

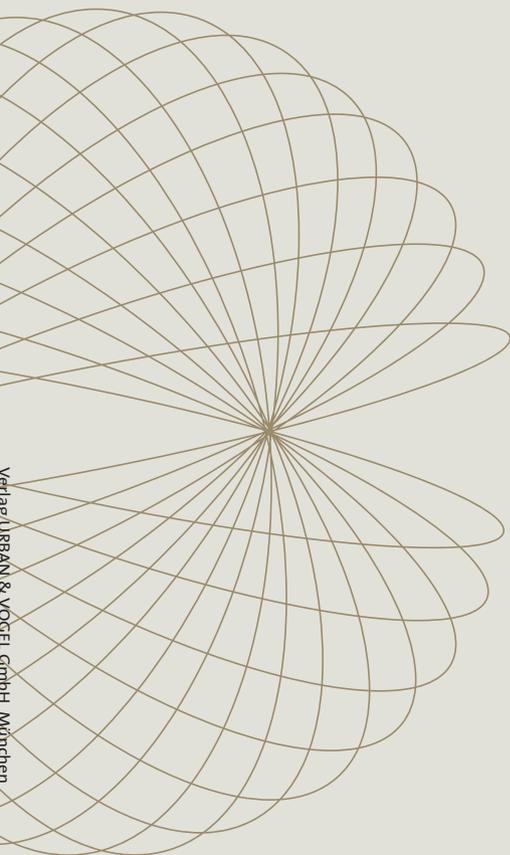
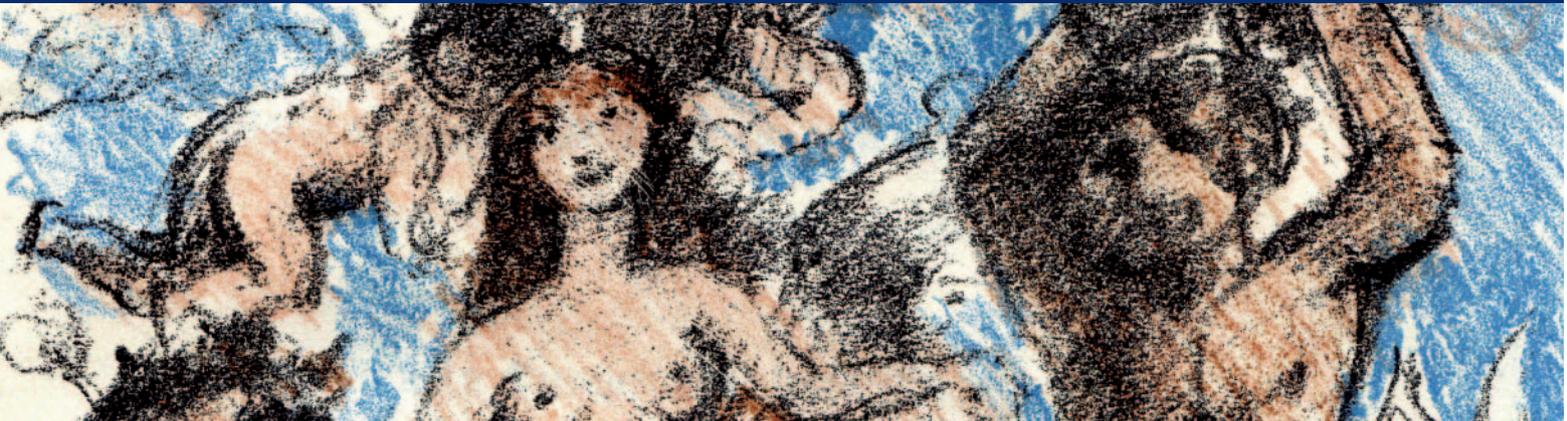
5

Mai 2009 _ 20. Jahrgang_www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

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

NEUROTRANSMITTER 5/2009



Erste RLV-Korrektur

Psychiatrische Gespräche unbudgetiert

Alzheimer-Demenz

Erfolgreiche Forschung, stagnierende Versorgung

Pädophilie

Neurobiologie veränderter Sexualfunktionen

CME: Schwierige Differenzialdiagnose

Tic oder Zwang?

Verlag | IRRAN & VOGEL GmbH | München



BVDN



BDN



BVDP



»Jedes Jahr im Frühling sollten wir der allgemeinen Aufbruchstimmung in uns folgend die Bäume und Sträucher unserer Überzeugungen und Theorien durchgehen und ausforsten und dann ersetzen, was abgestorben oder fehl am Platze ist.«

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

Frühjahrsputz

So, den ganzen heutigen Tage habe ich damit verbracht, die Terrasse mit dem Druckreiniger sauberzustrahlen (Sie kennen das Ding sicher, denn Herr Sarkozy wollte damit die Vorstädte Frankreichs von Randalieren „freikärchern“), habe letztes vor sich hinrottendes Laub zusammengekehrt und tote Triebe von den Rosenstöcken abgeschnitten. Jetzt sitze ich mit blutenden Fingern, sauberer Terrasse und vorerst leergefegtem Kopf hier an meinem Schreibtisch, um meine Gedanken zu ordnen und will die Gelegenheit nützen, auch im Gestrüpp unseres Faches etwas herumzustöbern und zu schauen, ob nicht das eine oder andere Gewächs, das sich da breit gemacht hat, besser einem Frühjahrsputz zum Opfer fiele.

Klischee für den Kompost

Durchforsten wir unsere psychotherapeutischen Standardansichten, dann dürfte es kaum eine Vorstellung geben, die das Ursachendenken und damit auch die Behandlungen so sehr durchwuchert wie die, der gemäß ein großer Teil psychischer Störungen damit zu tun haben soll, dass der Patient oder die Patientin nicht konfliktwillig, sondern harmoniesüchtig sei. Ich kann mich nicht daran erinnern, je eine wissenschaftliche Studie gelesen zu haben, die bewiesen hätte, dass notorische Streithanseln gesünder seien als friedfertige Mitbürger. Sicherlich wird es Patienten geben, die unter Angst und Depression leiden, weil sie sich nicht wehren; aber das Streben nach Harmonie (wie schrecklich schlecht dieses Wort heutzutage besetzt ist) zum Persönlichkeitsdefekt hochzujubeln, übersieht, dass es auf der Welt viel zu viele Menschen gibt, die ständig ihrer Konfliktlust fröhnen, nicht aber ihre Harmoniefähigkeit unter Beweis stellen wollen. Also – im Rahmen des gedanklichen Frühjahrsputzes lieber ein fruchtbares Gleichgewicht herstellen und auf den Kompost mit dem Klischee, am besten dorthin, wo die gottlob schon seit Längerem verworfene Mär von der „schizophrenen Mutter“ entsorgt ist.

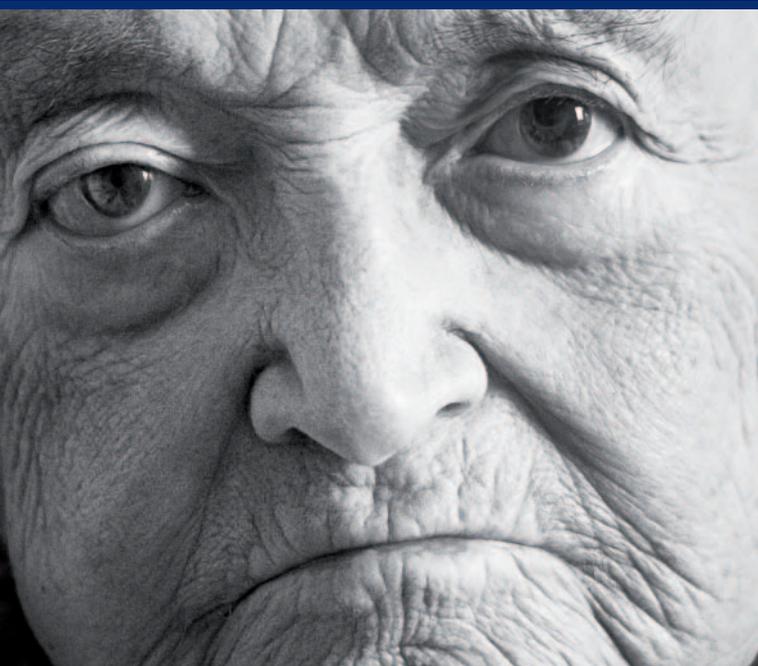
Ausdrücke zurechtstutzen

Auch in unserer Fachsprache gibt es den einen oder anderen Begriff, den ich gerne im Rahmen eines Frühjahrsputzes durch

einen anderen ersetzt sähe, entweder weil er einfach verunglückt ist oder weil er dem Patienten fälschlich Absicht unterstellt, wofür dieser absolut nichts kann. Unglücklich empfinde ich zum Beispiel den immer öfter verwendeten Begriff „Major Depression“, wüsste allerdings auf die Schnelle auch keinen besseren Ausdruck, um die etwas unglückliche „typische depressive Episode“ zu ersetzen. Ganz besonders aber stoße ich regelmäßig an unseren Fachtermini „Anpassungsstörung“ und „Krankheitseinsicht“. Beide enthalten den mehr oder weniger offenen Vorwurf, der Patient leiste etwas nicht, wozu er eigentlich in der Lage wäre, entweder, weil er sich an eine Situation nicht genügend anpasse (dabei können sowohl die Persönlichkeit wie auch die Gegebenheiten so geartet sein, dass es unmöglich ist, ein gesundes inneres Gleichgewicht zu bewahren), oder, im Falle der sogenannten Krankheitseinsicht, weil er, wenn er sich denn nur genügend ins Zeug legen würde, das Krankhafte seines Erlebens oder Verhaltens als solches durchaus wahrnehmen könnte. In letzterem Falle schlage ich als Ersatz „fehlende Krankheitswahrnehmungsfähigkeit“ vor, wohl wissend, dass dieser Ausdruck etwas unhandlich daherkommt.

In diesem Sinne: Es muss ja nicht gerade der „Kärcher“ sein, die Rosenschere täte es auch. Jedes Jahr im Frühling sollten wir der allgemeinen Aufbruchstimmung in uns folgend die Bäume und Sträucher unserer Überzeugungen und Theorien durchgehen und ausforsten und ersetzen, was abgestorben oder fehl am Platze ist.

Ihr



10 Stagnierende Versorgung

Noch immer besteht eine eklatante Unterversorgung von Patienten mit Alzheimer-Demenz. Als eine der Gegenmaßnahmen könnten qualifizierende Fortbildungsangebote für Hausärzte sinnvoll sein.

31 Erste Korrekturen

Der Bewertungsausschuss hat die ersten Änderungen bei den Regelleistungsvolumina (RLV) vorgenommen. Auf Druck der Berufsverbände und ihrer Mitglieder wurden die psychiatrischen Gesprächsleistungen aus dem RLV ausgegliedert.

47 Eindeutige Ergebnisse

Das Resultat einer Umfrage unter Nervenärzten ist deutlich: Das Engagement der Fachgruppe bei der Betreuung von Heimbewohnern ist groß, doch um den Versorgungsauftrag weiterhin zu erfüllen, ist endlich adäquate Förderung nötig.

Wichtiger Hinweis!

Auf S. 78 f. finden Sie den Kongress Report Aktuell „Neuer Ansatz zur Pharmakotherapie der Depression: Resynchronisation des entgleisten zirkadianen Rhythmus“, auf S. 86 f. den Therapie Report Aktuell „Neue Daten der ConstaTRE-Studie: Vorteile für Schizophreniepatienten“. Beigelegt sind der Therapie Report Aktuell „Pharmakotherapie bei Multipler Sklerose: Neuer Therapiehinweis zu Natalizumab in Kraft“, das Medizin Forum Aktuell „Individualisierte Antipsychotikatherapie: Von Beginn an die Langzeitziele im Auge behalten“ und die aktuelle Ausgabe 2/2009 von MedOnline.

Die Ausgabe 1/2009 von INBALANCE mit dem Schwerpunkt „Wiedereingliederung in den Beruf“ finden Sie nach S. 68.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Titelbild:

Lovis Corinth: „Die Huldigung der Venus“

3 Editorial

8 Gesundheitspolitische Nachrichten

Beruf aktuell

10 Alzheimer-Demenz

Fortschritte in der Forschung, aber Stagnation in der Versorgung?

22 Verordnungshäufigkeit von Antidementiva – eine Bilanz aus Berlin

31 Ambulante psychiatrische Versorgung

Ausgliederung psychiatrischer Gesprächsleistungen verhindert Kollaps

32 Ambulante videounterstützte Versorgung von Parkinsonpatienten geht weiter

36 Neurologe sein

Schön trotz allem

41 Existenzsicherung

KV Bayern unterstützt Kassenärzte bei Anträgen zur Kurzarbeit

Aus den Verbänden

45 Markige Sprüche und die Landung als Bettvorleger

47 Ergebnisse einer Umfrage unter Nervenärzten

Neuropsychiatrische Heimversorgung muss gefördert werden

52 Frühjahrstagung des BVDN-Landesverbands Bayern

Behandlung von Heimpatienten im Fokus

55 Nervenärztliche Versorgung

Hippokrates, quo vadis?



56 Tic oder Zwang?

Um zu erkennen, ob eine behandlungsbedürftige Tic- oder Zwangsstörung vorliegt, ist eine sorgfältige Differenzialdiagnostik wichtig. Wird eine Therapie notwendig, stehen unterschiedliche Optionen zur Verfügung.

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

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



BVDN



BDN



BVDP

Fortbildung

56 CME: Schwierige Differenzialdiagnose
Tic oder Zwang?

63 CME-Fragebogen

65 Pädophilie

Neurobiologische Grundlagen veränderter
Sexualfunktionen

71 Für Sie gelesen

73 Neurologische Kasuistik



Journal

88 Psychopathologie in Kunst und Literatur
Joseph Roth und die Psychiatrie – Teil 3

92 NEUROTRANSMITTER-Galerie
Lovis Corinth auf Papier

81 Pharmaforum

94 Termine

95 Verbandsservice

101 Impressum



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte



BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

Markige Sprüche und die Landung als Bettvorleger

„In München residiert seit dem 4. April 2009 ein gesundheitspolitischer Bettvorleger. Sein Name ist Dr. jur. Markus Söder MDL (41), er amtiert als bayrischer Staatsminister für Umwelt und Gesundheit. Schon zu seinen Zeiten als CSU-Generalsekretär fiel er von 2003 bis Ende 2007 mit seinen markigen Sprüchen auf. Und mit was für heftigen Wortspenden erschreckt er als eine der Zukunftshoffnungen der bayrischen Unionschwester in den letzten Wochen Teile des Gesundheitswesens. Die Entkörperschaftung der KV war nur eine davon (...). Schon vor der Sitzung (...) verwässerte Söder sein neunseitiges Opus, schloss Kompromisse ohne Ende, vollzog einen politischen Kotau vor der CDU (...)!“ (Dienst für Gesellschaftspolitik vom 9.4.2009 zur CSU-Klausurtagung in Banz).

Liebe Kolleginnen und Kollegen. Wir haben die Nase voll von markigen Sprüchen. So wie Söder in Bayern kämpft Karl-Josef Laumann in Nordrhein Westfalen dafür, dass möglichst wenige Mittel von den Kasseneinnahmen via Gesundheitsfonds umverteilt werden und aus den Ländern abfließen. Mit einem primär für die Interessen der Ärzte motivierten politischen Kampf hat dies überhaupt nichts zu tun. Söder, Laumann und alle anderen Vertreter der Länder kämpfen für eine möglichst gute Positionierung der von ihnen vertretenen Bundesländer. Sie rüsten sich damit für den bevorstehenden Wahlkampf und kämpfen für ihre eigene Wiederwahl. Spätestens dann werden sie den „Schwarzen Peter“ für die bestehenden Honorarprobleme wieder ausschließlich den KVen zuschieben. Und um sich dieser wunderbaren Möglichkeit von eigenen Fehlern und Versäumnissen abzulenken nicht zu berauben, wird auch kein

Politiker ernsthaft in Erwägung ziehen, die KV abzuschaffen.

Die Ärzteschaft ist selber aufgefordert genau zu formulieren, wie sie sich die zukünftigen Strukturen der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit vorstellt. Dies wird eine der wichtigsten Diskussionen auf dem kommenden Deutschen Ärztetag in Mainz sein. Der Erhalt der Freiberuflichkeit ist in diesem Zusammenhang eine nicht diskutabile Forderung! Die angemessene Vergütung der freiberuflichen Tätigkeit ist ebenfalls unstrittig. Schon die Definition der „Angemessenheit“ war allerdings bereits höchstinstanzlich strittiger Gegenstand juristischer Auseinandersetzungen. Noch unterschiedlicher sind die Standpunkte in der Systemfrage. Soll die Eigenverantwortlichkeit des Patienten dadurch zum Ausdruck kommen, dass der Patient der unmittelbare Auftraggeber in der Arzt-Patienten-Beziehung ist wie im Kostenerstattungssystem oder aber beauftragt der Staat die Sicherstellung und delegiert dies an eine Körperschaft wie im derzeitigen Sachleistungssystem?

Es lassen sich für beide Systeme gute Argumente anführen. Solange eine aus ärztlicher Sicht angemessene Vergütung im Sachleistungssystem wie in einem Kostenerstattungssystem erzielt wird, tritt die ideologische Diskussion meist sehr in den Hintergrund. In der aktuellen Situation sehen viele Kollegen allerdings die Ursache der aktuellen Unterfinanzierung in der Systemfrage und erwarten eine Verbesserung ihrer Situation durch Einführung eines Kostenerstattungssystems. Um es an dieser Stelle vorwegzunehmen: Ich gehöre zu den grundsätzlichen



Foto: Archiv

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

Befürwortern eines Kostenerstattungssystems, weil es transparent, unmittelbarer, ehrlicher und viel weniger anfällig für Manipulation ist als ein Sachleistungssystem. Aber der Teufel steckt im Detail!

Unabhängig von der Systemfrage geht es in der aktuellen Diskussion um folgende Inhalte:

1. Es muss ein Abbau von Bürokratie und insbesondere von Einflussnahme staatlicher Organe auf die Versorgung von Kranken erfolgen. Eine monströse bürokratische Überregulierung wie im jetzigen System, dessen Regeln selbst die eigenen Protagonisten nur noch bedingt nachvollziehen und schon gar nicht mehr öffentlich darstellen können, gehört auf den ohnehin schon überdimensionalen Müllberg gesundheitspolitischer Experimente.
2. Ein System der Kostenerstattung erfordert auch die Abkehr von der Pflichtversicherung zur Versicherungspflicht. Damit müssten die gesetzlichen Krankenkassen umgebaut werden und würden den jetzigen privaten Krankenversicherungen nahezu gleichgestellt.

3. Die Einführung eines Kostenerstattungsprinzips schafft aber auch die Notwendigkeit einer angemessenen Gebührenordnung. Die jetzige Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist völlig veraltet und mit dem einfachen Steigerungssatz in vielen Bereichen nicht kostendeckend. Nach den gesetzlichen Regelungen wird aber die GOÄ durch den Gesetzgeber verabschiedet. Dieser blockiert seit Jahren eine Reform der GOÄ.

Eine Umstellung vom Sachleistungsprinzip auf ein Kostenerstattungsprinzip zum jetzigen Zeitpunkt würde bedeuten: Festlegung der ärztlichen Honorierung noch unmittelbarer als bislang durch das Bundesministerium für Gesundheit, mithin durch die Gesundheitsministerin.

Ein weiterer Aspekt ist zu bedenken: Ein Kostenerstattungsprinzip muss umfassend sein. Im Einflussbereich des § 118 SGB V beispielsweise, der die ambulante psychiatrische Versorgung durch Institutsambulanzen regelt, ist klargestellt, dass die Vergütung für Leistungen einer Institutsambulanz in Selektivverträgen zwischen Krankenhausträger und Krankenkassen geregelt wird. Ich würde ungern meinen mittellosen psychiatrischen Patienten eine Rechnung ausstellen, wenn sie gleichzeitig sozusagen „zwanglos“ und ohne Rechnung in der Institutsambulanz behandelt werden. Dies gilt analog für die neurologische Versorgung!

Dies führt zum nächsten Aspekt: Unsere neurologisch und psychiatrisch erkrankten Patienten sollen nicht durch ein Kostenerstattungssystem davon abgehalten werden, notwendige ärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen. Eine ausreichende und umfassende soziale Auffangregelung muss bei einem Kostenerstattungssystem gewährleisten, dass sozial schwächer Gestellte nicht aus fiskalischen Gründen einen Arztbesuch verschieben oder nicht wahrnehmen. Dass dies auch durch entsprechende Abtretungsmöglichkeiten gewährleistet werden kann, belegen Beispiele im Ausland wie in Belgien.

An dem KV-System kann die Diskussion um die Einführung eines Kostenerstattungssystems, das zumindest teilweise Strukturen ärztlicher Selbstverwaltung überflüssig machen würde, nicht vorbeigehen. Allerdings ist eine kollektive und starke fachübergreifende

ärztliche Selbstverwaltung unverzichtbar, denn sonst wäre die Ärzteschaft unmittelbar gesundheitspolitischer Autorität des BMG unterstellt. Das möchte ich mir als Alternative lieber nicht vorstellen. Allerdings dürfte eine strukturelle, mancherorts auch personelle Erneuerung der KV unumgänglich sein. Auf den Prüfstand gehört vor allem der Körperschaftsstatus!

Wenn der Vorstandsvorsitzende einer Länder-KV, so wie jüngst der Vorstandsvorsitzende der KV Bayerns Axel Munte, die von ihm vertretenen Ärzte in unsäglich Weise diffamiert und desavouiert, und wenn gleichzeitig augenscheinlich die demokratische Kontrollfunktion einer Vertreterversammlung scheitert und weder eine Abwahl erfolgt noch ein Rücktritt, dann nenne ich das Systemversagen! Auch die Mitteilung eines RLV-Fallwertes von 29 Euro für die Neurologen in Thüringen ist nichts anderes als eine Bankrotterklärung des Sicherstellungsauftrages.

Es spricht aber viel dafür, dass allein ein Austauschen von Köpfen das System nicht heilen kann. Die Durchsetzung einer angemessenen Vergütung unserer Leistungen ist die vorrangigste Aufgabe der KV – aus ärztlicher Sicht. Möglicherweise hindert der Körperschaftsstatus die KV an der prioritären Bewältigung dieser Aufgabe. Umso erfreulicher: Mit Beschluss vom 20.4.2009 hat der Bewertungsausschuss auf Antrag der KBV eine Beschlussvorlage zur Ausgliederung der Gesprächsleistungen aus dem RLV umgesetzt. Dieser Beschluss des Bewertungsausschusses erfüllt damit eine zentrale Forderung von BVDN und BVDP. Er trägt der Tatsache Rechnung, dass Diagnostik und Therapie von psychiatrisch erkrankten Patienten nicht in einer Pauschale abgebildet werden kann.

Die grundsätzlichen Probleme der Regelleistungsvolumina wie die dramatische Unterfinanzierung und die damit einhergehende Nivellierung, die sich gerade im Bereich der neurologischen Versorgung verheerend auswirkt, sind damit noch lange nicht gelöst.

Aber die Richtung stimmt!

Ihr



Ergebnisse einer Umfrage unter Nervenärzten

Neuropsychiatrische Heimversorgung muss gefördert werden

Neurologen, Psychiater und Nervenärzte, die Patienten in Seniorenheimen oder zu Hause betreuen, sehen sich mit zahlreichen Schwierigkeiten konfrontiert. Wenn Kollegen nicht zuletzt aufgrund der schwierigen Honorarsituation resigniert aufgeben, ist die Empörung groß – unter anderem bei denjenigen, welche die Situation zu verantworten haben. Dabei ist trotz aller widriger Umstände das Engagement in unserer Fachgruppe groß und die facharztspezifische Versorgung nach wie vor gewährleistet wie eine aktuelle Umfrage ergab.

Die haus- und fachärztliche Versorgung von Senioren- oder Pflegeheimbewohnern stellt die Vertragsärzte vor rasant wachsende Herausforderungen. Die Zahl der Heimbewohner steigt jährlich. Der Altersdurchschnitt liegt bei 85 Jahren. 65 % der Heimbewohner leiden an einer Demenz. Etwa die Hälfte sind in Pflegestufe zwei oder drei eingruppiert. Beinahe jedes Seniorenheim verfügt mittlerweile über eine geschlossene gerontopsychiatrische Station mit vormundschaftsrichterlich untergebrachten Patienten. Senioren, die noch einigermaßen selbstständig leben können, mobil und geistig rege sind, werden heutzutage überwiegend von ambulanten Pflegediensten versorgt. Im Gegensatz zu früher überwiegen in den Heimen also die schwerkranken Patienten.

Hausärztliche und fachärztliche Versorgung der Heimpatienten

Im Rahmen der hausärztlichen Heimversorgung kommt es im Wesentlichen auf die pragmatische Behandlungskontinuität an, um unangebrachte diagnostische oder therapeutische Behandlungsmaßnahmen beziehungsweise Krankenhauseinweisungen an Wochenenden durch „Fremdärzte“ zu vermeiden, die den Patienten mehr gefährden als ihm nutzen.

Fachärztlicher Versorgungsbedarf besteht in Heimen überwiegend im psychiatrisch-neurologischen Fachgebiet, aber vor allem auch in der Urologie. Fast jedes Seniorenheim wird mittlerweile mehr oder weniger regelmäßig von einem

Nervenarzt, Neurologen oder Psychiater besucht.

Problematik der nervenärztlichen Betreuung in Heimen

Die strukturellen Voraussetzungen für die Betreuung dieser Patienten sind außerordentlich schwierig. Im Vergleich zu den Hausärzten gibt es deutlich we-

niger niedergelassene Nervenärzte und die geringere „Nervenarztdichte“ hat zur Folge, dass die Anfahrtswege zu den Heimen häufig sehr weit sind. Nervenärzte sind bei Diagnostik und Therapie von Heimpatienten immer auf die organisatorische, anamnestische und therapeutische Mitarbeit der Pflegekräfte angewiesen. Denn die meisten Pati-

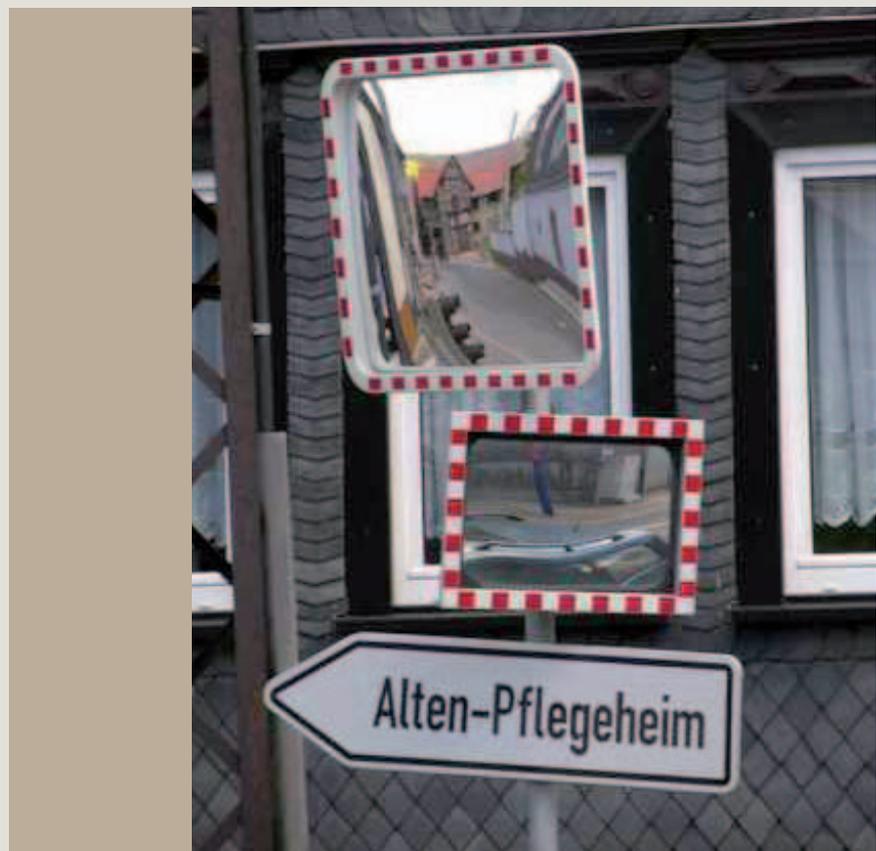


Foto: Fotolia.com/Volkmar Gorke

enten sind so stark hirnorganisch beeinträchtigt, dass sie krankheitsbedingt über die eigene Krankheitsvorgeschichte und die gegenwärtige Symptomatik keine verlässliche Auskunft geben können. Das Pflegepersonal ist jedoch oftmals zeitlich und organisatorisch überfordert, Vorbefunde fehlen, Angehörige oder gesetzliche Betreuer sind schwer zu erreichen und ebenfalls kaum über die genaue Anamnese informiert. Nicht selten ergeben sich bei der Erstdiagnostik überraschende Befunde, zum Beispiel frontale Meningeome, Normdruckhydrocephalus, nonkonvulsiver Anfallsstatus, nicht erkannter Parkinson, Altersdepression oder ursächlich behandelbare Demenzen. Gerade in unseren Fachgebieten sind vielfältige Arzneimittelinteraktionen zu beachten, wobei häufig gleichzeitig mehrere Ärzte ohne wesentliche Absprache an der Medikamentenbehandlung beteiligt sind.

Der Nervenarzt ist immer gutachterlicher Ansprechpartner des zuständigen Vormundschaftsrichters, wenn eine gesetzliche Betreuung eingerichtet, eine sofortige vorläufige Unterbringung im Nervenkrankenhaus angeordnet oder eine partiell freiheitsentziehende Maßnahme (z. B. Bettgitter oder stark sedierende Medikation) durchgeführt werden soll beziehungsweise wenn vormundschaftsrichterliche Entscheidungen im Rahmen einer PEG-Sondenernährung erforderlich sind. Der oft nicht einfache Kontakt mit Angehörigen und gesetzlichen Betreuern kommt hinzu.

Viele Stolpersteine, kaum Anerkennung

Das gesamte Tätigkeitsfeld „nervenärztliche Heimversorgung“ ist also von komplexen strukturellen Schwierigkeiten und Kommunikations- oder Koordinationsaufgaben gekennzeichnet. Das vom EBM hierfür vorgesehene Honorarangebot reicht bei weitem nicht aus. Außerdem behindern und sabotieren in mehreren KVen die Plausibilitätsprüfungsausschüsse und Richtigstellungsbescheide die qualifizierte und engagierte Arbeit unserer Kollegen in den Heimen. Es wird in manchen KVen in Abrede gestellt, dass bei dementen Patienten regelmäßig die Betreuungspersonen befragt und in der Umgehensweise mit den Patienten angeleitet werden müssen. Außerdem wird von manchen KVen behauptet, dass mit hirnorganisch beeinträchtigten Patienten gar kein psychiatrisches Gespräch geführt werden kann; die Leistungen werden demnach gestrichen. Ein derart widriges Leistungsumfeld ist nicht unbedingt Anreiz für Nervenärzte, Psychiater und Neurologen, Heimbetreuungen weiterzuführen oder aufzunehmen. Erst wenn Kollegen, die jahrelang aus Menschlichkeit und ärztlichem Verantwortungsbewusstsein Patienten in Heimen versorgt haben, aufgrund der geschilderten widrigen Verhältnisse die Heimversorgung aufkündigen, bricht ein Sturm der ethischen Entrüstung von Heimträgern, von der Presse und insbesondere von der eigenen KV los.

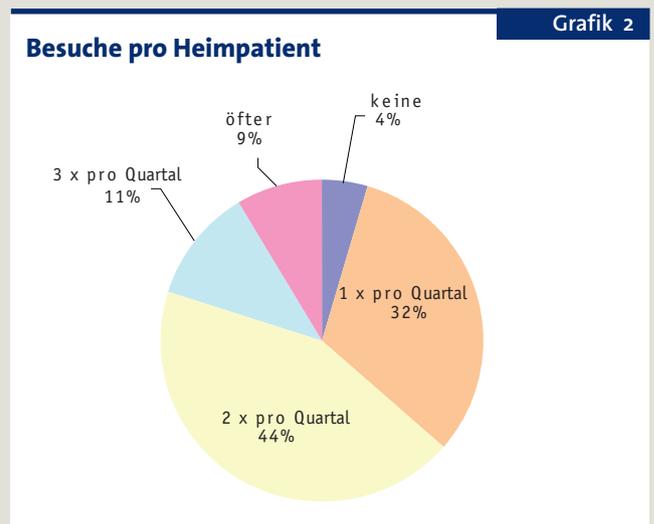
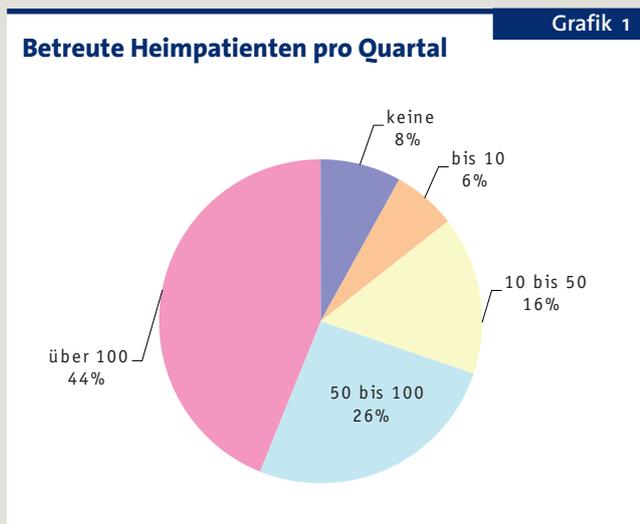
Individuelle Kooperationsvereinbarungen fördern

In Kenntnis dieser Problematik hat der 111. Deutsche Ärztetag im Mai 2008 folgenden Entschluss gefasst: „Der Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus, im Rahmen der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationsvereinbarungen mit besonders qualifizierten Ärzten zu fördern. Denn freiwillig vereinbarte Kooperationen von Vertragsärzten haben folgende Vorteile:

- Verbesserung der Lebensqualität der Heimbewohner durch den Erhalt des überwiegend langwierigen Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzten und Patient;
- Sicherstellung einer im hohen Maß qualifizierten ärztlichen Rund-um-die-Uhr-Versorgung der Heimbewohner durch eine Absprache zwischen den behandelnden Ärzten im Heim, eine organisierte Rufbereitschaft zu sprechstundenfreien Zeiten und gezielte Fortbildungen im Bereich Geriatrie;
- Einbindung komplementärer Facharztgruppen in eine Kooperation: Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie im Bedarfsfall Urologen, Dermatologen, Gynäkologen, Augenärzte und HNO-Ärzte.“

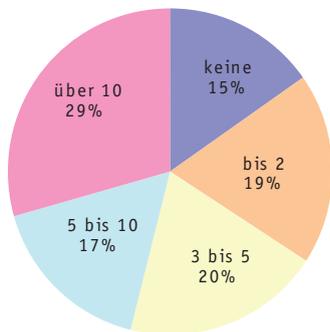
Trotz allem – großes Engagement in der Fachgruppe

Die nervenärztlichen Berufsverbände haben in einer Fragebogenaktion ausgelotet, inwieweit unsere Fachgruppen an



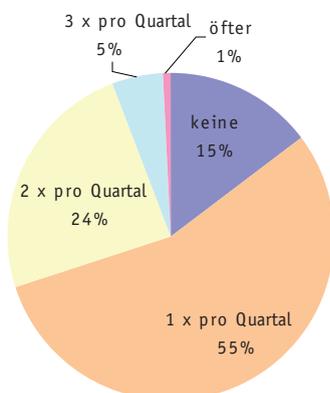
Zu Hause betreute Patienten pro Quartal

Grafik 3



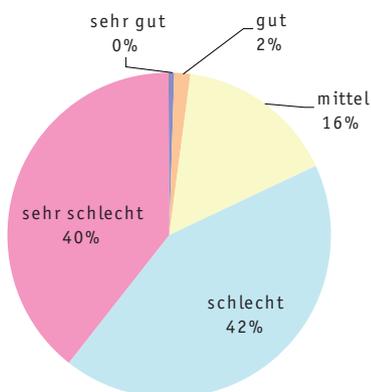
Hausbesuche pro Patient und Quartal

Grafik 4



Beurteilung der Honorarrelation zur erbrachten Leistung

Grafik 5



der fachärztlichen Heimversorgung teilnehmen. Nachfolgend die Ergebnisse, die aus 224 beantworteten Fragebögen gewonnen wurden: Zwar machen 8% der Nervenärzte keine Heimbesuche, aber immerhin 70% besuchen 50 bis über 100 verschiedene Heimpatienten pro Quartal (Grafik 1). 64% der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen betreuen Patienten in geschlossenen gerontopsychiatrischen Stationen, 22% über drei Stationen jedes Quartal. Jeder Patient wird etwa zweimal pro Quartal im Heim besucht (Grafik 2). Die Kollegen halten die Fremdanamnese bei Heimpatienten in 60–100% der Besuche für erforderlich. 51% betreuen auch Heime für psychiatrisch Langzeitkranke, 18% über drei derartige Heime. Hierbei handelt es sich vorwiegend um nicht mehr rehabilitationsfähige Patienten mit chronischen Psychosen, geistiger oder neurologischer Behinderung, Patienten mit therapieresistenten Epilepsien, apallischem Syndrom, Residualsyndromen nach Schädelhirntrauma, Enzephalitis, Schlaganfall oder anderen schweren Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Zwei Drittel der befragten Nervenärzte sehen hohen oder sehr hohen weiteren neuro-psychiatrischen Versorgungsbedarf in Heimen.

Schwierige Bedingungen auch bei Hausbesuchen

Auch viele Angehörige psychisch Kranker fordern oder mahnen Hausbesuche an. Dass fachärztliche Hausbesuche in psychiatrischen Akut-situationen erforderlich sein können, ist unbestritten. Aber auch bei immobilen älteren Patienten können Hausbesuche erforderlich sein. Allerdings treffen auf diesen Tätigkeitsbereich die schwierigen Umgebungsvariablen genauso zu wie bei der Heimversorgung. Unsere Umfrage ergab dazu Folgendes (Grafik 3, 4): 15% der Nervenärzte geben an, keine Hausbesuche zu machen. Aber 46% betreuen mehr als fünf verschiedene Patienten pro Quartal zu Hause mit durchschnittlich 1,5 Besuchen je Patient und Quartal. Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten bei Heim- oder Hausbesuchen wird von 75% der Nervenärzte als sehr gut, gut oder zufriedenstellend angegeben. Die Honorarrelation zur erbrachten

Leistung bei Heim- und Hausbesuchen wird von 82% der Nervenärzte als sehr schlecht beziehungsweise schlecht eingeschätzt, nur 2% beurteilten sie als gut oder sehr gut (Grafik 5).

Betreuungssituation in objektivierbaren Zahlen

Nach den Abrechnungsunterlagen liegen die durchschnittlichen Heimversorgungszahlen in der KV Bayern bei folgenden Werten: 73% der Praxen machen Heim- oder Hausbesuche, 60% der Praxen machen regelmäßig Heimbesuche. Etwa 8% aller Nervenarztpatienten werden im Heim oder zuhause betreut. Dies entspricht in Bayern circa 36.000 von 480.000 Nervenarztfällen pro Quartal. Besuchte Patienten haben im Durchschnitt circa 1,5 Arztkontakte im Quartal.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass trotz der außerordentlich widrigen und sich weiter verschlechternden Honorarsituation dennoch die Nervenärzte ihrer spezifischen fachärztlichen Versorgungsverantwortung zu großen Teilen gerecht werden. Der gegenwärtige neuro-psychiatrische Versorgungsgrad in den Heimen und bei Hausbesuchen kann aus ökonomischen Gründen allerdings nicht als gesichert gelten und droht einzubrechen. Die Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP fordern daher, neuro-psychiatrische Heimbesuche besonders zu honorieren: Honorare für Heimbesuche müssen von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt werden. Diese Honorare sind mit einem Anpassungsfaktor als besonders förderungswürdige Leistungen zu versehen, die weiten Anfahrtswege durch eine Anpassung der Wegepauschalen zu honorieren. Die Behandlungskooperation mit Angehörigen, Pflegepersonal und komplementären Diensten darf von den KVen nicht unterminiert werden. □

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl

2. Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN)

Frühjahrstagung des BVDN-Landesverbands Bayern Behandlung von Heimpatienten im Fokus

Der Vorsitzende Dr. Gunther Carl hatte zusammen mit dem Landesvorstand bereits im Herbst 2008 für die Frühjahrstagung 2009 des BVDN-Landesverbands Bayern das Thema Heimversorgung ausgewählt. Trotz der brisanten Honorardebatten, welche die Berufspolitik beschäftigt und dominiert, wurde an der Heimversorgungsthematik festgehalten. Ganz zu Recht, wie sich in der Diskussion zeigte.

Dr. Gunther Carl leitete bei der Frühjahrstagung des BVDN-Landesverbands Bayern am 21.3.2009 in Ingolstadt den Block der Vorträge mit den aktuellen Tendenzen ein: Das Durchschnittsalter der Heimbewohner sei in den letzten Jahren auf über 80 Jahre gestiegen, weil immer mehr pflegebedürftige alte Mitbürger von ihren Angehörigen so lange zuhause versorgt würden, bis man um eine Heimeinweisung nicht mehr herumkomme. Die Heime seien inzwischen zum Sammelbecken für schwerkranke pflegebedürftige Patienten geworden; somit stehe die fachärztliche Heimversorgung vor vielfältigen diagnostischen und therapeutischen Problemen. Immer weniger Heimpatienten könnten noch für sich selbst sprechen, immer mehr Vorbefunde und Parallelmedikationen müssten berücksichtigt werden. Von den Fachärzten besuchen Nervenärzte, Psychiater und Neurologen am häufigsten Heime und seien in der Zwischenzeit zu den wesentlichen Fürsprechern der Altenheimpatienten geworden. Aber obwohl sich der Berufsverband seit circa acht Jahren massiv für die Versorgung der Altenheimpatienten einsetze, habe sich bisher in einzelnen Regionen fast nichts getan. Im Gegenteil seien durch die jüngsten Veränderungen des EBM unfassbare Verschlechterungen eingetreten, weil etwa Methoden wie Akupunktur und Naturheilverfahren gefördert, in der medizinischen Versorgung von Demenzpatienten jedoch Mittel gekürzt werden.

Gute Zusammenarbeit mit Hausärzten

Mit welchen medizinischen Problemen sich Neurologen und Psychiater in den Heimen befassen müssen, bewiese die Statistik der Pflegeversicherung: Fast

alle Härtefälle sind durch Erkrankungen des Gehirns verursacht. Aus den KV-Abrechnungen könne man entnehmen, dass 73 % aller nervenärztlichen Praxen Heim- oder Hausbesuche durchführen, 7,6 % aller nervenärztlichen Patienten von ihrem Facharzt bei sich zuhause oder im Heim aufgesucht werden.

Die jüngste bundesweite BVDN-Umfrage mit mehreren hundert Teilnehmern habe ergeben, dass 70 % der Kollegen 50 bis mehr als 100 Heimpatienten pro Quartal betreuten, insgesamt 64 % gerontopsychiatrische Stationen, 22 % davon mehr als drei Stationen besuchen und 51 % davon regelmäßig Heime für psychisch Langzeitkranke betreuen. Mehr als 75 % der Kollegen berichten von einer guten bis sehr guten Zusammenarbeit mit den Hausärzten, 82 % beurteilten jedoch die Honorarsituation in diesem Bereich als außerordentlich schlecht.

PD Dr. Johannes F. Hallauer, Universität Greifswald, konnte das von Carl gezeichnete Bild bestätigen und präzisieren. Mit steigender Lebenserwartung wachse die Demenzwahrscheinlichkeit: bei den 90-Jährigen liegt sie bei 20–30 %. Je älter der Mensch werde, desto höher stiegen auch seine Krankheitskosten. Die hauptsächlichsten Kosten bei dementen Patienten entstünden durch die Pflege. Hallauer betonte, dass die überwiegenden Pflegeleistungen (circa zwei Drittel, wenn man dies als Kosten berechne) unbezahlt durch die Familienpflege getragen würden, die „Angehörigensituation aber ausgedünnt“ werde, weil die pflegenden Kinder der 90-Jährigen selber in ein Alter kämen, in dem sie dies nicht mehr leisten könnten. In Zukunft werde deshalb ein immer geringerer Anteil der Alterspatienten zu Hause versorgt werden können. 80 % der Heimbewohner sind nicht dazu

in der Lage, einen Arzt aufzusuchen und somit darauf angewiesen, von diesem besucht zu werden. Wer versorgt nun Heime? Eine Umfrage ergab, dass 754 der Heime, die sich beteiligt hatten, durch Niedergelassene, acht von einem angeestellten Heimarzt, sechs als Rehakliniken beziehungsweise Krankenhäuser von den dortigen Ärzten betreut werden. 75 % dieser Heime werden von Allgemeinärzten besucht, 25–30 % von Neurologen, 25 % von Psychiatern. Fast nie tauchten Augenärzte oder Frauenärzte in Heimen auf, obwohl doch deren Insassen sicherlich auch solcher fachärztlicher Betreuung bedürften. Etwa 35 % der Heimbewohner werden dagegen regelmäßig vom Nervenarzt, Neurologen oder Psychiater fachärztlich versorgt, sodass bei etwas besserer Organisation eigentlich eine adäquate neuropsychiatrische Betreuung möglich gemacht werden könne.

Bei den Medikamenten zeigte sich, dass verglichen mit der Herz- und Kreislaufmedikation Antidementiva nur einen sehr geringen Teil ausmachten. Bei den 80- bis 90-Jährigen lagen die Psychopharmaka bei 3 %, die Antidementiva bei 1 % und Medikamente zur Behandlung anderer Erkrankungen bei 96 % der Arzneimittelkosten. In den als sehr gut geführt beurteilten Heimen erhielten 40 % der Bewohner Antidementiva und 60 % Neuroleptika. Dagegen wurden in den insgesamt schlechter bewerteten Heimen 100 % mit Neuroleptika und 0 % mit Antidementiva behandelt. Die am häufigsten behandelte neuropsychiatrische Erkrankung bei Heimpatienten war Parkinson.

Heimärzte keine Alternative

Der allgemeinärztliche Repräsentant und stellvertretende Vorsitzende der KVB Dr. Gabriel Schmidt erntete schon zu Beginn

seiner Ausführungen Stirnrunzeln und in der Diskussion Kritik, weil seine Folien mit „Neuropsychologische Behandlung von Heimpatienten“ überschrieben waren. Er stellte als mögliches gutes Beispiel die geriatrischen Praxisverbände in den Vordergrund, von denen es in Bayern 24 mit insgesamt 200 beteiligten Ärzten, davon 10 % neuropsychiatrischen Fachärzten gebe. Als eines der wichtigsten Kostenkriterien hatte sich in Untersuchungen „die Nichtkenntnis des Patienten“ herausgestellt. Derjenige, dem der Patient vertraut sei, könne in hohem Maße Krankenhauskosten bedingt durch Einweisungen verhindern. Auch er verwies darauf, dass die viel diskutierte Alternative des Heimarztes zahlenmäßig keinerlei Rolle spiele, so gebe es in München nur einen davon. Heimärzte würden im Unterschied zu Niedergelassenen nach Tarifverträgen bezahlt und damit auch auf ihre Rechte (Arbeitszeiten) pochen, was für die Versorgung durch letztere plädieren lasse.

Hinsichtlich der Honorarmisere erklärte Schmidt auf den Vorwurf, dass im Bewertungsausschuss wieder einmal die Anliegen der Neurologen und Psychiater trotz gegenteiliger Beteuerungen nicht diskutiert worden seien, man wolle nicht mehr an Stellschrauben drehen, sondern setze ab 2010 auf ein völlig neues System. Die Konvergenzregelung, er sprach dabei von maximal 5 % Verlusten (der Arztgruppen und nicht der Einzelpraxen), solle die größten Verwerfungen auffangen. Den Vorwürfen gegenüber der KVB, die von den zurecht ungehalten reagierenden Kollegen als ungläubiger Chaosverein betitelt wurde, konnte Schmidt nichts Substanzielles entgegenstellen.

Für J. Hollig vom Bildungswerk der bayerischen Bezirke gibt es in Bayern mit einer Pflegequote von 4,9% noch erhebliche strukturelle Schwachstellen. Er erwarte aber durch eine Neudefinition der Pflegebedürftigkeit Verbesserungen. Die Pflegebedürftigkeit, die bisher sehr eng gefasst, verrichtungsbezogen und ausschließlich somatisch definiert gewesen sei, werde künftig hinwendungsbezogen und teilhabeorientiert sein.

Lebhafte Podiumsdiskussion

Dr. Max Gassner, Ministerialdirigent im Bayerischen Gesundheitsministeri-

um wandte sich wegen der deutlich spürbaren Ängste und Nöte der anwesenden Kollegen der aktuellen Honorarmisere zu. Die derzeitige Systematik des EBM sei völlig fehlerhaft konstruiert, da sie keine Mengensteuerung der freien Leistungen beinhalte. Allerdings glaube er die Diskussionsteilnehmer mit dem Hinweis beruhigen zu können, dass vielleicht doch mehr Geld vorhanden sei, als zunächst gedacht, und dass man die Einschränkung der Absenkung des Honorars auf maximal 5 % gegenüber dem Honorar des Vorjahresquartals mit großer Sicherheit realisieren könne.

Klaus Schwarzer von der AOK Bayern gab glaubhaft seiner Sorge wegen der Auswirkungen des Gesundheitsfonds Ausdruck und betonte, dass die Einwände der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater völlig berechtigt seien. Er verwies aber darauf, dass die jetzigen gesetzlichen Bestimmungen vor allem auf Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zurückgingen, die gegen die Stimmen der gesetzlichen Krankenversicherungen vom Bundesgesundheitsministerium übernommen worden seien. Die AOK wolle versuchen, die Situation zu entschärfen; sie sehe als die Gewinner dieser Reform unter anderem Labormediziner und Psychotherapeuten und als Verlierer Psychiater, Nervenärzte und Neurologen. Juristisch sei es aber nicht möglich, den Gewinnern der Honorarreform etwas wegzunehmen, um damit die Verluste der anderen aufzufangen. Vielleicht als einen Hinweis auf frühere verfehlte gesetzliche Bestimmungen kolportierte Schwarzer, dass es der bayerische Hausarztverband durch eine Erpressung über den angebotenen Ausstieg aus den Disease-Management-Programmen und dem damit verbundenen Verlust großer finanzieller Mittel für die bayerische AOK geschafft habe, seinen Hausarztvertrag durchzusetzen. Er versprach, dass Bayerns größte und bedeutendste Krankenkasse auf den BVDN hören wolle, um die vorhandenen Mittel zu gerechter Verteilung einzusetzen.

Nur wenig Zeit hatte Joachim Görtz, Landesbeauftragter im Bundesverband der Anbieter sozialer Dienste, um seine wesentlichen Aussagen vorzubringen: Wenn der Staat fordere, die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen sicher-

zustellen, dann müsse er auch die Finanzierung gewährleisten und sich auf die Debatte darüber einlassen, was der Gesellschaft die Versorgung älterer Menschen wert sei. Ohne eine Beantwortung der finanziellen Frage sei die Problematik gar nicht zu lösen. Danach brach sich naturgemäß die hohe emotionale Spannung der etwa 100 teilnehmenden Kollegen Bahn, deren Fragen sich überwiegend an Gassner und Schwarzer richteten. Dabei zeigte es sich, dass vor allem Gassner die Brisanz der Situation und auch die Problematik von Gesundheitsfonds, Regelleistungsvolumina und zentralistischer Lösungen ähnlich sieht wie das Auditorium und versprach von Seiten des Ministeriums mit seinen Mitteln (denen der Rechtsaufsicht) dazu beizutragen, die Situation zu entschärfen.

Schwarzer erklärte, dass das niedrige Honorar für das Quartal III/2008 durch die Überführung der Strukturvertragsmittel in den Fachgruppentopf, die nur zu einer geringen Basispunktwertenerhöhung und somit im Vergleich zu hohen Verlusten bei früheren Teilnehmern an den Strukturverträgen geführt haben, zustande komme. Er stellte richtig, dass keine Einzelverträge ohne Ausschreibung möglich seien und auch keine neuen Mittel in das System eingeschleust werden könnten. Für Institutsambulanzen sehe die gesetzliche Situation dagegen völlig anders aus. Zudem hätten die Schiedsstellen in den letzten Jahren immer zu deren Gunsten entschieden und damit zu wesentlich höheren Vergütungen in diesem Bereich beigetragen.

Dr. Gunther Carl betonte zum Schluss, dass er die von keinem bestrittenen Forderungen der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen weiter vehement vertreten werde. Ein großer Teil der neuro-psychiatrischen Versorgung von Heimpatienten werde wohl bald zusammenbrechen, wenn es bei der derzeitigen finanziellen Unterdeckung bleibe. Er gab zu erkennen, dass er dies nicht als Drohung verstand, sondern als eine unvermeidliche Konsequenz, wenn die heimversorgenden Praxen ihr Angebot massiv zurückfahren oder in die Richtlinienpsychotherapie ausweichen müssten, sollten sie andernfalls in den Konkurs getrieben werden.

az

Nervenärztliche Versorgung

Hippokrates, quo vadis?

Auf der Jahrestagung der niedersächsischen Nervenärzte in Bad Harzburg im Februar wurden aktuelle Perspektiven der Entwicklung des Gesundheitswesens aufgezeigt. Der BVDN verfolgt mit seinem „Brain Concept“ nach § 73c SGB V das Ziel, die Nervenärzte in einer Bietergemeinschaft zusammenzuschließen, um mit den Krankenkassen Verträge über einzelne Versorgungsbereiche abzuschließen. Als niedergelassener Nervenarzt versuche ich mich zu orientieren ...

Die AOK Niedersachsen hatte die Behandlung von „15.000 Schizophrenen“ zur vertraglichen Regelung außerhalb des bisherigen kassenärztlichen Versorgungssystem ausgeschrieben und will mit kommerziellen Klinikketten verhandeln. Aufgrund der schwierigen Klientel (Definierbarkeit, Motivierbarkeit) scheint das Projekt aber schwer umsetzbar zu sein. Die gesetzlichen Regelungen nach § 73c, 95 (MVZ) und 140 (integrierte Versorgung, IV) werden von den Kassen als Instrument der Kostenverminderung durch Steigerung des Wettbewerbs verstanden. Der Patient wird dabei wie eine operationalisierbare Einheit rationell bearbeitet und zum austauschbaren Werkstück. Einsparungen werden auch bei der Reduzierung der Krankenschreibungstage und der Krankenhaustage gesehen, die bei solchen Verträgen um über 50% zurückgegangen sein sollen wie Pilotprojekte in Baden-Württemberg zeigen. Unklar ist, ob wirklich gespart oder nur ein Modell schön gerechnet wurde. Die Techniker Krankenkasse (TK) geht einen anderen Weg. Über eine eigene Gesellschaft (Atrio GmbH) hat sie zum Beispiel in Hamburg ein großes Ärztehaus, MVZ, gebaut, in dem angestellte Ärzte nur für TK-Patienten tätig werden. Dazu wurden Kassenarztsitze aufgekauft und in Hamburgs Innenstadt zentralisiert. Diese Sitze fehlen nun für die lokale Versorgung anderer Stadtgebiete, das Problem soll durch die Aufhebung der Niederlassungsbeschränkung 2011 behoben werden.

Die meisten Kassen wollen Einzelverträge mit Ärztenetzen zu bestimmten

Diagnosebereichen, sei es mit kommerziellen Großanbietern, die wie Rhön eine Komplettversorgung aufbauen wollen, oder mit Ärztegruppen (z. B. Ärztegenossenschaften). Es wird damit gerechnet, dass circa ein Drittel der Honorare weiter über die KV für vertraglich nicht anderweitig geregelte Diagnosen ausgezahlt wird. Damit bleibt der KV eine Art minderwertige Restversorgung. Die Kassen wollen durch genaue vertragliche Vorgaben und eine enge Kooperation, Begrenzung der Arzneimittelverschreibung, der Krankschreibungen und der stationären Behandlung Einsparungen erzielen, für die die Ärzte wirtschaftlich verantwortlich gemacht werden. Diese Verträge gelten nur 2–5 Jahre und werden je nach Erfolg verlängert oder neu ausgeschrieben.

Die freie Arztwahl wird durch die Einschreibung der Patienten aufgehoben. Die Ärzte müssen dann über ihre Netzwerkorganisation eine Vielzahl von Verträgen zu bestimmten Diagnosen mit verschiedenen Kassen abschließen, die alle eine genaue EDV-Dokumentation erfordern. Dafür müssen neue Softwareprogramme installiert werden und eine Managementgesellschaft des Ärztenetzwerks muss die Vertragsverhandlungen, die Abwicklung und die Abrechnung übernehmen, weil der einzelne Arzt das nicht mehr handhaben kann. Der Erfolg wird an den Einsparungen gemessen. Die Ärztenetze müssen diese Daten selbst sammeln und aufbereiten, um gleichrangig mit den Kassen verhandeln zu können. Wenn es dann keine Vergleichsmöglichkeit mehr gibt, weil das bisherige System nicht mehr existiert, werden Verhandlungen über die Senkung der Honorare beginnen.

Ich habe Erfahrungen mit einem solchen Vertrag. Die Patienten müssen sich laut Gesetz durch Unterschrift in Programme einschreiben. Da die Kasse nur an den schwerkranken Patienten interessiert ist, muss der Arzt diese nach vorgegebenen Kriterien auswählen. Dabei hat der Arzt in den jeweiligen Verträgen nur wenige Patienten, wenn er wie bisher Patienten aller Kassen behandelt, was er bei

Verbleib in der KV berufsrechtlich auch muss. Er kann aber auch aus dem KV-System herausgehen und nur von solchen Verträgen leben, die nur für einige Jahre gelten. Deshalb ist der genossenschaftliche Zusammenschluss sinnvoll. Die Verträge sind so kompliziert, dass sich die meisten Ärzte zurückhalten und im Endeffekt wenig Gewinn für den Arzt oder Einsparung für die Kasse dabei herauskommt. Die meisten der bisher 5.000 IV-Verträge werden wohl nicht verlängert.

Wo führt das hin?

Realistisch ist damit zu rechnen, dass nur das TK-Modell der krankenkasseneigenen Ambulanzen und ein einheitliches Gesamtversorgungspaket (z. B. von Ärztenetzen oder Großanbietern) auf Dauer funktionsfähig sein können. Die Vorstellung der politisch gewollten konkurrierenden Versorgungsvielfalt widerspricht den Arbeitsbedingungen in der ambulanten Versorgung gleich welchen Versorgungstyps so eklatant, dass derartige Modelle schon aus Unwirtschaftlichkeit scheitern müssen, von der Qualität der Versorgung gar nicht zu reden. Ob wirklich Einsparungen im Gesamtsystem bei gleichem Leistungsstandard generierbar sind, ob nicht vielmehr durch das Krankenkasseninteresse an „optimierten“ Diagnosen noch ein weiterer kostentreibender Faktor eingeführt wird, ist völlig offen. Die Gewinnsteigerung ist das Ziel; die beteiligten Kapitalgesellschaften erwarten Renditen von 15–20%.

Der einzelne Arzt bleibt ratlos, was zu tun ist. Er kann sich an den kosten- und zeitaufwendigen Netzwerkprogrammen beteiligen oder hofft unter Verbleib im KV-System auf einen Klärungsprozess, der in ein praktikables System mündet. Was bleibt übrig von unserem ärztlichen Auftrag in einer „kundenorientierten“ Renditewelt? Hippokrates, quo vadis? □

AUTOR

Dr. med. Heyo Prahm, Oldenburg

Alzheimer-Demenz

Fortschritte in der Forschung, aber Stagnation in der Versorgung?



Für eine flächendeckende, patientengerechte Versorgung von Demenzkranken kann es sinnvoll sein, die demenzspezifische Qualifizierung von Hausärzten durch spezifische Fortbildungsangebote zu stärken.

10 Alzheimer-Demenz – Fortschritte in der Forschung, aber Stagnation in der Versorgung?

22 Verordnungshäufigkeit von Antidementiva – eine Bilanz aus Berlin

32 Ambulante videounterstützte Versorgung von Parkinsonpatienten geht weiter

36 Neurologe sein – Schön trotz allem

41 KV Bayern unterstützt Kassenärzte bei Anträgen zur Kurzarbeit

Versorgungsforscher Dr. H. Melchinger dokumentiert die nach wie vor eklatante Unterversorgung von Alzheimerpatienten und die große Kluft zwischen Forschungsstand und Erkenntnisweitergabe. Er fordert intensivere Fortbildungsangebote für Hausärzte, um praxistaugliche demenzspezifische Behandlungskompetenz zu erlangen, vor allem zu nicht-medikamentösen Therapieformen und zum Abbau budgetbedingter Hemmnisse bei der Antidementivaverordnung. Diese Fortbildungen sollten von denen geleitet werden, die aufgrund ihrer Spezialisierung dafür prädestiniert sind, Wissen über neurodegenerative Erkrankungen und deren Konsequenzen im Biologischen, Psychischen und Sozialen zu vermitteln.

In der Fachliteratur werden die Meldungen dichter, dass neue Ergebnisse aus der Grundlagenforschung Durchbrüche in der Alzheimertherapie erwarten lassen. Die Meinungen darüber, wann Entwicklungen in der Forschung die Behandlung von Demenzkranken grundlegend verändern werden, gehen allerdings auch unter Fachleuten weit auseinander. Ein Grundlagenforscher zeigte sich in einem Fernsehinterview zum Welt-Alzheimerstag 2008 sehr optimistisch, in vier bis sechs Jahren könnte es so weit sein. Andere Forscher sind hier sehr viel skeptischer, es könne noch Jahrzehnte dauern, bis ein wirklicher Durchbruch in der Behandlung von Demenzkranken erreicht würde.

„Verbesserung der Früherkennung und Therapie demenzieller Erkrankungen durch Hausärzte“ war eines der zentralen Ziele des Kompetenznetzes Demenzen. Es gibt wenig Anzeichen dafür, dass durch die Aktivitäten des Kompetenznetzes die

Versorgung nachhaltig verbessert wurde. Aussagen über Veränderungen sind aber auch nicht einfach, weil nur wenige valide Daten zur Verfügung stehen, die Vorher-Nachher-Vergleiche ermöglichen könnten. Ferner erfordert der Umgang mit Demenzerkrankungen nach allgemeinem Verständnis ein mehrdimensionales Vorgehen, in dem die ärztliche Behandlung nur ein Teil ist.

In diesem Beitrag wird den Fragen nachgegangen, inwieweit in der Behandlung von Demenzkranken der Wissensstand und die Erfahrung – schon seit vielen Jahren in den verfügbaren Demenzleitlinien der Fachgesellschaften abgebildet – angewendet wird, welche möglichen Barrieren einer leitliniengerechten Behandlung entgegenstehen und was vordringlich getan werden müsste, um der Vision, dass alle Demenzkranken eine suffiziente Behandlung erfahren, ein Stück näherzukommen. Dabei wird besonders die hausärztliche Versorgung ins

Blickfeld genommen. Beim Hausarzt, den 90% der älteren Menschen regelmäßig aufsuchen, werden die Weichen für die Versorgung von Demenzkranken gestellt.

Indikatoren für Versorgungsqualität

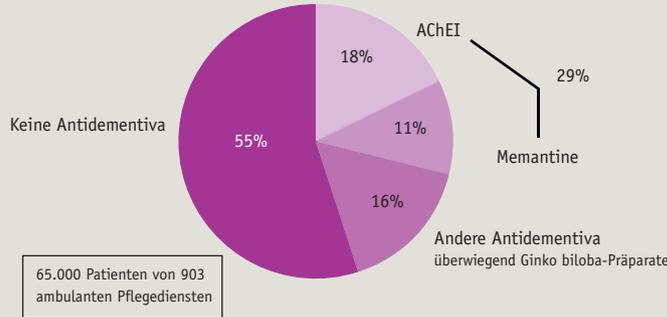
Wie lassen sich Aussagen darüber treffen, inwieweit die medizinische Versorgung von Demenzpatienten ausreichend und bedarfsgerecht ist und wie kann deren Qualität gemessen werden? Bewertungen der Versorgung müssen sich auf belastbare Daten stützen. Ein Punkt könnte die Häufigkeit von Behandlungsversuchen mit Antidementiva sein. Dazu gibt es unterschiedliche methodische Zugangswege, die jeweils am Beispiel einer Studie vorgestellt werden.

1. Bevölkerungsbezogene Abschätzungen

Ausgangspunkt sind dabei die Absatzzahlen der verordneten Antidementiva

Einsatz antidementiver Medikamente

(schriftliche Befragung sämtlicher ambulanten Pflegedienste in Deutschland)



(Daten Apothekenrechenzentren, der Industrie etc.), die umgerechnet in definierte Tagesdosen (DDD) mit epidemiologischen Daten in Beziehung gesetzt werden. Den harten Daten zu Arzneimengen stehen in den Abschätzungen zur Prävalenz von Demenzen eher weiche Daten gegenüber. Prävalenzwerte können in Abhängigkeit von den in Studien verwendeten Ein- und Ausschlusskriterien und den gewählten Messzeitpunkten deutlich variieren. In Arbeiten zur Demenz aus dem Jahr 2008 finden sich Angaben zur Prävalenz von Demenzkranken in einer Bandbreite von 800.000 bis zu 1,2 Millionen. Prof. Hans Förstl, München, geht in einer neueren Arbeit von 1,2 Millionen Demenzkranken im mittleren bis schweren Stadium aus; würden Patienten im leichteren Stadium dazugerechnet, käme man auf mehr als 1,5 Millionen. Trotz dieser Unschärfen kann diese Methodik geeignet sein, den Grad der Versorgung zumindest in Größenordnungen zu ermitteln. Rychlik [2007] berechnete in einer an dieser Methodik orientierten Studie eine Unterversorgung von 79%: 14% der Demenzkranken erhalten Acetylcholinesterasehemmer (AChEI) und 7% Memantine.

2. Erhebungen bei eingegrenzten Stichproben

2.1 Erhebungen in Alten- und Pflegeheimen

Wissenschaftliche Studien belegen, dass rund zwei Drittel der Bewohner von

Alten- und Pflegeheimen an Demenz erkrankt sind. Dieser Anteil nimmt stetig zu, weil in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle Neuaufnahmen durch demenzielle Erkrankungen begründet sind. Hallauer [2005] ermittelte in einer Untersuchung, dass von den als demenzkrank eingestufteten Heimbewohnern 5% AChEI erhalten, 7% Memantine und 2% AChEI und Memantine. Daraus ergibt sich eine Unterversorgung von 86%. Diese Studie ist auch deshalb interessant, weil dabei der Einsatz von Neuroleptika und anderen Psychopharmaka erfasst wurde. In der Gegenüberstellung von Einrichtungen, in denen Antidementiva relativ häufig eingesetzt wurden, und solchen, in denen überhaupt keine Antidementiva gegeben wurden, zeigte sich ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen Antidementiva- und Neuroleptika-Einsatz: Bei Verzicht auf Antidementiva wurden doppelt so viel Neuroleptika verabreicht als beim Einsatz von Antidementiva.

Ende letzten Jahres wurde von der Gmünder Ersatzkasse eine Studie zur medizinischen Versorgung in Pflegeheimen (Pflegerport) vorgestellt. Die Studie zeigt, dass Demenzkranke in Heimen signifikant weniger Antidementiva erhalten als Patienten, die zuhause gepflegt werden. Die Studie machte ferner transparent, dass mit zunehmendem Alter der Heimbewohner seltener Kontakte zu Haus- oder Fachärzten hergestellt werden.

2.2 Erhebungen bei ambulanten Pflegediensten

Von der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) wurden im vergangenen Jahr die Ergebnisse der bislang umfangreichsten Erhebung zur medikamentösen Behandlung von Demenzkranken (schriftliche Befragung sämtlicher ambulanter Pflegedienste in Deutschland) vorgelegt [Grass-Kapanke et al., 2008]. Nach den in Abbildung 1 dargestellten Ergebnissen dieser Studie ergibt sich für die evidenzbasierten Antidementiva bei ambulant versorgten Demenzkranken eine Unterversorgung von 71%.

In dieser Studie wurde der Einsatz aller antidementiven Medikamente erfasst. Die Gruppe „andere Antidementiva“ beinhaltet überwiegend Ginkgo-Präparate. Der mit 16% relativ hohe Anteil dieser Präparate erfordert eine Kommentierung: Ginkgo-Präparate wurden vom Bundesausschuss am 1. Januar 2004 aus der Liste der zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Medikamente gestrichen. Nach Protesten gegen diese Entscheidung wurden diese Präparate drei Monate später bei „schwerwiegenden Indikationen“ (Zitat) wieder als erstattungsfähig aufgenommen. Bis diese Umkehr in Kraft trat, waren die meisten Vertragsärzte schon dazu übergegangen, Ginkgo-Präparate bestenfalls zu empfehlen, aber nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen zu verordnen. Die Firma Schwabe als Marktführer (Tebonin®) verschob in der Folge ihre Produktkommunikation hin zur Apotheke und zu den Patienten und versuchte nicht, Ärzten Hinweise zu geben, wie der mögliche Unterschied zwischen einer „normalen“ und einer „schwerwiegenden“ Indikation entwickelt werden könnte. Heute werden weniger als 5% des Tebonin-Umsatzes durch Kassenrezepte ausgelöst, die Patienten bezahlen also diese Medikamente selbst. Hier kann sich ein Problem stellen: Die Annahme liegt nahe, dass Patienten, die sich Ginkgo-Präparate besorgen, ihren behandelnden Arzt darüber informieren. Wenn der Arzt dies zur Kenntnis nimmt und nicht gleichzeitig darüber informiert, dass die Wirksamkeit von Ginkgo-Präparaten nicht gesichert ist, während der Nutzen der modernen Antidementiva als belegt gilt,

und wenn er eine Verordnung von Antidementiva nicht anbietet, obwohl seine Diagnostik den Verdacht auf Antidementiva erhärtet, könnte dies als ärztlicher Kunstfehler interpretiert werden.

Erwähnenswert ist eine Studie von INSIGHT Health [2008], die deutliche regionale Disparitäten im Verordnungsvolumen von Antidementiva zeigte. Unterschiede ergaben sich in Vergleichen zwischen KV-Regionen ebenso wie in Vergleichen zwischen Krankenkassen. So wird zum Beispiel im Bereich der KV Sachsen für Antidementiva pro Kopf mehr als das Sechsfache ausgegeben als im Bereich der KV Bremen. Die AOK Hessen gibt pro Kopf über 50% mehr für Antidementiva aus als die AOK-Rheinland/Hamburg. Die neuen Bundesländer liegen bei den Pro-Kopf-Ausgaben deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Ob die Aufnahme der Demenz

als eines von 80 im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) gelisteten Krankheitsbildern einen Abbau dieser Disparitäten mit sich bringen wird, bleibt abzuwarten.

Daten der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft

Als weitere Informationsquelle zur Bewertung der Versorgungssituation von Demenzkranken können Auswertungen der über das Alzheimer-Telefon der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft (DAzG) vermittelten Anliegen von Betroffenen und Angehörigen herangezogen werden. Von 2002 bis Mitte 2007 wurden dort über 30.000 Gespräche erfasst. Neben Fragen zum Umgang mit den Erkrankten ist die ärztliche Versorgung das zweite große Thema der Anfragen. Folgende Anliegen stehen im Vordergrund:

- Suche nach einem gerontopsychiatrisch qualifizierten Arzt;
- Unzufriedenheit mit der Diagnostik;
- Klagen, bei Beschwerden von Ärzten nicht ernst genommen zu werden;
- Fragen zu medikamentösen Therapieoptionen.

Anrufer berichten immer wieder, dass von der Klinik oder vom Facharzt eingeführte Medikamente vom Hausarzt nach kurzer Zeit wieder abgesetzt werden. Auch wird darüber geklagt, dass sich Ärzte weigern, Antidementiva zu verschreiben oder diese nur auf Privatrezept anbieten.

In der Zusammenschau von Ergebnissen wissenschaftlicher Studien, Erfahrungen der Alzheimer-Gesellschaften und von zahllosen Einzelberichten, kann kein Zweifel daran bestehen, dass die medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen durch eine massive Unterversorgung gekennzeichnet ist. Auch wenn über die Bezifferung der Unterversorgung in genauen Prozentwerten gestritten werden kann, steht außer Frage, dass gegenwärtig der weitaus überwiegende Teil der Demenzkranken keine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung erfährt.

Leitlinie Demenz der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Im September 2008 wurde von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) eine eigene Leitlinie Demenz vorgelegt. Darin positioniert sich die DEGAM erstmals offiziell zum Nutzen von Antidementiva. In Abschnitt 1.2.2 „Hausärztliche Perspektive“ der Leitlinie ist zu lesen: „Die medizinische und psychosoziale Versorgung von Demenzkranken liegt weitgehend in der Hand der Hausärzte. (...) Er kennt die Patienten, die Angehörigen und das Umfeld. Er ist deshalb am besten in der Lage, schon leichte Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit wahrzunehmen.“ Dann heißt es dort aber weiter: „Hausärzte streben aufgrund von postulierten fehlenden Konsequenzen eine Diagnose nicht aktiv an. Gleichzeitig empfinden es Hausärzte als unangenehm, mit Patienten über die belastende Diagnose De-

Tabelle 1

Leitlinien Demenz (Auszüge)

Arzneimittelkommission „Therapieempfehlungen Demenz“ (2004)

„Die Wirksamkeit von Acetylcholinesterasehemmern wurde in einer Reihe von klinischen Studien belegt ↑↑“

„In einer doppelblind placebokontrollierten Studie ... zeigte Memantin ... eine günstige Wirkung. ↑“

↑↑ = Aussage wird gestützt durch mehrere ... valide klinische Studien ... bzw. durch valide Metaanalysen. Positive Aussage gut belegt.

↑ = Aussage wird gestützt durch zumindest eine ... valide klinische Studie. Positive Aussage belegt.

Demenz-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN, 2008)

„Acetylcholinesterase-Hemmstoffe sind bei ... leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz wirksam. ↑↑“

„Memantin ist im mittleren und schweren Stadium der Demenz wirksam. ↑↑“

↑↑ = höchste Evidenzklasse

DEGAM-Leitlinie Demenz, Kurzversion (2008)

„Bei leichter bis mittelschweren Alzheimer-Demenz ist der Einsatz von Acetylcholinesterasehemmern (...) zu erwägen. ②“

„Alle Antidementiva weisen nur eine begrenzte bzw. nicht überzeugend nachgewiesene Wirkung auf. ①“

„Bei der mittelschweren bis schweren Alzheimer-Demenz kann der Einsatz von Memantine als individueller Behandlungsversuch erwogen werden. ②“

Stärke der Empfehlungen ① = basiert auf wissenschaftlichen Studien hoher Qualität
 ② = basiert auf sonstigen Studien

menz zu sprechen. Es ist daher wichtig, adäquate Instrumente zu entwickeln und zu evaluieren, die Wissen, Einstellungen und Handlungskompetenzen bei Hausärzten im Umgang mit dem Krankheitsbild Demenz nachhaltig fördern und zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.“ In Tabelle 1 sind Auszüge aus dieser Leitlinie denen anderer ärztlicher Fachgesellschaften gegenübergestellt; unterschiedliche Akzentuierungen werden deutlich.

Während in den Leitlinien der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und der psychiatrischen/neurologischen Fachgesellschaften der Einsatz von Cholinesterasehemmern und von Memantine übereinstimmend als evidenzbasiert empfohlen wird, ist in der Leitlinie der DEGAM nur von einer Erwägung des Einsatzes dieser Medikamente die Rede. Dabei wird „Erwägung“ noch durch den Hinweis relativiert, dass sich der Einsatz von Antidementiva nicht auf wissenschaftliche Studien hoher Qualität stützen könne. Dagegen werde durch Studien von hoher Qualität belegt, dass Antidementiva „nur eine begrenzte beziehungsweise nicht überzeugend nachgewiesene Wirkung aufweisen“. Mit diesen Akzentverschiebungen erhalten die DEGAM-Empfehlungen zu Antidementiva tendenziell den Charakter von „Cave!“-Anmerkungen.

Zu Demenzleitlinien, von denen es im nationalen und internationalen Bereich über 40 gibt, sind einige kritische Anmerkungen erforderlich: Ein grundsätzliches Problem von Leitlinien liegt in

ihrer Fokussierung auf isolierte Krankheitsbilder. Ältere Menschen und auch demenzkranke ältere Menschen haben häufig mehrere Krankheiten. Die Demenz scheint sogar mit einer höheren Multimorbidität verbunden zu sein als andere Krankheitsbilder. In einer vielzitierten Arbeit von Cynthia Boyd et al. [Jama, 2005] wurde belegt, dass die strikte Anwendung von Leitlinien bei multimorbiden Patienten zu einer nicht mehr verträglichen Anzahl von Arzneimitteln und Interaktionen führt, deren Schaden erkennbar ist. Leitlinien für die Behandlung von multimorbiden älteren Patienten stehen noch aus. Weiss [2008] stellt nach einer Analyse der Leitlinien des Registers der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) fest: „Es ist zu vermuten, dass die derzeit verfügbaren Leitlinien eher keine tatsächliche Hilfe bei der Versorgung alter Patienten in der alltäglichen ärztlichen Praxis darstellen“.

Noch ein anderer Aspekt verdient Beachtung: Die vorhandenen Leitlinien sind für das ärztliche Handeln bestimmt. Es besteht aber Einigkeit darin, dass eine suffiziente Demenzbehandlung ein multiprofessionelles Handeln erfordert, in dem die Kompetenz von pflegerischen Berufen ebenso Bedeutung haben kann wie die Kompetenz von Berufsgruppen aus der Heil- und Hilfsmittelversorgung (und in leichteren Fällen auch die Kompetenz von Psychotherapeuten). Keine Demenzleitlinie gibt darüber Auskunft, welche von welchen Berufsgruppen erbrachten demenzspezifischen Leistungen

für eine umfassende Behandlung nutzbar gemacht sollten. Füsgen [2009] stellt als weitere Unzulänglichkeit von Leitlinien fest, dass diese vielen für die Lebensqualität der Betroffenen wichtigen Fragen nicht gerecht werden.

Ursachen für unzureichende ärztliche Behandlung

In verschiedenen Studien wurde den Ursachen für die unzureichende ärztliche Behandlung nachgegangen. Die ermittelten Barrieren, die sich als eine Gemengelage aus teilweise interdependenten Argumenten darstellen, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Scheu/Unsicherheit, Angehörige/Betroffene mit der belastenden Diagnose Demenz zu konfrontieren;
- Selbstzuschreibung von unzureichenden Diagnostik-/Behandlungserfahrungen /-kompetenzen;
- Zweifel am Nutzen von Behandlungsversuchen mit Antidementiva;
- Stellenwert von Testverfahren wird als eher gering eingeschätzt;
- Verzögerung der Progression des kognitiven Verfalls wird nicht als Therapieerfolg gewertet;
- Furcht vor Überschreitung des Medikamentenbudgets bei Verordnung von Antidementiva;
- Befürchtung eines nicht leistbaren/nicht finanzierten Behandlungsaufwands, der auch Casemanagement-Funktionen einschließen könnte;
- Selbstzuschreibung von unzureichender Kompetenz für Beratung von Angehörigen zum Umgang mit Patienten;
- unzureichende Kenntnisse über nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten;
- unzureichende Kenntnis über regional vorhandene Beratungs- und Betreuungsangebote, die in die Therapie eingebunden werden könnten,
- selbstzuschriebener Mangel an persönlicher Eignung für den Umgang mit Demenzkranken;
- in der Rangfolge der Beliebtheit von ärztlichen Tätigkeiten rangiert der Umgang mit Demenzkranken am unteren Ende der Skala.

Aus Platzgründen kann im Folgenden nur auf drei Punkte näher eingegangen werden.

Modellrechnung

Tabelle 2

Allgemeinarztpraxis mit 1.600 Scheinen, davon 1.000 Versicherte/Angehörige und 600 Rentner.

Arzneimittelrichtgrößen (KV Nordrhein 2008):

für Versicherte/Angehörige = $44,10 \times 1000 \text{ Patienten} = 44.100 \text{ €}$
 für Rentner = $146,66 \times 600 \text{ Patienten} = 87.996 \text{ €}$
 132.096 €

In der Praxis werden fünf Demenzpatienten mit Antidementiva behandelt, die monatlichen Kosten betragen rund 120 €. Damit entstehen folgende Kosten/Quartal:

$120 \text{ €} \times 3 \text{ Monate} \times 5 \text{ Patienten} = 1.800 \text{ €}$

1.800 Euro entsprechen 2,0% des Praxisbudgets für Rentner oder 1,4% des gesamten Praxisbudgets.

Selbstzuschreibung von unzureichender Behandlungskompetenz: Viele Hausärzte überweisen Patienten bei Verdacht auf Demenz zur Diagnostik an den Nervenarzt. Die Erfahrung zeigt aber, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle Überweisungen zu einer tatsächlichen Vorstellung beim Nervenarzt führen. Angehörige zweifeln manchmal an dem Sinn der Konsultation: Wenn schon unser vertrauter Hausarzt nicht helfen kann, was soll dann ein fremder Nervenarzt ausrichten können? Nehmen Angehörige mit dem Nervenarzt Kontakt auf, wird ihnen ein Termin in einigen Wochen angeboten. Bis dahin kann die Motivation der Angehörigen verpufft sein. Ebenso ist ungewiss, ob der Patient zu dem Zeitpunkt bereit/in der Lage sein wird, sich beim Nervenarzt vorzustellen. Schließlich darf auch nicht unterschätzt werden, dass es außerhalb der Ballungsgebiete für Angehörige zu einem unlösbar Problem werden kann, einen Nervenarzt aufzusuchen. Ein hochbetagter Angehöriger traut sich vielleicht nicht, seinen demenzkranken Partner in öffentliche Verkehrsmittel mitzunehmen.

Wenn vom Facharzt die Diagnose Demenz erstellt wird, übernehmen Hausärzte in der Regel antidementive Behandlungsempfehlungen. Die Erfahrung zeigt aber auch, dass die Behandlungen mit Antidementiva von Hausärzten wegen vermeintlicher Aussichtslosigkeit häufig schon nach kurzer Zeit abgebrochen werden.

Zweifel am Nutzen von Antidementiva: Wenn Ärzte, die den Nutzen von Antidementiva anzweifeln, sich auf geeignete nichtmedikamentöse Behandlungsmaßnahmen fokussieren würden, die ohnehin als erste Behandlungsoption anzusehen sind, wäre das hilfreich. Dies ist in der Praxis jedoch selten der Fall. Es besteht eher eine Tendenz, die Thematik Demenz weitgehend auszublenden und kognitive Defizite und Verhaltensauffälligkeiten als normale und nicht behandelbare Facetten des Alterns einzustufen. **Furcht vor Überschreitung des Medikamentenbudgets:** Die Furcht, mit der Verordnung von Antidementiva das Arzneimittelbudget zu überschreiten und sich damit der Gefahr von Regressen auszusetzen, ist unter Vertrags-

ärzten ubiquitär verbreitet. Im Rahmen einer Befragung bemerkte ein Sprecher der Hausärzte einer Region in Niedersachsen dazu: „Kein Kollege kann unter den gegebenen Budgetbedingungen daran interessiert sein, eine suffiziente Demenztherapie anzubieten oder sich gar zum Demenzpapst der Region zu machen, dem dann die Kollegen die teuren Patienten überweisen.“ Im Deutschen Ärzteblatt vom 12.12.2008 schrieb ein Hausarzt in einem Leserbrief: „Was nützt der Vorschlag zu einer Richtlinientherapie, wenn diese gesundheitsökonomisch nicht durchsetzbar ist: Die Antidementivabehandlung ist unter Praxisbedingungen aufgrund der Budgetierung und Regressgefahr schlicht unmöglich.“

Wichtig ist, dass die vermeintliche Regressgefahr nicht durch reale Erfahrungen gestützt wird. Bisher wurde bundesweit kein einziger Fall bekannt, bei dem ein Arzt wegen begründeter Verordnungen von Antidementiva in Regress genommen wurde. Wenn eine Budgetüberschreitung zu Prüfungen führt, werden Verordnungen von Antidementiva in aller Regel als Praxisbesonderheiten anerkannt und von den Prüfinstanzen „herausgerechnet“. Die Belastung des Arzneimittelbudgets bei Verordnung von Antidementiva wird oft stark überschätzt. Im Rahmen einer hausärztlichen Demenz-Fortbildung haben wir mehrere Ärzte um Einschätzung („aus dem Bauch heraus“) gebeten, wie stark ihr Medikamentenbudget belastet würde, wenn sie alle an Demenz erkrankten Patienten mit Antidementiva behandeln würden. Angegeben wurden Werte bis zu 20%. Tatsächlich ist die Belastung um ein Vielfaches geringer (Tab. 2).

Es ist weniger die Furcht vor einem finanziellen Regress, sondern eher eine allgemeine Furcht vor Prüfverfahren, vor möglicherweise zeitaufwendigem Nachdokumentieren etc., die Ärzte von einem Behandlungsversuch mit Antidementiva abhält. Ein Hausarzt bemerkte hierzu: „Jeder von uns hat seine Leichen im Keller. Wenn täglich 50 Patienten durch die Praxis geschleust werden, ist es nicht zu vermeiden, dass in Einzelfällen manchmal etwas nicht ganz formal korrekt verordnet wird. Auch wenn die Ausgaben für Antidementiva als Praxisbesonderheit

anerkannt werden, kann eine Prüfung zur Aufdeckung von kleinen Unkorrektheiten führen, man bekommt Ärger und kann vielleicht auch noch stigmatisiert werden.“

Irrationalität der sektorierten Versorgung

Der mit der Gefahr einer Budgetüberschreitung begründete Verzicht auf eine Behandlung mit Antidementiva macht die Irrationalität der sektorierten Versorgung deutlich. Unbestritten ist, dass eine adäquate und frühzeitige medikamentöse Therapie die Gesamtkosten der Demenzerkrankung verringert. Antidementiva verlängern nicht die Lebenszeit, sondern nur den Zeitraum relativer Selbstständigkeit.

Unter betriebswirtschaftlichem Aspekt ist es für die gesetzliche Krankenversicherung von Vorteil, wenn keine Antidementiva eingesetzt werden. Wird nicht therapiert, kommt es aber, wie an dem folgenden Beispiel gezeigt, zu höheren Ausgaben für die Pflegeversicherung und für die Sozialhilfe: Ein Demenzkranker wurde ohne Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung zu Hause gepflegt. Die zunehmend schwieriger werdende häusliche Pflege führt zur Heimunterbringung. Jetzt entstehen für die Pflegeversicherung (bei angenommener Pflegestufe 2) monatliche Kosten von rund 1.300 Euro und für den Sozialhilfeträger monatliche Kosten von rund 1.000 Euro. Würde der Zeitpunkt der Heimunterbringung nur um einen Monat verzögert, könnten 2.300 Euro eingespart werden. Dieser Betrag würde rechnerisch ausreichen, um bei drei Patienten einen Behandlungsversuch über fünf Monate zu unternehmen und um dem Arzt für den erhöhten Behandlungsaufwand ein Honorar von 100 Euro zu bezahlen. Ein solches Vorgehen läge im Interesse der Patienten und wäre volkswirtschaftlich sinnvoll. Es ist aber nicht realisierbar, weil die Grenzen der Kostenträger unüberwindbar sind. Das Nachsehen haben die Patienten.

Was ist zu tun?

Wir brauchen flächendeckende, regional organisierte, produktneutrale Fortbildungsangebote für Vertragsärzte, in de-

nen praxistaugliche demenzspezifische Behandlungskompetenzen vermittelt werden. In zentral organisierten Fortbildungsveranstaltungen werden von renommierten Referenten oft einzelne Themenkomplexe abgehandelt: pathophysiologische Erklärungsmodelle, differenzialdiagnostische Abgrenzungen, in der Pipeline befindliche neue Therapieansätze etc. Solche Themen sind interessant, sie liefern aber den teilnehmenden Ärzten kaum Ansatzpunkte für eine Veränderung des eigenen Behandlungsvorgehens.

Wenn der Akzent von Fortbildung auf die Behandlung mit Antidementiva gelegt würde, die Medikation aber aus den oben dargestellten Gründen verweigert würde, hätte die Fortbildung keinen praktischen Nutzen. Vor diesem Hintergrund wird es nützlich sein, bei der demenzspezifischen Qualifizierung der Hausärzte stärker die nicht-medikamentösen Behandlungserfordernisse/-formen in den Vordergrund zu rücken, um damit auch Sensibilität für den Umgang mit Demenzkranken zu fördern. Es muss erreicht werden, dass sich niedergelassene Ärzte verpflichtet fühlen, für Patienten und Angehörige regional vorhandene Hilfeangebote (von Beratungsangeboten über gezielte Einzelmaßnahmen bis hin zu Angehörigengruppen) zu erschließen und sich in der Folge über die Nutzung flankierender Hilfeangebote zu vergewissern. Dies setzt natürlich voraus, dass die Ärzte das Spektrum der vorhandenen Hilfen kennen. Gegenwärtig ist dies eher selten der Fall. Integraler Bestandteil einer Demenzfortbildung sollte daher die Vorstellung der erschließbaren Hilfeangebote für Demenzkranke durch die jeweiligen Anbieter sein. Dies setzt die regionale Organisation von Fortbildungsveranstaltungen voraus. Ein Arzt, der über die Angebote informiert wurde und der die Akteure persönlich kennengelernt hat, wird im Bedarfsfall eher zum Telefon greifen, um einem Patienten bedarfsgerechte Hilfen zu vermitteln als ein Arzt, der erst in seiner Praxis nach einem Verzeichnis anonymer Leistungsanbieter suchen müsste.

Auch Folgendes ist zu tun: Erfahrungsgemäß reicht Aufklärung darüber nicht aus, dass begründete Verordnungen von Antidementiva in aller Regel als Pra-

xisbesonderheiten anerkannt werden, um Barrieren zur Verordnung von Antidementiva abzubauen. Es muss erreicht werden, dass die Antidementiva in die Gruppe der Medikamente aufgenommen werden, die bei Richtgrößenprüfungen automatisch aus dem Budget herausgerechnet werden, wie dies zum Beispiel bei Antiparkinsonmitteln oder Antiepileptika der Fall ist. In Nordrhein ist der von Vertretern der KV und der Krankenkassen paritätisch besetzte Richtlinienausschuss als erster bereits in diese Richtung gegangen. □

AUTOR**Dr. phil. Heiner Melchinger**

Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung
Hannover, Klinik für Medizinische
Rehabilitation und Geriatrie
Schwemannstr. 19, 30559 Hannover
E-Mail: heiner.melchinger@gmx.de

Verordnungshäufigkeit von Antidementiva – eine Bilanz aus Berlin

Hat sich das ärztliche Ordnungsverhalten bei Cholinesterasehemmern in den letzten Jahren geändert? Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist das Thema nicht nur wegen des angezweiferten klinischen Nutzens der Substanzen, sondern auch versorgungspolitisch weiterhin von Brisanz.

Die aktuellen nationalen wissenschaftlichen Therapieleitlinien für Demenzerkrankungen empfehlen den Einsatz von Cholinesterasehemmstoffen oder den NMDA-Rezeptorantagonist Memantin bei Alzheimer-Demenz [1, 4, 6]. Nach wie vor setzt sich trotz positiver Studienbelege die Debatte über den klinischen Nutzen der Cholinesterasehemmer fort, da die Behandlungseffekte klein sind und in der Praxis nicht immer in Erscheinung treten [10]. So unterscheiden sich die Empfehlungsstärken in der Leitlinie der Allgemeinmediziner und jener der Neurologen. Während in der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) nur ein mittlerer Empfehlungsgrad B festgelegt ist [4], findet sich in der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) mit dem

Hinweis auf die gute Studienlage die höchste Empfehlungsstärke [6]. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) bereitet gegenwärtig eine S3-Leitlinie Demenzen vor. Im Januar 2009 fanden die ersten Konsensustreffen statt. Noch ist unklar, zu welcher Empfehlungsstärke letztendlich hier geraten wird.

Sowohl in den Leitlinien der Fachgesellschaften als auch in Modellvorschlägen zur integrierten Versorgung [8] wird die Frage, wer die Indikation zur Behandlung mit Cholinesterasehemmern stellen sollte, sehr zurückhaltend angegangen. Je nach Perspektive steht einmal der Hausarzt und ein anderes Mal der Facharzt im Vordergrund. Nach der DEGAM-Leitlinie kann der Hausarzt durchaus unter Berücksichtigung eines leitlinien-

gerechten Vorgehens die Indikation zur Behandlung mit Cholinesterasehemmern stellen [4]. Dagegen betont die facharztgeprägte Leitlinie der DGN die Bedeutung der fachärztlichen Kompetenz [5]. In eine ähnliche Richtung zielt die Empfehlung, die das britische National Institute for Health and Clinical Excellence [9] vorgibt. Die Behandlung mit Cholinesterasehemmern soll dort nur durch Psychiater, Neurologen oder geriatrisch tätige Ärzte mit ausreichender Erfahrung vorgenommen werden.

Neue Arzneimittelrichtlinie

Am 18.12.2008 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Arzneimittelrichtlinie verabschiedet, die am 31.3.2009 verbindlich im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde. Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien den

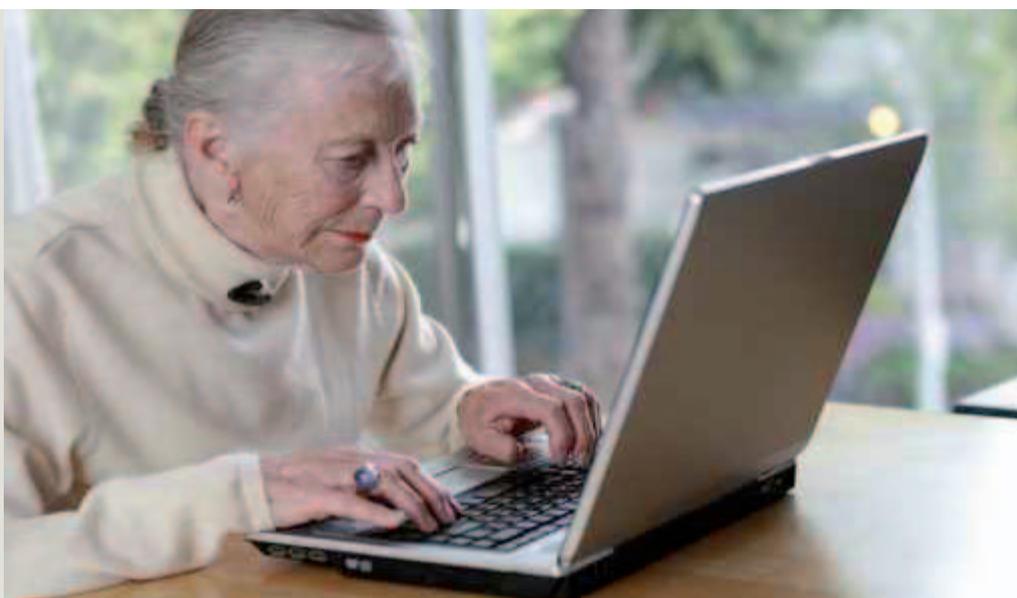


Foto: Fotolia.com/Konstantin Sutiyagin

Antidementiva können den Erkrankungsprozess hinauszögern und damit die Alltagsfähigkeit und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern.

Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Gemäß dieser Richtlinie können Antidementiva nur eingeschränkt verordnet werden (vergleiche § 16). Cholinesterasehemmer und andere Antidementiva sollen nur „ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen“ und nicht ohne „besondere Erfolgskontrolle“ verordnet werden [3]. Eine derartige Einschränkung übersetzen wir hier in die Sprache der Leitlinien mit dem Empfehlungsgrad C (niedrige Empfehlungsstärke).

Verordnungsverhalten am Beispiel Berlin

Vor dem Hintergrund dieser unterschiedlichen Empfehlungsstärken aktueller Leit- und Richtlinien wollen wir für die haus- und fachärztlich gut versorgte großstädtische Region Berlin mit über 3 Millionen Einwohnern folgende Fragen klären:

1. Wie hat sich das ärztliche Ordnungsverhalten für die bei leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenzen indizierten Cholinesterasehemmer in dem Fünf-Jahres-Zeitraum von 2002 zu 2007 geändert?
2. Wer verschreibt in Berlin 2002 und 2007 Cholinesterasehemmer? Wie verteilen sich die von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Verordnungen auf Allgemeinärzte, Nervenärzte und Gedächtnissprechstunden?
3. Wie hoch ist der Anteil der mit modernen Antidementiva versorgten leicht bis mittelschwer erkrankten Demenzpatienten unter Berücksichtigung divergierender Empfehlungsstärken in den aktuellen Leit- und Richtlinienempfehlungen?

Grundlage der Analyse sind die Verordnungsdaten des Projektes GKV-Arzneimittelschnellinformation (www.gamsi.de), das vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (www.wido.de) durchgeführt wird. Wir legen die Daten zu Arzneimitteln zugrunde, die von niedergelassenen Ärzten der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verschrieben und

von öffentlichen Apotheken abgegeben wurden. Der Wohnort der Versicherten ist in den Daten nicht enthalten und konnte daher nicht berücksichtigt werden. Darüber hinaus werden Angaben der gesetzlichen Krankenkassen zur Anzahl der Versicherten verwendet (siehe Statistik KM6 des BMG – www.bmg.de).

Wir haben aus Gründen der thematischen Eingrenzung Memantine und Ginkgoextrakte nicht berücksichtigt. Memantine ist nicht für die vor allem im ambulanten Bereich vorkommenden leichtgradigen Demenzstadien zugelassen. Ginkgoextrakte haben dagegen eine Sonderstellung, da sie vom G-BA als nicht verschreibungspflichtige Medikamente zur unspezifizierten Behandlung von Demenzen auf die Ausnahmeliste der erstattungsfähigen Arzneimittel gesetzt wurden. Insbesondere bei Ginkgopräparaten gibt es aber keine konsistente und überzeugende Evidenz, dass sie – bei guter Verträglichkeit – einen klinisch bedeutsamen Nutzen für Patienten mit Demenz haben.

Um abzuschätzen, wie viele Patienten mit den verordneten Medikamenten über ein Jahr hätten versorgt werden können, wurden die verordneten definierten Tagesdosen (DDD) durch 365 Tage dividiert (= Anzahl von Patienten, die bei kontinuierlicher Einnahme einer bestimmten Tagesdosis über ein Jahr hätten behandelt werden können). Die definierten Tagesdosen betragen gemäß WHO/GKV Arzneimittelindex für Donepezil 7,5 mg, für Rivastigmin 9 mg, und für Galantamin 16 mg.

Wir berücksichtigten nur diejenigen in Berlin behandelten Patienten über 65 Jahre, die GKV-Mitglied sind. Privat Versicherte wurden nicht erfasst. Wir gehen wie Weyerer und Bickel für diese Altersgruppe von einer mittleren Prävalenzrate von 7,1 % aus: Diese 7,1 % setzt sich zusammen aus 2,1 % mit einer schweren Demenz und 5 % mit einer leicht bis mittelschweren Demenz [11]. Wir nehmen darüber hinaus an, dass 70 % der leicht- bis mittelschwer Erkrankten an einer Demenz vom Alzheimer-Typ leiden. Nur für diese Indikation sind Cholinesterasehemmer zugelassen.

Um den angestrebten Versorgungsgrad mit Cholinesterasehemmern zu

quantifizieren, wurden die Empfehlungsstärken in den drei Leitlinien [1, 4, 6] in Beziehung zu dem angestrebten Versorgungsgrad gesetzt. Es wurden die Empfehlungsstärken A, B und C unterschieden. A bedeutet hohe Empfehlungsstärke aufgrund starker Evidenz oder bei schwächerer Evidenz aufgrund besonders hoher Versorgungsrelevanz, B bedeutet mittlere Empfehlungsstärke aufgrund mittlerer Evidenz oder bei schwacher Evidenz mit hoher Versorgungsrelevanz oder bei starker Evidenz und Einschränkungen der Versorgungsrelevanz, und C bedeutet niedrige Empfehlungsstärke aufgrund schwächerer Evidenz oder bei höherer Evidenz mit Einschränkungen der Versorgungsrelevanz. Wichtig ist, dass bei der Einstufung der Empfehlungsstärke neben der Evidenzstärke die Größe des Effekts, die Abwägung von bekannten und möglichen Risiken, Aufwand, Verhältnismäßigkeit, Wirtschaftlichkeit oder ethische Gesichtspunkte Berücksichtigung finden [6]. Bei den aktuellen Konsensuskonferenzen der geplanten S3-Leitlinie Demenzen der DGPPN wurde von Experten die Auffassung vertreten, dass bei einer Empfehlungsstärke A 90 % der Patienten und bei einer Empfehlungsstärke B 60 % der Patienten eine indizierte Therapie erhalten sollen. Bezüglich der Empfehlungsstärke C unterstellen wir hier einen angestrebten Versorgungsgrad von 30 %.

Zu Frage 1; Verordnungsentwicklung 2002 bis 2007: Aus Tabelle 1 ist zu ersehen, dass die Verordnungen der drei Cholinesterasehemmer – Donepezil, Rivastigmin, Galantamin – zwischen 2002 und 2007 mit über 140% erheblich zugenommen haben. Die DDD haben sich mehr als verdoppelt. Über die Hälfte der verordneten Tagesdosen entfällt auf Donepezil, das 1997 zuerst zugelassen wurde. Es folgen Rivastigmin (Zulassung 1998) und Galantamin (Zulassung 2001), welches in den vergangenen Jahren mit einer deutlich höheren Zuwachsrate (+472%) am stärksten zugenommen hat. Die Verteilung der Verordnungshäufigkeiten der drei Medikamente entspricht in etwa jener des gesamten Bundesgebietes [10]. Setzt man eine regelmäßige und kontinuierliche Medikamenteneinnahme in Höhe der

definierten Tagesdosen voraus, so konnten 2002 circa 1.370 und 2007 circa 3.370 Patienten pro Jahr mit Cholinesterasehemmern versorgt werden. Das sind also 2007 fast zweieinhalb mal so viele Patienten wie fünf Jahre zuvor.

Zu Frage 2; Hausärzte, Nervenärzte und Gedächtnisambulanzen: Etwa 90 % der Verordnungen von Cholinesterasehemmern entfallen in beiden betrachteten Perioden auf die Ärzte, die in Allgemein- und Nervenarztpraxen sowie in Gedächtnisambulanzen an Krankenhäusern arbeiten. Die Verordnungen hausärztlich tätiger Internisten sind in dieser Zahl nicht enthalten. Von den in Berlin im Jahr 2007 verordneten 1,231 Millionen Tagesdosen entfielen 1,110 Millionen in die Ordnungsverantwortung dieser drei Arztgruppen. Dies sind auch jene Arztgruppen und Versorgungsinstitutionen, die in den Leitlinien besondere Berücksichtigung finden.

Betrachtet man vor diesem Hintergrund die Tabelle 2, so entfallen im Jahr 2007 61 % der verordneten Tagesdosen auf Nervenärzte, 24 % auf Allgemeinärzte und nur 5 % auf Gedächtnissprechstunden. Auffällig bei der Entwicklung im Zeitraum von 2002 bis 2007 ist die Abnahme des relativen Ordnungsanteils der Gedächtnissprechstunden (von 16 % auf 5 %) und die Zunahme des relativen Anteils der Allgemeinmediziner (von 17 % auf 24 %), wohingegen der relative Anteil der Nervenärzte mit 61 % konstant bleibt. Dementsprechend können Allgemeinärzte eine erhebliche Zunahme an kontinuierlich behandelbaren Patienten von 243 %, die Nervenärzte eine Zunahme von 148 % und die Gedächtnisambulanzen eine Abnahme von 22 % verzeichnen. Während also im Jahr 2002 noch etwa gleich viele Patienten durch Allgemeinärzte und durch Gedächtnisambulanzen behandelt werden konnten, beträgt das Verhältnis im Jahr 2007 fast 5:1. Die Verordnung von Cholinesterasehemmern auf GKV-Kosten ist in Berlin eindeutig eine Domäne der Nervenärzte. Sie versorgten sowohl 2002 als auch 2007 deutlich mehr als die Hälfte der Patienten, die überhaupt mit Cholinesterasehemmern behandelt wurden.

Zu Frage 3; Versorgungsgrad mit Cholinesterasehemmern in Berlin 2007: Gemäß der Statistik KM6 des BMG waren 2007 555.104 Berliner GKV-Versicherte über 65 Jahre. Davon haben gemäß den weiter oben dargestellten Abschätzungen etwa 5 %, das heißt 27.750 Einwohner, eine leichte bis mittelschwere Demenz. 70 % von ihnen, das heißt circa 19.500, leiden an einer leichten bis mittelschweren Demenz vom Alzheimer-Typ. Bei diesen Patienten liegt prinzipiell die Indikation zur Behandlung mit Cholinesterasehemmern vor.

In Tabelle 3 werden die unterschiedlichen Empfehlungsstärken (Spalte 1) und angestrebten Versorgungsgrade (Spalte 2) der DGN, der DEGAM und des G-BA den in 2007 versorgten Patienten gegenübergestellt (Spalte 4) und der realisierte Versorgungsgrad (Spalte 5) berechnet. Unter der Annahme der Empfehlungsstärke A – angestrebter Versorgungsgrad 90 % – käme man demnach in Berlin auf circa 17.550 zu versorgende Patienten, bei Empfehlungsstärke B – angestrebter Versorgungsgrad 60 % – auf circa 11.700 und bei Empfehlungsstärke C – angestrebter Versorgungsgrad 30 % – auf 5.850 Patienten (Spalte 3). Bezogen auf die DDD wären im Jahr 2007 3.373 Patienten kontinuierlich versorgt worden. Bei einer Empfehlungsstärke A läge der Versorgungsgrad im Jahr 2007 demnach bei 19 %, bei der Empfehlungsstärke B bei 29 % und bei einer Empfehlungsstärke C bei 58 %. Während 2002 mit den geschätzten 1.368 versorgten Patienten eine extreme Unterversorgung festzustellen ist, lässt sich für das Jahr 2007 zumindest eine Verbesserung der Versorgungssituation in Berlin belegen. Unter der Annahme einer Empfehlungsstärke B, aber vor allem bei einer Empfehlungsstärke A ist hingegen nach wie vor von einer deutlichen Unterversorgung (71 % bzw. 81 %) auszugehen. Aber auch vor dem Hintergrund der einschränkenden Ordnungsbedingungen der Arzneimittelrichtlinie des G-BA von 2009 wären 2007 immer noch über 40 % der Patienten ohne eine antidementive Therapie mit Cholinesterasehemmern.

Methodische Einschränkungen: Diese Einschätzung ist auf der Grundlage der vorliegenden Daten mit einigen Unsi-

Tabelle 1

Verordnungsentwicklung von Cholinesterasehemmern in Berlin 2002–2007 bei der Indikation leichte bis mittelschwere Alzheimer-Demenz

	2002			2007			Veränderung 2002 zu 2007
	VO (Tsd.)	DDD (Tsd.)	Patienten DDD:365	VO (Tsd.)	DDD (Tsd.)	Patienten DDD:365	
Donepezil	6,4	377,4	1034	8,7	679,8	1.862	+ 80 %
Rivastigmin	1,8	48,6	133	4,2	131,8	361	+ 171 %
Galantamin	2,5	73,3	201	9,1	419,4	1.149	+ 472 %
Summe	10,7	499,3	1368	22,0	1231,0	3.373	+ 147 %

VO: Verordnete Packungen

DDD: Definierte Tagesdosen (DDD gemäß WHO/GKV-Arzneimittelindex): Donepezil: 7,5 mg, Rivastigmin: 9 mg, Galantamin: 16 mg

Patienten: Anzahl kontinuierlich behandelter Patienten. Berechnung: definierte Tagesdosen (DDD) dividiert durch 365 Tage

Tabelle 2

Wer verordnete Cholinesterasehemmer in Berlin 2002 und 2007? Vergleich von Allgemeinärzten, Nervenärzten und Gedächtnissprechstunden

	Allgemeinärzte		Nervenärzte		Einrichtungen	
	2002	2007	2002	2007	2002	2007
VO (Tsd.)	1,9	5,0	6,9	13,8	1,0	0,8
DDD	86,3	296,4	303,5	751,2	80,1	62,7
DDD:365	236	812	832	2058	219	172
Anteil an Gesamt-DDD	17 %	24 %	61 %	61 %	16 %	5 %
Veränderung der DDD	+ 243 %		+ 148 %		- 22 %	

Tabelle 3

Empfehlungsstärke unterschiedlicher Leitlinien und geschätzter Versorgungsgrad (19.500 Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz in Berlin 2007)

	Empfehlungs- stärke	Entsprechend angestrebter Versorgungsgrad ***	Zu versorgende Patienten	Versorgte Patienten DDD:365	Versorgungsgrad
	1	2	3	4	5
DGN-Leitlinie Neurodegenerative Erkrankungen	A*	90 %	17.550	3.370	19 %
DEGAM-Leitlinie Demenz	B	60 %	11.700	3.370	29 %
Arzneimittelrichtlinie G-BA	C**	30 %	5.850	3.370	58 %

* DGN-Leitlinie: höchste Evidenzklasse, aber keine konkrete Angabe zur Empfehlungsstärke

** G-BA: Einschränkung der Verordnungsfähigkeit auf den Einzelfall und keine konkrete Angabe zur Empfehlungsstärke

*** %-Angaben aufgrund von Expertenmeinung Konsensuskonferenz S3-Leitlinie Demenz DGPPN 2009

cherheiten behaftet. Zum einen haben wir vorausgesetzt, dass sämtliche Verschreibungen an die über 65-Jährigen gegangen sind. Wir gehen davon aus, dass die resultierende Überschätzung der Anzahl behandelter Patienten über 65 Jahre bei dieser Diagnose gering ist. Weiterhin erlauben die Daten keinen Rückschluss darauf, wie viele Patienten außerhalb Berlins von Berliner Ärzten behandelt wurden und umgekehrt wie viele Berliner Patienten von Nicht-Berliner Ärzten Verschreibungen erhielten. Diese beiden Faktoren bewirken entgegengesetzte Schätzfehler. Hinzu kommen methodische Probleme beim Schluss von der DDD-Tagesdosis auf die Patientenzahl.

Die Aufgabe abzuschätzen, wie viele Patienten diese Medikamente kontinuierlich auf GKV-Kosten benötigen, ist sehr komplex und ist hier nur annäherungsweise und vereinfachend geschehen. Schon die Schätzung der Prävalenzrate von Patienten mit Alzheimer-Demenz ist schwierig [12, 13]. Unsere Berechnungen berücksichtigen nicht die Veränderungen durch Zu- und Abgänge, durch Neueinstellungen oder Therapiebeendigungen im Jahresverlauf. Folgende Faktoren können zu einer Überschätzung des Versorgungsgrades führen: falsch-positive Indikationsstellungen [2], Off-Label-Use sowie Patienten-Non-Compliance. Dagegen tragen folgende Aspekte dazu bei, dass die tatsächliche Versorgung unterschätzt wird: die Verordnung anderer Antidementiva mit anderem aber teilweise überlappendem Indikationsspektrum oder geringerem Evidenzgrad (z.B. Memantin, Ginkgoextrakte), das Unterschreiten der in den DDD angenommenen Dosis, vorzeitige Therapiebeendigungen aufgrund von Therapieversagen, Medikamentenunverträglichkeit, unerwünschte Arzneiwirkungen, Multimorbidität, Multimedikation und Mortalität [11]. Schließlich haben die hier vorgenommene Interpretation und die grobe Zuordnung von Empfehlungsstärken und Versorgungsgraden einen orientierenden Charakter und erfordern künftig eine differenziertere Betrachtung. Bezogen auf die vorgestellten Daten stellt sich ferner die Frage, ob und wie sich die Berliner Verhältnisse von anderen, vor allem ländlichen Regionen unterschei-

den. Es wird auch wichtig sein zu prüfen, ob die Versorgung durch einige wenige spezialisierte Ärzte – gleich ob Allgemeinarzt oder Nervenarzt – erfolgt oder ob die Versorgung von jedem Arzt innerhalb der jeweiligen Fachgruppe durchgeführt wird. Wir wollen diese Fragen in einer der nächsten Ausgaben des NEUROTRANSMITTER behandeln.

Botschaft

Auch wenn methodische Einschränkungen beachtet werden müssen, bleibt festzuhalten, dass sich in Berlin die ambulante Versorgung von Demenzpatienten mit Cholinesterasehemmern von 2002 bis 2007 merklich verbessert hat. Im Ordnungsverhalten holen die Allgemeinmediziner auf. Der relative Versorgungsanteil durch Gedächtnissprechstunden scheint zu sinken. Nach wie vor ist aber die Verordnung von Cholinesterasehemmern eine Domäne der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen, die weiterhin mehr als die Hälfte der Patienten versorgen. In Abhängigkeit von der jeweils zugrunde gelegten Leitlinie beziehungsweise Richtlinie lassen sich auch 2007 unterschiedlich stark ausgeprägte Versorgungsdefizite feststellen. Mit Spannung darf man erwarten, welche Empfehlungen in der S3-Leitlinie Demenzen der DGPPN gegeben werden und in welcher Form die unterschiedlichen Leitlinien dann Eingang in eine nationale Versorgungsleitlinie finden werden, wie sie im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) geplant ist (www.awmf.org). □

AUTOREN

Dr. med. Dipl. Soz. Jens Bohlken, Berlin

Referat Demenz im BVDN
E-Mail: dr.j.bohlken@gmx.net

Gisbert W. Selke

Wissenschaftl. Institut der AOK, Arzneimittelinformationssysteme und Analysen
E-Mail: Gisbert.Selke@wido.bv.aok.de

Die Autoren danken Prof. Dr. L. G. Schmidt – Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – für die kritische Durchsicht des Manuskripts

LITERATUR

1. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie der Demenz. Arzneiverordnung in der Praxis. 3. Auflage 2004
2. Bohlken J. Antidementivaverordnung in der Schwerpunktpraxis. NEUROTRANSMITTER 2007; 12: 13–8
3. Bundesministerium der Justiz. Bundesanzeiger: Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittelrichtlinie). Jg 61 Nr. 49a 31.3.2009
4. Demenz DEGAM-Leitlinie Nr. 12. omikron publishing Düsseldorf 2008. www.degam.de
5. Leitlinie der DGN – Diagnostik degenerativer Demenzen. www.dgn.de
6. Leitlinie der DGN – Therapie neurodegenerativer Demenzen. www.dgn.de
7. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Cholinesterasehemmer Abschlussbericht 1.7.2007. www.iqwig.de
8. Maier W, Hohagen F. Vorwort zum Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Demenzen Der Nervenarzt 2006; 10 (12): 63f
9. National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). Dementia. Supporting people and their carers in health and social care. NICE clinical guideline 42. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health, www.guidance.nice.org.uk
10. Schwabe U, Paffrath D. Arzneiverordnungs-Report 2008. Springer Medizin Verlag Heidelberg 2008
11. Van den Bussche R, Kaduszkiewicz H. Verschreibungsmuster und Wirksamkeitsvermutung. Ein Vergleich von Hausärzten, niedergelassenen Neurologen und Psychiatern. Nervenheilkunde 2005; 6: 485–92
12. Weyerer S, Bickel H. Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Verlag W. Kohlhammer Stuttgart 2007
13. Ziegler U, Doblhammer G. Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung von 2002. Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels. Manuskript 2009, www.rostockerzentrum.de

Ambulante psychiatrische Versorgung Ausgliederung psychiatrischer Gesprächsleistungen verhindert Kollaps

In einer Pressemeldung vom 23.4.2009 haben der BVDN und der BVDP die Ausgliederung von psychiatrischen Gesprächsleistungen aus dem finanziell gedeckelten Regelleistungsvolumen (RLV) als wichtigen Schritt zur Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung begrüßt (siehe auch Nachrichten Seite 8). Durch die neue Regelung ist es gelungen, den befürchteten Kollaps bei der ambulanten, wohnortnahen Versorgung psychiatrisch erkrankter Patienten zu verhindern. Ohne sie wären niedergelassene Psychiater in vielen Fällen gezwungen worden, ihre Patienten in psychiatrische Kliniken zu überweisen. Damit hätte man die Errungenschaften der letzten Jahrzehnte in der Psychiatrie, nahe am Patienten zu sein, ihn zu kennen und in vertrauter Umgebung zu behandeln, aufgegeben.

Patientengespräch ist einziges Werkzeug

Diagnostik und Therapie können bei psychiatrischen Erkrankungen nicht in einer Pauschale abgebildet werden, weil fast immer mehrere, der Schwere der Erkrankung angepasste Untersuchungs- und Behandlungstermine pro Quartal erforderlich sind. Das Gespräch mit dem Patienten ist dabei unser einziges Werkzeug und in der Regel enorm zeitintensiv. Dies mit einer Pauschale von 30–50 Euro – wie es die seit dem 1.1.2009 geltende Regelung vorschreibt – abzugelten, hätte das „Aus“ für die wohnortnahe psychiatrische Versorgung und viele psychiatrische Praxen bedeutet. Allerdings ist auch mit der neuen Vereinbarung die Vergütung von psychiatrischen Gesprächsleistungen auf einem nach wie vor sehr niedrigen Niveau. Hier muss weiter nachgebessert werden.

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatten sich Ende April bei Neuverhand-

lungen über die umstrittene Honorarreform für Ärzte auf die gesonderte Honorierung von Gesprächsleistungen in der Psychiatrie geeinigt.

Honorarwirksamer Schritt?

Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass aus strukturellen Gründen die Exbudgetierung der Gesprächsziffern ein dringend erforderlicher Schritt ist. Ich bin noch skeptisch in Bezug auf die Honorarwirksamkeit dieses Beschlusses. Wir gehen davon aus, und dies wurde auch bereits durch mehrere KVen der Länder bestätigt, dass eine Bereinigung der RLV um den prozentualen Anteil der Gesprächsleistungen im Aufsetzzeitraum erfolgen wird. Entsprechend werden sich die RLV für Nervenärzte und Psychiater verringern. Zwar besteht nunmehr ab 1.7.2009 die Möglichkeit diese Gesprächsleistungen dann separat abzurechnen. Bei einer Vergütung wie vorgesehen – mit 3,5 Cent im Bereich der freien Leistungen – ist jedoch voraussichtlich nur dann mit Mehreinnahmen zu rechnen, wenn auch mehr Gesprächsleistungen erbracht werden. Viele Praxen werden aufgrund der hohen Fallzahlen aber möglicherweise nicht in der Lage sein, zusätzliche Zeit zur Verfügung zu stellen, ohne die Fallzahl abzusenken. Insofern könnte sich für viele Praxen ein Nullsummenspiel ergeben und das beabsichtigte Ziel einer Honorarverbesserung im Rahmen der psychiatrischen Versorgung in nervenärztlichen und psychiatrischen Praxen verfehlt werden. Dies war aber nicht die Intention des Beschlusses.

Darüber hinaus ergeben sich ähnliche Probleme für den Bereich der neurologischen Versorgung. Diesbezüglich wurden trotz entsprechender Forderungen von BVDN und BDN bedauerlicherweise keine Beschlussfassungen herbeigeführt. Die RLV für Neurologen sind wohl vor dem Hintergrund der Fortschreibung früherer Leistungsmengen

und Vergütungsanteile weiterhin viel zu niedrig. Ähnlich wie im Bereich der psychiatrischen Versorgung haben sich auch im Bereich der neurologischen Versorgung alle bislang durchgeführten Maßnahmen zu einer Verbesserung der Honorierung neurologischer Leistungen, sei es durch Einführung der Betreuungsziffern oder auch durch eine Anpassung der Betriebskosten, nicht im Sinne einer erkennbaren Verbesserung der Honorierung ausgewirkt.

Die Berechnungssystematik in den KVen auch in der Errechnung der RLV haben alte Honorarungerechtigkeiten fortgeschrieben und in keiner Weise zu der vorgesehenen und auch von der KBV mehrfach zugesagten und intendierten Verbesserung der Honorarsituation geführt. □

AUTOR

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

1. Vorsitzender BVDN

Ambulante videounterstützte Versorgung von Parkinsonpatienten geht weiter

Die AOK Bayern hat die integrierten Versorgungsverträge für die Medizinische Videobeobachtung verlängert. Dies ist in Zeiten unsicherer gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen ein positives Signal. Inhaltlich haben sich einige Neuerungen ergeben, worüber wir im nachfolgenden Beitrag und in einem Folgebeitrag in der nächsten Ausgabe berichten möchten.

Mit der ambulanten videounterstützten Therapie erhalten Neurologen ein Werkzeug, das es ihnen erlaubt, die Parkinsonmedikation ihres Patienten mithilfe videodokumentierter Bewegungsprofile auf seine Bedürfnisse zu Hause zu optimieren. Die Behandlung erfolgt über niedergelassene Neurologen in Zusammenarbeit mit einer auf die Behandlung von Parkinsonpatienten spezialisierten Klinik. Die Videobeobachtung und die medikamentöse Einstellung der Patienten erfolgt stationärsetzend durch den Neurologen. Die Klinik nimmt eine beratende und supervidierende Funktion ein. Die Honorierung erfolgt durch die Klinik und ist deutschlandweit über Rahmenverträge des BDN geregelt (einsehbar unter [www.mvb-parkinson.de/Fachkreise Medizin – Login Arzt/Passwort „Arzt“](http://www.mvb-parkinson.de/Fachkreise_Medizin_-_Login_Arzt/Passwort_„Arzt“)). Investitionen, um

an dieser Versorgung teilzunehmen, fallen nicht an. Ein Laptop zur Befundung wird kostenlos gestellt.

Für Kassen und Krankenversicherungen sind die Vorteile dieser Versorgung messbar. Obwohl die Vergütung der Klinik durch den „Wegfall der Hotelkosten“ erheblich niedriger als bei der stationären Aufnahme ausfällt, bekommen die Versicherer deutlich mehr ärztliche Leistung. Der Erfolg der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis lässt sich auch in Zahlen fassen. Die Zahl der erneuten Einweisungen innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss der Behandlung lag bei den videounterstützt behandelten Parkinsonpatienten deutlich niedriger als bei den Patienten, die konventionell stationär behandelt wurden.

Betrachtet man die Gruppe der Parkinsonpatienten, bei denen mehr als zwei

stationäre Aufenthalte der Behandlung vorausgingen, zeigt sich, dass die Patienten mit ambulant videounterstützter Therapie der Klinik deutlich länger fern blieben als konventionell stationär behandelte Patienten.

Neuerungen 2009 – automatisierte Beobachtungsschemata und Befragungen

Eine exzellente Dokumentation, die weitgehend automatisiert erstellt wird, ist der Schlüssel für eine medizinisch hochwertige und für den behandelnden Neurologen ökonomische Therapie. Strukturierte Beobachtungsschemata geben schnelle und präzise Antworten auf therapierelevante Fragestellungen

Die Anmeldung der Patienten erfolgt bei der mvb, Medizinische Videobeobachtung (Tel. 0261 200 226-0 oder

Die Funktion „aktueller Tag“ führt Sie durch die Behandlung Ihres Patienten.

Indikationen zur ambulanten videounterstützten Parkinsontherapie

Motorische Komplikationen

- Fluktuationen
- Dyskinesien
- Dystonien
- axiale Störungen

Nicht-motorische Komplikationen

- Schlafstörungen
- Depression
- Psychose
- autonome Dysregulation

Diagnosehilfe zur Indikationsstellung

- Pumpentherapie
- tiefe Hirnstimulation



**Videoeinheit
beim Patienten**

Fax -18) oder über www.mvb-parkinson.de. Die Mitarbeiter vereinbaren nach Rücksprache für gesetzlich versicherte Patienten einen ambulanten Termin zur Vorstellung in einer der teilnehmenden Kliniken. Die Klinik schlägt dem niedergelassenen Neurologen mit Einschluss seines Patienten in die integrierte Versorgung ein Beobachtungsschema vor, das die therapierelevanten Parameter für diesen Patienten optimal erfasst, dokumentiert und auf die jeweilige Problematik fokussiert.

Nachdem mvb bei den Patienten eine Beobachtungseinheit aufgestellt hat, beginnt die Beobachtung des Patienten zu Hause über einen Zeitraum von 30 Tagen. Über UMTS oder die Telefonleitung werden die Videoaufnahmen des Patienten auf den Laptop des behandelnden Neurologen gespeichert. Der Neurologe bestimmt selbst, wann die Aufnahmen ausgewertet werden. Die Be-

handlung kann so problemlos in den täglichen Arbeitsablauf der Praxis integriert werden. Alle Verbindungskosten trägt die Klinik. Die Patienten haben jederzeit die Möglichkeit, eine Videoaufnahme auszulösen, um dem behandelnden Neurologen vor der Kamera etwas zu zeigen oder mitzuteilen. Eine Betreuung in Heimen und Pflegeeinrichtungen erfolgt durch den Einsatz von UMTS.

Neu ist, dass die Anweisungen, die der Patient während der Aufnahmen hört, wechseln. So wird er zum Beispiel während der ersten Aufnahme des Tages früh morgens über den Verlauf der Nacht berichten und zwischen 18:00 und 20:00 Uhr in der „Zusammenfassung des Tages“ vor der Kamera Beeinträchtigungen über den Tag schildern. Auch die automatische Erhebung von motorischen Tests und Fragebögen sind Neuerungen. Mit speziellen Bewegungsaufgaben werden Wearing-off, Freezingphänomene, Be-

hinderungen im Alltag, Dyskinesien etc. strukturiert erhoben. Die Videoaufnahmen werden automatisch vom System kategorisiert, sodass Veränderungen unter der Therapie selektiv in der Zusammenschau ausgewertet werden können. Die Ergebnisse der Erhebungen zu Nachtschlaf, Depression, Tagesschläfrigkeit etc. können auch in Tabellenform eingesehen werden. Dadurch verbessern sich die Behandlungsergebnisse und der Arbeitsaufwand sinkt. An zehn von dreißig Beobachtungstagen werden zunächst die Tageszusammenfassung angesehen. Es können dann genau Aspekte der Erkrankung (z. B. Wearing-off-Phänomene) in der Zusammenschau gezielter ausgewertet werden, um gegebenenfalls die Medikation anzupassen.

Mit der Fortsetzung des Versorgungsvertrages entwickelt sich die „Medizinische Videobeobachtung Parkinson“ nicht nur politisch, sondern auch medizinisch inhaltlich positiv. In der Versorgungslandschaft konnte neben der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung von Parkinsonpatienten damit ein sektorenübergreifendes und innovatives Versorgungssegment fest etabliert werden. Wir sehen hier von Verbandsseite besonders für die Netzwerke ZNS eine Aufgabe, diese mustergültige Kooperation zwischen Praxen und Kliniken zu verankern und zu bewerben.

In der nächsten Ausgabe des NEUROTRANSMITTER werden wir die Abläufe detaillierter darstellen und über praktische Erfahrungen berichten. □

AUTOREN

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich

Vorsitzender des BDN

Dr. Carl-Otto Sigel, München

Vorstand BDN und Landesverband BVDN

Alexander Rzesnitzek, Koblenz

mvb, Medizinische Videobeobachtung GmbH

E-Mail: a.rzesnitzek@mvb-parkinson.de

Tel. 0261 2002260

Neurologe sein Schön trotz allem

Ist es trotz aller Widrigkeiten noch immer befriedigend und erstrebenswert, den Beruf des Neurologen auszuüben? Wer wäre besser geeignet, diese Frage zu beantworten als Prof. Marco Mumenthaler, inzwischen mehr als ein halbes Jahrhundert untrennbar mit der Neurologie verbunden. Die folgenden Ausführungen stützen sich auf drei Referate, die Mumenthaler in Aachen (22.9.2001), Zürich (17.11.2006) und Erlangen (1.3.2008) gehalten hat.



Foto: wikimedia_Commons

Prof. Dr. Marco Mumenthaler

wirkte seit 1962 in der Direktion der Neurologischen Universitätsklinik in Bern zunächst als vollamtlicher Extraordinarius, seit 1966 als Ordinarius. Im Herbst 1990 emeritierte er als Direktor der Neurologischen Universitätsklinik Bern. Er veröffentlichte mehr als 300 Arbeiten in wissenschaftlichen Zeitschriften.

vor allem, damit er darin seine volle Befriedigung finden kann? Die Lust an der Neurologie also.

Stärken der Neurologie

Diese Frage kann man auch so angehen, dass man sich an die Gründe erinnert, warum manche Studenten und viele Ärzte die Neurologie fürchten oder meiden: Sie erachten unser Fach als besonders schwierig und kompliziert. Das stimmt ganz und gar nicht. Und damit kommen wir zur ersten Stärke der Neurologie: Es besteht eine klare gesetzmäßige Beziehung zwischen dem anatomischen Ort der Läsion am Nervensystem und den klinischen Symptomen. An der Konstellation der Ausfälle kann sehr exakt abgeleitet werden, wo im Nervensystem der Schaden sitzt. Das setzt allerdings voraus, dass der Arzt exakt untersucht, seine Neuroanatomie gelernt hat, die funktionellen Beziehungen und Funktionen des Nervensystems kennt und folgerichtig und logisch denken kann.

Eine zweite Besonderheit besteht darin, dass sehr viele neurologische Erkrankungen allein schon durch eine sehr exakte Anamnese identifiziert werden können. Viele davon sind überhaupt

Warum haben Sie und ich unter den zahllosen Bereichen und Spezialgebieten der Medizin gerade die Neurologie gewählt? Seien wir ehrlich: viele von uns aus Zufälligkeiten heraus. Es war gerade eine Assistentenstelle frei oder man hatte zufällig im Studium gerade in der Neurologie einen besonders guten Dozenten – das soll übrigens wirklich vorkommen – und anderes mehr. Ich selber fand den Weg zur Neurologie gewissermaßen notgedrungen in Frankreichs Hauptstadt. Als Student nach zwei klinischen Semestern in der Schweiz absolvierte ich kurz nach dem Krieg 1947 ein Semester in Paris. Georges Guillain hielt jeden Morgen in der Salpêtrière eine Vorlesung, für die man sich in eine Liste eintragen musste. Als er auf seiner Liste im Wintersemester 1947/48 den wohl

ersten, fremdländisch klingenden Namen nach dem Krieg sah, wollte er Monsieur Mumenthaler durch Handschlag persönlich begrüßen. Da er mich dann unter seinen Studenten somit kannte, fragte er mich jedes Mal, wenn seine Assistenten ihm einen Patienten vorstellten, zuerst: „Qu'est-ce qu'on pense en Suisse de cette maladie?“. Ich war dann vor die Alternative gestellt, entweder jedes Mal wie ein Idiot nichts sagen zu können, oder dann eben doch Neurologie zu büffeln. Ich entschied mich für Letzteres.

Damit kommen wir schon zu einer ersten Grundsatzfrage: Was für Eigenschaften sollte ein Arzt haben, damit er den Anforderungen des Faches Neurologie genügt? Das heißt mit anderen Worten darin erfolgreich wirken kann, seinen Patienten ein guter Arzt sein und

ausschließlich anamnestisch zu definieren, da die klinischen Untersuchungsbefunde und die Zusatzuntersuchungen definitionsgemäß normal sind. Das gilt zum Beispiel für den Kopfschmerz. Der Arzt muss allerdings die verschiedenen Arten von Kopfschmerz kennen. Das ist gar nicht so einfach, wenn man bedenkt, dass die IHS (International Headache Society) in der zweiten internationalen Klassifikation der Kopfschmerzen aus dem Jahre 2004 auf rund 150 Seiten eine Liste und Definition von 220 Kopfwehrsorten präsentiert. Voraussetzung für den optimalen diagnostischen Zugang zu einem Patienten mit einer neurologischen Krankheit ist allerdings, dass der Arzt zuhören kann, durch gezielte Zusatzfragen eine Anamnese präzisieren kann, sensibel genug ist um die Botschaft aus der Wortwahl, dem Ton und der Miene des Patienten wahrzunehmen, und erfahren genug, um die typischen Charakteristika der verschiedenen Krankheitsbilder zu kennen. Er muss also vor allem auch kenntnisreich sein.

Noch eine dritte Besonderheit im Wirkungsbereich des Neurologen sei erwähnt: Er hat es oft mit chronisch kranken und behinderten Patienten zu tun. Weder unkritischer Optimismus noch oberflächliche Bagatellisierung sind gefragt. Um diesen Menschen gerecht zu werden, sollte er nicht depressiv veranlagt sein, er sollte kontaktfähig, einfühlsam und differenziert sein.

Viertens hat nicht zuletzt gerade die Neurologie in den vergangenen Jahren in besonderem Maße von den Fortschritten der Technik, der Biochemie und der Molekularbiologie profitiert. Dies verpflichtet den Neurologen, sich ständig fortzubilden. Nur dann kann er die neuen Möglichkeiten optimal nutzen. Der Neurologen muss also lernfähig und lernfreudig sein.

Wenn wir die bisher vom Neurologen geforderten Qualitäten zusammenzählen, dann sehen wir eine Ärztin oder einen Arzt vor uns, der/die folgerichtig und logisch denkt, kenntnisreich, kontaktfähig, einfühlsam und differenziert sowie lernfähig und wissbegierig ist. Hand aufs Herz, wer von uns verfügt über alle diese Eigenschaften? Gewiss keiner. Dennoch dürfen wir getrost sagen, dass wir sie anstreben sollten und versuchen soll-

ten, diese Eigenschaften den Jüngeren, unseren Schülern, zu lehren, vor allem aber vorzuleben und in ihnen damit die Lust an der Neurologie zu stärken.

Jetzt wissen wir, was Neurologe sein bedeutet, was für Eigenschaften ein Neurologe also etwa haben sollte. Was aber ist daran besonders und vor allen Dingen schön? Zunächst gilt hier die Tatsache, dass die Neurologie ein intellektuell recht anspruchsvolles Fach ist. Der Einsatz aufwendiger moderner Untersuchungsmethoden, bildgebend und elektrophysiologisch, erlaubt, eine Fülle von Befunden zusammenzutragen. Ein guter Neurologe aber ist in der Lage, diese Befunde zu werten, sie zu einem Gesamtbild zu integrieren, dieses mit dem Fundus seiner Kenntnisse der Krankheitsbilder zu vergleichen und daraus die diagnostischen Schlussfolgerungen abzuleiten.

Wertvolle Therapiefortschritte

Schön ist aber auch die Tatsache, dass wir heute im Gegensatz zu früher in der Lage sind, zahlreiche Erkrankungen therapeutisch erfolgreich anzugehen. Den zu meiner Studenzeit noch unheilbaren Parkinson können wir behandeln; die Myasthenie ist nicht mehr wie früher fast sicher tödlich, sondern die meisten Fälle können wir heilen oder zumindest erfolgreich in Schach halten; die tuberkulöse Meningitis ist heilbar und die Arteriitis cranialis führt dank der Cortisontherapie nicht mehr zur Erblindung.

Schön ist ebenfalls, dass das Nervensystem, mit dessen Störungen wir Neurologen uns abgeben, in die Funktionen sämtlicher anderer Organe des Körpers eingreift und bei so gut wie jeder Krankheit mit involviert sein kann. So sind die Wechselbeziehungen unseres Faches mit der Psychiatrie, aber auch mit allen somatischen organischen Erkrankungen und traumatischen Läsionen sehr vielfältig. Dadurch ist der Neurologe in besonderem Maße der allgemeinen Medizin verbunden und verpflichtet.

Neben den erfolgreich behandelbaren Krankheiten wird allerdings der Neurologe immer wieder mit den nicht heilbaren und den sich chronisch verschlechternden Krankheiten konfrontiert. Auch dieser Aufgabe sollte er sich bejahend zuwenden. Der Arzt fängt dort an,

wo der Mediziner aufhört. Das Begleiten des unheilbaren Patienten, das Einbeziehen seines Umfeldes in den Betreuungsplan, die menschliche Zuwendung auch dort, wo das Heilen nicht mehr möglich ist, das Spürenlassen des eigenen Mitgefühls ist auch eine schöne Aufgabe für den Neurologen – wie auch für jeden anderen Arzt.

Tücken der Technik

Dieser Satz wäre eigentlich ein guter Schlusssatz gewesen. Doch es besteht auch einiges Negatives, Belastendes oder Bedrohendes in unserem Beruf. Zum Teil gilt dies übrigens für die moderne Medizin im Allgemeinen. Die zunehmende Verfügbarkeit technischer Untersuchungen, im Besonderen der Bildgebung, aber auch Elektrophysiologie und Labor, sind zweifellos zunächst ein großer Vorteil. Sie bergen aber Gefahren in sich: Einerseits das nicht wahrzunehmen, was nicht im Bild sichtbar ist, andererseits technische Zufallsbefunde, die nichts mit dem Problem des Patienten zu tun haben, überzubewerten. Bleiben wir also kritisch und setzen wir die Ergebnisse technischer Untersuchungen immer in Beziehung zum Beschwerdebild des Patienten.

Im Weiteren ist auch der Neurologe zunehmend in einem Bereich der Neurologie subspezialisiert. Das sichert eine zusätzliche Kompetenz einzelner Kollegen in gewissen Bereichen unseres Faches. Das darf aber nicht dazu führen, dass ein Patient mit einer zunehmenden Spastik vom Neurologen, der sich für die Multiple Sklerose spezialisiert hat, mit dem Hinweis entlassen wird, dass er keine Multiple Sklerose habe. Selbst wenn ein Patient gar kein neurologisches Leiden hat, sollte der Fachneurologe nicht ganz vergessen, dass er einmal Medizin studiert hat. Der Patient möchte nicht wissen, ob ihm in diesem oder jenem Fachbereich etwas fehlt, sondern er möchte wissen, was genau ihm fehlt. Helfen wir ihm zu dieser Information, allenfalls durch gezielte Weiterweisung, aber lassen wir ihn nicht im Regen stehen.

Der Patient wurde zumindest formal mündig und damit zum Klienten. Aber seien wir doch ehrlich: Der Vorsprung, den wir als Ärzte an Wissen und Überblick haben, ist trotz höherem Bil-

dungsniveau unserer Bevölkerung und trotz Internet doch sehr beachtlich. Lassen Sie sich nicht durch falsch verstandene Partnerschaft mit Ihrem mündigen Patienten dazu verleiten, ihm die alleinige Verantwortung für das weitere Vorgehen zu übertragen. Ich kenne die Sprüche: „Ja, Frau Meier, Sie könnten sich jetzt operieren lassen mit einem Risiko von 7,5%, oder Sie könnten es mit Medikamenten probieren, wobei in 8,3% der Fälle es zu zusätzlichen Komplikationen kommt. Überlegen Sie es sich, und wenn Sie entschieden haben, kommen Sie wieder vorbei.“ Glauben Sie mir, die meisten Patienten sind Ihnen dankbar, wenn Sie ihm zumindest noch sagen würden, was Sie persönlich an seiner Stelle tun würden.

Die Macht des Arztes

Mögen wir noch so bescheiden und einfühlsam mit dem uns vertrauenden Menschen umgehen, wir bleiben immer für den Kranken ein Mächtiger. Missbrauchen Sie diese Macht nicht. Lassen Sie den Patienten ruhig unseren Wissensvorteil spüren. Nutzen Sie den Vorteil dieser Stellung als ein Element Ihres therapeutischen Wirkens aus.

Wir haben als Neurologen gelegentlich Patienten vor uns, die wir durchaus als „schwierige Patienten“ bezeichnen dürfen. So gibt es etwa den Patienten, der Ihnen mit offensichtlichem Misstrauen begegnet, der einen Ausdruck aus dem Internet vorlegt und wissen möchte, ob Ihnen die Therapie des Dr. Pesoa aus Sao Paulo in Brasilien bekannt ist und was Sie davon halten. Der Patient also, der Sie maßlos nervt. Sie dürfen genervt sein, Sie müssen es nur merken. Sie werden dann meist auf sachliche oder korrekte Distanz gehen und die Nervensäge sucht sich bald ein anderes Opfer. Oder aber, Sie überwinden aktiv Ihre berechtigte Abneigung, greifen auf Ihr besseres Ich zurück, sind betont freundlich und geduldig, und gehen auf die Zumutung des Patienten mit Engelsgeduld ein. Und siehe da: Sie werden zwar nicht immer, aber erstaunlich oft hinter der aggressiv-arroganten Fassade einen armen, hilflosen und hilfeschuchenden Menschen entdecken, der sich zum dankbaren Empfänger Ihrer Hilfe durchmausert. Allerdings müssen Sie es verstehen, diese

Funktion mit Taktgefühl zu übernehmen, ohne in die autoritäre Ecke abgeschoben zu werden. Das Entscheidende ist Ihre Dialogbereitschaft in einer für die konkret vorliegende Situation geeigneten Sprache.

Manchen Neurologen hörte ich klagen, dass er nicht selten „langweilige Patienten“ habe, nicht zuletzt wenn ein Kollege in einem Subgebiet unseres Faches tätig ist. Ich denke zum Beispiel an den Kopfwehspezialisten, der den zwölften Migräniker an jenem Tage vor sich sitzen hat. Langweilig? Oh nein! Ein Fall ist nur dann langweilig, wenn Sie selber langweilig sind. Nur dann, wenn Sie beim Fall die Krankheit und nicht den kranken Patienten sehen. Eine Krankheit spielt sich immer an einem Menschen ab, an einem Menschen in seiner individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Einmaligkeit. Dadurch wird jeder Fall zu etwas exquisit Einmaligem und damit Neuem, und jedes Mal erneut spannend werden. Das erfordert allerdings einige Lebendigkeit Ihrerseits, es erfordert die Bereitschaft, sich auf die individuellen Besonderheiten Ihres Patienten einzulassen, es erfordert den Mut, Abstand von der Routine zu nehmen, es erfordert Neugier Ihrerseits. Nicht Neugier im rein fachlich-medizinischen Sinn, sondern liebevolle Neugier, Bereitschaft zum persönlichen Engagement. Dann werden Sie sehen, dass auch unser Spezialgebiet trotz häufig wiederkehrender gleicher Diagnosekategorien, immer wieder neu und spannend sein wird.

Die große Zahl von Patienten, die der Neurologe zum Teil aus ökonomischen Gründen sehen muss, und die große Zahl von technischen Zusatzuntersuchungen, die er anwendet, haben oft zur Folge, dass er nicht genügend Zeit hat. Es fehlt ihm also die Zeit für die ausführliche anamnestiche Befragung, und es fehlt ihm die Zeit für das persönliche Gespräch und für die gründliche Orientierung des Patienten über das Ergebnis. Das ist bedauerlich und in mancher Hinsicht nachteilig: Der Arzt verpasst oft anamnestiche Informationen, die aufschlussreicher als ein MRT sind, und er kann das Vertrauensverhältnis zu seinem Patienten in der Hast nicht aufbauen. Widmen wir also dem Patienten genügend Zeit.

Als Lehrer Vorbild sein

Ich gestehe, dass die Tätigkeit als Lehrer für Studenten und Assistenten für mich immer mit sehr viel Befriedigung verbunden war. Ich möchte versuchen, hier kurz zusammenzufassen, was mich schließlich als das Wichtigste in dieser Funktion überzeugt hat. Ich gebe zu, dass vielleicht auch viel Subjektives und Individuelles darin mit eingeflossen ist.

Der Lehrer muss seinem Schüler zu verstehen geben, auf was er selbst achtet und wie seine Gedanken ablaufen. Er soll also gewissermaßen immer laut denken, das was er fragt oder tut, begleitend kommentieren. Der Lernende soll begreifen, warum der Erfahrene aus gewissen Informationen diese und keine andere Schlussfolgerung zieht. Ich habe in meiner Zeit als Klinikdirektor und auch jetzt noch im Rahmen von Lehrveranstaltungen immer wieder versucht genau das zu praktizieren. Mir wurden als Klinikchef zum Beispiel immer wieder Patienten vorgestellt, die ich noch nicht kannte. Die Anamnese des Patienten wurde geschildert. Immer wieder versuchte ich in den einzelnen Phasen der anamnestiche Schilderung durch entsprechende Kommentare meine hierbei geweckten Gedankengänge und Assoziationen, meine differenzialdiagnostischen Vermutungen darzulegen und zu begründen. In jeder weiteren Phase sprach ich die durch neue Informationen ergänzten oder modifizierten eigenen Gedanken laut aus. Auch eigene Zusatzfragen, Untersuchungen oder angeforderte Untersuchungsergebnisse kommentierte ich mit den dieselben begründenden Überlegungen.

Der Lehrende muss im Weiteren die Lernenden in einer ihrem Ausbildungsstand angemessenen Weise ständig mit in den Lernprozess aktiv einbinden, was sich durch entsprechende Fragen steuern lässt. Er soll ja nicht sein eigenes Vorgehen und seine eigenen Gedanken und Assoziationen als die einzig richtigen hinstellen. Er soll vielmehr die Eigeninitiative des Lernenden fördern und ermutigen. Dessen allfällig falsche Schlussfolgerungen soll er als zu erwägende Alternativen und nicht als absurde Entgleisungen kommentieren und argumentativ korrigieren. Nur dadurch wird er die Atmosphäre des Wohlwollens mit den Jüngeren herstellen. Diese gegenseitige Wertschät-

zung, diese Sympathie ist eine der wesentlichen Voraussetzungen, um als Lehrer voll akzeptiert zu werden. Voll akzeptiert heißt, nicht nur als intellektueller Wissensvermittler zu wirken, sondern auch als Vorbild in Bezug auf das Verhalten, auf den Umgang mit den Schülern, aber vor allem mit den Kranken und mit der Verantwortung als Arzt.

Es gibt Vorlesungen und Kurse, auch Videos und DVDs zum Umgang mit dem Kranken. Meistens wird darin vor allem ein formal korrektes Verhalten demonstriert. Das ist zwar wichtig, es ist aber nicht das Wesentliche. Wesentlich ist vielmehr, dass der Arzt zu echter Empathie fähig ist, die sich nicht oder nicht nur in der richtigen Wortwahl, sondern eher im Verhalten, im Blick, auch einmal in einem Schweigen ausdrücken kann. Denn dieses angemessene Verhalten dem Jüngeren mitzugeben, ist mindestens so wichtig wie das Vermitteln von Wissen. Das alles gilt selbstverständlich für jedes Lehren. Für den neurologischen Lehrer, der einen begabten jungen Mediziner für das Fach Neurologie motivieren möchte, gilt noch etwas Weiteres: Er muss den Jungen spüren lassen, wie sehr er, der

Lehrer persönlich, für dieses Fach begeistert ist. Übrigens wird nur der ein guter Lehrer sein, der die eigene Begeisterung spüren lässt und der diejenigen, denen er etwas vermitteln will, auch gern hat.

Geld versus Moral

Und ein Letztes zum Wörtchen „trotz allem“: das Geld. Vergessen wir nicht, dass der Mammon die Gefahr in sich birgt, die Moral zu korrumpieren. Wir sehen es täglich in der Geschäftswelt und in der Politik. Aber auch für den Arzt reicht es vom Durchführen nutzloser, aber gewinnbringender Untersuchungen oder Operationen über die Inrechnungstellung von nicht erbrachten Leistungen und bis hin zum Ausstellen von Gefälligkeitszeugnissen zwecks Erhaltung der Patiententreue. Lassen Sie sich nie durch den Mammon oder andere Vorteile verleiten, sich über wichtige Prinzipien der Moral hinwegzusetzen. Ohne uns mit dem heiligen Damian vergleichen zu wollen, bleibt es immerhin eine Tatsache, dass mit Recht von uns Ärzten wegen des uns entgegengebrachten Vertrauens und der in unsere Hand gegebenen Macht besonders sorg-

fältige Beachtung von Ethik und Moral erwartet werden. Und wenn in letzter Zeit unser Ansehen in der Gesellschaft gesunken ist, so zwar aus sehr verschiedenen und zahlreichen Gründen, aber unter anderem auch, weil manche unter uns in einer Welt der Sachlichkeit zu locker mit den Erfordernissen der Moral und der Bereitschaft zu dienen umgegangen sind. Man ist versucht mit Novalis zu sagen: „Wenn die Menschen einen Schritt vorwärts tun wollen zur Beherrschung der äußeren Natur durch die Kunst, der Organisation und der Technik, dann müssen sie vorher drei Schritte der ethischen Vertiefung nach innen getan haben.“

Nach Berücksichtigung all dieser Punkte, hoffe ich, Sie sind mit mir einig, dass es – trotz allem – sehr schön ist, ein Neurologe zu sein! □

AUTOR

Prof. Dr. med. Marco Mumenthaler

Neurologe FMH

Witikonstr. 326, 8053 Zürich/Schweiz

E-Mail: mumenthaler33@bluewin.ch

Existenzsicherung

KV Bayern unterstützt Kassenärzte bei Anträgen zur Kurzarbeit

Dass von Arztpraxen Kurzarbeitsanträge gestellt werden, ist eine Norm. Deshalb sind die Arbeitsämter – zumal sie im Rahmen der Finanzkrise ohnehin von Kurzarbeitsanträgen überflutet werden – mit der Genehmigung äußerst zurückhaltend. Entscheidend ist, auf den Antragsformularen des Arbeitsamtes die wirtschaftlichen Einbußen und dadurch reduzierte Beschäftigungszeiten unserer Arzthelferinnen möglichst transparent zu machen. Die gesetzlichen Grundvoraussetzungen für Kurzarbeit sind: Bei 30 % der Mitarbeiter muss eine mindestens 10 %-ige Beschäftigungsreduktion in Aussicht stehen, der Arbeitsausfall beruht auf wirtschaftlichen Grün-

den oder einem unabwendbaren Ereignis (in unserem Fall fordern die Krankenkassen einen wesentlich geringeren Leistungsumfang durch massive Absenkung der Fallwerte), der Arbeitsausfall ist vorübergehend (in unserem Fall gibt es eine von der KBV begründete Hoffnung, dass sich die Honorarverteilung ab Mitte des Jahres 2009 bessert).

Die KV Bayerns gibt uns neben einem Begleitschreiben (siehe nächste Seite) an die Arbeitsagentur auch die folgenden Empfehlungen:

„... könnte ein Antrag auf Kurzarbeitergeld (Kug) möglicherweise Aussicht auf Erfolg haben, wenn nachstehende Punkte berücksichtigt beziehungsweise

im Rahmen der Begründung des Antrages in den Vordergrund gestellt werden:

- Jede betroffene Praxis muss für sich einen Einzelantrag stellen, Antragsvordrucke sind bekannt.
- Darlegung der Voraussetzungen zur Gewährung von Kug – insbesondere:
 1. Vorliegen eines erheblichen Arbeitsausfalls, der auf wirtschaftlichen Gründen oder einem unabwendbaren Ereignis beruht;
 2. der Arbeitsausfall ist vorübergehend, es gibt begründete Hoffnung auf eine Besserung der Lage;
 3. der Arbeitsausfall ist nicht vermeidbar.

zu 1. Arbeitsausfall müsste konkret dargelegt werden. Stichworte hierzu: betriebswirtschaftliche Kalkulation, Einnahmen-/Ausgabenverhältnis, notwendige Reduzierung des Leistungsspektrums auf das gesetzlich Notwendige; im Konkreten bedeutet dies die Darstellung des Regelleistungsvolumens und damit einhergehend die Reduzierung des Leistungsangebotes innerhalb eines bestimmten Zeitraumes, zum Beispiel durch Verkürzung der wöchentlichen Sprechstundenzeiten unter Berücksichtigung des Sicherstellungsauftrages. Das heißt, der Arzt muss angemessen für die Versorgung seiner Patienten zur Verfügung stehen, aber nicht unverzüglich notwendige Behandlungen können über einen längeren Zeitraum verteilt

werden, auch wenn dies zu längeren Wartezeiten der Patienten führt. Zu berücksichtigen ist allerdings die zeitgerechte Versorgung von Notfällen! (Beispiel: Reduzierung des Sprechstundenangebots im gesetzlich zulässigen Rahmen bei gleichzeitiger Reduzierung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeiten des nicht-ärztlichen Personals von beispielsweise 38 Stunden um 20 % auf 30,4 Stunden.)

zu 2: Auf Verwerfung der Honorarreform muss die Politik in angemessener Zeit reagieren. Entsprechende Signale für bereits erkannte notwendige Anpassungen sind bereits vorhanden.

zu 3: Unvermeidbarkeit ist darzulegen. Hierzu können folgende Argumente dienen: Urlaubsansprüche und Über-

stundenausgleich sind bereits abgegolten; Mitteilung des konkreten Regelleistungsvolumens (als Steuerungsinstrument) erst vier Wochen vor Beginn des nächsten Abrechnungsquartals; die üblichen Voraussetzungen der §§ 169 ff. SGB III (siehe Antragsformular) dürften ohne größere Probleme darstellbar sein.

Vermieden werden sollte unbedingt der Eindruck, dass von den betroffenen Ärzten der Leistungsumfang im Rahmen der Behandlung ihrer Patienten willkürlich reduziert wird. Die Reduzierung des Sprechstundenangebots im Rahmen des gesetzlich Zulässigen basiert auf einer rein betriebswirtschaftlichen Kalkulation. Es sollte in jedem Fall der Eindruck vermieden werden, dass den Patienten möglicherweise Leistungen, auf die sie als gesetzlich Versicherte Anspruch im Sachleistungsprinzip haben, vorenthalten werden.“

Kommentar: Die Antragsformulare für Kurzarbeit finden Sie im Internet unter: [www.AgenturfürArbeit.de/Formulare/Formulare für Unternehmen/Anzeige für Arbeitsausfall konjunkturelles Kurzarbeitergeld \(kug 101\)](http://www.AgenturfürArbeit.de/Formulare/Formulare für Unternehmen/Anzeige für Arbeitsausfall konjunkturelles Kurzarbeitergeld (kug 101)). Mit der Reduktion unserer Fallwerte bringen die Krankenkassen zum Ausdruck, dass niedergelassene Nervenärzte, Neurologen und Psychiater aus wirtschaftlichen Einsparungsgründen an neurologisch und psychiatrisch Kranke weniger Leistungen abgeben sollen als bisher. Dies führt direkt zu Arbeitsausfällen bei unserem Personal. Wir können den Praxen, die von einem sehr starken Umsatzeinbruch betroffen sind, nur raten, dieses Versagen des GKV-Systems und den Unwillen der Krankenkassen, unsere qualifizierte Arbeit ausreichend zu finanzieren, ökonomisch nicht alleine auf dem eigenen Rücken auszutragen, sondern die hierfür vom Staat eingerichteten und mit unseren Arbeitgeberbeiträgen zur Arbeitslosenversicherung finanzierten Hilfen in Anspruch zu nehmen. **gc**



Schwierige Differenzialdiagnose Tic oder Zwang?

Ist das ständige Zwinkern nur eine nervöse Angewohnheit oder bereits ein Tic? Wie oft am Tag ist ausgiebiges Händewaschen „normal“? Um die Therapie-notwendigkeit bei diesen Handlungen zu erkennen, ist eine gezielte Diagnostik wichtig. Für die Behandlung der Störungen stehen unterschiedliche Optionen zur Verfügung.

V. ROESSNER, A. BECKER, A. ROTHENBERGER



Ungewöhnlich häufiges Händewaschen kann ein Indiz für eine mehr oder weniger ausgeprägte Zwangsstörung sein.

Beim Auftreten repetitiver Verhaltensmuster ist die Differenzialdiagnose Tics versus Zwänge von großer Bedeutung hinsichtlich der Prognose und der Dringlichkeit, mit der eine Therapie initiiert werden sollte. Obwohl beide Störungsbilder die psychosoziale Situation der Betroffenen zum Teil massiv beeinträchtigen können, sind Zwangsstörungen in der Regel problematischer und darum vordringlich behandlungsbedürftig.

Tics: unwillkürlich und häufig von körperlichen Sensationen begleitet

In der ICD-10 sind im Kapitel Tic-Störungen die Diagnosen vorübergehende Tic-Störung (F95.0), chronisch motorische oder vokale Tic-Störung (F95.1) und kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom, auch Gilles-de-la-Tourette-Syndrom genannt) (F95.2) definiert. Weniger eindeutige Symptomkonstellationen können als sonstige Tic-Störungen (F95.8) und Tic-Störung, nicht näher bezeichnet (F95.9) klassifiziert werden. Da vorübergehende Tic-Störungen (Remission der Tics innerhalb eines Jahres) (F95.0) fast ausschließlich im Schulalter vorkommen und in der Regel keiner Behandlung bedürfen, bezieht sich dieser Beitrag ausschließlich auf Diagnostik und Therapie chronischer Tic-Störungen (F95.1 und F95.2).

Als Leitsymptom bei Tics zeigen sich plötzliche, unwillkürliche Bewegungen und/oder Lautäußerungen, die typischerweise schnell und abrupt einschließen, kurz andauern und sich oft gleichförmig in kurzen Serien wiederholen, aber keinen Rhythmus entwickeln [6, 7]. Obwohl Tics in der Literatur häufig pauschal als nicht zweckgerichtet und subjektiv bedeutungslos charakterisiert werden, führt die Ausführung einiger Tics besonders mit zunehmendem Alter zur Reduktion „sensomotorischer Vorgefühle“ beziehungsweise zum Herstellen eines als „just right“ bezeichneten Gefühls. Etwa ab dem zehnten Lebensjahr werden vor Tics gehäuft unangenehme und meist fokale in einem umschriebenen Bereich des Körpers, zum Beispiel als Spannungsgefühl oder Kribbeln, wahrgenommene Sensationen berichtet. Von einigen Betroffenen werden solche Vorgefühle auch als erhöhte diffuse innere Anspannung und Unruhe beschrieben. Inwieweit Tics in diesem Zusammenhang willentlich und zweckgerichtet ausgeführt werden, ist noch nicht abschließend geklärt. Fest steht aber, dass die meisten Betroffenen ihre Tics mit zunehmendem Alter immer besser in Willkürhandlungen einbauen beziehungsweise für einige Zeit unterdrücken können.

Tics lassen sich nach ihrem Komplexitätsgrad (einfach/komplex) und ihrer Qualität (motorisch/vokal) unterscheiden. Motorische Tics reichen von einfachen plötzlichen Bewegungen (z. B. Blinzeln) bis hin zu komplexen Verhaltensweisen (z. B. sequenzielles Ganzkörperzucken). Im Extremfall können sie obszön (z. B. Kopropraxie) oder selbstverletzend (z. B. Schlag gegen die eigene Brust) sein. Vokale Tics variieren vom einfachen Räuspern und Schniefen bis zum Auftreten von Sprachfragmenten, Silben, Worten oder Wortabfolgen. Als besondere Ausprägungen findet sich selten Koprolalie (Ausstoßen von obszönen Worten). Ebenfalls selten: das Wiederholen unwillkürlicher Bewegungen (Echopraxie) und des Gesprochenen anderer Menschen (Echolalie) oder eigener Worte (Palilalie).

Zwänge lindern Ängste und Befürchtungen

Vor allem komplexe Tics, die zum Teil von wenig lokalisierten sensomotorischen Vorgefühlen begleitet werden, erschweren die Abgrenzung gegenüber Zwangssphänomenen. Letztere werden in Zwangsgedanken (ICD-10: F42.0) und Zwangshandlungen (ICD-10: F42.1) unterschieden. Am häufigsten treten zwanghafte Gedanken und Handlungen gemeinsam auf (ICD-10: F42.2) und sind thematisch eng miteinander verbunden [9]. Zwangsgedanken sind am besten als Befürchtungen zu bezeichnen und beziehen sich inhaltlich meist auf typische Themen wie Verschmutzung/Infektion, Symmetrie/Ordnung/Genauigkeit, Aggressionen, Sexualität oder Sünde. Zwangshandlungen werden mit unterschiedlicher Frequenz wiederholt, da ihre Nichtausführung dem Betroffenen je nach Situationen nur schwer möglich ist und meist ängstliches Unwohlsein auslöst. Wie bei den Tic-Störungen ist oft eine bestimmte Anzahl an Wiederholungen notwendig, bis ein erträglicher innerer Zustand wiederhergestellt ist.

Im Gegensatz zu eher sensomotorischen Erfahrungen bei Tic-Störungen handelt es sich bei den Befürchtungen im Rahmen einer Zwangsstörung um eine kognitiv-emotionale Dissonanz, das heißt Ängste oder Unwohlsein erscheinen dem Betroffenen verstandesmäßig eher unsinnig und nicht begründbar. Auch wird die Zwangshandlung selbst, im Gegensatz zu den meisten Tics, willentlich und im Durchschnitt gezielter sowie langsamer ausgeführt. Als Klassifikationsmerkmal der Zwänge wird gefordert, dass der Betroffene die Gedanken und Befürchtungen als eigen empfindet und Widerstand leistet. Letzteres ist gerade bei Kindern und Jugendlichen sowie bei chronisch betroffenen Erwachsenen nicht immer eindeutig, was schon zum Wegfall dieses Kriteriums in Klassifikationssystemen geführt hat (DSM-IV-TR).

Beide Störungen kommen in etwa 30 % der Fälle gemeinsam vor und im Einzelfall ist eine eindeutige Zuordnung des einzelnen Symptoms zu einer Tic- oder Zwangsstörung nicht immer eindeutig möglich. In diesem Zusammenhang wird auch häufig der Begriff der Zwangsspektrumstörungen verwendet.

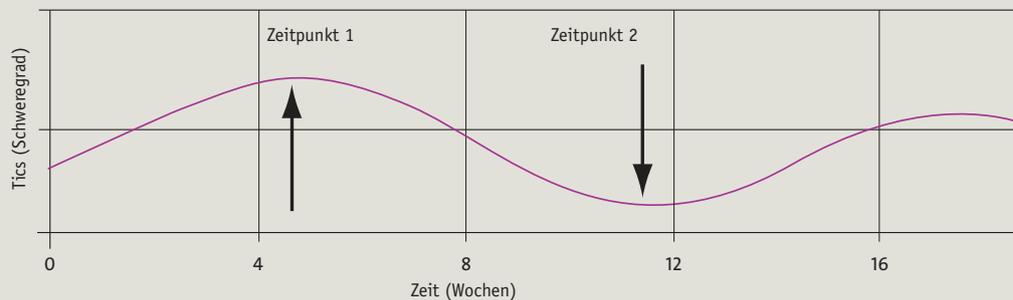
Beide Störungen zeigen hohe Variabilität über die Zeit

Zu Beginn einer Tic-Störung (2. bis 15. Lebensjahr, Median sechs bis acht Jahre) treten häufig einfache motorische Tics im Gesichtsbereich auf. Sie breiten sich im Verlauf typischerweise vom Kopf-Schulter-Bereich zu den Extremitäten und zum Körperstamm aus. Vokale Tics folgen meist zwei bis vier Jahre später. Tics variieren in den meisten Fällen im zeitlichen Verlauf in ihrer Erscheinungsform (Lokalisation, Komplexität, Art, Intensität, Häufigkeit), oft über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Wochen, unregelmäßig und ohne erkenntlichen Grund. Dieser „natürliche“ Verlauf ist eines der Hauptmerkmale zur Abgrenzung von gestörten beziehungsweise übermäßigen Bewegungen bei anderen Erkrankungen wie zum Beispiel Dystonien oder Chorea.

Auch die Zwangssymptomatik kann Schwankungen unterworfen sein, deren Ausmaß, Dauer und Abhängigkeit von äußeren Faktoren aber noch kaum untersucht ist. Diese Schwankungen scheinen weniger stark und deutlich langsamer ausge-

Abbildung 1

Wirkung von Interventionen bei Tic-Störungen



Die sichere Einschätzung einer Wirkung ist erst nach längerer Beobachtungszeit möglich. Eine Intervention zum Zeitpunkt 1 (z. B. Methylphenidat, Tiaprid, Verhaltenstherapie) kann trotz der Möglichkeit, Tics zu induzieren, oder trotz fehlender Wirksamkeit eine Reduktion der Tics nach sich ziehen. In erster Linie ist hierfür nicht die Effektivität der Intervention, sondern die natürliche Schwankung der Tic-Ausprägung verantwortlich. Umgekehrt kann auf eine Intervention zum Zeitpunkt 2 trotz nachgewiesener Wirkung eine Zunahme der Tics folgen, möglicherweise aber in abgeschwächter Form.

prägt zu sein als bei den Tic-Störungen. Während die Tics von Beginn an auch für andere (meist Familienmitglieder) offen sichtbar sind, werden Zwangssymptome oft lange verheimlicht. Allerdings werden mit zunehmender Schwere der Symptomatik auch Familienmitglieder in das sich ausbreitende Zwangssystem eingebunden, beispielsweise müssen in der Wohnung bestimmte Regeln der Sauberkeit oder eine bestimmte Ordnung von Gegenständen eingehalten werden. Diese Entwicklung eines krankheitszentrierten „Systems“ ist bei Tic-Störungen nicht zu finden.

Situativ können die Tics unter emotionaler Beteiligung (z. B. Angst, Ärger, Freude), Stress und Ermüdung zunehmen, wohingegen sie oft bei konzentrativer Beschäftigung, Ablenkung, Entspannung und im Liegen sowie unter Cannabis- oder Alkoholeinfluss nachlassen. Sie interferieren kaum mit intendierten Bewegungen und kommen seltener, in der Stärke abgemildert und weniger komplex in allen Schlafstadien vor. Wie Tics unterliegen auch Zwangssymptome situativen Schwankungen. Im Gegensatz zu den Tics sind allerdings spezifische Auslöser thematisch enger mit der Symptomausprägung verknüpft.

Häufig Spontanremissionen bei Tics

Nach aktuellen Schätzungen leidet etwa jedes zehnte Kind im Grundschulalter vorübergehend und 3–4% chronisch an Tics. Für das Tourette-Syndrom wird eine Prävalenz von etwa 1% angenommen. Aufgrund der Tendenz zur Spontanremission der Symptomatik im Entwicklungsverlauf sind Kinder und Jugendliche etwa zehnfach häufiger betroffen als Erwachsene. Chronische Tic-Störungen sind familiär gehäuft und finden sich bevorzugt beim männlichen Geschlecht (Verhältnis 3–4,5:1). Kultur und ethnische Zugehörigkeit zeigen keinen Einfluss auf die Prävalenz. In der Regel treten erste motorische Tics im Alter zwischen 2 Jahren und 15 Jahren auf (Median

sechs bis acht Jahre). Ein entscheidender Einfluss einer erfolgreichen Therapie auf den langfristigen Verlauf der Tic-Störungen konnte noch nicht nachgewiesen werden.

Von Zwangsstörungen sind 1–2% der Bevölkerung betroffen. Bei Vielen treten erste Anzeichen (bis zu 90%) oder Symptome (30–70%) schon in der Kindheit und Jugend auf. Der Haupterkrankungsgipfel liegt zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr. Männer und Frauen leiden etwa gleich häufig an Zwangsstörungen. Die Zwangsstörung wird von der zwanghaften Persönlichkeitsstörung abgegrenzt, etwa 10% der Patienten mit Zwangsstörungen haben jedoch gleichzeitig eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung.

Trotz der Erfolge der Pharmako- und Psychotherapie ist die Zwangsstörung immer noch schwer zu behandeln, da die Motivation der Betroffenen oft zu schwankend und gering ist. Aus Scham verheimlichen viele die Symptomatik deutlich häufiger als bei Tic-Störungen, sodass eine erste Behandlung oft sehr verspätet einsetzt. Meist führt die Therapie nur zu vorübergehender Besserung, nicht aber zum völligen Verschwinden der Symptome. Spontanremissionen wie bei Tic-Störungen sind selten. Allerdings ist ein positiver Effekt einer erfolgreichen Behandlung auf den langfristigen Verlauf deutlich besser nachgewiesen als bei Tic-Störungen.

Therapie bei „reinen“ Tic-Störungen

Die hohe Tendenz zur Spontanremission (etwa ab dem 15./16. Lebensjahr) und die in vielen Fällen eher geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung rechtfertigen oft eine abwartende Haltung mit Information der Betroffenen und der Familie im Sinne einer Psychoedukation, um die Tic-Symptomatik besser einschätzen und adäquat handhaben zu können. Darüber hinaus ist der persönliche Kontakt mit anderen Betroffenen im Rahmen von Selbsthilfegruppen häufig positiv (www.tourette-gesellschaft.de). Da eine Verstärkung der Tics

in vielen Fällen durch Stresssituationen mit emotionalen Belastungsspitzen auftreten, können Entspannungsverfahren zu einer Linderung der Tics führen. Bevorzugtes Verfahren ist dabei die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson. Kommt es (meist im Rahmen von mittel bis schwer ausgeprägten Tics) dennoch zu sozialen Problemen und zu Leistungseinbußen oder besteht ein dauerhafter subjektiver Leidensdruck, so können weitere Therapiemaßnahmen sinnvoll sein. Bei solchen Planungen ist unbedingt der oben erwähnte, natürliche Verlauf der Tic-Störungen zu beachten, um einerseits nicht vorschnell zu handeln und andererseits die Wirksamkeit der Intervention richtig einschätzen zu können (Abb. 1) [2, 3].

Zwar konnte prinzipiell die Wirksamkeit des verhaltenstherapeutischen Multikomponentenprogramms der Reaktionsumkehr (RU) mit Einüben einer motorischen Gegenantwort nachgewiesen werden. Der Evidenzgrad ist allerdings noch niedrig und auf Erwachsene beschränkt. RU setzt neben einer gewissen Introspektionsfähigkeit eine stabile und längerfristige Eigenmotivation vor allem hinsichtlich der Generalisierung des in den Therapiestunden Geübten voraus, die kaum bei Kindern (unter anderem wegen meist fehlender Wahrnehmung eines sensomotorischen Vorgefühls) und nicht bei allen betroffenen Jugendlichen gegeben ist. Zudem ist es wegen der mangelnden Verfügbarkeit entsprechender Therapeuten schwer, einen Therapieplatz zu bekommen. So werden bevorzugt Medikamente (primär Dopaminrezeptoren blockierende Neuroleptika wie Tiaprid, Risperidon, Pimozid, neuerdings auch Ziprasidon und Aripiprazol) mit ihrer in der Regel guten Wirksamkeit und Verträglichkeit zur Linderung der Tics eingesetzt [2, 8].

Therapie bei „reinen“ Zwangsstörungen

Im Gegensatz zu den Tic-Störungen remittiert die Zwangsstörung nur bei wenigen Betroffenen spontan. Daher ist bei Zwangsstörungen aufgrund der Chronifizierungsgefahr und des nachgewiesenen Effekts auf die Prognose eine frühzeitige,

dauerhafte und bestmögliche Therapie einzuleiten. Die besten Erfolge lassen sich mit einer Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und medikamentöser Behandlung erzielen [9]. Es kann empfohlen werden, mit einer kognitiven Verhaltenstherapie zu beginnen und bei Erfolglosigkeit eine medikamentöse Unterstützung zu ergänzen, denn die Erfolgchancen einer reinen Psychotherapie sind zum Beispiel geringer, wenn gleichzeitig auch eine schwere Depression oder eine Tic-Störung vorhanden ist, oder der Erkrankungsbeginn vor dem 20. Lebensjahr liegt. Speziell bei den Zwangsstörungen erfordert die oft unzureichende Therapiemotivation eine intensive Motivierungsphase zu Behandlungsbeginn. Ziel ist ein Arbeitsbündnis, das die Ambivalenz des Betroffenen gegenüber jeglichem Interventionsversuch aufgreift und zugunsten wachsender Kooperation beeinflusst sowie die ständige Tendenz zur schamhaften Verheimlichung problematischer Zwangsgedanken und -handlungen eingrenzt.

Kernelement der Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen ist die Erstellung einer Hierarchie angstauslösender Situationen, auf die Patienten mit Zwangsverhalten üblicherweise reagieren. Diese gefürchteten Situationen (graduierte Stimulusexposition) werden dann in der Therapie aufgesucht und Vermeidungsreaktionen verhindert. Eine Exposition in der Vorstellung (in sensu) ist bei bestimmten Zwangsbefürchtungen (z. B. mit katastrophalem Inhalt) gegenüber einer Exposition in vivo vorzuziehen. Unbedingt müssen aber im Laufe der Therapie auch In-vivo-Expositionen stattfinden, um das reale Einüben der Reaktionsverhinderung zu gewährleisten. Als Medikamente der ersten Wahl haben sich selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) etabliert und die trizyklischen Antidepressiva abgelöst.

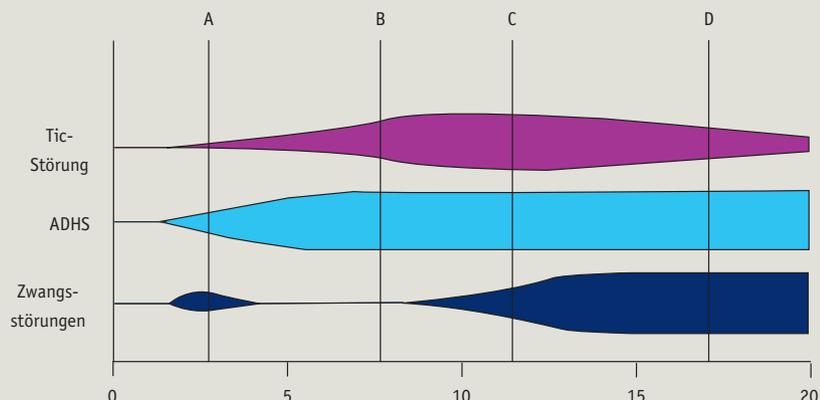
Auch bei den Zwangsstörungen sollte auf jeden Fall eine Aufklärung und Beratung des Betroffenen und der Angehörigen erfolgen. Darüber hinaus sind häufiger als bei den Tic-Störungen Interventionen mit und in der Familie zur Verminderung der Symptomatik und der Einbindung in bestehendes Vermeidungsverhalten sinnvoll.

Abbildung 2

Altersabhängige Komorbiditätsprofile

Altersabhängige Komorbiditätsprofile im Entwicklungsverlauf. A, B, C, D = wichtige entwicklungspsychopathologische Übergänge bis zum Alter von 20 Jahren.

[Nach Leckman 2002, Interdisziplinäres Netzwerk zur ADHS-Qualitätssicherung INAQ]



Therapie bei Tic-Störungen mit begleitender Zwangsstörung

Für die Behandlung von Tic-Störungen, die mit Zwangssymptomen oder -störungen assoziiert sind, empfiehlt sich der Einsatz von Sulpirid. Es lindert Zwangsimpulse, Tics und emotionale Unausgeglichenheit. Gerade aufgrund seiner stimungsaufhellenden Wirkung ist es eine gute Alternative zur Linderung der Tics, wenn die Medikation mit Dopaminrezeptorantagonisten zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen wie vermindertem Antrieb, Unlust, Schwunglosigkeit und depressiver Verstimmung geführt hat. Bei ausgeprägter Zwangsstörung mit Tic-Störung ist an Dopaminrezeptorantagonisten plus SSRI zu denken – eine Kombination, die sich auch bei therapierefraktären Zwangsstörungen als wirkungsvoll erwiesen hat. Die Verfahren der Exposition und Reaktionsverhinderung beziehungsweise der RU müssen entsprechend adaptiert werden.

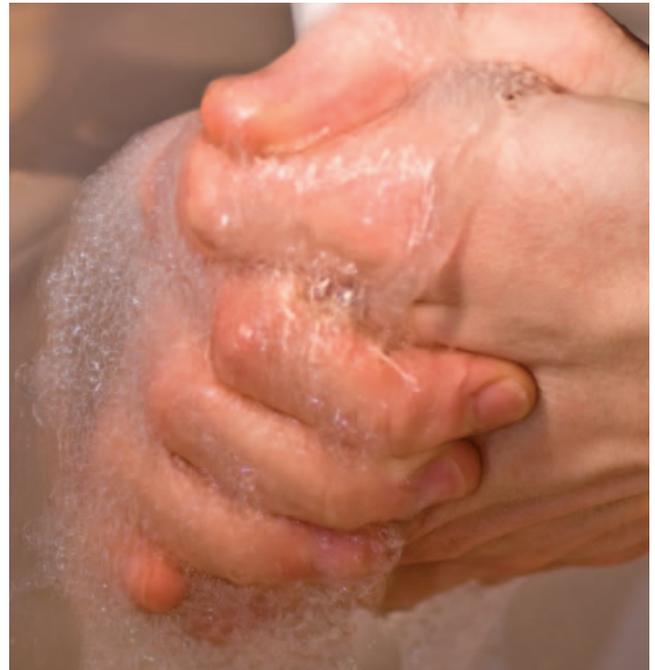
Häufig weitere begleitende psychiatrische Störungen

Bei bis zu 90 % der Patienten mit Tourette-Syndrom und etwa 65 % mit chronisch motorischen beziehungsweise vokalen Tic-Störungen bestehen eine oder mehrere begleitende psychiatrische Störungen. Am häufigsten finden sich zusätzlich zu den Tics im Kindes- und Jugendalter eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS; etwa 50 % der Fälle) oder Zwangsstörung (etwa 30 %). Bei Patienten mit Zwangsstörung bestehen ebenfalls sehr häufig assoziierte Störungen wie Angststörungen (etwa 40 %), affektive Störungen, Tic-Störungen (etwa 30 %) und eine ADHS. Während erste ADHS-Symptome meist etwa zwei bis drei Jahre vor Beginn der Tics zu beobachten sind und eine spontane Linderung der Tics überdauern, folgen Zwänge in der Regel zwei bis drei Jahre nach dem Beginn erster Tics und können, ebenso wie Trennungsängstlichkeit, vielfach schon im Alter von zwei bis drei Jahren festgestellt werden (Abb. 2). Deshalb ist es wichtig, auf das altersbezogene entwicklungspsychopathologische Profil zu achten. Vor allem in weniger stark ausgeprägten Fällen ist die definitive Zuordnung einzelner Symptome zu einer der zeitgleich vorliegenden Störungen nicht immer einfach. Beispielsweise kann „Unaufmerksamkeit im Unterricht“ entweder als Kernsymptom der ADHS oder als Folge erhöhter innerer Beschäftigung mit der Unterdrückung von Tics beziehungsweise Zwängen vorkommen [4, 5].

Fazit

Bei chronischen Tic-Störungen mit leichter Ausprägung und ohne zusätzliche psychische Auffälligkeiten empfiehlt sich nach ausführlicher Information im Sinne von Psychoedukation eine abwartende Haltung mit Verlaufsbeobachtung. Kontakt zu Betroffenen im Rahmen von Selbsthilfegruppen sowie Entspannungsverfahren zur Stresslinderung zeigen oft eine positive Wirkung. Bei stärkerem subjektivem Leidensdruck und/oder deutlicher psychosozialer Beeinträchtigung sind weitere Maßnahmen, vor allem eine Medikation oder aber eine Verhaltenstherapie indiziert. Bei Zwangsstörungen ist ein primärer verhaltenstherapeutischer Versuch indiziert und erst nach dessen Scheitern eine Kombination aus Verhaltenstherapie plus SSRI-Medikation. Tics begleiten

de Zwangssymptome sprechen in der Regel gut auf Sulpirid an. Bei unzureichendem Erfolg hinsichtlich der Tics ist die Kombination von Sulpirid mit Risperidon empfehlenswert. Sollte keine Reduktion der Zwangssymptome zu erreichen sein, verspricht eine Kombination aus Dopaminrezeptorantagonisten und SSRI-Besserung. □



LITERATUR

bei den Verfassern

Priv.-Doz. Dr. med. Veit Roessner

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie,
Universität Göttingen
Von Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen
E-Mail: vroessn@gwdg.de

Koautoren: Dr. Andreas Becker, Prof. Dr. Aribert Rothenberger



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 64.

CME-Fragebogen Tic-Störungen

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

1. Welche Aussage zu Tic-Störungen trifft nicht zu?

- A Tic-Störungen sind besonders im Kindesalter häufig und vorübergehend.
- B Chronische Tic-Störungen finden sich in 3–4% der Bevölkerung.
- C Ein Tourette-Syndrom ist immer behandlungsbedürftig.
- D Männliche Personen sind häufiger betroffen als weibliche.
- E Tic-Störungen treten familiär gehäuft auf.

2. Welche Aussage zur Tic-Symptomatik trifft zu?

- A Im Verlauf einer chronischen Tic-Störung entwickelt sich häufig eine Koprovalie.
- B Bei der Koprovalie handelt es sich um ein Diagnosekriterium des Tourette-Syndroms.
- C Bei der Echolalie handelt es sich um das Wiederholen der Bewegungen anderer.
- D Eine Koprovalie ist immer eine Behandlungsindikation.
- E Selbstverletzungen können Folge von motorischen Tics sein.

3. Welche Aussage zum Verlauf von Tic- und/oder Zwangsstörungen trifft zu?

- A Tic-Störungen treten eher im jungen Erwachsenenalter erstmals auf.
- B Die Symptomatik beider Störungen zeigt häufig einen schwankenden Verlauf.
- C Tics werden genauso gut und ausdauernd verheimlicht wie Zwänge.

- D Tics manifestieren sich zu Störungsbeginn meist in peripheren Körperteilen.
- E Die Ausprägung der Tics ist im Gegensatz zur Ausprägung von Zwängen stark situationsabhängig.

4. Welche Aussage zur Therapie der Zwangsstörungen trifft zu?

- A Mit einer medikamentösen Therapie sollte immer bis ins Erwachsenenalter gewartet werden.
- B Eine Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) gilt als medikamentöse Standardtherapie.
- C In der Verhaltenstherapie werden mit dem Patienten Vermeidungsstrategien eingeübt.
- D Die Kombination aus medikamentöser und Verhaltenstherapie ist nur in Einzelfällen zu empfehlen.
- E In den meisten Fällen ist eine abwartende Haltung empfehlenswert.

5. Welche Aussage zur Therapie der Tic-Störungen trifft zu?

- A Ein rascher Beginn einer medikamentösen Therapie ist für die Prognose enorm wichtig.
- B Verhaltenstherapeutische und medikamentöse Verfahren zeigen gleich gute Effekte.

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



- C Entspannungsverfahren führen zu einer Verstärkung der Tics aufgrund fehlender Ablenkung.
- D Der Kontakt zu Selbsthilfegruppen zum Informationsaustausch ist zu empfehlen.
- E Bereits nach wenigen Tagen ist die Wirksamkeit einer Intervention deutlich erkennbar.

6. Welche Aussage zu Tic- und Zwangsstörungen trifft nicht zu?

- A Beide Störungen treten häufig zusammen auf.
- B Tic-Störungen werden häufig von einer ADHS begleitet.
- C Häufig werden Zwangsstörungen von einer affektiven Störung begleitet.
- D Angststörungen finden sich häufig bei Patienten mit Zwangsstörung.
- E Häufig werden Tic-Störungen von Psychosen begleitet.

7. Im Gegensatz zu Zwängen finden sich bei Tics eher ...

- A ... eine kognitiv-emotionale Dissonanz.
- B ... sensomotorische Vorgefühle.
- C ... eine willentliche Ausführung von Handlungen.
- D ... Widerstand gegen Befürchtungen und Handlungen.
- E ... eine thematisch enge Verknüpfung zwischen spezifischen Auslösern und Symptomausprägung.

8. Um das Wievielfache sind Kinder häufiger von Tics betroffen als Erwachsene?

- A 10-fache
- B 5-fache
- C 2-fache
- D 20-fache
- E 4-fache

9. Welche Wirkung erzielt Sulpirid bei der Therapie einer Tic-Störung mit begleitender Zwangsstörung nicht?

- A stimmungsaufhellende Wirkung
- B Linderung der Zwangsimpulse
- C Besserung der Ursache von Tics und Zwängen
- D Besserung der emotionalen Unausgeglichenheit
- E Verringerung der Tics

10. Welche Aussage zu Zwangsstörungen trifft nicht zu?

- A Sie treten meist nach ersten Tics auf.
- B Der Erkrankungsgipfel liegt nach dem 18. Lebensjahr.
- C Erste Anzeichen oder Symptome finden sich schon in Kindheit und Jugend.
- D Es besteht meist eine ausgeprägte und ausreichende Therapiemotivation.
- E Spontanremission sind seltener als bei Tic-Störungen.



Teilnahme per Post

Teilnahmeschluss: 15.6.2009

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 5/2009

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

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)

(Eintrag oder Aufkleber)

Unterschrift _____





Oft sind es kleine Jungen, die zum Opfer Pädophiler werden.

Pädophilie

Neurobiologische Grundlagen veränderter Sexualfunktionen

Das Thema Pädophilie beschäftigt die Medien stetig und erregt immer wieder öffentliches Aufsehen. Warum bei Pädophilen das sexuelle Interesse Kindern gilt, ist noch weitgehend ungeklärt. Im pathogenetischen Verständnis dieser Störung rückt ein Aspekt weiter in den Vordergrund: die häufig bei Betroffenen auftretenden strukturellen Veränderungen in frontalen Hirnarealen, die für das Sexualverhalten von besonderer Bedeutung sind.

M. WALTER, K. SCHILTZ, E. PETER UND B. BOGERTS

Unter Pädophilie ist eine sexuelle Präferenz von Erwachsenen zu Kindern zu verstehen, die nach Beier [1] in eine primäre und eine sekundäre Form unterteilt werden kann: Primärpädophile sind durch stark vermindertes bis nicht vorhandenes sexuelles Interesse an Erwachsenen charakterisiert, wohingegen bei Sekundärpädophilen eine Orientierung auf Kinder bei initial vorhandener Orientierung auf Erwach-

sene vorliegt. Wichtiges Kriterium bei den kindlichen Opfern sind fehlende äußerliche Anzeichen einer einsetzenden Pubertät, vor allem der Pubarche, da ein großer Teil der meist männlichen Pädophilen eine homosexuelle Orientierung haben. In einer aktuellen Untersuchung von Primärpädophilen berichtet Vogt [2], dass 85% der 82 untersuchten männlichen Teilnehmer eine exklusive Orientierung auf Jungen zeigten.

Epidemiologische Einordnung der Tätertypen

Die Unterteilung in Primär- und Sekundärpädophile, die sich auf das pädophile Subjekt bezieht, überlappt stark mit einer Typisierung nach Täterprofilen, wie durch Knight et al [3] oder Simkins et al [4] vorgeschlagen: „Echte“ oder „Kern“-Pädophile haben kein sexuelles Interesse an Altersgenossen, sondern gehen Beziehungen mit emotionalen und sexuellen

Inhalten ausschließlich zu Kindern ein. Kernpädophile haben selten sexuelle Begegnungen mit Gleichaltrigen, diese sind dann von anderen initiiert oder Auswirkungen des sozialen Druckes. Sie sind somit auf kindliche Liebesobjekte fixiert und zeichnen sich durch einen eher gewaltlosen Umgang mit Kindern aus, der an Einvernehmlichkeit interessiert ist. Die Neigung zu Kindern ist bereits seit der frühen Adoleszenz ausgeprägt und äußert sich zunächst vor allem durch eine angestrebte Nähe zu Kindern sowie durch sexuelle Fantasien.

Pädosexuelle Praktiken durch Primärpädophile haben mit 1–5% den kleinsten Anteil an den Missbrauchsfällen von Kindern und sind vor allem durch Berührung des Intimbereichs und der sekundären Geschlechtsorgane der Kinder sowie durch Masturbation in Gegenwart des Kindes charakterisiert.

Kernpädophile geben gehäuft an, eine gleichwertige Liebesbeziehung zu Kindern eingehen zu wollen und fühlen sich emotional Kindern am nächsten. Hierzu passen auch die kognitiven Verzerrungen der Täter bei der Wahrnehmung der Deliktsituation. Diese geben häufig an, dass eine Verführung, initiiert von dem Kind, zu den Delikten geführt hätte und vermeiden dadurch die Wahrnehmung der Schuldhaftigkeit eigenen Handelns. Kernpädophile zeichnen sich ferner durch eine besondere emotionale und soziale Unreife sowie durch eine erhöhte Lebenszeitprävalenz von Depression aus. Die überwiegende Zahl von Missbrauchsdelikten an Kindern wird jedoch durch Täter mit nichtexklusiver Sexualpräferenz verübt. Hierzu gehören solche mit einer sekundären Pädophilie, welche nicht selten Kinder aus ihrem unmittelbaren familiären Umfeld im Sinne von Ersatzobjekten zur sexuellen Bedürfnisbefriedigung missbrauchen. Die Täter sind in der Regel nicht an Einvernehmlichkeit interessiert, versuchen diese jedoch gelegentlich durch Manipulation oder Bestechung zu erreichen. Die Taten erfolgen oft impulsiv und gehen mit einer erhöhten Gewaltbereitschaft einher. Diese Täter werden auch als „regressiv“ bezeichnet, da bei ihnen von einer initial vorhandenen Orientierung auf Erwachsene ausgehend eine Umorientierung auf Kinder stattfindet. Eine

besondere Form stellt das Auftreten pädosexueller Handlungen im fortgeschrittenen Alter dar, das im Sinne einer Regression interpretiert wird, jedoch auch im Sinne einer konkreten Disinhibition von sekundärpädophilen Neigungen, die bei circa 20–25% der männlichen Normalbevölkerung auftreten.

Gegenüber beiden Gruppen ist ein eher selten vorkommender soziopathischer Tätertyp abzugrenzen, der im Tathergang erst beim Zufügen von Schmerzen und Qualen seine sexuelle Befriedigung erreicht. Das Risiko einer Entführung oder Tötung ist im Vergleich zu den anderen Tätergruppen sehr hoch. Da über diese Gruppe am wenigsten bekannt ist, fokussiert sich die vorliegende Arbeit vor allem auf die ersten beiden Tätertypen.

Klinische Diagnosekriterien

Eine psychiatrische Einteilung kann derzeit als Paraphilie (DSM IV: 302.2) oder als Störung der Sexualpräferenz (ICD10: F65.4) erfolgen. Gemäß einer krankheitsorientierten Definition müssen hierbei gemäß DSM IV bei Erwachsenen sexuelle Fantasien, dranghafte Bedürfnisse oder Handlungen an präpubertären Kindern über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestehen (Kriterium A) und das Bedürfnis ausgelebt worden sein oder ein deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursacht haben (Kriterium B). Die Subspezifikation sieht weiter vor, das bevorzugte Geschlecht (Jungen, Mädchen oder beide), den Handlungsradius (Beschränkung auf Inzest) sowie die Ausschließlichkeit der Orientierung auf Kinder zu klassifizieren (DSM IV-TR, APA 2000).

Neuronale Grundlagen sexueller Prozesse

Aus der Charakterisierung der Kernpädophilen durch ein stark vermindertes sexuelles Interesse an Erwachsenen ergibt sich ein möglicher Pathomechanismus im Verlauf der Ausbildung der Partnerpräferenz und während der Verarbeitung explizit erotischer Stimuli. Hierdurch kommt der Erforschung der zugrundeliegenden hirnbioologischen Mechanismen im Gesunden eine zentrale Rolle zu.

Befunde bei Menschen: Die Entwicklung non-invasiver Untersuchungsmethoden führte in den letzten Jahren zu einer Vielzahl von funktionellen Befunden durch Studien, die überwiegend die Verarbeitung visueller erotischer Reize anhand funktioneller Kernspintomografie (fMRT) oder Positronenemissionstomografie (PET) untersuchten. Kortikale Regionen eines dadurch definierten Netzwerkes beinhalten unter anderem eine parieto-occipito-temporale Komponente, innerhalb derer vor allem der superiore und inferiore Parietalkortex und der laterale occipitale Komplex beschrieben wurden. Weitere Übereinstimmung der Befunde besteht für Aktivierungen im medialen Präfrontalkortex, dem anterioren cingulären Kortex (ACC) und der Insula. Subkortikale Zielregionen sind vor allem das dorsale und ventrale Striatum, die Amygdala und der Hypothalamus.

Um der Vielfalt der beteiligten Strukturen sowie der Komplexität gerecht zu werden, wurde in der Interpretation dieser Ergebnisse versucht, die oben aufgeführten Regionen einzelnen Komponenten eines multidimensionalen Modells sexueller Erregung zuzuordnen. Dieses Modell wurde ursprünglich von Stoleru et al [5] vorgeschlagen und sieht eine Aufteilung in kognitive, autonome, motivationale und emotionale Komponenten vor. Zur kognitiven Komponente zählen unter anderem die Evaluation eines Stimulus als „sexuell“ sowie anschließende Prozesse gerichteter Aufmerksamkeit auf diesen Stimulus. Als Regionen mit besonderer Bedeutung für Prozesse dieser Komponente wurden vor allem das temporo-occipito-parietale Netzwerk sowie der Orbitofrontalkortex diskutiert. Demgegenüber wurden der autonomen Komponente Aktivierungen vor allem in der anterioren Insula, dem Hypothalamus und dem anterioren cingulären Kortex (ACC) zugeordnet. Dies erfolgte zum einen aufgrund von Korrelationen von Maßen der Hirnaktivität in diesen Regionen mit gleichzeitig gemessener peniler Tumescenz, als auch aufgrund der Lokalisation von Sekretionszentren von Hormonen wie Oxytocin im Hypothalamus, welche unter sexueller Erregung vermehrt ausgeschüttet werden. Für diese Regionen ist ferner

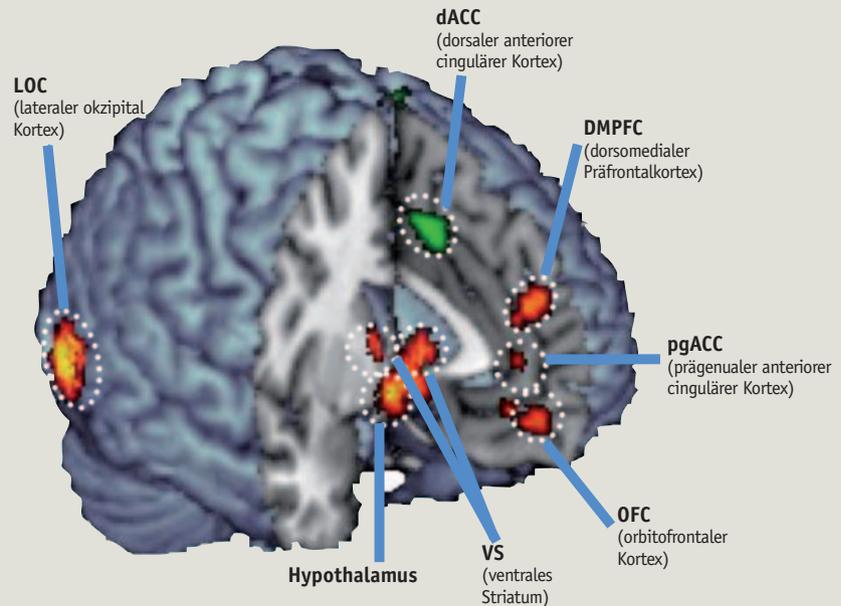
eine Korrelation mit autonom regulierten physiologischen Reizantworten wie verändertem Herzschlag oder Änderung der Hautleitfähigkeit beschrieben worden. Die motivationale Komponente des Modells wurde mit Aktivierungen vor allem im Bereich der Basalganglien in Verbindung gebracht. Aktivierungen im medialen Thalamus wurden im Zusammenhang mit der emotionalen Verarbeitung während sexueller Erregung diskutiert wie etwa der hedonischen Wertigkeit (Valenz).

Konfundierende Effekte größerer emotionaler Intensität oder hedonischer Valenz auf die Aktivierungen einzelner Hirnregionen zu kontrollieren, ist eine wichtige Voraussetzung, um spezifische Effekte darzustellen und Rückschlüsse auf gestörte Funktionen zu ziehen. Die Spezifität der Aktivierungen in einigen der aufgeführten Regionen für die Prozessierung sexueller Stimuli konnte von uns in einer aktuellen Studie [6] gezeigt werden. So stellte sich eine spezifische Modulation der Reizantwort im fMRT durch die subjektive sexuelle Intensität für Aktivierungen im Hypothalamus und dem ventralen Striatum heraus. Aktivierungen im medialen Präfrontalkortex oder im Thalamus hingegen werden auch durch den Grad der allgemeinen emotionalen Valenz beeinflusst. Eine schematische Darstellung der involvierten neuronalen Netzwerke findet sich in Abbildung 1.

Befunde bei Tieren: Die spezifische Beteiligung von Hirnarealen bei Tieren kann aufgrund der Möglichkeit invasiver Methoden mit größerer anatomischer Genauigkeit und mit Blick auf kausale Mechanismen untersucht werden. Anhand von elektrischen Ableitungen, retroviralen Injektionen, der Darstellung von Zellaktivität anhand des Transkriptionsfaktors *c-fos* sowie durch gezieltes Ausschalten einzelner Kerngebiete konnten einzelne Stationen auf eine Beteiligung während des Sexualverhaltens von Tieren getestet werden. Hierbei fand sich vor allem Übereinstimmung für eine Beteiligung einzelner Regionen des Hypothalamus sowie des periaquäduktalen Höhlengraus (PAG). Das PAG konnte als Zielregion aufsteigender Projektionen der peripheren Geschlechtsorgane durch virale Tracer

Schematische Darstellung der involvierten zerebralen Netzwerke

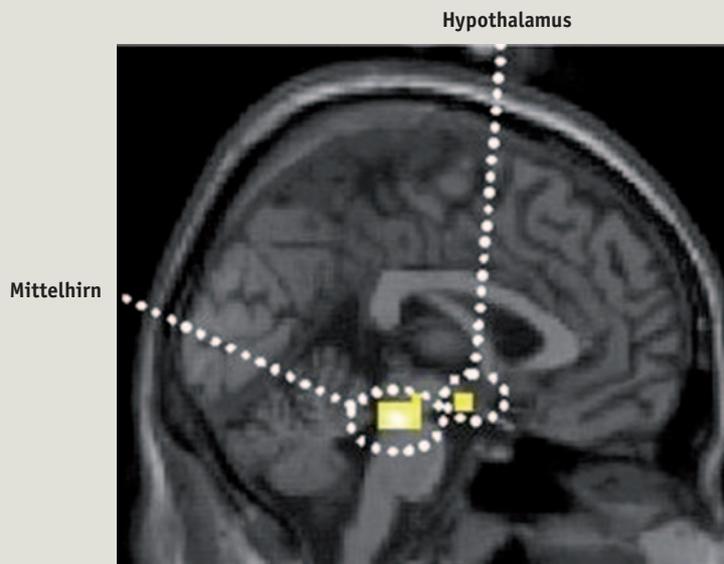
Abbildung 1



(Walter, 2008 [17])

Funktionelle Defizite im Bereich des Hypothalamus und Mittelhirns

Abbildung 2



(verändert nach Walter et al., 2007 [13])

identifiziert werden und zeigt während kopulatorischen Verhaltens eine gesteigerte Aktivität. Es ist zudem direkt mit Regionen des Hypothalamus verbunden, die ebenfalls als essenziell für das Sexualverhalten gelten. Hierzu gehören vor allem die mediale präoptische Region (medial preoptic area, MPOA), der ventromediale Nucleus sowie der paraventriculäre Nucleus (PVN). Experimentelle Läsion der MPOA führte in allen bislang derart untersuchten Spezies zu einem verminderten oder erloschenem Sexualverhalten bei männlichen Tieren, und dieses konnte bei kastrierten Männchen durch Testosteronapplikation in die MPOA restituiert werden. Bei gestörtem Kopulationsverhalten ist jedoch die Erektionsfähigkeit und die sexuelle Motivation grundsätzlich erhalten, sodass einige Autoren eher eine Bedeutung dieser Region für die Partnerwahl als für die sexuelle Motivation sehen. Aufgrund des sexuellen Dimorphismus der MPOA, die bei Männern sowohl größer als auch zellreicher ist als bei Frauen, wird neben der sexuellen Orientierung auch eine Bedeutung für die Bildung einer stabilen Geschlechtsidentität diskutiert. Die MPOA wäre somit die einzige Region, die sowohl durch geschlechtsspezifische Unterschiede als auch durch eine direkte Involvement in das Sexualverhalten charakterisiert ist. Während der Nucleus ventromedialis vor allem im Rahmen der Lordosereaktion bei weiblichen Tieren gefunden wurde, scheint der paraventriculäre Nucleus (PVN) die Oxytocin-vermittelte genitale Reizantwort in Tieren wie auch in Menschen zu initiieren. Direkte Projektionen bestehen sowohl zur MPOA als auch absteigend zum Lumbosakralmark, über die Neurohypophyse gelangt Oxytocin außerdem in die Blutbahn, wenn eine Ausschüttung entweder durch sexuelle oder direkte elektrische Stimulation induziert wird. Jedoch führt auch eine intrathekale Applikation von Oxytocin zur Erektion.

Sexualverhalten und Partnerpräferenz: In einem translationalen Ansatz eines einheitlichen Netzwerkes des Sexualverhaltens von Säugetieren wurde ebenfalls das ventrale Striatum (VS) diskutiert [7]. In Gegenwart von rezeptiven Weibchen steigt in dieser Region die Konzentration

an Dopamin, das seinerseits zu sexueller Erregung und kopulatorischem Verhalten führt. Eine lokale Dopamininjektion induziert kopulatorisches Verhalten, während eine lokale Dopaminblockade dieses hemmt. Allgemein wird ein initialer „sex drive“, der die Motivation zur Kopulation mit irgendeinem Partner generiert, von Mechanismen des Balzverhaltens (courtship attraction) unterschieden, welches sich bereits auf einen spezifischen Partner fokussiert. Hierbei sprechen manche Autoren bereits von einer „romantischen Liebe“ die anschließend in eine speziesabhängige Periode der Partnerbindung (attachment) übergeht. Die spezifische Partnerwahl scheint vor allem durch dopaminerge Mechanismen vermittelt zu werden, die auch eine Umorientierung auf einen anderen Partner experimentell ermöglichen. Eine Vermittlung der Partnerpräferenz konnte in Spezies wie *Microtus ochrogaster* (Präriewühlmaus) durch das dopaminerge System, vor allem im VS nachgewiesen werden. So führte eine lokale Infusion eines Dopaminantagonisten im VS zu einem Verlust einer etablierten Partnerpräferenz. Eine Applikation von Dopamin bewirkt hingegen eine neue Partnerpräferenz auf das zum Zeitpunkt der Applikation in der Nähe befindliche Individuum.

Die enge anatomische Lage sowie zahlreiche Verbindungen von PAG, Hypothalamus und Regionen, die dem VS zugeordnet werden, werden somit auch im Rahmen einer funktionellen Überlappung von primärem Sexualtrieb und der „romantischen Liebe“ angesehen. Aufgrund der engen Verbindung dieser Regionen wird von manchen Autoren die Etablierung und Aufrechterhaltung einer komplexen Partnerbeziehung im Sinne einer romantischen Liebesbeziehung durch sexuelle Verstärkung sowie Intensivierung der sexuellen Beziehung durch eine spezifische Partnerorientierung aufgrund der Interaktion eigenständiger (Hirn-)Systeme mit Konvergenz in striato-hypothalamischen Strukturen vermutet.

Ätiopathogenesemodelle der Pädophilie

Pathogenetische Ansätze liegen derzeit nur in sehr beschränktem Umfang vor.

Neben psychodynamischen Ansätzen, die sowohl Mechanismen der Missbrauchsumkehr als auch des Wiederholungszwanges diskutieren, bestehen Modellvorstellungen einer suchartig progredienten Entwicklung, die aufgrund einer generellen Belohnungsdefizienz in den kindlichen Sexualobjekten einen unüblichen Verstärker sehen. Verhaltenstheoretische Ansätze stellen hingegen die Störung der Ausbildung adäquater „lovemaps“ oder eine Disinhibition in den Vordergrund, wobei für beide Mechanismen klinische und hirnbio-logische Entsprechungen gefunden werden können (s. u.).

Pathophysiologische Erklärungsansätze: Eine ursächliche Bedeutung der in der Abused-Abuser-Theorie hypothetisierten biografischen Häufung von Missbrauchsdelikten in der Kindheit von Pädophilen wird hingegen inzwischen abgelehnt. Vorbefunde zu neurobiologischen Auffälligkeiten sind insofern problematisch, da sie oft nicht zwischen einzelnen Pädophilietypen unterschieden wurden; auch war dies aufgrund der geringen Stichproben meist nicht möglich. Burns et al [15] berichten über einen Patienten, der im Alter von 40 Jahren zunächst mit Antiandrogenen bei Diagnose einer neu auftretenden Pädophilie behandelt wurde, bei dem in der Folge jedoch rechts orbitofrontaler Tumor gefunden wurde. Auch muss für die beiden von Mendez et al. [9] berichteten Patienten mit 61 Jahren und 67 Jahren, die eine Affektion des Temporallappens zeigten, vor allem eine späte Ent-hemmung einer (sekundären) pädophilen Orientierung diskutiert werden. Weitere Befunde einer frontalen Ent-hemmung liefern Hall sowie Flor-Henry et al. [10]. Neurobiologische Unterstützung einer primären Zwangssymptomatik erfolgte hingegen durch den Nachweis einer intrafamiliären Häufung von Paraphilien bei Verwandten von Tourette-Patienten sowie durch das mögliche Ansprechen von pädophilen Patienten auf eine Behandlung mit Fluoxetin.

Eine gestörte hypothalamo-hypophysär-gondale Achse wird vor dem Hintergrund einer gesteigerten Ausschüttung des luteinisierenden Hormons (LH) nach Stimulation des luteinisierenden Hormon-releasing-Hormons (LHRH) sowie



dem Ansprechen auf LHRH-Antagonisten sexuell aggressiven Verhaltens diskutiert. Dressing et al. [11] konnten bei einem einzelnen pädophilen Patienten veränderte Reaktionsmuster in einer fMRT während der Betrachtung von Fotografien von Erwachsenen und Kindern im Hirnstamm sowie orbitofrontal und in den Basalganglien nachweisen. Bei sieben (nicht exklusiven) pädophilen Patienten konnten Cohen et al. [12] mittels PET frontotemporal einen reduzierten Glukosemetabolismus zeigen, jedoch fand sich auch eine phalometrisch nachweisbar erhöhte penile Tumescenz bereits in Ruhe.

In einer aktuellen Studie konnten wir erstmals anhand fMRT eine veränderte Hirnfunktion im Hypothalamus und Hirnstamm zeigen [6]. Kernpädophile zeigten in diesen Regionen, die wir in früheren Studien als spezifisch für sexuelle Prozesse herausarbeiten konnten [13], kernspintomografisch eine verminderte Aktivierung, wenn ihnen erotisches Bildmaterial von Erwachsenen gezeigt wurde (Abb. 2). In einer weiteren eigenen Arbeit konnten Schiltz et al. [14] anhand struktureller MRT-Messungen Verminderungen in der grauen Substanz im Bereich des Hypothalamus, des Nucleus interstitialis striae terminalis sowie der Amygdala und des Septums nachweisen. In beiden Studien fiel auf, dass die funktionellen und strukturellen Defizite mit klinischen Parametern der Schwere der Pathologie korrelierten. Unsere Befunde, die bei Pädophilen mit exklusivem Täterprofil erhoben wurden, sind vereinbar mit einer ausbleibenden sexuellen

Reifung bei Kernpädophilen. Diese fehlende sexuelle Reifung wird durch Dysfunktionen von Regionen hervorgerufen, die für die Verarbeitung sexuell relevanter Reize vor allem für die Sexualprägung während sensibler Phasen wesentlich sind. Der Aspekt einer Hirnreifungsstörung wird auch durch Wiebking et al. [8] betont und auf die emotionale Unreife ausgewertet, er muss jedoch mitunter auf eine Subgruppe beschränkt werden.

Entwicklungsbiologische Erklärungsansätze: Burns et al. [15] beschreiben ausgeprägte Anzeichen pädophilen Verhaltens bei einem 40-jährigen Patienten mit orbitofrontalem Hämangiopericytom rechts, die nach Tumorentfernung verschwanden und sich im Rahmen eines radiologisch gesicherten Rezidivs wieder einstellten. Dieser Befund muss bei einer Manifestation im fortgeschrittenen Erwachsenenalter jedoch auch vor dem Hintergrund einer unspezifischen Hypersexualität diskutiert werden, die sich auch auf postpubertäre Frauen erstreckte. Somit ist der von Burns et al. dargestellte Mechanismus, der aufgrund des zeitlichen Verlaufs über unterschiedliche Stadien der Tumorerkrankung durchaus einen kausalen Zusammenhang nahelegt, eher typisch für die im fortgeschrittenen Alter oder bei zerebralen Neoplasien neu auftretenden Formen. Die Patienten dieser Subgruppe entsprechen hierbei ebenfalls eher dem regressiven Täterprofil, wodurch eine Konvergenz von klinischen und hirnbioologischen Erklärungsansätzen erreicht wird. Die Ätiologie einer sich bereits von der Adoleszenz an weiterent-

wickelnden Form muss dagegen eher in einer Reifestörung von Hirnregionen gesucht werden, die für das Sexualverhalten von besonderer Bedeutung sind wie etwa die „extended“ Amygdala oder der Hypothalamus. Eine gestörte organische Ausreifung in diesen Strukturen wäre dann eher mit einer kombinierten sexuellen wie emotionalen Unreife verbunden wie sie gehäuft bei Kernpädophilen beschrieben wurde. Während sich bei Gesunden in der Pubertät eine Sexualpräferenz zu Erwachsenen hin ausbildet, würde dies bei Pädophilen ausbleiben. Eine Ursache könnte ein vermindertes Ansprechen auf sexuelle Reize wie Pheromone sein, die erst von geschlechtsreifen Individuen in hinreichender Menge abgesondert werden.

Über den eingangs beschriebenen Mechanismus der Ausbildung einer normalen Partnerpräferenz kann somit ein direkter Pathomechanismus im Bereich der incerto-hypothalamischen Strukturen vermutet werden, der bei fehlerhafter Interaktion von basalem Sexualtrieb und Partnerselektion zu einer unzureichenden Orientierung auf Gleichaltrige führt. Lerntheoretisch würde somit eine durch das Belohnungssystem vermittelte Konditionierung auf adulte sexuelle Reize durch deren Ausbleiben nur vermindert stattfinden. Kinder wären dabei als infantile Objekte entweder Reize bei residualer kindlicher Sexualpräferenz oder durch eine Verschiebung auf unnatürliche Belohnungsreize bei einem zugrundeliegenden „Belohnungsdefizienzsyndrom“ Ersatzreize. Dadurch und aus der anatomischen Überlappung von neuronalen Systemen des Sexualverhaltens im Sinne des Sexualtriebes sowie der Partnerselektion im Bereich des ventralen Striatums und des anterioren Cingulum wird auch eine Integration der von Mone et al. [16] vertretenen Hypothese „gestörter Liebeskarten“ in ein pathologisches Modell dieser Form der Pädophilie möglich.

Kernpädophile haben gegenüber Kindern Emotionen, Verhaltensweisen und Kognitionen, die auch in Partnerschaften unter Erwachsenen mit normaler Sexualorientierung bekannt sind (emotionale Abhängigkeit, verzerrte Wahrnehmung). Dies stellt einen wichtigen Aspekt der Gesamtpathologie dar,

und ist vermutlich auf eine gestörte sexuelle Reifung zurückzuführen. Diese wiederum beruht auf defektiver Reagibilität auf adulte Sexualreize. Ein solches neurobiologisches Entwicklungsmodell der Pädophilie mit Krankheitsbeginn in der Adoleszenz wird epidemiologisch durch das bevorzugte Auftreten pädophiler Kopfverletzungen unterstützt, die entsprechend vor Ausbildung einer normalen Sexualpräferenz auf Erwachsene in eine vulnerable Phase fallen würden.

Schlussfolgerung

Es ergibt sich aus den unterschiedlichen möglichen Pathologien sowie aus der unterschiedlichen Charakterisierung der einzelnen Pädophilietypen, dass eine wichtige Unterscheidung einzelner Typen vor allem im Ansprechen der Patienten auf adulte sexuelle Stimuli beruht. Während bei Kernpädophilen vermutlich keine Reifung mit Ausprägung sexueller Interessen an Erwachsenen erfolgt und ein Defizienzsyndrom in sexuellen Kernstrukturen bereits rein morphologisch erkennbar ist, muss bei Sekundärpädophilen mit initial intaktem Sexualverhalten gegenüber Erwachsenen eine andere neurobiologische Pathologie vermutet werden, die unter anderem durch Disinhibition gekennzeichnet ist. Diese Unterscheidung ist für die Behandlung und Prognose der Patienten entscheidend: Während sich die pädophile Symptomatik zum Beispiel bei dem von Burns et al. [15] beschriebenen Patienten nach Entfernung eines Tumors (sowie eines Rezidivs) vollständig zurückbildete, ist bei Patienten mit einer Primärpädophilie nach derzeitigem Kenntnis-

stand von einer lebenslangen Fixierung auszugehen, die ein anderes therapeutisches Konzept erfordert. Um eine klare Trennung dieser Unterformen im Sinne prognostischer und therapeutischer Unterscheidung anhand neurobiologischer Befunde zu ermöglichen, ist die weitere Untersuchung dieser Differenzierung dringend erforderlich. □

LITERATUR

beim Verfasser

Dr. med. Martin Walter

Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
Leipziger Str. 44, 39112 Magdeburg
E-Mail: martin.walter@med.ovgu.de





Für Sie gelesen

Kopf-an-Kopf-Vergleich in der Therapie der Angststörung

In der Behandlung der Generalisierten Angststörung (GAD) gibt es nur wenige direkte Vergleiche zwischen verschiedenen Pharmakotherapien. In einer internationalen Studie testeten Forscher nun zwei Substanzen gegeneinander: das GABA-Analogon Pregabalin und den SSNRI Venlafaxin.

➡ An einer randomisierten, doppelblinden Parallelgruppenstudie nahmen 374 Patienten mit Generalisierter Angststörung (GAD) zwischen 18 Jahren und 65 Jahren teil. Diese erhielten acht Wochen lang entweder Pregabalin (PGB), Venlafaxin-XR (VXR) oder Placebo. Die PGB-Dosis lag bei 300–600 mg/Tag, die VXR-Dosis bei 75–225 mg/Tag. Die Studie fand weltweit an 47 Forschungsstätten in Kanada, Belgien, Frankreich, Irland, Italien, Spanien, Schweden und den Niederlanden statt. Um Veränderungen zu messen, setzten die Forscher

verschiedene Skalen ein, darunter die Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) sowie verschiedene Skalen zur Lebensqualität (QoL). Der HAM-A-Wert sank zwischen Studienstart- und Endpunkt in allen Gruppen: in der Placebogruppe um 11,7 (+0,9) Punkte, in der VXR-Gruppe um 12,0 (+0,9) Punkte und in der PGB-Gruppe um 14,5 (+0,9). Nur Pregabalin zeigte einen statistisch signifikanten Vorteil gegenüber Placebo ($p = 0,028$). An Tag vier und sieben der Behand-

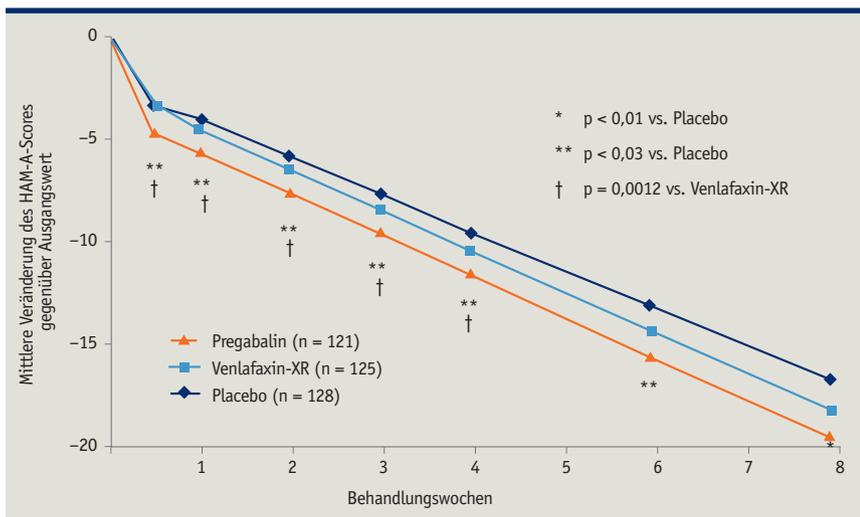
lung zeigte die PGB-Therapie einen signifikanten Vorteil gegenüber VXR und Placebo (Tag 4: PGB: -5,3; VXR: -3,4; Placebo: -2,94) und hatte damit einen schnelleren Wirkeintritt.

Die Behandlung mit PGB oder VXR hatte nur einen mäßigen Einfluss auf die von den Patienten selbst eingeschätzte Lebensqualität; Signifikanz wurde dabei nur zwischenzeitlich erreicht. Die häufigsten Nebenwirkungen unter PGB waren Schwindel, Kopfschmerzen und Übelkeit, unter VXR Übelkeit, Kopfschmerz und Müdigkeit. Insgesamt war der Anteil der berichteten Nebenwirkungen mit 9,1% unter PGB und 7,8% unter Placebo ähnlich, er war im Vergleich zu Placebo jedoch signifikant höher unter VXR (20%, $p = 0,002$).

Fazit: Die Interpretation der Studiendaten wird erschwert durch das relativ hohe Ansprechen auf Placebo. Trotzdem lässt sich festhalten: In der Behandlung der GAD ist Pregabalin sicher, effektiv und früher wirksam als Venlafaxin.

fah

Baldinetti F et al. Efficacy of pregabalin and venlafaxine-XR in generalized anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled 8-week trial. International Clinical Psychopharmacology 2009; 24: 87–96



Charaktereigenschaften und Lebensstil bestimmen Inzidenz der Demenz

Eine hochgradige Neurose soll ein hohes Demenzrisiko bedingen, hingegen soll das Risiko bei einem aktiven, sozial integrierten Lebensstil niedrig sein. Jetzt wurden die separaten und kombinierten Effekte von beiden Faktoren auf das Demenzrisiko untersucht.

➔ Altersforscher beobachteten die geistige Entwicklung von 506 gesunden Senioren (78 Jahre und älter) über sechs Jahre. Die Persönlichkeitsmerkmale wurden von den Senioren selbst bestimmt [nach Eysenck]. Per Fragebogen wurde ermittelt, wie stark und wie schnell die Probanden emotional zu erschüttern waren sowie wie schnell sie auf andere Menschen zugehen konnten. Auch die soziale Vernetzung, die Teilnahme am öffentlichen Leben und die Selbstzufriedenheit wurden bewertet. Den Demenzgrad diagnostizierten Spezialisten nach den DSM- (Diagnostic and Statistical Manual of Men-

tal Disorders)-III-R-Kriterien. 144 Senioren erkrankten im Beobachtungszeitraum an Demenz. Weder eine stärkere Neurose noch eine niedrigere Extraversion allein erhöhten das Demenzrisiko. Senioren, die zurückgezogen lebten, aber zufrieden mit ihrem Dasein waren, hatten ein halb so hohes Risiko (Hazard Ratio = 0,51; 95%-KI = 0,27–0,96), an Demenz zu erkranken als solche ohne Kontakte, die sich aber unglücklich fühlten. Auch kontaktfreudige Ältere hatten einen 50%-igen Demenzschutz gegenüber Senioren mit der Tendenz zum Unglücklichsein. Zusammengefasst kann eine entspannte

Persönlichkeit kombiniert mit einem aktiven, sozialen Leben vor Demenz schützen.

Kommentar: Senioren, die „cool“ durch das Leben gehen und soziale Kontakte pflegen, schützen sich am besten vor der Demenz. Gelingt es, risikoreiche Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen und zu ändern, könnte dies vor Demenz schützen.

K. Malberg

Wang HX et al. Personality and lifestyle in relation to dementia incidence. Neurology 2009; 71: 253–9

Mit Beeren gegen Parkinson

Anthocyanen, den roten und blauen Farbstoffen in bestimmten Obst- und Gemüsesorten, werden zahlreiche Schutzfunktionen für Zellen zugeschrieben. Regensburger Wissenschaftler zeigten jetzt, dass diese Polyphenole auch in der Prävention von Morbus Parkinson eine Rolle spielen könnten.

➔ Dass Anthocyane, rote und blaue Farbstoffe, die häufig in Obst und Gemüse vorkommen, antioxidative, antientzündliche und neuroprotektive Eigenschaften haben, ist durch Studien belegt. Wenig bekannt sind dagegen die Effekte von Anthocyanen auf die Monoaminoxidase (MAO), die Regensburger Wissenschaftler nun in den Fokus ihres Interesses rückten. Ihrer Hypothese nach könnte eine MAO-Inhibition, induziert durch Anthocyane in Beeren, für positive Effekte auf das dopaminerge System und die zerebelläre noradrenerge Übertragung verantwortlich sein. Sie untersuchten insgesamt 25 Beereninhaltsstoffe (u. a. Anthocyanidine, Anthocyanidin-3-Glykoside, Proanthocyanidine und phenolische Metabolite) und bestimmten die Enzymaktivität der MAO-A und MAO-B luminometrisch. Die getesteten Inhaltsstoffe inhibierten die MAO-A- und MAO-B-Aktivität konzentrationsabhängig; dabei zeigten sich zwischen den Substanzgruppen signifikante Unterschiede bezüglich des IC₅₀-Werts (= Konzentration, bei der 50% des Enzyms in sei-

ner Aktivität gehemmt ist). Eine MAO-Hemmung führt zum verlangsamten Abbau verschiedener Neurotransmitter (z. B. Noradrenalin, Dopamin, Serotonin) und einiger Hormone (z. B. Adrenalin).

Zwar waren die Beereninhaltsstoffe nicht so effektiv wie handelsübliche Arzneimittel, doch könnte eine besonders Polyphenolreiche Nahrung (z. B. Heidel- und Holunderbeeren, rote Weintrauben, Rotkohl) neue Möglichkeiten in der Prävention neuronaler Erkrankungen eröffnen.

Für die Übertragung dieser In-vitro-Ergebnisse auf In-vivo-Funktionen sind jedoch weiterführende Studien notwendig, um unter anderem die Bioverfügbarkeit der Anthocyane im Organismus detaillierter aufzuklären. **cm**

Dreiseitel A et al. Berry anthocyanins and their aglycons inhibit monoamine oxidases A and B. Pharmacological Research 2009; 59: 306–11



Foto: stock.xchng_ underdogv



Neurologische Kasuistik

Taubheitsgefühl und Hörminderung in der Schwangerschaft

Anamnese

Eine 35-jährige erstgebärende Krankenschwester bemerkte in ihrer Schwangerschaft eine über Wochen zunehmende Taubheit der linken Zungenhälfte, die sich in den letzten zwei Schwangerschaftswochen auf die linke Gesichtshälfte ausdehnte. Zusätzlich fielen eine Hörminderung und eine Geschmacksstörung links auf. Beim Stehen und Gehen fühlte sich die

frühere Leistungsturnerin unsicher. Kopfschmerzen, Doppelbilder, ein akuter Infekt oder eine chronische Infektionskrankheit werden verneint. Gefäßrisikofaktoren und eine familiäre Belastung für eine zerebrovaskuläre Erkrankung oder eine Multiple Sklerose sind nicht bekannt. Der Schwangerschaftsverlauf (bis zur Arztkonsultation in der 35. Schwangerschaftswoche) war unauffällig.

Befund

Neurologische Untersuchung: taktile Hypästhesie im Trigeminusgebiet (V2 + 3) links, der Kornealreflex jedoch seitengleich auslösbar; Hypogeusie links; Gaumensegel und Zungenmotorik normal; die Blickfolge glatt; keine Doppelbilder; erschöpflicher Endstellnystagmus beim Blick nach links; die Stand- und Gangstabilität normal einschließlich Unterberg'scher Tretversuch; die MER

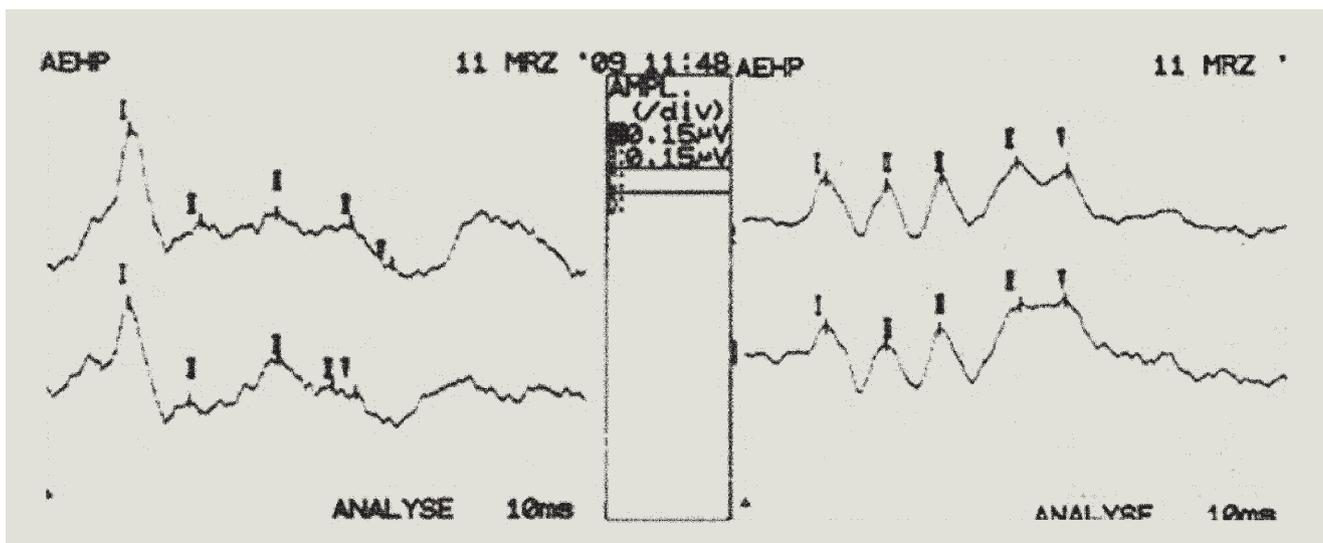


Abbildung 1: AEP-Ableitung mit links deutlich reduzierter Amplitude der Wellen II bis V und Latenzverzögerung I–III.

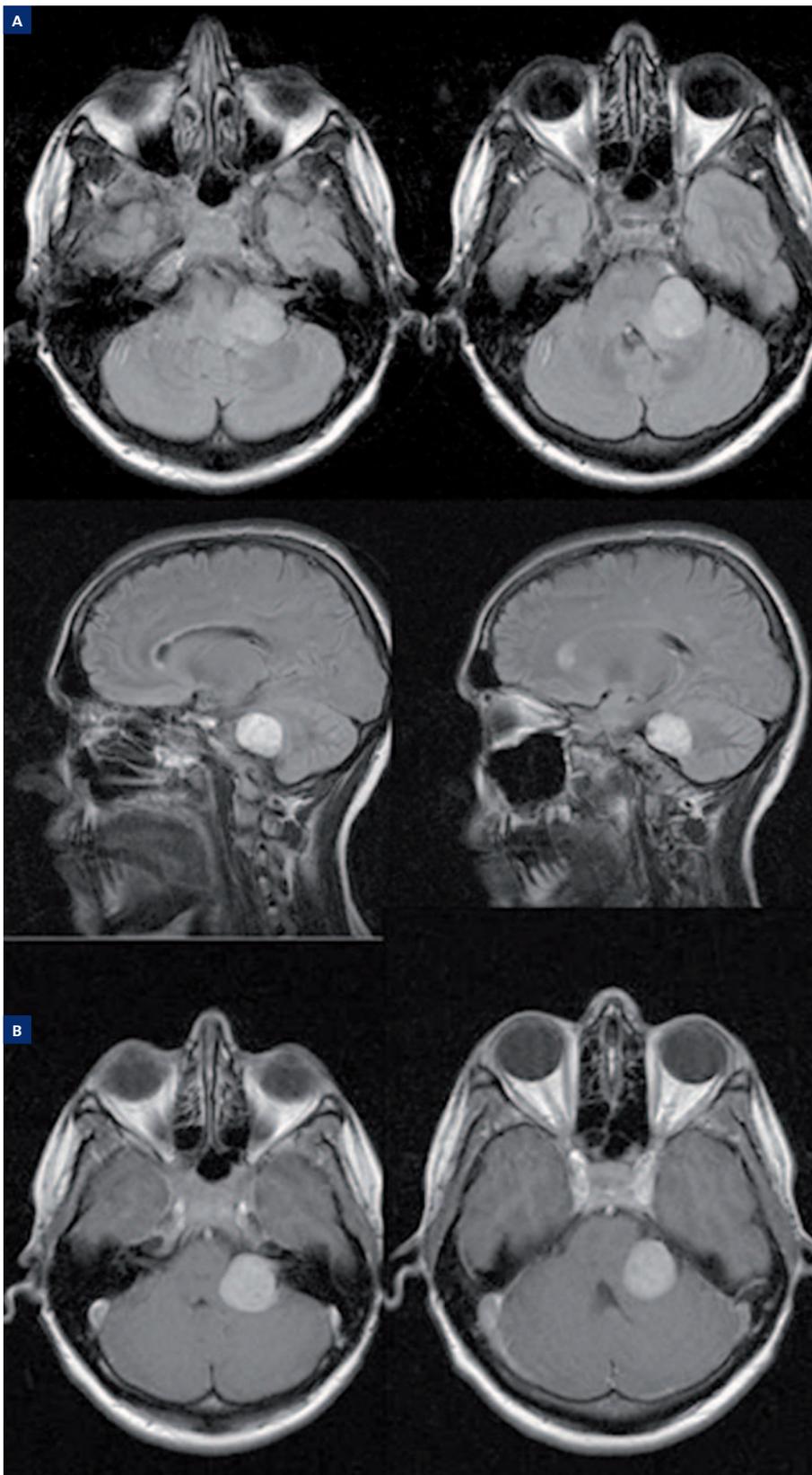


Abbildung 2: linksseitiger Tumor mit leichter Kompression des IV. Ventrikels und homogener Signalerhöhung nach Gadolinium-Gabe vereinbar mit einem Vestibularisschwannom. Oben und Mitte a: FLAIR-Sequenzen; unten b: T1-Sequenzen nach KM

seitengleich normal; keine pathologischen Reflexe auslösbar; keine Parese; keine Atrophien; unauffällige Blasen- und Mastdarmfunktion.

Neurophysiologische Untersuchung: Visuell evozierte Potenziale (P100 rechts 105s, links 105s) beidseits normal; die akustisch evozierten Potenziale (AEP) links mit deutlich verzögerten Latenzen III–V (Abb. 1).

Kernspintomografische Untersuchung des Gehirns: Es findet sich im linken Kleinhirnbrückenwinkel eine große kontrastmittelaufnehmende Raumforderung (Abb. 2). Zusätzlich stellen sich multiple signalreiche subkortikale Marklagerläsionen mit Betonung um die Hinterhörner in den FLAIR- und T2-Sequenzen dar (Abb. 3). Diese weisen keine Signaländerung unter Gadolinium auf; typische Balkenläsionen finden sich nicht.

Diagnose

Vestibularisschwannom links; multiple Marklagerläsionen noch unklarer Ätiologie.

Epikrise

Nach Vorstellung bei den Neurochirurgen und auf der Entbindungsstation wurde mit der Patientin eine engmaschige Überwachung der Schwangerschaft besprochen. Es wurde zudem mit der Patientin eine ergänzende kardiologische Untersuchung mit Duplexsonografie der Halsarterien und Echokardiografie vereinbart und eine Liquoruntersuchung nach der Entbindung geplant.

Zwischenzeitlich erfolgte die Entbindung normal transvaginal. Für die nächsten Monaten ist die operative Tumorbehandlung und gegebenenfalls eine lokale Nachbestrahlung vorgesehen. □

LITERATUR

beim Verfasser

Dr. med. Peter Franz, München

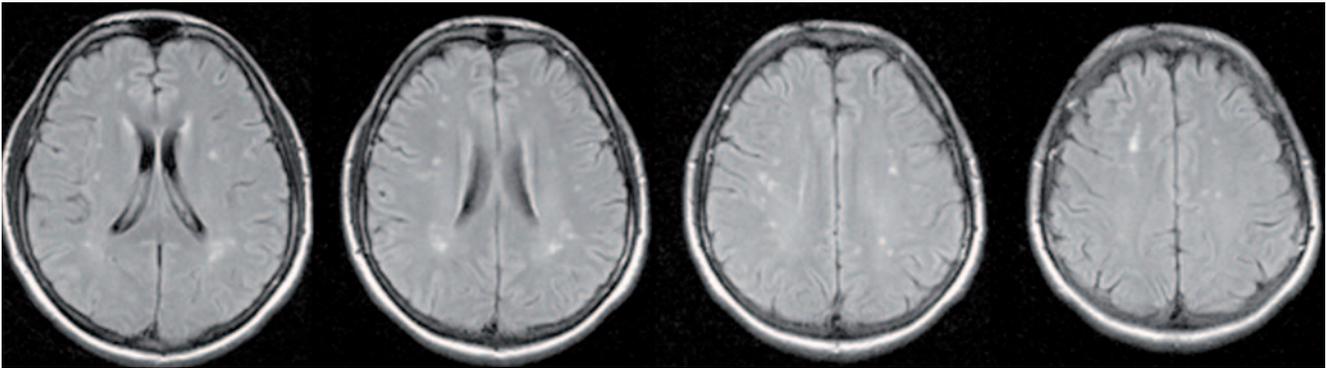


Abbildung 3: multiple subkortikale signalreiche Läsionen in den FLAIR-Sequenzen. Nach Gadolinium keine Signaländerung; kein fokales Ödem, keine Hirndruckzeichen.

Fragen

1. Welche der Aussagen zur radiologischen Untersuchung von Schwangeren ist nicht richtig?

- a) Die sensitivste Phase der Hirnentwicklung gegenüber einer ionisierenden Bestrahlung liegt zwischen der 9. und 25. Woche nach Konzeption.
- b) Beim Einsatz von Röntgenstrahlung treten erst bei einer Äquivalentdosis von über 50 mSv gehäuft Fehlbildungen und geistige Retardierungen auf.
- c) Für eine mutagene Schädigung liegt die Schwellendosis bei über 200 mSv.
- d) Gadoliniumhaltige Kontrastmittel sollten wegen der Plazentagängigkeit und möglicher toxischer Wirkung nur nach strenger Indikationsstellung gegeben werden.
- e) Bei Nierenfunktionsstörung sollte die Indikation sowohl für ein jod- als auch gadoliniumhaltiges Kontrastmittel wegen der erhöhten Gefahr von Nebenwirkungen streng gestellt werden.

2. Welche Aussage ist richtig?

- a) Vestibularisschwannome werden meist zu Beginn der Schwangerschaft symptomatisch.
- b) Im Gegensatz zu Meningeomen findet sich bei den Vestibularisschwannomen ein hormonabhängiges Wachstums.
- c) Eine operative Versorgung sollte immer vor der Entbindung angestrebt werden.
- d) Die Entbindung sollte immer durch eine geplante Sectio erfolgen.
- e) Bei sich rasch verschlechternder Symptomatik (z. B. als Folge einer Tumoreinblutung) muss die Operation auch vor der Entbindung durchgeführt werden.

3. Was gehört zu den Differenzialdiagnosen bei Marklagerläsionen in der Schwangerschaft?

- a) Multiple Sklerose
- b) Reversible posteriore Enzephalopathie
- c) Eklampsie/Prae-Eklampsie
- d) Marklagerläsionen bei Migräne
- e) Alle sind richtig.

4. Bei einer Multiplen Sklerose ...

- a) ... ist das Risiko einer Erstmanifestation der Erkrankung in der Schwangerschaft erhöht.
- b) ... ist das Risiko eines Schubes kurz nach der Entbindung reduziert.
- c) ... ist das Risiko einer Geburtskomplikation erhöht.
- d) ... steigt das Schubrisiko durch das Stillen.
- e) ... ist der langfristige Krankheitsverlauf bei Gebärenden und Nicht-Gebärenden gleich.

5. Welche der folgenden Erkrankungen ist das häufigste Problem in der Schwangerschaft?

- a) Fazialisparese
- b) Okulomotoriusparese
- c) Lumbalgien/Lumboischialgien
- d) Meralgia parästhetica
- e) Migräne

1c, 2e, 3e, 4e, 5c

zu 1: Neurologische Erkrankungen in der Schwangerschaft können häufig nur mithilfe radiologischer Verfahren diagnostiziert werden. Dabei wird seit der Entwicklung der Kernspintomografie auf ionisierende Strahlen wegen der Gefährdung des Feten weitgehend verzichtet. Die schädigenden Folgen einer Strahlenexposition durch Röntgen- oder CT-Verfahren für den Embryo und Feten sind dabei abhängig von der Schwangerschaftsphase. Die empfindlichste Phase ist die Präimplantationsphase bis zum 10. Tag nach der Konzeption. In diesem Zeitraum kann der Embryo bei erhöhter Exposition sogar häufig absterben [Nicklas, 2000]. In der zweiten Schwangerschaftsphase, der Organogenese (10. Tag bis 8. Woche nach Konzeption), kann durch die Strahlung die Organentwicklung gestört werden. Das ZNS reagiert in der Phase der raschen Hirnentwicklung (9. bis 25. Woche nach Konzeption) am empfindlichsten auf eine Strahlenexposition; Entwicklungs- und Verhaltensstörungen mit Intelligenzminderung können die Folge sein [Otake, 1998]. Ab der 26. Schwangerschaftswoche schließlich sind Gehirn und Rückenmark relativ strahlenunempfindlich [Timins, 2002].

Auch in der empfindlichsten Entwicklungsphase zwischen der 8. bis 15. Woche liegt die Schwellendosis, die eine geistige Retardierung bedingen kann, mit 50 mSv ($S_v = \text{Äquivalentdosis}$ in Sievert entsprechend einer Röntgenbestrahlung von 50 mGy) relativ hoch und wird meist nur bei interventionellen radiologischen Eingriffen unter Durchleuchtung in diesem Bereich erreicht. Unabhängig davon weisen jedoch eine Reihe von Untersuchungen ein insgesamt erhöhtes Krebs- und Leukämierisiko auch bei geringer Strahlenbelastung intrauterin nach, da die genetische Strahlenwirkung durch Schädigung des Erbgutes nicht schwellendosisabhängig ist und auch schon bei kleinsten Dosen auftreten kann [Nicklas, 2000]. Liegt der Fetus außerhalb des Strahlungsfeldes wie bei einem Schädel-CT ist die Strahlenexposition als gering einzustufen. So bestimmte Wall [1997] bei 5.000 Patienten in 375 Krankenhäusern als Äquivalentdosen: Schädel-CT circa 2 mSv, Röntgen LWS ap 0,4 mSv, Becken-CT 10 mSv.

In der neurologischen Diagnostik hat in den letzten Jahren die Kernspintomografie – besonders auch bei schwangeren Patientinnen – eine immer größere Bedeutung erlangt. Hatten anfängliche Versuche mit Mäusen eine leicht erhöhte Rate an Geburtsschäden und Totgeburten gezeigt, belegt nun die Erfahrung aus über 20 Jahren die Sicherheit dieser Technik [Heinrichs, 1988; Shellock, 2004]. Der Vorteil der Kernspintomografie liegt dabei nicht nur in der Vermeidung ionisierender Strahlen, sondern auch in der Möglichkeit, mit ultraschnellen Sequenzen Bilder in verschiedenen Schichtebenen aufnehmen zu können. Aus diesem Grund wird es immer häufiger für die Untersuchung des Embryos eingesetzt [Brown, 2004; Siegmann, 2009]. Eine mutagene Schädigung des Feten konnte durch die bisher verwendeten Geräte (bis zu 1,5 Tesla) nicht nachgewiesen werden [Wolff, 1980]. Auch fanden sich in einer kleinen dreijährigen Verlaufsuntersuchung an 20 Kindern keine Hinweise für eine postnatale Entwicklungsstörung [Baker, 1994]. Die durch Änderung des Magnetfeldes induzierten Wirbelströme sind so schwach, dass die Stromdichten, die zum Auslösen eines Kam-

merflimmerns gebraucht werden, nicht erreicht werden [Bernhardt, 1984]. Eine Erwärmung der Mutter oder des Kindes während der Untersuchung ist nicht zu befürchten. Da für die neuen Geräte mit höheren Feldstärken keine ausreichenden Daten vorliegen, sollten diese derzeit bei Schwangeren nur nach sorgfältiger Risikoabwägung und Aufklärung eingesetzt werden.

Kontrastmittel sollten bei Schwangeren sowohl beim CT als auch bei der Kernspintomografie möglichst nicht gegeben werden. Während in der Vergangenheit gerade das paramagnetische Gadolinium bei Patienten mit Nierenfunktionsstörungen unbedenklich eingesetzt wurde, zeigten sich 2006 erste Fälle einer nephrogen systemischen Fibrose (NSF), die mit gadoliniumhaltigen Kontrastmitteln in Verbindung gebracht wurden [Grobner, 2006]. Nach Warnungen der amerikanischen und dänischen Zulassungsbehörden wurde 2007 auch eine Warnung der deutschen Arzneimittelkommission veröffentlicht. Da gadoliniumhaltiges Kontrastmittel plazentagängig ist und so in den fetalen Kreislauf gelangt und von hier über die fetalen Nieren filtriert und in die Amnionflüssigkeit ausgeschieden wird, besteht zudem die Sorge, dass das Mittel dort über lange Zeit persistieren könnte. Auch könnte durch Abspaltung des Chelatanteils das Gadolinium an das ZNS gelangen und dort toxisch wirken [Weinreb, 2008]. Daher wird die Substanz von der amerikanischen FDA auch als ein Pharmazeutikum der Kategorie C eingestuft, das nur nach sorgfältiger Risikoabwägung gegeben werden darf. Diese Einschätzung basiert auf Hinweisen aus Tierversuchen, dass Gadolinium in höheren Dosen – höher als üblicherweise beim Menschen eingesetzt – Aborte und Fehlanlagen hervorrufen kann [Webb, 2005]. Im vorliegenden Fall bekam die Patientin, bei der klinische Hinweise auf eine Niereninsuffizienz fehlten, das Kontrastmittel, um eine mögliche Schrankenstörung der Marklagerläsionen erkennen zu können.

zu 2: Die Inzidenz von Hirntumoren in der Schwangerschaft ist insgesamt niedrig. Die Beratung und Therapieplanung muss sehr individuell erfolgen; es liegen zumeist lediglich Einzelfallberichte oder kleine Serien zu bestimmten Tumoren in der Schwangerschaft vor. Dabei sind immer auch die aktuelle Situation des Kindes und die möglichen Folgen geplanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu berücksichtigen.

Tumoren mit Hormonrezeptoren, wie Meningeome oder Hypophysenadenome, die durch die erhöhten Progesteron- oder Östrogenspiegel zum Wachstum angeregt werden, können in der Schwangerschaft besonders rasch symptomatisch werden [Quaiser, 2007]. Auch für Vestibularisschwannome wurde eine Studie mit einer kleinen Serie von fünf Patientinnen veröffentlicht, die erst in der zweiten Schwangerschaftshälfte symptomatisch wurden; bei einer Patientin kam es in der letzten Phase der Schwangerschaft zu einer deutlichen Befundverschlechterung [Allen, 1974]. Verschlechtert sich der Befund bereits im frühen Stadium der Schwangerschaft, kann die operative Versorgung des Tumors auch unter Fortführung der Schwangerschaft erfolgen [Kachhara, 2001]. In einer allerdings sehr kleinen Serie zeigte sich kein hormonabhängiger Einfluss der Schwangerschaft auf das Wachstumsverhalten des Vestibularisschwannoms [Beatty, 1995]. Wegen des meist langsamen Wachstums

kann in vielen Fällen die Schwangerschaft normal beendet werden, bevor die Tumorthherapie erfolgen muss. Abhängig von der Lage und der Größe des Tumors muss dann auch über die Art der Entbindung entschieden werden. Daten zur Komplikationsrate bei transvaginaler Entbindung versus Sectio-Entbindung liegen nicht vor. Im vorliegenden Fall ohne Liquorzirkulationsstörung und nur leichten neurologischen Symptomen erfolgte eine komplikationslose natürliche Geburt.

zu 3: Das Spektrum zerebrovaskulärer Ereignisse in der Schwangerschaft reicht von venösen Thrombosen als Folge von Änderungen im Gerinnungssystem, über die Prae-Eklampsie/Eklampsie, ischämische Infarkte durch kardiale Embolien, Angiopathie zerebraler Gefäße bis zu Blutungen aus kavernenösen, aneurysmatischen oder arteriovenösen Malformationen. Etwa 12–35% aller ischämischen Infarkte bei jungen Patienten treten in der Schwangerschaft auf [Kittner, 1996]. Dabei sind als schwangerschaftsspezifische Ursachen in erster Linie die Prae-Eklampsie/Eklampsie und die erhöhte Gerinnungsneigung im Spätstadium der Schwangerschaft und der Wochenbettphase bedeutend. Wie neue Untersuchungen zeigen, finden sich mittels Kernspintomografie auch Jahre nach einer Eklampsie doppelt so häufig Marklagerläsionen wie in der Normalbevölkerung [Aukes, 2009]. Pathophysiologisch scheint dabei eine endotheliale Funktionsstörung eine wesentliche Rolle zu spielen [Zunker, 2001]. So finden sich bei Frauen mit Prae-Eklampsie eine verstärkte Reaktion auf vasokonstriktive Mediatoren und ein erhöhter Gefäßtonus, die zum Vasospasmus und damit zur Hypoperfusion führen. Das häufigste Erscheinungsbild der Prae-Eklampsie/Eklampsie ist jedoch ein reversibles Ödem [Zeeman, 2004]. Die kernspintomografischen Veränderungen entsprechen dabei der reversiblen posterioren Enzephalopathie [Hinchey, 1996].

zu 4: Das Risiko der Erstmanifestation einer Multiplen Sklerose (MS) während der Schwangerschaft ist nach einer schwedischen Langzeituntersuchung über 25 Jahre an 100 gebärfähigen signifikant niedriger als in der Zeit nach der Entbindung oder außerhalb der Schwangerschaft [Runmarker, 1995]. Auch zeigte sich der Langzeitverlauf bei Frauen, die Kinder bekamen, im Vergleich zu Nicht-Gebärenden in dieser Studie günstiger; das Risiko, in einen sekundär chronischen Verlauf überzugehen, war bei den Nicht-Gebärenden pro Beobachtungsjahr dreimal höher. Andere Untersuchungen zeigten keinen Unterschied zwischen nicht-gebärenden und gebärenden MS-Patientinnen [Weinshenker, 1989]. In einer Analyse des norwegischen Geburtenregisters, bei der 649 Kinder von MS-Patientinnen mit zwei Millionen Geburten der Normalbevölkerung verglichen wurden, fand sich kein Hinweis auf eine erhöhte Missbildungsrate oder Säuglingssterblichkeit. Jedoch gab es bei MS-Patientinnen mehr eingeleitete Entbindungen, Kaiserschnitte und untergewichtige Neugeborene [Dahl, 2005]. Die Schubrate ist über den Zeitraum eines Jahres bei gebärenden und nicht-gebärenden Patientinnen statistisch gleich. Jedoch zeigte sich in der prospektiven PRIMS-Studie (Pregnancy in Multiple Sclerosis Study) eine 70%ige Reduktion der Schubfrequenz im dritten Schwangerschaftstrimenon [Vukusic, 2006]; ein Effekt, der damit doppelt so hoch ist wie der derzeit zur Verfügung stehenden immunmodulatorischen Standardtherapien. Da aber in den ersten drei Monaten nach der Entbindung die Schubfrequenz steigt,

bleibt die jährliche Schubrate mit oder ohne Schwangerschaft gleich. Das Stillen hatte keinen Einfluss auf das Auftreten eines Schubes nach der Entbindungsphase [Vukusic, 2004].

zu 5: Eine idiopathische Fazialisparese tritt im letzten Trimester der Schwangerschaft mit einer Frequenz von 45 pro 100.000 deutlich häufiger auf als in der Normalbevölkerung (17 pro 100.000) auf [Hilsinger, 1975]. Dabei ist die Erholungsrate bei leicht betroffenen Schwangeren deutlich besser [Gillman, 2002]. Bei kompletter Parese jedoch bildet sich die Lähmung nur bei 50% vollständig oder fast vollständig zurück. Schwangere mit Fazialisparese sollten gut überwacht werden, da ihr Eklampsierisiko höher ist. So war in einer konsekutiven Fallserie über elf Jahre die Inzidenz von Präeklampsie und Schwangerschaftshypertonie bei Frauen mit Fazialisparese in der Schwangerschaft im Vergleich zur Normalbevölkerung fünffach erhöht [Shmorgun, 2002]. Auch das Risiko für eine Sektio, eine Frühgeburt oder ein erniedrigtes Geburtsgewicht war in dieser Gruppe größer.

50–60% der Frauen leiden in der Schwangerschaft unter Rücken- und/oder Beckenschmerzen [Ostgaard, 1991]. Aber nur ein sehr kleiner Teil (1%) entwickelt im Verlauf Symptome einer Radikulopathie. In einer jüngeren Datenanalyse zeigte sich bei diesem Kollektiv, dass Medikamente wegen der Gefahren für den Fetus ungünstig sind und die Akupunktur physikalischen Maßnahmen überlegen ist. Die Autoren werten die insgesamt sehr schlechte Datenlage dabei äußerst kritisch [Pennick, 2007].

Eine Meralgia parästhetica, deren Inzidenz in der Normalbevölkerung nicht bekannt ist, tritt im Rahmen der Schwangerschaft meist nach der Entbindung auf. In einer prospektiven Untersuchung über ein Jahr befragte Wong [2003] 6.048 Frauen. Bei 56 der Frauen konnte bei der klinischen Untersuchung eine Meralgia parästhetica nachgewiesen werden; das ergibt eine Inzidenz von 3,9 pro 100.000 Geburten.

Die Migräne ist trotz der hohen Inzidenz im gebärfähigen Alter nicht das häufigste Problem in der Schwangerschaft. Aber sie kann – vor allem, wenn sie in der Schwangerschaft erstmals auftritt oder sich verschlechtert – zu großen Problemen in der Schwangerschaft führen. Dabei zeigt sich, dass hinter transienten fokalen neurologischen Symptomen in der Schwangerschaft häufig eine Migräne steckt, die sich in den meisten Fällen aufgrund einer typischen Aura-Anamnese bei unauffälligem Befund einschließlich Kernspintomografie auch bei Erstmanifestation sichern lässt [Lieberman, 2008]. Auch wenn Frauen mit Migräne ein ähnlich hohes Risiko für Missbildungen oder Geburtskomplikationen haben wie Frauen ohne, scheint das Eklampsierisiko bei Frauen mit schwerer Migräne erhöht zu sein [Banhid, 2007]. Eine große amerikanische Populationsstudie ergab kürzlich eine Koinzidenz mit einer erhöhten Schlaganfall-, Eklampsie-, Myokardinfarkt-, Lungenembolie- und Hypertonierate [Bushnell, 2009]. Allerdings ist die Qualität dieser auf den ICD-9-Entlassungsdiagnosen basierenden Untersuchung, bei der nicht zwischen den verschiedenen Migräneformen unterschieden und keine Medikamente miterfasst wurden, nicht ausreichend, um einen kausalen Zusammenhang belegen zu können.

LITERATUR
beim Verfasser

Wirkfluktuationen bei M. Parkinson optimal behandeln

➔ Damit die Handhabung der Apomorphin-Pumpe bei der Behandlung von Wirkfluktuationen des Idiopathischen Parkinson Syndroms (IPS) in Zukunft einfacher wird, steht seit Mai 2009 neben dem APO-go® Pen und den Apo-go®-Ampullen auch auf dem deutschen Markt eine Fertigspritze zur Verfügung. Prof. Per Odin, Bremerhaven, bezeichnete die Fertigspritze als bisherigen Endpunkt in der kontinuierlichen technologischen Weiterentwicklung der Apomorphin-Pumpe. „Die Pumpen sind jetzt kleiner, leichter und sicherer, der Tragekomfort ist deutlich verbessert.“ Die APO-go®-Fertigspritze bietet dem Patienten oder der betreuenden Person eine gebrauchsfertig vorverdünnte Lösung, die über einen Adapter direkt in das Pumpensystem überführt wird. Damit entfällt die vormals aufwendige Herstellung der Lösung.

„Erfahrungen aus England“, so Odin weiter, „wo diese Fertigspritzen bereits seit einigen Jahren erfolgreich eingesetzt werden, zeigen eine erhebliche Erleichterung im täglichen Umgang mit der Pumpe, sodass mehr Patienten die Apomorphin-Therapie selbstständig handhaben können.“

Für motorische Komplikationen in der fortgeschrittenen Phase des IPS gibt es verschiedene Behandlungsoptionen. Bei einer noch milden Symptomatik von maximal

fünf Off-Zeiten am Tag kann auf eine Bedarfsmedikation mit dem Apomorphin-Pen zurückgegriffen werden, wie der niedergelassene Neurologe Dr. Gottfried Schwartz, Hamburg, erläuterte. Durch das pharmakokinetisch schnelle Anfluten des Apomorphins könne der Patient innerhalb von fünf bis zehn Minuten seine Beweglichkeit wiederherstellen.

Bei stärkeren Wirkungsschwankungen stehen neben der tiefen Hirnstimulation die Apomorphin- und die Duodopa-Pumpe zur Verfügung. Odin sieht hinsichtlich der Effekte auf Off-Zeiten und Dyskinesien eine ähnliche Wirkung beider Pumpensysteme mit leichten Vorteilen für die Duodopa-Anwendung. Als Nachteile dieser Thera-

pieform wies der Parkinsonexperte auf die größere Invasivität mit möglichen Problemen wie einer Sondendislokation oder Stomaimfektion hin. Bei der Apomorphinpumpe steht dem eine meist leichte subkutane Knotenbildung gegenüber. Diese Nebenwirkung kann man, so Odin, durch einen täglichen Wechsel der Punktionsorte sowie eine strikte Injektionshygiene jedoch meist in den Griff bekommen. **rfr**

Satellitensymposium: Praktisches zur Therapie des fortgeschrittenen Morbus Parkinson, im Rahmen des 7. Deutschen Parkinsonkongresses

Marburg, 5. März 2009

Veranstalter: Cephalon, Martinsried



Foto: Fotolia.com/Otmar Smit

Dank ständig optimierter Behandlungsmethoden auch bei fortgeschrittener Parkinsonerkrankung möglichst mobil bleiben

Frühe MS-Therapie zögert den zweiten Schub hinaus

➔ Glatirameracetat (Copaxone®) ist seit Mitte März 2009 auch für die Behandlung in der Frühphase der MS zugelassen; dies gilt für Patienten mit einem hohen Risiko, eine klinisch gesicherte MS zu entwickeln. Grundlage für die Zulassungserweiterung waren die Ergebnisse der PRECISE-Studie, die gezeigt hatte, dass Glatirameracetat einen zweiten MS-Schub bei Patienten mit klinisch isoliertem Syndrom (CIS) und pathologischem MRT-Befund um ein Jahr hinauszögern kann. Das Risiko, eine klinisch gesicherte MS zu entwickeln, sank unter der Therapie mit Glatirameracetat um 45% verglichen mit Placebo; ferner reduzierte es die Krankheitsaktivität. In der Verumgruppe bildeten sich sowohl neue kontrastmittelanreichernde T1-Läsionen als auch neue T2-Läsionen signifikant seltener als in der Placebogruppe. Untersu-

chungen mittels Magnetresonanztomographie (MRS) zeigten außerdem, dass Glatirameracetat die neuro-axonale Integrität schützen kann.

Glatirameracetat kann nun bei Patienten mit einer klar definierten ersten klinischen MS-Episode und einem hohen Risiko, eine klinisch gesicherte MS zu entwickeln, eingesetzt werden. Nach Worten von Prof. Ralf Gold, Bochum, ist der frühe Therapiebeginn bereits nach dem ersten Schub einer MS entscheidend für den weiteren Krankheitsverlauf. Ohne Behandlung entwickeln 85% der CIS-Patienten mit kernspintomografisch nachweisbaren Läsionen einen zweiten Schub und damit eine klinisch gesicherte MS.

Schon in der Frühphase der Erkrankung nimmt die Degeneration im Gehirn immer stärker zu. Diesen Prozess kann eine immu-

modulatorische Therapie verlangsamen. Studien zeigten, dass die MS-Therapie in der Frühphase besonders wirksam ist und die Schubraten stärker reduzieren kann als bei spätem Behandlungsbeginn. Patienten, die keine Frühtherapie erhalten, können diese Defizite, die sich bereits in den ersten Erkrankungsjahren bemerkbar machen, nicht mehr aufholen und haben auch später stärkere Behinderungen als Patienten, die frühzeitig behandelt werden.

Copaxone® ist seit September 2008 auch für Jugendliche ab dem zwölften Lebensjahr zugelassen. **jn**

Pressekonferenz „Fortschritt in der MS-Therapie – Zulassungserweiterung für Copaxone®“

München, 2. April 2009

Veranstalter: Sanofi-Aventis, Frankfurt

Erfolgreiche Langzeittherapie der Depression mit Escitalopram

➔ Noch immer erhält ein Großteil der depressiven Patienten keine adäquate Therapie, was sich auch in steigenden Rezidivquoten widerspiegelt. Bei vielen Patienten erweist sich nach Worten von Prof. Michael Bauer, Dresden, der Behandlungszeitraum als nicht ausreichend, Medikamente werden vielfach zu früh abgesetzt. Eine Erhaltungstherapie sollte nach Abklingen der Beschwerden mindestens sechs Monate weitergeführt werden, so Bauer. Treten mehrere Episoden innerhalb von fünf Jahren auf, so könne sogar eine lebenslange Behandlung notwendig sein. Die Effek-

tivität einer langfristigen Therapie wird dabei maßgeblich durch das verordnete Arzneimittel und die damit in Verbindung stehende Compliance der Patienten bestimmt. Bewährt haben sich die modernen Antidepressiva wie der selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Escitalopram (Cipralox®), der sich durch eine schnelle Wirksamkeit und gute Verträglichkeit auszeichnet, wie eine Studie im Vergleich zur Leitsubstanz Citalopram belegt. Auch in der Langzeittherapie schneidet Escitalopram gut ab, was eine Vergleichsstudie mit Paroxetin über 24 Wochen zeigt:

Bereits ab Woche zwölf war die Remissionsrate unter Escitalopram signifikant höher, bei Studienende waren 75% der Patienten in Remission im Vergleich zu 66,8% unter Paroxetin. Eine umfangreiche Datenanalyse zeigt darüber hinaus, dass moderne Wirkstoffe wie Escitalopram im Vergleich zu älteren Präparaten konsequenter eingenommen werden [Sheehan D et al., CNS Drugs 2008].

Nach Informationen von Lundbeck, Hamburg

ADHS und komorbide Störungen effektiv behandeln

➔ Eine gute Psychodiagnostik ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche medikamentöse Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Methylphenidat (MPH) ist das Mittel der ersten Wahl bei Kindern ab sechs Jahren. Für die ADHS-Behandlung stehen unterschiedliche MPH-Präparate mit sofortiger und verzögerter Freisetzung zur Verfügung. Sie ermöglichen dem Arzt eine individuelle, auf die persönlichen Bedürfnisse des Patienten zugeschnittene Therapie. Der Vorteil von retardiertem MPH wie Medikinet® retard liegt vor allem darin,

dass seine Wirkung den ganzen Tag anhält und es nicht während der Schulzeit eingenommen werden muss.

Ein praxisrelevantes Problem in der ADHS-Therapie liegt in einer hohen Komorbiditätsrate. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen leiden häufig unter einer Tic-Symptomatik. ADHS, Tics und Stress können sich nach Worten von Dr. Henrik Uebel, Göttingen, gegenseitig beeinflussen. Bei stressanfälligen Kindern mit ADHS können schulische und soziale Misserfolge vermehrt Tics hervorrufen. In solchen Fällen sei es empfehlenswert, primär die

ADHS zu behandeln. Uebel rät, mit MPH einzusteigen und zu beobachten, ob sich unter der Therapie die Tic-Symptomatik verbessert. Wenn die ADHS und die Tic-Störung gleich stark ausgeprägt sind, sei eine Kombination von MPH und Tiaprid zu empfehlen. Man sollte aber nicht beide Therapien gleichzeitig starten, sondern mit einem Medikament beginnen und die Auswirkungen auf die komorbiden Symptome beachten. Vor Therapiebeginn und mindestens einmal pro Jahr nach Dosisanpassung seien Kontrolluntersuchungen (EKG, Nieren- und Leberwerte, Blutdruck, Puls, Körpergröße und -gewicht) erforderlich, betonte der Experte.

Nach den Worten von Prof. Andrea Caby, Oldenburg, sollen Medikamente ein Baustein einer multimodalen Therapie sein. Die ADHS sei zwar nicht heilbar, könne aber heute mit Verhaltenstherapie, psychosozialer Intervention und medikamentöser Therapie ausreichend behandelt werden. **aam**



ADHS plus Tic- und Stresssymptomatik? Bei komorbiden Störungen bedarf es einer multimodalen Therapie.

**ADHS-Praxisworkshop 2009
Hamburg, 14. März 2009
Veranstalter: Medice, Iserlohn**

Anwendungsbeobachtung bestätigt Effekt von Piribedil in der täglichen Praxis

➔ Der non-ergoline Dopaminagonist Piribedil (Clarium®) verbessert die motorische Kernsymptomatik bereits vorbehandelter Parkinsonpatienten signifikant. Das ist das Ergebnis der prospektiven, nicht-interventionellen Beobachtungsstudie PIR-001/K, die Prof. Wolfgang Jost, Wiesbaden, vorstellte. Eingeschlossen in die online durchgeführte Anwendungsbeobachtung waren 202 Patienten. 84 von ihnen erhielten Piribedil als Monotherapie, 118 kombiniert mit L-Dopa, jeweils über drei Monate. 107 Patienten waren bereits mit anderen Dopaminagonisten vorbehandelt und wurden auf Piribedil umgestellt – ein Drittel wegen Unverträglichkeiten, zwei Drittel wegen mangelnder Response.

Unter der Therapie verbesserte sich die motorische Funktion gemessen auf der Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS) um durchschnittlich 8,2 Punkte. 90% der 186 behandelnden Ärzte in 51 deutschen Zentren beurteilten die globale Wirksamkeit, die Verträglichkeit und die Compliance als gut bis sehr gut. Vorbestehende Symptome wie Tagesmüdigkeit (n = 90) und Ödeme (n = 49) verbesserten sich bei mehr als 60% der Patienten. Besonders

Patienten mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit (Epworth Sleepiness Scale ESS \geq 14) profitierten, so Jost. Nebenwirkungen – am häufigsten gastrointestinal und psychiatrisch – waren vergleichbar mit denen anderer Dopaminagonisten. Die mittlere Tagesdosis lag bei Studienende bei 176 mg/Tag.

Damit bestätigte die Anwendungsbeobachtung in der täglichen therapeutischen Praxis die Daten der relevanten Zulassungsstudien zur klinischen Effektivität und Sicherheit: REGAIN (für die Monotherapie) und CONTROL (für die Add-on-Therapie zu L-Dopa) hatten gezeigt, dass Piribedil aufgrund seiner agonistischen D2- und D3-

Rezeptor-Wirkung die motorischen Funktionen signifikant bessert und antidepressiv wirkt. Zusätzlich wirkt sich die Blockade zentraler alpha2-Rezeptoren positiv auf Vigilanz und Kognition aus. Da Piribedil keine Affinität zu 5-HT_{2B}-Rezeptoren besitzt, sind kardiale Fibrosen unter der Therapie nicht zu erwarten. **koc**

Pressegespräch „Piribedil in der deutschen Therapiepraxis“ im Rahmen des 6. Deutschen Parkinson Kongresses

Marburg, 6. März 2009

Veranstalter: Desitin Arzneimittel GmbH, Hamburg



Parkinsonsymptome wie die Tagesmüdigkeit verbessern sich unter einer adäquaten medikamentösen Therapie.

Foto: Fotolia.com/Grisha Georgiev

Bessere Lebensqualität für MS-Patienten

➔ Bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS) sollte die Zeit zwischen dem ersten und zweiten Schub laut Prof. Michael Sailer, Magdeburg, gut genutzt werden. Denn ein früher Therapiebeginn hat das Potenzial, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen. Doch auch unter einer verlaufsmodifizierenden Therapie kommt es bei den meisten Patienten zur Progression. Innerhalb von zwei Jahren erleiden bis zu 75% der Patienten einen weiteren Schub, und jeder Vierte verschlechtert sich auf der EDSS (expanded disability status scale) um mindestens einen Punkt.

Patienten, die trotz einer Interferonbehandlung eine hohe Krankheitsaktivität zeigen, können von dem monoklonalen Antikörper Natalizumab (Tysabri®) profitieren. Natalizumab ist für Patienten mit schubförmig remittierender MS, bei hoher Krankheitsaktivität trotz Behandlung mit Interferon

beta oder bei therapie-naiven Patienten mit rasch fortschreitender MS zugelassen. In Studien zeigte sich in den ersten zwei Jahren unter Natalizumab eine Reduktion der jährlichen Schubrate um 68% im Vergleich zu Placebo. „Einen Erfolg in dieser Größenordnung haben wir bei den Immunmodulatoren bisher nicht gesehen“, sagte Prof. Volker Limmroth, Köln. Direkte Vergleichsstudien fehlen aber.

Natalizumab konnte auch die Progression der Behinderung deutlich bremsen, sodass 87% der Patienten drei Jahre lang progressionsfrei blieben. Auch eine anhaltende Besserung der Behinderung um mindestens einen Punkt im EDSS wurde bei einigen Patienten erreicht. Selbst bei hochaktiver MS zeigten 35,5% eine Besserung, dagegen nur 15,4% der Patienten aus der Placebogruppe. Zusammengefasst belegen die Studienergebnisse, dass 37% der Pati-

enten unter Natalizumab mindestens zwei Jahre lang frei von jeglicher Krankheitsaktivität bleiben, das heißt sie entwickeln weder neue Schübe oder Behinderungen noch sind kernspintomografisch neue Läsionen nachweisbar.

Diese therapeutischen Erfolge schlagen sich auch in der Lebensqualität der Patienten nieder, berichtete Dr. Boris Kallmann, Bamberg. Die Auswertung der SF-36-Fragebögen zeigte, dass die Patienten sowohl in physischer als auch in mentaler Hinsicht signifikant von der Behandlung profitierten. **jn**

Pressegespräch „MS-Experten im Dialog: Optimierung der MS-Therapie – Aktuelles vom DGKN“

München, 26. März 2009

Veranstalter: Biogen Idec GmbH, Ismaning

Hohe begleitende Gesundheitsrisiken bei ADHS-Patienten

➔ „Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leben riskant“, erklärte Dr. Hans-Ulrich Oehler, Kinder- und Jugendpsychiater aus Würzburg. Ihr Unfallrisiko ist erhöht: Etwa die Hälfte aller schweren Unfälle geschehen im Zusammenhang mit ADHS. Auch der Substanzmissbrauch ist häufiger und beginnt früher. Zehn Jahre ist das Einstiegsalter beim Nikotin, bei Nicht-Betroffenen 15 Jahre. Zudem sind sie sexuell früher aktiv, die Partner wechseln häufiger und nicht selten sind Teenager-Schwangerschaften die Folge.

Bei etwa zwei Drittel der Patienten setzen sich die ADHS-Symptome ins Erwachsenenalter fort wie verschiedene Studien demonstrierten. Dabei zeige sich, dass sich die damit verbundenen Risiken und Stö-

rungen auf alle Aspekte des Lebens auswirken, so Oehler. Erwachsene mit ADHS verlieren oder wechseln häufiger den Arbeitsplatz; sie lassen sich häufiger scheiden oder trennen sich von ihren Partnern; sie greifen häufiger zu Alkohol und anderen Drogen; sie werden häufiger in Unfälle verwickelt, straffällig oder versuchen einen Suizid. Bei circa einem Drittel der Betroffenen treten komorbid schwere psychische Krankheiten wie Major Depression oder generalisierte Angststörung auf.

Goldstandard der medikamentösen Therapie im Kinder- und Jugendalter ist Methylphenidat, das neben der Wirkung auf die Kernsymptomatik der ADHS auch einen suchtprotektiven Effekt hat. Retardierte Formulierungen wie Concerta®, das bis zu zwölf Stunden wirksam ist, gelten als com-

pliancefördernd. Nach Worten von Oehler ist das Stimulanz trotz „erdrückender Datenlage“ für erwachsene Patienten noch immer nicht zugelassen und kann nur Off-label eingesetzt werden: „Die Therapie entspricht bei Erwachsenen Evidenzgrad 1b und hat mit 1,81 eine sehr gute Number Needed To Treat.“ Zum Vergleich: Bei Lipidsenkern liegt die NNT zwischen 40 und 50.

koc

Pressegespräch „Besonderheiten einer Risikogruppe: Der jugendliche ADHS-Patient“, anlässlich des 4. ADHS-Gipfels

Hamburg, 6. Februar 2009

Veranstalter: Janssen-Cilag, Neuss

Depression: Cochrane-Review bestätigt Wirksamkeit von Johanniskraut

➔ Johanniskraut hat sich bei mittelschwerer Depression als genauso wirksam erwiesen wie synthetische Antidepressiva. Erst kürzlich trug dem auch der Gesetzgeber Rechnung, indem er zum 1. April 2009 die indikationsgebundene Verschreibungspflicht für Hypericum-Extrakte aussprach. Diese Datenlage stützt nun auch eine aktuelle Metaanalyse der Cochrane Collaboration, die 29 Doppelblindstudien mit knapp 5.500 Patienten heranzog. Verglichen wurde die Wirksamkeit von Hypericum-Extrakten (überwiegend 900 mg

täglich) mit Placebo (18 Studien) und synthetischen Antidepressiva (17 Studien). In den Placebo-kontrollierten Studien lag die Ansprechrate unter Johanniskraut insgesamt signifikant höher als unter Placebo. Im Vergleich mit dem synthetischen Standard (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer beziehungsweise tri- und tetrazyklische Antidepressiva) zeigte sich bei den Responderaten ein statistisch homogenes Bild. In der Verträglichkeit waren die

Hypericum-Extrakte erwartungsgemäß besser: Gegenüber den älteren synthetischen Antidepressiva ließen sich die Therapieabbruchraten unter Johanniskraut um 76 % reduzieren, verglichen mit SSRI um 47%. In einer der größten Studien (388 Patienten) wurde der Johanniskraut-Extrakt STW3-VI (Laif® 900) sowohl gegen Placebo als auch gegen die Leitsubstanz Citalopram getestet [Gastpar M et al., Pharmacopsychiatry 2006]. Beide Wirkstoffe erwiesen sich in der geprüften Dosierung als therapeutisch gleichwertig.

Laut Resümee des Cochrane-Teams um PD Dr. Klaus Linde lässt der aktuelle Cochrane-Review den Schluss zu, dass die in den eingeschlossenen Studien untersuchten Johanniskrautextrakte bei mittelschwerer Depression Placebo überlegen sind, therapeutisch äquivalent zu synthetischen Antidepressiva sind und über eine weitaus bessere Verträglichkeit verfügen.

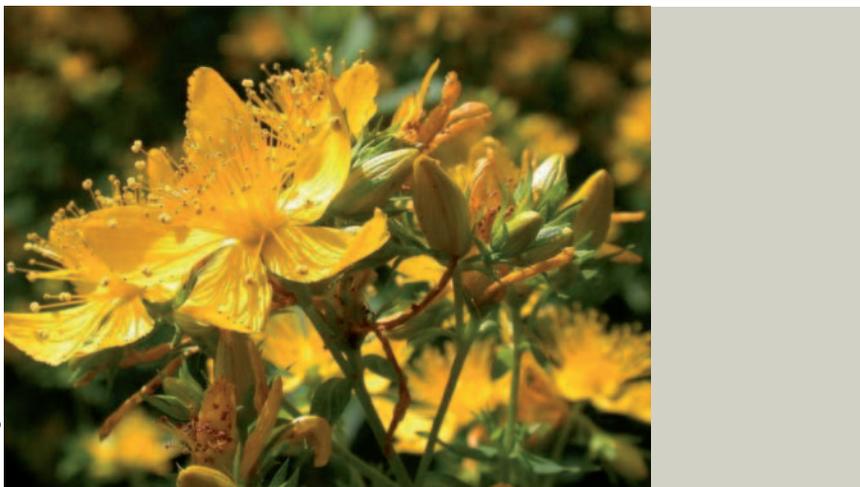


Foto: Steigerwald

Nach Informationen von Steigerwald, Darmstadt

Tolperison reduziert Spastik nach Schlaganfall

➔ Spastische Lähmungen als Folge eines Schlaganfalls sind schmerzhaft und schränken den Alltag der Betroffenen stark ein. Eine Reduktion des pathologisch erhöhten Muskeltonus ist dann das Ziel einer Therapie. Im Rahmen einer achtwöchigen Praxisstudie am Neuro Centrum Odenwald wurde die Wirksamkeit des Muskelrelaxans Tolperison (Viveo®) an 37 Patienten mit neurologisch bedingter Spastik infolge Schlaganfall, Multipler Sklerose und anderen Erkrankungen in Kombination mit einer Bewegungstherapie untersucht. Bei einer Untergruppe von neun Schlaganfallpatienten (zwischen 45 und 82 Jahren) nahm der Ashworth-Score (zur Beurteilung des Muskeltonus) der unteren Extremität in den ersten vier Wochen der Therapie (3 x täglich 150 mg Tolperison) um 0,7 Punkte ab. In den folgenden vier Behandlungswochen

(zusätzliche Bewegungstherapie) verringerte sich der Score um 0,8 Punkte (Abnahme insgesamt um 1,5 Punkte), sodass aus der mittelschweren eine leichte Spastik wurde. Die Muskelkraft blieb durch Tolperison erhalten und wurde mit dem additiven Bewegungstraining sogar gesteigert. Aufgrund seiner guten Verträglichkeit ist Tolperison auch bereits bei gering ausgeprägten spastischen Bewegungsstörungen eine Therapieoption.

Nach Informationen von Orion Pharma, Hamburg

Therapietreue bei MS-Patienten sichern

➔ Eine erfolgreiche Behandlung der Multiplen Sklerose (MS) erfordert eine langfristige Therapietreue der Patienten, mit der es häufig nicht zum Besten steht. Es gibt Hinweise darauf, dass mehr als 50% der MS-Patienten, die mit Interferon beta-1b behandelt werden, die Therapie innerhalb von 24 Monaten abbrechen. Eine hohe Therapieadhärenz wird erreicht, wenn die Betroffenen aus dauerhafter Überzeugung einer mit dem Arzt vereinbarten Behandlung folgen. Dazu müssen Patienten motiviert werden. Dies lässt sich durch ein umfangreiches Betreuungsprogramm wie das BETAPLUS®-Programm fördern. Dabei werden Patienten bei ihrer Behandlung mit Betaferon® (Interferon beta-1b) durch BETAPLUS®-Betreuer unterstützt und geschult. Hilfreich ist auch das innovative Betaferon®-Injektionssystem mit den Injektomaten BETAJECT® Comfort und BETAJECT® Lite, bei denen die Injektion mit der dünnsten bisher verfügbaren Kanüle für Injektomaten durchgeführt wird.

Dass für die Therapietreue aber auch eine Substitution der Medikamente durch Bioequivalents nicht unproblematisch ist, verdeutlichte Prof. Theo Dingermann vom Frankfurter Institut für Pharmazeutische

Biologie. Nach seinen Worten handelt es sich bei solchen Präparaten um formulierte und konfektionierte Präparate, die von Patienten durchaus als unterschiedlich wahrgenommen werden. Dies kann zur Einnahmeverweigerung führen und die Compliance verschlechtern. Laut Rechtsanwalt Jörg Hohmann, Hamburg, sind Ärzte entsprechend der Arzneimittelrichtlinien zwar gehalten, den Arzneimittelpreis zu berücksichtigen, doch bedeute das nicht, dass stets das billigste Präparat verordnet werden muss. Vielmehr können im individuellen Krankheitsfall durchaus auch teurere Medikamente erforderlich sein, wobei die Behandlungsumstände dann aber dokumentiert werden sollten.

Nach Informationen von Bayer, Leverkusen

Jarsin® mit und ohne Rezept

— Bei mittelschwerer Depression ist seit April das jetzt verschreibungspflichtige Präparat Jarsin® RX 300 mg in zwei Packungsgrößen (60 Tabletten, N2 und 100 Tabletten, N3) auf dem Markt. Für die Selbstmedikation stehen weiterhin Jarsin® 300 mg, Jarsin® 450 mg und Jarsin® 750 mg für leichte depressive Episoden zur Verfügung. Hintergrund dieser Sortimentserweiterung ist ein Bundesratsbeschluss, wonach Johanniskrautpräparate mit der Indikation „mittelschwere depressive Episoden“ seit dem 1. April 2009 unter die Verschreibungspflicht fallen.

Nach Informationen der Klosterfrau Healthcare Group, Köln

Trimipramin in neuer Wirkstärke

— Ab sofort bietet Mylan dura das trizyklische Antidepressivum Trimipramin neben trimidura® 100 mg auch als Tablette mit 25 mg Wirkstoff an; trimidura® 25 mg ist in Packungen zu 20, 50 und 100 Filmtabletten erhältlich. Kostenloser Zusatzservice: ein Stimmungstagebuch für Patienten, das als Dialoginstrument zwischen Arzt und Betroffenen dienen kann.

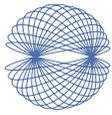
Nach Informationen von Eisai, Frankfurt

CT Arzneimittel fördert Versorgungsforschung

— Die Krankheitsbilder Depression und chronische Rückenschmerzen sind wegen zunehmender Häufigkeit und hoher Behandlungs- und Kostenintensität von großer gesundheitsökonomischer Relevanz. Die Optimierung des Behandlungsablaufs ist daher Gegenstand eines neuen Forschungsprojekts, das auf Initiative von CT Arzneimittel in Kooperation mit der Universität Erlangen-Nürnberg und den Ärztenetzen Mittelbaden und MainArzt durchgeführt wird. Erste Aufgabe des Versorgungsforschungsprojekts ist die gezielte Entwicklung patientenorientierter Praxishilfen, die dazu beitragen, dass die Compliance, Persistenz und Lebensqualität im Versorgungsalltag optimiert werden können.

Nach Informationen von CT Arzneimittel, Berlin

Termine der Fortbildungsakademie		
<p>13.6.2009 in Frankfurt 4.7.2009 in München Neuss (Termin verschoben)</p> <p>8 CME-Punkte</p>	<p>Mutterseelenallein Referenten: PD Dr. S. Krüger, Berlin Dr. G. Eckermann, Kaufbeuren</p>	<p>Fortbildungsakademie c/o Klaus-H. Heinsen, Friedrichstr. 16, 31582 Nienburg, Tel.: 05021 911304, Fax 05021 911305 (Interessenten – sofern nicht als Landesverbandsmitglieder eingeladen – werden gebeten, sich per Fax anzumelden)</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>
<p>19.9.2009 in Frankfurt</p> <p>8 CME-Punkte</p>	<p>Psychopharmakotherapie für Fortgeschrittene Referent: Prof. Dr. J. G. Angheliescu</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>Einladungen werden per Neurotransmitter-Telegramm an alle BVDN-Mitglieder verschickt.</p>
<p>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>Athene (Adresse s. o.)</p>
Weitere Termine		
<p>20.–23.5.2009 in Rostock</p>	<p>6. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Sektionen der Internationalen Liga gegen Epilepsie</p>	<p>Kongresspräsident: Prof. Dr. Rüdiger Köhling, Rostock Kongressorganisation: AKM Congrex Deutschland GmbH Hauptstr. 18, 79576 Weil am Rhein E-Mail: weil@congrex.com www.congrex.de/epilepsie2009</p>
<p>5.–7.6.2009 in Baden-Baden</p>	<p>125. Wanderversammlung Hauptthemen: Multiple Sklerose, Depression</p>	<p>Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Klaus Lieb, Mainz, Prof. Dr. Helmuth Steinmetz, Frankfurt am Main Kongressorganisation: Congrex Deutschland GmbH Hauptstr. 18, 79576 Weil am Rhein E-Mail: weil@congrex.com www.congrex.de/wv2009</p>
<p>17.–20.6.2009 in Berlin</p>	<p>9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) e. V. Thema: Alterspsychiatrie 2009 – Seelische Gesundheit & Menschenwürde</p>	<p>DGGPP e. V. Postfach 1366, 51657 Wiehl Tel. 02262 797683 GS@dggpp.de www.dggpp.de</p>
<p>19.–21.6.2009 in Blankenburg/Harz</p>	<p>14. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für ärztliche Hypnose und autogenes Training (DGÄHAT)</p>	<p>Dr. Wolf-Rainer Krause Harz-Klinikum Wernigerode – Blankenburg Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie E-Mail: tagung@dgaehat.de www.dgaehat.de</p>



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.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, U. Meier
Ambulante Neurologische Rehabilitation: W. Fries
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie: S. Schreckling
CME (Continuing 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: bvdn.bund@t-online.de
Bankverbindung:
 Sparkasse Neuss
 Kto.-Nr.: 800 920 00
 BLZ 305 500 00
BVDN Homepage: <http://www.bvdn.de>
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN



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-psychiater.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 Kassenz ärztlichen 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@nervenarztpraxis-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

Markttallee 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 3755222, Fax: 0381 3755223,
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

Harksheder 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
E-Mail: praxis@wehofmann.de

Dr. Ulrich Hutschenreuter

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

Dr. Friedhelm Jungmann

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

Dr. Josef Kesting

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

Dr. Werner Kissling

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

Dr. Fritz König

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

Dr. Johanna Krause

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

Prof. Dr. Peter Krauseneck

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

Dr. Thomas Krichenbauer

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

Dr. Bernhard Kügelgen

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

Dr. Andreas Link

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

Dr. Wolfhard Lünser

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

Dr. Hans Martens

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

Prof. Dr. Harald Masur

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

Dr. Norbert Mayer-Amberg

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

Dr. Uwe Meier

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

Dr. Norbert Mönter

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

Dr. Klaus-Ulrich Oehler

Wirsbergstr. 10, 97070 Würzburg,
Tel.: 0931 58022, Fax: 0931 571187

Dr. Rolf Peters

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

Dr. Volker Pfaffenrath

Leopoldstr. 59, 80802 München,
Tel.: 089 33-4003, Fax: 089 33-2942

Dr. Sigrid Planz-Kuhlendahl

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

Dr. Christian Raida

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

Prof. Dr. Fritjof Reinhardt

D.-Chr.-Erxleben-Str. 2,
01968 Senftenberg,
Tel.: 03573 752150, Fax: 03573 7074157
E-Mail: ProfReinhardt@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

ANR Ahrweiler, 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. 1, 72213 Altensteig,
Tel.: 07453 93840, Fax: 07453 3852,
E-Mail: hscheiblich@aol.com

Dr. Michael Schwalbe

Annendorfer 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 integrierten Versorgungsstrukturen und anderen Direktverträgen. Athene ist als Wirtschaftsunternehmen eigenständig, verpflichtet sich aber, die Interessen und Ziele der Verbände umzusetzen. Wirtschaftliche Verflechtungen zwischen den Verbänden und Athene bestehen nicht.

Cortex GmbH

Gut Neuhof,
 Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld,
 Tel.: 02151 4546920,
 Fax: 02151 4546925,
 E-Mail: bvdn.bund@t-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 (DGKNK)
Vorsitz: Dr. M. Prosiegel, Fachklinik Heilbrunn, Wörnerweg 30, 83670 Bad Heilbrunn, Tel.: 08046 184116, E-Mail: prosiegel@t-online.de www.dgknk.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. phil. Thomas Nessler E-Mail: sekretariat@dgppn.de www.dgppn.de
Präsident: Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Aachen, RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen, Tel.: 0241 8089633, E-Mail: fschneider@ukaachen.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 9999916, E-Mail: GS@dggpp.de www.dggpp.de

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

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

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

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

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

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, BVDP (s.o.) und der DGPPN 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 Gebühreinzahlung 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