

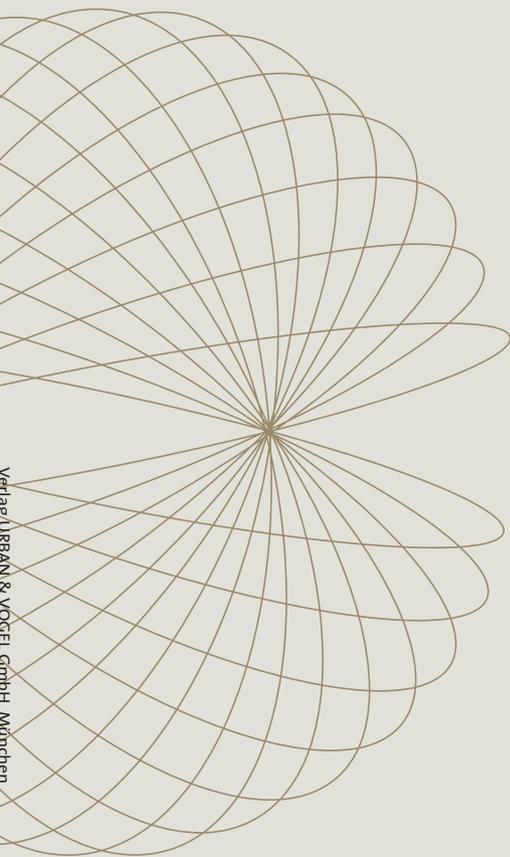
6

Juni 2009 _ 20. Jahrgang

NEUROTRANSMITTER

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

NEUROTRANSMITTER 6/2009



BVDN-Positionspapier
Medizin statt Ideologie!

Schlaganfallprävention
Gelungener Einstieg in den IV-Vertrag

EBM-Abrechnungstipp
Fremdanamnese richtig ansetzen

CME: Schizophrenie
Therapie am Einzelfall orientieren

Verlag J.BARAN & VOGEL GmbH München



BVDN



BDN



BVDP



»Ist denn nun der Widerstand und die von Existenzangst geschürte Wut der Niedergelassenen schon gänzlich verraucht?«

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

Ruhe allerorten?

In überregionalen Zeitungen und Nachrichtensendungen findet sich kaum noch ein Bericht über die bedrohliche Situation der Niedergelassenen, keiner mehr von eindrucksvollen Ärzteprotesten. Dabei hatten doch zu Beginn des Jahres alle Medien an prominenter Stelle so Vieles und so Verständnisvolles über uns verbreitet, wie in den letzten 20 Jahren nicht – und jetzt weitgehendes Schweigen im Blätterwalde! Sicher, da gibt es die eine oder andere Fernseh-Plauderstunde, zu der die „üblichen Verdächtigen“ erscheinen, um vor geladenem Publikum schale Unartigkeiten auszutauschen. Da wird Herrn Hoppes Vorstoß zur Priorisierung in der Medizin publizistisch aufbereitet, jedoch ganz anders als erhofft von der Bundesgesundheitsministerin und anderen wahlkampfaktierenden Politikern unter dem Applaus der Korrespondenten (mag der Grundgedanke auch noch so honorig gewesen sein) in eine Steilvorlage umgemünzt, um der Ärzteschaft wieder mal eine in den Kasten zu pfeffern. Längst sind wohlwollende Kommentare über uns und unsere Proteste von den ersten Seiten verschwunden.

Es gärt weiter

Ja, ist denn nun der Widerstand und die von Existenzangst geschürte Wut der Niedergelassenen schon gänzlich verraucht? Man könnte es meinen, liest man, dass eine bundesweit durch einen Ärzteverband beworbene Protestveranstaltung zu einem beschämenden Flop geriet, weil der Einladung nur ein paar Dutzend Demonstrationswillige folgten. Andere Aufrufe zu Streikmaßnahmen oder Protestmärschen fanden entweder ebenfalls kaum einen, der mitmarschieren wollte, oder, wenn sie denn stattfanden, nur geringen Niederschlag in den bundesweiten Medien.

Aber nein – Ruhe ist keineswegs eingeleitet, vor allem nicht in unseren Fachgruppen, die nach wie vor weit davon entfernt sind, zum Alltag zurückkehren zu wollen. Die saarländischen Kollegen zum Beispiel führten vor einigen Wochen eine regional viel beachtete Aktion durch. Von den Westfalen wurde die Öffentlichkeit wirkungsvoll informiert. In Thüringen übrigens, wo es zuerst so aussah, als könne man sich in Ruhe zurücklehnen und händereibend auf die erste Quartalsabrechnung unter den Regelleistungsvolumina freuen, steht nun auch hef-

tiger Protest auf der Tagesordnung, mussten die Kollegen doch erleben, wie nach einigen Korrekturen durch die KV Gewinne von etwa 30% nach und nach zusammenschmolzen und sich stattdessen Verluste in eben dieser Höhe auf türmten. Dass die unermüdlichen Unterfranken wieder auf der Straße waren, versteht sich schon direkt von selbst.

Gruppen von Kollegen aus Bayern und Schwaben erreichten im Allerheiligsten der Gesundheitspolitik von Staatssekretär Schröder empfangen zu werden. Und als ich an einem Samstag Morgen auf einer der ersten Seiten meiner Regionalzeitung ein ausführliches Interview mit einem Fachkollegen lesen konnte, der ohne Umschweife die derzeitige Misere und besonders auch deren Folgen für die Patienten schildern konnte, wusste ich, dass die Flamme des Widerstandes durchaus noch lodert, und dass sich nach wie vor viele Kollegen, ob Mandatsträger oder nicht, weiter beherzt für unsere Sache einsetzen! Der Kampf geht also weiter.

Trau, schau, wem!

Eines allerdings macht stutzig: Um einige Fachverbände, die sich gleich zu Jahresanfang als erste überhaupt lautstark Gehör verschafft hatten, ist es nun recht still geworden. So wie deren früher und lauter Protest misstrauisch stimmen musste, waren es doch gerade die großen Gewinner der letzten Jahre, die sich da so heftig ins Zeug legten und treuherzig unsere Solidarität einforderten, so weckt ihre jetzige Zurückhaltung erneut Bedenken. Wer weiß denn, ob nicht schon wieder in Verhandlungen fern jeglicher Öffentlichkeit mit KVen, Politikern, und Krankenkassen Winkelzüge ausgeheckt werden, um die in der Vergangenheit ausgebauten Gewinne zu sichern. Diese Ruhe ist trügerisch! Oder gar betrügerisch? Äußerste Wachsamkeit und ein unermüdliches Misstrauen bleiben gefordert!

Ihr



14 Eindeutige Position

Bei der Mitgliederversammlung im Rahmen des Neurologen- und Psychiatertags in Köln machte der BVDN in einem Positionspapier seinen Standpunkt zur ambulanten neurologisch-psychiatrischen Versorgung und seine Forderungen noch einmal unmissverständlich deutlich.

26 Wirksame Prävention

Ein neu abgeschlossener integrierter Versorgungsvertrag leistet ab jetzt einen wichtigen Beitrag zur Schlaganfallprävention. Ein einfaches Analyseverfahren hilft, Patienten mit dem Risikofaktor Vorhofflimmern künftig besser zu erkennen.

31 Richtige Kalkulation

Die Fremdanamnese und das psychiatrische Gespräch seien nicht nebeneinander ansatzfähig meinte eine KV. Dem widerspricht der BVDN und zeigt im EBM-Abrechnungstipp, warum ein Nebeneinander oft sogar geboten ist.

Wichtiger Hinweis!

Auf S. 68 f. finden Sie den Therapie Report Aktuell „Schizophrenietherapie: Paliperidon ER hat sich auch im klinischen Alltag bewährt“. Beigelegt ist der Kongress Report Aktuell „Epilepsitherapie: Erweitertes Behandlungsspektrum dank neuer Therapiemöglichkeiten“.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Titelbild:

Zsuzsi Csiszér: „in grass“

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 Die Messe fängt noch nicht an, wenn das erste Mal geläutet wird ...

10 7. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag Wohin geht die Reise?

14 BVDN-Positionspapier Medizin statt Ideologie

24 Gesundheitspolitische Nachrichten

26 Schlaganfallprävention mit der KKH-Allianz Gelungener Einstieg in den IV-Vertrag

Rund um den Beruf

31 Abrechnungstipp EBM 2009 Fremdanamnese richtig ansetzen

34 Persönliches Budget Rehabilitation gestalten statt bloß beantragen

40 Leserbrief



60 Überzeugende Evidenz?

Welche medikamentöse Behandlung ist bei Patienten mit Schizophrenie die beste? Stets die individuell auf den Betroffenen zugeschnittene! Bei dieser therapeutischen Entscheidung sollte auch der viel diskutierte vermeintliche Gegensatz von Typika und Atypika weiter in den Hintergrund rücken.

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

- 44 Atypische Neuroleptika in der Frühschwangerschaft**
Therapie trotz anderer Umstände
- 49 Therapieleitlinien Schlaganfall**
Akutbehandlung und frühe Sekundärprävention des
ischämischen Hirninfarkts
- 57 Psychiatrische Kasuistik**
- 60 CME: Medikamentöse Therapieoptionen
bei Schizophrenie**
Die Perspektive der evidenzbasierten Medizin
- 65 CME-Fragebogen**



Journal

- 76 Psychopathologie in Kunst und Literatur**
Wenn ein Arzt Amok läuft
- 80 Buch-Tipps**
- 82 NEUROTRANSMITTER-Galerie**
Zsuzsi Csiszér – Mensch und Natur

- 71 Pharmaforum**
- 84 Termine**
- 85 Verbandsservice**
- 91 Impressum**

»Das brachiale Durchsetzen von Partikularinteressen einzelner KVen macht eine Neuausrichtung und Neuordnung der Organisationsform der ärztlichen Selbstverwaltung unumgänglich.«

Dr. med. Frank Bergmann

1. Vorsitzender des BVDNE

Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Foto: Archiv



Die Messe fängt noch nicht an, wenn das erste Mal geläutet wird ...

Intensive berufspolitische Diskussionen sowie die Verabschiedung eines Forderungskataloges an Politik, Kassen und ärztliche Selbstverwaltung waren der Schlusspunkt der Aktionswoche ZNS mit der Delegiertenversammlung und der Mitgliederversammlung im Rahmen des Neurologen- und Psychiatertages am 9. Mai in Köln. Vorstand des BVDN und die Länderdelegiertenversammlung verabschiedeten ein berufspolitisches Positionspapier, das Sie in dieser Ausgabe in ungekürzter Form nachlesen können (S. 14).

Ein vom Vorstand erarbeiteter Forderungskatalog wurde von der Delegiertenversammlung und von der Mitgliederversammlung des BVDN auf dem Neurologen- und Psychiatertag einstimmig angenommen. Zentrale Punkte unserer Forderungen sind der Erhalt der Freiberuflichkeit, der Erhalt der freien Arztwahl und insbesondere eine Veränderung der Vergütungssystematik. Diese soll in Zukunft ermöglichen, dass Neurologen, Nervenärzte und Psychiater an den Finanzströmen, die der Morbi-RSA für neuropsychiatrische Erkrankungen zu den Krankenkassen spült, auch partizipieren können, – und zwar ohne die bisherige Abhängigkeit von den Finanzbedarfen anderer Fachgruppen. Ebenso wie viele andere fachärztliche Gruppen haben wir die Forderung nach einem Kostenerstattungssystem aufgestellt.

Eine Umkehr und eine Neuorientierung in der Gesundheitspolitik forderte die KBV anlässlich der Vertreterversammlung am 18. Mai 2009 in Mainz im Zusammenhang mit dem Deutschen Ärztetag. Die KBV positionierte sich vor allem gegen die ökonomischen Interessen von Kapitalgebern und die Übernahme ganzer Versorgungsbereiche durch

gewinnorientierte Kapitalunternehmen. Zentrale Forderung der KBV ist es, dass die ärztliche Selbstverwaltung ihre Gestaltungsspielräume zurückbekommt. Die zunehmende Einflussnahme des Staates möchte sie dahingehend beschneiden, dass der Staat sich ausschließlich auf die Rahmensetzung zurückziehen muss. Die KBV fordert vor allem, dass der Kollektivvertrag die Basis der Versorgung bleiben muss, der durch Selektivverträge ergänzt werden kann. Die KBV möchte in Zukunft den Versicherten drei Arten von Kollektivtarifen anbieten:

1. Ein Kollektivtarif entsprechend der heutigen Regelversorgung mit freier Arztwahl und Sachleistungsprinzip
2. Einen Kollektivtarif mit Zugang zum Facharzt nur auf Überweisung durch einen frei wählbaren Hausarzt bei Erhalt des Sachleistungsprinzips
3. Alternativ einen Kostenerstattungstarif

Darüber hinaus fordert die KBV eine weitgehende Organisationsreform des KV-Systems mit konsequenter Umsetzung des Subsidiaritätsprinzips mit Ansiedlung der Aufgaben je nach Erfordernis regional oder zentral. Dies bedeutet auch, dass die KV künftig bundesweit gültige Verträge mit bundesweiten Krankenkassen abschließen will, ohne dass dies regionale Partikularinteressen verhindern können. Hinter dieser Forderung verbirgt sich der Wunsch nach einer fundamentalen Umstrukturierung des KV-Systems mit einer vor allem im Hinblick auf die Vertragsabschlüsse stärkeren Kompetenzzuweisung für die Bundesebene. Die Reaktion auf der KBV-Vertreterversammlung ließ nicht lange auf sich warten. Sowohl Bayerns KV-

Chef Munte wie auch der Vorsitzende der KV Niedersachsen Gramsch forderten lautstark den Erhalt der regionalen Kompetenzen.

Unabhängig von unserer Forderung nach Kostenerstattung hat der Vorstand des BVDN hierzu eine klare Position, die auch mit den Vorständen anderer Berufsverbände konsentiert am 17. Mai in einen Beschluss der Mitgliederversammlung der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GfB) einmündete. Die jetzige Uneinigkeit und Kakophonie des KV-Systems ist eine Belastung für die Ärzteschaft. Das brachiale Durchsetzen von Partikularinteressen einzelner KVen – von mangelnder Umsetzung der Beschlüsse auf Bundesebene bis hin zur gezielten Desinformation der Mitglieder – macht eine Neuausrichtung und Neuordnung der Organisationsform der ärztlichen Selbstverwaltung unumgänglich. Eine konsequente Umsetzung des Subsidiaritätsprinzips macht allerdings auch eine Umgestaltung der Strukturen der KBV und eine stärkere Betonung der Aufsichtsratsfunktion der Ärzteschaft erforderlich. Ich bin davon überzeugt, dass die Politik viele Argumente gegen eine Reform des KV-Systems finden wird. Nichts könnte der Ministerin besser ins Konzept passen, als die jetzige Uneinigkeit innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung. Eine Stärkung dieser Struktur dürfte insofern kaum im Interesse des Bundesgesundheitsministeriums liegen. Hier muss deutlich vernehmbarer und solidarischer Druck aus der Ärzteschaft selbst laut werden.

Heißes Thema Priorisierung

Konsequenterweise griff auch Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) und des Deutschen Ärztetages, dieses Thema in seiner Eröffnungs-



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte



BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

rede zum 112. Deutschen Ärztetag in Mainz auf. „Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung – Patientenwohl in Zeiten der Mangelverwaltung“ überschrieb er seine sehr pointierte und engagierte Rede (nachlesbar auf der homepage der BÄK). Delegierte und Gäste der Eröffnungsveranstaltung des diesjährigen Ärztetages dankten Hoppe durch lang anhaltenden Beifall für seine Rede, die immer wieder auch von spontanem Applaus unterbrochen war. „Ich weiß, dass ich mit meinen Ausführungen zur Priorisierung ein Tabu gebrochen habe – und zwar das Tabu, das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik nicht infrage zu stellen. (...) Wir Ärztinnen und Ärzte in Deutschland – um das noch einmal klar zu sagen – wollen keine Rationierung, keine Streichung von medizinischen Leistungen, aber wir wollen auch nicht weiter für den staatlich verordneten Mangel in den Praxen und den Kliniken verantwortlich gemacht werden“. Derart deutliche Worte hatte der als hervorragender Diplomat im Umgang mit der Politik bekannte Präsident der BÄK bislang nicht gefunden. Die Bundesgesundheitsministerin, die ihre Teilnahme am Deutschen Ärztetag kurzfristig unter Verweis auf ihre Teilnahme am Internationalen Gipfeltreffen zur Schweingrippe abgesagt hatte, reagierte prompt und harsch und wie zu erwarten mit globalen Vorwürfen an die Ärzte – ebenso wie ihr Adjutant aus Köln.

Es ist Hoppe ausdrücklich zu danken, dass er die seit Jahren praktizierte heimliche Rationierung zu einem öffentlichen Thema gemacht hat. Die Reaktionen der Politik und die sofortige kollektive öffentliche Empörung waren zu erwarten. Dies muss die Ärzteschaft aushalten. In den nächsten Wochen

und Monaten wird es nun unsere Aufgabe sein, unseren Patienten immer wieder mit guten Argumenten – sachlich und in Kenntnis und unter Berücksichtigung ihrer berechtigten Interessen – zu erklären, warum diese Diskussion wichtig ist und dass sie sehr wohl auch dem zukünftigen Wohl und der Versorgung der Patienten dient. Die Politik will von ihren Fehlern ablenken, bedient jetzt im Wahlkampf ausschließlich die Neiddebatte und möchte der Bevölkerung einreden, dass ausschließlich pekuniäre Interessen der Ärzteschaft Anlass für die Diskussion seien.

Und noch ein Thema hat Hoppe in seiner Eröffnungsrede angesprochen: die dramatische Unterfinanzierung im Bereich der psychiatrischen Versorgung und in der Versorgung Demenzkranker. Es ist schön, dass dieses Thema im Vorstand der BÄK angekommen ist. Noch besser wäre, es gäbe tragfähige Konzepte zur Bewältigung dieser Probleme. Die Krankenkassen bekommen jetzt Geld für die Versorgung von ZNS-Erkrankungen durch den Morbi-RSA. Es wird Zeit, dass dieses Geld vorzugsweise dort ausgegeben wird, wo neurologische und psychiatrische Patienten versorgt werden.

Wir werden weiter vernehmlich läuten und trommeln müssen: Diese Messe ist noch nicht gesungen!

Herzlichst Ihr

P.S. Wofür sich der Vorstand unter anderem in den vergangenen Wochen engagierte, finden Sie nebenstehend als kurzen Auszug aus meinem Terminkalender.

Aus dem Terminkalender des Vorstandes (Auszug)

14. Mai

Erste Verhandlungsrunde in Hamburg mit der Techniker Krankenkasse zur Überarbeitung unseres Rahmenvertrages nach § 140 SGB V.

17. Mai

Mitgliederversammlung der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB), Mainz: u. a. einstimmige Positionierung zu einer stärkeren Strukturierung und subsidiären Aufgabenverteilung innerhalb des KV-Systems.

18. Mai

KBV-VV: Präsentation des Versorgungsebenenmodells und des Fordeungskataloges der KBV an die Politik zur zukünftigen Positionierung des Kollektivvertrages

19. Mai

112. Deutscher Ärztetag: Pointierte Position des BÄK-Präsidenten Prof. Dr. J.-D. Hoppe zur Priorisierung und Rationierung. Die zu erwartende öffentliche Welle der Empörung folgte prompt.

22. Mai

Hintergrundgespräch des GFB-Präsidiums mit Dr. Andreas Köhler, KBV

26. Mai

BVDN-Vorstandsgespräch mit dem stellv. Vorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes J. M. v. Stackelberg und Dr. Partsch, Abteilungsleiter Ambulante Versorgung, zu den Problemen der neuro-psychiatrischen Versorgung.

27. Mai

Gespräch mit Landessozial- und Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann

28. Mai

Vorgespräch in der KBV zu den weiteren Verhandlungen des PIA-Vertrags

2. Juni

Beiratssitzung IV Rheinland (Depressionsvertrag) zum weiteren Roll-Out und Indikationsausweitung auf Psychosen

7. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag, Köln Wohin geht die Reise?



Foto: Isabella Pechlivanis_pixelio.de

Der 7. Deutsche Neurologen- und Psychiatertag am 9. Mai 2009 stand ganz im Zeichen der Positionierung der Verbände im Kampf um angemessene Rahmenbedingungen für die Aufrechterhaltung einer qualifizierten fachärztlichen Versorgung. Kurzfristig geht es dabei um durchgreifende Reparaturarbeiten an einer insgesamt gescheiterten Honorarreform. Als mittel- und langfristige Strategie muss der Standort der Neurologen und Psychiater bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in der nächsten Legislaturperiode bestimmt werden.

Die Situation nach dem Start der Honorarreform wird von den Fachärzten ausgesprochen kritisch bewertet. „Ein völlig überreguliertes System mit lächerlich niedrigen Regelleistungsvolumina aufgrund ungebremster Kannibalisierung durch Vorwegabzüge und gestützte Leistungen“, mit dieser Feststellung haben die Berufsverbände schon in der Einladung zum 7. Neurologen- und Psychiatertag in Köln Flagge gezeigt, der unter dem offiziellen Thema „RLV und DRG: Regelversorgung als ‚Flatrate‘?“ stand.

Seit Beginn des Jahres werden für die Behandlung von Patienten mit schweren neurologischen Erkrankungen zwar mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, doch die Gelder kommen in der ambulanten Versorgung der Menschen nicht an. „Für Patienten mit Schlaganfällen, Parkinson, Demenz oder Multipler Sklerose ist eine intensive und aufwendige Betreuung notwendig“, so Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte (BVDN) in seiner Eröffnungsrede. „Deshalb bekommen die gesetzlichen Krankenkassen seit Beginn des Jahres auch hohe Zuschläge für diese Patienten. Allerdings kommt die Aufstockung der Mittel den betroffenen Menschen nicht zugute. Im Gegenteil: Für die Behand-

lung von Schwerkranken steht in der ambulanten Versorgung immer weniger Geld zur Verfügung. Letztendlich bleiben die Patienten auf der Strecke. Der Arzt hat immer weniger Zeit für den Einzelnen und die Versorgungsmaßnahmen beschränken sich nur noch auf das aller-notwendigste“, kritisiert Bergmann.

Neues IGES-Gutachten zum Vergütungssystem

In den schwierigen Verhandlungen mit den Krankenkassen, aber auch für den Dialog innerhalb der Fachgruppen, ist eine stabile Argumentationsgrundlage unverzichtbar. Daher haben sich die Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP sowie die Fachgesellschaften DGN und DGPPN gemeinsam mit der Kassenzentralen Bundesvereinigung (KBV) auf die Vergabe eines weiteren Gutachtens verständigt, das Gestaltungsoptionen für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der neuro-psychiatrischen Versorgung aufzeigen soll. Das aktuelle Gutachten vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES) in Berlin „Neuro-psychiatrisches Leistungs- und Behandlungsspektrum und Implikationen für das Vergütungssystem“ soll auch Aufschlüsse über die Gestaltung der arztgruppenspezifischen diagnosebezogenen Fallpauschalen ver-

mitteln, die den Fachärzten mit Wirkung ab 1.1.2011 ins Haus stehen.

Im Rahmen des Neurologen- und Psychiatertags stellte Dr. Martin Albrecht, IGES, erste Ergebnisse dieses Gutachtens vor. Der entscheidende Punkt: Es gibt ein deutlich unterschiedliches Diagnose- und Leistungsspektrum der verschiedenen Fachgruppen. Das zeigt sich schon bei der Analyse der derzeit geltenden Pauschalvergütungen. Zu beachten sind auch deutliche Unterschiede beim Leistungsbedarf je Fall in den einzelnen KV-Bereichen. Insgesamt sprechen die Ergebnisse aber gegen eine Pauschalisierung von neuro-psychiatrischen Leistungen.

In einem Impulsreferat nahm anschließend Dr. Carl-Heinz Müller, Vorsitzender der KBV, die Gelegenheit wahr, das Auditorium mit den Vorzügen des Kollektivvertrags und des KV-Systems vertraut zu machen. Dabei war er sich durchaus darüber im Klaren, dass es inzwischen zahlreiche niedergelassene Ärzte quer durch alle Fachgruppen gibt, die in Selektivverträgen nach § 73 c SGB V oder in der Ablösung des Sachleistungssystems durch ein Kostenerstattungsverfahren eine Alternative zum KV-System sehen. Als Vorzüge des Kollektivvertrags hob Müller unter anderem ein übersichtliches Vertragsmanagement für den Arzt

Vor- und Nachteile der Kostenerstattung

Mögliche Vorteile	Mögliche Nachteile
<i>Sicht der Vertragsärzte</i>	
Direkte Vertragsbeziehung Patienten-Arzt	Inkassorisiko
Rechnung wird in Euro und Cent bezahlt	Arzt-Patienten-Beziehung könnte nachteilig verändert werden
Bisherige Mengensteuerung entfällt	Gefahr: Gebührenordnung nach Kassenlage
Entspricht dem freien Beruf	Drastische Fallzahlminderung durch Zugangshürde Erhöhter Abrechnungsaufwand
<i>Sicht der Patienten</i>	
Direkte Vertragsbeziehung Patient-Arzt	Zugangshürde wegen Vorleistung
Eigenverantwortung wird gestärkt	Hoher Transaktionsaufwand
Hohe Transparenz	Arzt-Patienten-Beziehung könnte nachteilig verändert werden Höhere Eigenbeteiligung Gefahr: Patient bleibt auf Kosten sitzen, weil bestimmte Leistungen nicht erstattungsfähig sind
<i>Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung</i>	

durch ein einheitliches Vertragswerk mit einheitlichen Regelungen und Qualitätsvoraussetzungen für alle Krankenkassen sowie die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben durch die ärztliche Selbstverwaltung hervor. Er räumte ein, dass sich das KV-System in den Augen vieler Ärzte als „Mangelverwalter“ darstellt, da die KVen die gesetzliche Aufgabe wahrnehmen müssen, die Regeln der Mengen- und Preissteuerung gegenüber ihren Mitgliedern durchzusetzen.

Selektivverträge und Kostenerstattung – kritisches Für und Wider

Selektivverträge kamen in Müllers Darstellung vergleichsweise schlecht weg. Er warnte vor der Schwächung der ärztlichen Solidarität und der „Zerfaserung“ der Versorgungslandschaft. Die Ärzte müssten mit mehr Bürokratie in den Praxen rechnen, weil sie mit unterschiedlichen Kassen unterschiedliche Verträge verwalten müssten. Selektivverträge haben, so Müller, befristete Laufzeiten ohne Garantien für Anschlussverträge. Die Abhängigkeit von Kassen oder Managementgesellschaften steige.

Selektivverträgen könne Müller jedoch dann Vorteile abgewinnen, wenn sie sich weiterhin auf der Basis des Kollektivvertrages entwickeln und diesen

nicht zerstören. In diesem Fall könnten ihre Vorteile zum Tragen kommen, nämlich bei Versorgungsverbesserungen, bei Suchmodellen, die bei erwiesener Versorgungsverbesserung in die Regelversorgung überführt werden und bei der Erprobung von Innovationen: „Solche Selektivverträge unterstützen wir uneingeschränkt“.

Auch bei der Bewertung des Kostenerstattungsverfahrens plädierte Müller für eine nüchterne Abwägung der Vor- und Nachteile aus der Sicht des Arztes und seiner Patienten (siehe Kasten). Die KBV fordert laut Müller eine klare Wettbewerbsordnung, die das bisherige unkoordinierte und systemwidrige Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen sinnvoll ordnet. Die Kostenerstattung solle gleichberechtigt neben dem Sachleistungssystem auf der Basis der GOÄ eingeführt werden.

Kurzfristige Änderungen bei der Honorarreform, über die zum 1.7.2009 bereits beschlossenen Maßnahmen hinaus, konnte Müller nicht versprechen. Hier gibt es die Absprache, eine grundlegende „Reform der Reform“ zum 1.1.2010 anzustreben. Die KBV setze sich für eine Weiterentwicklung hin zu einer nachvollziehbaren, transparenten, leistungsgerechten und einfachen Vergü-

tungssystematik. Die Pauschalierung soll auf eine das Leistungsspektrum der Vertragsärzte abbildende Einzelleistungsvergütung zurückgeführt werden.

Reparaturen an der Reform und weitere Ziele

In der anschließenden hochkarätig besetzten Podiumsdiskussion waren sich die Teilnehmer (unter anderem Prof. Dr. med. Frank Schneider, Präsident der DGPPN, Prof. Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e. V., BMC, Wolfram-Armin Candidus, Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten DGVP, Dr. Stefan Romberg, FDP, Dr. Carl-Heinz-Müller, KBV, Dr. Martin Albrecht, IGES) in der Kritik an den Auswirkungen der letzten Honorarreform völlig einig. Der Gesundheitsfonds mit einem bundeseinheitlichen Beitragssatz führe zu einer starken Abhängigkeit des Gesundheitswesens von staatlichen Entscheidungen. Die derzeit schon erkennbare „Mangelverwaltung“ werde durch eine Politik nach Kassenlage verschärft. Es wurde betont, dass die höheren Zuweisungen an die Krankenkassen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich auch bei der Finanzierung der neuropsychiatrischen Leistungen ankommen müssen.

Die Auswirkungen der Honorarreform auf dem Felde der Neurologen und Psychiater wurden überwiegend kritisch gesehen. Neben den notwendigen „Reparaturarbeiten“ an einer insgesamt gescheiterten Honorarreform verdienen die Verhandlungen mit den Krankenkassen in der zweiten Phase der Reform besondere Aufmerksamkeit. Dabei gehe es um die Anpassung des Orientierungspunktwertes im Bewertungsmaßstab an die Kalkulationsgrundlagen der letzten Honorarreform und an die angemessene Berücksichtigung der Morbiditätsveränderungen bei der Vereinbarung des Orientierungspunktwertes für 2010. **red**

BVDN-Positionspapier einstimmig verabschiedet Medizin statt Ideologie

Die Mitgliederversammlung im Rahmen des 7. Neurologen- und Psychiatertags am 9.5.2009 hat einstimmig ein Positionspapier zur Strukturierung der ambulanten neurologischen und psychiatrischen Versorgung verabschiedet.

Die sehr gut besuchte Mitgliederversammlung des BVDN im Rahmen des diesjährigen Neurologen- und Psychiatertags stand im Zeichen der Forderungen an das ambulante Gesundheitssystem. Dr. Frank Bergmann hob die Zusammenarbeit der drei Berufsverbände hervor und wies auf die beständige Abstimmung der Aktivitäten und die gegenseitige Vertretung bei Gesprächen mit Politikern und der KBV hin. Dabei sei es unvermeidbar, dass die Interessen von Neurologen und Psychiatern nicht immer synchron durchgesetzt werden können. Die Ex-Budgetierung der psychiatrischen Gesprächsleistungen sei – unabhängig davon wie hoch der Honorargewinn im Einzelnen ausfallen werde – als Signal und als Ausgangspunkt für weitere Verhandlungen ein wichtiger Erfolg. Selbstverständlich habe der Berufsverband die Interessen der Neurologen nicht außer Acht gelassen. So sei die Ex-Budgetierung der Elektrophysiologie-

Leistungen weiterhin eine ständige Forderung des BVDN.

Die vom Gesetzgeber intendierten Verbesserungen bei der Honorierung ärztlicher Leistungen seien nicht immer so umgesetzt worden, wie es ursprünglich geplant war, da das Gesundheitsministerium durch Ausführungsvorgaben manches noch verändert habe. Darüber hinaus gebe es einen Regelungsspielraum auch bei den lokalen KVen, die mitunter eigene Vorstellungen umsetzen und dann auf die KBV verwiesen. Insgesamt war Bergmann erschüttert, in welchem Ausmaß die Ärzte auf allen Ebenen mit Unwahrheiten, Verdrehungen und gegenseitigen Schuldzuweisungen schamlos hintergangen würden. Die RLV-Situation in den KVen sei hierfür nur ein Beispiel.

Die vielfältigen Aktionen vor allem in Bayern, Baden-Württemberg und im Saarland seien erfolgreich gewesen und hätten ein überwiegend positives Echo gefunden. Jetzt nicht nachzulassen sei

wichtig. Noch wichtiger werde es aber sein, auf die Bundestagswahl hinzuwirken und diesbezüglich jede denkbare Einflussmöglichkeit zu nutzen.

Bergmann warnte davor, unkritisch allein auf die Karte der Selektivverträge zu setzen und betonte, dass sich die Strategie des BVDN (möglichst alle Optionen offenhalten und auf alle Entwicklungen vorbereitet sein) bislang ausgezahlt habe. Es werde aber in Zukunft erforderlich sein, sich eindeutig zu positionieren. In diesem Zusammenhang stellte er der Mitgliederversammlung das Positionspapier II des BVDN vor. Nach kurzer Diskussion der einzelnen Punkte wurden die aus dem Positionspapier (Inhalt s.u.) abgeleiteten Forderungen einstimmig bei einer Enthaltung von der Mitgliederversammlung verabschiedet. □

AUTOR

Dr. med. Roland Urban, Berlin

Positionspapier

Problemlage

1. Zunehmender Wettbewerb als Folge des Vertragsarztänderungsgesetzes: Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften sowie Krankenhausambulanzen und MVZ
 2. Auflösung der flächendeckenden wohnortnahen ambulanten haus- und fachärztlichen Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch Wettbewerbselemente ohne eine Wettbewerbsordnung
 3. Drohender Mangel an Vertragsärzten
 4. Demografische Entwicklung: zentrales gesellschaftliches Thema
 5. Gewährleistung der wohnortnahen Versorgung in der Zukunft
 6. Fehlende Berücksichtigung der Besonderheiten der neurologischen und psychiatrischen Versorgung
 7. Nivellierung des Leistungsgeschehens durch RLV, die jegliche Praxisbesonderheit und insbesondere Schwerpunktbildungen weder in der neurologischen noch in der psychiatrischen Versorgung abbilden können
 8. Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen mit ungleichen Bedingungen zur ambulanten vertragsärztlichen Facharztversorgung
- Mit einem Teil dieser Fragen hatte sich bereits das erste Positionspapier des BVDN im November 2008 unter anderem anlässlich der Veröffentlichung des Versorgungsebenenmodells der KBV beschäftigt. Mittlerweile haben die Einführung des Gesundheitsfonds und die Honorarreform vom 1. Januar 2009 für erhebliche Beunruhigung in der Vertragsärzteschaft geführt, unter anderem auch aufgrund der erheblichen regionalen Unterschiede in den Auswirkungen der Reform. Diesem Umstand liegen regionale und historisch begründete Unterschiede in den so genannten Behandlungsbedarfen, aber auch Entscheidungen, die im erweiterten Bewertungsausschuss getroffen wurden, wie beispielsweise die Priorisierung der neuen Bundesländer in der Honorarverteilung zugrunde.

Für die Mehrzahl der neurologischen, psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen war die Bekanntgabe der RLV zum 1. Januar 2009 und erst recht zum zweiten Quartal 2009 ein Schock. Dass einige KVen sich nicht scheuten, trotzdem auch von „Gewinnern“ zu sprechen, weil zum Beispiel ein Teil der Praxen geringfügig höhere Durchschnittswerte erzielen könnten als zuvor, wirkte angezichts der vorher bereits bestehenden und mehrfach von externen Gutachtern gerade auch für den Bereich der neurologischen und psychiatrischen Versorgung dargelegten Unterfinanzierung eher zynisch sowie wenig den Sorgen und Nöten der Kollegenschaft angepasst.

Besonders verheerend stellt sich jetzt die zum Teil von Politik und leider auch einigen KVen verfolgte Strategie der Spaltung nicht nur der Ärzteschaft sondern auch von Gruppen innerhalb einzelner Fachgruppen dar. Norden versus Süden der Republik oder West gegen Ost sind nur Beispiele für die hemmungslose Bedienung der Neid-Debatte. Die aktuelle Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Ex-Budgetierung der psychiatrischen Gesprächsleistungen ist auch ein solches Beispiel. Dieser Beschluss ist im Hinblick auf die Struktur und den grundsätzlichen Erhalt der ambulanten psychiatrischen Versorgung von essenzieller Bedeutung. Ob er – wie beabsichtigt – auch zu einer spürbar besseren Honorierung führen wird bleibt kritisch abzuwarten. Trotzdem fühlten sich schon zum Zeitpunkt der Beschlussfassung die Neurologen benachteiligt und zu kurz gekommen. Eine nicht leichte Hypothek für die Solidarität der Fachgruppe. BVDN, BDN und BVDP stimmen sich in den Strategien und Beschlüssen sehr eng ab, um Spaltungstendenzen von vornherein zu begegnen.

Die Reaktionen der Politik

Die Bundesministerin verteidigt ihre Reform und lässt unbeirrt von Protesten und Praxisschließungen auch in bundesweiten öffentlichen Anzeigen des BMG in der Presse verbreiten, es sei genug Geld im System, um alle Ansprüche zu friedern zu stellen und die Versorgung zu sichern. Demgegenüber nutzen Landespolitiker wie Ministerpräsident Seehofer und Gesundheitsminister Söder in Bay-

ern oder auch Gesundheitsminister Laumann in NRW die Situation für öffentlichkeitswirksame Publicity und fordern einen Systemwechsel und die Abschaffung der KV, wie zum Beispiel Söder in Bayern oder aber weitere Änderungen, wie zum Beispiel die zeitnahe Vereinheitlichung der Behandlungsbedarfe wie jüngst Landesminister Laumann in NRW. Eine Bundesratsinitiative zur erneuten Änderung des § 73b scheiterte im Bundesrat knapp.

Die aktuelle Diskussion in der Ärzteschaft

Sachleistungssystem oder Kostenerstattung? Vertragsärztinnen und -ärzte sind weiter uneinig und zunehmend frustriert über die KVen, denen sie vorwerfen, ihre Interessen nicht angemessen zu vertreten beziehungsweise zu verraten. Die KVen ihrerseits sehen sich zu Unrecht in der Kritik und als Opfer der Politik, setzen sie doch in ihrem Selbstverständnis als Körperschaften Öffentlichen Rechtes „nur“ die Beschlüsse der Legislative um. Versäumnisse und Fehler, die die KVen in den letzten Jahren und Jahrzehnten begangen haben, rächen sich jetzt bitter. Dazu gehört in unserem Bereich insbesondere die jahrelange Ignoranz gegenüber Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern, die als „kleine Fachgruppe“ und deren morbiditätsbedingter wachsender Versorgungsauftrag in keiner Weise adäquat berücksichtigt wurde, schon gar nicht in Zeiten, als Honorar in der KV nach Abstimmungsmehrheiten verteilt wurde!

Die Ärzteschaft hat selbst über lange Zeiträume fachgruppenbezogene Machtpolitik innerhalb der KV betrieben und ist insofern maßgeblich auch an allen Regelungen zur Verteilung des Honorars beteiligt gewesen. Große Fachgruppe = große Macht = viel Geld lautete über viele Jahre die einfache Gleichung.

Viele Kolleginnen und Kollegen trauen jetzt der KV nicht mehr zu, sich aus eigener Kraft zu reformieren und die Interessen der Ärzte, vor allem im Sinne einer gerechten Honorarverteilung, wahrzunehmen.

Den KVen fällt es augenscheinlich schwer, sich aus der Fondsstarre zu lösen. Die KBV hat in einer Sonder-Vollversammlung endlich (!) und längst überfäl-

lig klare Forderungen an die Politik formuliert, die Länder sind noch erkennbar überlastet und zum Teil überfordert mit der Bewältigung der Einführung und Umsetzung der RLV und der Bearbeitung der Flut von Widersprüchen. Redaktionelle Fehler der Reform, Falschberechnungen in den Ländern sowie erkennbare Fortsetzung der Unterfinanzierung lassen nahezu alle Arztgruppen auf die Barrikaden gehen. Die Kassen wiederum versäumen es in der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den KVen ebenfalls, die Geldströme in die morbiditäts- und bedarfsgerechte Versorgung ihrer neuropsychiatrisch erkrankten Versicherten zu lenken.

Essenzielle Probleme der Reform werden schon jetzt deutlich:

- Die ausschließliche Fallzahlsteuerung mit einer Nivellierung des Leistungsgeschehens und damit einhergehender erheblicher Verschiebung von Ressourcen innerhalb der Fachgruppen
- Die Abhängigkeit der RLV vom Umfang der Vorwegabzüge (RLV als „Steinbruch“ für die freien Leistungen innerhalb der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung)
- Fehlende Berücksichtigung der Besonderheiten der neurologischen und psychiatrischen Versorgung
- Nivellierung des Leistungsgeschehens durch RLV, die jegliche Praxisbesonderheiten und insbesondere Schwerpunktbildungen weder in der neurologischen noch in der psychiatrischen Versorgung abbilden können

Nicht nur in der Ärzteschaft hat sich im Zusammenhang mit Wut und Ärger eine Diskussion entwickelt, die jetzt zunehmend die „Systemfrage“ in den Mittelpunkt rückt.

Festhalten am Sachleistungsprinzip oder Kostenerstattung einführen?

Soll also die Eigenverantwortlichkeit des Patienten dadurch zum Ausdruck kommen, dass der Patient unmittelbarer Auftraggeber in der Arzt-Patienten-Beziehung ist – wie eben im Kostenerstattungssystem – oder aber beauftragt der Staat die Sicherstellung und delegiert diese an eine Körperschaft, – wie im derzeitigen Sachleistungsprinzip. Es lassen sich für beide Systeme gute Argumente

anführen. Solange eine aus ärztlicher Sicht angemessene Vergütung im Sachleistungssystem ebenso wie in einem Kostenerstattungssystem erzielt wird, tritt die ideologische Diskussion meist sehr in den Hintergrund. In der aktuellen Situation sehen viele Kolleginnen und Kollegen allerdings die Ursache der aktuellen Unterfinanzierung in der Systemfrage und erwarten eine Verbesserung ihrer Situation durch Einführung eines Kostenerstattungssystems. In diesem Zusammenhang wird auch die Frage nach der Sinnhaftigkeit von Selektivverträgen von vielen Kollegen erneut diskutiert, da sie eine Zersplitterung der Versorgungslandschaft, vor allem aber auch eine Kannibalisierung der Interessen untereinander und damit einhergehend einen Verlust der innerärztlichen Solidarität befürchten. Einigkeit besteht in der Forderung nach Erhalt der Freiberuflichkeit.

Das Problem des Sachleistungssystems ist in Zeiten der Unterfinanzierung und vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung ein Problem des „unendlichen Leistungsversprechens“. Die immer wieder von unterschiedlichen Seiten eingeforderte Definition von „Basisleistungen“ oder Grundleistungen kann aus systemimmanenten Gründen (im Sinne einer medizinischen Operationalisierung) nicht gelingen. Beispiel: Ein EEG kann beim Anfallspatienten eine unverzichtbare Basisleistung sein, in einem anderen Fall „sinnvoll“, bei einem anderen Patienten aber eine medizinisch nicht unbedingt erforderliche Wunschleistung. Darüber hinaus machen Ausmaß der Budgetierung, aber auch in den Jahren entstandene Usancen wie die durchschnittliche Höhe realer oder fiktiver Fachgruppentöpfe und viele andere weitere Einflussgrößen ein kafkaeskes Regelwerk in der Honorarverteilung erforderlich, welches mittlerweile in seiner Umfänglichkeit und in den konkreten Auswirkungen von Regelländerungen auf den einzelnen Vertragsarzt noch nicht einmal von den Funktionären der KVen, vor allem aber nicht mehr von den betroffenen Ärzten nachvollzogen werden kann. 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. Ein solches System ist nicht zukunftsfähig!

Antwort der KBV

Die KBV hatte schon im Frühjahr 2008 „Überlegungen zu einer wettbewerbsorientierten Neustrukturierung der Versorgungsebenen“ vorgelegt. Dies stellte die Antwort der Körperschaft auf die beschriebene Problemsituation und die oben skizzierte Gemengelage dar. Sehr schnell wurde das Modell öffentlich „zerrissen“, unter anderem aufgrund der Tatsache, dass beispielsweise die spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene als eine krankenhausahe Versorgungsebene beschrieben wurde.

Versorgungsebenen

A Primärversorgungsebene

B Wohnortnahe fachärztliche Versorgungsebene

C Spezialisierte fachärztliche krankenhausahe Versorgungsebene

D Stationäre Grund- und Regelversorgung

E Stationäre spezialisierte Versorgung

In diesem Jahr liegt eine Überarbeitung des Versorgungsebenenmodells vor. Eine weitere Differenzierung betrifft „wohnortnahe“ und „hochspezialisierte fachärztliche“ Versorgung, vor allem aber sind die Überlegungen zu alternativen Zugangswegen zum Facharzt neu, entweder mit Überweisung, oder aber – mit besonderem Versicherungstarif – unmittelbar oder als Alternative via Kostenerstattung. Naheliegend, dass die KV sich als Inkasso-Stelle definiert. Es bleibt aber die Frage, ist dieser Weg konsequent genug?

Die Chancen strukturierter Versorgung

Welche Überlegungen können Haus- und Fachärzte aus ihrer medizinischen Kompetenz heraus zu den genannten



FACHKLINIK FURTH IM WALD

Therapiezentrum für Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik

wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen/eine

Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie als Oberarzt/ärztin und Leiter/in der Abteilung Doppeldiagnosen/Psychosomatik bzw. einen/eine Nervenarzt/ärztin mit breiten Kenntnissen des Fachgebietes.

Erfahrungen im stationären Suchtbereich sind von Vorteil, aber nicht Bedingung. Das Tätigkeitsfeld umfasst die medizinische und therapeutische Leitung der Abteilung mit 65 Betten, die psychiatrische Mitversorgung der übrigen Patienten im Bedarfsfall und fachärztliche Rufbereitschaft. Gerne gehen wir auf individuelle Besonderheiten bei der Arbeitszeit- und Arbeitsplatzgestaltung ein. Eine Teilzeitbeschäftigung ist denkbar, auch in Kombination mit ambulanter oder anderer Tätigkeit.

Die Fachklinik Furth im Wald ist zertifiziert nach DIN-ISO und DE-GEMED. Sie hat 243 Therapieplätze mit differenzierten Angeboten für Männer, Frauen, Patienten mit Doppeldiagnosen, Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie psychosomatisch Erkrankte. In indikativen Gruppen werden darüber hinaus spezielle Teilhabestörungen behandelt (z. B. Selbstsicherheitstraining, berufsbezogene Angebote). Die Klinik arbeitet überwiegend nach einem verhaltenstherapeutischen Konzept, in der Abteilung Doppeldiagnosen/Psychosomatik auch psychodynamisch-integrativ. Neben der Psychotherapie haben die psychopharmakologische Behandlung, Ergo-, Sport- und Physiotherapie sowie Sozialarbeit einen hohen Stellenwert. Die Behandlung somatischer Komorbidität wird durch eigene Fachärzte abgedeckt.

Die Klinik liegt in reizvoller landschaftlicher Lage, am Ort bzw. in der nahen Kreisstadt gibt es alle schulischen sowie viele kulturelle Angebote.

Es erwarten Sie:

- » ein unbefristeter Arbeitsvertrag
- » eigenverantwortliche Tätigkeit
- » flexible Arbeitszeiten bei 38,5 Stunden-Woche
- » außertarifliche Bezahlung
- » Unterstützung bei der Fortbildung
- » gute Freizeitmöglichkeiten
- » ein angenehmes Arbeitsklima
- » günstige Lebenshaltungskosten

Für Rückfragen und Auskünfte steht Ihnen der Chefarzt,
Herr Prof. Dr. med. Reinhart Schüppel, Telefon: 09973/502-210,
zur Verfügung. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

**Fachklinik Furth im Wald, Eichertweg 37,
93437 Furth im Wald
Internet: www.fachklinik-furth.de
E-Mail: zentrale@fachklinik-furth.de**

Problemen beisteuern und welche Lösungsmöglichkeiten kann die Ärzteschaft Politik und Selbstverwaltung anbieten? Alle denkbaren Fragen zu Diagnostik und Therapie von Erkrankungen sind nachzulesen in den wissenschaftlichen Leitlinien der wissenschaftlichen Gesellschaften beziehungsweise in den „Versorgungsleitlinien“. Die Frage, an welcher Stelle der Patient in welchem Stadium seiner Erkrankung am besten (und am wirtschaftlichsten!) behandelt werden kann, ist nur durch die Anwendung klinischer Behandlungspfade zu beantworten. Diese bilden das Grundgerüst strukturierter (integrierter) Versorgungsverträge. Aus einer derartigen integrierten Betrachtungsweise ergibt sich beispielsweise auch die Definitionsnotwendigkeit der hausärztlichen Versorgungsebene. Dort werden viele Patienten erstmalig mit ihren Beschwerden identifiziert werden. Ein solches System ermöglicht größtmögliche Flexibilität und eine an der Morbidität orientierte Versorgung. Es beantwortet die Frage nach den Versorgungsebenen morbiditätsbezogen und macht damit eine institutionelle Vorgabe, die sui generis immer starr und im Einzelfall unpassend ist, überflüssig.

Die Implementierung derartiger strukturierter Versorgungsprogramme erfordert unter anderem eine bessere regionale Vernetzung der Leistungserbringer. Dies ist in vielen Regionen bislang suboptimal verwirklicht. Der BVDN hat in Kooperation mit den Psychiater- und Neurologenverbänden (BVDP, BDN) Modelle für die Implementierung regionaler Versorgungsnetze entwickelt. Es wurde eine Genossenschaft (Brain-Konzept) als Dachorganisation regionaler neurologisch-psychiatrischer Versorgungsnetze gegründet. Die Genossenschaft hält Logistik und know how für Gründung und Administration regionaler Netze vor und ist beispielsweise behilflich bei der Implementierung von Satzungen, der Organisationsstruktur etc. Markenzeichen: ZNS (= Zentren für Neurologie und seelische Gesundheit).

Die Vertragswerkstatt der KBV hat mit BVDN, BDN und BVDP einen richtungweisenden 73c-Vertrag entwickelt. Er beinhaltet die Schnittstelle zu den Hausärzten, beispielsweise zu einem 73b-Vertrag, sowie zur stationären Versorgungsebene.

Ein „dritter“ Weg als möglicher Kompromiss

Unabhängig von der „Systemfrage“ stellen sich die Vorteile strukturierter Versorgung aus medizinischen (und ökonomischen!) Gründen dar. Aber nicht jeder Patient kommt für ein solches Therapieprogramm infrage und – häufig genug vergessen in der Diskussion – nicht jeder Patient möchte an einem konfektionierten Therapieprogramm teilnehmen. Die Teilnahme an strukturierten Versorgungsverträgen muss freiwillig sein. Darüber hinaus müssen Verträge unbürokratisch zu bedienen, flächendeckend und indikationsübergreifend wirksam sein, um nicht zu weiterer bürokratischer Belastung zu führen. Diagnostik und Therapie von Patienten ist unsere Kernaufgabe, nicht die Administration von Aufgaben, die eigentlich zu den Kostenträgern gehören. Zu strukturierten Versorgungsverträgen muss es eine für Patienten und Ärzte einfache Alternative geben. Dies ist die Kostenerstattung, die im übrigen auch das Problem der „Grund- oder Wahlleistungen“ löst. Der Versi-

Forderungen des BVDN

Der BVDN fordert die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung, KBV, Krankenkassen sowie die politischen Parteien in Deutschland auf, folgende Maßnahmen zum Erhalt einer hochwertigen ambulanten neurologischen und psychiatrischen Versorgung (und ihrer Finanzierung) zu ergreifen:

- Erhalt und Bekenntnis zur Freiberuflichkeit
- Erhalt der freien Arztwahl
- Verlagerung des Morbiditätsrisiko zu den Krankenkassen
- Abbau von Bürokratie, zum Beispiel in der Honorarabrechnung
- Die kollektivvertragliche neurologische und psychiatrische Versorgung – sofern sie nicht in einem 73c-Vertrag dargestellt wird – muss eine solide und von anderen fachärztlichen Gruppierungen unabhängige betriebswirtschaftlich errechnete Finanzierung erfahren.
Die kollektivvertragliche Versorgung soll sich für die Versorgung von neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen mit hoher epidemiologischer Bedeutung (Morbi-RSA) an den Prinzipien indikationsübergreifender strukturierter Versorgung orientieren. Dabei sollen die Morbidität des Patienten und der klinische Behandlungspfad steuernde Funktionen sein und nicht institutionsbezogene oder versorgungsebenenbezogene Definitionen. Alternativ kann die Versorgung durch bundesweite kasseneinheitliche Strukturverträge nach § 73c dargestellt werden, wenn das Prinzip der flächendeckenden Sicherstellung durch Vertragsärzte dabei gewahrt bleibt.
- Unabhängig vom Kollektivvertrag oder gegebenenfalls von strukturierter Versorgung nach § 73c wird Kostenerstattung eingeführt. Ein Kostenerstattungssystem ist unmittelbar, transparent und nicht anfällig für Manipulation. Eine Abtretungsregelung für sozial Schwache, gegebenenfalls in Verbindung mit staatfinanzierten Zuschüssen muss gewährleisten, dass Arztbesuche nicht von den individuellen finanziellen Möglichkeiten des Versicherten abhängig werden können.

cherungsumfang würde die Höhe der Erstattungsfähigkeit von medizinischen Leistungen definieren. Nicht nur für Vertragsärzte, sondern auch für Patienten, aber auch für zukünftige Regierungen kann die Umstellung vom jetzigen Sachleistungssystem im Kollektivvertrag auf eine Kombination von strukturierter Versorgung in zum Beispiel „Morbi-RSA-relevanten“ Indikationen (nach Sachleistungsprinzip) und einem Kostenerstattungssystem attraktiv sein. Patienten profitieren entweder von der Nutzung der Behandlungspfade in strukturierten Versorgungsprogrammen oder von der freien Arztwahl.

Die Politik könnte Vorteile im Hinblick auf die Entwicklung der Beiträge zur GKV sehen, die sich durch Differenzierung und Abdeckung unterschied-

licher Risiken und Leistungsbereiche nicht „automatisch“ kontinuierlich nach oben entwickeln müssten. Die Entwicklung der Lohnnebenkosten wird auch in den kommenden Jahren einen wesentlichen Faktor in der Wettbewerbsfähigkeit der Industrienationen darstellen.

Die Krankenkassen ihrerseits können in einem derart differenziert ausgestalteten Versorgungssystem in hohem Masse individualisiert und marktbezogen flexible Tarife anbieten. □

AUTOR

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

INSTITUT FÜR GESUNDHEITS-SYSTEM-FORSCHUNG

Klare Regeln für Zuzahlungen gefordert

➔ Der Leiter des Kieler Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), Prof. Dr. Fritz Beske, forderte eine Neuregelung der Zuzahlungen in der GKV. Beske setzt sich für eine neue Systematik im GKV-Leistungskatalog ein, der in Grund- und Zusatz-

versorgung mit transparenten Festbeträgen und Festzuschüssen gegliedert werden soll. Die Versicherten sollen stärker in die Kostensteuerung des Gesundheitswesens einbezogen werden. Im Einzelnen fordert Beske:

- Abschaffung der Praxisgebühr: Erst ab dem vierten Arztbesuch im Quartal soll bei jedem Arztbesuch eine Gebühr fällig werden.
- 10 EUR pro Hausbesuch
- Wegfall der Zuzahlungsgrenze von 28 Tagen bei Klinikaufenthalt
- 10%ige Eigenbeteiligung des Patienten bei Psychotherapie
- Umstellung der Arzneimittelzuzahlung auf mindestens 5 EUR und eine 10%ige Zuzahlung auf den Differenzpreis, maximal 20 EUR
- einheitliche Belastungsgrenze von 2%, auch bei chronisch Kranken
- künstliche Befruchtung: GKV, Staat und Paare zahlen künftig je ein Drittel.

Ländervergleich – ambulante Zuzahlungen/freie Arztwahl		
Land	Zuzahlung	Freie Arztwahl
Belgien	25–35 %	ja
Dänemark	verschiedene Leistungsgruppen: keine oder Differenz zwischen Behandlungskosten und Gebührenordnung	verschiedene Leistungsgruppen: ja oder freie Wahl unter zugelassenen Ärzten einmal im Halbjahr
Deutschland	10 EUR pro Quartal beim ersten Arztkontakt, auch bei Notdienst	ja, außer im Hausarztmodell
Frankreich	30%, zusätzlich 1 EUR pro ärztlicher Leistung, bis 50 EUR pro Jahr	eingeschränkt durch Hausarztssystem
Großbritannien	keine	eingeschränkt durch Hausarztssystem
Italien	keine	eingeschränkt durch Hausarztssystem
Niederlande	keine	eingeschränkt durch Hausarztssystem
Österreich	10 EUR pro Jahr Gebühr für elektronische Gesundheitskarte	ja
Polen	keine	eingeschränkt durch Hausarztssystem
Schweden	11 EUR bis 21 EUR pro Arztbesuch, bei Notfällen bis 32 EUR	ja
Schweiz	Franchise 181 EUR, darüber zusätzlich 10%	ja, außer im Hausarztmodell

Kommentar: Die bisherige Praxisgebühr hat keine Steuerungswirkung entfaltet und war für die Praxen ein großes bürokratisches Ärgernis. Jeder Deutsche, und zwar vom Säugling bis zum Greis, geht pro Jahr 18-mal zum Arzt. Sozial abgestaffelte Zuzahlungen bei jedem Arztbesuch sind nicht unmenschlich und dürfen auch kein Tabu sein. In den meisten Industrienationen mit einem nicht überwiegend steuerfinanzierten gesetzlichen Krankenversicherungswesen gab es sie schon immer oder sie wurden bereits eingeführt.

CSU

Beschluss zur Gesundheitspolitik

➔ Nachdem wir im NEUROTRANSMITTER 4/2009 bereits die Gesundheitsprogramme von FDP und SPD vorgestellt haben, folgen nun die gesundheitsprogrammatischen Vorstellungen der CSU. Anfang April 2009 publizierte der Parteivorstand seine Forderungen für die zukünftige Gesundheitspolitik. Das Wichtigste in Auszügen:

„Das deutsche Gesundheitswesen ist in Gefahr: Die Gesundheitspolitik ist die gesellschaftliche Herausforderung eines modernen Sozialstaats. (...) Die Patientenversorgung bestimmt zu einem wesentlichen Teil die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Mit einem Gesamtumsatz von rund 245 Mrd.

EUR pro Jahr (ca. 10,6% des Bruttoinlandsprodukts) gehört sie zu den Zukunftsbranchen. Dies gilt auch für Bayern mit einem Jahresumsatz von knapp 40 Mrd. EUR. (...) Bereits heute ist die Gesundheitswirtschaft Arbeitgeber Nummer 1 mit 4,4 Millionen Beschäftigten (Bayern: rund 600.000). Als Dienstleistungsmarkt ist sie gegenüber der Konjunktur relativ krisenfest. Die weitere Förderung des Gesundheitsmarktes ist daher eine große Chance für die Volkswirtschaft in einer älter werdenden Gesellschaft. (...) Oberstes Ziel ist es, die medizinisch erforderliche Versorgung einschließlich Spitzenmedizin für jeden Patienten in Deutschland

zu gewährleisten, und zwar unabhängig von Einkommen, Alter und Herkunft. Grundlage sind die Regeln einer sozialen Medizinwirtschaft und nicht der zentralistische Ansatz einer Planwirtschaft. Das bürgerlich-föderale Gesundheitsmodell geht von der aktuellen Versorgungsrealität aus und verfolgt vor allem folgende Prinzipien:

Therapie statt Bürokratie: Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung steht der Patient mit seinem Recht auf eine freie Arztwahl. Im Krankheitsfall muss er die Möglichkeit haben, sich vom Arzt seines Vertrauens behandeln zu lassen. (...) Von besonderer Bedeutung ist dabei das vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient („sprechende Medizin“), für das genügend Zeit in der Behandlung bleiben muss. (...)

Regionalität statt Zentralismus: Die Gesundheitsversorgung muss auf regionale Bedürfnisse eingehen und darf nicht weiter durch zentralistische Vorgaben vereinheitlicht werden. (...)

Freiberuflichkeit statt Staatsmedizin: Zum Erfolg des deutschen Gesundheitswesens haben vor allem die freien Berufe beigetragen. Sie stehen für Humanität in der medizinischen Versorgung und müssen daher weiterhin der Eckpfeiler bei der Behandlung von Patienten sein. (...)

Entideologisierung der Krankenversicherung: Die Finanzierung der Krankenversicherung muss entideologisiert werden. Die Diskussionen der Vergangenheit um „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ haben den Gesundheitsstandort Deutschland nicht vorangebracht. Als Beweis dient die aktuelle Diskussion um die Honorarreform. Obwohl sich seit 1. Januar 2009 mehr Geld im System befindet, gibt es Versorgungsprobleme in den Arztpraxen. Zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben ist ein ausgewogener Mix aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen, sozialverträglichen Selbstbeteiligungen und Steuermitteln nötig. (...)

Die Forderungen der CSU lauten wie folgt:

1. Keine Benachteiligung von bayerischen Patienten und Ärzten: Der Gesundheitsfonds wurde konzipiert, um die Entscheidung zwischen „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ zu vermeiden. Dabei wurde den Bürgern versprochen, dass nach der Einführung des Gesundheitsfonds kein Patient schlechter versorgt wird und kein Arzt weniger Geld bekommt. Diese Versprechungen werden derzeit nicht eingehalten. Wenn dies so bleibt, müsste der Gesundheitsfonds ersetzt werden. Als Alternative könnten künftig die Krankenkassen wieder die Autonomie erhalten, eigene Beiträge festzusetzen und zu erheben. Die Pluralität bei den gesetzlichen Krankenkassen, die Auswahl von Zusatzversicherungen und die private Krankenvollversicherung könnten dabei erhalten bleiben.

2. Transparente Vertragsgebührenordnung statt zentralistischer Honorarordnung: Die geltende Honorarordnung ist gescheitert, weil ihre zentralistische Ausrichtung die Interessen von Patienten und Ärzten missachtet. (...) Obwohl mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, kommt das Honorarplus nicht bei allen Ärzten an. (...) Die gel-

tende Honorarordnung muss daher durch eine neue Gebührenordnung für Vertragsärzte ersetzt werden, die sich an die private Gebührenordnung für Ärzte anlehnt. Ziel ist es, eine regionale, leistungsgerechte und qualitätsorientierte vertragsärztliche Vergütung zu festen Europeisen einzuführen. Am Sachleistungsprinzip wird grundsätzlich festgehalten. Die Transparenz der Abrechnung gegenüber den Patienten ist herzustellen. Zudem wird die vollständige Aufhebung der Budgetierung angestrebt. (...)

3. KVen als Dienstleister weiterentwickeln: Die Selbstverwaltung ist an sich ein hohes Gut. Aber aufgrund der ihr zentralistisch vorgegebenen ordnungspolitischen Aufgaben und der zahlreichen Einzelweisungen des Bundesgesundheitsministeriums verliert sie auf Bundesebene die Unabhängigkeit und damit die Akzeptanz bei der Basis der Ärzteschaft. Durch eine Neuregelung der vertragsärztlichen Vergütung haben die KVen daher die Chance, sich als Interessensvertreter für die Ärzteschaft neu zu etablieren. (...)

4. Patientengerechte solidarische Finanzierung: Um Rationierungen zu vermeiden, ist zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben ein ausgewogener Mix aus Beiträgen, sozialverträglichen Selbstbeteiligungen und Steuermitteln nötig. Die Steuermittel zum Ausgleich für gesamtgesellschaftliche Aufgaben müssen auf Dauer weiter erhöht werden. (...) Es ist nicht akzeptabel, dass Krankenkassen älteren Patienten bei schweren Erkrankungen eine Haushaltshilfe verweigern, aber nicht qualitätsgesicherte Wellnessangebote bezuschussen. (...) Die Versicherten sollen stärker als bislang in die Wahl ihrer Versicherungsleistungen eingebunden werden. Die private Krankenvollversicherung bleibt erhalten. Auf der Ausgabenseite sollen an die Stelle von staatlicher Budgetierung und Rationierung Transparenz, hohe Qualitätsstandards und Wettbewerb treten. (...)

5. Wohnortnahe Patientenversorgung in Stadt und Land: Die ambulante medizinische Versorgung muss auch künftig möglichst am Wohnort des Patienten erfolgen. Diese ist vor allem durch niedergelassene Haus- und Fachärzte, Apotheker und andere Leistungserbringer sicherzustellen. (...)

7. Fairer Wettbewerb um Qualität: Der Staat hat dafür Sorge zu tragen, dass der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern unter fairen Rahmenbedingungen abläuft, die im Ergebnis zu mehr Qualität führen. (...)



Foto: Archiv

Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

„Die bisherige Praxisgebühr hat keine Steuerungswirkung entfaltet und war für die Praxen ein großes bürokratisches Ärgernis.“

8. Patientenrechte stärken – unabhängige Patientenbeauftragte: Gerade ältere und schwerkranke Menschen brauchen häufig eine kurzfristige Beratung oder eine Hilfestellung. (...)

9. Weiterer Ausbau der Palliativmedizin: Die sogenannte „Aktive Sterbehilfe“ ist mit der Menschenwürde unvereinbar. (...)

10. Förderung der Prävention: Dabei geht es um die gezielte Förderung des verantwortungsvollen Umgangs mit der eigenen Gesundheit. (...)

Kommentar: Die CSU bekennt sich damit eindeutig zur freien Arztwahl (trotz Einschränkung bei Hausarztverträgen), zur Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte, zur flächendeckenden Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte, zur Entbürokratisierung, zum Erhalt des Sachleistungssystems und gegen Staatsmedizin. Zu den KVen nimmt sie eine interpretations-offene Haltung ein. Zur Förderung der Eigenverantwortung bei den Patienten, höheren Zuzahlungen und Selbstbehalttarifen äußert sich die CSU vorsichtig. Dagegen positioniert sich die FDP eindeutig für die Einführung des Kostenerstattungssystems, für Selbstbehalttarife und eine Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten zur kosteneffektiveren Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens. CSU und FDP sprechen sich für die Einführung einer transparenten, einfachen und budgetfreien Honorarordnung aus.

Schlaganfallprävention mit der KKH-Allianz

Gelungener Einstieg in den IV-Vertrag

In jedem Jahr erleiden in Deutschland mehr als 250.000 Menschen einen Schlaganfall. Zu den vielen beeinflussbaren Risikofaktoren zählen Bewegungsmangel, Alkohol, Arteriosklerose oder Vorhofflimmern. Mit Abschluss eines integrierten Versorgungsvertrages ist jetzt der Einstieg in ein strukturiertes Präventionsprogramm gelungen.

Neurologen versorgen täglich eine Vielzahl von Schlaganfallpatienten. Zu ihren Aufgaben gehört die differenzialdiagnostische Einordnung schlaganfalltypischer Beschwerden anhand der Anamnese, der klinisch-neurologischen und der neurosonologischen Untersuchungen der hirnversorgenden intra- und extrakraniellen Gefäße. Therapeutisch sind die ambulant tätigen Neurologen mit der Nachsorge von Schlaganfallpatienten befasst, das heißt mit der symptomatischen Therapie von Komplikationen wie zum Beispiel Spastik und neuropsychologischer Störungsbilder, aber auch Krankheitsverarbeitungsstörungen. Sie übernehmen die koordinativen Funktionen bei der Heilmittelerbringung oder der Einleitung rehabilitativer Maßnahmen. In der Prävention beschränken sich Maßnahmen oft nur auf das Aufklärungsgespräch über die Bedeutung der vaskulären Risikofaktoren. Präventive Ultraschalluntersuchungen sind nicht Gegenstand des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen. Auch systematische Edukationsprogramme sind nicht Teil der Versorgungsrealität. Hier wäre ein auf Prävention ausgerichteter integrierter Versorgungsvertrag hilfreich.

Stroke Risk-Analyser zur Prävention

Der Schlaganfall verursacht rund ein Drittel aller Todesfälle und ist Auslöser vieler lebenslanger Behinderungen wie Lähmungen, Sprach- und Sehstörungen. Doch er kommt selten völlig unerwartet, denn Risiken wie Übergewicht, Rauchen und Bluthochdruck sind bekannt und sie können durch bewusste Lebensführung reduziert werden. Ein anderer bedeutender Risikofaktor ist das plötzlich auftretende Vorhofflimmern. In

Deutschland sind davon rund eine Million Menschen betroffen. Hier setzt das Stroke Risk-Analyser (SRA)-Verfahren an, um gegebenenfalls rechtzeitig vor einem Schlaganfallereignis eine medikamentöse Therapie einleiten zu können. In diesem Projekt können Versicherte mit Hilfe eines neuartigen EKG-Analyseverfahrens (SRAdoc) auf unerkanntes Vorhofflimmern untersucht und gegebenenfalls einer weiterführenden kardiologischen Behandlung zugeführt werden.

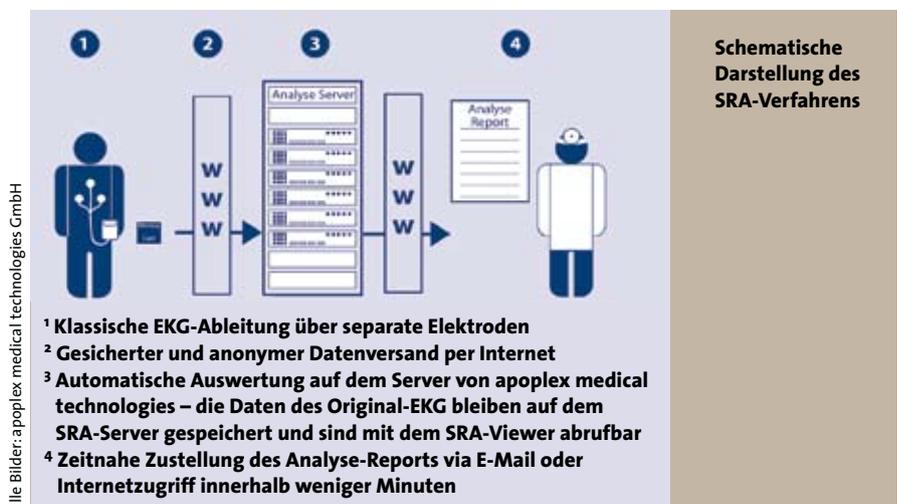
Das Ziel ist die Primärprävention von Schlaganfällen. Neurologen sind dabei Teil eines Präventionsnetzwerkes zusammen mit Allgemeinmedizinern und Internisten beziehungsweise Kardiologen. Die Neurologen können sich hierzu an einem an dieser Stelle vorgestellten Screening-Modul beteiligen, das eine spezielle EKG-Ableitung und eine SRA beinhaltet. Dieses unter anderem an der Universität Münster evaluierte mathematische Verfahren wird im

Rahmen eines integrierten Versorgungsvertrages vom Kompetenznetz Vorhofflimmern wissenschaftlich begleitet. Die Daten werden zur Analyse über das Internet verschickt, das Ergebnis innerhalb von drei Minuten in Form eines Reports zurückgesandt. Das Verfahren verspricht wissenschaftliche Seriosität und ein respektables Potenzial zur Primärprävention von Schlaganfällen. Das Risiko der Patienten soll dabei um 30% gesenkt werden. Die Vertragspartner sind:

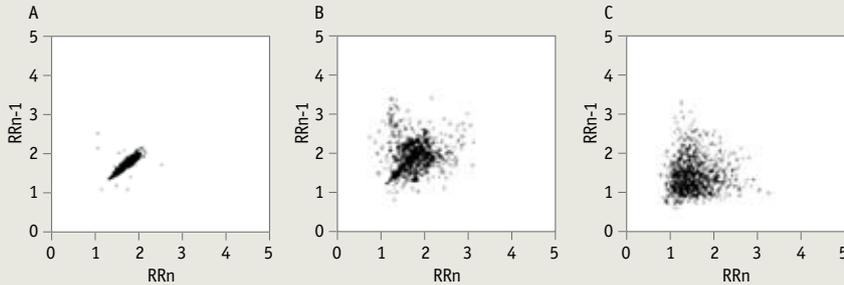
- KKH-Allianz
 - Firma apoplex medical technologies als Erfinder des SRA-Verfahrens
 - Cortex Management GmbH.
- Organisatorisch wird das Projekt von der Athene-Akademie im Auftrag von der Cortex Management GmbH unterstützt.

Einfaches Analyseverfahren

Bei der Untersuchung wird in der Praxis ein einstündiges Zweikanal-EKG auf



Schematische Darstellung des SRA-Verfahrens



So sehen die Ergebnis-Plots aus, die Sie im SRAdoc-Viewer erhalten. Auf einen Blick ist die Dynamik des Herzschlags zu erkennen. Die mathematische Analyse zeigt, ob sich dahinter Vorhofflimmern verbergen kann. A stammt von einem gesunden Patienten, B von einem Patienten mit paroxysmalen Vorhofflimmern und C von einem Patienten mit akutem Vorhofflimmern.

einer digitalen Speicherkarte aufgezeichnet und daraufhin via Internet anonymisiert an den zentralen Internetserver von apoplex medical technologies transferiert. Hier deckt ein Algorithmus bestimmte atypische Muster auf, die auf ein Vorhofflimmern schließen lassen – aktuell oder zeitlich weiter zurückliegend. Binnen weniger Minuten erhält der Arzt vollautomatisiert die Analyseergebnisse per E-Mail. Mit dem SRAdoc-Viewer kann er einfach und schnell auf alle Details der Original-EKG-Aufzeichnung zugreifen, um auffällige Segmente aus der grafischen Ergebnisdarstellung auf die entsprechenden EKG-Daten zurückzuführen. Auf dieser Basis kann der Arzt gegebenenfalls gezielte Schritte zur Vorfallvermeidung einleiten.

Das SRAdoc-Verfahren ist dank des hohen Automatisierungsgrads sicher und günstig. Daher hat sich die KKH dazu

entschieden, im Rahmen ihrer Präventionsprogramme und zur Vermeidung von Schlaganfällen die Kosten der Untersuchung für ihre Mitglieder aus den Risikogruppen (Alter über 50 Jahre, medikamentös behandelter Bluthochdruck, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Diabetes, Schlaganfall in der Vergangenheit, Schlafapnoe) zu übernehmen. Ferner erstatten die Privatversicherer die Kosten und die Patienten können SRAdoc als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) in Anspruch nehmen. Der behandelnde Arzt erhält für jedes durchgeführte Screening 58 Euro von der KKH, im Austausch gegen 18,70 Euro Analysegebühr. Selbstverständlich kann das Screening auch als IGeL allen Patienten angeboten werden, die nicht bei der KKH-Allianz versichert sind. In diesem Fall liegt die unverbindliche Preisempfehlung bei 60 Euro.

Wie können Sie mitmachen?

Wenn Sie sich für die Teilnahme an diesem IV-Vertrag interessieren fordern Sie die Vertragsunterlagen an bei der

Athene Akademie
 Huttenstrasse 10
 97072 Würzburg
 E-Mail: g.schuster@athene-qm.de
 Telefon: 0931-20 555 26

Das Athene-Team steht Ihnen unten der oben genannten Nummer auch für alle weiteren Fragen zum Projekt jeder Zeit gerne zur Verfügung.

Wird ein EKG-Gerät benötigt, kann dieses zum Preis von 990 Euro über die Cortex Management GmbH bezogen werden. Das Gerät hat sich bereits nach 25 Screenings amortisiert. Selbstverständlich können auch bereits vorhandene EKG-Geräte partiell für die SRAdoc-Analyse eingesetzt werden. Eine Liste der einsetzbaren Geräte kann über die Cortex Management GmbH abgerufen werden.

Fazit

Der Versorgungsvertrag beleuchtet einen wichtigen Teil der Schlaganfallprävention. Der Integrationsgrad, die „Flächendeckung“ und die Möglichkeit der wissenschaftlichen Evaluation der Präventionseffekte sind Ausdruck eines seriösen Vertragskonzeptes. Aufgrund der hohen versorgungspolitischen Bedeutung wirksamer Schlaganfallprävention sind wir froh, dass wir als Neurologen über die Cortex Management GmbH an diesem Vertrag partizipieren und wünschen uns eine hohe Beteiligung unserer Fachgruppe. Gleichwohl ist uns klar, dass wir mit diesem Vertragsgegenstand zunächst nur einen Teilbereich der Schlaganfallprävention regeln. Derzeit verhandeln wir eine Ausweitung des Vertrages mit Einbeziehung von Edukationsprogrammen. □



Die EKG-Geräte, die für die SRAdoc von apoplex medical angeboten werden, sind angenehm klein.

AUTOREN

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Dipl. Psych. Gabriele Schuster, Würzburg

Abrechnungstipp EBM 2009

Foto: Bilderbox_Fotolia.com



Fremdanamnese richtig ansetzen

In Prüfverfahren der KV Rheinland-Pfalz ist aufgefallen, dass Nervenärzte beziehungsweise Psychiater neben der GO-Nr. 21220 (Psychiatrisches Gespräch etc.) häufig auch die 21216 (Fremdanamnese) ansetzen. Aufgrund eines erstinstanzlichen Urteils des SG Stuttgart vom 9. Mai 2003 (Az: S 5 KA 6212/02), das sich jedoch auf den EBM 1996 bezog, argumentierte die KV, dass diese beiden Leistungen bei ein und demselben Patienten nicht nebeneinander ansatzfähig seien und es wurden erste Regressbescheide erlassen. Hierzu hat der BVDN Landesverband Rheinland-Pfalz wie folgt Stellung genommen:

„Strittig ist hier die Frage, ob die GO-Nr. 21216 neben der GO-Nr. 21220 beziehungsweise 16220 EBM 2000 plus grundsätzlich in Ansatz gebracht werden kann (s. Kasten). Der Beschluss der KV Rheinland-Pfalz stellt dies in Abrede mit der Begründung, dass die Leistung nach GO-Nr. 21220 (psychiatrische Behandlung/Abklärung) die verbale Kommunikationsfähigkeit des Patienten voraussetzt, die aber für den Ansatz der 21216 (Fremdanamnese und/oder Anleitung Bezugsperson) ausgeschlossen sei. Herangezogen wird hierbei ein erstinstanzliches Urteil vom 9. Mai 2003 (Az: S 5 KA 6212/02) des SG Stuttgart, das sich jedoch auf den EBM 1996 bezog.

Ansatzfähigkeit der GO-Nr. 21220 neben der 21216

Zunächst ist festzuhalten, dass die GO-Nr. 21220 weder im obligaten noch im fakultativen Leistungsinhalt die Erhebung einer Fremdanamnese (was Inhalt der GO-Nr. 21216 ist) vorsieht. Des Weiteren ist anzumerken, dass in der Leistungslegende der 21220 nicht auf

die Kommunikationsfähigkeit des Patienten Bezug genommen wird. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass neben dem psychiatrischen Gespräch, der Beratung und Erörterung auch die psychiatrische Behandlung sowie alternativ auch die Abklärung Inhalt der Leistungslegende ist. Die Leistungsinhalte „psychiatrische Behandlung“ und/oder „Abklärung“ sind jedoch sicher nicht auf ausschließlich verbale Formen der Kommunikation beschränkt. Eine Abklärung kann zum Beispiel auch in einer Verlaufskontrolle körperlich-neurologischer Befunde bestehen, nachdem die „ergänzende Erhebung des neurologischen Status“ fakultativer Leistungsinhalt des Ordinationskomplexes in Kapitel 21 EBM 2000 plus ist. Von der unabdingbaren Notwendigkeit der verbalen Kommunikationsfähigkeit des Patienten ist daher bei Erbringung der Leistung nach GO-Nr. 21220 nicht auszugehen. Für den Fall, dass tatsächlich die GO-Nr. 21220 nur bei verbal kommunikativen Patienten anwendbar wäre, müsste die GO-Leistung im Übrigen auch telefonisch erbringbar sein, was jedoch nicht der Fall ist.

In der Legende der GO-Nr. 21216 werden „schwer psychisch erkrankte Patienten mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit“ genannt. Hiermit ist offensichtlich nicht der taube, taubstumme oder stumme Patient gemeint (wie im Urteil vom 9. Mai 2003 des SG Stuttgart formuliert), da es sich bei diesen Formen der gestörten Kommunikationsfähigkeit nicht um psychische Erkrankungen handelt. Wenn hier die rein verbale Kommunikationsfähigkeit gemeint wäre, ist nicht nachvollziehbar, dass „schwer psychisch erkrankte Pati-

enten mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit“ formuliert wurde und es sich hierbei um eine arztgruppenspezifische Leistung des Kapitel 21 EBM 2000 plus handelt und nicht um eine Leistung des arztgruppenübergreifenden Kapitels 1 EBM 2000 plus wie es noch bei der Ziffer 19 des EBM 1996 der Fall war, auf die sich das Urteil vom 9. Mai 2003 des SG Stuttgart bezog.

Im EBM-Kommentar aus dem Asgard-Verlag (Wezel/Liebold) in seiner Erläuterung zur GO-Nr. 21220 wird ausgeführt, dass die 21220 die Anleitung von Bezugspersonen einschließt. Daher könne die 21216 in solchen Fällen nicht zusätzlich zur 21220 angesetzt werden. Hiermit kann unter Berücksichtigung des Kommentars zu 21216 nur gemeint sein, dass es sich bei der 21216 nicht um eine Zuschlagsleistung zur 21220 handelt, die innerhalb der gleichen zehn Minuten wie die 21220 erbracht werden kann, sondern dass es sich um eine eigenständige Leistung handelt, die eine über die zehn Minuten der 21220 hinausgehende Kontaktzeit erfordert.

Fremdanamnese häufig unabdingbar

Eine Störung der Kommunikationsfähigkeit durch psychische Erkrankung kann beispielsweise auftreten bei krankheitsbedingten Einschränkungen der

— Merk- oder Erinnerungsfähigkeit (qualitativ oder quantitativ),

zum Beispiel bei organischem Psychosyndrom, Durchgangssyndrom, Demenzerkrankungen, Intoxikationen, epileptischen Anfällen, Derealisationsphänomenen bei Psychosen, dissoziativen Störungen, Intelligenzminderungen etc.

Leistungsinhalt der GO-Nr. 21216 im EBM 2000 plus

Fremdanamnese und/oder Anleitung beziehungsweise Betreuung von Bezugspersonen schwer psychisch erkrankter Patienten mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit

- je 10 Minuten
- höchstens fünfmal im Behandlungsfall

Leistungsinhalt der GO-Nr. 21220 im EBM 2000 plus

Psychiatrisches Gespräch, psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten
- als Einzelbehandlung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung der biografischen Anamnese zur Psychopathologie unter Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte
- Vertiefte Exploration mit differenzialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes
- syndrombezogene therapeutische Intervention
- Anleitung der Bezugsperson(en)
- je vollendete 10 Minuten

Die Leistung nach der Nr. 21220 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 21221 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 30.3, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

Der Leistungsinhalt der GO-Nr. 16220 im EBM 2000 plus

Beratung, Erörterung und/oder Abklärung

- Dauer mindestens zehn Minuten
- je vollendete zehn Minuten

Die Leistung nach der Nr. 16220 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 16230 und 16231 berechnungsfähig.

- **Selbstbeobachtungs- und Introspektionsfähigkeit**, zum Beispiel bei Suchterkrankungen, dissoziativen Störungen, Psychosen, Intelligenzminderungen, Demenzen etc.
- **Auffassungsfähigkeit für entsprechende Fragestellungen**, zum Beispiel bei Psychosen, Intelligenzminderungen, Demenzen etc.
- **Mitteilungs-, Kooperationsfähigkeit beziehungsweise -bereitschaft**, zum Beispiel bei Psychosen, Intelligenzminderungen, Demenzen, Suchterkrankungen etc.
- **Steuerungsfähigkeit**, zum Beispiel bei Psychosen, Intelligenzminderungen, Demenzen, Suchterkrankungen etc.

Aus der praktischen Tätigkeit des Psychiaters oder Nervenarztes ist in diesem Zusammenhang anzumerken, dass bei vielen psychiatrischen Patienten aufgrund ihres Krankheitsbildes und ihrer Persönlichkeitsstruktur eine hoch komplexe, die volle Freiheit der Entscheidungs- und Differenzierungsfähigkeit voraussetzende verbale Kommunikation von vornherein nicht möglich ist. Dies ist in der Regel dem psychotherapeutischen Patientenkontext vorbehalten. Bei vielen psychiatrischen Patienten, zum Beispiel bei paranoid-halluzinatorischen Psychosen, hirnorganischen Psychosyndromen, Demenzerkrankungen, verschiedenen Ausprägungen der Intelligenzminderung, aber auch bei Suchterkrankungen und dissoziativen Störungen ist oft neben der rein verbalen Kommunikation die nonverbale Kommunikation wie auch die Verhaltensbeobachtung elementarer Bestandteil der psychiatrischen Abklärung. Auch im Rahmen der psychiatrischen Behandlung sind oft nonverbale Kommunikationsanteile in der Arzt-Patient-Beziehung in beiden Richtungen unabdingbar.

In vielen Fällen ist auch die ausführliche Anleitung der Bezugspersonen bezüglich der Krankheitsbilder erforderlich, was oft über eine kurze Information, wie ergänzend zum Leistungsinhalt der 21220 fakultativ vorgesehen, hinausgeht. Gerade in Einrichtungen der Altenpflege oder Einrichtungen für geistig Behinderte und schwer psychiatrisch Erkrankte ist aus genannten Gründen eine umfangreiche Erhebung der Fremd-

anamnese beim Betreuungspersonal unabdingbar, ebenso die eingehende Anleitung von Bezugspersonen. Daher sprechen weder formale noch sachliche Gründe gegen die Ansatzfähigkeit der GO-Nr. 21216 neben der 21220.

Ansatzfähigkeit der GO-Nr. 16220 neben der 21216

Zunächst ist auch hier festzuhalten, dass die GO-Nr. 16220 weder im obligaten noch im fakultativen Leistungsinhalt die Erhebung einer Fremdanamnese (was Inhalt der GO-Nr. 21216 ist) vorsieht (s. Kasten). Des Weiteren ist anzumerken, dass in der Leistungslegende der 16220 nicht auf die Kommunikationsfähigkeit des Patienten Bezug genommen wird. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass neben der Beratung und Erörterung alternativ auch die Abklärung Inhalt der Leistungslegende ist. Der Leistungsinhalt „Abklärung“ ist jedoch sicher nicht auf ausschließlich verbale Formen der Kommunikation zu beziehen. Eine neurologische Abklärung besteht zum Beispiel oft in einer körperlichen Untersuchung.

Von der unabdingbaren Notwendigkeit der verbalen Kommunikationsfähigkeit des Patienten ist daher bei Erbringung der Leistung nach GO-Nr. 16220 nicht auszugehen.

Bei vielen Erkrankungen des Gehirns treten jedoch insbesondere Störungen der Kommunikationsfähigkeit auf, welche die Erhebung einer Fremdanamnese unabdingbar machen. Exemplarisch sei hier genannt: epileptische Anfälle mit Bewusstseinsstörungen (organisches Psychosyndrom), Demenzen etc. Daher sprechen weder formale noch sachliche Gründe gegen die Ansatzfähigkeit der GO-Nr. 21216 neben der 16220. □

AUTOR

Dr. med. Klaus Sackenheim, Andernach

Persönliches Budget

Rehabilitation gestalten statt bloß beantragen

Durch das mit dem SGB IX neu eingeführte „Persönliche Budget“ wird das Leistungsspektrum der Rehabilitationsträger nicht erweitert. Bei dem „Persönlichen Budget“ handelt es sich vielmehr um eine von der üblichen Norm abweichende Leistungsausführung, die dem Patienten erhebliche Vorteile bieten kann. Denn er selbst entscheidet, wen er mit der Erbringung von Leistungen beauftragt.

Anspruch auf das „Persönliche Budget“ (nachfolgend mit PB abgekürzt) haben behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Behindert sind Menschen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und im Arbeitsleben beeinträchtigt sind. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (vgl. § 2 Abs. 1 SGB IX). Danach kommt es für den Anspruch nicht auf die Art oder Schwere einer Erkrankung an, sondern darauf, dass jemand als Folge seiner psychischen oder neurologischen Erkrankung in seiner Teilhabe beeinträchtigt ist (nachstehend werden sie als Leistungsberechtigte bezeichnet).

Nach § 17 Abs. 2 SGB IX können die Rehabilitationsträger (z. B. Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Bundesagentur für Arbeit, Sozialhilfeträger) sowie die Pflegekassen und die Integrationsämter – nachstehend als Rehabilitationsträger bezeichnet – auf Antrag des Leistungsberechtigten die ihm zustehenden Sach- und Dienstleistungen in Geld umwandeln, um ihm in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Nach § 2 Absatz 2 Satz SGB V können in der Krankenversicherung auch kurative Leistungen als Teil des PB erbracht werden. Der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch erhält danach vom Rehabilitationsträger anstelle der alltäglichen und regelmäßig wiederkehrenden Sach- und/oder Dienstleistungen (Naturalleistungen) im Voraus Geld, das er eigenverantwortlich zur Deckung seines Bedarfs

verwenden kann und verantwortungsvoll einsetzen muss. Er (oder sein Betreuer) organisiert selbst die zur Deckung seines individuellen Teilhabebedarfs erforderlichen Leistungen und bezahlt diese mit dem zur Verfügung gestellten Geld. Dies entspricht dem modernen Verständnis von Rehabilitation, das den Patient beziehungsweise den Rehabilitand in den Mittelpunkt stellt.

Der Teilhabebedarf umfasst gemäß § 4 Abs. 1 SGB IX die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermei-



Dank des „Persönlichen Budgets“ können Leistungsberechtigte selbst bestimmen, wann sie welche Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen.

Foto: stock.xchng / Anders Wiuff

den oder laufende Sozialleistungen zu mindern, die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern. Der psychisch oder neurologisch Kranke wird damit aus der Rolle des reinen Antragstellers in die Rolle des Gestalters seiner Rehabilitation/Teilhabe versetzt. Das PB dient der Förderung der Selbstbestimmung (§ 1 SGB IX) und stärkt das Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX).

Das PB wird vor allem im ambulanten Bereich eingesetzt. Typische budgetfähige Leistungen können die Hilfe zur Mobilität, Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Hilfen zur häuslichen Pflege und häuslichen Krankenpflege, regelmäßig wiederkehrende benötigte Hilfs- und Heilmittel sowie Hilfen zum Erreichen des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes (Fahrkosten) sein.

Beispiele

- Der Leistungsberechtigte erhält von der Krankenkasse häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, weil er im Rahmen der Behandlungspflege kontrolliert in Anwesenheit eines Bediensteten des Vertragspartners der Krankenkasse (z. B. karitatives Unternehmen) einmal am Tag Medikamente einnehmen muss (z. B. Neuroleptika bei Vorliegen einer Schizophrenie). Um hier den dauernden Wechsel in den Bezugspersonen zu umgehen, kann sich der Leistungsberechtigte Personen seines Vertrauens aussuchen, die diese Kontrolle übernehmen. Da gerade Patienten mit Schizophrenie oft misstrauisch sind, kann dies von großem Vorteil sein. Voraussetzung ist aber, dass die Personen des Vertrauens (z. B. Freunde und/oder Nachbarn) ausreichende Fähigkeiten haben, um die Aufgaben zuverlässig zu erfüllen. Eine medizinische Ausbildung ist (meist) nicht notwendig.
- Ein Patient, der nach einem Schlaganfall beatmungspflichtig ist und Pflegeleistungen erhält, muss rund um die Uhr versorgt werden. Zusätzlich werden Leistungen des Sozial-

hilfeträgers nach §§ 53, 54 SGB XII erbracht. Der Patient ist unzufrieden mit dem Pflegedienst (z. B. weil unterschiedliche Pfleger zu unterschiedlichen Zeiten kommen). Der Patient stellt eigenes Personal für seine Pflege ein und deckt die Kosten über das PB.

- Ein psychisch kranker Mensch, zum Beispiel mit einer Alkoholabhängigkeit, lebt in einem Lastentherapeutischen Heim zu Lasten des Sozialhilfeträgers. Mit dem PB kann sich der Leistungsberechtigte in eine von ihm gewählte Wohngemeinschaft eines privaten Anbieters einmieten, wenn sichergestellt wird, dass der individuelle Teilhabebedarf des psychisch Kranken auch in dieser Wohngemeinschaft sichergestellt wird.
- Ein psychisch kranker Mensch ist zugleich körperlich behindert. Er besucht eine Tageseinrichtung zu Lasten des Sozialhilfeträgers (obwohl er lieber eine andere Tageseinrichtung besuchen möchte, die aber kein Vertragspartner des Rehabilitationsträgers ist), oder er erhält zu Lasten des Sozialhilfeträgers Fahrdienste zu der Tageseinrichtung und zweimal im Monat einen Behindertentransport zu sonstigen Zielen (obwohl er auch hier gerne individuell seine Fahrten planen und organisieren möchte). Er benötigt wegen Inkontinenz regelmäßig Windeln (obwohl er wegen Problemen mit den Klebestreifen die teureren Höschenwindeln bevorzugt und deshalb bisher die Mehrkosten selbst tragen musste), oder er erhält vom Sozialhilfeträger sonstige Leistungen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (obwohl er auch hier mehr Individualität wünscht).

In allen Beispielsfällen kann der Leistungsberechtigte ein PB beantragen. Er (beziehungsweise sein Betreuer) wird dabei zum Unternehmer in eigener Sache; für das von den Rehabilitationsträgern zur Verfügung gestellte Geld kann er sich auf dem freien Markt adäquate Leistungen selbst beschaffen und somit seinen Teilhabebedarf individuell decken.

Budget muss ausreichend hoch sein

Das zur Verfügung gestellte Geld muss so bemessen sein, dass es ausreicht, um den individuellen Teilhabebedarf des

Leistungsberechtigten zu decken. Werden Leistungen ganz oder teilweise durch Familienangehörige, Freunde oder Bekannte erbracht, wird das PB nicht so hoch sein. Wenn aber Mitarbeiter eines professionellen Leistungserbringers mit der Ausführung der Leistung beauftragt werden, stellt der Berechtigte quasi selbst Arbeitnehmer ein (Arbeitgebermodell). Neben den Gehaltskosten sind dann auch die Kosten für die Sozialversicherungsbeiträge (Arbeitgeberanteil), für die Gehaltsabrechnung etc. Bestandteil des PB. Allerdings ist das PB auf die Kosten begrenzt, die der Rehabilitationsträger zur Deckung des individuellen Teilhabebedarfs bei Ausführung der Leistungen in der sonst üblichen Form durch einen Leistungserbringer gehabt hätte. Kosten, die darüber hinaus entstehen, muss der Patient selbst tragen, soweit es sich nicht um die Kosten von nicht budgetfähigen Einzelleistungen handelt, die zusätzlich zum PB erbracht werden können. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen oder Eigenanteile sind abzuziehen, sie mindern also die Obergrenze des Budgets. Im Ergebnis werden durch das PB die Art und das Volumen der gesetzlich zustehenden Leistungen nicht erweitert. Das gilt auch, wenn sich der Berechtigte privatärztlich behandeln lassen will oder teurere Medikamente wünscht – die Mehrkosten hat er selbst zu tragen.

Das PB wird in der Regel im monatlichen Rhythmus im Voraus gezahlt, damit der Leistungsberechtigte alle nötigen Leistungen eigenverantwortlich beschaffen und ausführen lassen kann.

Mögliche Gefahren

Wünscht der Leistungsberechtigte ein PB, ist er an seine Entscheidung für mindestens sechs Monate gebunden. Für schwerer psychisch Kranke, die oft nicht über längere Zeiträume planen können, kann das ein Problem sein. Vor der Wahl hat deshalb der Rehabilitationsträger den Leistungsberechtigten auf dessen Antrag über die für ihn positiven wie auch möglicherweise negativen Folgen zu beraten (§ 14 SGB I). Diese Beratung kann auch in den Gemeinsamen Servicestellen nach §§ 22 ff. SGB IX erfolgen.

Der Leistungsberechtigte hat zu bedenken, dass er bei der Wahl des PB das unternehmerische Risiko trägt, das sich

etwa in der Beschaffung von Ersatzkräften, in der Organisation der notwendigen Leistungen, in Lieferengpässen oder in der unerwarteten Erhöhung von Preisen niederschlagen kann. Deshalb sollte der psychisch Kranke auf die Möglichkeit des PB nur dann hingewiesen werden, wenn er unter Berücksichtigung seiner Lebenssituation damit nicht überfordert wird. Gleiches gilt auch für kognitiv eingeschränkte Patienten mit Teilhabebedarf aufgrund neurologischer Erkrankung. Falls der Berechtigte sein PB nur mit einer Assistenz managen kann, sind auch die Kosten dieser Budgetassistenz im Rahmen der beschriebenen Obergrenze budgetfähig (§ 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX).

Kommt der Leistungsberechtigte wegen einer plötzlichen Verschlimmerung des Gesundheitszustandes, wegen einer falschen Kalkulation oder wegen sonstiger für ihn nicht zu erwartenden Umstände mit der Finanzierung seines PB nicht aus, kann er die Zielvereinbarung in der Regel mit sofortiger Wirkung schriftlich kündigen (§ 4 Abs. 2 Budget-Verordnung) und ein erneutes Bedarfsfeststellungsverfahren beantragen (§ 3 Budget-Verordnung) oder ganz aus dem PB aussteigen und zum nächsten oder übernächsten Monat wieder zu den „normalen“ Leistungsformen zurückkehren.

Antrag und Zielvereinbarung

Der Leistungsberechtigte oder dessen Betreuer kann das PB bei den Rehabilitationsträgern, Pflegekassen und Integrationsämtern, bei den Pflegeberatungsstellen und bei gemeinsamen Servicestellen beantragen. Damit das dem Leistungsberechtigten zur Verfügung gestellte Geld auch zweckgemäß und zielgenau eingesetzt wird, vereinbart der Rehabilitationsträger mit dem Leistungsberechtigten (bzw. Betreuer), wofür das zur Verfügung gestellte Geld verwendet werden darf – nämlich um den Teilhabebedarf zu erfüllen. Oftmals wird auch vereinbart, in welcher Form und in welchen Abständen dem Rehabilitationsträger ein Kostennachweis vorzulegen ist.

Trägerübergreifendes Persönliches Budget

Beantragt der Leistungsberechtigte ein PB, das den Teilhabebedarf decken soll, für deren Einzelleistungen unterschied-

liche Rehabilitationsträger zuständig sind, spricht man von einem trägerübergreifenden PB. Das PB wird dann für alle beteiligten Träger durch den Träger, bei dem der Antrag gestellt wurde, als Komplexleistung in Form einer meist monatlich gewährten, von allen beteiligten Rehabilitationsträgern finanzierten Geldsumme zur Verfügung gestellt. Der Vorteil für den Berechtigten liegt darin, dass er nur noch mit einem einzigen Träger korrespondieren muss, der dann die übrigen Träger zu beteiligen, den individuellen Teilhabebedarf für alle Träger festzustellen und über alle erforderlichen Leistungen einen einzigen Bescheid zu erstellen hat. Damit reduziert sich das gegliederte System für den Berechtigten auf einen einzigen Träger. Durch diese „Leistungserbringung aus einer Hand“ kann der Berechtigte mit dem von den Trägern im PB gemeinsam zur Verfügung gestellte Geld seine Leistungen besser koordinieren und durch Synergieeffekte Geld sparen (z.B. Nutzung der die Medikamenteneinnahme überwachende Betreuungsperson zugleich für die Strukturierung des morgendlichen Alltags des sonst antriebslosen Patienten), das er für die Budgetassistenz nutzen kann.

Weitere Information zum „Persönlichen Budget“ gibt unter www.sgb-ix-umsetzen.de und www.forsea.de. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Dr. med. Bernhard van Treack

Fachbereichsleiter Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, MDK Nordrhein
Von Werth-Str. 37, 50670 Köln
E-Mail: bvantreeck@mdk-nordrhein

Siegfried Wurm

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

Dipl. Verwaltungswirt Dr. Harry Fuchs

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

Selbsterfahrung als Qualitätsmerkmal

Wohl wissend, dass mit dem Beitrag von Prof. Dr. H. Kindt und Prof. Dr. M. Berger „Selbsterfahrung – essenziell oder verzichtbar?“ (NEUROTRANSMITTER 3/2009, S. 13 ff.) ein „heißes Eisen“ aufgegriffen wurde, rief Schriftleiter PD Dr. Albert Zacher zu Stellungnahmen auf. Die Selbsterfahrungspflicht erhält darin viel Zuspruch.

Nicht für alle Fälle gibt es ein Manual

Diejenigen Psychologen und Ärzte, die in der Psychotherapie lediglich ein in die Medizin integriertes Therapieinstrument sehen, werden gerne der Logik der Autoren folgen und auf die Selbsterfahrung verzichten. Stattdessen werden sie ihre Ausbildung in der Diagnoseerhebung nach einer Störungsliste (ICD-10) und der Therapieplanung nach einem möglichst objektivierbaren, reproduzierbaren und evaluierbaren Vorgehen anhand eines Manuals organisieren. Die Therapie wird dann zunächst unter fach-

geleiteter Aufsicht durchgeführt werden, um schließlich die Befähigung zu erhalten, den Beruf in eigener Verantwortung durchzuführen. Dem kann man nur zustimmen. Es wird aber immer Patienten geben, die nicht wissen, was ihnen fehlt. Die kommen mit einer Frage: Was ist mit mir? Symptome wie Entschlusslosigkeit, Antriebslosigkeit in einem Leben, das ihnen nichts bedeutet; ein Erleben von Sinnlosigkeit und Leere. Diese Patienten suchen jemanden, dem sie vertrauen und mit dem sie darüber sprechen können,

wenn sie sich mit der Diagnose Depression nicht zufrieden geben wollen. Für solche Fälle gibt es kein Manual, keine evaluierbare Technik, kein Medikament. Der Therapeut muss geübt sein in einer Rolle, die ihm das Studium nicht bietet: Dem anderen der zu sein, der nicht weiß, der aber wissen will. Diese Fähigkeit müssen wir, vor allem in unserer Zeit des Machertums, erlernen und erfahren. Dafür ist die Selbsterfahrung. □

Dr.med.Thomas Vogt, Freiburg

Selbstanalyse ist wesentlich für berufliches Handeln

Schon in der zugleich veröffentlichten Replik von Dr. med. Ch. Mundt finden sich viele bedenkenswerte Einwände zu dem genannten Beitrag. Darüber hinaus möchte ich zu bedenken geben, dass „Interaktive Kompetenz“, wie sie von Prof. Berger gefordert wird, nicht nur als manualgeleitete quasi technisch-automatisierte Fähigkeit entstehen kann. Eine solche Betrachtungsweise geht von einem Menschenbild aus, das der Not psychisch kranker Menschen nicht gerecht werden kann. Die Konfrontation mit den verschiedenen psychischen Krankheitsbildern setzt nicht nur deren theoretische Kenntnis voraus, wie sie während eines Medizinstudiums und während der Facharztweiterbildung erlernt werden. Vielmehr erfordert die Behandlung psychisch kranker Menschen, denen ihr eigenes Denken und Fühlen fremd geworden sind, ein hohes Maß an Sensibilität. Die Fähigkeit und die Bereitschaft, sich dem fremden Denken und Fühlen auszusetzen und respektvoll damit umzugehen, muss entwickelt werden. Hierfür sind das Wissen um die Bedingungen und Voraussetzungen des

eigenen Denkens und Fühlens wie auch die Abklärung und Einordnung der eigenen Erwartungen und Überzeugungen zwingend notwendig. Psychotherapeutisches Arbeiten setzt die kontinuierliche Begleitung durch Selbstreflektion und Selbstanalyse voraus. Diese Fähigkeiten können ohne eine entsprechende eigene Erfahrung nicht gewonnen werden. Erst die Erfahrung der eigenen Begrenztheit, aber auch die Kenntnis der eigenen Fähigkeiten und des eigenen Fühlens setzt Therapeuten in die Lage, sich jenseits von unangebrachtem Allwissenheits- und Überlegenheitsanspruch unvoreingenommen der fremden psychischen Welt des Anderen zu stellen. Nach E. Laufer muss dabei vermieden werden, die Arbeitsbeziehung zu den Patienten als ein Mittel zur Befriedigung eigener libidinöser oder narzisstischer Strebungen zu benutzen. Auch diese Anforderung kann nur mit der Hilfe einer gut integrierten und internalisierten Fähigkeit zur Selbstanalyse erfüllt werden.

Es ist bekannt, dass die psychische Belastung gerade in den Berufsgruppen, die sich mit der psychischen Not von

Menschen befassen, besonders groß ist. Eine ausreichende Selbsterfahrung kann dazu beitragen, der Selbstüberforderung und Überlastung vorzubeugen. Außerdem möchte ich zu bedenken geben, dass der Verzicht auf das Element der Selbsterfahrung in der Weiterbildung den Interessen der Weiterbildungsteilnehmer durchaus nicht entgegen käme. Bei der Anhörung zu der Neugestaltung der Ausbildung der psychologischen Psychotherapeuten am 28. Januar in Berlin wurden auch die psychologischen Ausbildungsteilnehmer gehört. Sie haben sich eindeutig für eine Ausweitung des Selbsterfahrungsteils ihrer Ausbildung ausgesprochen – ganz gleich, ob es um Verhaltenstherapie oder von der Psychoanalyse abgeleitete Verfahren ging. Die Ausbildungsteilnehmer wissen also offenkundig den Wert und die Bedeutung der Selbsterfahrung für ihre Ausbildung und ihre beruflichen Fähigkeiten sehr zu schätzen. Ärztlichen Weiterbildungsteilnehmern diesen Bestandteil der Weiterbildung zu nehmen, würde für Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie wie

auch für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in vielerlei Hinsicht eine schlechtere Ausgangsposition als für die psychologischen Psychotherapeuten bedeuten. Die Beibehaltung der Selbsterfahrung als Bestandteil der Weiterbildung halte ich zur Wahrung der Qualität der Wei-

terbildung, zum Schutz der Patienten und ihrer Therapeuten für unverzichtbar. □

Dr. med. Gabriele Friedrich-Meyer, Bonn

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.

Nicht wegzudenkender Bestandteil der Aus- und Weiterbildung

Die von Frau Prof. Kindt und Herrn Prof. Berger geäußerten Thesen zur Reduktion oder gar Verzicht auf Selbsterfahrung innerhalb der ärztlichen Weiterbildung zum Psychiater und Psychotherapeuten oder Psychosomatischen Mediziner stellen einen Versuch dar, ein wesentliches Qualitätsmerkmal aus den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern zu eliminieren. Dankenswerterweise hat Herr Prof. Mundt auf diesen Versuch sehr differenziert und mit einer Vielzahl zutreffender Argumente geantwortet, denen kaum noch etwas hinzuzufügen ist.

Da Sie aber zur Stellungnahme zu diesem Thema aufgerufen haben, möchte ich mit ausdrücklicher Zustimmung zur Position von Prof. Mundt nur Folgendes ergänzen: Wenn argumentiert wird, dass eine obligatorische Selbsterfahrung die Persönlichkeitsrechte der in Weiterbildung befindlichen Kollegen tangiere, möchte ich fragen, wo dabei die Persönlichkeitsrechte der Patienten bleiben. Psychiatrische und in Psychotherapie befindliche Patienten haben das Recht auf eine kompetente Behandlung durch Kolleginnen und Kollegen, welche über eine weitgehende Sicherheit verfügen, zwischen eigenen und fremden seelischen Konflikten sowie deren weiteren Verarbeitungsformen unterscheiden zu können. Gerade das ist aber bei schwer gestörten Patienten und zumal für einen Anfänger nicht leicht. Die Selbsterfahrung kann hier helfen, ein kohärenteres Gefühl für sich selbst im Umgang mit zum Teil heftigen Affektzuständen zu entwickeln. Gerade weil man in diesem Beruf immer wieder persönlich involviert ist, reicht eine bloße Supervision zu die-

sem Zweck nicht aus. Supervision ist ausgesprochen wichtig, aber sie kann nicht in der gleichen Weise wie Selbsterfahrung auf die sehr persönliche emotionale Verfassung des Arztes in Weiterbildung eingehen. Vielmehr gehören Supervision und Selbsterfahrung zusammen, um ein Verstehen des Patienten auf der Basis eines reflektierteren Selbstverständnisses erreichen zu können.

Außerdem trägt die Erfahrung, über sich selbst in Gegenwart eines anderen gesprochen zu haben, zu einem vertiefteren Verständnis für die Situation des Patienten in der ärztlichen Behandlung bei. Aus meiner Tätigkeit als ärztlicher Weiterbildungsleiter und Lehranalytiker sind mir mehrere Situationen bekannt, in denen Weiterbildungsteilnehmer ohne Selbsterfahrung große Mühe hatten, verstehend und sorgsam mit ihren Patienten umzugehen. Ihre Teilnahme an Selbsterfahrung verbesserte aber dann ihre Fähigkeit zu einem kompetenten, einfühlsamen und respektvollen Umgang auch mit Spannungssituationen innerhalb der Klinik. Dies steht in Übereinstimmung mit der Aussage von Prof. Mundt, „dass nur soviel Fremd-Empathie erreicht werden kann, wie Selbst-Empathie entwickelt wurde ...“

Aus meiner Sicht stellt Selbsterfahrung einen essenziellen, nicht wegzudenkenden Bestandteil psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildung dar. □

Dr. med. Heribert Blaß, Düsseldorf

Stellvertretender Leiter des Zentralen Ausbildungsausschusses der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV)

Atypische Neuroleptika in der Frühschwangerschaft Therapie trotz anderer Umstände

Auch 50 Jahre nach Markteinführung von Contergan® sind wir kaum weiter: Die Unsicherheit, welche Konsequenzen Arzneimittelanwendungen während der Schwangerschaft für das Ungeborene haben, ist nach wie vor groß. Die Hersteller sichern sich lediglich durch Warnhinweise haftungsrechtlich ab, die Forschung beschränkt sich weitgehend auf die vorgeschriebenen Tierexperimente im Rahmen der Arzneimittelzulassung. Was also tun, wenn eine Therapie zwingend erforderlich ist, wie beispielsweise bei Schizophrenie?

W. PAULUS

Zwischen 1958 und 1961 wurden etwa 10.000 Kinder mit schweren Gliedmaßendefekten geboren, deren Mütter während der Schwangerschaft Contergan® eingenommen hatten. Seitdem herrscht bei pharmazeutischer Industrie, Ärzten und Patientinnen berechnete Vorsicht, häufig jedoch auch irrationale Angst, im Hinblick auf die Medikamenteneinnahme während der Schwangerschaft. Oft stellt sich aufgrund fehlender Informationen die Frage, ob ein Schwangerschaftsabbruch indiziert ist oder nicht. Die Pharmazie zieht sich häufig auf eine juristisch sichere Position zurück, indem sie bei vielen Präparaten in der Fachinformation unter der Rubrik Schwangerschaft „kontraindiziert“ oder zumindest „strenge Indikationsstellung“ vermerkt. Damit wird dem verordnenden Arzt die Verantwortung übertragen.

Es ist keine Noxe bekannt, die zu 100% eine Fruchtschädigung verursacht. Röteln (circa 50%) und Contergan® (circa 30%) gelten als die Noxen, die am häufigsten tatsächlich Schäden verursacht haben. Je seltener ein Arzneistoff jedoch fruchtschädigend wirkt, desto schwieriger wird es in den wenigen Schadensfällen, die Ursache auf die Arzneimittelexposition zurückzuführen. Auch ohne Arzneitherapie beträgt die spontane Fehlbildungsrate circa 3–5%.

Therapieverzicht keine Lösung

Zu große Vorsicht oder gar ein Therapieverzicht kann bei chronisch kranken Schwangeren zu dramatischen Verschlechterungen der Grunderkrankung



Foto: AVAVA_fotolia.de

und damit zu einer erheblichen Gefährdung der Entwicklung des Feten führen. Das gilt auch für die Behandlung von Psychosen. Andererseits hat die unzureichende Aufklärung der Patientinnen und des medizinischen Fachpersonals über die tatsächlich bestehenden Risiken einer bereits erfolgten medikamentösen Therapie in der Frühgravidität zur Folge, dass viele Schwangerschaften ohne fundierte Indikation abgebrochen werden.

Die meisten Psychopharmaka verursachen keine Fehlbildungshäufung. Postpartal können Psychopharmaka zu einer verzögerten Anpassung von Kreislauf, Atmung, Tonus und Aktivität des Neugeborenen an die neuen Umgebungsbedingungen oder auch zu einem Entzugsyndrom führen. Daher wird in den Wochen vor dem Geburtstermin oft eine relative Kontraindikation formuliert, was jedoch mit Rücksicht auf die mütterliche Grunderkrankung nicht zu einem rigorosen Absetzen der Medikation führen sollte. Psychopharmaka sind meist gut plazentagängig und greifen auch in den Neurotransmitterhaushalt des Ungeborenen ein. Inwieweit daraus Verhaltensänderungen beim Kind resultieren können, ist nicht eindeutig geklärt.

Mehr Schwangerschaften unter atypischen Neuroleptika

Etwa 400.000 Frauen in Deutschland leiden unter Schizophrenie, meist bereits im fertilen Alter. Die klassischen Neuroleptika führten häufig zu Hyperprolaktinämie und damit zu eingeschränkter Fertilität. Seit nunmehr über 15 Jahren wird eine wachsende Zahl atypischer Neuroleptika (z. B. Aripiprazol, Clozapin, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Ziprasidon) in den Handel gebracht. Diese Psychopharmaka haben geringere extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen und beeinflussen den Prolaktin Spiegel weniger, sodass die Lebensqualität der Betroffenen steigt und mehr Frauen trotz Medikation schwanger werden. Leider fehlen weitgehend größere prospektive Studien zu den Auswirkungen dieser Medikamente auf die Schwangerschaft. Patientinnen, die während der Therapie mit atypischen Neuroleptika ungeplant schwanger werden, sind daher enorm verunsichert bezüglich der Prognose ihrer Nachkommen.

Auf Anregung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wurde 1976 in Kooperation mit der Universität Ulm eine Beratungsstelle für die Medikamentenanwendung in der Schwangerschaft eingerichtet. Beratung auf Grundlage der offiziellen pharmazeutischen Informationen konnte jedoch nicht befriedigen. Damit war das Projekt einer Beratungs- und Arzneimittelüberwachungsstelle für die Schwangerschaft geboren. Nach Aufnahme der Anfragen zur Exposition in der Frühschwangerschaft werden die Verläufe und Schwangerschaftsausgänge mit dem kindlichen Befinden dokumentiert. Durch konsequentes Follow-up konnten seither bei über 20.000 Fällen Schwangerschaftsverlauf und -ausgang dokumentiert und archiviert werden. Die seit 1976 in Kooperation mit der Universität Ulm in Forschung und Beratung tätige Einrichtung beteiligt sich seit 1992 als Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum am europäischen Netzwerk embryonaltoxikologischer Beratungsstellen ENTIS (European Network of Teratology Information Services) sowie seit 1999 an der AGATE (Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen).

Langzeitergebnisse

Im Rahmen einer prospektiven Follow-up-Studie hat unser Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum zwischen 1990 und 2008 197 Schwangerschaftsausgänge nach Medikation mit atypischen Neuroleptika (Aripiprazol, Clozapin, Risperidon, Olanzapin, Quetiapin, Ziprasidon) in der Frühgravidität dokumentiert (Tab. 1). Die Befunde wurden unter Einsatz des Fisher's Exact-Testes mit den Daten eines Kontrollkollektives (n = 679) aus demselben Zeitraum verglichen, das nicht oder unproblematisch exponiert war. In 72 Fällen wurde die Medikation im ersten Trimenon umgestellt oder abgesetzt, bei 116 Schwangerschaften lag eine Dauermedikation bis zur Geburt vor (Tab. 2). 15,7% der exponierten Patientinnen (31/197) entschieden sich ohne sonografische Hinweise auf eine gestörte Embryonalentwicklung zum Schwangerschaftsabbruch (Tab. 3), während der Anteil im Kontrollkollektiv bei 2,7% lag (18/679; $p < 0,001$). Die Spontanabortrate (Tab. 4) nach Einnahme atypischer Neuroleptika

Tabelle 1

Dokumentierte Schwangerschaften (n = 197) unter atypischen Neuroleptika

Wirkstoff	Schwangerschaften
Aripiprazol	24
Clozapin	46
Risperidon	30
Olanzapin	66
Quetiapin	27
Ziprasidon	4

Tabelle 2

Therapiedauer in der Schwangerschaft (n = 197)

Schwangerschaftsstadium	Anzahl der Schwangerschaften
I. Trimenon	72
I. + II. Trimenon	9
gesamte Schwangerschaft	116

Verlässlich informiert

Das Institut für Reproduktionstoxikologie bietet telefonische Beratung und übermittelt innerhalb von 24 Stunden eine schriftliche Risikobewertung einer Medikation in Schwangerschaft und Stillzeit. Die Beurteilung erfolgt anhand der eigenen Datenbank und publizierter Literatur. Weitere Informationen unter: www.reprotox.de

tika unterschied sich mit 10,2% (17/166) nicht signifikant vom Kontrollkollektiv mit 11,6% (77/661).

Nach intrauteriner Exposition mit atypischen Neuroleptika traten 14 kongenitale Anomalien auf: zystisches Lymphangiom (Clozapin), Leukodystrophie und Ventrikulomegalie (Olanzapin), zwei Fälle psychomotorischer Retardierung (Olanzapin), Klumpfuß (Clozapin, Olanzapin), Kryptorchismus (Risperidon), Spina bifida (Clozapin), Trisomie 13 (Risperidon), Holt-Oram-Syndrom (Olanzapin), adrenogenitales Syndrom (Ziprasidon), Analatresie (Aripiprazol), peroxisomale Stoffwechselerkrankung (Ziprasidon)

Schwangerschaftsabbrüche aus psychosozialen Gründen bei Frauen mit und ohne Medikation Tabelle 3

	Schwangerschaftsabbruch	Fortführung der Schwangerschaft	gesamt
Atypische Neuroleptika	31 15,7%	166 84,3%	197 100,0%
Kontrollen	18 2,7%	661 97,3%	679 100,0%

Fisher's Exact Test: $p < 0,001$

Spontanaborte bei Frauen mit und ohne Medikation Tabelle 4

	Spontanaborte	Geburten	gesamt
Atypische Neuroleptika	17 10,2%	149 89,8%	166 100,0%
Kontrollen	77 11,6%	584 88,4%	661 100,0%

Fisher's Exact Test: n.s.

Fehlbildungen in der Verum- und Kontrollgruppe Tabelle 5

	Fehlbildungen	Geburten	gesamt
Atypische Neuroleptika	14 9,4%	135 90,6%	149 100,0%
Kontrollen	26 4,5%	558 95,5%	584 100,0%

Fisher's Exact Test: $p = 0,025$

don), Pulmonalstenose mit Ventrikelseptumdefekt (Quetiapin), Leistenhernie (Quetiapin). Im Vergleich zum Kontrollkollektiv lag das Fehlbildungsrisiko knapp über dem Signifikanzniveau ($14/149 = 9,4\%$ versus $26/584 = 4,5\%$; $p = 0,025$; relatives Risiko 2,11; 95%-Konfidenzintervall 1,07–4,09). Selbst wenn beide Kollektive um die genetisch determinierten Fehlbildungsfälle bereinigt würden, bliebe ein signifikanter Unterschied in der Fehlbildungsrate bestehen ($11/146 = 7,5\%$ versus $17/575 = 3,0\%$; $p = 0,016$). Ein homogenes Fehlbildungsmuster fiel jedoch nicht auf.

Atypische Neuroleptika sollten im ersten Trimenon nur unter strengster Indikationsstellung eingesetzt werden, solange größere Fallzahlen fehlen. Eine Indikation zum Abbruch bei akzidentel-

ler Exposition in der Frühschwangerschaft besteht jedoch nicht.

Blick auf die aktuelle Literatur

Bislang sind die Erfahrungen mit atypischen Neuroleptika noch zu gering, um einen Einsatz in der Frühschwangerschaft großzügig empfehlen zu können. McKenna et al. [2005] beobachteten in einer prospektiven Multicenterstudie mit 151 Schwangerschaften keine höhere Fehlbildungsrate unter Medikation. Coppola et al. [2007] berichteten von 68 prospektiv erfassten Schwangerschaften, in deren Verlauf die Mütter Risperidon einnahmen. Dabei zeigte sich keine Abweichung vom allgemeinen Basisrisiko für Fehlbildungen. In der Studie von Wichman [2009] war unter 16 Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft Atypika

einnahmen, eines mit einer Anomalie. Das Swedish Medical Birth-Register erfasste bislang zwei Fehlbildungen nach intrauteriner Exposition unter 51 Neugeborenen mit Risperidon, drei unter 80 Neugeborenen mit Olanzapin, eine Fehlbildung unter 18 Neugeborenen mit Clozapin sowie vier unauffällige Kinder unter Quetiapin [Reis & Källén 2008].

Das American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) geht in den aktuellen Leitlinien von einem höheren Sicherheitsprofil der typischen Neuroleptika (Haloperidol, Thioridazin, Fluphenazin, Perphenazin, Chlorpromazin, Trifluoperazin) in der Schwangerschaft aus [2008]. Die Dosierungen sollten allerdings peripartal möglichst moderat gewählt werden, um extrapyramidale Nebenwirkungen bei den Neugeborenen zu vermeiden.

Fazit

Um Patientinnen mit schizophrenen Erkrankungen im fertilen Alter genügend Sicherheit zu vermitteln, müssen weitere Daten zur Anwendung atypischer Neuroleptika in der Schwangerschaft gesammelt werden. Nur eine konsequente Dokumentation aller akzidentellen Medikamentenexpositionen in der Schwangerschaft ermöglicht eine ausreichende Datenqualität, die gewährleistet, dass sich eine Tragödie wie bei Contergan® nicht wiederholt. Besonders im ersten Trimenon sollten moderate Dosen ausreichend evaluierter Pharmaka verabreicht werden. Neu eingeführte Präparate sind bei Frauen im fertilen Alter zurückhaltend zu verordnen. Die Konsultation einer teratologischen Beratungsstelle kann im Zweifelsfall zu einer Klärung des Risikos beitragen und das Follow-up zusätzlicher Expositionen ermöglichen. Eine enge interdisziplinäre Kooperation der betreuenden Fachärzte und pränatalmedizinischen Zentren trägt meist dazu bei, verunsicherte Patientinnen zu beruhigen. □

LITERATUR
beim Verfasser

Dr. med. Wolfgang Paulus
Institut für Reproduktionstoxikologie
Krankenhaus St. Elisabeth
Elisabethenstr. 17, 88212 Ravensburg
E-Mail: paulus@reprotox.de

Therapieleitlinien Schlaganfall

Akutbehandlung und frühe Sekundärprävention des ischämischen Hirninfarkts

In vielen westlichen Ländern ist der ischämische Schlaganfall mittlerweile die zweithäufigste Todesursache, in Deutschland steht er an der dritten Stelle der Mortalitätsstatistik. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Anzahl von Schlaganfällen künftig noch erheblich steigen, was die zunehmende Bedeutung dieses oft zu schwerer Behinderung führenden Krankheitsbildes sowohl für die Betroffenen als auch für die Gesellschaft dokumentiert. Umso notwendiger ist eine rasche und effektive Behandlung.

J. NACHBAR

Die Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls beruht immer auf mehreren Säulen, die größte Bedeutung hat dabei die rasche Einleitung spezifischer Therapiemaßnahmen, insbesondere die systemische Thrombolyse. Hier gilt unverändert das Konzept „time is brain“, wonach die Behandlung umso effektiver ist, je früher sie einsetzt. 2008 wurden umfangreiche Leitlinien zur Akutbehandlung des Hirninfarkts sowohl von der Europäischen Schlaganfallorganisation (ESO) als auch von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) veröffentlicht, die nachfolgend mit einigen Schwerpunkten dargestellt werden.

Epidemiologie

Mit einer Inzidenz von 50/100.000 in Deutschland waren 2002 etwa 41.000 Personen von einer Transitorischen Ischämischen Attacke (TIA) betroffen. Die Zahl ischämischer Hirninfarkte lag im gleichen Zeitraum bei 171.000 mit einer durchschnittlichen Inzidenz von 182/100.000. Männer sind deutlich öfter (200/100.000) betroffen als Frauen (170/100.000). Ein erhebliches Problem ist die hohe Letalität, die mit zuneh-

mendem Alter ansteigt und in den ersten 30 Tagen circa 5–10%, nach einem Jahr 20–37% beträgt. Unterschiedliche Studienergebnisse für den finanziellen Aufwand einer Schlaganfallbehandlung können nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich um ein großes volkswirtschaftliches Problem handelt. Nach Koluminsky-Rabas, 2006, betragen die Gesamtkosten für Schlaganfälle 2004 in Deutschland 7,1 Milliarden Euro. Der Aufwand je Fall wird zwischen 5.000 Euro und 43.000 Euro geschätzt. Nach Berechnungen des Erlanger Schlaganfallregisters wird bei der aktuellen demografischen Entwicklung der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von 24% auf nahezu 40% im Jahre 2050 steigen. Im gleichen Zeitraum wird die Anzahl der Schlaganfälle von jetzt etwa 175.000 jährlich auf 290.000 anwachsen, das entspricht einer Zunahme um mehr als zwei Drittel in knapp 50 Jahren.

Prästationäre Versorgung

Ein rascher Beginn spezifischer Therapiemaßnahmen ist von essenzieller Bedeutung. Leider hat der Schlaganfall im



Foto: J. Nachbar

Bewusstsein der Bevölkerung noch immer nicht den Stellenwert anderer Notfälle. Das Wissen um die Symptome und um die konkret durchzuführenden Maßnahmen ist trotz der bisherigen Aufklärungskampagnen längst nicht ausreichend. Eine verbesserte Aufklärung der Bevölkerung in einer ländlichen Region in Texas/USA war mit einer eindrucksvollen Zunahme der Lysefrequenz und des Outcomes von Schlaganfällen verbunden [Temple Foundation Stroke Project]. Bei einem Schlaganfall sollte keine Zeit mit Umwegen über Haus- oder Fachärzte verloren und sofort der notärztliche Dienst eingeschaltet werden (Telefon 112 oder 19222).

Atypische Symptome

Im Rahmen von Aufklärungsprojekten sollte insbesondere auch die Kenntnis uncharakteristischer Symptome bei den Beteiligten geschult werden.

Psychische Symptome: Nicht selten sind sie die einzige Manifestation der Ischämie, beispielsweise bei bilateralem Thalamusinfarkt unter dem Bild des akinetischen Mutismus oder bei einsei-

Tabelle 1

Beurteilung der Therapiewirksamkeit	
Therapieform	NNT*
Lyse (NINDS, Cochrane)	7
OAK bei Vorhofflimmern versus Placebo	13
ASS + DIP versus Placebo	53
Clopidogrel versus Placebo	63
Karotisendarterektomie:	
Symptomatische Stenose (70–99% NASCET)	27
Symptomatische Stenose (> 50% NASCET)	25
Statine	46–230

* NNT = number needed to treat

tigen Thalamusinfarkten und Insulten der Arteria recurrens Heubneri als amnestisches Syndrom und Verwirrtheit. Selbst eine globale Aphasie oder ein Neglect können als psychiatrisches Krankheitsbild fehlinterpretiert werden.

Schwindel ist ein weiteres atypisches Schlaganfallsymptom. Etwa 5% aller Basilaristhrombosen werden monosymptomatisch in Form eines Drehschwindels manifest. Dieser kann aber auch alleiniger Ausdruck eines akuten Kleinhirnininfarkts sein. Es findet sich das Syndrom einer Pseudoneuritis vestibularis, die bei PICA-Infarkten einer peripheren Vestibulopathie klinisch sehr ähnlich ist.

Kopfschmerz ist oft mit Schlaganfällen assoziiert. Im Falle einer Subarachnoidalblutung bestehen meist keine wesentlichen differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten in der Akutphase. Falls die neurologischen Defizite aber Ausdruck eines sekundären Vasospasmus nach Blutung sind, wird die Diagnose mit zunehmendem zeitlichen Abstand schwieriger. Von erheblicher Bedeutung sind Zephalgien auch bei Dissektionen der Arteria carotis interna und vertebralis. Als klinischer Hinweis gilt die Lokalisation im lateralen Halsbereich und im Falle einer Karotidisdissektion ein zusätzliches Horner-Syndrom. Gelegentlich werden auch Sinusvenenthrombosen durch isolierte Kopfschmerzen manifest. Bei Migräne sollte im Falle einer Persistenz neurologischer Symptome an einen migränösen Infarkt gedacht werden.

Leitlinien

2008 wurden in Europa zwei wichtige Leitlinien der DGN und der ESO veröffentlicht. Im angelsächsischen Sprachraum kann als wichtigste die 2007 erschienene Guideline der American Stroke Association (ASA) angesehen werden.

Leitlinien der DGN: Zum Gesamtthema Schlaganfall existieren von der DGN eine ganz Reihe unterschiedlicher Leitlinien (Download 5. Auflage: www.dgn.org/leitlinien.html). Sie umfassen unter anderem die wichtigsten Schlaganfallstudien und eine umfangreiche Literaturübersicht. Aus den speziellen Publikationen zur Behandlung akuter zerebraler Ischämien sowie zur Primär- und Sekundärprävention des Schlaganfalls lassen sich die nachfolgend referierten Empfehlungen ableiten.

Leitlinie der ESO: Im Frühjahr 2008 wurden unter Federführung von Prof. Werner Hacke für die ESO-Vorschläge zur Behandlung von Patienten mit akutem Hirninfarkt oder TIA veröffentlicht.

Guidelines der ASA: Zum akuten Stroke-Management stellte die amerikanische Schlaganfallgesellschaft Leitlinien sowohl für die Therapie von Erwachsenen als auch von Kindern zur Verfügung.

Evidenz: Im Zeitalter evidenzbasierter Medizin wurde bei der Erstellung aller Leitlinien großer Wert auf die Berücksichtigung valider Daten gelegt. Dazu erfolgte in den genannten Publikationen eine Einteilung nach Evidenzklassen, die bei der DGN mit Pfeilsymbolen gekennzeichnet sind. In den europäischen und nordamerikanischen Leitlinien werden die Klassen 1 bis 4 unterschieden.

Daraus resultieren Empfehlungsstärken von A bis C.

Grundsätze der Akutbehandlung

Fünf Säulen bilden die Grundlage jeder Akutbehandlung eines Schlaganfalls:

1. Monitoring in Stroke Units
2. rekanalisierende Therapie (Thrombolyse)
3. Basistherapie
4. frühe Sekundärprophylaxe
5. frühe Rehabilitation

Auf die ersten vier Säulen der Behandlung soll nachfolgend im Einzelnen eingegangen werden.

1. Stroke-Unit

Monitoring: Das Stroke-Unit-Konzept der Deutschen Schlaganfallgesellschaft hat sich aus der Erfahrung entwickelt, dass im Vergleich zur Behandlung auf Normalstationen durch intensive Überwachung der Patienten in personell und technisch besonders ausgerüsteten Spezialstationen mit rascher Diagnostik und schnellem Therapiebeginn die langfristige Prognose deutlich verbessert werden kann. Voraussetzung ist unter anderem eine 24-stündige Präsenz eines entsprechend ausgebildeten Arztes und die Möglichkeit einer frühzeitigen Lysetherapie. Daneben müssen die Kriterien der NINDS-Studie eingehalten werden, wonach der erste Arztkontakt innerhalb von 10 Minuten, die CT-Diagnostik innerhalb von 25 Minuten, die „door-to-needle“-Zeit in 60 Minuten und der Beginn des Überwachungsprogramms in einem Zeitfenster von 3 Stunden erfolgen muss. Differenzialdiagnostisch müssen intrazerebrale Blutung, Hypoglykämie, Migräne, Todd'sche Parese nach epileptischen Anfällen, Tumor, Enzephalitis, Multiple Sklerose, Sinusvenenthrombose und Neuronitis vestibularis ausgeschlossen werden. Eine kürzlich veröffentlichte große italienische Studie (PROSIT) konnte anhand von 11.572 Patienten erneut die Effektivität von Stroke Units im Vergleich zur Normalstation nachweisen. Es fand sich eine signifikante Risikoreduktion von etwa 20% (OR 0,81) für Tod oder Abhängigkeit (mRS > 2) unabhängig von Alter, Ausprägung, Geschlecht und Begleiterkrankungen. Ein Cochrane-Review hatte bei 6.936 Personen 2007 eine

ähnliche Reduktion von schlechten Verläufen gezeigt (OR 0,86). Aus diesen Ergebnissen leitet sich übereinstimmend eine in allen Leitlinien festgelegte entscheidende Empfehlung ab:

Leitlinie: Alle Schlaganfallpatienten sollten auf einer Stroke Unit behandelt werden (DGN, ESO, II-A).

Diagnostik: Eine Besonderheit stellen in Stroke Units jene Fälle dar, die mit einer TIA oder nur gering ausgeprägter Symptomatik zur Aufnahme kommen. Hier wird häufig ein zu geringes Augenmerk auf die weitere Behandlung gelegt, obwohl in 10% der Fälle innerhalb von 48 Stunden ein Schlaganfall folgt [Rothwell, 2005] und 20% der Schlaganfallpatienten vor dem definitiven Ereignis eine TIA erleiden. Die frühere zeitliche Klassifizierung TIA, PRIND oder Stroke ist angesichts kernspintomografischer Untersuchungsergebnisse nicht mehr aufrechtzuerhalten, da 20–50% aller TIA-Patienten in der Diffusionswichtung akute Veränderungen zeigen. Aus diesem Grund haben sich folgende Leitlinien mit hoher Evidenz und starkem Empfehlungsgrad etabliert:

Leitlinie: Im Falle einer TIA, eines leichten Schlaganfalls oder bei rascher Symptomverbesserung ist dennoch eine umgehende Diagnostik inklusive Gefäßdiagnostik (Ultraschall, CTA oder MRA) erforderlich (ESO, DGN, IIB).

Leitlinie: Alle Schlaganfall- und TIA-Patienten erhalten initial ein 12-Kanal-EKG. Daneben wird kontinuierliches EKG-Monitoring für diese Patientengruppe empfohlen (ESO, IA).

Die Kernspintomografie hat in der Schlaganfalldiagnostik in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen, auch wenn unbestritten ist, dass 10–45% der Patienten aus unterschiedlichen Gründen für die Kernspintomografie nicht geeignet sind. Durch die Wahl geeigneter MR-Sequenzen kann die Untersuchungsdauer auf unter 15 Minuten reduziert werden. Diese Forderung wird beispielsweise erfüllt, wenn lediglich folgende MR-Parameter berücksichtigt werden:

- T2*-Sequenz zum Ausschluss einer Blutung
- FLAIR-Sequenz
- Diffusionswichtung dw
- Perfusionswichtung pw
- MR-Angiografie (MRA)

In einer kürzlich erschienenen Studie an 356 Patienten konnte gezeigt werden, dass mit Ausnahme akuter Blutungen die Sensitivität der Kernspintomografie beim Schlaganfall erheblich größer ist als die der Computertomografie (CT) [Chalela, 2007]. Dennoch gilt die CT weiterhin als Methode der Wahl in der Erstdiagnostik von Schlaganfällen. Allerdings ist die MRT in der Akutphase von Ischämien im vertebrobasilären Stromgebiet der CT überlegen und sollte wenn möglich direkt zur Diagnostik herangezogen werden.

Leitlinie: Bei Patienten mit Verdacht auf eine TIA oder einen Schlaganfall wird ein dringliches CT (Klasse I) oder alternativ ein MRT (Klasse II) empfohlen (ESO, A).

2. Thrombolyse

Zeitfenster: Die Wirksamkeit und Sicherheit der Thrombolyse wurde bereits in der Zulassungsstudie 1995 (NINDS-Studie) nachgewiesen. Von besonderer Bedeutung war dabei, dass die Zahl der notwendigen Behandlungen (number needed to treat, NNT) für ein positives Outcome um so niedriger war, je früher die Thrombolyse begonnen wurde. In einem Zeitfenster bis 2 Stunden nach Auftreten des Ereignisses waren sieben Behandlungen erforderlich (NNT 7), um einen günstigen Ausgang für einen Patienten zu erzielen (Tab. 1). Diese Studie wurde durch eine Metaanalyse [Hacke, 2004] bestätigt, in der in einer komplexen statistischen Überprüfung die wichtigsten Lysestudien [NINDS-Studie, ECASS I und II, ATLANTIS] hinsichtlich der Wirksamkeit der Thrombolyse mit rt-PA (recombinant tissue plasminogen activator) im 3-Stunden-Zeitfenster überprüft wurden. Hier zeigte sich ein positives Ergebnis um so eher, je früher die Behandlung einsetzte. In dem genannten Zeitfenster ≤ 3 Stunden ist Alteplase in Deutschland, Europa und Nordamerika zugelassen. Als Standarddosierung gilt 0,9 mg pro kg

Körpergewicht, nach einem Bolus von 10% wird der Rest über einen Zeitraum von einer Stunde via Perfusor appliziert. Aufgrund der im September 2008 veröffentlichten ECASS-III-Studie wurde im Mai 2009 eine Aktualisierung der Leitlinien der ESO und der DGN zur Akuttherapie des Schlaganfalls vorgenommen [ECASS III, 2008]. Bei 821 Patienten war eine Thrombolyse im Zeitfenster zwischen 3 Stunden und 4,5 Stunden durchgeführt worden (im Durchschnitt nach 3,59 Stunden). Es zeigte sich ein günstiger Ausgang bei Patienten mit rt-PA in 52,4% gegenüber Placebo mit 45,2% der Fälle. Dieser Unterschied war signifikant. Das positive Ergebnis ergab sich trotz einer höheren Rate symptomatischer Blutungen in der rt-PA-Gruppe mit 2,4% gegenüber 0,2% unter Placebo. Der Unterschied in der Mortalität, die bei den rt-PA-Patienten bei 7,7%, bei Placebo bei 8,4% lag, war nicht signifikant. Obgleich die nationale Zulassung für rt-PA im Zeitfenster zwischen drei und 4,5 Stunden noch aussteht, wird die Indikation für die Thrombolyse nunmehr auf den genannten Zeitraum erweitert. Damit leitet sich folgende Leitlinie zur akuten Thrombolyse des Schlaganfalls ab:

Leitlinie: Die Thrombolyse mit intravenösem rekombinanten Gewebsplasminogen Aktivator (rt-PA, 0,9 mg pro kg Körpergewicht, Maximum 90 mg), 10% der Dosis als Bolusgabe, gefolgt von einer 60-minütigen Infusion wird in einem Zeitfenster bis 4,5 Stunden nach Symptombeginn eines ischämischen Schlaganfalls empfohlen (IA).

Seit einiger Zeit gibt es Bestrebungen, die Thrombolyse durch zusätzliche Applikation von Ultraschall effektiver zu gestalten. Alexandrov konnte bei 126 Patienten eine signifikante Besserung der Rekanalisationsrate innerhalb von 2 Stunden (49% vs. 30%) und ein besseres Outcome nach drei Monaten, gemessen an einem mRS < 3 in der Ultraschallgruppe (42% vs. 29%) nachweisen.

Lokale und systemische Lyse: In einer Untersuchung von Mattle, 2008, an 112 Schlaganfallpatienten mit proximalem Mediaverschluss und hypodensem Mediazeichen im CT, wurde die lokale arte-

Tabelle 2

Essen-Stroke-Risk-Score zur Einschätzung des Schlaganfallrezidivrisikos

Risikofaktoren	Punkte
< 65 Jahre	0
65–75 Jahre	1
> 75 Jahre	2
Arterielle Hypertonie	1
Diabetes mellitus	1
Myokardinfarkt	1
Andere kardiovaskuläre Ereignisse (außer Myokardinfarkt und Vorhofflimmern)	1
pAVK	1
Raucher	1
Zusätzliche TIA oder Insult zum qualifizierenden Ereignis	1
≥ 3 Punkte: Rezidivrisiko ≥ 4% / Jahr	

rielle und die systemische venöse Lyse verglichen. Erwartungsgemäß war die mittlere Zeit bis zum Therapiebeginn im interventionellen Arm mit 244 Minuten deutlich größer als bei der intravenösen Anwendung mit 156 Minuten. Das Behandlungsergebnis durch lokale Intervention war jedoch deutlich besser als bei systemischer Applikation. Eine gute Remission mit einem mRS < 3 konnte in der intraarteriellen Gruppe bei 53%, in der intravenösen Gruppe nur bei 23% erzielt werden. Die Mortalität lag nach Intervention bei 7%, nach systemischer Lyse bei 23%. Daraus ergibt sich eine weitere Leitlinienempfehlung:

Leitlinie: Die intraarterielle Behandlung akuter ACM-Verschlüsse ist eine empfohlene Behandlungsoption (ESO, DGN, II B).

Bei Basilaristhrombosen zeigt ein Vergleich zwischen lokaler und systemischer Lyse ein anderes Bild. In einer Studie wurde die Wirkung der beiden Verfahren hinsichtlich der Endpunkte Tod oder Abhängigkeit, Rekanalisation, Überleben und Outcome mit einem mRS < 4 überprüft [Lindsberg et al., 2006]. Die 420 in die Studie einbezogenen Patienten wurden 376-mal lokal und 77-mal systemisch lysiert. Im 3-Stunden-Zeitfenster ließ sich keine eindeutige Überlegenheit einer der beiden Methoden

nachweisen. Für die Basilaristhrombose ergibt sich damit die folgende Leitlinie:

Leitlinie: Die intraarterielle Thrombolyse ist bei ausgewählten Patienten mit akutem Basilarisverschluss empfohlen. Eine intravenöse Thrombolyse von Basilarisverschlüssen ist eine akzeptable Behandlungsalternative innerhalb von 3 Stunden nach Symptombeginn (DGN, ESO, IB).

3. Basistherapie des Schlaganfalls

Die allgemeine Therapie zur Aufrechterhaltung eines physiologischen Milieus bildet die Grundlage jeder Schlaganfallbehandlung. Eine Therapie der arteriellen Hypertonie in der Akutphase sollte nur dann erfolgen, wenn systolische Werte von 220 mmHg oder diastolische Werte von 120 mmHg überschritten werden. Im Falle einer geplanten Lyse ist allerdings eine Blutdrucksenkung unter 185 mmHg systolisch erforderlich. Wenn die Sauerstoffsättigung einen Wert von 95% unterschreitet, ist bei schweren Schlaganfällen eine Sauerstoffzufuhr über eine Nasensonde (2–4 l pro Minute) zu empfehlen. Bei jedem Patienten ist ein intensives Monitoring des neurologischen Status und der Vitalfunktionen einschließlich EKG und Blutdruckmessung erforderlich. Die Überwachung der kardialen Funktion ist unerlässlich, da bei zerebralen Ischämien häufig Arrhythmien und Endstreckenveränderungen auftreten. Nicht ungewöhnlich ist auch eine Erhöhung der Herzmuskelenzyme, weshalb in der Akutphase immer differenzialdiagnostisch ein zusätzlicher Herzinfarkt abzugrenzen ist. Eine ausgeglichene Flüssigkeitsbilanz ist wichtig, bei Bedarf sollte initial physiologische Kochsalzlösung als Infusionstherapie eingesetzt werden.

mien häufig Arrhythmien und Endstreckenveränderungen auftreten. Nicht ungewöhnlich ist auch eine Erhöhung der Herzmuskelenzyme, weshalb in der Akutphase immer differenzialdiagnostisch ein zusätzlicher Herzinfarkt abzugrenzen ist. Eine ausgeglichene Flüssigkeitsbilanz ist wichtig, bei Bedarf sollte initial physiologische Kochsalzlösung als Infusionstherapie eingesetzt werden.

Leitlinie: Bei Hypertonie ist eine Senkung des systolischen Blutdrucks ab 220 mmHg beziehungsweise des diastolischen Blutdrucks ab 120 mmHg indiziert (ESO, IV, GCP).

Leitlinie: Bei Absinken der Sauerstoffsättigung unter 95% ist eine Sauerstoffgabe über Nasensonde indiziert (ESO, IV, GCP).

Leitlinie: Jeder Schlaganfallpatient sollte einem Monitoring von neurologischem Status, EKG, RR und anderen physiologischen Parametern unterzogen werden (ESO, DGN, IA).

Leitlinie: Zur Rehydrierung sollte initial ein Flüssigkeitseratz mit physiologischer Kochsalzlösung erfolgen (ESO, IV, GCP).

Bewiesen ist, dass erhöhte Blutzuckerwerte zu einem schlechteren Outcome nach Schlaganfall führen. Deshalb sollte eine Hyperglykämie bereits bei Werten > 200 mg/dl frühzeitig mit Altinsulin behandelt werden. Auch erniedrigte Blutzuckerwerte können zu einer schlechten Prognose beitragen. Der Ausgleich einer Hypoglykämie sollte ab 50 mg/dl mit 10–20% Glukose durchgeführt werden. Da sich auch erhöhte Temperaturen ungünstig auf den Verlauf auswirken, ist bei Fieber > 37,5°C eine Behandlung mit Paracetamol angezeigt. Gleichzeitig sollte eine Infektsuche erfolgen.

Dekompressionsoperation: Eine besondere Herausforderung ist eine intrakranielle Drucksteigerung durch ausgedehnte, maligne Mediainfarkte oder durch raumfordernde Ischämien im hinteren Stromgebiet. In einer Metaanalyse

mehrerer europäischer Studien [DECIMAL, DESTINY, HAMLET, 2007] konnte eindeutig ein positiver Effekt einer Dekompressionsoperation gezeigt werden. Dies gilt allerdings nur dann, wenn das Alter der Betroffenen zwischen 18 und 60 Jahren liegt und der Eingriff innerhalb der ersten 48 Stunden erfolgt. Beim malignen Mediainfarkt kann die Mortalität um 50% reduziert werden, was einer NNT von 2 entspricht. Die absolute Risikoreduktion für eine schwere Behinderung (mRS < 4) beläuft sich auf 25% (NNT 4). Auch raumfordernde Kleinhirninfrakte sollten frühzeitig durch Dekompression und Ventrikel Drainage behandelt werden.

4. Sekundärprävention nach TIA und Stroke

Thrombozytenfunktionshemmer (TFH):

Das Schlaganfallrezidivrisiko kann mit Hilfe der Essener Risikoskala (ESRS = Essen-Stroke-Risk-Score) geschätzt werden (Tab. 2). Auf dieser maximal 10 Punkte umfassenden Skala wird von einem erhöhten Rezidivrisiko $\geq 4\%$ jährlich ausgegangen, wenn drei oder mehr Punkte vorliegen. Die Ergebnisse zweier großer randomisierter Behandlungsstudien [IST, CAST] mit Patientenkollektiven um 20.000 zeigten, dass innerhalb von 48 Stunden nach Symptombeginn gegebene Acetylsalicylsäure (ASS) die Mortalität und die Rezidivrate von Schlaganfällen minimal, aber signifikant reduziert (NNT 111). Daraus leitet sich die Empfehlung ab, bei Patienten zur Sekundärprävention TFH einzusetzen. Eine frühe Antikoagulation führt wegen vermehrter Blutungskomplikationen zu keinem positiven Nettoeffekt.

Leitlinie: Die Verabreichung von Acetylsalicylsäure (100–300 mg/d) in der Frühphase nach einem Schlaganfall kann empfohlen werden (DGN, IA).

Eine Überprüfung der Kombination aus ASS und Dipyridamol erfolgte hinsichtlich ihres Einsatzes zur langfristigen Sekundärprophylaxe und ergab in zwei großen Studien [EPSP 2, 1996; ESPRIT, 2006] im Vergleich zu einer Monotherapie mit ASS eine absolute Risikoreduktion durch die Kombination um 2,6%. Für Patienten mit erhöhtem

Schlaganfallrisiko leitet sich daraus eine Präferenz der Kombination ab.

Leitlinie: Bei Patienten mit hohem Rezidivrisiko ($\geq 4\%$ pro Jahr) wird die zweimal tägliche Gabe der fixen Kombination aus 25 mg Acetylsalicylsäure plus 200 mg Dipyridamol empfohlen (DGN, IA).

In der MATCH-Studie zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Sekundärprophylaxe bei Hochrisikopatienten zwischen einer Monotherapie mit Clopidogrel und einer Kombination aus ASS und Clopidogrel. Die CHARISMA-Studie konnte auch keinen eindeutigen Vorteil einer dualen Plättchentherapie gegenüber der ASS-Monotherapie nachweisen. Der Einsatz von Clopidogrel bei Schlaganfallpatienten ist deshalb bestimmten Indikationen vorbehalten, insbesondere einer Unverträglichkeit oder Kontraindikation von ASS. Jedoch muss hier zuvor eine Behandlung eventueller ASS-bedingter gastralischer Nebenwirkungen mit Protonenpumpenhemmern und ein erneuter Behandlungsversuch mit ASS erfolgen. Außerdem sollte bei erhöhtem Rezidivrisiko zunächst die fixe Kombination von ASS und Dipyridamol vorausgehen. Seitens der ESO wird der Einsatz von 75 mg Clopidogrel bei einem Risiko $\geq 4\%$ jährlich und zusätzlicher pAVK empfohlen. Ein duale Plättchentherapie sollte nur bei Patienten mit zerebraler Ischämie und gleichzeitigem akutem Koronarsyndrom oder bei Patienten mit Non-Q-Wave-Herzinfarkt eingesetzt werden.

Leitlinie: Bei Patienten mit einem hohem Rezidivrisiko nach TIA und Schlaganfall ($\geq 4\%$ pro Jahr) und zusätzlicher pAVK wird der Einsatz von Clopidogrel 75 mg/d empfohlen (ESO, DGN, IA).

Leitlinie: Bei Patienten mit TIA oder Schlaganfall und Koronarsyndrom, Angina pectoris oder Non-Q-Wave-Herzinfarkt wird der Einsatz einer Kombination von ASS plus Clopidogrel für drei Monate empfohlen (ESO, IA).

Vorhofflimmern: Die Antikoagulation stellt weiterhin die Domäne bei der Sekundärprophylaxe von Schlaganfallpati-

enten mit kardialer Emboliequelle dar. In der BAFTA-Studie, 2007, konnte durch orale Antikoagulation eine absolute Risikoreduktion von 8% gegenüber einer Monotherapie mit ASS nachgewiesen werden. Der Vergleich einer dualen Plättchentherapie mit der oralen Antikoagulation in der mit 6.706 Studienteilnehmern sehr großen AKTIVE-W-Studie musste wegen der deutlich höheren Zahl vaskulärer Ereignisse in der Kombinationsgruppe vorzeitig abgebrochen werden und bestätigte die Überlegenheit von Warfarin in diesem Kollektiv. Die Anwendung der Antikoagulanzen bei Vorhofflimmern gilt mit einer NNT von 13 als eine der wirksamsten präventiven Maßnahmen nach zerebralen ischämischen Ereignissen überhaupt. Folgende Leitlinien sind dazu von besonderer Bedeutung:

Leitlinie: Bei Patienten mit kardialer Emboliequelle, insbesondere Vorhofflimmern, wird eine orale Antikoagulation mit einer INR 3,0 empfohlen (DGN, ESO, IA).

Leitlinie: Bei Patienten mit mechanischen Herzklappen wird die Antikoagulation mit INR Werten zwischen 2,0 und 3,5 durchgeführt (DGN, ESO, IIIC).

Leitlinie: Bei Patienten mit biologischer Klappe wird eine temporäre Antikoagulation für drei Monate empfohlen (DGN, ESO, IIIC).

Karotisstenose: Die bedeutsamsten Studien zur Frage der Sekundärprävention bei Karotisstenose aus Nordamerika [NASCET, 1998] und Europa [ECST, 1999] ergaben Klarheit über die Indikation zur Operation von symptomatischen Karotisstenosen. Bei hochgradigen symptomatischen Stenosen zwischen 70% und 95% ist die Endarteriektomie (CEA) Methode der ersten Wahl zur Vorbeugung. Die NNT beträgt 16 pro Jahr und ist um so geringer, je niedriger das OP-Risiko ist und je früher der Eingriff erfolgt. Die Risikoreduktion für eine erneute zerebrale Ischämie ist in den ersten beiden Wochen besonders hoch, deshalb sollte der Eingriff innerhalb

dieses Zeitraums durchgeführt werden. Ab einer Komplikationsrate von mehr als 6 % ist von der Operation kein Nutzen mehr zu erwarten. In jüngeren Studien [SPACE, 2006; EVA3S, 2006] ergab sich im Vergleich von Operation und stentgestützter Angioplastie (CAS) ein Trend zugunsten des operativen Vorgehens. Besonders bei älteren Patienten hat die Operation eine geringere Komplikationsrate und wird dem interventionellen Eingriff vorgezogen. Die Karotisangioplastie ist nicht in allen Einrichtungen ein Routineverfahren, kann aber nach Schlaganfallrezidiv trotz Operation, nach Bestrahlung und bei hochsitzender Stenose erwogen werden. Daraus ergeben sich bei der Frage nach Endarteriektomie oder Stent folgende Leitlinien:

Leitlinie: Bei Patienten mit Karotisstenose von 70–90 % wird die CEA empfohlen, aber nur wenn die Komplikationsrate der Operation kleiner 6 % ist und der Eingriff innerhalb von zwei Wochen erfolgt (ESO, DGN, IA).

Leitlinie: Bei Karotisstenosen kleiner 50 % wird keine CEA empfohlen (ESO, IA).

Leitlinie: Der Nutzen einer Operation ist geringer bei einem Stenosegrad zwischen 50 % und 70 % und eine CEA ist am ehesten bei Männern mit vorangehenden Schlaganfall erfolgversprechend (ESO, DGN, IIC), allerdings nur dann, wenn die Komplikationsrate der OP kleiner 3 % ist (ESO, IA).

Leitlinie: Eine Karotisangioplastie mit Stent (CAS) kann vereinzelt für folgende Gruppen in Erwägung gezogen werden: Kontraindikation gegen einen operativen Eingriff, nach Bestrahlung oder bei chirurgisch nicht erreichbarer Stenose (ESO, DGN, IIC).

Statine: In den letzten Jahrzehnten wurden umfangreiche Studien zur Wirksamkeit einer Schlaganfallprophylaxe mit Statinen veröffentlicht. Hervorzuheben sind die Heart Protection Study [HPS, 2002] und die SPARCL-Studie, 2006, in denen eine Subgruppe mit Schlagan-

fall oder TIA ohne manifeste KHK untersucht wurde. Die absolute Risikoreduktion für vaskuläre Ereignisse mit Simvastatin in der HPS betrug über einen Zeitraum von fünf Jahren 5,1 %, woraus sich eine NNT von 20/5 Jahren ergibt. In der SPARCL-Studie wurde hoch dosiertes Atorvastatin bei Patienten mit TIA oder Schlaganfall zur Prophylaxe eingesetzt. Unter zusätzlicher Berücksichtigung von koronaren Ereignissen und vaskulärem Tod war in SPARCL der gemeinsame vaskuläre Endpunkt signifikant relativ um 20 % beziehungsweise absolut um 3,5 % pro fünf Jahre reduziert. Daraus errechnet sich eine NNT von 29 pro fünf Jahre bei Einsatz von Atorvastatin. Entsprechend wurden folgende überarbeitete Leitlinien eingeführt:

Leitlinie: Bei Patienten mit fokaler zerebraler Ischämie und KHK sollten unabhängig vom Ausgangswert des LDL-Cholesterins Statine eingesetzt werden. Die Zielwerte für das LDL-Cholesterin sollten zwischen 70 mg/dl und 100 mg/dl liegen (DGN, A).

Leitlinie: Bei Patienten mit ischämisch bedingten TIA/Schlaganfällen (modifiziertes Rankin < 3) ohne KHK mit LDL-Cholesterinwerten zwischen 100 mg/dl und 190 mg/dl werden 80 mg/d Atorvastatin zur Reduktion eines Rezidivs und der kardiovaskulären Mobilität empfohlen (DGN, C).

Intrakranielle Stenosen: Bezüglich der Sekundärprophylaxe bei symptomatischen intrakraniellen Stenosen wurde in der WASID-II Studie, 2006, die Wirksamkeit von oralen Antikoagulantien bei einem INR von 2 bis 3 mit hochdosiertem ASS (1.300 mg) verglichen. Die Studie musste wegen erhöhter Blutungsrate im Therapiearm mit Warfarin abgebrochen werden. Ansonsten zeigte sich kein signifikanter Wirkungsunterschied zwischen den beiden Behandlungsformen. Für die Vorbeugung weiterer ischämischer Ereignisse bei intrakraniellen Stenosen gilt entgegen früherer Ansicht, dass die Prophylaxe mit ASS in der Regel ausreicht. Eine interventionelle Behandlung durch Stentimplanta-

tion bleibt Zentren mit entsprechender neuroradiologischer Expertise in Einzelfällen vorbehalten.

Leitlinie: Bei Patienten mit hochgradigen intrakraniellen Stenosen oder Verschlüssen ist eine Antikoagulation mit einer INR von 3,0 nicht wirksamer ..., führt aber zu vermehrten Blutungskomplikationen und kann deshalb nicht empfohlen werden. Es wird die Sekundärprävention mit TFH, zum Beispiel ASS in einer Dosierung von 100–300 mg empfohlen (DGN, B).

Leitlinie: Bei Rezidivereignissen kann eine Stentimplantation in Zentren mit entsprechender neuroradiologischer Erfahrung erwogen werden (DGN, C).

Zusammenfassung

In der Akuttherapie und in der frühen Sekundärprophylaxe nach Schlaganfall stehen eine Reihe wirksamer Behandlungsmethoden zur Verfügung (Tab. 1). Am effektivsten ist die systemische Thrombolyse innerhalb eines Zeitfensters von 4,5 Stunden. Dabei gilt das Prinzip „time is brain“, wonach der Einsatz von rt-PA nach Ausschluss einer Blutung und eines großen raumfordernden Infarkts so früh wie möglich erfolgen sollte. Zur Sekundärprophylaxe bei Vorhofflimmern und kardialen Emboliequellen bleibt die Antikoagulation weiterhin Therapieform der Wahl. Die Behandlung mit Phenprocoumon oder Warfarin ist aber in der Frühprävention nach Schlaganfällen nicht besser wirksam als die Gabe von TFH. Sie wird jedoch gelegentlich zur Vorbeugung bei Dissektionen der hirnversorgenden Arterien eingesetzt. Die Prävention von Schlaganfällen bei höhergradigen 70–99%-igen Karotisstenosen erfolgt unter definierten Voraussetzungen in der Regel durch eine Karotisendarteriektomie. □

LITERATUR

beim Verfasser

Dr. med. Josef Nachbar

Klinik für Neurologie, Klinische Neurophysiologie, Neuroradiologie
Inn-Salzach-Klinikum, 83512 Wasserburg
E-Mail: josef.nachbar@iskl.de

Psychiatrische Kasuistik

EKT-Behandlung bei katatonen Schizophrenie

Anamnese

Der 37-jährige Patient wurde in Begleitung seiner rechtlichen Betreuerin vorgestellt und sollte erneut stationär aufgenommen werden, nachdem er sich einige Tage zuvor aus der stationären Behandlung entfernt hatte. Im Kontakt ist der Patient initial weitgehend mutistisch. Später äußerte der Patient, dass in der Klinik „etwas massiv nicht stimmt“. Fremdanamnestisch ist zu erfahren, dass er sich, nachdem er vor sechs Monaten seine antipsychotische Medikation abgesetzt hat, zunehmend zurückgezogen habe. Er sei deutlich angespannter und psychomotorisch unruhiger und er habe ihm langjährig bekannte Wohnbetreuer/Sozialarbeiter nicht mehr in die Wohnung gelassen. Er ließ sich nur mit großer Mühe und unter Androhung einer alternativ durchzusetzenden Unterbringung nach BGB von der Notwendigkeit überzeugen, die Therapie fortzusetzen. Im Beisein der Betreuerin willigte der Patient freiwillig in eine stationäre Therapie ein. Im Laufe der nächsten Tage entfernte er sich mehrfach von der Station und wurde teilweise rastlos umherlaufend in der Nähe des Klinikgeländes wieder aufgefunden, sodass eine vormundschaftliche Unterbringung des Patienten erfolgte.

Bereits 2002 wurde eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert. Seitdem erfolgten insgesamt fünf gerichtliche Unterbringungen und stationär-psychiatrische Behandlungen in verschiedenen Kliniken. Im Vorfeld der jetzigen stationären Aufnahme hatte der Patient seine zuletzt eingenommene Medikation, bestehend aus Risperidon und Amisulprid, vor etwa sechs Monaten abgesetzt. Es folgten drei stationäre Behandlungsversuche in unserer Klinik, die jedoch alle vorzeitig durch den Patienten beendet wurden. Nach Angaben

des Wohnbetreuers war unter antipsychotischer Medikation jeweils eine deutliche Besserung, wenn auch keine vollständige Remission der Symptomatik eingetreten. Der Patient hatte zwischen den Episoden ein gutes soziales Funktionsniveau mit nur wenig Negativsymptomatik gezeigt und anfangs auch in einer eigenen Wohnung gelebt.

Psychopathologischer Befund

Wir sahen einen wachen, voll orientierten Patienten in akzeptablem Pflegezustand, der im Kontakt sehr misstrauisch wirkte, dabei war er submutistisch und machte kaum Angaben. Das Verhalten und die Kommunikation waren maniriert. Der Patient perseverierte Reflektionen zu stellaren und planetaren Konstellationen. Der formale Gedankengang war dabei verlangsamt mit einzelnen Gedankenabbrüchen, jedoch insgesamt noch kohärent und nachvollziehbar, wenn die angesprochenen Themen tatsächlich verfolgt wurden. Inhaltlich war er äußerst misstrauisch, äußerte eine Wahnstimmung und paranoide Denkinhalte. Ich-Störungen und Sinnestäuschungen waren nicht zu eruieren, es bestand jedoch der Verdacht auf akustische Halluzinationen. Die Stimmung war dysphorisch und gereizt, der Affekt war dabei starr. Der Antrieb war gesteigert mit innerer Unruhe und psychomotorischer Erregung, des Weiteren zeigte der Patient Haltungsstereotypien. Der Patient verneinte Lebensüberdrussgedanken, es bestand eine eingeschränkte Krankheits- und Behandlungseinsicht.

Therapie und Verlauf

Wir nahmen den Patienten mit einer akuten Reexazerbation bei vordiagnostizierter paranoider Schizophrenie auf unsere geschützte Station auf. Wir be-

gannen zügig mit einer erneuten Einstellung auf die Antipsychotika Amisulprid, Risperidon und Aripiprazol. Initial wirkte der Patient im Kontakt angespannt und einsilbig, zudem fiel eine deutliche psychomotorische Unruhe auf. Er lief den ganzen Tag auf den Stationen auf und ab und zeigte, was sein Gangbild betraf, eine deutliche Tendenz zu Manierismen. Es gelang ihm während des Aufenthaltes nicht, eine regelmäßige Tagesstruktur durchzuhalten, auch bei den Visiten zu den vereinbarten Terminen war er nicht immer anwesend. Das klinische Bild während des Aufenthaltes wurde vielmehr von äußerster Ambivalenz gegenüber Gesprächsangeboten und gegenüber der stationären Behandlung geprägt.

In den ersten Wochen zeigte sich unter stationär kontrollierter regelmäßiger Medikamenteneinnahme keine wesentliche klinische Verbesserung der beschriebenen Symptomatik. Aufgrund der Leitsymptome Agitation, Starre, Manierismen, Submutismus, motorische Unbeweglichkeit und Bewegungsstereotypien und vor dem Hintergrund des innerhalb des letzten Jahres chronifizierten und therapieresistenten Verlaufes entschieden wir uns zur Elektrokonvulsionstherapie.

Elektrokonvulsionstherapie (EKT): Die EKT führten wir nach folgendem Ablauf und mit folgenden Parametern durch: Die Behandlungen erfolgte dreimal pro Woche, insgesamt veranschlagten wir zehn Sitzungen. Die Krampfschwellenbestimmung und Titrationsprotokoll wurde nach den üblichen Richtlinien vollzogen [Lisanby, 2007]. Die zehn Behandlungen erfolgten mit einem 0,3 Millisekunden dauernden Ultrakurzzeitpuls, einer rechts unilateralen Elektrodenplazierung [Sackeim et al., 2008] und

Fragen

1. Welche zwei der aufgezählten Kriterien müssen beim katatonen Typus der Schizophrenie erfüllt sein?

- a) Motorische Unbeweglichkeit, die sich in Katalepsie oder Stupor zeigt.
- b) Negativismus (ein Sperren gegen jede Handlung, zu der der Betroffene aufgefordert wird, oder das Ausführen gegensätzlicher Handlungen; es zählt zu den katatonen Symptomen)
- c) Verflachter Affekt
- d) Desorganisierte Sprechweise
- e) Kontroll- und Beeinflussungswahn

2. Welche Aussage ist falsch? Für die Diagnose einer katatonen Schizophrenie müssen mindestens folgende allgemeine Kriterien der Schizophrenie vorliegen:

- a) Kommentierende Stimmen
- b) Beziehungswahn
- c) Gedankenentzug
- d) Formale Denkstörungen
- e) Anhaltender kulturell unangemessener oder bizarrer Wahn

3. Welche ist keine Indikation für eine EKT-Behandlung?

- a) Depression in der Schwangerschaft
- b) Depressiver Patient mit Herzschrittmacher
- c) Perniziöse Katatonie
- d) Dissoziativer Stupor
- e) Therapieresistente Depression

4. Welche Aussage zur Differenzialdiagnose der Schizophrenie ist falsch?

- a) Liegen Kontroll- und Beeinflussungswahn für einen Monat bei Ausschluss einer organischen Gehirnerkrankung und Ausschluss einer affektiven Episode vor, sind die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 für eine Schizophrenie erfüllt.
- b) Das ausschließliche Vorliegen katatoner Symptome wie Stupor, Haltungstereotypien, Flexibilitas cerea oder Erregungszustände rechtfertigt nach ICD-10 die Diagnosestellung einer katatonen Schizophrenie nicht.
- c) Herrschen Wahnphänomene wie Kontrollwahn oder Beziehungswahn oder Halluzinationen in Form kommentierender Stimmen vor und dominieren das klinische Bild, ist die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie zu stellen.
- d) Die Gabe von Benzodiazepinen und die Elektrokonvulsivonstherapie kommen als mögliche Behandlungsoptionen bei katatonen Schizophrenie in Betracht.
- e) Ausgeprägte halluzinatorische Zustandsbilder und Wahnphänomene schließen die Diagnose einer Katatonie aus.

unter Narkosetiefenkontrolle (Bispektralindex-Messung) mit einem BIS-Wert zwischen 40 und 60. Propofol als Anästhetikum und Succinylcholin zur Muskelrelaxierung wurden vor der Induktion des künstlich erzeugten Krampfanfalles verabreicht. Die EKT-Sitzungen verliefen komplikationslos.

Nach insgesamt zehn EKT-Sitzungen kam es zu einer weitgehenden Remission der Symptomatik. Der Patient war im Kontaktverhalten offener und sprach problemlos und flüssig über verschiedene Themen, auch erstmals über psychotische Symptome wie ausgestaltete, szenische Halluzinationen. Die Stimmung hellte sich dabei deutlich auf und der Affekt war in den Gesprächen gut modulierbar. Auch die psychomotorischen Symptome – insbesondere die psychomotorische Unruhe und Haltungstereotypien – verschwanden nahezu vollständig. Wir konnten den Patient im weiteren Verlauf entlassen und vereinbarten eine Wiedervorstellung. Für den Fall, dass sich das psychopathologische Krankheitsbild wieder verschlechtern sollte, zogen wir in Erwägung, die EKT zu wiederholen.

Beurteilung

Der Patient, bei dem zuvor bereits eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert wurde, kam mit einem vormundschaftlichen Unterbringungsbeschluss auf die Station. In den vorangegangenen Monaten, in denen er seine antipsychotische Medikation eigenmächtig abgesetzt hatte, verschlechterte sich sein psychopathologischer Zustand deutlich. Auch im Vorfeld besserte sich trotz konsequenter und kontrollierter Medikamenteneinnahme unter stationären Bedingungen das Krankheitsbild nur unzureichend, dabei wurden die Behandlungen meist durch den Patienten vorzeitig abgebrochen. Aufgrund der bei Aufnahme bestehenden Symptomatik des Patienten muss bei vordiagnostizierter paranoider Schizophrenie auch die Differenzialdiagnose einer katatonen Schizophrenie diskutiert werden. Die allgemeinen diagnostischen Kriterien für eine Schizophrenie sind bei dem Patienten aufgrund der bestehenden bizarren Wahnsymptomatik und paranoiden Denkinhalte für mehrere Monate hinreichend erfüllt. Zum Zeitpunkt der Aufnahme jedoch dominierte ein klinisches Bild, das neben der Wahnsymptomatik vor allem durch ein mutistisches Verhalten, psychomotorische Anspannung mit gesteigerter motorischer Aktivität und Haltungstereotypien geprägt war. Die motorische Aktivität des Patienten erschien dabei permanent vorhanden und nicht durch äußere Reize beeinflussbar. Das beschriebene submutistische Verhalten des Patienten erfüllte zwar nie die Kriterien eines Stupors, da der Patient stets Reaktionen auf Außenreize zeigte, dieser ist aber auch für die Diagnosestellung einer katatonen Schizophrenie nicht zwingend erforderlich (s. Kasten). Im späteren Verlauf berichtete der Patient zusätzlich von traumähnlichen Zuständen mit sehr lebhaft ausgestalteten optisch-szenischen Halluzinationen, die zwar kein Diagnosekriterium der katatonen Schizophrenie darstellen, jedoch häufig beschrieben werden. Katatone Symptome werden heute als separate klinische Entität gesehen, die sich von Positiv- und Negativsymptomen der Schizophrenie abgrenzen lässt und auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen wie zum Beispiel affektiven Störungen, dissoziativen Störungen oder Entwicklungsstörungen vorkommt. Das Erkennen katatonen Syn-

ICD-10 Schizophrenie

Für die Diagnose einer Schizophrenie muss während eines Monats (für die überwiegende Zeit dieses Monats)

entweder mindestens eines der folgenden Merkmale vorliegen:

- Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug oder -ausbreitung
- Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmung
- Kommentierende oder dialogisierende Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen
- Anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn (z. B. das Wetter kontrollieren zu können, mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen)

oder mindestens zwei der folgenden Merkmale:

- Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität; täglich über mindestens einen Monat begleitet von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne eindeutige affektive Beteiligung oder begleitet von lang anhaltenden, überwertigen Ideen
- Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt
- Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor
- „negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte (es muss sichergestellt sein, dass diese Symptome nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht werden)

ICD-10 paranoide Schizophrenie

- A.** Die allgemeinen Kriterien für die Schizophrenie müssen erfüllt sein.
- B.** Wahnphänomene oder Halluzinationen müssen vorherrschen.
- C.** Ein verflachter oder inadäquater Affekt, katatone Symptome oder Zerfahrenheit dominieren das klinische Bild nicht, können jedoch in leichter Form vorhanden sein.

ICD-10 katatone Schizophrenie

- A.** Die allgemeinen Kriterien für die Schizophrenie müssen erfüllt sein.
- B.** Mindestens zwei Wochen lang mindestens eins der folgenden Merkmale:
 - Stupor (eindeutige Verminderung der Reaktionen auf die Umgebung sowie spontaner Bewegungen und Aktivität) oder Mutismus
 - Erregung (anscheinend sinnlose motorische Aktivität, die nicht durch äußere Reize beeinflusst ist)
 - Haltungsstereotypien (freiwilliges Einnehmen und Beibehalten unsinniger und bizarrer Haltungen)
 - Negativismus (anscheinend unmotivierter Widerstand gegenüber allen Aufforderungen oder Versuchen, bewegt zu werden; oder stattdessen Bewegungen in gegensinniger Richtung)
 - kataleptische Starre (Beibehaltung einer rigiden Haltung gegenüber Versuchen, bewegt zu werden)
 - wächserne Biegsamkeit (Verharren der Glieder oder des Körpers in Haltungen, die von außen auferlegt sind)
 - Befehlsautomatismus (automatische Befolgung von Anweisungen)

drome ist dabei von großer klinischer Bedeutung, da effektive Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. □

AUTOREN**Alexander Luborzewski, MD****Dr. med. Angela Merkl**

Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, Charite-Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin
Eschenallee 3, 14050 Berlin
E-Mail: Alexander.luborzewski@charite.de
Angela.merkl@charite.de

Lösungen**1a, b; 2d; 3d; 4e**

zu 1: siehe ICD-10 Schizophrenie

zu 2: siehe ICD-10 Schizophrenie bzw. katatone Schizophrenie

zu 3: Antwort d ist richtig: Der dissoziative Stupor zählt zur Gruppe der dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) und ist keine Indikation für eine Elektrokonvulsionstherapie (EKT). Alle übrigen Fälle stellen Indikationen für eine EKT-Behandlung dar.
Zu b: Ein Herzschrittmacher stellt keine absolute Kontraindikation für eine EKT-Behandlung dar.
Zu c: Die perniziöse Katatonie kann eine Notfallindikation für eine EKT-Behandlung sein.

zu 4: siehe ICD-10 Schizophrenie.

Medikamentöse Therapieoptionen bei Schizophrenie

Die Perspektive der evidenzbasierten Medizin

Die gegenwärtige Diskussion zur bestmöglichen Schizophreniebehandlung wird immer noch vom vermeintlichen Gegensatz Typika versus Atypika geprägt. Dabei ist die aktuelle Forschung bereits einen entscheidenden Schritt weiter. Jenseits ideologisch motivierter Grenzziehungen geht es beim Einsatz der jeweiligen Substanzklasse um eine am Einzelfall orientierte, individuell zugeschnittene Behandlung.

W. SCHREIBER



**Typika oder Atypika – ist die
bloße Gegensatzdiskussion in
der Schizophrenietherapie
überhaupt noch sinnvoll?**

Kaum ein psychiatrisches Thema beherrscht die aktuelle Diskussion in Fachpresse und auf Kongressen so sehr wie das Pro und Contra des Einsatzes der „atypischen Antipsychotika“ beziehungsweise „Antipsychotika der zweiten Generation“ in der Behandlung der Schizophrenie [siehe z. B. Hohagen und Dose, 2008; Naber und Dose, 2005]. Gerade in Deutschland kommt es dabei immer wieder zu einer Vermischung klinisch-therapeutischer Argumente mit gesundheitsökonomischen, volks- und betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten, zudem erfährt der Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit eine immer stärkere Betonung [DGPPN 2007].

Antipsychotika der zweiten Generation zeichnen sich im Vergleich zu den typischen Antipsychotika unter anderem durch ein „loose binding“ am Dopamin D2-Rezeptor („fast-off-D2“-Theorie), einen Antagonismus am Serotonin 5-HT_{2A}-Rezeptor sowie einen partiellen Agonismus am Serotonin 5-HT_{1A}- und zum Teil auch am Dopamin D2-Rezeptor aus [Stahl, 2008].

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DGPPN) empfiehlt in ihrer S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie, bei schizophrenen Ersterkrankungen, in der Langzeittherapie, bei Wiedererkrankungen und vor allem in der Rezidivprophylaxe in erster Linie atypische Antipsychotika einzusetzen [Gaebel und Falkai, 2006] und sieht sich hier in Übereinstimmung mit allen publizierten Leitlinien sowohl internationaler als auch nationaler Fachgesellschaften in allen anderen europäischen Ländern, den USA und Kanada. Entscheidungsgrundlage hierfür ist nach Auffassung der DGPPN die ausreichend nachgewiesene Evidenz für eine überlegene Wirkung der atypischen Antipsychotika „sowohl auf die affektiven als auch auf die kognitiven Anteile der Erkrankung“, wodurch sie „entscheidende Bedeutung für die Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten“ erlangen [DGPPN, 2007].

Unser Ziel ist es, den klinischen Hintergrund dieser Festlegung unserer Fachgesellschaft näher zu beleuchten und die therapeutischen Implikationen dieses Vorgehens mit Hilfe aktueller Forschungsergebnisse zur Evidenz differenzieller, medikamentöser Behandlungsstrategien der Schizophrenie zu hinterfragen.

Erst Remission, dann Recovery

Eine aktuell noch immer gültige Definition der Remission einer schizophrenen Erkrankung hat im Jahre 2005 die „Remission in Schizophrenia Working Group“ vorgelegt [Andreasen et al., 2005]. Remission wird hier als ein Zustand definiert, in dem die Verbesserung der schizophrenen Einbußen und Symptome so ausgeprägt ist, dass es zu keinen verhaltensrelevanten Beeinträchtigungen durch die Erkrankung mehr kommt. Die Annahme einer Recovery setzt darüber hinausgehend noch die psychosoziale und berufliche Reintegration voraus. Während für eine stabile Remission ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten angenommen wird, erscheint der Arbeitsgruppe für eine tatsächlich erreichte Recovery ein Zeitraum von mindestens zwei Jahren als angemessen.

Um diese Zustandsbilder zu operationalisieren, werden Schwellenwerte anhand definierter Items einzelner Schizophrenieskalen wie der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS),

der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) und der Scales for the Assessment of Positive and Negative Symptoms (SAPS, SANS) verwendet [nähere Einzelheiten dazu siehe z. B. Kane, 2008].

Behandlungsziele im Therapieverlauf

Je nach Behandlungsstadium sind die jeweiligen Behandlungsziele zum Teil sehr unterschiedlich. Nach den Therapieleitlinien der American Psychiatric Association (APA), der „Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia“ [Lehman et al., 2004], kann zwischen drei Behandlungsphasen unterschieden werden.

Akutphase: In der Akutphase geht es in erster Linie darum, den Schweregrad der akut psychotischen Symptome und der damit verbundenen Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Agitiertheit und Aggression) zu reduzieren, eventuelle Auslöser der jetzigen, psychotischen Episode zu identifizieren und – soweit möglich – auszuschalten. Zudem soll eine therapeutische Allianz mit dem Patienten und seinen Angehörigen aufgebaut werden. Die Dauer dieser Phase wird durchschnittlich auf circa zwei bis vier Wochen angesetzt.

Stabilisierungsphase: Daran schließt sich die Stabilisierungsphase an, in der die pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen, psychosozialen und sonstigen Behandlungsmaßnahmen optimiert werden. Entscheidend ist hierbei, das Ausmaß noch vorhandener, psychotischer Symptome weiter zu reduzieren, drohenden Rückfällen vorzubeugen und eventuelle Nebenwirkungen der Therapie bestmöglich zu minimieren, um gerade dadurch die Compliance des Patienten sicherzustellen. Diese Phase dauert in der Regel etwa ein halbes Jahr.

Erhaltungsphase: Ziel der Erhaltungsphase ist es schließlich, die nunmehr erreichte, teilweise oder vollständige Remission aufrechtzuerhalten und auf eine tatsächliche Recovery mit möglichst vollständiger, psychosozialer und beruflicher Reintegration hinzuwirken.

Voraussetzungen für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf

Als erfolgskritische Faktoren für eine gelungene Schizophrenietherapie können in der entsprechenden Literatur [Übersicht bei McEvoy, 2008] drei zentrale Bereiche identifiziert werden, die in einem engen Wechselverhältnis stehen:

- das Training kognitiver Defizite,
- die Verhinderung eines (weiteren) Alkohol- und/oder Drogenkonsums sowie
- die Verbesserung des psychosozialen und beruflichen Funktionsniveaus.

Die Schizophrenie als Krankheitsentität zeichnet sich durch kognitive Defizite besonders in den Bereichen „Arbeits- und explizites (deklaratives) Gedächtnis“, „Exekutivfunktionen“ und „Problemlöseverhalten“ aus. Oft finden sich diese Auffälligkeiten bereits vor der Erstmanifestation der Erkrankung und bestehen auch noch nach einer symptomatischen Remission weiter. In einer Subanalyse von CATIE (Clinical Antipsychotics Trials of Intervention Effectiveness) ließ sich zum Beispiel kein korrelativer Zusammenhang zwischen der Stärke der Positivsymptomatik (mittels des entsprechenden PANSS-Scores) und dem kognitiven Defizit sichern [Keefe et al., 2006].

Hingegen sind diese kognitiven Einbußen eng mit einem schlechteren Therapieergebnis, einer geringeren Compliance und einem höheren Rückfallrisiko assoziiert. All dies sind wiederum Faktoren, die auch untereinander eng vergesellschaftet sind, vermutlich vor allem durch ein im Rahmen der kognitiven Defizite beeinträchtigtes Lernverhalten und -vermögen. Letzteres wird durch eine gleichzeitig bestehende Abhängigkeitserkrankung – die sich bei etwa der Hälfte aller Schizophrenie-Patienten findet – noch verstärkt, zum einen direkt durch eine weitere Beeinträchtigung des Lernvorganges, zum anderen indirekt durch ihre negative Auswirkungen auf Motivation und zielgerichteten Antrieb [McEvoy, 2008].

Pharmakotherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten können vor diesem Hintergrund nur dann erfolgreich sein, wenn die Angehörigen des Patienten von Anfang an und regelmäßig in den therapeutischen Prozess einbezogen werden. Dementsprechend ist die Familientherapie eine der am meisten und hinsichtlich ihres Erfolges am besten untersuchten Behandlungsformen schizophrener Patienten. Ihre positiven Auswirkungen [Übersicht bei Pitschel-Walz et al., 2001] bestehen beispielsweise in

- einer Verbesserung der therapeutischen Allianz mit den Familienangehörigen und des Krisenmanagements,
- einer Optimierung des Problemlöseverhaltens,
- einer verstärkten Realitätsorientierung der Erwartungen aller Beteiligten an die Therapie,
- einer Verminderung des High-Expressed-Emotions-(HEE)-Status der Familie,
- einer Erhöhung des Lernerfolges bei psychoedukativen Maßnahmen sowie
- vor allem in einem reduzierten Rückfallrisiko.

Weitere, unterstützende Therapieansätze umfassen aufsuchende Hilfemaßnahmen im Sinne des „Home Treatment“, das Training sozialer Fertigkeiten sowie eine individuelle Betreuung im Rahmen von Wiedereingliederungsmaßnahmen.

Sind Typika und Atypika gleich wirksam?

Zur Wirksamkeit typischer und atypischer Antipsychotika liegen mittlerweile etliche Metaanalysen vor, von denen hier drei der wichtigsten Arbeiten mit ihren jeweiligen Ergebnissen kurz vorgestellt werden sollen.

In der Metaanalyse von Davis et al. [2003] sollte unter anderem die Hypothese untersucht werden, ob atypische Antipsychotika eine homogene Medikamentengruppe bilden und als solche gegenüber der üblichen, typischen Vergleichssubstanz Haloperidol deswegen als überlegen erscheinen, weil letztere in den jeweiligen Studien in einer (zu) hohen Dosierung eingesetzt wurde. Entsprechend führten die Autoren eine Metaanalyse randomisierter und kontrollierter Wirksamkeitsstudien mit einem Vergleich typischer und atypischer Antipsychotika durch, verglichen weiterhin die atypischen Antipsychotika untereinander, unternahmen darüber hinaus eine Dosis-Wirkungs-Analyse typischer und atypischer Antipsychotika und untersuchten schließlich auch den unterstellten Hochdosiseffekt der klassischen Referenzsubstanz Haloperidol. Mit Hilfe einer Literatursuche im Zeitraum von 1953 bis 2002, die auch unpublizierte Arbeiten beinhaltet, wurden insgesamt 124 randomisierte und

kontrollierte Wirksamkeitsstudien über 18.272 Patienten mit Angaben zu insgesamt 10 atypischen versus typischen Antipsychotika sowie 18 Wirksamkeitsstudien nur mit Angaben zu Antipsychotika der zweiten Generation über insgesamt 2.748 Patienten analysiert. Die Effektstärken von Clozapin, Amisulprid, Risperidon und Olanzapin erwiesen sich als signifikant höher als die der typischen Vergleichssubstanzen, bei den verbleibenden sechs Atypika hingegen fand sich im jeweiligen Vergleich keine signifikante Überlegenheit. Amisulprid, Risperidon und Olanzapin zeigten unter einander keinen signifikanten Wirksamkeitsunterschied, ein Effekt (zu) hoher Haloperidoldosierungen ließ sich ebenfalls nicht bestätigen. Nebenbefundlich ergab die Dosis-Wirkungs-Untersuchung bei Clozapin unter Berücksichtigung der gemessenen Plasmaspiegel Hinweise auf eine allgemein zu niedrige Clozapindosierung.

Um zu untersuchen, wie effektiv Antipsychotika der zweiten Generation unter wirklichkeitsnäheren Bedingungen als bisher sind, verglichen Lieberman et al. [2005] in ihrer berühmten CATIE-Studie in einem Doppelblind-Design die Wirksamkeit des typischen Antipsychotikums Perphenazin mit der verschiedener atypischer Antipsychotika. Im Einzelnen erhielten 1.493 schizophrene Patienten nach Randomisierung entweder Olanzapin (7,5–30 mg pro Tag), Perphenazin (8–32 mg pro Tag), Quetiapin (200–800 mg pro Tag) oder Risperidon (1,5–6,0 mg pro Tag) über einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten. In der Zwischenzeit wurde auch Ziprasidon (40–160 mg pro Tag) nach seiner Zulassung durch die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) noch in die Studie aufgenommen. Primäres Wirksamkeitskriterium war die jeweilige Länge der Studienteilnahme in jedem der insgesamt fünf Studienarme. 74 % der Patienten beendeten die Studie vorzeitig vor Ablauf der 18-Monatsfrist (1.061 der 1.432 Patienten, die mindestens einmal ihre Studienmedikation eingenommen hatten). Verteilt auf die Einzelsubstanzen betrug die Abbruchquote 64 % unter Olanzapin, 75 % unter Perphenazin, 82 % unter Quetiapin, 74 % unter Risperidon und 79 % unter Ziprasidon. Die Zeit bis zur Beendigung der Studienteilnahme war (unabhängig von der Begründung hierfür) in der Olanzapingruppe signifikant länger als in der Quetiapingruppe ($p < 0,001$) oder der Risperidongruppe ($p = 0,002$), nicht jedoch in der Perphenazingruppe ($p = 0,021$) oder der Ziprasidongruppe ($p = 0,028$). Damit erwies sich Olanzapin im Hinblick auf das gewählte Zielkriterium zum Teil als wirksamer als die Vergleichssubstanzen, bei denen sich allerdings Perphenazin als Antipsychotikum der ersten Generation nicht von den sonstigen der zweiten Generation (Quetiapin, Risperidon und Ziprasidon) unterschied.

Leucht und Mitarbeiter [2009b] analysierten schließlich für ihre Metaanalyse 78 Studien mit 167 relevanten Studienarmen über insgesamt 13.558 Teilnehmer. Hierbei erwies sich Olanzapin im Vergleich zu Aripiprazol, Quetiapin, Risperidon und Ziprasidon als überlegen. Risperidon wiederum war wirksamer als Quetiapin und Ziprasidon. Clozapin schließlich zeigte sich gegenüber Zolopidol und – in Dosierungen > 400 mg pro Tag – auch gegenüber Risperidon überlegen. Die Wirksamkeitsdifferenzen gründeten sich dabei hauptsächlich auf Unterschiede in der Beeinflussung der Positivsymptomatik. Industrie-Sponsoring,

Studienqualität, Dosierungen oder Studiendauer hatten hingegen keinen nachweisbaren Einfluss auf die Studienergebnisse. Die Befunde von Leucht et al. [2009b] deuten damit ebenso wie ihre Vorgängerstudien auf eine – wenn auch eher diskrete – Überlegenheit einiger Antipsychotika der zweiten Generation hin. Allerdings geben die Autoren zu bedenken, dass gerade angesichts der kleinen Unterschiede in den Effektstärken für die individuelle Auswahl eines Präparates auch die zum Teil erheblichen Unterschiede im Nebenwirkungsprofil und den Kosten Berücksichtigung finden müssen.

Nebenwirkungen und ihre Bedeutung

Eingedenk der eingangs erwähnten Diskussion zum Pro und Contra des Einsatzes typischer und/oder atypischer Antipsychotika in der Behandlung schizophrener Patienten kommt eventuellen Nebenwirkungen einzelner Medikationen eine besondere Bedeutung zu. Gründe hierfür sind zum einen die jahrelange Dauer der Erkrankung selbst, die eine entsprechend lange Therapie notwendig macht, zum anderen die häufig nur begrenzt vorhandene Einsicht der Patienten in ihre Erkrankung und damit eng verbunden ihre eingeschränkte Motivation, die Behandlung dauerhaft fortzusetzen. Das gilt gerade dann, wenn es zum Auftreten (belastender) Nebenwirkungen kommt [Sharif, 2008].

Während sich die Fachwelt von der Einführung der atypischen Antipsychotika zunächst noch ein deutlich verbessertes Nebenwirkungsprofil erwartete, ist die Lage heute differenzierter. Bei allen – oft berechtigten – methodischen Einwänden hat die CATIE-Studie mit ihren mittlerweile zahlreich publizierten Subanalysen für diese Entwicklung eine wesentliche Schrittmacherfunktion übernommen [Lieberman et al., 2005]. Zunächst hatte sich die Diskussion darauf konzentriert, dass es unter einer Therapie mit atypischen Antipsychotika deutlich seltener zum Auftreten extrapyramidalmotorischer Symptome (EPMS) komme; diese werden von den meisten Patienten als besonders störend und diskriminierend angesehen und führen nicht zuletzt über die äußerliche Stigmatisierung zu einer deutlichen Reduktion der Lebensqualität. Hinzu kommt natürlich das erhöhte Risiko, an Spätdyskinesien zu erkranken. Im weiteren Verlauf relativierte sich die Bedeutung (deutlich) reduzierter EPMS jedoch wieder durch ein verstärktes Auftreten einzelner oder mehrerer Zeichen eines metabolischen Syndroms mit den Kardinalsymptomen Gewichtszuwachs, Erhöhung der Fett- und Blutzuckerwerte sowie des Blutdrucks.

So fand sich bei der CATIE-Analyse im direkten („head-to-head“)-Vergleich der Substanzen hinsichtlich des klassischen extrapyramidalmotorischen Symptoms Akathisie (Barnes Akathisia Rating Scale, BARS, global score > 3) folgende, absteigende Häufigkeitsverteilung: Ziprasidon (9 %) > Risperidon (7 %) = Perphenazin (7 %) > Olanzapin (5 %) = Quetiapin (5 %). Andererseits war ein Studienabbruch aufgrund irgendwelcher EPMS in der Perphenazin-Gruppe mit 8 % signifikant höher als in der Gruppe der atypischen Antipsychotika (2–4 %). Beim Gewichtszuwachs als klassischem Symptom eines metabolischen Syndroms fand sich bei der CATIE-Analyse dagegen hinsichtlich eines Gewichtszuwachses von > 7 % folgende Verteilung: Olanzapin (30 %) > Quetiapin (16 %) > Risperidon (14 %) > Per-

phenazin (12 %) > Ziprasidon (7 %). Im Gesamtvergleich erwiesen sich diese Unterschiede als statistisch hoch bedeutsam ($p < 0,001$).

Diese und viele weitere Befunde der CATIE-Studie legen folgende Schlussfolgerungen nahe: Typische und atypische Antipsychotika sind keine klar abgrenzbaren, als dichotom zu betrachtende Medikamentenklassen, sondern bilden vielmehr hinsichtlich ihrer jeweiligen Nebenwirkungen ein Kontinuum. Demzufolge gibt es nicht das beste Antipsychotikum an sich; vielmehr ist das jeweilige Nebenwirkungsprofil für die Auswahl eines geeigneten Medikaments für einen individuellen Patienten von entscheidender Bedeutung.

Der individuelle Behandlungszuschnitt

In einem kürzlich erschienen Übersichtsartikel zu erfolgskritischen Faktoren in der Behandlung der Schizophrenie beklagt Buckley [2008] den Missstand, dass metaanalytische Daten zwar in der Lage seien, Wirksamkeit oder Wirksamkeitsunterschiede grundsätzlich zu belegen, als „one-size-fits-all answer“ jedoch keine individuellen Therapiekonzepte begründen könnten, um die es jetzt jedoch nach dem mittlerweile gut belegten Nutzen der Neuroleptika in der Schizophreniebehandlung ginge.

Genau diesen individuellen Behandlungszuschnitt (an anderer Stelle als „tailoring drug treatment“ bezeichnet) haben Leucht et al. [2009a] mit ihrer aktuellen Lancet-Metaanalyse zur Therapie der Schizophrenie mit Antipsychotika der ersten und zweiten Generation versucht. Im Fokus stand dabei die jeweilige Wirksamkeit der einzelnen Antipsychotika in den Bereichen allgemeine Wirksamkeit („overall efficacy“), Positiv-, Negativ- und depressive Symptomatik, Rückfallhäufigkeit, Lebensqualität, extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen, Gewichtszuwachs und Sedierung. In die Metaanalyse wurden insgesamt 150 doppelblinde und randomisierte Studien (meist Kurzzeitstudien mit einer Dauer von sechs Wochen) mit insgesamt 21.533 Teilnehmern aufgenommen. Die atypischen Antipsychotika umfassten folgende neun Substanzen: Amisulprid, Aripiprazol, Clozapin, Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Sertindol, Ziprasidon und Zotepin. Bei den typischen Antipsychotika war Haloperidol in 95 Studien die klassische Vergleichssubstanz, bei den anderen Antipsychotika der ersten Generation handelte es sich um Chlorpromazin (28 Studien), Perphenazin (fünf Studien) und Fluphenazin (vier Studien). Alle weiteren klassischen Vergleichssubstanzen wurden in lediglich drei oder weniger Studien verwendet. Offene Studien wurden von den Autoren aufgrund eines Bias zugunsten der atypischen Antipsychotika von einer weiteren Auswertung ausgeschlossen.

Zusammengefasst fanden sich die folgenden Ergebnisse [siehe auch Bas, 2009]:

- In Bezug auf die Gesamtwirksamkeit erwiesen sich in dieser Metaanalyse vier atypische Antipsychotika Amisulprid, Clozapin, Olanzapin und Risperidon als signifikant überlegen; alle anderen Atypika (Aripiprazol, Quetiapin, Sertindol, Ziprasidon und Zotepin) waren den Neuroleptika der ersten Generation gegenüber ebenbürtig.
- Die „number needed to treat“ (NNT) für einen zusätzlichen Responder hinsichtlich der Gesamtwirksamkeit be-

Jetzt CME-Punkte hamstern!

- ✓ einfach
- ✓ kostenlos
- ✓ schnell



www.cme-punkt.de

trug für Amisulprid 6, Clozapin 7, Olanzapin 11 und für Risperidon 15.

- Amisulprid, Clozapin, Olanzapin und Risperidon waren bei gesonderter Aufschlüsselung auch in der Behandlung von Positiv- und Negativsymptomen bei Schizophrenie wirksamer als die klassischen Vergleichssubstanzen.
 - Hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auf depressive Symptome waren fünf atypische Antipsychotika, nämlich Amisulprid, Aripiprazol, Clozapin, Olanzapin und Quetiapin ihren klassischen Vergleichssubstanzen gegenüber überlegen.
 - Obwohl ebenfalls als atypische Neuroleptika klassifiziert, deren Paradedisziplin ja die Behandlung von Negativsymptomen sein sollte, zeigten sich Aripiprazol, Quetiapin, Sertindol, Ziprasidon und Zotepin hier nicht überlegen.
 - In der Metaanalyse waren alle Antipsychotika der zweiten Generation mit wesentlich weniger extrapyramidalen Nebenwirkungen behaftet. Mit Ausnahme von Clozapin, Olanzapin und Risperidon konnte dieser Unterschied im gesonderten Vergleich mit niederpotenten Neuroleptika der ersten Generation jedoch nicht bestätigt werden.
 - Mit Ausnahme von Aripiprazol und Ziprasidon führten alle Antipsychotika der zweiten Generation im Vergleich mit Haloperidol zu einer signifikant höheren Gewichtszunahme; im Vergleich zu niederpotenten Neuroleptika der ersten Generation fand sich jedoch kein entsprechender Unterschied.
 - Im Vergleich mit Haloperidol wirkten Clozapin und Quetiapin signifikant stärker, Aripiprazol signifikant schwächer sedierend. Gegenüber den niederpotenten Neuroleptika der ersten Generation kam es jedoch nur unter Clozapin zu einer signifikant ausgeprägteren Sedierung.
- Mit diesen Aussagen der Metaanalyse von Leucht et al. [2009a] ist es nun zum ersten Mal möglich, mit hohem Evidenzgrad differenzierte und differenzielle Therapieentscheidungen zugleich und am Einzelfall orientiert zu treffen. Auch diese Befunde können klinischen Sachverstand und therapeutische Erfahrung nicht ersetzen, sie geben den jeweiligen Entscheidungen jedoch ein zunehmend stabiler werdendes Fundament. Gleiches ist auch für die Fragen zu erhoffen, deren Beantwortung in den nächsten Jahren ansteht, seien es nun Sinn oder Unsinn von Kombinationsmedikationen, die stadienabhängige Dosisfindung im Therapieverlauf oder der „Dauerbrenner“ der absolut notwendigen Behandlungsdauer. □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. med. Wolfgang Schreiber, M.A.

Ärztlicher Direktor

Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Bezirksklinikum Mainkofen

94469 Deggendorf

E-Mail: w.schreiber@mainkofen.de



Sammeln Sie CME-Punkte ...

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

Die Fragen beziehen sich auf den vorangegangenen Fortbildungsbeitrag. Die Antworten ergeben sich direkt aus dem Text oder beruhen auf medizinischem Basiswissen.

So nehmen Sie teil!

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

Auch die postalische Teilnahme ist möglich. Nutzen Sie dazu das Antwortformular auf Seite 66.

CME-Fragebogen

Medikamentöse Therapieoptionen bei Schizophrenie

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

1. In welchem Fall empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DGPPN) in ihrer S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie den primären Einsatz von atypischen Antipsychotika nicht?

- A Bei Prodromalsymptomen
- B Bei schizophrenen Ersterkrankungen
- C In der Langzeittherapie
- D Bei Wiedererkrankungen
- E In der Rezidivprophylaxe

2. Antipsychotika der zweiten Generation zeichnen sich im Vergleich zu den typischen Antipsychotika durch bestimmte Rezeptorwirkungen aus. Welche Antwort ist diesbezüglich falsch?

- A „Loose binding“ am Dopamin D₂-Rezeptor („fast-off-D₂“-Theorie)
- B Antagonismus am Serotonin 5-HT_{2A}-Rezeptor
- C Agonismus am Serotonin 5-HT₃-Rezeptor
- D Agonismus am Serotonin 5-HT_{1A}-Rezeptor
- E Zum Teil partieller Agonismus am Dopamin-D₂-Rezeptor

3. Welches Antipsychotikum zählt nicht zu den Antipsychotika der zweiten Generation?

- A Risperidon
- B Fluphenazin
- C Paliperidon
- D Sertindol
- E Zotepin

4. Welche Aussage zu kognitiven Defiziten bei Schizophrenie ist falsch?

- A Betroffen sind vor allem die Bereiche „Arbeits- und explizites

(deklaratives) Gedächtnis“, „Exekutivfunktionen“ und „Problemlöseverhalten“.

- B Oft finden sich diese Auffälligkeiten bereits vor der Erstmanifestation der Erkrankung.
- C Es besteht eine bedeutsame und konsistente Assoziation dieser Defizite mit der Stärke der Positivsymptomatik.
- D Kognitive Einbußen sind mit einer geringeren Compliance und einem dadurch erhöhten Rückfallrisiko vergesellschaftet.
- E Kognitive Defizite werden durch eine gleichzeitig bestehende Abhängigkeitserkrankung noch verstärkt.

5. Welche Aussage zur Familientherapie ist falsch?

- A Sie verbessert die therapeutische Allianz mit den Familienangehörigen.
- B Sie trägt zur Optimierung des Problemlöseverhaltens bei.
- C Sie verstärkt die Realitätsorientierung aller Beteiligten.
- D Sie erhöht den High-Expressed-Emotions-(HEE)Status der Familie.
- E Sie trägt zur Reduktion des Rückfallrisikos bei.

6. Welche Aussage zur CATIE-Studie trifft zu?

- A Primäres Wirksamkeitskriterium war die Zeitdauer der Studienteilnahme in jedem der insgesamt fünf Studienarme.
- B Typische und atypische Antipsychotika lassen sich hinsichtlich der Zeitdauer der Studienteilnahme in jedem der insgesamt fünf Studienarme klar abgrenzen.

Teilnahmeschluss **online** ist der **17. Dezember 2009!**



- C Atypische Antipsychotika zeigten gegenüber der klassischen Vergleichssubstanz Perphenazin eine durchgehende Überlegenheit.
- D Typische und atypische Antipsychotika unterschieden sich nicht in Bezug auf Art und Stärke ihrer Nebenwirkungen.
- E Alle Prüfsubstanzen wurden in Dosierungen verwendet, die ihrem Zulassungsstatus entsprechen.

7. Durch welche Eigenschaft zeichnen sich Metaanalysen aus?

- A Metaanalysen sind nicht in der Lage, Wirksamkeit oder Wirksamkeitsunterschiede zwischen einzelnen Therapieoptionen grundsätzlich zu belegen.
- B Als „one-size-fits-all answer“ können Metaanalysen zunächst keine individuellen Therapiekonzepte bereitstellen.
- C Für Metaanalysen ist die Auswertung von Einzelfallstudien von eminenter Bedeutung.
- D Ganz grundsätzlich verwenden Metaanalysen Studien über alle Evidenzgrade hinweg.
- E Metaanalysen sind eine wichtige Alternative zur evidenzbasierten Medizin.

8. Was untersuchten Leucht et al. [2009a] In ihrer aktuellen Lancet-Metaanalyse zum differenziellen Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil von Antipsychotika der ersten und der zweiten Generation nicht?

- A Positiv- und Negativsymptome
- B Rückfallhäufigkeit
- C Lebensqualität
- D Sedierung
- E Kognitive Dysfunktionen

9. Welches der folgenden atypischen Antipsychotika erwies sich hinsichtlich der Gesamtwirksamkeit („overall efficacy“) in dieser Metaanalyse von Leucht et al. [2009a] ihren typischen Vergleichssubstanzen gegenüber als nicht überlegen?

- A Clozapin
- B Amisulprid
- C Risperidon
- D Sertindol
- E Olanzapin

10. Was ist keine Kernaussage in der aktuellen Metaanalyse von Leucht et al. [2009a]?

- A In der Analyse waren alle Neuroleptika der zweiten Generation mit wesentlich weniger extrapyramidalen Nebenwirkungen assoziiert.
- B Mit Ausnahme von Clozapin, Olanzapin und Risperidon waren die Atypika den niederpotenten Neuroleptika der ersten Generation in dieser Hinsicht nicht überlegen.
- C Mit Ausnahme von Aripiprazol und Ziprasidon führten alle Antipsychotika der zweiten Generation im Vergleich mit Haloperidol zu einer signifikant höheren Gewichtszunahme.
- D Im Vergleich zu niederpotenten Neuroleptika der ersten Generation führten alle Antipsychotika der zweiten Generation zu einer signifikant höheren Gewichtszunahme.
- E Im Vergleich mit Haloperidol waren Clozapin und Quetiapin signifikant stärker, Aripiprazol signifikant schwächer sedierend. Gegenüber niederpotenten Neuroleptika der ersten Generation kam es jedoch nur unter Clozapin zu einer signifikant ausgeprägteren Sedierung.



Teilnahme per Post

Teilnahmeschluss: 17.7.2009

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 6/2009

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

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)

(Eintrag oder Aufkleber)

Unterschrift _____



Erstes chronobiotisches Antidepressivum verfügbar

➔ Depressive Patienten leiden häufig nicht nur an nächtlichen Schlafstörungen, sondern als Folge auch an Hypersomnie am Tage. Denn „Schlafstörungen sind ein zirkadianes Kernsymptom der Depression“, betonte Prof. Göran Hajak, Regensburg. Zudem können aktivierend wirkende Antidepressiva (SSRI oder SNRI) Schlafstörungen induzieren und die therapeutische Effizienz mindern. Dieses Dilemma kann nach Ansicht von Prof. Hans-Jürgen Möller, München, mit dem ersten melatonergen Antidepressivum Agomelatin (Valdoxan®), das seit Februar 2009 in Europa zugelassen ist, überwunden werden.

Agomelatin wirkt synergistisch als MT₁/MT₂-Rezeptoragonist und 5-HT_{2C}-Rezeptorantagonist, die Affinität für andere Rezeptortypen ist vernachlässigbar. Internationale Kurz- und Langzeitstudien mit etwa 6.000 erwachsenen Patienten zeigen, dass Agomelatin unabhängig vom Schweregrad der Depression und in unterschiedlichen Behandlungsphasen der Depression zuverlässig wirksam ist. Viele Patienten profitierten von dieser Therapie; es verbesserten sich depressive Verstimmungen, Angst, Schuldgefühle, Antriebs-, Schlafstörungen und Vigilanz. Außerdem gewährleistete der Wirkstoff einen signifikanten Rückfallschutz, gute Verträglichkeit (nicht sedierend, gewichtsneutral, erhaltene Sexual-

funktion) und somit eine verbesserte Compliance.

Daten einer multinationalen randomisierten Doppelblindstudie von Goodwin et al. [Europ Neuropsychopharmacol. 2008] mit 339 Patienten belegen signifikant die rezidivpräventive Wirksamkeit von Agomelatin gegenüber Placebo in Bezug auf Verhinderung von Rückfällen: Nach 22 Wochen kam es unter Agomelatin bei 21,7% (versus 46,6% unter Placebo), nach 44 Wochen bei 23,9% (versus 49,9%) der Patienten zu einem depressiven Rückfall.

Dass Agomelatin unter anderem im Sinne einer Verbesserung der Schlafqualität zur Resynchronisierung gestörter zirkadianer Rhythmen beiträgt, zeigen Ergebnisse der randomisierten Doppelblindstudie von Le-

moine et al. [J Clin Psychiatry, 2007]: Verglichen mit Venlafaxin besserten sich bereits während der ersten Woche unter Agomelatin die Aufmerksamkeit tagsüber, die „Leichtigkeit des Einschlafens“ und die Schlafqualität signifikant.

Für Patienten mit Major Depression wird die Einmalgabe von 25 mg/d Agomelatin vor dem Zubettgehen über sechs Monate empfohlen. Die Bioverfügbarkeit des Wirkstoffs ist unabhängig von der Nahrungsaufnahme. **ejw**

Launch-Symposium „Valdoxan® – Aufbruch in eine neue Dimension der Depressionsbehandlung“
München, 25. April 2009
Veranstalter: Servier Deutschland



Foto: Kelly Young, fotolia.de

Mit einem melatonergen Antidepressivum verbessern sich auch die Antriebs- und Schlafstörungen.

Fibromyalgie – eine diagnostische Herausforderung

➔ Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) ist keine distinkte Krankheitsentität, sondern ein komplexes Spektrum von Störungen. Die Erkrankung ist charakterisiert durch chronische, generalisierte Schmerzen und eine erhöhte Druckschmerzempfindlichkeit sowie zahlreiche Überlappungen mit anderen Erkrankungen. Neben Schmerzen und Steifigkeit klagen viele Patienten über Fatigue, Schlaf- und kognitive Störungen, aber auch über autonome und neuroendokrine Symptome. Letztendlich liege dem FMS eine neuro-psycho-immuno-endokrinologische Dysfunktion zugrunde, so Prof. Thomas Tölle, München. Diese führe dann zu einer Störung der zentralen Schmerzverarbeitung. Für die Diagnose ist die Zahl von mindestens elf druckschmerzhaften Punkten – den „Tenderpoints“ – nicht ausschlaggebend.

Die Grundlage für therapeutische Entscheidungen sind chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen, Steifigkeits- und Schwellungsgefühl der Hände, Füße oder des Gesichts sowie Müdigkeit und Schlafstörungen. Da es sich um ein heterogenes Krankheitsbild handelt, kommen sowohl verhaltenstherapeutische, psychiatrische, physikalische als auch pharmakologische Maßnahmen in Betracht.

Für die medikamentöse Therapie gibt es mittlerweile gute Daten zur Wirksamkeit von Pregabalin (Lyrica®). In Dosierungen von 300–600 mg reduzierte Pregabalin in klinischen Studien die Schmerzen signifikant im Vergleich zu Placebo. Auch Schlafstörungen und Allgemeinbefinden besserten sich signifikant. In einer Langzeitstudie war die Zeit bis zum Wirkungsverlust

unter Pregabalin signifikant länger als unter Placebo. Am Ende der sechsmonatigen Behandlung hatten insgesamt 61% der Placebopatienten einen Wirkungsverlust, aber nur 32% der Patienten in der Pregabalingruppe. Aufgrund seiner Wirkung am spannungsabhängigen Kalziumkanal zeigt Pregabalin laut Tölle bei verschiedenen komplexen Schmerzbildern, die mit einer zentralen Schmerzverarbeitungsstörung einhergehen, einen guten analgetischen Effekt. **aam**

Symposium „Herausforderungen in der Schmerztherapie“ im Rahmen des Schmerz- und Palliativkongresses
Frankfurt, 28. März 2009
Veranstalter: Pfizer

Triptane – Domäne der schweren Migräneattacke

➔ Triptane sind bei schweren Migräneattacken die Therapie der Wahl. Hinsichtlich der Wirkstärke und des Wirkeintritts unterscheiden sich die verschiedenen Wirkstoffe, berichtete Prof. Hartmut Göbel, Kiel. Rizatriptan (10 mg) hat in Studien die höchste Wirksamkeitsrate aller Triptane gezeigt. Gegenüber Sumatriptan erwies es sich in puncto Schmerzfreiheit nach zwei Stunden, anhaltender Schmerzfreiheit und beständiger Wirkung über mehrere Attacken als überlegen. Mit 100 mg Sumatriptan wurde der maximale Plasmaspiegel nach 2,5 Stunden erreicht, mit 10 mg

Rizatriptan (Maxalt®) nach einer Stunde. Auch die Bioverfügbarkeit von Rizatriptan ist besser.

Eine Metaanalyse, die sämtliche sieben Triptane verglich, bestätigte die Überlegenheit dieser Substanz [Belsey JD. *Curr Med Res Opin.* 2004; 20: 659–69]. Mit Rizatriptan (10 mg) waren nach zwei Stunden 41 % der Patienten schmerzfrei, mit Sumatriptan (100 mg) 30 % und mit allen anderen Triptanen nur zwischen 12 % und 36 %. Vier von fünf Patienten können mit einer Tablette Rizatriptan eine Migräneattacke erfolgreich bekämpfen. Bei anderen Triptanen sei da-

gegen eine höhere Tablettenzahl erforderlich, betonte Göbel. Daher ist Rizatriptan auch im Hinblick auf die Kosteneffektivität den anderen oralen Triptanen überlegen. Die Leitsubstanzquote bei Triptanen richtet sich nach der definierten Tagesdosis (DDD), die bei Sumatriptan mit 50 mg festgelegt ist. Laut Göbel benötigen die meisten Patienten zwei Tabletten Sumatriptan pro Migräneattacke. Bei einem Verordnungsvolumen der Leitsubstanz von 50 % könnten sich somit die übrigen 50 % im Verhältnis 2:1 auf Rizatriptan und Sumatriptan verteilen. In Bezug auf die Wirtschaftlichkeit sollte dokumentiert werden, dass vor dem Einsatz von Rizatriptan eine frühzeitige Einnahme – im Sinne eines Stufenschemas – von Analgetika/Antiemetika, rezeptfreiem Naratriptan und Sumatriptan-Generika nicht geholfen haben, so Dr. Axel Heinze, Kiel. **aam**



Bei schweren Migräneattacken sind Triptane Therapie der Wahl.

Foto: stock.xpert.com/Fred Goldstein

**Lunchseminar „Differenzialtherapie mit Triptanen unter medizinisch-wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Aspekten“ im Rahmen des Deutschen Schmerz- und Palliativtags
Frankfurt, 28. März 2009
Veranstalter: MSD**

Alzheimer-Demenz: Vorrang für Antidementiva

➔ Bei Demenz-Patienten liegen häufig nicht-kognitive Störungen vor. PD Dr. Martin Haupt, Düsseldorf, wies darauf hin, dass je nach Stadium der Erkrankung auch Verhaltensstörungen und affektive Symptome auftreten.

Antidementiva sollten gegenüber Neuroleptika in der Behandlung von Verhaltensstörungen bevorzugt eingesetzt werden. Bei den Acetylcholinesterase-Inhibitoren stellt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hierbei den Benefit von Galantamin (Reminyl®) explizit heraus. Neuroleptika sollten nur bei gravierenden Einbußen wie psychotischen Symptomen oder schweren Verhaltensstörungen, nicht aber bei Schlafstörungen oder Angstsymptomatik verabreicht werden. Stark anticholinerg wirkende Substanzen sind dabei zu meiden. Haupt empfahl spätestens nach Ablauf von

zwei bis drei Monaten ein Neuroleptikum wieder auszuschleichen. Eine Relapse-Symptomatik tritt dabei in der Regel nicht auf.

Galantamin hat in der randomisierten placebokontrollierten SERAD-Studie seine Wirksamkeit auch bei schwerer Alzheimer-Demenz unter Beweis gestellt. PD Dr. Bernd Ibach, Neuss, präsentierte die Daten der Untersuchung: Insgesamt nahmen daran 407 Patienten teil (mittleres Alter: 83,6 Jahre, durchschnittlicher Mini-Mental Status: 8,9). Sie erhielten für sechs Monate entweder Galantamin mit einer Zieldosis von 24 mg oder Placebo.

Nach 26 Wochen hatten sich die Patienten der Verumgruppe in der Severe Impairment Battery (SIB) um 1,9 Punkte verbessert, im Placeboarm dagegen um 3 Punkte verschlechtert ($p = 0,006$). In beiden Gruppen nahm die Alltagskompetenz ohne signifi-

kanten Unterschied ab: 1,2 versus 1,6 Punkte im Minimum Data Set – Activities of Daily Living, MDS-ADL. Im Item „Mobilität“ dieses Scores war Galantamin signifikant besser als Placebo.

Schwerwiegende Ereignisse waren bei 18 % der Patienten im Galantaminarm und bei 21 % unter Placebo nachweisbar. Auffällig war die signifikant geringere Mortalität unter Galantamin (3,9 % versus 10,5 %). Ibach vermutete, dass dieser Effekt auf weniger Pneumonien in der Verumgruppe zurückzuführen ist. **af**

**Satelliten-Symposium „Alzheimer-Demenz: Forschen. Bewegen. Zukunft gestalten.“ im Rahmen des DGKN-Kongresses
München, 27. März 2009
Veranstalter: Janssen-Cilag**

Epilepsie: Neues zur Monotherapie in den deutschen Leitlinien

Die Monotherapie hat bei der Behandlung der Epilepsie in der klinischen Praxis einen hohen Stellenwert. Das Therapeutikum soll zum einen Anfallsfreiheit gewährleisten, zum anderen auch ein günstiges Nebenwirkungsprofil haben und die kognitive Leistung nicht beeinträchtigen. Mit Levetiracetam (Keppra®) steht ein Wirkstoff zur Verfügung, der diese Forderungen erfüllt, wie eine Studie von Brodie MJ et al. [Neurol. 2007; 68: 402–8] zeigte. Die Autoren verglichen die Wirksamkeit einer Monotherapie mit Levetiracetam mit der Substanz Carbamazepin. Insgesamt nahmen 579 erwachsene Patienten an dieser Studie teil. Aufnahmekriterium war, dass sie vor Beginn der Studie zwei oder mehr tonisch-klonische Anfälle innerhalb eines Jahres hatten. 288 Patienten erhielten zweimal täglich 500 mg Levetiracetam, 291 Patienten wurden zweimal täglich mit 200 mg Carbamazepin behandelt. Die multizentrische Doppelblindstudie war auf Nicht-Un-

terlegenheit angelegt. Patienten, die den primären Endpunkt erreichten (sechsmoatige Anfallsfreiheit), verblieben in der Studie und wurden für weitere sechs Monate behandelt. In beiden Studienarmen blieben etwa 73% der Patienten anfallsfrei. Allerdings beendeten mehr Patienten unter Carbamazepin die Studie aufgrund unerwünschter Wirkungen vorzeitig als unter Levetiracetam. Die mit Carbamazepin behandelten Patienten berichteten insgesamt häufiger über Kopfschmerzen, Benommenheit und Rückenschmerzen. Auch eine Gewichtszunahme wurde in dieser Gruppe häufiger beobachtet. Patienten unter Levetiracetam litten dagegen insgesamt häufiger unter Depressionen und Schlafstörungen. Wie die Autoren in der Diskussion feststellen, muss bei der Behandlung einer neu diagnostizierten Epilepsie in Abhängigkeit von der gewählten Behandlungsoption auch mit unerwünschten Begleitwirkungen gerechnet und darüber hinaus die

pharmakologische Sicherheit auf lange Sicht berücksichtigt werden. Die Autoren heben insbesondere die schnelle und lang anhaltende Wirksamkeit von Levetiracetam sowie dessen günstige Pharmakokinetik hervor. Das Fehlen einer Enzyminduktion und das klinisch nicht relevante Interaktionspotenzial haben schließlich dazu geführt, dass Levetiracetam in den aktuellen deutschen Leitlinien [Diener HC, Putzki N et al. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 4. überarbeitete Auflage] als Mittel der ersten Wahl vor Carbamazepin zur Behandlung in Monotherapie bei Epilepsien im Erwachsenenalter empfohlen wird.

Nach Informationen von UCB

Behandlung der Schizophrenie bevorzugt mit Risperidon

Mit dem Patentablauf von Risperidon im Dezember 2007 ist der am häufigsten verwendete Wirkstoff der Klasse der atypischen Neuroleptika generifiziert. Die Umstellung von Originalpräparaten auf Generika wird in Deutschland im europäischen Vergleich sehr schnell durchgeführt. Die Veränderungen in der Versorgung bei Patienten mit Schizophrenie sind signifikant und von großer Versorgungsrelevanz. Daher hat die Firma Winthrop Arzneimittel GmbH, die zur sanofi-aventis Gruppe gehört, eine demografische Marktbeobachtung zur Therapie mit atypischen Neuroleptika durchgeführt. Im Zeitraum Dezember 2007 bis Januar 2009 wurden bundesweit in einer nicht repräsentativen Stichprobe 964 Ärzte zur Versorgung von jeweils maximal 15 Patienten befragt. Dabei konnten insgesamt 7.306 Patientenprofile ausgewertet werden.

Bei der Behandlung mit atypischen Neuroleptika stehen die chronisch schizophrene Psychose und die schwere chronische Aggressivität bei Demenz im Vordergrund. Eine geringere Prävalenz ist bei manischen Episoden beziehungsweise bipolaren Störungen beziehungsweise bei

Verhaltensstörung mit Impulssteuerung zu verzeichnen.

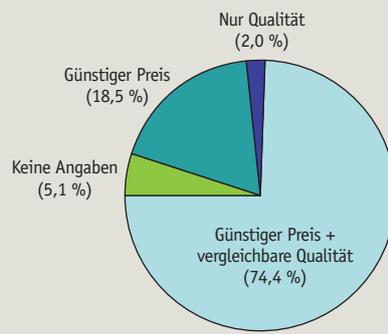
Insgesamt zeigt sich, dass Risperidon und mit Einschränkungen auch Olanzapin die dominierenden Wirkstoffe unter den atypischen Neuroleptika sind, die bevorzugt in der Monotherapie eingesetzt werden. Andere Wirkstoffe, wie Clozapin, Amisulprid oder Quetiapin, werden dagegen insbesondere dann eingesetzt, wenn die Monotherapie nicht zu einer zufriedenstellenden

Einstellung geführt hat und eine Kombinationstherapie indiziert ist.

Viele Ärzte (über 90%) sind bereit, bei diesen Indikationsgebieten auf preisgünstigere Generika zu wechseln, sobald das Patent für den Wirkstoff ausgelaufen ist. Als Gründe werden vergleichbare Qualität und günstigerer Preis genannt. Nur bei weniger als 19% steht nur der Preis im Vordergrund.

Die Ergebnisse dieser demografischen Marktbeobachtung zeigen, dass die Ärzte zur Behandlung der Schizophrenie insbesondere den bewährten und patentfreien Wirkstoff Risperidon in der Monotherapie einsetzen, um Einsparpotenziale für die Versicherungsgemeinschaft nutzen zu können.

Gründe für den Einsatz von Generika (Marktbeobachtung)



Nach Informationen von Winthrop Arzneimittel

Alzheimer: Ärzte wünschen sich Entlastung bei Diagnose und Therapie

➔ „In der qualitativen Vorstufe einer breit angelegten Befragung von Haus- und Fachärzten zum Thema Alzheimertherapie zeigt sich deutlich: Ärzte stehen bei der Diagnose und Behandlung von Alzheimer-Patienten vor großen Herausforderungen. Bei der von Eisai und Pfizer unterstützten Untersuchung wurde von den befragten Ärzten angemerkt, dass selbst wenn die Symptome der Erkrankung augenfällig sind, eine Diagnose nur aufgrund des Ausschlusses anderer Erkrankungen getroffen werden kann.

Auch die Therapieentscheidung wirft bei den befragten Ärzten viele Fragen auf. So stellen die Ärzte die Kosten der Wirksamkeit dem Wert des Erhalts der individuellen Lebenssituation des Patienten gegenüber. „Das Problem ist, dass wir gezwungen wer-

den, zu entscheiden, wo es wirtschaftlich noch sinnvoll ist. Das hieraus entstehende Dilemma erscheint für die Befragten als unlösbar und führt zu einer erheblichen Unsicherheit im Umgang mit den Therapiemöglichkeiten“, erklärt Dr. Stefan Ries, Facharzt für Neurologie

„Ein weiteres Problem entsteht aus der Tatsache heraus, dass individuelle Krankheitsverläufe stark variieren und somit im Einzelfall die Wirksamkeit einer Therapie nur sehr schwer zu belegen ist“, betont Ries. Gleichzeitig möchten die befragten Ärzte sichtbare Erfolge erkennen – von einer Verbesserung des Zustandes über die Stabilität des Patienten bis hin zur erwünschten Verlangsamung der Progression. Hierzu liegen für Donepezil (Aricept®) umfangreiche Daten vor, welche die Wirkung in den rele-

vanten Symptombereichen belegen (Fachinformation Aricept®, Eisai GmbH, Stand: September 2008) und dem behandelnden Arzt ermöglichen, offensiv mit der Erkrankung umzugehen. Die befragten Ärzte sind vor dem Hintergrund, dass die Krankheit zwar nicht heilbar, aber eine Verzögerung des Verlaufs möglich ist, zwar verunsichert, stehen einer spezifischen antidementiven medikamentösen Therapie tendenziell aber offen gegenüber.

In einer zweiten Stufe wird nun eine quantitative, repräsentative Feldbefragung durchgeführt, deren Ergebnisse im Juni erwartet werden.

Nach Informationen von Eisai und Pfizer

Insomnie erhöht Komorbiditätsrisiko

➔ Insomnien betreffen etwa 10% der Bevölkerung und sind somit eine der häufigsten gesundheitlichen Störungen überhaupt. Chronische Schlafstörungen sollten nicht auf die leichte Schulter genommen werden, betonte Prof. Ulrich Voderholzer, Freiburg, im Rahmen einer Veranstaltung am diesjährigen Internistenkongresses in Wiesbaden, da sie die Gesundheit erheblich beeinträchtigen können. So leiden Insomnie-Patienten signifikant häufiger an Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Laut Voderholzer verdreifacht Insomnie das Risiko

einer vorzeitigen Berentung, erhöht das Risiko von Depressionen oder Angststörungen ebenso wie das einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit.

Den Zusammenhang von Schlafdauer und Übergewicht bestätigten bereits zahlreiche Studien, erläuterte Prof. Helmut Teschler, Essen; andere zeigen, dass die Häufigkeit einer Insulinresistenz oder eines Diabetes mellitus mit verringerter Schlafdauer deutlich steigt. Außerdem erhöht Schlafdefizit das Risiko einer Hyperlipidämie und wahrscheinlich einer Hypertonie. Nach Ansicht

Teschlers sollten aufgrund des Zusammenhangs zwischen Schlaf und Stoffwechselstörungen Fragen nach Schlafproblemen zum Standard in der Anamnese gehören.

Tiefschlaf ist ein integraler Bestandteil des Schlafs, der zyklisch auftritt und von allen Schlafstadien der biologisch wichtigste zu sein scheint, erklärte Prof. Dieter Riemann, Freiburg. Darauf deutet insbesondere die Beobachtung hin, dass nach Schlafentzug zuerst das Defizit an Tiefschlaf kompensiert wird.

Tiefschlaf spielt für die Erholbarkeit des Schlafs eine entscheidende Rolle. Riemann sieht daher mit großem Interesse der Antwort auf die Frage entgegen, ob sich Schlafmittel, die den Tiefschlaf vermehren (derzeit in klinischer Entwicklung), auf die subjektive Schlafqualität günstiger auswirken und den Patienten das Gefühl eines erholsamen Schlafs besser vermitteln werden als herkömmliche Schlafmittel. **gs**



Der Tiefschlaf ist besonders wichtig für einen erholsamen Schlaf.

**Satellitensymposium „Chronische Schlafstörungen – Verlust biologischer Basisfunktionen“ anlässlich des Internistenkongresses Wiesbaden, 21. April 2009
Veranstalter: Sanofi-Aventis GmbH**

MS-Therapie bei Kindern und Jugendlichen

➔ Die Multiple Sklerose (MS) manifestiert sich meist zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. In 3–5% der Fälle betrifft MS jedoch Kinder und Jugendliche unter 17. Da eine MS per se nicht lebensverkürzend ist und nach der Erstmanifestation im Kindesalter bereits früh zu gravierenden Behinderungen führen kann, sollte möglichst rasch nach den ersten klinischen Ereignissen mit der Therapie begonnen werden, betonte Dr. Barbara Bajer-Kornek, Wien. Die Differenzialdiagnose bei Kindern ist aber viel umfangreicher als bei Erwachsenen, so PD Dr. Kevin Rostasy, Innsbruck. Die Untersuchung sollte neben der MRT eine detaillierte Liquordiagnostik mit Bestimmung der oligoklonalen Banden und der MRZ-Reaktion (Röteln und Varizella-Zoster-Virus) umfassen. Bisher liegen keine kontrollierten Studien zur Behandlung der MS bei Kindern und Jugendlichen vor. Daher orientieren sich die aktuellen Empfehlungen an der Stufentherapie der MSTKG (MS-Therapie-Konsensus-Gruppe) für Erwachsene mit MS. Nicht jeder MS-Schub im Kindes- und Jugendalter ist

behandlungsbedürftig, so Bajer-Kornek. Bei isolierten Schüben mit Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen sind Kortikosteroide und im Fall schwerer Steroid-resistenter Manifestationen eventuell auch eine Plasmapherese indiziert. Bei aktiver schubhafter MS wird eine Basistherapie mit Immunmodulatoren wie Interferon beta-1a (Rebif®) oder Glatirameracetat empfohlen. Zur Interferon-Therapie liegen umfangreiche Erfahrungen vor, die deren Wirksamkeit in der Schubprophylaxe belegen. Eine Eskalationstherapie mit Natalizumab oder Mitoxantron bei anhaltender Krankheitsaktivität, wie sie für Erwachsene angezeigt sein kann, sollte für Kinder nur mit äußerster Zurückhaltung erwogen werden, so Dr. Astrid Blaschek, München. Bisher fehlten Langzeitdaten zu möglichen Nebenwirkungen. **zi**

**Symposium „Multiple Sklerose bei Kindern und Jugendlichen“ im Rahmen der 35. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie. Graz, 25. April 2009
Veranstalter: Merck Serono**

Atypikum für alle Phasen bipolarer Störungen zugelassen

➔ Seit Januar 2009 besteht mit Quetiapin (Seroquel® und Seroquel Prolong®) erstmals die Möglichkeit, alle Phasen bipolarer Störungen mit einem Medikament zu behandeln. Das Atypikum ist damit neben der Therapie der Manie auch zur Therapie der bipolaren Depression zugelassen. In den beiden BOLDER-Studien verbesserten sich bereits ab Woche 1 die depressiven Symptome signifikant, was sich über den gesamten Beobachtungszeitraum von acht Wochen fortsetzte. Quetiapin hatte in den beiden untersuchten Dosierungen von 300 mg/d und 600 mg/d eine vergleichbare Wirksamkeit. Etwa jeder zweite der mit Quetiapin behandelten Patienten erreichte eine Remission (MADRS ≤ 12), berichtete Prof. Peter Bräuning, Berlin. Das Risiko für einen Switch in eine manische Episode war unter dem Atypikum signifikant geringer als unter Placebo (1,8% vs. 6,6%, $p < 0,05$). Die günstigen Wirkungen auf die bipolare Depression konnten auch für retardiertes Quetiapin (Seroquel Prolong®) gezeigt werden.

In den Studien EMBOLDEN-I und -II schnitt Quetiapin (300 mg/d und 600 mg/d) im direkten Vergleich mit dem Mood Stabilizer Lithium (durchschnittlich 600–1.800 mg/d) und dem SSRI Paroxetin (durchschnittlich 20 mg/d) in Bezug auf die Reduktion der depressiven Symptomatik besser ab. Die Wirkungen der beiden Vergleichssubstanzen auf die depressive Symptomatik unterschieden sich nicht von Placebo. Wie die Langzeitergebnisse der EMBOLDEN-II-Studie zeigen, ist der Anteil der Patienten, die ein Rezidiv erleiden, unter Quetiapin signifikant geringer als unter Placebo (19,3 versus 50,4, $p < 0,001$). Laut Bräuning hat sich die Therapie mit Quetiapin und retardiertem Quetiapin als gut verträglich erwiesen. **aam**

**Pressekonferenz „Neue Therapieoptionen bei bipolaren Störungen“
Bonn, 13. Februar 2009
Veranstalter: AstraZeneca**

Neue Therapieoption bei fokalen Epilepsien

Das Antiepileptikum Zebinix® hat von der europäischen Arzneimittelagentur die Marktzulassung für die Zusatzbehandlung fokaler Epilepsien bei erwachsenen Patienten mit oder ohne sekundäre Generalisierung erhalten. Das Produkt mit dem Wirkstoff Eslicarbazepinacetat wurde von Bial-Portela & CA, S. A. entwickelt und wird in Europa von der Eisai Ltd. vermarktet und vertrieben. Die Einführung in Deutschland ist in der zweiten Jahreshälfte geplant.

Nach Informationen von Eisai

Übungsprogramm für Parkinson-Patienten auf DVD

Für Parkinson-Patienten ist neben einer optimalen Medikation auch ein auf sie abgestimmtes Übungsprogramm wichtig, um ihre Bewegungsfähigkeit und Selbstständigkeit langfristig zu erhalten. Die DVD „Oben auf bei Parkinson“ mit dem gleichnamigen Übungsprogramm, das vom Potsdamer Neurologen PD Dr. Ebersbach entwickelt wurde, bietet optimale Hilfestellung für das Training zu Hause. In anschaulichen Videosequenzen werden die Patienten durch die verschiedenen Übungsblöcke geführt. Ärzte und Physiotherapeuten können eine Ansichts-DVD direkt bei Desitin Arzneimittel GmbH per Mail unter info@desitin.de anfordern.

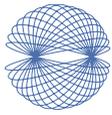
Nach Informationen von Desitin

Bei Bewährtem bleiben

Bei stabil eingestellten Epilepsie-Patienten sollte man einen Medikationswechsel möglichst vermeiden. Denn Umstellungen von Originalpräparaten auf Generika oder von einem Generikum auf ein anderes sind hier besonders riskant. Ein Wechsel kann zu zahlreichen Komplikationen führen, wie die Ergebnisse einer kanadischen Studie zum Antikonvulsivum Topamax® (Topiramate) zeigen [Paradies PEP et al. Clinical Consequences of generic substitution of topiramate. Abstract accepted at ILAE June 2009 Budapest, Ungarn].

Nach Informationen von Janssen-Cilag

Termine der Fortbildungsakademie		
<p>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 Landesverbands- mitglieder 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>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>9.–12.9.2009 in Düsseldorf</p>	<p>25th Congress of the European Committee for treatment and research in Multiple Sclerosis (ECTRIMS)</p>	<p>Prof. Dr. med. Hans-Peter Hartung Abteilung für Neurologie, Heinrich-Heine-Universität Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf E-Mail: ectrims2009@uni-duesseldorf Administration: c/o Congrex Switzerland Ltd. E-Mail: basel@congrex.com www.ectrims.eu/2009</p>
<p>11.–13.9.2009 in Zürich/Schweiz</p>	<p>3. Kongress zur transkulturellen Psychiatrie Psychotherapie und Psychosomatik Migration und kulturelle Verflechtungen</p>	<p>Dr. med. Bernhard Küchenhoff Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Kongressorganisation: IEC-Management, Wien Fax: +43/1/913 48 49, E-Mail: office@iec-management.at www.transkulturellepsychiatrie.de</p>
<p>21.–23.9.2009 in Berlin</p>	<p>2nd European Conference on Schizophrenia Research (ECSR)</p>	<p>Kompetenznetz Schizophrenie (KNS) Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Dr. Viktoria Toeller Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Kongressorganisation: CPO Hanser E-Mail: schizophrenia@cpo-hanser.de www.schizophrenianet.eu</p>
<p>23.–26.9.2009 in Nürnberg</p>	<p>82. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)</p>	<p>Kongresspräsident: Prof. Dr. Thomas Klockgether Klinik und Poliklinik für Neurologie; Bonn Kongressorganisation: AKM Congress Service GmbH Tel. 07621 98330, Fax: 07621 78714 www.akmcongress.com/dgn2009</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: 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: Matthias Stieglitz, Berlin

Schatzmeister: Gerd Wermke, Homburg/Saar
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Frank Bergmann, Aachen; Werner Kissling, München; Hans Martens, München; Greif Sander, Sehnde

REFERATE

Soziotherapie: S. Schreckling
Sucht: G. Sander
Psychotherapie/ Psychoanalyse: H. Martens
Forensik: C. Vogel
Übende Verfahren – Psychotherapie: G. Wermke
Psychiatrie in Europa: G. Wermke
Kontakt BVDN, Gutachterwesen: F. Bergmann
ADHS bei Erwachsenen: J. Krause
PTSD: C. Roth-Sackenheim
Migrationssensible psychiatrische Versorgung: G. Sander, M. Stieglitz

Ich will Mitglied werden!

■ An die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45 46 925

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 300–500 EUR, je nach Landesverband).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefarzte/Niedergelassene; 260 EUR für Fachärzte an Kliniken; 55 EUR für Ärzte in Weiterbildung).
- Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefarzte/Fachärzte an Kliniken/Niedergelassene).
- Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 625 EUR.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

Konto-Nr.: _____

bei der _____ BLZ _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: Dr. U. Farenkopf	BADEN SÜD Gengenbach	ja	KV	07803 98071-3	0703 98071-4	Neurologie_gengenbach@t-online.de
Dr. R. Sattler	Singen	ja	KV	07731 9599-10	07731 9599-39	dr.adam@web.de
BVDN-Landesverband: Prof. Dr. J. Aschoff Dr. J. Braun Dr. W. Maier-Janson	BADEN-WÜRTTEMBERG Ulm Mannheim Ravensburg	nein ja ja	ÄK ÄK/KV KV	0731 69717 0621 12027-0 0751 36242-0	0621 12027-27 0751 36242-17	juergen.braun@dgn.de kontakt@neurologie-ravensburg.de
BVDN-Landesverband: Dr. G. Carl Dr. C. Vogel Dr. H. Martens	BAYERN Würzburg München München	ja ja ja	ÄK/KV ÄK ÄK/KV	09321 24826 089 2730700 089 2713037	09321 8930 089 27817306 08141 63560	carlg@t-online.de praxcvogel@aol.com dr.h.martens@gmx.de
BVDN-Landesverband: Dr. G. Benesch Dr. H.-J. Boldt	BERLIN Berlin Berlin	ja ja	KV KV	030 3123783 030 3186915-0	030 32765024 030 3186915-18	dr.g.benesch@t-online.de BoldtNA@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. St. Alder Dr. A. Rosenthal	BRANDENBURG Potsdam Teltow	ja ja	ÄK KV	0331 748720-7 03328 30310-0	0331 748720-9 03328 30310-1	gerd-juergen.fischer@dgn.de
BVDN-Landesverband: Dr. U. Dölle	BREMEN Bremen	ja	ÄK/KV	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. G. Hinz Dr. H. Ramm Dr. Andre Rensch	HAMBURG Hamburg Hamburg Hamburg	ja ja ja	KV KV ÄK	040 60679863 040 245464 040 6062230	040 60679576 040 60679576 040 60679576	guntram.hinz@yahoo.de hans.ramm@gmx.de neurorensch@aol.com
BVDN-Landesverband: Dr. B. Ende Dr. S. Planz-Kuhlendahl Prof. Dr. A. Henneberg Peter Laß-Tegethoff	HESSEN Buseck Offenbach Frankfurt/M. Hüttenberg	nein ja ja ja	ÄK KV ÄK ÄK	06408 62828 069 800-1413 069 59795430 06441 9779722	069 800-3512 069 59795431 06441 447424	planz-kuhlendahl@t-online.de henneberg-neuropsych@t-online.de tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de
BVDN-Landesverband: Dr. Hauk-Westerhoff	MECKLENBURG-VORPOMMERN Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@nervenaerzte-rostock.de
BVDN-Landesverband: Dr. J. Beutler Dr. P. Gensicke Dr. J. Schulze	NIEDERSACHSEN Braunschweig Göttingen Meppen	ja ja ja	ÄK ÄK ÄK	0531 337717 0551 384466 05931 1010	0531 330302 0551 484417 05931 89632	joachim@dr-beutler.de peter.gensicke@dgn.de dr.schulte@nervenzarztpraxis-meppen.de
BVDN-Landesverband: Dr. F. Bergmann Dr. A. Haus Dr. Rolf Peters Dr. Birgit Löber-Kraemer	NORDRHEIN Aachen Köln Jülich Bonn	ja ja ja nein	KV ÄK/KV KV KV	0241 36330 0221 402014 02461 53853 0228 223450	0241 404972 0221 405769 02461 54090 0228 223479	bergmann@bvdn-nordrhein.de hphaus1@AOL.com dr.rolf.peters@t-online.de
BVDN-Landesverband: Dr. W.-H. von Arnim Dr. Ch. Roth-Sackenheim Dr. Klaus Sackenheim	RHEINLAND-PFALZ Idar-Oberstein Andernach Andernach	nein ja ja	ÄK ÄK KV	06781 660 02632 96400 02632 96400	02632 964096 02632 964096	c@dr-roth-sackenheim.de bvdn@dr-sackenheim.de
BVDN-Landesverband: Dr. F. Jungmann Dr. Th. Kajdi Dr. G. Wermke	SAARLAND Saarbrücken Völklingen Homburg	ja nein ja	ÄK/KV ÄK/KV ÄK	0681 31093 06898 23344 06841 9328-0	0681 38032 06898 23344 06841 9328-17	mail@dr-jungmann.de Kajdi@t-online.de gerd@praxiswermke.de
BVDN-Landesverband:	SACHSEN	Kein Nervenarzt in der ÄK oder KV!				
BVDN-Landesverband: Dr. H. Deike	SACHSEN-ANHALT Magdeburg	nein	KV	0391 2529188	0391 5313776	
BVDN-Landesverband: Dr. U. Bannert	SCHLESWIG-HOLSTEIN Bad Segeberg	ja	ÄK/KV	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband: Dr. K. Tinschert	THÜRINGEN Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband: Dr. U. Thamer Dr. V. Böttger	WESTFALEN Gelsenkirchen Dortmund	ja ja	KV KV	0209 37356 0231 515030	0209 32418 0231 411100	Thamer.Herten@t-online.de boettger@AOL.com

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

Dr. Uwe Bannert

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

Dr. Wolfgang Becker

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

Dr. Gerd Benesch

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

Dr. Frank Bergmann

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

Dr. Ralf Berkenfeld

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

Prof. Dr. Peter-Dirk Berlit

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

Dr. Lutz Bode

Mühlhäuserstr. 94, 99817 Eisenach,
Tel.: 03691 212343, Fax: 03691 212344,
E-Mail: lutzbode@t-online.de

Dr. Ralf Bodenschatz

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

Dr. Jens Bohlken

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

PD Dr. Elmar Busch

Basilikastr. 55, 47623 Kevelaer,
Tel.: 02832 10140-1, Fax: 02832 10140-6
E-Mail: e.busch@marienhospital-kevelaer.de

Dr. Bernhard Bühler

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

Dr. Gunther Carl

Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel.: 09321 5355, Fax: 09321 8930,
E-Mail: carlg@t-online.de

Dr. Gisela Damaschke

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

Prof. Dr. Hans-Christoph Diener

Universitätsklinikum Essen,
Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Dr. Ulrich Dölle

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

Dr. Reinhard Ehret

Schloßstr. 29, 20, 12163 Berlin,
Tel.: 030 790885-0,
Fax: 030 790885-99,
E-Mail: dr.ehret@neurologie-berlin.de

Dr. Joachim Elbrächter

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

Dr. Günther Endrass

Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt,
Tel.: 06359 9348-0, Fax: 06359 9348-15

Prof. Dr. Andreas Engelhardt

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

Dr. Peter Franz

Ingolstädter Str. 166, 80939 München,
Tel.: 089 311711, 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 Bahnhofsplatz 4,
81241 München, Tel.: 089 896068-0,
Fax: 089 896068-22, E-Mail: fries@elfinet.de

Dr. Horst Fröhlich

Haugerring 2, 97070 Würzburg,
Tel.: 0931 55330, Fax: 0931 51536

Dr. Holger Grehl

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

Dr. Klaus Gorsboth

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

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah

Appelhorn 12, 27356 Rotenburg,
Tel.: 04261 8008, Fax: 04261 8400118,
E-Mail: rhagenah@web.de

Dr. Liane Hauk-Westerhoff

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

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

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

Dr. Guntram Hinz

Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg,
Tel.: 040 60679863, Fax: 040 60679576,
E-Mail: guntram.hinz@yahoo.de

Dr. Werner E. Hofmann

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

Sandtsee 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: kriichi@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: umeier@t-online.de

Dr. Norbert Mönter

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

Dr. Klaus-Ulrich Oehler

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

Dr. Rolf Peters

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

Dr. Volker Pfaffenrath

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

Dr. Sigrid Planz-Kuhlendahl

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

Prof. Dr. Fritjof Reinhardt

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

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

ANR Ahrweiler, Schülzchenstr. 10,
53474 Bad-Neuenahr-Ahrweiler,
Tel.: 02641 98040, Fax: 02641 980444,
E-Mail: preuther@rz-online.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim

Breite Str. 63, 56626 Andernach,
Tel.: 0160 97796487, Fax: 02632 9640-96,
E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de

Dr. Klaus Sackenheim

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

Dr. Manfred Salaschek

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

Dr. Greif Sander

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

Dr. Herbert Scheiblich

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

Dr. Michael Schwalbe

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

Matthias Stieglitz

Reichenberger Str. 3, 13055 Berlin,
Tel.: 030 9714526
E-Mail: matthias.stieglitz.praxis@
t-online.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

Halfterner 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, 66244 Homburg,
Tel.: 06841 9328-0, Fax: 06841 9328-17,
E-Mail: wermke@myfaz.net

Dr. Werner Wolf

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

PD Dr. Roland Wörz

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

PD Dr. Albert Zacher

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

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

Huttenstr. 10
 97072 Würzburg
 Tel.: 0931 2055226
 Fax: 0931 2055225

E-Mail: info@akademie-psychoneuro.de
 www.athene-qm.de

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 Seminararkalender 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 Praxishelfer 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.bundesaeztekammer.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 Neuro-psychologie (GNP) e. V.
 Geschäftsstelle Fulda, Postfach 1105, 36001 Fulda, Tel.: 0700 46746700, Fax: 0661 9019692, E-Mail: fulda@gnp.de www.gnp.de

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

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

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

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

Psychiatrie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
 Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin, Tel.: 030 28096601/ 02, Fax: 030 28093816
Hauptgeschäftsführer: Dr. 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@dgppn.de www.dggppn.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 Gebührezahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Druck:

KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München

ISSN 1436-123X



LA-MED
geprüft 2008