

ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT

„UAW – Aus Fehlern lernen“

Ertapenem (Invanz®)-bedingte Krampfanfälle
mit Todesfolge bei einem Dialysepatienten

Ertapenem (Invanz®) ist ein Antibiotikum aus der Gruppe der Carbapeneme, zu der auch Imipenem und Meropenem gehören. Das antibakterielle Spektrum der Carbapeneme ist breiter als das aller bisher bekannten Antibiotika und umfasst grampositive, gramnegative und anaerobe Keime. Das in Deutschland zur Verfügung stehende Präparat Invanz® ist zugelassen zur Behandlung intraabdomineller Infektionen, der ambulant erworbenen Pneumonie und akuter gynäkologischer Infektionen. Es hat mit ca. vier Stunden eine deutlich längere Halbwertszeit als Imipenem und Meropenem und braucht nur einmal am Tag appliziert zu werden. 80 Prozent der Substanz werden mit dem Urin und 10 Prozent mit den Faeces ausgeschieden (1).

Berichtet wird über einen 56-jährigen Patienten, der im Rahmen eines fortgeschrittenen diabetischen Spätsyndroms seit zwei Jahren mit Peritonealdialyse versorgt wurde (2). Die wöchentli-

che Kreatininclearance betrug 64,3 l/Wo./m² bei einer renalen Rest-Kreatininclearance von 3,1 ml/Min. Wegen einer geplanten Unterschenkelamputation wurde er stationär aufgenommen, konnte aber wegen einer bestehenden Hyperkaliämie von 6,5 mval/l nicht gleich operiert werden. Da offenbar eine Infektionsgefahr vonseiten der nicht heilenden Unterschenkelgeschwüre ausging, erhielt der Patient 500 mg Ertapenem intravenös über 30 Minuten; die Hyperkaliämie wurde mit Kationenaustauscher therapiert. Am nächsten Tag wurde die Amputation durchgeführt. Knapp 24 Stunden nach der ersten Dosis erhielt der Patient erneut 500 mg Ertapenem. Sechzehn Stunden später kam es zu einem generalisierten tonisch-klonischen Krampfanfall, der drei Minuten dauerte. Nach drei Stunden krampfte der Patient noch zweimal im Abstand von 15 Minuten. Nach einem fünften Krampfanfall kam es schließlich zu einer Apnoe und einem Kreislaufstillstand. Da der Patient verfügt hatte, dass keine Wiederbelebungsmaßnahmen erfolgen sollten, verstarb er.

Im deutschen Spontanmeldesystem (gemeinsame Datenbank von BfArM und AkdÄ, Stand: 9. 2. 2006) sind zwei Verdachtsfälle von Krampfanfällen im Zusammenhang mit der Anwendung von Ertapenem erfasst. Dabei war in einem Fall eine Patientin unter einer Valproat-Therapie betroffen.

Durch Penicilline und die gesamte Gruppe der Betalaktamantibiotika hervorgerufene Krampfanfälle (bei extremer Dosierung oder nicht reduzierter Dosierung bei Niereninsuffizienz) sind seit vielen Jahrzehnten bekannt. Die Neurotoxizität der Betalaktame steigt mit ihrer Lipophilie und fällt mit ihrer Hydrophilie (3).

Therapie-Symposien der AkdÄ

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) berät seit 1952 als wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer diese in allen Fragen der Arzneimittelbehandlung und „Arzneimittelsicherheit“. Zu ihren statutarisch festgelegten Aufgaben gehört die Herausgabe des Informationsblattes „Arzneiverordnung in der Praxis“ mit den Sonderheften „Therapieempfehlungen“.

Formaler Anlass und Grundlage für die Erarbeitung der Therapieempfehlungen der AkdÄ sind die Arzneimittel-Richtlinien, in deren Nr. 14 es heißt: „Es wird empfohlen, insbesondere die von der AkdÄ erstellten und in „Arzneiverordnung in der Praxis“ veröffentlichten Therapieempfehlungen in der jeweils aktuellen Fassung zu berücksichtigen.“

Auf den seit mehreren Jahren institutionalisierten Therapie-Symposien werden die neuen Leitlinien der Ärzteschaft zur Diskussion vorgestellt.

Folgende Therapie-Symposien finden statt:

in Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer und der KV Bayerns

**Termin: 18. Oktober 2006
15.00–18.30 Uhr**

**Tagungsort: KV Bayerns
Konferenzsaal 5500
Elsenheimer Straße 39
80687 München**

in Kooperation mit der Ärztekammer Hamburg und der KV Hamburg

**Termin: 1. November 2006
15.00–18.30 Uhr**

**Tagungsort: Ärztekammer Hamburg
Saal des Ärztehauses
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

in Kooperation mit der Sächsischen Landesärztekammer und der KV Sachsen

**Termin: 8. November 2006
15.00–18.30 Uhr**

**Tagungsort: Sächsische Landesärztekammer
Plenarsaal
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden**

in Kooperation mit der Ärztekammer Nordrhein und der KV Nordrhein

**Termin: 15. November 2006
15.00–18.30 Uhr**

**Tagungsort: Ärztekammer Nordrhein
Großer Vortragssaal im Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf**

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. B. Müller-Oerlinghausen, Prof. Dr. med. R. Lasek, Prof. Dr. med. H. Berthold, alle Berlin

Wissenschaftliches Programm: Therapie-Empfehlungen der AkdÄ zum Diabetes mellitus Typ 2 • Empfehlungen der AkdÄ zur kardiovaskulären Risikoprävention • Neue Arzneimittel – ein Überblick

Als Fortbildungsveranstaltung anerkannt (mit vier Punkten zertifiziert)

Auskunft und Organisation: Prof. Dr. med. H. Berthold, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, Telefon: 0 30/40 04 56-5 00, Fax: 0 30/40 04 56-5 55, E-Mail: sekretariat@akdae.de, Internet: www.akdae.de □

Nach tierexperimentellen Befunden und Einzelbeobachtungen ist Diazepam zur Therapie solcher Zwischenfälle hochwirksam (4).

In der Fachinformation zu Invanz[®] (1) wird darauf hingewiesen, dass Untersuchungen bei Patienten unterhalb einer Clearance von 30 ml/Min. nicht vorliegen und dass deshalb von einem Einsatz des Antibiotikums unter diesen Bedingungen abgeraten wird. Für Meropenem und Imipenem liegen dagegen Empfehlungen zur Dosierung bei Niereninsuffizienz vor, die entsprechend der bestehenden Funktionseinschränkung in einer Reduzierung der Einzeldosis und Verlängerung des Dosierungsintervalles bestehen.

Auch Patienten, die gleichzeitig mit Valproinsäure behandelt werden, sollten sorgfältig überwacht werden, da Ertapenem den Serumspiegel von Valproinsäure senken kann und somit Krampfanfälle ausgelöst werden können.

Der hier dargestellte Zwischenfall weist noch einmal darauf hin, dass bei allen Penicillinen, Cephalosporinen und Carbapenemen eine Dosisreduktion erfolgen muss, wenn eine Niereninsuffizienz vorliegt. Entsprechende Tabellen mit Richtwerten für eine richtige Dosierung finden sich in den „Arzneiverordnungen“ der AkdÄ (5) und in anderen einschlägigen Büchern (6, 7). Wird die Notwendigkeit einer Dosisanpassung nicht beachtet, kann es zu Krampfanfällen kommen, die nicht selten als Durchgangssyndrom oder Delir verkannt werden. Sie sind meist mit der intravenösen Gabe von Diazepam zu beherrschen.

Bitte teilen Sie der AkdÄ alle beobachteten Nebenwirkungen (auch Verdachtsfälle) mit. Sie können dafür den in regelmäßigen

Abständen im Deutschen Ärzteblatt auf der vorletzten Umschlagseite abgedruckten Berichtsbogen verwenden oder diesen aus der AkdÄ-Internetpräsenz www.akdae.de abrufen.

LITERATUR

1. Fachinformation Invanz[®], August 2005.
2. Seto AH, Song JC, Guest SS: Ertapenem-associated seizures in a peritoneal dialysis patient. *Ann Pharmacother* 2005; 39: 352–6.
3. Wehrauch TR, Köhler H, Höffler D, Kriegelstein J: Cerebral toxicity of penicillins in relation to their hydrophobic character. *Naunyn-Schmiedeberg's Arch Pharmacol* 1975; 289: 55–64.
4. Wehrauch TR, Rieger H, Köhler H, Voigt R, Höffler D, Kriegelstein J: Einfluss von Diazepam und Phenytoin auf durch Penicillin induzierte zerebrale Krampfanfälle. *Arzneimittelforschung* 1976; 26: 379–82.
5. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hrsg.): *Arzneiverordnungen*, 21. Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag Köln 2006.
6. Wolff HP, Wehrauch TR (Hrsg.): *Internistische Therapie* 2004/2005, 15. Auflage. Urban & Fischer Verlag bei Elsevier München Jena 2004: 166–74.
7. Geiger H, Jonas D, Lenz T, Kramer W (Hrsg.): *Nierenerkrankungen. Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie*. Schattauer Verlag Stuttgart 2003: 489–519.

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
Postfach 12 08 64, 10598 Berlin
Telefon: 0 30/40 04 56-5 00, Telefax: 0 30/40 04 56-5 55
E-Mail: info@akdae.de, Internet: www.akdae.de

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT PSYCHOTHERAPIE NACH § 11 PSYCHTHG

Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete in der Sitzung vom 6. Juli 2006 das folgende Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung:

1. Grundlagen der Begutachtung

Das Gutachten stützt sich auf folgende Unterlagen:

a) Ein Gutachtenantrag, der durch die EMDRIA Deutschland e.V. (Fachgesellschaft für EMDR in Deutschland) im Januar 2005 eingereicht wurde,

b) ergänzt durch insgesamt 21 Originalstudien zur EMDR bei Erwachsenen, die als kontrolliert und randomisiert bezeichnet werden, zwei kontrollierte nicht randomisierte Originalstudien und drei unkontrollierte Originalstudien. Der Antrag wurde ergänzt durch vier Meta-Analysen zur Wirkung von EMDR bei Erwachsenen, von denen zwei in Zeitschriften mit Peer-Review-Verfahren veröffentlicht sind. Ferner wurden vier kontrollierte und randomisierte sowie drei weitere Studien zur Anwendung der

EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung eingereicht.

2. Gutachtenauftrag/Fragestellung

Gemäß dem Gutachtenantrag wird von der Fachgesellschaft EMDRIA-Deutschland e.V. in Zusammenarbeit mit der Sektion für Psychotraumatologie der Universität Heidelberg der Antrag gestellt, die EMDR-Methode als wissenschaftlich begründetes Verfahren anzuerkennen. Der Antrag ist begrenzt auf die Anwendung der EMDR-Methode bei Patienten mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1; DSM-IV: 309.81).

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG hat mit Beschluss vom 15. 09. 2003 festgelegt, dass er für

die Entscheidung, ob ein Verfahren oder eine Methode die Kriterien für eine wissenschaftliche Anerkennung erfüllt, die Wirksamkeitsnachweise für definierte Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen bzw. bei Kindern und Jugendlichen prüft. Der Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungsbereich kann danach in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit bei Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist und mindestens eine Studie eine Katamneseuntersuchung mindestens sechs Monate nach Therapieabschluss einschließt, die den Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweist.

Die üblicherweise in einem zweiten Schritt vorgenommene Prüfung, ob eine Empfehlung zur Zulassung als Verfahren zur vertieften Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Absatz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten ausgesprochen werden kann, entfällt im Falle des hier begutachteten Antrags, da die wissenschaftliche Anerkennung nur für **einen** Anwendungsbereich der Psychotherapie bei Erwachsenen sowie **einen** Anwendungsbereich der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Posttraumatische Belastungsstörung) gestellt wurde.

3. Definition

Gemäß dem Gutachtenantrag ist EMDR eine psychotherapeutische Methode, bei der durch bilaterale Stimulation die Verarbeitung traumatisch erlebter Erfahrungen ermöglicht wird. EMDR folgt einem achtphasigen Behandlungskonzept, dessen Kernstück ein Prozess ist, bei dem der Patient sich auf bestimmte Anteile seiner traumatischen Erinnerung konzentriert und gleichzeitig den Fingerbewegungen des Therapeuten folgend die Augen bewegt. Der Verarbeitungsprozess kann auch durch andere Formen der „bilateralen Stimulation“ mit dem rhythmischen Berühren beider Hände oder durch wechselseitige Beschallung beider Ohren induziert werden. Es wird davon ausgegangen, dass dadurch ein „meist mit einer zügigen Entlastung verbundener assoziativer Verarbeitungsprozess ausgelöst“ wird, in dem durch spontane Verbindungen von Erinnerungsbruchstücken aus dem traumatisierenden Ereignis mit Elementen aus dem biografischen Gedächtnis („Kontextualisierung“) oder einfaches Verblenden der traumatischen Erinnerung für viele Patienten eine affektive Entlastung spürbar wird.

4. Von den Antragstellern genannte Indikation

Die primäre Indikation für die Anwendung der EMDR ist die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Einzelsetting.

Als Kontraindikationen gelten laut Antragsteller „akute Psychosen sowie komorbide schwere dissoziative Symptome und komorbide schwere Persönlichkeitsstörungen“. Darüber hinaus werden im Gutachtenantrag folgende weitere relative Kontraindikationen genannt: „fehlende soziale Sicherheit, insbesondere anhaltende Traumaeinwirkung oder anhaltender Täterkontakt; unzureichende Stabilität im körperlichen, sozialen und psychischen Bereich; akute körperliche Erkrankungen; akute psychiatrische Störungen; dekomensierte Angsterkrankung; schwere Depressionen mit akuter Suizidalität; aktiver Substanzmissbrauch“.

5. Theorie

Die Theorie der EMDR stützt sich laut Antrag auf ätiologische Modelle der Entstehung posttraumatischer Symptome, die eine gestörte Informationsverarbeitung infolge traumatischer Ereignisse annehmen. Die Ätiologiemodelle gehen davon aus, dass traumatische Ereignisse mit dem Erleben extremer Hilflosigkeit und Ohnmacht einhergehen, die daraus resultierende Belastung führt zu einer Überforderung der psychischen Bewältigungs- und Verarbeitungsmechanismen. Die Modelle nehmen ferner an, dass Erinnerungen eine traumatische Qualität erreichen, wenn ihre Integration in das semantische Gedächtnis fehlschlägt. Daraus folgen separat registrierte, sensorische Elemente der Erfahrung, die unabhängig von dem Kontext, dem sie angehören, aktiviert werden können.

Modelle zur Wirksamkeit der EMDR-Methode stützen sich auf drei unterschiedliche Konzepte: zum einen wird vermutet, dass die EMDR-Behandlung zu einer Dekonditionierung wirksamer Auslöserreize beiträgt durch wiederholte imaginäre Exposition mit der belastenden Erinnerung, die im Rahmen der EMDR-Behandlung wiederholt und kontrolliert erfolgt. Des Weiteren werden in der Behandlung dysfunktionale Kognitionen bearbeitet. Durch Entspannungsinduktion über die bilaterale Stimulation – so die Theorie – soll es zu einer beschleunigten Dekonditionierung kommen. Hypothesen zur Wirksamkeit der EMDR-Methode stützen sich in diesem Kontext auf psychophysiologische Befunde zur Orientierungsreaktion bei der Konfrontation mit neuen Reizen. Die für die EMDR-Methode spezifische bilaterale Stimulation soll zu einer länger ausgeprägten Orientierungsreaktion, gekoppelt mit einer parasympathischen Stimulation, führen, wodurch der aversive Reiz der traumatischen Erinnerung dann an einen nichtaggressiven Entspannungsreiz gekoppelt würde.

Ein drittes Modell geht davon aus, dass durch repetitive parasympathische Stimulation eine Beschleunigung der Informationsverarbeitung erfolgt. Die wiederholten sakkadischen Augenbewegungen im Zusammenhang mit der EMDR-Behandlung sollen zu einer Vagusstimulierung führen, die durch einen reziproken Mechanismus einen Verarbeitungsmodus anstößt, der dem REM-Schlaf ähnlich ist.

6. Diagnostik

Neben einer sorgfältigen allgemeinen Diagnostik, die in der Psychotherapie generell üblich ist (biografische Anamnese, Sozialanamnese, aktueller psychopathologischer Befund, allgemeinmedizinisch-neurologische Untersuchung) halten die Antragsteller eine Diagnostik der Art der Traumatisierung und deren Bewältigung bzw. Konsequenzen, die Diagnostik von Komorbiditäten sowie eine störungsspezifische Diagnostik für notwendig, die eine reliable und valide Diagnose einer PTBS oder eines Teilsyndroms der PTBS zum Inhalt hat. Als Hauptgegenstände einer Prozessdiagnostik werden folgende Aspekte genannt: Sicherheit in körperlicher und sozialer Hinsicht, psychische Stabilität, Stabilität des Arbeitsbündnisses, Ausprägung von Übertragungsmanifestationen (unbeabsichtigtes Wiederholen dysfunktionaler Beziehungsmuster), Tendenz/Neigung, intrapersonale Konflikte bevorzugt handelnd zu lösen. Als besonders bedeutsam für eine EMDR-Behandlung wird die kontinuierliche Prüfung der Stabilität und äußeren Sicherheit des Patienten postuliert. ▷

7. Wirksamkeitsnachweise bei Erwachsenen

Von insgesamt 21 unabhängigen randomisiert-kontrollierten Studien, die sich auf den Anwendungsbereich (Belastungsstörungen, F43) beziehen, können 13 nicht anerkannt werden, da entweder keine Effekte nachweisbar waren, keine Randomisierung durchgeführt worden war oder andere Einschränkungen der methodischen Studienqualität festzustellen waren (zu kleine Stichproben, keine echte Kontrollgruppe, keine standardisierten Instrumente, Patienten weisen keine PTBS auf)*. Fünf nichtrandomisierte Vergleichsstudien sowie drei nichtkontrollierte Studien können aus diesen Gründen ebenfalls nicht anerkannt werden.

Die Wirksamkeit der EMDR-Methode bei Patienten mit PTBS – in einigen Studien allerdings vergleichbar mit den Effekten einer Expositionsbehandlung – belegen acht Studien (Nr. 5, 6, 9, 10, 11, 13, 18, 19). Da mindestens eine Studie vorliegt (Nr. 19), in der eine Katamnese von mindestens sechs Monaten durchgeführt und die Stabilität der Effekte belegt wurde, sind die vom Wissenschaftlichen Beirat festgelegten Kriterien für die Anerkennung in dem **Anwendungsbereich 3 (Belastungsstörungen, F 43)** erfüllt. Es ist allerdings anzumerken, dass der wissenschaftliche Nachweis für die Wirksamkeit der für die EMDR spezifischen Techniken (insbesondere der bilateralen Stimulation) bisher nicht eindeutig erbracht ist. Die beiden in wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlichten Meta-Analysen (Nrn. 33, 35) kommen eher zu dem Schluss, dass die EMDR-Methode im Vergleich zu Kontrollbedingungen und Behandlungen ohne Traumaexposition wirksam ist, dass aber kein systematischer Unterschied zu Expositionsbehandlungen nachgewiesen werden konnte.

8. Wirksamkeitsnachweise bei Kindern und Jugendlichen

Von den insgesamt sieben eingereichten Studien zur Wirksamkeit der EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt nur eine Studie (Nr. 28) das methodische Mindestkriterium einer Vergleichsgruppe. Die Aussagekraft dieser Studie ist durch eine geringe Stichprobengröße eingeschränkt. Unter methodischen Gesichtspunkten ist bei dieser Studie ferner problematisch, dass der klinische Status der Patientinnen als Folge sexuellen Missbrauchs zwar wahrscheinlich ist, jedoch keine differenzierte Diagnostik durchgeführt worden war. In dieser Untersuchung an 14 iranischen Mädchen erwies sich die EMDR-Methode gegenüber der „cognitive-behavioral therapy“ (CBT) als vergleichbar wirksam. Eine weitere Studie (Nr. 29) mit Vergleichsgruppe ist bislang nur als Poster auf einem Kongress publiziert worden und kann mangels detaillierter Angaben nicht als Wirksamkeitsnachweis gewertet werden. Es liegen keine Katamnese-Untersuchungen vor, die den Therapieerfolg auch noch mindestens sechs Monate nach Therapieende nachweisen. Insgesamt kann daher die wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen für diesen Anwendungsbereich nicht festgestellt werden.

9. Anwendung in der Praxis

Die EMDR-Methode hat sich in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum verbreitet und wird sowohl in ambulanten als

auch stationären Einrichtungen mit einer Spezialisierung für die Behandlung von Traumaopfern – eingebettet in einen verfahrensspezifischen Behandlungsplan – angewandt.

10. Aus- und Weiterbildung

Zur EMDR existieren in Deutschland Ausbildungsinstitute und Ausbildungscurricula. Zum Erlernen und zur eigenverantwortlichen Anwendung der EMDR-Methode ist eine abgeschlossene, staatlich anerkannte Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. zum Psychologischen Psychotherapeuten, zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder eine abgeschlossene ärztliche psychotherapeutische Weiterbildung unbedingte Voraussetzung.

11. Zusammenfassende Stellungnahme

Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie stellt zusammenfassend fest, dass die EMDR-Methode bei Erwachsenen als Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Die EMDR-Methode kann nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden, da sie nicht für die geforderte Mindestzahl von fünf der zwölf Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Erwachsenen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie bzw. für mindestens vier der acht klassischen Anwendungsbereiche als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Für die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter liegen zwar aus einer anerkannten Studie begründete Hinweise für die Wirksamkeit der EMDR-Methode vor. Insgesamt ist jedoch die Anzahl der Studien für eine wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode bei Kindern und Jugendlichen für den Bereich der Posttraumatischen Belastungsstörungen nicht ausreichend. Bei Kindern und Jugendlichen kann für keinen Anwendungsbereich der Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung der EMDR-Methode festgestellt werden.

Die EMDR-Methode kann nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten empfohlen werden, da sie nicht für die geforderte Mindestzahl von vier der acht Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie bzw. für mindestens drei der fünf klassischen Anwendungsbereiche als wissenschaftlich anerkannt gelten kann.

Berlin, den 6. Juli 2006

Prof. Dr. Gerd Rudolf (Vorsitzender)

Prof. Dr. Dietmar Schulte (stellvertretender Vorsitzender)

Korrespondenzadressen:
Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64, 10179 Berlin

(Geschäftsführung des WBP der zweiten Amtsperiode)
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

*Eine Übersicht zu den eingereichten Studien zur EMDR bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen sowie deren Bewertung findet sich auf der Homepage des WBP (<http://www.wbpsychotherapie.de>).

Hinweis: Die Veröffentlichung des Gutachtens zur IPT wird in Heft 38 erfolgen.

Mitteilungen

Korrektur der 114. Sitzung des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss hat sich darauf verständigt, den unter der laufenden Beschlussnummer 17 in der 114. Sitzung des Bewertungsausschusses im Deutschen Ärzteblatt, Heft 26, Jg. 103, vom 30. 6. 2006 im Teil B (Seite A 1851) veröffentlichten Beschluss aus der 114. Sitzung des Bewertungsausschusses herauszunehmen. Es handelte sich dabei um die Aufnahme der Nr. 8. nach der Nr. 7. in der Präambel 5.1 zu Kapitel 5. Diese laufende Nummer des Sammelbeschlusses wird demnach zum 1. Oktober 2006 nicht in Kraft treten. Bis zu einer Überarbeitung bleibt die derzeitige Fassung der Präambel 5.1 gültig. □

Bekanntmachungen

Erratum

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 115. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu

– Änderungen seines Beschlusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V vom 29. Oktober 2004

– Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

mit Wirkung zum 1. Oktober 2006

Im Deutschen Ärzteblatt, Heft 33, Jg. 103, vom 18. 8. 2006, wurde im Teil A (Seite A 2197) der Beschluss fehlerhaft veröffentlicht. In Teil C wurde zu der laufenden Beschlussnummer 31 (Seite A 2202) die Punktbewertung fehlerhaft veröffentlicht.

Teil A lautet korrekt:

Änderung von Abschnitt 3.2.2 des RLV-Beschlusses

3.2.2 Fallpunktzahl bei Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und angestellten Ärzten

Die Höhe der zutreffenden Fallpunktzahlen für Gemeinschaftspraxen und medizinische Versorgungszentren wird als arithmetischer Mittelwert der Fallpunktzahlen der in der Gemeinschaftspraxis oder dem medizinischen Versorgungszentrum vertretenen Arztgruppen gemäß Anlage 1 berechnet.

Für diese Gemeinschaftspraxen, medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, gilt folgende Regelung:

Die zutreffende Fallpunktzahl wird unter Berücksichtigung eines Aufschlags von

- 130 Punkten für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten
- 30 Punkten je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum repräsentierten Fachgebiet oder Schwerpunkt, jedoch mindestens 130 Punkten und höchstens 220 Punkten errechnet.

Streichung in den Allgemeinen Bestimmungen 5.1 Satz 2 des EBM

Für diese Gemeinschaftspraxen, medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, gilt folgende Regelung:

Die abzurechnende Punktzahl des Ordinationskomplexes wird unter Berücksichtigung eines Aufschlags von

- 60 Punkten für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten,
- 15 Punkten je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum repräsentierten Fachgebiet oder Schwerpunkt, jedoch mindestens 60 Punkten und höchstens 105 Punkten,

errechnet.

In Teil C lautet die korrekte Punktbewertung für die Leistung nach der Nr. 35224 (laufende Beschlussnummer 31) 370 Punkte. □

2. Pilotseminar „Ärztliche Führung“

von Bayerischer Landesärztekammer und Bundesärztekammer
zum Curriculum „Ärztliche Führung“ der Bundesärztekammer

vom 23. bis 28. Oktober 2006

Zielgruppe: Leitende Ärztinnen und Ärzte oder Ärztinnen und Ärzte mit mehrjähriger Berufserfahrung, die leitende Funktionen übernehmen werden und die für verantwortliche Positionen zunehmend geforderte Spezialkenntnisse zur Umsetzung der Führungsaufgaben erwerben oder vertiefen wollen.

Zielsetzung: Das sechstägige Seminar vermittelt u. a. Grundlagen und Kenntnisse zur Arbeitsorganisation, Selbstmanagement, personale und gruppenorientierte Führung, Gesprächsführung und Konfliktmanagement.

Veranstaltungsort: 23./24. Oktober 2006 Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, 81677 München; 25. bis 28. Oktober 2006 Parkhotel Bayersoien in Bad Bayersoien

Programm/Informationen: Bayerische Landesärztekammer, Dipl.-Kfm. Andrea Lutz, Telefon: 0 89/41 47-2 88, -4 99, Fax: -8 31, E-Mail: qualitaetsmanagement@blaek.de

Anmeldung: Anmeldungen werden ausschließlich schriftlich über das bei der Bayerischen Landesärztekammer erhältliche Anmeldeformular entgegengenommen. Anneliese Konzack, Telefon: 0 89/41 47-4 99, Fax: 0 89/41 47-8 31, Mühlbaurstraße 16, 81677 München, E-Mail: qualitaetsmanagement@blaek.de. □

Dokumentationsbogen erste Seite

Dokumentationsbogen zweite Seite

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine redaktionelle Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien: Erhebungsbögen zur Früherkennungs-Koloskopie

vom 6. Juni 2006

Der vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Besetzung nach § 91 Abs. 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragte Unterausschuss Prävention hat im Rahmen seiner ihm zugewiesenen Kompetenz in seiner Sitzung am 6. Juni 2006 beschlossen, die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der Fassung vom 26. April 1976, zuletzt geändert am 21. Februar 2006 (BAnz S. 3541), in den Anlagen „Dokumentationsbogen zur Früherkennungs-Koloskopie“ und „Nachmeldung postope-

rativer Befunde für Karzinome zum Dokumentationsbogen der Früherkennungs-Koloskopie“ redaktionell zu ändern.

Die Erhebungsbögen mit den Änderungen werden im Folgenden abgedruckt (Anlage 1 und 2).

Die Änderung der Richtlinien tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Siegburg, den 6. Juni 2006

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess

„Erläuterung der KBV: Die beschlossenen redaktionellen Änderungen beziehen sich auf die Dokumentation, die gemäß Beschluss des GBA vom 20. Dezember 2005 ab dem 1. Januar 2007 in der Regel als elektronische Dokumentation durchzuführen ist.“ □

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Beschluss zur Änderung der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. April 2006 im Bundesanzeiger Nr. 124 vom 6. Juli 2006 veröffentlicht. Die Änderung der Verfahrensordnung ist am 7. Juli 2006 in Kraft getreten und kann auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) eingesehen werden.“ □

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Beschluss zur Änderung der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. April 2006 im Bundesanzeiger Nr. 142 vom 1. August 2006 veröffentlicht. Die Änderung der Geschäftsordnung ist am 2. August 2006 in Kraft getreten und kann auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) eingesehen werden.“ □