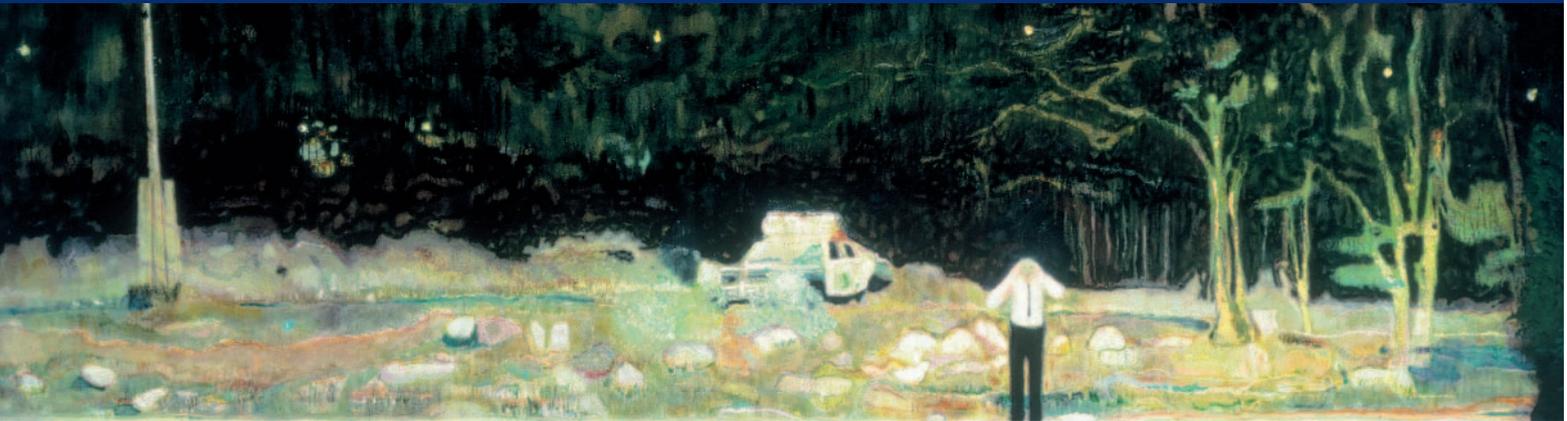


12

Dezember 2008 _ 19. Jahrgang _ www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell



(K)ein Kinderspiel

Teilhabeleistungen bedarfsgerecht einleiten

Transiente Globale Amnesie

Anamnese weist den Weg

Einfluss der Galenik

Nicht nur der Wirkstoff zählt

Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände

NEUROTRANSMITTER-Telegramm –

ab jetzt im NEUROTRANSMITTER

Verlag IRRAN & VOGEL GmbH München



Zertifizierte Fortbildung

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



»Einig waren sich sogar der Erzbischof Marx von München und der Erzkapitalist Wiedeking von Porsche.«

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

Gier

Selten waren sich Politiker und Journalisten gemeinsam mit Mann und Frau von der Straße so einig wie zurzeit, wenn es um die Frage geht, wodurch die gegenwärtige Finanzkrise ausgelöst wurde. Na klar, lautet die Antwort: Die Gier der Manager war es, was sonst!

Einig in diesem Sinne waren sich sogar der Erzbischof Marx von München und der Erzkapitalist Wiedeking von Porsche, wenn auch der Kirchenmann die Gier dem unsozialen marktwirtschaftlichen Wildwuchs, der Autokonzernlenker aber einem Konstruktionsfehler der menschlichen Natur anlastete.

Das Wesen der Gier

Wach geworden durch diese häufige Berufung auf eine solch markante, aber in irgendeinem Sinne anscheinend pathologische und begrifflich etwas nebulöse Eigenschaft des Menschen versuchte ich, in meinem psychiatrischen Bücherschrank herauszufinden, was denn Gier eigentlich ist. Bei Jaspers – nichts zu finden; in den Sachverzeichnissen aktueller Lehrbücher – Fehlanzeige. Im Internet wurde mir unter den ersten Fundstellen der katholische Katechismus angeboten, denn Gier bildet den Humus für die meisten der legendären sieben Todsünden – ob nach Lust, Ruhm, Rache oder Besitz.

Gier kann aber natürlich auch außerhalb moralischer Kategorien betrachtet werden, denn es handelt sich bei ihr doch „nur“ um ein extremes, maßloses, um ein hemmungsloses Streben und Wollen – und diese beiden menschlichen Grundeigenschaften sind für sich, solange sie gezügelt und im Rahmen bleiben, unverzichtbare Lebensvoraussetzungen.

Sucht und Gier

Es bietet sich an, weil ja pathologisches Streben und Wollen, im übertragenen Sinne ein extremer „Hunger nach Etwas“, auch dem Krankheitskomplex der Süchte angehört, von dort her dem Wesen der zurzeit so heftig diskutierten menschlichen Einstellung ein wenig näher zu kommen.

Gier mag mit Sucht verwandt sein, ist aber sicherlich nicht mit ihr gleichzusetzen. Der Gierige ist in seinem Begehren maßlos. Er will immer mehr und zwar mehr als er eigentlich bräuchte. Der Süchtige dagegen will eigentlich nur das und nur soviel davon, wie er braucht, um die Wirkung, die er sucht, zu erreichen. Sucht ist, zumindest vorübergehend stillbar, während im Wesen der Gier von vornherein Maßlosigkeit angelegt ist, sodass sie nicht ruhen kann. Auch sprechen wir von Sucht erst dann, wenn die Entscheidungsfähigkeit für oder gegen das Verlangen nach der bestimmten Wirkung einer „Droge“ weitgehend verloren gegangen ist, was wir von der Gier nicht annehmen. Der Gierige könnte, wenn er denn wollte, sich mäßigen. Ihn zu „heilen“ bedarf es in gewissem Sinne „pädagogischer“ nicht therapeutischer Mittel. Deshalb wohl auch das Fehlen dieses Begriffes in der psychopathologischen Literatur.

Was erzählt nun noch die Sprache vom Wesen der Gier? Sie anerkennt ja, dass es ein Siechtum des Begehrens gibt und nennt es Sucht. Die nichtkrankhafte Maßlosigkeit desselben, die Gier stammt vom indogermanischen „ghi“, was so etwas wie „den Schnabel aufsperrn“ bedeutet. Und von da ist der Weg zum gierigen Vogel, dem Geier und von diesem zum Pleitegeier nur kurz und lässt uns zwanglos den Kreis schließen.

Ihr

P.S. Vielleicht können/wollen Sie zur Klärung noch etwas beitragen. Schreiben Sie mir!



12 Lähmendes Lampenfieber

Während Nervosität vor einem Auftritt eine normale Empfindung mit durchaus stimulierender Wirkung ist, kann sich diese Anspannung zu massiver Auftrittsangst steigern. Wie mit diesem und anderen Problemen bei Musikern umzugehen ist, war Gegenstand einer informativen Tagung in Bad Neustadt/Saale.

29 Geballtes Wissen

Auch im Jahr 2009 bietet Ihnen die Fortbildungsakademie der Berufsverbände hochwertige Seminare. Das Besondere daran: Die ausgeprägte Praxisrelevanz der Veranstaltungen, die durch eine laufende Befragung der Teilnehmer gewährleistet wird. Alles Wissenswerte dazu erfahren Sie in einer umfassenden Vorschau.

NEUROTRANSMITTER-Telegramm

Das Ihnen als Berufsverbandsmitglied bisher mit separater Post zugesandte NEUROTRANSMITTER-Telegramm erhalten Sie ab sofort auf direktem Wege mit Ihrem NEUROTRANSMITTER. Wir freuen uns, Ihnen diesen besonderen Service anbieten zu können. Ihr NEUROTRANSMITTER-Telegramm beinhaltet auch künftig exklusiv alle für Sie wichtigen Informationen.

Titelbild:

Peter Doig: „Echo Lake“, 1998

3 Editorial

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

Beruf aktuell

12 3. Tagung zur Musikermedizin 2008
Vom Lampenfieber bis zur Auftrittsangst

17 Neurologische Rehabilitation
Integrierte Versorgung – Benefit für alle?

18 Gemeinsame Servicestellen
Geballtes Know-how
rund um Teilhabeleistungen

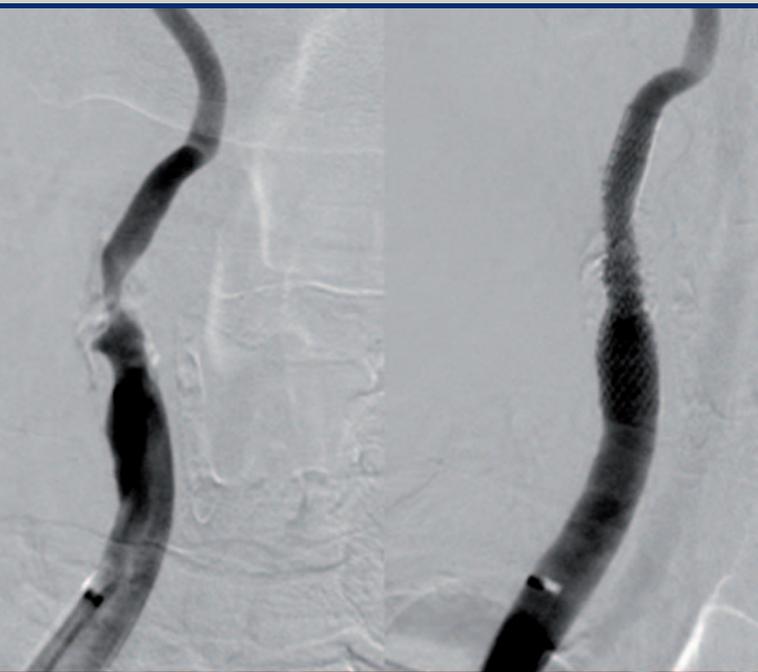
22 Offenes Forum

Aus den Verbänden

25 Des Kaisers neue Kleider und andere Kuriositäten

**26 Neuropsychiatrische Berufsverbände
schließen sich zusammen**

29 Fortbildungsakademie der Berufsverbände
Aus der Praxis für die Praxis – Jahresprogramm
2009



41 Wirksame Prävention

Ist die Angioplastie mit Stentimplantation eine gleichwertige Alternative zur Thrombendarteriektomie? Diesen und ähnlichen Fragen wird derzeit in verschiedenen Studien nachgegangen. Die aktuelle Datenlage wurde für den NEUROTRANSMITTER in einer Übersicht zusammengefasst.

Wichtiger Hinweis!

Diese Ausgabe enthält auf S. 62 f. den Therapie Report „Therapieresistenter Tremor bei Morbus Parkinson: Pramipexol – tremorlytisch, gut, verträglich, kaum Interaktionen“ und auf S. 72 den Kongress Report „ECTRIMS-2008-Daten zur Therapie der Multiplen Sklerose: Frühes therapeutisches Eingreifen verlangsamt Krankheitsprogression“. Des Weiteren ist dieser Ausgabe der Kongress Report „Parkinson-Behandlung: eine Bestandsaufnahme: Schleichender Verfall der Versorgungsqualität“ beigelegt.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Claudia Mäck (cm, Redaktionsleitung),
Telefon: 089 4372-1403, Fax: 089 4372-1400,
E-Mail: maeck@urban-vogel.de
Sebastian Lux (slx, Redaktion, -1444)
E-Mail: lux@urban-vogel.de

Schriftleitung:

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

Fortbildung

- 38 CME: Transiente globale Amnesie**
Gutartige Erkrankung mit bedrohlicher Symptomatik
- 41 CME: Neues in der Therapie von Carotisstenosen**
Ist die Angioplastie mit Stenting eine Alternative zur Operation?
- 45 CME-Fragebogen**
- 49 Pharmazeutische Technologie**
Teilen verhindert Heilen
- 52 Für Sie gelesen**
- 56 Psychiatrische Kasuistik**

Journal

- 74 Psychopathologie in Kunst und Literatur**
Verführung – ein Freud-Krimi
- 78 NEUROTRANSMITTER-Galerie**
Peter Doig – Erinnerungen

- 64 Termine**
- 67 Pharmaforum**
- 80 Impressum**
- 81 Verbandsservice**

»Wer behauptet, dass sich mit einem Betrag von 2,5 Milliarden € ein in den vergangenen 15 Jahren ausgequetschtes Gesundheitssystem kompensieren ließe, in dem die Preise für ärztliche Leistungen auf 50 % gesunken sind, streut den Versicherten absichtlich Sand in die Augen.«

Dr. med. Gunther Carl

Foto: Archiv



VERSICHERUNGSFREMDE LEISTUNGEN

Beske liefert neue Zahlen

➔ Zum wiederholten Mal hat Prof. Fritz Beske, Leiter des Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), die Höhe der versicherungsfremden Leistungen der GKV berechnet. Zur Entlastung anderer Sozialsysteme würden jährlich 45,5 Milliarden Euro aus der GKV entnommen. Wäre dies nicht der Fall, könnten die Beitragsprämien um 4,55 Beitragssatzpunkte niedriger ausfallen. Beske kritisierte die Höhe des Einheitsbeitragssatzes. Dieser belaste insbesondere die Rentner, weil sie nicht von der Absenkung des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung profitieren. Da die Politik im Zusammenhang mit der Erhöhung des GKV-Beitragssatzes auf die Absenkung bei der Arbeitslosenversicherung hinweist, beab-

sichtige sie offensichtlich, die Quersubventionierung anderer Sozialsysteme durch die GKV weiterzuführen. Auf 11 Milliarden Euro schätzt Beske die Belastung der GKV 2008 durch die Gesetzgebung. Hinzu kommen die Kosten versicherungsfremder Leistungen mit rund 4 Milliarden Euro. Die Beitragsfreiheit für Kinder und nicht arbeitende Ehefrauen sowie die reduzierten Beiträge für Rentner und Hartz IV-Empfänger beziffert er mit 29 Milliarden Euro pro Jahr. Durch den Zuschuss von 2,5 Milliarden Euro aus dem Bundeshaushalt erhält die GKV zwar eine Entlastung, dennoch bleibt eine Gesamtbelastung aus versicherungsfremden Leistungen von 45,5 Milliarden Euro. Die geplante stufenweise Steigerung

des Bundeszuschusses auf 14 Milliarden Euro jährlich ab 2016 könne diese Belastung nicht vollständig kompensieren.

Kommentar: Seit vielen Jahren hält Beske der Politik regelmäßig die versicherungsfremden Leistungen der GKV vor. Eine wirkungsvolle Umsteuerung war bisher nicht zu bemerken. Selbstverständlich dürfen sozial- und familienpolitische Steuerungsziele nicht von der GKV mitbezahlt werden. Diese sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben und müssen von allen Steuerzahlern beglichen werden. Den falschen Eindruck von der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ könnte man viel leichter entkräften, wenn die GKV für das bezahlten müsste, was sie auch leisten soll. **gc**

HONORARREFORM

Trübe Aussichten trotz klarer Versprechungen

➔ Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zum Euro-EBM 2009 war im Schiedsamtverfahren unter dem neutralen Vorsitzenden Prof. Jürgen Wasem zu Stande gekommen. Das BMG genehmigte nun die ärztliche Vergütungsreform zum 1.1.2009 unter folgenden Auflagen:

- Leistungsbezogene Honorarzuschläge, die zusätzlich zum einheitlichen Orientierungspunktwert zu höheren Auszahlungswerten führen, müssen allein aus den ebenfalls gesetzlich geforderten Rückstellungen im Rahmen der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung finanziert werden. Die Krankenkassen müssen hierfür also keine erhöhten Ausgaben vorsehen.
- Der Bewertungsausschuss soll die Auswirkungen der Beschlüsse auf die ärztlichen Honorare und die Versorgung der

Versicherten überprüfen und gegebenenfalls Anpassungen vornehmen. Insbesondere sollen die Auswirkungen auf den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich, die Leistungsbereiche künstliche Befruchtung, Hautkrebscreening, Präventionsleistungen, ambulantes Operieren und belegärztliche Leistungen überprüft werden.

- Außerdem erwartet das BMG, dass das von der Politik zugesagte und von den Krankenkassen finanzierte höhere Honorarvolumen („2,5-Milliarden-Euro-Paket“) für die Ärzteschaft „... durchgängig sich in einer qualitativ hohen und guten Versorgung für die Versicherten niederschlägt und eine unterschiedliche Servicequalität in den Praxen, insbesondere bei den Wartezeiten, der Vergangenheit angehört“.

- Der Bewertungsausschuss wird aufgefordert, ergänzende Verfahrensvorgaben zur Berechnung und Anpassung der Regelleistungsvolumina zu beschließen. Die Transparenz auf Seiten der Krankenkassen bei der erstmaligen Festsetzung der Arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina in den Ländern müsse verbessert werden.

- Nach den gesetzlichen Vorgaben in § 87b müssen von den KVen den Krankenkassen konkrete Daten für die Zuweisung der Regelleistungsvolumina zur Verfügung gestellt werden. Die Zuweisung der Honorare an die einzelnen Praxen muss bis zum 30.11.2008 erledigt sein.

Kommentar: Dass die Sonderzuschläge für bestimmte Leistungen von den Krankenkassen nicht separat, das heißt außerhalb der

morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung zu bezahlen sind, wie vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossen, sondern aus den Rücklagen, ist ein Schlag ins Kontor. Hier wird auf kaltem Wege das Morbiditäts- und Versicherungsrisiko von den Krankenkassen auf die KVen und Vertragsärzte zurückverlagert. Die Aufforderung an die Kassenärzte, dass mit einem Zusatzhonorar von lediglich 2,5 Milliarden Euro Wartezeiten der Vergangenheit angehören sollen und die Servicequalität spürbar steigt, ist schierer Sarkasmus. Wer behauptet, dass sich mit diesem Betrag ein in den vergangenen 15 Jahren ausgequetschtes Gesundheitssystem kompensieren ließe, in dem die Preise für ärztliche Leistungen auf 50% gesunken sind, streut den Versicherten absichtlich Sand in die Augen.

gc

REFORM DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG

Bundesrat fordert Länderbeteiligung

➔ Der Bundesrat wünscht in seiner Stellungnahme zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eine umfassende Beteiligung der Länder. Besonders gilt dies für die Festlegung und Entwicklung von Investitionsfallwerten und Investitionsbewertungsrelationen sowie für die Entwicklung des Basisfallwertes und den Basisfallwertkorridor. Krankenhäuser seien durch die Begrenzung des Basisfallwertes inzwischen in ihren Kostenstrukturen unterfinanziert.

Kommentar: Die Länder stehen traditionell auf Seiten der Krankenhäuser. Denn bisher wurden im Rahmen der dualen Finanzierung die Erstellung und Erhaltung- beziehungsweise Investitionsaufwendungen von den Ländern bezahlt, sofern diese dazu noch ausreichend in der Lage waren. Krankenhäuser sind für viele Städte, Kreise und Länder Prestigeobjekte. Ob der Zug nun endgültig in Richtung einer monistischen Kranken-

hausfinanzierung über krankheitsbezogene Fallwerte und Investitionszuschläge abgefahren ist, bleibt derzeit noch offen. gc



Foto: Paul Hill/Fotolia.com

Bei der Reform der Krankenhausfinanzierung wollen die Länder ein gehöriges Wort mitreden.

FÖRDERUNG VON LANDÄRZTEN

Politik will finanzielle Anreize schaffen



Foto: iofoto/Bernd Kröger/Fotolia.com

➔ Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt schlug den Bundesländern vor, angehenden Medizinstudenten Stipendien anzubieten, wenn sie bereit seien, später „Landarzt“ zu werden. Würden die jungen Ärzte aufgrund der eingegangenen Verpflichtung erst einmal fünf oder sechs Jahre in einem unterversorgten Gebiet arbeiten, würden wahrscheinlich 80% dort bleiben. Bereits für 2010 sehe der neue EBM höhere Honorare in unterversorgten Gebieten vor. Auch das Auswahlverfahren für junge Medizinstudenten müsse neu reguliert werden. Bei vier Bewerbungen pro Medizinstudienplatz müsse bezweifelt werden, „dass wir alleine mit der Fixierung auf die Abiturnote wirklich die Richtigen gewinnen“. Es müsse mehr spezifische Eignungstests für junge Mediziner geben und diese müssten auch frühzeitiger in den Praxisalltag eingeführt werden. Es sei nicht einzusehen, dass eine Intensiv-Krankenschwester nicht studieren dürfe, weil ihr Abiturnote von 2,3 zu schlecht ist.

Kommentar: Dass man den Ärztemangel in unattraktiven Landstrichen im Wesentlichen nur über finanzielle Anreize in den Griff bekommen wird, dürfte unstrittig sein. Das Geld hierfür müssen allerdings die Krankenkassen bereitstellen. Man kann es nicht denjenigen Ärzten wegnehmen, die sich bereits im Vertrauen auf gleiche Honorare in ausreichend versorgten Regionen niedergelassen haben. Hiergegen spricht der Bestandsschutz. Neben der Abiturnote weitere Eignungskriterien verstärkt in das Auswahlverfahren bei der Verteilung der Medizinstudienplätze einzubeziehen, ist sicherlich vernünftig. Warum allerdings die Zahl der Interessenten die Zahl der vorhandenen Studienplätze trotz der bekanntermaßen schlechten ärztlichen Arbeitsbedingungen um ein Vielfaches übersteigt, bleibt ein Rätsel. Denn gleichzeitig entscheiden sich nur 70% derselben Studenten gegen Ende ihres Studiums dafür, kurativ tätig zu werden.

gc



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte



BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

Des Kaisers neue Kleider und andere Kuriositäten

Harten Tobak sind wir ja gewohnt, aber dass sich die Geschichte von „des Kaisers neuen Kleidern“ in der EBM-Reform 2009 so originalgetreu wieder finden würde, hatten nur wenige glauben wollen. Wie oft wurde die neue Welt der vertragsärztlichen Honorierung ab 1. Januar 2009 beschworen! „Ende der Muschelwährung, kalkulierbare Preise ...“ und dann erst der Geldsegen, den die Ministerin verkündete: 2,6 Mrd. € = 10 % mehr für die ambulante Vergütung!

Und jetzt? „Der Kaiser ist ja nackt“ schreien die Menschen im Märchen. Wie im realen Leben! Tatsächlich ist derzeit fraglich, ob die angekündigten Gelder wirklich fließen werden, und wenn ja, wie viel davon. Schon werden Beschlüsse wieder „eingesammelt“ beziehungsweise durch Episteln aus dem Ministerium konterkariert. Wo bleiben die versprochenen Gelder? Luftbuchungen?

Parallel dazu haben die umfänglichen Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses die Konsequenz, dass die Gelder für die vertragsärztliche Versorgung asymmetrisch und noch ungerechter als früher verteilt werden. Doch selbst begünstigte Gruppen mit geförderten Leistungen wie beispielsweise ambulante Operateure, klagen an vielen Stellen der Republik darüber, dass die finanziellen Töpfe nicht ausreichend bemessen sind. Dies gilt erst recht für diejenigen Leistungen, die keiner spezifischen Förderungen für würdig befunden wurden. Betroffen davon sind viele Fachgruppen, exemplarisch seien die HNO-Ärzte sowie die konservativ tätigen Augenärzte genannt. Aber eben auch Neurologen, Nervenärzte und Psychiater!

Spätestens jetzt wissen wir: Unsere Patienten sind Patienten 2. Klasse!

Gut gemeint ist noch lange nicht gut gemacht

Nota bene: Von den stabilisierten Vergütungen für Richtlinienpsychotherapie profitieren jetzt alle Vertragsärzte – Psychiater und Psychotherapeuten sowie Nervenärzte bzw. Neurologen, die Richtlinienpsychotherapie ausüben. Sie alle erhalten in Zukunft 81,20 € für 50 Minuten genehmigte Richtlinienpsychotherapie. Warum allerdings psychiatrische und neurologische Leistungen nicht ebenfalls in den Katalog der förderungswürdigen Leistungen aufgenommen worden sind, bleibt rätselhaft. Wir haben dies mehrfach eingefordert und haben dafür gute Argumente: Fast ein Drittel der Diagnosen auf der Liste des Bundesversicherungsamtes für den morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich sind neuropsychiatrische Erkrankungen. Die fehlende Förderung neuropsychiatrischer Leistungen ist ein schwerer handwerklicher Fehler in der Gebührenordnung 2009, der baldmöglichst korrigiert werden muss.

Die grundsätzlichen Vorgaben zu dieser Gebührenordnung und die Präzision, mit der die Zahnräder ineinander greifen, sind allerdings handwerklich hervorragend! Sie stammen aus dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) und aus der Feder der Mitarbeiter des Bundesministeriums für Gesundheit. Und die Saat droht aufzugehen: Die Entsolidarisierung innerhalb der Ärzteschaft schreitet voran, „die Ärzteschaft zerlegt sich selbst“ formulierte vor kurzem der SPD-Gesundheitspolitiker Eike Hovermann. Wie wahr. Ich zitiere den Vorsitzenden der KBV-Vertreterversammlung Andreas Hellmann an dieser Stelle, der vor kurzem schrieb: „Wir müssen uns nicht die Frage stellen, was die KV für uns tun kann, sondern was wir für die KV tun können, damit Fachärzte in der nächsten



Foto: Archiv

Dr. med. Frank Bergmann
1. Vorsitzender des BVDN
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Reform nicht untergehen.“ Aber das kann keine Einbahnstraße sein.

Gleichwohl: Die KBV hat in den letzten Jahren auf Anregung von BVDN, BDN und BVDP viele Beschlüsse im Sinne unserer Fachgruppe gefasst und umgesetzt. Trotzdem hat sich die Vergütungssituation in vielen Bundesländern nicht ausreichend gebessert. Insofern fordern wir insbesondere auch auf Länderebene Anerkennung des dringend nötigen Stützungsbedarfes für unsere Fachgruppe. Solidarität ist hier nur „auf Gegenseitigkeit“ möglich. Sonst wäre die folgerichtige Konsequenz, dass „die KV“ das Scheitern der kollektivvertraglichen Versorgung, und zwar wegen der nicht erfüllbaren politischen Rahmenbedingungen, verkünden müsste. Mit allen Konsequenzen. Nur wenn „die KV“ als Körperschaft hierzu selbst die Kraft findet – zusammen mit den von ihr noch repräsentierten Ärzten, wird sie vielleicht die Chancen haben, das Zepter in der Hand zu behalten. Dies erfordert einen mutigen Neuanfang. Und zwar bald, denn viel Zeit bleibt dafür nicht mehr. Zum einen: Die nächste Reform des Gesundheitswesens wird schon vorbereitet. 2010, spätestens 2011 kommen die nächsten Überraschungen auf uns zu. Zum anderen: Viele Kollegen wenden sich schon jetzt von der KV ab. Ob die Selektivverträge dann wirklich halten, was sie versprechen,

sei dahingestellt. Aber: Ist das System erst einmal zerschlagen, wird es nicht mehr zu reparieren sein. Dann ist die Fachärzteschaft endgültig gespalten und jede Fachgruppe auf sich gestellt. Den Kassen kann es nur recht sein. *Divide et impera!*

Die Ziele sind gesteckt

Unsere wichtigsten drei Ziele, für die wir auch in 2009 mit allen Kräften für Sie eintreten, in Stichworten:

- leistungsgerechte Vergütung im Kollektivvertrag und Stärkung unserer Fachgruppen im KV-System,
- Ausbau der flächendeckenden strukturierten Versorgung (§§ 73c und 140 SGB V) und
- Koordination und Unterstützung der regionalen Netze in unserer Genossenschaft. Dafür benötigen wir weiterhin Ihren Rückhalt und Ihre Unterstützung ebenso wie die Kooperation mit unseren Partnern in den wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Das berufspolitische Positionspapier des BVDN, abgestimmt auf der Länderdelegierten-Tagung im Herbst in Lübeck, finden Sie auf unserer Homepage: www.BVDN.de. Nutzen wird uns unter anderem auch die neue von uns initiierte und im Herbst gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft „Neurologie und seelische Gesundheit“: Ein zunächst informeller Zusammenschluss neurologischer und psychiatrischer Berufsverbände, der Neurochirurgen, der Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten sowie des Berufsverbandes der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Für viele – meist konstruktive – Kritik und Unterstützung in diesem Jahr ganz herzlichen Dank. Auch Berufspolitik ist keine Einbahnstraße. Wir benötigen Ihren Input sowie Ihre Anregungen und Kritik!

Der Jahreswechsel steht bevor und wir starten in ein Wahljahr mit allen dazugehörigen Aufregungen und Versprechungen. Erlauben wir uns zuvor eine kleine Pause. Im Namen der Vorstände von BVDN, BDN und BVDP wünsche ich Ihnen und Ihren Familien frohe Weihnachten und ein gutes neues Jahr!

Herzlichst Ihr



Neuro-psychiatrische Berufsverbände schließen sich zusammen

Am 13. Oktober 2008 fand in Berlin die Gründung einer Bundesarbeitsgemeinschaft für die ZNS-Fächer statt. Die neue Bundesarbeitsgemeinschaft trägt den Namen „Neurologie und seelische Gesundheit“. Zusammengeschlossen haben sich hierfür

- der Berufsverband Deutscher Neurochirurgen,
- der Berufsverband Deutscher Nervenärzte,
- der Berufsverband Deutscher Neurologen,
- der Berufsverband Deutscher Psychiater,
- der Berufsverband der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e. V. sowie
- der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland.

Ziele der Bundesarbeitsgemeinschaft

1. Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten mit organischen Erkrankungen des Nervensystems und psychischen und psychosomatischen Erkrankungen inklusive Schmerzkrankungen.
2. Diese Ziele sollen erreicht werden durch die Darstellung und Koordination der Tätigkeit der Berufsverbände der Gebietsärzte, die sich mit der Versorgung von Patienten mit organischen Erkrankungen des Nervensystems und psychischen Erkrankungen inklusive Schmerzkrankungen befassen, und zwar in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung gegenüber anderen Verbänden, Kostenträgern, Politik und Öffentlichkeit.

Als Struktur wurde zunächst ein informeller Zusammenschluss der genannten Berufsverbände gewählt, optional auch unter dem Dach der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GfB).

Ein Beitrag wird nicht erhoben. Die Kosten der Treffen werden von den Verbänden jeweils übernommen.

Die neu gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft Neurologie und seelische Gesundheit vertritt mehr als 10.000 vertragsärztlich tätige Ärzte, die für die Versorgung von rund 30% derjenigen Patienten zuständig sind, deren Diagnosen auf der Liste des Bundesversicherungsamtes zum morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich aufgeführt sind. Es handelt sich um eine Patientengruppe, die in der Regel schwer und chronisch krank ist und hohe Kosten im Gesundheitswesen verursacht und die bisher nicht strukturiert versorgt wird.

Als Sprecher der Bundesarbeitsgemeinschaft wurde der 1. Vorsitzende des BVDN bestimmt. □

AUTOR

Dr. med. Frank Bergmann

1. Vorsitzender des BVDN

Fortbildungsakademie der Berufsverbände

Aus der Praxis für die Praxis – Jahresprogramm 2009

Auch für das kommende Jahr hat die Fortbildungsakademie der Berufsverbände ein einzigartiges Programm zusammengestellt. Damit Sie bereits heute erfahren, was Sie im nächsten Jahr erwartet, haben wir die Inhalte der einzelnen Seminare wie gewohnt für Sie zusammengefasst. Die Auswahl der Themen richtet sich im Wesentlichen nach den Vorschlägen engagierter Kollegen. Die hohe Qualität der Veranstaltungen ist durch die laufende Evaluation gewährleistet. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann melden Sie sich möglichst schnell bei der Fortbildungsakademie (S. 64) an.

Jahresrückblick 2008

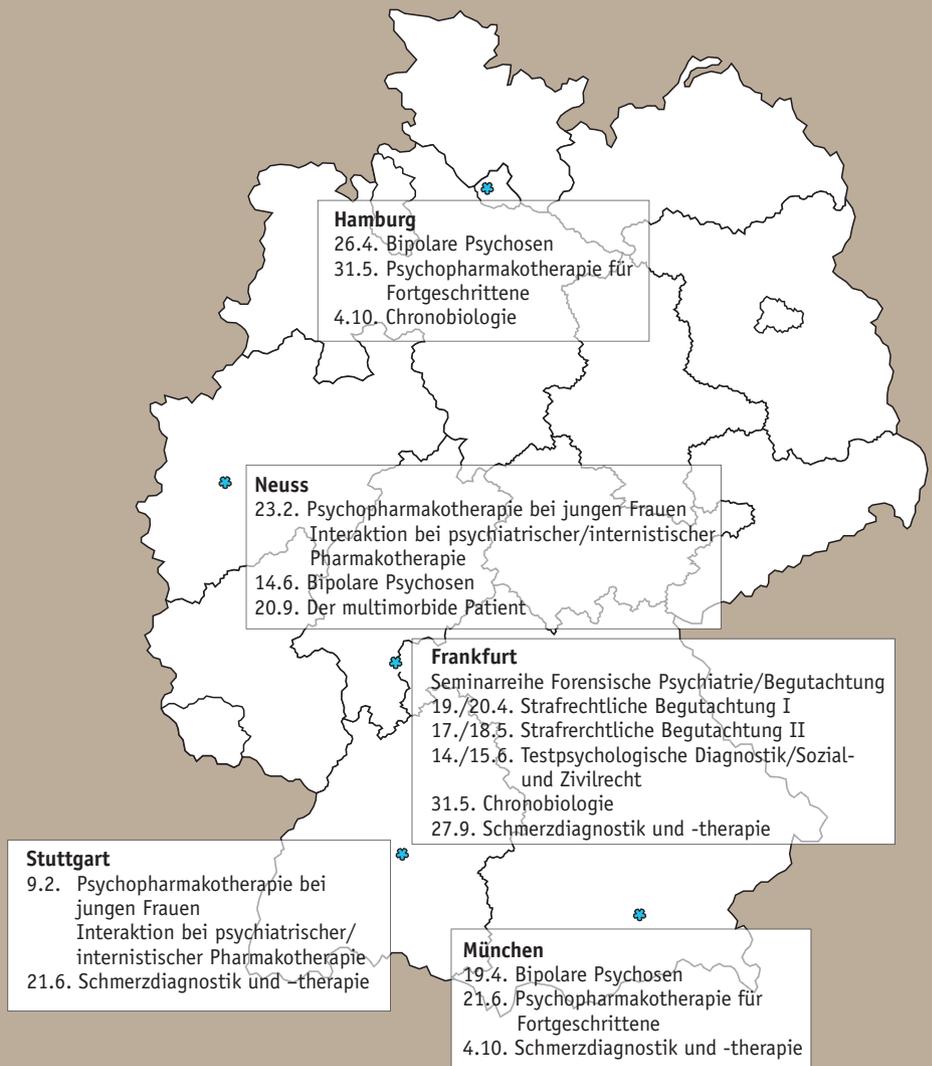
16 Veranstaltungstage bestritt die Fortbildungsakademie der Berufsverbände im Jahr 2008. Neben den eintägigen klassischen Samstagseminaren (insgesamt 13) wurden in der Fortbildungsreihe Forensik auch zweitägige Wochenendseminare durchgeführt. 478 Teilnehmer konnten insgesamt verzeichnet werden, pro Seminar im Durchschnitt fast 30. Sieben Seminarthemen wurden angeboten, zwölf Referenten kamen zum Einsatz, wobei zwei davon in verschiedenen Seminaren vortrugen, fünf Sponsoren (Hexal AG, Janssen-Cilag GmbH, Lilly Deutschland GmbH, Sandoz Pharmaceuticals GmbH, SERVIER Deutschland AG) trugen die finanzielle Hauptlast der Veranstaltungen.

Hohes Niveau bestätigt

Die Evaluation durch die Teilnehmer konnte das außergewöhnliche Qualitätsniveau bestätigen. Einige Referenten werden sogar regelmäßig ausschließlich mit „sehr gut“ bewertet. So wie die Teilnehmer waren auch die Referenten außerordentlich angetan vom Fachwissen, der Diskussionsfreude und der Mitarbeit der teilnehmenden Kollegen.

Als Leiter der Fortbildungsakademie danke ich den Sponsor-Firmen, den Referenten und den Teilnehmern, denn am Erfolg unserer Seminare zeigt es sich, dass wissenschaftlich saubere Fortbildung, auch wenn sie von den Teilnehmern Gebühren einfordert, auf einen großen und außerordentlich treuen Interessentenkreis zählen kann.

Alle eintägigen Seminare waren mit jeweils 8 CME-Punkten bewertet, die Wochenendseminare „Forensische Psychiatrie“ pro Seminareinheit (Samstag und Sonntag) mit 14 Punkten. **az**



Fortbildungsakademie der Berufsverbände

Vorschau auf das Jahresprogramm 2009

I. Seminarreihe „Forensische Psychiatrie“

Referenten: Prof. Dr. M. Osterheider, Regensburg
Prof. Dr. C. Cording, Regensburg
Dipl.-Psych. Dr. A. Mokros, Regensburg
Dr. Ch. Vogel, München

Sponsor: Lilly Deutschland GmbH; Förderverein der Fortbildungsakademie

Dieses Seminar setzt sich aus fünf Themen zusammen. Teilnehmer, die alle Seminarteile besucht haben, erhalten ein von den Berufsverbänden und der Fortbildungsakademie erstelltes Zertifikat, das den Erwerb besonderer Qualifikationen im Bereich der Begutachtung bestätigt. Natürlich kann jeder Interessent auch ein einzelnes Seminar buchen und dadurch CME-Punkte der Landesärztekammer erwerben. Eine Zertifizierung für die gesamte Reihe wird aber erst nach Besuch aller Teile vergeben.

Folgende fünf Themenbereiche werden an insgesamt drei Wochenenden (jeweils zweitägig) behandelt:

- Strafrechtliche Begutachtung I: Grundsätze, Schuldfähigkeit
- Strafrechtliche Begutachtung II: Prognose etc.
- Betreuungsrechtliche Begutachtung
- Zivilrechtliche Begutachtung
- Testpsychologische Diagnostik im Zusammenhang mit Begutachtungen

Seminartermine: 21./22.2.; 14./15.3.; 25./26.4.2009
Die Veranstaltungsreihe wird zentral für alle Landesverbände nur in Frankfurt a. M./Sulzbach durchgeführt. Die Seminare dauern samstags von 9.30–17.00 Uhr und sonntags von 9.30–15.00 Uhr.



Foto: Martin Schmid_Fotolia.com

1. Wochenende: Strafrechtliche Begutachtung I: Grundsätze, Schuldfähigkeit

Referenten: Prof. Dr. M. Osterheider, Regensburg
Dipl.-Psych. Dr. A. Mokros, Regensburg

Die Teilnehmer dieser Veranstaltung werden mit den Inhalten und Besonderheiten strafrechtlicher Begutachtung, insbesondere dem Bereich der Schuldfähigkeitsbegutachtung vertraut gemacht. Anhand von Übungen und Fallbeispielen werden im ersten Teil zunächst folgende Punkte dargestellt und nachfolgend praxisnah erläutert:

- die Rolle des psychiatrischen Sachverständigen im Strafverfahren
- rechtliche Rahmenbedingungen von Schuldunfähigkeit und Maßregel
- medizinischer und juristischer Krankheitsbegriff
- die forensisch-psychiatrische Exploration
- das schriftliche Sachverständigengutachten
- die mündliche Erstattung des Gutachtens in der Hauptverhandlung

Seminartermin: 21./22.2.2009 in Frankfurt a. M./Sulzbach

2. Wochenende: Strafrechtliche Begutachtung II: Prognose etc.

Referenten: Prof. Dr. M. Osterheider, Regensburg
Dipl.-Psych. Dr. A. Mokros, Regensburg

In diesem zweiten Teil der Veranstaltung liegt der Schwerpunkt auf dem Bereich der strafrechtlichen Prognose/Begutachtung. Hierbei werden die folgenden Themen in Theorie und anhand von Fallbeispielen praktisch erläutert:

- Prognoseentscheidungen in Justiz und Maßregelvollzug
- Intuition versus klinisch-aktuarische Prognostik
- von der Risikoprognose zum Risk-Management
- haftungsrechtliche Aspekte: Begutachtungsfehler/ Beurteilungsirrtümer
- gängige Instrumente zur Risikoprognose
- betreuungsrechtliche Begutachtung

Seminartermin: 14./15. 3.2009 in Frankfurt a. M./Sulzbach

3. Wochenende: Zivilrechtliche Begutachtung und Testpsychologische Diagnostik

Referenten: Prof. Dr. C. Cording, Regensburg
Dr. Ch. Vogel, München
Dipl.-Psych. Dr. A. Mokros, Regensburg

Fortbildungsakademie der Berufsverbände – Vorschau auf das Jahresprogramm 2009

Am ersten Tag sollen Thematiken der zivilrechtlichen Begutachtung referiert und am zweiten der Zugang zur Interpretation gutachtlich relevanter psychologischer Testergebnisse erleichtert werden. Der Schwerpunkt liegt bei letzterem auf klinisch-psychologischen Verfahren, neuropsychologischer Leistungsdiagnostik (Denken, Gedächtnis, Aufmerksamkeit) und der Testung mittels Persönlichkeitsfragebögen.

Zivilrechtliche Begutachtung

- Begutachtung der Geschäfts-, Testier- und Prozess(un-)fähigkeit
- zur Frage der „freien Willensbestimmung“ bei Suizid im Lebensversicherungsrecht
- gutachterlich relevante Fragestellungen in Abhängigkeit von der Diagnose
- Umfang und Gliederung des schriftlichen Sachverständigenutachtens
- Begutachtungen im Familienrecht (Sorgerechtsverfahren und Unterhaltsrecht)
- Begutachtung der Transsexualität
- ambulante Behandlungsstrategien bei forensischen Patienten

Testpsychologische Diagnostik

- Tests und Fragebögen – strukturierte Erfassung von Denken, Erleben und Verhalten
- historischer Überblick über die Testdiagnostik: Vom Binet-Test zum adaptiven Testen
- Grundlagen der Testtheorie: Verlässlichkeit (Reliabilität) und Gültigkeit (Validität) eines Tests
- Intelligenztests
- andere kognitive Leistungstests (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen)
- allgemeine und spezifische klinisch-psychologische Erhebungsinstrumente
- Persönlichkeitsfragebögen
- Simulation/Dissimulation/Aggravation von Symptomen oder Eigenschaften
- zur Problematik projektiver Tests: Fragliche Validität von Tintenklecksdeutungen

Seminartermine: 25./26.4.2009 in Frankfurt a. M./Sulzbach

II. Diagnostik und Therapie der bipolaren Störungen

Referenten: PD Dr. S. Krüger, Berlin
Dr. G. Eckermann, Kaufbeuren

Sponsor: Sandoz Pharmaceuticals, Holzkirchen

Bipolare Störungen zählen zu den am frühesten herausgearbeiteten Störungsbildern der Psychiatrie. Eine der ersten Beschreibungen verdanken wir Aretaeus von Kappadokien. Un-

ter der Bezeichnung „Manisch-depressive Erkrankung“ stand dieses Krankheitsbild auch in der Zeit im Brennpunkt des Forschungsinteresses, als sich die Psychiatrie schließlich zur eigenständigen medizinisch-wissenschaftlichen Disziplin entwickelte. Allerdings war die Beschäftigung mit den nun „Bipolaren Störungen“ in den letzten Jahrzehnten etwas in den Hintergrund getreten, weil sich das Hauptinteresse des Faches auf schizophrene Störungen und die Erforschung der unipolaren Depression konzentriert hatte. Dabei zählen die bipolaren Störungen wegen der Häufigkeit ihres Auftretens und der oft schweren, ja nicht selten deletären Krankheitsverläufe zu den wichtigsten psychischen Erkrankungen überhaupt. Nach neueren epidemiologischen Untersuchungen sind sogar komplexe Episodentypen und Mischzustände wesentlich häufiger als bisher angenommen, beides Verlaufsformen, die erhebliche diagnostische Probleme aufwerfen können. Ein weiterer Faktor, der Diagnostik und Therapie erschwert, liegt in den Komorbiditäten begründet (insbesondere mit Suchterkrankungen). Sowohl das klinische Bild der bipolaren Depression als auch ihre Therapie unterscheiden sich in einigen Aspekten von dem der rezidivierenden unipolaren depressiven Störung. Möglichst früh sollte deshalb differenzialdiagnostisch geklärt werden, ob es sich bei der depressiven Erkrankung eines Patienten um eine unipolare oder bipolare Verlaufsform handelt.

Dieses neu entwickelte, ganz auf die praktischen Belange niedergelassener Psychiater und Nervenärzte zugeschnittene Seminar beschäftigt sich mit den oben kurz angerissenen diagnostischen, differenzialdiagnostischen und therapeutischen Besonderheiten der wichtigsten Ausprägungen von bipolaren Störungen, also der akuten Manie und bipolaren Depression. Ausführlich werden die Komplikationen diskutiert, die aus der Komorbidität zum Beispiel mit Suchterkrankungen erwachsen, die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten in der Akuttherapie ebenso wie in der Rezidivprophylaxe thematisiert. Gerade bei der bipolaren Störung werden sehr häufig Kombinationstherapien erforderlich, die wegen des hierdurch entstehenden Interaktionsproblems für gefährliche pharmakotherapeutische Fallstricke verantwortlich sind. Bei keiner anderen psychiatrischen Erkrankung dürfte die Bestimmung des Medikamentenspiegels von so großer Bedeutung sein wie bei der Behandlung bipolarer Psychosen, sodass dieses Thema im Seminar ausführlich ausgeführt wird.

Seminartermine: 21.3.2009 in Stuttgart;
28.3.2009 in Frankfurt a. M.

III. Schmerzdiagnostik und -therapie in der nervenärztlichen, neurologischen und psychiatrischen Praxis

Referenten: PD Dr. A. May, Hamburg
Prof. Dr. F. Birklein, Mainz

Sponsor: Hexal AG, Holzkirchen

Die meisten Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen (Herpes Zoster, Rückenschmerzen, PNP, Kopfschmerzen etc.) werden zu irgendeinem Zeitpunkt der Erkrankung beim nie-

Fortbildungsakademie der Berufsverbände – Vorschau auf das Jahresprogramm 2008

dergelassenen Nervenarzt vorstellig. Dem gegenüber steht, dass die Schmerzbehandlung in vielen Kliniken nicht zu den alltäglichen Tätigkeiten der Patientenversorgung gehört. Nach wie vor zählt Schmerz(-therapie) deshalb nicht zwangsläufig zur klinischen Ausbildung. In der Regel verfügen lediglich spezielle (anästheologische) Zentren über Schmerzambulanzen, sodass sich dem Neurologen oder Psychiater in der Fachausbildung nur selten die Möglichkeit einer Fortbildung im komplexen Thema der Schmerztherapie bietet. Diese Fortbildungseinheit soll dem niedergelassenen Neurologen, Psychiater und Nervenarzt einen kurzen Überblick über Behandlungsstrategien insbesondere chronischer Schmerzen geben, wobei auf die häufigsten schmerzverursachenden Erkrankungen im Speziellen eingegangen wird. Die Empfehlungen richten sich nach den aktuellen DGN-Leitlinien.

Themen:

1. Grundlagen der Anatomie beziehungsweise der Physiologie des Schmerzes/der Schmerzchronifizierung
2. Kopf- und Gesichtsschmerzen (Leitsymptome, Differenzialdiagnose, moderne Therapie)
3. Rückenschmerzen (Chronifizierung, failed back, Lumbago)
4. Neuropathische Schmerzen (Begriffsbestimmung, sympathisch unterhaltener Schmerz, CRPS, Engpasssyndrome, zentraler Schmerz)
5. Psychogener Schmerz (Diagnose, differenzierte Therapie)
6. Medikamentöse Schmerztherapie (Analgetika, differenzierte Opioidtherapie, Neuroleptika, Antiepileptika, Muskelrelaxantien sowie Tipps und Tricks)
7. Nicht-medikamentöse und komplementäre Verfahren (von Akupunktur bis TENS).

Seminartermine: 28.2.2009 in Hamburg, 21.3.2009 in Neuss

IV. Chronobiologie: Zukunftsweisendes Wissen für Psychiatrie und Neurologie

Referenten: Prof. Dr. A. Wirz-Justice, Basel
Prof. Dr. M. Wiegand, München

Sponsor: SERVIER Deutschland GmbH, München

Zirkadiane Rhythmen werden von „suprachiasmatischen Kernen“ in der Hirnbasis gesteuert. Diese regulieren Körpertemperatur, Herzschlagrate, Hormonfreisetzung und viele andere körperliche und intellektuelle Leistungen. Letztlich reguliert aber das Tageslicht die zirkadianen Rhythmen über eine vom Auge zu den suprachiasmatischen Kernen verlaufende Nervenbahn (vermutlich gibt es hierfür im Augenhintergrund spezielle Photorezeptoren). Die hierdurch synchronisierte innere Uhr gibt uns vor, am Tage wach zu sein und während der Nacht zu ruhen, respektive zu schlafen. Wie diese Vorgänge beim Individuum ablaufen ist genetisch festgelegt und neuronal fest verschaltet, sodass wir von verschiedenen „Chronotypen“ mit den Extremen der „Lerchen“ und „Eulen“ sprechen.

Störungen der zirkadianen Rhythmen können sich vor allem negativ auf den Schlaf-Wach-Rhythmus auswirken, spielen

aber auch eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung von affektiven Erkrankungen, insbesondere von Depressionen. Im Alter verändern sich die zirkadianen Schlaf-Wach-Regulationen übrigens aufgrund der Altersveränderungen des Gehirns, was sich dann ebenfalls in verschiedenen psychischen Störungen niederschlagen kann.

Positiv therapeutisch können alle Störungen der chronobiologischen Abläufe sowohl durch Einflussnahme auf den Zeittaktgeber (vor allem durch Licht), aber auch durch verhaltenstherapeutische Interventionen und seit neuerem durch pharmakologische Substanzen beeinflusst werden, die eine direkte Agonisierung von Melatonin-Rezeptoren bewirken.

Im Seminar zu den chronobiologischen Aspekten von Schlaf- und affektiven Störungen werden alle wichtigen neurologischen und klinischen Erkenntnisse referiert und mit den Teilnehmern diskutiert. Dadurch sollen die Zuhörer mit der außerordentlich wichtigen, erst in den letzten Jahren zu so großer Bedeutung gelangten Facette der psychiatrischen und neurologischen Grundlagenwissenschaft „Chronobiologie“ vertraut gemacht und in die Möglichkeiten eingeführt werden, diese Erkenntnisse therapeutisch umzusetzen.

Seminartermine: 14.2.2009 in München;
5.12.2009 in Stuttgart

V. Mutterseelenallein

Referenten: PD Dr. S. Krüger, Berlin,
Dr. G. Eckermann, Kaufbeuren

Sponsor: Hexal AG, Holzkirchen

Diagnostik und Therapie der postpartalen Störungen sowie Wechselwirkungsrisiken bei der antidepressiven Behandlung, der Therapie psychotischer Depressionen und bei der Phasenprophylaxe sowie unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) bei der Kombination von Psychopharmaka mit gynäkologisch und allgemeinärztlich verwendeten Psychopharmaka sind die Inhalte dieses Seminars.

Postpartale psychiatrische Störungen

Postpartale psychiatrische Erkrankungen betreffen viele Frauen, ohne dass dies in der Öffentlichkeit, auch in der medizinischen Öffentlichkeit genügend wahrgenommen würde. Wenn nach der Geburt des Kindes nicht Freude das Leben erhellt, sondern Ängste und Traurigkeit es verdüstern, schämen sich erkrankte Frauen häufig, darüber zu sprechen, weil sie denken, nur sie allein würden den Erwartungen, die die Umgebung aber auch sie selbst an sich stellen, nicht genügen. Selbst Psychiatern und Nervenärzten, ob in Praxis oder Klinik, sind bezüglich der Erkennung und Therapie postpartaler psychischer Erkrankungen oftmals unzureichend informiert, sodass Störungen, die nicht mit großer Fulminanz einhergehen wie zum Beispiel die postpartale Psychose unerkannt und dadurch unbehandelt bleiben.

Das Seminar vermittelt die wesentlichen Aspekte der Diagnostik und Therapie postpartaler psychischer Erkrankungen,

Fortbildungsakademie der Berufsverbände – Vorschau auf das Jahresprogramm 2008

wobei sich didaktisch Fallbeispiele und der aktuelle theoretische Wissensstand gegenseitig ergänzen. Intention der Veranstaltung ist es, Voraussetzungen für einen sicheren Umgang mit postpartalen psychiatrischen Krankheitsbildern zu schaffen.

Komplikationen der Pharmakotherapie in der Postpartumphase

Die pharmakotherapeutische Behandlung von Patientinnen, die an einer postpartalen Depression erkrankt sind, beinhaltet relevante Risiken unter anderem in Bezug auf die Arzneimittelsicherheit. Diese Probleme werden im zweiten Teil des Seminars anhand von Falldarstellungen (UAW- und Wechselwirkungsrisiken in der antidepressiven Behandlung, bei der Therapie der psychotischen Depression und der Phasenprophylaxe) besprochen. Besonderes Gewicht wird auf die möglichen Komplikationen gelegt, die bei der gemeinsamen Anwendung von Psychopharmaka mit gynäkologischen und allgemeinärztlichen Medikamenten auftreten können.

Die betroffene Patientinnengruppe neigt zur Selbstmedikation, die dem behandelnden Arzt oft nicht bekannt ist, jedoch zu erheblichen Schwierigkeiten führen kann, wenn zum Beispiel Phytopharmaka als „Add-on“ zur psychopharmakologischen Therapie eingenommen werden. Ein konkreter Fall, bei dem eine nicht klar erkannte Suizidalität zum zentralen Problem wurde, soll haftungsrechtliche Aspekte der Pharmakotherapie der postpartalen Depression verdeutlichen.

Seminartermine: 25.4.2009 in Hamburg; 6.6.2009 in Neuss; 13.6.2009 in Frankfurt a.M., 4.7.2009 in München

VI. „Ist denn gegen alles ein Kraut gewachsen?“

Referenten: PD Dr. med. S. Krüger, Berlin;
Dr. G. Eckermann, Kaufbeuren

Sponsor: Sandoz Pharmaceuticals GmbH, Holzkirchen

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) gehören zu den häufigsten und teuersten Krankheitskomplexen, rangieren in ihrer Bedeutung noch vor Depression, koronarer Herzkrankheit und Diabetes mellitus. Mit fast unglaublichen 10% sind Sie die häufigste Ursache für stationäre Einweisungen. Dabei gelten circa 50% davon als durchaus vermeidbar. Die direkten Kosten von UAW betragen in Deutschland mehrere hundert Millionen Euro pro Jahr.

In diesem Seminar werden die wichtigsten unerwünschten Arzneimittelwirkungen sowohl auf Ebene der Einzelsubstanz wie auch in der Kombinationstherapie dargestellt. Den Ausführungen der Referenten liegen die Inhalte deutscher Arzneimittelsicherheitsdatenbanken zugrunde – das AMSP-System der stationären psychiatrischen Einrichtungen Deutschlands, der Schweiz und Österreich, Datenbanken der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und internationale Drug-Safety-Quellen.

Haftungsrechtliche Risiken bei der pharmakotherapeutischen Behandlung werden ebenso besprochen wie Möglichkeiten, UAW „in den Griff zu bekommen“, wenn es sich verbietet, von einer Substanz auf eine andere zu wechseln.

Nebenwirkungsprofile der neuen Atypika, von einigen ausgewählten Antikonvulsiva beziehungsweise Phasenprophylaktika, von Benzodiazepinen, Antidementiva und Phytopharmaka werden ebenso ausführlich behandelt wie Risiken von unerwünschten Arzneimittelreaktionen in der Kombinationstherapie von Substanzen, die bei der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen eingesetzt werden (inzwischen die Regel statt die Ausnahme).

Die Referenten sind darauf eingestellt, mit den Teilnehmern, die als praktische Spezialisten ihres Faches über einen großen Wissens- und Erfahrungsschatz aus der eigenen klinischen Tätigkeit verfügen, ausführlich auf einzelne Fälle einzugehen und bitten darum, eigene Fälle zur ausführlichen Besprechung anhand von Krankenunterlagen mitzubringen.

Seminartermine: 12.9.2009 in Hamburg; 26.9.2009 in Neuss; 10.10.2009 in Stuttgart; 31.10.2009 in München

Dank dem Förderbeirat

Ein eingetragener Förderverein unterstützt die Fortbildungsakademie der Berufsverbände. Ihm ist ein Industriebeirat per Satzung angeschlossen, der sich zweimal pro Jahr trifft, um aktuelle Entwicklungen auf dem Fortbildungssektor sowie neue Themen und Trends im Fortbildungsbereich zu diskutieren, damit die Angebote der Fortbildungsakademie sowohl inhaltlich wie auch didaktisch immer auf dem neuesten Stand gehalten werden können.

Folgende Firmen unterstützten durch ihren finanziellen Beitrag 2008 die Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BVDP, BDN, denen an dieser Stelle in besonderer Weise für die Großzügigkeit und den hiermit bewiesenen Einsatz für werbeunabhängige Fortbildung gedankt sei:

- Bayer-Vital GmbH, Leverkusen
- Hexal AG, Holzkirchen
- Janssen Cilag GmbH, Neuss

- Merz Pharmaceuticals GmbH, Frankfurt/Main
- Neuraxpharm GmbH & Co KG, Lengenfeld
- Sandoz Pharmaceuticals GmbH, Holzkirchen
- SERVIER Deutschland GmbH, München
- Wyeth Pharma GmbH, Münster

az

Manche Orchestermusiker leiden unter massiver Auftrittsangst obwohl sie in einem Kollektiv eingebettet sind.

10 **3. Tagung zur Musikermedizin
Vom Lampenfieber bis zur
Auftrittsangst**

17 **Neurologische Rehabilitation
Integrierte Versorgung –
Benefit für alle?**

18 **Gemeinsame Servicestellen
Geballtes Know-how rund
um Teilhabeleistungen**

22 **Offenes Forum**

3. Tagung zur Musikermedizin 2008

Vom Lampenfieber bis zur Auftrittsangst

Während Lampenfieber ein normales Phänomen darstellt, das jeden Vortragenden oder Musizierenden betreffen und sogar einen stimulierenden Charakter haben kann, gehören Auftrittsängste hingegen oft zu behandlungsbedürftigen Symptomen. Die 3. Tagung zur Musikermedizin 2008 in Bad Neustadt/Saale richtete ihren Fokus auf Behandlungsformen, Prävention und Ausbildungserfordernisse.

L. SCHATTENBURG, R. J. KNICKENBERG

Die 3. Tagung zur Musikermedizin in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt vom 30.–31.5.2008 stand unter dem Motto „Vom Lampenfieber zur Auftrittsangst“ – und zollte so einem in der Öffentlichkeit wenig beachteten Phänomen Tribut: nämlich der gesundheitlichen Gefährdung, die viele Musiker durch das hohe Anspruchsniveau ihres Berufs zwangsläufig ausgesetzt sind. Bei den Ausführungen der hochkarätigen Referenten und Referentinnen, die teils selbst konzertieren, zeigten sich zwei Seiten einer Medaille: einerseits der Glanz, das Privileg, der Ruhm und die Befriedigung, die mit dem Musikerberuf einhergehen kann – andererseits aber auch die Symptome, unter denen viele Musiker leiden.

Fehler und Spielfreude

Sonia Simmenauer (Hamburg) berichtete von ihren langjährigen Erfahrungen als Künstleragentin. Sie wisse um Or-

chestermusiker, die unglaublich unter Auftrittsangst zu leiden hätten, obwohl sie in einem Kollektiv eingebettet sind. Dadurch, dass Musiker „nur“ Interpreten sind und sich an Texten, Noten und Regeln halten müssen, können sie mit- und untereinander nach handfesten Kriterien verglichen werden – ein nicht zu unterschätzender Aspekt in der Angstthematik. Bei der Angstbewältigung spielen laut Simmenauer Rituale eine große Rolle.

Auch Prof. Gerhard Mantel (Frankfurt) äußerte sich zu Gründen der Auftrittsangst. Demnach produziere die Suche nach Perfektion Angst. Fehler dürften nicht verdammt, sondern müssten rehabilitiert werden. Alles Leben sei kybernetisch organisiert, dabei würde dem Fehler eine zentrale Rolle zukommen. Das Individuum müsse dazu ermutigt werden „richtig“ Fehler zu machen im Sinne von Akzeptieren, Beschreiben, Korrigieren. Der Lernende brauche Spiel-

räume und sollte Elemente von Improvisationen einfügen.

Der Musikphysiologe Prof. Dr. Eckart Altenmüller (Hannover) ging auf die psychotherapeutischen und medizinischen Behandlungsmöglichkeiten ein, nachdem er die neuronalen Verschaltungswege der Aufführungsangst im Hirnstamm und limbischen System beschrieben hatte. Beim Umgang mit der Vorspielangst sind von Bedeutung:

- optimale Vorbereitung (richtiges Stück, gute Übung),
- optimale Logistik der Aufführung,
- kognitive Strategien wie die positive Umbewertung der Angst,
- Vermeidung von Angstfantasien,
- mentale Übungen und
- realistische Zielsetzungen.

Ferner spielen Entspannungstechniken wie Yoga und Atemübungen eine große Rolle. Körpertherapeutische Techniken wie Feldenkreis haben sich bewährt. An Medikamenten kommen nach Alten-

müller nur Beta-Blocker oder pflanzliche Medikamente in Frage. Beta-Blocker können kurzfristig den Angstkreislauf durchbrechen. Die Freude am Musizieren sollte allerdings im Vordergrund stehen und nicht technische Aspekte. Dies sei die beste Angstprophylaxe.

Kardiologie

Der Kardiologe Prof. Dr. Sebastian Kerber (Bad Neustadt) berichtete, dass bei Musikern ausgeprägte, zum Teil pathologische Blutdruck- und Herzfrequenzanstiege sowohl in Übungs-, Proben- und Auftrittssituationen vorkommen. Bei Spielern von Blasinstrumenten ist das Ausmaß solcher pathologischen Veränderungen sehr stark von der Phrasierungs- und Atemtechnik abhängig. Die häufigen und ausgeprägten Stresssituationen können bei allen Instrumentalisten zu solchen pathophysiologischen Herz-Kreislauf-Reaktionen führen. Darüber hinaus ist bei Bläsern eine Neigung zu Herzrhythmusstörungen im Sinne von paroxysmalen supraventrikulären Tachykardien, ventrikulären und supraventrikulären Extrasystolen dokumentiert worden. Über ausgeprägte Stresssituationen können bei kardiovaskulärem Risikoprofil Vasomotionsstörungen der Koronargefäße auftreten. Nicht selten erfordert eine gezielte Anamneseerhebung die Abgrenzung psychosomatischer Beschwerden von tatsächlichen Symptomen kardiovaskulärer Erkrankungen und deren Vorstadien. Deshalb ist bei Berufsmusikern mit ausgeprägten Belastungssituationen eine gründliche kardiovaskuläre Basisdiagnostik zu empfehlen. Für die Einstellung kardiovaskulärer Regulationsstörungen (tachykarde Herzrhythmusstörungen, Blutdruckentgleisungen, Stressphänomene) besteht prinzipiell die Möglichkeit, eine medikamentöse Therapie einzuleiten, wobei neben der Gabe von Beta-Blockern und antihypertensiven Medikamenten auch die Gabe von ACE-Hemmern in Erwägung gezogen werden kann. Hierbei sind die spezifischen Nebenwirkungen der Substanzgruppe einerseits und die spezifischen Effekte auf die musikertypischen Leistungsprofile (Feinmotorik, motorische Koordinationsfähigkeit, Aufmerksamkeit) andererseits zu berücksichtigen.

Disziplin und Substanzmissbrauch

Prof. Dr. Claudia Spahn (Freiburg) fokussierte in ihrem Vortrag auf die Auftrittssängste bei Sängern und deren psychosomatische Hintergründe. Eine Studie an Opernsängern zeigte folgende Belastungen:

- die Schwierigkeiten, Privat- und Berufsleben unter einen Hut zu bringen,
- die ständige Exposition der eigenen Person und dadurch die permanente Beurteilung durch andere,
- die Angst vor Problemen mit der Stimme,
- sozial unverträgliche Arbeitszeiten,
- hohe Mobilität und
- hoher Konkurrenzdruck bei einem sehr angespannten Stellenmarkt.

Sänger würden sich durch ihre Stimme mehr als Person „outen“ als Instrumentalisten. Persönlichkeitspsychologisch müssen Sänger über eine integrierte Persönlichkeit verfügen. Sie müssen also einerseits sensibel und introvertiert sein, andererseits aber auch extrovertiert, wenn es um den Auftritt geht. Symptome bei der Auftrittsangst bei Sängern sind trockener Mund, unkontrollierbarer Atem und Stimmversagen. Bei Sängern eines Opernchores sei das Angstniveau gemäß einem psychologischen Test deutlich höher als in der Normalbevölkerung. Profis würden sich aber dadurch auszeichnen, dass sie während des Auftritts ihre Leistung bringen. Sänger und Sängerinnen müssen sehr diszipliniert sein und permanent darauf achten, dass sie ihre Stimme nicht gefährden. Als Behandlungsformen kommen in Frage:

- Videofeedback,
- Imaginationsübungen,
- Atemtechnik,
- rigoroser Gedankenstopp bei negativen Gedanken kurz vor oder während der Aufführung,
- autogenes Training und
- tiefenpsychologische Reflexionen.

Spahn selbst zeigte sich gegenüber der medikamentösen Behandlung eher distanziert. Nach ihrer Meinung würden sich Beta-Blocker bei Sängern von selbst verbieten.

Körpersprache und Angst

Der Kommunikationscoach Bernd Rütter (Münster) erläuterte, wie Kör-



persprache und Körperwahrnehmung auf Stimmung, Einstellung und Auftreten wirken. Er wies darauf hin, dass auch die beste sprachliche Äußerung zur Bedeutungslosigkeit gerate, wenn ihr die Körpersprache widerspricht und zitierte hierzu Mark Twain: „Das menschliche Gehirn ist eine großartige Sache. Es funktioniert vom Moment der Geburt an – bis zum Zeitpunkt, wo Du aufstehst eine Rede zu halten“. Ziele eines Auftritts-Coachings seien glückliche Momente aus der Vergangenheit als Kraftquelle zu nutzen, negative Erfahrungen positiv umzubewerten, das innerste Erleben bewusster wahrzunehmen, die Gefühlsauslöser zu entdecken und in eine neue Einstellung/Verhaltensweise ergebnis- und zielorientiert auf Erfolg und Wachstum zu programmieren. Rütter betonte, dass niemand einem Menschen das Gefühl der Minderwertigkeit geben kann ohne dessen eigene Zustimmung. Ferner solle man sich bei den ungünstigen Gedanken bei der Auftrittsangst klar machen: „Du kannst immer nur einen Gedanken zur Zeit denken. Somit entscheidest Du selbst, was Du denkst – und wie Du dich folglich fühlst!“. Entscheidend sei die Körpersprache: Lächeln, aufrechte Haltung und angewinkelte Arme heben die Laune, gerunzelte Stirn, gebeugter Oberkörper und gestreckte Arme signalisieren Anstrengung. Die Auswirkung

des Körpers auf die Psyche gelte es bei der Behandlung der Auftrittsangst therapeutisch zu nutzen.

Falsches und echtes Selbst

Prof. Dr. Anna Maria Dur (Mannheim) konzentrierte sich in ihrem Vortrag auf die neurotisch geprägte psychische Ausgangslage ihrer Studenten. In unserer narzisstischen Gesellschaft sei ein Zwang nach Perfektion zu beobachten. Hochscholstudenten, die gerade der Pubertät entwachsen seien und oft aus zerbrochenen Familienverhältnissen kämen, zeichnen sich durch Minderwertigkeitsgefühle aus und würden im Gesang eine Kompensation suchen. Immer dann bestehe die große Gefahr, dass die Studenten sich den Kunstwerken mit einer übersteigerten Grandiosität nähern, was dann sentimental und auch fassadenhaft wirken könnte. Dur beschreibt bei diesen Patienten eine Spaltung zwischen „Ich bin der Größte“ und „Ich habe einen seelischen Hunger“. Dabei unterscheidet Dur zwischen einem „falschen“ und „echten“ Selbst. Das Problem hierbei sei, dass viele Studenten ihr fassadenhaftes Selbst für ihr echtes Selbst halten. Die Studenten müssen zunächst einmal darin unterstützt werden, „ihr inneres Kind“ anzunehmen und zu akzeptieren. Der Lehrer müsse auf diese psychische

Ausgangssituation eingehen, um die Autonomieentwicklung der Studenten zu fördern.

Der Psychoanalytiker Prof. Dr. Helmut Möller (Berlin) beendete seinen Vortrag mit einem berührenden Zitat der Sängerin Christa Ludwig, die an ihrem 80. Geburtstag gefragt wurde, ob sie noch einmal Sängerin werden würde: „Nein. Nicht wegen der Opfer, die man zu bringen hat, wegen der Nerven. Ich hatte nicht Angst, ich war die personifizierte Angst“. Möller bereitete dieses Zitat mit sechs Kasuistiken aus seiner Praxis vor, deren wörtliche Mitschnitte von Hildegard Wind (Bamberg) vorgelesen wurden. In diesen Kasuistiken imponierten die Symptome panikartige Aufführungsangst, Versagensängste, Wut, Enttäuschung, Aggressionen, ausgeprägte Reifungskrisen in der Pubertät, Essstörungen, Selbstwertstörungen, paranoides Erleben, Gefühle der Ausgrenzung und Diskriminierung. Möller kommentierte diese Kasuistiken unter folgenden Gesichtspunkten: der väterlichen Delegation, ein Wunderkind zur Befriedigung des eigenen Narzissmus zu produzieren, eines unsicheren Bindungsmusters, des Aufblasens des Selbstwerts des Kindes bei gleichzeitiger Verunsicherung und Entwertung, was einen unbewussten Konflikt beim Kind erzeugen kann zwischen

dem inneren Selbstbild eines „Wunderkindes“ und eines „Versagers“, der in Situationen der Selbstdarstellung vehement aufbrechen kann, der Entwicklung einer Identitätskrise in der Pubertät, der Übernahme einer Opferrolle und der Entwicklung der Phantasie, eine „Lieblingsschülerin“ eines Lehrers zu sein, die eine Bindung an einen „angehimmelten“ Lehrer ungünstig aufrechterhalten lässt. Möller beschrieb die psychoanalytische Therapie, die auf die Auflösung dieser bewussten und unbewussten Konflikte zielt.

Die auf der Tagung präsentierten Vorträge sind wieder in der Schriftenreihe der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt veröffentlicht und können unter der genannten Adresse angefordert werden. □

AUTOREN

Dr. phil. Lothar Schattenburg

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

– Abteilung Rehabilitation

Salzburger Leite 1

97616 Bad Neustadt/Saale

E-Mail: knickenberg.ca@psycho-

somatische-klinik-bad-neustadt.de

Qualifizierte Beratung ist die Hauptaufgabe der „Gemeinsamen Servicestellen“. Sie steht Patienten, aber auch Ärzten bei Fragen zu Teilhabeleistungen offen.

Foto: Bilderbox

Gemeinsame Servicestellen Geballtes Know-How rund um Teilhabeleistungen

Der Bereich der Rehabilitation und Teilhabe ist komplex und für kurativ tätigen Arzt oft nur schwer zu durchschauen. Die „Gemeinsamen Servicestellen“ können dabei helfen, dass psychisch Kranke beziehungsweise seelisch behinderte Menschen bedarfsgerecht die Rehabilitations- und Teilhabeleistungen in Anspruch nehmen können, die sie benötigen.

Zwischen Krankenbehandlung und Rehabilitation gibt es grundsätzliche Unterschiede. Leistungen der Rehabilitation – im Sozialgesetzbuch (SGB) mittlerweile als Leistungen zur Teilhabe bezeichnet – sind keine „Krankenbehandlung light“, sondern verfolgen grundsätzlich andere Ziele. Während bei einer Krankenbehandlung Diagnostik und ärztlich dominierte Therapie meist mit dem Ziel der Heilung einer Erkrankung im Vordergrund stehen, geht es in der Rehabilitation darum, Menschen mit einer Behinderung zu helfen, trotz ihrer Behinderung am Leben in allen relevanten Bereichen teilzuhaben.

Wann jemand behindert ist, ist im SGB IX definiert: Nach § 2 (1) SGB IX sind Menschen „behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter ty-

pischen Zustand abweichen und daher ihre Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist“. Das Klassifikationsschema, mit dem der Teilhabe-Bedarf des Behinderten festgestellt wird, ist die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“, kurz ICF, der WHO.

Für die Beurteilung einer Behinderung und damit für die Beurteilung der Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen ist die Wirkung der körperlichen, geistigen oder seelischen Funktions- beziehungsweise Fähigkeitsstörung auf das Berufsleben und/oder auf das Leben in der Gemeinschaft entscheidend. Dabei sind die Bedingungen der Umwelt (Kontextfaktoren) einzubeziehen. Eine hohe Bedeutung nimmt in diesem Zusammenhang die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit ein.

Auch bei drohenden gesundheitlich bedingten Einschränkungen der Teilha-

be/-aktivität können bereits Rehabilitationsleistungen angezeigt sein.

Teilhabeleistungen nicht immer bedarfsgerecht eingeleitet

Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland schreibt vor, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf. Dennoch ist davon auszugehen, dass derzeit längst nicht jeder Patient mit einer schweren Erkrankung, bei dem Rehabilitationsbedarf wegen einer daraus resultierenden Behinderung besteht, die entsprechenden Leistungen zeitnah in Anspruch nimmt. Der Grund dafür ist in erster Linie die große Komplexität des Versorgungssystems und die damit verbundene Regulungsdichte.

Innerhalb des Rehabilitationsspektrums werden unterschiedliche Leistungen von unterschiedlichen Kostenträgern finanziert, sodass oft unklar ist, welcher

Nützlich Internetadressen

Die Gemeinsame Servicestelle in Ihrer Nähe und den entsprechenden Ansprechpartner finden Sie im Netz unter: www.reha-servicestellen.de

Die aktuelle Fassung der ICF kann unter www.dimdi.de/static/de/klasi/icf/index.htm kostenfrei heruntergeladen oder aber als Buch dort bestellt werden.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat ein Handbuch für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation herausgegeben. Kostenloser download unter:

www.bar-frankfurt.de/upload/Verlinkung_Handbuch_gesamt_Endfassung3_674.pdf



Träger wegen welcher Leistung der Teilhabe anzusprechen ist. Nach § 5 i. V. mit den §§ 26, 33, 55 SGB IX werden Teilhabeleistungen unter anderem erbracht im Rahmen

1. der medizinischen Rehabilitation (z. B. ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistungen, Heilbehandlung, Rehabilitationssport, Belastungserprobung, Arbeitstherapie),
2. der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes in Form von Zuschüssen an den Betroffenen und den Arbeitgeber, „Umschulung“, berufliche Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen),
3. der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (z. B. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten oder zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben).

Die Rehabilitationsleistungen beziehungsweise Leistungen zur Teilhabe sind in der Praxis nicht immer einfach voneinander zu trennen – insbesondere bei psychischen Erkrankungen. Als ob dies nicht kompliziert genug wäre, sind auch noch unterschiedliche Rehabilitationsträger für die Finanzierung dieser Leistungen zuständig. In Frage kommen als Leistungsträger gemäß § 6 SGB IX

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die gesetzliche Unfallversicherung,

- die gesetzliche Rentenversicherung,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge,
- die Jugendhilfe,
- die Sozialhilfe.

In dieser Vielfalt der möglichen Leistungsträger und Leistungsanbieter den richtigen Ansprechpartner zu finden, ist nicht nur für den kurativ tätigen Arzt eine anspruchsvolle Aufgabe. Es ist daher nachvollziehbar, warum die Schnittstelle zwischen Krankenbehandlung und Rehabilitation/Teilhabe bei einem derart komplexen System bislang nicht immer bedarfsgerecht funktioniert.

Gemeinsame Servicestellen

— Dienstleister im Auftrag des seelisch Behinderten

Der Gesetzgeber hat die oben aufgeführten Schwierigkeiten erkannt und deshalb in den §§ 22 ff. SGB IX das Instrument der „Gemeinsamen Servicestellen“ geschaffen. Diese führen als rechtlich unselbstständige Organisationseinheiten der Rehabilitationsträger das Teilhabemanagement durch, das den Rehabilitationsträgern in den §§ 10 bis 14 SGB IX übertragen wurde. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Rehabilitationsträger, bei dem die gemeinsame Servicestelle angesiedelt ist, für die Maßnahme zuständig ist.

Die Gemeinsamen Servicestellen sind das zentrale Element des in § 10 SGB IX vorgeschriebenen Rehabilitations-Casemanagements. Arzt und Patient werden damit auf ihrer Suche nach

der geeigneten Rehabilitations- beziehungsweise Teilhabeleistung nicht länger alleine gelassen. In jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt sind mittlerweile diese Gemeinsamen Servicestellen eingerichtet. Sie leisten trägerübergreifend und anbieterneutral umfassende Hilfe bei der Einleitung der notwendigen Rehabilitation. Wenn ein anspruchsberechtigter Patient sich mit seinem Rehabilitationsbedarf an die Gemeinsame Servicestelle wendet, dürfen diese ihn nicht abweisen, sondern müssen ihm dabei helfen, dass er zeitnah und bedarfsgerecht die notwendigen Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen kann. Die Gemeinsamen Servicestellen können zwar keine Leistungen für andere Rehabilitationsträger bewilligen, aber das Antragsgeschehen koordinieren, zielführend eingreifen und trägerübergreifend umfassend beraten. Außerdem können sie trägerübergreifend dabei helfen, einen Antrag auf Rehabilitationsleistungen zu stellen.

Wer als Arzt also denkt, dass einer seiner Patienten Rehabilitationsbedarf hat, kann ihn jetzt, wenn er selbst unsicher ist, welcher Rehabilitationsträger aufgrund des individuellen Bedarfs zuständig ist, an die in der Nähe liegende Gemeinsame Servicestelle verweisen.

— Bedeutung im Rahmen ärztlicher Tätigkeit

Das SGB IX enthält auch Bestimmungen mit berufsrechtlichem Charakter für Ärzte, um die Beratung behinderter Menschen zu sichern. Die damit verbundenen Pflichten gelten nicht nur für

Ärzte, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung tätig sind, sondern für alle Ärzte, die Kontakt mit behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen haben.

Zunächst sollten Eltern, Vormünder, Pfleger und Betreuer auf die Menschen, die ihrer Personensorge anvertraut sind, sorgfältig achten. Nehmen sie Behinderungen wahr oder werden sie von Fachpersonen darauf hingewiesen, haben sie im Rahmen ihres Erziehungs- und Betreuungsauftrages behinderte Menschen entweder einer Gemeinsamen Servicestelle oder einem Arzt zur Beratung über geeignete Leistungen zur Teilhabe vorzustellen (§ 60 SGB IX). Die Beratung des Arztes erstreckt sich auf die geeigneten Leistungen zur Teilhabe. Im Rahmen dieser Beratungspflicht haben die Ärzte auf die Möglichkeit der Beratung durch eine Gemeinsame Servicestelle hinzuweisen. Diese Pflichten sind auch bei Menschen zu erfüllen, bei denen der Eintritt einer Behinderung nach allgemeiner ärztlicher Erkenntnis zu erwarten ist (§ 61 Abs. 1 Satz 1 bis 3 SGB IX). Soweit Medizinalpersonen, Sozialarbeiter, Lehrer, Jugendleiter und Erzieher bei der Ausübung ihres Berufes Behinderungen wahrnehmen, haben sie bei Minderjährigen die Personensorgeberechtigten auf die Beratungsangebote und hier wiederum auf die Beratung durch Ärzte hinzuweisen beziehungsweise volljährigen Betroffenen zu empfehlen, einen Arzt zur Beratung über geeignete Leistungen zur Teilhabe aufzusuchen (§ 61 Abs. 2 und 3 SGB IX).

Die Gemeinsamen Servicestellen sind danach insbesondere für Ärzte bedeutende Partner, weil sie ihre ärztlichen Beratungspflichten in enger Zusammenarbeit oder gemeinsam mit den Servicestellen wahrnehmen sollen.

— Partner bei der Prävention im Arbeitsleben

Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, ist der Arbeitgeber im Rahmen eines gesetzlich bestimmten Verfahrens zur Klärung verpflichtet, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneu-

ter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (§ 84 Abs. 2 SGB IX).

Kommt der Arbeitgeber dieser Verpflichtung zur Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements nicht nach, kann dies für ihn negative Auswirkungen im Rahmen eines nachfolgenden Kündigungsverfahrens haben. Der Arbeitgeber hat deshalb das Recht, die örtlichen Gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten auch noch das Integrationsamt hinzuzuziehen, soweit Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht kommen, um den Erhalt des Arbeitsplatzes zu sichern (§ 84 Abs. 2 Satz 4 SGB IX). Es kann also sinnvoll sein, dass sich der Vertragsarzt bei länger andauernder Arbeitsunfähigkeit mit dem Arbeitgeber in Verbindung setzt.

— Strukturqualität

Die Servicestellen müssen barrierefrei errichtet sein, sodass behinderte Menschen sie in jedem Fall aufsuchen können. Die Gemeinsame Servicestelle steht unter Federführung eines Rehabilitationsträgers, ist in ihrer Arbeit aber unabhängig. Das Beraterteam besteht aus langjährig erfahrenen Mitarbeitern des entsprechenden Trägers, sodass durch sie eine qualifizierte Beratung stattfinden kann.

Sofern ein Antrag auf Rehabilitationsleistungen bei der Gemeinsamen Servicestelle gestellt wird, leitet diese den Antrag schnellstmöglich an den aus ihrer Sicht zuständigen Rehabilitationsträger weiter, der dann den Antrag bearbeitet und in diesem Zusammenhang gegebenenfalls einen Gutachter, zum Beispiel den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder den Ärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung oder der Arbeitsverwaltung, beauftragt.

Die Gemeinsamen Servicestellen sind verpflichtet, ihre Tätigkeiten in qualifizierter Form zu dokumentieren.

Fazit

Mit der Einrichtung der Gemeinsamen Servicestellen, die mittlerweile flächendeckend vorgehalten werden, hat der Gesetzgeber ein Instrument geschaffen, das

jeder Behinderte beziehungsweise von Behinderung bedrohte psychisch kranke Mensch Rehabilitationsträger-übergreifend zeit- und ortsnahe nutzen kann. Bislang werden diese Servicestellen regional sehr unterschiedlich genutzt. Auch die Qualität der dort erbrachten Leistungen unterliegt noch regionalen Schwankungen. Grundsätzlich aber sind die Gemeinsamen Servicestellen ein geeignetes Werkzeug, dessen Aufgaben und Möglichkeiten auch dem kurativ tätigen Arzt in der Praxis oder in der Klinik bekannt sein sollten.

Wenn von Seiten des behandelnden Arztes bei seinem Patienten ein Rehabilitationsbedarf gesehen wird, so sollte er bei Unklarheiten über den zuständigen Rehabilitationsträger und dessen Leistungsspektrum nicht zögern, den Patienten an die Gemeinsame Servicestelle zu verweisen oder sich mit ihr selbst in Verbindung zu setzen. □

AUTOREN

Dr. med. Bernhard van Treeck
 Fachbereichsleiter Psychiatrie
 Psychotherapie und Psychosomatik
 MDK Nordrhein
 von Werth-Str. 37, 50670 Köln
 E-Mail: bvantreeck@mdk-nordrhein.de

Siegfried Wurm
 Referent für die Umsetzung des SGB IX
 AOK Rheinland/Hamburg
 Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf
 E-Mail: Siegfried.Wurm@rh.aok.de

Dipl. Verwaltungswirt Harry Fuchs
 Berater der Beauftragten der
 Bundesregierung für die Belange
 behinderter Menschen
 Quadenhofstr. 44, 40625 Düsseldorf
 E-Mail: quality@germany.tops.de

Leserbrief

„Ökonomische Grundlagen außer Acht gelassen“

Auf das Gemeinsame Positionspapier von DGPPN, BVDN, BVDP, BDK und ACKPA zur neurologischen und psychiatrischen Versorgung (NEUROTRANSMITTER 10/2008, S. 26) bezieht sich der Brief des Kollegen Klaus-Ulrich Oehler aus Würzburg.

Das gemeinsame Positionspapier zur neurologischen und psychiatrischen Versorgung lässt wesentliche ökonomische Grundlagen, die das nervenärztliche Handeln nachhaltig bestimmen, völlig außer acht. So wird in keinsten Weise darauf hingewiesen, dass die Institutsambulanzen ihrem ursprünglichen Versorgungsauftrag, nämlich nicht wartezimmerfähige Patienten oder Patienten mit spezifischen sehr schweren Krankheiten zu behandeln, nicht gerecht werden.

Im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, den ich als Mitglied des Bundesvorstandes und des Bayerischen Landesvorstandes überblicke, unterscheiden sich die Patienten in keinsten Weise von denen, die in niedergelassenen Praxen diagnostiziert und behandelt werden. Durch die extrem langen Wartezeiten

der Institutsambulanzen ist es im Gegenteil so, dass die kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen eher die schwer betroffenen, akuten Fälle behandeln. Dieses kontrastiert zur Vergütung. Während im niedergelassenen Bereich für Erwachsene 30–50 Euro pro Patient vergütet werden und im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich um die 100 Euro, erhalten die Institutsambulanzen zum Beispiel in Bayern für die gleiche Arbeit 200 beziehungsweise 400 Euro im Quartal. Darüber hinaus ist es den Institutsambulanzen gestattet, Assistenzärzte das heißt Nicht-Fachärzte, auf die Vertragsarztsitze zu postieren. Dagegen müssen die niedergelassenen Ärzte ausschließlich Fachärzte als Dauerassistenten einstellen. Wenn man zusätzlich noch bedenkt, dass Institutsambulanzen auf Klinikstrukturen baulicher und verwaltungstechnischer

Art zurückgreifen können, bekommen sie für eine vergleichbare Behandlung den drei- bis fünffachen Betrag.

Wenn das Ziel sein soll, dass die ambulante fachärztliche Versorgung ausschließlich durch Institutsambulanzen durchgeführt wird, bedeutet dies, dass in Zukunft 60–80% aller Patienten unbehandelt vor der Tür stehen werden, wenn die Gesamtvergütung nicht um den entsprechenden Betrag aufgestockt wird.

Weiterhin sind im Positionspapier die statistischen Angaben bezüglich der psychotherapeutischen Behandlung schlichtweg falsch. Psychotherapeutische Behandlungen werden nämlich nicht nur von den primär zugelassenen Psychotherapeuten durchgeführt, sondern auch von Allgemeinärzten, Internisten, Gynäkologen, etc., die einen Psychotherapiezusatztitel haben und hauptsächlich Psychotherapie erbringen. Weiterhin müssen noch die Psychotherapien hinzugezählt werden, die im Erstattungsverfahren direkt von den Krankenkassen bezahlt werden. Wenn man dies zusammenzählt, verdoppelt sich die Zahl der Psychotherapeuten.

Weiterhin erweckt die prozentuale Berechnung des Versorgungsgrades einen völlig falschen Eindruck. Es ist statistisch nicht korrekt, eine hochfrequente und damit teure Therapie in Bezugsetzung zur fachärztlichen Standardbehandlung rechnerisch auf ein Quartal zu reduzieren. So ist im neurologischen und psychiatrischen Bereich aufgrund budgetierter Angebotsverhältnisse oft ein Kontakt nur alle ein bis zwei Jahre möglich. Realistischere Zahlen erhält man, wenn man die prozentualen Versorgungszahlen auf einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren

Aus den Verbänden

DGPPN, BVDN, BVDP, BDK und ACKPA Gemeinsames Positionspapier zur neurologischen und psychiatrischen Versorgung

Im Gutachten zur Struktur und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung, das BVDN, BDN und BVDP zusammen mit der Kassenzusammenarbeit im Februar 2007 in Berlin vorgestellt haben (IGES 2007), konnte erneut die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen belegt werden. Arbeitsunfähigkeitstage und Frühberentung aufgrund psychischer Erkrankungen steigen ebenso an wie die Fallzahlen in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie in den psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen. Der Umfang der (ausschließlich) psychiatrischen Versorgung durch etwa 5.000 Nervenärzte beläuft sich bei etwa 2 Millionen

tische Praxen. Dies hat regional bereits zu erheblichen Engpässen in der Versorgung geführt, die sich kurz- bis mittelfristig noch verschärfen werden, wenn keine Gegensteuerung erfolgt.

Ursachen für diese Entwicklung sind die ungünstigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, das gegenwärtige Leistungsrecht und die Honorarverteilungsmechanismen zu Ungunsten der psychiatrischen und Nervenarztpraxen. Indirekt wirken sich auch die Überalterung der Ärzteschaft bei gleichzeitig allgemeinem Ärztemangel, die Rationierung der Medikamentenversorgung und Regressdrohungen bei Budgetüberschreitung aus.

Behandlungsauftrag und Zielgruppen der PIA sind gesetzlich im SGB V §

der Verteilungsgerechtigkeit. Es muss vermieden werden, dass kostenintensive Parallelstrukturen entstehen, beispielsweise weil eine aktive und konkurrierende Akquise von Patienten durch PIA betrieben wird. Davon unberührt bleiben die Verträge zur integrierten Versorgung (§§ 140a ff. oder 73c), die diese Schnittstellen durch Behandlungspfade vertraglich regeln.

Das ist zu tun!

Die Unterzeichner plädieren dafür, die aktuellen Probleme der ambulanten Versorgung vor Ort zwischen Vertretern der nervenärztlich/psychiatrischen Praxen und der psychiatrischen Institutsambulanzen der Krankenhäuser in regelmäßigen Zusammenkünften zu diskutieren und zu lösen. Wesentliche Voraussetzungen

bezieht. Mit dieser Sichtweise fällt der Versorgungsgrad bezüglich der Psychotherapie unter 5% der Inanspruchnahmepopulation. Dies bedeutet, dass 75% aller GKV-Mittel an Psychotherapeuten gezahlt werden und die Nervenärzte mit 25% der GKV-Mittel über 90% der Inanspruchnahmepopulation behandeln müssen. Weiterhin sind Sicherstellungsaspekte wichtig. Von Seiten des kinder- und jugendpsychiatrischen Berufsverbandes wurde vor sechs Jahren eine Untersuchung durchgeführt, die die Niederlassungsdichte erfassen sollte. Es ergab sich, dass im Stadtgebiet Heidelberg 400 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten tätig waren und in den neuen Bundesländern zusammen nur 7.

In Zukunft wird wichtig sein, dass im Rahmen der Gesundheitsreform am 1.1.2009 Psychotherapeuten pro Stunde 80 Euro garantiert bekommen. Sie erreichen ihr Budget nach dem Ihnen sicherlich bekannten Bundessozialgerichtsurteil schon bereits nach 35 Stunden, wohingegen ein Nervenarzt 55 Stunden pro Woche arbeiten muss, um vergleichsweise honoriert zu werden. Da zum 1.1.2009 sämtliche Strukturverträge wegfallen und damit die psychiatrischen Leistungen nicht mehr gestützt werden, ist zu erwarten, dass eine Vielzahl von Psychiatern und Kinder- und Jugendpsychiatern, die in aller Regel den Psychotherapie-Titel haben, die psychiatrische Versorgung aufgeben und sich der Psychotherapie zuwenden werden. Dieses bedeutet jedoch, dass jeder Psychiater 600 bis 800 schwerkranke Patienten im Stich lassen wird, um mit 20 bis 30 Patienten Psychotherapie zu betreiben. Dieses empfinde ich als soziale Ungerechtigkeit, da die bedürftigen und schwerkranken Patienten alleine gelassen werden und die Psychotherapie-Patienten, die in der Regel aus der Mittel- und Oberschicht stammen, bevorzugt behandelt werden. Ich vermisse diesen Aspekt im Positionspapier. □

AUTOR

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler, Würzburg

Fehler im letzten GOÄ-Abrechnungstipp!

Liebe Leserinnen und Leser, leider wurden beim Abrechnungstipp GOÄ auf Seite 17 des NEUROTRANSMITTER 11/2008 vier falsche Beträge angegeben. Diese lauten richtig:

4 – Fremdanamese	29,49 EUR
34 – Erörterung einer schweren Erkrankung	40,22 EUR
800 – Neurologische Untersuchung	26,14 EUR
15 – Flankierende Maßnahmen	40,22 EUR

Wir bitten die Verwechslung zu entschuldigen und danken den aufmerksamen Kollegen, die uns darauf hingewiesen haben.

az

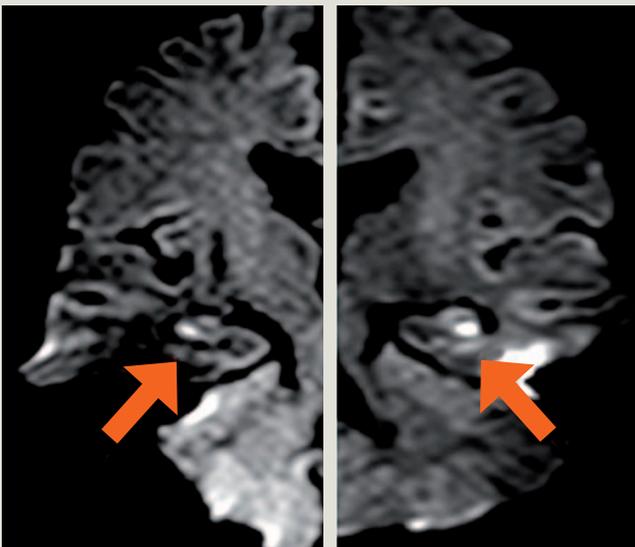
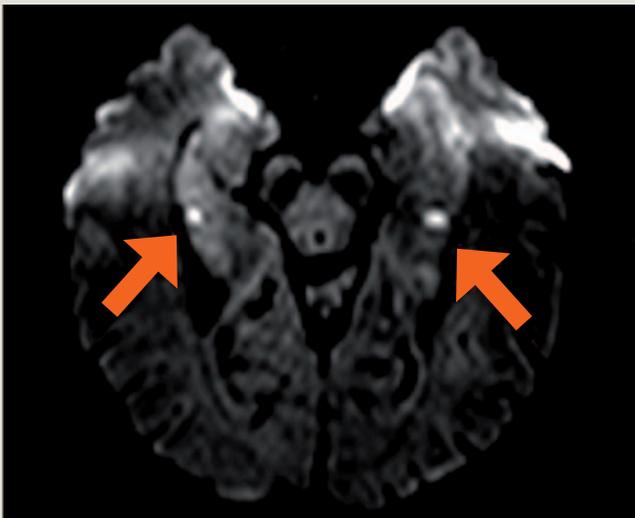


Transiente globale Amnesie

Gutartige Erkrankung mit bedrohlicher Symptomatik

Die transiente globale Amnesie ist sowohl für die Patienten als auch für die Angehörigen ein beängstigendes Ereignis. Der erfahrene Kliniker kann aber meist allein aufgrund der Anamnese beruhigend einwirken – vorausgesetzt, er weiß die typische Symptomatik sicher von anderen Erkrankungen zu unterscheiden.

THORSTEN BARTSCH



Kasuistik

Eine 64-jährige Patientin wird von ihrem Ehemann in die Notaufnahme gebracht, nachdem sie von ihm nach stundenlanger Gartenarbeit desorientiert aufgefunden worden war. Die Patientin war wach und reagierte adäquat auf Aufforderungen. Sie war zur Person orientiert, zeitlich und örtlich jedoch desorientiert. Im Abstand von Minuten stellte sie fortwährend die gleiche Frage nach dem derzeitigen Aufenthaltsort. Sie schien ratlos und beunruhigt, jedoch nicht agitiert und bemerkte regelmäßig, dass „irgendwas“ mit ihr nicht stimme. Sie konnte sich an die ihr gegebenen Antworten über ihren Aufenthaltsort nicht erinnern, ebensowenig an die Tätigkeiten am Abend zuvor. Nach zwei Stunden klarte die Patientin langsam auf. Acht Stunden später war in einer Gedächtnisprüfung kein Defizit mehr festzustellen. Eine retrograde Gedächtnislücke für die Zeitdauer der Transienten globalen Amnesie blieb jedoch bestehen.

Axiale und koronare Diffusions-gewichtete (DWI) MR-Sequenz zwei Tage nach Auftreten einer TGA mit den typischen punktförmigen Läsionen im Hippocampus.

Die seltene transiente globale Amnesie (TGA) ist eine akut einsetzende, jedoch vorübergehende Störung der Gedächtnisfunktion für alle Inhaltsformen (visuell, taktil, verbal) über einen Zeitraum von einer bis maximal 24 Stunden. Bei den meisten Betroffenen tritt sie akut und spontan auf; bei einem nicht unerheblichen Anteil der Patienten gehen der Episode jedoch körperliche Tätigkeiten voraus, die mit Valsalva-Manövern assoziiert sind (sportliche Aktivitäten, emotional belastende Situationen, Geschlechtsverkehr).

Die Gedächtnisstörung ist durch eine Reduktion der Behaltensspanne auf 30–180 Sekunden in Form einer antegraden Amnesie gekennzeichnet. Dies führt zu einer zeitlichen und situativen Desorientierung. Die Orientierung zur Person bleibt erhalten. Die Patienten erscheinen ratlos und beunruhigt beziehungsweise stellen Fragen zu Zeit oder Umständen des Ereignisses. Gleichzeitig ist der Zugriff auf Gedächtnisinhalte vor der TGA in Form einer retrograden Amnesie gestört. Dies kann zu fehlender Orientierung führen, da die Betroffenen nicht in der Lage sind, die vorausgehenden Tage und Stunden zu rekonstruieren. Die Fähigkeit zu komplexen Tätigkeiten wie Fahrrad- oder Autofahren bleibt meist erhalten.

Nachdem die Episode abgeklungen ist, besteht die Gedächtnislücke für den Zeitraum des akuten Intervalls in der Regel fort. Gelegentlich treten leichte vegetative Erscheinungen wie Kopfdruck und Übelkeit auf.

Anamnese diagnostisch wegweisend

Die Inzidenz der TGA ist bei Männern und Frauen ungefähr gleich häufig und beträgt 5–10/100.000 Einwohner/Jahr. 75% der Attacken ereignen sich zwischen dem 50 und 70. Lebensjahr, selten tritt die TGA vor dem 40. Lebensjahr auf. Bis zu 18% der Betroffenen erleiden mehr als eine TGA. Anhand der Kriterien von Caplan und Hodges (1985) und nach Empfehlungen der DGN kann eine TGA im akuten Intervall unter Beachtung der Differenzialdiagnosen typischerweise klinisch diagnostiziert werden (Tab. 1). Gegebenenfalls ist eine weitere neurologische Diagnostik angezeigt (Tab. 2). Während oder nach dem Abklingen der akuten Episode ist eine verlässliche Fremdanamnese vonnöten; aufgrund der relativ einheitlichen Symptomatik bereitet dies zumeist keine Schwierigkeiten.

Unklare Pathophysiologie

Als Ursache der transienten globalen Amnesie sind verschiedene Mechanismen angeschuldigt worden. Klinische Beobachtungen und theoretische Überlegungen lassen an eine Funktionsstörung mediobasaler Temporallappenanteile unter Einschluss der beiden Hippocampi denken. Der Hippocampus ist

Tabelle 1

Diagnostische Kriterien einer TGA nach Caplan und Hodges [1985]

- akut beginnende und ausgeprägte Neugedächtnisstörung
- Dauer mindestens 1 Stunde, Rückbildung innerhalb von 24 Stunden
- Fehlen fokaler-neurologischer Symptome und von zusätzlichen kognitiven Defiziten, Bewusstseinsstörung, Desorientierung zur Person
- kein vorangehendes Trauma oder Epilepsie
- klinische Symptome, die über die Gedächtnisstörung und leichte vegetative Beschwerden hinausgehen, das heißt Somnolenz, starke Kopfschmerzen, Erbrechen, Verwirrtheit oder eine inkomplette Rückbildung nach mehr als 24 Stunden sprechen gegen eine TGA
- vorhandene Fremdanamnese

Tabelle 2

Empfohlene Zusatzuntersuchungen bei TGA

- Labor (Hypoglykämien, Elektrolytverschiebungen)
- EEG
- bei Vorliegen vaskulärer Risikofaktoren: Dopplersonografie der hirnversorgenden Gefäße, gegebenenfalls kardiale Abklärung
- MRT 24 bis 72 Stunden nach der TGA, inklusive DWI Sequenzen axial und koronar zum Hippocampus, T2 Sequenzen

Tabelle 3

Differenzialdiagnose der TGA

- Intoxikation
- ischämische Insulte im hinteren Stromgebiet
- komplex fokale Anfälle, postiktale Zustände
- psychogene Fugue

Jetzt CME-Punkte hamstern!

- ✓ einfach
- ✓ kostenlos
- ✓ schnell



www.cme-punkt.de

URBAN & VOGEL
MEDIEN UND MEDIZIN VERLAGSGESELLSCHAFT

Zertifizierte Fortbildung

als Bestandteil des evolutionär alten limbischen Systems sowohl in die Gedächtniskonsolidierung als auch in den Abruf von Gedächtnisinhalten involviert.

Da ein hoher Prozentsatz der TGA-Patienten Migräneattacken erleidet und es relativ häufig zu Kopfschmerzen im Rahmen der TGA kommen soll, wurde eine Assoziation zwischen beiden Krankheitsbildern angenommen. Als gemeinsamer pathophysiologischer Mechanismus wurde das Auftreten einer „Spreading depression“ vermutet, bei der eine über den Kortex wandernde Depolarisationsfront zur Senkung der kortikalen Perfusion mit einem nachfolgenden passageren neurologischen Defizit führen soll. Von einigen Autoren wurden epileptogene Ereignisse im Bereich des Temporallappens vorgeschlagen. EEG-Veränderungen findet man in der TGA aber normalerweise nicht.

In den letzten Jahren rückte eine weitere Hypothese in den Vordergrund, die venös-vaskuläre Ereignisse postuliert. Ausgangspunkt für diese Theorie war die Feststellung, dass einer TGA häufig Valsalva-assoziierte Manöver vorausgehen (Kopfsprung in das Wasser, Geschlechtsverkehr, Toilettengang, Hustenanfälle oder ähnliches). Dadurch soll der retrograde venöse Rückstrom erhöht sein und letztlich zu venösen Kongestionen im Temporallappenbereich führen. Auch psychogene Faktoren wurden in der Vergangenheit als Auslöser angenommen.

MRT-Untersuchungen von TGA-Patienten haben in letzter Zeit erhellendere Hinweise auf die Pathophysiologie der TGA gebracht. In einer kürzlich veröffentlichten Studie wurden 24 bis 72 Stunden nach Auftreten einer TGA DWI-Läsionen im lateralen Hippocampus gefunden. DWI-Läsionen zeigen Diffusionsstörungen als Ausdruck eines zytotoxischen Schadens an. Mitunter können zwei bis drei Läsionen gefunden werden und beide Hippocampi betroffen sein. Größere Läsionen hingegen sind suggestiv für eine hippocampale Ischämie.

Da der Hippocampus als besonders Hypoxie-sensibel gilt, weist dieser Befund auf eine vaskuläre Ursache der TGA hin. Kontrovers wird momentan diskutiert, ob der TGA möglicherweise (reversible) ischämische (thrombembolische) Ereignisse in das Temporallapengebiet zugrunde liegen, obgleich Patienten mit einer TGA kein erhöhtes Schlaganfallsrisiko aufweisen. Eine Assoziation mit anderen vaskulären, insbesondere zerebrovaskulären Erkrankungen soll ebenfalls nicht bestehen.

Keine spezifische Therapie verfügbar

Insgesamt wird die TGA als „gutartige“ Erkrankung betrachtet, eine spezifische Therapie oder Prophylaxe gibt es trotz der relativ hohen Rezidivrate von 18 % nicht; normalerweise ist eine ambulante Verlaufsbeobachtung ausreichend. Eine stationäre Abklärung ist nur in Einzelfällen bei unsicherer differenzialdiagnostischer Abgrenzung oder bei nicht gegebener häuslicher Überwachung im akuten Intervall notwendig. □

AUTOR

Dr. med. Thorsten Bartsch

Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum S-H
Campus Kiel, Neurozentrum
Schittenhelmstr. 10, 24105 Kiel
E-Mail: t.bartsch@neurologie.uni-kiel.de

Neues in der Therapie von Carotisstenosen

Ist die Angioplastie mit Stenting eine Alternative zur Operation?

Ist die Angioplastie mit Stentimplantation eine gleichwertige Alternative zur Thrombendarterektomie? Für welche Patienten könnte sie geeignet sein? Diesen und ähnlichen Fragen wird derzeit in verschiedenen Studien nachgegangen. Doch nicht alle lassen sich anhand der aktuellen Datenlage beantworten.

MARTIN KÖHRMANN, STEFAN SCHWAB

U ngefähr 10–20 % aller ischämischen Schlaganfälle sind durch Stenosen der A. carotis verursacht. Dabei handelt es sich meist um arterio-arterielle Embolien atherosklerotischen Materials aus dem Bereich der Stenose und erst in zweiter Linie um hämodynamische, durch den Grad der Stenose bedingte Infarkte. Größere populationsbasierte Studien zeigen, dass die Prävalenz höhergradiger (> 50 %iger) Stenosen auch in der asymptomatischen Bevölkerung mit 7 % bei Männern über 65 Jahren und 5 % bei Frauen dieser Altersgruppe beträchtlich ist. Besonders hoch ist die Inzidenz bei Patienten, die in der Vorgeschichte einen Herzinfarkt erlitten haben oder an einer symptomatischen peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) leiden. In diesen Fällen ist sogar bei 20–30 % der Patienten mit einer höhergradigen Carotisstenose zu rechnen.

Derzeitiger Gold-Standard zur Behandlung von Carotisstenosen ist eine Thrombendarterektomie (TEA). Der Nutzen dieser Operation ist besonders in der frühen Sekundärprophylaxe (möglichst innerhalb der ersten zwei Wochen nach Symptomatik) durch Studien gut belegt. Der Benefit einer Primärprophylaxe ist mit circa 1 %iger Risikoreduktion pro Jahr deutlich geringer und daher nur bei einer ausgesuchten Untergruppe von Patienten (Männer mit > 80 %iger Stenose und einer Lebenserwartung von > 5 Jahren) und nur in Zentren mit sehr geringer Operationskomplikationsrate (< 3 %) zu empfehlen.

In den letzten Jahren wurde zunehmend auch die interventionelle endovaskuläre Therapie mittels Carotis-Angioplastie und Stentimplantation (CAS) praktiziert, obwohl es bisher nicht gelungen ist, die Gleichwertigkeit der interventionellen Therapie bei symptomatischen Patienten in randomisierten Vergleichsstudien zu belegen. Hinsichtlich der Behandlung asymptomatischer Patienten mit CAS existieren nur wenige Daten. In der folgenden Übersicht soll anhand der derzeitigen Studienlage diskutiert werden, inwieweit die CAS bereits heute eine moderne Alternative zur Thrombendarterektomie bei symptomatischer und asymptomatischer Carotisstenose darstellt.

Symptomatische Stenosen

Der sekundärprophylaktische Nutzen der Versorgung einer höhergradigen Carotisstenose mittels TEA ist gut belegt. Dabei ist der Nutzen am größten, wenn die Operation innerhalb der ersten zwei bis vier Wochen durchgeführt wird. Zur Wertigkeit der CAS bei symptomatischer Stenose existierten bislang wenige randomisierte Studien. Im Oktober 2006 wurden dann fast zeitgleich zwei große Studien veröffentlicht, die CAS und TEA miteinander verglichen. Es handelt sich dabei um die französische EVA-3S-Studie und die SPACE-Studie, die in Deutschland, Österreich und der Schweiz durchgeführt wurde.

— EVA-3S

In die „Endartérectomie Versus Angioplastie chez les patients ayant une Sténose carotide symptomatique serrée“ (EVA-3S)-Studie wurden Patienten aufgenommen, die innerhalb der letzten vier Monaten aufgrund einer Carotisstenose (mindestens 60 % nach NASCET-Kriterien) entweder eine TIA erlitten hatten oder einen ischämischen Schlaganfall, der zu keiner bleibenden Behinderung geführt hat. Primärer Endpunkt der als „Nicht-Unterlegenheits-Studie“ geplanten Analyse war das periprozedurale Auftreten eines Schlaganfalls oder Todes innerhalb von 30 Tagen nach Intervention. Um an der Studie teilnehmen zu können, mussten Interventionalisten zumindest 12 CAS oder 35 supra-aortale Interventionen vorweisen können; Operateure mussten im zurückliegenden Jahr mindestens 25 TEAs durchgeführt haben. Der Einsatz eines Protektionssystems im Rahmen der CAS war zunächst fakultativ, wurde jedoch im Verlauf nach vermehrten Komplikationen fest vorgeschrieben. Insgesamt wurden letztlich 92 % aller CAS unter Einsatz eines solchen Systems durchgeführt. Nach der Power-Analyse waren insgesamt 872 Patienten geplant. Die Studie wurde jedoch nach 527 Patienten (265 im CAS- und 262 im TEA-Arm) aufgrund von Sicherheitsbedenken abgebrochen. Bereits zu diesem Zeitpunkt war absehbar, dass sich das primäre Ziel, nämlich die Nicht-Unterlegenheit der CAS zu zeigen, nicht erreichen lässt. Die Auswertung der Ergebnisse, die bis zum Abbruch gesammelt worden waren, ergab, dass in der

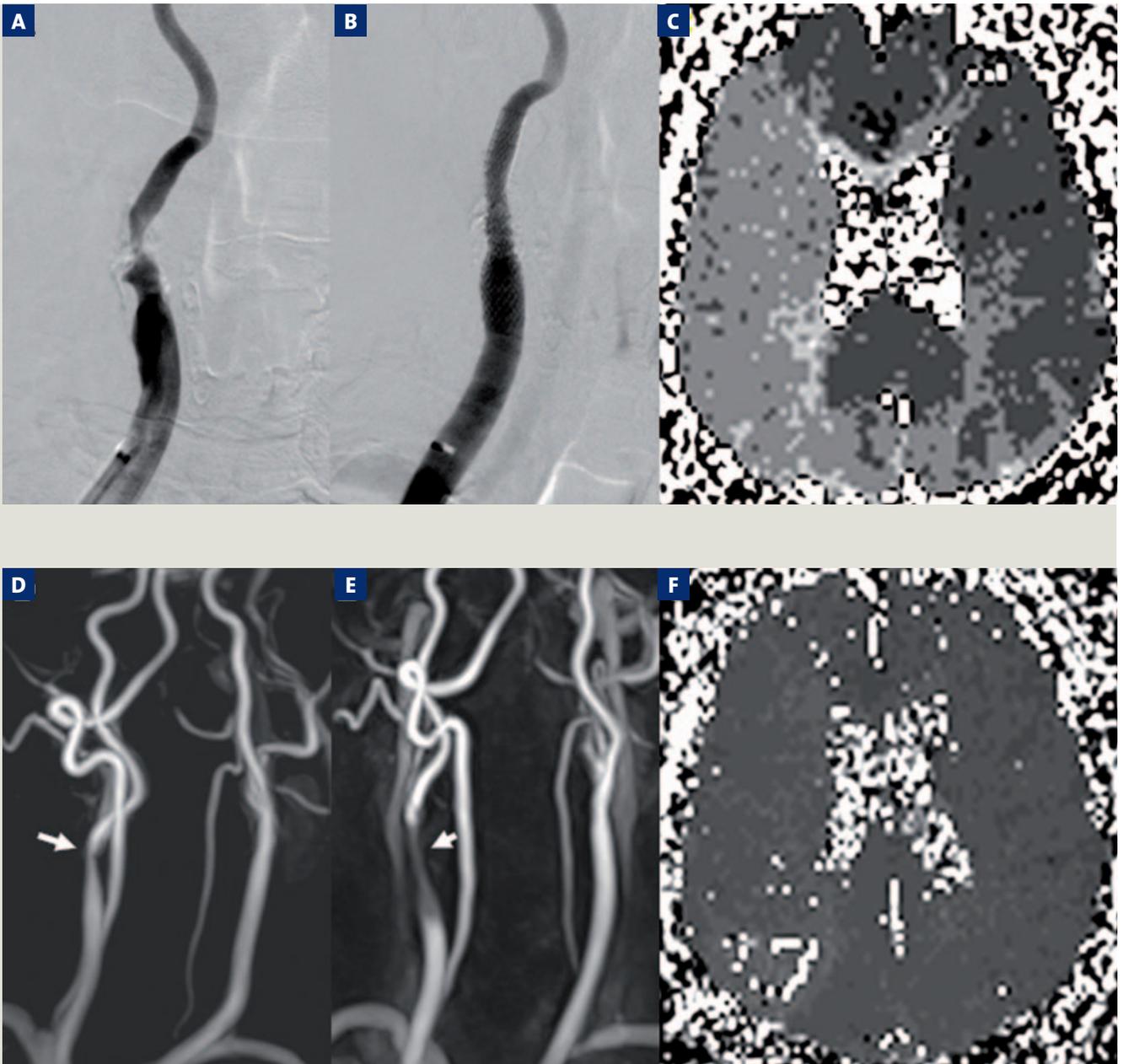


Abbildung 1: Bildgebungs-Sequenz eines 64-jährigen Patienten mit circa 80%iger symptomatischer ACI-Stenose rechts. DSA (A) und Kontrastmittel-verstärkte MRA (D) zeigen die hochgradige Stenose vor Therapie.

Das Perfluations-MRT zeigt eine Perfluationsverzögerung der betroffenen rechten Hemisphäre. Nach erfolgreichem Stenting ist die Stenose behoben (DSA (B) und CE-MRA (E)). Die Perfusion ist nun wieder seitengleich (F).

CAS-Gruppe bei 9,6% und in der TEA-Gruppe lediglich bei 3,9% der Patienten der primäre Endpunkt (Schlaganfall oder Tod innerhalb von 30 Tagen) eingetreten war (Relatives Risiko: 2,5; 95%-Konfidenzintervall 1,2–5,1; $p = 0,01$). Auch das Risiko, einen schweren, behindernden Schlaganfall zu erleiden oder zu sterben war in der CAS-Gruppe deutlich erhöht (3,4% versus 1,5%; Relatives Risiko 2,2; 95%-KI 0,7–7,2).

— SPACE

Auch die „Stent-supported Percutaneous Angioplasty of the Carotid artery versus Endarterectomy“ (SPACE)-Studie sollte eine „Nicht-Unterlegenheit“ der CAS gegenüber der TEA beweisen. Es wurden Patienten über 50 Jahre mit einer höhergradigen symptomatischen Carotisstenose (mindestens 70%ig nach ECST-Kriterien) aufgenommen (ipsilaterale Symptome innerhalb der letzten 180 Tage). An der Studie konnten nur Zentren mit einem qualifizierten interdisziplinären Team, bestehend aus einem in der Behandlung von Schlaganfallpatienten und Ultraschall erfahrenem Neurologen, einem Interventionalisten mit mindestens 25 Angioplastien mit Stentimplantation und einem Chirurgen mit Erfahrung aus 25 TEAs und dokumentierter Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik teilnehmen. Im Gegensatz zur EVA-3S-Studie wurde es dem Interventionalisten überlassen, ob ein Protektionssystem verwendet wurde. Insgesamt wurde so bei nur 27% der CAS-Patienten (verglichen mit 92% in der EVA-3S-Studie) ein Protektionssystem eingesetzt. Der primäre Endpunkt der Studie war ein ipsilateraler Schlaganfall oder Tod innerhalb von 30 Tagen nach Intervention. Die Studie war zunächst für 950 Patienten in beiden Armen geplant, wurde jedoch nach 1.214 Patienten und einer geplanten Zwischenanalyse vorzeitig gestoppt, nachdem auf Basis der vorliegenden Daten berechnet wurde, dass insgesamt 2.500 Patienten notwendig wären um die Nicht-Unterlegenheit der CAS zu beweisen. Da für die Randomisierung der ersten 1.200 Patienten fünf Jahre benötigt wurden, und die Finanzierung für weitere 1.300 Patienten nicht gesichert war, entschied man sich, die Studie zu terminieren. Insgesamt wurden 1.183 Patienten (CAS $n = 599$; TEA $n = 584$) in die Analyse einbezogen. Der primäre Endpunkt (ipsilateraler Schlaganfall/Tod) trat bei 41 Patienten (6,84%) in der CAS-Gruppe und bei 37 (6,34%) der TEA-Patienten ein (OR 1,09; 95%-KI 0,69–1,72). Im sekundären Endpunkt behindernder Schlaganfall/Tod waren es 4,67% ($n = 28$) und 3,77% ($n = 22$) (OR 1,25; 95%-KI 0,71–2,22). Für keinen der definierten Endpunkte ergab sich ein signifikanter Unterschied für die beiden Behandlungsmethoden, allerdings konnte die Hypothese der Nicht-Unterlegenheit der CAS statistisch nicht bewiesen werden ($p = 0,09$).

— Synthese und offene Fragen

In einer kürzlich publizierten aktualisierten Meta-Analyse, die Daten der Vergleichsstudien zu Behandlung symptomatischer Stenosen einbezog (SPACE, EVA-3S, CAVATAS), zeigte sich ein deutlicher Trend zu einem Vorteil der Operation (OR 1,29; 95%-KI 0,94–1,76). Allerdings waren die Studienergebnisse heterogen, was eine gemeinsame Analyse problematisch macht. Betrachtet man die unterschiedlichen Resultate der beiden

oben beschriebenen Studien, bleiben einige Fragen offen. Weiterhin ungeklärt ist beispielsweise, welche Rolle „Protektionssysteme“ spielen. Während einige Interventionalisten eine CAS ohne Protektion für nicht vertretbar halten, wird von anderen behauptet, der Einsatz eines solchen Systems sei alleine schon komplikationsbehaftet und somit nicht indiziert. Verlässliche Daten hierzu existieren nicht. Außerdem stellt sich die Frage, welche Bedeutung die Erfahrung der Interventionalisten hat. In der EVA-3S-Studie waren die Voraussetzungen zur Teilnahme etwas liberaler als in SPACE. Allerdings zeigt eine Analyse, dass unerfahrene Interventionalisten in der EVA-3S-Studie eher geringere Komplikationsraten hatten. Hervorzuheben ist auch, dass die Ergebnisse der CAS in beiden Studien durchaus vergleichbar sind. Der Unterschied kommt vielmehr durch die häufigeren OP-Komplikationen im Rahmen der SPACE-Studie zustande. Eine weitere offene Frage ist die Rate der Re-Stenosen in beiden Gruppen. Hierfür sind Langzeitnachbeobachtungen nötig. Erste, auf Kongressen vorgestellte Ergebnisse, weisen auf eine höhere Re-Stenoserate bei CAS hin. Inwieweit sich dies bestätigt und welche klinische Relevanz sich daraus ergibt, bleibt abzuwarten. Weiterhin offen ist, ob es bestimmte Subgruppen gibt, die eher von einer CAS oder von einer TEA profitieren. In einer kürzlich veröffentlichten Subgruppenanalyse der SPACE-Studie zeigte sich, dass alleine ein Alter unter 68 Jahren zu deutlich besseren Ergebnissen in der CAS-Gruppe führt. Mit der CAVATAS-2- (1.700 symptomatische Patienten geplant; 1.500 bereits randomisiert) und der nordamerikanischen CREST-Studie (2.500 geplante Patienten; 2.300 symptomatische/asymptomatische bereits randomisiert) laufen weitere Studien, die mehr Klarheit bei diesen offenen Fragen und der Frage nach der besten Behandlungsmethode bei symptomatischer Carotisstenose bringen sollen.

Asymptomatische Stenosen

Zur Behandlung asymptomatischer Patienten mit CAS existieren nur wenige Daten. Prinzipiell sollte man dabei zwei Situationen unterscheiden: Zum einen Patienten, die bei normalem Operationsrisiko grundsätzlich auch mittels Operation behandelt werden könnten und Patienten, bei denen eine Operation als Hochrisikoeingriff angesehen wird und die endovaskuläre Therapie als „schonendere“ Alternative verwendet wird. Diese Ausgangssituationen sollen daher im Folgenden getrennt diskutiert werden.

— Patienten mit Standard-Operationsrisiko

Hierbei handelt es sich um Patienten, die auch im Rahmen großer randomisierter Studien behandelt wurden. Zwei große Studien, die „Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study“ (ACAS) und die „Asymptomatic Carotid Stenosis Trial“ (ACST) ergaben übereinstimmende Ergebnisse. In beiden Studien lag das Schlaganfallrisiko unter konservativer Therapie bei ungefähr 2% pro Jahr. Durch die Operation kann es auf 1% gesenkt werden. Dies bedeutet, dass man 85 Patienten operieren muss, um einen ipsilateralen Schlaganfall pro Jahr zu verhindern. Kritisch muss man anmerken, dass eine ähnliche Reduktion auch durch Nikotinkarenz bei Rauchern, eine moderate Blutdruckeinstellung oder wie kürzlich gezeigt auch durch eine Statin-The-

rapie zu erreichen ist. Zudem ist die optimale konservative Therapie mit der die Operation verglichen wurde nach heutigem Standard (konsequente Cholesterinsenkung, erweiterte Thrombozyten-Aggregationshemmung, Blutdruckeinstellung) eher als suboptimal zu bezeichnen. In beiden Studien ergab sich bei Frauen kein Vorteil durch die Operation. Da für asymptomatische Patienten mit der TEA eine etablierte Therapie mit nachgewiesenem Effekt zur Verfügung steht, müssen künftige Studien eine Gleichwertigkeit der CAS nachweisen. Größere randomisierte Vergleichsstudien existieren derzeit jedoch noch nicht. Überwiegend stammen die zur Verfügung stehenden Daten aus kleineren Fallserien beziehungsweise aus Machbarkeitsstudien der Hersteller des jeweiligen Stentsystems, die auf die Zulassung des Systems abzielen. Meist zeigte sich eine periprozedurale Komplikationsrate, die über den von der Carotis-Chirurgie geforderten 3% liegt. Somit wäre rein rechnerisch kein Nutzen von der Intervention zu erwarten. Weitere Studien sind nötig, um zu klären, ob die CAS in dieser Situation eine Alternative zur Operation ist. Zudem sollte die Indikation (sei es Operation oder Intervention) wegen des kleinen Nutzens gegenüber der optimierten konservativen Therapie aus unserer Sicht streng gestellt werden. Die geplante SPACE-2-Studie wird neben dem Vergleich von TEA und CAS auch eine konservativ behandelte Kontrollgruppe beinhalten, die den Nutzen der Intervention gegenüber dem konservativen Vorgehen erneut prüft.

— Patienten mit einem hohen Operationsrisiko

Bei dieser Gruppe handelt es sich um Patienten, die zumeist von den größeren Operationsstudien ausgeschlossen wurde, und für die eine „schonendere“ Alternative zur Operation gesucht wird. Zunächst muss angemerkt werden, dass es falsch ist, Patienten mit einem hohen Operationsrisiko automatisch ein hohes Schlaganfallrisiko zu unterstellen. Tatsächlich sind in einigen dieser Situationen die Risiken eines Schlaganfalls eher geringer als in Vergleichsgruppen. So konnte in einer Subgruppenanalyse der ACAS-Studie nachgewiesen werden, dass Patienten mit einem kontralateralen Verschluss unter einer konservativen Therapie ein vergleichsweise geringes Risiko für einen Schlaganfall aufweisen.

Welche Evidenz gibt es nun für die CAS in dieser Population? Die „Stenting and Angioplasty with Protection in Patients with High Risk for Endarterectomy“ (SAPHIRE)-Studie war eine randomisierte Vergleichsstudie, die 324 Patienten mit erhöhtem perioperativen Risiko 1:1 zwischen TEA und CAS randomisierte. Die Mehrzahl (n = 224) der teilnehmenden Patienten hatten eine asymptomatische Stenose (> 80%). In Hinblick auf den primären Endpunkt Schlaganfall/Myokardinfarkt/Tod innerhalb von 30 Tagen und ipsilateraler Schlaganfall/Tod innerhalb des ersten Jahres zeigte sich in der Gesamtpopulation eine nahezu signifikante Überlegenheit der CAS gegenüber der TEA (12,2% bei CAS versus 20,1% bei TEA; p = 0,053). Dieser Effekt war bei der Subgruppenanalyse der asymptomatischen Patienten statistisch signifikant (9,9% versus 21,5%; p = 0,02). Die berichteten Endpunktraten sind jedoch höher als in den Kontrollarmen der ACAS- oder der ACST-Studie. Allerdings sind die Ergebnisse aufgrund der unterschiedlichen Patientenpopulationen, verschiedener End-

punkte und Stenosegrade nicht direkt vergleichbar. Verlässliche Zahlen zur konservativen Therapie in dieser Gruppe existieren bei fehlendem Kontrollarm in SAPHIRE bisher leider nicht.

— Zusammenfassung und Ausblick

Derzeit existieren noch zu wenige Daten, um die CAS als etablierte Alternative zur TEA bei asymptomatischer Carotisstenose zu empfehlen. Vielversprechend sind die Ergebnisse hinsichtlich der CAS bei Patienten, die ein erhöhtes Operationsrisiko haben. Weitere Studien sind dringend erforderlich und sind in Planung beziehungsweise bereits begonnen. Dabei halten wir es für wichtig im Rahmen dieser Studien – wie in der geplanten SPACE-2-Studie bereits formuliert – sowohl TEA als auch CAS nicht nur untereinander, sondern erneut mit einem konservativen Vorgehen zu vergleichen. Dies trägt zum einen der heute im Vergleich zum Zeitpunkt der großen Carotischirurgie-Studien verbesserten medikamentösen Therapie Rechnung. Zum anderen steht, wie oben beschrieben, bei Patienten mit einem erhöhten perioperativen Risiko der Nachweis eines Effekts jeglicher Therapie aufgrund fehlender konservativ behandelter Kontrollgruppen noch aus. Diese offenen Fragen können nur mit einem Drei-Gruppen-Vergleich beantwortet werden.

Fazit

- Weitere Studien zum Stellenwert der CAS gegenüber der TEA sind dringend notwendig. Einige dieser Studien (CAVATAS-2 und CREST) sind bereits begonnen oder in Planung (SPACE-2).
- Der Nachweis einer Gleichwertigkeit der CAS bei symptomatischer Carotisstenose steht noch aus. Allerdings liegen die Komplikationszahlen in einigen Studien (SPACE) nahe beisammen. Derzeit wird in den Leitlinien die CAS außer in speziellen Fällen (Kontraindikation für OP, Re-Stenose nach TEA, Stenose aufgrund von Bestrahlung, Stenose an einer nicht operablen Stelle) noch nicht als etablierte Alternative zur TEA empfohlen.
- Auch bei asymptomatischen Stenosen gibt es noch zu wenige Daten, um die CAS derzeit generell als Alternative zur TEA zu empfehlen.
- Patienten mit asymptomatischer Carotisstenose und erhöhtem operativen Risiko scheinen gute Kandidaten für eine CAS zu sein. Allerdings steht in dieser Gruppe ein Nachweis eines generellen Nutzens einer Intervention gegenüber einem konservativen Vorgehens noch aus. SPACE-2 wird hier mehr Aufschluss bringen.
- Die Wertigkeit des Einsatzes eines Protektionssystems bei der CAS bleibt bislang ungeklärt.
- Langzeitergebnisse zur Häufigkeit einer Re-Stenose bei den beiden alternativen Behandlungsmethoden stehen aus. Erste Ergebnisse weisen auf eine häufigere Re-Stenose bei CAS hin. Ob sich dies bewahrheitet und welche klinische Relevanz dies hat, bleibt abzuwarten. □

LITERATUR

beim Verfasser

Dr. med. Martin Köhrmann

Neurologische Universitätsklinik Erlangen
Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen
E-Mail: martin.koehrmann@uk-erlangen.de



Sammeln Sie CME-Punkte ...

... mit unserer von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten zertifizierten Fortbildung. Wenn Sie sieben oder mehr der Fragen korrekt beantworten, erhalten Sie **2 CME-Punkte**. Beantworten Sie alle Fragen richtig, werden **3 CME-Punkte** vergeben. Weitere Informationen finden Sie unter www.cme-punkt.de/faq.html

Die Fragen beziehen sich auf die beiden vorangegangenen Fortbildungsbeiträge (S. 38 ff.). Die Antworten ergeben sich direkt aus dem Text oder beruhen auf medizinischem Basiswissen.

So nehmen Sie teil!

Füllen Sie unter www.cme-punkt.de den Online-Fragebogen aus. Unmittelbar nach der Teilnahme erfahren Sie, ob Sie bestanden haben, und können die Bescheinigung für Ihre Ärztekammer sofort ausdrucken. Zudem finden Sie hier sämtliche CME-Module des Verlags Urban & Vogel.

Auch die postalische Teilnahme ist möglich. Nutzen Sie dazu das Antwortformular auf Seite 46.

Es ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit (Richtig- oder Falschaussage) zutreffend.

CME-Fragebogen

Transiente globale Amnesie

1. Welche Aussage zur akuten TGA ist richtig?

- A Betroffene sind in der akuten Attacke in der Regel fähig, die vorausgegangenen Stunden und Tage vor der TGA zu rekonstruieren.
- B Die zeitliche und situative Orientierung bleibt erhalten.
- C Betroffene verlieren die Orientierung zur Person.
- D Gedächtnislücken für den Zeitraum des akuten Intervalls bestehen in der Regel fort.
- E Betroffene sind in der Regel nicht mehr in der Lage, komplexe Tätigkeiten auszuüben.

2. Welche Aussage zur TGA ist falsch?

- A Die Inzidenz beträgt 5–10/100.000 Einwohner/Jahr.
- B Frauen sind ungefähr gleich häufig betroffen wie Männer.
- C Bis zu 75 % der Betroffenen erleiden mehr als eine TGA.
- D Eine TGA vor dem 40. Lebensjahr tritt nur selten auf.
- E Die meisten Attacken ereignen sich zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr.

3. Welches ist kein diagnostisches Kriterium einer TGA?

- A Akut beginnende und ausgeprägte Neugedächtnisstörung
- B Vorangegangenes Trauma oder Epilepsie beim Betroffenen
- C Komplette Rückbildung der Gedächtnisstörung nach 24 Stunden
- D Dauer der Symptomatik mindestens 1 Stunde
- E Fehlen fokal-neurologischer Symptome

4. Zu den Tätigkeiten, die eine TGA begünstigen können, gehört nicht?

- A Sprung in das kalte Wasser

- B Toilettengang
- C Geschlechtsverkehr
- D Zähne putzen
- E Trompete spielen

5. Welche Zusatzuntersuchung erscheint bei einer eindeutigen TGA nicht sinnvoll?

- A akute Vorstellung in einer Demenzsprechstunde
- B Elektroenzephalogramm
- C Laboruntersuchung (Blutzucker, Elektrolyte)
- D MRT 24 bis 72 Stunden nach der TGA
- E Dopplersonografie der hirnversorgenden Gefäße

Prophylaxe der Carotisstenose

6. Welche Aussage zur Ursache ischämischer Schlaganfälle trifft zu?

- A Ischämische Infarkte durch hämodynamisch wirksame Stenosen sind häufiger als arterio-arterielle Embolien.
- B Etwa 10–20 % der ischämischen Schlaganfälle sind durch Stenosen der A. carotis bedingt.
- C Circa 50 % aller ischämischen Schlaganfälle sind auf ein kardio-embolisches Ereignis zurückzuführen.
- D Zu den häufigsten Ursachen kardio-embolischer bedingter Insulte gehört ein persistierendes Foramen ovale.
- E Seltene Ursachen wie Vaskulitiden, komplexe Migräne oder CADASIL sind für circa 10 % aller Schlaganfälle verantwortlich.

Teilnahmeschluss **online** ist der 15. Juni 2009!



7. Welche Aussage zur Thrombendarteriektomie ist falsch?

- A Eine TEA ist derzeitiger Goldstandard bei der Behandlung von Carotisstenosen.
- B Der Nutzen einer Sekundärprophylaxe mittels TEA ist bei höhergradigen Stenosen gut belegt.
- C Eine Sekundärprophylaxe mittels TEA sollte möglichst innerhalb der ersten Wochen nach dem Ereignis durchgeführt werden.
- D Der Benefit einer Primärprophylaxe ist mit circa 1%iger Risikoreduktion pro Jahr geringer als der Nutzen der Sekundärprophylaxe.
- E Der Nutzen der TEA in der Sekundärprophylaxe ist bei subtotalen, über 99%igen Stenosen am höchsten.

8. Welche Aussage zur Prävalenz von Carotisstenosen ist falsch?

- A Die Prävalenz von Carotisstenosen liegt in der erwachsenen Bevölkerung bei 1–3%.
- B Bei Männern über 65 Jahren steigt die Prävalenz auf 7%.
- C Die Prävalenz höhergradiger Stenosen liegt bei asymptomatischen Frauen über 65 Jahren bei 5%.
- D Bei Patienten, die in der Vorgeschichte einen Herzinfarkt erlitten haben, liegt die Prävalenz höhergradiger Stenosen bei bis zu 30%.
- E Bei Patienten, die an einer symptomatischen peripheren arteriellen Verschlusskrankheit leiden, liegt die Prävalenz bei 60%.

9. Welche Aussage zur CAS ist nach aktueller Studienlage richtig?

- A Die CAS ist der TEA bei symptomatischen Patienten überlegen.
- B Die CAS ist der TEA bei asymptomatischen Patienten mit Standard-Operationsrisiko überlegen.
- C Die CAS ist der TEA grundsätzlich überlegen.
- D Patienten mit asymptomatischer Carotisstenose und erhöhtem Operationsrisiko scheinen gute Kandidaten für eine CAS zu sein.
- E Erste Ergebnisse zur Restenose weisen auf eine seltenere Re-Stenose bei CAS hin.

10. Welche konservative Maßnahme ist in der Sekundärprävention des Schlaganfalls unwirksam?

- A ... Nikotinkarenz bei Rauchern
- B ... Statintherapie
- C ... Behandlung einer Hyperhomozysteinämie mit Vitamin B6, B12 und Folsäure
- D ... Behandlung eines Diabetes mellitus
- E ... Blutdruckeinstellung



Teilnahme per Post

Teilnahmeschluss: 19.1.2009

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

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

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

Antwortformular für die postalische Einsendung

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

NEUROTRANSMITTER
Ausgabe 12/2008

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

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)

(Eintrag oder Aufkleber)

Unterschrift _____



Pharmazeutische Technologie

Teilen verhindert Heilen

Unterschiedliche Zubereitungsformen und neue Möglichkeiten der Retardierung machen es dem Arzt nicht immer leicht, seine Patienten richtig zu beraten. Welche Tabletten dürfen geteilt werden, bei welchen führt dies zum Wirkverlust? Nach dem Interview über die korrekte Einnahme von Arzneimitteln (NT 6/2008, S. 65 f.), sprach die Expertin Dr. Christine Greiner mit Schriftleiter, PD Dr. Albert Zacher, diesmal über den Sinn unterschiedlicher Galeniken und deren Einfluss auf die Therapie.

? *Warum gibt es eigentlich verschiedene Zubereitungen von Medikamenten?*

Greiner: Es gibt mehrere gute Gründe für die unterschiedliche Zubereitung von Arzneistoffen und auch mehrere, die eine oder andere auszuwählen: Der Ort der Erkrankung spielt eine nicht unwesentliche Rolle, wenn es darum geht, sich für eine bestimmte Arzneiform zu entscheiden. Bei einer Bindehautentzündung wird man zuerst zu Augentropfen greifen, bei Asthma bronchiale zu einem Dosieraerosol. Soll ein Arzneistoff den Wirkort besonders schnell erreichen, zum Beispiel in einem medizinischen Notfall, dann bieten sich schnell anflutende Arzneiformen an, die direkt in den Blutkreislauf appliziert werden können. Durch die wesentlich langsamere Freisetzung des Arzneistoffes aus einer festen Arzneiform würde hier kostbare Zeit verschwendet.

Ein Arzneistoff, der lange wirken soll, wird – wenn möglich – als Depotpräparat zum Beispiel in Form einer intramuskulären Injektion (z.B. Neuroleptika) angewendet. Muss die Stabilität des Arzneistoffes gewährleistet sein, dann kann es manchmal nötig werden, den Magen-Darm-Trakt zu umgehen. Eine perorale Arzneiform würde dazu führen, dass bestimmte Penicilline oder Insuline ihre Wirkung verlieren. Andere Wirkstoffe können zwar peroral appliziert werden, benötigen aber einen (Säure-)Schutz, um unbeschadet an ihren Wirkort zu gelangen. Sie müssen galenisch so verpackt werden, dass sie erst im Dünndarm bei höherem pH-Wert aus der Arzneiform freigesetzt werden. Man wird darum eine feste Arzneiform wählen, die zum Schutz des Inhalts von außen modifiziert werden

kann, zum Beispiel bei der Gabe probiotischer Bakterienstämme zur Anwendung bei Erkrankungen des Darms oder zur Steigerung der Immunabwehr. Ebenfalls ungeeignet für flüssige Zubereitungen sind Wirkstoffe, die eine schlechte Löslichkeit haben.

Hinsichtlich der unerwünschten Wirkungen von Arzneistoffen werden feste Arzneiformen wie Tabletten, Dragees oder Kapseln bevorzugt, die eine modifizierte Freisetzungskinetik aufweisen. Beispiel hierfür ist das häufig verschriebene, nicht-steroidale Antiphlogistikum Diclofenac, das durch magensaftresistente Überzüge erst im Dünndarm gelöst und resorbiert wird und damit weniger gastrointestinale Nebenwirkungen hervorruft.

Man sollte aber auch den Patienten bei der Wahl der geeigneten Darreichungsform nicht vergessen: Für Patienten, die Schluckbeschwerden haben beziehungsweise parenteral versorgt werden müssen, sind feste Arzneiformen wie Tabletten, Kapseln oder Dragees nicht geeignet. In diesen Fällen wird man zu flüssigen Arzneiformen greifen. Kinder tolerieren feste Arzneiformen schwerer als Erwachsene; bittere Arzneistoffe, wie sie oft bei Antibiotika vorkommen, sind eine Qual. Mit wohlschmeckenden Säften wird die Therapietreue entscheidend verbessert. Die Compliance kann auch durch alternative Applikationswege verbessert werden. In der Psychopharmakologie werden Sublingualtabletten verwendet, die sich innerhalb von wenigen Sekunden auflösen, bevor sie – in den Bäckentaschen gelagert – ausgespuckt werden können.



Foto: Archiv

Dr. Christine Greiner

Apothekerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinischen Pharmakologie/Psychopharmakologie der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Regensburg, AG Prof. Dr. Haen, Mitglied der Arbeitsgemeinschaft AGATE; www.amuep-agate.de

? *Viele Medikamente gibt es mit Retardierung. Das kann doch eigentlich erst ab einer bestimmten Kürze der Halbwertszeit (HWZ) sinnvoll sein, oder?*

Greiner: Ja, die kurze HWZ eines Wirkstoffes (bis maximal zehn Stunden) ist ein Grund für dessen Retardierung. Durch eine verzögerte Freisetzung lässt sich die Wirkdauer verlängern. Dies wird zum Beispiel bei Tramadol, einem Opioidanalgetikum, genutzt. Aber es gibt noch weitere Gründe für die Retardierung eines Wirkstoffes: Entstehende Plasmakonzentrationsspitzen werden minimiert, Nebenwirkungen dadurch vermieden und Talkonzentrationen reduziert. Auch die Compliance kann ein Grund für die Retardierung sein: Patienten werden nämlich einer einmal täglichen Einnahme in den meisten Fällen eher zustimmen, als einer Therapie die

Teilbarkeit bestimmter Arzneiformen und Wirkstoffe

Arzneiform	Teilbar	Bemerkung
Dragee	nein	
Filtablette, wasserlöslich	teilweise	cave: Stoffeigenschaften (Johanniskraut, Nifedipin)
Filtablette, magensaftresistent	nein	
Filtablette, retardiert	nein	
Kapsel (Hartgelatine)	nein	
Kapsel (Weichgelatine)	nein	
Manteltablette	nein	
Matrixtablette, retardiert	teilweise	nicht mörsern und zerkauen
Multiple Unit, magensaftresistent	ja	nicht mörsern und zerkauen
Multiple Unit, retardiert	ja	nicht mörsern und zerkauen (z. B. Beloc®ZOK, Antramups®, Carbamazepin retard)
Tablette, rasch zerfallend	ja	
Wirkstoffe		
CMR-Wirkstoffe	nein	cave: Entstehung von Stäuben und inhalierbaren Aerosole
lichtempfindliche Wirkstoffe	nein	Johanniskrautextrakt
geruchsintensive Wirkstoffe	nein	

Die Tabelle ist lediglich ein Anhaltspunkt. Genaue Vorschriften zur Teilung sind den jeweiligen Fachinformationen zu entnehmen.

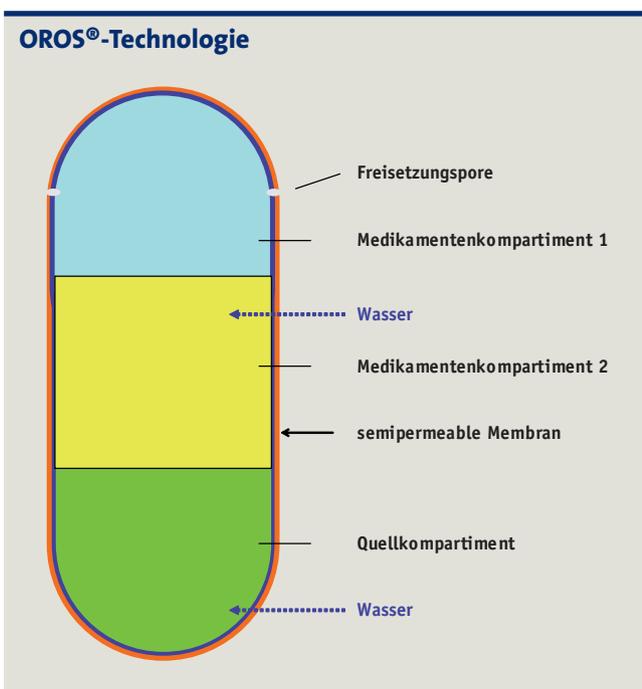
drei bis vier Einnahmen pro Tag erfordert. Diese Überlegungen spielen bei der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen eine wichtige Rolle, weshalb Retard-Präparate eine sinnvolle Ergänzung zu nicht-retardierten Darreichungsformen sind (z. B. Methylphenidat bei ADHS).

? Wie wird die Retard-Wirkung erreicht?

Greiner: Die einfachste Art, eine Retardierung und damit eine Verzögerung der Freisetzung von Arzneistoffen aus Tabletten, Dragées, Kapseln, Granulaten, Pellets und Kristallen zu erreichen, ist die Umhüllung mit einem retardierenden Überzug. Das ist zum Beispiel mit Hilfe von pharmakologisch inaktiven Polymethacrylat-Derivaten möglich. Diese haben eine pH-abhängige Löslichkeit im Darm. Carbamazepin wird beispielsweise durch einen solchen Überzug retardiert. Die Verzögerung der Freisetzung lässt sich aber auch galenisch „eleganter“ erreichen: Bei Statinen wird der Arzneistoff in eine Gelmatrix eingebettet. Durch Vermeidung von Plasmaspitzenkonzentrationen wird das Risiko der Rhabdomyolyse gesenkt. Zunächst lässt der Magensaft das Gel quellen. Durch den Abbau der Gelschicht wird der Arzneistoff in der Folge langsam freigegeben.

Innovativ ist die Retardierung durch eine „zero order kinetic“ (ZOK), bei der ein Gleichgewicht zwischen Wirkstofffreisetzung und Elimination herrscht, das heißt, die Arzneistoffkonzentrationen sind immer konstant. Verwirklicht ist dieses Prinzip zum Beispiel bei dem β -Blocker Metoprolol.

Arzneistoffpellets mit einer Größe von circa 0,5 mm Durchmesser sind einzeln von einer Polymermembran umhüllt und wiederum in eine tablettenbildende Matrix eingebunden. Auch hier wird durch Quellung eine konstante Freisetzung des Wirkstoffes durch Bildung einer gesättigten Lösung des Arzneistoffes in den Pellets erreicht. Ein erstes retardiertes Neuroleptikum (Paliperidon®) erhielt 2007 seine Zulassung in Deutschland. Der Mechanismus der Retardierung beruht hier auf der OROS®-Technologie (osmotic controlled release oral delivery system), an der drei unabhängige Kompartimente beteiligt sind (s. Abb.). Das



Beispiel Paliperidon®: Wasser aus dem Gastrointestinaltrakt dringt in das Quellkompartiment ein, der entstehende Druck wird über das Medikamentenkompartment 2 hin zu 1 verstärkt und drückt zunächst eine Initialdosis des Arzneistoffes aus den Freisetzungsporen, dann die gesättigte Lösung aus dem Medikamentenkompartment 2.

Quellkompartiment nimmt Wasser durch eine semipermeable Membran aus dem Magen-Darm-Trakt auf, die entstehende Quellung führt zu einem erhöhten Druck, der die Abgabe eines Bolus aus dem Medikamentenkompartiment 1 bewirkt. Gleichzeitig löst das eindringende Wasser den höher konzentrierten Arzneistoff im Kompartiment 2. Die Freisetzung erfolgt so gleichmäßig über einen längeren Zeitraum. Dieses Prinzip der retardierten Freisetzung wurde bereits für Methylphenidat, L-Dopa, Morphin und Lithium verwirklicht.

? *Oft stellt sich die Frage, ob Tabletten, für die keine Bruchrille vorgesehen ist, dennoch geteilt werden können. Für die Patienten ist bei Teilbarkeit nämlich oft die Zuzahlung geringer. Wann kann man davon ausgehen, dass es bedenkenlos klappt? Wann muss man befürchten, durch die Teilung der Tablette deren Wirkung zu schmälern oder deren unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) zu verstärken?*

Greiner: Generell kann der Patient nicht unbedingt von einer sicheren Teilung seiner Tablette ausgehen, auch wenn diese eine oder mehrere Bruchrillen aufweist. Die Unterscheidung einer Filmtablette von einer Manteltablette beispielsweise ist für einen Laien kaum möglich. Die Teilung fester Arzneiformen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit stellt einen nicht unbedenklichen Trend unseres Gesundheitssystems dar. Gerade bei älteren Menschen kann diese aufgrund von Fehlsichtigkeit oder motorischer Einschränkung zur Gefahr werden. Einen eindeutigen Anhaltspunkt, ob eine Tablette nun teilbar ist oder nicht, liefert der pharmazeutische Hersteller in der Fachinformation des jeweiligen Medikaments. Zur Teilung niemals geeignet sind magensaftresistente Tabletten, Manteltabletten und Tabletten mit sehr niedrig dosierten Wirkstoffen (im µg-Bereich). In den beiden ersten Fällen wird durch die Teilung der Film oder Überzug der Tablette an der Schnittstelle zerstört. Die mit der Beschichtung verbundene Modifizierung der Freisetzung des Arzneistoffes (Magensaftresistenz oder Retardierung) geht verloren. Der Arzneistoff kann ungehindert die Magenschleimhaut angreifen oder kommt un-

verzögert mit einer höheren Dosis zur Wirkung. Ein Überzug kann den Wirkstoff auch vor Lichteinwirkung oder Feuchtigkeit schützen, ein beschädigter Film macht den Wirkstoff unter Umständen unwirksam. Durch die Bruchstellen können feine Stäube entstehen, die besonders im Falle von Zytostatika oder CMR-Stoffen (cancerogen-mutagen-reproduktionstoxisch) eine Gefahr für gesunde Familienmitglieder oder Pflegepersonal sind, indem sie die entstehenden Stäube einatmen.

Bei Tabletten mit einem Wirkstoffgehalt im µg-Bereich ist nicht immer von einer homogenen Verteilung auszugehen. Aus diesem Grund können die Bruchstücke unterschiedliche Dosierungen aufweisen. Außerdem wird die Identifikation einer Tablette über die herstellereigene Prägung bestimmter Zeichen oder Zahlen durch Teilung erschwert bis unmöglich. Andererseits spricht Retardierung oder Magensaftresistenz nicht absolut gegen eine Teilung. Es gibt nämlich multipartikuläre, teilbare Arzneiformen, sogenannte Pellets, die mit einer magensaftresistenten oder retardierenden Schicht überzogen sind, selbst aber in ein Tablettengerüst eingebaut sind. Eine Auflistung von teilbaren Arzneiformen beziehungsweise Wirkstoffen ist der Tabelle zu entnehmen.

? *Viele Medikamente werden als Saft- oder Lösungsform vertrieben. Von welcher vernünftigen Anwendungszeit kann man nach dem Öffnen eines solchen Fläschchens ausgehen?*

Greiner: Zunächst möchte ich auf den Unterschied zwischen der „Haltbarkeit“ eines Medikaments und dessen „Aufbrauchfrist“ hinweisen. Von ersterer wird gesprochen, solange das Arzneimittel bei sachgemäßer Lagerung ungeöffnet und so die Stabilität der Inhaltsstoffe gewährleistet bleibt. Es gilt das Datum auf der Verpackung. Die Aufbrauchfrist dagegen bezeichnet die Zeitspanne, innerhalb der ein Medikament nach dem Öffnen bei sachgerechter Lagerung noch verwendet werden kann. Eine allgemeingültige Angabe ist hierzu leider nicht möglich.

Das „Neue Rezeptur Formularium“ (NRF) gibt für konservierte, flüssige Arzneiformen in Mehrdosenbehältnissen eine Aufbrauchfrist von sechs Monaten

an. Besonders bei der Zugabe von Trinkwasser zum Auflösen von Trockensäften kann der mikrobielle Verfall schnell eintreten. Das Trinkwasser muss frisch aus der Leitung kommen, chlor- und kohlenstofffrei sein und vor Verwendung abgekocht werden. Antibiotika werden speziell bei Kindern häufig in Form von Trockensäften angewendet. Die Lagerbedingungen nach Rekonstitution des Trockenpulvers sind je nach Inhaltsstoff unterschiedlich, jedoch wird oft eine Aufbrauchfrist von zehn Tagen bei Lagerung zwischen 2 und 8 °C angegeben. Auch Neuroleptika werden als flüssige Peroralia (fertige Säfte) konfektioniert, zum Beispiel Chlorprothixen. Dieser Zubereitung wird eine Aufbrauchfrist von bis zu drei Monaten nach Anbruch vom Hersteller bescheinigt. Aber nicht immer ist der mikrobielle Befall der Grund für die kurze HWZ von flüssigen Arzneiformen. Promethazin ist z.B. wegen der Photoinstabilität des Wirkstoffes in flüssiger Tropfenform nur sechs Wochen bei Raumtemperatur haltbar.

? *Das Gleiche gilt für Durchstechfläschchen, die bei Depot-Neuroleptika gern verwendet werden. Wie geht man am besten mit diesen Lösungen um?*

Greiner: Durchstechfläschchen sind ein Mehrdosenbehältnis, das heißt es wird daraus mehrmals ein definiertes Volumen entnommen. Sterile, wässrige Lösungen in solchen Verpackungen (über 15 ml Gesamtvolumen) müssen konserviert sein. Hier gilt äußerste Sauberkeit bei der Entnahme der Lösung mittels Kanüle. Sind sie einmal geöffnet, kann die Lagerung im Falle von Haloperidol und Fluphanzin bis zu einem Monat bei Raumtemperatur erfolgen. Mehrdosenbehältnisse von Flupentixol können dagegen nur bis 14 Tage nach Anbruch gelagert werden. Der Hersteller der Depotformulierung von Risperidon gibt eine Aufbrauchfrist von sechs Stunden nach Herstellung der Injektionssuspension vor. Wird dagegen eine Teildosis aus einer Ampulle entnommen, müssen eventuelle Reste in jedem Fall vernichtet werden und dürfen später nicht mehr angewendet werden. □

Frau Dr. Greiner, wir danken für das Gespräch!



Fortbildung

Für Sie gelesen

Für Sie gelesen

Foto: Archiv

Teure Placebos wirken besser

Aus der Marktforschung ist gut bekannt, dass der Preis, der Markenname und der Firmenname Käufererwartungen beeinflussen können. Ob dies auch im klinisch-therapeutischen Bereich so ist, ist nicht bekannt. Da keine entsprechenden Studien vorliegen, haben die Autoren den Effekt von unterschiedlichen Preisen auf den analgetischen Effekt von Placebopillen untersucht.

➔ Anhand einer Broschüre wurden 82 gesunde Freiwillige über ein neues Opioid-analgetikum informiert, das angeblich von der FDA in den USA kürzlich zugelassen worden sei und sich in der Wirksamkeit ähnlich zum Kodein verhalte, jedoch einen schnelleren Wirkeintritt habe. In Wirklichkeit handelte es sich jedoch um ein Placebo. Nach Randomisierung wurde die eine Hälfte der Teilnehmer darüber informiert, dass das Medikament einen regulären Preis von 2,5 US-Dollar pro Pille habe, während die andere Hälfte über einen Preis von 0,1 US-Dollar informiert wurde. Alle Teilnehmer erhielten identische Placebopillen.

Zur Untersuchung der analgetischen Wirksamkeit wurden individuelle Schwellen der Schmerztoleranz durch Stromapplikation am Handgelenk ermittelt. Während des Experiments erhielten die Teilnehmer vor und nach der Einnahme der Placebopille Stromstärken in 2,5-Volt-Stufen von 0 Volt bis zur individuellen Schmerzschwelle. Die Schmerzstärke war auf einer visuellen Analogskala anzugeben. Durch Subtraktion der Werte vor der Gabe der Pille von denen nach der Gabe der Pille wurden für jede Stromstärke die Mittelwertdifferenzen ermittelt. In der Gruppe der Teilnehmer, die die angeblich teure Medikation erhielten, er-

zielten 85% im Mittel eine Abnahme des Schmerzes nach Einnahme des Placebos im Vergleich zu 61% in der angeblich niedrigpreisigen Gruppe.

Kommentar: Die Studienergebnisse dürften erklären, warum viele Patienten hochpreisige Medikamente (z. B. neue Zykllooxygenase-2-Hemmer) gegenüber billigeren und bewährten Alternativen bevorzugen. Dass Firmen diesen Effekt ausnutzen könnten, dürfte allerdings die Preisregulation ad absurdum führen. Die Ergebnisse sind möglicherweise für die Versorgungsforschung von Bedeutung, da sie nochmals unterstreichen, dass es nicht allein darauf ankommt, was in einem Medikament verpackt ist, sondern auch, wie es verkauft wird.

Was können wir Ärzte tun? Um dem beschriebenen Effekt entgegenzuarbeiten, sollte man den Patienten die Gründe erklären, warum bestimmte Medikamente billiger sind als andere, und dass dies nicht auf deren schlechtere Wirksamkeit zurückzuführen ist.

K. Lieb



Foto: covado/fotolia.com

Nicht nur das
Medikament
wirkt, sondern
auch der Preis.

Waber RL et al. Commercial features of placebo and therapeutic efficacy. *JAMA* 2008; 299: 1016–17

Soziale Kälte fühlt sich wirklich kalt an

Umgangsprachlich wird von frostiger Umgebung, eiskalter Person oder hitziger Diskussion gesprochen. Das ist nicht zufällig, denn Psychologen der University of Toronto (Kanada) konnten in zwei eleganten Experimenten zeigen, dass Menschen, die sich sozial isoliert fühlen, einen Raum kälter empfinden als gut integrierte.

➔ Im ersten Experiment wurden 65 Studenten in zwei Gruppen aufgeteilt. Die eine sollte sich an einen Vorgang erinnern, bei dem sie sich einsam und isoliert gefühlt hatte. Die andere Gruppe sollte sich ein Ereignis ins Gedächtnis zurückrufen, bei dem sie sich gut und anerkannt vorkam. Danach hatten die Testpersonen die Raumtemperatur einzuschätzen. Die geschätzten Werte differierten zwischen 12°C und 40°C. Die Teilnehmer, die an das unangenehme Ereignis gedacht hatten, bewerteten den Raum im Durchschnitt um 5°C kälter. Im zweiten Experiment hatten 52 Studenten an einem Computerballspiel teilzunehmen. Es war so angelegt, dass den Probanden der ersten Gruppe der Ball immer wieder zugeworfen wurde, den Probanden der zweiten Gruppe aber nur zweimal. Danach wurden sie von den Mitspielern ignoriert. Anschlie-

ßend durften sie auswählen, ob und wie gern sie nun einen heißen Kaffee, Kekse, eine kalte Cola, einen Apfel oder eine heiße Suppe hätten. Es zeigte sich erneut, dass die „unbeliebten“ Probanden, die nur zweimal den Ball bekommen hatten, nach Wärme suchten. Sie wählten eindeutig häufiger etwas Heißes aus als die anderen.

Kommentar: Die Insula, ein Teil der Großhirnrinde, spielt eine Rolle sowohl bei der Wahrnehmung der Körpertemperatur als auch der allgemeinen psychischen Befindlichkeit. Möglicherweise werden hier die sozialen Wahrnehmungen und die Gefühle von Wärme und Kälte vermischt. Die sozial Ausgeschlossenen fühlen sich dann körperlich kalt, daraus resultiert ihr Verlangen nach Warmem. Es soll geprüft werden, ob die Resultate zur direkten Therapie genutzt



Foto: Maxim Malevich/Fotolia.com

Wer isoliert ist, lebt in einer um 5°C kälteren Welt.

werden können, zum Beispiel, ob die Wärme eines Objektes den negativen psychischen Effekt einer sozialen Isolation mildern kann. Wärmere Räume könnten eine depressive Stimmung heben. Umgekehrt könnten kalte Temperaturen negative Stimmungen und Gefühle, wie sozial isoliert zu sein, verstärken **K. Malberg**

Zhong CB, Leonardelli GJ. Cold and lonely. Does social exclusion literally feel cold? Psychological Science – September 2008 – in press

Psychisch Kranke rauchen häufiger und mehr

Der Anteil der Raucher ist unter psychisch Kranken wesentlich höher als in der psychisch gesunden Bevölkerung. Auch psychisch kranke Raucher wollen mehrheitlich ihr Laster loswerden, doch sind die Chancen auf einen erfolgreichen Nikotinentzug gering, ergab eine australische Studie.

➔ In Australien ist in den vergangenen 20 Jahren die Zahl der Raucher um 50% zurückgegangen. Diese positive Entwicklung hat die Gruppe der Menschen mit größeren psychischen Problemen nicht erreicht. Dies ergab eine Fragebogenaktion in einem Rehabilitationszentrums für psychiatrisch Behinderte in Melbourne, Victoria. Den Besuchern der kommunalen psychiatrischen Einrichtung, die meistens an einer Schizophrenie litten und psychologisch betreut wurden, wurde ein Fragenkatalog offeriert. 208 Personen (81%) gaben den Fragebogen vollständig ausgefüllt zurück. 62% der Besucher waren Raucher gegenüber 16% der gesamten Bevölkerung. 12% hatten vorher das Rauchen aufgehört. Die Teilnehmer konsumierten 50% mehr Ziga-

retten als der Durchschnitt. Die stärksten Raucher unter ihnen brachten es auf 80 Stück pro Tag. 59% der Befragten wollten mit dem Rauchen aufhören, 74% beabsichtigten, es zu reduzieren. Aber nur 12% konnten sich erfolgreich vom Nikotin lösen.

Kommentar: Es ist anzunehmen, dass die aktuellen Raucherhältnisse unter den deutschen psychisch Instabilen nicht anders sind. In Australien rauchten sie viermal mehr als die Gesunden und kamen von ihrem „Laster“ schlecht los. Das Interesse, sich das Rauchen abzugewöhnen oder zu reduzieren, war aber ebenso hoch wie unter psychisch gesunden Rauchern. Erfolgreiche Entwöhnungsprogramme wären für diese spezielle Patientengruppe aus zweierlei

Gründen von besonderem Interesse: Erstens sterben auch psychisch Kranke überwiegend an Herz-Kreislauf-Krankheiten – und hier hat der stark erhöhte Tabakkonsum einen nicht geringen Anteil. Und zweitens gehören psychisch Kranke wegen ihrer Krankheit meist auch zur einkommensschwachen Bevölkerung. Ihre Situation wird sicher nicht besser, wenn sie einen erheblichen Teil ihres geringen Einkommens für Tabakwaren ausgeben. **K. Malberg**

Moeller-Saxone K. Cigarette smoking and interest in quitting among consumers at a Psychiatric Disability Rehabilitation and Support Service in Victoria. Published online 8 October 2008; DOI:10.1111/j.1753-6405.2008.00283x



Psychiatrische Kasuistik

Leitsymptom „Bizarre Verhaltensweisen“

Anamnese

Ein 30-jähriger Patient wird in Begleitung der Polizei in die Klinik gebracht. Zuvor hatte ihn eine Polizeistreife dabei beobachtet, wie er mehrfach aus seinem Fahrzeug ein- und ausstieg war, während er eine Einbahnstraße entgegen der Fahrtrichtung befuhr. Es wird berichtet, dass er aus dem Auto gesprungen sei und sich unter parkende Reisebusse gelegt habe. Bei Befragung habe der Patient angegeben, sich verstecken zu wollen, weil er verfolgt werde. Dabei habe er nervös und angespannt gewirkt.

Wegen des Verdachts auf ein akutes psychotisches Syndrom erfolgt die Vorstellung in der psychiatrischen Klinik. Auf Befragen sind keinerlei ambulante oder stationäre psychiatrische Vorbehandlungen bekannt, auch die Familienanamnese ist negativ für psychiatrische Erkrankungen. Die Suchtmittelanamnese ist positiv für einen langjährigen Cannabismisbrauch (seit 14 Jahren bis 3 g/d) und für Nikotin (15 Packungsjahre), zudem bestehe gelegentlicher Konsum von Alkohol und Amphetaminen. Es finden sich keine relevanten somatischen Vorerkrankungen und keine regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

Der Patient ist Student der Informatik und hatte in den vergangenen Monaten aufgrund der Abgabe seiner Diplomarbeit und einer seit Jahren parallel zum Studium durchgeführten Beschäftigung in einer Firma unter hohem

Leistungsdruck gestanden. Praktisch habe er seit mehr als zwei Jahren ohne längere Pausen oder Urlaub gearbeitet.

Fremdanamnestic ist zu eruieren, dass der Patient seit mehreren Wochen zunehmend reizbar und unruhig gewirkt, unter unklaren Beschwerden wie Zahn- und Kopfschmerzen gelitten habe und diesbezüglich sehr eingeengt und wehleidig gewesen sei. Häufiger habe er sich besorgt über die neuen gesetzlichen Bestimmungen zur Datenspeicherung im Internet geäußert und diesbezüglich auch einen Leserbrief an den Berliner Senat verfasst. Dieser Brief habe seines Erachtens adäquate Bedenken enthalten und sei auch beantwortet worden. In der Nacht vor der stationären Aufnahme habe der Patient bei seinen Eltern um eine Übernachtungsmöglichkeit gebeten, dann aber plötzlich das Haus verlassen. Der Patient wird von Familienangehörigen und Freunden als ein zurückhaltender, sensibler Mensch mit wenigen Sozialkontakten beschrieben, hinsichtlich der schulischen und studentischen Laufbahn finden sich keine Hinweise auf einen Leistungsabfall.

Befund

Psychopathologischer Befund: Wir sehen einen ausreichend gepflegten, altersentsprechend gekleideten Patienten, der im Kontakt zurückhaltend ist und Blickkontakt vermeidet. Er ist wach und allseits orientiert. Auffassung und Konzentration sind ausreichend für die zielfüh-

rende Gesprächsteilnahme. Formalgedanklich scheint der Patient leicht verlangsamt, was möglicherweise jedoch auch auf ein generell misstrauisches Kontaktverhalten zurückzuführen ist. Es bestehen weder assoziative Sprünge noch Vorbeireden, noch Denkerfahrenheit. Der Patient kann auch längere sozialbiografische Zusammenhänge ohne Verlust der Zielführung erklären, bleibt dabei jedoch inhaltlich vage. Es ergibt sich kein Anhalt auf einen manifesten Wahn, er räumt jedoch ein, zuletzt wohl unter „Verfolgungsideen“ gelitten zu haben, die er für die Explorationssituation aber negiert. Er beschreibt ein eher diffuses Unruhegefühl und eine Angst, die sich seit circa drei Wochen eingestellt habe. Diese habe er als bedrohlich empfunden. Sinnestäuschungen im Sinne von akustischen und optischen Halluzinationen oder Coenästhesien verneint er. Ich-Störungen werden ebenfalls verneint, kein Hinweis auf Derealisationserleben. Der Schlaf sei unruhig, der Appetit unverändert. Hinweise auf akute oder latente Suizidalität ergeben sich nicht. PANSS bei Aufnahme: (+13/-12).

Neuropsychologische Untersuchung:

Der Patient verfügt aktuell über Fähigkeiten deutlich oberhalb des Normbereiches, sowohl bezüglich der kristallinen Intelligenz im verbalen als auch in der fluiden Intelligenz im figuralen Bereich. Die semantisch-kategoriale Wortflüssigkeit ist durchschnittlich, die formal-lexikalische unterdurchschnittlich

einzuschätzen. Konzentration, Aufmerksamkeit, Tempo und Reaktionszeiten variieren erheblich zwischen unterdurchschnittlich und deutlich überdurchschnittlich. Bei der Überprüfung der exekutiven Funktionen mit verschiedenen Verfahren errechnen sich ebenfalls Ergebnisse von unauffällig bis auffällig. Dieses Leistungsprofil kann den Verdacht auf eine beginnende Schizophrenie stützen. Es kann aber keineswegs ausgeschlossen werden, dass die beschriebenen Beeinträchtigungen nicht auch als Folge des langjährigen Cannabiskonsums des Patienten auftreten.

Paraklinische Befunde

Kranielles MRT: keine Läsionen oder Atrophien, altersentsprechender Normalbefund.

EEG: Alpha-EEG, kein Herdbefund, gesteigerte Erregbarkeit.

Labor: alle Werte der klinischen Chemie und des Blutbildes unauffällig bei Aufnahme. TPHA, Borrelien, HIV und Hepatitis-Serologie negativ. Drogenscreening bei Aufnahme positiv für Cannabis. Im Verlauf negativ. Unauffällige Zellzahl bei Liquordiagnostik, Protein, Albumin, IgG im Normbereich. Keine Schrankenstörung.

Therapie und Verlauf

Der Patient erklärt sich zunächst mit einem freiwilligen Verbleib auf einer offenen Station einverstanden, entfernt sich jedoch raptusartig unmittelbar nach Aufnahme wieder von der Station und wird daraufhin von der Polizei erneut in die Klinik gebracht. Es erfolgt die Aufnahme auf die geschützte Station, unterstützt von einer anxiolytisch-sedierenden Medikation mit Lorazepam 2,5 mg/d. In der ersten Woche nach Aufnahme zeigt der Patient deutlich ängstlich anmutende Zustände, jedoch weniger bizarre Verhaltensweisen wie vor der stationären Aufnahme, distanziert sich in Gesprächen von anamnestisch beschriebenen Verfolgungsideen und gibt an, sich auf der Station gut zu fühlen, ohne Angabe konkreter Gründe. Bei zunehmender Stabilisierung wird der Patient im weiteren Verlauf auf die offene Station verlegt. In dem für ihn neuen therapeutischen Setting wirkt der Patient unmittelbar nach Verlegung deutlich

Fragen

1. Welches Zeitkriterium muss für das Vorliegen einer substanzinduzierten psychotischen Störung erfüllt sein?

- a) Beginn der Symptomatik innerhalb von 48 Stunden nach Substanzkonsum
- b) Sistieren der Symptome innerhalb von 2 Wochen nach Substanzkonsum
- c) Dauer der Störung nicht länger als 6 Monate
- d) Dauer der Störung nicht länger als 2 Wochen
- e) Dauer der Symptome länger als 2 Wochen

2. Welches ist kein Merkmal eines dissoziativen Stupors?

- a) beträchtliche Verringerung oder Fehlen willkürlicher Bewegungen und der Sprache sowie der normalen Reaktionen auf Licht, Geräusche und Bewegung
- b) Negativismus
- c) normaler Muskeltonus, aufrechte Haltung und Atmung sind erhalten
- d) überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen
- e) kein Nachweis einer körperlichen Erkrankung, welche die Symptomatik erklären könnte

3. Welche Aussage zur Therapie dissoziativer Störungen ist falsch?

- a) Der Einsatz von Benzodiazepinen kann dissoziative Symptome verstärken.
- b) Neben der Psychoedukation und suggestiv-hypnotherapeutischen Verfahren können verhaltenstherapeutische Maßnahmen angezeigt sein.
- c) Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit einer psychopharmakologischen Behandlung dissoziativer Störungen liegen nicht vor.
- d) Verfahren wie die progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training sind bei dissoziativen Störungen kontraindiziert.
- e) Bei rezidivierenden oder ambulant-therapieresistenten Verläufen kann eine stationäre Psychotherapie angezeigt sein.

4. Welche Aussage zur Differenzialdiagnose der Schizophrenie ist falsch?

- a) Liegen Kontroll- und Beeinflussungswahn für einen Monat bei Ausschluss einer organischen Gehirnerkrankung und Ausschluss einer affektiven Episode vor, sind die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 für eine Schizophrenie erfüllt.
- b) Das ausschließliche Vorliegen katatoner Symptome wie Stupor, Haltungstereotypen, Flexibilitas cerea oder Erregungszustände rechtfertigt nach ICD-10 die Diagnose einer katatonen Schizophrenie.
- c) Liegen affektive und schizophrentypische Symptome gleichzeitig und in etwa gleicher Ausprägung vor, so ist die Differenzialdiagnose einer schizoaffektiven Störung zu stellen.
- d) Neben der Gabe von Antipsychotika kommen bei katatonen Schizophrenie die Gabe von Benzodiazepinen und die Elektrokonvulsionstherapie als mögliche Behandlungsoptionen in Betracht.
- e) Dauern schizophrentypische Symptome kürzer als einen Monat an, kann nach ICD-10 die Diagnose einer akuten schizophrentypischen psychotischen Störung (F 23.3) gestellt werden.

angespannt und vage, distanziert sich jedoch auf Nachfrage zu jedem Zeitpunkt von psychotischem Erleben. Trotzdem entfernt sich der Patient mehrmals, völlig unvorhersehbar und ohne Absprache von der Station, wird wenig später in der Umgebung der Klinik als hilflose Person mit bizarren Verhaltensweisen auffällig und durch die Polizei ohne relevantes Abwehrverhalten wieder in die Klinik gebracht. Dabei ist der Patient im Kontakt mutistisch und angespannt. Auf Station kommt es dann im Verlauf weniger Tage regelhaft zu plötzlichen Erregungszuständen mit bizarren ungerichteten Bewegungen aller Extremitäten. Unter daraufhin angesetzter antipsychotischer und anxiolytischer Medikation wird der Patient wieder kontaktfreudiger, es kommt jedoch weiter, wenn auch weniger frequent und intensiv, zu intermittierend mutistisch-stuporösem bis bizarrem Verhalten.

Unter der ausgewählten antipsychotischen Medikation zeigen sich ausgeprägte Nebenwirkungen, so treten innere Unruhe unter Risperidon (4 mg/d) sowie starke Sedierung und eine Neutropenie unter Clozapin (150 mg/d) auf. Mehrfache Absetzversuche der Antipsychotika führen regelhaft zu einer psychopathologischen Verschlechterung des Patienten bis hin zu Negativismus mit Verweigerung von Nahrungs- und Flüssigkeitseinnahme, sodass vorübergehend auch die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung und Zwangsbehandlung des Patienten erforderlich ist. Das Verhalten des Patienten wirkt dabei zunehmend weniger psychotisch motiviert als vielmehr negativistisch mit teilweise demonstrativ anmutender Ablehnung sämtlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

Auffallend ist in den meisten Ereignissen ein zeitlicher Zusammenhang zwischen stuporös anmutender Symptomatik und privaten wie beruflichen Stressoren. So treten oben beschriebene Symptome häufig bei Thematisierung von Lebensperspektiven, beruflichen Veränderungen, bevorstehender Entlassung oder nach Besuchen von Angehörigen auf. Eine längerfristige Stabilisierung des Patienten wird schließlich nach einer längeren stuporös-negativistischen Phase unter der Gabe von Haloperidol

(10 mg/d) und anschließender Umstellung auf Amisulprid (600 mg/d) erreicht. Wir entlassen den Patienten in die weitere ambulant-nervenärztliche Behandlung mit Empfehlung zur ambulanten Verhaltenstherapie.

Zusammenfassende Beurteilung/ Diskussion

Hinsichtlich der diagnostischen Kriterien [1] werden aufgrund der vor Aufnahme vorliegenden inhaltlichen Denkstörungen die allgemeinen Kriterien (G1, G2) der Schizophrenie und die Kriterien der paranoiden Schizophrenie erfüllt. Aufgrund des nachweislichen Cannabiskonsums vor Aufnahme trifft dies allerdings ebenfalls auf die Kriterien für eine substanzinduzierte schizophre-niforme Störung zu. Hinsichtlich des Auftretens mutistisch-stuporöser und negativistischer Symptome muss aber auch das Vorliegen einer katatonen Schizophrenie diskutiert werden. Gegen letzteres spricht der häufige zeitliche Zusammenhang zu psychosozialen Stressoren, der eher passiv-demonstrativ anmutende klinische Eindruck und das fehlende klinische Ansprechen auf eine Behandlung mit Benzodiazepinen. Kritisch hinsichtlich der zeitlichen Kriterien sind aber auch die Diagnosen paranoide Schizophrenie und substanzinduzierte schizophre-niforme Störung zu sehen, da bei einer Schizophrenie die Wahnsymptomatik für mindestens einen Monat andauern muss und bei der substanzinduzierten psychotischen Störung nicht länger als sechs Monate andauern darf. Aufgrund des sehr fluktuierenden Verlaufes ist bei diesem Patienten eine stabile psychotische Symptomatik, bei nachweislich negativem Drogenurin im Verlauf, nicht belegbar.

Die intermittierende stuporöse Symptomatik könnte, beim Vorliegen psychosozialer Stressoren in der Vorgeschichte und Wiederauftreten im Zusammenhang mit Belastungsfaktoren im Verlauf, ebenfalls Ausdruck eines dissoziativen Stupors sein. Die allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Störung, nämlich (G1) kein Nachweis einer körperlichen Krankheit, welche die für diese Störung charakteristischen Symptome erklären könnte, sowie (G2) ein überzeugender zeitlicher Zusammenhang

zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, wurden bei dem Patienten erfüllt. Bei einem dissoziativen Stupor besteht eine beträchtliche Verringerung oder ein Fehlen willkürlicher Bewegungen und der Sprache sowie der normalen Reaktion auf Licht, Geräusche und Bewegung. Dabei sind der normale Muskeltonus, die aufrechte Haltung und die Atmung erhalten.

Zusammenfassend ist das Vorliegen einer schizophrenen Symptomatik bei dem Patienten nicht sicher auszuschließen. Hierfür spricht auch die mehrmalig stattgehabte psychopathologische Verschlechterung unter Absetzen der antipsychotischen Medikation bei nachweislicher Drogenabstinenz. Der lange und komplizierte klinische Verlauf und das über weite Strecken weniger psychotisch als vielmehr negativistisch anmutende Verhalten des Patienten lassen auch an die Differenzialdiagnose einer dissoziativen Störung mit stuporöser Symptomatik denken. Aufgrund der prinzipiell guten Introspektionsfähigkeit des Patienten wäre eine symptomorientierte Verhaltenstherapie [2] neben der zuletzt stabilisierenden psychopharmakologischen Behandlung zu empfehlen. Ein weiterer Absetzversuch der antipsychotischen Medikation sollte nur unter engmaschiger nervenärztlicher Betreuung und in klinisch stabilem Zustand stattfinden. Zurückhaltung sollte bei dem Verdacht auf dissoziative Symptome mit dem Einsatz von Benzodiazepinen geübt werden, da diese die Symptomatik verstärken können [3]. Andererseits kann initial ein mögliches Ansprechen einer stuporösen Symptomatik auf die Gabe von Benzodiazepinen wegweisend zum Ausschluss einer katatonen Symptomatik sein [4]. □

AUTOREN

Alexander Luborzewski, Eric Hahn, Eva-Janina Brandl, Dr. med. Carolin Opgen-Rhein, PD Dr. med. Peter Neu, Prof. Dr. med. Michael Dettling
Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin
Eschenallee 3, 14050 Berlin
E-Mail: alexander.luborzewski@charite.de

1c, 2b, 3d, 4b

zu 1: Hinsichtlich der substanzinduzierten psychotischen Störung gelten die folgenden diagnostischen Kriterien:

A. Beginn von psychotischen Symptomen während des Substanzgebrauches oder innerhalb von zwei Wochen nach Substanzgebrauch.

B. Dauer der psychotischen Symptome länger als 48 Stunden.

C. Dauer der Störung nicht länger als sechs Monate.

zu 2: Die diagnostischen Kriterien des dissoziativen Stupors sind in der Diskussion aufgeführt. Der Negativismus ist durch ein Sperren gegen jede Handlung, zu der der Betroffene aufgefordert wird, oder durch das Ausführen gegensätzlicher Handlungen gekennzeichnet und zählt zu den katatonen Symptomen.

zu 3: Neben psychoedukativen Verfahren und einer symptomorientierten Behandlung kommen bei der Behandlung dissoziativer Störungen auch suggestiv-hypnotherapeutische Verfahren zum Einsatz [2], diese können auch für die weitere Behandlungsplanung hinsichtlich differenzieller Indikation für ein konfliktbearbeitendes oder verhaltenstherapeutisches Vorgehen hilfreich sein [5].

zu 4: Das Vorliegen katatoner Symptome allein genügt für die Diagnosestellung einer katatonen Schizophrenie nicht, da die allgemeinen Kriterien für die Diagnose Schizophrenie nicht erfüllt sind. Demnach müssen für mindestens einen Monat vorliegen:

Mindestens ein Symptom 1. Ranges (nach K. Schneider):

a. Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug oder -ausbreitung

b. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmung

c. kommentierende oder dialogisierende Stimmen, die über das Verhal-

ten des Patienten reden oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen

d. anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer und völlig unrealistischer Wahn

Oder mindestens zwei der folgenden Symptome:

a. sonstige, anhaltende Halluzinationen, begleitet von flüchtigen Wahngedanken ohne deutlichen affektiven Inhalt oder überwertigen Ideen

b. Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Denkerfahrenheit oder Danebenreden führt

c. katatone Symptome

d. negative Symptome wie Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte.

Literatur

1. Dilling H (Hrsg.). WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. 2000, Huber, Bern
2. Henningsen P et al. Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. 2002, Schattauer, Stuttgart
3. Freyberger HJ et al. Eur Addict Res. 1996; 2:53–61
4. Fink M. J Neural Transm. 2001; 108:637–44
5. Berger M. Psychische Erkrankungen. Kapitel 17: Dissoziative Störungen. 2004, Urban & Fischer, München

Termine der Fortbildungsakademie		
<p>14.2.2009 in München 5.12.2009 in Stuttgart</p> <p>8 CME-Punkte</p>	<p>Chronobiologie Referenten: Prof. Dr. A. Wirz-Justice, Basel Prof. Dr. M. Wiegand, München</p>	<p>Fortbildungsakademie c/o Athene Huttenstr. 10, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax 0931 2055511 E-Mail: info@akademie-psych-neuro.de</p>
<p>21./22.2.2009 in Frankfurt 14./15.3.2009 in Frankfurt 25./26.4.2009 in Frankfurt</p> <p>14 CME-Punkte</p>	<p>Seminarreihe „Forensische Psychiatrie“ Strafrechtliche Begutachtung I Strafrechtliche Begutachtung II Zivilrechtliche Begutachtung und Testdiagnostik Referenten: Prof. Dr. M. Osterheider, Regensburg Prof. Dr. C. Cording, Regensburg Dipl.-Psych. Dr. A. Mokros, Regensburg Dr. Ch. Vogel, München</p>	<p>Athene (Adresse s. o.)</p> <p>Einladungen werden per Neurotransmitter-Telegramm an alle BVDN-Mitglieder verschickt.</p>
<p>28.2.2009 in Hamburg 21.3.2009 in Neuss</p> <p>8 CME-Punkte</p>	<p>Schmerzdiagnostik und -therapie Referenten: Prof. Dr. F. Birklein, Mainz PD Dr. A. May, Hamburg</p>	<p>Fortbildungsakademie c/o Klaus-H. Heinsen, Friedrichstr. 16, 31582 Nienburg, Tel.: 05021 911304, Fax 05021 9113 (Interessenten – sofern nicht als Landesverbands- mitglieder eingeladen – werden gebeten, sich per Fax anzumelden)</p>
<p>21.3.2009 in Stuttgart 28.3.2009 in Frankfurt</p> <p>8 CME-Punkte</p>	<p>Diagnostik und Therapie der bipolaren Störung Referenten: PD Dr. S. Krüger, Berlin Dr. G. Eckermann, Kaufbeuren</p>	<p>Klaus-H. Heinsen (Adresse s. o.)</p>
<p>25.4.2009 in Hamburg 6.6.2008 in Neuss 13.6.2009 in Frankfurt 4.7.2009 in München</p> <p>8 CME-Punkte</p>	<p>Mutterseelenallein Referenten: PD Dr. S. Krüger, Berlin Dr. G. Eckermann, Kaufbeuren</p>	<p>Klaus-H. Heinsen (Adresse s. o.)</p>
<p>voraussichtlich 27.6.2009 in Stuttgart 19.9.2009 in Frankfurt</p> <p>8 CME-Punkte</p>	<p>Psychopharmakotherapie für Fortgeschrittene Referent: Prof. Dr. J. G. Angheliescu</p>	<p>Athene (Adresse s. o.)</p>
<p>12.9.2009 in Hamburg 26.9.2009 in Neuss 10.10.2009 in Stuttgart 31.10.2009 in München</p> <p>8 CME-Punkte</p>	<p>„Ist denn gegen alles ein Kraut gewachsen“ Referenten: PD Dr. S. Krüger, Berlin Dr. G. Eckermann, Kaufbeuren</p>	<p>Klaus-H. Heinsen (Adresse s. o.)</p>

Adäquate Therapie gegen die Angst

➔ Etwa 5% der Bevölkerung leiden an einer Generalisierten Angststörung (GAD). Leitsymptom der GAD sind dauerhafte, über mindestens sechs Monate persistierende Sorgen und Ängste, die unbegründet und diffus sind und sich unkontrollierbar in verschiedene Lebensbereiche ausbreiten. Körperliche und psychische Symptome, die die Erkrankung häufig begleiten, sind Ruhelosigkeit, Anspannung, Müdigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen oder Reizbarkeit, die nicht auf mögliche ursächliche Erkrankungen, Medikamente oder Substanzmissbrauch zurückzuführen sind. Angst verschlechtert die Diabeteskontrolle und ist ebenso wie Depression ein Risikofaktor für Myokardinfarkt. Viele Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) leiden unter generalisierter Angst.

„Für die Pharmakotherapie der GAD stehen verschiedene evidenzbasierte Optionen zur Verfügung“, sagte Prof. Christer Allgulander, Stockholm, Schweden. Neben Antidepressiva (SSRI, SNRI) kommen Benzodiazepine zum Einsatz. Diese haben jedoch keinen Einfluss auf die komorbide Depression und

sind nur kurz wirksam. Eine Alternative sind moderne Antiepileptika wie Pregabalin (Lyrica®), das sich in verschiedenen Studien als hocheffektiv erwiesen hat. In der Untersuchung von Hidalgo et al. [J Psychopharmacol 2007] hatte Pregabalin im Vergleich mit Antidepressiva und Benzodiazepinen die höchste Effektstärke bei GAD. Vorteil der Substanz ist, dass sie sowohl anxiolytisch als auch analgetisch wirkt. Der analgetische Effekt tritt schnell – innerhalb einer Woche – ein und beeinflusst auch die assoziierte Schlafstörung günstig. Vermittelt wird der Effekt über eine verminderte Freisetzung verschiedener Neurotransmitter (Noradrenalin, Glutamat und Substanz P), indem Pregabalin an die alpha-2-delta-Untereinheit spannungsabhängiger Kalziumkanäle bindet und so den Kalzium-Ionen-Einstrom am übererregten Neuron reduziert. **koc**

Satellitensymposium „Generalised Anxiety Disorder and Fibromyalgia: Is there an Association? Weighing the range of Therapeutic Options“
Barcelona, 31. August 2008
Veranstalter: Pfizer Inc., Berlin

Oraler CGRP-Antagonist stoppt Migräne

➔ Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP) führt an den menigealen Blutgefäßen zu Vasodilatation und neurogener Entzündung. Wird das CGRP-Signal durch den oral wirksamen Rezeptorantagonisten Telcagepant blockiert, lässt sich die Migräneattacke unterbrochen. Diese Annahme wird durch eine kontrollierte Studie bestätigt, so Prof. Peter Goadsby, London. Im Rahmen der Untersuchung [Ho T et al., EHMTIC 2008, P08] an 1.380 Patienten mit mäßigschwerer bis schwerer Migräne wurde Telcagepant in Dosierungen von 150 und 300 mg/d mit Zolmetriptan 5 mg/d und Placebo verglichen. Zwei Stunden nach Einnahme von Telcagepant 300 mg oder Zolmetriptan 5 mg waren jeweils etwa 30% der Patienten schmerzfrei. Bei den Placebo-Patienten traf dies nur auf 10% zu und bei denjenigen die mit Telcagepant 150 mg behandelt worden waren, auf 17%. Nach 24 Stunden waren mit dem höherdosierten Telcagepant 20% der Patienten schmerzfrei, im Vergleich zu 18% mit Zolmetriptan und 5% mit Placebo. Schmerzfrei-

heit nach 48 Stunden erreichten in der Telcagepant-Gruppe 18% der Patienten und damit signifikant mehr als in den Vergleichsgruppen (Zolmetriptan: 12%, Placebo: 4%). Dies könnte, so Goadsby darauf hinweisen, dass Telcagepant besser vor Recurrence-Attacken schützt als andere Migränetherapien. Ein weiterer Pluspunkt des CGRP-Antagonisten ist die gute Verträglichkeit, die sich in dieser wie auch in einer weiteren Phase-III-Studie [Connor K et al., EHMTIC 2008, P15] nicht von Placebo unterschied. Telcagepant wirkt nicht vaskonstriktorisch und könnte deshalb auch bei Triptan-Kontraindikation zum Einsatz kommen. Die klinische Entwicklung von Telcagepant ist mittlerweile soweit fortgeschritten, dass MSD im kommenden Jahr die Zulassung beantragen will. **Grue**

Satellitensymposium zum European Headache and Migraine Trust International Congress (EHMTIC)
London, 5. September 2008
Veranstalter: MSD Sharpe&Dohme, Haar

ZEUS: Antiepileptikum bewährt sich in der täglichen Praxis

➔ In den europäischen und US-Zulassungsstudien bewirkte das Antiepileptikum Zonisamid (Zonegran®) eine Anfallsreduktion um circa 50% bei überwiegend hochgradig Antiepileptika-resistenten Patienten. Die unter naturalistischen Bedingungen durchgeführte Postmarketing-Studie ZEUS (Zonisamide in the European Union Study) belegt nun die Wirksamkeit in einer weniger refraktären Population erwachsener Patienten. Die Dosierung konnte flexibel gewählt werden (200–500 mg täglich). Teilgenommen hatten 317 Patienten mit fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung unter stabiler Therapie mit ein bis zwei Antiepileptika. Die mittlere monatliche Anfallsfrequenz vor Studienbeginn betrug 19,5, berichtete Prof. Bernhard J. Steinhoff, Kork. Gegenüber Baseline

sank sie während einer ersten Phase mit fester Zonisamid-Dosierung (200–400 mg, Woche 10–14) um 33,5%. In der zweiten Phase (200–500 mg, Woche 16–19) belief sich die Reduktion auf 41,1%. 15,9% der Patienten waren während dieser zweiten Phase anfallsfrei. Die mittlere Tagesdosis betrug 315 mg (Phase I) beziehungsweise 346 mg (Phase II). **he**

Presse-Workshop „Besser leben mit Epilepsie – Wirksam therapiert und informiert den Alltag bewältigen“ anlässlich des 8th European Congress on Epileptology Berlin, 23. September 2008
Veranstalter: Eisai GmbH, Frankfurt/Main

Hilfe bei Lennox-Gastaut-Syndrom

Das Lennox-Gastaut-Syndrom (LGS) als seltene und schwer zu therapierende Form der Epilepsie manifestiert sich meist im frühen Kindesalter. Betroffene Eltern finden in dem neuen Ratgeber „Das Lennox-Gastaut-Syndrom: Diagnose, Behandlung und Unterstützung im Alltag“ Antworten auf die drängendsten Fragen. Er ist im Buchhandel erhältlich (ISBN 978-3-8304-3467-2) oder zu bestellen bei der Eisai GmbH, Lyoner Str. 36, 60528 Frankfurt/Main. Ergänzend wurde das Online-Portal www.lennox-gastaut.de eingerichtet, sagte der Autor des Ratgebers, Prof. Ulrich Stephani, Kiel. Im Rahmen der Therapie des LGS bewirkt Rufinamid (Inovelon®) eine deutliche Anfallsreduktion. Die gefährlichen Sturzanfälle gingen um 42,5% zurück [6].

Fortgeschrittener M. Parkinson: Subkutane Rescue-Therapie unterbricht Off-Phasen

➔ In der Frühphase spricht die Parkinson-Erkrankung gut auf die symptomatische Therapie mit Levodopa, Amantadin oder Dopaminagonisten an. „Nach mehrjähriger Pharmako-Therapie, etwa nach fünf bis zehn Jahren, kommt es jedoch zu Komplikationen mit hyperkinetischen und hypokinetischen Wirkungsfluktuationen“,

erklärte PD Dr. Georg Ebersbach, Beelitz. Bleiben diese Wirkungsfluktuationen mit On-Off-Phänomenen trotz optimierter oraler Therapie refraktär, ist eine intermittierende subkutane Injektionstherapie mit Apomorphin (Apo-go® Pen) in Erwägung zu ziehen. Der hochwirksame, nicht selektive Non-Ergot-Dopaminagonist verfügt über eine identische Wirkstärke wie Levodopa, bei schnellerem Wirkeintritt (fünf bis 20 Minuten) und guter Steuerbarkeit. Die Rescue-Therapie mit Apomorphin halbiert die täglichen Off-Zeiten und verbessert die UPDRS-Werte (Unified Parkinson Disease Rating Scale) um bis zu 62%. Indiziert ist der Pen bei morgendlichen, postprandialen oder belastungsinduzierten Offs, bei psychischen Veränderungen, schmerzhaften Dystonien oder Blasenentleerungsstörungen.

Fünf bis maximal zehn Mal am Tag sollte der Pen eingesetzt werden. Patienten, die im weiteren Verlauf der Erkrankung häufigere Injektionen benötigen, profitieren eher von der Apomorphin-Pumpe. Die kontinuierliche subkutane Applikation sorgt für gleichmäßigere Wirkspiegel und verbessert die Symptomatik deutlich: Off-

Zeiten werden um bis zu 85% reduziert, die Intensität der Dyskinesien um bis zu 45%. Zusätzlich kann die Levodopa-Dosis um bis zu 80% vermindert werden. Vorteil der Therapie ist auch die Möglichkeit des probatorischen Einsatzes, während neurochirurgische Interventionen mit dem Risiko irreversibler Komplikationen assoziiert sind.

Um lokale fibrotische Hautveränderungen zu vermeiden, sollte Apomorphin bei der Infusionstherapie auf eine Konzentration von 5 mg/ml verdünnt werden, sagte Prof. Claudia Trenkwald, Kassel. Häufig auftretende leichtere Hautprobleme lassen sich durch täglichen Wechsel der Injektionsstelle, Hygiene am Injektionsort sowie Behandlung mit Ultraschall, TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation), Silikonpflaster oder heparinhaltiger Salben vermindern. **koc**



Illustration der Parkinson-Krankheit von Sir William Richard Gowers (1886)

Foto: wikimedia comment

Satellitensymposium „Therapieoptionen bei fortgeschrittenem Morbus Parkinson“, 81. DGN-Kongress Hamburg, 11. September 2008
Veranstalter: Cephalon, Martinsried

Möglicherweise orale MS-Basistherapie in Sicht

Ein Problem der bisherigen immunmodulatorischen Basistherapie der Multiplen Sklerose (MS) ist die Notwendigkeit zur regelmäßigen Injektion. „Patienten hätten gerne etwas, das sie schlucken können“, sagte Prof. Bernd C. Kieseier, Düsseldorf. Möglicherweise steht eine solche orale Basistherapie vor der Tür. Cladribin wird bereits bei der Haarzell-Leukämie eingesetzt und depletiert relativ selektiv B- und T-Lymphozyten. „Die Substanz erzeugt eine Lymphopenie, aber ohne ein gesteigertes Infektionsrisiko“, erläuterte Kieseier. Das macht die Substanz, die als Prodrug eingenommen wird, auch für die MS-Therapie interessant, da sie geeignet scheint, die entzündliche Aktivität im Gehirn zu verringern. Derzeit wird Cladribin in einer dop-

pelblinden, Placebo-kontrollierten Phase-III-Studie mit 1.348 Patienten mit schubförmiger MS untersucht.

Das Besondere an der Cladribin-Behandlung ist nicht nur die Möglichkeit der oralen Therapie, berichtete Kieseier. Die Therapie ist auch nur für einige Wochen des Jahres nötig; die Wirkung hält dann über Monate an. In der CLARITY-Studie (CLAdRiBine Tablets in treating MS orally) erhalten die Patienten randomisiert in drei Armen im ersten Jahr entweder Cladribin in einer Dosierung von 1,75 mg/kg oder 3,75 mg/kg oder Placebo an fünf Tagen in Woche 1, 5, 9 und 13. Im zweiten Jahr erhalten alle Patienten in den beiden Verumgruppen Cladribin in den Wochen 48 und 52 in einer Dosis von 1,75 mg/kg, die Patienten des Placeboarms

erhalten auch im zweiten Jahr das Scheinmedikament. Bei mehr als einem Schub pro Jahr oder einer deutlichen klinischen Verschlechterung ist die Gabe von IFN beta-1a (Rebif®44) möglich. In der Extension der Studie ist eine erneute Randomisierung in Verum- und Placebo und eine Fortführung der Therapie über weitere zwei Jahre geplant. Die letzten Patienten wurden im vergangenen Jahr in die Studie aufgenommen, Ergebnisse werden für 2009 erwartet.

FK

Pressekonferenz „Blickpunkt Zukunft: Eine neue Dekade der MS-Therapie“ im Rahmen des 81. Kongresses der DGN Hamburg, 12. September 2008
Veranstalter: Merck Serono, Darmstadt

Diabetische Polyneuropathie: Zwei von fünf Schmerzpatienten bleiben unbehandelt

Für die symptomatische Schmerztherapie der diabetischen Polyneuropathie (DPNP) sind Antidepressiva, Antikonvulsiva und Opiode verfügbar. Aktuelle Daten weisen darauf hin, dass der SSNRI Duloxetin in der Langzeittherapie von neuropathischen Schmerzen wirksam ist. Die Substanz, die seit Juni 2008 neben der Zulassung als Cymbalta® auch bei Schmerzen im Rahmen der DPNP unter dem Handelsnamen Ariclim® erhältlich ist, verstärkt die hemmenden Signale in den deszendierenden Bahnen und vermindert so die Schmerzperzeption. Mit 60 mg konnte eine 30%ige Schmerzreduktion ab dem dritten Behandlungstag erreicht werden, während unter Placebo der Schmerz nur um 20% zurückging. Duloxetin linderte die nächtlichen Schmerzen und

wirkte sich vorteilhaft auf den Schlaf aus, so Prof. Frank Birklein, Mainz.

Gepoolte Daten aus drei Langzeitstudien zur Lebensqualität ergaben, dass Duloxetin verglichen mit einer Routinetherapie (Trizyklika, Antiepileptika) den Schmerz wirksamer bekämpfte und die körperlichen Komponenten verbesserte.

Im Rahmen einer offenen Studie von Skljarevski et al. zur Langzeitwirkung von Duloxetin erhielten 216 Patienten in der Akutphase (8 Wochen) täglich 60 mg Duloxetin (30 mg in der ersten Woche). Im Mittel zeigte sich eine signifikante Schmerzreduktion von 5,85 auf 3,36 im BPI. 53% der Patienten wurden als Responder eingestuft (Schmerzreduktion > 30%), 32% waren Non-Responder und 15% der Patienten beende-

ten die Studie vorzeitig. In der Gruppe der Responder sei allerdings noch die Placebogruppe mit etwa 25% zu berücksichtigen, sodass man von einer Wirksamkeit bei etwa einem Viertel der Patienten ausgehen könne, sagte Birklein. Die analgetische Wirkung blieb bei den Respondern durch die tägliche Gabe von 60 mg Wirkstoff über den Zeitraum eines halben Jahres erhalten.

Bei Patienten, die auf die 60-mg-Gabe nicht adäquat reagieren, bestehe eine reelle Chance von etwa 30%, dass sie von einer Dosiserhöhung auf 120 mg profitieren, so Birklein. Er riet dazu, dies zeitlich befristet zu testen und bei verstärkt auftretenden Nebenwirkungen die Substanz abzusetzen. Die häufigste Nebenwirkung war Übelkeit; daneben wurden Schläfrigkeit, Schwindel und Obstipation beobachtet. Durch Einschleichen mit 30 mg und Auftitration auf die empfohlene Tagesdosierung von 60 mg/d, können transiente Nebenwirkungen wie Übelkeit und Schläfrigkeit zu Therapiebeginn vermieden werden.

spi

Frühstücks-Pressgespräch „Aktuelle Daten zur Langzeittherapie der diabetischen Polyneuropathie mit Duloxetin“
Berlin, 10. Oktober 2008
Veranstalter: Lilly, Bad Homburg/Boehringer Ingelheim, Ingelheim



Waden-schmerzen in Ruhe gehören neben Allodynie und Kribbeln zu den Symptomen einer diabetischen Polyneuropathie.

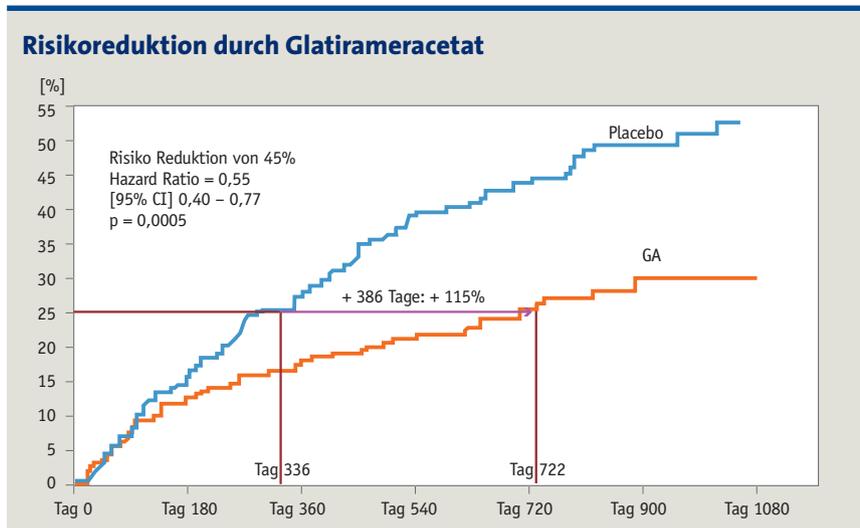
Multiple Sklerose: Immunmodulation früh beginnen

Die für den klinischen Verlauf der MS entscheidenden neurodegenerativen Veränderungen, das heißt insbesondere die fortschreitende Axonschädigung, scheint überwiegend in der Frühphase der Erkrankung zu geschehen, in der das klinische Defizit noch sehr begrenzt ist. Im weiteren Verlauf der Erkrankung gehen axonzerstörende Krankheitsaktivität und auch die damit einhergehende Entzündung zurück. Parallel zu dieser Dynamik schreiten neurologische Defizite und damit die Behinderung weiter fort. „Der Verlauf der MS kann des-

wegen vor allem in der Frühphase der Erkrankung therapeutisch beeinflusst werden, in der die Krankheitsaktivität am höchsten ist“, erklärt Prof. Ralf Gold, Bochum. Dass eine immunmodulatorische Therapie bei Patienten mit klinisch isoliertem Syndrom (CIS) die Konversionsrate zur klinisch gesicherten MS (CDMS) reduziert, zeigten Gold zufolge bereits Studien mit IFN- β in den Jahren 1995 bis 2003. In diesen randomisiert kontrollierten Studien war der Patientenanteil mit Konversion zu einer CDMS unter der Immunmodulation 25–38% nied-

riger als unter Placebo. Auch die immunmodulatorische Therapie mit Glatirameracetat (Copaxone®) kann die Konversionsrate bei Patienten mit CIS reduzieren, so das Ergebnis der kürzlich veröffentlichten Studie PreCise [Comi et al., American Academy of Neurology 2008, #LBS003]. Im Rahmen der Studie wurden 481 Patienten mit CIS und zwei oder mehr T2-gewichteten, mindestens 6 mm großen Läsionen im MRT behandelt. Die Patienten erhielten doppelblind randomisiert entweder Glatirameracetat s.c. 20 mg/d oder Placebo. Nach Ablauf von etwa 80% der geplanten Gesamt-Expositionszeit von drei Jahren wurde eine Interimsanalyse durchgeführt. Diese ergab ein CDMS-Konversionsrisiko von 43% in der Placebogruppe und 25% in der Glatirameracetat-Gruppe. Der Unterschied war statistisch signifikant ($p < 0,0001$). Die durchschnittliche Zeit bis zur Konversion war bei den mit Glatirameracetat behandelten Patienten mehr als doppelt so lang als in der Placebogruppe (s. Abb.).

Hei



Glatirameracetat reduziert das Risiko eine klinisch gesicherte MS zu entwickeln.

Satellitensymposium „Stellenwert von Glatirameracetat in der Basistherapie der Multiplen Sklerose“ im Rahmen des 81. Kongresses der DGN

Hamburg, 11. September 2008

Veranstalter: Teva, Kirchzarten und Sanofi Aventis, Frankfurt

Wichtige Tipps für die Umstellung einer antiepileptischen Therapie

Heute lässt sich bei 60–70% der Patienten mit neu diagnostizierter Epilepsie durch die primäre antiepileptische Monotherapie Anfallsfreiheit erreichen. Tritt keine Anfallsfreiheit ein, steht man vor der Entscheidung, eine sekundäre Monotherapie oder eine „Add-on-Therapie“ einzuleiten. Alternativ kann auch zunächst das initiale Medikament aufdosiert werden. Oft ist dieses Vorgehen aber durch die steigende Gefahr unerwünschter Wirkungen limitiert, sagte Prof. Bernhard J. Steinhoff aus Kork. Hinsichtlich der Nebenwirkung ist darum eine Monotherapie zu bevorzugen. Beim Wechsel der Monotherapie muss beachtet werden, dass das plötzliche Absetzen bestimmter Medikamente wie Carbamazepin, Felbammat, Lamotrigin oder Viga-

batrin gehäuft zu Entzugskrämpfen führen kann, sagte der Experte. Diese Medikamente müssen daher langsam ausgeschlichen werden.

Bei der Kombinationstherapie gilt es vor allem, mögliche Interaktionen der Antiepileptika untereinander und mit anderen Medikamenten auszuschließen. Insbesondere die älteren Medikamente haben häufig ein sehr hohes Interaktionspotenzial. Über synergistische Effekte bestimmter Kombinationen gibt es kaum Daten. Steinhoff empfahl bei Patienten, die auf eine Monotherapie unzureichend ansprechen, ein enzyminduzierendes Medikament, das gut vertragen wurde, mit einem nicht-enzyminduzierenden Medikamenten wie beispielsweise Topiramax (Topamax®) zu

kombinieren. Bekommt der Patient schon eines der nicht-enzyminduzierenden Antiepileptika und verträgt dieses gut, kann mit jedem anderen effektiven Wirkstoff kombiniert werden. Muss eine Monotherapie aufgrund von Nebenwirkungen abgebrochen werden, sollte entsprechend dem individuellen Bedarf auf ein anderes Antiepileptikum umgestellt werden. All diese Empfehlungen beruhen aber nur auf Erfahrungen und sind somit lediglich „Eminenzbasiert“, betonte der Epileptologe. mw

Satellitensymposium „Practical Issues of drug therapy – how to avoid pitfalls“, 8th European Congress of Epileptology Berlin, 23. September
Veranstalter: Janssen Cilag, Neuss

Schlaganfall: Neue Chance für die Neuroprotektion

↳ Citicolin (CDP-Cholin) wird seit den 1990er-Jahren als neuroprotektive Substanz bei Patienten mit akutem ischämischen Schlaganfall getestet. Es handelt sich um eine in menschlichen Zellen vorkommende Substanz, die an der Biosynthese von Phospholipid-Komponenten der Zellmembran beteiligt ist. Die orale oder intravenöse Zufuhr von Citicolin nach einem Schlaganfall soll dazu beitragen, dass sich die Zellen, die aufgrund des Schlaganfalls einer Ischämie unterliegen, regenerieren. In kleineren Studien konnte bereits gezeigt werden, dass Citicolin die Infarktgröße reduziert, berichtete Prof. Marc Fisher, Boston (USA).

Zwei Metaanalysen liefern Hinweise auf die Wirksamkeit der Substanz nach einem Schlaganfall: In der ersten Pool-Data-Analyse aus dem Jahr 2002 waren vier Studien mit insgesamt 1.372 Patienten berücksichtigt worden. Es zeigte sich, dass Citicolin hinsichtlich des primären Endpunkts – der Erholung gemessen anhand des NIHSS, des Barthel-Index und des mRS – Placebo signifikant überlegen war (25,2 vs. 20,2%), erklärte Prof. Antoni Davalos, Gerona (Spanien). Die zweite Metaanalyse umfasste zehn randomisierte kontrollierte Studie mit insgesamt 2.279 Patienten. Hier war das Risiko



Foto: Sebastian Kaultzki/Fotolia.com

Inwiefern Citicolin zur Regeneration der Nervenzellen nach Schlaganfall beitragen kann, soll in einer groß angelegten Studie geklärt werden.

für Tod oder Behinderung für Patienten, die Citicolin bekamen, um 36% geringer als für Patienten aus den Kontrollgruppen (57 vs. 67,5%). Außerdem wurde ein dosisabhängiger Effekt nachgewiesen. Je höher die verabreichte Citicolin-Dosis, desto größer der Nutzen, erklärte Prof. Jeffrey Saver, Los Angeles (USA). Hinsichtlich der Sicherheit der Substanz gibt es keine Bedenken. Die Gesamtmortalität lag in beiden Gruppen bei rund 15%.

Endgültige Klarheit soll nun die ICTUS-Studie (International Citicolin Trial on Acute Stroke) bringen. An dieser prospektiven Studie, die im Jahr 2006 gestartet wurde,

sind insgesamt 60 Zentren beteiligt, davon zehn in Deutschland. Ziel der Studie ist, die Wirksamkeit von Citicolin bei Patienten mit mäßigem bis schwerem akutem ischämischen Insult zu bestätigen. Die Patienten erhalten das Präparat drei Tage lang intravenös (1.000 mg/d), danach sechs Wochen lang oral (500 mg/d).

jn

Internationales Expertenmeeting „Citicolin: A Scientific Update“, 6th World Stroke Congress Wien, 25. September 2008 Veranstalter: Ferrer, Barcelona

Neue Option bei fokalen Epilepsien im Erwachsenenalter

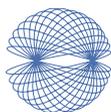
↳ Seit August 2008 ist Lacosamid zur Zusatzbehandlung fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Epilepsiepatienten ab 16 Jahren zugelassen. Das Antiepileptikum (AEP) besitzt einen neuartigen Wirkmechanismus, der die langsame Inaktivierung der Na⁺-Kanäle verstärkt. Zusätzlich wurde eine Bindung an CRMP-2 (Collapsin response mediator protein) festgestellt, dessen Bedeutung weiterer Klärung bedarf. Lacosamid wird zweimal täglich verabreicht. Die zugelassene Tagesdosis beträgt 200–400 mg für alle Darreichungsformen. Wenn die orale Anwendung (Tablette und Sirup) nicht möglich ist, kann Lacosamid (Vimpat®) auch als Infusion verabreicht werden. Auf dem DGN-Kongress in Hamburg stellte Prof. Bernhard Steinhoff, Kehl-Kork, die Studiendaten des neuen AEP vor. „Lacosamid reduzierte signifikant die Anfallsfrequenz bei Patienten mit therapieresistenten fokalen

Anfällen“ so Steinhoff. Insgesamt wurden circa 1.300 Patienten add-on mit Lacosamid oral in drei Placebo-kontrollierten Studien behandelt. Eine Infusion erhielten 179 Patienten. Dabei kamen Erhaltungsdosen von oral 200–600 mg/d und i. v. von 200–800 mg/d zum Einsatz. Lacosamid wurde gut vertragen. Nebenwirkungen traten dosisabhängig auf. Am häufigsten wurde über Schwindel, Kopfschmerzen und Übelkeit berichtet. Wechselwirkungen mit anderen AEP, oralen Kontrazeptiva oder Nahrungsmitteln sowie Ödeme oder Gewichtszunahmen wurden nicht beobachtet.

Dr. Stephan Arnold, München, berichtete über drei offene Langzeitstudien, in denen die Patienten aus den Zulassungsstudien mit Lacosamid weiterbehandelt wurden. An einer dieser Folgestudien nahmen 370 Patienten teil. Nach 30 Monaten wurden noch 61% der Teilnehmer im Rahmen der Studie behandelt. Die Lacosamid-Langzeittherapie

wurde gut vertragen. Signifikante pathologische Laborwerte, Veränderungen der Vitalparameter und des Körpergewichts traten nicht auf. Arnold selbst hat zwölf Patienten mit dem neuen AEP behandelt. Bei elf der Patienten ließ sich eine mittlere Anfallsreduktion von 40% erreichen. Bei einigen Patienten konnte durch Dosissteigerung auf bis zu 800 mg/d die Anfallshäufigkeit weiter gesenkt werden. Bei fünf Patienten führte die Therapie neben einer Anfallsreduktion auch zu einer Abnahme der Anfallsschwere. „Alle zwölf Patienten wurden zwar nicht in eine Lacosamid-Monotherapie überführt, aber die Anzahl der Begleitmedikamente beziehungsweise die Dosierung konnte erheblich reduziert werden,“ so Arnold. stü

Satellitensymposium „Epilepsie gut behandeln – heute & morgen“, DGN Hamburg, 11. September 2008 Veranstalter: UCB, Kerpen



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvbn.de

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Paul Reuther, Bad-Neuenahr-Ahrweiler
Sektion neue Bundesländer: Lutz Bode, Eisenach
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich; Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Herbert Scheiblich
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Gisela Damaschke
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Werner Wolf
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Frank Bergmann
Rheinland-Pfalz: Klaus Sackenheim
Saarland: Helmut Storz
Sachsen: Josef Kesting
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Fritz König
Thüringen: Konstanze Tinschert
Westfalen: Klaus Gorsboth

Gremien des BVDN

SEKTIONEN
Sektion Nervenheilkunde: F. Bergmann
Sektion Neurologie: U. Meier
Sektion Psychiatrie und Psychotherapie: C. Roth-Sackenheim

ARBEITSKREISE

Neue Medien: A. Hillienhof
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Th. Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: F. Jungmann
Konsiliarneurologie: S. Diez
Konsiliarpsychiatrie: N. N.
Belegarztwesen Neurologie: J. Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: K.-O. Sigel, R. Wietfeld
U. E. M. S. – Psychiatrie, EFPT: R. Urban
U. E. M. S. – Neurologie: F. Jungmann
DMP und IV: U. Meier, F. Bergmann, P. Reuther, G. Carl

AUSSCHÜSSE

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: A. Zacher, K. Sackenheim
Ambulante Neurologische Rehabilitation: W. Fries
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie: S. Schreckling
CME (Continuous Medical Education): P. Franz, F. Bergmann, P. Reuther
Gebührenordnungen: F. Bergmann, G. Carl
Öffentlichkeitsarbeit: F. Bergmann
Neurologie und Psychiatrie: G. Carl, P. Reuther, A. Zacher
Gerontopsychiatrie: F. Bergmann

Psychotherapie: C. Roth-Sackenheim, U. Thamer
Organisation BVDN, Drittmittel: G. Carl, F. Bergmann
Weiterbildungsordnung und Leitlinien: W. Lünser, Ch. Vogel, F. Bergmann, G. Carl
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigen-gruppen: U. Brickwedde (Psychiatrie), H. Vogel (Neurologie)

REFERATE

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

Schmerztherapie Neurologie: H. Vogel
Schmerztherapie Psychiatrie: R. Wörz
Suchttherapie: U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie: M. Freidel

Geschäftsstelle des BVDN

D. Differt-Fritz
 Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 4546920
 Fax: 02151 4546925
 E-Mail: bvbn.bund@t-online.de;
Bankverbindung:
 Sparkasse Neuss,
 Kto.-Nr.: 800 920 00
 BLZ 305 500 00
BVDN Homepage: <http://www.bvbn.de>
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN



Berufsverband Deutscher Neurologen

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

Delegierte in Kommissionen der DGN

Kommission Leitlinien: U. Meier
Weiterbildung/ Weiterbildungsermächtigung: H. Grehl
Anhaltzahlen/Qualitätssicherung: F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation: H. Masur
CME: P. Franz, F. Jungmann, P. Reuther
DRG: R. Hagenah

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

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



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psykiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: Christian Vogel, München
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/ Psychoanalyse: H. Martens
Forensik: C. Vogel
Übende Verfahren – Psychotherapie: G. Wermke
Psychiatrie in Europa: G. Wermke
Kontakt BVDN, Gutachterwesen: F. Bergmann
ADHS bei Erwachsenen: J. Krause
PTSD: C. Roth-Sackenheim
Migrationssensible psychiatrische Versorgung: G. Sander, M. Stieglitz

Ich will Mitglied werden!

■ An die Geschäftsstelle Gut Neuhof, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 4546925

- 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 Chefarzte/Niedergelassene; 260 EUR für Fachärzte an Kliniken; 55 EUR für Ärzte in Weiterbildung).
- Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefarzte/Fachärzte an Kliniken/Niedergelassene).
- Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR.
- Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 590 EUR.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

– Für den BDN und BVDP obligatorisch –

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

Konto-Nr.: _____

Geldinstitut: _____ BLZ _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: Dr. U. Farenkopf	BADEN SÜD Gengenbach	ja	KV	07803 98071-3	0703 98071-4	Neurologie_gengenbach@t-online.de
Dr. R. Sattler	Singen	ja	KV	07731 9599-10	07731 9599-39	dr.adam@web.de
BVDN-Landesverband: Prof. Dr. J. Aschoff	BADEN-WÜRTTEMBERG Ulm	nein	ÄK	0731 69717		
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	ÄK/KV	0621 12027-0	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: Dr. G. Carl	BAYERN Würzburg	ja	ÄK/KV	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. C. Vogel	München	ja	ÄK	089 2730700	089 27817306	praxcvogel@aol.com
Dr. H. Martens	München	ja	ÄK/KV	089 2713037	08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
BVDN-Landesverband: Dr. G. Benesch	BERLIN Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	dr.g.benesch@t-online.de
Dr. H.-J. Boldt	Berlin	ja	KV	030 3186915-0	030 3186915-18	BoldtNA@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. St. Alder	BRANDENBURG Potsdam	ja	ÄK	0331 748720-7	0331 748720-9	
Dr. A. Rosenthal	Teltow	ja	KV	03328 30310-0	03328 30310-1	gerd-juergen.fischer@dgn.de
BVDN-Landesverband: Dr. U. Dölle	BREMEN Bremen	ja	ÄK/KV	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. G. Hinz	HAMBURG Hamburg	ja	KV	040 60679863	040 60679576	guntram.hinz@yahoo.de
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. Andre Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
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
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
Peter Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 447424	tegethoff@neuopraxis-rechtenbach.de
BVDN-Landesverband: Dr. Hauk-Westerhoff	MECKLENBURG-VORPOMMERN Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@nervenaerzte-rostock.de
BVDN-Landesverband: Dr. J. Beutler	NIEDERSACHSEN Braunschweig	ja	ÄK	0531 337717	0531 330302	joachim@dr-beutler.de
Dr. P. Gensicke	Göttingen	ja	ÄK	0551 384466	0551 484417	peter.gensicke@dgn.de
Dr. J. Schulze	Meppen	ja	ÄK	05931 1010	05931 89632	dr.schulte@nervenzarztpraxis-meppen.de
BVDN-Landesverband: Dr. F. Bergmann	NORDRHEIN Aachen	ja	KV	0241 36330	0241 404972	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	ÄK/KV	0221 402014	0221 405769	hphaus1@AOL.com
Dr. Rolf Peters	Jülich	ja	KV	02461 53853	02461 54090	dr.rolf.peters@t-online.de
Dr. Birgit Löber-Kraemer	Bonn	nein	KV	0228 223450	0228 223479	
BVDN-Landesverband: Dr. W.-H. von Arnim	RHEINLAND-PFALZ Idar-Oberstein	nein	ÄK	06781 660		
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	02632 96400	02632 964096	c@dr-roth-sackenheim.de
Dr. Klaus Sackenheim	Andernach	ja	KV	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
BVDN-Landesverband: Dr. F. Jungmann	SAARLAND Saarbrücken	ja	ÄK/KV	0681 31093	0681 38032	mail@dr-jungmann.de
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	ÄK/KV	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. G. Wermke	Homburg	ja	ÄK	06841 9328-0	06841 9328-17	gerd@praxiswermke.de
BVDN-Landesverband:	SACHSEN			Kein Nervenarzt in der ÄK oder KV!		
BVDN-Landesverband: Dr. H. Deike	SACHSEN-ANHALT Magdeburg	nein	KV	0391 2529188	0391 5313776	
BVDN-Landesverband: Dr. U. Bannert	SCHLESWIG-HOLSTEIN Bad Segeberg	ja	ÄK/KV	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband: Dr. K. Tinschert	THÜRINGEN Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband: Dr. U. Thamer	WESTFALEN Gelsenkirchen	ja	KV	0209 37356	0209 32418	Thamer.Herten@t-online.de
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	KV	0231 515030	0231 411100	boettger@AOL.com

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

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

Mühlhäuserstr. 94, 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

PD Dr. Elmar Busch

Basilikastr. 55, 47623 Kevelaer,
Tel.: 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

Dr. Gisela Damaschke

Bergstr. 26, 15907 Lübben,
Tel.: 03546 4038

Prof. Dr. Hans-Christoph Diener

Universitätsklinikum Essen,
Hufelandstr. 55, 45122 Essen

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@freenet.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

Dr. Matthias Freidel

Brauerstr. 1-3, 24568 Kaltenkirchen,
Tel.: 04191 8486, Fax: 04191 89027

Prof. Dr. Wolfgang Fries

Pasinger Bahnhofplatz 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,
Tel.: 04261 8008, Fax: 04261 840018,
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 60679863, Fax: 040 60679576,
E-Mail: guntram.hinz@yahoo.de

Dr. Werner E. Hofmann

Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg,
Tel.: 06021 449860, Fax: 06021 44986244

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. Josef Kesting

Käthe-Kollwitz-Str. 5, 04109 Leipzig
Tel. 0341 4774508; Fax: 0341 4774512
E-Mail: josef.kesting@gmx.de

Dr. Werner Kissling

Psychiatrische Klinik der TU München,
Möhlstr. 26, 81675 München,
Tel.: 089 41404207,
E-Mail: w.kissling@lrz.tum.de

Dr. Fritz König

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

Dr. Johanna Krause

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

Prof. Dr. Peter Krauseneck

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

Dr. Thomas Krichenbauer

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

Dr. Bernhard Kügelgen

Postfach 20 09 22, 56012 Koblenz,
Tel.: 0261 30330-0, Fax: 0261 30330-33

Dr. Andreas Link

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

Dr. Wolfhard Lünser

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

Dr. Hans Martens

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

Prof. Dr. Harald Masur

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

Dr. Norbert Mayer-Amberg

Bödekerstr. 73, 30161 Hannover,
Tel.: 0511 667034, Fax: 0511 621574,
E-Mail: mamberg@htp-tel.de

Dr. Uwe Meier

Am Ziegelkamp 1 f, 41515 Grevenbroich,
Tel.: 02181 7054811, Fax: 02181 7054822,
E-Mail: uemeier@t-online.de

Dr. Norbert Mönter

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

Dr. Klaus-Ulrich Oehler

Wirsbeg Str. 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. Sigrind 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, Schülchenstr. 10,
53474 Bad-Neuenahr-Ahrweiler,
Tel.: 02641 98040, Fax: 02641 980444,
E-Mail: preuther@rz-online.de

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.ibt@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. 71, 72213 Altensteig,
Tel.: 07453 93840, Fax: 07453 3852,
E-Mail: hscheiblich@aol.com

Dr. Michael Schwalbe

Anendorfer Str. 15,
06886 Lutherstadt-Wittenberg,
Tel.: 03491 442567; Fax: 03491 442583

Dr. Karl-Otto Sigel

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

Dr. Helmut Storz

Stieglitzweg 20, 66538 Neunkirchen,
Tel.: 06821 13256, Fax: 06821 13265
E-Mail: h.storz@gmx.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 57444-4, Fax: 03641 57444-0,
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. 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,
Tel.: 02771 800900,
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

1. Vertragliche Kooperationspartner der Berufsverbände**Arbeitsgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)**

von BVDN und BDN,
Sprecher: Dr. Dr. Paul Reuther,
 Schülchenstr. 10,
 53474 Ahrweiler,
 E-Mail: preuther@rz-online.de

Athene Akademie

Qualitätsmanagement im
 Gesundheitswesen,
Geschäftsführerin:
 Gabriele Schuster,
 Huttenstr. 10, 97072 Würzburg,
 Tel.: 0931 88029396,
 Fax: 0931 88029398,
 E-Mail: g.schuster@athene-qm.de

Athene ist die Qualitätsmanagementakademie der Berufsverbände. Sie übernimmt für die Verbände die Aufgabe, QM-Konzepte für Praxen und Kliniken zu entwickeln, zu pflegen, distribuieren sowie Mitglieder zu beraten und zu schulen. Athene pflegt die Kontakte zu zertifizierten und institutionellen Anbietern von QM-Konzepten. In diesem Zusammenhang ist sie auch für die Verbände offizieller Vertragspartner der KBV für QEP-Schulungen. Weiterhin unterstützt Athene bei Verhandlungen, Vertragsgestaltungen und operationaler Umsetzung von integrierten Versorgungsstrukturen und anderen Direktverträgen. Athene ist als Wirtschaftsunternehmen eigenständig, verpflichtet sich aber, die Interessen und Ziele der Verbände umzusetzen. Wirtschaftliche Verflechtungen zwischen den Verbänden und Athene bestehen nicht.

Cortex GmbH

Gut Neuhof,
 Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld,
 Tel.: 02151 4546920,
 Fax: 02151 4546925,
 E-Mail: bvdn.bundt-online.de
 Cortex, die Management-GmbH der Berufsverbände, akquiriert und entwickelt Projekte hauptsächlich in Zusammenarbeit mit Sponsoren aus der Industrie. Hierunter fällt die

Finanzierung unserer Rundbriefe, Praxiskommentare und anderer Kommunikationsmittel. Auch IV-Verträge mit Krankenkassen werden bis zur endgültigen Registrierung unserer Genossenschaft über Cortex abgerechnet und verwaltet. Gesellschafter sind treuhänderisch die jeweiligen Vorstandsmitglieder. Die Geschäftstätigkeit wird von einem gewählten Beirat aus BVDN-Landesvorsitzenden kontrolliert.

Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie (DIQN)

Schanzenstr. 27, Schlosserei 4,
 51063 Köln, Tel.: 0221 955615-95,
 Mobil: 0173 2867914,
 E-Mail: info@diqn.de

Das DIQN wurde 2005 von DGN, BDN und BVDN als GbR gegründet. Die Kooperation dient der Erforschung, Weiterentwicklung, Förderung und Verbreitung von Behandlungs- und Versorgungsstrukturen auf den Gebieten der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Neurologie. Im DIQN haben die Gesellschaften und Verbände eine Plattform zur Förderung, Koordination, Registrierung und Präsentation von Qualitätsprojekten und zur Erfassung und Darstellung von Kennzahlen der Versorgung und Forschung. Weitere Tätigkeitsfelder sind der Aufbau einer Datenbank für Versorgungsdaten in der Neurologie, Beratung und Information politischer Institutionen und der Öffentlichkeit sowie Recherche und Auskünfte im Bereich der neurologischen Versorgungsqualität im Auftrag. Das DIQN arbeitet mit den etablierten Kommissionen der Verbände zusammen und versteht sich als Koordinations- und Schnittstelle der Kommissionen, Arbeitsgruppen und Initiativen, die sich mit der Qualität neurologischer Versorgung und Forschung befassen.

Fortbildungsakademie

Die Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP wurde vor zehn Jahren gegründet, um ein auf die

Bedürfnisse der niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater/Psychotherapeuten optimal zugeschnittenes Fortbildungsprogramm regional anbieten zu können. Mehr als 200 Seminare, die an Samstagen stattfinden und insgesamt acht Fortbildungsstunden umfassen, wurden seitdem durchgeführt. Das Programm wird jährlich nach den Vorschlägen und Wünschen der Teilnehmer umgestaltet. Die Referenten werden – orientiert an den Ergebnissen der Evaluation durch die Teilnehmer – ausgesucht. Die Teilnehmerzahl ist inzwischen auf 30 beschränkt, damit die Atmosphäre für einen intensiven Austausch gewährleistet ist. Das Motto der Fortbildungsakademie lautet: Wissen ist Pflicht, Lernen macht Spaß. Ausführliche Übersichten über das Seminarangebot finden sich jeweils in der Dezember- und Januar-Ausgabe, der Seminar kalender in jedem NEUROTRANSMITTER. Vorsitzender der Fortbildungsakademie ist PD Dr. A. Zacher, Regensburg, stellvertretender Vorsitzender Dr. K. Sackenheim, Andernach.

QUANUP e.V.

Verband für Qualitätsentwicklung in Neurologie und Psychiatrie e.V., Hauptstr. 106,
 35745 Herborn, Tel.: 02772 53337,
 Fax: 02772 989614,
 E-Mail: kontakt@quanup.de
 www.quanup.de

QUANUP wurde 2001 als unabhängige Einrichtung durch die Berufsverbände gegründet, um neue Formen der Zusammenarbeit, des Disease-Managements, der integrierten Versorgung und des Datenaustausches zwischen Neurologen und Psychiatern, zwischen Klinik und Praxis sowie Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und der Pharmaindustrie zu entwickeln. Laufende Projekte sind:

1. Strukturierte Versorgung Parkinson mit dem Kompetenznetz Parkinson: beteiligt 30 Praxen, 4 klinische Zentren, über 400 Patientendatensätze im Langzeitverlauf

2. Weiterbildung der Praxishelferin zur Facharztassistentin in verschiedenen den Bereichen, Förderung Parkinson, Multiple Sklerose, Sozialpsychiatrie, Integrierte Versorgung (Curricula fortlaufend und bundesweit, siehe www.quanup.de)
 3. Förderung der Integrierten Versorgung in Neurologie und Psychiatrie

2. Politische Kooperationspartner der Berufsverbände**Bundesärztekammer (BÄK)**

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern,
 Herbert-Lewin-Platz 1,
 10623 Berlin,
 Tel.: 030 4004 560,
 Fax: 030 4004 56-388,
 E-Mail info@baek.de
 www.bundesaerztekammer.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Herbert-Lewin-Platz 2,
 10623 Berlin,
 Postfach 12 02 64,
 10592 Berlin,
 E-Mail: info@kbv.de
 www.kbv.de

Neurologie

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Vorsitz: Prof. Dr. G. Deuschl, Neurologische Uni-Klinik Kiel, Niemannsweg 147, 24105 Kiel, E-Mail: g.deuschl@neurologie.uni-kiel.de
Geschäftsführung: Prof. Dr. O. Busse, Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin, E-Mail: busse@dgn-berlin.org www.dgn.org

Fortbildungsakademie der DGN
Geschäftsführung: Karin Schilling, Neurologische Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, E-Mail: k.schilling@uke.uni-hamburg.de

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e. V. (BV ANR)
 Pasinger Bahnhofplatz 4, 81242 München, Tel.: 089 82005792, Fax: 089 89606822, E-Mail: info@bv-anr.de www.bv-anr.de

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)
1. Vorsitzender: Prof. Dr. Eberhard König, Neurologische Klinik Bad Aibling, Kolbermoorstr. 72, 83043 Bad Aibling, Tel.: 08061 903501, Fax: 08061 9039501, E-Mail: ekoenig@schoen-kliniken.de www.dgnr.de

Bundesverband Neuro-Rehabilitation (BNR)
Vorsitz: R. Radzuweit, Godeshöhe, Waldstr. 2–10, 53177 Bonn-Bad Godesberg, Tel.: 0228 381-226 (-227), Fax: 0228 381-640, E-Mail: r.radzuweit@bv-neurorehabgodeshoehe.de www.bv-neuroreha.de

Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) e. V.
 Geschäftsstelle Fulda, Postfach 1105, 36001 Fulda, Tel.: 0700 46746700, Fax: 0661 9019692, E-Mail: fulda@gnp.de www.gnp.de

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN)
Vorsitz: Dr. M. Prosiegel, Fachklinik Heilbrunn, Wörnerweg 30, 83670 Bad Heilbrunn, Tel.: 08046 184116, E-Mail: prosiegel@t-online.de www.dgnkn.de

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
 Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin, Tel.: 030 284499 22, Fax: 030 284499 11, E-Mail: gs@dgnc.de www.dgnc.de

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)
 Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin, Tel.: 030 284499 33, Fax: 030 284499 11, E-Mail: gs@bdnc.de www.bdnc.de

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)
 Straße des 17. Juni 114, 10623 Berlin, Tel.: 030 330997770, Fax: 030 916070-22, E-Mail: DGNR@Neuro radiologie.de www.neuroradiologie.de

Psychiatrie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
 Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin, Tel.: 030 28096601/ 02, Fax: 030 28093816
Hauptgeschäftsführer: Dr. med. Thomas Nesseler E-Mail: sekretariat@dgppn.de www.dgppn.de
Präsident: Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf/Rheinische Kliniken Düsseldorf, Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf, E-Mail: wolfgang.gaebel@uni-duesseldorf.de
Aus-, Fort- und Weiterbildung, CME: Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck Tel.: 0451 5002440 E-Mail: fritz.hohagen@psychiatrie.uk-sh.de

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP) e. V.
 Postfach 1366, 51675 Wiehl, Tel.: 02262 797683, Fax: 02262 999916, E-Mail: GS@dggpp.de www.dggpp.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)
 Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin, Tel.: 030 28096519, Fax: 030 28096579, E-Mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de www.dgkjp.de

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)
 Stuttgarter Str. 51 (Im Spital), 71263 Weil der Stadt, Tel.: 07033 691136, Fax: 07033 80556, E-Mail: bkjpp@dr-schaff.de www.bkjpp.de

Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO)
 Brücker Mauspfad 601, 51109 Köln, Tel.: 0221 842523, Fax: 0221 845442, E-Mail: staeko@vakjp.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (vorm. DGDS) e. V.
 c/o Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Martinistr.52, 20246 Hamburg, Tel. und Fax: 040 42803 5121, E-Mail: info@dgsuchtmedizin.de www.dgsuchtmedizin.de/

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)
 Vorsitzender: Univ.-Doz. Dr. med. Elmar Etzersdorfer, Furtbachkrankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Furtbachstr. 6, 70178 Stuttgart, Tel.: 0711 6465126, Fax: 0711 / 6465155, E-Mail: etzersdorfer@fbkh.org www.suizidprophylaxe.de