

## **Aktueller Stand der Entwicklung des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik**

Hauth I., Godemann F., Beine K-H., Kunze H.

Die Entwicklung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und der Psychosomatik nimmt Konturen an.

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass gemäß § 17 d KHG im Jahr 2013 ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten in allen Einrichtungen für Psychiatrie und Psychosomatik einzuführen ist.

Die Organe der Selbstverwaltung (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft – DKG, Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen – GKV, Privater Krankenkassenverband – PKV) müssen bis Ende 2009 die Grundlagen des neuen Entgeltsystems vertraglich abstimmen.

Grundlage für die Kalkulation der neuen Entgelte werden ab 01.01.2010 die bekannten PsychPV-Klassifikationen (A 1 – G 6 und für Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie KJ 1 – KJ 7) sein. Darüber hinaus wurden die Fachgesellschaften aufgefordert, Leistungsbeschreibungen im Sinne der schon vorhandenen OPS-Systematik zu erstellen, die ebenfalls ab 01.01.2010 kodiert werden müssen und der Kalkulation dienen.

### **Der Zeitplan**

Der Gesetzgeber sieht für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems einen engen Zeitplan vor:

Wenn im Jahr **2013** das neue System eingeführt werden soll, muss im Jahr 2012 die Ermittlung der Bewertungsrelationen erfolgen. Die Kalkulation wird durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vorwiegend auf der Grundlage der Daten der Kalkulationshäuser durchgeführt. Die Bewertungsrelationen sollen definieren, durch welche Leistungen und damit verbundene Kosten die Tagespauschalen bestimmt werden. Dies bedeutet, dass Mitte 2011 hinreichend geeignete Einstufungskriterien vorliegen müssen, die angemessen zwischen den tagesbezogenen Kosten von Patienten im Behandlungsverlauf differenzieren.

Diese Einstufungskriterien sind in sogenannten psychiatrischen und psychosomatischen Komplexkodes beschrieben. Ca. **Mitte 2011** müssten datengestützt möglichst vollständige und plausible Komplexkodes vorliegen, so dass sie die angemessene Grundlage für die Kostenkalkulation im Jahr **2012** sein können. Jährliche Weiterentwicklungen der weiter unten beschriebenen Komplexkodes werden sich daran orientieren, ob sie tatsächlich einen unterschiedlichen Ressourcenverbrauch abbilden.

Damit verbleibt ein Zeitkorridor von 18 Monaten zwischen **Anfang 2010 und Mitte 2011**, um Erfahrungen mit neu definierten Komplexkodes zu sammeln und diese insbesondere mit den gut etablierten Einstufungen zur Psych-PV zu daraufhin zu vergleichen, welche Kategorien tatsächlich einen unterschiedlichen Ressourcenverbrauch abbilden. In das „lernende System“ werden neben den Daten der Kalkulationshäuser auch Daten aller psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser einfließen, die ab dem **01.01.2010** aufgefordert sind, tages- und patientenbezogen Einstufungen nach Psych-PV und nach Komplexkodes durchzuführen.

Aus diesem Zeitplan ergab sich die Notwendigkeit, schon im Jahr 2009 psychiatrische und psychosomatische Komplexkodes unter Mitwirkung der Fachgesellschaften zu definieren. Dabei war die Vorgabe, fachlich fundierte Leistungskomplexe als OPS-Ziffern und ihre Beziehung zu dem bisherigen OPS-System zu beschreiben. Diese Komplexkodes sollen Patientengruppen identifizieren, die aufgrund eines unterschiedlichen Ressourcenverbrauches verschieden hohe Kosten nach sich ziehen und sich deshalb im Rahmen des Kalkulationsprozesses als kostentrennend erweisen.

Die Fachgesellschaften haben mehrfach darauf hingewiesen, dass der Zeitplan zur Einführung der flächendeckenden Psych-PV-Einstufungen und der Kodierung der zu entwickelnden Komplexcodes zum 01.01.2010 von den Kliniken in der Breite kaum einzuhalten ist. Deutlich mehr Vorbereitungszeit wäre notwendig, um die Prozesse in den Kliniken zu beschreiben und die notwendigen Veränderungen einschließlich der Schulung der Mitarbeiter vorzubereiten. Gerade am Anfang dieses komplexen und konsequenzreichen Prozesses ist es von großer Bedeutung, die Krankenhausbehandlung bei psychisch kranken Menschen in den OPS realistisch zu erfassen und zeitgleich die fachlich und ökonomisch prägenden Strukturmerkmale angemessen einzubeziehen. Qualität muss Priorität haben gegenüber Eile.

Auch braucht es die Unterstützung durch leistungsstarke Krankenhausinformationssysteme (KIS), die grundsätzlich auf dem deutschen Markt vorhanden, aber in den psychiatrischen Kliniken nicht flächendeckend verbreitet sind. Außerdem benötigen die KIS-Anbieter Zeit, um funktionale Lösungen anzubieten, die den Nutzer in der Erhebung der Komplexcodes und insbesondere in der Erfassung der Therapieeinheiten unterstützen.

## **Von der Entwicklung der Komplexkodes bis zum budgetneutralen Umstieg**

Die Systementwicklung wird in Jahreszyklen des "strukturierten Dialogs" als „lernendes System“ durchgeführt.

Im Budget-neutralen Umstiegsjahr 2013 erhalten die Kliniken ihr Budget noch nach dem bisherigen System (BPfIV/Psych-PV) und rechnen gleichzeitig schon virtuell nach dem neuen Entgeltsystem (§ 17d) ab. Es kann erwartet werden, dass analog zur Einführung des G-DRG-Entgeltsystems die Konvergenzphase auf mehrere Jahre konzipiert und ggf. darüber hinaus verlängert wird, denn die Kliniken benötigen Zeit für die komplizierten Anpassungsprozesse.

### **Die neuen Eingruppierungsempfehlungen zur PsychPV**

Die PsychPV in Verbindung mit der BPfIV ist bis zum 1.1.2013 die maßgebliche Grundlage der Finanzierung in den psychiatrischen Kliniken. Danach findet ein Systemwechsel statt. Nicht mehr der Personalbedarf ist dann Grundlage der tagesbezogenen Bezahlung, sondern ein klarer Leistungsbezug. Im Prozess der Ermittlung dieser neuen Bewertungsrelationen sollen die PsychPV-Einstufungen Berücksichtigung finden. Im Gesetz heißt es, dass von den Behandlungsbereichen der Psychiatrie-Personalverordnung auszugehen ist. Dabei ist ein Novum, dass diese Einstufungen patienten- und tagesbezogen erfolgen sollen, auch wenn zur Begrenzung des administrativen Zusatzaufwandes einer Erfassung der PsychPV-Einstufungen nur bei Behandlungsbeginn und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereiches erfolgen muss. Da ein Wechsel des Behandlungsbereiches aber jeden Tag möglich ist, werden sehr enge Zeitrhythmen in der Beurteilung der Einstufung erfolgen müssen. Die Selbstverwaltungspartner (GKV, PKV) waren der Ansicht, dass die bisherigen Vorgaben zur Einstufung des Behandlungsbereiches innerhalb der Psych-PV zu unpräzise sind. Daher wurde vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften eine Eingruppierungsempfehlung entwickelt, die die Einstufung in die einzelnen PsychPV-Bereiche valider machen soll. Diese Eingruppierungsempfehlungen sind ausschließlich für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems ausgearbeitet worden. Sie sollen die fachlich fundierte Einstufung in die verschiedenen Behandlungsbereiche der Psych-PV präzisieren und einen ergebnisoffenen Entwicklungsprozess für das neue Entgeltsystem erleichtern. Diese Empfehlungen haben keine Gültigkeit bei Kostenstreitigkeiten im Einzelfall.

## **Die psychiatrischen Komplexkodes – und ihre Einbindung in die OPS-Systematik**

Es ist ein gesetzlich verordnetes Neuland, Leistungen an psychiatrischen und psychosomatischen Patienten, die stationär oder teilstationär behandelt werden, in Komplexkodes abzubilden und dies zur Grundlage einer tagesbezogenen Entgelte zu machen. Niemand kann zum jetzigen Zeitpunkt beantworten, welche Effekte diese Umstellung haben wird und wie sich die tatsächlichen Behandlungsangebote in Deutschland verändern werden. Es ist nicht auszuschließen, dass der strikte Leistungsbezug zu falschen Anreizen führt. Die Fachgesellschaften haben alles daran gesetzt, durch die Formulierung der Komplexkodes in ihrer ersten Fassung nicht dazu beizutragen, falsche Anreize zu setzen.

Da keine empirischen Daten zur sinnvollen Kostentrennung von psychiatrischen Patienten vorlagen, orientieren sich die Einteilungen der Komplexkodes (Regelbehandlung, Intensivbehandlung, psychotherapeutische Behandlung) an denen der Psych-PV (z.B. A1, A2 und A5). Die Komplexkodes können dann durch die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche pro Berufsgruppe differenziert werden. Eine weitere Leistungserfassung kann durch Einzelkodes (z.B. MRT des Kopfes) oder tagesbezogene Komplexkodes (z.B. Krisenintervention) erfolgen. Da über den §301 schon jetzt Daten zum Alter, zur Diagnose und zum Behandlungsstatus (stationär, teilstationär) übermittelt werden, war eine gesonderte Beschreibung von suchtmedizinischen, gerontopsychiatrischen und tagesklinischen Komplexkodes nicht notwendig. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat aufgrund ihrer vielen Besonderheiten eigene Komplexkodes definiert. Die innere Logik und der Aufbau der Komplexkodes wurden zwischen den Fachgesellschaften abgestimmt.

Aspekte bei der Entwicklung der Komplexkodes:

- Die Komplexkodes können nur bei psychischen Störungen und Verhaltenstörungen verwendet werden.
- Die therapeutische Gesamtverantwortung liegt bei einem Facharzt z.B. für Psychiatrie und Psychotherapie oder einem Facharzt für Psychosomatik. Dies soll sicherstellen, dass nicht andere Fachgebiete diese Komplexkodes verwenden können.
- Das Leistungsspektrum der angewandten Behandlungsverfahren wurde sehr offen beschrieben, um keine Behandlungsangebote durch die Formulierung der Komplexkodes auszugrenzen.
- Der Berechnung der Therapieeinheiten liegt eine Gewichtung zwischen Einzel- und Gruppentherapien und eine Differenzierung zwischen den Berufsgruppen zugrunde.

Der vollständige Katalog aller OPS-Kodes kann über die Internetseite des DIMDI aufgerufen werden ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)).

## Auszug aus dem psychiatrischen Komplexkode „Regelbehandlung“ 9-60

### 9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Exkl.: Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61)

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62)

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63)

Hinw.: Ein erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640), eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641) und eine aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen beim Erwachsenen (1-903) sind gesondert zu kodieren

Ein Kode aus diesem Bereich ist in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung oder eines Wechsels zwischen Regelbehandlung, Intensivbehandlung oder psychotherapeutischer Komplexbehandlung) werden auch dann die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert

Sofern Therapieverfahren an Wochenenden, Feiertagen, Aufnahme- oder Entlassungstagen erbracht werden, sind diese ebenfalls zu berücksichtigen

Als Einzeltherapie gilt eine zusammenhängende Therapie von mindestens 25 Minuten. Dies entspricht einer Therapieeinheit

Gruppentherapien dauern ebenfalls mindestens 25 Minuten. Dies entspricht einer  $\frac{1}{4}$  Therapieeinheit. Bei Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 9 Patienten begrenzt

Therapiedauer	Einzeltherapie	Gruppentherapie
Mindestens 25 min	1 Therapieeinheit	$\frac{1}{4}$ Therapieeinheit
Mindestens 50 min	2 Therapieeinheiten	$\frac{1}{2}$ Therapieeinheit
Mindestens 75 min	3 Therapieeinheiten	$\frac{3}{4}$ Therapieeinheit
u.s.w.		

Für die Kodierung sind die durch die jeweilige Berufsgruppe erbrachten Therapieeinheiten zu addieren. Es ist für jede Berufsgruppe der entsprechende Kode anzugeben

Ein Kode aus diesem Bereich ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:
  - Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
  - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut oder Diplom-Psychologe)
  - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeut, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
  - Pflegefachkräfte
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
  - Supportive Einzelgespräche
  - Einzelpsychotherapie **usw.**
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und Pflegefachkräfte gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
  - Bezugstherapeutengespräche
  - Behandlung durch die spezialisierte psychiatrische Pflege (z.B. alltagsbezogene Trainings, Aktivierungsbehandlung)
  - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren **usw.**

**9-600                    Anzahl der durch Ärzte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen**

9-600.0    ¼ bis 2 Therapieeinheiten pro Woche

9-600.1    Mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche **usw.**

(Die Liste der angewandten Verfahren und der Therapieeinheiten ist im Originaltext deutlich länger)

### **Die Alternativen**

Nach Verabschiedung des § 17 d KHG fanden seitens der Fachgesellschaften zahlreiche Diskussionen mit dem BMG, DIMDI, DKG, GKV, PKV und InEK statt. Grundsätzlich hätte das DIMDI die Möglichkeit gehabt, auch EinzelOPS, wie in der Somatik, in den Katalog aufzunehmen. Nach Einschätzung der Fachgesellschaften sind EinzelOPS nicht geeignet, die komplexen Leistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken abzubilden. EinzelOPS führen zu additiver Kodierung von Einzelleistungen ohne Berücksichtigung milieuthérapeutischer Aspekte. Diese würden zu einem hohen Bürokratieaufwand führen, wenn mehrere Codes pro Tag pro Patient kodiert werden müssten. Somit konnte ein Konsens erzielt werden, dass die Leistungen in der Psychiatrie und Psychosomatik als Komplexcodes pro Woche abzubilden sind.

### **Auswirkungen auf die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen**

Mit Beginn des Jahres 2010 müssen die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen patienten- und tagesbezogen die Komplexcodes und Psych-PV-Einstufungen über den §301 an die Krankenkassen übermitteln. Damit stehen die einzelnen Kliniken vor einer großen Herausforderung, diese Vorgaben innerhalb weniger Wochen umzusetzen.

Dieses bedeutet, dass

- die Mitarbeiter im Umgang mit den Eingruppierungsempfehlungen nach Psych-PV und den OPS-Komplexcodes geschult werden müssen,
- der Prozess der Erfassung von Leistungen (Gruppen- und Einzeltherapien) definiert werden muss,
- aus den erfassten Leistungen wöchentlich Therapieeinheiten berechnet werden müssen, die unter Berücksichtigung von Patientenmerkmalen den Komplexcode definieren,
- die Krankenhäuser und Abteilungen in der Lage sein müssen, Datensätze über den §301 an die Krankenkasse zu übermitteln (diese Datensätze enthalten schon jetzt eine Fülle von Merkmalen wie Geschlecht oder Alter am Aufnahmetag, Diagnosen, Fachabteilung, Angabe zum voll- bzw. teilstationären Status),
- die Einstufung nach den Psych-PV -Behandlungsbereichen zu Beginn und bei Veränderung personenbezogen als Pseudo-OPS über den §301 übermittelt wird und

- zusätzliche Leistungen aus dem OPS-Katalog als Einzelleistungen (z.B. MRT des Kopfes) oder als tagesbezogene Leistung (z.B. 1:1-Betreuung) erfasst und übermittelt werden.

Auf dem DGPPN Kongress in Berlin wird ein Symposium zu dem Thema stattfinden, um die Inhalte und Vorgaben genauer darzustellen. Bei weiteren Fragen zum Thema stehen die Autoren gern zur Verfügung.

## **Die psychiatrischen und psychosomatischen Komplexkodes - neun Fragen und Antworten**

Godemann F., Jansen B., Hauth I.

Die neuen Komplexkodes erklären sich nicht aus sich selbst heraus. Sie werfen viele Fragen auf. Im Folgenden einige Antworten auf Fragen, die häufig gestellt wurden. Dabei gilt es zu beachten, dass noch vieles im Fluss ist und die Antworten als vorläufig einzuordnen sind.

### **Sind die Komplexkodes schon abrechnungsrelevant?**

Nein. Es könnte sein, dass sie ab 2013 zunehmend bedeutsam für die Abrechnung werden. 2013 soll der Umstieg budgetneutral erfolgen. Die genauen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen der Umsetzung sind noch nicht bekannt.

### **Werden die tagesgenauen Daten der Psych-PV in den Budgetverhandlungen in den Jahren 2010-2012 verwendet?**

Die Krankenkassen haben zugesagt, diese nicht zu verwenden. Sie werden dies noch schriftlich erklären. Jeder Versuch, dagegen zu verstoßen, sollte mit dem Hinweis auf diese Vereinbarung zurückgewiesen werden.

### **Warum wurde ein Zeitintervall von 25 Minuten gewählt, ab dem Einzelleistungen als Therapieeinheiten Berücksichtigung finden?**

Dieses Zeitintervall wurde nicht niedriger gewählt, um den Dokumentationsaufwand wenigstens etwas zu begrenzen (ansonsten müsste nahezu jeder Kontakt erfasst werden) und nicht höher, um Therapiezeiten einschließen zu können, die von schwer psychisch Erkrankten in Anspruch genommen werden, welche keine längeren Kontaktzeiten aushalten.

### **Viele schwer kranke Patienten halten Kontakte über 25 Minuten gar nicht aus. Wo finden sich Leistungen wieder, die von kürzerer Dauer sind?**

Es ist zu erwarten, dass die Therapieeinheiten über 25 Minuten nur einen Teil der patientenbezogenen Kosten erklären können. Die weiteren therapeutischen Leistungen (Kurzkontakte, Pflegeverrichtungen) einschl. der jeweils notwendigen Kosten für das Setting (z.B. geschlossene Station, Fallbesprechungen, Supervisionen) sollen sich in der grundsätzlichen Differenzierung zwischen Regelbehandlung, Intensivbehandlung und psychotherapeutischer Behandlung abbilden. Das Bundesministerium für Gesundheit hat aber schon darauf hingewiesen, dass sie in den nächsten Monaten weitere Vorschläge für die Ausdifferenzierung dieses Sockelbetrages erwarten.

**Bei manchen Patienten geht der Arzt mehrfach am Tag für 10 Minuten hin. Können diese Therapien addiert werden?**

Nein, nur Leistungen, die 25 Minuten erbracht werden, können als Therapieeinheit dokumentiert werden. Gleiches gilt für Patienten, die Gruppentherapie erhalten, diese aber nicht wahrnehmen. Auch kann keine Therapieeinheit erhoben werden.

**Wie kann ich mir die Darstellung der Komplex und Einzelkodes im Verlauf einer Behandlung beispielhaft vorstellen?**

Die folgende Tabelle stellt einen fiktiven Verlauf eines Patienten dar.

Tag	Beschreibung	PsychPV	Komplexcodes
1-10	Paranoide Psychose, Ersterkrankung, suizidal	A2	
	MRT des Kopfes		Einzel-OPS: 3-800
Tag 1-3	Akute Suizidalität		Erhöhter Behandlungsaufwand 3x 940.3 (24h Einzelbetreuung 1:1)
1-7			Intensivbehandlung 9-61 9-610.1 (2 ärztliche TE/Woche) 9-602.3 (8 pflegerische TE / Woche)
Ab Tag 11		A1	
8-14			Intensivbehandlung 9-61 9-610.2 (4 ärztliche TE/Woche) 9-601.1 (2 psychologische TE/ Woche) 9-602.4 (10 pflegerische TE / Woche)
	Neuropsychologische Testung		Einzel-OPS: 1-901.1
15-21			Regelbehandlung 9-60 9-600.2 (4 ärztliche TE/Woche) 9-601.1 (2 psychologische TE/ Woche) 9-602.1 (4 TE / Woche von Spezialtherapeuten) 9-602.3 (8 pflegerische TE / Woche)
22 – 27			Regelbehandlung 9-60

			9-600.3 (6 ärztliche TE/Woche) 9-601.1 (2 psychologische TE/ Woche) 9-602.2 (5 TE / Woche von Spezialtherapeuten) 9-602.1 (2 pflegerische TE / Woche)
Tag 27 Entlassung			

\* Therapieeinheiten = TE

**Ein Patient hat eine aufwändige neuropsychologische Untersuchung: Kann sie gesondert kodiert werden?**

Ja, die meisten Leistungen, die für psychiatrische und psychosomatische Behandlungen schon jetzt im OPS-Katalog des Jahres 2009 vorhanden sind, wurden ausgeschlossen, um eine aufwändige Leistungserfassung von Einzelkodes zu verhindern. Davon ausgenommen sind einige Einzelkodes wie die EKT-Behandlung oder eine neuropsychologische Leistung (1-901), die gesondert zu kodieren sind.

**Kann der Komplexkode Krisenintervention auch eigenständig kodiert werden?**

Die beiden tagesbezogenen Zusatzkodes „Erhöhter Behandlungsaufwand“ und „Kriseninterventionelle Behandlung“ können nur in Zusammenhang mit den Kodes Regelbehandlung, Intensivbehandlung oder psychotherapeutische Behandlung kodiert werden. So wird davon ausgegangen, dass Menschen, die eine 1:1-Betreuung benötigen eine hohe Leistungsdichte haben, die gesondert dargestellt werden muss.

Haben Sie weitere Fragen, dann schicken Sie sie bitte bis zum 20.11.2009 an [f.godemann@alexius.de](mailto:f.godemann@alexius.de). Wir werden versuchen, sie im Dezemberheft des Nervenarztes zu beantworten.