hausarzt ein auffälliges Ergebnis in einem der zur Verfügung stehenden Suchteste festgestellt:

- Mini Mental Status (MMS): Er ist vor allem für die Bestimmung des Schweregrades einer Demenzerkrankung nützlich. Nicht zuletzt die genaue Erfragung der Orientierung, die den MMS eröffnet, ist aussagestark, denn Störungen der zeitlichen Orientierung gehören zu den ersten Symptomen einer AD. Der MMS prüft rudimentär das verbale Gedächtnis, Kopfrechnen, sprachliches Auffassungsvermögen und Abzeichnen. Bei leichten Störungsgraden ist der Test ungenügend sensitiv, vor allem wenn keine AD vorliegt. Testergebnisse unter 28 sind grundsätzlich auffällig. Unterhalb von 20 Punkten besteht oft schon ein mittelgradiges demenzielles Syndrom, sofern keine verunklarenden Umstände bestehen (Sprachstörung, eingeschränkte Deutschkenntnisse, akutes Ereignis, Krankenhausaufnahme, Medikamenteneffekte, mangelnde Ausgangsbegabung).
- DemTect [Kalbe et al., 2004]: Er ist besser geeignet als der MMST, um leichte Defizite zu erfassen. Er umfasst anspruchsvollere Aufgaben wie "Zahlenumwandeln", Wortflüssigkeit und den Spätabruf einer Wortliste. Patienten, die in diesem Test eine normale Leistung erzielen, sind mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht organisch krank.
- ___ **TFDD:** Der Suchtest zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung ist vergleichbar mit dem DemTect [Ihl et al., 2000].
- Uhrentest [Shulman, 2000]: Er ist sensitiv für visuellräumliche und planerische Defizite, die mit vielen Demenzerkrankungen einhergehen (Abb. 1). Er kann schon
 im Frühstadium der AD deutliche Defizite aufzeigen (aber
 meist nicht bei der leichten kognitiven Störung). Allerdings haben auch gesunde ältere Personen nicht selten
 Schwierigkeiten, die Uhrzeiger korrekt einzustellen, sodass
 ein pathologischer Testwert für die Diagnose einer Demenz nicht genügt. Der Uhrentest ist als alleiniger Suchtest nicht ausreichend.

Differenzialdiagnose: "Funktionelle Gedächtnis- und Konzentrationsstörung" (FGK): Sind in einem Suchtest keine Defizite festzustellen, sollte zunächst das Vorliegen einer FGK erwogen werden. Ursachen dieses häufigen Beschwerdebilds sind Depression und andere psychische Störungen, oft auch eine chronische Stressbelastung ohne eigentlichen Krankheitswert wie bei:

- __ interpersonellen Konflikten am Arbeitsplatz und in der Familie,
- __ Schmerzen und Behinderungen,

- __ Überarbeitung und Überlastung,
- __ finanziellen und familiären Problemen,
- __ Arbeitslosigkeit, anderen biografischen Krisen.

Die Patienten werden oft fälschlicherweise als überbesorgt oder hypochondrisch eingeschätzt. Tatsächlich besteht aber ein alltagsrelevantes Beschwerdebild, das charakterisiert ist durch:

- Fehler des prospektiven Gedächtnisses (Vergessen von Vorhaben, Terminen, Aufträgen, Verabredungen),
- episodische Störungen des Abrufs von Altgedächtnisinhalten, zum Beispiel Namen, Nummern, Fakten,
- Fehlleistungen bei Alltagstätigkeiten, zum Beispiel im Beruf oder beim Autofahren,
- __ Störung des Konzentrationsvermögens,
- wechselnde Ausprägung der Beschwerden in Abhängigkeit von Befinden und Belastung.

In der neuropsychologischen Untersuchung erzielen diese Patienten in der Regel normale Testleistungen, auch bei anspruchsvolleren Verfahren. Der Grund liegt vermutlich darin, dass in der Untersuchung eine annähernd normale Konzentrationsleistung mobilisiert werden kann, wogegen die Patienten im Alltag durch negative Emotionen und Stresserleben ständig innerlich abgelenkt sind und Fehlleistungen, Blockierungserlebnisse und Gedächtnismängel erleiden [Schmidtke et al., 2007]. Testleistungen können bei FGK-Patienten jedoch auch im subnormalen Bereich liegen, vor allem, wenn die unterliegende psychische Störung ausgeprägt ist (mehr als leichtgradige Depression). In dieser Situation sind vor allem Tests betroffen, die geschwindigkeitsabhängig sind oder anstrengendes, strategisches Denken erfordern wie Wortflüssigkeit, Zahlenverbindungstest und Trail Making Test sowie der freie Gedächtnisabruf. Werkzeugleistungen, die bei der Alzheimer-Demenz meist gestört sind (Objektbenennen, visuellräumliches Denken und Wiedererkennen von Lernmaterialien in einer Auswahl) sind dagegen typischerweise intakt.

Differenzialdiagnose "Leichte Kognitive Störung" (Mild Cognitive Impairment, MCI): Ergeben Suchtests Hinweise für eine reduzierte Testleistung, muss eine vertiefte Testuntersuchung erfolgen. Besteht vor allem ein Defizit der Gedächtnisleistung, ist ein MCI wahrscheinlich. MCI bezeichnet einen Zustand zwischen Normalität und Demenz, der nicht mit dem Vorstadium einer Demenz gleichzusetzen ist, aber ein stark erhöhtes Risiko anzeigt – besonders, wenn auch anamnestisch eine seit etwa 0,5–2 Jahren neu aufgetretene, alltagsrelevante Gedächtnisstörung besteht, die nicht anders erklärt werden kann.

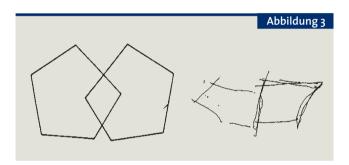
Die Gedächtnisstörung wird schon im Mini Mental Status anhand des Vergessens der Merkbegriffe und der Störung der zeitlichen Orientierung deutlich. Eine genauere Untersuchung des Gedächtnisses kann mit folgenden Verfahren erfolgen:

- Bei dem Wortlistenlernen aus der CERAD-Serie (Abb. 2) werden zehn Wörter vorgelegt, die der Patient laut vorlesen soll und die sofort anschließend abgefragt werden. Die Leistung ergibt sich aus der Summe der Richtigen in drei Durchgängen sowie aus der Leistung im Spätabruf und beim Wiedererkennen in einer Auswahlliste.
- Eine Alternative ist die anspruchsvollere 15-Wort-Liste nach Rey, die bei Patienten unter 60 Jahren angewendet werden kann.

Fortbildung | Neuropsychologische Diagnostik von Demenzerkrankungen

		Abbildung
Butter	Karte	Königin
Arm	Hütte	Gras
Strand	Butter	Arm
Brief	Strand	Hütte
Königin	Motor	Stange
Hütte	Arm	Strand
Stange	Königin	Butter
Karte	Brief	Motor
Gras	Stange	Karte
Motor	Gras	Brief

Zehn-Wort-Lernen aus der CERAD-Testserie.



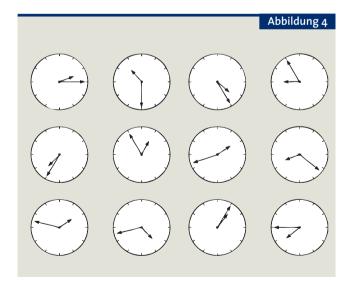
Verschränkte Fünfecke aus dem Mini-Mental-Test. Versuch einer Kopie durch einen Patienten mit AD.

- __ Ein Test des figuralen Gedächtnisses ist der verzögerte Abruf von Figuren in der CERAD-Testserie.
- Ein einfacherer, aber aussagestarker Ad-hoc-Test des bildlichen Gedächtnisses kann mit zehn beliebigen Bildern durchgeführt werden, die erst benannt werden sollen und nach etwa einer halben Stunde in einer Auswahl aus 20 Bildern wiedererkannt werden sollen. Normwerte liegen nicht vor. Es kann davon ausgegangen werden, dass zwei und mehr Fehler ein relevantes Gedächtnisdefizit anzeigen

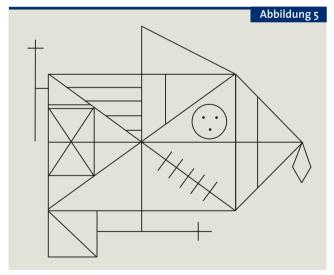
Bei der MCI kann neben der Gedächtnisstörung auch bereits eine leichte Reduktion der Wortflüssigkeit oder ein leichtes Defizit in anspruchsvolleren visuell-räumlichen Aufgaben, wie der Kopie der komplexen Rey-Figur, vorliegen. Entscheidend zur Abgrenzung gegenüber einer manifesten Demenz sind die noch weitgehend erhaltene Alltagskompetenz und das Fehlen deutlich pathologischer Testresultate außerhalb des Gedächtnisses.

2. Schritt - Liegt eine Alzheimer-Demenz vor?

Die AD ist der Prototyp der kortikalen Demenz und manifestiert sich im frühen Stadium durch umschriebene Werkzeugleistungen, vor allem des Gedächtnisses und des visuell-räumlichen Denkens. Diese Defizite können im Anamnesegespräch übersehen werden, daher ist eine Fremdanamnese und neuropsychologische Testuntersuchung notwendig. Schon die Eigenanamnese ist häufig sehr lückenhaft und unpräzise, ansonsten ist der psychische Befund meist wenig auffällig ("gute Fassade"). Die Patienten sind oft normal gestimmt, kooperativ und nicht ausgeprägt verlangsamt oder wesensgeändert. Die Fremdanamnese ergibt folgende Auffälligkeiten:



Uhrenlesetest. Pro Uhr ein Punkt, bei plus/minus einer Stunde oder fünf Minuten: 0,5 Punkte. Empfohlener Cut-off-Wert: 10,5, das heißt, bei einer Leistung unter 10,5 Punkten besteht der Verdacht auf eine Demenzerkrankung. Die Sensitivität für die Diagnose M. Alzheimer im Vergleich zu einer Gruppe gesunder 60-80-Jähriger beträgt bei diesem Cut-off-Wert 0,82, die Spezifität 0,70. Bei einem Cut-off-Wert von 10 beträgt die Sensitivität 0,73, die Spezifität 0,82 [Schmidtke und Olbrich, 2007].



Komplexe Figur von Rey. Aufgabe ist, die Figur maßstabsgerecht abzuzeichnen. Die Auswertung erfolgt durch Abzählen der richtig gesetzten Striche. Das Schwierigkeitsniveau ist hoch, der Test dient dem Nachweis leichtgradiger Defizite.

- Nachlassen der Kompetenz für anspruchsvolle Alltagsaufgaben, vor allem schriftliche Erledigungen,
- eindeutige, nicht durch eine Aufmerksamkeitsschwäche erklärbare Gedächtnisstörung,
- Störung des visuell-räumlichen Denkens beim Uhrenlesen, Zeichnen, Reparieren und der räumlichen Orientierung,
- Wortfindungs- und Benennstörung,
- Fehlen auffälliger subkortikaler/frontaler Zeichen, besonders Verlangsamung und Wesensänderung,
- im Vor- oder Frühstadium der AD besteht teilweise eine begleitende Depression, im Frühstadium kann bereits eine paranoid getönte Wahnsymptomatik bestehen.

Eine AD kann nur vermutet werden, wenn neben einer Gedächtnisstörung zumindest auch eine Störung des visuellräumlichen Denkens besteht. Eine Benennstörung unterstützt die Diagnose. Diese ist bei der AD ausnahmsweise schon früh sehr deutlich; differenzialdiagnostisch muss in solchen Fällen an eine temporale Form der FTD gedacht werden (siehe unten). Im späteren Verlauf der AD wird die Sprache inhaltsarm und floskelhaft. Die Patienten können Fragen oft nicht auffassen und machen allgemeine oder nicht zur Sache gehörende Äußerungen ("Vorbeireden"). Es treten phonematische Paraphasien (Lautverwechselungen), Satzabbrüche und Störungen des Sprachverständnisses auf. Die Testuntersuchung sollte die genannten Werkzeugleistungen einzeln prüfen. Grundlage ist die CERAD-Testserie (siehe unten). Wenig geeignet sind Testverfahren von Leistungsbereichen, die unspezifisch und bei vielen Erkrankungen gestört sind, zum Beispiel Wortflüssigkeit und tempoabhängige "exekutive" Leistungen. Auch der freie Gedächtnisabruf, also die Abfrage ohne Hinweisreize, erfordert strategisches und anstrengendes Denken und ist daher bei vielen Demenzerkrankungen unspezifisch gestört.

Visuell-räumliches Denken: Störungen des visuell-räumlichen Denkens haben Auswirkungen auf das Schreiben, Lesen, Rechnen, Uhrenlesen, Zeichnen, Ankleiden, Kartenlesen, Zusammensetzen, Erkennen von Zeichen, Orientierung im nahen und fernen Raum etc. Geeignete Testverfahrensind im Folgenden aufgeführt:

- __ Das Abzeichnen von Figuren, zum Beispiel der CERAD-Testserie oder der beiden Fünfecke aus dem Mini Mental-Test (Abb. 3) ist angebracht.
- Der Uhrentest hat eine starke visuell-räumliche Komponente und ist sensitiv, jedoch durch eine unspezfische "exekutive" Komponente überlagert.
- __ Das Uhrenlesen erfordert kein "exekutives" Denken und greift auf eine überlernte Leistung zurück. Er ist daher ein weitgehend spezifischer und sensibler Test des visuellräumlichen Denkens (Abb. 4). Patienten mit AD zeigen meist immer eine pathologische Leistung, ebenso Patienten mit LBD, nicht aber Patienten mit FTD oder vaskulären Demenzformen (außer bei parietalen Insulten). Bei MCI ist die Testleistung in der Regel noch normal [Schmidtke und Olbrich, 2007].
- Das Abzeichnen der komplexen Rey-Figur (Abb. 5) dient wegen des höheren Schwierigkeitsgrads eher dem Ausschluss als dem Nachweis einer visuell-räumlichen Denkstörung. AD-Patienten sind dadurch meist weit überfordert.

Objektbenennen: Für eine orientierende Prüfung kommen beliebige Abbildungen von Gegenständen oder konkrete Gegenstände infrage, zum Beispiel aus der Schreibtischschublade. Dabei muss auf ein ausreichend hohes Schwierigkeitsniveau geachtet werden. Eine Alternative ist das Benennen nach Beschreibungen, zum Beispiel: "Welches Tier hat acht Fangarme? hat schwarz-weiße Streifen? hat einen sehr langen Hals? Womit wird Sahne geschlagen? etc." Die formale Prüfung erfolgt mit standardisierten Bildserien, zum Beispiel aus der CE-RAD-Testserie (15-Bilder-Kurzform des Boston-Benenntests, Abb. 6) oder dem Aachener Aphasie-Test.

Es sollte beachtet werden, dass die Benennstörung bei AD-Patienten durch ein Defizit des visuellen Erkennens von Abbildungen überlagert sein kann. Dies gilt weniger für reale Objekte aus der Umwelt als für Abbildungen ohne Farbe, Tiefe, Details und Größenvergleich.

3. Schritt – Liegt eine andere Demenzerkrankung vor?

Besteht durch Anamnese und Testdiagnostik kaum ein Zweifel an einer Demenzerkankung, so stellt sich regelmäßig die Frage, ob tatsächlich die häufigste Erkrankung, die AD, vorliegt, oder eine andere degenerative Erkrankung, eine symptomatische Demenz, eine Mischdemenz oder eine Variante der AD. Hinweise dafür, dass keine typische AD vorliegt, sind

- __ jede körperliche-neurologische Begleitsymptomatik (außer Riechstörung),
- __ jede allgemeine oder internistische Begleitsymptomatik (z. B. Fieber, Gewichtsverlust, Übelkeit, Ausschläge, Adynamie, Kopfschmerzen),
- __ ein rasches oder subakutes Einsetzen, schneller oder schubförmiger Verlauf,
- __ ein Alter unter 60 Jahre,
- __ führende Störung von Wachheit, Aufmerksamkeit und psychomotorischer Geschwindigkeit,
- ein CCT-Befund mit asymmetrischer Hirnatrophie, frontaler Atrophie, wesentlicher Marklagerdegeneration, Status lacunaris der tiefen Kerne, Fehlen einer Aufweitung der Seitenventrikel-Unterhörner.

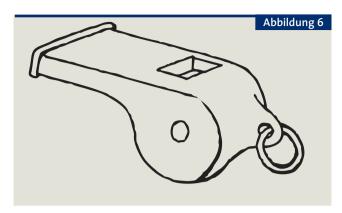
Infrage kommende Differenzialdiagnosen sind

- __ die FTD mit ihren temporalen Sonderformen (Primär Progressive Aphasie, Semantische Demenz),
- __ die LBD,
- __ die posteriore kortikale Atrophie (Variante der AD),
- __ die subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie (SAE, zerebrale Mikroangiopathie),
- __ die progressive supranukleäre Parese (PSP) und die kortiko-basale Degeneration,
- __ der Normaldruckhydrocephalus (NPH),
- __ weitere symptomatische Demenzformen infolge von zerebralen Raumforderungen, infektiösen und entzündlichen Erkrankungen (Lues, HIV, Vaskulitis), Hypothyreose, Wernicke-Enzephalopathie, Morbus Wilson etc.

Es gibt neuropsychologische Hinweise, die für eine andere Erkrankung als die AD sprechen:

__ Das Fehlen der typischen AD-Trias aus Gedächtnisstörung, visuell-räumlicher Störung und Benennstörung lässt an eine andere Erkrankung denken.

Fortbildung | Neuropsychologische Diagnostik von Demenzerkrankungen



Beispiel aus dem Test des Objekt-Benennens der CERAD-Serie.

- Eine deutliche Verlangsamung aller Denkabläufe, wie sie vor allem bei subkortikalen oder gemischt kortikal-subkortikalen Symptomen auftritt (SAE, NPH, Mischdemenz AD/SAE, PSP, die meisten symptomatischen Demenzformen) spricht gegen eine AD.
- Patienten mit posteriorer kortikaler Atrophie zeigen führende Defizite des visuell-räumlichen Denkens bei noch gut erhaltenem Gedächtnis.
- Gegen AD und für eine temporale Variante der FTD sprechen führende und ausgeprägte Defizite der Sprache, zum Beispiel im Benenn-Test der CERAD-Serie, eine deutlich verminderte Sprachflüssigkeit, vermehrte Sprachanstrengung, Fehler der Wortform (phonematische Paraphasien) und der Grammatik.
- Symptome wie Störung des Antriebs und des Sprachantriebs mit Rückzugstendenz, Teilnahmslosigkeit, Interessenverlust und Sprachverarmung; Störung des Denkens mit Ablenkbarkeit, assoziativer Lockerung, Inflexibilität; Störung der Affektivität mit inadäquater Stimmung, Logorrhoe, Unruhe; Einengung des Bewusstseins mit fehlender Krankheitseinsicht; "Soziopathie", Perseveration und Disinhibition sprechen für eine frontale Variante der FTD. Auch ein Kontrast zwischen deutlich eingeschränkter Alltagskompetenz und insgesamt guten Testergebnissen (z. B. bei Mini Mental Status und CERAD) lässt an eine FTD denken.
- Für eine LBD spricht eine Überlagerung aus "subkortikalen" Symptomen (Verlangsamung, Antriebsminderung) mit "kortikalen" Symptomen (Störung des Gedächtnisses, des visuell-räumlichen Denkens, der Sprache und der Praxis), sowie körperliche und psychiatrische Begleitsymptome (hypokinetisch-rigides Syndrom, szenische visuelle Halluzinationen, Fluktuationen der Wachheit, Urininkontinenz, orthostatische Hypotonie, REM-Schlaf-Störung mit nächtlichem Sprechen und Ausagieren von Träumen).

Zusammenfassung der empfohlenen Testverfahren

Standardisierte Testserien liefern ein Leistungs- und Defizitprofil und sind die Basis der Diagnostik. Ein wesentlicher Qualitätsfaktor ist die Standardisierung nach Alter, Geschlecht und Ausbildungsniveau. Testserien müssen jedoch fallweise ergänzt oder gekürzt werden. Weltweit eingeführt ist die CERAD-Testserie des Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. Hierzu existiert eine deutschsprachige Version mit Auswerte- und Dokumentationsprogramm [Monsch, 1997; Satzger et al., 2001]. Die CERAD-Serie umfasst

- den Mini Mental Test:
- Test für verbales Gedächtnis: Sofortabruf einer Liste von zehn Worten in drei Durchgängen, Spätabruf der Wortliste ohne nochmalige Präsentation, spätes Wiedererkennen der Wortliste in einer Auswahl von zwanzig Worten (Abb. 2);
- Test für figurales Gedächtnis: Spätabruf der zuvor gezeichneten Figuren;
- ___ Test für visuell-räumliches Denken: Abzeichnen von Kreis, Raute, zwei Vierecken und einem dreidimensionalen Würfel;
- ___ Test zum Objektbenennen: Kurzfassung des Boston-Benenntests mit 15 gezeichneten Objekten (Abb. 6);
- ___ Test zur Wortflüssigkeit: Aufzählen von Tierarten innerhalb einer Minute.

Die Durchführung dauert circa 40 Minuten. Die CERAD-Testserie fokussiert stark auf die AD und ist nicht ohne Nachteile. Das Figurenabzeichnen ist als Test des visuell-räumlichen Denkens insuffizient: Die ersten drei Figuren sind einfach und werden von vielen Patienten mit leichter Demenz bewältigt, der dreidimensionale Würfel dagegen ist sehr schwierig und wird oft von gesunden älteren Personen nicht bewältigt. Der Benenntest zeigt bei leichten kognitiven Defiziten eine zu geringe Sensitivität und Differenzierungsfähigkeit. Die Wortflüssigkeit ist wenig aussagestark, da Defizite unspezifisch sind. Es fehlt ein Test der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit. Weitere Tests sind daher als Alternativen oder Ergänzungen empfehlenswert:

Gedächtnis: Wortlistenlernen nach Rey mit 15 Begriffen oder California Verbal Learning Test [Kaltreider et al., 2000] (hohes Niveau); verzögertes Wiedererkennen von zehn Bildern in einer Auswahl (niedriges Niveau), Nacherzählen von Kurzgeschichten ("Logisches Gedächtnis" aus der Wechsler Memory Scale, hohes Niveau).

Visuell-räumliches Denken: Kopie der komplexen Rey-Figur (hohes Niveau), Uhrenzeichnen, Uhrenlesen (niedriges Niveau) (siehe oben, Abschnitt zur AD).

Sprache: Eine Serie des Objektbenennens mit 20 Bildern, sowie der Token-Test des Sprachverständnisses, beide im Aachener Aphasie Test enthalten [Huber et al., 1983].

Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit: Ein klassisches Verfahren ist der Trail Making Test Teil A. Noch geeigneter ist der Zahlenverbindungstest in der Version aus dem Nürnberger Altersinventar [Oswald und Fleischmann, 1995]. Die Testleistungen werden durch eventuelle Störungen des Sehens und der visuellräumlichen Verarbeitung überlagert

Logisch-analytisches Denken: Zur Prüfung des Denkens auf einer höheren Integrationsebene können die Untertests "Bildergänzen" und "Bilderordnen" aus dem Hamburg-Wechsler-Intelligenztest vorgelegt werden. Diese Testverfahren sind in der Demenzdiagnostik nicht etabliert, aber im Einzelfall wertvoll, vor allem wenn eine Frontalhirnerkrankung bei einem noch jüngeren Patienten mit mindestens durchschnittlicher Ausgangsintelligenz im Raum steht.

Praxis: Eine orientierende Prüfung der manuellen Praxis kann durch Nachahmung von Bewegungen erfolgen. Der Patient sollte daher folgende Bewegungen ausführen beziehungsweise auszuführen versuchen:

- Fäuste bilden und gegeneinander klopfen,
- Fingerknöchel gegeneinander klopfen,
- Zeigefinger und Daumen zu einem Kreis formen und die Kreise der beiden Hände verschränken,
- die Ohrläppchen überkreuz berühren,
- die Handrücken an die Stirn legen,
- die Arme ausstrecken, die Handrücken aneinanderlegen und die Finger gegeneinander klopfen,
- die Arme und Hände ausstrecken, die Handflächen nach außen drehen, dann Arme kreuzen und Hände klatschen, dann Finger verschränken.

Eine ausführlichere Darstellung neuropsychologischer Testverfahren findet sich in dem Buch: Schmidtke, K. Demenzen. Diagnostik und Behandlung in der Facharztpraxis und Gedächtnissprechstunde [Kohlhammer, Stuttgart, 2006].

KONTAKT

Prof. Dr. med. Klaus Schmidtke

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg Lehener Str. 88, 79106 Freiburg E-Mail: klaus.schmidtke@uniklinik-freiburg.de

Falscher Alzheimer-Verdacht

Demenz-Patient wurde wieder mündig

in 74-jähriger Patient, bei dem im Rahmen eines Vorderwandinfarktes Kammerflimmern aufgetreten war, konnte erfolgreich reanimiert werden. Die anschließende Koronarangiografie ergab eine schwere koronare 3-Gefäß-Erkrankung mit Hauptstammbeteiligung. Bei der Aufklärung über die erforderliche Operation fielen erstmals ausgeprägte kognitive Defizite auf. Vom neurologischen Konsiliarius wurde der dringende Verdacht auf eine senile Demenz vom Alzheimer-Typ geäußert. Zum Krankheitsverlauf konnte der Patient selbst keine Angaben machen. Die Befragung der Angehörigen ergab, dass die Erkrankung vor etwa einem Jahr begonnen hatte. Aufgefallen war zunächst eine deutliche Gangstörung, später eine Inkontinenz.

CT liefert die Diagnose

Zur Abklärung wurde eine kraniales CT durchgeführt. Hierbei fand sich eine hydrozephale Erweiterung des Ventrikelsystems ohne Hinweise für eine Hirndrucksteigerung. Auch mittels Liquorpunktion wurde sichergestellt, dass es sich um einen normalen Liquordruck handelt. Somit lautet die Diagnose: idiopathischer Normaldruckhydrozephalus. Anschließend wurde ein Shuntsystem implantiert: Mittels eines zwischengeschalteten Ventils wird der Liquor aus einem der Seitenventrikel in den rechten Vorhof abgeleitet. So kann ein Druckausgleich zwischen Liquorräumen und Hirnparenchym erreicht werden. Diese Therapie brachte eine deutliche Besserung der demenziellen Symptomatik und der neurologischen Defizite.

Rätselhafte Erkrankung

Der idiopathische Normaldruckhydrozephalus des älteren Menschen ist eine rätselhafte Erkrankung. Sie ist charakterisiert durch die Symptomkonstellation von Gangstörung, Inkontinenz und Demenz. Computertomografisch findet sich eine hydrozephale Erweiterung des Ventrikelsystems ohne Hinweise

auf eine Hirndrucksteigerung. Bei den meisten Patienten handelt es sich um eine primäre Erkrankung. Die Krankheitsursache ist letztlich unklar. Doch muss man annehmen, dass es sich um ein multifaktorielles Geschehen handelt, wobei sowohl eine intermittierende Steigerung des Hirndrucks als auch eine Verminderung der periventrikulären Hirnmasse eine Rolle spielen dürften. Die Gangstörung ist gekennzeichnet durch ein unsicheres, verlangsamtes und unharmonisches Gangbild mit verkürzter Schrittlänge und verminderter Schritthöhe. In fortgeschrittenen Stadien können Patienten vollständig gehunfähig, manchmal auch stehunfähig werden. Das Gangbild erinnert an ein magnetisches Haftenbleiben der Fußsohle. Die Patienten bleiben regelrecht am Boden kleben. Die demenzielle Störung wird durch Gedächtnis- und Konzentrationsschwächen, durch Störung des Antriebs, vermehrte Erschöpfbarkeit, erschwerte Auffassung und psychomotorische Verlangsamung geprägt. Überlappungen mit einem Parkinsonsyndrom sind möglich. Somit ist der Morbus Parkinson auch die wichtigste Differenzialdiagnose zum idiopathischen Normaldruckhydrozephalus.

Gute Behandlungsaussichten

Der idiopathische Normaldruckhydrozephalus ist eine behandelbare Erkrankung. Die Therapie besteht in der Anlage eines liquorableitenden Shuntsystems. Dadurch kann bei über 80 % der Patienten eine deutliche Besserung der klinischen Symptomatik und der Lebensqualität erreicht werden. Im Einzelfall kann es sinnvoll sein, vorher mittels probatorischer Lumbalpunktion zu prüfen, ob die Entnahme von Liquor zu einer temporären Besserung des neurologischen Status führt.

KONTAKT

Dr. med. Peter Stiefelhagen

Interview

Gegen Demenz auch eigene Kräfte mobilisieren

Zu neuen Erkenntnissen in der Demenzentstehung, zu prädiktiven diagnostischen Verfahren in der Früherkennung der Demenz und künftigen therapeutischen Optionen befragte Schriftleiter PD Dr. Albert Zacher den Münchner Neurologen und Psychiater Prof. Dr. Hans Förstl.

Gibt es neue, entscheidende Ergebnisse bei der Ursachenerforschung der Alzheimer-Demenz?

Prof. Dr. Hans Förstl: Trotz intensiver Forschung in vielerlei Bereichen gibt es in den letzten zwei bis drei Jahren eigentlich keine wirklich neuen Erkenntnisse.

Peinige Zeit waren die Immunisierungsversuche gegen die Alzheimer-Demenz ständig in der Diskussion. Nun hört man kaum mehr etwas davon. Liegt es nur an den Nebenwirkungen dieser Methode?

Prof. Förstl: Tatsächlich mussten erste Impfversuche an Patienten wegen Meningo-Enzephalitiden abgebrochen werden. Die derzeitige, verhältnismäßige Ruhe um die aktiven und passiven Immunisierungsversuche werden vielleicht in zehn Jahren als Ruhe vor dem Sturm betrachtet werden. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass eine Immunisierung gegen das körpereigene beta-Amyloid trotz prinzipieller Risiken eines Tages als prophylaktischer, vielleicht sogar als therapeutischer Ansatz zur Verfügung stehen kann. Derzeit ist die Relation von Wirkungen zu Nebenwirkungen aber überhaupt noch nicht abzuschätzen.

Alauben Sie, dass es in den nächsten zwei bis drei Jahren entscheidende neue Weichenstellungen für die medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Demenz geben wird? Gibt es Hoffnungen erweckende Ansätze?

Prof. Förstl: In der pharmakologischen

Therapie ist eher nichts zu erwarten, was den Patienten mit manifester Alzheimer-Demenz bereits deutlich besser helfen wird als die bereits zur Verfügung stehenden Mittel.

Das MCI-Konzept steht momentan

hoch im Kurs, wie ja viele Früherken-

nungskonzepte, die einen möglichst raschen Behandlungsbeginn ermöglichen sollen. Was ist davon zu halten? Prof. Förstl: Es überrascht natürlich nicht, dass leichtere Probleme häufig den schwereren voraus gehen. So ist es meist auch bei den Demenzen, wenn man einmal von plötzlich auftretenden Leistungsverlusten beispielsweise nach ausgedehnten oder multiplen Hirninfarkten, schweren Enzephalitiden oder Schädel-Hirn-Traumata absieht. Hinter den leichten kognitiven Störungen nichts anderes heißt MCI, nämlich mild cognitive impairment - können affektive Erkrankungen, neurodegenerative oder andere leichtere Hirnveränderungen stehen. Etwa 15-20% der Patienten mit leichten kognitiven Störungen entwickeln im Folgejahr tatsächlich eine Demenz, 80-85% nicht beziehungsweise noch nicht. Es ist nicht ganz leicht vorherzusagen, wer in absehbarer Zeit dement wird. Enttäuschend waren übrigens auch die Versuche, Patienten mit leichten kognitiven Störungen mit Antidementiva zu behandeln.

Was im Kaiser-Reich die "Luo-Phobie", in den 1960er-Jahren die Krebs-Phobie und später die Aids-Phobie war,



Prof. Dr. med. Hans Förstl
Direktor der Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der Technischen
Universität München

ist inzwischen zur Alzheimer-Phobie geworden. Wie kann man am besten diagnostisch und therapeutisch mit dieser Angst umgehen?

Prof. Förstl: Die Alzheimer-Phobie hat eine ähnliche Berechtigung wie die Angst vor dem Tod. Die prinzipielle Sorge um den Verlust von Geist und Leben ist gerechtfertigt und sollte Anlass sein, um – unabhängig vom Stadium der Besorgnis oder der Hirnveränderungen – möglichst viele präventive, prophylaktische und therapeutische Strategien gegen das alsbaldige Eintreten einer Demenz zu mobilisieren, nicht zuletzt auch, um die Anstrengungen der Forschung weiterführend zu unterstützen.

Ihre Frage zielt aber vermutlich eher auf die "worried well", also auf die Überbesorgten ohne verwertbaren Hinweis auf eine alsbald beginnende Demenz. Hier wäre zu überlegen, ob die Leistungsansprüche überzogen sind, oder ob die Leistungsfähigkeit durch eine depressive Störung eingeschränkt wird und damit entsprechende psychotherapeutische, andere psychosoziale oder medikamentöse Maßnahmen eingesetzt werden können.

Prof. Förstl, wir danken Ihnen für das
informative Update zur AlzheimerDemenz.



Kinder mit Gilles de la Tourette-Syndrom können ihre Tics häufig in beachtlicher Weise unterdrücken. Dennoch müssen sie die verwunderten Blicke der anderen ertragen lernen.

Tics bei Kindern

Kinder entdecken die Welt, sie sind neugierig und lebhaft. Manche ungewöhnliche Bewegungen und wiederkehrenden Geräusche gehören zu ihrem Spiel, können jedoch auch Zeichen einer nicht seltenen Tic-Störung sein.

G. THOMALLA, A. MÜNCHAU

ics stellen die häufigste Bewegungsstörung im Kindesalter dar. Dabei sind vorübergehende Tics, im Rahmen der motorischen Entwicklung, als normal anzusehen. Einfache, transiente Tics wie Augenblinzeln, Naserümpfen oder Augenbrauen hochziehen treten im Laufe der Entwicklung fast bei jedem Kind auf. Sie fallen der Umwelt oft nicht auf und haben keinen Krankheitswert. Darüber hinaus gibt es jedoch auch chronische Ticstörungen und Tics als Symptom anderer Erkrankungen. Am häufigsten sind Tics als Leitsymptom eines Gilles de la Tourette-Syndroms. Selten können Tics aber auch sekundär bei neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. Panthotenat-Kinase assoziierte Neurodegeneration), durch Medikamente induziert oder in der Folge struktureller Hirnläsionen auftreten. In der diagnostischen Beurteilung von Tics kommt dieser Abgrenzung primärer und sekundärer Tic-Störungen sowie der Abgrenzung von anderen Bewegungsstörungen eine wichtige Bedeutung zu.

Tics: Definition und Phänomenologie

Tics sind plötzlich auftretende, rasche, sich wiederholende, zumeist nicht rhythmische Bewegungen (motorische Tics) oder Laute (vokale Tics), die im Bewegungsablauf physiologischen Willkürbewegungen entsprechen, aber im falschen Kontext oder übertrieben auftreten [1]. Man unterscheidet einfache und komplexe Tics (Beispiele siehe Tabelle 1). Motorische Tics treten vor allem im Gesicht, an der Schulter und

an den Armen auf, können jedoch auch den Rumpf und die Beine betreffen [2].

Typischerweise geht Tics ein Dranggefühl voraus, das nach dem Auftreten eines Tics in der Regel wieder - zumindest vorübergehend – abklingt [3]. Insbesondere beim Gilles de la Tourette-Syndrom ist der den Tics vorhergehende Drang eines der Kardinalsymptome. Allerdings kann auch Tics bei degenerativen Erkrankungen ein Dranggefühl vorausgehen. Dieser Drang wird meist als sehr viel störender und unangenehmer empfunden als die Tics selbst. Von Erwachsenen wird das Dranggefühl häufig als diffuses Unbehagen oder als unbestimmte Anspannung beschrieben, zum Beispiel ähnlich dem Gefühl vor dem Niesen. Kinder sind sich dieses Dranggefühls häufig nicht bewusst oder können es

Fortbildung | Tics bei Kindern

nicht klar beschreiben. Wenn sie es schildern, beschreiben sie gelegentlich ein "Spannen" an verschiedenen Körperregionen, besonders im Bereich von Kopf, Hals Nacken und Schulter.

In der Regel lassen sich Tics für eine gewisse Zeit unterdrücken, kehren dann jedoch häufig verstärkt zurück. Oft sind Kinder bemüht, Tics vor anderen, zum Beispiel vor Lehrern oder Klassenkameraden, zu verbergen, sodass der Arzt während der Untersuchung oder auch der Lehrer während einer Schulstunde keinen einzigen Tic beobachtet, die Kinder dafür aber zu Hause häufige und ausgeprägte Tics zeigen.

Ein typisches Kennzeichen von Tics sind Fluktuationen. Phasen mit häufigen Tics wechseln sich ab mit Phasen, in denen keine oder nur wenige Tics auftreten [4]. Solche Fluktuationen gibt es in kürzerem Zeitrahmen (Minuten oder Stunden) und über längere Zeiträume (Wochen oder Monate). Bei den meisten Betroffenen nehmen Tics bei Anspannung, Stress, Unruhe und Langeweile zu und flauen bei Konzentration ab. Manch-

mal lassen sich Tics durch externe Stimuli auslösen (z.B. Berührung der Haut oder bestimmte Geräusche). Im Laufe der Zeit ändert sich häufig das Repertoire der Tics. Bestehende Tics klingen ab, neue treten auf. Manche Tics verbleiben dauerhaft im Repertoire eines Patienten. Tics können auch im Schlaf auftreten.

Klassifikation von Tics

Tics lassen sich ätiologisch in primäre und sekundäre Tics einteilen. Während sich bei primären Tics keine andere Ursache finden lässt, sind sekundäre Tics Ausdruck einer anderen zugrunde liegenden Erkrankung. Primäre Tics sind bei Erwachsenen und auch bei Kindern wesentlich häufiger als sekundäre. Primäre Tic-Erkrankungen lassen sich ferner nach Komplexität und Dauer einteilen (ICD-10 Klassifikation von Tics siehe Tabelle 2). Vorübergehende Tics sind definiert als Tics, die kürzer als ein Jahr, chronische Tics als solche, die länger als ein Jahr anhalten [5]. Mit Abstand am häufigsten treten Tics im Rahmen des Gilles de la Tourette-Syndroms auf.

Tabelle 1 Beispiele für einfache und komplexe motorische und vokale Tics Tics motorisch vokal einfach __ Augenblinzeln __ räuspern __ zwinkern __ husten Augen verrollen __ grunzen Naserümpfen pfeifen Mund öffnen schniefen Kiefer verrenken quieken Lippen spitzen bellen Zunge herausstrecken gurgeln grimassieren Zunge schnalzen Kopfrucken zischen Schulterrucken einfache Laute Bauch anspannen (ooh, aah, uuh ...) strecken/anspannen von Armen oder Beinen komplex klatschen Tiergeräusche nachahmen Objekte oder Personen anfassen Wörter, Redewendungen, hinhocken Floskeln, ganze Sätze ("Ach springen so", "Jawohl", Halt's Maul", Ganzkörperbewegungen "Na so was"...) küssen __ schlagen, boxen

Tics bei Kindern – Epidemiologie

Tics bei Kindern sind häufig [6]. Eine Untersuchung normaler Schulkinder ergab, dass 6,6% im Laufe des letzten Jahres Tics gehabt hatten [7]. Insgesamt gibt es nur spärliche epidemiologische Daten zu Tics bei Kindern, was auch daran liegen mag, dass vorübergehenden Tics häufig kein Krankheitswert beigemessen wird und deshalb kein Kinderarzt aufgesucht wird.

Abgrenzung von anderen Bewegungsstörungen

In der Regel bereitet die Abgrenzung von anderen Bewegungsstörungen keine größeren Probleme. Tics können Stereotypien ähneln, jedoch sind sie weniger komplex und werden typischerweise auch nicht so häufig hintereinander wiederholt wie dies bei Stereotypien der Fall ist. Auch geht Stereotypien meist kein Dranggefühl voraus. Stereotypien lassen sich durch Zuwendung und Ablenkung oft stoppen und sind noch stärker als Tics an den Kontext gebunden (vor allem beim Spielen, wenn die Kinder für sich allein sind). Kurze Tics sind manchmal schwer von einem Myoklonus zu unterscheiden. Letzterem geht jedoch ebenfalls kein Dranggefühl voraus. In zweifelhaften Fällen kann eine klare Unterscheidung zwischen Myoklonus und Tics durch eine Polymyografie mittels Oberflächenelektroden über den betroffenen Muskeln erfolgen. Muskelzuckungen bei Myoklonus sind üblicherweise sehr kurz (meist kürzer als 200 ms, zwischen 50 ms und 100 ms), während das elektromyografische Muster der Tics dem einer Willkürinnervation mit Muskelaktivität von mehreren 100 ms gleicht. Gelegentlich kann es problematisch sein, zwischen raschen Tics und einer Chorea zu unterscheiden, vor allem im Arm- und Beinvorhalteversuch. Die Chorea aber ist unvorhersagbar, fließend, chaotisch, ohne klares Muster, während Tics häufig aus sich rasch wiederholenden Bewegungen bestehen. Schließlich können länger anhaltende tonische Tics einer Dystonie ähnlich sein. Auch hier kann die Elektromyografie mittels Oberflächenelektroden helfen. Eine Kokontraktion von Agonisten und Antagonisten ist ein Hinweis auf eine Dystonie, findet sich je-

Tabelle 2 **ICD-Klassifikation** von Tic-Störungen Tic-Störungen (F95) ___ vorübergehende Tic-Störung (F95.0) __ chronische motorische oder vokale Tic-Störung (F95.1) __ kombinierte vokale und multiple motorische Tics: Tourette-Syndrom (F95.2)__ sonstige Tic-Störung (F95.8) __ nicht näher bezeichnete Tic-Störung (F95.9)

Weitere klinische Phänomene und häufige Komorbiditäten beim Gilles de la Tourette-Syndrom (GTS)				
Weitere klinische Phänomene beim GTS:	Häufige Komorbiditäten beim GTS:			
Echophänomene (Echolalie, Echopraxie)	 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts- störung (ADHS) 			
— Palliphänomene (Pallilalie, Pallilogie, Pallipraxie)	Zwangserkrankung			
Anfassen-Müssen	oppositionelles Verhalten			
gesteigertes Symmetriebedürfnis	soziale Anpassungsstörung			
Koprophänomene (Koprolalie, Kopropraxie)	Depression			
	ängstliches Verhalten			

doch nicht bei Tics. Der den Tics vorangehende Drang ist manchmal schwer von dem Drang zu unterscheiden, der Zwangsverhalten vorausgeht.

Differenzialdiagnose "einfache Tic-Störung" versus Gilles de la **Tourette-Syndrom**

Das Gilles de la Tourette-Syndrom (GTS) ist die häufigste Ursache von chronischen Tics im Kindesalter. Nach DSM-IV müssen multiple motorische Tics und mindestens ein vokaler Tic vor dem 18. Lebensjahr beginnen und in der Ausprägung fluktuierend für mehr als ein Jahr anhalten, um die Diagnose eines Tourette Syndroms (F95.2) stellen zu können. Bestehen Tics kürzer als ein Jahr, so ist zunächst eine "vorübergehende Tic-Störung" (F95.0) zu diagnostizieren. Bestehen motorische oder vokale Tics isoliert für länger als ein Jahr, so handelt es sich um eine "chronische motorische oder vokale Tic-Störung" (F95.1) (siehe auch Tabelle 2).

Gilles de la Tourette Syndrom: **Epidemiologie, klinische Charakte**ristika und Verlauf

Neuere epidemiologische Studien sprechen dafür, dass das GTS keineswegs eine seltene Erkrankung, sondern besonders im Kindesalter eine der häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen ist. So zeigen epidemiologische Studien in verschiedenen Ländern eine GTS-Prävalenz bei sechs- bis sechzehnjährigen normalen Schulkindern zwischen 0,5% und 3% [8-12]. Bei Kindern

und Jugendlichen mit Lernschwierigkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten, die in Sonderschulen unterrichtet werden, ist die Prävalenz des GTS mit etwa 7% höher [13]. Das GTS beginnt typischerweise im Vorschulalter mit einem ersten Erkrankungsgipfel um das sechste Lebensjahr. Die Symptome verschlimmern sich oft um das zehnte oder elfte Lebensjahr; in mindestens 50% der Fälbensjahr wieder völlig ab [14, 15].

le klingen sie bis zum achtzehnten Le-In der Laienöffentlichkeit wird das GTS häufig als eine seltene und skurrile Verhaltensauffälligkeit wahrgenommen, wobei das tatsächlich nicht so häufig vorkommende Symptom der Koprolalie, das heißt das Hervorstoßen obszöner oder aggressiver Äußerungen, oft im Vordergrund der Wahrnehmung steht. Die DSM-IV-Kriterien spiegeln wider, dass entgegen dieser öffentlichen Wahrnehmung multiple motorische und vokale Tics, nicht jedoch die Koprolalie oder andere Koprophänomene, das klinische Hauptmerkmal des GTS darstellen. Die oben aufgeführten klinischen allgemeinen Charakteristika von Tics der vorausgehende Drang, ihr fluktuierender Verlauf, die Veränderung des Tic-Repertoires über die Zeit, sowie die Möglichkeit, die Tics für einen gewissen Zeitraum zu unterdrücken – treffen ebenso auf Tics im Rahmen eines GTS zu. In der klinischen Beurteilung des GTS sind darüber hinaus auch assoziierte Symptome und die Vergesellschaftung mit anderen Erkrankungen von besonderer Bedeutung.

Eine Reihe von assoziierten klinischen Phänomenen ist typisch für das GTS (Tab. 3). Sehr charakteristisch ist die Echopraxie, das heißt die Neigung und die zum Teil bemerkenswerte Fähigkeit zur Nachahmung beobachteter Bewegungen oder Verhaltensweisen. Insbesondere Tics ähnelnde Bewegungen oder an anderen Patienten beobachtete Tics scheinen dabei einen besonders starken Drang zur Nachahmung hervorzurufen. Es ist ein häufig beobachtetes Phänomen, dass Kinder vorgemachte Tics unwillkürlich nachahmen oder bei der Abfrage verschiedener Tics diese ebenso unwillkürlich ausführen. Als Echolalie wird die Neigung bezeichnet, wahrgenommene Äußerungen oder Laute nachzumachen. Ein weiteres häufiges Phänomen ist die Palipraxie, die Neigung, Handlungen oder Bewegungen zu wiederholen, beziehungsweise die Palilalie, die Wiederholung von Worten, oder Äußerungen. Die Koprolalie ist vor allem bei Kindern ein eher seltenes Phänomen. Andererseits sind sogenannte "nicht obszöne, sozial unangemessene Verhaltensweisen" ("Non Obscene Socially Inappropriate Behaviours"; NOSI) nicht selten [16]. Hierbei besteht der Drang beziehungsweise kommt es tatsächlich zum Aussprechen von sozial unangemessenen Kommentaren, die sich auf das Gegenüber oder auf die aktuelle Situation beziehen.

Bei GTS besteht eine häufige Komorbidität mit anderen Erkrankungen (Tab. 3). So liegt bei etwa 50-60% der Kinder mit GTS zusätzlich ein Aufmerksam-

keitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) vor, das dem GTS in der Manifestation häufig um einige Jahre vorausgeht [17]. Ein begleitendes ADHS spielt für die Beeinträchtigung des Soziallebens der betroffenen Kinder oft eine deutlich größere Rolle als die Tics. Häufig sind es nicht Tics, sondern das ADHS, das eine medikamentöse Therapie notwendig macht. Zwangsgedanken und Zwangshandlungen sind ebenfalls häufig mit einem GTS vergesellschaftet und finden sich bei bis zu 70% der GTS-Patienten [18]. Im Gegensatz zum ADHS stellen sich Zwänge jedoch zumeist ein bis zwei Jahre nach Auftreten der Tics ein [19]. Dabei müssen Kinder zum Beispiel im Alltag Handlungen in einer ganz bestimmten und immer gleichen Reihenfolge durchführen oder Dinge in einem bestimmten Muster anordnen, damit "es sich gut anfühlt" [20]. Auch zwanghafte Tendenzen zur Selbstverletzung wie Augenkratzen, Nägelkauen oder gegen die Wand schlagen kommen vor, wobei diese Handlungen oft ähnlich ablaufen wie Tics und von einem vorhergehenden Drang getrieben werden. In der Tat lassen sich bestimmte Tics und Zwangshandlungen manchmal kaum voneinander abgrenzen. Ähnlich wie ein begleitendes ADHS können Zwänge zu einer starken Einschränkung im Alltag führen und bei der Behandlung von Kindern mit GTS ganz im Vordergrund stehen.

Bei einigen Kindern und Jugendlichen mit GTS finden sich weitere Verhaltensauffälligkeiten wie inadäquates Sozial- oder Sexualverhalten, oppositionelles Verhalten, soziale Anpassungsstörungen, Impuls-Kontrollstörungen sowie vermehrte Ängstlichkeit und Depression.

Sekundäre Tics und Tics bei anderen Erkrankungen

Tics als Folge struktureller Hirnläsionen sind eine absolute Seltenheit. Anders als für andere Bewegungsstörungen, gibt es nur sehr wenige Berichte über Tics in Zusammenhang mit umschriebenen Hirnläsionen. Aus diesem Grund lassen sich keine eindeutigen Aussagen machen, welche anatomischen Strukturen im Falle einer Läsion zu symptomatischen Tics führen [21].

Es gibt Berichte über medikamenten- oder drogeninduzierte Tics beispielsweise durch Kokain, Amphetamine, Antidepressiva, Antiepileptika und Antihistaminika. Von größerer Bedeutung als eine Auslösung von Tics durch diese Substanzen ist in der Praxis allerdings eine mögliche Verschlechterung vorbestehender Tics durch diese oder andere Medikamente.

In Analogie zur Sydenham-Chorea (Chorea im Rahmen einer Infektion mit Streptokokken der Gruppe A) wurde die Hypothese aufgestellt, dass auch Tics und Zwänge Folge einer vorangegangenen Streptokokkeninfektion sein könnten und die Bezeichnung Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder After Streptococcal Infection (PANDAS) für diese sekundäre Tic-Erkrankung eingeführt [22, 23]. Als Mechanismus wird eine Kreuzreaktion von ursprünglich gegen Streptokokken gerichteten Antikörpern gegen Basalganglienantigene vorgeschlagen. Als klinisches Unterscheidungsmerkmal wird ein bei PANDAS abrupter Beginn und gleichförmiger Verlauf über Monate ohne die für GTS so typischen Fluktuationen hervorgehoben [24]. Der Beweis eines kausalen Zusammenhangs zwischen einer vorangegangenen Streptokokkeninfektion und nachfolgenden Tics steht jedoch bisher aus, und ob PANDAS eine abgrenzbare klinische Entität darstellt, ist nach wie vor umstritten [22].

Atypika: vergleichbare Wirksamkeit, Unterschiede bei den Nebenwirkungen

_Atypische Neuroleptika sind insgesamt besser verträglich als klassische Neuroleptika, trotzdem können Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme und sexuelle Dysfunktion auch in dieser Gruppe die Langzeit-Compliance gefährden. In einem offenen Ein-Jahres-Vergleich wurden Wirksamkeit und Verträglichkeit der Atypika Aripiprazol und Olanzapin verglichen.

Für die vergleichende Untersuchung zweier atypischer Neurolopetika wurde auf die Daten der offenen Erweiterungsphase einer zunächst randomisierten, doppelblinden Studie zurückgegriffen, in der Schizophrenie-Patienten mit 15 mg/d Aripiprazol oder Plazebo behandelt worden waren. Patienten, die die kontrollierte Phase der Studie beendet hatten oder während der Doppelblindphase nach zwei oder mehr Wochen einen Rückfall erlitten, wurden für die Vergleichsstudie randomisiert einer Therapie mit Aripiprazol (15–30 mg/d, n = 104) oder Olanzapin (10–20 mg/d, n = 110) über 52 Wochen zugewiesen. Der Rückfallstatus wurde bei der Randomisation nicht berücksichtigt, eine weitere antipsychotische Medikation war nicht erlaubt.

69 Patienten beendeten die Studie. Verbesserungen der Symptomatik, gemessen anhand des Rückgangs in der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), waren in beiden Studienarmen vergleichbar bei den in der ersten Studienphase stabil gebliebenen Patienten (Gesamtscore: -7,94 unter Aripiprazol bzw. -7,36 unter Olanzapin) und bei Patienten mit einem akuten Rückfall in der ersten Studienphase (-31,19 unter Aripiprazol bzw. –29,55 unter Olanzapin). Patienten unter Olanzapin berichteten im Verlauf häufiger über extrapyramidale Symptome (18%) als Patienten unter Aripiprazol (10%), bei Studienende waren keine signifikanten Unterschiede mehr festzustellen. Auch bei anderen häufigen Nebenwirkungen wie Insomnie ergaben sich keine Differenzen (24% unter Aripiprazol, 26% unter Olanzapin). Eine Gewichtszunahme war jedoch zu allen Kontrollterminen in der Olanzapin-Gruppe häufiger und betrug in Woche 52 + 2,54 kg versus + 0,04 kg in der Aripiprazol-Gruppe (p < 0,001). Bei den Laborwerten waren die Veränderungen bei Nüchternblutzucker und Lipiden unter Aripiprazol tendenziell günstiger als unter Olanzapin, signifikante Unterscheide ergaben sich bei Gesamtcholesterin, LDL- und HDL-Cholesterin.

Fazit: Die beiden atypischen Neuroleptika Aripiprazol und Olanzapin zeigen in der Langzeittherapie chronisch stabiler sowie akut psychotischer Schizophrenie-Patienten eine vergleichbare Wirksamkeit. Patienten unter Aripiprazol nahmen innerhalb von einem Jahr weniger an Körpergewicht zu und die Lipidwerte waren stabiler.

Chrzanowski WK et al. Effectiveness of long-term aripiprazole therapy in patients with acutely relapsing or chronic, stable schizophrenia: a 52-week, open-label comparison with olanzapine. Psychopharmacology 2006;189 (2): 259-66

Tics können auch im Verlauf heredodegenerativer Erkrankungen wie beim M. Huntington, der Neuroakanthozytose oder der Panthotenat-Kinase-assoziierten Neurodegeneration (PKAN, früher Hallervorden-Spatz-Erkrankung) auftreten [21]. Üblicherweise liegt der Beginn dieser Erkrankungen jedoch im Erwachsenenalter, sodass sie in der differenzialdiagnostischen Abgrenzung von Tics im Kindesalter in der Regel keine Rolle spie-

Anamnese, körperliche (neurologische) Untersuchung und Zusatzuntersuchungen

Die Diagnose "Tic" stützt sich auf eine gründliche Anamnese und die körperliche Untersuchung. Zusatzuntersuchungen sind nur dann erforderlich, wenn klinisch der Verdacht auf eine sekundäre Ticstörung besteht.

Da Kinder ihre Tics häufig in einem beeindruckenden Ausmaß unterdrücken können, ist es nicht selten, dass der Arzt während des Praxisbesuches keine oder nur deutlich weniger und geringer ausgeprägte Tics zu sehen bekommt, als das Kind üblicherweise zeigt. Eine gute Fremdanamnese der Eltern ist deshalb meist der wichtigste Schritt in der Diagnosefindung. Es ist entscheidend, ein umfassendes Bild über aktuelle und frühere Tics und andere Verhaltensauffälligkeiten zu bekommen. Dazu ist es sinnvoll, nach einzelnen motorischen oder vokalen Tics gezielt zu fragen (Tab. 1), besondere nach Beginn, Lokalisation der Tics, Häufigkeit, Intensität, Verlauf und dem Ausmaß der psychosozialen Belastung. Weiterhin ist es sinnvoll, andere mögliche mit Tics assoziierte Symptome (z. B. Echoverhalten, Palilalie etc.) oder mögliche Komorbiditäten (z.B. Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität, Zwänge, Depression) zu erfragen und die wesentlichen motorischen und kognitiven Entwicklungsschritte des Kindes und sein Sozialverhalten sowie die Schulsituation in Erfahrung zu bringen. Eventuell vorliegende frühere Arztbriefe und Schulzeugnisse können wichtige Informationsquellen sein.

Der zweite Pfeiler für die Diagnosestellung ist die Verhaltensbeobachtung während der Exploration und die körperlichen Untersuchung. Neben Tics ist

Verfügbare Substanzen zur medikamentösen **Behandlung von Tics**

α 2-Blocker

- __ Clonidin (in der Regel erste Wahl bei medikamentöser Therapie von Tics bei Kindern)
- __ Guanfacin

Antidopaminerge Substanzen

- Haloperidol (einziges zugelassenes Medikament zur Tic-Behandlung)
- Sulpirid
- __ Tiapridex
- Pimozid (regelmäßige EKG-Kontrolle)
- Risperidon (regelmäßige EKG-Kontrolle)
- __ Ciprasidon (regelmäßige EKG-Kontrolle)
- Aripiprazol (partieller Dopaminagonist und -antagonist)

Andere Substanzen

- Tetrabenazin (über internationale Apotheke zu beziehen)
- Botulinumtoxin (lokale Injektion)

besonders auf etwaige Verhaltensauffälligkeiten (intellektuelle Fähigkeiten, Sozialverhalten, Hinweise auf Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität) zu achten. Bei der neurologischen Untersuchung liegt das Hauptaugenmerk auf anderen Bewegungsstörungen (vor allem Myoklonus, Chorea und Dystonie), und Störungen der Okulomotorik (z. B. Sakkadenverlangsamung), die auf eine zugrunde liegende neurodegenerative Erkrankung hindeuten können. Eine orientierende psychiatrische Exploration gehört ebenfalls zur Evaluation. Bei Verdacht auf Vorliegen begleitender Verhaltensstörungen, eines ADHS oder einer Zwangserkrankung, sollte immer eine kinder- und jugendpsychiatrische Evaluation (und gegebenenfalls Mitbehandlung) erfolgen.

Zur Ergänzung und Objektivierung der Anamnese und Beobachtungen empfiehlt sich die Verwendung etablierter Skalen oder Symptomlisten (z.B. Diagnostic Confidence Interval [25] oder Yale Global Tic Severity Scale [26]). Auch hat es sich bewährt, zu unterschiedlichen Zeitpunkten eine standardisierte Video-Aufzeichnung unter anderem zur Verlaufsbeobachtung anzufertigen.

Zusammenfassend ist die Diagnose von Tics in erster Linie eine klinische. Bei Betroffenen, die die oben dargelegten klinischen Kriterien erfüllen und bei denen die Anamnese und neurologische Untersuchungen keine Hinweise auf andere Erkrankungen als Ursache der Tics erbringt, ist es sehr unwahrscheinlich, dass eine strukturelle Hirnläsion oder eine neurodegenerative Erkrankung zugrunde liegt. Insofern ist es nicht erforderlich, weitere Zusatzuntersuchungen vorzunehmen. Vor allem sind dann bildgebende Untersuchungen wie eine kraniale Computertomografie oder Kerspintomografie nicht notwendig. Bei atypischer Präsentation oder Vorliegen von Zusatzsymptomen sollte immer die Bestimmung des Kupfers und Coeruloplasmins im Serum und der Menge der Akanthozyten im Differentialblutbild zum Ausschluss eines Morbus Wilson beziehungsweise einer Neuroakanthozytose sollten.

Tabelle 4

Behandlung von Tics

Die Notwendigkeit der Behandlung richtet sich nach der Schwere der Tics und der Komorbidität. Bei isolierten Tics ist häufig keine spezifische Therapie notwendig, während bei schwereren Tics auch eine medikamentöse Behandlung indiziert sein kann. Die Behandlung kann in aller Regel ambulant erfol-

82

gen, in seltenen Einzelfällen kann eine stationäre Therapie sinnvoll sein (bei sehr schweren Tics und gravierender Komorbidität, z.B. schwerer Zwangserkrankung).

Vor Beginn einer Behandlung ist es ratsam, den Verlauf über einen längeren Zeitraum zu beobachten. Es hat sich als hilfreich erwiesen, in der Familie und möglichst auch in der Schule eine Art "Symptomkalender" zu führen. Wenn so die Hauptprobleme erfasst wurden, kann eine individuell zugeschnittene Therapie erfolgen, die in der Regel nach einem abgestuften Schema erfolgt. Neben dem betreuenden Arzt können auch Selbsthilfeorganisationen wie die Tourette-Gesellschaft in Deutschland längerfristig Ansprechpartner für die Betroffenen und die Familie sein.

An erster Stelle der Behandlung steht die Aufklärung und Beratung der Kinder und Eltern, aber auch des weiteren familiären oder schulischen Umfelds. Ziel dieser Beratung sollte es sein, Verständnis für die Symptomatik zu wecken. Eine ausführliche Aufklärung über den Charakter von Tics und die Feststellung, dass es sich hierbei um eine neurologisch und nicht eine psychologisch bedingte Funktionsstörung handelt, führt häufig bereits zu einer deutlichen Entspannung der familiären und schulischen Situation. Mitunter stellen ja nicht die Tics selbst das eigentliche Problem dar, sondern vielmehr die Reaktion der Umwelt darauf. So wird den Kindern abverlangt, "sich zusammenzunehmen", oder es wird ihnen vorgehalten, es sei "eine Frage des Willens", sich "anständig" zu benehmen. Gleichermaßen kommt der Aufklärung von betreuenden Lehrern eine große Bedeutung zu. Wenn es gelingt, Kindern mehr Freiräume und mehr Zeit bei bestimmten schulischen Aufgaben einzuräumen kann dies auf die weitere schulische und persönliche Entwicklung sehr positive Auswirkungen haben. Neben der Aufklärung können allgemeine Maßnahmen wie regelmäßiger Schlaf und ausreichende körperliche Betätigung günstig sein. Des Weiteren geht es in der Beratung darum, den betroffenen Kindern und ihren Familien Bewältigungsstrategien für den Umgang mit der Symptomatik und den daraus resultierenden Spannungen zu vermitteln.

Sind Tics so ausgeprägt, dass die Entwicklung des Kindes dadurch gefährdet oder das soziale oder schulische Leben stark beeinträchtigt wird, kann eine medikamentöse Therapie notwendig sein. Dabei ist es sinnvoll, die Behandlung auf eventuell bestehende Komorbiditäten abzustimmen. Manchmal ist es vorrangig beispielsweise ein ADHS oder eine Zwangserkrankung zu behandeln, bevor eine Therapie der Tics erfolgt.

Angesichts der bedeutsamen Konsequenzen eines etwaigen ADHS, vor allem für die schulische Entwicklung des Kindes, ist eine Behandlung des ADHS im Zusammenhang mit dem GTS von großer Bedeutung. Hierzu gehören einfache Maßnahmen wie eine kleine Klassengröße, das Sitzen der betroffenen Kinder in den vorderen Reihen, Verhaltensmaßregeln zur Strukturierung des Alltags, Verhaltenstherapie, psychosoziale Betreuung der Familie, aber auch die Behandlung mit Psychostimulanzien wie Methylphenidat und Dexamphetamin [2]. Auch die Therapie mit dem Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin hat sich bewährt [27-29]. Während Psychostimulanzien in etwa 50% der Fälle Tics verschlechtern können, ist dies bei Atomoxetin nicht der Fall [27].

Bei Kindern mit ausgeprägten Zwängen kann eine Verhaltenstherapie sehr nützlich sein. Sollte diese nicht ausreichen, kommt begleitend eine Behandlung mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern und zur Augmentation auch eine niedrig dosierte Behandlung mit Neuroleptika infrage [30].

Zur medikamentösen Behandlung von Tics stehen verschiedene Medikamente zur Verfügung (Tabelle 4). Die wichtigsten Substanzklassen sind zentrale α2-Blocker [31] und antidopaminerge Substanzen wie Neuroleptika[1, 2]. Zugelassen zur Behandlung von Tics beim GTS ist jedoch nur Haloperidol. Bei Kindern sollte aber so weit wie möglich versucht werden, auf Neuroleptika zu verzichten und zunächst einen Behandlungsversuch mit α2-Blockern wie Clonidin oder Guanfacin zu unternehmen.

Clonidin führt über eine Stimulation präsynaptischer α2-adrenerger Autorezeptoren zu einer reduzierten noradrenergen Aktivität. Die Effektivität von α2-adrenergen Agonisten ist in randomisierten placebokontrollierten Studien gezeigt worden [31]. Die Behandlung sollte mit einer sehr geringen Dosis (z. B. 0,025 mg oder 0,05 mg Clonidin dreibis viermal täglich) begonnen werden. Die Dosis kann langsam auf eine Tagesdosis von 0,3 mg gesteigert werden. Zentrale α2-Blocker sind nicht so potent wie Neuroleptika, haben jedoch im Vergleich zu diesen sowohl kurz- als auch längerfristig ein günstigeres Nebenwirkungsprofil. Clonidin und Guanfacin können Müdigkeit, reversible Herzrhythmusstörungen und auch eine Hypotonie hervorrufen. Insofern sollte bei Behandlungsbeginn eine regelmäßige Blutdruckkontrolle erfolgen. Obwohl dieses Medikament bei Erwachsenen zur Behandlung des Bluthochdrucks eingesetzt wird, führt es bei Kindern bei längerem Gebrauch allgemein nicht zu einer chronischen Hypotension.

Bei antidopaminergen Substanzen sind Sulpirid, Pimozid, Haloperidol und Tiaprid die gebräuchlichsten [1, 2]. Daneben werden auch atypische Neuroleptika, vorrangig Risperidon und Ziprasidon, eingesetzt [32, 33]. Es gibt auch jüngere Berichte über die Wirksamkeit des partiellen Dopaminagonisten Aripiprazol [34, 35].

Typische Neuroleptika-assoziierte Nebenwirkungen sind Gewichtszunahme, Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, Antriebsminderung und manchmal eine gewisse Verflachung der Persönlichkeit. Mitunter entwickelt sich bei höheren Dosen auch ein Parkinson-Syndrom. Allerdings haben aus bislang ungeklärten Gründen Tourette-Patienten kein oder nur ein sehr geringes Risiko, tardive Dyskinesien oder auch eine tardive Dystonie zu entwickeln. Eine akute dystone Reaktion kann jedoch vorkommen. Bei manchen Neuroleptika einschließlich Ziprasidon, Risperidon und Pimozid sollten wegen einer möglichen Verlängerung der QT-Zeit regelmäßige EKG-Kontrollen erfolgen. Auch Tetrabenazin [36], das über die internationale Apotheke zu beziehen ist, der gemischte D1-, D2-, D3-Dopaminagonist Pergolid [37] und nikotinerge Substanzen [38] haben in Studien zu einer Besserung von Tics geführt. In manchen Fällen gelingt es, mittels lokaler Botulinumtoxin-Injektionen in die betroffenen Körperregionen

Fortbildung | Tics bei Kindern

Tics und den vorangehenden Drang zu reduzieren [39].

Von all diesen Substanzen werden in Deutschland im Kindesalter am häufigsten Clonidin und Tiaprid zur Behandlung von Tics eingesetzt, da sie das günstigste Wirkungs-Nebenwirkungs-Profil besitzen.

Alternativ oder ergänzend zu medikamentöser Therapie kann eine psychotherapeutische Behandlung hilfreich sein. Über allgemeine therapeutische Hilfen und das Erlernen von Bewältigungsstrategien hinaus, hat sich zur Behandlung assoziierter Zwänge vor allem die Verhaltenstherapie bewährt.

Die Behandlung von Kindern mit Tics kann angesichts der zahlreichen klinischen Manifestationen, der Fluktuation im Verlauf und der häufigen Komorbidität mit komplexen neuropsychiatrischen Störungen wie ADHS und Zwängen eine große Herausforderung darstellen. Infolge der Fluktuation der Tics im Spontanverlauf bedarf es häufig eines längeren Zeitraumes, um die Effektivität einer Behandlung zu beurteilen. Eine erfolgreiche Therapie gelingt am besten in einem interdisziplinären Team von Kinderärzten, Neuropädiatern, Neurologen, Kinder- und Jugendpsychiatern und gegebenenfalls auch Psychologen und Sozialpädagogen. Mit einem solchen multidisziplinären Ansatz lassen sich häufig die Lebensqualität der Kinder und ihrer Familien entscheidend verbessern und sekundäre Komorbiditäten vermeiden.

Zusamenfassung

Tics stellen die häufigste Bewegungsstörung im Kindesalter dar. Sie sind oft transient und Teil der motorischen Entwicklung ohne Krankheitswert. Es gibt aber auch chronische Tics und Tics, die bei anderen Erkrankungen auftreten, wobei im Rahmen eines Gilles de la Tourette-Syndrom (GTS) auftretende Tics weitaus am häufigsten sind. In der Differenzialdiagnose ist es wichtig, sekundäre, zum Beispiel durch Medikamente induzierte oder bei neurodegenerativen Erkrankungen auftretende Tics von primären Tics abzugrenzen. Sekundäre Tics im Kindesalter sind jedoch insgesamt selten. In der Diagnostik ist eine sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung äußerst entscheidend, aufwendige apparative Zusatzuntersuchungen sind meist nicht notwendig. In Zusammenhang mit Tics finden sich häufig bestimmte neuropsychiatrische Erkrankungen wie ein ADHS oder Zwänge, die im klinischen Gesamteindruck und für die Therapieplanung eine größere Bedeutung haben können als die Tics. In der Behandlung von Tics kann in vielen Fällen allein durch eine ausführliche Aufklärung und Beratung der Leidensdruck der Kinder und ihrer Familien deutlich vermindert werden, sodass eine medikamentöse Therapie häufig nicht notwendig ist. Ist eine Pharmakotherapie erforderlich, stehen eine Reihe von Medikamenten, hauptsächlich zentrale α2-Blocker und antidopaminerge Substanzen, zur Verfügung. Meist werden Clonidin und Tiaprid eingesetzt. Die erfolgreiche Behandlung eines komplizierten GTS gelingt am ehesten in einem multidisziplinären Ansatz unter Einbeziehung von Kinderärzten, Neuropädiatern, Neurologen, Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychologen.

KONTAKT

Dr. med. Götz Thomalla

Klinik und Poliklinik für Neurologie, Neurozentrum Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf Martinistr. 52, 20246 Hamburg thomalla@uke.uni-hamburg.de

PD Dr. med. Alexander Münchau, Hamburg

muenchau@uke.uni-hamburg.de

LINKS

Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V. (TGD): www.tourette-gesellschaft.de
Tourette-Syndrom Homepage:

www.tourette.de

Netzwerk Gilles de la Tourette: www.tourette-netzwerk.de



Psychiatrische Kasuistik Differenzialdiagnose

somatoformer Störungen

Ein Großteil der depressiven Syndrome verläuft begleitet von Somatisierungserscheinungen. Diese können im Einzelfall sogar das Ausmaß eines hypochondrischen Wahns annehmen und stellen eine besondere Herausforderung an den Behandler dar.

Anamnese

Bei einer 58-jährigen adipösen EU-berenteten Patientin besteht seit sechs Jahren eine rezidivierende depressive Erkrankung mit wiederkehrenden schweren hypochondrischen Wahnsymptomen und zahlreichen stationärpsychiatrischen Voraufenthalten. Die aktuelle Aufnahme erfolgt als Verlegung zur Elektrokonvulsionstherapie bei seit fünf Monaten bestehendem therapieresistenten depressiven Syndrom. Im Vordergrund stehen die Symptome niedergedrückte Stimmung, Grübelneigung, Anhedonie, Antriebslosigkeit, innere Unruhe, distanzloses, infantil-regredierendes Verhalten, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Suizidäußerungen. Die vorhandene psychotische Symptomatik ist geprägt von verschiedenen hypochondrischen Befürchtungen und Ängsten. Die Patientin war im Vorfeld bereits drei Monate in psychiatrischer Behandlung auf einer geschützten Station. Dabei konnte trotz mehrerer adäquater medikamentöser Behandlungsversuche nur eine marginale und inkonsistente Zustandsverbesserung mit kurzfristigen Stimmungsaufhellungen er-

reicht werden. Als krankheitsunterhaltende Faktoren sind bei der Patientin eine unzureichend bestehende Krankheits- und Behandlungseinsicht sowie wiederholte gestörte Medikamentenadhärenz zu nennen, durch die auch im stationären Rahmen eine regelmäßige Medikamenteneinnahme nicht sicher gewährleistet werden kann. Die aktuelle Medikation bei Übernahme bestand aus 80 mg Tranylcypromin, 20 mg Flupenthixol und 10 mg Diazepam per die. Auf der Hamilton Depressionsskala (HAMD, 17-Item-Version) erreichte die Patientin zum Zeitpunkt der Aufnahme 30 Punkte.

Vorgeschichte

Die Erstdiagnose eines "depressiv- hypochondrischen Syndroms" war im Alter von 52 Jahren im Rahmen des ersten stationärpsychiatrischen Aufenthalts erfolgt. Bis dahin sei die Patientin psychisch und somatisch nahezu beschwerdefrei gewesen. Der weitere Verlauf der depressiven Erkrankung ist gekennzeichnet durch zahlreiche Rezidive mit jeweils sehr ähnlicher Symptomatik und daraus resultierenden stationären Auf-

enthalten, die in den ersten fünf Jahren stets weitgehend zu Vollremissionen führten. Zwischen den Episoden bestanden nur kurze stabile Intervalle. Durch einen mehrmonatigen stationären Aufenthalt konnte vor einem Jahr erstmalig nur eine Teilremission erreicht werden.

Die Familienanamnese ist positiv für Enzephalomyelitis disseminata sowie fraglich für Schizophrenie (Mutter). In den vergangenen Jahren wurde die Patientin mit verschiedenen Antidepressiva (u.a. Mirtazapin, Doxepin, Tranylcypromin), mit atypischen Antipsychotika (Olanzapin, Clozapin, Aripiprazol, Amisulprid, Quetiapin, Ziprasidon), Lithium und Depotpräparaten (Fluphenazindecanoat, Zuclopenthixoldecanoat) behandelt, ohne dass damit eine längerfristig stabile Remission erreicht werden konnte.

Soziobiografische Anamnese

Die Patientin lebt zusammen mit ihrem Ehemann und hat einen erwachsenen Sohn. Der Ehemann, der auch als rechtlicher Betreuer eingesetzt ist, regelt weitestgehend die alltägliche Versorgung und Therapie.

Somatoforme Störungen

- Welche Kriterien müssen mindestens erfüllt sein, damit eine depressive Episode klinisch pragmatisch als therapieresistent bezeichnet werden kann?
- a fehlende Response auf wenigstens drei Antidepressiva mit ausreichender Dosierung und Therapiedauer
- fehlende Response auf wenigstens zwei Antidepressiva mit ausreichender Dosierung und Therapiedauer
- С fehlende Response auf eine EKT-Behandlung
- fehlende Response auf wenigstens zwei Neuroleptika mit ausreichender Dosierung und Therapie-
- Dauer der aktuellen Episode über sechs Monate
- Was versteht man unter Pseudotherapieresistenz? Eine Therapieresistenz, die (mit)verursacht ist durch ...
- ... zu kurze Therapiedauer.
- ... heimliches Ausspucken der Tabletten nach Einnahme.
- ... Unterdosierung des Medikaments.

- d ... heimliches Absetzen des Medi-
- ... selbstinduziertes Erbrechen nach der Medikamenteneinnahme.

Was spricht gegen die Diagnose Somatisierungsstörung?

- Beginn der Beschwerden nach dem 50. Lebensjahr
- gleichzeitig vorhandene rezidivierende depressive Erkrankung
- Beginn der Beschwerden vor dem 30. Lebensjahr
- gleichzeitig vorhandene bipolar-I-Erkrankung
- Vorhandensein mehrerer somatischer Symptome
- Welche therapeutischen Ansätze sind in der Behandlung der psychotischen Depression vielversprechend?
- Monotherapie mit Neuroleptikum
- b
- С Antidepressivum und Lithiumaugmentation
- d Monotherapie mit Lithium
- Antidepressivum und Antipsychotikum

Aktueller Verlauf

Nach schrittweise erfolgtem Absetzen von Flupenthixol und Tranylcypromin und Reduktion der Benzodiazepinmedikation wurde die geplante Elektrokonvulsionstherapie (EKT) durchgeführt. Die EKT wurde in der Akutphase dreimal pro Woche durchgeführt. Zusätzlich begannen wir eine antidepressive Monotherapie mit Venlafaxin, wobei wir im Verlauf bei guter Verträglichkeit auf 375 mg aufdosierten, die Medikamenteneinnahme sorgfältig überwachten und Plasmaspiegel von Wirkstoff und Metabolit regelmäßig kontrollierten. Nach 20 EKT-Sitzungen (über sieben Wochen) kam es zu einer Partialresponse vor allem bezüglich der psychotischen Symptomatik sowie von

Stimmung und Antrieb. Unter Weiterführung der antidepressiven Medikation mit Venlafaxin und der Akut-EKT kam es innerhalb der folgenden drei Wochen zu einer weiteren Verbesserung. Wir konnten die Patientin in deutlich gebessertem Zustand, weitgehend distanziert von ihren psychotischen hypochondrischen Befürchtungen und ohne Hinweise auf akute Suizidalität, in ihre häusliche Umgebung entlassen. Der HAMD hatte sich zu diesem Zeitpunkt von 30 auf 14 Punkte reduziert. Aufgrund der Schwere der Erkrankung, der bekannten Neigung zu Incompliance bei der Medikamenteneinnahme und der daraus resultierenden hohen Relapsegefahr für die Patientin wird eine ambulante Erhaltungs-EKT für etwa ein

halbes Jahr nach dem Berliner Schema (viermal wöchentlich, viermal zweiwöchentlich, viermal vierwöchentlich) durchgeführt werden.

Diskussion

Fragen

Das gemeinsame Merkmal der somatoformen Störungen nach ICD-10 (F45.0) ist das Vorhandensein von körperlichen Symptomen, die einen medizinischen Krankheitsfaktor nahe legen und die durch einen medizinischen Krankheitsfaktor oder durch eine psychische Störung nicht erklärt werden können. Die Symptome müssen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen [1].

Zur Diagnose einer Somatisierungsstörung nach DSM-IV (300.81) wird eine Vorgeschichte mit vielen körperlichen Beschwerden gefordert, die vor dem 30. Lebensjahr begannen, über mehrere Jahre auftraten und zum Aufsuchen einer Behandlung oder zu deutlichen Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Lebensbereichen führen [2].

Differenzialdiagnostisch sollte immer (und auch in diesem dargestellten Fall) an das Vorliegen einer somatisierten Depression, eines depressiven Syndroms mit vegetativen Störungen und multiplen funktionellen Organbeschwerden, gedacht werden [3]. Klar abgrenzbar und nicht selten parallel auftretend ist das somatische Syndrom, das nach ICD-10 ein depressives Teilsyndrom mit spezieller klinischer Bedeutung charakterisiert. Innerhalb des ICD-10 sind hierzu acht verschiedene mögliche Symptome aufgeführt, von denen mindestens vier vorhanden sein müssen, um diese Subdiagnose zu stellen. Das somatische Syndrom wird dann an fünfter Stelle des Diagnoseschlüssels kodiert.

Im Falle der Patientin sprechen folgende Punkte gegen die Diagnose einer Somatisierungsstörung beziehungsweise einer somatoformen Störung: Die Patientin beklagt zwar viele beeinträchtigende körperliche Beschwerden bezüglich mehrerer Organsysteme; der Beginn dieser Beschwerden liegt jedoch keinesfalls vor dem 30. Lebensjahr, sondern vielmehr nach dem 50. Lebensjahr. Wei-

Psychiatrische Kasuistik | Fortbildung

terhin können die Symptome durch eine vorhandene psychische Störung, in diesem Fall die rezidivierende depressive Erkrankung, erklärt werden. Die Diagnose einer somatoformen Störung nach ICD-10 oder einer Somatisierungsstörung nach DSM-IV ist folglich per definitionem auszuschließen. Das Vorhandensein eines somatischen Syndroms nach ICD-10 wird bei schweren depressiven Episoden hingegen praktisch vorausgesetzt.

Bei der Patientin bestehen die zahlreichen somatischen Symptome im Rahmen eines sich auf mehrere Organsysteme beziehenden hypochondrischen Wahnerlebens, sodass die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen gestellt wurde. Derartige Episoden bergen im Vergleich zu depressiven Episoden ohne psychotische Symptome sowohl ein höheres Suizidrisiko als auch eine erhöhte Wiedererkrankungswahrscheinlichkeit [4].

Bezüglich der medikamentösen Behandlung zeigte sich eine Kombinationstherapie (Antidepressivum und Antipsychotikum) einer Monotherapie überlegen [5]. Weiterhin erwies sich die EKT bei der Behandlung der wahnhaften Depression als sehr effektiv [6].

Bei Übernahme der Patientin war die Möglichkeit einer therapieresistenten depressiven Episode erwähnt worden. Klinisch pragmatisch wird Therapieresistenz als fehlende Response auf wenigstens zwei Antidepressiva mit unterschiedlichen Wirkungsschwerpunkten in ausreichender Dosierung und Therapiedauer definiert [7]. Innerhalb der aktuellen depressiven Episode waren zwar mehrere Psychopharmaka ausreichend dosiert und über mehrere Monate verabreicht worden, es befand sich jedoch nur ein Antidepressivum unter diesen. Besonders in Hinblick auf die bekannte Incompliance der Patientin bei der Medikamenteneinnahme sollte des-

halb differenzialdiadiagnostisch eine Pseudotherapieresistenz in Erwägung gezogen werden. Pseudotherapieresistenz kann zum Beispiel durch Non-Compliance, Unterdosierung oder zu kurze Therapiedauer bedingt sein. Eine entscheidende Bedeutung kommt bei dem therapeutischen Drugmonitoring und der Plasma-Konzentrationsbestimmung von Antidepressiva zu.

KONTAKT

Franziska Jakob, Dr. med. Frank Schindler, Dr. rer. nat. Dipl. Psych. Nicole Schommer, Prof. Dr. med. Malek Bajbouj

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

Somatoforme Störungen

Lösungen

1b; 2a-e; 3a, b, d; 4b, c, e

zu 1: Therapieresistenz ist klinisch pragmatisch definiert als fehlende Response auf wenigstens zwei Antidepressiva mit ausreichender Dosierung und Therapiedauer. Dabei ist eine ausreichende Therapiedauer in der Regel definiert als ein Zeitraum von mindestens vier Wochen. Die Mindestdosierungen variieren je nach Substanzklasse. Eine gute Übersicht über die jeweils notwendige Antidepressivadosis gibt der Antidepressant Treatment History Form [8].

zu 2: Alle Antworten sind richtig. Eine Pseudotherapieresistenz kann zum Beispiel durch verschiedene Formen der Non-Compliance, Unterdosierung oder zu kurze Therapiedauer bedingt sein. Bei antidepressiven Substanzen, deren Wirkspiegel zuverlässig messbar sind, kommt dem therapeutischen Drugmonitoring entscheidende Bedeutung zu [7].

zu 3: Der Beginn der Beschwerden liegt per definitionem vor dem 30. Lebensjahr, es darf keine psychische oder körperliche Störung vorliegen, welche die somatischen Beschwerden beinhalten oder erklären könnte [1; 2].

zu 4: Als Standardtherapie gilt die Kombination aus Antidepressivum und Antipsychotikum, weiterhin gut belegt sind die Kombination aus Antidepressivum und Lithiumaugmentation oder eine Behandlung mit EKT [5; 6; 9].

Literatur

- 1. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber Verlag (Bern); 5. Auflage 2004
- Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen-Textrevision- DSM-IV-TR. Deutsche Bearbeitung von H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig und I. Houben. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; Hogrefe, Verlag für Psychologie, 2003
- Lopez-Ibor JJ. The masking and unmasking of depression. In: Feighner JP, Boyer WF (eds) Diagnosis of depression. Wiley, Chichester,
- 4. Glassman AH, Roose SP. Delusional Depression. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 424-27
- Spiker DG, Weiss JC, Dealy RS, Griffin SJ, Hanin I, Neil JF, Perel JM, Rossi AJ, Soloff PH. The pharmacological treatment of delusional depression. Am J Psychiatry 1985; 142: 430–36
- 6. Kantor SJ, Glassman AH. Delusional depression: natural history and response to treatment. Br J Psychiary 1977; 131: 351-60
- Souery D, Papakostas GI, Trivedi MH. Treatment-resistant depression. J Clin Psychiatry. 2006; 67 Suppl 6: 16–22
- 8. Sackeim HA. The definition and meaning of treatment-resistant depression. J Clin Psychiatry. 2001; 62 Suppl 16: 10-7
- Price DG, Conwell Y, Nelson JC. Lithium Augmentation of combined neuroleptic-tricyclic treatment in delusional depression. Am J Psychiatry 1983; 140:318-22

Weniger motorische Komplikationen unter kontinuierlicher L-Dopa-Gabe

Levodopa ist noch immer die effektivste Substanz in der Behandlung des Morbus Parkinson. Aber auch Nachteile einer Therapie mit dieser Substanz sind hinlänglich bekannt – die motorischen Komplikationen. Die gute Nachricht: Dyskinesien sind nicht schicksalhaft mit einer L-Dopa-Gabe verbunden. Sie verschwinden, wenn die Rezeptoren kontinuierlich stimuliert werden, so Prof. Fabrizio Stocchi aus Rom, bei einem Symposium während des 5. Deutschen Parkinson-Kongresses in Ulm.

Unter den bisher üblichen Therapieregimen kommt es zur pulsatilen Rezeptorstimulation, die sich direkt in der motorischen Funktion in Form von Dyskinesien, Wearingoff, On-off-Phänomenen oder verzögertem On abbildet. Gemäß dem aktuellen Konzept der kontinuierlichen dopaminergen Stimulation kommt es darauf an, die tiefen Plasmaspiegel zu vermeiden und das Profil insgesamt zu glätten. Slow-realease-Darreichungsformen eignen sich dafür nach Aussagen des Neurologen nicht. Denn das Plasmaprofil werde dadurch nicht geglättet



Fragebogen WOQ-9 zum Wearing-off-Phänomen von Patienten mit Parkinson-Syndrom

und es komme zur Akkumulation über den Tag. Zudem gehe die Steuerbarkeit über den Kick verloren. Möglichst gleichmäßige L-Dopa-Spiegel lassen sich unter klinischen Bedingungen am ehesten mit der Kombination aus Levodopa, Carbidopa und Entacapon (Stalevo®) erzielen.

Stocchi plädierte nicht nur für eine physiologischere Gabe von L-Dopa, sondern auch dafür, ein größeres Augenmerk auf das Wearing-off zu legen. Noch immer würde es zu spät entdeckt, zumal häufig nur auf die motorischen Zeichen geachtet würde. Gerade bei älteren Patienten sei es wichtig, auch die Symptome der nicht motorischen Ebene wie Angst, Unruhe, Schmerzen, Müdigkeit, Stimmungsschwankungen oder Harndrang, aktiv zu explorieren. Dazu gibt es seit kurzem den Wearing-off-Fragebogen WOQ-9 (Abb.). Er umfasst neun Fragen, ist auf deutsch erhältlich und sensitiver als ein erfahrener Kliniker.

Satellitensymposium "Herausforderungen in der Parkinson-Therapie" Ulm, 9. März 2007 Veranstalter: Orion Pharma, Hamburg

Rabattvertrag für sieben Mitgliedskassen

Actavis Deutschland, eine Tochtergesellschaft des international tätigen Generika-Herstellers Actavis Group (ICEX: ACT), hat einen Rabattvertrag mit sieben Mitgliedskassen des Verbands der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) geschlossen. Der Vertrag sieht einen Grundrabatt sowie einen Steigerungsrabatt auf Basis des Herstellerabgabepreises vor. Dadurch erhalten die Versicherten der beteiligten Krankenkassen eine Versorgung mit qualitativ hochwertigen und zugleich bezahlbaren Arzneimitteln. An dem Rabattvertrag beteiligen sich folgende Mitgliedskassen: DAK, HEK, HMK, Hkk, GEK, HZK, KEH. Der Vertrag betrifft insgesamt 44 Wirkstoffe mit einem Gesamtverschreibungswert von circa 1,6 Mrd. EUR pro Jahr (auf Basis der Herstellerabgabepreise).

Nach Informationen von Actavis, Langenfeld

Demenztherapie im Fokus

Die Symptomatik bei der Alzheimerschen Demenz ist komplex. PD Dr. Dipl.-Psych. Pasquale Celebrese aus Bochum beschrieb die Symptome mit einem mehrdimensionalen Schema: es beinhaltet die Beinträchtigung der Alltagskompetenz (activity of daily living, A), Verhaltensprobleme (behaviour, B), Störungen der Kognition (cognition, C) und daraus resultierend die Anforderungen an die Versorgung und Betreuung der Patienten (demand, D).

Der Acetylcholinesterasehemmer Galantamin (Reminyl®) hat in der Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sehr gute Ergebnisse erzielt. PD Dr. Bernd Ibach, Neuss, machte darauf aufmerksam, dass Galantamin nicht nur bezüglich der kognitiven Fähigkeiten signifikant und klinisch relevant in seiner Wirkung belegt ist, sondern auch die Alltagskompetenz der Patienten erhöht. Bei den Kategorien "Psychopathologie" und "Betreuungsaufwand"

schnitt Galantamin in der Bewertung durch das IQWiG zudem besser ab als die anderen Acetylcholinesterasehemmer.

Prof. Alfred Maelicke, Mainz, wies auf die pharmakologischen Vorteile von Galantamin hin: Für dieses Pharmakon ist neben der Hemmung der Acetylcholinesterase auch eine Sensibilisierung von Nikotinrezeptoren nachgewiesen. Gerade diese Rezeptoren sind bei der Alzheimer-Demenz unmittelbar betroffen, erklärte er. Galantamin erhöht die Empfindlichkeit der Nikotinrezeptoren und damit auch die Neurotransmission. Damit kann der Verlauf der Erkrankung – zumindest für einige Zeit – wirksam verlangsamt werden.

af

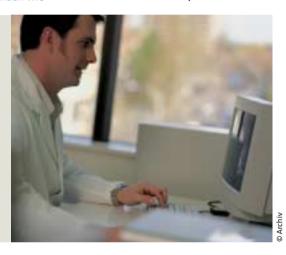
Presse-Workshop "Alzheimer Demenz: Bedeutung verschiedener Diagnoseverfahren und Stellenwert des dualen AChE-Hemmers Galantamin in der Therapie" Kloster Seeon, 7.–8. März 2007 Veranstalter: Janssen-Cilag, Neuss

Stellenwert atypischer Neuroleptika in der Praxis

► Kommt man in der Praxis ohne atypische Neuroleptika aus? Dazu Dr. Sigrid Planz-Kuhlendahl, Vertragsärztin in Hessen auf einer Pressekonferenz in Bonn: "Wir behandeln die Patienten, wir haben die Expertenrolle und müssen dann auch unabhängig von Implikationen entscheiden können." Jedoch fühlen sich in Hessen die Psychiater und Neurologen derzeit von "Hirtenbriefen" der KVen verunsichert. Atypische Neuroleptika mit Ausnahme von Clozapin sollen als Metoo- oder Analogpräparate bei der Behandlung von Schizophrenie-Patienten klassifiziert werden. Die Sparappelle, so Planz-Kuhlendahl, würden jedoch auf dem Rücken psychisch schwerst kranker Patienten ausgetragen, die auf die Unterstützung ihrer behandelnden Ärzte angewiesen seien. Auch widerspricht die Empfehlung der KV der S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Der Katalog setzt wesentlich höhere Maßstäbe an die Qualität als die ersten Leitlinien von 1998, erklärte Prof. Peter Falkai aus Göttingen, er entspricht erstmals allen Kriterien einer evidenzbasierten Konsensusleitlinie und ist auch Teil der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer-Fachgesellschaften (AWMF) auf der höchsten Entwicklungsstufe. So sind atypische Neuroleptika wie Seroquel® über die Akutphase hinaus bei Risikopatienten für das Auftreten von extrapyramidalen Störungen indiziert.

Leitlinien haben Grenzen. "Wenn Ärzte ihre Patienten in den Leitlinien nicht wiederfinden, ist das auch gut so", sagte Falkai. Gerade bei der Schizophrenie habe man mit einem heterogenen Krankheitsverlauf zu rechnen. 20% der Patienten haben eine einzige Episode, 30–40% behalten nach wiederholten Episoden mit Remission zunehmend Restsymptome. Auch für diese Patienten sei eine niedrig dosierte Erhaltungstherapie mit atypischen Neuroleptika sinnvoll. Entscheidend für die Betroffenen sei die bestmöglichste Therapie und die Perspektive auf ein weitgehend symptomfreies, selbstbestimmtes Leben.

Pressekonferenz "Leitlinien versus Hirtenbriefe" Bonn, 2. März 2007 Veranstalter: AstraZeneca, Wedel



"Hirtenbriefe" der KVen verunsichern Psychiater und Neurologen bei ihrer Verschreibungsstrategie.

Parkinson: Pflastertherapie bewährt sich in allen Stadien

Seit kurzem können Patienten mit idiopatischer Parkinson-Erkrankung auch im Spätstadium mit dem neuen Rotigotin-Pflaster (Neupro®) behandelt werden. Damit ist es nun möglich, den transdermal applizierbaren Dopaminagonisten, der sich auch in der Langzeittherapie bewährt hat, in allen Stadien der Erkrankung einzusetzen und möglicherweise den Einsatz von Levodopa hinauszuzögern. Die Vorteile des nonergolinen Dopaminagonisten im Spätstadium der Parkinson-Krankheit belegen Daten aus der doppelblinden CLEOPATRA-PD-Studie mit 506 Patienten. In dieser Studie wurde das Rotigotin-Pflaster mit einer Wirkstärke von bis zu 16 mg/24 Std. gegen Pramipexol und Plazebo getestet.

Wie Prof. Ullrich Wüllner von der Neurologischen Universitätsklinik Bonn berichtete, kam es nach 16 Wochen Therapie mit dem Pflaster zu einer signifikanten und klinisch relevanten Reduktion der Off-Phasen um 2,4 Stunden im Vergleich zu 0,9 Stunden mit Placebo. Rotigotin erwies sich dabei als ähnlich wirksam wie die orale Therapie. Die On-Zeit ohne störende Dyskinesien ließ sich durch Rotigotin um 2,8 Stunden statistisch signifikant verlängern. Die Verträglichkeitsprofile beider Substanzen waren vergleichbar, erklärte Wüllner: Während man unter Pramipexol eine höhere Inzidenz von Schwindel und Hallunzinationen beobachtete, kam es unter Rotigotin häufiger zu Hautreaktionen und Übelkeit.

Die guten Ergebnisse bleiben auch in der Langzeitbehandlung erhalten, wie eine Zwischenauswertung der Ergebnisse einer Verlängerungsstudie mit Patienten im frühen Parkinsonstadium nach 85 Wochen gezeigt hat. Dass hier das Dyskinesie-Risiko gering bleibt, führte Prof. Heinz Reichmann von der Technischen Universität Dresden auf die konstanten Plasmaspiegel über 24 Stunden zurück. Patienten, die das Pflaster von An-

fang an erhalten hatten, erreichten dabei im Mittel eine stärkere Verbesserung der UPDRS-Scores II und III im Vergleich zu jenen Patienten, die sechs Monate später umgestellt wurden. Reichmann geht deshalb von einem neuroprotektiven Effekt der Substanz aus und befürwortete einen möglichst frühen Therapiebeginn. Damit lasse sich nicht nur die Gefahr von Dyskinesien unter Levodopa reduzieren, sondern möglicherweise auch dessen Einsatz weiter hinauszögern.

bm

Satellitensymposium "Neupro® – kontinuierliche Stimulation in Mono- und Kombinationstherapie", im Rahmen des 5. Deutschen Parkinson-Kongresses Ulm, 8. März 2007 Veranstalter: Schwarz Pharma, Monheim

Kurz & Knapp

Bessere Schlafqualität bedeutet mehr Leistungsfähigkeit am Tag

In einer offenen multizentrischen Studie unter Federführung der Arbeitsgemeinschaft Schlafstörungen des international renommierten Kieler H. G. Creutzfeldt-Institus wurden Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit von Chloralhydrat (Chloraldurat®) auf den Prüfstand gestellt. Im Rahmen der Studie wurden 37 Patienten untersucht, die vor der Therapie unter typischen Schlafstörungen wie vermehrte nächtliche Wachheit, verzögertes Einschlafen, wenig erholsamer Schlaf und Tagesmüdigkeit litten. Bereits nach wenigen Behandlungstagen wurden gute bis sehr gute Therapieerfolge mit Chloralhydrat erzielt. Dies konnten rund 95% der Studienärzte aus der Praxis bestätigen. Sie sahen die entscheidenden Vorteile in der Normalisierung des physiologischen Schlafprofils und einem fehlenden "Hang-over"-Effekt. Außerdem waren mit Chloralhydrat keine Störungen der Vigilanz oder Leistungseinbußen zu beobachten.

Als weitere Pluspunkte wurden ein geringes Abhängigkeitspotenzial und eine geringe Toleranzentwicklung sowie die zuverlässige Wirkung genannt. Chloraldurat® ist ein sicheres Hypnotikum und kann daher auch in der Pädiatrie eingesetzt werden. Insgesamt überzeugte Chloraldurat durch die Summe seiner positiven Eigenschaften. Insbesondere die gute Wirksamkeit, Verträglichkeit und Compliance führten dazu, dass 89,2% aller Ärzte in ihrer Gesamtbeurteilung Chloraldurat® mit den Noten "gut" bis "sehr gut" bewerteten. Diese offene multizentrische Beobachtungsstudie konnte zeigen, dass das Präparat ein gut verträgliches Hypnotikum ist, das neben einer hohen Effektivität bei Schlafstörungen auch positive Effekte auf Konzentration, Reizbarkeit und Überforderung hat.

Nach Informationen von Pohl-Boskamp, Hohenlockstedt

IQWiG-Abschlussbericht bestätigt Nutzen von Cholinesterasehemmern

In seinem Mitte April veröffentlichten Abschlussbericht erkennt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die langjährig bewährten Cholinesterasehemmer Donepezil (Aricept®), Galantamin (Reminyl®) und Rivastigmin (Exelon®) in ihrem Nutzen für Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz an. Damit steht die Einschätzung des Instituts in Einklang mit der vorliegenden Evidenz und der Empfehlung internationaler und nationaler Leitlinien.

Das IQWiG kommt in seinem Abschlussbericht zu dem Ergebnis, dass "Donepezil, Galantamin und Rivastigmin ... bei Patienten mit einer Alzheimer-Demenz leichten bis mittleren Schweregrades einen Nutzen bezüglich des Therapieziels der kognitiven Leistungsfähigkeit" haben. Weiterhin bescheinigt das Institut für alle drei Substanzen einen Nutzen im Bezug auf die Besserung der Aktivitäten des täglichen Lebens. Zusätzlich zu der positiven Wirkung auf

Kognition und Alltagskompetenz sowie dem klinischen Gesamteindruck können diese Medikamente die Krankheitsprogression verlangsamen. Der Bericht des IQWiG liegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Empfehlung vor. Der G-BA ist gehalten, die Empfehlung des IQWiG bei seinen Entscheidungen zu berücksichtigen. Das IQWiG befindet sich mit der jetzt abschließend vorgelegten positiven Nutzenbewertung im Einklang mit den nationalen und internationalen Leitlinien sowie den Bewertungen des unabhängigen Cochrane-Instituts. Cholinesterasehemmer werden unter anderem in den Leitlienein der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie ausdrücklich als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung von Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz empfohlen.

Nach Informationen von Pfizer, Karlsruhe, Eisai, Frankfurt, Janssen-Cilag, Neuss, und Novartis, Nürnberg

Antidepressivum als Generikum

_ Mit Amitriptylin-Sandoz® hat Sandoz sein umfangreiches ZNS-Portfolio um ein weiteres Markengenerikum erweitert. Das Sortiment wurde mit dem Antidepressivum, das auch zur langfristigen Schmerzbehandlung im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes eingesetzt werden kann, in der Wirkstärke 100 mg als Retardformulierung verstärkt. Amitriptylin-Sandoz® ist viertelbar und steht in den Packungsgrößen N1 mit 20, N2 mit 50 und N3 mit 100 Retardtabletten zur Verfügung.

Nach Informationen von Sandoz, München

Neue Packungsgrößen

_ STADApharm bietet seit dem 1. April das Generikum Mirtazapin STADA® 15 mg jetzt auch in den Packungsgrößen 20 (N1) und 100 (N3) Filmtabletten an. Somit ist das moderne Antidepressivum nun in den Packungsgrößen 10 (N1), 20 (N1), 50 (N2) und 100 (N3) erhältlich.

Nach Informationen von STADApharm, Bad Vilbel

Individuelle therapeutische Möglichkeiten

_ Seit Mitte Mai hat das ZNS-Unternehmen neuraxpharm die beiden selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Citalopram-neuraxpharm® und Paroxetin-neuraxpharm® um weitere Wirkstärken erweitert: Neben Citalopram-neuraxpharm® 10 mg, 20 mg und 40 mg gibt es jetzt auch eine teilbare 30-mg- und 60-mg-Filmtablette. Paroxetin-neuraxpharm® 20 mg wurde um die 10-mg- und die teilbare 30-mg- sowie die viertelbare 40-mg-Filmtablette ergänzt. Und noch eine Neuerung kann das Unternehmen vermelden: Bei Sertralin-neuraxpharm® wurde die Indikation um die Rezidivprophylaxe bei depressiven Erkrankungen erweitert.

Nach Informationen von neuraxpharm arzneimittel, Langenfeld

Option für den jungen Parkinson-Patienten

Manifestiert sich eine Parkinson-Erkrankung bereits in relativ jungem Lebensalter, so ist es für die Patienten wichtig, dass sie auch über lange Zeiträume mit ihrer Medikamentation gut zurecht kommen. Da die Wahrscheinlichkeit für Dyskinesien unter L-Dopa vergleichsweise hoch ist, sollte diese Behandlungsoption möglichst lange hinausgezögert werden. Vor allem mit Blick auf junge Parkinson-Patienten sprachen sich auf einem Symposium beim 5. Deutschen Parkinsonkongress Experten dafür aus, die Behandlung vorzugweise mit dem nicht-ergolinen Dopaminagonisten Ropinirol (Requip®) zu beginnen.

Unter Ropinirol kann sich die Notwendigkeit einer zusätzlichen L-Dopa-Gabe bei einigen Patienten um mehrere Jahre verschieben, berichtete Prof. Wolfgang Jost, Wiesbaden. Entsprechende Daten aus klinischen Studien über kürzere Zeiträume werden nun erstmals auch durch eine Untersuchung bestätigt, die eine Beobachtungszeit von fünf Jahren umfasst [Mov Disord 2006; 21: 1844-50]. Dieser Studie zufolge belief sich die Häufigkeit von Dyskinesien nach fünf Jahren auf 45% unter L-Dopa-Monotherapie, auf 20% unter der Kombination von L-Dopa mit Ropinirol und 5% unter Ropinirol-Monotherapie. Am Ende der Beobachtungszeit kamen noch 34% der Patienten allein mit Ropinirol aus.

Auch waren bei den Patienten unter Kombinationstherapie deutlich geringere L-Dopa-Dosen ausreichend als in der Gruppe unter L-Dopa-Monotherapie. In den ersten Zehn-Jahres-Daten aus dieser Studie setzen sich diese günstigen Effekte weiter fort. Als weiteres wichtiges Argument für nicht ergoline Dopaminagonisten unterstrich Prof. Dr. Jürgen Winkler, Regensburg, ihr günstigeres Nebenwirkungsprofil im Vergleich zu ergolinen Wirkstoffen. Für letztere gibt es Hinweise auf ein gehäuftes Auftreten von Herzklappenfibrosen. Ein engmaschiges kardiologisches Monitoring wird deshalb immer angeraten.

Symposium "Frühe Weichenstellung für einen langfristigen Erfolg in der Parkinsontherapie"; 5. Deutscher Parkinson-Kongress; Ulm, 9. März 2007 Veranstalter: GlaxoSmithKline, München

Aggressive Verhaltensstörungen therapieren

Expansive Verhaltensauffälligkeiten sind bei Menschen mit Intelligenzminderung weit verbreitet. So tritt impulsives auto- und fremdaggressives Verhalten bei diesen Patienten drei- bis viermal häufiger auf als bei normal Intelligenten. In der pharmakotherapeutischen Behandlung der Patienten hat sich das Antipsychotikum Zuclopenthixol (Ciatyl-Z®) sowohl in klinischen Studien als auch in der Praxis als wirksam und gut verträglich erwiesen. Bei fremdaggressivem Verhalten ist es Mittel der ersten Wahl.

Eine aktuelle, nach heute geltenden Standards durchgeführte und kürzlich publizierte Studie [Br J Psychiatry 2007; 190: 447–8] liefert einen weiteren Beleg für die gute Wirksamkeit von Zuclopenthixol: Insgesamt 39 Patienten mit geistiger Behinderung und aggressiven Verhaltensstörungen wurden nach einer für alle Patienten identischen vierwöchigen Behandlungs-

phase mit Verum in flexibler Dosierung randomisiert und über einen Zeitraum von bis zu drei Monaten doppelblind entweder weiter mit Zuclopenthixol oder mit Placebo behandelt. Primärer Zielparameter war der Grad aggressiven Verhaltens gemäß der Modified Overt Aggression Scale.

Am Studienende ergab sich in der Intentto-treat-Population bezüglich der Responderrate mit 36,8% unter Zuclopenthixol
versus 5% unter Placebo ein signifikanter
Effekt zugunsten der Behandlung mit Zuclopenthixol. Die mittlere Dosierung von
Zuclopenthixol lag mit 11,4 mg/Tag deutlich
unter den in der Vergangenheit verwendeten Dosierungen. Es ergab sich kein Unterschied zu Placebo hinsichtlich der Verträglichkeit, insbesondere der extrapyramidalmotorischen Symptome.

Nach Informationen von Bayer Vital, Leverkusen

Demenz: Bei psychotischen Symptomen frühzeitig eingreifen

□ Bei fast jedem Patienten mit Demenz kommt es im Verlauf der Erkrankung zu schweren Verhaltensstörungen wie zum Beispiel Wahnvorstellungen und Aggressivität. Nahezu immer erfordern diese Verhaltensstörungen auch eine medikamentöse Behandlung. Diese sollte rechtzeitig und leitliniengerecht eingeleitet werden, wie PD Dr. Klaus-Christian Steinwachs aus Nürnberg empfahl. Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie besteht bei Demenzkranken eine eindeutige Indikation für den Einsatz von Antipsychotika bei beeinträchtigenden psychotischen Symptomen sowie bei schwerer chronischer Selbst- oder Fremdgefährdung.

Bei Verhaltensstörungen ohne Wahnanteile (z.B. Weglauftendenz, ständiges Schreien) ist der Neuroleptika-Einsatz individuell nach Schwere und subjektiver Beeinträchtigung von Patient und Angehörigen abzuwägen. Bei diesem Patientengut sollten aufgrund ihrer ungünstigen Nebenwirkungen sowohl konventionelle Neuroleptika (extrapyramidalmotorische Störungen, Sedierung) als auch Benzodiaze-

pine (Sturzgefahr, Sedierung) vermieden werden. Gut geeignet sind atypische Neuroleptika, die die gleiche antipsychotische Potenz wie Haloperidol aufweisen, jedoch nicht dessen Nebenwirkungen haben.

Das einzige Atypikum, das für diese Indikation auch zugelassen ist und zu dem die meisten Erfahrungen vorliegen, ist Risperidon (Risperdal® 1 mg), von dem häufig 1 mg/d ausreichen. In Studien wurde unter Risperidon ein rascher Effekt auf chronische Aggressivität und psychotische Symptome sowie eine Verbesserung der Alltagskompetenz beobachtet, und als Folge davon eine Entlastung der Pflegepersonen. Im Vergleich zu Melperon verringerte Risperidon zudem das Sturzrisiko. Da Verhaltensstörungen bei Demenz starker Fluktuation unterliegen, sollte die Indikation alle zwei bis drei Monate überprüft und gegebenenfalls ein Auslassversuch unternommen werden.

Pressekonferenz "Risperdal® 1 mg – erste Wahl für Fach- und Hausarzt" Köln, 7. Februar 2007 Veranstalter: Janssen-Cilag, Neuss

Besondere Behandlung der Altersepilepsie

Topiramat besitzt bei Patienten mit Altersepilepsie bereits in niedriger Dosierung eine hohe und zugleich breite Wirksamkeit. Dies ist das Ergebnis von zwei offenen, nicht intervenierenden Studien und einer klinischen Prüfung (Phase IV), in der die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Topiramat gezielt bei Patienten mit Altersepilepsie untersucht wurde. Im Rahmen dieser von Prof. Hermann Stefan aus Erlangen vorgestellten Anwendungsbeobachtung zählten unter einer durchschnittlichen Dosierung von weniger als 100 mg/d Topiramat mehr als drei Viertel der Patienten mit Altersepilepsie zu den Respondern, das heißt, die Anfallsfrequenz der Patienten wurde um 50% oder mehr vermindert. Etwa die Hälfte aller Patienten mit Altersepilepsie wurde unter Topiramat anfallsfrei.

Das vorwiegend renal ausgeschiedene Antikonvulsivum hat laut Stefan ein günstiges Interaktionspotenzial und ein gutes Verträglichkeitsprofil. Zu häufiger, das heißt in mehr als 5% der Fälle, auftretenden Nebenwirkungen zählten Müdigkeit, Gewichtsabnahme, Schwindel, Paräs-

thesien und Gedächtnisstörungen, berichtete er. Nahezu alle Patienten (92%), die an der Studie teilnahmen, schätzten die Verträglichkeit von Topiramat als gut oder sehr gut ein.

Topiramat (Topamax®) wird in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie sowohl zur Behandlung von Epilepsien fokalen Ursprungs als auch bei idiopathisch generalisierten Epilepsien als ein Mittel der ersten Wahl genannt. Das Antikonvulsivum ist als einziges der neueren Antiepileptika in Deutschland unabhängig vom Anfallstyp bei Erwachsenen und bei Kindern ab zwei Jahren sowohl zur Monotherapie als auch zur Zusatztherapie zugelassen. Mit Topiramat, mit dem weltweit das größte Monotherapie-Studienprogramm durchgeführt wurde, wurden bislang mehr als 5 Millionen Patienten behandelt.

Fortbildung "Bewusstseinsstörungen im Alter. Differenzialdiagnose Altersepilepsie. Besonderheiten & Behandlung" Erlangen, 21. Februar 2007 Veranstalter: Janssen-Cilag, Neuss



Für Patienten mit Altersepilepsie stellt Topiramat eine Therapieoption dar.

Morbus Parkinson: Längere "On"-Zeit mit Rasagilin

Im frühen Stadium des idiopathischen Morbus Parkinson erweist sich Rasagilin (Azilect®), ein irrreversibler Monoaminooxidase-B-Hemmer der zweiten Generation, als effektive und gut verträgliche Alternative zum Einsatz von Dopaminagonisten. Im fortgeschritteneren Stadium, wenn die Kontrolle motorischer Komplikationen im Vordergrund steht, bewirkt Rasagilin als Add-On zu einer laufenden dopaminergen Therapie einen signifikanten Rückgang der täglichen "Off"-Zeit. Der entsprechende Zuwachs an "On"-Zeit führt dabei nicht zu vermehrten Dyskinesien. Die Daten stammen aus den großen placebokontrollierten Studien LARGO und PRESTO

Prof. Werner Poewe von der Medizinischen Universität Innsbruck präsentierte auch Ergebnisse aus Subgruppenanalysen der LARGO-Studie. Darin stellte sich beispielsweise heraus, dass Patienten, die vorher bereits mit Dopaminagonisten behandelt worden waren, von dieser additiven Thera-

pie mit einem Zuwachs an "On"-Zeit ebenso profitieren wie Patienten ohne vorherige Dopaminagonisten-Gabe. Für Poewe bedeutet dies, dass sich die Addition von Rasagilin bei ungenügend kontrollierten Off-Phasen unabhängig von der Basistherapie in jedem Fall lohnt.

Eine weitere Subgruppenanalyse drehte sich um die Frage, inwieweit Patienten auch am nächsten Morgen vor Einnahme der ersten Tablette noch von der letzten Dosis profitieren. Es zeigte sich, dass mit Rasagilin das morgendliche Off weniger tief ausfiel als unter der Vergleichssubstanz Entacapone. Dies wertete Poewe als eindeutigen Beleg für eine 24-Stunden-Wirkung des MAO-B-Hemmers.

Satellitensymposium "Rasagilin – Zurück in die Zukunft?" Ulm, 8. März 2007 Veranstalter: TEVA Pharma, Standort Mörfelden-Walldorf, und Lundbeck, Hamburg

Forschungspreis zum Thema neuromuskuläre Erkrankungen

Im Rahmen des 18. Kongresses des Wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM e.V.) in Freiburg wurden die Preisträger des mit insgesamt 15.000 EUR dotierten Felix-Jerusalem-Preises für neuromuskuläre Erkrankungen der DGM geehrt. Dieser Preis wird von Sanofi-Aventis gestiftet und wurde in diesem Jahr zum zwölften Mal vergeben. Der 1. Preis in Höhe von 7.500 EUR ging an PD Dr. Klaus Krampfl, Medizinische Hochschule Hannover, für seine Untersuchung der Interaktion neuer Pyrazinderivate mit humanen Glutamatrezeptoren. Dr. Maja von der Hagen von der Technischen Universität Dresden wurde für die Entwicklung einer neuen genetischen Analyse zur Diagnostik neuromuskulärer Erkrankungen mit dem 2. Preis über 5.000 EUR geehrt. Der 3. Preis in Höhe von 2.500 EUR ging an Dr. Johanna Anneser, Klinikum Großhadern der Ludwig-Maximilian-Universität München, für ihre Arbeit zur Untersuchung verschiedener zellulärer Faktoren auf die Vulnerabilität und Progression der ALS.

Nach Informationen von Sanofi-Aventis, Frankfurt

Termine

.6.2007 in Stuttgart o.6. 2007 in Hamburg	Philosophie und Psychiatrie Referenten:	Klaus-H. Heinsen, Friedrichstr. 16, 31582 Nienburg Tel. 05021 911304, Fax 05021 911305
CME- Punkte	Prof. Dr. J. Thome, Swansea/Wales PD Dr. Th. Schramme, Swansea/Wales	(Interessenten – sofern nicht als Landesverbands- mitglieder eingeladen – werden gebeten, sich per Fax anzumelden.)
2.6.2007 in München 2.207 in Stuttgart	Der multimorbide ältere Patient Referenten: Dr. G. Eckermann, Kaufbeuren	(s.o.)
2.9.2007 in Frankfurt CME-Punkte	PD Dr. W. Hewer, Rottweil Angst – Panik – Zwang Referenten: Prof. Dr. B. Bandelow, Göttingen- Prof. Dr. U. Voderholzer, Freiburg	(s.o.)
9.9.2007 in Stuttgart 7.1011.2007 in München	Kunsttherapie bei psychischen Störungen Referentin: Prof. Gräfin F. von Spreti, München	(s.o.)
5.10.2007 in München 27.10.2007 in Hamburg	Burn-out-Syndrom Referent:	(s.o.)
8 CME- Punkte	Dr. H. Kolitzus, München	
Punkte	Dr. H. Kolitzus, München Is-, Fort- und Weiterbildung	
Punkte Weitere Termine zur Au	·	Geschäftsstelle des BVDN Dagmar Differt-Fritz Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss Tel. 02131 22099-20, Fax 0213122099-22 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
Weitere Termine zur Au 23.6.2007 in Köln	s-, Fort- und Weiterbildung 5. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag mit Jahreshauptversammlung des BVDN Thema: Einstieg in den Ausstieg: Versorgungsmodelle künftiger vertragsärztlicher Versorgung	Dagmar Differt-Fritz Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss Tel. 02131 22099-20, Fax 0213122099-22

Termine

12.—15.9.2007 in Istanbul	VI. Deutsch-Türkischer Psychiatriekongress "Kimlik(ler)/Identität(en)"	Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit Kongress-Sekretariat: meryam.schouler-ocak@charite.de Kongressorganisation: interium, Istanbul, Türkei E-Mail: info@interium.com.tr; www.interium.com.tr
20. –22.9.2007 in Bochum	7. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DBGS)	Prof. Dr. Georg Juckel, Bochum PD Dr. Martin Schäfer, Essen PD Dr. Hans-Jörg Assion, Bochum Prof. Dr. Peter Bräunig, Berlin DGBS e. V. Tel.: 040 85 40 88 83, Fax: 040 85 40 88 84 www.dgbs.de
4. – 6. 10.2007 in München	Intensivkurs Neuroanatomie – Präparation, Bildgebung Schwerpunktthemen: Hypothalamus, Rückenmark und Frontallappen	Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Adrian Danek, Dr. med. Peter Reilich Neurologische Klinik und Poliklinik, Klinikum der Universitär München, Marchioninistr. 15, 81377 München www.intensivkurs-neuroanatomie.de
11. – 14.10.2007 in Prag	23 rd Congress of the European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (ECTRIMS), 12 th Annual Conference of Rehabilitation in MS	Wissenschaftliche Leitung: Prof. Eva Havrdova, Prag Prof. Ludwig Kappos, Basel Organisation: ECTRIMS 2007, c/o AKM Congress Service P.O. Box, Clarastr. 57, 4005 Basel, Schweiz Tel.: +41 61 686 77 11, Fax: +41/61 686 77 88 E-Mail: info@akm.ch www.akm.ch/ectrims2007
12.10.2007 in München	17. Münchner Kinder- und Jugend- psychiatrisches Herbstsymposium Psychotherapeutische Prozesse	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Lindwurmstr.2a, 80337 München Tel.: 089 51605931, Fax: 089 51605932 E-Mail: SymposiumKJP@med.uni-muenchen.de www.kjp-med.uni-muenchen.de
13. – 17.10.2007 in Wien	20 th ECNP Congress	ICEO-International Congress & Event Organizers, Avenue de l'Atlantique 122, 1150 Brüssel, Belgien Tel.: +32 2 777 01 88, Fax: +32 2 779 59 60 E-Mail: ecnp2007@iceo.be www.iceo.be
19.–20.10.2007 in Ingolstadt	81. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte Nervenheilkunde im Alter	Medizinische Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz GmbH Institut für Bildung und Personalentwicklung Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg Tel.: 0941 941 2180, Fax: 0941 941 2175 E-Mail: ibp-info@medbo.de
6.–7.11.2007 in Paderborn	12. Forum Psychiatrie und Psychotherapie Paderborn	Westfälisches Zentrum Paderborn Psychiatrie/Psychotherapie Agathastr. 1, 33098 Paderborn Tel.: 05251 295 118, Fax: 05251 295 119 E-Mail: Simone.Buering@wkp-lwl.org www.psychiatrie-paderborn.de