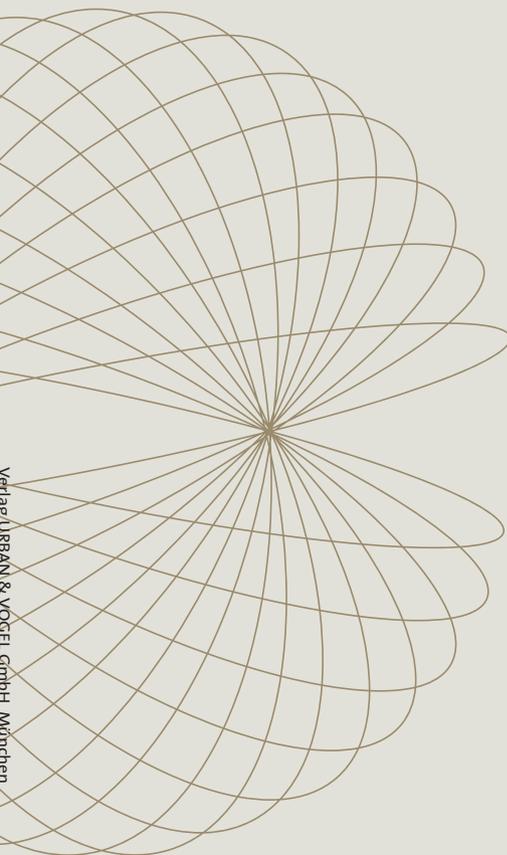


2

Februar 2009 _ 20. Jahrgang _ www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell



Regelleistungsvolumina

Politische Sturmböen toben durch das Land

Außerordentliche Mitgliederversammlung

Solidarisch für die Existenz kämpfen

Botulinumtoxin-Therapie

Ausnahmslos privat abrechnen

Selbstverletzungen

Rechtsmedizinische Objektivität gefragt

Verlag | J.BARAN & VOGEL GmbH München



»Der Groschen der politischen Bewusstwerdung ist tatsächlich bei den meisten von uns gefallen, der für viele bittere Tropfen der RLV hat das Fass der Geduld zum Überlaufen gebracht.«

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

Der Tropfen ist gefallen!

Ja nun, werden Sie vielleicht denken, was soll denn diese Überschrift. Der Tropfen mag auf dem heißen Stein verdampfen oder kann durchaus ein ganzes Fass zum Überlaufen bringen, aber sprichwörtlich fallen? Das tun entweder Groschen oder aber Cäsars Würfel. Wenn Sie mit Ihrem Erstaunen soweit gekommen sind, haben Sie schon getroffen, um was es mir heute geht: Der Groschen der politischen Bewusstwerdung ist tatsächlich bei den meisten von uns gefallen, der für viele bittere Tropfen der RLV hat das Fass der Geduld zum Überlaufen gebracht und nun sind in einigen besonders hart getroffenen Regionen auch noch die Würfel gefallen. Die dort praktizierenden Kollegen haben sich spontan zusammengetan, haben beschlossen, sich nicht weiter durch die Willkür von Gesundheitspolitikern in den verordneten Ruin treiben zu lassen und haben dann unter enormen Anstrengungen und mit vollem Einsatz vielfältige publizistische und politische Aktivitäten entwickelt. Im Rückblick auf all die letzten Jahre kann festgestellt werden: So viel Entschiedenheit war nie!

Der Groschen

Lesen Sie in dieser Ausgabe, die sich in der für diese herausragend wichtige Situation gebotenen Ausführlichkeit mit den verschiedenen Protestaktionen befasst, was entscheidende Anstöße dafür waren, sich keinerlei Illusion über die Absichten unserer führenden Gesundheitspolitiker hinzugeben: am bestürzendsten sicherlich der Auftritt des Bundestagsabgeordneten Prof. Dr. med. K. Lauterbach auf einer Tagung zur „Integrierten Versorgung“. Dort brüstete er sich regelrecht damit, dass das Chaos Absicht ist, dass die Honorarverwerfungen frisch niedergelassene und deshalb noch hoch verschuldete Kollegen dazu zwingen sollen, sich und Ihre Praxen an Konzerne zu verscherbeln, und dass es dabei um ein ganz bewusst unternommenes politisches „Zündeln“ geht, was sein Ausdruck des „Brandbeschleunigers“ (S. 45) beweist (Entsetzen ist angebracht!).

Die Tropfen

War es für die einen dieser Schock, der sie auf die Barrikaden trieb, so war es für andere die erschreckende Dürftigkeit des ihnen zugesprochenen RLV und dazu die Verzweiflung von

befreundeten Kollegen, oder aber die Erkenntnis, dass der nächste böse Streich, die Zerstörung der letzten Reste der Versicherungsfreiheit und damit das Ende der Querfinanzierung über die Privatpatienten, schon bestens vorbereitet in der obersten Schublade des Bundesgesundheitsministeriums lagert, um sofort nach der nächsten Bundestagswahl auf den Rücken der Ärzte niedersausen zu können. Nun lief aber das Fass bei vielen über und seither ergießt sich ein mitreißender Strom von Protestideen und -aktivitäten vorwiegend ausgehend von den besonders hart betroffenen südlichen Bundesländern durch die Kanäle des Internets über das Land. Der bayerische Landesverband sprang sofort ein. Es folgte der baden-württembergische. Die Vielfalt wird seither gebündelt und koordiniert (S. 10 ff.). Der Bundesverband führte schnellstens eine außerordentliche Mitgliederversammlung durch und versucht mit nochmals intensivierter politischer Aktivität das Blatt zu wenden (S. 36 ff.).

Die Würfel

Für viele von uns sind sie gefallen. Duldungsmentalität ist nun endgültig nicht mehr angebracht. Eine neue gesundheitspolitische Ausrichtung muss her. Von dieser Forderung werden die Akteure, die sich nun so vehement aufgelehnt haben, nicht mehr abrücken. Tenor: Wir lassen doch nicht uns und unser Gesundheitssystem sehenden Auges ruinieren (und am Ende war's dann wieder keiner, siehe Finanzkrise!).

Ihr



10 Explosive Stimmung

Nach der „Honorarverteilung“ formiert sich großer Widerstand bei den niedergelassenen Kollegen. Von Protestschreiben und Aufklärungskampagnen für Patienten bis zu Praxisschließungen: Entschlossenes Handeln muss jetzt Wirkung zeigen.

18 Private Behandlung

Die neurologische Botulinumtoxin-Therapie ist für gesetzlich Versicherte nach dem EBM nicht möglich. Die Abrechnung kann jedoch über die GOÄ erfolgen, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

36 Solidarischer Kampf

Auf einer kurzfristig einberufenen Sondermitgliederversammlung haben die Berufsverbände gemeinsame Schritte gegen die unzumutbaren Auswirkungen der Regelleistungsvolumina beschlossen. In dem Maßnahmenpaket für die Fachärzte ist jedoch eines unerlässlich: Solidarität auf allen Ebenen!

Titelbild:

Karin Dowidat: „Venus, Amor, Bacchus und Ceres“, 2006

3 Editorial

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

Beruf aktuell

10 Regelleistungsvolumina gefährden die Existenz
Berufspolitische Sturmböen toben durch die Bundesländer

18 Abrechnungstipp Botulinumtoxin-Therapie
Ausnahmslos privat behandeln

21 Telemedizinische Strategien in der Neurologie
Die Zeit ist reif

27 Offenes Forum

Aus den Verbänden

33 Es reicht!
Auszüge aus dem Impulsvortrag im Rahmen der außerordentlichen Mitgliederversammlung

36 Außerordentliche Mitgliederversammlung von BVDN, BDN und BVDP
Solidarisch kämpfen, um die Existenz zu sichern

42 Ruinöse Fallwerte bei Fachärzten
Protestieren und handeln wir geschlossen im Wahljahr 2009!



46 Objektives Urteil

Selbstverletzendes Verhalten als solches zu erkennen, ist nicht immer einfach. Auch wegen möglicher strafrechtlicher Folgen muss jedoch eindeutig zwischen selbst oder durch dritte Hand verursachten Verletzungen unterschieden werden. Bei der Einschätzung der Sachlage ist ärztliche Objektivität gefragt.

Wichtiger Hinweis!

Diese Ausgabe enthält auf S. 76 f. den Kongress Report „Pharmakotherapie bei Schizophreniepatienten – Im Fokus: Effizienz und Nebenwirkungsprofil“ sowie auf S. 84 f. den Kongress Report aktuell „Generalisierte Angststörung: Den Besonderheiten des Krankheitsbildes effektiv begegnen“.

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

- 46 CME: Selbstverletzungen aus rechtsmedizinischer Sicht**

- 55 CME-Fragebogen**

- 58 DGPPN-Kongress 2008**
Amyloidplaques und Fibrillen sind bei Alzheimer nicht entscheidend

- 62 Bipolare Depression**
Herausforderung in der psychiatrischen Pharmakotherapie

- 68 Für Sie gelesen**

- 69 Psychiatrische Kasuistik**

Journal

- 86 Psychopathologie in Kunst und Literatur**
Die Quieszierung des Geheimen Medizinalrats

- 90 Buch-Tipps**

- 92 NEUROTRANSMITTER-Galerie**
Karin Dowidat – der moderne Mensch als Fremdkörper

- 79 Pharmaforum**

- 94 Termine**

- 95 Verbandsservice**

- 101 Impressum**

»In manchen KVen wurden die Rückstellungen für den Überschreitungspunktwert so hoch gewählt, dass jeder Arzt im Leistungsmengen-Hamsterrad weiterrotieren muss.«

Dr. med. Gunther Carl

Foto: Archiv



EURO-EBM 2009

Honorarreform 2009 vorerst weitgehend gescheitert

➔ Obwohl alle Vertragsärzte mit erneutem Vertrauensvorschuss es ehrlich gehofft hatten: Der Euro-EBM 2009 hält nicht, was er versprach. Die Preise stehen nicht wirklich fest. Bei dieser Honorarreform scheint die Spreizung zwischen Gewinnern und Verlierern besonders stark zu sein. In etlichen KVen waren die Vorwegabzüge für freie Leistungen, nicht RLV-gebundene Fachgruppen, Rückstellungen für RLV-überschreitende Punktwerte besonders hoch, sodass für die medizinisch notwendige Basisarbeit überwiegend RLV-gebundener Fachgruppen viel zu geringe Mittel übrig blieben. RLV-Leistungen sind budgetiert, freie Leistungen dagegen unbudgetiert. Dies führt dazu, dass zum Teil für besonders patientenferne oder medizinisch nicht besonders essenzielle Leistungen unbegrenzte Mittel zur Verfügung stehen. Beispiele sind Labor, Radiologie, Akupunktur, künstliche Befruchtung, Substitutionsbehandlung und Präventionsleistungen. Für den 1.7.2009 wurde daher von der KBV

eine eingreifende Überarbeitung der Honorarverteilungsregelungen angekündigt. So sollen qualitätsgebundene Zusatzbudgets wie Teilradiologie oder Sonografie im freien Leistungsbereich installiert werden. Außerdem wurde vom Vorsitzenden der KBV, Dr. Andreas Köhler, mehrfach angekündigt, dass ab diesem Zeitpunkt die zeitgebundenen psychiatrischen Gesprächsleistungen ebenfalls als freie Leistungen erbracht werden können.

Kommentar: Die Preise stehen nicht wirklich fest, weil in manchen KVen die Rückstellungen für den Überschreitungspunktwert so hoch gewählt wurden, dass jeder Arzt im Leistungsmengen-Hamsterrad weiterrotieren muss. Die für Juli 2009 angekündigten qualitätsgebundenen Zusatzbudgets sind zwar für Fachgruppen, die an den freien Leistungen bisher kaum partizipieren konnten (z. B. Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, fachärztliche Internisten) außerordentlich zu begrüßen. Jedoch müs-

sen die vermuteten Zusatzleistungen im aktuellen Quartal mengenmäßig aufrechterhalten werden, weil die Größe des Zusatzbudgets für die Einzelpraxis wiederum an Aufsetzquartalen gemessen wird. Die von deutlichen Honorareinbrüchen durch abgesenkte Fallwerte betroffene Hälfte der Vertragsärzte wird versuchen, die Honorarverluste durch Fallzahlsteigerungen zu kompensieren. Dadurch werden im Folgejahr die Fallwerte sinken, wenn die Gesamtvergütung gleich bleibt. Das unsystematische Sammelsurium unbudgetierter und besonders geförderter freier Leistungen muss durchforstet werden. Hier sollte man klären, welche Leistungen wirklich unter Versorgungsgesichtspunkten medizinisch begründbar bevorzugt werden und welche aus dem freien Bereich zu streichen sind. Alle diese Leistungen müssen budgetiert sein. Denn in einem geschlossenen Gesamtvergütungssystem wird der unbudgetierte Leistungsanteil über kurz oder lang die budgetierten RLV auffressen.

GKV

Für Versicherte keine Zusatzbeiträge 2009

➔ Keine gesetzliche Krankenkasse (GKV) begann das Jahr 2009 mit einem Aufschlag auf den gesetzlich vorgeschriebenen Beitragssatz von 15,5%. Nach neuester Gesetzeslage wird dieser Beitragssatz ohnehin ab 1.7.2009 im Rahmen des Konjunktur-Förderungsprogramms auf 14,9% gesenkt. Der Differenzbetrag wird durch einen Steuerzuschuss ausgeglichen. Das 2009 in den Gesundheitsfonds fließende Beitragsvolumen bleibt daher gleich hoch. Zur Finanzierung werden den gesetzlichen Krankenkassen vom Fiskus bis 2011 Darlehen zur Verfügung gestellt, um mögliche Ausfälle

wegen der derzeitigen Finanz- und Wirtschaftskrise zu kompensieren. Erst ab 2011 sollen die zinslosen Darlehen wieder zurückgezahlt werden. Offenbar schätzen manche Betriebskrankenkassen trotz der hohen Ausgleichszahlungen im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (RSA) die Morbidität ihrer Versicherten so niedrig und die Rückflüsse aus dem Gesundheitsfonds so hoch ein, dass sie an ihre Versicherten Prämien zurückzahlen wollen. Die HKK Bremen wird 60 EUR pro Jahr zurückzahlen, die BKK Braun Melsungen 120 EUR und die IKK Südwest 100 EUR. Insgesamt

geht der GKV-Spitzenverband jedoch weiterhin davon aus, dass die Zuflüsse in den Gesundheitsfonds unzureichend sind, die GKV also 2009 unterfinanziert ist. Das Bundesversicherungsamt (BVA) meint, dass ab Mitte 2009 circa 20 Kassen Zusatzbeiträge erheben müssen. Anfang des Jahres 2010 müssen die Bundeskredite an den Gesundheitsfonds, die wegen voraussichtlicher Einnahmeausfälle bei steigender Arbeitslosigkeit und der Finanzierung der Konvergenzklausel gewährt wurden, zurückgezahlt werden, und die Kosten im Gesundheitswesen werden ohnehin insgesamt

steigen. Man geht davon aus, dass 2010 der Beitragssatz um 0,7 Beitragssatzpunkte auf circa 16,2% steigen wird.

Kommentar: Keine gesetzliche Krankenkasse möchte die erste sein, die sich mit einem höheren Beitragssatz blamiert und sich damit als teuer oder unwirtschaftlich outet. Andererseits ist noch gar nicht absehbar, welche Versorgerkassen wie stark von den RSA-Ausgleichszahlungen profitieren werden oder welchen Krankenkassen es mithilfe der Ärzte gelingt, durch taktische ICD-Kodierung ausreichend „gesunde Kranke“ zu sammeln und damit höhere RSA-Einnahmen als Morbiditätsausgaben zu erreichen („Deutschland wird kränker“). Möglicherweise führt ein erneut vom Gesetzgeber gesteigerter Beitragssatz dazu, endlich einmal mit der Diskussion darüber zu beginnen, wie ein GKV-Basisleistungskatalog mit deutlich abgesenktem Beitragssatz im Rahmen einer Versicherungspflicht (nicht: Pflichtversicherung) bei gesetzlichen oder privaten Krankenkassen im Wettbewerb ausgestattet sein müsste. Darüber hinausgehende Leistungspakete könnten dann freiwillig bei einer privaten oder gesetzlichen Krankenkasse im Wettbewerb zugebucht werden. In Anbetracht der vom Steuerzahler zur Verfügung gestellten GKV-Darlehen gehen die gesetzlichen Krankenkassen davon aus, dass bestimmte innovative, wünschenswerte und im Komfort über den Leistungsumfang der GKV hinausgehende Leistungen gefördert werden. Damit werde der zweite Gesundheitsmarkt unterstützt und die Patienten bekämen mehr Freiheit, eine höherwertige Versorgung zu wählen und sich diese auch leisten zu können. Eine Rückzahlung der Darlehen werde jedoch kaum möglich sein. Hier versprechen sich also die gesetzlichen Krankenkassen medizinisch unnötige Wellness- und Komfortleistungen auf Steuerzahlerkosten. Freibier – und davon in unbegrenzter Menge – hat natürlich jeder Versicherte gern. Voraussichtlich werden durch diesen Ausgabenkurs die medizinisch essenziellen Versorgungsleistungen noch mehr eingeschränkt. Dies lässt für unsere Fachgruppe mittelfristig nichts Gutes erwarten.

HONORARVERTEILUNG

RLV-Verlustbegrenzung in Baden-Württemberg und Bayern?

➔ Auf Druck der baden-württembergischen und bayerischen Gesundheitsminister hat sich bis zum Redaktionsschluss dieser NEUROTRANSMITTER-Ausgabe zunächst die KV Baden-Württemberg mit den baden-württembergischen Krankenkassen auf eine 5%-Honorar-Verlustbegrenzung für das Quartal I/2009 geeinigt. Die KV Bayerns möchte eine ähnliche Regelung einführen. In den beiden Süd-KVen waren die erwarteten RLV-Verluste im Vergleich zum Vorjahresquartal besonders gravierend und betrogen in Fachgruppen ohne wesentliche Abrechnungsmöglichkeiten bei den freien Leistungen (z. B. Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, fachärztliche Internisten) über 30% bei einem Drittel der Praxen. Massive Proteste vieler Kollegen führten zum Einlenken der KVen, nachdem der erweiterte Bewertungsausschuss in Berlin einen entsprechenden Beschluss gefasst hatte. Stufenweise sollen – verteilt auf einen Zeitraum von zwei Jahren – die „Verliererpraxen“ auf die endgültig niedrigen Fallwerte abgesenkt werden, die ursprünglich bereits für das Quartal I/2009 vorgesehen waren. Weil es nicht mehr Geld gibt, wird dies von den „Gewinnern“ der Honorarreform finanziert.

Kommentar: Die Honorarverteilung war intransparent, die hohen, unbudgetierten Vorwegabzüge zu hoch prognostiziert und

die Fachgruppenverteilung auf die freien Leistungen ungerecht. Die jetzt geplante Konvergenzlösung (in der Presse war zu lesen: „Kein Arzt verliert mehr als 5%“) ist zwar aktuell angebracht, im Grunde jedoch eine Mogelpackung. Sie ist als Tranquilizer gedacht. 5% Umsatzminderung bedeuten jedenfalls 10% Gewinneinbruch im ersten Quartal 2009 und gestreckt auf acht Quartale eben doch ganz erhebliche Gesamtverluste für die „Verliererpraxen“. Die jetzt eingeschlagene Honorarverteilungssystematik wird von der Konvergenzregelung nicht außer Kraft gesetzt. Unsere Kollegen müssen also KVen, Krankenkassen, Patienten, Öffentlichkeit und Politik weiterhin darauf aufmerksam machen, dass mit den geplanten Fallwerten eine zweckmäßige und ausreichende psychiatrische und neurologische Versorgung nicht zu leisten ist. Unsere Protestmaßnahmen (z. B. verzögerte Beantwortung von Krankenkassenanfragen, Protestaktionen mit Praxisschließung) müssen wir fortsetzen. Behandlungsintensität und -qualität müssen wir dem Honorar anpassen. Der auszuzahlende Fallwert ist allerdings in der Regel bereits nach einem einzigen Untersuchungs- und Behandlungstermin pro Quartal ausgeschöpft. Letztendlich wird dies auch zu wesentlich höheren Einweisungsraten in neurologische und psychiatrische Kliniken führen.

Anzeige



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte



BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

Es reicht!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nicht etwa die fünfte Jahreszeit hat uns in Köln zur außerordentlichen Mitgliederversammlung zusammengebracht. Es ist die Tatsache, dass der EBM 2009, der ganz besonders für die Fachgruppe der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater von großen und auch berechtigten Erwartungen und Hoffnungen begleitet war, sich nun zunehmend nicht nur als Mogelpackung, sondern für viele Praxen zu einem Desaster zu entwickeln droht, und zwar aufgrund der leistungsfeindlichen RLV. Dabei ist sowohl die Höhe der RLV in den meisten Ländern eine Katastrophe wie auch deren nivellierender Effekt. Wer schon immer viele Patienten – ohne viele Leistungen zu erbringen – gesehen hat, profitiert, wer sich einsetzt für seine Patienten ist der Dumme.

Anders in der psychotherapeutischen Versorgung: 50 Minuten Psychotherapie werden in Zukunft für alle Ärzte mit rund 82 EUR vergütet. Das sind rund 1.000 EUR pro Quartal bei einer Psychotherapiesitzung pro Woche. Als Fachgruppe, die zumindest teilweise „Psychotherapeut“ als Berufsbezeichnung im Facharztstitel trägt, werden wir sicher keinen Feldzug gegen eine adäquate Vergütung psychotherapeutischer Leistungen führen. Aber auch psychiatrische Therapie ist immer schon Psychotherapie gewesen. Was denn sonst? Für psychotisch dekompensierte oder tief depressive Patienten bekommen Sie aber ebenso wie für den Patienten mit akutem MS-Schub, den Sie ebenfalls einmal wöchentlich im Quartal in der Praxis sehen, zum Beispiel in Westfalen Lippe als Nervenarzt 43,99 EUR, in Nordrhein 48 EUR. Das ist „Zwei-Klassen-Medizin“! Kostenstruktur und Patientenzahlen sind ebenso wie die Tatsache, dass Patienten mit einem breiten Spektrum an Erkrankungen behandelt werden, struk-

turelle Ähnlichkeiten zwischen hausärztlichen und neurologisch/psychiatrischen Praxen. In hausärztlichen Praxen wird eine Pauschale von 85 EUR in allen Verhandlungen als Mindestumsatz zugrunde gelegt. Auch neurologisch/psychiatrische Versorgung ist unterhalb einer Pauschale von rund 85 EUR (plus gegebenenfalls erforderliche technische Leistungen) nicht darstellbar. Hier enden dann wohl auch derzeit die Gemeinsamkeiten. Jedenfalls sind wir nicht solidarisch mit Methoden, die Herrn Hoppenthaler als Vorsitzenden des bayerischen Hausarztverbandes derzeit Medienaufmerksamkeit bescheren.

Warum kommt das Geld nicht in unseren Praxen an?

Ein Ende der „Muschelwährung“ hat uns die Politik versprochen, eine morbiditätsorientierte Vergütung, das Ende der Budgetierung und eine leistungsgerechte Vergütung. 2,6 Mrd. EUR sollen zusätzlich in das System fließen. Wir fragen uns alle, wo dieses Geld ankommt und wer von diesen zusätzlichen Geldern profitiert.

Es erscheint höchst zweifelhaft, dass die avisierte Summe der Ärzteschaft wirklich in dieser Höhe zur Verfügung gestellt wird. Der für 2009 beschlossene Beitragssatz von 15,5% dürfte kaum ausreichen, diese Forderungen zu erfüllen. Welche Beliebigkeit ein von der Politik festgesetzter Beitragssatz für die GKV hat, wird in den Notmaßnahmen zur Behebung der derzeitigen Finanzkrise deutlich. Schon wurde der Beitragssatz gesenkt auf 14,9%. Bleibt zu hoffen, dass die Politik die Differenz auch in voller Höhe aus Steuermitteln gegenfinanziert.

Große Erwartungen wurden geschürt, umso größer sind aktuell Enttäuschung, Wut und Verärgerung, vor allem in denjenigen Bun-



Foto: Archiv

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

desländern, in denen vom versprochenen Geldsegen so gut wie nichts ankommt.

Und schon beginnt die Suche nach dem „Schwarzen Peter“. Ein Spiel, wie die „Reise nach Jerusalem“. Die Länder-KVen zeigen nach Berlin und werden nicht müde darzulegen, dass die KBV schlecht verhandelt hat. Diese wiederum verweist auf die Länder und lässt wissen, dass die Länder-KVen die Beschlüsse nicht adäquat umsetzen. Und die Politik? Frau Schmidt reist durch die Republik, preist ihre guten Taten und den Geldsegen, den sie auf die Ärzte herabregnen lässt und begegnet jeglichem Protest mit Unverständnis und Vorwurf in Richtung der KVen Nicht anders die Landespolitik, die in jedem Bundesland nicht nur zufriedene Bürger, sondern auch zufriedene Wähler und eine möglichst gute Gesundheitsversorgung wünscht.

Nichts könnte der Bundesgesundheitsministerin besser ins Konzept passen, als die nicht nur von den Ärzten, sondern öffentlich und politisch betriebene Demontage der ärztlichen Selbstverwaltung. Empörend ist fraglos der jüngste Vorstoß der Kassen im erweiterten Bewertungsausschuss: Die Vertreter der KBV hatten konsequenterweise die letzte Sitzung in Berlin am 22.1. unter Protest verlassen. Hintergrund war eine Forderung der Kassen, nach der die Honorarsumme

bundesweit (!) bereinigt werden soll, wenn einzelne Kassen Selektivverträge abschließen. Dies hätte eine weitere Absenkung der RLV auch für diejenigen zur Folge, die gar nicht von einem derartigen Selektivvertrag profitieren. Zunehmend zeigt sich nun auch öffentlich wahrnehmbar das wahre Gesicht dieser Gesundheitsreform.

Wo bleibt die betriebswirtschaftliche Kalkulation?

Wieso werden innerhalb der GKV und in der Honorarvergütung betriebswirtschaftliche Grundsätze in einer derartigen Leichtfertigkeit und Verantwortungslosigkeit auf den Kopf gestellt? Wie kann es sein, dass eine Gebührenordnung betriebswirtschaftlich kalkuliert wird, mit betriebswirtschaftlichen Zahlen zur Kostenstruktur unterlegt und mit einem kalkulatorischen Arztlohn, wenn bei einem bundesweiten Orientierungspunktwert von 3,5 Cent nur 70 % dieser betriebswirtschaftlich kalkulierten EBM-Ziffern überhaupt ausgezahlt werden und wenn Regelleistungsvolumina als Arztgruppen-spezifische Fallwerte zu einer weiteren Begrenzung dieser 70 %-igen Vergütung führen?

De facto steht neurologischen und psychiatrischen Praxen und vor allem den dort versorgten Patienten zwar eine Euro-Gebührenordnung in Form des EBM 2009 zur Verfügung, aber in der Auszahlung – und darauf kommt es an – eben nur rund die Hälfte dessen, was erforderlich wäre. Wie soll mit einer solchen Vergütung eine mittels Qualitätsmanagement und Zertifizierung qualitativ gesicherte leitlinienorientierte neurologische und psychiatrische Versorgung sichergestellt werden? Gefäßdiagnostik, elektrophysiologische Diagnostik, Liquordiagnostik, stationärs ersetzende Schubtherapien, engmaschige gesprächs- und sozialpsychiatrische Versorgung, all das wird zur Illusion unter den gegenwärtigen Honorierungsbedingungen. Kein Unternehmer wäre unter diesen Umständen bereit, auch nur eine einzige Leistung zu erbringen. Kein Bäcker würde seinen Backofen auch nur vorheizen, wenn klar wäre, dass für die Brötchen maximal 50 % der erforderlichen Entlohnung bezahlt werden.

Gewinner? Verlierer!

Ich kann verstehen, dass von vielen KV-Funktionären immer wieder gern angeführt wird, dass es auch „Gewinner“ dieser Honorarreform gibt. Häufiges Argument: Wenn es 50 %

Verlierer gibt, muss es auch 50 % Gewinner geben. Dies ist richtig und trotzdem eine Milchmädchenrechnung. Kurzfristige Sieger vielleicht, aber keine Gewinner. Warum ist das so? Wenn ein Nervenarzt in Zukunft einen Fallwert von 48 EUR hat, dann wird er zu den Gewinnern gerechnet, wenn er zuvor einen Falldurchschnitt von 44 EUR hatte. Rechnerisch ist er jetzt Gewinner, wenn es ihm gelingt, sein Versorgungsverhalten zu verändern und das RLV überhaupt zu erreichen, denn RLV-Bescheide sind keine Honorarbescheide. Der Verlierer dagegen hat in jedem Fall die Verluste. Aber machen wir uns nichts vor: Auch mit einem Fallwert von 48 EUR ist eine ordentliche und leitliniengerechte neurologische und psychiatrische Versorgung nicht zu leisten. Es entbehrt daher nicht eines gewissen Zynismus, hier von Gewinnern der Honorarreform sprechen zu wollen! Um es noch einmal zu verdeutlichen: Die Illusion eines betriebswirtschaftlich kalkulierten EBM und die Tatsache, dass nur Bruchteile dieser Leistungsziffern ausgezahlt werden: Das ist die eigentliche Honorarlüge!

Erkennbares Profil der KV erforderlich

Dies ist auch die Klippe, die für die innerärztliche Solidarität und damit auch für die ärztliche Selbstverwaltung eine der größten Herausforderungen darstellt. Starke Argumente für das KV-Systems sind unter anderem die Flächendeckung in der Sicherstellung und die Garantie für eine qualitätsgesicherte flächendeckende Versorgung im Kollektivvertrag. Doch der Kollektivvertrag wurde eben auch vom KV-System selbst entwertet. Jetzt entwickelt sich genau an dieser Stelle eine gefährliche Eigendynamik. Eine Entwicklung, wie Sie sie aus der Schulpolitik kennen: Das ursprünglich dreigliedrige Schulsystem wurde derart umgebaut und verändert, dass vielerorts die Hauptschule abgeschafft werden soll, da sie derart sträflich vernachlässigt wurde, dass sie niemand mehr besuchen will. Sie ist zur Schmutzecke verkommen. Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich im kollektivvertraglichen System. Längst haben große und starke Fachgruppen innerhalb des KV-Systems ihre Existenz in Struktur- und Sonderverträgen abgesichert, sei es das ambulante Operieren, sei es die Richtlinienpsychotherapie, Schmerztherapie, Präventionsleistungen und vieles andere mehr. Wer keine Sonderverträge hat, sondern auf die Versorgung im noch verbliebenen originären Kollektivvertrag angewiesen ist,

ist „der Dumme“ im System und lebt von den Krümeln, die ihm das System übrig lässt.

Das KV-System hat im letzten Jahr immer wieder die Solidarität der Ärzteschaft eingefordert. Doch dies kann keine Einbahnstraße sein. Ich bin gerne solidarisch mit der ärztlichen Selbstverwaltung und dem KV-System, wenn das KV-System solidarisch mit mir ist. Das bedeutet aber, dass wir nicht von Krümeln leben müssen, die uns übrig bleiben nach Bedienung aller Sonder- und Selektivverträge innerhalb der KV. Der Kuchen muss gleichmäßig und gerecht, transparent und nachvollziehbar verteilt werden. Andererseits: Wenn die kollektivvertragliche Versorgung ein Auslaufmodell ist und die Versorgung künftig in Selektivverträgen wie nach § 73 c-Verträgen erfolgt, ist das auch kein Problem: Wir haben Ideen und Modelle dazu. Dann müssen diese Verträge jetzt aber auch schnellstmöglich umgesetzt und verhandelt werden. Auch darüber wird zu sprechen sein.

Mehrklassenmedizin

Im jetzigen Kollektivvertrag ist die Zwei- und Drei-Klassenmedizin längst Wirklichkeit geworden. Unsere neurologischen und psychiatrischen Patienten wie auch ihre behandelnden Ärzte reisen schon lange in der Holzklasse: Jetzt fliegt auch noch das Dach weg und die Beteiligten stehen im Regen. Wir werden diese Entwicklung nicht nur in Bayern und Baden-Württemberg, sondern in allen Bundesländern nicht länger hinnehmen. Wir werden unaufhörlich und mit einer Vielzahl von Maßnahmen auf die katastrophale Entwicklung in der neurologischen und psychiatrischen Versorgung aufmerksam machen. Und unsere Kolleginnen und Kollegen im Verband sind solidarisch, sie haben schon in vielen Regionen die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf sich gelenkt.

Nachfolgend die Ergebnisse unserer FAX-Umfrage zur wirtschaftlichen Situation der Kollegen (Rücklaufquote circa 29 %). Die meisten Rückantworten kamen aus den Landesverbänden Bayern (23,25 %), Baden-Württemberg (13,58 %) und Nordrhein (11,02 %). Bei den wirtschaftlichen Aussichten der Praxis, befürchteten 48,56 % einen massiven Gewinneinbruch, 28,90 % eine Personalreduktion, 7,85 % Insolvenz und 14,70 % kaum/keine Konsequenzen für 2009. Sicher streiken würden 442 Mitglieder, unentschlossen 165, 132 Mitglieder sind gegen einen Streik. 55,56 %

befürworten die Einführung eines Kostenerstattungssystems, 27,22% sind unentschlossen, 17,22% wollen es nicht.

Wir kämpfen daher für:

- eine Leistungsgerechte Vergütung in Neurologie und Psychiatrie
- eine Vergütung von Gesprächen in Neurologie und Psychiatrie außerhalb von Pauschalen
- eine Anhebung der RLV mit Ausgliederung von Gesprächen und technischen Leistungskomplexen wie Gefäßdiagnostik und Elektrophysiologie
- die Vergütung unserer Gesprächsleistungen mit gleichem Steigerungsfaktor wie bei der RL Psychotherapie
- ein Ende des Hamsterrades: Die Patientenzahlen in den Praxen müssen sinken und nicht steigen. Ziel ist eine patientenorientierte und an den Leitlinien orientierte qualitätsgesicherte Versorgung und keine „Fünf-Minuten-Medizin“.

Die Gesundheitspolitik zeigt längst unvorhersehbar: Sie will die ambulante vertragsärztliche Versorgung schwächen und abschaffen. Fachärzte an das Krankenhaus!

In diesem Wahljahr müssen wir Flagge zeigen und diejenigen hart ins Kreuzfeuer nehmen, die für diese Politik verantwortlich sind: jede Abgeordnete und jeden Abgeordneten, der in den Bundestag wiedergewählt werden will. Gehen Sie mit uns in die Wahlkreise und Bürgersprechstunden und lassen Sie nicht locker: Versorgung der Patienten ist im eigenen Wahlkreis immer ein starkes Thema!

Ihr



Auszüge aus dem Impulsvortrag im Rahmen der außerordentlichen Mitgliederversammlung von BVDN, BDN und BVDP am 24.1.2009 in Köln.

Außerordentliche Mitgliederversammlung von BVDN, BDN und BVDP

Solidarisch kämpfen, um die Existenz zu sichern

Enttäuschung, Empörung und Sorgen um die wirtschaftliche Zukunft hatten zahlreiche Fachärzte bewogen, an der außerordentlichen Mitgliederversammlung der Berufsverbände am 24. Januar 2009 in Köln teilzunehmen. Der Sitzungssaal war bis auf den letzten Platz gefüllt. So mancher Teilnehmer hatte eine lange Anreise hingebracht, um an der Positionierung der Verbände in der Auseinandersetzung über die künftige Honorarentwicklung teilzuhaben.

Mit anhaltendem Beifall wurde der „Bericht zur Lage“ des Vorsitzenden des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN), Dr. Frank Bergmann, aufgenommen (vgl. Editorial, Auszüge aus dem Impulsvortrag, S. 33 ff.). Besondere Aufmerksamkeit fand anschließend das Referat des SPD-MdB Eike Hovermann, der als Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages und Sprecher der Arbeitsgemeinschaft „Zukunft des Gesundheitswesens“ mit den Tücken der Honorarreform vertraut sein sollte. Der Referent war insofern in einer komfortablen Situation als er darauf verweisen konnte, im Bundestag als einer der wenigen Abgeordneten der großen Koalition gegen die letzte Gesundheitsreform gestimmt zu haben. Bei der Einschätzung der aktuellen Honorarmisere räumte Hovermann ein, dass die Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung gefährdet sein. Er wies darauf hin, dass die Finanzierungsprobleme in der ambulanten Versorgung zu Mehrkosten in anderen Versorgungsbereichen und zu erheblichen Folgekosten führen könnten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erodierten derzeit zu Facharzt-KVen. Hovermann dämpfte die Erwartungen der Fachärzte auf eine kurzfristige und durchgreifende Änderung der Honorarreform mit dem Hinweis, dass es in dieser Legislaturperiode wohl kaum noch eine politische Mehr-

heit für ein neues Gesetz geben werde. Nach der nächsten Bundestagswahl werde es unter den dann obwaltenden politischen Mehrheiten eine Diskussion über das GKV-Versorgungssystem (Stichworte: Rationierung, Regelung zu einer Grundversorgung) geben müssen.

Wo ist das Geld geblieben?

Diese Frage, die allen Fachärzten auf den Nägeln brennt, stand im Vordergrund der Referate des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, und des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der KV Nordrhein, Dr. Dr. Klaus Enderer. In den Referaten wurde deutlich, dass die Honorarreform die Fachärzte besonders hart trifft und zwar insbesondere diejenigen Fachgruppen, bei denen ein großer Teil der vertragsärztlichen Leistungen vom Regelleistungsvolumen (RLV) umfasst wird. Bei der KV Nordrhein beispielsweise werden 61,6% der Fachärzte zu den „Verlierern“ gerechnet, während die Hausärzte mit einem Anteil von 48% offensichtlich besser wegkommen.

Am unteren Ende der Skala

Offenkundig wurde, dass die Honorarreform insbesondere für die Fachärzte eine „Mogelpackung“ darstellt. Entgegen den Verlautbarungen der Politik kann von einer deutlichen Erhöhung



Fotos: Albert Zacher

Ein voller Sitzungssaal und lebhaftes Debatten bei der Mitgliederversammlung.

der Vergütungen im Jahre 2009 nicht die Rede sein. Die in den Simulationsrechnungen der KBV genannten Zahlen beziehen sich auf die Veränderung der Gesamtvergütung gegenüber dem Jahr 2007. Danach steigt die Gesamtvergütung im Bundesdurchschnitt um +11,0%, in den neuen Bundesländern um +19,7% beziehungsweise in den alten Bundesländern um +8,3%. Zieht man das Ausgabenwachstum im vergangenen Jahr ab, ergeben sich deutlich niedrigere Zuwachsraten für das Jahr 2009.

Für die Gruppe der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sind die negativen Auswirkungen der Honorarreform völlig unzumutbar, weil sie schon mit unterdurchschnittlichen Umsätzen und Erträgen in die Honorarreform starten mussten. Nach den vom GKV-Spitzenverband veröffentlichten Zahlen bilden die Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie seit Jahren und mit steigender Tendenz das Schlusslicht in der Einkommensskala aller Fachgruppen.

Bei der Ursachenanalyse wiesen die Referenten darauf hin, dass die Vertragsärzte bei der Einschätzung der künftigen Umsatz- und Ertragsentwicklung neben den Vergütungen aus dem RLV auch die Umsätze aus den „freien Leistungen“ berücksichtigen müssen, die außerhalb des RLV mit einer Euro-Vergütung bezahlt und die in der regionalen Euro-Gebührenordnung auf der Grundlage der

Punktzahlen des EBM mit einem Punktwert von 3,5001 Cent ohne Mengenbegrenzung vergütet werden. Das zentrale Problem zum Start der Honorarreform: Die KVen bilden Rückstellungen zur Finanzierung der Leistungen im Fremdkassenausgleich, zur Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen, Praxisbesonderheiten, qualitätsgebundenen Leistungen, abgestaffelten Leistungen und Leistungen außerhalb der RLV.

Ausgebeutet durch Rückstellungen

Die Rückstellungen liegen bei den KVen zwischen 30% und 53% der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Bei der KV Nordrhein zum Beispiel werden nur 56% der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Krankenkassen über die RLV unter den Vertragsärzten verteilt. Das gravierende Problem der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater: Diese Gruppen müssen den Aderlass durch die Rückstellungen der KVen hinnehmen, partizipieren aber weniger als andere Fachgruppen an der Verteilung dieser Vergütungsanteile. Zu den „Gewinnern“ dürfen sich Fachgruppen zählen, die feste Punktwerte aus dem Vorwegabzug ohne Mengenbegrenzung erhalten, weil für sie kein RLV festgelegt wurde.

Schmerzhafte Umsatzeinbrüche in einigen KVen sind mit der Nivellierung der Vergütungen auf einen Bundesdurchschnitt verbunden. Von dem aktuellen



Auch Eike Hovermann, MdB, sieht die Sicherstellung der ambulanten Versorgung gefährdet.



Weitere Planungen müssen besprochen werden: Dr. Uwe Meier, Dr. Gunther Carl und Dr. Frank Bergmann bei der Vorbereitung der Mitgliederversammlung (v. links).

bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert profitieren nur die Vertragsärzte, die bislang mit einem niedrigeren Punktwert leben mussten (insbesondere in den neuen Bundesländern). Verluste drohen den Vertragsärzten in den KVen die in der Vergangenheit höhere Punktwerte erreicht haben, dort allerdings immer um den Preis einer restriktiven Mengensteuerung, etwa durch Individualbudgets (KV Nordrhein und andere).

Im Hinblick auf die Sorgen der Fachärzte verwiesen beide Referenten auf die erst kürzlich vereinbarte Konvergenzphase, die überproportionale Honorar-

verluste verhindern soll. Die KVen rechnen hier intensiv, wobei einschränkend gesehen werden muss, dass die Finanzierung notwendiger Ausgleichszahlungen aus der Gesamtvergütung bestritten werden muss. Die Krankenkassen sind nicht bereit, einen Beitrag zur Bewältigung der Finanzierungskrise bei betroffenen Vertragsärzten zu leisten. Die KVen in Bayern und Baden-Württemberg haben bereits signalisiert, dass sie Ausgleichszahlungen vorbereiten, sofern ein Vertragsarzt einen Umsatzverlust von mehr als 5% hinnehmen muss. Im Gegenzug müssen Vertragsärzte mit einem deut-

lichen Umsatzplus mit einer Kürzung ihres Vergütungsanspruchs rechnen.

Köhler kündigte an, dass er mit allem Nachdruck die psychiatrischen Gesprächsleistungen als „freie Leistungen“ in die anstehenden Verhandlungen einbringen werde. Er räumte allerdings ein, dass sich bisher andere Facharztgruppen im Bewertungsausschuss dagegengestellt hätten und ging abschließend auf die Ausstiegstendenzen bei den Hausärzten und verschiedenen fachärztlichen Gruppen ein. Er warnte vor dem Kollektivausstieg und plädierte mit Nachdruck für den Erhalt des Kollektivvertragssystems



Das Podium: Dr. Frank Bergmann, Dr. Dr. Klaus Enderer, KV-Nordrhein, KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Köhler und Eike Hovermann (v. links).



Dr. Dr. Klaus Enderer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein

als „Basis“ der wirtschaftlichen Existenz. Selektivverträge sollten zusätzlich für bestimmte Indikationsbereiche abgeschlossen werden. Die „Vertragswerkstatt“ erarbeite hier gerade sehr aussichtsreiche Verträge. Köhler ist der Auffassung, dass der Ausstieg aus dem KV-System sehr risikobehaftet ist. Sowohl das Kostenerstattungssystem als auch Einzelverträge bieten nach seinen Worten nur eine instabile wirtschaftliche Grundlage, unter anderem weil mit dem Ablauf eines Selektivvertrags nicht garantiert sei, dass er festgesetzt werde.

Was tun?

In der Mitgliederversammlung wurde deutlich, dass die Sorgen der teilnehmenden Fachärzte vor einem wirtschaftlichen Absturz ihrer Unternehmen nicht ausgeräumt werden konnten. Einhellig bestand die Meinung, dass kein Weg daran vorbei führt, auf allen Ebenen solidarisch für die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz der Facharztpraxen zu kämpfen. Die Ergebnisse der Umfrage des BVDN (vgl. Editorial Dr. Frank Bergmann, S. 33 ff.) zeigen die hohe Bereitschaft zu einem gemeinsamen Handeln.

Zum weiteren Vorgehen ist es wichtig, dass der einzelne Arzt die Möglichkeiten voll ausschöpft, die sich KV-spezifisch aus den Regelungen zur Konvergenzphase ergeben (z. B. Härtefallregelungen, Antrag auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten). Mit der Information über die wirtschaftlichen Probleme sollen die Patienten aufgeklärt und als Partner in den künftigen Auseinandersetzungen gewonnen werden. Jeder Facharzt ist aufgerufen, im Dialog mit den

örtlichen Politikern auf die Folgen einer gescheiterten Honorarreform hinzuweisen.

Bei dem Angebot von vertragsärztlichen Leistungen als Selbstzahlerleistung soll in den Praxen ein rechtssicheres Verfahren gewählt werden. Hier hatte der Justitiar des BVDN, Rechtsanwalt Dr. Ingo Pflugmacher, in einem Impulsreferat zu den rechtlichen Anforderungen an die Behandlung eines GKV-Patienten als Selbstzahler Stellung genommen (siehe Kasten unten).

Die Berufsverbände sind parallel auf allen Ebenen tätig, insbesondere bei der KBV, den KVen und den Krankenkassen die wirtschaftlichen Probleme der Nervenärzte und Psychiater in das Bewusstsein zu rücken und für die Bereitschaft zu werben, die erforderlichen Korrekturen möglichst ab 1. April 2009 durchzusetzen. Dazu gehören in erster Linie die Anhebung der RLV und die Überführung der Gesprächsleistungen und bestimmter Leistungskomplexe in den Bereich der „freien“ Leistungen mit einem festen Punktwert ohne Mengengrenzung. **red**

Anforderungen an die Behandlung eines GKV-Versicherten als Selbstzahler

§ 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä (gleichlautend EKV-Ä) schreibt vor, dass ein Vertragsarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur dann fordern darf, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt hat, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt. Der Patient muss ausdrücklich verlangen, auf eigene Kosten behandelt zu werden! Dieser Wunsch des Patienten muss unbeeinflusst entstehen, der Arzt darf ihn keinesfalls zu einer solchen Entscheidung drängen.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist der Vertragsarzt verpflichtet, notwendige Behandlungen unabhängig von der Honorierung im Einzelfall durchzuführen.

Ruinöse Fallwerte bei Fachärzten

Protestieren und handeln wir geschlossen im Wahljahr 2009!

Bayern, ja ganz Deutschland versinkt seit Anfang Dezember im RLV-Chaos des Gesundheitsfonds 2009. In Bayern begann alles zunächst Anfang Dezember mit der Veröffentlichung vorläufiger RLV-Fallwerte für 1/2009. Quer durch alle Fachgruppen zeigten sich erdrutschartige Verluste. Entsprechend mutierte die eigentlich als EBM 2009-Fortbildung angekündigte BVDN-Veranstaltung in München zu einer berufspolitischen Diskussion. Konfrontiert mit angekündigten Fallwerten von circa 47 EUR für Neurologen und Nervenärzte, beziehungsweise circa 57 EUR für Psychiater (mit weniger als 30 % Psychotherapie) waren alle zutiefst betroffen und aufgebracht. Im Plenum von geschätzten 150 Teilnehmern gab es kaum einen, der sich nicht existenziell bedroht fühlte. Bei einer unverbindlichen Abstimmung unter den Anwesenden bezüglich der Bereitschaft zu Protestmaßnahmen bis hin zu Praxisschließungen im Rahmen organisierter Streikmaßnahmen, stellte Dr. Gunther Carl eine bisher nie da gewesene Zustimmung von über 90 % fest. Diese scheinbare Einigkeit und die Hoffnung auf bestimmte freie Leistungen (probatorische Sitzungen, Duplexsonografie) gaben mir in dieser meiner ersten persönlichen Panikphase etwas Trost.

Reform! Welche Reform?

Drei Tage später hatten wir dann die ersten Fakten auf dem Tisch: die erhofften freien Leistungen komplett gestrichen und laut KVB zunächst auch keine Besserung der Fallwerte. Wenige Tage danach dann doch die Nachricht, dass für unsere Fachgruppe deutlich nachgebessert wurde, das heißt circa 53–55 EUR für Neurologen beziehungsweise Nervenärzte und knapp 61 EUR für die Psychiater. Als ich meinen persönlichen RLV-Bescheid öffnete, erappte ich mich selbst dabei, wie ich fast erleichtert darüber war, dass ich „nur“ einen Umsatzrückgang von circa 20.000 EUR anstelle der befürchteten 40.000–50.000 EUR zu erwarten hatte. Durch einen geschickten Schachzug hatte es die KV wieder einmal geschafft, dass man sich über einen erneuten Umsatzverlust fast freut, quasi wie ein unschuldig zum Tode Verurteilter, der nun doch „nur lebenslänglich“ erhält.

Mehr noch, diese Taktik führt nun letztlich dazu, dass es unter uns sowohl „Gewinner“ (ich nenne sie mal lieber vermeintliche Gewinner), als auch Verlierer gibt. Weiterhin sind speziell die psychiatrischen Praxen ohne hohen PT-Anteil und die Neurologen mit hohem Geräteaufwand (vor allem Duplexsonografie)

von zum Teil existenziellen Umsatzeinbußen bedroht. Im Austausch mit Kollegen in den facharzt.de-Foren, besonders in der dort von Kollegen Peter Teuschel (mit immensem persönlichen Aufwand) gegründeten Gruppe „PsychoNeuro Bayern“ wurde mir rasch klar, dass diese „Reform“ von uns so nicht hingenommen werden kann.

Schwerkranke als lukrative Kunden

Mein persönliches Erwachen hatte ich aber schließlich, als ich auf den von Prof. Dr. Lauterbach bereits am 7.11.2008 gehaltenen Vortrag zur integrierten Versorgung (Gesundheitspolitische Perspektiven für neue Versorgungsformen, 4. Hamburger Symposium zur IV; Video öffentlich im Internet zugänglich: <http://www.iv-hh.de/video.php?VideoName=versorgungsformen>) aufmerksam wurde. In einer für einen Politiker ungewöhnlich offenen Art und Weise, kündigte er damals schon an, dass der Gesundheitsfonds die Ärzte, aber auch die Krankenkassen und Krankenhäuser 2009 in ein Chaos stürzen wird. Sie werden „abgelenkt sein“. Die Ärzte werden „mit dem neuen Honorarsystem ringen“, da die Umverteilung durch das neue Honorarsystem von diesen bisher unterschätzt worden sei. Es werde zu einer Umverteilung „klar zu Gunsten der neuen Bundesländer und klar zu Gunsten der Hausärzte im Vergleich zu den Fachärzten“ kommen, die Lauterbach auch als „Megaströme“ bezeichnet. Diese Umverteilung beabsichtigt nach Lauterbach ganz gezielt, dass viele Fachärzte durch den drohenden Ruin ihre Praxen gezwungenermaßen an ein Medizinisches Versorgungszentrum verkaufen (Originalton: „Somit werden die 45-jährigen Ärzte darüber nachdenken, was ist das für eine dumme Situation. Ich hab jetzt die hohen Schulden und kann demnächst nicht mehr so wie heute die



Praxis einigermaßen teuer verkaufen. ... Und das wird im nächsten Jahr auch eine große Rolle spielen, weil auch das also ein Markt ist, der nur einmal verteilt werden kann.“)

Ziel ist es laut Lauterbach eindeutig, dass die medizinische Versorgung auf große Medizinische Versorgungszentren (geführt von Krankenkassen wie bereits in München oder großen Klinikkonzernen) konzentriert wird, die dann zusammen mit den Krankenkassen mit Krankheitsepisoden Gewinn machen, indem sie für einen Schwerkranken aus dem Risikostrukturausgleich eine hohe Deckungspauschale erhalten und gleichzeitig eine kostengünstige Versorgung anbieten. „Dann mache ich mit jeder Krankheitsepisode ... Gewinn.“ schildert Lauterbach die zukünftige Sicht der Krankenkassen. Schwerkranken bezeichnet er als „lukrative Kunden“. Es geht offensichtlich nicht mehr um gute Behandlung oder gar Prävention, denn Gesunde sind nicht attraktiv im zukünftigen System. Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung der Schwerkranken und damit lukrativen Patienten (im Sinne des Morbi-RSA) gemäß §116b nennt Lauterbach einen weiteren „Brandbeschleuniger“ für die integrierte Versorgung, letztlich auch mit dem Ziel der Abschaffung der freien Facharztpraxen. Für die Versorgung der Epilepsiekranken erfolgte diese Öffnung bereits Ende Dezember 2008 (Deutsches Ärzteblatt, Jg 106, Heft 3, 16. Januar 2008, A68).

Es gibt trotzdem immer noch Kollegen unter uns, die glauben, dass das alles übertriebene Panikmache sei und dass die freie Facharztpraxis nie ersetzbar sei. Die erinnern mich sehr an diejenigen, die vor 30 Jahren überzeugt waren, dass Supermärkte nie die individuelle Beratung im Tante-Emma-Laden ersetzen werden können. Und wo kaufen wir alle heute ein? Etwa im Tante-Emma-Laden? Diese Reform 2009 ist also nur der erste größere Schritt mit dem Ziel, uns niedergelassene Fachärzte zu vernichten. Die ersten Praxen werden demnächst schließen oder sich an MVZs verkaufen. Es wird zu einer immensen Zunahme der freien Leistungen anderer Fachgruppen kommen, die so versuchen werden ihre Umsatzeinbußen zu kompensieren. Dies

wird zwangsweise dazu führen, dass die KV die Rückstellungen für die freien Leistungen erhöhen wird, was wiederum ein Sinken der RLV-Fallwerte bedeutet. Den letzten Dolchstoß werden wir dann erhalten, wenn die Bürgerversicherung wirklich kommen sollte, denn dann bricht auch noch die Querfinanzierung durch die Versorgung Privatversicherter weg.

Wir müssen protestieren ...

Bestürzt über diese Bedrohung versuchte ich in den letzten Wochen, Kollegen der Umgebung zu motivieren, Protestaktionen möglichst bald zu unterstützen und gemeinsam zu handeln. Mir war anfangs das Verhalten des BVDN mit den sehr allgemein gehaltenen Aufrufen viel zu passiv, was ich auch in kritischen Briefen an Dr. Gunther Carl zum Ausdruck brachte. Mittlerweile ist mir jedoch zunehmend bewusst geworden, dass dies nur die passive Haltung der Mitglieder des BVDN widerspiegelt. Trotz mehrfacher Aufrufe war selbst der Rücklauf der Faxaktionen bestürzend gering und viele sind offensichtlich nicht (mehr) zu Protestaktionen bereit. Der BVDN kann letztlich aber nur dann handeln, wenn er einen entsprechenden Auftrag seiner Mitglieder hat und diese auch geschlossen hinter sich weiß. Durch die Euro-Gebührenordnung wird uns Ärzten doch nun zum ersten Mal mehrmals täglich, bei praktisch jedem Patientenkontakt, bewusst, dass wir meist schon bei der ersten Untersuchung im Quartal Leistungen kostenlos erbringen. Jeder weitere Patientenkontakt bedeutet dann „ehrenamtliche Tätigkeit“. Das haben wir die letzten Jahre auch schon gemacht, aber vernebelt durch die damals geltende „Punktewährung“ wurde dies uns immer erst beim Lesen der Abrechnung einmal pro Quartal bewusst. Selbst wenn der ein oder andere von uns diesmal wieder einmal mit einem blauen Auge, vielleicht sogar einem kleinen „Gewinn“ davon kommen sollte, der nun so offensichtliche Wahnwitz, der letztlich tagtäglich dazu führt, dass wir kostenlos untersuchen, beraten und behandeln, kann doch nicht weiterhin widerstandslos hingenommen werden. Vor allem können wir nicht tatenlos zu-

sehen, wie die ersten von uns bereits in den Ruin getrieben werden.

Als Reaktion auf die Proteste der Fachärzte (leider meist anderer Fachgruppen) hat der einheitliche Bewertungsausschuss in Berlin nun den KVen mehr Freiheit bei der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zugestanden. Dies bedeutet, dass die „großen Gewinner“ ab Quartal 2/2009 für sieben Quartale an die „großen Verlierer“ abgeben sollen. Könnte das Chaos noch größer sein? Kein Euro kommt hierdurch mehr ins System. Beim Schreiben dieser Zeilen erreicht mich die Nachricht, dass die KV Baden Württemberg am 17. Januar eine Aussetzung des RLV 2009 verkündet haben soll. Auch wenn diese beiden Meldungen letztlich keine Abwendung der Bedrohung bedeuten, so zeigen sie doch, dass entschlossenes Handeln Wirkung zeigen kann.

... und geschlossen aktiv sein!

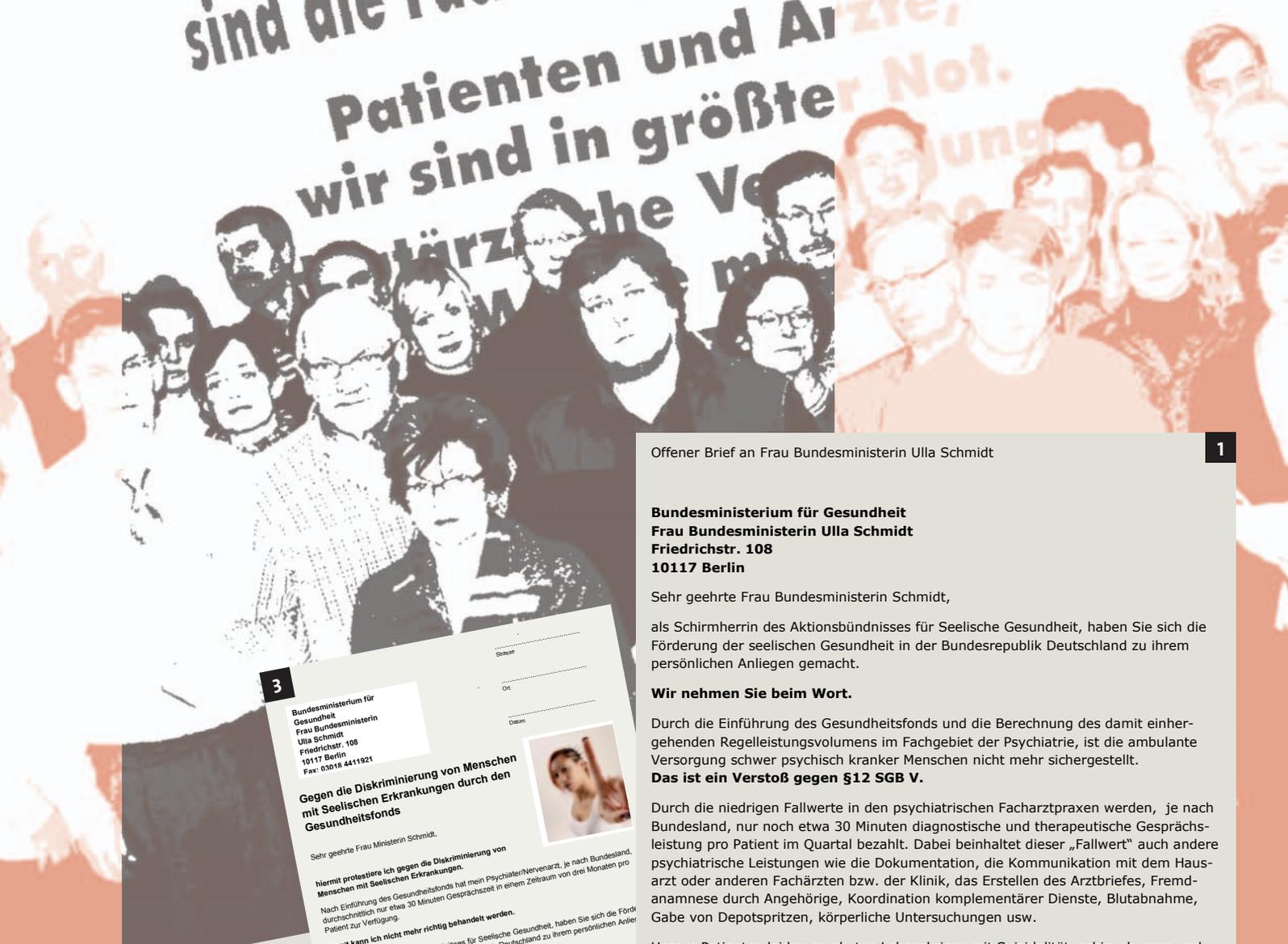
Ich möchte alle Kolleginnen und Kollegen nochmals dringend zur aktiven Mitarbeit, mindestens jedoch zur Unterstützung der geplanten Aktionen unserer Berufsverbände aufrufen. Beteiligen Sie sich auch aktiv an den Diskussionen, klären Sie Ihre Patienten auf über die Situation und halten Sie bitte nicht still! Nach all dem Wahnsinn der letzten Jahre mit Punktwertverfall, Medikamenten- und Heilmittelregressen, Off-Label-Regressen und Plausibilitätszeiten sollte nun durch diese „Reform“ 2009 doch auch beim letzten von uns das Fass der Geduld übergelaufen sein.

Wenn wir jetzt nicht geschlossen zusammenstehen und sich unsere Situation in Zukunft noch weiter verschlechtern, dann sind nicht ein Herr Carl, ein Herr Bergmann oder ein BVDN (oder anderer Berufsverband) schuld an unserer Misere, sondern wir selbst. Der große Aufruhr quer durch alle Fachgruppen, verbunden mit dem Wahljahr 2009, bietet meines Erachtens die historisch einmalige Chance für uns und auch für unsere Patienten eine Verbesserung zu erreichen. □

AUTOR

Dr. med. Christoph Luckas, Trostberg
Neurologe

Durch Politik von Schwarz und Rot sind die Facharztpraxen bald tot!
Patienten und Ärzte, wir sind in größter Not.



1

Offener Brief an Frau Bundesministerin Ulla Schmidt

**Bundesministerium für Gesundheit
 Frau Bundesministerin Ulla Schmidt
 Friedrichstr. 108
 10117 Berlin**

Sehr geehrte Frau Bundesministerin Schmidt,

als Schirmherrin des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit, haben Sie sich die Förderung der seelischen Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland zu ihrem persönlichen Anliegen gemacht.

Wir nehmen Sie beim Wort.

Durch die Einführung des Gesundheitsfonds und die Berechnung des damit einhergehenden Regelleistungsvolumens im Fachgebiet der Psychiatrie, ist die ambulante Versorgung schwer psychisch kranker Menschen nicht mehr sichergestellt.
Das ist ein Verstoß gegen §12 SGB V.

Durch die niedrigen Fallwerte in den psychiatrischen Facharztpraxen werden, je nach Bundesland, nur noch etwa 30 Minuten diagnostische und therapeutische Gesprächsleistung pro Patient im Quartal bezahlt. Dabei beinhaltet dieser „Fallwert“ auch andere psychiatrische Leistungen wie die Dokumentation, die Kommunikation mit dem Hausarzt oder anderen Fachärzten bzw. der Klinik, das Erstellen des Arztbriefes, Fremdanamnese durch Angehörige, Koordination komplementärer Dienste, Blutabnahme, Gabe von Depotspritzen, körperliche Untersuchungen usw.

Unsere Patienten leiden an akuten Lebenskrisen mit Suizidalität, schizophrenen und bipolaren Psychose, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Sucht-, Demenz-Erkrankungen. Sie müssen oft engmaschig und hochfrequent behandelt werden und sind häufig nicht, oder zumindest im akuten Stadium noch nicht, ersatzweise mit der sog. Richtlinienpsychotherapie behandelbar.

Durch die niedrigen Fallwerte wird diesen Menschen die notwendige psychiatrische Versorgung vorenthalten. Sie werden dadurch diskriminiert. Dies verstößt gegen das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz.

Wir fordern Sie dringend auf, hier umgehend korrigierend einzugreifen, um eine adäquate Versorgung schwergradig psychisch kranker Menschen zu ermöglichen.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Name in Druckbuchstaben

Eine Initiative von:
psingolstadt.de
 Psychiatrischer Seelischer Gesundheit Region Ingolstadt e.V.
 Friedrich Ebert Str. 78, 85055 Ingolstadt, Tel. 0841/37053901

3

Bundesministerium für Gesundheit
 Frau Bundesministerin Ulla Schmidt
 Friedrichstr. 108
 10117 Berlin
 Fax: 03018 4411924

Gegen die Diskriminierung von Menschen mit Seelischen Erkrankungen durch den Gesundheitsfonds

Sehr geehrte Frau Ministerin Schmidt,

hiermit protestiere ich gegen die Diskriminierung von Menschen mit Seelischen Erkrankungen.

Nach Einführung des Gesundheitsfonds hat mein Psychiater/Nervenarzt, je nach Bundesland, durchschnittlich nur etwa 30 Minuten Gesprächszeit in einem Zeitraum von drei Monaten pro Patient zur Verfügung.

Damit kann ich nicht mehr richtig behandelt werden.

Als Schirmherrin des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit, haben Sie sich die Förderung der seelischen Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland zu ihrem persönlichen Anliegen gemacht.

Ich nehme Sie beim Wort

Ich bitte Sie darauf einzuwirken, dass mir eine hochwertige, an wissenschaftlichen Standards orientierte Behandlung ermöglicht wird.

Dazu benötigt mein Arzt eine Behandlungszeit, die sich sowohl nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft, als auch nach meinen Bedürfnissen richtet!

Mit freundlichen Grüßen:

Unterschrift: 

Eine Initiative von:

 Psychiatrischer Seelischer Gesundheit Region Ingolstadt e.V.
 Friedrich Ebert Str. 78, 85055

2

GEGEN DIE DISKRIMINIERUNG PSYCHISCH KRANKER!

Liebe Patienten,
 durch die Einführung des Gesundheitsfonds können wir niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte Ihnen nicht mehr die Behandlung zukommen lassen, die Sie benötigen.

Die Politik hält, je nach Bundesland, eine Behandlungszeit von einem Zeitraum von drei Monaten für ausreichend. Dies beinhaltet Gesprächszeit mit Ihnen, sondern auch andere Leistungen wie der Befunde, die Kommunikation mit Ihrem Hausarzt, das Erst- oder Arztberichtes, das Gespräch mit Angehörigen, die Absprache mit oder Klinikärzten, Blutabnahmen, körperliche Untersuchungen usw.

Damit ist eine hochwertige, am wissenschaftlichen Standard orientierte Behandlung, nicht mehr zu leisten.

Wir möchten Sie jedoch gut behandeln. Dafür benötigen wir eine Behandlungszeit, die sich nach den Erfordernissen Ihrer Bedürfnisse richtet.

Unsere Gesundheitsministerin hat sich die verbesserte Versorgung von psychisch kranken Menschen zu ihrem persönlichen Anliegen gemacht:
 Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt (MdB) ist Schirmherrin des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit.
 „In Deutschland hat die Zahl psychischer Krankheiten erheblich zugenommen. Deshalb sieht die Bundesregierung die Förderung der seelischen Gesundheit als eine große gesundheitspolitische Herausforderung an.“
 „Das „Bündnis für Seelische Gesundheit“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, gegen die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen anzugehen. Dazu holt es Vertreter der Betroffenen und der Heilberufe und vieler relevanter Institutionen und Verbände an einen Tisch. Als „Bündnis für Seelische Gesundheit“ habe ich mich dem angeschlossen.“
 Ulla Schmidt, 22.11.2006



10 Regelleistungsvolumina gefährden die Existenz – Berufspolitische Sturmböen toben durch die Bundesländer

18 Abrechnungstipp! Botulinumtoxin-Therapie: Ausnahmslos privat behandeln

21 Telemedizinische Strategien in der Neurologie – Die Zeit ist reif
27 Offenes Forum

Regelleistungsvolumina gefährden die Existenz Berufspolitische Sturmböen toben durch die Bundesländer

Die Zustellung der Höhe ihrer Regelleistungsvolumina hat bei vielen Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern/Psychotherapeuten Verzweiflung, Entsetzen, Angst, Verbitterung und schließlich helle Empörung hervorgerufen. Doch dies führte nicht zu resignierter Lähmung bei den Kollegen, sondern entfachte eine wahre Sturmböe an Aktivitäten.

Gut geführte Praxen, die für die Versorgung in ihrer Region unverzichtbar sind, drohen durch den politisch verordneten Honorareinbruch von bis zu 50% in kürzester Zeit bankrott zu gehen. Überall, vor allem in Bayern und Baden Württemberg fanden sich regionale Gruppen zusammen, die in einer bisher noch nie erlebten Solidarität und politischen Aktivität die Entscheidungsträger in den KVen, bei den Krankenkassen und in der Politik mit wütenden Protestbriefen überzogen, in denen sie klarstellten, dass sie diesmal mit allen Mitteln zu kämpfen bereit seien, um sich der existenzvernichtenden Situation entgegenzustemmen.

Maximal noch zwei Behandlungen auf Krankenschein pro Quartal

Bayerns Nervenärzte und Neurologen planen Protest

ÄRZTEZEITUNG 14.1.2009

Noch nie waren bisher auf so breiter Basis die Patienten, eigentlich ja die geborenen Mitstreiter von uns Fachärzten, mit in die Proteste einbezogen worden. Plakate wurden entwickelt, Informationsblätter verteilt, viele regionale und über-

regionale Tageszeitungen wurden mit Artikeln und Leserbriefen geradezu bombardiert, was dazu führte, dass endlich einmal auch die Situation der ambulanten Psychiatrie und Neurologie von der Presse ernst genommen und in vielen Blättern dargestellt wurde. Auch regionales Radio und Fernsehen nahmen erstmalig Kenntnis davon, dass durch die Handstreichs einiger ideologiefixierter, antifachärztlich eingestellter Gesundheitspolitiker die wohnortnahe Versorgung durch den frei zu wählenden Spezialisten von der Vernichtung bedroht wird. Nun dürfte es sowohl den Patienten wie ihren Angehörigen und auch vielen gesunden

Zu einem zweiten bundesweiten Protest gegen die Auswirkungen des Gesundheitsfonds in der ambulanten psychiatrischen Versorgung ruft Dr. Oliver Biniasch, Praxisverbund Seelische Gesundheit, mit Unterstützung von BVDN, BDN und BVDP auf. Die Kollegen wurden aufgefordert, den „Offenen Brief“ an Ulla Schmidt durch ihre Unterschrift zu unterstützen (1). Die Kollegen hatten zu dieser Aktion ferner ein Plakat vom Berufsverband erhalten, mit dem die Patienten über die Protestaktion „Gegen die Diskriminierung psychisch kranker Menschen“ aufgeklärt werden sollen (2). Der Appell an die Patienten: den entworfenen Protestbrief (3) möglichst zahlreich an die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt zu faxen.

Alltag

Friseurbesuch Ø	€ 30 – 50
Tanken Ø	€ 50

Gesundheit

Ihre Kasse zahlt für Ihren Facharztbesuch bei uns jetzt nur noch

€ 45 – 55

für 3 Monate (Quartal)

egal welche Untersuchungen für Sie notwendig sind und **wie oft** wir Sie sehen aus medizinischen Gründen sehen wollen/müssen..

So lange **wir können**, werden wir versuchen Sie trotz alledem weiter ausreichend zu untersuchen und zu behandeln!

Bitte unterstützen Sie uns, diesen Missstand zu beenden und die ambulante nervenärztliche Versorgung in Ihrer Region weiter zu erhalten.

Für € 45 –55 ist das nicht mehr möglich.

Es geht um **Ihre Gesundheit!**

- Fragen Sie an der Anmeldung nach Abrechnungsalternativen
- Tragen Sie sich zum Protest in die Unterschriftenliste ein
- Schreiben Sie an die politisch Verantwortlichen (siehe Vordrucke)
- Fragen Sie Ihre Krankenkasse nach „Kostenerstattung“

Mit gezielten Patienteninformationen zu den Folgen niedriger Fallwerte wie mit diesem Plakat oder mit Unterschriftenlisten als Petition an Bayerns Staatsminister für Umwelt und Gesundheit, Dr. Markus Söder, machen bayerische Nervenärzte auf ihre miserable Honorarsituation aufmerksam.

Menschen klar geworden sein, was ihnen droht, falls die Pläne dieser Gesundheitspolitiker zur Etablierung einer reinen Staatsmedizin verwirklicht werden.

Wenn diese Ausgabe Mitte Februar erscheint, wird sich die Gesamtsituation vielleicht schon wieder verändert haben, sodass die Berichterstattung veraltet scheinen mag. Wir veröffentlichen jedoch die Aktivitäten der Kolleginnen und Kollegen in aller Ausführlichkeit, weil wir damit dokumentieren wollen, dass Solidarität und Entschiedenheit in unseren Fachgruppen möglich sind. Und wir wollen damit all diejenigen ermutigen auch aktiv zu werden, die sich bisher aus Resignation oder Skepsis politisch zurückgehalten haben. Gleichzeitig können Sie einen Teil der Texte von Patientenaufrufen, Protestschreiben, Zeitungsartikeln und Wartezimmerplakaten als Vorlage für eigene Protestaktionen abrufen (www.bvdn.de, Mitgliederbereich/Sofortaktionen/Presse) sollte sich bis zum Erscheinungszeitpunkt dieser Ausgabe doch noch keine Verbesserung der Situation abgezeichnet haben.

Dass nur in einigen Regionen derart heftige Reaktionen erfolgten, liegt daran, dass es bei den Regelleistungsvolumina auch KVen gibt, in denen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater/Psychotherapeuten Verbesserungen gegenüber den früheren Fallwerten erwarten können. Das mindert nicht die Bedeutung der Protestaktionen, die besonders in Bayern und Baden-Württemberg „basisgeboren“ in bester Kooperation mit den Landesverbandsvorsitzenden ins Leben gerufen wurden. **az**

Die Folgen des EBM 2009 werden für viele neurologisch-psychiatrische Praxen verheerend sein. Daher hatten die Berufsverbände bereits kurz nach dem Jahreswechsel zu einer außerordentlichen Mitgliederversammlung nach Köln aufgerufen. Den Impulsvortrag des Vorsitzenden des BVDN, Dr. Frank Bergmann, und den Bericht zur Mitgliederversammlung lesen Sie ab Seite 33.

Proteste auch in Baden-Württemberg

In Anbetracht der katastrophalen Honorarsituation, in der die Nervenärzte, Neurologen und Psychiater durch die neue Honorarordnung geraten sind, treten die nervenärztlichen Praxen in Ulm, Neu-Ulm, Göppingen, Geislingen, Günzburg, Erbach, Ehingen, partiell Stuttgart, Langenau, Biberach

vom 2. bis 14. Februar 2009

mit der Option der Verlängerung

in den Ausstand!

In dieser Zeit sind die Praxen nicht besetzt.

Der Text für den Anrufbeantworter und für den Aushang (auch zur Weiterleitung an die Zuweiser, bzw. Hausärzte geht Ihnen in der Anlage zu und sollte unbedingt einheitlich gestaltet werden.

Notfallmäßig können die Patienten in dieser Zeit die Institutsambulanz in den jeweiligen Orten kontaktieren.

Die Empörung ist groß. Und so sollen viele nervenärztliche Praxen in Baden-Württemberg für Wochen geschlossen bleiben.

In Baden-Württemberg hat Frau Kollegin Dr. med. Christina Milz, niedergelassene Neurologin in Ulm, aus dem Winterurlaub zurückgekehrt ihr Regelleistungsvolumen vorgefunden und sich sofort mit etwa 100 Kollegen kurzgeschlossen, von denen einige regelrecht verzweifelt waren. Schließlich war man auf breiter Ebene übereingekommen, einen koordinierten Protest durchzuführen, für den die neurologischen, nervenärztlichen und psychiatrischen Praxen für zwei Wochen geschlossen bleiben sollten unter Hinweis auf die Notfallversorgung durch die Institutsambulanz der Ulmer Universitätsklinik (vgl. nebenstehender Brief.). Darüber hinaus wurden Patienteninformationen erstellt, Protestschreiben an Politiker gerichtet, der Schulterchluss mit den führenden Klinikern gesucht und vieles mehr (vgl. auch Auszug aus einem Rundbrief von Dr. Herbert Scheiblich). □

Versorgung von Kassenpatienten gefährdet

SÜDWEST PRESSE ONLINE, 16.1.2009

Rundbrief 01/09 an alle baden-württembergischen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater (Auszug)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
die „Bescherung“ durch die KV Baden-Württemberg mit unseren RLVs war eine Bankrotterklärung dieses staatsmedizinischen (N)Ulla-Systems, gefährdet aber unsere Existenz jetzt aufs heftigste. Wer jetzt nicht kämpft, hat schon verloren. Jetzt gilt es als Nervenärzte, Neurologen und Psychiater solidarisch zusammen zu halten und bei den Protestmaßnahmen **ab sofort mitzumachen**, sonst kostet es uns endgültig unsere Eigenständigkeit.

Folgende Maßnahmen für ihre wirtschaftliche Praxissicherung müssen Sie sofort beantragen:

- **Widerspruch gegen die Höhe des RLV**, zur Fristwahrung, Begründung erfolgt gegebenenfalls später. Achten Sie auf die korrekte Zumessung Ihrer Fallzahl, Ihrer Facharztzulassung und den Gemeinschaftspraxiszuschlag.
- **Antrag auf Härtefallregel** bei erwarteten Umsatzverlusten über 15%
- **Antrag auf Sonderbedarf beziehungsweise Erhöhung des RLV** zum Beispiel für Heimversorgung, Duplexsonogra-

fie, Schwerpunktpraxen für MS, Demenz usw., wenn der bisherige Fallwert 30% über neuem Fallwert lag,
 — Praxisinvestitionen und -kosten einfrieren, dies dokumentieren,
 — beim Finanzamt Antrag auf Reduktion der Einkommenssteuervorauszahlung wegen zu erwartenden Einkommensminderung beantragen,
 — gegebenenfalls Kurzarbeit für das Personal beim Arbeitsamt beantragen (...).
 Wir dürfen nicht mehr durch unsere leider legendäre Gutmütigkeit und Gutgläubigkeit wie bisher Leistungen gratis erbringen und damit wieder die Folgen dieser Fehlentwicklung auf unseren Schultern abfangen. Deshalb sind auch Maßnahmen nötig, die von uns ethische Einschränkungen im Rahmen der Patientenbehandlung erfordern, die aber notwendig sind um die Situation auch für den Patienten letztendlich zum Besten zu wenden, denn alle anderen politischen und ethisch korrekten Anstrengungen sind längstens versucht worden und haben, wie wir alle sehen können, nicht gefruchtet.

Bisweilen ist auch eine bittere Medizin notwendig um heilen zu können.

Folgende Akutmaßnahmen sollten von ALLEN ergriffen werden:

- **Dienst nach Vorschrift gemäß RLV-Bezahlung, also bis zur RLV-Grenze:** nur noch ein- oder maximal zwei Termine pro Quartal, dann auf Kostenerstattungsmöglichkeit hinweisen (Aushang im Wartezimmer, um nicht aktiv anzusprechen, sonst Warteschlange oder zum Kollegen (auch Warteschlange)
- **Keine ambulanten stationersetzenden Leistungen mehr!** Patienten mit Einweisungsschein und zugleich Angebot zur Kostenerstattung zur Kasse schicken! (mobilisiert Patienten und Kassen gleichermaßen!). Die ersten Rückmeldungen zeigen, die Kassen reagieren bereits sehr betroffen.

Mit freundlichen Grüßen, für den Vorstand

Dr. med. Herbert Scheiblich, Altensteig



Mit der neuen Honorarverteilung zeichnen sich Gewinner und Verlierer ab. Die Zukunft vieler niedergelassener Fachärzte steht damit auf der Kippe!



Foto: Bilderbox, Fotolia.com

Abrechnungstipp! Botulinumtoxin- Therapie

Ausnahmslos privat behandeln

Die Abrechnung der fachärztlichen Leistung „Botulinumtoxin-Injektionen“ aus neurologischer Indikation ist für GKV-Patienten nach dem EBM nicht möglich. Deshalb haben der BVDN und der BDN einen Abrechnungsweg nach GOÄ bekannt gegeben. Dieser Weg ist detailliert im internen Bereich der Berufsverbandswebsites abrufbar.

Die neurologische Botulinumtoxin-Therapie (BT) – hier wird ausdrücklich die kosmetische Botulinumtoxin-Behandlung ausgeschlossen – ist in der GKV nicht abgebildet worden, obwohl BVDN und BDN mit der KBV eine entsprechende Position zum EBM 2005 verhandelt hatten. Die gesetzlichen Krankenkassen lehnten eine solche Ziffer ab. Mit der neurologischen Grundpauschale ist keinesfalls die komplexe BT abgegolten, das ist der KBV auch wiederholt eindeutig dargelegt worden. Es gibt zwei Honorarordnungen für die Ärzte, den EBM (gesetzlich Krankenversicherte) und die GOÄ (privat Versicherte), nach denen sie verpflichtet sind abzurechnen. Nach dem Landesrecht dürfen nur in speziell aufgeführten Fällen Behandlungen unabgerechnet bleiben, in allen anderen Fällen verstößt der Arzt gegen das Landesrecht, wenn er dem Patienten keine Rechnung stellt. Wir sind der Meinung, dass ein solcher Fall vorliegt, wenn für die BT bei einem GKV-Patienten nur die neurologische Grundpauschale angesetzt wird. Die Leistung der neurologischen Grundpauschale ist sicher eine Vorbedingung, um eine BT durchführen zu können. Insofern sollte bei einem GKV-Patienten die neurologische Grundpauschale ebenso abgerechnet werden, wie auch die nach dieser Leistung vorgenommene komplexe BT.

Die BT sollte mit der Ziffer 252 der GOÄ abgerechnet werden, die je nach Anzahl der Injektionen multipliziert werden muss. Um Auseinandersetzungen mit Krankenkassen, Patienten oder womöglich mit der KV zu vermeiden, ist dringend zu empfehlen, die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen zu schaffen, bevor dem Patienten eine Rechnung zugestellt wird:

1. Die Abrechnung der BT muss ausnahmslos privat erfolgen, also keinesfalls bei anderen Patienten nach EBM!
2. Der Patient sollte ein Schriftstück unterschreiben, in dem er diese Privatbehandlung ausdrücklich selbst wünscht, selbst die Rechnung erhält und bezahlt, und in dem er sich damit einverstanden erklärt, dass diese Rechnung nicht von der GKV erstattet werden muss.
3. Die Rechnung muss nach den GOÄ-Ziffern und Richtlinien erstellt sein mit je nach Schwierigkeitsgrad (gegebenenfalls mit Begründung) angepassten Steigerungssätzen.

Dieser Abrechnungsvorschlag von BVDN und BDN als Privatliquidation wurde auch bei einer juristischen Beurteilung ausdrücklich geteilt und empfohlen.

Der Rechnungsbetrag wird gewöhnlich zwischen 30 EUR und 60 EUR liegen, je nach Krankheitsfall und -schwere.

Auch wenn in der neurologischen Grundpauschale die i.m.-Injektion als Leistung mit vorgesehen und enthalten ist, so hat dieses nichts mit der komplexen BT zu tun. Die Rezeptierung des Arzneimittels zu Lasten der GKV ist erlaubt, wenn die Anwendung im Zulassungsbereich erfolgt.

Die KV Bayerns hat gegen die hier aufgeführte Art der Abrechnung der BT keine Einwände mehr vorgebracht, nachdem der Sachverhalt ausführlich schriftlich dort vorgetragen wurde. Der BVDN und der BDN empfehlen, nun die Abrechnung der BT in der hier vorgeschlagenen Weise durchzuführen unter Beachtung der dringlichen Hinweise. Natürlich können weder wir noch die Berufsverbände eine Haftung für die hier vorgetragene Handlungsweise übernehmen; BT-bezogene Sozialgerichtsprozesse sind unserer Kenntnis nach nicht anhängig. Berufsverbandsmitglieder können sich von den internen Seiten der Berufsverbands-Homepages (www.bvdn.de, www.neuroscout.de) die vorgeschlagenen Musterformulare herunterladen. □

AUTOR

Dr. med. Gunter Carl
2. Vorsitzender BVDN
Prof. Dr. med. Rolf Friedrich Hagenah
Vorstand BDN



Foto: B. Griewing

Schutzengel für Schlaganfallpatienten: „Stroke Angel“-Technologie im Einsatz des BRK-Rettungsdienstes.

Telemedizinische Strategien in der Neurologie

Die Zeit ist reif

„Telematik anonymisiert die Arzt-Patienten-Beziehung“ rufen Kritiker der Telemedizin. Doch geht es angesichts zunehmender Demenz- und Parkinsonkranker zukünftig noch ohne?

Der demografische Wandel und die diagnostischen sowie therapeutischen Entwicklungen werden in der Zukunft kaum ein anderes medizinisches Fachgebiet so stark beeinflussen wie die Neurologie. Dann sind verschiedene Dinge quantitativ, qualitativ und in der Fläche zu leisten: beispielsweise das sektorenübergreifende Informationsmanagement in der Akutphase des Schlaganfalls, oder die Betreuung zahlreicher chronisch Kranker mit dem Ziel, ihre Kommunikationsfähigkeit und Mobilität bis ins hohe Alter zu erhalten. Man denke hier an Patienten mit Demenz, Parkinson-Syndromen, Epilepsie oder Multipler Sklerose. Doch selbst wenn bald effiziente ambulante und stationäre Netzwerke für diese Patienten entstehen würden, wird bei der schrumpfenden Erwerbsbevölkerung noch weniger medizinisches Personal zur Verfügung stehen.

Die aktuelle, technologische Antwort darauf sind verschiedene Entwicklungen in den Bereichen Telematik, Telemedizin und Telekonsultation. Gerade in deutschen Bundesländern mit geringer Bevölkerungs- und Krankenhausedichte werden telemedizinische Dienste notwendig sein, um eine möglichst wohnortnahe, qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Etliche Fallbeispiele zu diesem innovativen, aber gerade von potenziellen Anwendern skeptisch betrachteten Thema sind in Betätigungsfeldern genau des Neurologen zu finden.

Schlaganfall

Mit rund 80 % ist die zerebrale Ischämie die häufigste Ursache eines Schlaganfalls. Mit der Thrombolyse existiert eine kausale Therapie, die im günstigen Fall eine vollständige Restitution des Patienten erreichen kann, wenn die Behandlung

innerhalb von drei bis viereinhalb Stunden erfolgt. Aktuelle Schätzungen zufolge könnte etwa ein Viertel aller Schlaganfallpatienten rechtzeitig eine Klinik erreichen, doch deutschlandweit erhalten nur etwa 2–3 % diese effektive Therapie. Hauptursache sind kritische präklinische und klinische Zeitverzögerungen in der Akutversorgung.

Die Verbesserung der Schlaganfall-Akutversorgung mittels Telemedizin folgt heute zumeist einem von zwei komplementären Grundansätzen. Die weiter verbreitete Vorgehensweise hat zum Ziel, durch den Transfer von Schlaganfall-Expertenwissen in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung eine bessere klinische Flächenversorgung zu erzielen. Diesen Ansatz verwenden „TEMPiS“ [1], „TESS“ [2] und „STENO“ [3] mit Erfolg. Bereits am Notfallort verursachte Verzögerungen – insbesondere das Nicht-

erkennen von Schlaganfällen – können aber so nicht mehr ausgeglichen werden, sodass weitere Projekte bereits früher, das heißt schon im Rettungswagen ansetzen. Beispiele dafür sind die „Stroke Angel Initiative“ [4] oder „NOAH“ [5], die präklinische Dokumentation und Kommunikation betreiben, also die Klinik mittels telematischer Systeme vorab alarmieren. Gerade dadurch haben sie ihre innerklinischen Prozesse – verbunden mit einer Erhöhung der Lysequote – beschleunigt. „StrokeNet“ in Berlin erprobt unter anderem den Transfer von Expertenwissen an den Notfallort [6]. Das ebenfalls präklinische Projekt „ASTER“ in Sachsen-Anhalt [7] vereint Aspekte des Wissenstransfers und der Verbesserung präklinischer Kommunikation mit einem Decision-Support-System. So können möglichst früh in der Rettungskette optimale Entscheidungen getroffen werden. Die genannten telemedizinischen Beispiele aus dem Bereich Schlaganfall funktionieren im Alltag nur, weil sie jeweils in ein umfassendes Konzept eingebettet sind, das wesentlich auf dem Know-How-Aufbau bei den Kooperationspartnern beruht, gleichzeitig durch gegenseitige Transparenz die Akutversorgung beim Schlaganfall verbessert und auch als anhaltendes Qualitätsmanagement genutzt werden kann. Allein die stark verbesserte Datenqualität erlaubt eine systematische, komplexe Datenerfassung beispielsweise in der Erstversorgung am Notfallort und reduziert typische Kommunikationsfehler (z. B. Missverständnisse bei Namen und Begriffen etc.). Bei Schlaganfallpatienten – heute Hauptklientel der stationären neurologischen Behandlung – wird es daher zukünftig auch in strategischer Hinsicht wichtig sein, dass Krankenhäuser, Apotheken, Arztpraxen und andere medizinische Hilfsdienste vernetzt werden; auch im Sinne einer umfassenden Telematikstruktur. Denn die erzielten Erfolge in der Akutbehandlung können nur dann nachhaltig sein, wenn die poststationäre ambulante Betreuung der Patienten anhaltend, transparent und leitliniengerecht erfolgt.

Parkinsonsyndrome

Eine exakte Klassifikation, Quantifizierung und Dokumentation von motorischen Fluktuationen ist Grundlage der

Behandlung von Parkinsonpatienten im fortgeschrittenen Stadium. Wirkstoffe, die bei jedem Patienten je nach verwendetem Präparat unterschiedlich wirken, müssen individuell dosiert werden. Dies ist oft nur mit hohem personellen Aufwand möglich und wird durch den steigenden Kostendruck und die sinkende Liegedauer in den Kliniken zusätzlich erschwert. Letztlich orientiert sich die jeweilige Medikation zu sehr am klinisch-stationären Ablauf und nicht am häuslichen Alltag. Werden lang wirksame Medikamente eingesetzt, treten Therapiekomplicationen zudem erst nach der Entlassung auf.

Im Rahmen einer integrierten, videobasierten Parkinsonversorgung wird beim Patienten zuhause oder in der Pflegeeinrichtung eine Beobachtungsstation aus Videokamera, Rechner, Transponderleser und Drucker installiert [8]. Die Videoaufnahmen werden sowohl in der Klinik gesichtet, als auch beim niedergelassenen Neurologen, der unter fakultativer Begleitung von Klinikexperten die Medikation verändern kann. Musterkooperationsverträge regeln unter anderem Rechte und Pflichten zwischen teilnehmenden Krankenhäusern und kooperierenden Vertragsärzten.

Multiple Sklerose

Das „actibelt“-System wird durch das Sylvia Lawry Centre for Multiple Sclerosis Research, München, und Partner über eine Bewegungssensorik zur mobilen Aktivitätsanalyse von Patienten mit Multipler Sklerose (MS) im Rahmen des MS-Nursings im häuslichen Bereich eingesetzt. Dadurch sollen unter anderem frühzeitig klinisch-neurologische Verschlechterungen erfasst werden [9]. Anfang 2007 konzipierte man eine erste Fallstudie im Rahmen des Forschungsprojekts „PerCoMed“ (Pervasive Computing in der vernetzten medizinischen Versorgung) in der Absicht, die Daten aus „actibelt“ mit spezifischen MS-Symptomen zu assoziieren. Dies scheint ein günstiger Weg zu sein, um Korrelationen zwischen der „Expanded Disability Status Scale“ (EDSS) und Bewegungsprofilen beziehungsweise Aktivitätsindizes zu finden [9]. Erste Ergebnisse werden in naher Zukunft erwartet.

Epilepsie

Auch die Epilepsie gehört zu den chronischen Krankheiten des Nervensystems mit oft langen medikamentösen Behandlungszeiträumen über Jahre. Der Krankheitsverlauf wird schnell unübersichtlich; für eine optimale Therapieführung müssen alle diesbezüglichen Informationen berücksichtigt werden. Bisher existieren über den Papierkalender hinaus aber nur wenige brauchbare Instrumente, um Epilepsieverläufe strukturiert zu erfassen (gute Dokumentation von Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapeutika, Gründe für den Therapiewechsel sowie Gesamtübersicht über den Krankheitsverlauf). Telemedizinische Internetanwendungen wie elektronische Anfallskalender werden seit Mai 2007 an einem Norddeutschen Epilepsiezentrum praktisch angewendet [10]. Eine Studie an der neurologischen Klinik der University of Alberta/Kanada zeigte 2007, dass Epilepsiepatienten mit dem telemedizinischen Follow-up durch ihre Ärzte zufrieden waren und diese Betreuungsform akzeptierten. Epileptologisch interessant ist sicher auch, Elektroenzephalogramme überregional zu übertragen und auszuwerten, um eine Zweitmeinung einzuholen, etwa an universitären Zentren oder in telemedizinischen Netzwerken mit anderen Fachdisziplinen wie augenärztliche Abteilungen zur Verlaufsbeobachtung bei Gesichtsfeldeinschränkungen durch Antiepileptika (ZEE Erlangen).

Weitere Anwendungsgebiete

Weitere aktuelle telemedizinische Anwendungen in der Neurologie beziehen sich auf die postrehabilitative, videogestützte, logopädische Therapie von Aphasie und Schluckstörungen [11]. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unterstützt seit Jahren Projekte zum „Ambient Assisted Living“. Ein Beispiel dafür ist das Sensorsystem „SmartCare“, das häusliche Gefährdungspotenziale für Demenzerkrankte reduzieren soll. Netzwerke zur telemedizinischen Schlafapnoediagnostik scheinen geeignet, Zuweisernetze aufzubauen und eine Selektion in der Weise vorzunehmen, dass in der abgestuften Zusammenarbeit zwischen nicht-schlafmedizinisch tätigen Einrichtungen und

Jetzt CME-Punkte hamstern!

- ✓ einfach
- ✓ kostenlos
- ✓ schnell



www.cme-punkt.de

ermächtigten Schlafmedizinern Patienten für eine Schlaflabordiagnostik rekrutiert werden, die sonst einer gezielten Diagnostik nicht zugeführt werden.

Ausblick

Viele Beispiele zur Telemedizin werden noch folgen und kritische Gegenargumentationen auslösen. Die Ergebnisse vorliegender und zukünftiger Pilotprojekte werden zeigen, dass die Diskussion wie die Fernseh-Kino-Debatte ausgehen wird: Statt eines „Entweder/Oder“ wird es ein „Sowohl/Als auch“ geben. In einem Fall ist der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt unersetzlich, in einem anderen Fall ist ein videovermitteltes Gespräch ausreichend. Einige Behandlungsschritte werden der Klinik vorbehalten bleiben, bei anderen profitiert der Patient von einer frühzeitigen Rückkehr in seine gewohnte Umgebung mit der Sicherheit engmaschiger, telemedizinischer Überwachung.

Telemonitoring und Telemedizin werden Bestandteil integrierter Versorgungsverträge sein. Ein Beispiel aus der Kardiologie: „CorBene“ in Nordrhein-Westfalen [12] ist der bundesweit größte flächendeckende Vertrag im Rahmen der integrierten Versorgung zur Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten. Hier wurde Telemonitoring erstmals als verpflichtender Therapiebestandteil definiert. Die Initiatoren verweisen darauf, dass die Telemedizin hier als integrierter Bestandteil einer übergeordneten Behandlungsstrategie chronischer Erkrankungen die Prozesstransparenz verbessert, die Qualität von Diagnostik und Therapie fördert, einen Beitrag zur effizienten Nutzung wirtschaftlicher Ressourcen leistet und somit mehr Lebensqualität und Lebenszeit für Patienten bedeutet. Wissenschaftliche Förderungen zur Evaluation neurologischer Anwendungen, eine enge juristische Begleitung sowie die zeitnahe Bereitstellung adäquater Abrechnungsmöglichkeiten sollten einen zusätzlichen Anreiz bieten, die medizinischen, ökologischen und ökonomischen Vorteile für Patienten und Ärzte zu nutzen. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Prof. Dr. med. Bernd Griewing

Dr. med. Volker Ziegler

Neurologische Klinik, Rhön Klinikum Bad Neustadt/Saale

E-Mail: castroke@neurologie-bad-neustadt.de

Einseitige Leserbriefauswahl im „Deutschen Ärzteblatt“

In der Ausgabe 46/2008 des Deutschen Ärzteblattes war ein Artikel von Dr. Heiner Melchinger, Wennigsen, unter dem Titel „Umsteuerung dringend geboten“ veröffentlicht. Darin wurden die Ergebnisse einer Untersuchung wiedergegeben, die Melchinger im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durchgeführt hatte, um zu klären, inwieweit die gegenwärtige psychiatrische Versorgung den Anforderungen gerecht werden kann. Quintessenz des Artikels: Niedergelassene Nervenärzte und Psychiater, die sich der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen, psycho-pharmakologischen und soziotherapeutischen Versorgung ihrer Patienten widmen, betreuen wesentlich mehr und schwerer Kranke als rein psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychologen; die finanzielle Ausstattung jedoch ist für die leichter Kranken um ein mehrfaches besser als für die psychiatrischen Patienten. Eine so klare Aussage, die letztlich eine Benachteiligung und erneute Stigmatisierung

schwer psychisch kranker Patienten aufgrund nicht anzweifelbarer Zahlen beweist, musste natürlich Widerspruch wecken. Dass das Deutsche Ärzteblatt allerdings bei der Wiedergabe der Leserbriefe zu diesem Artikel (Deutsches Ärzteblatt 1/2 vom 05. Januar 2009, Seiten A 16 und A 17) einseitig die Thesen Melchingers harsch ablehnende Zuschriften bevorzugt abdruckte, lässt an der politischen Fairness des Deutschen Ärzteblattes Zweifel aufkommen. Über Herrn Melchinger sind uns drei Leserzuschriften zugegangen, die das Deutsche Ärzteblatt einfach unter den Tisch fallen ließ – unter anderem von der Vorsitzenden des Berufsverbandes Deutscher Psychiater Dr. Christa Roth-Sackenheim. Die Leserbriefautoren haben uns gestattet, ihre Zuschriften, die allesamt widerspiegeln, dass Melchingers kritischer Artikel ins Schwarze getroffen hatte, nachfolgend im NEUROTRANSMITTER zu veröffentlichen. **az**

Umsteuerungen geboten ja, zu Lasten psychisch Kranker nein!

Herr Melchinger stellt in eindrucksvoller Weise die Defizite in der psychiatrisch-psychotherapeutischen beziehungsweise nervenärztlichen ambulanten Versorgung – mittlerweile muss man sagen „Basisversorgung“ – dar. Zu Recht beklagt er die mangelnde Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren und Player.

Die neue Honorarreform benachteiligt wieder einmal Menschen, die einer intensiven ärztlichen Gesprächszuwendung bedürfen. Auch die psychiatrische Psychotherapie, abrechenbar durch die Ziffer 21220, ist wie die Richtlinienpsychotherapie zeitgebunden, nicht delegierbar, an den höchstpersönlichen Arztkontakt gebunden sowie nicht beliebig vermehrbar. Durch die Regelleistungsvolumina ist diese Leistung wieder einem Preisverfall ausgesetzt. Die Fallzahlsteuerung der neuen Honorarwelt begünstigt erneut die 5-Minuten-Medizin. Deshalb fordern die Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie eine vergleichbare Honorierung ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächsleistungen, wie sie für die Richtlinienpsychotherapie erreicht werden konnte. Der Psychiater hat als zentrales ärztliches Diagnostik- und Therapieinstrument nun mal das Gespräch, was ihn von anderen somatischen Fächern durchaus deutlich unterscheidet.

Die Lösung kann aber nicht sein, innerhalb der Ressourcen, die insgesamt für psychisch kranke Menschen einschließlich der Richtlinienpsychotherapie aufgewendet werden und die insgesamt zu wenig sind, nun eine Umverteilung zu fordern. Dies tut Herr Melchinger auch nicht. Insgesamt hat die Gesundheitspolitik und die ärztliche Selbstverwaltung jedoch noch einiges zu tun, um das Problem zu lösen. Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, zu entscheiden, wie man mit den am schwersten zu versorgenden Mitgliedern der Gesellschaft, psy-

chisch kranken Menschen, die keine Lobby haben und immer noch beruflicher, sozialer und struktureller Stigmatisierung ausgesetzt sind, umgehen möchte.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
1. Vorsitzende des BVDP

Beschämend für das System

Die im Artikel beschriebene Fehlverteilung der Mittel kann aus unserer Alltagserfahrung heraus nur bestätigt werden und wurde von uns schon häufig moniert. Psychiater vergeben selbst nach Klinikentlassung Termine nur mit mehrmonatiger Wartezeit und können auch dann nur begrenzt Zeit zur Verfügung stellen, was man ihnen angesichts der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen kaum verübeln kann. Bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung wird von uns vor allem beklagt, dass sich kaum Psychotherapeuten finden, die fachlich qualifiziert und außerdem bereit sind, Patienten zum Beispiel mit Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline, und Zwangserkrankungen zu behandeln. Dies sind unsere Erfahrungen in einer Groß- und Universitätsstadt, wie mag es im Flächenstaat aussehen?

Wir halten es für einen untragbaren Zustand und beschämend für das System und diejenigen, die Verantwortung hierfür tragen, dass gerade schwer erkrankten Menschen die erforderliche therapeutische Hilfe in praxi vielfach nicht zuteil wird.

Dr. med. Hans Joachim Meyer, Pinneberg
Vorsitzender des LV Hamburg der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Keine zukunftsfähige Basis

Der Artikel zur ambulanten nervenärztlichen Versorgung trifft ins Schwarze! Ich selbst bin fast 67 Jahre und finde bisher keinen Nachfolger als Nervenarzt oder Psychiater. Bei der KV hat sich seit über zwei Jahren niemand mehr für eine Niederlassung gemeldet, nur für Psychotherapie.

Meine Praxis ist in einen sozialpsychiatrischen Reha-Verbund (500 Rehabilitationen/Jahr) integriert mit betreutem Wohnen, WfB, RPK, Tagesstätte, die ich alle selbst mit aufgebaut habe. Nun geht der ambulante psychiatrische Versorgungsanteil wohl verloren. Wie sollen diese sehr kranken Menschen dann adäquat versorgt werden? Jedenfalls zeigt diese seit zehn Jahren offenkundige Entwicklung weg von der Praxis hin zu PIA und Psychotherapie, wie die Politik sich die zukünftige psychiatrische Versorgung vorstellt.

Die wirtschaftliche Dynamik ist eindeutig. Die anderen Fachgruppen können an der Psychiatrie erleben, wie es ihnen in einer kommerzialisierten Welt mit Renditeerwartungen von 15–20% ergehen wird. Da sind die Schwerkranken störend. Nur der bisherige ärztliche Idealismus hält die Versorgung noch aufrecht, doch angesichts der Altersstruktur der Nervenärzte ist das keine zukunftsfähige Basis in einer neoliberalen Kundenwelt.

Psychisch Kranke sind keine beliebigen Kunden, sondern hilflose Menschen, für die wir verantwortlich sind. Umsteuerungen sind dringend geboten!

Dr. med. Heyo Prahm, Oldenburg

Nervenarzt-Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiater

Antwort des Deutschen Ärzteblatts:

Sehr geehrter Herr Dr. Prahm,

vielen Dank für Ihren Brief zum Thema „Ambulante psychiatrische Versorgung“. Hierzu haben uns eine ganze Reihe weiterer Briefe erreicht. Wir haben einige Zuschriften zu einem eigenen Beitrag zusammengefasst, der in Heft 1–2/2009 erschienen ist. Ihren Brief konnten wir leider nicht berücksichtigen. Ich hoffe auf Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen,

Heinz Stüwe, Chefredakteur Deutsches Ärzteblatt

Nochmals Dr. Heyo Prahm an das Ärzteblatt:

Sehr geehrter Herr Stüwe,

der zusammenfassende Bericht im Ärzteblatt 1–2/09 zur ambulanten psychiatrischen Versorgung hat mich schon sehr gewundert, weil der Schwerpunkt auf die Kritik von psychotherapeutischer Seite an Melchingers Studie gelegt wurde und die ganz andersartige Klientel in der Psychiatrie gar nicht ins Blickfeld kommt: Umgang mit Non-Compliance, gesetzlicher Betreuung, schwierige medikamentöse Behandlung, Akut- und Notfalltermine, die tägliche Mühe aller möglichen Stellungnahmen, Kooperation mit Angehörigen, Hilfsvereinen, Kliniken, Reha-Einrichtungen, Heilmittelerbringern – und das alles für 50 EUR im Quartal. Das ist denn doch etwas ganz anderes als Psychotherapie mit motivierten, reflektionsfähigen Patienten. Mein Brief zeigte nur die Folgen dieser Fehlsteuerung, nämlich das Verschwinden dieser ambulanten nervenärztlichen Tätigkeit.

Dr. med. Heyo Prahm, Oldenburg

Interdisziplinäres Denken nötig

Die NEUROTRANSMITTER-Ausgabe 12/2008 repräsentiert die Widersprüchlichkeit dieser Zeit und des Fachgebietes: auf Seite 3 „Gier“, auf Seite 22/23 der Leserbrief „Ökonomische Grundlagen außer Acht gelassen.“ Dabei sind die Probleme der ambulanten psychiatrischen Versorgung mit schlechter Bezahlung systemgemacht. Ich stamme aus einer Zeit und einem Land, wo Nervenärzte, Neurologen und neben ihnen auch die Psychologen gleich schlecht bezahlt wurden, weshalb sie auch massenweise „ausgereist“ sind (übrigens besteht in Berlin unverändert mit Duldung der KV immer noch Westflucht!)

Wieso bilden bis heute die Psychofächer „das Schlusslicht im EBM-Karusell“, obwohl psychische Erkrankungen Spitzenreiter in der Morbidität und Berentung sind? Das ist unverändert autistisches, narzisstisches Denken in der Medizin, wie in der Gesellschaft auch. Erstens ist der Zusammenschluss der neuro-psychiatrischen Berufsverbände schon lange fällig gewesen, denn welcher Neurologe oder welcher Psychiater kommt ohne das komplementäre andere Fachgebiet aus ohne es aber abrechnen zu dürfen? Zweitens würde ich dringend vorschlagen die Psychologen mit „ins Boot“ zu nehmen. Die gesamte moderne Forschung in der Diagnostik, über Wirksamkeit von Medikamenten oder Beeinträchtigung der einzelnen psychischen Teilfunktionen kommt ohne neuropsychologische Leistungsmessungen nicht aus! Besonders die Verhaltenstherapeuten haben doch eindeutige Effektivitätsmessungen vorgelegt, aber sinnigerweise darf ich als niedergelassener Arzt eine derartige Diagnostik nicht anordnen, obwohl diese unter Umständen aussagefähiger ist als ein MRT und viel billiger.

Wir haben es heute viel häufiger mit Funktionsstörungen zu tun als mit manifesten organischen Erkrankungen, wobei stellenweise beispielsweise die genetische Verursachung später eindeutig wird, aber zunächst muss ich dem Patienten helfen, das heißt auch nach dem derzeitigen Kenntnisstand handeln. Ein Wandel im Denken und Vorgehen muss primär von den „Leistungserbringern“ beziehungsweise Fachärzten initiiert werden, in dem Bereich der Forschung, aber auch Begutachtung, ist interdisziplinäres Denken längst üblich. □

Dr. med. Erika Plöntzke, Berlin

Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

Wohnortnahe fachärztliche Versorgung wird zerstört

Leider stellt sich die Gesamtsituation in der Gesundheitspolitik so dar, dass sämtliche Veränderungen das Ziel haben, die freie Facharztpraxis zu vernichten. In dieser Form hat sich auch Dr. Albert Zacher in seinem Vorwort im NEUROTRANSMITTER 1/2009 geäußert: „Erst jetzt lassen sich die einzelnen Schachzüge überblicken, mit denen Sie (Frau Ulla Schmidt) von langer Hand geplant eine nach wie vor selbstbewusste und hochangesehene Berufsgruppe des Gesundheitssystems in den Abgrund treiben wollen.“

Neben den schon diskutierten Knebelungen durch die Regelleistungsvolumina (RLV) gibt es auch seit 2006 das so genannte „Vertragsarztänderungsgesetz“. Dieses Gesetz wurde uns vollmundig als Verbesserung der Qualität und Konkurrenz im Gesundheitssystem verkauft. Fachärzte dürfen nach diesem Gesetz Kollegen als Assistenzärzte in ihrer Praxis einstellen. Die ganze Sache hat nur einen kleinen Haken: Niedergelassene Ärzte dürfen nur Fachärzte einstellen, während Kliniken, Institutsambulanzen etc. diese Stellen durchaus mit Assistenzärzten besetzen dürfen.

Für mein Fachgebiet (Nervenheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie) ergibt sich auch bei der Bezahlung ein gravierender Unterschied: Während die niedergelassenen Ärzte mit einem RLV von knapp 60 EUR für die Erwachsenen und knapp 100 EUR für die Kinder abgespeist werden, bekommen die Institutsambulanzen 200 EUR für den erwachsenen Patienten und 400 EUR für ein Kind, wohlgerne bei einer qualitativ weniger anspruchsvollen, das heißt auch billigeren ärztlichen Besetzung. Wenn man dann noch berechnet, dass Kliniken auf ein großes Logistikpotenzial zurückgreifen können und die Räumlichkeiten oft durch Steuermittel finanziert werden, kann davon ausgegangen werden, dass die gleiche Leistung in einer Institutsambulanz mit dem Vier- bis Fünffachen honoriert wird. Dieses hatte für uns in

unserer Gemeinschaftspraxis konkret die Folge, dass wir einen Praxissitz kaufen wollten, dieser jedoch nicht unter 120.000 EUR zu haben war. Mit einem RLV von knapp 60 EUR konnte dieser Betrag von uns realistischerweise nicht abgetragen werden, sodass die Praxiserweiterung nicht infrage kam. Diese und weitere Praxen in unserer Region sind folgerichtig ausschließlich von Kliniken gekauft worden, die dort jetzt ihre Institutsambulanzen betreiben.

Letztlich geht es der Politik darum, die von den Patienten geschätzte wohnortnahe und flächendeckende fachärztliche Versorgung zu zerstören. Für die Patienten bedeutet dies, dass bei gleichem finanziellen Volumen und fünffach höherem Kostenfaktor einer Institutsambulanz nur noch 20% der Patienten einen Konsultationstermin wahrnehmen werden können. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass diese in anonymen wohnortfernen Großkliniken angeboten werden. Der Patient sieht sich mit wechselndem ärztlichem Personal konfrontiert und verliert insbesondere in unserem Fachgebiet die individuelle Betreuung. Aus unserer Sicht kann dies nur vor dem Hintergrund einer ideologischen Idealisierung sozialistischer Staatsmedizin verstanden werden. □

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler, Würzburg
Arzt für Neurologie



Selbstverletzungen aus rechtsmedizinischer Sicht

Die Motivationen für selbstbeschädigendes Verhalten sind äußerst vielfältig. Auch wegen möglicher strafrechtlicher Konsequenzen muss eindeutig geklärt werden, ob die Verletzungen selbst verursacht worden sind oder ob der Betroffene Opfer von Gewalt wurde. Bei der Beurteilung der Sachlage ist ärztliche Objektivität und Sensibilität gefragt. Die bei typischen Selbstverletzungen häufig vorliegenden klassischen Verletzungsmuster erleichtern diese Einschätzung.

B. ZINKA, S. FIESELER



Abbildung 5: Äußerst zahlreiche, unterschiedlich alte Schnittverletzungen am Oberarm bei einer suizidierten Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Eine aktuelle Studie aus dem Jahr 2008 an über 30.000 Jugendlichen zwischen 15 und 16 Jahren aus Australien, Belgien, England, Ungarn, Irland, den Niederlanden und Norwegen zeigte, dass sich Mädchen etwa doppelt so häufig selbst verletzen wie Jungen. Wenigstens jedes zehnte Mädchen hatte sich im letzten Jahr selbst verletzt [Madge et al. 2008].

Verletzungen infolge von selbstverletzendem Verhalten (SVV) sind im rechtsmedizinischen Alltag ein häufig zu beobachtendes Phänomen. Zum einen zeigen sich Selbstverletzungen in Form von vollendeten suizidalen Handlungen bei den Obduktionen. Andererseits weisen auch viele der rechtsmedizinisch zu begutachtenden lebenden Personen frische oder alte Verletzungen auf, welche die klassischen Kriterien für Selbstverletzungen erfüllen. Die Motivation für derartige Selbstbeschädigung ist unterschiedlich. So kann vermutet werden, dass es sich bei der Mehrzahl der Betroffenen um Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit handelt, auch wenn in der Regel bei diesen Patienten (noch) keine derartige psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Oftmals sind Anzeichen von selbstverletzendem Verhalten als quasi unbedeutender Nebenbefund im Hinblick auf andere vorliegende Verletzungen anzusehen. Selbstbeschädigungen werden jedoch nicht nur im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen oder Suiziden beobachtet, sondern auch zur Vortäuschung von Straftaten, zur Erleichterung von Haftbedingungen, zum Zweck des Versicherungsbetruges (z. B. Vortäuschen von Arbeitsunfällen) oder im Rahmen von organischen Erkrankungen, die mit Tendenzen zur Selbstbeschädigung einhergehen (z. B. Lesh-Nyhan-Syndrom). Im weitesten Sinne sind auch Verhaltensweisen wie exzessive Sportausübung, Nägelkauen, sich tätowieren oder piercen lassen sowie Essstörungen als selbstverletzendes Verhalten auszufassen. Auch das Vortäuschen von Krankheitssymptomen (z. B. Bauchschmerzen) bis hin zu wiederholten operativen Eingriffen ohne fassbare Krankheitsursache oder die Aggravation von Verletzungsbefunden durch Manipulationen ist immer wieder relevant.

Aus rechtsmedizinischer Sicht ist die Beurteilung von Selbstverletzung oder die Klassifikation von Verletzungen als „selbst

erzeugt“ insbesondere im Hinblick auf die Fragestellungen „Suizid oder Tötungsdelikt durch andere Person?“ oder „Selbstbeschädigung oder beispielsweise ein Überfall durch unbekanntem Täter?“ von Bedeutung.

Ursachen für selbstverletzendes Verhalten

Borderline-Persönlichkeitsstörung: Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (= BPD, Borderline Personality Disorder, emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ) machen den größten Anteil der Patienten aus, bei denen Selbstverletzungen zu beobachten sind. Laut ICD-10 handelt es sich bei der BPD um eine „emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ (F60.3), beim Borderline-Typus handelt es sich um eine Unterform derselben (F60.31). Zur Diagnosestellung müssen gemäß ICD-10 allgemeine Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung vorliegen mit typischen Symptomen wie

- deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln;
- deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden;
- Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens;
- Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden;
- unbeständige und launische Stimmung.

Ferner müssen beim Borderline-Typus mindestens zwei der folgenden Eigenschaften/Verhaltensweisen nachzuweisen sein:

- Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild und Zielen;
- Neigung sich in intensive aber instabile Beziehungen einzulassen;
- übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden;
- wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstschädigung;
- anhaltendes Gefühl von Leere.



Abbildung 1: klassische Selbstverletzungen bei Vortäuschung eines Sexualdelikts



Abbildung 2: selbst in die Haut eingeritztes Hakenkreuz mit Angabe eines Überfalls durch unbekannte Täter

Gemäß DSM-IV-Klassifikation spricht man hingegen von einer „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ (301.83), die diagnostiziert werden kann, wenn mindestens sechs der folgenden neun Kriterien erfüllt sind:

- verzweifertes Bemühen, ein reales oder imaginäres Verlassenwerden zu verhindern;
- intensives Muster von instabilen, intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch ein Wechsel zwischen den beiden Extremen „Überidealisierung“ und „Abwertung“ auszeichnet;
- Identitätsstörung: anhaltend und deutlich gestörtes, verzerrtes oder instabiles Selbstbild beziehungsweise Gefühl für die eigene Person;

- Impulsivität bei mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Aktivitäten;
- wiederholte Suiziddrohungen, -gesten oder -versuche oder selbstverstümmelnde Verhaltensweisen;
- Instabilität im affektiven Bereich mit ausgeprägten Stimmungsschwankungen;
- chronisches Gefühl der Leere;
- übermäßige, starke Wut oder Unfähigkeit, die Wut zu kontrollieren;
- vorübergehende, stressabhängige, schwere dissoziative Symptome oder paranoide Wahnvorstellungen.

Von einer BPD sollen etwa 2% der deutschsprachigen Bevölkerung betroffen sein, mit einer deutlichen Überrepräsentation des weiblichen Geschlechts. Dieses Geschlechterverhältnis mag jedoch durch die Tatsache mit zu erklären sein, dass männliche BPD-Patienten eher zu Gewalttätigkeiten neigen, sich daher gehäuft in forensischen Einrichtungen befinden und so möglicherweise psychiatrischen statistischen Erhebungen entgehen. Etwa drei Viertel der Betroffenen führen Suizidversuche durch, 4–9% suizidieren sich tatsächlich [Jasch et al., 2008], da chronische Suizidalität ein typisches Symptom ist [Lieb et al., 2004; Barnow et al., 2004]. Im Vergleich zu vielen organischen und anderen psychiatrischen Erkrankungen ist insofern von einer hohen Letalität auszugehen.

Ein wesentliches diagnostisches Kriterium der BPD sind Selbstverletzungen. Dabei handelt es sich überwiegend um Verletzungen der Haut. Oftmals zeigt sich eine Komorbidität mit Bulimie, anderen Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen [Fliege et al., 2000].

Die Betroffenen leiden gemäß oben aufgeführten Diagnosekriterien an einer Art „affektiver Hyperreagibilität“ mit plötzlich aufschießenden und in der Folge nur langsam abklingenden Gefühlsausbrüchen [Herpertz et al., 1998]. Ist der innere Anspannungszustand nicht mehr zu ertragen, wird eine Spannungsabfuhr durch Selbstverletzungen herbeigeführt. Die hierzu er-

Typische Merkmale von Selbstverletzungen

- Oberflächlichkeit
- Gleichförmigkeit
- Parallelität
- Lokalisation an gut zugänglichen (entblößten) Körperregionen
- Fehlen von Abwehrverletzungen
- Lokalisation bevorzugt an der Körperseite der nicht dominanten Hand
- Nebeneinander von unterschiedlich alten Verletzungen als Zeichen für wiederholte Handlungen
- oft einfache, gerade eingeritzte Formen (Linen, Kreuze etc.)
- Aussparung von empfindlichen Körperregionen und Funktionsbereichen
- Gesamtverletzungsschwere: leicht



Abbildung 3: eingeritzter Schriftzug bei Patientin mit BPD



Abbildung 4: Brandverletzung durch auf der Haut ausgedrückter Zigarette, ferner oberflächliche ritzerartige Hautdefekte

zeugten, oftmals blutenden Wunden vermitteln ein Gefühl von Lebendigkeit im Sinne von „Blut tut gut“ [Sachsse et al., 2001]. Die zuvor empfundene Depersonalisation wird abgeschwächt, alltagspsychologisch vergleichbar mit einem „sich kneifen, um zu sehen, ob man wach ist oder träumt“ [Fliege, 2002].

Selbstverletzungen ohne direkte suizidale Absichten werden von fast allen BPD-Patienten vorgenommen. Klassischerweise handelt es sich dabei um oberflächliche Ritz- und Schnittverletzungen durch Messer, Rasierklingen, Nägel etc. (Abb. 1). Nicht selten finden sich auch in die Haut eingeritzte Symbole wie Kreuze oder Hakenkreuze, Schriftzeichen oder ganze Schriftzüge mit appellativem oder symbolhaften Charakter (Abb. 2, Abb. 3). Zigaretten werden auf der Haut ausgedrückt, Verbrennungen oder Verätzungen kommen ebenfalls vor (Abb. 4). Oftmals werden auch Verletzungen unterschiedlichen Wundalters (Abb. 5) gesehen.

Seltener kommt es zu schwerwiegenderen Verletzungen. So berichten beispielsweise Hermes et al. von einer 24 Jahre alten Frau, bei der im Rahmen der diagnostischen Abklärung einer infraaurikulären Schwellung unklarer Genese 76 unter die Haut geschobene, aufgebogene Büroklammern und Nähnadeln von bis zu 9,5 cm Länge im Bereich des Kopfes, Halses und der Unterarme gefunden und auf Wunsch der Patientin chirurgisch entfernt werden konnten. Schon zum Zeitpunkt der Nahtentfernung hatte sich die Patientin allerdings erneut mehrere Fremdkörper im Bereich der Unterarme eingebracht [Hermes et al., 2004].

Erleichterung von Haftbedingungen: Durch vorsätzliche Intoxikationen zum Beispiel mit Putzmitteln oder durch scheinbar versehentlich erlittene Verletzungen wie Verbrühungen wird versucht, eine Verlegung aus der Haftzelle auf die Krankenstation von Gefängnissen herbeizuführen. Hier erhofft sich der Häftling angenehmere Haftbedingungen oder er will von seinen Mithäftlingen entfernt werden.

Vortäuschung einer Straftat: Immer wieder werden bei der Polizei Anzeigen wegen angeblicher Gewaltdelikte (z.B. Raubüberfälle, Vergewaltigungen etc.) erstattet, obwohl diese nur vorgetäuscht sind (= „falsche Verdächtigung“ gemäß § 164 StGB). Damit soll beispielsweise durch Anzeige eines Überfalls/Raubes davon abgelenkt werden, dass die anzeigende Person entsprechendes Geld selbst entwendet hat (z. B.: „Man hat mich überfallen, mich mit einem Messer bedroht und verletzt und dann das ganze Geld aus der Kasse mitgenommen“). Auch im Rahmen von Beziehungsstreitigkeiten kommt es immer wieder zu Falschanzeigen (z. B. „Mein Ex-Mann ist mit einem Messer auf mich losgegangen und wollte mich vergewaltigen“). In derartigen Fällen soll durch selbst erzeugte Verletzungen der dramatische Verlauf untermauert und die Glaubwürdigkeit der vermeintlich geschädigten Person erhöht werden.

Straftaten werden jedoch auch immer wieder simuliert, um Aufmerksamkeit und Mitgefühl zu erlangen. Derartige Fälle erzeugen zunächst viel Aufmerksamkeit in der Presse (z.B.: „Überfall auf junge Frau: Skinheads ritzen ihr Hakenkreuz ins Gesicht“), bis sich schließlich die Verletzungen meist als selbst erzeugt einordnen lassen (vgl. Abb. 6). Üblicherweise wird in solchen Fällen ein unbekannter Täter angegeben, wobei eine genaue Personenbeschreibung nicht gemacht werden kann. Als vermeintliche Tatwerkzeuge werden häufig Messer und andere spitze oder scharfe Gegenstände beschrieben. Auffallend sind dann nicht nur die klassischen Selbstverletzungen, sondern auch das Fehlen von Abwehrverletzungen wie sie beispielsweise durch das Abwehren eines Messerangriffs entstehen würden (Abb. 8) [Brinkmann, 2004; Madea, 2003a].

Versicherungsbetrug: Um ungerechtfertigt Zahlungen beispielsweise von Unfall- oder Rentenversicherung zu erlangen, werden selbst Verletzungen zugefügt. Dabei überwiegen scharfe Gewalteinwirkungen durch Arbeitsgeräte wie beim Abtrennen von Fingern oder Armen durch Kreissägen oder ein



Abbildung 6: angeblicher Überfall durch zwei unbekannte Täter; es zeigen sich eindeutige Selbstverletzungen am Hals der jungen Frau

Beil [Penning et al., 2006]. Derartiges Vorgehen wird an den oftmals auffallend glattrandigen Wundrändern erkannt wie sie durch „sorgfältiges Abschneiden“ entstehen können. Bei einem echten unfallbedingten Mechanismus dagegen, zum Beispiel wenn jemand mit der Hand in eine Säge gerät, entsteht durch den sofortigen Versuch, die Hand wieder wegzureißen ein entsprechend unregelmäßiges Wundbild. Überzufällig häufig sind in derartigen Betrugsfällen keine Zeugen anwesend und es handelt sich um Verletzungen auf der „nicht dominanten“ Seite (z. B. an der linken Hand bei Rechtshändern).

Selbstverletzungen im Rahmen eines (versuchten) Suizids:

Ein Suizid ist eine Selbstbeschädigung mit tödlichem Ausgang. Oftmals liegt jedoch nicht nur eine todesursächliche Gewaltwirkung (z. B. Messerstich in die Brust, Kopfschuss, Intoxikation etc.) vor, sondern es werden mehrere potenziell tödliche Methoden nach- oder nebeneinander angewendet bis die Selbsttötung schließlich „erfolgreich“ ist. Beispielsweise finden sich häufig bei tödlichen Intoxikationen nebenbefundlich oberflächliche „Pulsaderschnitte“ ohne relevante Blutung oder Hinweise auf Strangulationsversuche. Bei Suiziden durch scharfe Gewalt (Stich- oder Schnittverletzungen) zeigen sich typischerweise neben der eigentlich tödlichen Verletzung auch „Probier-“ oder „Zauderschnitte/-stiche“ (die von der Wundmorphologie her den typischen Selbstverletzungen bei der BPD ähneln können!) als Hinweis auf ein Ausprobieren der Tötungsmethode, wahrscheinlich im Hinblick auf deren Schmerzhaftigkeit (Abb. 9).

Morphologie typischer Selbstverletzungen

Die Unterscheidung zwischen selbst zugefügten Verletzungen und „Verletzungen durch dritte Hand“ ist vielfach einfach und ohne größere Schwierigkeiten möglich, in manchen Fällen jedoch keineswegs eindeutig einzuordnen. Im Folgenden wird



Abbildung 7: Abwehrverletzungen in Form von Hämatomen und Hautdefekten an der Unterarmstreckseite bei zum Schutz vor den Kopf gehaltenen Armen zum Abfangen von Schlägen

hauptsächlich auf typische Selbstverletzungen von Patienten mit einer BPD eingegangen. Diese weisen üblicherweise klassische Kriterien auf, anhand derer sie eindeutig als Selbstverletzungen eingeordnet werden können.

- **Lokalisation:** Die Verletzungen sind an gut für die betreffende Person selbst zu erreichenden Körperregionen lokalisiert wie beispielsweise an den Armen, Beinen, Bauch etc. Schlecht selbst zu erreichende Regionen (z. B. der Rücken) oder besonders empfindliche Regionen (z. B. Brustwarzen, Leistenbeugen, Augen, Ohren etc.) sind in der Regel nicht betroffen.
- **Oberflächlichkeit:** Derartige Verletzungen sind zwar meist blutende Wunden, jedoch nur oberflächlich ausgeprägt, sodass keine chirurgische Versorgung notwendig ist (tiefgreifende Verletzungen kommen jedoch auch hin und wieder vor!)
- **Gleichförmigkeit:** Die Verletzungen zeigen ein gleichförmiges Erscheinungsbild, sodass beispielsweise ritzerartige Hautveränderungen in der Regel im gesamten Verlauf annähernd die gleiche Wundtiefe haben (also meist nur oberflächlich ausgeprägt sind), homogen erscheinen und auch den Wölbungen der Körperoberfläche gleichmäßig folgen.
- **Parallelität:** Zudem liegen häufig mehrfache, oftmals parallel zueinander angeordnete Verletzungen vor, die gruppiert an verschiedenen Körperregionen angebracht sein können.

Insgesamt entsteht bei der Beurteilung solcher Verletzungen klar der Eindruck, dass sie nicht im Rahmen eines dynamischen Kampfgeschehens mit zu erwartenden Fluchtversuchen, Gegenangriff oder Abwehr entstanden sind. Die Verursachung des typischen Selbstverletzungsbildes wäre allenfalls an bewusstlosen, nicht wehrhaften Personen möglich, wenn sich zudem der Täter auf ein oberflächliches Zerritzen der Haut beschränken würde und keine ernsthaften Verletzungsabsichten hätte. Selbstbeigebrachte Verletzungen werden in über-



Abbildung 8: Abwehrverletzungen durch scharfe Gewalt (Messer) an den Handinnenflächen durch Hineingreifen in das Messer des Angreifers zum Schutz des eigenen Lebens

wiegender Anzahl durch scharfe Werkzeuge verursacht wie Messer, Rasierklingen, Scheren. Es werden aber andere Methoden angewandt, wie sich selbst kneifen, kratzen (und Wunden aufkratzen), beißen, reiben, Haare ausreißen, verätzen oder verbrennen.

Das Fehlen von Abwehrverletzungen, die im Rahmen von körperlichen Auseinandersetzungen an zum Schutz vorgehaltenen Körperregionen entstehen (vgl. Vortäuschung einer Straftat), ist ein weiteres Kriterium zur Einschätzung von Verletzungen als Selbstverletzungen. Typischerweise wären beispielsweise im Rahmen einer körperlichen Auseinandersetzung „passive“ Abwehrverletzungen in Form von Hämatomen an den Unterarmstreckseiten bei zum Schutz vor den Kopf gehobenen Armen zu erwarten (Abb. 7). Bei ernsthaften, bewaffneten Auseinandersetzungen zum Beispiel mit einem Messer, wären hingegen Schnittverletzungen an den Handinnenflächen durch ein Hineingreifen in das Messer in dieser lebensgefährlichen Situation zu erwarten (Abb. 8).

Fazit für die Praxis

Unabhängig von der Fachrichtung ist für den praktisch tätigen Arzt die Versorgung von vorhandenen Verletzungen sicherlich das primäre Therapieziel. Sekundär kann jedoch die Unterscheidung von selbst oder durch dritte Hand verursachte Verletzungen von erheblicher Bedeutung sein. So sollte bei bestimmten Verletzungsmustern die Differenzialdiagnose der Selbstbeschädigung in Erwägung gezogen werden. Die ist insbesondere der Fall bei

- Verletzungen, die typische Kriterien einer Selbstverletzung erfüllen;
- (wiederholten) eher lapidaren Verletzungen unklarer oder nicht nachvollziehbarer Genese;
- schlecht heilenden oder gar „therapieresistenten“ Wunden;
- ungewöhnlichen Wunden ;
- chronischen Beschwerden bei fehlenden pathologischen,



Abbildungen 9: zwei tiefgreifende Halschnittverletzungen mit mehreren Probier-/Zauderschnittverletzungen in unmittelbarer Nähe

organischen Untersuchungsbefunden (vor allem des Verdauungstrakts oder des Unterleibes);

- Komorbidität des Patienten mit psychiatrischen Krankheitsbildern;
- auffallend häufigem Arztwechsel („doctor hopping“).

Eine direkte Konfrontation des Patienten mit der Vermutung einer Selbstverletzung führt oftmals zu einer ganz offenen Einräumung einer solchen. Insbesondere BPD-Patienten haben oft keinerlei Motivation die Verletzungsursache zu verheimlichen, was wiederum ermöglicht, den Patienten schneller einer fachgerechten Therapie zuführen zu können. Gegebenenfalls muss bei frischen Selbstbeschädigungen eine mögliche Suizidalität abgeklärt werden; diese ist bei BPD-Patienten nahezu chronisch ausgeprägt. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Dr. med. Bettina Zinka,
Dr. med. Sybille Fieseler

Institut für Rechtsmedizin der Universität München
Nußbaumstr. 26, 80336 München
E-Mail: Bettina.Zinka@med.uni-muenchen.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 den vorangegangenen Fortbildungsbeitrag. 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 56.

CME-Fragebogen

Selbstverletzendes Verhalten

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

1. Welche Aussage ist richtig? Selbstverletzungen finden sich besonders häufig bei ...

- A ... Mädchen im Kindesalter.
- B ... Jungen im Kindesalter.
- C ... männlichen und weiblichen Jugendlichen gleichermaßen.
- D ... weiblichen Jugendlichen.
- E ... weiblichen Erwachsenen.

2. Wo beobachtet man Selbstverletzungen absolut am häufigsten?

- A bei Menschen mit geistiger Behinderung
- B bei versuchtem Versicherungs-/Rentenbetrug
- C bei der Vortäuschung von Straftaten
- D bei Inhaftierten als Manifestation eines Stresssyndroms
- E bei Menschen mit einer „Boderline-Störung“

3. Welche Körperteile/-regionen bleiben von selbstverletzendem Verhalten häufig verschont?

- A Unterarme
- B Leistenbeugen
- C Unterbauch
- D Handgelenksbeugen
- E Oberschenkelvorderseite

4. Was gehört nicht zu den Kriterien für die Diagnose einer „Borderline Personality Disorder“ gemäß DSM-Klassifikation?

- A wiederholte Suizidandrohungen und -versuche
- B affektive Instabilität
- C chronisches Gefühl der Leere
- D Identitätsstörungen
- E Abneigung gegen intensive zwischenmenschliche Beziehungen

5. Welches sind die klassischen Kennzeichen von selbst erzeugten Schnittverletzungen?

- A sich überkreuzende Schnittverletzungen
- B gruppiert stehende, oberflächliche Schnittverletzungen
- C Schnittverletzungen an schwer selbst zu erreichenden Körperregionen
- D unregelmäßige Wundtiefe von Schnittverletzungen
- E Schnittverletzungen an besonders schmerzempfindlichen Körperstellen

Teilnahmeschluss **online** ist der **16. August 2009!**



6. Welche Aussage trifft nicht zu? Bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen/zeigt sich häufig ...

- A ... unterschiedlich alte Verletzungen an verschiedenen Körper-regionen.
- B ... vorausgegangene Suizidversuche.
- C ... instabile zwischenmenschliche Beziehungen.
- D ... reduzierte Emotionalität.
- E ... ein chronisches Gefühl der inneren Leere.

7. Klassische Selbstverletzungen sind selten ...

- A ... das Ergebnis einmalig aufgetretener Selbstverstümmelungstendenz.
- B ... gruppenweise parallel gestellt.
- C ... von insgesamt harmloserer Verletzungsschwere.
- D ... gleichförmig ausgeprägt.
- E ... durch scharfe Gewalteinwirkungen verursacht.

8. Welche Aussage zu Suizidversuchen ist richtig?

- A Sie werden häufig zur Vortäuschung einer Straftat ausgeführt.
- B Sie werden von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung üblicherweise nicht vorgenommen.
- C Sie werden oftmals in Fällen des (versuchten) Versicherungsbetruges durchgeführt.
- D Sie sind eine Form des selbstverletzenden Verhaltens.
- E Sie haben bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ausschließlich appellativen Charakter.

9. Welche Aussage trifft nicht zu?

- A Zur Vortäuschung von Straftaten (z.B. eines Überfalls) wird oft stumpfe Gewalt eingesetzt.
- B In Fällen des Versicherungsbetruges werden häufig Extremitäten(-teile) vorsätzlich abgetrennt.
- C Vorgetäuschte Straftaten fallen oftmals durch das Fehlen von sogenannten Abwehrverletzungen auf.
- D Zur vermeintlichen Erleichterung von Haftbedingungen verletzen sich Häftlinge selbst.
- E Manche Erkrankungen mit geistiger Retardierung gehen mit selbstverletzendem Verhalten einher.

10. Welche Aussage trifft nicht zu?

- A Ungewöhnliche, schlecht heilende Hautverletzungen bei fehlender Grunderkrankung sind ein Hinweis auf selbstverletzendes Verhalten.
- B Frische Schnittverletzungen neben zahlreichen alten, ritzerartigen Narbenbildungen sprechen für Selbstbeschädigungen.
- C Probierschnitte/Zauderschnitte finden sich typischerweise bei kriminellen Gewalttaten.
- D Suizidversuche sind eine Form selbstverletzenden Verhaltens.
- E Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist mit einer vergleichsweise hohen Letalität behaftet.



Teilnahme per Post

Teilnahmeschluss: 16.3.2009

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 2/2009

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

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)

(Eintrag oder Aufkleber)

Unterschrift _____



DGPPN-Kongress, Berlin, 26.–29. November 2008

Amyloidplaques und Fibrillen sind bei Alzheimer nicht entscheidend

Es heißt Abschied nehmen von einfachen Erklärungsmodellen zur Alzheimer-Demenz. Amyloidplaques und Neurofibrillen mögen bei Alzheimerpatienten akkumulieren, sie korrelieren aber nur ungenügend mit Krankheitsausprägung und Therapieansprechen. Die Suche nach Früherkennungsmarkern und Ansatzpunkten für eine pathogenetisch orientierte Therapie geht weiter – bis dahin zählt nur der klinische Therapieerfolg.

Bei Effekten einer Therapie gegen Alzheimer muss man zwischen Effekten auf Symptome und Effekten auf die Pathologie unterscheiden. Und wenn es um den praktischen Einsatz geht, sollte der klinische Erfolg für den Patienten das maßgebliche Zielkriterium sein, forderte Prof. Dr. Frank Jessen, Bonn [Jessen F, Maier W: Hat die Einführung antidementiver Therapiestrategien den Spontanverlauf dementieller Erkrankungen verändert? Symposium „Konsequenzen der Nichtbehandlung bei psychiatrischen Patienten. DGPPN-Kongress 2008]. Viele Studien

zeigen inzwischen, dass pathologische Strukturen zwar mit der Alzheimer-Demenz zusammenhängen, aber nicht aussagekräftig für den Zustand der Patienten sind. So ist im PET-CT Amyloid mit dem Alter zunehmend stärker darstellbar, bei hohem Bildungsgrad hat das aber keine deutlich erniedrigten Werte im Mini-Mental-Status-Test (MMSE) zur Folge (Abb. 1; Roe CM et al. Arch Neurol 2008). Und so sehr die Neurofibrillen bei Alzheimerpatienten akkumulieren, so wenig kann man im Einzelfall von der Fibrillenlast auf das Vorhandensein einer Demenz schließen. Das zeigten auch Autopsieserien. Solche pathologischen Parameter erlauben letztlich also weder diagnostisch noch prognostisch Aussagen.

Studien viel zu wenig alltagsrelevante Endpunkte untersucht, was auch das IQWiG kritisiert.

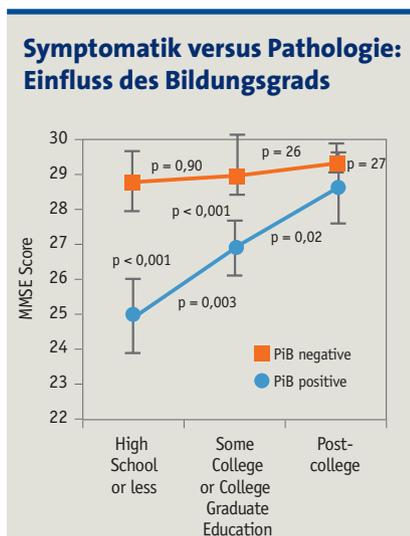
Pathologische Veränderungen aufhalten

Acetylcholinesterase-Hemmer können nicht nur den Kognitionsabbau verlangsamen und möglicherweise auf einen längeren Erhalt von Alltagsfunktionen hinwirken. Es scheint auch pathologische Korrelate zur beobachteten Wirksamkeit zu geben, berichtete Jessen. Laut einer Studie verringert Donepezil die Abnahme des Hippocampusvolumens über einen Untersuchungszeitraum von 24 Wochen signifikant im Vergleich zu Placebo. Trotz einiger Kritik an der Methodik der Studie könnten das wichtige Hinweise sein, so Jessen.

Seine Bonner Arbeitsgruppe untersuchte, ob der Nachweis von N-Acetylaspartat (NAA), ein Marker der neuronalen Integrität, in der Protonenmagnetresonanzspektroskopie das Therapiemonitoring unterstützen könnte. Bei einer Therapie mit Donepezil über zwölf Wochen hinweg ergab sich eine „bemerkenswert hohe Korrelation“ zwischen der Antidementivwirkung auf die Kognition und dem Anstieg von NAA. Im Tierversuch gab es sogar Hinweise auf eine Restaurierung geschädigter Neurone unter Donepezil-Applikation.

Plaques verringert, Krankheit nicht

Als „Tsunami in der Amyloidszene“ bezeichnete Jessen die Konsequenzen aus der Phase-II-Studie zur Impfung gegen das Amyloid-beta-Protein, das am Be-



Ein hoher Bildungsgrad kann der Amyloidfibrillen-Ablagerung entgegen wirken. Messung anhand radioaktiv markiertem „Pittsburgh Compound B“ (PiB) [Roe CM et al., Arch. Neurol. 2008].

Was bringt die Therapie?

Die symptomatische Behandlung konnte laut Zulassungsstudien eine klare Verbesserung der Kognition erzielen, wenngleich der Nachweis häufig nur für sechs Monate erfolgte, bemängelte Jessen. Für Donepezil liegen auch Daten über die Behandlungsdauer von einem Jahr vor. Sie zeigen, dass die Patienten von dieser Therapie auch anhaltend profitieren. Allerdings ergab sich eine Überlebenszeitverlängerung, deren Relevanz nicht klar ist. Auch eine retrospektive Untersuchung in Pflegeheimen wies auf diesen nicht beabsichtigten Therapieeffekt hin, der nach Jessens Darstellung einige ethische Fragen im Hinblick auf die dort versorgten schwer dementen Patienten aufwirft. Auf der anderen Seite wurden in der Vergangenheit in den

ginn der für die Alzheimer-Demenz verantwortlich gemachten Amyloidkaskade steht. Tatsächlich ließ sich durch den verwendeten Antikörper die Amyloidplaquelast bei den Patienten, die auf die Impfung eine ausreichende Immunantwort zeigten, verringern. Trotz ermutigender Ergebnisse der vorangegangenen Tierversuche hatte dies aber bei Patienten mit Alzheimer-Demenz im Lang-

zeitverlauf keinen Effekt [Holmes C et al. Lancet 2008]: Weder lebten die Personen länger, noch dauerte es bis zum Progress der schweren Demenz länger und es gab auch keine Unterschiede zwischen Placebo- und Verumgruppe auf der ADAS-Cog-Skala, im MMSE oder im Behinderungsgrad (Disability Assessment in Dementia, DAD). Dennoch ist laut Jessen die Immunisierung noch

nicht vom Tisch: Jetzt konzentrieren sich die Bemühungen aber eher auf Antikörper gegen Oligomere und Aggregate, also auf spätere Stufen der Amyloidkaskade. □

AUTORIN

Friederike Klein, München

Der Kongress der DGPPN in Berlin ist zum größten europäischen Kongress der neuroheilkundlichen Fächer angewachsen. 7.500 registrierte Teilnehmer hatten in dem Programm mit über 500 Veranstaltungen die Qual der Wahl.

Foto: Friederike Klein



Bald Dopingtests beim Staatsexamen?

Neuroenhancement ist keine Zukunftsmusik. „Wir sind mitten drin“, sagte Prof. Dr. Thomas Schläpfer aus Bonn. In den USA nutzen Menschen vielfach alle denkbaren Möglichkeiten zur Steigerung der zerebralen Leistungsfähigkeit. Dazu gehört die Einnahme von Donepezil oder Ritalin. Der aktuelle Renner bei Studierenden scheint aber Modafinil zu sein. Dank der massiven Verringerung des Schlafbedürfnisses kommen die Anwender mit nur drei Stunden Schlaf pro Nacht aus – da bleibt viel Zeit zum Lernen. Und Wortflüssigkeit und Sprechgeschwindigkeit werden sogar noch gesteigert. Angeblich soll weltweit nur 1% der Modafinil-Verordnungen tatsächlich für die eigentliche Indikation Narkolepsie erfolgen, der Rest fließe in den Missbrauch. In Deutschland ist die Substanz 2007 aus den besonderen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes herausgenommen worden. Damit sind auch hierzulande die Hürden für einen Missbrauch niedriger. Wer weiß, vielleicht ist es zukünftig tatsächlich sinnvoll, Dopingkontrollen an Universitäten durchzuführen.

ProCon-Debatte: Ist Neuroenhancement eine vertretbare Option für die Zukunft?
28.11.2008

Mörderfrauen

90% der Strafgefangenen sind Männer, ebenso groß ist der Anteil des starken Geschlechts bei Gewaltverbrechen. Doch einen traurigen Rekord halten Frauen: Sie sind am häufigsten am gewaltsamen Tod ihrer Kinder oder Partner beteiligt, berichtete Prof. Dr. Andreas Marneros, Halle. Insgesamt sterben 58% der in Deutschland getöteten Kinder durch die Hand der Eltern, in jedem zweiten Fall durch die Mutter alleine. Von 60 Kindesmorden durch Eltern in Deutschland wurden 21,7% im Zusammenhang mit dem eigenen Selbstmord verübt, in 18,3% der Fälle starb das Kind infolge einer Misshandlung, in 43,3% der Fälle wurde das Kind direkt nach der Geburt getötet.

Marneros A: Die Tötung des Kindes durch die eigenen Eltern. 28.11.2008

An die Schilddrüse denken

Fast jeder fünfte Patient mit bipolarer Erkrankung entwickelt den Phänotyp des „Rapid Cycling“ mit besonders ungünstiger Prognose. Die medikamentöse Behandlung braucht Geduld. Mit einer Therapiedauer von 40 Wochen kann man bei jedem Zweiten eine Remission erreichen, schätzt Prof. Dr. Dr. Michael Bauer aus Dresden. Sein Tipp: zwei bis drei Stimmungsstabilisierer kombinieren und dann einen häufigen Medikationswechsel und insbesondere Antidepressiva vom Trizyklikatyp vermeiden. Bei mangelndem Therapieansprechen lohnt es sich, die Schilddrüsenfunktion zu überprüfen. Bauers Erfahrung nach haben etwa 20% der Patienten eine Unterfunktion, die behandelt werden sollte. Auch bei nicht vorhandener Funktionsstörung der Schilddrüse kann eine Thyroxinaugmentation versucht werden. In einer eigenen Untersuchung konnte er durch die supraphysiologische Gabe von L-Thyroxin (300 µg/d) die Zahl der manischen und depressiven Episoden gleichermaßen signifikant senken.

Bauer M: Behandlungsstrategien bei schwer behandelbarer bipolarer Störung.
28.11.2008



In der Therapie der bipolaren Depression gibt es einige Besonderheiten, die es zu beachten gilt.

Bipolare Depression

Herausforderung in der psychiatrischen Pharmakotherapie

In der klinischen Praxis bestehen viele Unsicherheiten und Wissensdefizite in der Therapie bipolarer Depressionen. Dieser Artikel soll einen Überblick über die verschiedenen pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten und -strategien geben.

R. SARKAR, S. KRÜGER

Als bipolare Depression wird eine depressive Episode bezeichnet, die im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung auftritt. Das diagnostische Dilemma besteht darin, dass depressive Episoden, unabhängig davon, ob sie im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung oder einer bipolaren affektiven Störung auftreten, häufig schlecht oder gar nicht klinisch voneinander differenziert werden können. Aus dieser Differenzierungsschwierigkeit folgt häufig eine therapeutische Gleichbehandlung beider Krankheitsformen, die

in ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich nicht belegt ist und zum Teil sogar zu einer falschen Behandlungsstrategie mit der Folge der Verschlechterung einer bipolaren Störung führen kann. Diagnostisch kommt hinzu, dass es eine ganze Reihe von verschiedenen Verlaufstypen der bipolaren affektiven Erkrankungen gibt. Die Unterteilung in Bipolar-I und Bipolar II, aber auch klinische Verlaufsformen wie das „Rapid Cycling“, das „Ultra Rapid Cycling“ oder die affektiven Mischzustände stellen eine diagnostische Herausforderung dar. Da nun für die

rezidivierende depressive Störung und die bipolare Störung verschiedene Behandlungsstrategien aufgestellt werden, ist zu beachten, dass man es bei den als unipolar klassifizierten Depressionen immer zu einem Teil mit noch unerkannten bipolaren Depressionen zu tun haben kann, da sich eine rezidivierende affektive Erkrankung erst nach dem Auftreten und Erkennen der ersten manischen/hypomanischen Episode als bipolare Störung herausstellt. Man spricht in diesem Fall von einer pseudounipolaren Depression bei noch „maskierter“

bipolarer Erkrankung. Die Häufigkeit von bipolaren affektiven Störungen, die sich mit einer depressiven Episode erstmanifestieren, wird auf immerhin 63–83 % geschätzt.

Rezidivierende und bipolare Depression: Unterschiede erkennen

Sogenannte weiche bipolare Zeichen sind diagnostische Merkmale, die dem Arzt helfen „echte“ rezidivierende Depressionen von Pseudounipolaren bipolaren Depressionen zu unterscheiden. Für das Vorliegen einer bipolaren Depression sprechen unter anderem ein frühes Erstmanifestationsalter (Depressionen in der Adoleszenz oder ausklingenden Adoleszenz), Komorbidität (Suchtmittelmissbrauch und Angstkrankungen), starke ausgeprägte Suizidalität in den depressiven Episoden, starrer Affekt betonte melancholische Merkmale, wie

- Verlust der Freude an fast allen Aktivitäten,
- fehlende Reagibilität zu angenehmen Stimulie,
- Stimmungsqualität wird distinkt von Trauer unterschieden,
- Morgentief,
- Früherwachen,
- deutliche Beeinträchtigung von Appetit oder Gewichtsverlust,
- ausgeprägte oder unangemessene Schuldgefühle,
- psychomotorische Symptome,
- erhöhtes Rezidivrisiko (Episodenfrequenz),
- schneller Episodenbeginn bzw. schnelles Episodenende
- häufige psychotische Symptome.

Besonderheiten der Behandlung

Wie bei jeder Depressionsbehandlung werden pharmakologische und psychotherapeutische Verfahren kombiniert. Hier ist jedoch auf die Besonderheiten bei der Behandlung der bipolaren Depression im Vergleich zur unipolaren Depression zu achten. Grundsätzlich hat sich die Therapie und Auswahl des Medikaments nach der Schwere und Art des Krankheitsbildes zu richten. Die Behandlungsunterschiede umfassen die nachfolgenden Aspekte.

Grundsätzlich besteht die Gefahr, dass die Depression in eine manische Episode „umkippt“ („switch“). Das Risiko des Umschlagens der Depression in eine manische Phase kann durch die Gabe eines Antidepressivums je nach Substanzklasse deutlich erhöht sein (Switchrisiko: hoch: Trizyklika > Reboxetin > Venlafaxin > Duloxetin > Mirtazapin > MAO-I > Fluoxetin > Paroxetin > Fluvoxamin > Sertralin > Bupropion > Citalopram). Allerdings ist zu beachten, dass das Risiko, einen „switch“ durch die Behandlung mit einem Antidepressivum auszulösen in der Fachwelt durchaus kontrovers diskutiert wird. Jules Angst, Zürich, geht beispielsweise von einem Spontanrisiko eines „switch“ von immerhin 4 % aus. Auch unter der Behandlung mit Elektrokrampftherapie wird ein erhöhtes Switchrisiko beschrieben, in der Größenordnung von immerhin 7 %. Das Risiko, durch die antidepressive Behandlung ein „Umkippen“ der Depression in eine Manie/Hypomanie zu fördern, scheint unter einer Behandlung mit einem atypischen Neuroleptikum vermindert zu sein. Genaue Daten, vor allem Langzeitdaten fehlen jedoch noch.

Durch eine pharmakologische antidepressive Behandlung kann es zu einer Beschleunigung und einer konsekutiven Verkürzung der Episodendauer kommen. Im ungünstigsten Falle kann iatrogen durch die antidepressive Pharmakotherapie ein „Rapid Cycling“ entstehen (vier oder mehr affektive Episoden innerhalb eines Jahres). Es können auch Mischzustände, also Episoden mit dem gleichzeitigen Vorhandensein depressiver und manischer Symptome ausgelöst werden. Deswegen empfiehlt die Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT) bei affektiven Mischzustän-

den gänzlich auf die Anwendung von Antidepressiva zu verzichten, um keine Phasenakzeleration bis hin zum „Rapid Cycling“ zu provozieren. Dennoch muss an dieser Stelle ergänzend erwähnt werden, dass auch mit einer „natürlichen“ Phasenakzeleration bei der bipolaren Störung mit dem Lebensalter beziehungsweise Krankheitsalter zu rechnen ist.

Oftmals ist es erforderlich eine antidepressive Medikation auch über die Akutphase hinaus fortzuführen. Bei rezidivierenden depressiven Störungen wird neuerdings eine Gabe über zwei Jahre und länger empfohlen. Eine solches Vorgehen kann bei Patienten mit einer bipolaren Störung problematisch sein: Durch die Weitergabe eines Antidepressivum in der Erhaltungsphase kann eine Manie oder Hypomanie ausgelöst werden, das Absetzen wiederum kann aber zur Entstehung einer erneuten depressiven Episode führen. Hieraus ergibt sich auch die Notwendigkeit, bei der Behandlung der bipolaren Depression stets ein Stimmungsstabilisierer (mood stabilizer) zu verschreiben. Ferner ist zu beachten, dass für eine ganze Reihe von Antidepressiva, deren Wirksamkeit bei rezidivierender depressiver Störung untersucht und beschrieben ist, nicht über gleichwertige Wirksamkeitsstudien bei der bipolaren Depression verfügen.

Pharmakologische Therapie der bipolaren Depression

Die Behandlung der bipolaren Erkrankung wird traditionellerweise in eine Akuttherapie, Erhaltungsphase und Rezidivprophylaxe untergliedert. Stimmungsstabilisierer bilden die Grundlage der medikamentösen Behandlung der bipolaren Depression. Jeder Patient mit einer bipolaren Depression sollte auf diesen eingestellt werden. Bei schweren depressiven Episoden wird aber die Therapie mit einem Stimmungsstabilisierer allein nicht ausreichen, um die Symptomatik ausreichend zu behandeln. Dann wird im klinischen Alltag meist ein Antidepressivum eingesetzt. Bei der Therapie der bipolaren Depression ist jedoch zu beachten, dass Antidepressiva nur in Kombination mit einem Stimmungsstabilisierer verordnet werden sollten, um den Risiken des Switch und der Induktion von „Rapid Cycling“ entgegen zu

Tabelle 1

Therapie der bipolaren Depression: Zulassungsstatus in Deutschland

	Akuttherapie	Phasenprophylaxe
Lithium	✓	✓
Valproinsäure		
Carbamazepin		✓
Quetiapin	✓	
Lamotrigin		✓

wirken. Antidepressiva sollten nach erfolgreicher Behandlung der Akutphase wieder abgesetzt werden, da ansonsten die Risiken der Auslösung einer Manie oder der Phasenakzeleration unverändert weiter bestehen.

Stimmungsstabilisierer

Stimmungsstabilisierer können unterteilt werden in Substanzen, die überwiegend antidepressiv („from below“) wirken und solche, die vornehmlich antimanisch („from above“) wirken. Zu den Stimmungsstabilisierern zählen neben dem seit vielen Jahren angewendeten Lithium vor allem auch Substanzen aus der Gruppe der Antiepileptika wie Carbamazepin, Lamotrigin, Oxcarbamazepin und Valproat. Zunehmende Relevanz als Stimmungsstabilisierer und positive Modulatoren des Affekts erlangen aber auch die atypischen Neuroleptika. Hier ist die Datenlage bei den verschiedenen Substanzen unterschiedlich. Bei Quetiapin und Olanzapin wurde eine gute Wirksamkeit hinsichtlich der Stimmungsstabilisierung nachgewiesen, sodass diese beiden Substanzen neben Lithium, Lamotrigin und Valproat bereits als erste Wahl zur Stimmungsstabilisierung in den kanadischen Leitlinien (CANMAT) zur Behandlung der bipolaren Störung empfohlen werden. Weitere atypische Neuroleptika, die bezüglich Stimmungsstabilisierung effektiv erscheinen oder die derzeit untersucht werden sind Aripiprazol, Clozapin, Risperidon und Ziprasidon. Grundsätzlich gilt, dass Valproat, Aripiprazol, Risperidon, Ziprasidon, Olanzapin, Clozapin und Lithium ihren Wirkungsschwerpunkt in einer Stimmungsstabilisierung vor allem aus dem manischen Bereich („from above“) haben. Sowohl Lithium als auch Olanzapin haben gegenüber Placebo antidepressive Effekte gezeigt und auch für Valproat wurden antidepressive Eigenschaften nachgewiesen, die jedoch eher moderat ausgeprägt sind. Lamotrigin hingegen konnte bisher nur einen positiven Effekt im depressiven Spektrum „from below“ zeigen sowie in der Behandlung eines „Rapid Cycling“ (hier besteht auch eine Zulassung für diese Indikation in Deutschland), während es für das Quetiapin gute Hinweise zur Wirksamkeit sowohl für das vorwie-

Tabelle 2

Vorschläge zur Pharmakotherapie der bipolaren Depression
(nach den Empfehlungen der Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments guidelines for the management of patients with bipolar disorder 2007)

Möglichkeit	Behandlung
Stufe 1	Lithium, Lamotrigin, Lithium oder Valproat+SSRI, Olanzapine + SSRI, Lithium + Valproat, Lithium oder Valproat + Bupropion, Quetiapin Monotherapie ^b
Stufe 2	Quetiapin + SSRI, Lithium oder Valproat + Lamotrigin ^b
Stufe 3	Carbamazepin, Olanzapin, Valproat, Lithium + Carbamazepin, Lithium + Pramipexol, Lithium oder Valproat + Venlafaxin, Lithium + MAO-Hemmer, EKT, Lithium oder Valproat oder atypische NL + TZA, Lithium oder Valproat oder Carbamazepin + SSRI + Lamotrigin ^b , adjuvant O3F ^b , adjuvant Riluzol ^b , adjuvant Topiram ^b
Nicht empfohlen	Monotherapie mit Gabapentin

^a Das Behandlungsmanagement der bipolaren Depression mit antidepressiven Medikamenten bleibt komplex. Der Kliniker muss genau zwischen der gewünschten Remission der depressiven Symptomatik und den unerwünschten Effekten des „switch“ beziehungsweise „Rapid Cycling“ abwägen.

^b neu.

NL = Neuroleptika; O3F = Omega-3-Fettsäuren; EKT = Elektrokrampftherapie; MAO-Hemmer = Monoamin-Oxidase-Hemmer; SSRI = Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer; TZA = Trizyklische Antidepressiva

Bei nicht erfolgreicher Prophylaxe/Therapie sollte zunächst eine Monotherapie mit einem anderen Präparat der Stufe 1 versucht werden und erst bei erneutem Nichtansprechen auf diese Therapie in die nächste Stufe der Behandlung gewechselt werden.

gend depressive klinische Bild als auch für das manische Erkrankungsbild gibt. Quetiapin ist darüber hinaus das einzige atypische Neuroleptikum, das zur Akuttherapie der bipolaren Depression zugelassen ist. Ziprasidon befindet sich derzeit in der klinischer Erprobungsphase im Hinblick auf seine antidepressiven Eigenschaften. Carbamazepin darf nach deutschem Zulassungsstatus immer nur dann zur Phasenprophylaxe der bipolaren affektiven Störung angewendet werden, wenn eine Behandlung mit Lithium nicht erfolgreich war oder aufgrund von Kontraindikationen nicht angewendet werden konnte.

Obleich es eine Reihe guter Studien zur Wirksamkeit verschiedener Stimmungsstabilisierer in der Behandlung der bipolaren Depression gibt, ist der Zulassungsstatus in Deutschland für die verschiedenen Medikamente recht beschränkt. So ist zur Akutbehandlung der bipolaren Depression in Deutschland nur Lithium zugelassen und für die Phasen-

prophylaxe der bipolaren Depression lediglich Lithium, Lamotrigin und Carbamazepin (Tab. 1). Viele Behandlungsoptionen, die sich aus Wirksamkeiten in wissenschaftlichen Untersuchungen ergeben, finden als „Off-Label-Use“ statt.

Lithium ist das einzige Medikament auf dem deutschen Markt, das sowohl die Zulassung zur Behandlung der Akutphase der bipolaren Depression als auch zur Phasenprophylaxe der bipolaren Depression hat. Lithium ist daher weiterhin der Goldstandard in der Behandlung der bipolaren Depression, weil über die stimmungsstabilisierende Wirkung hinaus ein antidepressiver Effekt und eine augmentierende Wirkung auf Antidepressiva nachgewiesen werden konnte. Darüber hinaus hat Lithium antisuizidale Eigenschaften, die sich mit einer Latenz von circa sechs Monaten entfalten sollen. All diesen Qualitäten des Lithiums bei der Behandlung der bipolaren Depression steht jedoch gegenüber,

dass es nur über eine enge therapeutische Breite verfügt (Möglichkeit der akuten und chronischen Intoxikation bis hin zur Dialysepflichtigkeit zum Beispiel durch eine chronische, lithiumbedingte Nephritis) und auch nicht selten Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, kognitive Störungen, kardiale und gastrointestinale Störungen sowie Störungen der Schilddrüse und Nierenfunktion hervorruft.

Alternative Therapieverfahren

An dieser Stelle sind die „Psychotherapieverfahren“, „Schlafentzugsbehandlungen“, „Elektrokrampftherapie“ und die „pharmakologischen Behandlungsalternativen mit Schilddrüsenhormonen“ sowie die „Vagusnervstimulation“ und die „repetitive transkranielle Magnetstimulation“ (rTMS) zu nennen, auf die nachfolgend im Einzelnen eingegangen wird.

Zur Wirksamkeit verschiedener **Psychotherapieverfahren** gibt es zahlreiche Untersuchungen. Psychotherapiestudien, die sich hauptsächlich oder ausschließlich mit der bipolaren Depression befassen gibt es jedoch nicht, sodass nur eine allgemeine Empfehlung zur Psychotherapie bei affektiven Erkrankungen gegeben werden kann.

Von den **Schilddrüsenhormonen** ist bekannt, dass sie eine Bedeutung bei den depressiven Störungen haben. L-Thyroxin hat sich in einer Reihe von offenen und kleineren kontrollierten Studien als wirkungsvoll in der Behandlung der bipolaren Depression erwiesen. Alternativ kann also versucht werden, wie es auch bei der Behandlung der unipolaren Depressionen und des „Rapid Cycling“ bereits erfolgreich durchgeführt wurde, mit einer zusätzlichen Gabe von L-Thyroxin (in höherer Dosierung 125–400 µg/d) zu einem Antidepressivum und einem Stimmungsstabilisierer, eine bipolare Depression zu behandeln.

Auch die **Elektrokrampftherapie** (EKT) ist ein hochwirksames Verfahren zur Behandlung der rezidivierenden depressiven Störung (auch depressiver Episoden im Rahmen der bipolaren Erkrankung). Jedoch ist hier darauf zu achten, dass die EKT, obgleich auch gut antimaniatisch wirksam, mit einem etwa 10%igen Risiko behaftet ist, einen Phasen-

wechsel herbeizuführen. Aus diesem Grund sollte es unter phasenprophylaktischer Medikation (Cave: Antiepileptika erhöhen die Krampfschwelle) angewendet werden.

Eine weitere Behandlungsalternative stellt die **Schlafentzugsbehandlung** dar, hier ist neben der Wirksamkeit bei der rezidivierenden depressiven Störung auch eine Wirkung bei der bipolaren Depression belegt. Auch bei der Schlafentzugsbehandlung besteht ein Risiko für ein Umschlagen in eine Manie, sodass diese Behandlung bei bipolarer Depression nur unter einer phasenprophylaktisch wirksamen Medikation durchgeführt werden sollte.

Mit der **Vagusnervstimulation** und der **repetitiven transkraniellen Magnetstimulation** liegen keine kontrollierten Studiendaten zur Wirksamkeit bei der Behandlung der bipolaren Depression vor. Es gibt aber Hinweise zur Wirksamkeit bei der rezidivierenden depressiven Störung beziehungsweise der majoren Depression, ferner existieren Daten aus offenen Studiendesigns. Pramipexol (ein Dopaminagonist, der vor allem bei Morbus Parkinson verwendet wird) in Kombination mit einem Phasenstabilisierer. Andere, bisher nicht ausreichend evaluierte Behandlungsoptionen sind die Anwendung von Omega-3-Fettsäuren in Kombination mit einem Phasenstabilisierer, das Antiepileptikum Topiramamat in Kombination mit einem Phasenstabilisierer oder Agomelatin (ein Melatoninagonist) in Kombination mit einem Phasenstabilisierer. Zum Schluss sei noch Riluzol erwähnt, ein Glutamatantagonist, der zur Behandlung der amyotrophen Lateralsklerose empfohlen wird und neuroprotektive und antikonvulsive Eigenschaften hat. In kleineren Untersuchungen hat er in der Kombination mit einem Stimmungsstabilisierer positive Effekte gezeigt.

Therapieleitlinien und Guidelines

Leitlinien zur Behandlung der bipolaren Störung existieren in Deutschland auch weiterhin nicht. Allerdings gibt es derzeit eine Arbeitsgruppe, die sich in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Ner-

venheilkunde (DGPPN) zum Ziel gesetzt hat, deutsche evidenzbasierte S3-Leitlinien zu bipolaren Störungen zu entwickeln. In anderen Ländern der Welt gibt es entsprechende Leitlinien bereits seit mehreren Jahren, diesbezüglich sind unter anderem die Arbeiten der APA (American Psychiatric Organisation) und das CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment) zu nennen. □

AUTOREN

Dr. med. Rahul Sarkar,
PD Dr. med. Stephanie Krüger

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Charité Mitte
E-Mail: rahul.sarkar@charite.de



Foto: Archiv

Für Sie gelesen

Alzheimer: Antipsychotika erhöhen Mortalitätsrisiko auch langfristig

Unter einer Kurzzeitbehandlung mit Neuroleptika steigt die Mortalität bei Demenz-Patienten an. Ob der Einsatz von Antipsychotika auch langfristig das Sterberisiko der Patienten erhöht, sollte in einer placebokontrollierten Studie geklärt werden.

➔ Bereits im Jahr 2005 hatte die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) vor dem Einsatz von Antipsychotika bei Demenzpatienten gewarnt. Der Hintergrund war eine Metaanalyse, in der das Mortalitätsrisiko von Demenzpatienten signifikant um etwa das 1,5-fache erhöht war, wenn sie zwischen sechs und zwölf Wochen mit atypischen Neuroleptika behandelt wurden [Schneider et al., JAMA, 2005].

Clive Ballard vom Wolfson Centre for Age-Related Diseases in London und seine Mitarbeiter werteten nun die Daten von 128 Alzheimerpatienten aus. Diese nahmen randomisiert mindestens über ein Jahr entweder die seit kurzem verschriebenen Antipsy-

chotika weiter ein oder erhielten ein Placebo. Die Patienten waren im Schnitt 85 Jahre alt und zu über 75 % weiblich, sie erhielten die Neuroleptika Thioridazin, Chlorpromazin, Haloperidol, Trifluoperazin oder Risperidon. Nach einer Beobachtungszeit von zwölf Monaten lag die Überlebensrate der Demenzpatienten in der Verumgruppe bei 70 %, unter Placebo dagegen bei 77 %. Nach 24 Monaten unterschieden sich die Überlebensraten mit 46 % unter Verum versus 71 % unter Placebo noch deutlicher, nach 36 Monaten lagen sie bei 30 % versus 59 %. Insgesamt ergab sich eine fast um etwa 40 % reduzierte Überlebenswahrscheinlichkeit für die Patientengruppe, die Neuroleptika

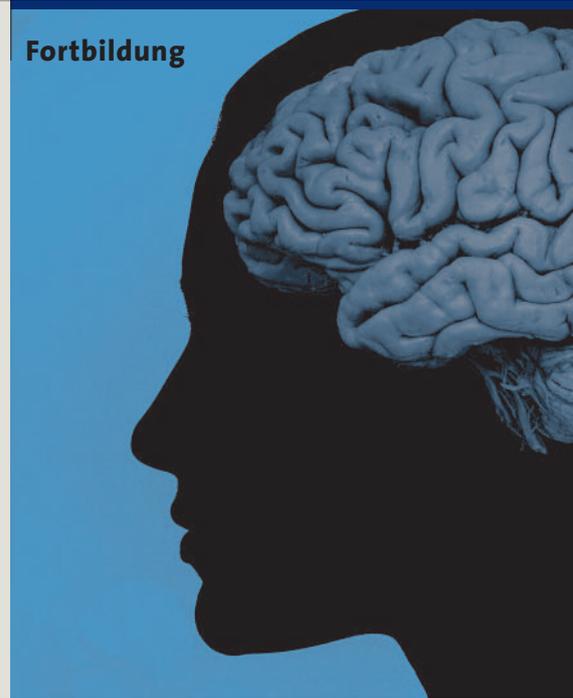
einnahm (Hazard Ratio: 0,58; $p = 0,03$, Intention-to-treat-Population). Nach den vorliegenden Todesbescheinigungen ergab sich kein Hinweis für vermehrte zerebrale Ereignisse unter den Antipsychotika. Vaskuläre Todesursachen waren in der Placebogruppe häufiger, jedoch ohne Signifikanz.

Fazit: Demenzpatienten haben unter Neuroleptikabehandlung ein erhöhtes Mortalitätsrisiko. Dies gilt auch für die langfristige Therapie mit diesen Substanzen wie nun in der placebokontrollierten Langzeitstudie erneut bestätigt wurde. Die Resultate machen einmal mehr deutlich, dass nach unbedenklicheren Alternativen in der langfristigen Behandlung von neuropsychiatrischen Symptomen bei Demenzpatienten gesucht werden muss. **af**



Der kurz- und auch langfristige Einsatz von Antipsychotika bei Demenzkranken bleibt umstritten.

Ballard C et al. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurology* 2009; Epub ahead of print, doi:10.1016/S1474-4422(08)70295-3



Psychiatrische Kasuistik

Schwere depressive Episode und Kleptomanie

Anamnese

Eine 39-jährige Patientin wird in Begleitung des sozial-psychiatrischen Dienstes in die Klinik gebracht. Dieser berichtet, vom ambulanten Psychiater der Patientin über den Verdacht auf akute Suizidalität informiert worden zu sein. Die Patientin habe sich bei bereits seit mehreren Monaten bestehender depressiver Symptomatik in Behandlung befunden. Am Vortag habe sie im Rahmen der ambulant-psychiatrischen Behandlung vage Suizidgedanken geäußert und sei am Tag der Aufnahme nicht zum ambulant vereinbarten Termin erschienen.

Im Rahmen der Exploration in der Aufnahme war die Patientin zunächst eingeeignet auf die Sorge um ihren achtjährigen Sohn, den sie seit der Trennung vom Ehemann alleine erziehe, da sie nicht wusste, wo dieser vom sozialpsychiatrischen Dienst untergebracht wurde. Erst nach Klärung der Situation war eine Exploration der sehr affektlabilen, zum Weinen neigenden Patientin möglich. Im Vordergrund der Symptomatik standen ausgeprägte Schuldgefühle sowie Selbstabwertung, Zukunftsängste, Hoffnungslosigkeit und Insuffizienz erleben. Auch habe sie in den letzten Wochen kaum noch Antrieb gehabt, es sei

ihr zunehmend schwer gefallen, sich um den Haushalt zu kümmern. Freude an Freizeitaktivitäten habe sie schon seit langem nicht mehr empfinden können, und sie sei nur noch dem Sohn zuliebe aktiv gewesen. Die Symptomatik bestehe schon seit mehreren Monaten und habe in den letzten Wochen zugenommen. Bei seit längerem bestehendem Lebensüberdruß, habe sie seit etwa zwei Wochen vermehrt Suizidgedanken, die immer drängender wurden, wobei es jedoch keine konkreten Pläne gab. Des Weiteren berichtet die Patientin, dass sie gelegentlich etwas stehlen „müsse“. Sie machte diesbezüglich zunächst nur sehr vage Angaben und bagatellierte die Dringlichkeit dieses Problems, ein ausgeprägtes Schamerleben war deutlich zu erkennen. Die Patientin ist gebürtige Kubanerin und lebt seit ihrer Heirat 1999 in Deutschland. Seit 2005 ist die Ehe geschieden, den achtjährigen Sohn aus dieser Ehe betreut die Patientin bei gemeinsamem Sorgerecht weitgehend allein. Es bestehe jedoch ein überwiegend freundlicher Kontakt zum geschiedenen Ehemann. In Kuba habe sie eine Ausbildung zur Kindererzieherin und später zur Tänzerin gemacht und in beiden Berufen gearbeitet. Hier würde ihr

der Beruf der Erzieherin, in welchem sie gerne wieder arbeiten würde, nicht anerkannt. Deshalb mache sie gerade eine schulische Weiterbildung auch zur weiteren Verbesserung der Sprache und plane im Anschluss einen Kursus zur Altenpflege zu absolvieren.

Psychiatrische Vorgeschichte: etwa fünf abgrenzbare depressive Episoden seit dem 22. Lebensjahr. Damals habe sie noch in Kuba gelebt, sei nur unregelmäßig in psychiatrischer Behandlung gewesen und zeitweise mit Meprobamat mit mäßigem Erfolg behandelt worden. Eine depressive Episode sei direkt nach der Geburt ihres Sohnes aufgetreten, diese sei unbehandelt remittiert. Manische Phasen ließen sich – fremdanamnestic durch den geschiedenen Ehemann bestätigt – nicht eruieren. In Deutschland sei sie seit September 2007 in psychiatrischer Behandlung und wurde bis vor drei Wochen antidepressiv mit Paroxetin behandelt. Eine psychotherapeutische Behandlung sei während der probatorischen Sitzungen durch den Therapeuten beendet worden, da er mit der vorliegenden Symptomatik kaum Erfahrung hatte; sie wurde an eine Kollegin weiterverwiesen, bei der sie jedoch noch keinen Termin vereinbart habe.

Familienanamnese: laut Patientin Alkoholabhängigkeit bei Vater und Bruder; eine Nichte und eine Cousine seien ebenfalls an Depressionen erkrankt (Suizid der Cousine durch Selbstverbrennung).

Suchtmittelanamnese: unauffällig; die Patientin berichtet glaubhaft, Alkohol nur gelegentlich und in geringen Mengen zu konsumieren; kein Konsum illegaler Substanzen oder von Nikotin.

Befund

Psychopathologie: gepflegte Patientin, im Kontakt kooperativ, aber sehr scheu; wach und zu allen Qualitäten vollständig orientiert; Konzentration und Aufmerksamkeit gemindert, jedoch ausreichend für eine Gesprächsführung; keine mnestic Defizite; formalgedanklich deutliche Grübelneigung, bei Aufnahme eingengt auf die Sorge um den Sohn und dessen Verbleib während der stationären Behandlung einerseits und auf Schuldgefühle andererseits wegen des Unvermögens, den Sohn ausreichend zu versorgen. Darüber hinaus keine formalen Denkstörungen; kein Anhalt für inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen; Stimmung gedrückt, vor allem deutlicher Interessens- und Freudverlust; Antrieb ebenfalls stark reduziert, sie habe kaum Kraft, die Anforderungen im Alltag zu erledigen und ziehe sich auch von Freunden zurück. Hoffnung auf Besserung ihrer Situation bestehe nicht, sie könne sich nicht vorstellen, in der Zukunft ausreichend für sich und ihren Sohn zu sorgen. Im Affekt deutlich ängstlich-agitiert; vor allem in den letzten Tagen vor Aufnahme zunehmend Suizidgedanken, jedoch keine konkreten Suizidpläne; Patientin ist absprachefähig; aktuell und in euthymen Phasen bestehe erhöhte Ängstlichkeit; kein Hinweis auf Panikattacken, Agoraphobie oder spezifische Phobien; Zwangsgedanken oder -handlungen werden verneint; unauffällige Einschlaf latenz, jedoch deutliche Durchschlafstörungen sowie Früherwachen; mäßige Gewichtsabnahme infolge reduziertem Appetit; HAMD-17 bei Aufnahme: 26 Punkte.

Internistische und neurologische Befunde: altersentsprechend unauffällig. Als einzige Vorerkrankung berichtet die Patientin von einem Uterus myomatosus mit periodenabhängigen Schmerzen.

Laborwerte: alle Werte der klinischen Chemie, TSH und CRP normal; mikrozytäre hypochrome Eisenmangelanämie mit Hb 11,6 mg/dl (bei Hypermenorrhoe), sonstiges Blutbild unauffällig.

Kranielles MRT: keine Läsionen/Atrophien, altersentsprechender Normbefund.

Therapie und Verlauf

Nach der Klärung der Versorgung des Sohnes war die Patientin durch die stationäre Aufnahme entlastet. Wir behandelten die Patientin aufgrund des deutlich ängstlich-agitierten Syndroms initial anxi-

Fragen

1. Was ist kein Merkmal einer Kleptomanie?

- a) Charakteristisch ist das häufige Nachgeben gegenüber Impulsen, Dinge zu stehlen, die nicht zum persönlichen Gebrauch oder der Bereicherung dienen. Sie werden häufig weggeworfen, weggegeben oder gehortet.
- b) Es besteht meist eine stark steigende Spannung vor der Handlung.
- c) Es besteht ein Gefühl der Befriedigung während oder sofort nach der Tat.
- d) Das Stehlen erfolgt allein und ohne Komplizen.
- e) Schuldgefühle sowie Ängste zwischen oder nach den Taten verhindern die Rückfallwahrscheinlichkeit.

2. Welche Aussage zur Kleptomanie ist falsch?

- a) Das Stehlen wird nicht begangen, um Wut oder Rache auszudrücken und erfolgt nicht als Reaktion auf Wahnphänomen oder Halluzinationen.
- b) Es besteht eine hohe Komorbidität zur affektiven Erkrankungen.
- c) Kleptomanie wird im ICD 10 unter Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen klassifiziert.
- d) Eine organisch bedingte psychische Störung kann Ursache der Kleptomanie sein.
- e) Kleptomanie gehört zu den Impulskontrollstörungen.

3. Welche Aussagen zur Therapie von Kleptomanie sind richtig?

- a) SSRI sind die Pharmakotherapie der Wahl.
- b) Es gibt keine Pharmakotherapie der Wahl.
- c) Es haben sich Behandlungserfolge unter verhaltenstherapeutischen Maßnahmen wie Exposition, Reaktionsverhinderung und kognitive Umstrukturierung gezeigt.
- d) Eine ausführliche individuelle Verhaltens-, Funktions- und Bedingungsanalyse ist ein wesentlicher Faktor vor der Planung von Expositionsübungen. Darüber hinaus müssen alternative Verstärker etabliert werden.
- e) Opiatrezeptorantagonisten zeigen in Einzelfällen Wirksamkeit.

4. Welche rechtlichen Aspekte treffen in Bezug auf die Kleptomanie nicht zu?

- a) Kleptomanie wird aus forensischer Sicht als „krankhafte seelische Störung“ eingeordnet.
- b) Kleptomanie ist keine „krankhafte seelische Störung“ im forensischen Sinne, sondern fällt unter den juristischen Begriff der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ sofern die Ausprägung als krankhaft anzusehen ist.
- c) Zur Abgrenzung von gewohnheitsmäßigem Diebstahl sind insbesondere Drang- und Impulshaftigkeit entscheidend.
- d) Die Diagnose des kleptomanen Stehlens kann zu einer verminderten und im Einzelfall sogar aufgehobenen Schuldfähigkeit führen.
- e) Kleptomanie führt immer zu einer verminderten Schuldfähigkeit.

lytisch-sedierend mit 3 mg Lorazepam/Tag und nahmen eine antidepressive Therapie mit Sertralin (zunächst 50 mg) auf. Nach initial guter Besserung zeigte sich im Verlauf jedoch unabhängig von der Lorazepamreduktion erneut eine deutliche Verschlechterung der Symptomatik, insbesondere traten ausgeprägte Schuld- und Schamgefühle in den Vordergrund. Im Rahmen der zusätzlichen verhaltenstherapeutisch orientierten Einzelpsychotherapie berichtete die Patientin erstmals ausführlicher zu den zu Beginn nur nebensächlich erwähnten Diebstählen. Sie habe bereits seit mehreren Jahren in fluktuierendem Ausmaß ein zwanghaftes Bedürfnis zum Stehlen, dass sie bei (inzwischen) fehlender finanzieller Notwendigkeit und trotz Einsicht bezüglich der negativen Folgen nicht kontrollieren könne. Mehrfach sei es zu Strafverfolgung gekommen. Trotz möglicher Konsequenzen weiterer Diebstähle (z. B. Freiheitsstrafe ohne Bewährung, gegebenenfalls Ausweisung) habe sie bis vor dem stationären Aufenthalt dem Drang zu stehlen nicht widerstehen können. Das Thema war sehr stark schambesetzt, die Patientin war deutlich angespannt. Mittels mehrerer Verhaltensanalysen konnten sowohl initiale Diebstähle als auch Veränderungen im Verlauf exploriert werden. Der erste Diebstahl (mit Anzeige) habe 2001 in Begleitung einer Freundin stattgefunden, die sie dazu überredet habe. Sie sei damals depressiv gewesen und habe die einzige Freundschaft nicht aufs Spiel setzen wollen. Danach stahl sie nur sehr selten, wobei die Motivation wirtschaftliche Not gewesen sei; seit 2003 zunehmender Kontrollverlust beim Stehlen und inzwischen massive Schuldgefühle. 2005/2006 deutliche Zunahme der Diebstähle mit Kontrollverlust erleben, bereits beim Betreten von Geschäften massive Anspannung und ein zwanghaft auftretender Gedanke „Ich muss was nehmen“. Zu Entspannungsgefühl danach sei es eher selten gekommen und wenn auch nur sehr kurz und direkt gefolgt von ausgeprägtem Schuld- und Schamerleben. Die Waren hatten meist nur einen geringen Wert (Essen, Kleidung auch in falscher Größe, Ziergegenstände, Kosmetik) und wurden in der Regel gar nicht benutzt oder verschenkt,

im Keller gelagert oder gleich nach dem Diebstahl weggeworfen. Aufgrund dieses „Stehlwanges“ ging sie kaum mehr einkaufen und konnte somit auch den Haushalt nicht mehr versorgen. Auch der Gedanke, dass ihre Familie und vor allem der Sohn davon erfahren könne und somit ein offizieller Beweis erbracht sei, dass sie ein schlechter Mensch sei, führte zu der deutlichen Selbstwertproblematik. Das zwanghafte Stehlen wurde auch von der Patientin selbst als wesentlicher aufrechterhaltender Faktor der depressiven Symptomatik gesehen, sodass im Rahmen der Einzeltherapie der Fokus einerseits auf die Fähigkeit, dem Drang zum Stehlen zu widerstehen und andererseits auf die Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Reduktion der Schuldgefühle gelegt wurde.

Auf Basis der mehrfachen Verhaltensanalysen sowie einer „Angsthierarchie“ wurden ein graduelles Expositionstraining geplant und durchgeführt sowie Techniken der Reaktionsverhinderung eingeübt. Zunächst ging die Patientin begleitet in kleinere Geschäfte zum Einkauf. Sowohl die Dauer eines Einkaufes als auch die Länge der Einkaufslisten wurden stetig erweitert. Besonderer Wert wurde dabei auf das Erleben von Angst- und Spannungsreduktion noch während des Einkaufs gelegt, ohne dass ein Diebstahl begangen wurde. Seit der stationären Aufnahme hatten keine Diebstähle mehr stattgefunden. Hier zeigte sich die Wichtigkeit eines sehr regelmäßigen Expositionstrainings, da die Patientin weiterhin ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten bezüglich selbstständiger Einkäufe hatte und schon eine Pause von einer Woche ohne Exposition wieder zu einer deutlichen Zunahme der Erwartungsängste und der Anspannung im Kaufhaus führte. Im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung war die Reduktion des Schulterlebens schwierig, da die Patientin beim Betreten eines Geschäftes weiterhin den automatischen Gedanken zu stehlen hatte, wenngleich sie durch das Training dem Drang zunehmend besser widerstehen konnte. Das Schulterleben bezüglich des automatischen Gedankens war psychotherapeutisch kaum zu verändern; trotz vieler positiver Erfahrungen – auch bei unbegleiteter Exposi-

tion – bewertete sie den Drang zu stehlen als Schuldzuweisung; eine Differenzierung zwischen Gedanke und Handlung konnte kaum vollzogen werden.

Psychopharmakologisch dosierten wir die Medikation mit Sertralin bis auf 200 mg/Tag, um neben der antidepressiven Wirkung einen Effekt auf den Zwang zum Stehlen zu erreichen. Das zusätzlich gegebene Mirtazapin, das sich zunächst positiv auf die Durchschlafstörungen und das Früherwachen auswirkte, musste bei Auftreten von Albträumen wieder abgesetzt werden. Bei zwischenzeitlich jedoch deutlich verschlechterter depressiver Symptomatik stellten wir die Medikation auf Venlafaxin 150 mg/Tag um. Sowohl zur antidepressiven Augmentation als auch unter Ausnutzung der positiven Wirkungen bei Impulskontrollstörung stellten wir die Patientin auf Lithiumcarbonat ein, das gut vertragen wurde. Unter dieser psychopharmakologischen Kombinationstherapie und der regelmäßigen Verhaltenstherapie konnten wir die Patientin bei deutlicher Besserung der depressiven Symptomatik sowie zumindest während des stationären und teilstationären Aufenthaltes sistierter Kleptomanie in die weitere ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung entlassen.

Beurteilung und Diskussion

Diagnose: schwere depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10; F33.2) sowie pathologisches Stehlen (Kleptomanie) (ICD-10 F63.2). Dabei ist die Kleptomanie laut ICD-10 [Dilling H et al. WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10, 2000] abzugrenzen von „Depressiver Störung mit Diebstahl“. Bei genauer Exploration zeigte sich jedoch, dass im individuellen Fall die Symptomatik der Kleptomanie auch außerhalb der depressiven Episoden vorlag, wengleich zu Beginn depressiver Episoden häufigeres Stehlen berichtet wurde. Möglicherweise sind das verstärkte Stehlen und die damit einhergehenden Schuldgefühle inzwischen sowohl ein aufrechterhaltender Faktor für die Depression als auch ein akute Episoden mit bedingender Faktor, sodass wir von einer Komorbidität beider Störungen ausgehen, die auch in der Literatur bezüglich Kleptomanie und affektiver Er-

krankungen als hoch beschrieben wird [McElroy SL et al. Psychol Med. 1991].

Gegen die Diagnose Kleptomanie könnte die nur geringe Spannungsreduktion durch den Diebstahl oder die nicht vorhandene Befriedigung während oder sofort nach der Tat sprechen. Bezüglich der Entlastung während oder nach dem Diebstahl fällt jedoch auf, dass die Patientin aufgrund der erheblichen Schuld- und Schamgefühle eine Spannungsreduktion kaum erleben kann, da diese bereits zu der Anspannung im Vorfeld des Diebstahls beitragen. Ferner traute sie sich auch kaum entsprechende angenehme Gefühle nach dem Diebstahl zu benennen, da sie diese als erneuten Beleg für die „Verwerflichkeit“ ihres Verhaltens deutete. Daher gehen wir davon aus, dass zumindest in gewissem zeitlichem Umfang ein Spannung reduzierendes Erleben durch den Diebstahl stattfindet. Des Weiteren kommt differenzialdiagnostisch „gewohnheitsmäßiges Stehlen“ infrage [Jabs BE und Pfuhlmann B. Fortschritte Neurologie und Psychiatrie, 2004], was durch die initialen Diebstahlhandlungen gestützt würde. Im Verlauf spricht für die Diagnose „Kleptomanie“ jedoch deutlich der zunehmend zwanghafte Impuls, Dinge zu stehlen, die nicht zum persönlichen Gebrauch genutzt wurden. Dabei konnten weder die eindeutig vorhandenen Schuld- und Schamgefühle,

noch die erheblichen juristischen Konsequenzen weitere Diebstähle verhindern [Dilling H et al. WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10, 2000; Saß H et al. 1998]. Auch das Vortäuschen einer psychischen Erkrankung zur Erlangung von Vorteilen oder dem Verhindern von Strafverfolgung wird im vorliegenden Fall nicht angenommen, da die Patientin bezüglich der Kleptomanie das Symptom der „Befriedigung und Entspannung während und nach der Tat“ sicher deutlicher in den Vordergrund gerückt hätte, anstatt es zu verneinen. □

AUTOREN

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Nicole Bührsch, Francesca Regen, Florian Bernard, Prof. Dr. med. I. Anghelescu
Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Campus Benjamin Franklin, Berlin
E-Mail: Nicole.Buehrsch@charite.de

Lösungen

1e, 2d; 3b–e; 4 a+e

zu 1: Nach ICD-10 F63.2 sind folgende Symptome charakteristisch: häufiges Nachgeben gegenüber Impulsen, Dinge zu stehlen, die nicht zum persönlichen Gebrauch oder der Bereicherung dienen. Diese Gegenstände werden häufig weggegeben, weggegeben oder gehortet. Meist findet sich eine steigende Spannung vor der Handlung und ein Gefühl der Befriedigung während oder sofort nach der Tat. Es erfolgen oft Versuche, die Tat zu verbergen, ohne allerdings alle Möglichkeiten dafür auszuschöpfen. Das Stehlen erfolgt allein, ohne Komplizen. Schuldgefühle und Ängste zwischen oder nach den Taten können Rückfälle nicht verhindern [Dilling H et al. WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10, 2000].

zu 2: Organisch bedingte psychische Störungen (F00–F09) wie beispielsweise Vergessen zu bezahlen bei Gedächtnisstörungen oder andere Arten intellektueller Beeinträchtigungen sind nach ICD-10 Ausschlusskriterium für die Kleptomanie. Richtig ist jedoch, dass eine hohe Komorbidität zu affektiven Störungen vorliegt. So zeigten 57% aus einer Stichprobe von 56 kleptomatischen Patienten eine affektive Störung (MDE oder bipolar affektive Störung; [McElroy SL et al. Psychol Med. 1991]).

1e, 2d; 3b–e; 4 a+e

Im ICD-10 wird Kleptomanie (F63.2) unter F63, abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle klassifiziert (ICD-10). Im DSM-IV wird Kleptomanie unter Störungen der Impulskontrolle, nicht andernorts klassifiziert eingeordnet; als weiteres Kriterium wird hier angeführt, dass das Stehlen nicht besser durch eine Störung des Sozialverhaltens, eine manische Episode oder antisoziale Persönlichkeitsstörung erklärt werden kann [Saß H et al. 1998].

zu 3: In Einzelfällen haben sich sowohl SSRI und Trizyklika als auch Stimmungsstabilisierer oder Kombinationsbehandlungen als wirksam gezeigt, aber auch negative Befunde sind dokumentiert [McElroy SL et al. Am J Psychiatry 1991]. Es gibt bisher keine placebokontrollierten Doppelblindstudien, die dies belegen. Eine offene Studie zu Escitalopram (n = 24; über sieben Wochen) zeigt zwar eine signifikante Abnahme der Anzahl der Diebstähle pro Woche sowie des Dranges zu stehlen bei 79 % der Teilnehmer, aber eine anschließende doppelblinde, placebokontrollierte Studie, in die nur die Responder (n = 15; über 17 Wochen) inkludiert wurden, findet keinen Unterschied zwischen Escitalopram und Placebo (Relapse unter Escitalopram sogar früher als unter Placebo) [Koran LM et al. J Clin Psychiatry 2007]. In einer offenen Studie (n = 10) zu Naltrexon bei Kleptomanie wurde bei der Mehrheit der Patienten bei durchschnittlicher Dosierung von 145 mg/d eine Minderung des Dranges zu stehlen und eine Abnahme der Frequenz von Diebstählen beobachtet [Grant JE & Kim SW. J Clin Psychiatry 2002].

Sauke G et al. (Verhaltenstherapie 2004) erreichten im Rahmen einer kontrollierten Studie (n = 12) bei elf Patienten eine gute Symptomreduktion. Dabei stand eine individuelle Verhaltens-, Funktions- und Bedingungsanalyse vor Exposition und Reaktionsverhinderung zunächst im Fokus. Auch die Notwendigkeit der Berücksichtigung von Komorbidität und dem Aufbau eines positiven Selbstwerterlebens wird von den Autoren betont.

zu 4: Als krankhafte seelische Störung werden zum Beispiel akute Psychosen oder hirnorganische Veränderungen eingeordnet. Kleptomanie fällt unter den Begriff der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“. Dafür relevant ist die Beurteilung von Steuerungs- und Einsichtsfähigkeit des Handelns. Einsichtsfähigkeit ist jedoch per definitionem bei Kleptomanie gegeben, sodass vor allem die Steuerungsfähigkeit von Bedeutung ist. Diese wird dann nicht angenommen, wenn das innere Abwägen („Wenn-Aber-Denken“) oder die Prüfung von Nutzen und Risiken, Gefahren und Konsequenzen unterbleiben oder unberücksichtigt bleiben, weil die Handlungen drang- und impulsiv ablaufen.

Kleptomanie kann zu verminderter Schuldfähigkeit führen, zum Teil sogar zu aufgehobener Schuldfähigkeit, dazu ist neben der Feststellung der schweren anderen seelischen Abartigkeit auch eine genaue Analyse von Zweck und Ursache des Diebstahls sowie damit verbundenes Erleben relevant. Auch

soll beurteilt werden, ob Deliktverhalten im Gegensatz zu sonstiger Lebensführung steht. Falls Stehlen Symptom einer schweren Persönlichkeitsstörung mit aufgehobener Steuerungsfähigkeit ist, sollte diese auch sonst nachweisbar sein. Schwierigkeiten ergeben sich allerdings dann, wenn Diebstähle sowohl als gewöhnliche Diebstähle als auch im Rahmen der Kleptomanie im Längsschnitt vorkommen, was aber de facto häufig der Fall ist [McElroy SL et al. Psychol Med. 1991].

Literatur

1. Dilling H, Mombour W & Schmidt MH (Hrsg.) WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien, 2000, Huber, Bern
2. McElroy SL, Hudson JI, Pope HG, Keck PE. Kleptomania: clinical characteristics and associated psychopathology. Psychol Med 1991; 21 (1): 93–108. Review.
3. Jabs BE & Pfuhlmann B. Klinische und forensische Aspekte. Fortschritte Neurologie und Psychiatrie 2004; 72: 21–5
4. Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M. & Houben H. Diagnostischen Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen: DSM-IV, 1998, Hogrefe, Göttingen
5. McElroy SL, Pope HG Jr., Hudson JI, Keck PE Jr. & White KL. Kleptomania: a report of 20 cases. Am J Psychiatry 1991; 148 (5): 652–7
6. Koran LM, Aboujaoude EN & Gamel NN. Escitalopram treatment of kleptomania: an open-label trial followed by double-blind discontinuation. J Clin Psychiatry 2007; 68 (3): 422–7
7. Grant JE & Kim SW. An open-label study of naltrexone in the treatment of kleptomania. Journal of Clinical Psychiatry 2002; 63: 349–56
8. Sauke G. Kleptomanie: Überblick zum Forschungsstand und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Studie. Verhaltenstherapie 2004; 14 (2): 100–10

Agomelatin: neues antidepressives Wirkprinzip

Die meisten etablierten Antidepressiva wirken direkt oder indirekt auf den Serotonin- und/oder Noradrenalin-Stoffwechsel und haben laut Prof. Andreas Heinz, Berlin, hinsichtlich der Wirksamkeit oder Verträglichkeit ihre Grenzen. Darüber hinaus weisen nach Angaben von Prof. Göran Hajak, Regensburg, 24-Stunden-Aktigraphien bei Depressiven darauf hin, dass deren zirkadianer Rhythmus gestört ist. Daher sollte die antidepressive Therapie seines Erachtens auch auf den zirkadianen Rhythmus zielen. Ein derartiges Wirkprinzip ermöglicht das neue Antidepressivum Agomelatin (Valdoxan®), das im Frühjahr 2009 eingeführt werden soll: Als Serotonin-Rezeptor-Antagonist (5-HT_{2c}-Rezeptor-Antagonist) hat es positive Effekte auf Stimmung, Angst, Antrieb sowie Tiefschlaf und als Melatonin-Rezeptor-Agonist (an den MT₁/MT₂-Rezeptoren)

bewirkt es eine Resynchronisation des gestörten zirkadianen Rhythmus. Aufgrund dieses hochspezifischen Rezeptorprofils erwartet Prof. Christoph Hiemke, Mainz, zudem eine bessere Verträglichkeit als bei anderen Antidepressiva. Wirksamkeit und Verträglichkeit von Agomelatin ließen sich laut Prof. Markus Gastpar, Berlin, in mehreren Studien belegen: So war in einer Studie das HAMD-17-Ansprechen nach zwei Wochen unter Agomelatin signifikant besser als unter Sertralin, nach sechs Wochen näherten sich die Werte an [Kasper S et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2008; 18]. Zwei weitere Studien zeigten nach sechs Wochen eine vergleichbare antidepressive Wirksamkeit von Agomelatin und Venlafaxin beziehungsweise Venlafaxin retard – bei besserer Verträglichkeit von Agomelatin [Lemoine P et al. J

Clin Psychiatry. 2007; 68; Kennedy SH et al. J Clin Psychopharmacol. 2008; 28]. Darüber hinaus hatte Agomelatin nach einer Woche einen signifikant besseren Einfluss auf den Schlaf als Venlafaxin. In einer weiteren Studie waren die Rezidivraten unter Agomelatin innerhalb von zehn Monaten gegenüber Placebo signifikant reduziert (23,9 % vs. 49,9 %, p < 0,0001) [Goodwin GM et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2007; 17]. **pe**

Satellitensymposium „Depression und Störung der zirkadianen Rhythmik: Neuer Behandlungsansatz durch ein innovatives Therapiekonzept“ im Rahmen des DGPPN Kongresses Berlin, 27.11.2008
Veranstalter: Servier Deutschland

Sichere Wirkung – hohes Wohlbefinden: kein Widerspruch in der Schizophrenietherapie

Neben der Wirksamkeit der Medikation spielt in der Therapie schizophrener Patienten vor allem die Compliance eine entscheidende Rolle. Dies gilt umso mehr, als sich die modernen Neuroleptika weniger durch ihre antipsychotische Wirksamkeit als durch das Nebenwirkungsspektrum unterscheiden. Eine erfolgreiche Behandlung muss darum zwei Aspekte im Auge haben: die schnelle Verbesserung der Psychopathologie und das subjektive Wohlbefinden der Patienten – ein Kriterium, das bisher zu wenig berücksichtigt wurde. Nur wenn die Patienten die Therapie vertragen und akzeptieren, können Rezidive verhindert werden.

Erreichen lässt sich dieses Ziel am ehesten mit einem stoffwechselneutralen Antipsychotikum wie Ziprasidon (Zeldox®), da die Patienten gerade die Gewichtszunahme als besonders stigmatisierend empfinden. Im Gegensatz zu vielen anderen Antipsychotika der zweiten Generation gingen in einer Metaanalyse mit 943 Patienten die Blutfette und teilweise auch die Glukosespiegel während einer Ziprasidon-Behandlung zurück [Lieberman JA et al., 2005]. Die Prolaktinwerte zeigten keinen wesentlichen Anstieg. Die frühere Diskussion um

eine mögliche Verlängerung der QTc-Zeit unter Ziprasidon ist „vom Tisch“, sagte Prof. Hans-Peter Volz, Werneck. Klinische Relevanz kann diese nur bekommen, wenn Ziprasidon mit anderen Medikamenten kombiniert wird, die ebenfalls Einfluss auf die QTc-Zeit haben.

Ziprasidon, das nicht nur zur Behandlung der Schizophrenie, sondern seit 2005 auch für die Behandlung von manischen und – als einziges Antipsychotikum – von gemischten Episoden mittleren Schweregrades bei bipolaren Patienten zugelassen ist, kann rasch bis zu einer Zieldosis von 120–160 mg/d aufdosiert werden. Diese Dosis war in einer Metaanalyse bereits nach einer Woche wirksamer als die niedrigere Dosierung (40–80 mg) beziehungsweise Placebo. Die Abbruchraten waren unter der höheren Dosierung geringer, was mit der guten Wirksamkeit auf die Negativsymptomatik und die kognitiven Fähigkeiten zusammenhängen könnte. Diese Vorteile machen Ziprasidon für den niedergelassenen Psychiater Dr. Gerhard Dieter Roth, Ostfildern, neben der schnellen Titrierbarkeit und dem günstigen kardiometabolischen Profil, zu einer wertvollen Option für die Praxis. **cp**



Foto: Fotolia.com/Doreen_Salche

Presseroundtable „Der gut eingestellte schizophrene oder bipolare Patient – mit Ziprasidon sicher am Ziel“ im Rahmen des DGPPN-Kongresses Berlin, 28.11.2008
Veranstalter: Pfizer, Karlsruhe

Therapie beim Schwindel: Symptome und Sturzgefährdung mindern

➔ Die Behandlung von Schwindelsymptomen duldet keinen Aufschub. Dazu ist die Sturzgefährdung und das dadurch bedingte Verletzungsrisiko besonders bei älteren Patienten zu hoch. Ein Expertenkonsens zur „Rationalen Therapie beim Schwindel“ rät daher – obwohl die Behandlung der verschiedenen Schwindelformen primär nach der jeweiligen Ursache erfolgen sollte – bereits vor Abschluss der Diagnostik mit der symptomatischen Therapie zu beginnen.

Für die medikamentöse Behandlung empfehlen die Experten die fixe Kombination von Cinnarizin und Dimenhydrinat (Arlevet®). Der Kalziumantagonist Cinnarizin und das anticholinerg wirkende Antihistaminikum Dimenhydrinat entfalten synergistische Wirkungen: Cinnarizin hat direkte Effekte an den vestibulären Haarzellen und

verbessert die Durchblutung des vestibulären Systems. Dimenhydrinat entfaltet seine zentrale Wirkung an den Vestibulärkernen und mindert die Schwindel auslösende Reizanflutung und -weiterleitung. Die Kombination sei daher aufgrund ihrer Angriffspunkte sowohl bei peripher als auch zentral ausgelöstem Schwindel wirksam, sagte Prof. Wolfgang Stoll aus Münster. Der therapeutische Nutzen sei in randomisierten kontrollierten Doppelblindstudien sowohl im Vergleich zu Placebo als auch zu anderen Antivertiginosa bestätigt worden. Die Schwindelsymptomatik wird laut Stoll rasch und nachhaltig gebessert. Alltagskompetenz und Lebensqualität nehmen zu. Die Kombination könne aufgrund der guten Verträglichkeit auch bei geriatrischen, multimorbiden und multimedikamentös behandelten Patienten eingesetzt

werden, bei denen Schwindelsymptome besonders häufig sind. Es reduziere in dieser Patientengruppe wirkungsvoll die Symptomatik, die Gefahr von Stürzen und deren Folgen, heißt es in dem Expertenkonsens. Das Kombinations-Antivertiginosum sei damit auch in der Hand des Hausarztes ein wirksames und gut verträgliches Medikament, das bei den meisten Arten von Schwindel rasch zu einem Therapieerfolg führe. **sb**

**Pressegespräch „Schwindel und Gleichgewichtsstörungen“
Heidelberg, 14. November 2008
Veranstalter: Hennig Arzneimittel**

Escitalopram zuverlässig in der Rezidivprophylaxe

➔ Bei komplizierten Depressionen zeigt der hochselektive SSRI (selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) Escitalopram (Ciprallex®) seine Überlegenheit gegenüber verschiedenen anderen SSRI sowie gegenüber dual wirksamen SNRI (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer), wie Prof. Gerd Laux, Wasserburg, anhand von Studien demonstrierte. So konnte in einer

dreiarmligen Studie belegt werden, dass Escitalopram gemessen an der Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) wirksamer ist als Citalopram oder Placebo [Llorca et al. 2005].

In einer Vergleichsstudie erreichten mit Escitalopram nach 24 Wochen signifikant mehr Patienten eine vollständige Remission (MADRS-Score ≤ 12) als unter dem SSRI Paroxetin (75,0% vs. 66,8%) [Boulenger et al. 2006]. Des Weiteren zeigt Escitalopram eine vergleichbare Wirksamkeit bei einem gleichzeitig besseren Nebenwirkungsprofil gegenüber den beiden SNRI Venlaxin XR [Montgomery et al. 2004; Bielski et al. 2004] und Duloxetin [Khan et al. 2007].

Prof. Max Schmauß, Augsburg, stellte placebokontrollierte Studien zu Rückfallraten in der Erhaltungstherapie vor. In einer Langzeitstudie bei älteren Patienten mit Major-Depression, die zuvor in der Akuttherapie auf Escitalopram angesprochen hatten, erwies sich Escitalopram in der Rezidivprophylaxe vierfach effektiver als Placebo (33% vs. 9% [Gorwood et al. 2007]).

Eine weitere Langzeitstudie mit 590 Patienten, die zuvor in der Akuttherapie behandelt wurden, untermauerte die gute Langzeitverträglichkeit von Escitalopram. Die

Remissionsrate stieg von 46% bei Studienbeginn zu 86% nach 52 Wochen an. Insgesamt brachen 25,9% der Patienten vorzeitig ab, davon etwa jeder Dritte aufgrund von unerwünschten Nebenwirkungen [Wade et al. 2006]. Nur 2,2% der Patienten brachen aufgrund mangelnder Wirksamkeit ab.

Escitalopram zeigt „in der Langzeittherapie depressiver Störungen hervorragende Ergebnisse“, ist „Placebo eindeutig und nachhaltig überlegen“ und eignet sich „aufgrund seines guten Nebenwirkungsprofils“ in der Depressionsbehandlung, fasste Schmauß zusammen. **slx**

**Pressegespräch „Escitalopram – starker Partner bei therapeutischen Herausforderungen“, im Rahmen des DGPPN-Kongresses
Berlin, 28. November 2008
Veranstalter: Lundbeck**

Zweiter Sternlauf gegen Depression

Rund 100 Ärzte beteiligen sich am zweiten Sternlauf gegen Depression in Berlin, der im November 2008 im Rahmen des DGPPN-Kongresses stattfand. Der Benefizlauf sollte auf das Thema Depression aufmerksam machen. Für jeden gelaufenen Kilometer der 5 Kilometer langen Strecke spendete das Unternehmen Lundbeck 5 EUR an das Berliner Bündnis gegen Depression. So wurde ein Gesamterlös von 2.000 EUR erzielt.

Nach Informationen von Lundbeck

Orexin-Mangel bei Narkolepsiepatienten

➔ An der homöostatischen Regulation des Schlaf-Wach-Zyklus sind viele Neurotransmitter wie Acetylcholin, Adrenalin, Dopamin, Serotonin, Histamin und auch Orexin beteiligt. Orexine (Hypocretine) scheinen bei der Narkolepsie eine zentrale Bedeutung zu haben, erklärte Prof. Geert Mayer, Schwalmstadt-Treysa. Diese im Hypothalamus produzierten Neuropeptide registrieren, wie lange das Gehirn wach war und ermöglichen Wachheit trotz Schlafdeprivation. Doch bei über 90% aller Narkolepsiepatienten sind die Hypocretin-1-Spiegel verringert, so Mayer. Ein Hypocretin-Mangel führt zu einem verminderten Wachtonus sowie einer Imbalance cholinergischer und monoaminergischer Neurone. In der Folge kann es in den Wachphasen zum Einbruch von NREM- und REM-Schlaf kommen.

Für Patienten mit Narkolepsie stehen vor allem eine Verbesserung der Tagesschläfrigkeit und eine Verringerung der Tagesschlafattacken und der Kataplexien im Vordergrund. Wie Mayer weiter sagte, ist Modafinil (Vigil®) in der Behandlung von exzessiver Tagesschläfrigkeit bei diesen Patienten Mittel der ersten Wahl. Es wird in den Leitlinien der DGN und der European Federation of Neurological Societies (EFNS) empfohlen. Modafinil greift modulierend in die Schlaf-Wach-Regulation ein und steigert die Vigilanz ohne den Nachtschlaf zu beeinträchtigen. Sowohl chemisch als auch pharmakologisch unterscheidet es sich von Psychostimulanzien wie Amphetaminen und Methylphenidat. Die Wirkung basiert vermutlich auf einer indirekten Hemmung GABAerger Neurone und einer selektiven

Aktivierung des Schlaf-Wach-Zentrums im Hypothalamus.

Im Unterschied zu anderen Substanzen hat der Wirkstoff kein Abhängigkeitspotenzial. Die Selektivität und die Spezifität der aktivierenden Wirkung von Modafinil, die über die Freisetzung von Histamin und Orexin erfolgt, helfen die Risiken der Amphetamine zu vermeiden. Bisher konnten keine Toleranzentwicklung, kein Missbrauch und keine Abhängigkeit unter Modafinil beobachtet werden.

RHA

Satellitensymposium: „Wenn der Schlaf zur falschen Zeit kommt: Exzessive Schläfrigkeit“

Kassel, 17. Oktober 2008,

Veranstalter: Cephalon

Verhaltensstörungen bei Demenzpatienten

➔ Im Rahmen der Alzheimer-Demenz treten nicht nur kognitive Störungen, sondern in Abhängigkeit vom Krankheitsstadium zahlreiche weitere Symptome auf wie Angst, Depression, Wahn, Halluzinationen und Verhaltensstörungen (z. B. Unruhe, Aggressivität und Antriebslosigkeit). PD Dr. Martin Haupt, Düsseldorf, machte darauf aufmerksam, dass Verhaltensstörungen sowohl durch hirnpathologische Läsionen wie auch als Reaktion auf die Demenzerkrankung entstehen. Zusätzlich können Komorbidität und Medikamente die Störungen auslösen oder verstärken.

Welche Substanzen empfehlen sich nun für die Therapie der nicht kognitiven Symptome bei Demenzpatienten? Eine Metaanalyse [Sink et al. JAMA 2005] zeigte diesbezüglich für eine Reihe psychotroper Substanzen – konventionelle und atypische Neuroleptika, Antidepressiva, Antidementiva – in der Regel geringere, aber signifikante Effekte. Cholinesterasehemmern wie Donepezil (Aricept®) sollten hier laut Haupt jedoch der Vorzug gegeben werden: Ihr Effekt ist ohnehin bei kognitiven Störungen in der Demenztherapie belegt.

Haupt warnte vor einer zu häufigen Gabe insbesondere von Neuroleptika. Sie sollten nur bei akuten, schweren Verhaltensstörungen für etwa sechs bis acht Wochen

gegeben und spätestens nach drei Monaten abgesetzt werden.

Ein wichtiger Parameter bei der Demenztherapie ist auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Prof. Lutz Frölich, Mannheim, stellte eine deutsche Kurzversion des Lebensqualitätsscores DEMQOL bei Patienten mit leichter und mittelgradiger Demenz vor. In diesem DEMQOL-K liegt der größte Stellenwert bei der persönlichen Sorge über kognitive Defizite (5 Items), bei der Emotionalität der Patienten (3 Items) und bei den Sozialkontakten (2 Items). Die Bewertung mit dem Score ist in wenigen

Minuten durchführbar. In einer Anwendungsbeobachtung bei 1.275 Demenzpatienten zeigten sich unter Donepezil eine Verbesserung der Lebensqualität im DEM-QUOL-K sowie eine geringere kognitive Beeinträchtigung im Mini-Mental-Status-Test.

af

Symposium: „Chancen nutzen bei Alzheimer-Demenz“, im Rahmen des DGPPN-Kongresses

Berlin, 27. November 2008

Veranstalter: Eisai und Pfizer

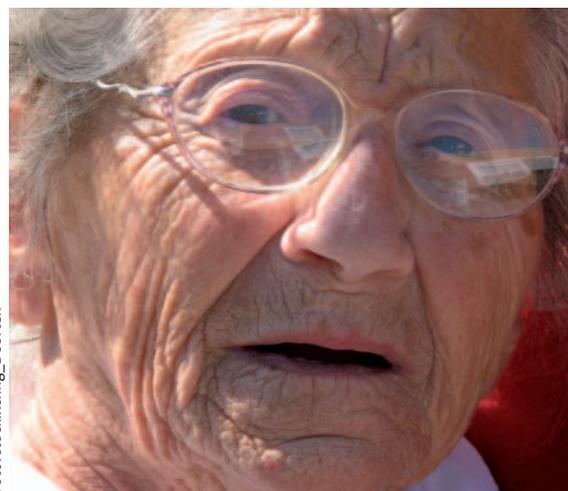


Foto: stock.xchng., Doorten

Treten im Rahmen der Demenz auch Verhaltensstörungen auf, gilt es die pharmakologische Behandlung sorgfältig auszuwählen.

3-Monatspackung Betaferon® verfügbar

Die Therapie der Multiplen Sklerose (MS) ist für Patienten jetzt noch komfortabler: Ab sofort steht von Betaferon® die neue 3-Monatspackung mit 45 Einzeldosispackungen zur Verfügung, wodurch sich die Zuzahlung für MS-Patienten um bis zu 80 EUR pro Jahr reduziert.

Die Lagerung der 3-Monatspackung ist im Vergleich zu anderen Immunmodulatoren einfach, denn im Temperaturbereich von 2° bis 25°C besteht keine Kühlpflicht.

Dieses neue Angebot ergänzt die bisherigen Maßnahmen zur Steigerung der Therapietreue durch das BETAPLUS®-Informationsprogramm, das allen Betaferon®-Patienten kostenlos zur Verfügung steht.

Nach Informationen von Bayer Vital

Oberstes Therapieziel bei Demenz: Erhalt der Alltagskompetenz

➔ Eines der wichtigsten Ziele in der Alzheimertherapie ist es, die Alltagskompetenz des Patienten so lange wie möglich zu erhalten. Dazu kann eine konsequente spezifische Behandlung, etwa mit dem NMDA (N-Methyl-D-Aspartat)-Antagonisten Memantine (Axura®) beitragen, die nicht nur die Kognition günstig beeinflusst, sondern auch die kommunikativen Fähigkeiten und die Verhaltenssymptome. Die Kosten für die Betreuung eines Alzheimerpatienten steigen in dem Maße wie seine Leistung in der Mini Mental State Examination abnimmt, erklärte Prof. Lutz Frölich, Mannheim, „Dem können wir nur entgegenwirken, wenn es uns gelingt, mehr Patienten in ambulanter Betreuung zu halten“.

In einer aktuellen Befragung pflegender Angehöriger aus Deutschland und vier weiteren europäischen Ländern stand die Einschränkung der alltäglichen Aktivitäten an erster Stelle der Faktoren, durch die sich die Angehörigen belastet fühlten – noch vor dem Verlust der Kognition, den Verhaltensstörungen und den Schwierigkeiten bei der Kommunikation. Das gilt es zu beachten, ist doch die Überforderung der Pflegenden einer der häufigsten Gründe

für die Heimeinweisung der Alzheimerpatienten.

In einer aktuellen Metaanalyse wurde die Wirkung von Memantine auf Kognition, Alltagsaktivitäten und Verhaltensstörungen untersucht. Dabei zeigten sich in allen drei Bereichen signifikante Vorteile zugunsten des NMDA-Antagonisten. Bei der Kognition wurden vor allem Sprache und Gedächtnis günstig beeinflusst, bei den Alltagsfähigkeiten gab es in nahezu jedem Bereich Verbesserungen. Die Effektstärke von Memantine auf demenzbedingte Verhaltensstörungen zeigt sich in der signifikanten Wirkung auf Agitation, Reizbarkeit, Aggression und Wahnvorstellungen – und damit auf die Symptome, die für die Angehörigen besonders belastend sind.

ara

Satellitensymposium „Demenz und Depression: harte Prüfungen und große Chancen“ im Rahmen des DGPPN-Kongresses Berlin, 26.11.2008
Veranstalter: Merz

ADHS auch im Erwachsenenalter präsent

➔ Die Prävalenz des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndroms liegt im Kindesalter bei 2–6%. In 30–50% der Fälle persistiert sie ins Erwachsenenalter, so Prof. Frank Häßler, Rostock. Dabei verändert sich die Gewichtung der drei Kernsymptome. In der Adoleszenz lassen Hyperaktivität und Impulsivität nach, während die Aufmerksamkeitsstörung zunimmt. Zudem können sich weitere psychische Störungsbilder wie Abhängigkeitserkrankungen und Störungen des Sozialverhaltens an die ADHS andocken, erläuterte Häßler. Adulte ADHS-Patienten leiden zum Teil unter erheblichen krankheitsbedingten Einschränkungen ihrer Alltagsfähigkeiten.

Durch Beratung, Psychoedukation und medikamentöse Maßnahmen lassen sich die Symptome vermindern. Studien haben ergeben, dass die Therapie mit dem langwirk-

samen Methylphenidat Concerta® im Vergleich zu Placebo auch bei ADHS-Patienten im Alter von 18–65 Jahren Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität signi-

Concerta® mit neuer Wirkstärke 27 mg

Seit dem 1. Januar 2009 steht die lang wirksame Methylphenidat-Formulierung Concerta® auch in der Wirkstärke 27 mg zur Verfügung. Für eine bedarfsgerechte Einstellung des Patienten gibt es Concerta® nun in vier Dosisstärken (18 mg, 27 mg, 36 mg und 54 mg) mit einer Wirkdauer von bis zu 12 Stunden.

Nach Informationen von Janssen-Cilag

fikant mindern kann, berichtete Prof. Götz-Erik Trott, Aschaffenburg. Eine siebenwöchige Studie hat gezeigt, dass das Präparat in einer täglichen Dosis von 36 mg bis zu 108 mg die Symptomatik signifikant gegenüber Placebo reduziert. Der Effekt hält langfristig an: In der bis zu zwölfmonatigen offenen Verlängerungsphase wurde bei 73,5% der Patienten ein positives Behandlungsergebnis ohne Wirkungsabschwächung festgestellt [Singh J et al., 2008]. Auch bei komorbiden Affekt- und Angststörungen erwies sich das Mittel als wirksam und gut verträglich.

aam

Pressegespräch „Soziale Interaktionsstörungen bei Patienten mit ADHS“ im Rahmen des DGPPN-Kongresses Berlin, 27. November 2008
Veranstalter: Janssen-Cilag

Schmerz erschwert Therapie von Depression und Angststörung

➔ Depression und generalisierte Angststörung (GAD) sind sehr häufig von körperlich-schmerzhaften Symptomen begleitet. Der Leidensdruck ist dadurch deutlich erhöht und die Therapie schwieriger. Nach einer aktuellen Befragung von 1.150 depressiven Patienten leiden 93% zusätzlich unter körperlichen Symptomen. Mit Abstand am häufigsten werden Schmerzen angegeben, die meist als mittelstark bis stark bewertet werden, berichtete Prof. Hans-Peter Volz, Werneck. Die hohe Bedeutung von Schmerzsymptomen bei depressiven Patienten bestätigte sich auch in der PADRE-Untersuchung mit über 4.000 Patienten.

Der Leidensdruck – erkennbar unter anderem an der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage – ist bei diesen Patienten deutlich erhöht. Bereits bei Patienten mit relativ gering ausgeprägter Schmerzsymptomatik konnte gezeigt werden, dass die Chance auf eine Remission der Depression wesentlich geringer und die Zeit bis zur Remission um 40% länger ist.

Ähnlich ungünstig wirken sich Schmerzen bei der generalisierten Angststörung (GAD) aus. Auch hier findet man eine sehr hohe Prävalenz körperlich schmerzhafter Symptome – insbesondere wenn die GAD-Patienten zusätzlich unter einer Depression

leiden. „Patienten mit einer reinen GAD ohne weitere körperliche und psychische Symptome kommen so gut wie nicht vor“, sagte Volz

Mit dem selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Duloxetine (Cymbalta®) kann gleichzeitig auf die psychischen und körperlichen Symptome eingewirkt werden. Sowohl bei Depression als auch bei generalisierter Angststörung wurde neben der Linderung von Angst und Depression auch ein direkter Effekt auf die schmerzhaften Symptome gezeigt, der sich nur zum kleineren Teil durch die Besserung von Angst und Depression erklären lässt.

MW

**Pressegespräch „Herausforderung im Umgang mit psychisch kranken Patienten“, im Rahmen des DGPPN-Kongresses, 27. November 2008
Veranstalter: Lilly und Boehringer Ingelheim**

ZypAdhera® zugelassen

➔ Ende letzten Jahres haben die europäischen Arzneimittelbehörden ZypAdhera®, die Depotformulierung von Zyprexa® (Olanzapin) zugelassen. Es ist indiziert für die Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit Schizophrenie, die während einer akuten Behandlung hinreichend mit oralem Olanzapin stabilisiert wurden.

Die Zulassung von ZypAdhera® basiert auf acht Studien mit insgesamt mehr als 2.054 Patienten. In diesen Studien bewies die Depot-Formulierung ein vergleichbares Wirksamkeits- und Verträglichkeitsprofil wie orales Olanzapin. ZypAdhera® ist ein Pamoatsalz, das sich im Blut schnell auflöst und den Wirkstoff Olanzapin freisetzt. Durch den raschen Wirkeintritt bereits nach der ersten Injektion ist eine orale

Supplementierung zu Therapiebeginn nicht nötig. Die tägliche Tabletteneinnahme entfällt und der Patient erhält in zweier- oder vierwöchigen Abständen eine Injektion.

Voraussichtlich ab Ende Februar 2009 wird das Medikament auf dem deutschen Markt in drei unterschiedlichen Dosierungen verfügbar sein.

Im Hinblick auf eine zuverlässige Rezidivprophylaxe kommt eine Behandlung mit der flexibel einsetzbaren Depotformulierung vor allem den Patienten zugute, die bereits auf Olanzapin eingestellt sind und gleichzeitig Probleme mit einer regelmäßigen Tabletteneinnahme haben.

Nach Informationen von Lilly Deutschland

Neu: Ropinirol-CT-Filmtabletten

— Ropinirol-CT-Filmtabletten für die symptomatische Behandlung des mittelschweren bis schweren Restless-Legs-Syndroms sind neu im Sortiment der CT Arzneimittel. Für eine individuell angepasste Therapie werden sie in vier Wirkstärken (0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg und 2 mg) angeboten. Um die Anwendungssicherheit zu erhöhen, sind die unterschiedlichen Wirkstärken auch an der Farbe zu erkennen.

Nach Informationen von CT Arzneimittel

Angebotserweiterung bei Betapharm

— Betapharm Arzneimittel hat das dual wirksame Antidepressivum Venlafaxin beta als Tablette und Retardkapsel pünktlich zum Patentablauf in seine Produktpalette aufgenommen. Der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer wird in der Retard-Formulierung in den Stärken 37,5 mg, 75 mg und 150 mg angeboten. Venlafaxin beta Tabletten sind in der Wirkstärke 37,5 mg erhältlich. Venlafaxin beta retard kann bei depressiven Erkrankungen, bei generalisierten und sozialen Angststörungen sowie Panikstörungen eingesetzt werden.

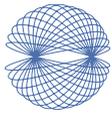
Nach Informationen von betapharm Arzneimittel

Zulassungserweiterung für Seroquel Prolong®

— BfArM hat das atypische Neuroleptikum Seroquel Prolong® für die Behandlung von schweren depressiven Episoden bei bipolaren Störungen zugelassen. Zudem erhielt Seroquel Prolong® die Zulassung für die Behandlung von mittelschweren bis schweren manischen Phasen einer bipolaren Erkrankung. Damit steht dem Arzt erstmals ein Medikament mit Wirksamkeit bei beiden Krankheitsphasen zur Verfügung.

Nach Informationen von AstraZeneca

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 911305 (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 6.6.2009 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>19.9.2009 in Frankfurt</p> <p>8 CME-Punkte</p>	<p>Psychopharmakotherapie für Fortgeschrittene Referent: Prof. Dr. J. G. Anghelescu</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>
Weitere Termine		
<p>21.3.2009 in Ingolstadt Saal der Kolping-Akademie</p>	<p>Frühjahrstagung des BVDN Bayern Berufspolitischer Vormittag: mit dem Thema neuropsychiatrische Heimversorgung. Wir erwarten Referenten, die sich epidemiologisch mit dem Thema beschäftigt haben und Podiumsdiskutanten der Patientenvertreter, aus dem Sozialministerium, von KVB und Krankenkasse, vom Bezirk und den Heimträgern. Nachmittags: Mitgliederversammlung des bayerischen BVDN!</p>	



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-psychoiater.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 der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45 46 925**

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 300–500 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 485 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 485 EUR.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 625 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

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

Konto-Nr.: _____

bei der _____ 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 Dr. J. Braun Dr. W. Maier-Janson	BADEN-WÜRTTEMBERG Ulm Mannheim Ravensburg	nein ja ja	ÄK ÄK/KV KV	0731 69717 0621 12027-0 0751 36242-0	0621 12027-27 0751 36242-17	juergen.braun@dgn.de kontakt@neurologie-ravensburg.de
BVDN-Landesverband: Dr. G. Carl Dr. C. Vogel Dr. H. Martens	BAYERN Würzburg München München	ja ja ja	ÄK/KV ÄK ÄK/KV	09321 24826 089 2730700 089 2713037	09321 8930 089 27817306 08141 63560	carlg@t-online.de praxcvogel@aol.com dr.h.martens@gmx.de
BVDN-Landesverband: Dr. G. Benesch Dr. H.-J. Boldt	BERLIN Berlin Berlin	ja ja	KV KV	030 3123783 030 3186915-0	030 32765024 030 3186915-18	dr.g.benesch@t-online.de BoldtNA@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. St. Alder Dr. A. Rosenthal	BRANDENBURG Potsdam Teltow	ja ja	ÄK KV	0331 748720-7 03328 30310-0	0331 748720-9 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 Dr. H. Ramm Dr. Andre Rensch	HAMBURG Hamburg Hamburg Hamburg	ja ja ja	KV KV ÄK	040 60679863 040 245464 040 6062230	040 60679576 040 60679576 040 60679576	guntram.hinz@yahoo.de hans.ramm@gmx.de neurorensch@aol.com
BVDN-Landesverband: Dr. B. Ende Dr. S. Planz-Kuhlendahl Prof. Dr. A. Henneberg Peter Laß-Tegethoff	HESSEN Buseck Offenbach Frankfurt/M. Hüttenberg	nein ja ja ja	ÄK KV ÄK ÄK	06408 62828 069 800-1413 069 59795430 06441 9779722	069 800-3512 069 59795431 06441 447424	planz-kuhlendahl@t-online.de henneberg-neuropsych@t-online.de tegethoff@neuropraxis-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 Dr. P. Gensicke Dr. J. Schulze	NIEDERSACHSEN Braunschweig Göttingen Meppen	ja ja ja	ÄK ÄK ÄK	0531 337717 0551 384466 05931 1010	0531 330302 0551 484417 05931 89632	joachim@dr-beutler.de peter.gensicke@dgn.de dr.schulte@nervenzarztpraxis-meppen.de
BVDN-Landesverband: Dr. F. Bergmann Dr. A. Haus Dr. Rolf Peters Dr. Birgit Löber-Kraemer	NORDRHEIN Aachen Köln Jülich Bonn	ja ja ja nein	KV ÄK/KV KV KV	0241 36330 0221 402014 02461 53853 0228 223450	0241 404972 0221 405769 02461 54090 0228 223479	bergmann@bvdn-nordrhein.de hphaus1@AOL.com dr.rolf.peters@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. W.-H. von Arnim Dr. Ch. Roth-Sackenheim Dr. Klaus Sackenheim	RHEINLAND-PFALZ Idar-Oberstein Andernach Andernach	nein ja ja	ÄK ÄK KV	06781 660 02632 96400 02632 96400	02632 964096 02632 964096	c@dr-roth-sackenheim.de bvdn@dr-sackenheim.de
BVDN-Landesverband: Dr. F. Jungmann Dr. Th. Kajdi Dr. G. Wermke	SAARLAND Saarbrücken Völklingen Homburg	ja nein ja	ÄK/KV ÄK/KV ÄK	0681 31093 06898 23344 06841 9328-0	0681 38032 06898 23344 06841 9328-17	mail@dr-jungmann.de Kajdi@t-online.de 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 Dr. V. Böttger	WESTFALEN Gelsenkirchen Dortmund	ja ja	KV KV	0209 37356 0231 515030	0209 32418 0231 411100	Thamer.Herten@t-online.de 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

Markttal 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 8400118,
E-Mail: rhagenah@web.de

Dr. Liane Hauk-Westerhoff

Deutsche Med Platz 2, 18057 Rostock,
Tel.: 0381 37555222, Fax: 0381 37555223,
E-Mail: liane.hauk-westerhoff@
nervenaerzte-rostock.de

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

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

Dr. Guntram Hinz

Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg,
Tel.: 040 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,
Burgerstr. 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

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

Dr. Michael Schwalbe

Annerdorfer 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 8009000,
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 integrierter 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. U. Meier, Grevenbroich.

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 Nessler 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@dgppp.de www.dggppp.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

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgeber:

Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN),
1. Vorsitzender: Dr. med. Frank Bergmann (fb), Theaterplatz 17,
52062 Aachen, Tel.: 0241 36330, Fax: 0241 404972,
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Geschäftsstelle:

D. Differt-Fritz,
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld,
Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925,
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Schriftleiter:

PD Dr. med. Albert Zacher (az)
(verantwortlich), Watmarkt 9, 93047 Regensburg,
Tel.: 0941 561672, Fax: 0941 52704,
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Verlag:

Urban & Vogel GmbH,
Neumarkter Str. 43, 81673 München,
Tel.: 089 4372-1300, Fax: 089 4372-1399,
<http://www.urban-vogel.de>

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse:

Die Urban & Vogel GmbH ist 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science + Business Media Deutschland GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science + Business Media Deutschland GmbH ist die Springer Science + Business Media Netherlands B.V., die 100% der Anteile hält. Die Springer Science + Business Media Netherlands B.V. ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media Finance S.á R.L. Die Springer Science+Business Media Finance S.á R.L. ist eine 100%-ige Tochter der Springer Science+Business Media S.A.

Geschäftsführer:

Ulrich Huber, Dr. med. Dirk Einecke

Leitung Verlagsbereich III:

Dr. med. Christoph Posch

Redaktion:

Dr. rer. nat. Claudia Mäck (cm, Redaktionsleitung),
Tel.: 089 4372-1403, Fax: 089 4372-1400,
E-Mail: maeck@urban-vogel.de;
Sebastian Lux (slx, -1444); Monika Hartkopf
(MHa, Chefin vom Dienst, -1409)

Assistenz:

Tina Spanger (-1368)

Herstellung:

Frank Hartkopf (Leitung, -1311), Gabi Kellner (Layout)

Medical Communication:

Ulrich Huber (Leitung, Anschrift wie Verlag, -13 31);

Peter Urban (Anzeigenleitung, verantw., Anschrift wie Verlag, -1333,
E-Mail: urban@urban-vogel.de)
Anzeigenpreisliste Nr. 12 vom 1.10.2008

Vertrieb:

Frank Niemann (Leitung, -1411)

Abonnement:

Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-4304, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter www.urban-vogel.de und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht zwei Monate vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise:

Einzelheft: 20 EUR. Jahresabonnement: 194,40 EUR. Für Studenten/AIP: 136 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 24 EUR, Ausland 32 EUR. Für Mitglieder des BVDN, BDN und des BVDP (s. o.) ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Copyright – Allgemeine Hinweise:

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

Druck:

KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München

ISSN 1436-123X



LA-MED
geprüft 2008