4/2005 · April · 16. Jahrgang

www.BVDN.de

NeuroTransmitter

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

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

Autakt zum Trialog

Neues Periodikum der DGBS e. V. startet

- **Dr. Andreas Köhler im Interview**
  KVen werden bleiben!
- **Cyber Suicide**
  Fatale Vereinbarung via Internet
- **Rezidivprophylaxe bei Depression**
  Wie lang ist langfristig?

URBAN & VOGEL
Medien und Medizin Verlagsgesellschaft

„Hysterische Weiber“

Wer kennt sie nicht in unseren Kreisen die Parade-Hysterikerinnen des ausgehenden 19. Jahrhunderts. Anna O. und diese zweite, fast noch bedeutendere, nicht vom Namen her, aber vom Bild allen vertraute Blanche Wittmann, den Star unter den Patientinnen der Salpêterière. Sie war „die Königin der Hysterikerinnen“, die Lieblingsdarstellerin der Diensttagsvorlesungen Charcots. In schmachtender Verkrampfung, typisch, wenn auch noch nicht anstößig, sondern einen „Arc de Circle“ nur andeutend liegt sie im Arm eines sie geradezu hingebungsvoll zart auffangenden Assistenten, während der Meister-Neurologe einen an Cagliostro mahnenden Wissenschaftszauberer mimend, begierig vor den das Bild mit Augen verschlingenden Zuschauern der Pariser Gesellschaft doziert. Wie es doch enthüllt, dieses Gemälde in seiner Offenlegung glimmender männlicher Lust unter der pompösen Maskerade der patriarchalischen und scheinbar aseptisch asexuellen wissenschaftlichen Demonstration (leider steht uns nur der unten gezeigte Ausschnitt zur Verfügung).

© Archiv

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

„Seht ihr den Mond dort stehen? Er ist nur halb zu sehen und ist doch rund und schön. So sind wohl manche Sachen, die wir getrost belachen, weil unsere Augen sie nicht sehn.“ ***Matthias Claudius***

Vier Lebenswege

Freud ist wohl nicht auf dem Bild dargestellt. Es genügen aber seine Berichte über den tiefen Eindruck, den Charcots Vorstellungen in ihm hinterlassen haben, um ihn quasi in das berühmte Gemälde „Une leçon de clinique à la Salpêtrière“ von André Broulliet hinein zu phantasieren. Und dass die Geschichte der Anna O. zusammen mit der Begegnung mit der „Königin“ B. Wittman in Freud die Psychoanalyse aufgerüttelt hat und damit einen der gewaltigsten geistigen, kulturellen, gesellschaftlichen und medizinischen Veränderungsprozesse des 20. Jahrhunderts anstieß, kann auch von den erbittertsten Feinden Freuds nicht geleugnet werden.

Ob Charcot sich tatsächlich – hinein gesogen in einen fiebrigen Prozess von Übertragung und Gegenübertragung – in sein Medium verliebt hat, wie es P. O. Enquist in seinem neuen Roman „Das Buch von Blanche und Marie“ ausdeutet, kann ruhig im Dunkel bleiben. Auch wenn es so gewesen wäre, würde dies seine ungeheure Bedeutung für die Neurologie nicht schmälern.

Das wissenschaftliche Pseudonym „Anna O.“ wurde schon decodiert, als Bertha Pappenheim noch lebte. Sie war zurzeit ihrer hysterischen Lähmung die Paradepatientin von Freuds Freund Breuer gewesen, deren Krankheitsgeschichte jener viel radikaler interpretierte als Breuer selbst. Nach ihrer Genesung wurde sie zur Mitbegründerin des jüdischen Frauenbundes, war lange im Vorstand des Bundes deutscher Frauenvereine, gründete Heime für junge Prostituierte und bekämpfte den Mädchenhandel. Sie verfasste Märchen, Novellen und theoretische Schriften zur Frauenfrage. Was für ein Leben, was für eine Frau!

Blanche Wittmann – dies, so las ich, sind Fakten – war 16 Jahre lang als schwerst hysteriekranke Patientin in der Salpêterière interniert. Plötzlich gesundete sie, arbeitete von da an in der Röntgenabteilung des ihr so vertrauten Krankenhauses und wurde 1897 von Marie Curie als Laborassistentin übernommen. An den Entdeckungen der zweifachen Nobelpreisträgerin war sie in hohem Maße beteiligt und noch schrecklicher als Marie Curie selbst von ihnen betroffen. Als sie 1913 starb, war sie gerade noch 102 cm groß und wog nur noch 42 kg. Strahlenschäden hatten drei Amputationen erzwungen: Das linke Bein fehlte bis zum Knie, das rechte war von der Hüfte an abgetragen worden, ebenso fehlte der ganze linke Arm. Sie sei glücklich, offenbarte sie kurze Zeit vor ihrem Tod ihrem letzten Notizheft. Was für ein Schicksal! Was für eine Frau!

Ihr

GKV-Einnahmeüberschuss 2004

Mit rund 4 Mrd. EUR erzielten die gesetzlichen Krankenkassen im vergangenen Jahr einen letztendlich unerwartet hohen Einnahmeüberschuss. In der Presse wurde inzwischen ausführlich diskutiert, ob die Überschüsse vordringlich zur Beitragssatzsenkung eingesetzt werden sollen oder zur Begleichung der GKV-Schulden, die sich nach divergierenden Schätzungen auf 4–8 Mrd. EUR belaufen.
Insbesondere die Kosten für ärztliche Behandlung nahmen um 5,8 % ab; die Ausgaben für Arzneimittel sanken um 9,5 %, die Kosten für Hilfsmittel um 14,9 %. Gestiegen sind nur die Kosten eines einzigen GKV-Sektors, der Krankenhausbehandlung (+1,5 %). Zusätzliche Irritationen lösten die bekannt gewordenen Gehaltszuschläge für Krankenkassenvorstände um bis zu 18 % aus.

Kommentar: Wer volkswirtschaftlich und finanzpolitisch verantwortlich handelt, tilgt natürlich zunächst die Schulden und senkt erst in zweiter Linie die Betragssätze. Dies wurde offenbar mittlerweile auch zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung und den Kassen so vereinbart. Erst zum 1.7.2005 sollen die Beitragssätze gesenkt werden. Einschränkend wirkt sich hier möglicherweise der ab 2005 von 16 % auf 6 % abgesenkte Zwangsrabatt der Pharmaindustrie aus.
Betrachtet man die Zahlen im Einzelnen, fallen in allen Ausgabensektoren Kosteneinsparungen zwischen 4 % und 8 % ins Auge; besonders stark sanken die Kosten für Medikamente (–9,5 %) und Hilfsmittel (–14,9 %). Während sich die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung um fast 6 % verringerten – in diesem Sektor werden über 90 % aller Gesundheitsprobleme in Deutschland behandelt –, stieg der größte Ausgabensektor der GKV, die Krankenhausbehandlung, um 1,5 % an. Dies konterkariert wiederum den Grundsatz „ambulant vor stationär". Im ambulanten Sektor werden immer mehr aus dem stationären Sektor ausgegliederte Leistungen in gleicher Qualität mit sinkenden Preisen durchgeführt, während das Krankenhaus ein immer geringeres Leistungsvolumen zu immer teureren Preisen und Gesamtkosten erbringt. Wir können nur hoffen, dass die Krankenhausbezahlung mittels Fallpauschalen (DRGs) ab 2005 endlich besser greift **gc**

GKV-Ausgaben 2004

	Veränderungsraten gegenüber 2003 je Versichertem	Ausgaben in Mrd. EUR	Anteile an Gesamtausgaben
Ärztliche Behandlung	–5,8 %	22,999	16,4 %
Behandlung durch Zahnärzte ohne Zahnersatz	–3,9 %	7,677	5,5 %
Zahnersatz	–3,7 %	3,627	2,6 %
Arzneimittel	–9,5 %	21,834	14,5 %
Hilfsmittel	–14,9 %	47,516	3,2 %
Heilmittel	–5,2 %	3,594	2,6 %
Krankenhausbehandlung	1,5 %	4,634	34,0 %
Krankengeld	–8,5 %	6,356	4,5 %
Fahrkosten	–8,1 %	2,607	1,9 %
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	–6,5 %	2,406	1,7 %
Soziale Dienste/Prävention	6,3 %	1,067	0,8 %
Schwangerschaft/Mutterschaft	8,5 %	3,027	2,5 %
Betriebs-, Haushaltshilfe	–14,8 %	0,193	2,2 %
Häusliche Krankenpflege	5,6 %	1,760	1,3 %
Sterbegeld	–94,7 %	0,022	0,2 %
Gesamt	**–3,3 %**	**140,000**	**100,0 %**

Ermittlungen wegen überhöhter Vorstandsgehälter bei Krankenkassen

Das Bundesversicherungsamt geht gegen mehrere gesetzliche Krankenkassen wegen überhöhter Vorstandsbezüge vor. Die Kontrollbehörde schätzt mindestens bei drei Kassen die Gehälter als deutlich überhöht ein. Gegen zwei Kassen, so der Leiter der Behörde Rainer Daubenbüchel gegenüber dem Spiegel, wurde deswegen bereits Klage eingereicht. Nachdem in der vergangenen Zeit die Veröffentlichung der Gehälter von KV-Vorsitzenden für Empörung sorgte (diese Bezüge werden aus dem Honorartopf der Ärzte gezahlt), stehen die von den Versicherten finanzierten Vorstandsgehälter der Kassen im Interesse der Medien.
Presseberichten zufolge kann der Vorstandsvorsitzende der Deutschen BKK zu seinem festen Gehalt von 180.000 EUR noch einen Leistungsbonus von bis zu 80 % (insgesamt 324.000 EUR) geltend machen; sein Stellvertreter kann auf diese Art bis zu 299.000 EUR verdienen. Der Vorsitzende der IKK Schleswig-Holstein, zusätzlich Vorsitzender weiterer IKK-Verbände, erhält 272.000 EUR.
Parallel dazu hat das Bundesversicherungsamt Klage gegen 23 Krankenkassen erhoben, die ihrer Pflicht zur Veröffentlichung der Vorstandsbezüge nicht nachgekommen sind. **af**

Absurdes Inkasso-Verfahren bei Praxisgebühr

Um die Praxisgebühr plus Mahngebühren einzuklagen, müssen die KVen vor dem zuständigen Sozialgericht Klage erheben und dabei bis zu 150 EUR an Gerichtsgebühren zahlen – unabhängig vom Ausgang des Verfahrens. Dies hat das von der KV Nordrhein angestrengte Musterverfahren vor dem Sozialgericht Düsseldorf gezeigt. Dem Patienten dürfen nach dem aktuellen Urteil nicht einmal Mahngebühren oder Portokosten in Rechnung gestellt werden.
Würde die KV Nordrhein gegen alle Patienten vorgehen, die die Praxisgebühr trotz Mahnung nicht gezahlt haben, entstünden bei rund 18.000 Verfahren vor den Sozialgerichten Kosten in Höhe von 2,7 Mio. EUR. Zusätzlich fällt eine halbe Million EUR an Kosten für das Bearbeiten und Versenden von Mahnungen an. Übertragen auf die etwa 400.000 offenen Mahnverfahren im gesamten Bundesgebiet müssten die KVen bei 4 Mio. EUR nicht bezahlter Praxisgebühren 60 Mio. EUR an Gerichtsgebühren einkalkulieren.
Den Bundesmantelvertrag, der die KVen verpflichtet, Vollstreckungsmaßnahmen durchzuführen, hat die KBV mittlerweile gekündigt. Einige KVen wollen bereits jetzt darauf verzichten, die Praxisgebühr per Gerichtsbeschluss einzufordern. Das Bundesgesundheitsministerium plant, das Inkasso-Verfahren zu ändern. Allerdings sollen die KVen weiterhin in der Pflicht stehen, die Zahlung der Praxisgebühr durchzusetzen.

Kommentar: Das Urteil des Düsseldorfer Sozialgerichts unterstreicht die Absurdität der Inkassoverschriften für die Praxisgebühr. Leider hat es das Bundesgesundheitsministerium gut verstanden, die wahre Bedeutung dieser Gebühr zu verschleiern. Dass die Praxisgebühr nur nominell Einkommen des Arztes ist, in Wirklichkeit aber die Krankenkassenprämien scheinbar senken soll, indem die Patienten einen Teilbeitrag direkt bei den Ärzten einzahlen, dürfte nach wie vor in der Öffentlichkeit wenig bekannt sein. Gleichzeitig soll den Ärzten demonstrativ eine Mitverantwortlichkeit für die „Kostensteigerung im Gesundheitswesen" zugeschrieben werden. Eine Verfahrensordnung, die die KVen zwingt, bei säumigen Patienten über 150 EUR zu investieren, damit letztlich 10 EUR bei den Ärztehonoraren landen, kann die Ärzteschaft nicht akzeptieren. **af**

Elektronische Gesundheitskarte: Kooperation von drei KVen

Die KVen von Nordrhein, Westfalen-Lippe und Bayern haben sich Anfang März auf gemeinsame Grundsätze für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte geeinigt. Die Kooperation „KV-Safenet" soll sicherstellen, dass nur die Netzdienstanbieter ein Zertifikat der KVen erhalten, die den hohen Anforderungen an Sicherheit und Service entsprechen. Das Zertifikat berechtigt die Anbieter „KV-Safenet-Anschlüsse" zu vertreiben und wird von allen drei KVen anerkannt. Das System verbindet die Rechner der teilnehmenden Arztpraxen mit einer Datenstelle, in der die Dateien verwaltet und ausgewertet werden (zentrales Server-Modell).
Ein Zugriff auf die Zentrale und die angeschlossenen Praxisrechner von unberechtigten Personen muss dabei ausgeschlossen sein. KV-Safenet soll mit nahezu allen Betriebssystemen kompatibel sein; die Installation darf nicht die Stabilität der Praxissoftware gefährden. Der Vorstandsvorsitzende der KV Westfalen-Lippe, Dr. Ulrich Thamer, appellierte an andere KVen, sich an KV-Safenet zu beteiligen: „Bei den Herausforderungen in der Telematik, denen wir uns zu stellen haben, können wir uns einen bundesweiten Gemischtwarenladen nicht leisten, sondern brauchen konvergente, länderübergreifende Lösungen."
KV-Safenet ist bereits seit über einem Jahr in Bayern im Einsatz. Das System ermöglicht beispielsweise unmittelbar während der Behandlung Zugriff auf zentral gespeicherte Patientendaten. Zusätzlich können Ärzte über virtuelle Konferenzen medizinische Daten diskutieren, Arztbriefe mit Befunden austauschen und Abrechnungsdaten an die KV übermitteln. **af**

Prävention: Hoppe fordert mehr Einbeziehung der Ärzte

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, fordert mit Nachdruck, dass Arztpraxen und Krankenhäuser mehr in die Prävention integriert werden. Der vorliegende Entwurf zum geplanten Präventionsgesetz sieht Ausgaben von 250 Mio. EUR jährlich vor. Diese sollen nach dem aktuellen Entwurf insbesondere in den „Lebenswelten" der Versicherten (Arbeitstelle, Kindergärten, Schulen, Sportstätten, Stadtviertel, Altenheime) eingesetzt werden.
„Es bleibt uns allerdings unverständlich, warum mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf ärztlicher Sachverstand weitgehend ausgeblendet wird. (...) Gerade Ärztinnen und Ärzte haben doch alters- und schichtunabhängig einen vertrauensvollen Zugang zu den Menschen. Die Arztpraxis wie auch das Krankenhaus sind ideale Orte für eine gesundheitliche Aufklärung und krankheitsvorbeugende Maßnahmen", erklärte der Präsident gegenüber der Presse.
Der Gesetzesentwurf sieht pro Jahr 50 Mio. EUR für eine „Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung", 100 Mio. EUR direkt für die „Lebenswelten" und 100 Mio. EUR für versicherungseigene Präventionsprogramme vor. Finanziert werden soll das Programm über gesetzliche Krankenversicherungen, Rentenversicherung, Unfall- und Pflegeversicherung. **af**

Arbeitsgespräch mit der DGPPN

Konstruktive Kooperation auch in Zukunft

© Archiv

Dr. med. Frank Bergmann
1. Vorsitzender BVDN

Am 25.2.2005 sprach ich mit Dr. Christa Roth-Sackenheim und Prof. Dr. Fritz Hohagen über die Strategien in der berufspolitischen Zusammenarbeit zwischen DGPPN und BVDN beziehungsweise BVDP.

Einigkeit bestand darin, die Kluft zwischen Klinik- und Vertragsärzten weiterhin zu verkleinern. Hohagen nannte exemplarisch die notwendige Abstimmung zwischen Ausbildung in den Kliniken und späteren Umsetzungsmöglichkeiten zum Beispiel in der vertragsärztlichen Praxis. Nach ausführlicher Diskussion wurde vorgeschlagen, zum Beispiel die Möglichkeiten einer gemeinsamen Entwicklung medizinischer Versorgungszentren kooperativ zwischen Kliniken und Vertragsärzten auszuloten. Da wir davon ausgehen konnten, dass ähnliche Probleme auch im neurologischen Versorgungssektor bestehen, wurde angeregt, dass ein erster gemeinsamer Informationsaustausch in erweiterter Gesprächsrunde zusammen mit Prof. Dr. Johannes Noth und Dr. Uwe Meier erfolgen sollte, gegebenenfalls auch mit dem BVDN-Rechtsanwalt Dr. Ingo Pflugmacher, der über Erfahrungen mit MVZ verfügt.

Weiterbildung, Patientenleitlinien, integrierte Versorgung ...

Des Weiteren wurde der Gedanke so genannter Weiterbildungsverbünde aufgegriffen. Hohagen berichtete über seine persönlichen, eher entmutigenden Erfahrungen im Raum Lübeck. Nichtsdestoweniger erfolgte der Vorschlag, dass PD Dr. Ulrich Voderholzer im DGPPN-Vorstand ein entsprechendes Modell eines Weiterbildungsverbundes entwickeln sollte, das in den Organen der DGPPN beziehungsweise der Verbände vorgestellt werden kann. Gedacht wird an ein Rotationsprinzip, das Weiterbildungsassistenten ermöglicht, aus der Klinik in die vertragsärztliche Praxis wechseln zu können, um dort einen Teil ihrer Weiterbildungszeit zu absolvieren. In Verbindung damit könnten klinische Fallkonferenzen und Fortbildungsaktivitäten kooperativ zwischen Vertragsärzten und Kliniken gestaltet werden.

Bereits in einer vorangegangenen Telefonkonferenz wurde der Beschluss gefasst, dass DGPPN und BVDN beziehungsweise BVDP gemeinsam Patientenleitlinien entwickeln. Eine entsprechende Arbeitsgruppe werde ich initiieren.

Die Diskussion über Schwerpunkte in der Weiterbildungsordnung liegt nach Auskunft von Hohagen derzeit auf Eis.

Aufgrund der guten räumlichen Ausstattung der neuen DGPPN-Geschäftsstelle in Berlin könnte langfristig die CME-Geschäftsstelle zukünftig dorthin übersiedeln. Die damit verbundenen Kosten könnten anteilig durch die Mitglieder der CME-Plattform getragen werden. Über diesen Vorschlag müsste im CME-Beirat und in den angeschlossenen Gesellschaften sowie Verbänden beraten werden.

Die Abstimmungsprozesse mit den Hausärzten werden kooperativ und nach Zustimmung mit den Berufsverbänden vorgenommen, gerade auch in Hinblick auf die Implikationen im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung.

Der BVDP wird seine Jahrestagung künftig an den DGPPN-Kongress anschließen. Das Programm der BVDP-Versammlung wird im DGPPN-Programm entsprechend gekennzeichnet.

Es besteht Einvernehmen darüber, dass sich DGPPN sowie BVDN und BVDP an der „Ständigen Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände“ (STÄKO) nicht mehr in der bisherigen Form beteiligen werden. In einer neuen „Arbeitsgemeinschaft“ soll eine neue Organisation mit demokratischen Strukturen aufgebaut werden, insbesondere auch mit einer Geschäftsordnung Die bisherigen STÄKO-Mitglieder sollen dann zur Mitarbeit eingeladen werden.

Die Positionierung zur psychosomatischen Medizin erfolgt auch weiterhin in enger Abstimmung zwischen dem Präsidenten der DGPPN und dem BVDN sowie BVDP. Erste Perspektiven eröffnete ein Gespräch zwischen Prof. Dr. Fritz Hohagen und Dr. Thomas Löw im Sinne einer zukünftigen common-trail-Lösung in der Weiterbildungsordnung.

Integrierte Versorgungskonzepte werden auch weiterhin kooperativ zwischen der DGPPN und den Verbänden entwickelt. Das zuständige DGPPN-Referat wird von Prof. Dr. Mathias Berger in Abstimmung mit dem Präsidenten geführt. Die Ansprechpartner in den Berufsverbänden sind Dr. Christa Roth-Sackenheim und ich sowie für die Neurologen Dr. Uwe Meier und Dr. Paul Reuther.

Insgesamt wurden in dem rund vierstündigen Gespräch die Schnittstellen zwischen DGPPN und den Berufsverbänden im Hinblick auf die skizzierten Themen produktiv und ausführlich erörtert. Hinsichtlich berufspolitischer Auffassungen und Perspektiven zeigte sich sehr große Übereinstimmung, sodass wir auch weiterhin mit einer konstruktive Zusammenarbeit zwischen DGPPN und den Verbänden rechnen.

Ihr

Arztzahlentwicklung

Droht Unterversorgung durch Ärztemangel?

Am 19.3.2005 wurde anlässlich einer Sitzung der Akademie der Gebietsärzte die Arztzahlentwicklung in Deutschland dargestellt. Demnach beträgt das durchschnittliche Alter der Fachärzte 50,5 Jahre und das der Nervenärzte 51,2 Jahre. Der Anteil der über 60-Jährigen der Fachgruppe liegt bei 17,6% gegenüber 11% in der Gesamtärzteschaft. In den neuen Bundesländern sind immerhin 26% der Nervenärzte älter als 60 Jahre. Demgegenüber ist in der Ärzteschaft der Anteil derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die unter 35 Jahre alt sind, in den letzten zehn Jahren von 26% auf 16% gesunken. Von allen Medizinstudenten, die 1994 ihr Studium aufgenommen haben, üben 38% den Arztberuf nicht aus, von denjenigen, die 1995 ihr Studium begannen, 41%. Mittlerweile beträgt die aktuelle Zahl derer, die nach dem Studium nicht als Arzt arbeiten schon 45%.

Diese Zahlen verheißen nichts Gutes. Wurde noch vor kurzem von einer Ärzteschwemme gesprochen, tritt jetzt zumindest in einigen Fachgebieten eine Unterversorgung zutage. Dramatisch ist diese Entwicklung im Bereich unserer Fachgruppe bereits in den neuen Bundesländern. Gerade die stetig sinkende Zahl junger Kollegen unter 35 Jahre lässt erahnen, dass das Problem auch in Zukunft – zumindest kurz- und mittelfristig – kaum nachhaltig zu lösen sein wird. Wir haben die KBV gebeten, die Zahlen für unser Fachgebiet weiter aufzuschlüsseln und aufzubereiten. Ich werde Ihnen gerne weiter darüber berichten, sobald dem Vorstand entsprechende Statistiken vorliegen.

Bitte vormerken!

3. Neurologen- und Psychiatertag

7. Mai 2005, Köln
9.00 Uhr im Hotel Park Inn West

Zu dieser ungünstigen Arztzahlentwicklung tragen politische Einflussgrößen bei, aber nicht zuletzt auch demografische Faktoren, die selbstverständlich auch den ärztlichen Berufsstand erfassen. Pikanterweise wird gerade die demografische Entwicklung aber einen weiter zunehmenden Bedarf an qualifizierter neuropsychiatrischer Versorgung nach sich ziehen.

Demenz im Fokus

Die Zahl der Demenz-Kranken beispielsweise wird sich in den nächsten 10–20 Jahren voraussichtlich verdoppeln. Aus gutem Grund haben wir diese Problematik in das thematische Zentrum des nächsten, 3. Neurologen- und Psychiatertages am 7.5.2005 in Köln gestellt. „Demenz-Diagnostik und Therapie im Spannungsfeld der demografischen Entwicklung: Tickt eine Zeitbombe?“ so lautet das Leitthema. Eine provokante Frage, deren Antwort für viele von Ihnen auf der Hand liegen mag. „Nicht durch ein neues Jugendbild, sondern nur durch eine militante Revolution des Bildes des eigenen Alterns gewinnt diese Gesellschaft die Chance, sich wieder zu verjüngen. Sie muss Gegenbilder schaffen: In der Kunst, im Leben, in der Wissenschaft (...)“ schreibt Frank Schirrmacher in seinem Buch „Das Methusalem-Komplott“. Wir haben Schirrmacher, Mit herausgeber der FAZ, eingeladen zu diesem Thema zu referieren. Es wird den Einführungsvortrag zum 3. Neurologen- und Psychiatertag halten.

Das Thema „Demenz“ ist bei einer prognostizierten Verdoppelung der Betroffenen innerhalb der nächsten 10–20 Jahre ein medizinisches Problem mit hoher Sprengkraft. Neben den neurologischen und psychiatrischen Expertisen zu Diagnostik und Therapie müssen wir über Anspruch und Realität der Versorgung in einem streng budgetierten Gesundheitssystem diskutieren. Wir müssen die Schnittstelle zum hausärztlichen Versorgungssektor definieren und integrierte Versorgung nicht nur als Instrument der Geldumverteilung begreifen, sondern als Chance, klinische Behandlungspfade mit patientenorientierten und dem Erkrankungsbild folgenden, sektorenübergreifenden Schnittstellen zu entwickeln. KBV-Vize Dr. U. Weigeldt wird in dieser Diskussion den hausärztlichen Versorgungssektor repräsentieren. Wir müssen auch die Evidenz unseres Handelns prüfen, dazu fragen wir Prof. Dr. U. Schwabe; aber wir dürfen auch die ethische Dimension unseres Handelns nicht aus dem Auge verlieren. Nicht zuletzt führt die Demenz auch zu ganz erheblichen Belastungen für die betroffenen Familien. Die Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Heike von Lützau-Hohlbein, wird darüber berichten.

Integrierte Versorgung ist bislang nicht zu einer „Erfolgsstory“ geworden. Nicht der Wettbewerb der Leistungsanbieter, sondern vielmehr der Wettbewerb der Krankenkassen hat zu erheblichen Verzögerungen geführt. Die Situation für Leistungsanbieter und vor allem für die Patienten mit einem Flickenteppich vieler kleiner Projekte einzelner Kassen wird zunehmend unüberschaubar. Es ist zu befürchten, dass neuropsychiatrische Indikationen den Kassen wenig verlockend erscheinen, hiermit in den Wettbewerb um die Versicherten einzutreten. Wollte der Gesetzgeber wirklich etwas für die Verbesserung der flächendeckenden neuropsychiatrischen Versorgung tun, würde er nicht nur die Verpflichtung der Kassen ins Gesetz schreiben hausärztliche Versorgungsmodelle anzubieten, sondern würde gleichzeitig gesetzlich fordern, dass daran angeknüpft integrierte neuropsychiatrische Versorgungsmodelle angeboten werden müssen. Dies könnte dann durchaus im Wettbewerb der Kassen um die beste Qualität geschehen. Derartige Nachjustierungen im Gesetz sind jedoch derzeit nicht vor-

gesehen und in dieser Legislaturperiode auch nicht mehr zu erwarten.

Unsere Mitgliederversammlung gibt Gelegenheit zur Diskussion und zum Meinungsaustausch zum Thema Integrierte Versorgung. Viele Fragen werden sicher auch im Zusammenhang mit der Einführung des EBM 2000 plus am 1. April zu diskutieren sein.

Erstmals in diesem Jahr wird auf einer BVDN-Hauptversammlung der BVDN-Award verliehen. Diese Auszeichnung wird für die Vertretung der Interessen neuropsychiatrischer Vertragsärzte und für positive Impulse für die ambulante Versorgung beispielsweise im Rahmen eines richtungsweisenden Versorgungsmodells vergeben.

Wir freuen uns darauf, den ersten BVDN-Award an PD Dr. med. Albert Zacher verleihen zu dürfen. Kollege Zacher hat sich in den letzten Jahrzehnten in ganz besonderer Weise für die berufspolitischen Belange von Nervenärzten und Psychiatern eingesetzt. Und als Schriftleiter des NEUROTRANSMITTER ist er verantwortlich für eine der erfolgreichsten Berufsverbandspublikationen in diesem Land!

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

EBM 2000 plus ...

Neueste Änderungen

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 97. Sitzung Nachbesserungen einer Reihe von Leistungen im neuen EBM beschlossen. Nachfolgende Änderungen und Ergänzungen gab die KBV bekannt:

Beschluss

zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V in seiner 97. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1 . April 2005

1. Änderung der Ausschlussbestimmungen in der zweiten Anmerkung zur Leistung nach der Nr. 13400

Die Leistung nach der Nr. 13400 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300–02302, 02400, 13411, 13412, **13430 und 13431** berechnungsfähig.

2. Änderung der Ausschlussbestimmungen in der zweiten Anmerkung zur Leistung nach der Nr. 13430

Die Leistung nach der Nr. 13430 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300–02302, **13400**, 13421, 13431 und 34250 berechnungsfähig.

3. Änderung der Ausschlussbestimmungen in der zweiten Anmerkung zur Leistung nach der Nr. 13431

Die Leistung nach der Nr. 13431 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300–02302. 13421, **13400**, 13430 und 34250 berechnungsfähig.

4. Änderung der Leistungsnummer der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 16311 in die Leistungsnummer 16320

Änderung der Leistungsnummer der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 16311 in die Leistungsnummer 16320. Soweit in den übrigen Abschnitten der bisherigen Fassung des EBM 2000 plus auf die Leistungsnummer 16311 verwiesen wird, tritt an ihre Stelle die Leistungsnummer 16320.

5. Änderung der Leistungsnummer der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 16312 in die Leistungsnummer 16321

Änderung der Leistungsnummer der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 16312 in die Leistungsnummer 16321. Soweit in den übrigen Abschnitten der bisherigen Fassung des EBM 2000 plus auf die Leistungsnummer 16312 verwiesen wird, tritt an ihre Stelle die Leistungsnummer 16321.

6. Änderung der Leistungsnummer der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 16313 in die Leistungsnummer 16322

Änderung der Leistungsnummer der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 16313 in die Leistungsnummer 16322. Soweit in den übrigen Abschnitten der bisherigen Fassung des EBM 2000 plus auf die Leistungsnummer 16313 verwiesen wird, tritt an ihre Stelle die Leistungsnummer 16322.

7. Änderung der Leistungsnummer der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 16314 in die Leistungsnummer 16311

Änderung der Leistungsnummer der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 16314 in die Leistungsnummer 16311. Soweit in den übrigen Abschnitten der bisherigen Fassung des EBM 2000 plus auf die Leistungsnummer 16314 verwiesen wird, tritt an ihre Stelle die Leistungsnummer 16311.

8. Änderung der Leistungsnummer der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 16320 in die Leistungsnummer 16340

Änderung der Leistungsnummer der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 16320 in die Leistungsnummer 16340. Soweit in den übrigen Abschnitten der bisherigen Fassung des EBM 2000 plus auf die Leistungsnummer 16320 verwiesen wird, tritt an ihre Stelle die Leistungsnummer 16340.

22. Änderung der dritten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 33040

FORTSETZUNG SEITE 16

Fortsetzung von S. 14: **Beschluss**

Die Leistung nach der Nr. 33040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01772, 01773 **und 13550** berechnungsfähig.

23. Änderung der Leistungslegende der Leistungen nach den Nrn. 16210, 16211 und 16212

Ordinationskomplex

Obligater Leistungsinhalt:

— persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Fakultativer Leistungsinhalt:

— Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer

— Erhebung des vollständigen neurologischen Status, **gegebenenfalls zusätzlich ergänzende Erhebung des psychiatrischen Status bei neurologischen Fällen**

— ~~ergänzende~~ Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status, **gegebenenfalls zusätzlich ergänzende Erhebung des neurologischen Status bei psychiatrischen Fällen**

— in Anhang 1 aufgeführte Leistungen

einmal im Behandlungsfall

16210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. LJ **470 Punkte**

16211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. LJ **410 Punkte**

16212 für Versicherte ab Beginn des 60. LJ **420 Punkte**

Die Leistungen nach den Nrn. 16210–16212 sind nicht neben der Leistung nach der Nr. 16215 berechnungsfähig.

24. Änderung der Leistungslegende der Leistungen nach den Nrn. 21210, 21211 und 21212

Ordinationskomplex

Obligater Leistungsinhalt:

— persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Fakultativer Leistungsinhalt:

— Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer

— Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status, **gegebenenfalls zusätzlich ergänzende Erhebung des neurologischen Status bei psychiatrischen Fällen**

— ~~ergänzende~~ Erhebung des vollständigen neurologischen Status, **gegebenenfalls zusätzlich ergänzende Erhebung des psychiatrischen Status bei neurologischen Fällen**

— in Anhang 1 aufgeführte Leistungen

einmal im Behandlungsfall

21210 für Versicherte bis zum vollendeten5. LJ **470 Punkte**

21211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. LJ **410 Punkte**

21212 für Versicherte ab Beginn des 60. LJ **420 Punkte**

Die Leistungen nach den Nrn. 21210–21212 sind nicht neben der Leistung nach Nr. 21215 berechnungsfähig.

25. Änderung der ersten Anmerkung hinter der Leistung nach Nr. 17320

Die Leistung nach der Nr. 17320 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310, 17311, 17321, 17361 bis 17363 **und 17370** berechnungsfähig.

26. Änderung der zweiten Anmerkung hinter der Leistung nach Nr. 17370

Die Leistung nach Nr. 17370 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 17310,**17320 und** 17361 berechnungsfähig.

Bitte beachten: Konsultationsziffern 16215/21215

Aus gegebenem Anlass weisen wir auf die Abrechnung der Konsulationsziffern hin. Im Gegensatz zur ursprünglichen Konzeption handelt es sich um eine Ziffer, die bei jedem weiteren Arztkontakt – persönlich, mittelbar oder telefonisch (!) – abrechenbar ist, auch zusammen mit anderen am gleichen Tag erbrachten Ziffern, gegebenenfalls auch mit Gesprächsziffern.

Es gilt also grundsätzlich:

Erstkontakt: Ordinationsziffer und gegebenenfalls weitere Leistungen.
Zweiter Kontakt: Konsultationsziffer und gegebenenfalls weitere Leistungen.
Weitere Kontakte: Konsultationsziffer und gegebenenfalls weitere Leistungen.
Telefonkontakt: ausschließlich Konsultationsziffer.

Konsultationskomplex

Nr. 16215 (Neurologie)

Obligater Leistungsinhalt

— Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt

Bewertung:

je Arzt-Patienten-Kontakt **50 Punkte**

Die Leistung nach der Nr. 16215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 16210 bis 16212 berechnungsfähig.

Berichtspflicht:

Nein

EBM-Kalkulationszeit – Arzt:

2 Minuten

Plausibilitätszeit: 2 Minuten

Nr. 21215 (Psychiatrie)

Obligater Leistungsinhalt

— Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt

Bewertung:

je Arzt-Patienten-Kontakt **50 Punkte**

Die Leistung nach der Nr. 21215 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 21210–21212 berechnungsfähig.

Berichtspflicht:

Nein

EBM-Kalkulationszeit – Arzt:

2 Minuten

Plausibilitätszeit: 2 Minuten

EBM 2000 plus ...

Elektronystagmografie, evozierte Potenziale und Elektroneurografie/Elektromyografie

Unverständnis und Erschütterung über nachlässige Beschlüsse

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich wurde gebeten, die neurophysiologischen Leistungskomplexe und -ziffern 16320, 16321, 16322 im EBM 2000 plus zu kommentieren. Es fällt mir schwer, diese Sache konstruktiv anzugehen, da ich nach Einführung des neuen EBM als neurophysiologisch arbeitender Neurologe völlig verwirrt und emotional aufgeladen bin.

Um es vorweg zu sagen: Seit den ersten Entwürfen zu den neurophysiologischen Abrechnungskomplexen im EBM 2000 plus vor sechs Jahren waren die Berufsverbände aktiv. In unzähligen Gesprächen, Briefwechseln und Konsultationen in Köln und Berlin wurde von den Berufsverbänden und der Fachgesellschaften kommentiert, kritisiert, Veränderung angemahnt. Letztlich haben wir in der Neurophysiologie wenig erreicht. Es wurde eigentlich immer schlimmer und am Ende stehen wir vor einem katastrophalen Ergebnis für die neurologische Praxisführung. Bis zur letzten Beschlussfassung im Bewertungsausschuss der KBV und der Kassen wurden die Leistungskomplexe und ihre Bewertung verändert. Zu keinem Zeitpunkt hat irgendeiner der Vertreter der Berufsverbände eine Zustimmung zu den jetzt vorliegenden Leistungskomplexen gegeben oder geben können, auch wenn die KBV den Eindruck erweckt, dass Sie „von den Berufsverbänden beraten“ worden sei.

Das, was jetzt vorliegt ist inhaltlich schlampig gemacht. Es ist mit (bewussten?) Stolperfallen ausgestattet und für den Patienten teils gefährlicher Unsinn („beidseitig“). Die Ziffern bilden auch als Komplex die Realität der neurophysiologischen Diagnostik in der Praxis kaum und die differenzierte Diagnostik einer Konsiliarpraxis schon gar nicht ab.

Ein CTS oder eine diabetische Routine-PNP kann man vielleicht noch untersuchen, die qualifizierte Differenzialdiagnostik eines myelopathischen Prozesses, einer polyradikulären Störung oder einer komplexen neuromuskulären Erkrankung und die Steuerung einer Botulinustoxintherapie sind mit diesem EBM aber nicht machbar. Die Folge dieser Schlamperei werden vermehrte Klinikeinweisungen oder Vorstellungen in tagesklinischen Einrichtungen oder Spezialambulanzen sein müssen. Will die Selbstverwaltung eine solche Herabqualifizierung der ambulanten fachneurologischen Tätigkeit?

Die Bewertung der Leistungsziffern mit ihrer angeblichen betriebswirtschaftlichen Basierung ist unzureichend, die hinterlegten Plausibilitätszeiten spiegeln den Arzteinsatz in einer neurologischen oder nervenärztlichen Praxis nicht wieder. Kann es ein, dass ein HNO-Arzt für die Abklärung einer retroaurikulären Erkrankung (= neurologisches Fachgebiet!), Ziffer 09326, mittels BERA 820 Punkte und der Neurologe für die gleiche Leistung, Ziffer 16231, 645 Punkte bekommt?

Die Berufsverbände haben permanent die Implausibilitäten und die fehlerhafte Kalkulationsgrundlage bei der KBV angemahnt. Allein, die Korrektur sind uns Herr Köhler, seine Mitarbeiter in der KBV und der Bewertungsausschuss bis heute schuldig geblieben. Auch die trügerischen Versprechungen der KBV zu einer 5,11 Cent-Kalkulation im EBM 2000 plus werden gerade in diesen Tagen durch die sich entwickelnden Honorarverteilungsverträge zunichte gemacht.

Sie merken, einen fachlichen Kommentar gibt es diesmal von mir nicht. Ich bin nicht bereit, mit den Kollegen in den Vorständen von BDN und BVDN als Überbringer schlechter Botschaften auch noch der Prügelknabe für das Flickwerk der KBV und des Bewertungsausschusses zu sein!

In der vorliegenden Situation kann ich Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, nur auffordern, die Legenden der Ziffern 16320, 16321 und 16322 gründlich zu lesen und dann nach bestem Wissen und Gewissen und mit hoher Fachkompetenz ihre neurophysiologischen Untersuchungen durchzuführen.

Erfüllen Sie das, was nach Auskunft der Gebührenziffer obligat zu sein scheint, aber schädigen Sie keinen Patienten durch eine unsinnige doppelseitige Untersuchung. Dokumentieren Sie Ihre Untersuchungsschritte und berechnen Sie alle Leistungsziffern, die Sie erbracht haben, auch wenn Sie es häufiger als zweimal pro Behandlungsfall tun mussten. Dokumentieren Sie bitte, wenn Sie einen Patienten zur Diagnostik weiterschicken müssen. Bedenken Sie aber bitte auch, dass wir durch eine selbstgewählte Leistungsbeschränkung immer mehr Kompetenzen und Leistungsvolumina abgeben, die uns bei der nächsten Systemveränderung wieder fehlen werden. Beschweren Sie sich über die Unsinnigkeiten bei Ihrer KV und vor allem auch bei der KBV und beim Bewertungsausschuss (nur schriftlich per E-Mail an

Fortsetzung Seite 21

EBM2000plus@kbv.de oder per Fax 0 30-40 05-27 13 12). Die Vorstände von BDN und BVDN bitten um eine Kopie Ihrer Protestschreiben und werden den hoffentlich entstehenden Massenaufschrei tatkräftig unterstützen und weitertragen.

Es sind die KBV und die Spitzenverbände der Kassen, die dieses überflüssige Gebührenordnungswerk EBM 2000 plus zu verantworten haben. Für uns bleibt nur der schwache Trost, dass ohne die hartnäckige Arbeit der Kollegen Carl, Hagenah, Bergmann, Meier und Roth-Sackenheim das neue Gebührenordnungsmonster noch schlimmer geworden wäre.

Wie lange halten wir Vertragsärzte eigentlich diesen Blödsinn noch aus, den uns das System inklusive unserer immer wieder einknickenden ärztlichen Vertreter auf höchster Ebene der Selbstverwaltung zumuten? Was passiert eigentlich, wenn sich die qualifizierte fachärztlich-neurologisch-psychiatrische Tätigkeit immer weiter aus der ambulanten Versorgung verabschiedet oder verabschieden muss?

In England wartet man 18 Monate auf eine neurophysiologische Untersuchung zur Differenzierung eines Wurzelschadens oder zur Diagnostik eines Kompressionssyndroms oder bezahlt selbst beim Privatarzt.

Dr. Dr. med. habil. Paul Reuther, Bad Neuenahr

Fachlicher Unsinn

Trotz intensivster Bemühungen unseres Vorstandes und vielen Beratungen mit Herrn Köhler von der KBV wurden unsere Positionen nach anfänglichen (leider nur vermeintlichen) Zusagen immer wieder ohne Begründung, ohne uns zu informieren und leider auch ohne Sinn und Verstand umgekrempelt. So ist zum Beispiel die beidseitige Erbringung der Nervenleitgeschwindigkeit fachlich an Ungereimtheiten kaum zu überbieten. Die Ziffer 16322 mit ihrer Mischkalkulation aus Elektromyografie und Nervenleitgeschwindigkeit ist so maßlos unterbewertet, dass Sie mit jeder Elektromyografie eine beträchtliche Geldvernichtung in Gang setzen. Ebensowenig zu verstehen sind die bei einer Sitzung nur einmal abrechenbaren evozierten Potenziale.

Wenn man dann noch bedenkt, dass der Köder mit dem der neue EBM 2000 plus für uns schmackhaft werden sollte (den 5,11 Cent), nun schon wieder durch abenteuerliche Honorarverteilungsmaßstäbe vor der Nase weggezogen wird, kann ich uns allen nur noch viel Kraft und Nerven für die Zukunft wünschen.

Dr. med. Ralf Bodenschatz, Mittweida
Schatzmeister des BVDN

Kommentar

Auf unsere nochmalige Intervention hin wurde in letzter Minute Anfang März 2005 wenigstens die Nummerierung der elektrophysiologischen Leistungen zwischen dem neurologischen und dem psychiatrischen Kapitel synchronisiert. Im neurologischen Kapitel hat das EEG wie bisher die Ziffer 16310, das Langzeit-EEG erhält die Ziffer 16311 (bisher 16314), die Elektronystagmografie-Ziffer 16320 (bisher 16311), die evozierten Potenziale Ziffer 16321 (bisher 16312) und die Elektroneurografie/-myographie-Ziffer 16322 (bisher 16313). Die Bewertung dieser Gebührenordnungspositionen, die Abrechnungsausschlüsse und die Leistungslegenden haben sich nicht geändert.

Mit der Vorgabe dieser Abrechnungsvorschriften bei den elektrophysiologischen Leistungen hat die KBV einen Anschlag auf ein Kerngebiet der Neurologie verübt. Obwohl im Verlauf der EBM-Entwicklung ein einigermaßen für uns noch tragfähiger Kompromiss gefunden war, wurde diese Vereinbarung ohne vorherige Absprache von der KBV im Herbst 2003 aufgekündigt. Der Kompromiss sah vor, die Nystagmografie, Blinkreflex und AEP beziehungsweise VEP in einer Komplexleistung zusammen zu fassen und vernünftig zu vergüten. Ebenso sollten die SEP und MEP in einer Leistungsposition vergütet werden. Dies hätte neurologisch eine sinnvolle Differenzialdiagnostik bei vestibulären Störungen und entzündlichen Hirnerkrankungen oder spinalen Läsionen ermöglicht. Beim Elektroneurografie/-myografie-Komplex war eine fast doppelt so hohe Vergütung vorgesehen, die Vorschrift der Beidseitigkeit bei der Elektroneurographie fehlte. Durch die einseitigen Änderungen der KBV sind auf diese Weise neurologisch unsinnige Verfahrensvorschriften entstanden, die zudem sicherlich nicht zur Leistungsreduktion beitragen. Im Gegenteil, die Überweisungen in neurologische Zentren zur neurophysiologischen Abklärung einer peripheren oder zentralen neurologischen Funktionsstörung werden gewiss zunehmen.

Die Elektronystagmografie/Okulografie/Blinkreflex-Untersuchung (16320) musste nun in unserem Kapitel neu verankert werden, weil die Schwindeldiagnostik in dem Fachgebiet erfolgen muss, in dem auch die erforderliche Fachkompetenz vorhanden ist. Diese Leistung kann nur einmal im Quartal erbracht werden. Es besteht weder Aufzeichnungs- noch Berichtspflicht. Warum nun ähnliche Ziffern im HNO-Kapitel (z. B. BERA) deutlich höher bewertet sind, ist nicht zu verstehen. Offizielle Begründung ist, dass der Kostenfaktor in HNO-Praxen höher liegt. Allerdings wurde umgekehrt die niedrigere Bewertung der Neurosonologie im Kapitel 33 damit begründet, dass der Kostengeber (die Internisten) hier wesentlich günstiger arbeitet als die Neurologen. Umgekehrt hätte dann gelten müssen, dass der günstige Kostengeber Neurologie auch im HNO-Kapitel für elektrophysiologische Leistungen herangezogen wird.

Die evozierten Potenziale (16321) sind nun hoffnungslos unterbewertet, weil sie je Sitzung immer nur einmal angesetzt werden können, egal wie viele evozierte Potenziale erforderlich sind. Die Plausibilitätszeit bezieht sich bei der Leistung auf das gesamte Quartal, es besteht eine Berichtspflicht, jedoch keine Aufzeichnungspflicht.

Fortsetzung von S. 16: **Kommentar**

Die Elektroneurografie/-myografie (16322) schreibt eine beidseitige Messung der Nervenleitgeschwindigkeiten vor (z. B. gilt dies auch für die Messung der motorischen Tibialisleitgeschwindigkeit rechts und der sensiblen Medianusleitgeschwindigkeit links). Die Elektromyografie muss nicht beidseitig erbracht werden. Die Leistung ist absolut unterbewertet, eine differenzierte peripher-neurologische Diagnostik hiermit in keiner Weise möglich. Die Ziffer kann nur zweimal im Quartal angesetzt werden. Egal wie viele Insertionsstellen oder Leitgeschwindigkeiten untersucht werden, darf die Leistungsposition je Sitzung nur einmal abgerechnet werden. Es besteht eine Berichtspflicht, eine Aufzeichnungspflicht ist nicht vorgeschrieben. Wir haben mit der Honorarabteilung der KBV eine medizinisch sinnvollere Formulierung der Leistungslegende bei den Leitgeschwindigkeiten abgesprochen, ob sich die KBV an diese Vereinbarung hält ist nach unseren bisherigen Erfahren mehr als fraglich.

Insgesamt bildet bei der Bewertung der neurologischen Leistungsziffern der von der KBV falsch berechnete Kostensatz einen erheblichen Faktor. Wir haben der KBV nochmals differenzierte Statistiken über die Kosten in neurologischen Praxen zukommen lassen, außerdem wird die KBV selbst für alle Fachgruppen erneut die Kostenprozentsätze erheben. Hierbei sollen die Neurologen mit als erste analysiert werden. Wann und ob dies zu den entsprechenden Veränderungen in unserem Sinne führt, können wir nach den bislang mit der KBV gemachten Erfahrungen nicht prognostizieren. **gc**

Elektronystagmo-/Okulografie, Blinkreflexprüfung

Nr. 16320

Obligater Leistungsinhalt

__ Elektronystagmo-/Okulografie

und/oder

__ Blinkreflexprüfung,

__ ein- und/oder beidseitig

Bewertung:

1 x im Behandlungsfall **305 Punkte**

Berichtspflicht: nein

EBM-Kalkulationszeit – Arzt: 10 Minuten

Plausibilitätsprüfzeit: 8 Minuten

Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)

Nr. 16321

Obligater Leistungsinhalt

__ Bestimmung somatosensibel evozierter Potenziale und/oder

__ Bestimmung visuell evozierter Potenziale und/oder

__ Bestimmung akustisch evozierter Potenziale und/oder

__ Bestimmung magnetisch evozierter Potenziale,

__ beidseitig

Bewertung:

je Sitzung **645 Punkte**

Die Leistung nach der Nr. 16321 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Berichtspflicht: ja

EBM-Kalkulationszeit – Arzt: 21 Minuten

Plausibilitätsprüfzeit: 16 Minuten

Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung

Nr. 16322

Obligater Leistungsinhalt

__ Elektromyografische Untersuchung(en) mit Oberflächen- und/oder Nadelelektroden und/oder

__ Elektroneurografische Untersuchung(en) mit Bestimmung(en) der motorischen oder sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit,

__ beidseitig

Bewertung

je Sitzung **435 Punkte**

Die Leistung nach der Nr. 16322 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 16322 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Nrn. 31614–31621 berechnungsfähig.

Berichtspflicht: ja

EBM-Kalkulationszeit – Arzt: 10 Minuten

Plausibilitätsprüfzeit: 9 Minuten

Eckpunkte für die Arzneimittelversorgung

Mehr Wirtschaftlichkeit – und mehr Bürokratie

© Archiv

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und KBV wollen sich auf „Eckpunkte zur Sicherung der wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung im Jahre 2005" verständigen. Die hier von ihnen benannten Vorschläge sollen den indikationsgerechten Einsatz von Arzneimitteln fördern und damit eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung sichern.

Diese Handlungsvorschläge zur Sicherung der wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung 2005 (s. auch Kasten S. 27) richten sich an den verordnenden Vertragsarzt, den zu versorgenden Patienten, die Leistungen gewährende Krankenkasse sowie die Arzneimittel abgebenden Apotheken. Sie sind ein Angebot an alle Beteiligten der gemeinsamen Selbstverwaltung, im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgaben verantwortlich tätig zu werden. Von den Spitzenverbänden der Krankenkassen sollen folgende Themenbereiche berücksichtigt werden:

a: Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen zur Gewährung von Rabatten;

b: Einflussnahmen der Krankenkassen auf die Leistungsinanspruchnahme der Versicherten.

Kosten-Nutzen-Aspekt

Die Ergebnisse entsprechender Beratungen werden einerseits für Rechtssicherheit bei der Verordnung von Pharmaka durch Vertragsärzte sorgen. Andererseits nehmen durch solche Richtlinien Verschulung, Bürokratisierung und regressrelevante Überprüfungsmöglichkeiten in unseren Praxen weiter zu. Die pharmakotherapeutischen Therapiehinweise werden sicher deutliche Kosten-Nutzen-Apekte berücksichtigen.

Für die Indikationen Demenz und Depression wird das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) verantwortlich sein. Der Leiter dieser neuen GKV-Institution, Prof. Dr. Sawicki, gilt bei der Wirksamkeits- beziehungsweise Kosten-Nutzen-Bewertung von Pharmaka als eher kritischer Entscheider. Ausdrücklich soll aber nicht nur die Pharmakotherapie dieser beiden Erkrankungen berücksichtigt werden, sondern auch die nichtpharmakologischen Therapie- beziehungsweise Betreuungsformen. Auf das frühestens Anfang 2006 vorliegende Ergebnis dürfen wir also gespannt sein.

Direkte Praxisverhandlungen nötig

Auf die Ergebnisse der weiteren Themen der Gespräche zwischen KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen (Rabattvereinbarungen für Arzneimittel zwischen Krankenkassen und Pharmaherstellern sowie Kontrolle der Leistungsinanspruchnahme der Versicherten durch die Krankenkassen) haben Experten schon lange gewartet.

Es ist völlig richtig, dass nicht wir als verordnende Ärzte die alleinigen Garanten für die pharmakologische Wirtschaftlichkeit sein können; hier müssen selbstverständlich Verkäufer (Pharmafirmen) und Einkäufer (Krankenkassen) der Arzneimittel direkt in Preisverhandlungen treten. Das Vertragsverhältnis zwischen Versicherten und Krankenkassen wird sich – ähnlich wie in den USA – immer stärker in Richtung Case-Management entwickeln. Die Patienten werden, von ihrer Krankenkasse, wie in den letzten Jahren bereits zu beobachten, immer stärker zu wirtschaftlicher Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen angehalten werden. **gc**

Fortsetzung Seite 27

Eckpunkte zur Sicherung der Arzneimittelversorgung

1. Die Vorschläge umfassen ein Informationskonzept, das als Jahresprogramm kontinuierlich, gezielt und konkret Verordnungshilfen zu Versorgungsschwerpunkten anbietet.

2. Dieses Informationskonzept bietet allen Beteiligten eine einheitliche Informationsplattform und sichert damit ein konzertiertes und abgestimmtes Vorgehen zur Unterstützung einer wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Versorgung mit Arzneimitteln.

3. Die Informationen sollen zugleich dem Patienten aufzeigen und deutlich machen, welche Versorgungsalternativen indikationsbezogen für ihn die größtmögliche Arzneimittelsicherheit bieten (Patienteninformationen).

4. Die Informationen sollen sich gezielt an die Vertragsärzte wenden, deren Verordnungsverhalten – statistisch nachgewiesen – vermuten lässt, dass eine Korrektur ihres Verordnungsverhaltens die Qualität der Versorgung verbessert.

5. Die im Informationskonzept enthaltenen Versorgungsschwerpunkte sollen parallel als Grundlage für die Neugestaltung der Zielvereinbarungen herangezogen werden, die die Basis für die Arzneimittelvereinbarungen sind.

6. Zu folgenden Themenschwerpunkten werden monatlich (seit Februar 2005) aktuelle Therapiehinweise und Patienteninformationen zur Verfügung gestellt:

a) Februar:	Antirheumatika
b) März:	Fettstoffwechsel
c) April:	Magenmittel
d) Mai:	Kalziumantagonisten
e) Juni:	Schmerztherapie
f) Juli und August:	– *Ferienmonate* –
g) September:	Bluthochdruck
h) Oktober:	Antidementiva
i) November:	Antidepressiva
j) Dezember:	Inhalative Asthmatika

7. Die Inhalte basieren auf verfügbaren aktuellen oder aktualisierten Informationsgrundlagen und Veröffentlichungen. Die konkreten Handlungshilfen sollen den Umfang von einer Seite nicht überschreiten und durch entsprechende Hinweise auf weiterführende Informationen („Verlinkung") ergänzt werden.

8. Die Erstellung der Inhalte obliegt grundsätzlich den Beteiligten an diesem Informationsprogramm. Die Themenschwerpunkte 6a–b werden von der KBV bearbeitet. Die Spitzenverbände der Krankenkassen erstellen die Informationen zu den Themenschwerpunkten 6c–e. Zugleich soll das Institut für Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt werden, die Themenbereiche 6g–j zu übernehmen und entsprechend aufzubereiten.

9. Das für den Informationsfluss erforderliche Kommunikationskonzept soll zwischen den Partnern dieser Vereinbarung abgestimmt und in der Außendarstellung vereinheitlicht werden. Hierbei besteht Einvernehmen, eine enge Abstimmung sicherzustellen.

Großer Erfolg für die BVDN-Schulungen zum EBM 2000 plus

Um ihre Mitglieder rechtzeitig und ausreichend über die Neuerungen des EBM 2000 plus und die damit verbundenen Änderungen in den Honorarverteilungsverträgen zu informieren, haben die Berufsverbände BVDN, BVDP und BDN eine umfassende Schulungskampagne initiiert.

Der Andrang bei diesen Schulungen war enorm. Vorstandsmitglieder und Landesverbandsvorsitzende informierten die Kollegen in Seminaren im ganzen Bundesgebiet: in Aachen, Bad Bramstedt, Berlin, Bochum, Düsseldorf, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Ingolstadt, Köln, Leipzig, Magdeburg, München, Nürnberg, Regensburg, Saarbrücken, Schwäbisch-Gmünd, Rostock, Stuttgart, Walldorf, Wildeshausen und Würzburg. Es waren jeweils 50 bis über 200 niedergelassene Nervenärzte/Neurologen oder Psychiater anwesend. Insgesamt konnten die Berufsverbände (mit Unterstützung mehrerer Pharmafirmen) rund 2.000 Kollegen erreichen. Dies entspricht über einem Drittel aller Praxen unserer Fachgruppe.

Nach jeweils einem zirka dreistündigem, von vielen Fragen unterbrochenem Vortrag konzentrierten sich die Diskussionen auf folgende Themen: Abrechnung aus dem neurologischen und psychiatrischem Fachkapitel durch Nervenärzte, Leistungseinschränkungen bei der Neurophysiologie und der Dopplersonografie, Berichtspflicht, fakultative Leistungsbestandteile bei der Ordinationsgebühr und bei Komplexleistungen, bessere Abrechnungsmöglichkeiten von psychiatrischen Gesprächen und Betreuungsleistungen sowie Problematik der Zeitplausibilität.

In insgesamt vier NeuroTransmitter-Telegrammen und einem zusätzlichen Rundbrief erhielten die Mitglieder der Berufsverbände den neurologischen und psychiatrischen Inhalt des neuen EBM zur Vorabinformation zugeschickt. Ende März 2005 wurde die Neuauflage des ausführlichen neurologischen und psychiatrischen EBM-Kommentars des BVDN (Gunther Carl, Albert Zacher) an die Mitglieder verschickt. In diesem Kommentar werden alle oben genannten Problemkreise nochmals ausführlich erläutert und interpretiert. Berufsverbandsmitglieder können bei der Geschäftsstelle in Neuss gegebenenfalls noch Exemplare anfordern, falls auf dem Postweg das eine oder andere verloren ging. **gc**

Interview mit Dr. Andreas Köhler

Die KVen werden bleiben

Seit Januar dieses Jahres ist der bisherige Hauptgeschäftsführer der KBV, Dr. Andreas Köhler, 1. Vorsitzender des Vorstands. Dr. Frank Bergmann sprach mit dem Arzt und Diplom-Betriebswirt über seine Ideen, Pläne und Absichten in seiner neuen Position.

© Archiv

Dr. Andreas Köhler

wurde mit deutlicher Mehrheit von den Delegierten zum 1. Vorsitzenden der KBV gewählt.

? Herr Köhler, welches sind Ihre Ziele und Visionen als Vorsitzender im neuen hauptamtlichen Vorstand der KBV?

Dr. Andreas Köhler: Mir geht es vorrangig um den Erhalt der Freiberuflichkeit, die Abwehr der institutionellen Öffnung der Krankenhäuser und die Übernahme der ambulanten fachärztlichen Versorgung durch den stationären Bereich. Drei Ziele stehen für mich an erster Stelle: Förderung der Qualität, Transparenz von Qualität und Förderung von Kooperationsstrukturen.

? Wo sehen Sie die wichtigsten Kooperationsstrukturen?

Dr. Andreas Köhler: Notwendigkeiten zur Kooperation sehe ich im fachärztlichen Versorgungsbereich überall dort, wo eine hohe Spezialisierung besteht und kostenintensive Leistungen, vor allem im technischen Bereich erbracht werden. Demgegenüber wird es in der eher wohnortnahen fachärztlichen ambulanten Versorgung weiterhin ein Nebeneinander von Einzel- und Gruppenpraxen geben, schon allein auf Grund des Arztmangels. Aber genau dieser wird manche Kooperationen unmöglich machen.

? Nichtsdestoweniger wollen Sie Gemeinschaftspraxen durch den EBM erheblich fördern. Dagegen erhebt sich viel Prostest.

Dr. Andreas Köhler: Wir haben einen Anteil an Einzelpraxen von 80 %. Andererseits müssen wir Kooperationsstrukturen fördern, um dem Vorteil des Medizinischen Versorgungszentrums mit der Möglichkeit, Ärzte anzustellen, etwas entgegensetzen.

? Dadurch wird den einzelnen Praxen aber ein erheblicher Honoraranteil entzogen.

Dr. Andreas Köhler: Dies wird nicht der Fall sein. Wir werden parallel zur Förderung der Gemeinschaftspraxen die neu gefassten Richtlinien zur Plausibilitätsprüfung konsequent anwenden. Es kann nicht sein, dass in einer Praxisgemeinschaft mit elf Ärzten Patientenidentitäten von über 90 % bestehen, das heißt, dass jeder Patient im selben Quartal von fast allen Ärzten behandelt wird. Hier wird ein erheblicher Leistungsbedarf geltend gemacht, der medizinisch nicht nachvollziehbar ist und auf Kosten der gesamten ärztlichen Budgets geht.

? Die jüngsten Reformen der KVen sind kaum umgesetzt, trotzdem reist Herr Lauterbach durch die Lande und fordert weiterhin vehement die Zerschlagung der KVen.

Dr. Andreas Köhler: Herr Lauterbach wird sich nicht durchsetzen. Denn er wirkt unglaubwürdig, wenn er kaum ein Jahr nach Inkrafttreten des GMG, das ja zu einer erheblichen Strukturveränderung geführt hat, immer noch die Auflösung der KVen fordert. Ich persönlich glaube definitiv, dass die KVen nicht abgeschafft werden. Die Frage ist, inwieweit ihr Einfluss im Sinne der Interessenvertretung der Vertragsärzte weiter beschränkt wird. Es gibt durchaus schon jetzt spürbare Veränderungen, nehmen Sie als Beispiel das Wirken des Gemeinsamen Bundesausschusses. Neben den Krankenkassen und der KV ist der Gemeinsame Bundesausschuss die dritte Macht in der gemeinsamen Selbstverwaltung geworden. Der Einfluss des Ministeriums im Sinne der Fach- und Rechtsaufsicht in Verbindung mit dem stärkeren Einfluss der Institute führt uns immer näher an die Staatsmedizin. Trotzdem glaube ich, dass KVen und Kollektivverträge dauerhaft eine Chance haben.

? Wie beurteilen sie die Umsetzung der integrierten Versorgung?

Dr. Andreas Köhler: Wir begrüßen gute Integrationsverträge. Für die Güte gibt es drei Kriterien: 1. Die Verbesserung der Patientenversorgung. 2. Sie dürfen der Regelversorgung kein Geld entziehen. 3. Keine Risikoselektion der Versicherten. Kritikpunkt aus meiner Sicht ist, dass wir als KV nicht mitwirken dürfen. Ich frage mich aber, ob wir überhaupt mitwirken wollen oder ob wir nicht eine weitere gesetzliche Möglichkeit einfordern, um kollektive, sektorenübergreifende Verträge schließen zu können. Damit könnten wir die Garantie geben, dass eine Risikoselektion ausgeschlossen und das Geld nicht aus der Regelversorgung entnommen wird. Ich persönlich möchte nicht für eine KV arbeiten, bei der ich nur noch den Rest derjenigen Versicherten bediene, die nicht in den „Genuss" integrierter Versorgung kommen.

? Was leistet der „Barmer-Vertrag" zur integrierten Versorgung?

Dr. Andreas Köhler: Der „Barmer-Vertrag" ist von uns auf die Aspekte fach- und sektorenübergreifend überprüft worden. Er muss wegen der Beteiligung der Apotheker rechtlich als Integrationsvertrag gewertet werden. Auch stellt dieser Vertrag den Hausärzten Geld zur Verfügung und nicht dem Krankenhaus. Problem dieses Vertrages ist die fehlende

Beteiligung der KV und die Tatsache, dass eine Versorgungsstruktur außerhalb des Kollektivvertrages aufgebaut wird, der damit eine Konkurrenz zum KV-System ist. Ob dieser Vertrag wirklich sinnvoll ist, muss meines Erachtens durch eine sorgsame Evaluation überprüft werden.

? Führt der „Barmer-Vertrag" zu einer Verbesserung der Patientenversorgung?

Dr. Andreas Köhler: Genau diese Frage möchte ich durch eine Evaluation beantworten.

? Der Hausarztverband mit seinem jüngst gewählten neuen Vorsitzenden Kötzle schlägt zurzeit nicht gerade moderate Töne an. Man will nur noch bundesweite Verträge verhandeln und empfindet die KV-Strukturen eher hinderlich als hilfreich. Ihr Stellvertreter Weigeldt äußerte sich in einem Interview im jüngsten Deutschen Ärzteblatt ähnlich. Klotzen statt Kleckern heißt die Devise. Wie wirkt sich das auf die Zusammenarbeit im KBV-Vorstand aus?

Dr. Andreas Köhler: Weigeldt und ich kommen aus unterschiedlichen Welten. Weigeldt ist niedergelassener Arzt und als ehemaliger Chef des Hausarztverbandes agiert er gewiss anders im System als ich. Im Rahmen der Startphase gibt es sicherlich noch Reibungspunkte. Weigeldt ist von der Vertreterversammlung gewählt worden, um die Interessen der Vertragsärzte zu vertreten. Daran wird er gemessen werden.

? Unions-Vize Wolfgang Zöller sieht in den Verträgen des Hausarztverbandes die Einführung des Primärarztsystems durch die Hintertür: bundesweite oder zumindest landesweite Rahmenverträge (wie in Nordrhein) für Hausärzte. Welches Konzept setzen Sie für die fachärztliche Versorgung dagegen?

Dr. Andreas Köhler: Perspektivisch schwebt mir eine Strukturierung der Versorgung vor. Der Versicherte könnte nicht nur seinen Hausarzt wählen, sondern bei freiem Zugang zur fachärztlichen Versorgungsebene auch den Facharzt der entsprechenden Disziplin. Wir müssen uns auch überlegen, ob wir nicht eine strukturierte Zuweisung im stationären Bereich organisieren. Es sind sinnvolle, ein Primärarzt-System ergänzende Modelle vorstellbar. Gut denkbar wäre ein gestuftes Versorgungsmodell bis hin zur second opinion durch den Gebietsarzt vor Einweisungen in den stationären Versorgungsbereich.

Ich könnte mir auch vorstellen, dass man das Primärarztsystem einmal beiseite lässt und die Ärzteschaft den Mut hätte, die Schnittstellen zu definieren, ab wann der Hausarzt die Patienten in die fachärztliche Versorgungsebene übergibt. Diese Schnittstellendiskussion findet doch viel zu wenig statt. Wie lange verbleibt der Patient beispielsweise mit einer fraglichen psychotischen Erkrankung im hausärztlichen Versorgungsbereich und ab wann gibt er ihn ab an den Facharzt?

? Wir dachten, es wäre Aufgabe der integrierten Versorgung, diese Schnittstelle zu definieren.

Dr. Andreas Köhler: Nennen Sie mir doch einen Vertrag über integrierte Versorgung, der Schnittstellen definiert hat.

? Beispielsweise die Konzepte der neuropsychiatrischen Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP.

Dr. Andreas Köhler: Das sind dann sinnvolle Verträge. Ich frage mich aber auch, warum werden diese Leistungen nicht im Kollektivvertrag geleistet? Fachlich haben wir so viel Kompetenz in den Verbänden, dass man solche Schnittstellen in Bundesmantelverträgen definieren könnte. Dann benötigen wir kein Primärarztsystem, auch keine Trennung von Versorgungsbereichen, dann gibt es Versorgungsleitlinien, die exakt definieren, ab wann der Patient die nächste Versorgungsebene beschreitet.

Am Rande bemerkt gehen schon jetzt über 80 % der Versicherten zuerst zum Hausarzt, warum brauchen wir noch ein gesetzlich verankertes Primärarztsystem?

? Stichwort Medizinische Versorgungszentren: Auch vor dem Hintergrund der Äußerungen von Lauterbach beim letzten DGPPN-Kongress entsteht zunehmend der Eindruck, dass medizinische Versorgungszentren zum eigentlichen Stolperstein für die Vertragsärzte werden könnten.

Dr. Andreas Köhler: Es ist uns ja im letzten Augenblick gelungen, Freiberufler als Gründer und Mitwirker im Versorgungszentrum zu installieren. Eine erste Analyse des Jahres 2004 zeigt, dass nur ein Drittel der medizinischen Versorgungszentren im stationären Bereich gegründet worden sind. Trotzdem entdecken natürlich die Krankenhäuser die medizinischen Versorgungszentren als eine Absicherung ihres Marktes. Wir müssen den Niedergelassenen die Gründung der medizinischen Versorgungszentren erleichtern, sollten aber vor allem ärztliche Kooperationsmodelle, wie eingangs dargestellt, vermehrt aufbauen. Gemeinsam mit der Bundesärztekammer bereiten wir hierzu ein Beratungsangebot vor. KV-Zulassungen dürfen nicht wie mit einem Staubsauger von medizinischen Versorgungszentren aufgekauft werden. Das würde zu einer kalten Enteignung der freiberuflichen Praxen führen. Deswegen müssen wir dem medizinischen Versorgungszentrum andere Modelle gegenüberstellen. Sicher wird der Kampf um das MVZ die Frage der ambulanten fachärztlichen Versorgungsebenen und deren Überleben maßgeblich mitentscheiden.

? Wie sehen Sie die Chancen, Gesetzesänderungen zu erwirken, die den KVen kollektive Vertragsgestaltungen ermöglichen?

Dr. Andreas Köhler: Es gibt hier einen Widerspruch: Einerseits wird Wettbewerb gewünscht, andererseits ist die KV als Wettbewerbspartner in der integrierten Versorgung ausdrücklich nicht vorgesehen.

? Momentan entsteht der Eindruck, dass sich die Modelle integrierter Versorgung im Wettbewerb unter den Kassen gegenseitig ausbremsen. Wer beispielsweise ein Projekt mit der AOK plant, verpflichtet sich, andere Kassen außen vor zu lassen.

Dr. Andreas Köhler: Richtig. Nehmen wir an, integrierte Versorgung wäre das Modell der Zukunft, dann müsste ich als Versicherter meine Kasse anrufen: „Ich möchte in die Praxis Dr. Bergmann, existiert mit dieser Praxis ein Vertrag?" Was passiert, wenn es keinen Vertrag gibt, ich

Fortsetzung Seite 33

aber trotzdem in die Praxis möchte? Vielleicht haben Sie ja mit sieben verschiedenen Krankenkassen einen Vertrag über integrierte Versorung mit sieben unterschiedlichen Dokumentationsmöglichkeiten. Wir sollten uns überlegen, ob dies ein Modell ist, das wir uns wirklich wünschen und zwar sowohl aus Sicht der Versicherten wie auch aus Sicht der Ärzte. Mein Eindruck ist, dass dies auch langsam den Krankenkassen bewusst wird. Eine derartige Zersplitterung der Versorgung, wie von Ihnen angedeutet, kann doch niemand mehr wollen.

? Psychotherapeutische Praxen sind besonders nach dem BSG-Urteil finanziell vergleichsweise komfortabel ausgestattet – mit den entsprechenden finanziellen Folgen für die Fachgruppentöpfe der einzelnen KVen. Im Vergleich dazu ist die Honorierung von psychiatrischen Leistungen in den letzten Jahren zunehmend schäbig ausgefallen. Ihr erklärtes Ziel war es schon vor zwei Jahren, diesen Zustand mit Einführung des neuen EBM 2000 plus zu ändern. Wird der ehrgeizige Plan gelingen?

Dr. Andreas Köhler: Bei isolierter Betrachtung des EBM wird der Plan nicht gelingen. Erforderlich sind Honorarverteilungsverträge mit Regelleistungsvolumen, die einen festen Punktwert garantieren und dieser muss bei mindestens 5,11 Cent liegen. Aber erst 2007 besteht die Möglichkeit, in morbiditätsspezifischen Regelleistungsvolumen Morbidität abzubilden und zwar für die einzelne Praxis. Dass zum Beispiel Depression eine Volkskrankheit ist, erschließt sich sogar mir und auch der Politik. Der EBM allein wird meine damalige Aussage nicht einlösen können. Nur in Kombination mit morbiditätsspezifischen Regelleistungsvolumina, dem Wegfall der Budgets und der Kopfpauschalen wird es gelingen, die Vergütungen für Psychiater beziehungsweise psychiatrische Leistungen nachhaltig anzuheben. Wenn es andererseits einen Weg in die Kostenerstattung geben könnte und zwar flächendeckend und nicht als Wahlleistung, wäre ich der Erste, der diesen Weg sofort beschreiten würde.

? Die ursprüngliche Konzeption des EBM sah keine Honorarverteilungsverträge mehr vor. Vielmehr sollte die Honorarverteilung über die betriebswirtschaftliche Kalkulation der Leistungen im EBM selbst erfolgen. Dies wird jetzt konterkariert durch die Einführung des EBM in Verbindung mit lokalen Honorarverteilungsverträgen, die einzig zum Ziel haben, die bestehende Geldverteilung zu zementieren.

Dr. Andreas Köhler: Ich bleibe dabei, es ist vernünftig, diesen EBM einzuführen: Er beschreibt den Wert einer Leistung und begründet dies auch. Damit werden wir auf Dauer argumentieren können. In der aktuellen Zeit des Umbruchs haben sich die meisten KVen dafür entschieden, die alten Vergütungsanteile zu belassen. Dies kann einen reibungslosen Einführungsprozess gestatten und gibt uns die Möglichkeit, diesen EBM als Prozess zu verstehen und Nachbesserungen durchzuführen, wie beispielswise auch in Ihrer Gruppe, die wir ja im Hinblick auf die Kosten jetzt als erste in die Kostenevaluation gegeben haben. Allerdings müssen wir früher oder später akzeptieren, dass es zu Umverteilungen kommen wird. Es wird aber leichter sein, diese Verteilungsphänomene zu akzeptieren, wenn die Budgets entfallen.

? Die KVen weigern sich hartnäckig, eine Anpassung der Fachgruppentöpfe vorzunehmen – zum Nachteil unserer Fachgruppe, die im Gegensatz zu vielen anderen Fachgruppen mit hohen Fallzahlverlusten gerade auch im Jahre 2004 mit Einführung der Praxisgebühr stabile Fallzahlen aufwies. Ein Beleg dafür, dass in unseren Praxen die schweren Akut- und Chronisch-Kranken versorgt werden.

Dr. Andreas Köhler: Ihre Analyse stimmt exakt mit unseren Ergebnissen überein. Interessanterweise fand der Fallzahlrückgang auch nicht bei den älteren Versicherten, sondern bei den 20–59-Jährigen statt. In Ihren Praxen spielt offensichtlich der so genannte Verdünnerschein-Effekt eine nachrangige Rolle. Ich werde in der Folge eine Anpassung der Töpfe unterstützen, unabhängig davon, ob eine Arztgruppe gewinnt oder verliert. Wir können nicht immer auf der alten Honorarverteilung stehen bleiben. Die Versorgung verändert sich, die Morbidität verändert sich und natürlich auch der Zugang zu den einzelnen Fachgruppen.

? Es gibt Meldungen aus einzelnen KV-Bereichen, dass mit Einführung des EBM 2000 plus etwa 25 % der Kollegen in die Plausibilitätsfalle kommen.

Dr. Andreas Köhler: Diese Zahlen liegen mir nicht vor. Nach unseren Berechnungen liegen Auffälligkeiten im Bereich der Psychiater, Nervenärzte und Neurologen unter 1 %. Allerdings habe ich auch Einzelfälle gesehen, in denen Zeitprofile von über 39 Stunden entstanden. Dies ist für mich wirklich wenig plausibel. Noch etwas anderes müssen sie bedenken: Ein Absenken der Plausibilitätszeiten müsste zu einer Absenkung der Bewertung der Leistungen führen. Das finde ich im Hinblick auf das Fach Psychiatrie und die qualifizierte Gesprächsführung in der Psychiatrie kontraproduktiv. Sollte es aber so sein, dass vermehrt Plausibilitätsprobleme auftreten, müssten wir bei den Prüfzeiten nachbessern, zumal ich einräume, dass in Ihrer unmittelbaren Arzt-Patienten-Beziehung kaum Delegationsmöglichkeiten für einzelne Leistungen bestehen.

? Im Gespräch mit unseren Verbänden wurden im Dezember 2004 Änderungen im EBM 2000 plus vereinbart, davon sind nur einige umgesetzt worden.

Dr. Andreas Köhler: Wir haben jetzt zunächst nur einige wirklich wichtig erscheinende Änderungen durchgesetzt, darin sind auch Änderungen Ihres Forderungskataloges enthalten. Bei Ihrer Arztgruppe ist mir besonders wichtig, dass wir im Rahmen der Evaluation nochmals die Kostengrundlagen der Praxen von Nervenärzten, Psychiatern mit Psychotherapie und Psychiatern mit höheren psychiatrischen Versorgungsanteilen exakt evaluieren. Die Ausschreibung ist abgeschlossen. Wir haben uns für ein Unternehmen entschieden und dieses wird sich im Rahmen seines ersten Auftrages mit der Frage der Kosten Ihrer Arztgruppe befassen.

? Welcher Zeitrahmen ist hierfür vorgesehen?

Dr. Andreas Köhler: Wir haben einen Projektplan, wonach diese Daten spätestens bis Anfang Juni vorliegen müssen.

Herr Köhler, vielen Dank für das Gespräch.

Landesverband Bayern

Aktion: Verteilungsgerechtigkeit

Der letzte Jahreswechsel brachte für einen Großteil der bayerischen Kollegen Existenzängste und Sorgen um den Praxiserhalt. Die Rückstellungen für zu zahlende psychotherapeutische Leistungen, die in den letzten Jahren zu niedrig vergütet worden waren und nun nach einem Bundessozialgerichtsurteil nachträglich angehoben werden müssen, hätten den Punktwertverfall, der sich bei den Ersatzkassen auf 20 % (!) summierte, in erster Linie bewirkt, so argumentierte später die KVB. Da dies aber nur 2,5 % der Gesamthonorarsumme ausmachte, ergaben sofortige Nachfragen bei der KV in München, dass zusätzlich ein vergrößerter Leistungsbedarf und im Vergleich zum Vorjahresquartal reduzierte Sondereinflüsse zu diesem erschreckenden Verfall der Punktwerte und der Honorare geführt haben.

Ende 2004 hatte der bayerische Vorstand für 2005 mehrere Aktionen beschlossen, da die Einführung der Praxisgebühr – wie schon vielfach berichtet – aufgezeigt hatte, dass Nervenärzte, Neurologen und Psychiater/Psychotherapeuten im Vergleich zu vielen anderen fachärztlichen Gruppen fast keinerlei Fallzahlreduktionen erlebt hatten, während dort bis zu 20 % weniger Patienten zu versorgen waren. Schon im ersten Halbjahr 2004 hatte deshalb der bayerische Landesvorstand das aufsichtsführende Ministerium von diesem Missverhältnis benachrichtigt und auf eine dringend erforderliche Korrektur bei der Honorarverteilung gedrängt. Mit etwa sechsmonatiger Verspätung erfolgte der Antwortbrief, der sich auf Zahlenangaben und Analysen der KVB berief. Da die KVB die Punktwertdifferenz zwischen Gynäkologen mit 5,6 Cent pro Punkt und Nervenärzten mit etwa 3,6 Cent pro Punkt mit so genannten „Verdünnerfällen", die früher die Fallzahlen anderer Fachgruppen hochgetrieben hatten, erklärte, goss der Brief eher Öl ins Feuer, als dass er die Situation beruhigt hätte. Damit wurde letztlich deutlich, dass andere Fachgruppen über Jahre hinweg – in ihrer Versorgungsrelevanz massiv überschätzt – zu große Anteile aus dem Gesamthonorar erhalten hatten.

Auch eine lokale Gruppe von niederbayerischen Kollegen wurde für sich aktiv, in Rücksprache und unter Beteiligung von Mitgliedern des Vorstandes und des Berufsverbandes, und forderte eine Korrektur der unhaltbaren Zustände, die vor allem große Versorgungspraxen auf dem Land in enorme finanzielle Probleme geführt hat.

Handlungsstrategien

Der Vorstand des Landesverbandes Bayern initiierte eine mehrstufige Öffentlichkeitskampagne gegenüber KV, Krankenkassen und Sozialministerium. In einem ersten Schritt erhielten alle Berufsverbandsmitglieder die Vorgabe eines Briefes, der an die zuständigen Bezirksvorsitzenden geschrieben werden sollte, um sich für eine gerechtere Honorarverteilung einzusetzen. Ein zweites, etwas anders formuliertes Schreiben (s. Muster in der nächsten Ausgabe NT 5/2005) sollte von allen Kollegen an die Vorsitzenden der Krankenkassenverbände und die Sozialministerin geschrieben werden. Ein ausführlicher Artikel in der *Ärztezeitung*, der weit über Bayern hinaus von vielen wahrgenommen wurde, machte die Verteilungsungerechtigkeit zusätzlich publik. Ein dritter Brief ist Anfang April an alle Kollegen gegangen, damit sie ihn an die drei KV-Landesvorsitzenden senden.

Schon nach der zweiten Briefsendung wurde ich als Landesvorsitzender

Aktion: Verteilungsgerechtigkeit

zu einem Gespräch mit der politischen und Verwaltungsspitze der KVB – moderiert vom zuständigen Ministerialdirigenten – ins Ministerium nach München eingeladen. Letzterer machte dabei auch deutlich, dass diese Fakten ihre Konsequenzen in einer anderen Aufschlüsselung der Verteilung finden müssten.

Der KVB-Vorsitzende betonte mehrfach telefonisch und schriftlich, dass man sich um eine Lösung intensiv bemühe. Mit ihm wurde ein weiterer Termin Ende April 2005 vereinbart, bei dem der Landesvorstand erneut seine Forderungen vortragen wird. Als vorläufiger Abschluss dieser Aktion findet am 30.4.2005 im Vorlauf zur Mitgliederversammlung des Landesverbandes Bayern ein berufspolitischer Vormittag mit Podiumsdiskussion statt mit dem Thema: „Krankenkassen, Politik und KV in der Pflicht“ (siehe Kasten).

Sollten alle diese Aktionen zu keinen Konsequenzen führen, hat sich der Landesverband Bayern weitere Vorgehensweisen überlegt, die die unhaltbare Situation der nervenärztlichen, neurologischen und psychiatrisch/psychotherapeutischen Praxen in Bayern verbessern müssen. Es geht, wie schon mehrfach betont, nicht um Luxusversorgung, nicht um Qualitätssteigerung oder Innovationen. Diese Forderung bezieht sich auf die Erhaltung der nervenärztlichen Grundversorgung für eine immer weiter anwachsende Patientenschar.

Alle Kollegen sollten daher unbedingt an der Vormittagsveranstaltung am 30.4. teilnehmen, ob sie Berufsverbandsmitglied sind oder nicht. Auch außerbayerische Kollegen sind herzlich dazu eingeladen! **az**

„Krankenkassen, Politik und KV in der Pflicht“

30.4.2005 im Hörsaaltrakt des Klinikums rechts der Isar der TU München, Ismaninger Str. 22.

Treffen: 9.30 Uhr

Beginn: 10.00 Uhr

Einführende Worte und Moderation:
PD Dr. A. Zacher, Landesvorsitzender des BVDN Bayern

Auf dem Podium anwesend:

- Dr. M. Gaßner, Ministerialdirigent am bayerischen Sozialministerium, Dr. A. Munte, Vorsitzender der KV-Bayern, H. Schulte, Vorsitzender des BKK-Verbandes Bayern
- J. Wahnschaffe, MdL (SPD), Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Landtags in Bayern
- M. Wörmann, Landesvorsitzender des Verbandes der Angehörigen psychisch Kranker in Bayern
- Dipl.-Psych. C. Bayer-Feldmann, Vorsitzende der Alzheimer Gesellschaft München e.V. (angefragt)

Ende: 13.00 Uhr

Teilnehmer: vorwiegend niedergelassene Nervenärzte, Neurologen und Psychiater, interessierte Klinikärzte und interessierte Laien.

Einladung zur Mitgliederversammlung

Beginn: 14.00 Uhr

Tagesordnung:

1. Bericht des Vorstandes
2. Bericht des Schatzmeisters
3. Bericht der Kassenprüfer
4. Entlastung von Vorstand und Schatzmeister
5. Neuwahl
6. Vorstellung des neuen Vorstandes und seiner berufspolitischen Absichten mit Diskussion
7. Verschiedenes

Ende: zirka 17.00 Uhr

Neue Dimension im Qualitätsmanagement

Berufsverbände und Athene kooperieren mit „MLP“ und „Starke Management“

Gute Nachrichten für alle Mitglieder der Berufsverbände: Athene, die bereits zahlreiche Praxen bei der Implementierung eines funktionierenden Qualitätsmanagements unterstützt hat, ist eine Allianz mit weiteren starken Partnern eingegangen. Dadurch soll es noch leichter werden, ein individuelles und maßgeschneidertes Qualitätsmanagement-System in Praxen einzuführen .

„Am Anfang hatten wir mit dem Thema ‚Qualitätsmanagement‘ große Berührungsängste. Wir dachten an Zunahme der Bürokratie und empfanden die Sache als politische Gängelei. Als wir im Herbst 2003 auf einer Informationsveranstaltung der Athene Akademie waren, entschlossen wir uns dennoch, ein Qualitätsmanagement(QM)-System in der Praxis einzuführen. Heute, nachdem die Einführung beinahe abgeschlossen ist, wollen wir es nicht mehr missen. Qualitätsmanagement hat sich als wertvolles Instrument für die tägliche Arbeit erwiesen. Vieles läuft einfach reibungsloser und ständig stoßen wir auf verbesserungswürdige Dinge. Eine Zertifizierung ist aber erst für 2006 geplant.“ So beschreibt ein Arzt aus einer baden-württembergischen Gemeinschaftspraxis seine Erfahrungen mit Qualitätsmanagement.

Erfolge sprechen für sich

Über 140 neurologische Praxen im ganzen Bundesgebiet haben im Rahmen von Berufsverbandsprojekten in enger Kooperation mit Athene Qualitätsmanagement erfolgreich eingeführt.

Mit Maßgabe der §§ 135 ff. SGB V wurde eine Allianz starker Partner geschmiedet, um es bundesweit allen neurologischen Praxen zu ermöglichen, ein pragmatisches, hochwertiges und justiziables QM-System einzuführen. Als Grundlage hierfür dient die internationale ISO 9001:2000 und QEP© (das QM-System der KBV), wobei eine Zertifizierung nach beiden Systemen auf Wunsch (Zertifizierung ist nicht Pflicht!) möglich ist. Damit das QM-System garantiert auf die individuellen Bedürfnisse maßgeschneidert ist, sind nun auch der größte deutsche Finanzdienstleister für Akademiker „MLP“ und die Firma „Starke Management“ in die Kooperation eingestiegen. „Die Teilnehmer sollen nach insgesamt dreieinhalb Tagen Seminar mit einem komplett erstellten QM-System nach Hause gehen. Möglich wird dies, weil alle Prozessgrundlagen bereits vorhanden sind und auf die Praxis abgestimmt werden. Schließlich muss nicht jeder das Rad neu erfinden, denn Zeit ist ein sehr kostbares Gut“, beteuert Armin Trautner, Chef von Starke Management. Über 190 Praxen nutzen bereits erfolgreich das Software-Tool des Unternehmens. Das System ist grafisch basierend und hat dadurch einen weit geringeren Pflegeaufwand als vergleichbare Systeme. Zusätzlich können einzelne Prozessschritte bezüglich Ökonomie analysiert und sogar simuliert werden, was die Voraussetzung für exakte Wirtschaftlichkeitsanalysen ist. Das System ist international bereits 4,5 Millionen mal installiert worden und auch Firmen wie Siemens und VW vertrauen darauf.

„MLP ist der Finanzdienstleister für Akademiker und berät jeden zweiten Arzt in der Risikopraxisfinanzierung von der Uni bis zur Rente. Wir möchten mit diesem Angebot eine zielorientierte Beratung sicherstellen und die Praxen ortsnah bei der Umsetzung unterstützen“ erklärte Rieger, Chef von MLP, auf die Frage nach seiner Motivation für das Projekt. Die Schulungen werden in den Räumlichkeiten des börsennotierten Unternehmens durchgeführt.

Bessere Orientierung auf einem unübersichtlichen Markt

Die Athene-Akademie bietet eine preisgünstige Variante zur Umsetzung des Qualitätsmanagement auf der Grundlage eines auf MS-WORD basierten Handbuchs. Der Kurs beginnt mit einem eintägigen Einführungsseminar ins Qualitätsmanagement, bei dem auch das „Starke-Tool“ vorgestellt wird. Danach kann jede Praxis zwischen einem dreitägigen Seminar der Athene-Akademie (Grundlage Word-Handbuch) und einer zweieinhalbtägigen Ausbildung beziehungsweise Erstellung des Systems mit dem „Starke-Tool“ wählen.

Auf die Frage nach der Zielsetzung der Berufsverbände antwortete der BDN-Vorsitzende Dr. Uwe Meier: „Unser Ziel ist es, mit dieser starken Allianz von erstklassigen Firmen die politischen Vorschriften möglichst nutzbringend und effizient für die Praxen umzusetzen und es den Kolleginnen und Kollegen leicht zu machen, sich auf dem unübersichtlich gewordenen QM-‚Markt‘ für ein System zu entscheiden, das kompatibel mit allen künftigen Anforderungen und gleichermaßen anwendungsfreundlich ist.“

Marc Godlewicz, Dr. med. Uwe Meier, Dipl.-Psych. Gabriele Schuster, Dr. med. Horst Poimann
Athene-Akademie, Würzburg

Neue Formen der Kooperation

Niedergelassene Psychiater im Zentrum der ambulanten Versorgung

Im Dezember 2003 gründeten über 34 niedergelassene Nervenärzte/Psychiater sowie einige Klinikärzte, Psychologen, Ergotherapeuten und Mitarbeiter freier Träger sozialpsychiatrischer Einrichtungen den gemeinnützigen Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin. Ihr Ziel: Eine verbesserte Versorgung von Menschen mit schizophrenen oder affektiven Psychosen durch sektorübergreifende, multiprofessionelle Zusammenarbeit.

Die Initiative zur Gründung des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit ging von niedergelassenen Berliner Nervenärzten und Psychiatern aus. Viele von ihnen hatten bereits zuvor in Qualitätszirkeln der KV und Ärztekammer zusammengearbeitet. Sie machten damit den Schritt „von der Auseinandersetzung mit externer und interner Evidenz zum versorgungsorientierten Verein" – so das Vortragsthema auf der diesjährigen Frühjahrstagung der wissenschaftlichen Berliner Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie. Das vorrangige Ziel des Vereins ist eine Verbesserung der ambulanten Versorgung. Psychotherapie wird von den Gründungsmitgliedern ausdrücklich als integraler Bestandteil der Psychiatrie verstanden.

Anfang 2005 zählte der Verein über 70 Mitglieder, die vorrangig aus Praxen kommen. Aber auch Kliniker beziehungsweise mehrere Klinikleiter beteiligen sich mittlerweile an den regen Vereinsaktivitäten. Nach einer ersten statistischen Erhebung werden von den niedergelassenen Nervenärzten/Psychiatern des Vereins über 3.000 schizophrene Patienten und etwa 4.000 Patienten mit einer affektiven (uni- oder bipolaren) Psychose behandelt.

In der Berliner „Psychiatrie-Landschaft" findet der Verein von der Gesundheitsverwaltung des Berliner Senats über die Krankenkassen bis hin zu den Betroffenen- und Angehörigen-Organisationen eine beachtliche Resonanz.

Ziele des Vereins im Überblick

- Förderung und Verbesserung der medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen, die schwerwiegend psychisch erkrankt sind, insbesondere an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis oder bi- und unipolaren affektiven Psychosen, deren Behandlung wann immer möglich ambulant erfolgen soll.
- Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit insbesondere zwischen den niedergelassenen Nervenärzten/Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Mitgliedern aller Einrichtungen und Leistungserbringer, die an der Versorgung psychisch Kranker teilnehmen.
- Einbeziehung von Krankheitsbetroffenen wie auch deren Angehöriger in die Aktivitäten für eine verbesserte Versorgung psychisch Kranker.
- Durchführung und Dokumentation von Fach- und Fortbildungsveranstaltungen.
- Unterstützung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und Implementierung von Leitlinien für die medizinisch/psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Versorgung.
- Entwicklung und Umsetzung neuer Versorgungs- und Vertragsmodelle für die umfassende ambulante Versorgung schwer psychisch Kranker insbesondere die Entwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen einschließlich der integrierten Versorgung.
- Förderung von Patienten- und Angehörigen-Selbsthilfeorganisationen.
- Förderung der Öffentlichkeitsarbeit zur Verbesserung der ambulanten Versorgung und zum besseren Verständnis der Situation psychisch Kranker.

Ambulante Versorgung unterfinanziert

Hintergrund der Vereinsgründung war die in den letzten Jahren zu beobachtende Verschlechterung ambulanter psychiatrischer Versorgungsmöglichkeiten gerade für schwer psychisch Kranke. In Berlin wurden die psychiatrischen Betten von 5.429 im Jahr 1993 auf 2.884 im Jahr 2001 reduziert. Dies hat zwangsläufig dazu geführt, dass mehr Patienten in psychiatrischen Praxen behandelt wurden, ohne dass den Praxen entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt worden wären. Gegenüber der Situation im Herbst 2003 erscheinen Benachteiligungen bei der Vergütung psychiatrischer Behandlungen im Bereich der Psychotherapie, der Pharmakotherapie (Regress bei Verordnung neuer Medikamente) wie auch der psychiatrisch/psychotherapeutischen Basisversorgung heute – im Frühjahr 2005 – nur vordergründig gemindert. Die zwischenzeitlichen Neuerungen (Wegfall der 90%-Regelung in der Psychotherapie, Individualbudgets, Soziotherapie-Vereinbarung, Einführung des EBM 2000 plus) stehen zwar auf dem Papier und gelten de jure, die faktische Aufhebung der Benachteiligungen lässt aber in jedem Punkt auf sich warten.

Wichtig war den Vereinsgründern, deutlich zu machen, auf wessen Schultern die ambulante Versorgung der Patienten mit schizophrenen und affektiven Psychosen ruht und mit welch begrenzten Mitteln sie gewährleistet wird. In den letzten Jahren haben sich in Berlin zunehmend Praxen schwerpunktmäßig auf die Behandlung psychotisch Erkrankter eingestellt, die de facto in sozialpsychiatrische Strukturen integriert sind und eine beachtliche Koordinierungsarbeit in der individuellen Patientenbetreuung leisten. Trotz hoher Kompetenz, Engagement und Effektivität (auch Kosteneffektivität!) wird ihre Arbeit in gravierendem Maße unterfinanziert, sodass sie vor ernsthaften wirtschaftlichen Problemen stehen.

Von den KV-Ausgaben für die gesamte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Höhe von 2,9 Mio. EUR pro 100.000 Einwohnern und Jahr entfallen tatsächlich mehr als drei Viertel auf Leistungen der Psychotherapie (Analyse der MHH Hannover, Dt. Ärzteblatt 44 vom 31.10.2003). Psychotherapie bei schizophren oder affektiv-psychotisch Erkrankten ist in Form klassischer Richtlinienpsychotherapie aber schwer zu realisieren und bedarf der besonderen Qualifikation der Therapeuten. Von den Krankenkassen wird sie restriktiv finanziert. Daraus resultiert in puncto Psychotherapie eine grobe Fehlversorgung, die dazu führt, dass leichter Kranke zu Lasten der Schwerkranken besser gestellt werden. Sozialpsychiatrisch tätige und versorgungsorientierte Psychiater müssen sogar hinnehmen, dass die psychiatrischen Behandlungsangebote weiter zur Richtlinien-Psychotherapie umgeschichtet werden, da diese offenkundig besser finanziert wird. Gegen diese sozialpolitisch skandalöse Entwicklung wendet sich der Verein ausdrücklich und fordert statt weiterer Psychotherapeutisierung der Gesellschaft selbige für die Psychiatrie, damit für das qualifizierte therapeutische Gespräch mit psychisch schwer und chronisch Kranken ausreichend Ressourcen bereitgestellt werden. Zu fördern ist nicht eine Psychotherapie, die in ihrer gesellschaftlichen Nachfrage derzeit offenkundig kaum begrenzbar erscheint und die das Lebensschicksal eines jeden zum nahezu selbstverständlichen Fall für die professionelle, krankenkassenfinanzierte Therapie macht, sondern eine dem Schweregrad der Erkrankung und den daraus resultierenden Bedürfnissen angepasste Therapie, die endlich Ernst macht mit der so oft beschworenen Priorisierung Schwerkranker.

Fazit

Der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin e. V. ist ein Erfolg versprechender Zusammenschluss niedergelassener Nervenärzte/Psychiater mit Klinikkollegen und Psychiatrie-Professionellen anderer Berufsgruppen. Ziel ist es, die Versorgungsbedingungen für Patienten mit schizophrenen und affektiven Psychosen deutlich zu machen und zu verbessern. Auf der Länderdelegiertenkonferenz des BVDN in Eisenach im Oktober 2004 wurde der Verein vorgestellt und seitens des BVDN-Vorstandes ein Informationsaustausch ähnlich konzipierter versorgungsorientierter Vereine auf Bundesebene angeregt. Gegebenenfalls könnte sich auch ein Psychiater-/Neurologentag der kommenden Jahre über rein standespolitische Stategien in der Debatte um eine verbesserte Versorgung hinaus thematisch mit solchen Vereinen und ihren Möglichkeiten sowie Aktivitäten befassen. Der NeuroTransmitter und der BVDN erscheinen für versorgungsorientierte Initiativen und Vereine wie den dargestellten das geeignete Forum beziehungsweise die geeignete organisatorische Plattform zu sein. In diesem Kontext ist gegebenenfalls auch eine Kontaktaufnahme über die Homepage des Vereins wünschenswert: www.psychiatrie-in-berlin.de

Bisherige Aktivitäten

Im ersten Jahr widmete sich die Vereinsarbeit dem Thema „integrative Versorgung“ (große Initiativtagung im Frühjahr 2004). Dazu wurden entsprechende Anträge erarbeitet. Gerade im Austausch mit leitenden Klinikärzten konnte ein wichtiger Konsens gefunden werden: Die größten qualitativen wie auch sozioökonomischen Entwicklungsreserven sind in der psychiatrischen Versorgung nur durch eine adäquate Ausstattung des ambulanten Bereiches auszuschöpfen! Erste Erfahrungen mit den Anträgen zur integrieten Versorung waren hingegen enttäuschend; zu offenkundig waren die Antragsteller trotz ihrer guten Vorarbeit den (Willkür-)Entscheidungen der Krankenkassen ausgeliefert. Der weitere Verlauf bleibt abzuwarten.

Auf weiteren Veranstaltungen des Vereins ging es unter anderem um

- Realisierung der Soziotherapie,
- rationale Psychopharmakotherapie und das Problem der zunehmenden Polypharmazie,
- Psychotherapie bei Psychosen,
- Implementierung von Psychoedukation und
- Trialog mit Betroffenen und Angehörigen.

Der Verein ist Projektpartner im Kompetenznetz Schizophrenie und kooperiert mit der Deutschen Gesellschaft für bipolare Störungen (DGBS e. V.) und der psychiatrischen Universitätsklinik der Charité.

Der Vorstand wird ärztlicherseits durch Mitglieder des BVDN gestellt.

© Archiv

Der Vereinsvorstand (v. l. n. r.: Norbert Mönter (1. Vorsitzender), Alicia Navarro (2. Vorsitzende), Stephan Frühauf, Monika Schäfer-Ligustro, Dipl.-Psych. Birgit Leifeld, Peter Luber (nicht im Bild: Norbert Hümbs, 3. Vorsitzender)

Dr. med. Norbert Mönter, Berlin
1. Vorsitzender des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin e. V.

© Bilderbox, A-Thening

Neue Versorgungsformen für Demenz-Patienten

Qualitätszirkel Demenz – erste Ergebnisse

Die Qualitätssicherung durch ärztliche Qualitätszirkel wird als ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements von Arztpraxen angesehen (vgl. Härter, 1999). Der seit 1998 bestehende Arbeitskreis „Gedächtnissprechstunden Berliner Nervenärzte" hat deshalb 2004 einen von der KV unterstützten Qualitätszirkel zum Thema „Diagnostik und nichtmedikamentöse Behandlung von leicht bis mittelschweren Demenzen. Die Bedeutung der Ergotherapie für nervenärztliche Schwerpunktpraxen" initiiert.

Die Empfehlungen zur Therapie der Demenz betonen neben der medikamentösen Behandlung mit Antidementiva immer auch die Bedeutung nichtmedikamentöser Therapiemaßnahmen (Arzneimittelkommission 2004). Zu den drei wichtigsten Strategien bei frühen Demenz-Stadien gehören die

1. Unterstützung der Angehörigen durch Beratung und gegebenenfalls Therapie;
2. kognitive Aktivierung durch neuropsychologisch orientierte Therapie;
3. Therapie von Verhaltensauffälligkeiten wie zum Beispiel einer depressiven Symptomatik.

Diese Überlegungen bestimmten die Themenauswahl im vorgestellten Qualitätszirkel.

Qualitätszirkel mit Ergotherapeuten

Die zuvor genannten Maßnahmen dienen neben der medikamentösen Therapie mit Antidementiva der möglichst langen Erhaltung der Alltagsfähigkeiten des Patienten und der Angehörigenunterstützung. Ziel ist, eine drohende Heimunterbringung so lange wie möglich hinauszuzögern. Der traditionelle Nervenarzt ist nicht unbedingt fachlich, aber in der Regel ökonomisch überfordert, wenn er diese zeitaufwändigen Leistungen selbst erbringen will. Durch die Integration von Ergotherapie konnten in Berlin seit 1999 vier Schwerpunktpraxen des Arbeitskreises „Gedächtnissprechstunden Berliner Nervenärzte" aufgrund der besonderen Budgetbedingungen der kassenärztlichen Versorgung in Berlin eine Verbesserung der Versorgung leicht erkrankter Demenz-Patienten erreichen.

Ziele des Qualitätszirkels

Aufbauend auf diesen Erfahrungen bestanden die wesentlichen Ziele des Qualitätszirkels in der Erarbeitung und Festlegung einer gemeinsamen, ergotherapeutisch unterstützten Verlaufsdokumentation und der Neu- und Weiterentwicklung ergotherapeutischer Therapiebausteine sowie deren Integration in gerontopsychiatrische Schwerpunktpraxen. Sie stellen die Grundlage für eine gewünschte, mit den Kassen abzustimmende Gerontopsychiatrievereinbarung für Berlin dar (NT 2/2005, Bohlken).

Ein weiteres Ziel war die Erprobung des Dokumentationsbogens und die Programm-Implementierung von Beratungsmodulen für Angehörige Demenz-Kranker. Die Verlaufsdokumentation und Behandlungsmodule wurden im NT 3/2005 vorgestellt (Bohlken, 2005); an dieser Stelle werden nun erste quantitative Ergebnisse präsentiert.

Teilnehmende Praxen

Sechs Berliner Nervenarztpraxen mit jeweils einer Ergotherapeutin, die in der Praxis angestellt war, nahmen an den sieben gemeinsamen Terminen des Qualitätszirkels teil. Eine Praxis kooperierte zusätzlich mit einer eigenständigen Ergotherapiepraxis. Im Verlauf des Jahres verzichtete Praxis F aus finanziellen Gründen auf die Anstellung einer Ergotherapeutin; in Praxis E war die Mitarbeit einer Ergotherapeutin krankheitsbedingt eingeschränkt. Deshalb bleiben die Praxen E und F in der statistischen Auswertung unberücksichtigt.

Die teilnehmenden Praxen weisen unterschiedliche Größen und neben dem gerontopsychiatrischen weitere fachliche Schwerpunkte auf:

A: Praxisgemeinschaft mit nervenärztlichen, neurologischen und psychotherapeutischen Fachärzten mit neurologischem und angiologischem Schwerpunkt;
B: Gemeinschaftspraxis aus Nervenfacharzt und Facharzt für Neurologie mit neurologischem Schwerpunkt;
C: Einzelpraxis eines Nervenarztes mit neurologischem und angiologischem Schwerpunkt;
D: Praxisgemeinschaft zweier Nervenärzte mit neurologischem Schwerpunkt;
E: Einzelpraxis mit psychiatrischem Schwerpunkt und umfangreicher Heimversorgung;
F: Einzelpraxis mit neurologischem Schwerpunkt

Fragestellung und methodische Probleme

Für eine qualitätsorientierte ambulante Demenz-Behandlung ist neben einer angemessenen Diagnostik eine testpsychologisch untermauerte Stadieneinteilung, die Beachtung nicht-kognitiver Störungen sowie die Auswahl moderner Medikamente im Zusammenspiel mit nichtmedikamentösen Behandlungsbausteinen wesentlich. Für den Qualitätszirkel standen folgende Fragestellungen im Mittelpunkt:

1. Wie sieht die prozentuale Verteilung der Demenz-Diagnosen, Schweregrade und der Anteil zusätzlicher nicht-kognitiver Störungen aus?
2. Wie groß ist der prozentuale Anteil moderner Antidementiva-, Neuroleptika- und Antidepressiva-Verordnungen im Vergleich zu indikationsgleichen Medikamenten der älteren Generation?
3. Wie groß ist der Umfang an nichtmedikamentösen Therapiemaßnahmen?
4. Lassen sich im Vergleich zum Jahr 2000 Veränderungen feststellen?

Anhand des Dokumentationsbogens (NT 3/2005, Bohlken) wurden alle Patienten der vier Praxen erfasst (in drei Praxen durch eingewiesene Ergotherapeutinnen, in der vierten Praxis durch zwei Ärzte), die im Quartal IV/2004 ein herkömmliches Nootropikum oder ein modernes Antidementivum erhielten. Es handelte sich also um Patienten, bei denen der Facharzt die Medikamente selbst verordnete. Eine derartige Suchstrategie unterschätzt jedoch die Anzahl von Demenz-Patienten in den jeweiligen Praxen und lässt diejenigen Patienten unberücksichtigt, bei denen eine Demenz gesichert war, eine antidementive Behandlung aber aus unterschiedlichen Gründen nicht durchgeführt wurde oder bei denen eine Demenz vorlag, aber der diagnostische Prozess noch nicht abgeschlossen war.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass Abrechnungsdiagnosen eine Genauigkeit suggerieren, die sie oft nicht besitzen. Diagnosen haben eine legitimierende Funktion, sie müssen die erbrachten Leistungen und Verordnungen rechtfertigen. Dadurch können Dramatisierungstendenzen von Krankheitszuständen entstehen. Weiterhin ist die Praxisorganisation für die Erstellung und damit auch für die Validität der Abrechnungsdiagnosen von entscheidender Bedeutung. Auf diese Weise werden unter Umständen überholte Diagnosen nicht getilgt.

Tabelle 1

Diagnosen, Schwergrade und nicht-kognitive Störungen bei 202 antidementiv behandelten Patienten (Quartal IV/2004)

	Praxis A n = 68 [%]	Praxis B n = 64 [%]	Praxis C n = 21 [%]	Praxis D n = 49 [%]	Insgesamt n = 202 [%]
Alzheimer-Demenz	82	59	86	37	65
Vaskuläre Demenz	6	41	10	61	30
Demenzen anderer Ätiologie	12	–	5	2	5
Fragliche Demenz MMST = 30–25	24	–	30	22	17
Leichte Demenz MMST = 24–18	42	70	52	36	51
Mittelschwere Demenz MMST = 17–10	24	25	9	14	22
Schwere Demenz MMST < 10	10	5	5	28	13
Nicht-kognitive Störungen	19	80	30	98	60

Tabelle 2

Art und Anteil der eingesetzten Antidementiva (Quartal IV/2004)

	Praxis A n = 68 [%]	Praxis B n = 64 [%]	Praxis C n = 21 [%]	Praxis D n = 49 [%]	Insgesamt n = 202 [%]
Moderne Antidementiva	73	59	85	30	62
Ginkgo/Nootropika	27	41	15	70	38
SSRI/Moclobemid/ Atypische Neuroleptika	28	50	5	–	31
Sonstige, z. B. TCA, klassische Neuroleptika	–	13	19	8	8

Tabelle 3

Art und Anteil der nichtmedikamentösen antidementiven Behandlungsstrategien (Quartal IV/2004)

	Praxis A n = 68 [%]	Praxis B n = 64 [%]	Praxis C n = 21 [%]	Praxis D n = 49 [%]	Insgesamt n = 202 [%]
1–2 Arzt-Patienten-Gespräche	78	83	81	76	80
3–5 Arzt-Patienten-Gespräche	22	17	19	24	20
Ergotherapie (mindestens 5 Sitzungen)	56	76	30	18	45
Arzt-Gespräche mit Angehörigen	82	73	67	86	80
Angehörigenberatung durch Ergotherapeuten	33	69	–	–	33

Ad 1. Diagnose, Schweregrad und nicht-kognitive Störungen: Insgesamt wurden in den vier Praxen 202 Patienten antidementiv behandelt. Die Diagnostik orientierte sich an den Kriterien des ICD 10. 65 % der Patienten wiesen eine Alzheimer-Typologie auf. 30 % wurden als vaskuläre Demenzen diagnostiziert. 5 % hatten eine Demenz anderer Ätiologie. Aus Tabelle 1 ist ersichtlich, dass die Verteilung der Diagnosegruppen von Praxis zu Praxis deutlich abweichen kann. Ein besonders hoher Anteil vaskulärer Demenzen findet sich in Praxis D (61 %). Je nach Praxis existieren auch Unterschiede hinsichtlich der Schweregradeinteilung, die mittels der MMST-Ergebnisse vorgenommen wurde (Wächtler, 2003). 68 % der Patienten weisen ein fragliches oder leichtes Demenz-Stadium mit MMST-Werten zwischen 18 und 30 Punkten auf. In der Praxis D findet sich ein besonders hoher Anteil von Patienten mit einem MMST von unter 10 Punkten.

Nicht-kognitive Störungen wie Depressivität, Angst, Schlafstörungen, Unruhe, Aggression, Wahn und Halluzinationen werden im Durchschnitt bei 60 % der Patienten dokumentiert. Die Differenzen in der Dokumentation von nicht kognitiven Störungen weichen jedoch in den vier Praxen erheblich voneinander ab (Praxis A =19 %, Praxis D = 98 %) und weisen damit möglicherweise eher auf ein unterschiedliches ärztliches Dokumentationsverhalten hin als auf die tatsächliche Verteilung.

Ad 2. Medikamentöse Behandlung: Die medikamentöse Behandlung der kognitiven Störungen erfolgte zum überwiegenden Anteil (62 %) mit einem modernen Antidementivum wie Acetylcholinesterasehemmer oder Memantin. Von den 130 Patienten mit einer Alzheimer-Diagnose erhielten 96 % eine leitliniengemäße Therapie. Klassische Nootropika und Ginkgo wurden bei 38 % der Patienten verordnet; dies allerdings vor allem bei Patienten mit der Diagnose vaskuläre Demenz.

Nicht-kognitive Störungen wurden bei 38 % der Patienten medikamentös behandelt. 30 % der Patienten erhielten moderne atypische Neuroleptika, Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer oder reversible MAO-Hemmer (Moclobemid). Nur 8 % wurden mit klassischen Neuro-

Tabelle 4

Vergleich der Anteile antidementiv behandelter Patienten 2000 und 2004 (in Praxen A, B, C)

Medikation	Quartal IV/2000 [n]	Quartal IV/2004 [n]	Veränderung in %
Modern Antidementiva	65 (A: 22, B: 12, C: 31)	113 (A: 54, B: 38, C: 21)	+74%
Klassische Nootropika	380 (A: 12 B: 285 C: 83)	49 (A: 20 B: 26 C: 3)	–87%

Tabelle 5

Vergleich der Demenz-Diagnosen 2000 und 2004 (in den Praxen A, B, C)

Diagnose	Quartal IV/2000 [n]	Quartal IV/2004 [n]	Veränderung in %
Alzheimer-Demenz	51 (A: 22, B: 10, C: 19)	112 (A: 56, B: 38, C: 18)	+120%
Vaskuläre Demenz	165 (A: 65, B: 78, C: 22)	32 (A: 4, B: 26, C: 2)	–81%

leptika, trizyklischen Antidepressiva (TCA) oder anderen Psychopharmaka behandelt (Tab. 2, S. 44).

Ad 3. Nichtmedikamentöse Behandlung: Bis zu zwei Gesprächstermine mit dem Arzt erhielten 80% der Patienten. Bei 20% der Patienten wurden drei und mehr Gesprächstermine dokumentiert. Bei 159 Patienten, also bei fast 80%, erfolgte zusätzlich die ärztliche Mitbetreuung der Angehörigen mit bis zu vier Gesprächsterminen im Quartal.

Ergotherapeutisch wurden insgesamt 45% der Patienten mit mindestens fünf Terminen behandelt. Es handelte sich dabei sowohl um kognitive Aktivierung als auch um stützende oder verhaltensmodifizierende Therapien. Jedoch gibt es auch hier erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Praxen.

Die Anzahl an ergotherapeutischen Beratungen der Angehörigen beschränkte sich in dieser frühen Phase der Einführung der Behandlungsmodule auf zwei Praxen – Praxis A (33%) und Praxis B (69%). Dadurch erhielten zusätzlich zu den Angehörigenterminen beim Arzt insgesamt 33% Angehörigen eine Beratung durch die Ergotherapeuten (Tab. 3, S. 44).

Ad 4. Vergleich der Jahre 2000 und 2004: Für die Praxen A, B und C liegen Vergleichsdaten zum Quartal IV/2000 vor. Der Vergleich zum Jahr 2004 zeigt einen deutlichen Wandel sowohl der Diagnose- als auch der Therapiegewohnheiten. In der Tabelle 4 lässt sich der drastische Verordnungsrückgang traditioneller Nootropika (–87%) und der deutliche Zuwachs an Verordnungen moderner Antidementiva (+75%) erkennen. Analog folgt – wie in Tabelle 5 dargestellt – eine auffällige Veränderung des Diagnoseverhaltens mit einer Zunahme der Diagnosenennung Alzheimer-Demenz (+120%) und der Abnahme der Diagnosenennung vaskuläre Demenz (–81%). Zu beachten ist, dass die Daten aus dem Jahr 2000 auch die Diagnosen unbehandelter Demenz-Patienten enthalten.

Dr. med. Jens Bohlken, Berlin
Referat Demenz des BVDN

Literatur

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Empfehlungen zur Therapie der Demenz . Arzneiverordnung in der Praxis. 3. Auflage, 2004

Bohlken J. Neue Versorgungsformen für Demenz-Patienten. Gerontopsychiatrie-vereinbarung für die Kassen noch uninteressant. NT 2/2005: 46–8

Bohlken J. Neue Versorgungsformen für Demenz-Patienten. Integration fachärztlicher und ergotherapeutischer Kompetenz. NT 3/2005: 62–6

Härter J et al (Hrsg.) Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie. u.a. Göttingen , O. Hogrefe Verlag, 1999

Wächtler C. Demenzen – Klinik und Verlauf. In: Ders. (Hrsg) Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln und Angehörige effektiv unterstützen. Stuttgart, Thieme Verlag, 2003: 1–9

Fazit

Im Vordergrund des Qualitätszirkels stand zunächst der Aufbau eines einfachen papiergestützten Dokumentationssystems und die damit einhergehende Einigung auf ein leitliniengerechtes und kontrollierbares Vorgehen in der Demenz-Behandlung. Neu eingeführt wurden zur Verbesserung der Angehörigenberatung spezielle ergotherapeutische Therapiemodule. Der Dokumentationsbogen wurde in vier Praxen bei über 200 Patienten ohne jegliche finanzielle Unterstützung ausgefüllt. Das Vorgehen konnte unter Versorgungsbedingungen nur unter erheblichem zusätzlichen Aufwand realisiert werden. Bei einer Zahl von 50 Patienten pro Quartal ist mit einem Dokumentationsaufwand von mindestens 5 Stunden zu rechnen, für die Auswertung und Niederschrift mit weiteren 15–20 Stunden. Hier sind Rationalisierungspotenziale durch EDV-Unterstützung und Routine denkbar.

Bei der Auswertung ergaben sich Hinweise auf verschiedene Probleme: Einzelne Items wurden missverstanden oder unterschiedliche Versionen des Dokumentationsbogens benutzt. Bezüglich eines gemeinsamen, Leitlinien gestützten Vorgehens zeigten die Daten teilweise Implausibilitäten oder zumindest Praxisbesonderheiten, die veränderungs- oder erklärungsbedürftig sind, alles Dinge, die einen universitären Studienleiter zur erneuten Schulungsmaßnahme oder in die Verzweiflung treiben würden. Betrachtet man die Vergleichsergebnisse zum Jahr 2000, so hat sich eine merkliche Verbesserung des Diagnoseverhaltens ergeben: Die Verteilung der Demenz-Diagnosen war epidemiologisch plausibler als früher. Der Anteil von Alzheimer-Demenzen übertrifft jetzt den der vaskulären Demenzen. Beim Verordungsverhaltens wurden gegenüber 2000 vor allem evidenzbasierte medikamentöse Strategien gewählt. Schon nach kurzer Einführungszeit konnten die Angehörigenberatung durch Ergotherapeuten in zwei Praxen umfangreich durchgeführt werden.

Nach wie vor gilt aber: Langjährig eingeübte und eingefahrene Praxisgewohnheiten lassen sich nur langsam verändern. Will man das erreichen, sollte das Ergebnis jedoch kontrolliert werden. Das haben die Teilnehmer des Qualitätszirkels versucht und wollen daran auch zukünftig weiterarbeiten.

Sozialmedizinische Begutachtung psychischer Störungen

Der Arzt als unabhängiger Sachverständiger – Teil 5

In Befundberichten für Versicherungs- und Versorgungsträger beziehungsweise Sozialgerichte werden gutachtliche Stellungnahmen üblicherweise nicht erbeten. Hier interessiert neben den Diagnosen deren Auswirkung auf Beruf und Alltag, um nach den Aktenunterlagen gutachtliche Beurteilungen abgeben zu können. Allerdings ist ein kurzer Befundbericht mit gutachtlicher Stellungnahme bereits eine gutachtliche Aussage. So sind Aussagen zur Arbeitsfähigkeit oder Dienstunfähigkeit, auch in Befundberichten, schon gutachtliche Stellungnahmen, ebenso medizinisch begründete Aussagen zur Dauer einer mehr als 50%igen Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit für private Unfallversicherungsträger. Dementsprechend ist die gebotene Sorgfalt bei derartigen Aussagen zu beachten. Die wichtigen medizinischen Sachverhalte sind nicht nur zu prüfen, sondern auch in den Karteiunterlagen zu dokumentieren.

Atteste

Mit gleicher Sorgfalt sind ärztliche Atteste zur erstellen, die selbstverständlich nicht nur Name, Berufsbezeichnung und Anschrift des Ausstellers, sondern auch das Datum und den Zweck („zur Vorlage bei …“) enthalten müssen. Auch der Beginn und die Dauer der Behandlung mit der letzter Vorstellung des Patienten sollen aufgeführt sein. Der Zweck des Attests bestimmt den Umfang der Beschwerde- und Befunddarstellung beziehungsweise die Frage, ob die Diagnose aufgeführt wird oder beispielsweise nur die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die nach Auffassung des Attesterstellers bestehen.

Viele Atteste werden in ihrer Aussagekraft durch Überschreitung medizinischer Kompetenzen entwertet, indem Rechtsbegriffe verwendet werden („Herr XY ist erwerbsunfähig“). Selbstverständlich haben ärztliche Atteste immer wahrheitsgemäß zu erfolgen, auch wenn sich der behandelnde Arzt als Sachwalter der Interessen seines Patienten sieht.

Ärztliche Atteste sind Urkunden im Rechtsverkehr mit straf-, zivil- und berufsrechtlichen Folgen. Medizinisch nicht ausreichend begründbare Gefälligkeitsatteste schaden nicht nur dem ärztlichen Ansehen, sondern letztlich auch dem Betroffenen.

Formulargutachten

Viele Versicherungsträger verwenden vorgefertigte Formulare zur Beantwortung gutachtlicher Fragestellungen. Der Vorteil für die Auftraggeber ist die Auflistung der für sie wichtigen Fragen, die eine unvollständige Beantwortung in einem freien Gutachten vermeiden kann. Auch sind für den Auftraggeber die niedrigeren Kosten von Bedeutung.

Für einfache Fragestellungen können Formulargutachten durchaus hilfreich sein. Häufig reicht der vorgegebene Raum für die Beantwortung der Fragen aber nicht aus, sodass unübersichtliche Ergänzungen auf Zusatzblättern notwendig werden und die vom Auftraggeber erwünschte Kostenersparnis durch einen vergleichsweise höheren Zeitaufwand zu Lasten des Gutachters geht. Letztlich muss der Gutachter beurteilen, ob eine dem medizinischen Sachverhalt angemessene Beantwortung der gutachterlichen Fragestellung im Rahmen eines Formulargutachtens möglich ist. Ist dies nicht der Fall, bleibt die Möglichkeit, das Einverständnis zur Erstellung eines freien Gutachtens einzuholen oder den Gutachtenauftrag zurückzugeben.

Reicht ein Formulargutachten zur Erfüllung des Gutachtenauftrags aus, sind die Fragen vollständig zu beantwor-

© Bilderbox, A-Thening

Bei der Erstellung eines medizinisch-psychotherapeutischen Gutachtens sollte nicht nur Wert auf die inhaltliche Beurteilung gelegt werden, sondern auch auf die äußere Form. Denn zum einen ist der Aufbau ein wichtiges Merkmal zur Einschätzung der Qualität der Begutachtung. Zum anderen können Unvollständigkeit und vor allem formale Fehler selbst inhaltlich qualifizierte Gutachten entwerten.

ten. Reicht das Formulargutachten aus Sicht des Gutachters nicht aus, hat er die Gründe dafür anzugeben. Nicht abgefragte, für die Fragestellung jedoch gewichtige medizinische Sachverhalte sollen nicht übergangen, sondern gegebenenfalls unter den Bemerkungen angeführt werden.

Selbstverständlich sind der Name des Gutachters, die Berufsbezeichnung und die Anschrift (meist im Stempel) anzugeben. Darüber hinaus sind das Datum der Untersuchung beziehungsweise der Gutachtenerstellung zu vermerken und das Gutachten zu unterschreiben. Die Liquidation und die Angabe der Kontoverbindung liegen im Interesse des Gutachtenerstellers und werden daher selten versäumt.

Freie medizinische Gutachten

Der Umfang freier medizinischer Gutachten ist durch die Fragestellung bestimmt. So wird ein Gutachten über die Folgen einer leichten Schädelverletzung mit unkompliziertem Heilverlauf weit weniger Seiten umfassen, als ein wissenschaftliches Gutachten, das den ursächlichen Zusammenhangs zwischen reaktiven psychischen Störungen und einer leichten Schädelverletzung klären soll. Der Aufbau einfacher beziehungsweise ausführlicher freier Gutachten unterscheidet sich hingegen nicht wesentlich.

Üblicherweise werden Gutachten gegliedert in

- Grunddaten des Gutachtens,
- Aktenlage,
- Angaben der/des Untersuchten,
- Befunde anlässlich der gutachtlichen Untersuchung,
- zusätzliche Befunde und Gutachten (z. B. neurophysiologische Diagnostik, testpsychologische Untersuchungen),
- medizinische Zusammenfassung und Diagnose,
- sozialmedizinische Beurteilung,
- Zusammenfassung mit abschließender Beantwortung der gutachterlichen Fragen.

Da sich bei psychischen Störungen die Klassifikation nicht immer zwanglos und eindeutig, gleichsam logisch zwingend, aus Aktenlage, Anamnese und Befunden ergibt, sondern vielmehr als Ergebnis einer ausführlichen Bewertung mit Würdigung vielfältiger Sachverhalte darzustellen ist, spaltet sich die Beurteilung oft in zwei Teile. Auf einen ersten Teil, in dem die psychische Störung klassifiziert wird, folgt ein zweiter, der sich mit Fragen der Kausalität beschäftigt, sofern sich diese stellen. In diesem Teil wird auch das Ausmaß beziehungsweise der Krankheitswert, mit den sich daraus ergebenden sozialmedizinischen Konsequenzen beschrieben.

Die Klassifikation unmittelbar nach der Darstellung der Befunde anzugeben, entspricht dem traditionellen medizinischen Bedürfnis, Diagnosen hervorzuheben. Diagnostische Zuordnungen und Klassifikationen setzen aber gerade bei schwierigen Gutachten eine sehr eingehende Bewertung von Angaben und Befunden voraus. Diese Erwägungen des Gutachters sollten sowohl für den Betroffenen, der Einsichtsrecht in die Aktenlagen besitzt, als auch für die überprüfenden Ärzte, vor allem für die ausführende Verwaltung und gegebenenfalls die Gerichte nachvollziehbar sein.

Sofern eine Klassifikation eindeutig, ohne nähere Diskussion möglich ist, kann diese an den Befundteil angeschlossen werden. Ist jedoch eine kritische Erörterung der Diagnose oder Klassifikation psychischer Störungen erforderlich, schließt sich die Beurteilung des Gutachters an die Darstellung der Befunde an, gefolgt von einer abschließenden Zusammenfassung.

Gutachtliche Grunddaten

Im „Kopf" des Gutachtens sind Name, Vorname, Titel, Berufsbezeichnungen und Anschrift des Gutachters zu nennen gegebenenfalls die Institution, in der der Gutachter tätig ist. Zur besseren Übersicht kann bereits hier das Datum des Abschlusses des Gutachtens aufgeführt werden. Zudem sind der Auftraggeber, das Aktenzeichen und das Datum des Gutachtenauftrags aufzuführen. Unverzichtbar sind der Name, der Vorname, das Geburtsdatum und die Anschrift der oder des Untersuchten. Hilfreich ist es, das Datum der gutachtlichen Untersuchung und den Ort bereits auf der ersten Seite des Gutachtens anzugeben. Auch die Fragestellung des vorliegenden Gutachtens sollte genannt werden. Daran schließt sich die Auflistung der Aktenunterlagen und weiteren Erkenntnisquellen an, wozu neben der Auflistung der zugesandten Aktenunterlagen die vom Untersuchten mitgebrachten Berichte, die mit Einverständnis des Untersuchten beigezogenen Berichte, die vom Untersuchten selbst verfassten Auflistungen von Beschwerden, Erkrankungen, behandelnden Ärzte und ähnliches gehören. An dieser Stelle ist es durchaus zweckmäßig, beigezogene oder veranlasste Gutachten aufzuführen.

Bei umfangreichen Akten genügt es, das Aktenzeichens und die bis zur Untersuchung vorliegende Seitenzahl anzugeben. Bei übersandten Auszügen von Akten reicht die entsprechende Angabe, dass ein Auszug vorliegt. Die letzte Seite der Auszüge sollte beziffert werden. Gelegentlich werden von Untersuchten medizinische Berichte in Aktenordnern mitgebracht. In diesem Fall müssen nur die für das Gutachten gewichtigen Berichte genannt werden. Dabei kann – mit Einverständnis des Untersuchten – die Anfertigung von Kopien, die dem Gutachten beigelegt werden, sehr nützlich sein, wenn diese in den Akten des Auftraggebers noch nicht enthalten sind.

Sofern die Gutachten vom Gutachter nicht alleine erstellt werden, sondern mit Hilfe von Sachbearbeitern in dessen Auftrag, ist auch die Angabe der Sachbearbeiter bei den gutachtlichen Grunddaten zweckmäßig.

Aktenlage

Den Auftraggebern medizinischer Gutachten ist die Aktenlage in aller Regel vertraut. Eine vollständige Darstellung des Akteninhaltes ist entbehrlich. Sofern die Aktenlage dargestellt wird, ist es zweckmäßig, sich auf die Daten zu beschränken, die für die Beurteilung wesentlich sind.

Auch wenn zunächst allein aus Planungsgründen gutachtlicher Untersuchungen die Durchsicht der Aktenunterlagen vor der Erhebung der Anamnese und der Untersuchung des Betroffenen erfolgt, sollte ein kurz gefasster Aktenauszug optimaler Weise erst in Kenntnis der Angabe des Untersuchten beziehungsweise der bei ihm erhobenen Befunde einfließen. Die mehrfache Wiedergabe unstrittiger Angaben und Befunde ist dabei entbehrlich. Sofern eine exakte Auflistung der vorliegenden Akten-

unterlagen erfolgt, ist oft sogar die zeit- und seitenaufwändige Erstellung eines Aktenauszugs entbehrlich, selbst wenn für nachfolgende Gutachter gute Aktenauszüge sehr hilfreich sein können. Das Fehlen eines Aktenauszugs – bei korrekter Auflistung vorliegender Aktenunterlagen – ist nicht als Qualitätsmangel zu werten, wenn die für die gutachtliche Bewertung wichtigen Daten in der Beurteilung diskutiert und abgewogen sind.

Ein überlanger Aktenauszug, der – Aktenunterlagen abschreibend – auch unwesentliche Daten wiedergibt, lässt auf Unsicherheit oder mangelnde Erfahrung des Verfassers schließen.

Anamnese

Die Kunst der Anamnese ist ein zentraler Teil der Psychotherapie und gerade im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von hohem Gewicht. Insofern kann der Hinweis, dass zunächst die freie Schilderung des Untersuchten im Vordergrund stehen soll und nicht eine schablonenhafte Abfrage der Vorgeschichte, entfallen. Die Wiedergabe der Anamnese kann sich durchaus am tatsächlichen Gesprächsverlauf orientieren und muss nicht schematisch erfolgen. Zunächst können die aktuellen Beschwerden des Untersuchten im Vordergrund stehen oder auch ein Unfallereignis. Oft ist eine wörtliche Wiedergabe nicht möglich. Vielmehr kann eine zusammenfassende Darstellung eines stichpunktartig notierten Gesprächsverlaufs ausreichen. Im weiteren Gespächsverlauf wird die Erhebung der medizinischen Vorgeschichte jedoch nicht ohne eine zusätzliche strukturierte Abfrage auskommen. So gehören zu einer umfangreichen gutachtlichen Anamnese neben Angaben zu aktuellen Beschwerden einschließlich der vegetativen Befindlichkeit auch Angaben

- zur frühen körperlichen und geistigen Entwicklung,
- zur medizinischen Vorgeschichte, ggf. einschließlich der gynäkologischen Anam-nese bei Frauen,
- zu aktuellen medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungen,
- zu wichtigen früheren Behandlungsmaßnahmen,
- zu früherem oder aktuellem Gebrauch von Suchtstoffen (Nikotin, Alkohol, Drogen) beziehungsweise zu Medikamenten mit Gewöhnungsgefährdung (Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel),
- zur biografischen Anamnese, Sozialanamnese und aktuellen sozialen Situation wie Familienstand,
- zur beruflichen Tätigkeit und sozialen Einbindung.

Sehr hilfreich, soweit möglich, sind auch Fremdangaben (mit Einverständnis des Untersuchten). So werden Untersuchte nicht selten von Angehörigen oder auch engen Freunden zur Untersuchung begleitet, deren Angaben – unter Wahrung der Interessen des Untersuchten, gemäß den Verpflichtungen der Schweigepflicht und des Datenschutzes – Unterstützung bieten können.

Befund

Abhängig von den gutachtlichen Fragestellungen und den vorliegenden Aktenunterlagen kann auch im psychiatrischen Gutachten die Erhebung körperlicher Befunde (so des internistischen und des neurologischen Befundes) zweckmäßig sein. Neben dem Alter sollten immer auch Körpergröße und Körpergewicht sowie Blutdruck und Puls angegeben werden.

Die ausführliche Erhebung und Beschreibung des psychischen Befundes ist in einem psychotherapeutisch-medizinischen Gutachten selbstverständlich, sodass hier auf eine weitergehende Darstellung verzichtet werden kann.

Ergänzende Untersuchungsverfahren

Im Rahmen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens werden häufig ergänzende psychologische Untersuchungsverfahren notwendig sein, auf die hier nicht im einzelnen eingegangen wird. Mitunter können auch zusätzliche Gutachten aus benachbarten Gebieten erforderlich werden, die bei einer abschließenden Beurteilung zu berücksichtigen sind. Im Gutachten kann der entsprechende Hinweis unter den Erkenntnisquellen bei den gutachtlichen Grunddaten genügen oder es kann nach Darstellung der Befunde vor der Beurteilung eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse zusätzlicher Begutachtungen erfolgen.

Beurteilung

Die Beurteilung gliedert sich in mehrere, logisch aufeinander folgende Schritte. Vor allem bei ausführlichen Gutachten ist es zweckmäßig, die Fragestellung kurz zusammenzufassen. Dabei ist die ausführliche Wiederholung von Beweisfragen aber entbehrlich, wenn diese bereits am Anfang aufgeführt sind oder dem Gutachten als Anhang beigefügt werden. Unter den Grunddaten sollte auf den Anhang verwiesen werden.

Im Anschluss werden die wesentlichen medizinischen Sachverhalte, die sich aus der Aktenlage, den Angaben des Untersuchten beziehungsweise den Fremdangaben und den erhobenen Befunde ergeben, zusammengefasst. Aus der Bewertung dieser medizinischen Sachverhalte ist unter differenzialdiagnostischen Überlegungen die Diagnose oder Klassifikation der psychischen Störung abzuleiten. Dabei sei auf den Paradigmenwandel, der sich bei der Einteilung psychischer Störungen vollzogen hat, verwiesen. So wird in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen nach ICD 10 beziehungsweise nach DSM III R auf „Begriffsbildungen wie etwa Neurose, Psychose und Endogenität“ verzichtet (Dilling et al., 1991). Entsprechende Klassifikationen sind daher nicht mit Diagnosen im traditionellen medizinischen Sinne gleichzusetzen, die Aussagen oder zumindest Hypothesen zu den Ursachen der Störungen beinhalten. Deutlich wird diese Problematik beispielsweise an der Klassifikation „posttraumatische Belastungsstörung“ F43.1 (ICD 10). Sie legt allein aus der Bezeichnung heraus einen ursächlichen Zusammenhang zwischen einem Trauma und einer danach bestehenden psychischen Störung nahe, in psychologischer Sichtweise auch schlüssig, ohne jedoch bereits eine Aussage zur rechtlichen Kausalität der psychischen Störungen darstellen zu können (Grobe, 1996).

Im Rahmen sozialmedizinischer Gutachten ist es unabdingbar, schrittweise vorzugehen. Zunächst werden die Gesundheitsstörungen diagnostisch zugeordnet und klassifiziert. Gleichzeitig wird eine medizinisch-psychologische Aussage zu Dauer und Ausmaß der Störungen getroffen und dargestellt, welche Auswirkungen sich auf soziale Fähigkei-

ten, Aktivitäten und Verhaltensweisen ergeben und welche Beeinträchtigung der sozialen Situation im familiären, gesellschaftlichen und beruflichen Zusammenhang daraus folgt. Erst im zweiten Schritt schließt sich die sozialmedizinische Bewertung gemäß der gutachtlichen Fragestellung an. Für Kausalitäts-orientierte sozialmedizinische Bereiche ist nach rechtlichen Vorgaben zu klären, ob die festgestellten Störungen wesentlich durch das in Frage stehende Ereignis verursacht sind, also unter den vorliegenden Versicherungsschutz fallen. Diese Frage erübrigt sich in final-orientierten sozialmedizinischen Bereichen. Danach kann sich die Beurteilung von Krankheitswert und Ausmaß der psychischen Störungen anschließen, aus der sich die sozialrechtliche Bewertung der Einschränkungen der Fähigkeiten und Gestaltungsmöglichkeiten ergibt.

Zusammenfassung

Das Gutachten sollte mit einer Zusammenfassung der diagnostischen Zuordnung und sozialmedizinischen Bewertungen beziehungsweise einer vollständigen Beantwortung der gutachtlichen Fragen enden.

Literatur

An das Gutachten kann sich eine Auflistung zitierter Literatur anschließen. Dabei ist die Nennung von Standardwerken und Lehrbüchern überflüssig. Die entsprechenden Fachkenntnisse des Gutachters werden vorausgesetzt. Die Literatur ist vielmehr wissenschaftlicher Gepflogenheit entsprechend auf entsprechende Aussagen in der Beurteilung zu beziehen, um diese zu belegen.

Häufige Fehler

Ärztliche Gutachten werden nicht selten durch Fehler entwertet, die ihre Brauchbarkeit im Verwaltungs- oder Streitverfahren erheblich einschränken können. Solche Fehler können sogar Auswirkungen auf die Erstattung der Gutachten haben. Im Einzelnen kann es sich um

- grundsätzliche Verfahrensfehler,
- Fehler im Verwaltungsablauf der Gutachtenserstellung,
- Formfehler im Gutachten oder
- inhaltliche Fehler handeln.

Grundsätzliche Verfahrensfehler: Zu den grundsätzlichen Fehlern zählt die Weitergabe eines Gutachtens an einen nicht-beauftragten Arzt. Hier kann ein Erstattungsanspruch entfallen. Auch bei Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter trägt der Gutachter die volle Verantwortung. Die gängige Formel „nach eigener Überprüfung und Urteilsbildung einverstanden" muss sehr ernst genommen werden. Eine Ablehnung des Gutachters kann auch durch unzureichende Wahrung der Unparteilichkeit – vorsätzlich oder grob fahrlässig – entstehen. Bereits Ermittlungen mit Beiziehung weiterer Unterlagen, die vom Gutachter eigenmächtig, ohne entsprechenden Auftrag des Gerichtes durchgeführt wurden, können als Ablehnungsgrund gewertet werden. Vor allem bei Gutachten im Rahmen ärztlicher Haftungsfragen ist zur strengen Beachtung der Verfahrensregeln zu raten. Zu den grundsätzlichen Verfahrensfehlern ist letztlich auch eine unzureichende sozialmedizinische Kompetenz des Gutachters zu zählen, selbst wenn dieser wissenschaftlich hoch anerkannt ist. Gleiches gilt für die Übernahme eines Gutachtenauftrages, wenn die Fragestellung nicht vorrangig in das eigene medizinische Gebiet fällt.

Fehler im Verfahrensablauf: Im Verfahrensablauf von Gutachten ist umgehend nach Erhalt des Gutachtens zu prüfen, ob die Fragestellung in die fachliche Kompetenz des Gutachters fällt. Falls dies nicht zutrifft, ist der Auftraggeber umgehend zu informieren und der Gutachtensauftrag zurückzugeben – nicht erst nach monatelanger Wartezeit oder gar wenn der Untersuchte bereits zum Untersuchungstermin erschienen ist. Außerdem ist zu prüfen, ob der Gutachtenauftrag in angemessener Zeit erfüllt werden kann.

Angesichts häufig unzumutbarer Liegezeiten von Akten können die Auftraggeber und noch vielmehr auch die Betroffenen erwarten, dass der zuständige Gutachter das Gutachten in angemessener Zeit einplant und erstellt oder den Gutachtenauftrag zurückgibt. Gerade für den Psychiater dürften eigene Abwehrmechanismen gegen ungeliebte Gutachten keine unüberwindbare Hürde zu einer zumutbaren Entscheidung darstellen.

Formale Fehler: Zu den vermeidbaren formalen Fehlern, die keineswegs ganz selten sind, zählen fehlende Angaben zum Untersuchungsdatum oder zum Datum der Erstellung. Während derart einfache Fehler noch hinnehmbar sind, können falsche Verwendungen sozialmedizinischer Begriffe ein Gutachten völlig entwerten, da eine fehlerhafte Anwendung sozialmedizinisch eindeutiger Begriffe auf unzureichende sozialmedizinische Kenntnisse des Gutachters schließen lässt. Hierdurch können selbst fachlich sehr gute Gutachten für den Auftraggeber unbrauchbar werden. Eine Verwechslung sozialmedizinischer Begriffe, wie beispielsweise Minderung der Erwerbsfähigkeit und Erwerbsminderung kann für Gutachten sehr schädlich sein. In solchen Fällen liegt nämlich der Verdacht auf ein gewichtiges inhaltliches Fehlurteil nahe.

Inhaltliche Fehler: Sie können sich bei unzureichender Beachtung der Aktenlage ergeben. Dies gilt beispielsweise für den Fall, dass Hinweise auf eine psychische Störung, die bereits vor einem Unfall bestand, unberücksichtigt bleiben oder dass auf die Zuziehung entsprechender Berichte verzichtet wird. Fehler können auch durch eine unzureichend erhobene Vorgeschichte entstehen. Dies gilt beispielsweise für Fremdangaben, die bei der Beurteilung psychischer Störungen sehr hilfreich sein können und in psychiatrischen Gutachten geläufiger sind als in psychotherapeutischen Gutachten.

Auch in psychotherapeutischen Gutachten besteht die Möglichkeit einer überzogenen Diagnostik, so bei hohem Differenzierungsaufwand einer reaktiven Störung für eine private Unfallversicherung. Nach den allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen, die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegen, werden in der privaten Unfallversicherung reaktive psychische Störungen von den Unfallfolgen ausgeschlossen. Eine eingehende Differenzierung nach Feststellung reaktiver psychischer Störungen ist damit nicht mehr erforderlich.

Fehler können bei der Erhebung des psychischen Befundes entstehen, wenn organische psychische Störungen und affektive oder schizophrene psychische

Fortsetzung Seite 55

Störungen leichterer Ausprägung übersehen oder verkannt werden.

Die häufigsten Fehler bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Gutachten entstehen bei der sozialmedizinisch korrekten Beantwortung der Gutachtenfragen, die allerdings nicht immer klar genug gestellt sind. Über eine Aussage zum medizinisch-psychologischen Zusammenhang hinaus, ist in Zusammenhangsgutachten auch zur Kausalität im Rechtssinn Stellung zu nehmen. Es hat damit eine Wertung unter Berücksichtigung rechtlicher – einschließlich normativer – Vorgaben zu erfolgen. Dabei ist klarzulegen, ob sich die Beurteilung im Einzelfall auf naturwissenschaftlich gestützte Erkenntnisse oder überwiegend auf eigene Erfahrungen und Überzeugungen gründet.

Auch wenn es darum geht, das Ausmaß psychischer Störungen zu bewerten, sind die rechtlichen Vorgaben zu beachten, die für den jeweiligen sozialmedizinischen Bereich gelten. Alleine aus dem Sachverhalt, dass eine reaktive psychische Störung vorliegt, kann noch nicht auf den entsprechenden Krankheitswert geschlossen werden. Vor allem sind die im Einzelfall relevanten Rechtsbegriffe richtig zu verwenden. Die oftmals gleich lautenden Begriffe für verschiedene rechtliche Inhalte in den unterschiedlichen sozialmedizinischen Bereichen können sehr verwirrend sein, auf die Erwerbsfähigkeit und deren „Minderung" sei verwiesen.

Nicht selten wird in Gutachten der Begriff der „MdE" aus der gesetzlichen Unfallversicherung und dem sozialen Entschädigungsrecht fehlerhaft auch für andere gutachtliche Fragestellungen verwendet. Auf die Entwertung derartiger Gutachten durch Fehlverwendung der Rechtsbegriffe wurde bereits hingewiesen. Diese Fehler sind bei gründlicher Beantwortung der Fragen, die im Gutachtensauftrag oder in der Beweisanordnung aufgeführt sind, vermeidbar.

So ist auch die unvollständige Beantwortung der Gutachtensfragen kein seltener Fehler.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Thomas Grobe, Nürnberg

V. Europäischer Kongress für Familientherapie und Systemische Praxis

Wo bleibt die Anerkennung der „Systemischen Therapie"?

Vom 29.9.–2.10.2004 fand im ICC in Berlin der V. Europäische Kongress der European Family Therapy Association (EFTA) statt. Der Präsident des Kongresses, Dr. Kurt Ludwig, Universitätsklinik Münster, konnte mit 3.500 Teilnehmern weit mehr Interessenten begrüßen als ursprünglich erwartet.

© Archiv

Mehr als 600 nationale und internationale Referenten aus der Wissenschaft und Praxis stellten in rund 400 Plenumsvorträgen, Seminaren, Workshops und Symposien Forschungsergebnisse aus systemischer und famillentherapeutischer Beratung und Therapie vor. Bemerkenswert war auch die stattliche Zahl von rund 1.000 Teilnehmern, die sich aktuell an systemischen Instituten weiterbilden – ein junges und engagiertes Kollegium. Für die Veranstalter, die „Deutsche Gesellschaft für systemische Therapie und Familientherapie" (DGSF) und die „Systemische Gesellschaft" (SG), hatte das siebenköpfige Planungskomitee unter dem Vorsitz von Dr. Kurt Ludwig, vorzügliche Arbeit geleistet und einen reibungslosen Ablauf der vier Kongresstage ermöglicht.

Das wissenschaftliche Programm startete mit den beiden Hauptvorträgen von Helm Stierlin, Heidelberg, zu aktuellen Wandlungen in der Gesellschaft und den damit verbundenen Veränderungen psychotherapeutischer Hilfsangebote, und von Gerhard Roth, Göttingen, zur Bedeutung der funktionellen Neuroanatomie als Grundlage für emotional-kontextuelles Lernen.

Der zweite Tag war der Zukunft der Kinder gewidmet. Daniel Stern, New York, Nestor der Säuglingsforschung, erläuterte, wie Säuglinge in ständiger Wechselwirkung mit den ersten Bezugspersonen ihre eigene Welt konstruieren. Der Vollblutwissenschaftler, der sich über die Jahrzehnte seiner Laborforschung hinweg Neugier, Phantasie und Einfühlungsvermögen bewahren konnte, wurde von der EFTA für seine wissenschaftliche Arbeit geehrt. Ein spezielles Schulungsprogramm zur Förderung autistischer Kinder stellte Maria Aarts

Datenerfassung von Schwangeren

© Archiv

Die Verordnung von Antiepileptika, vor allem bei bipolaren affektiven (manisch-depressiven) Erkrankungen, sowohl in der Akuttherapie als auch in der Phasenprophylaxe gehört zum klinischen Alltag. Carbamazepin und Lamotrigin sind in Deutschland zugelassen, Valproinsäure dagegen nicht, obwohl vor allem dessen antimanische Wirksamkeit gut belegt ist. Topiramat spielt keine, Gabapentin nur eine untergeordnete Rolle bei der Behandlung bipolarer Störungen. Levetiracetam scheint nach kasuistischen Hinweisen bei Rapid-Cycling-Verläufen zu wirken.

Bei der Verordnung von Antikonvulsiva im gebärfähigen Alter stellt sich die Frage nach dem teratogenen Risiko, zum einen aus juristischen, vorrangig aber auch aus Gründen der Patientinnensicherheit und dem Schutz des ungeborenen Kindes. Verlässliche Daten hierzu existieren bisher nicht. Eine systematische Erfassung der Frauen, die unter der Behandlung mit diesen Substanzen schwanger werden, ist deshalb von großer Wichtigkeit.

Das European Registry for Anticonvulsants in Pregnancy (EURAP) ist eine Möglichkeit für Ärzte, ihre Patientinnen, die eine (bipolare) affektive Störung haben und mit Antikonvulsiva behandelt werden, registrieren zu lassen. Die Fragebögen können in deutscher Sprache über die Webseite www.eurapgermany.de heruntergeladen oder bei unten genannter Adresse angefordert werden. Dabei geht es lediglich um eine Dokumentation, nicht um eine Intervention in die bestehende Behandlung.

Kontaktadresse

PD Dr. med. Stephanie Krüger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinik Carl-Gustav Carus Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Tel. (03 51) 4 58-54 89
E-Mail: Stephanie.Krueger@uniklinikum-dresden.de

aus den Niederlanden vor, das auf Videoanalysen der Eltern-Kind-Beziehung basiert und basale, einfache Kenntnisse an die Eltern und Bezugspersonen der Kinder vermittelt.

Am dritten Tag gab Luc Ciompi, Bern, einen Überblick über seinen sozialpsychiatrischen Behandlungsansatz in der Soteria in Bern und sein inzwischen recht bekanntes Theoriesystem der Affektlogik. Susan McDaniel, Rochester, USA, stellte beeindruckend die Möglichkeiten der Kooperation von somatisch-medizinischen mit familientherapeutischen Therapieangeboten bei somatischen und psychosomatischen Erkrankungen vor.

Veranstaltungsreichtum und Optimusmusappell

Bei der Vielzahl kleinerer und größerer Seminare der vier Tage hatte man die Qual der Wahl. Die Plenumsvorträge wie auch die großen Symposien wurden synchron in Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch und Spanisch übersetzt, die Referate zum größten Teil in englischer Sprache gehalten. Die kritische Anmerkung sei erlaubt: Sollte Russisch nicht eine weitere Synchronsprache im neuen Europa sein?

Beispielhaft sei ein Seminar der Sektion für Familienforschung bei der World-Psychiatric-Association (WPA) genannt: Vorgestellt wurden Forschungsergebnisse aus den USA zu den günstigen Auswirkungen von familientherapeutischen Interventionen auf das ganze Familiensystem (wenn auch nicht isoliert auf eine Symptomverbesserung des Index-Patienten darstellbar); weiterhin wurde ein Forschungsprojekt aus Budapest zu familientherapeutischen Ansätzen im Problemfeld der Alkoholabhängigkeit unter der besonderen Fragestellung „Wie wirkt sich die rapide Veränderung der Familienstruktur in diesem Bereich aus?" veranschaulicht; schließlich wurde ein groß angelegtes Forschungsprojekt des Helm-Stierlin-Instituts in Heidelberg beschrieben, in dem die gezielte systemische Schulung des gesamten Personalstabes in drei psychiatrischen Abteilungen prospektiv untersucht werden soll.

Ich selbst habe ein Symposium zur Anwendbarkeit systemischer Modelle in der medizinischen Forschung geleitet. Peter Stratton von der Leeds-University in England diskutierte dabei die Verbindung von Realismus und Konstruktivismus und damit von verinnerlichten Schemata des Individiums in Bezug auf das Grundproblem des so genannten „hermeneutischen Zirkels".

Maurine Duffy und Ronald Chenail, Miami beziehungsweise Fort Lauderdale, USA, berichteten von ihren Forschungsprojekten, um Paare und Familien sinnvoll diagnostisch zu erfassen und dabei vor allem die Fertigkeit qualitativer Diagnoseinstrumente darzustellen.

Auch sehr konkrete Resultate wurden vermittelt: Arlene Vetere und Jan Cooper arbeiten in Südengland an Fällen intrafamiliärer Gewalt. Sie boten einen wunderbar aufgebauten Workshop zu der Frage an „How to keep fathers visible?". Vetere wurde während der Berliner Tagung zur EFTA-Präsidentin für die nächsten drei Jahre gewählt; damit wurde Juan Luis Linares, Professor für Psychiatrie in Barcelona, aus seiner Präsidentschaft der letzten drei Jahre verabschiedet.

Neben der Darstellung wissenschaftlicher Aktivitäten war der Berliner Kongress ein wichtiges Signal in berufspolitischer Hinsicht: Sowohl in der Einleitungs- als auch in der Abschlussveranstaltung wurde mit aller Deutlichkeit auf die Problematik hingewiesen, dass trotz 17.000 qualifiziert weitergebildeten systemischen Beratern und Therapeuten seit Jahren die Anerkennung der systemischen Therapie durch den wissenschaftlichen Beirat ausbleibt. Der Vorsitzende der SG, Arist von Schlippe, warb jedoch weiterhin um Optimismus, nachdem sich in den letzten Jahren gezeigt habe, wieviel Kraft aus gemeinsamem, wenn auch erzwungenem, Widerstand erwachsen sei. Im Hintergrund der vielen persönlichen Anregungen und internationalen Begegnungen kann dem V. EFTA-Kongress eine solche optimistische Atmosphäre uneingeschränkt bestätigt werden.

Dr. med. Karl-Heinz Reger, Schleswig

Fortsetzung folgt ...

Teil 1: Ein langer Weg zum Erfolg

Teil 2: Die klinischen Entwicklungsphasen

Teil 3: Auf der Suche nach dem idealen Antipsychotikum – Targeting und Präklinik

Teil 4: Auf der Suche nach einem idealen Antipsychotikum – Pharmakologie und klinische Prüfung

Arzneimittelentwicklung – Teil 4

Auf der Suche nach einem idealen Antipsychotikum – Pharmakologie und klinische Prüfung

Nur neue antipsychotische Substanzen, die bereits im Grundscreening wirksam sind, gelangen in die erweiterte pharmakologische und klinische Prüfung. Immer aufwändigere Untersuchungsmethoden fokussieren zunehmend auf die Humanpharmakologie und tragen zur höheren Evidenz bezüglich Therapienutzen und -risiko bei.

© Archiv

Mit fortschreitender Entwicklung neuer Arzneimittel werden auch die eingesetzten Methoden zur Charakterisierung der Wirksubstanz immer differenzierter und anspruchsvoller. Mittels spezifischer Verfahren wird die pharmakologische Wirksamkeit der Substanz in der ausgewählten Indikation stufenweise überprüft.

Bildgebende Verfahren: SPECT und PET

Mit neuen bildgebenden Verfahren wie der „Single Photon Emission Computer Tomography“ (SPECT) und der „Positron Emission Tomography“ (PET) können spezifische topografische Bindungs- und Verteilungsmuster neuer Wirksubstanzen beziehungsweise Antipsychotika auch in vivo im Tiermodell oder beim Menschen untersucht werden. PET-Studien werden in der Arzneimittelentwicklung als eine nichtinvasive Methodik zur Analyse der Wirkstoffdistribution und Interaktion mit biochemischen Targets (vorwiegend Rezeptoren) eingesetzt [Andree et al., 2000]. Sie ermöglichen die Überprüfung, ob und in welchem Ausmaß der Wirkstoff die Blut-Hirn-Schranke passiert und mit zerebralen Rezeptoren interagiert, eine unabdingbare Voraussetzung für Psychopharmaka. Die Besetzung zerebraler Rezeptoren in vivo ist ein Surrogatmarker für die pharmakologische Aktivität der Substanz. Die prozentuale Besetzung der striatalen D_2-Rezeptoren wird dabei zum einen mit der antipsychotischen Wirkung (Besetzung bis zirka 65–80 %), zum anderen mit dem Risiko für extrapyramidalmotorische Störungen (Besetzung > 80 %) in Verbindung gebracht. Eine striatale Rezeptorbesetzung zwischen 70 % und 80 % erscheint demnach als besonders günstig bezüglich Wirksamkeit auf die Positivsymptomatik und EPS-Verträglichkeit.

Daneben sind auch 5-HT_{2A}- und 5-HT_{1A}-Rezeptoren von therapeutischem Interesse. Serotonerge 1A-Rezeptoren gelten als Target für die Therapie von Angst und Depression [Andree et al., 2000]; besonders die antidepressive Komponente spielt bei der Behandlung der Minussymptomatik der Schizophrenie eine Rolle. Auch serotonergen 2A-Rezeptoren wird eine Bedeutung bei der

Minussymptomatik und im Hinblick auf eine verbesserte EPS-Verträglichkeit zugeschrieben [Müller WE, 2002; Offord et al., 1999].

Mit der hoch sensitiven PET können in Phase I und II zunächst im Tiermodell, später auch am Menschen, nicht nur qualitative, sondern auch quantitative Informationen zur Pharmakokinetik und -dynamik gewonnen werden. Selbst Wirkstoffkonzentrationen von bis zu 10^{-12} mol/l können damit nachgewiesen werden [Fischmann et al., 2002]. Die Ergebnisse frühzeitiger PET-Studien am Menschen (Ende Phase I) können im Entwicklungsprozess wegweisend dafür sein, eine Substanz weiter zu entwickeln oder nicht. Im letzteren Fall ließen sich Zeit, Geld und Ressourcen einsparen.

Klinische Forschung

EEG: Durch die Entwicklung computerassistierter, quantitativer Analyseverfahren hat das EEG auch in der Therapieforschung Eingang gefunden. Mit dem „Pharmako-EEG", speziell dem „Brain-mapping", kann festgestellt werden [Saletu et al., 2002], ob und in welchen Hirnarealen die Prüfsubstanz beim Menschen zentralnervöse Eigenschaften besitzt. Dabei wird die elektrische Aktivität kortikaler Neurone (EEG-Frequenzen und -Amplituden) über etwa 20 Elektroden analysiert und in einer „Landkarte" dokumentiert. Psychopharmaka führen zu einer Veränderung einzelner EEG-Variablen, sodass sich im Pharmako-EEG substanzspezifische Profile ergeben.

Klinische Studien: Zur Beurteilung der antipsychotischen Wirksamkeit sind sowohl kontrollierte Kurz- als auch Langzeitstudien notwendig. Zu den Kurzzeitstudien zählen randomisierte, Plazebo-kontrollierte (Vergleichs-)Untersuchungen über vier bis acht Wochen, die sowohl die akute schizophrene Symptomatik (Plussymptomatik) als auch die Negativsymptomatik anhand internationaler Skalen erfassen. Standardparameter sind dabei PANSS (Positive and Negative Symptom Scale), CGI (Clinical Global Impression), BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) und MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) zur Dokumentation der Wirksamkeit. Die EPS-Verträglichkeit wird mittels Simpson-Angus-, Barnes-Akathisie- und Abnormal Involuntary Movement-Scale ermittelt. Plazebo-kontrollierte Studien sind in Europa umstritten, in den USA dagegen Standard. Vergleichsuntersuchungen werden mindestens zu einem typischen Neuroleptikum (in der Regel Haloperidol) und heutzutage auch zu einem Atypikum wie zum Beispiel Risperidon oder Olanzapin gefordert.

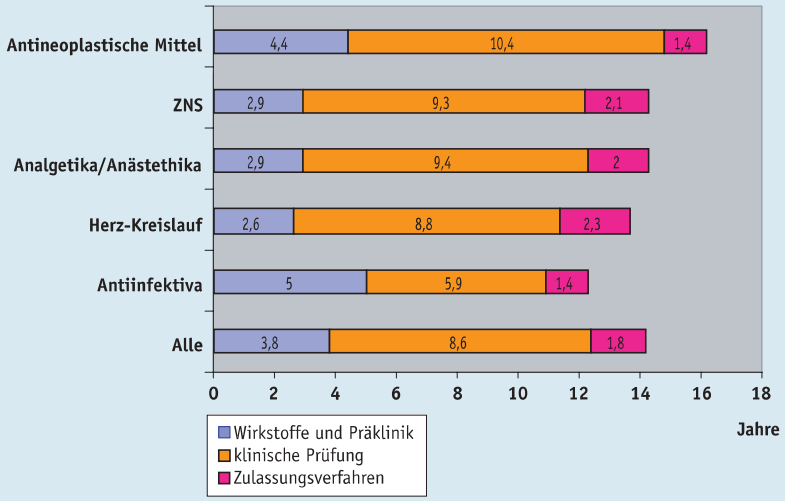
Nach Abklingen der akuten Symptome bleibt häufig die Negativsymptomatik bestehen. Zur weiteren Einschätzung der Wirksamkeit sind daher Langzeituntersuchungen mit Anwendungsdaten über mindestens ein halbes Jahr notwendig, die zuverlässige Aussagen zur Wirksamkeit auf die chronische Negativsymptomatik im Rahmen von Residualzuständen und bezüglich Rezidivprophylaxe ermöglichen.

Chancen und Risiken

Ein pharmazeutisches Unternehmen hat mit einem neuen Antipsychotikum (z. B. Olanzapin, Risperidon) und weltweiter Ausbietung eine gute Chance, hohe Umsätze zu erzielen. Die Entwicklung eines neuen Antipsychotikums bis zur Zulassung ist jedoch nicht nur zeitaufwändig und teuer, sondern auch in den ersten Jahren der Marktführung mit einem nicht zu unterschätzenden Risiko behaftet, sowohl hinsichtlich der Akzeptanz bei Verordnern und Patienten als auch hinsichtlich der Arzneimittelsicherheit bei seltenen Neben- und Wechselwirkungen. Neben Clozapin (kontrollierte Verschreibung aufgrund des Agranulozytoserisikos) ist Sertindol ein weiteres Beispiel: Mitte 1997 wurde Sertindol in Deutschland eingeführt; im Dezember 1998 jedoch musste die Vermarktung bereits wieder eingestellt werden, da sich der Verdacht auf kardial bedingte akute Todesfälle aufgrund von QT_C-Verlängerungen erhärtete. Dies hatte nicht nur Auswirkungen auf die finanzielle Lage des pharmazeutischen Unternehmens, sondern auch auf die noch in der Zulassung befindlichen Antipsychotika. Deren Zulassung verzögerte sich dadurch erheblich (Beispiel: Ziprasidon), weil die Zulassungsbehörde zusätzliches Studienmaterial forderte.

Bei einem Vergleich der Entwicklungszeiten verschiedener therapeutischer Arzneimittelkategorien stellte DiMasi [2001] für den Zeitraum 1990–1999 fest, dass diese je nach Indikationsgebiet unterschiedlich waren (s. Abb. oben). Die kürzeste Entwicklungszeit hatten Antiinfektiva mit durchschnittlich 12,3 Jahren. Die längste Entwicklungszeit wiesen antineoplastische Mittel mit 16,2 Jahren auf gefolgt von Analgetika/Anästhetika und ZNS-Therapeutika mit jeweils 14,3

Vergleich der Entwicklungszeiten verschiedener Arzneimittelgruppen



[nach DiMasi JA, 2001]

Jahren auf. Als Beispiel sei das kürzlich neu eingeführte Antipsychotikum Aripiprazol genannt, das mit 15 Jahren eine noch recht lange Entwicklungszeit [Ozdemir V et al., 2002] hatte, wenn die FDA-Zulassung als Endpunkt angenommen wird: 1988 wurde die Substanz entdeckt, 1990 begannen in Japan und 1993 in den USA die ersten klinischen Studien (Phase I/II); die entscheidenden Phase-III-Studien starteten erst 1999 und wurden dann aber innerhalb von drei Jahren beendet – eine für Industriestandards sehr kurze Zeitspanne. Die Zulassung in den USA erfolgte Ende 2002, in Europa 2004. Inwieweit diese Entwicklungszeiten für Arzneimittel in Zukunft verkürzt werden können, muss abgewartet werden.

Aufgrund der langen Entwicklungszeit gehen den pharmazeutischen Unternehmen wertvolle Patentjahre verloren, sodass die Zeit der Refinanzierung relativ kurz ist. Dementsprechend wird auch der Preis des Präparats von den forschenden Unternehmen kalkuliert.

Ausblick

Die Erfahrungen mit innovativen antipsychotischen Substanzen im Praxisalltag werden zeigen, ob die aus der Pharmakodynamik abgeleiteten Substanzvorteile weiterhin Bestand haben werden und als wegweisend für weitere Forschungsaktivitäten anzusehen sind. Nur wenn auch die Grundlagenforschung nutzbare Erkenntnisse zur Pathogenese der Schizophrenie zur Verfügung stellen kann, sind hier neue Targets zu erwarten, die möglicherweise zu einer noch zielgenaueren und beschleunigteren Entwicklung weiterer Antipsychotika beitragen können.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. Gabriele Roszinsky-Köcher, Rommerskirchen

Sparen an falscher Stelle

Bei den aktuellen Arzneimittelbudgets und Richtgrößen mangelt es Kollegen Ruschhaupt an den vereinbarten Ausnahmen im Bereich Antidementiva und Atypika.

Bei Durchsicht der Medikamente, die im Rahmen der aktuellen Vereinbarungen mit den Krankenkassen offensichtlich als unvermeidbar und somit auch nicht zu Regressen führend eingeschätzt wurden, fiel mir auf, dass erneut Medikamente für psychiatrische Diagnosen praktisch komplett fehlen. Weder für die zunehmend größere Gruppe von Demenzen noch für die Schizophrenie, bei denen ich Atypika in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle für unabdingbar halte, wurden hier Ausnahmen vom Budget von den entscheidenden Gremien eingeräumt. Dagegen ist die Neurologie mit den Erkrankungen Parkinson und MS durchaus würdig vertreten. Offensichtlich soll so erneut an einer Gruppe von Patienten gespart werden, die sich am allerwenigsten gegen derartige Maßnahmen wehren kann. Dabei können nach allgemeiner Lehrmeinung durch angemessene Pharmakotherapie insbesondere bei Psychosen und Demenzen durch Vermeidung von Heim- beziehungsweise Krankenhauseinweisung große Summen gespart werden, was bei Regressen gegen den verschreibenden Arzt aber in aller Regel nicht berücksichtigt wird. Im Rahmen seiner vermehrten Öffentlichkeitsarbeit sollte unser Verband derartige Formen der Diskriminierung von Patienten noch öfter als bisher deutlich machen.

Dr. med. Karsten Ruschhaupt, Herzogenaurach

Späte Erkenntnis

Die millionenschweren Nachzahlungen für Psychotherapeuten seien „für uns Nervenärzte und Psychiater ... besonders bitter", so der Kommentar von Dr. Gunther Carl im NT 2/2005 (S. 9). Kollege Weinberger erinnert in seinem Leserbrief diesbezüglich an seine früheren warnenden Worte.

Es darf daran erinnert werden, dass die Bestärkung der (Freudschen) Psychotherapie über viele Jahre und Jahrzehnte eines der Hauptanliegen der BVDN-Vorsitzenden war, wie etwa in Bayern von den Vorsitzenden Grobe bis Rauchfuß. Entsprechend stand die Anerkennung eines Facharztes für Psychotherapie (oder ähnlich) zur Diskussion und – damit verbunden und unweigerlich folgend – die Integration der (Tiefen-)Psychologen in die kassenärztliche Versorgung der Bevölkerung. Dass sie, sobald sie „drin waren", gegen die KVen klagen würden, war zu erwarten. Wer dagegen Ablehnung äußerte (z. B. Weinberger F., Vom „Fach" und „Facharzt" für Psychotherapie, DÄ 40/ 1975), konnte sich etwa als 2. Vorsitzender im BVDN/LV Bayern nicht halten, geriet eher in Außenseiterposition und wurde sanft hinausgedrängt. So dürfen sich die Nervenärzte nicht beschweren, dass sie „zur guten Bezahlung elektiver Richtlinien-Psychotherapie" jetzt nachhaltiger mit beizutragen haben. Eine Wende könnte vielleicht noch die Erkenntnis bringen, die heute im Ausland weithin bereits zirkuliert, nämlich dass Freud nicht eine(n) einzige(n) seiner Patient(inn)en geheilt hat (J. Bénesteau, Mensonges freudiens, Mardaga, 2002). Voraussetzung ist, diese Erkenntnis kommt auch in Deutschland noch an.

Dr. Friedrich Weinberger, Garmisch-Partenkirchen

Hinweis der Redaktion

Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe in gekürzter und/oder redigierter Form abzudrucken.

Gestörte Stresshormonregulation bei Depression

Gene und Umwelt entscheidend

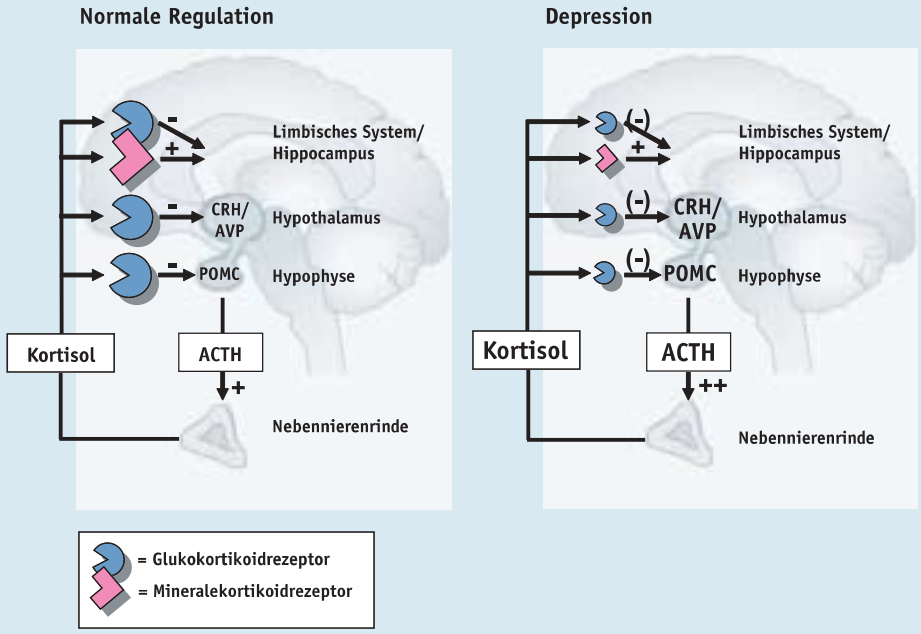
M. Ising

Vielfältige Befunde belegen, dass Stress und dessen neurobiologische Korrelate bei Genese, Auslösung und Verlauf von Depressionen eine wesentliche Rolle spielen. Stressreaktionen sind insbesondere durch neuroendokrine Prozesse gekennzeichnet; das wichtigste neuroendokrine Korrelat der Stressreaktion wird durch das Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HPA)-System vermittelt. Unterschiedliche Arten von Stressoren, physische und psychische, führen gleichermaßen zur Aktivierung hypothalamischer Neurone. Dabei werden die Neurone des paraventrikulären Nukleus zur Synthese der Neuropeptide Corticotropin Releasing Hormon (CRH) und Vasopressin (AVP, Arginin-Vasopressin, die humane Variante dieses Neuropeptids) angeregt, die über den Portalkreislauf zum Vorderlappen der Hypophyse gelangen und dort die Bildung und Ausschüttung von ACTH stimulieren. ACTH wiederum aktiviert die Biosynthese und Freisetzung von Glukokortikoiden, insbesondere von Kortisol, aus der Nebennierenrinde. Glukokortikoide haben unterschiedliche Funktionen, die für die Adaptation an akute Stressbedingungen notwendig sind. Beispielsweise führen sie über die Mechanismen der Glukoneogenese und der Lipolyse zu einer Mobilisierung von Energiereserven, die für die Bewältigung der Stresssituation erforderlich sind. In hoher Konzentration hemmen sie darüber hinaus Entzündungsprozesse sowie die zelluläre und humorale Immunabwehr.

Nach Ende der Stresssituation oder nach Anpassung des Organismus an die geänderten Bedingungen ist eine schnelle Rückregulation des HPA-Systems notwendig. Bleibt diese beispielsweise wegen chronischer Belastung oder verminderter Regulationsfähigkeit des HPA-Systems aus, können aufgrund der andauernden Glukokortikoidbelastung

Abbildung 1

Regulation des HPA-Systems

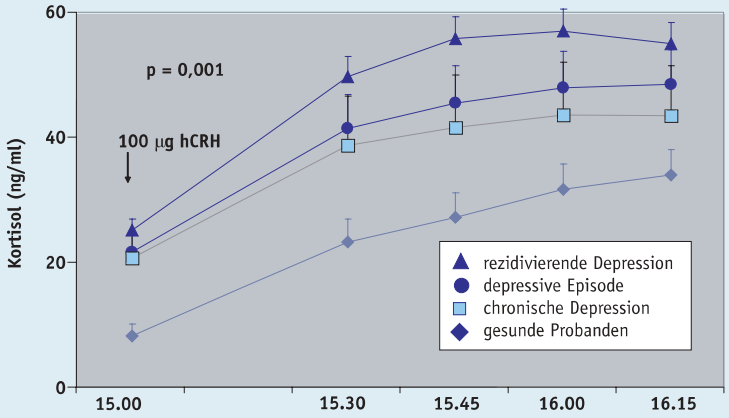


Die Regulation des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden(HPA)-Systems erfolgt in erster Linie über Glukokortikoidrezeptoren. Bei depressiven Patienten besteht eine Rezeptorinsensitivität, die zu einer Verstellung des Regulationsgleichgewichts führt.

Depressionen gehen mit einer gestörten Regulation der Stresshormonachse einher, die aufgrund veränderter Glukokortikoidrezeptoren durch eine erhöhte zentralnervöse Neurotransmission von CRH und Vasopressin verursacht wird. Anlage- und Umweltfaktoren wie belastende Lebensereignisse tragen zum individuellen Risiko für eine depressive Störung bei und bestimmen den Erkrankungsverlauf sowie die Erfolgsaussichten therapeutischer Maßnahmen. Die Aufklärung der Wechselwirkung zwischen Genomfaktoren und Umweltbedingungen bei Depressionen ist daher vorrangiges Ziel zukünftiger Forschung, um die Behandlung für jeden einzelnen Patienten durch individuell angepasste Strategien zu optimieren.

Abbildung 2

DEX/CRH-Test zur Untersuchung der Regulationsfähigkeit des HPA-System



Die deutlichste Kortisolreaktion zeigen Patienten mit rezidivierender Depression. Aber auch bei einer depressiven Einzelepisode oder bei chronischer Depression ist die Kortisolreaktion im Vergleich zu gesunden Probanden erhöht.

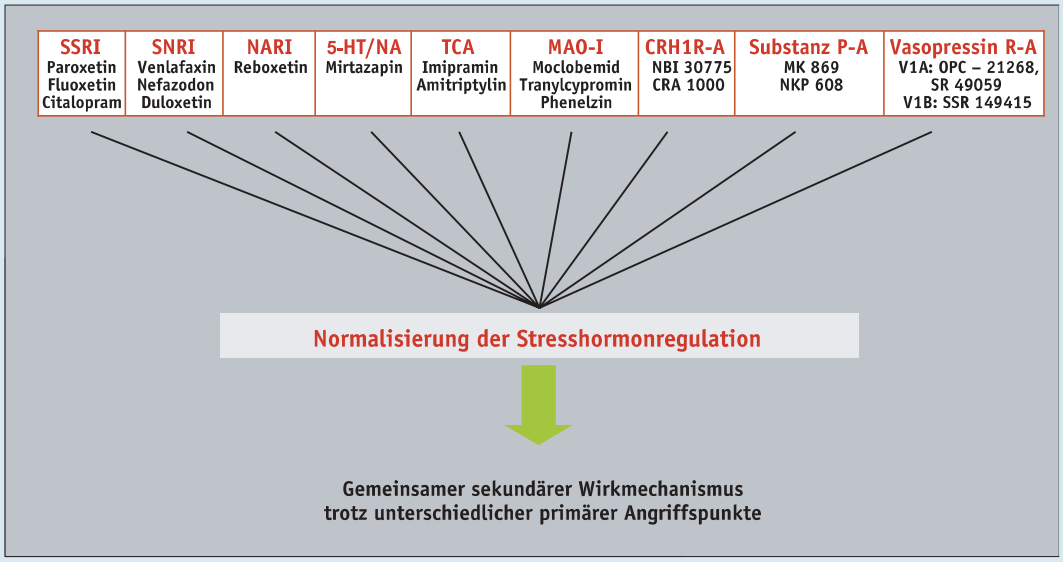
Störungen wie Hypertonie, körperlicher Erschöpfung (z. B. aufgrund Hypokaliämie), Hemmung der Insulinwirkung, Lern- und Gedächtnisstörungen auftreten und schließlich auch Depressionen.

Die Regulation des HPA-Systems erfolgt hauptsächlich über Glukokortikoidrezeptoren, an die Kortikoidhormone wie das Kortisol binden und zu einer nachfolgenden Reaktionskaskade führen. Die Aktivierung der Glukokortikoidrezeptoren bewirkt auf hypothalamischer Ebene eine Dämpfung der Neuropeptide CRH und Vasopressin im Nucleus paraventricularis und des Peptidhormons ACTH im Hypophysenvorderlappen. Viele klinische und präklinische Befunde belegen, dass bei Depression eine verminderte Sensitivität der Glukokortikoidrezeptoren vorliegt. Diese führt einerseits zu einem veränderten Regulationsgleichgewicht des HPA-Systems sowie daraus folgend zu einer chronisch erhöhten Aktivierung und verminderten Anpassungsfähigkeit der Stresshormonachse (Abb. 1, S. 63). Andererseits sind Glukokortikoidrezeptoren im Zwischenhirn und im präfrontalen Kortex im Zusammenspiel mit Mineralkortikoidrezeptoren auch an der kognitiv-emotionalen Reizverarbeitung beteiligt. Nach der Kortikosteroidrezeptorhypothese der Depression wird davon ausgegangen, dass die Insensitivierung zentraler Glukokortikoidrezeptoren in kausalem Zusammenhang mit der emotional-kognitiven Symptomatik der Depression steht [Holsboer, 2000].

Die Regulationsfähigkeit des HPA-Systems kann sensitiv mit Hilfe des kombinierten Dexamethason-Suppressions-/CRH-Stimulationstests geprüft werden. Bei diesem Funktionstest erfolgt am Vorabend die orale Gabe von 1,5 mg Dexamethason (Dex), einem synthetischen Glukokortikoid, das nicht oder nur zu einem geringen Grad die Bluthirnschranke passiert. Am darauf folgenden Tag wird die ACTH- und Kortisolreaktion auf intravenöse Stimulation mit 100 µg

Abbildung 3

Antidepressiva zur Regulation des Stresshormonsystems



Unabhängig vom primären Angriffpunkt führt die Behandlung mit Antidepressiva zu einer Normalisierung der Stresshormonregulation.

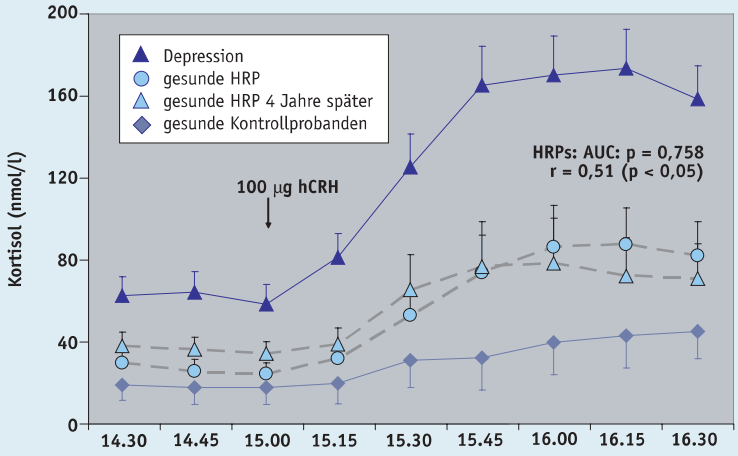
CRH gemessen. Bei gesunden Personen führt die Vorbehandlung mit Dex zu einer über die Glukokortikoidrezeptoren der Hypophyse vermittelten Dämpfung des Stresshormonsystems. Die Stimulation der Stresshormonachse mit CRH induziert aufgrund der hypophysären Dämpfung nur eine geringe ACTH- und Kortisolreaktion. Eine verminderte Sensitivität der Glukokortikoidrezeptoren, wie sie bei akuter Depression vorliegt, bewirkt, dass die durch Dex vermittelte Dämpfung der Stresshormonachse reduziert ist. Gleichzeitig führt die verminderte Sensitivität hypothalamischer Glukukortikoidrezeptoren zu einer ungedämpften Synthese von CRH und Vasopressin, was die stimulierende Wirkung der intravenösen CRH-Gabe nochmals verstärkt. Folge der verminderten Dämpfung durch Dex zusammen mit der erhöhten Verfügbarkeit von CRH und Vasopressin ist schließlich eine erhöhte ACTH- und Kortisolreaktion im Dex/CRH-Test, wie sie bei akuter Depression beobachtet wird (Abb. 2).

Die pharmakologische Behandlung der Depression führt zu einer Normalisierung der gestörten Stresshormonregulation und wird durch alle Arten von Antidepressiva erreicht, die unabhängig von ihrem primären Wirkmechanismus zu einer Reduktion der ACTH- und Kortisolantwort im Dex/CRH-Test führen (Abb. 3).

Auch nicht-pharmakologische Behandlungen wie die kognitive Verhaltenstherapie [McKnight et al., 1992] oder die Elektrokrampftherapie [Kling et al., 1994; Swartz, 1992] tragen vermutlich zu einer Normalisierung der Stresshormonregulation bei. Diese und weitere Befunde regten die Entwicklung für neuartige Antidepressiva an, die direkt auf Rezeptoren des Stresshormonsystems einwirken. Erste viel versprechende Ergebnisse liegen für CRH-Rezeptor-1-, Glukokortikoidrezeptor- und Vasopressin-Rezeptor-1b-Antagonisten vor. Da diese Stoffe direkt in die gestörte Stresshormonregulation eingreifen, wird von ihnen ein schnellerer Wirkungseintritt als bei konventionellen Antidepressiva erhofft. Bisher befinden sich diese Substanzen jedoch noch in der Entwicklung und sind für den klinischen Einsatz nicht verfügbar.

Abbildung 4

Stresshormonregulation bei Angehörigen depressiver Patienten (DEX/CRH-Test)



Gesunde Erstgrad-Angehörige depressiver Patienten, das heißt genetisch vorbelastete Personen zeigen leichte Regulationsstörungen im Stresshormonsystem (DEX/CRH-Test), die auch in einer Wiederholungsuntersuchung nach vier Jahren noch nachweisbar sind [nach Modell et al., 1998].

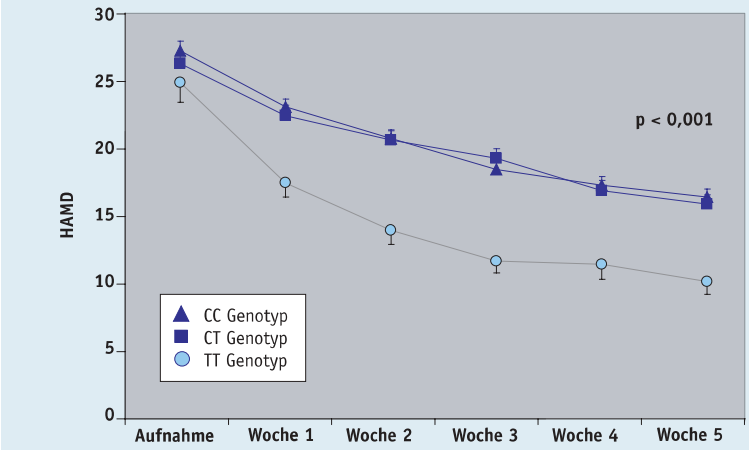
Umweltfaktoren: Bedeutung kritischer Lebensereignisse

Umweltfaktoren aus der Biografie der Patienten spielen bei der Entstehung von Regulationsstörungen des HPA-Systems und somit auch bei der Genese der Depression eine Rolle, wie beispielsweise die Ergebnisse der „Early Trauma"-Forschung zeigen. In Tierstudien mit jungen Ratten führte „early life stress", operationalisiert über die mehrstündige maternale Separation in den ersten beiden Wochen nach der Geburt, zu einer Überaktivität der Stresshormonachse. Diese Überaktivität war trotz normalen Haltungsbedingungen ab der dritten Lebenswoche auch noch beim erwachsenen Tier nachweisbar und äußerte sich in erhöhten Stressreaktionen sowie in einer verminderten Regulationsfähigkeit des HPA-Systems [Ladd et al., 2004]. Auch in Human-Studien konnte gezeigt werden, dass frühe belastende Erlebnisse in Kindheit und Jugend zu einer Sensitivierung des Stresshormonsystems [Heim et al., 2000] sowie zu einem erhöhten Risiko für Angststörungen und Depression führen [Heim & Nemeroff, 2002].

Neben dem Zeitpunkt für belastende Lebensereignisse ist auch deren Charakter von Bedeutung. So gibt es Hinweise darauf, dass Lebensereignisse mit „Exit"-Charakter, die also mit dem Verlust von Bezugspersonen einher gehen, häufig vor dem Ausbruch einer depressiven Episoden auftreten und als Auslöser wirken können [Paykel, 1994]. Auch in der Münchner Vulnerabilitätsstudie (s. nächster Abschnitt) konnte gezeigt werden, dass gesunde Probanden, die später eine affektive Störung entwickelten, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe gehäuft Exit-Ereignisse vor dem Auftreten ihrer Erkrankung erlebten. Der Anteil an Exit-Ereignissen war bei denjenigen Probanden am höchsten, die innerhalb des ersten Jahres nach der Datenerhebung eine depressive Episode entwickelten [Ising et al., 2003]. In einer weiteren Studie wurde deutlich, dass gesunde Personen mit vielen Exit-Erlebnissen eine stärkere Reaktion des Stresshormonsystems auf psychosozialen Stress aufwiesen. Eine übermäßige Reaktivität des Stresshormonsystems in Folge frühkindlicher Belastungen oder aufgrund von Exit-Erlebnissen scheint somit ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Depression zu sein. Auf der anderen Seite ist eine verminderte Reaktivität des Stresshormonsystems ebenfalls ungünstig. So konnte gezeigt werden, dass Personen, die unmittelbar nach einem lebensbedrohlichen traumatischen Erlebnis eine

Abbildung 5

FKBP5-Genpolymorphismus und therapeutisches Ansprechen



Polymorphismen im FKBP5-Gen, das ein wichtiges Begleitprotein zum Glukokortikoidrezeptor kodiert, beeinflussen das therapeutische Ansprechen (gemessen anhand der HAMD) bei depressiven Patienten [nach Binder et al., 2004]

geringe Kortisolreaktion hatten, mit größerer Wahrscheinlichkeit eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelten [Yehuda, 2004]. Eine adäquate Antwort des Stresshormonsystems, also eine in Hinblick auf die Belastung angemessene Aktivierung verbunden mit unmittelbarer Rückstellung nach Beendigung oder Anpassung an die Belastungsbedingung, scheint daher eine notwendige Voraussetzung für die erfolgreiche Bewältigung von Stressbedingungen zu sein.

Anlagefaktoren: Genetische Vulnerabilität der Depression

Genetische Faktoren beeinflussen die so genannte Vulnerabilität, das heißt, die Disposition, an einer Depression zu erkranken. Genetische Vulnerabilität drückt sich daher in einem erhöhten Erkrankungsrisiko aus. Es konnte gezeigt werden, dass gesunde Angehörige ersten Grades von depressiven Patienten ein bis zu siebenfach erhöhtes Risiko haben, ebenfalls an einer affektiven Störung zu erkranken [NIMH, 1999]. Die Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Epidemiologie am Max-Planck-Institut für Psychiatrie hat nachgewiesen, dass das Risiko bei Kindern depressiver Eltern, selbst an Depression zu erkranken, bereits im Jugend- und jungen Erwachsenenalter drastisch erhöht ist [Lieb et al., 2000].

Im Rahmen der Münchner Vulnerabilitätsstudie untersucht das Max-Planck-Institut für Psychiatrie seit einigen Jahren Familien, in denen häufig depressive Störungen aufgetreten sind. Dabei stehen insbesondere gesunde Erstgrad-Angehörige depressiver Patienten im Fokus, die aufgrund der Familienanamnese als Hochrisikoprobanden (HRP) für die Entwicklung affektiver Störungen gelten. Diejenigen HRP der Untersuchungen, die im Lauf der Zeit selbst eine affektive Störung entwickelten, wiesen bereits prämorbid eine Reihe von Auffälligkeiten in psychobiologischen Parametern auf. Sie berichteten vermehrt über körperliche Beschwerden unspezifischer Art, hauptsächlich als Reaktion auf Belastungssituationen [Ising et al., 2004] und ihr prämorbides Schlafprofil war durch depressionstypische Veränderungen im REM-Schlaf (erhöhte REM-Dichte) gekennzeichnet [Modell et al., 2005]. Auch in der Regulation des Stresshormonsystems fanden sich prämorbide Auffälligkeiten bei den HRP. Sie zeigten unabhängig von der späteren Entwicklung einer psychischen Erkrankung eine erhöhte Kortisolantwort im Dex/CRH-Test, die zwar weniger ausgeprägt als bei Patienten ausfiel, aber dennoch höher war als bei gesunden Kontrollpersonen mit negativer Familienanamnese für psychische Erkrankungen [Holsboer et al.,

1995; Ising et al., 2005]. Diese Veränderungen in der Stresshormonregulation wurden auch in einer Wiederholungsuntersuchung etwa vier Jahre später nachgewiesen (Abb. 4, S. 65) [Modell et al., 1998].

In den letzten Jahren gestattete der Fortschritt in der molekularen Genetik eine intensivierte Suche nach genetischen Vulnerabilitätsfaktoren auch bei komplexgenetischen Erkrankungen wie etwa der Depression. Mittels Kopplungsanalysen zur bipolaren Störung konnten chromosomale Regionen identifiziert werden, in denen mit hoher Wahrscheinlichkeit Vulnerabilitätsgene liegen [Segurado et al., 2003; Holmans et al., 2004]. Aufgrund der vermuteten Komplexität der genetischen Vulnerabilitätsfaktoren gilt dieser Ansatz jedoch als wenig effizient. Viel versprechend gestaltet sich dagegen die Suche nach genetisch homogenen Subtypen der Depression durch Assoziationsanalysen mit dem Ziel, die Therapie unter Berücksichtigung der jeweils individuell im Vordergrund stehenden genetischen Vulnerabilität zu optimieren. Genetische Assoziationsanalysen ergaben erste Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und Polymorphismen in Genen, deren Expressionsprodukt zur Regulation des HPA-Systems beitragen. Ein Beispiel dafür sind Polymorphismen im Glukokortikoidrezeptor-Gen, wie der ER22/23EK-Polymorphismus, dessen seltenes Allel mit einem günstigen Erkrankungsverlauf assoziiert ist. Noch deutlichere Effekte waren bei einem genetischen Polymorphismus erkennbar [Binder et al., 2004], der sich innerhalb des Gens für ein Begleitprotein (FKBP5) zum Glukokortikoidrezeptor befindet, das die Sensitivität des Glukokortikoidrezeptors beeinflusst. Depressive Patienten, die für den betreffenden Polymorphismus den TT-Genotyp aufweisen, sprachen auf die Therapie mit Antidepressiva – gemesen anhand der Hamilton-Depressions-Skala, HAMD – deutlich schneller an (Abb. 5). Diese Effekte traten unabhängig von der Art der gewählten Medikation auf, was aufgrund des gemeinsamen sekundären Wirkmechanismus nicht überraschend ist.

Welche Rolle spielen Anlage- und Umweltfaktoren?

Da sowohl Anlage- als auch Umweltfaktoren zur Entwicklung von Depressionen beitragen, muss die Kausalforschung zur Depression beide Aspekte gleichermaßen im Blickfeld behalten. Kürzlich konnte in einer großen Neuseeländischen Populationsstudie gezeigt werden, dass das Risiko für Depression sowohl von der Anzahl kritischer Lebensereignisse als auch vom Genotyp der untersuchten Personen (Längenpolymorphismus im Promoter zum 5-HT-Transportergen) beeinflusst wird [Caspi et al., 2003]. Die Effekte von Lebensereignissen und Genetik waren dabei multiplikativer Natur, das heißt das Erleben belastender Lebensereignisse, auch bereits in der Kindheit, führte bei gleichzeitig ungünstigem Genotyp zu einem deutlich höheren Risiko als jeweils einer der Faktoren allein.

Solche Wechselwirkungseffekte mit Umweltfaktoren sind besonders auch für Gene zu erwarten, die mit dem Stresshormonsystem assoziiert sind; entsprechende Untersuchungen stehen hierzu jedoch noch aus. Doch vor allem in Hinblick auf eine weitere Optimierung der Depressionstherapie sind Studien unter Einbeziehung von Anlage- und Umwelteffekten unerlässlich, da sie die individuelle Vulnerabilität bedingen, die für eine zukünftige auf den Patienten maßgeschneiderte Therapie berücksichtigt werden muss.

Literatur beim Verfasser

Dr. phil. Marcus Ising
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstr. 10, 80804 München,
E-Mail: ising@mpipsykl.mpg.de

Anzeige

Affekt und affektive Störungen

© Bilderbox, A-Thening

H. Lang

„Die Zukunft mag uns lehren, mit besonderen chemischen Stoffen die Energiemengen und deren Verteilungen im seelischen Apparat direkt zu beeinflussen. Vielleicht ergeben sich noch ungeahnte Möglichkeiten der Therapie." Zweifellos wurden seit 1938, als Sigmund Freud diese hoffnungsvollen Sätze formulierte, wichtige Schritte in deren Realisierung eingelöst – so als Anfang der 1950er Jahre Chlorpromazin von Delay und Deniker (1952) entwickelt wurde. Während meines Studienjahres 1964/65 an der Medizinischen Fakultät der Universität Paris hatte ich ausgiebig Gelegenheit, an den eindrucksvollen Visiten und Krankenvorstellungen teilzunehmen, die Delay als Direktor von St. Anne und Deniker als Professor an derselben Institution als Götter in Weiß abhielten. Nur wenige Jahre später revolutionierte Imipramin, von Kuhn (1957) entdeckt, die Therapie der Depression. Zur gleichen Zeit wurden durch George Crane (1957) die antidepressiven Effekte der Mono-Amino-Oxydase-Hemmer beschrieben. Schließlich sei an die Einführung der selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren erinnert – mit der Glückspille Prozac, wie ein bekanntes Buch etikettiert. Und ist Glück, Glücksgefühl nicht das Gegenteil von „depressiv", das heißt einem Gefühl des Unglücklichseins? Depression erscheint nun in der Folge dieser Erfolge – nicht zuletzt auch durch TV und Zeitschriften verbreitet – als Symptom einer „chemical imbalance". Eine psychotherapeutische Intervention könnte hier eher schaden, wenn sie beispielsweise den Anspruch erhebt, untergründige Konflikte aufzudecken und damit emotionale Spannungen zu erhöhen. Zusätzlich könnten Psychotherapeuten, wenn sie negativ gegenüber einer Pharmakotherapie eingestellt sind, die Compliance des Patienten hinsichtlich einer Medikation unterminieren. Hier klingt nun die andere Seite dieser Dialektik an: die Vorbehalte der Psychotherapeuten ihrerseits gegenüber einer medikamentösen Behandlung der Depression. Eine medikamentöse Behandlung passiviere den Patienten, nähre magische Erwartungen. Die symptomzentrierte Reduktion von Angst und depressiven Gefühlen vermindere die Motivation zur Psychotherapie und damit zu einer kausalen Bearbeitung der zugrundeliegenden Konflikte und psychosozialen Probleme.

Anthropologische Psychiatrie

Einer einseitigen therapeutischen Orientierung, wie sie hier kurz skizziert wurde, liegt in der Regel eine einseitige Auffassung des Krankheitsgeschehens selbst zugrunde. In unserem Fall einmal die alleinige Zentrierung auf neurobiologische Gegebenheiten, zum anderen die Ableitung eines depressiven Syndroms aus fehlgelaufenen psychosozialen Entwicklungen. Es ist das Verdienst der anthropologischen Psychiatrie wie auch einer nichtorthodox festgelegten psychodynamischen Sichtweise, hier kein „Entweder-oder", sondern ein „Sowohl-als-auch" aufgewiesen zu haben. So hat Tellenbach (1983) in der Herausarbeitung des „Typus melancholicus" und der ihn gefährdenden „pathogenen Situationen" gezeigt, dass insbesondere Menschen, die auf „Ordentlichkeit" und enge zwischenmenschliche Beziehungen charakterlich festgelegt sind, besonderen Risiken ausgesetzt sind. Unter Verwen-

dung des soziologischen Rollen- und Identitätskonzepts hat Kraus diesen Ansatz weiter entwickelt. Der Verhaltensstil dieser Menschen ist hypernomisch, das heißt, der Erfüllung sozialer Normen begegnen sie übergenau, gewinnen ihre Identität aus einer Überidentifikation mit der sozialen Rolle. Als Konsequenz dessen haben wir dann einen charakteristischen „Mangel an Autonomie, Überanpassungsbereitschaft und hohe Abhängigkeit von anderen" [Kraus u. a., 1977, 1995, 1997] sowie kognitive und emotionale Ambiguitätsintoleranz zu konstatieren. Dieser Ambiguitätsintoleranz kommt die Funktion zu, „alles Negative, Trennende und Störende aus der Interaktion herauszuhalten, um hierdurch die symbiotisch-syntonen Bezüge zu anderen und die in diesen Bezügen gefundene Identität zu stabilisieren" [Kraus, 1997]. Kraus versteht, wie das letzte Zitat zeigt, diese Charaktermerkmale dynamisch, das heißt als „Coping-Verhalten zur Aufrechterhaltung und Absicherung von Rollenidentität". Eine hohe narzisstische Verletzbarkeit, auf die jüngst Mundt (1996) hingewiesen und entsprechende therapeutische Konsequenzen gezogen hat, ist zu ergänzen.

Depression und Erbanlagen

Eine solche Prädisposition, wie sie in dieser Rollenidentität angelegt ist, kann schon erbgenetisch bedingt sein. Nicht zuletzt haben Zwillingsuntersuchungen eine erbgenetische Bedingtheit depressiver Erkrankungen nachweisen können. Oft entspricht nicht nur der Einzelne diesem „Typus", sondern, wie Peters (1991) gezeigt hat, die familiäre Tradition selbst. Dabei kann natürlich derselbe Erbfaktor, sofern er sich in Familienmitgliedern wiederholt, diese Tradition begründen, aber ebenso kann sich diese Tradition psychosozial fortpflanzen. Tellenbach beispielsweise ist der Auffassung, dass weniger der Typus melancholicus als vielmehr „die Neigung zur Abwandlung auf Melancholie hin" (1967) vererbbar ist.

Individueller Therapieansatz

Die Entstehung depressiver Erkrankungen scheint ein mehrfach determiniertes Geschehen zu sein, wobei biologische und psychosoziale Faktoren ineinander

Tabelle 1

Ursachenvorstellungen bei (n = 286) ambulanten Psychotherapiepatienten (Therapeuteneinschätzung)

	depressiv (n = 101)	nicht-depressiv (n = 185)	Chi²-Test p
Intrapsychische Ursachen	66,3 %	44,9 %	0,001
Interaktionelle Ursachen	50,5 %	44,3 %	nicht signifikant
Organische Ursache	12,9 %	27,0 %	0,006
Soziale Ursachen	9,9 %	17,3 %	0,092

greifen. Keine Frage, dass sich bei endogenen Depressionen Störungen der Funktion der Neurotransmitter finden. Deshalb können Psychopharmaka, die beispielsweise den Mangel an Serotonin beheben, gezielt angewendet werden. Aber das besagt nicht, dass diese Störungen im Transmitter-Haushalt kausal anzusehen sind, ebenso gut kann es sich um „mediating mechanisms" [Lipowski, 1989] oder um Folgeerscheinungen der Erkrankung handeln.

Anfälligkeit für Depression muss nicht nur genetisch bedingt sein. So sind Frank et al. (1989) der Auffassung, dass Erfahrungen in der Kindheit im Gehirn Narben hinterlassen können und deshalb für Depression sensibilisieren. Wenn Patienten mit Hilfe einer Psychotherapie von ihrer Depression genesen, sind beispielsweise beim Schlaf-EEG die gleichen Veränderungen zu registrieren wie bei einer medikamentösen Behandlung. Eine durch Lebensbedingungen ausgelöste Depression erfordert nicht unbedingt eine psychosoziale Behandlungsmethode, und eine biologisch verursachte muss nicht zwangsläufig medizinisch behandelt werden. Es scheint so, dass, aufgrund eines fundamentalen Zusammenhangs zwischen zerebralen und mentalen Vorgängen, gestörte neurochemische Prozesse durch psychotherapeutische Interventionen zu beseitigen sind und umgekehrt psychosozial bedingte Störungen auf psychopharmakologische Maßnahmen ansprechen.

Ist also auch eine Depression ein biopsychosoziales Geschehen, worauf ja das häufig anzutreffende Schlüssel-Schloss-Prinzip von pathogener Situation und Persönlichkeit hinweist, dann muss auch der therapeutische Einsatz entsprechend breit gefächert sein. Dafür sprechen inzwischen auch empirische Untersuchungen. Beispielsweise zeigte die NIMH Collaborative Study (Elkin et al., 1989), dass eine Kombination von Psychotherapie und Imipramin einer reinen Pharmakotherapie oder reinen Psychotherapie überlegen ist. Wie kann im einzelnen eine solche Kombination aussehen und wann ist sie erforderlich?

Im Verbund mit dem Patient

Eine tiefgehende depressive Verstimmung mit ausgeprägter Störung der Vitalgefühle, emotionaler und kognitiver Einengung, gar einem depressiven Stupor erfordert natürlich zunächst eine medikamentöse Behandlung, um überhaupt einen psychotherapeutischen Zugang und die hierzu geforderte Kommunikation zu ermöglichen. Ein Medikament ist aber zugleich immer mehr als nur eine spezifische Dosis. Nach einer Feststellung Balints verschreibt sich der Arzt selbst gewissermaßen als „Droge" mit. Medikamente können zusätzlich als eine Art „Übergangsobjekt" [Winnicott, 1953] fungieren, sofern sie die heilsame Wirkung der Beziehung zum Arzt symbolisieren, ihn im „Übertragungsgeschehen" als hilfreiche Person identifizieren, und ihn, während er abwesend ist, ersetzen können – wie eine Art Talisman. So drängte eine ängstlich-depressive Patientin auf ein Rezept – und zwar auf ein persönliches – als eine Urlaubstrennung anstand – und das, obwohl sie schon seit Monaten medikamentenfrei war. „Das ist dann, wie wenn ich Sie in der Handtasche dabei hätte", meinte sie dazu. In der Übertragung einer heil- und hilfebringenden mütterlichen oder väterlichen Person auf den Arzt symbolisiert das Medikament diesen Heilsbringer beziehungsweise die entsprechende heilsame Umwelt. Bei unserem Lehrer Tellenbach habe ich immer den therapeuti-

Tabelle 2

Therapeutisches Arbeitsbündnis bei ambulanten Psychotherapiepatienten (Therapeuteneinschätzung)

	M	SD	T-Test, p
Depressive Patienten	2,04	0,57	0,0447
Nicht-depressive Patienten	1,89	0,59	

schen Enthusiasmus, die Sorgfalt, die Zuwendung bewundert, wenn er ein Antidepressivum verschrieb – und natürlich war es immer ein persönliches Rezept. Wir wissen ja aus der Plazeboforschung, dass sich die Einstellung, die Überzeugung des Arztes von der Wirksamkeit des Medikaments auf den Patienten überträgt [Lang und Faller, 1998]. Ein hochpotentes Antidepressivum löst pharmakologisch-biochemische Reaktionen und außerdem Vertrauen, Wissen und Hoffnung bei Arzt und Patient aus. Deshalb können gerade bekannte hochwirksame spezifische Therapieformen zusätzlich besonders starke unspezifische Therapieeffekte mobilisieren. Eine pessimistische Haltung kann sogar die Wirksamkeit eines erwiesenermaßen biochemisch effektiven Präparats vermindern. Eine depressive Patientin von Gaus [Gaus et al., 1987] berichtete entsprechend: „Der Arzt sagte: ‚Probieren wir mal das Medikament'. Da war es aus."

Neben diesem zusätzlichen psychotherapeutischen Effekt aufgrund der entsprechend zugewandten Haltung des Arztes hat ein solcher psychotherapeutischer Umgang entscheidende Bedeutung für das Arbeitsbündnis („general therapeutic alliance") und damit für die Medikamenten-Compliance des Patienten. Fühlt sich der Patient „emotional" verstanden, akzeptiert, ernstgenommen und in seiner Erwartung bestätigt, dass der Arzt die nötige Kompetenz hat, seine Krankheit zu behandeln, ist seine Compliance größer – schon um das gute Verhältnis zu einer wichtigen Bezugsperson nicht zu gefährden. Wir haben hier einen positiven Zirkel: Je psychotherapeutischer der Umgang, desto besser die Compliance und der zusätzliche Plazeboeffekt – das wiederum verstärkt die Wirkung des spezifischen Pharmakons, und dieser Wirkeffekt verstärkt nun wieder das Arbeitsbündnis etc. Aus vielen empirischen Untersuchungen ist bekannt (Lang, 1994; Orlinsky, Grawe, Parks, 1994), dass ein gutes Arbeitsbündnis, eine vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung, der zentrale Generalfaktor in der Psychotherapie ist – handele es sich nun um Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, klientenzentrierte Therapie oder um Therapien durch Professionelle, Anfänger oder Laien.

Eine gute Beziehung sollte von Anfang an bei der Behandlung depressiver Patienten im Zentrum stehen. Dafür stehen die Chancen gerade bei depressiv strukturierten Patienten nicht schlecht – im Hinblick auf die Gegenübertragungsreaktion. So standen bei den von uns untersuchten Patienten mit nichtpsychotischer Depression Gegenübertragungsgefühle wie „Sympathie, Hilfsbereitschaft" und „Mitleid" im Vordergrund (Interviewerrating, 32 Items zur Einschätzung der Gegenübertragung). Dabei ergab sich in Bezug auf das Merkmal „Sympathie" (Häufigkeit der Beurteilungen „trifft ziemlich" oder „sehr zu") ein signifikanter Unterschied gegenüber der Vergleichsgruppe der 187 nichtdepressiven Patienten (Chi^2-Test, p = 0,037). Vielleicht haben diese positiven Übertragungsgefühle der Therapeuten auch mit der charakteristischen Aggressionsgehemmtheit depressiver Patienten zu tun, was sich ja auch dadurch ausdrückt, dass depressive Patienten dazu neigen, eher innerpsychische Ursachen für ihre Symptome anzunehmen (Tab. 1, S. 69). So verwundert es nicht, dass in der Einschätzung der Therapeuten depressive Patienten dazu tendieren, ein gutes Arbeitsbündnis (Tab. 2) einzugehen [vgl. hierzu Faller et al., 1997; Faller, 1999].

Drei Ansatzpunkte für die Psychotherapie

Generell gesehen kann Psychotherapie an drei Punkten ansetzen. An anderer Stelle [Lang, 1994] bin ich ausführlich darauf eingegangen. Hier kann jetzt nur zusammengefasst werden:

1. In der akuten Phase einer majoren Depression wird es neben der thymoleptischen Behandlung zunächst vor allem auf die Bildung einer tragenden Arzt-Patient-Beziehung ankommen, die angesichts der „Leere" der Depression wieder Halt geben kann. Eine stabile und tragende „empathische Präsenz" des Arztes bildet vor allem auch einen Schutzfaktor gegen Suizidgedanken. Wie schwierig ein Gespräch in dieser Phase auch immer sein mag, es ist die „Grundlage jeder Suizidprophylaxe" [Wolfersdorf, 1995].

2. Zeichnet sich eine Remission ab, kommt es jetzt auf die Sanierung der pathogenen Situation an. „Je mehr", führt hier Tellenbach (1967) aus, „der thymoleptische Effekt sich durchsetzt, desto mehr gelangt der Patient wieder in seine Situation, und das heißt sehr oft in seine pathogene Situation – vor allem nach der Entlassung in die häusliche Umgebung". Ist die Verfassung der Auslösesituation in ihrer strukturellen Verschränkung mit der Persönlichkeit bloßgelegt, ist mit dem Patienten (und eventuell auch den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen) zu erarbeiten, wie er deren Bedingungen – falls sie noch fortbestehen – beseitigen kann beziehungsweise wie künftig solche Gefährdungen zu vermeiden sind.

Wenn in der psychiatrischen und psychodynamischen Tradition im Vorfeld von depressiven Erkrankungen schon immer bestimmte Situationen wie ein Umzug, Trennungen, Schwangerschaft, Wochenbett, Klimakterium, Pensionierung, Entlassung, Beförderung beschrieben wurden und teilweise der Depression selbst ihren Namen gaben, ist zu sehen, dass diese life-events beziehungsweise Schwellensituationen des Lebens nicht per se pathogen sind, sondern immer nur in Verschränkung mit der Persönlichkeitsstruktur dessen, den sie betreffen. Vergleicht man die Auslösesituationen bei Depressiven mit denjenigen anderer psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, so wird deutlich, dass es nicht so sehr das auslösende Ereignis als vielmehr die Antwort auf die pathogene Situation ist, welche für die depressive Reaktion typisch ist. So rangierten in

Tabelle 3

Ursachenvorstellungen bei 286 ambulanten Psychotherapiepatienten (Therapeuteneinschätzung)

	depressiv (n = 101)	nicht-depressiv (n = 185)	Chi²-Test p
Objektverlust	48,5%	42,1%	n.s.
Schwellensituation, Ablösung, Rollenwechsel	45,5%	44,8%	n.s.
Partnerkonflikt	36,6%	26,2%	0,067
Konflikt im Arbeits- und Leistungsbereich	24,7%	26,2%	n.s.
Konflikt im Bereich des Besitzes	3,0%	5,5%	n.s.
Traumatisierung	5,0%	9,3%	n.s.

unserer Institutsambulanz bei 101 Patienten mit der Diagnose einer nicht-psychotischen Depression (ICD-10 F.32 depressive Episode n = 39, ICD-10 F.33 rezidivierende depressive Störung n = 9, ICD-10 F.34.1 Dysthymie n = 53) „Objektverlust" und „Schwellensituation, Ablösung, Rollenwechsel" an der Spitze der Auslösesituationen (Tab. 3). Aber diese Patienten unterschieden sich diesbezüglich nicht von Patienten mit anderen psychischen und psychosomatischen Symptomen. Lediglich im Hinblick auf die Auslösesituation „Partnerschaftskonflikt" fand sich ein tendenzieller Unterschied, was als Hinweis auf die besondere Vulnerabilität depressiver Patienten gegenüber Belastungen der sie tragenden Beziehung verstanden werden kann. Erst aus dieser Strukturiertheit wird verständlich, dass „Verlust", wie es Dörr (1995) formuliert hat, zur wahrhaften „Achillesferse" („Talón de Aquiles") wird – mag er beispielsweise nur „imaginativ" [Janzarik, 1965] oder in einer diskreten Kränkung durch einen eng verbundenen Mitmenschen bestehen.

Im Lichte der Theorie Lacans begegnet der depressiv Strukturierte als ein Subjekt, das die eigene Mangelverfasstheit nicht akzeptieren kann und deshalb der Illusion anhängt, in der narzisstischen Rekrutierung des anderen, in der verschmelzenden Verbindung mit ihm, dieses schon ontologisch gegebene Fehlen an der Fülle des Seins verleugnen zu können. Das daseinsanalytische Konzept hat hier zweifellos verwandte Bezüge. Da der so Strukturierte eben nicht in der Lage ist, den anderen zu substituieren oder zu sublimieren, sondern an ihm hängt wie das Gänsekind Martina an Konrad Lorenz, wird sich bei dessen Distanzierung und Emanzipation ein Nichts auftun, wovor der Depressive dann orientierungslos steht. Er versucht das zu verwerfen, was Lacan (1986) so ausdrückt: „Das Wesen des Objekts, das ist das Fehlgehen". Um Trauer ob dieser Distanzierung, die zu leisten er nicht in der Lage ist, zu vermeiden, kann beispielsweise die tödliche Verklammerung von Mutter und Kind realiter tödlich im erweiterten Suizid enden. Alfred Kraus hat über diese Tragödien, das Schrecklichste, was einem Psychiater begegnen kann, gearbeitet [Okumura, Kraus, 1996]. Gleichwohl ist der Depressive nicht identisch mit der typischen narzisstischen Persönlichkeit, denn diese wird beim Scheitern von Rekrutierungsbedürfnissen eher mit narzisstischer Wut, beispielsweise mit dem Rundumschlag des Amokläufers reagieren, wie wir es gerade auch in der Politik erleben, sofern wir die Diagnose eines Genossen, dessen Herz auch links schlägt, ernst nehmen. Im Morgenmagazin des ZDF meinte am Montag Erhard Eppler, langjähriger Vorsitzender der SPD-Grundwertekommission, zum Vorabdruck von Lafontaines „Das Herz schlägt links": „Lafontaine ist ein Egozentriker, ein Egomane, für den es eigentlich nichts anderes gibt als das eigene Ich und dieser selbstverliebte Narzisst merkt gar nicht und es interessiert ihn auch gar nicht, wie er mit der Partei umgeht, die ihn groß gemacht hat".

Entscheidend wird nun bei der Sanierung der pathogenen Situation sein, die oft „einseitigen" emotionalen Besetzungen (z.B. Ehepartner und Familie) und kognitiven Einengungen so zu amplifizieren, dass die lebensweltliche Verankerung verbreitert wird. Bricht dann eine Stütze, zum Beispiel die familiäre „Bindung" zusammen, kann eine andere wie die berufliche Einbindung kompensierend einspringen. Ein Stück weit können auch bei dieser Amplifizierung des bisherigen engen dual-symbiotischen Lebensentwurfs Techniken hilfreich sein, wie sie von der kognitiven Verhaltenstherapie [Beck et al., 1981] entwickelt wurden.

3. Die Frage drängt sich auf, ob es bei dieser Amplifizierung beziehungsweise Triangulierung der „einseitigen" emotionalen Besetzung und kognitiven Einengung auch in Ansätzen zu einer Umstrukturierung der depressiven Persönlichkeit kommen kann. Das führt uns zum dritten Punkt, wo Psychotherapie in der Behandlung Depressiver anzusetzen hat, nämlich die Struktur, die zur depressiven Störung und melancholischen Abwandlung disponiert, so zu ändern, dass der Betreffende nicht mehr krankheitsanfällig würde. „Das ideale Ziel wäre eine Strukturtherapie. Praktisch verwirklichen lässt sich allein die Situationstherapie" [Janzarik, 1969]. Denn: „Der konservative Grundcharakter des Typus melancholicus setzt hier eine schwer zu überwindende Grenze" [Janzarik, 1980], sofern er sich Änderungen widersetzt – und diese sind ja gefordert. Des weiteren erschweren die alexithymen Charaktermerkmale [Heerlein, 1989], also die Schwierigkeit, Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken, einen psychotherapeutischen Zugang. Die Therapie hat mit dem Paradoxon zu tun, dass sie, wie Kraus in seinem Konzept der Identitätstherapie ausführt, einerseits „auf eine Wiederherstellung, Unterstützung und Kompensation bisheriger Identitätsstrukturen gerichtet sein" muss, „andererseits eine Entwicklung von Ich-Leistungen anzustreben (hat), um damit das Subjekt-Ich zu stärken" (1997), und so eine Autonomisierung zu fördern.

Den Anspruch, „Strukturänderungen" herbeizuführen, haben sowohl kognitive Verfahren als auch psychodynamisch-anthropologische Ansätze. Kognitiven Verfahren geht es darum, die zugrundeliegenden, häufig schon in der Kindheit gebildeten depressogenen kognitiven Schemata zu ändern. Im Zentrum psychodynamisch-anthropologi-

scher Sichtweisen hat die Arbeit am interpersonellen Erlebnismodus zu stehen. So sieht beispielsweise Yalom (1996) ein zentrales Therapieziel in der Verschiebung von der Linderung der Leiden auf eine Veränderung der interpersonalen Funktionen. „Der Therapeut kann beispielsweise nicht Depression an sich behandeln. Man muss vielmehr ‚Depression' ins Interpersonale übersetzen und dann kann man die zugrundeliegende interpersonale Krankheit behandeln." Der Therapeut übersetzt also „Depression" in ihre interpersonalen Elemente – beispielsweise in Passivität und Abhängigkeit, Isolierung, Unterwürfigkeit, Unfähigkeit, Wut auszudrücken, Überempfindlichkeit gegen Trennung – und geht dann in der Therapie auf diese interpersonalen Probleme ein. So verwundert es nicht, dass die IPT, die auf interpersonale Probleme fokussiert, offensichtlich in der Behandlung Depressiver besonders erfolgreich ist. So konnten Frank et al. (1990) zeigen, dass Patienten, die eine Kombination von Psychotherapie und Imipramin erhielten, zu 80% keine Rückfälle mehr hatten, während es bei der alleinigen Anwendung von Imipramin nur 60% waren. Es stellte sich dabei heraus, dass der Erfolg der psychotherapeutischen Intervention entscheidend auf der Fokussierung auf interpersonale Probleme beruhte. Zu bearbeiten wird hier unter anderem sein, wie eine auf Abhängigkeit, „Inkludenz" [Tellenbach, 1961] und kollusive Unterwerfung angelegte Persönlichkeit notwendigerweise Enttäuschungen, Kränkungen erleiden muss, und berechtigte Gefühle von Ärger und Wut wegen dieser Unterwerfung – um Beziehungen nicht zu gefährden – ausgeblendet werden. In der Entdeckung und schließlichen Akzeptanz dieser Nachtseite kann es zu einem Prozess der Integration bislang abgespaltener Gefühlsebenen kommen und damit zu einer Reduktion der charakteristischen Ambiguitätsintoleranz. Gelingt diese Modifikation der strukturellen Verfassung, wird sich die Gefahr depressiver Rezidive bei pathogenen Belastungen reduzieren. Eine Fallskizze soll dies abschließend veranschaulichen.

Eine Fallskizze

Frau R., eine 36-jährige Erzieherin, bietet die typische Symptomatik einer schweren Depression. Ein ähnliches Beschwerdebild, wenn auch nicht so stark und nicht so lange, hatte sie 24-jährig, als sie mit ihrem Mann, einem Internisten, vom Wohnort der Eltern wegzog. Aber auch schon die Heirat – sie heiratete 21-jährig – habe sie ganz unverständlicherweise lange niedergeschlagen gemacht. Sie sei damals von zu Hause ausgezogen, wenn auch zunächst noch am Wohnort der Eltern geblieben. Unter einer antidepressiven Pharmakotherapie waren diese beiden ersten Phasen abgeklungen, die jetzt zu konstatierende drit-

Anzeige

te, verbunden mit hoher Suizidalität, persistiert indessen trotz antidepressiver Medikation. Hier ist an ein Prinzip Tellenbachscher Melancholiebehandlung zu erinnern, dass nämlich dann, wenn somatische Verfahren keinen Erfolg haben, man unbedingt mit dem Patienten „sprechen" müsse. Man muss abklären, ob psychodynamische, psychosoziale Faktoren die Depression aufrechterhalten. Wie war nun die Situation der Patientin, die nicht nur selbst, sondern auch ihre Herkunftsfamilie den Typus melancholicus quasi in reinster Form verkörperten? Zur jetzigen Auslösesituation war die Entdeckung geworden, dass der Ehemann, mit dem sie sich schon immer in einer ganz engen, harmonischen und konfliktfreien Verbindung glaubte, seit fast zwei Jahren eine außereheliche Beziehung unterhielt – und diese nicht selten, wenn die Patientin mit ihren Kindern bei ihren Eltern weilte, in den eigenen „heiligen" Räumen praktizierte. Das zu erfahren, sei für sie eine Katastrophe gewesen. Ihre ganze Welt sei zusammengebrochen, der Boden unter ihr weggezogen worden. „Ich könnte mir nie vorstellen, ein Verhältnis zu einem anderen Mann zu haben."

In der Therapie war nun ganz charakteristisch zunächst für Frau R. ihre Formulierung: „Ich schaffe es nicht, Wut auf meinen Mann und seine Freundin zu haben." Ganz im Sinne des depressiv Abhängigen hatte sie ihren erlernten Beruf aufgegeben und war in der Praxis des Ehemanns tätig. „Es gelingt mir nicht, die Chefin zu sein, die anderen Sprechstundenhilfen fahren mich immer wieder an". Auf der Basis eines guten Arbeitsbündnisses und einer „milden" positiven Übertragung gelingt es jetzt der Patientin, im Durcharbeiten dieser Erlebnisse und ihrer biografischen Verankerung, sich mehr und mehr zu behaupten. „In der Therapie habe ich erst gemerkt, dass ich immer zu allen nett bin, immer Harmonie will und gerade dadurch ausgenutzt werde". Sie setzt jetzt durch, dass der Ehemann radikal mit der Geliebten bricht, und eine Sprechstundenhilfe, die sie in ihrer Autorität immer untergrub, entlassen wird. Sie verspürt jetzt eine „ungeheure Wut auf den Ehemann". Es wäre falsch, nun anzunehmen, dass der Kern der Therapie in einer Katharsis eines Affekts bestände, der bislang nicht zugelassen worden war. Entscheidend ist vielmehr, dass durch die Aufhebung der Abspaltung negativer Gefühle sich die charakteristische Ambiguitätsintoleranz reduziert findet und diese „Aggressivität" jetzt so eingesetzt werden kann, dass die Patientin ihre Beziehungen symmetrisch zu gestalten vermag. Je mehr sie dazu in der Lage war, desto mehr verschwanden die Symptome. Die Behandlung bestand aus einer 60-stündigen tiefenpsychologisch fundierten Therapie. Eine 5-Jahres-Katamnese zeigte keinen Rückfall.

In dieser Therapie verblieb der Therapeut in einer triangulierenden Position. Von hier aus war es der Patientin möglich, ihre Außenbeziehungen auf eine neue Basis zu stellen. In anderen, vor allem längeren Therapien, bleibt es häufig nicht aus, dass sich die ausgeprägte Abhängigkeitsbeziehung jetzt auf den Therapeuten überträgt, er zum „dominierenden Anderen" [Arieti, 1978] wird. Der Therapeut hat hartnäckig diese Abhängigkeitsbedürfnisse anzusprechen. Kritische Bemerkungen hinsichtlich des Therapeuten, mögen sie noch so angedeutet sein, und negative Übertragungstendenzen sind aufzugreifen. Eine 35-jährige manisch-depressive Patientin Rügers, der ihre starke innere Abhängigkeit vom Therapeuten zunehmend bewusst geworden war, bemerkte: „Auf der einen Seite brauche ich Sie, auf der anderen Seite würde ich Sie am liebsten in die Wüste schicken – Sie und ihr Lithium!" Und dies, nachdem sie zuvor ein Jahr lang treu und brav, trotz interkurrenter Schilddrüsenkomplikation, das Lithium eingenommen hatte. „In einem solchen Aufbegehren können sich erstmals Verselbständigungstendenzen des Depressiven andeuten" [Rüger, 1982], um eine bislang gefügige, anklammernde Objektbeziehung zu lockern.

Sicherlich wird eine Strukturänderung, und sei sie auch nur partiell, eher möglich sein, je näher am neurotischen Pol eine Depression gelagert ist. Und sicherlich muss man sich bei vielen melancholisch Erkrankten mit einer „Situationstherapie" begnügen. Wenn es hier aber gelingt, nicht zuletzt durch eine kombinierte Behandlung mit Lithium, Carbamazepin und Antidepressiva die Rezidivrate zu vermindern, ist schon viel gewonnen.

Literatur beim Verfasser

Fazit

Bei Überlegungen zur Genese depressiver Erkrankungen ist heute eine alleinige Zentrierung auf neurobiologische Faktoren ebenso obsolet wie eine ausschließliche Ableitung aus fehlgelaufenen psychosozialen Entwicklungen. Ist eine Depression vielmehr ein biopsychosoziales Geschehen, worauf beispielsweise das häufig anzutreffende Schlüssel-Schloss-Prinzip von pathogener Situation und disponierenden Persönlichkeitsmerkmalen hinweist, dann müssen auch die therapeutischen Interventionen entsprechend breit gefächert sein. Eine Kombination von Psychopharmakotherapie und psychotherapeutischer Haltung ist besonders in der akuten Phase depressiven Krankseins gefordert. Die Sanierung pathogener Situationen wie auch eine mögliche Strukturänderung, die gegen auslösende Belastungen weniger vulnerabel macht, ist hier insbesondere zu beachten: Je psychotherapeutischer der Umgang, desto besser die Compliance und der zusätzliche Plazebo-Effekt; dies erhöht die Wirkung des spezifischen Pharmakons, und dieser Effekt stärkt wiederum das Arbeitsbündnis etc. Diese Zusammenhänge werden anhand der Fallskizze veranschaulicht.

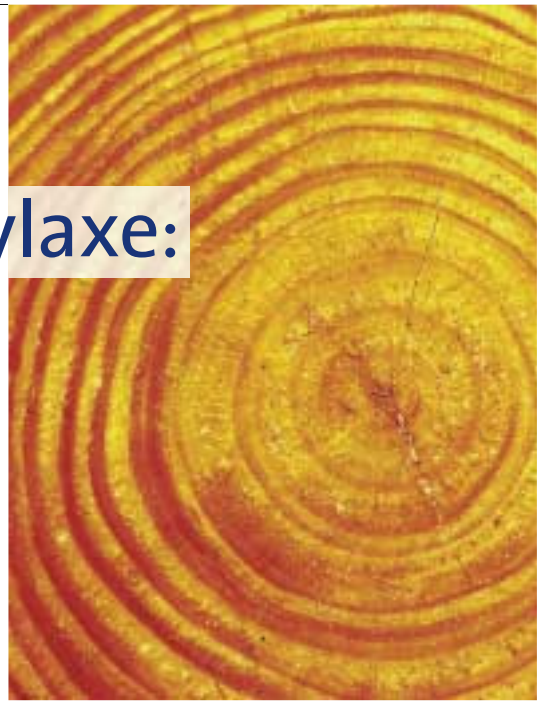
Prof. Dr. Dr. med. Hermann Lang
Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Klinikstr. 3,
97070 Würzburg

Quelle: Fuchs T und Mundt C. (Hrsg.): „Affekt und affektive Störungen – Phänomenologische Konzepte und empirische Befunde im Dialog." Festschrift für Alfred Kraus, Verlag Schöningh, Paderborn 2002

Langzeitbehandlung depressiver Erkrankungen

Therapieziel Rezidivprophylaxe: Wie lang ist langfristig?

U. Voderholzer



Dass die Rezidivhäufigkeit in der Langzeitbehandlung der Depression durch den Einsatz von Antidepressiva vermindert wird, ist zumindest über einen Zeitraum von drei Jahren klinisch bewiesen. Wie lange die optimale Therapie jedoch dauern sollte, um das Rückfallrisiko gering zu halten oder ob sogar lebenslanger Therapiebedarf besteht, ist bislang nicht geklärt. Neben der Psychotherapie sollten auch andere nicht-medikamentöse Strategien als Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden.

Zumindest einmal in ihrem Leben erkranken 17 % aller Menschen an einer schweren depressiven Episode [1]. Der Anteil derer, bei denen es bei nur einer Episode bleibt, ist eher gering und die meisten haben zu einem späteren Zeitpunkt erneut Depressionen.

Rezidivneigung und Chronizität depressiver Erkrankungen

Eine Studie von Solomon und Mitarbeitern [3] zur Rezidivhäufigkeit zeigte, dass fünf Jahre nach einer ersten schweren depressiven Episode lediglich 24% der Patienten rezidivfrei waren (Abb. 1). Das Rezidivrisiko ist von verschiedenen Faktoren abhängig, deren wichtigste in Tabelle 1 dargestellt sind. Darüber hinaus kommt es bei vielen Patienten mit einer schweren depressiven Episode nicht zu einer Vollremission. Einzelne Symptome wie zum Beispiel Schlafstörungen oder Morgentief persistieren oder die depressiven Kernsymptome bleiben in abgeschwächter Form bestehen. Von Patienten mit diesen Beschwerden müssen solche unterschieden werden, die primär an einer Dysthymie, aber zusätzlich an schweren depressiven Episoden leiden. Dieses Phänomen wird mit dem Begriff „doppelte Depression“ („double depression“) bezeichnet.

Angst und Mitarbeiter untersuchten, ob sich das Rezidivrisiko bei unipolarer Depression und bei bipolaren Störungen im Laufe des Lebens verändert. Sie beurteilten in regelmäßigen Abständen 160 Patienten über einen Zeitraum von 20 Jahren. Es zeigte sich, dass das Rezidivrisiko sowohl bei unipolarer Depression als auch bei bipolaren Störungen über den Beobachtungszeitraum konstant blieb, wobei das Risiko bei bipolaren Störungen mit durchschnittlich 0,4 Episoden pro Jahr doppelt so hoch war wie bei unipolarer Depression (0,2 Episoden). Nach Meinung der Autoren sprechen die Ergebnisse der Langzeitstudie für eine lebenslange prophylaktische Therapie bei affektiven Störungen.

Tabelle 1

Wichtigste Risikofaktoren für die Rezidivhäufigkeit bei Major Depression:

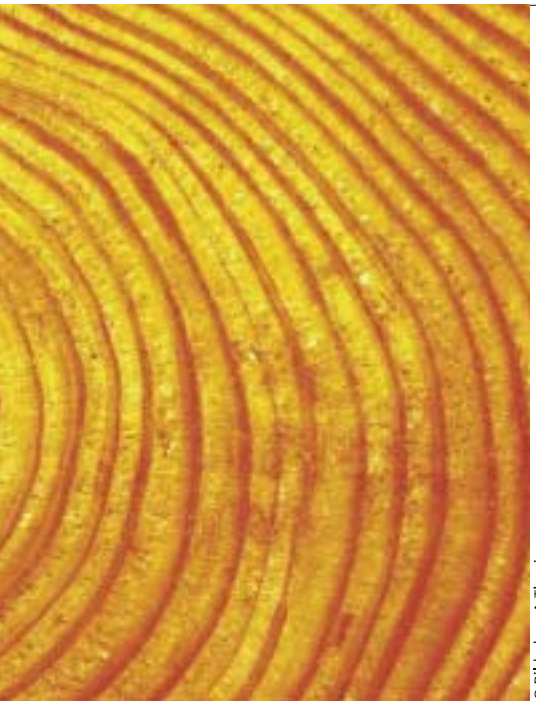
- bereits zahlreiche Episoden in der Anamnese
- frühes Ersterkrankungsalter
- unvollständige Remission nach einer Episode
- Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen, z. B. Alkoholmissbrauch oder Angststörungen
- chronische körperliche Erkrankungen

Die hohe Prävalenz depressiver Erkrankungen, ihre Rezidivneigung und die damit verbundenen Beeinträchtigungen beruflicher und sozialer Funktionsfähigkeit sind der Grund dafür, warum das Krankheitsbild bei den durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahren (years of life lived with disability = YLLs) nach Angaben des WHO-Reports 2001 auf Platz 1 unter allen Erkrankungen rangiert [2].

Was ist in der Langzeittherapie evidenz-basiert?

In der Therapie der Depression muss die Akut- von der Erhaltungstherapie unmittelbar nach Abklingen der depressiven Episode und der Langzeittherapie im Sinne der Rezidivprophylaxe unterschieden werden.

Wenn heutzutage betont wird, dass die Therapie psychischer Erkrankungen nach evidenzbasierter Medizin erfolgen soll, muss bedacht werden, dass der größte Teil randomisierter und plazebokontrollierter Therapiestudien (RCTs) bei Depression, die Akuttherapie mit Behandlungszeiträumen von vier bis sechs Wochen betreffen. In der Erhaltungs- und insbesondere in der Langzeittherapie sind RCTs, die in der Hierarchisierung der Evidenz mit der höchsten Qualitätsstufe bewertet werden, sehr viel seltener durchgeführt worden. Für die Praxis ist es jedoch sehr wichtig, dass auch die Langzeittherapie depressiver Erkrankungen wissenschaftlich belegt ist. Sollen



© Bilderbox, A-Thening

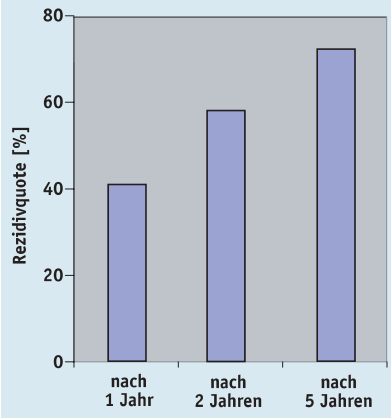
Patienten mit mehreren Rezidiven und unvollständiger Remission jahrelang oder jahrzehntelang mit Antidepressiva behandelt werden? Nachfolgend ist die aktuelle Datenlage zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe aufgeführt.

Erhaltungstherapie nach Abklingen einer depressiven Episode

Der Nutzen einer Weiterbehandlung mit Antidepressiva nach Abklingen einer depressiven Episode konnte sowohl für viele der klassischen als auch für die neueren Antidepressiva belegt werden. Für trizyklische Antidepressiva (TZA) wurden zwischen 1960 und 1980 mehrere Plazebo-kontrollierte Erhaltungstherapiestudien mit Imipramin oder Amitriptylin durchgeführt. Im Durchschnitt erlitten etwa 50 % der Patienten in den Plazebogruppen, dagegen nur zirka 20 % unter TZA Rückfälle in die depressive Symptomatik [5].

Abbildung 1

Rezidivhäufigkeit nach der ersten Episode einer Major Depression



Solomon et al. Am J Psychiatry. 2000; 157:229–33

In neueren Studien wurden selektive Serotoninwiederaufnahme-Hemmer (SSRIs) oder andere Substanzen auch über längere Zeiträume untersucht, um so die optimale Behandlungsspanne für die Erhaltungstherapie zu ermitteln. Von 300 Patienten, die innerhalb eines achtwöchigen Zeitraums auf Sertralin im Rahmen der Akutbehandlung angesprochen hatten, wurden 185 Patienten im Rahmen einer randomisierten Doppelblindstudie entweder mit Sertralin oder mit Plazebo weiterbehandelt. Nach zehn Monaten hatten 46 % der Patienten unter Plazebo einen Rückfall gegenüber nur 13 % unter Sertralin. Die Mehrzahl der Rückfälle ereignete sich innerhalb der ersten sechs Monate der Erhaltungstherapie [6]. Eine Metaanalyse verschiedener kontrollierter Erhaltungstherapiestudien mit SSRIs ergab Rückfallquoten zwischen 7 % und 26 %, im Vergleich zu 33 % bis 56 % unter Plazebo [5].

In einer Plazebo-kontrollierten Studie mit Fluoxetin wurde analysiert, ob die Rückfallhäufigkeit mit zeitlichem Abstand zur Akutbehandlung abnimmt [7]. Dazu wurden drei Zeiträume verglichen: 12–24 Wochen, 26–38 Wochen sowie 50–62 Wochen nach der Akutbehandlung. Es zeigte sich, dass der rückfallprophylaktische Effekt umso größer war, je kürzer der Abstand zur Akutbehandlung war. Die Autoren schlussfolgerten aus der Fluoxetinstudie, dass eine Erhaltungstherapie mindestens über drei bis neun Monate nach einer akuten depressiven Episode erfolgen sollte; nach neun Monaten scheint der Nutzen nur noch gering zu sein. Für die Praxis ergeben sich aus den Erhaltungstherapiestudien Konsequenzen, die in Tabelle 2 zusammengefasst sind.

Tabelle 2

Empfehlungen für eine antidepressive Erhaltungstherapie:

- Dauer von sechs bis neun Monaten nach Abklingen einer depressiven Episode
- Verwendung der gleichen Substanz, unter der die Remission eingetreten ist
- keine Dosisverminderung, das heißt Beibehaltung der Dosis wie in der Akutbehandlung
- Verlängerung der Erhaltungstherapie zum Beispiel auf ein bis eineinhalb Jahre bei langen Episoden in der Anamnese
- langsames Ausschleichen der Erhaltungstherapie, um Entzugssyndrom zu vermeiden
- sorgfältige Beobachtung der Patienten nach Ausschleichen
- erneute Erhaltungstherapie für sechs Monate bei Symptomverschlechterung nach Absetzen
- kombinierte Erhaltungstherapie mit Antidepressivum plus Lithium bei Patienten mit Remission nach Lithium-Augmentation

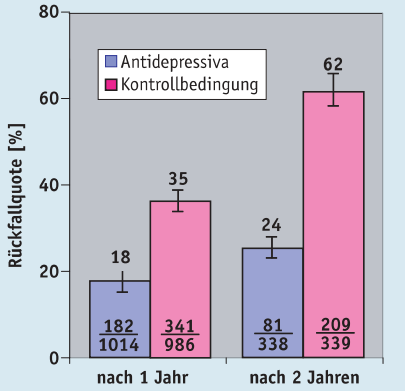
Prophylaxe bei rezidivierender unipolarer Depression und chronischen Verläufen

Entgegen der früheren Lehrmeinung, dass die Mehrzahl der Patienten zwischen den Episoden gesund ist, hat die Forschung der letzten Jahre deutlich gezeigt, dass bei einem beträchtlichen Teil Chronifizierungen eintreten beziehungsweise residuale depressive Symptome zurückbleiben. Etwa 20–30 % der Patienten mit Major Depression sind von einem chronischen Verlauf betroffen [8]. Da der Langzeitverlauf häufig fluktuierend ist, wird das Konzept einer diagnostischen Einteilung in Major Depression ohne vollständige Remission beziehungsweise dysthyme Störung mit Episoden von Major Depression im Sinne einer „Doppel-Depression“ nicht von allen Autoren als sinnvoll erachtet.

Für die Langzeitbehandlung unipolarer Depressionen kann zur Rezidivprophylaxe entweder das Antidepressivum, unter dem die Remission erreicht wurde oder Lithium verwendet werden. Eine Metaanalyse aller bis zum Jahre 2003 veröffentlichten Studien zur Rezidivprophylaxe, bei denen die Patienten zuvor eine vier- bis sechsmonatige Erhaltungstherapie durchliefen, ergab innerhalb von zwei Jahren eine Rezidivhäufigkeit von zirka 25 % unter Antidepressiva im Ver-

Abbildung 2

Rückfallraten unter Antidepressiva versus Plazebo nach vorausgegangener vier- bis sechsmonatiger Erhaltungstherapie (Daten verschiedener Studien)



Geddes et al. Lancet. 2003; 361:653–61

gleich zu 62% unter Plazebo [9] (Abb. 2). Diese Daten sprechen dafür, dass das Rezidivrisiko mittels Langzeittherapie mehr als halbiert werden kann. Der Unterschied zwischen der Rückfallquote unter Antidepressiva und Plazebo war nach zwei Jahren sogar noch deutlicher ausgeprägt als nach einem Jahr (18% unter Antidepressiva versus 35% Rückfälle unter Plazebo, Abb. 2).

Bei wenigen Studien der Metaanalyse von Geddes betrug der Untersuchungszeitraum drei Jahre. Dabei zeigte sich, dass das absolute Risiko eines Rezidivs im ersten Jahr am größten war. Reynolds und Mitabeiter [10] untersuchten den rezidivprophylaktischen Effekt von Nortryptilin über drei Jahre bei 41 älteren Patienten, die zuvor unter Nortryptilin remittiert waren und verglichen zwei Plasmaspiegelbereiche (40–60 ng/ml und 80–120 ng/ml). 40% der Patienten hatten unter der niedrigen, 29% unter der höheren Dosierung ein Rezidiv, wobei der Unterschied nicht signifikant war. Die meisten Rückfälle ereigneten sich auch in dieser Studie im ersten Jahr.

Streng genommen gelten die oben getroffenen Aussagen nur für Responder in der antidepressiven Akuttherapie, da in vielen Studien nur solche Patienten eingeschlossen wurden. Darüber hinaus ist die Beurteilung des rezidivprophylaktischen Effektes schwierig, weil in vielen Studien zur Rezidivprophylaxe nicht klar differenziert wurde zwischen tatsächlichen Rezidiven nach vorheriger Vollremission oder Rückfällen nach unvollständiger Remission. Um den Effekt genau beurteilen zu können, müssen Patienten nach Abklingen der depressiven Episode und nach Ende der sechsmonatigen Erhaltungstherapie für einen gewissen Zeitraum von den Medikamenten abgesetzt werden. Diejenigen Patienten, die medikamentenfrei kein rasches Rezidiv erleiden, wären dann geeignet, um den langfristigen rezidivprophylaktischen Effekt von Antidepressiva zu überprüfen.

Diese Studienbedingungen wählten Lepine und Mitarbeiter [11]: 288 Patienten erhielten über 18 Monate doppelblind entweder Sertralin (50 mg oder 100 mg) oder Plazebo (nach Vorbehandlung mit Sertralin). Nur diejenigen Patienten, die in dieser Plazebophase keinen Rückfall erlitten, nahmen daraufhin an der Rezidivprophylaxe-Studie teil. In der Vorgeschichte mussten die Patienten bereits mindestens drei depressive Episoden erlitten haben (Hochrisikopopulation). Nach 18 Monaten wurde bei 33% der Plazebopatienten ein Rezidiv diagnostiziert verglichen mit nur 17% in der Sertralin-Gruppe (Abb. 3). In Bezug auf die rezidivprophylaktische Wirkung unterschieden sich 50 mg und 100 mg Sertralin nicht.

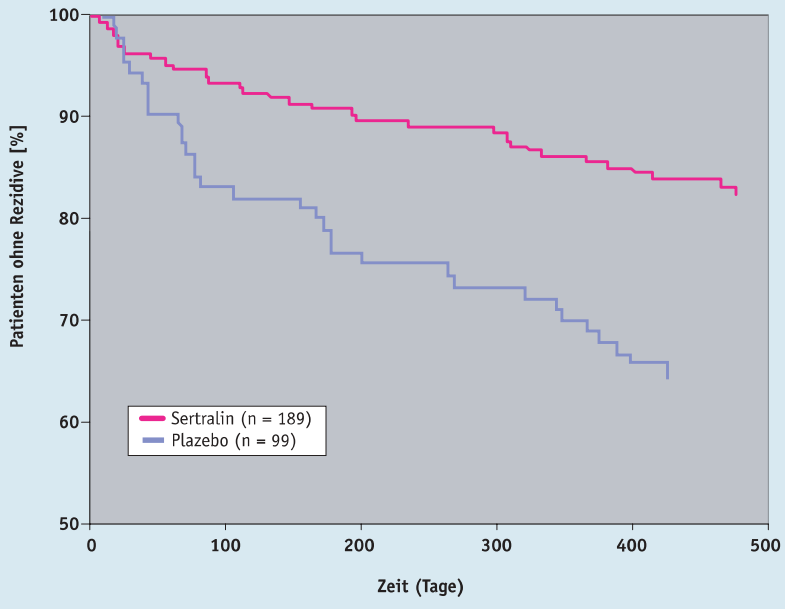
Auch die Wirkung von Lithium in der Langzeittherapie unipolarer rezidivierender Depressionen konnte in Metaanalysen belegt werden [12]. Da jedoch zu wenig groß angelegte Vergleichsstudien durchgeführt wurden, ist keine klare Schlussfolgerung zu ziehen, ob eine Prophylaxe mit Lithium im Vergleich zu Antidepressiva bei unipolarer Depression effektiver ist. Es gibt aber zahlreiche Hinweise, dass unabhängig vom prophylaktischen Effekt bezüglich neuer Episoden das Suizidrisiko unter Lithium vermindert werden kann.

Rezidivprophylaxe bei bipolaren Störungen

Eine Übersicht von Geddes und Mitarbeitern [13], in der die methodisch besten Studien einer Metaanalyse unterzogen wurden, konnte eindeutig zeigen, dass eine Lithiumprophylaxe sowohl das Risiko depressiver als auch manischer Episoden vermindern kann. Die Auswertung ergab jedoch, dass die Risikoreduktion bei Patienten mit Rückfällen unter Lithium mit zirka 25% im Vergleich zu 32% unter Plazebo eher gering war.

Abbildung 3

Zeit bis zum Rückfall nach Remission bei Patienten mit rezidivierender Major Depression



Lepine et al. Am J Psychiatry. 2004; 161: 836–42

In einer Langzeitstudie wurde der rezidivprophylaktische Effekt von Lithium und Valproat über ein Jahr verglichen [14]. Hinsichtlich der primären Outcome-Kriterien, das heißt, der Zeit bis zum Rückfall in eine affektive Episode, waren beide Substanzen vergleichbar wirksam. Patienten mit häufigen Phasen und gemischten Symptomen profitierten deutlicher von Valproat.

Entzugssyndrom – klinisch zu wenig beachtet

Wenn eine Erhaltungstherapie oder Rezidivprophylaxe beendet wird, sollte das Antidepressivum langsam ausgeschlichen werden. Ein abruptes Absetzen, eine Dosisreduktion oder auch nur die unzuverlässige Einnahme und das Auslassen einiger Dosen kann ein Antidepressiva-Entzugssyndrom verursachen [15], das unmittelbar auftreten und einige Tage bis zu zwei Wochen anhalten kann. Typische Symptome sind Ängstlichkeit, Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Grippegefühl, Benommenheit, Schwindel, Müdigkeit, Übelkeit, muskuläre Schmerzen, Kribbelparästhesien und depressive Symptome. Derartige Entzugssyndrome wurden nach Absetzen von trizyklischen Antidepressiva und SSRIs mit eher kurzer Halbwertszeit sowie nach Venlafaxin beschrieben, kaum dagegen nach Absetzen von Bupropion, Fluoxetin oder Mirtazapin.

Psychotherapie

Psychotherapie ist als alleinige Behandlungsmethode bei leichten und mittelschweren Depressionen ebenso wirksam wie Antidepressiva, benötigt jedoch einen längeren Zeitraum bis die Wirkung eintritt. Eine Kombinationstherapie mit Antidepressiva und Psychotherapie führt zu einer höheren Remissionsrate als eine alleinige Antidepressiva-Therapie. Auch das Rückfallrisiko nach vorheriger Remission kann durch eine zusätzliche Psychotherapie gesenkt werden, wie es vor allem für die kognitive Verhaltenstherapie gezeigt werden konnte [16].

Paykel und Mitarbeiter [17] verglichen die rezidivprophylaktische Wirkung kognitiver Verhaltenstherapie in Kombination mit einem Antidepressivum über einen Zeitraum von 68 Wochen mit einer Kontrollgruppe und zeigten, dass zirka 70 % unter Kombinationsbehandlung, dagegen nur zirka 50 % in der Kontrollgruppe ohne Rezidiv blieben.

Auch in der Behandlung der chronischen Depression hat sich die Kombination eines Antidepressivums mit einer spezifischen Psychotherapie, wie der kognitiven Verhaltensanalyse-Systemtherapie (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, CBASP) [18] als wirksamer als die alleinige Antidepressivagabe erwiesen [19]. In der CBASP, die viele Elemente kognitiv-behavioraler Therapie der Depression enthält, wird vor allem auf die Veränderung charakteristischer Denkmuster chronisch Depressiver (z. B. egozentrische Denkmuster, Unfähigkeit zu echtem Mitgefühl und emotionale Dysregulation, die oft den Denkmustern vier- bis siebenjähriger Kinder entspricht) fokussiert.

Beeinflussen Antidepressiva den Langzeitverlauf affektiver Erkrankungen?

Die bisherigen Studien zur Rezidivprophylaxe, die über zwei bis maximal drei Jahre durchgeführt wurden, belegen, dass die Prophylaxe mit Antidepressiva die Rezidivhäufigkeit vermindern und damit den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen kann. Der Nutzen einer Therapie auch über längere Zeit, eventuell sogar lebenslang, ist bisher nicht bewiesen. Die Risikoreduktion durch Antidepressiva über zwei Jahre, die in der Metaanalyse von Geddes und Mitarbeitern [9] tendenziell stärker als im ersten Jahr der Prophylaxe ausgeprägt war, spricht nicht dafür, dass es bei jahrelanger Therapie zu einem Nachlassen des Effektes im Sinne einer Toleranzentwicklung kommt. Es ist dennoch nicht ganz auszuschließen, dass sich durch langfristige Antidepressivagabe bei einem Teil der Patienten der Verlauf durch Toleranzentwicklungen und Wirkverluste und über Jahre hinweg verstärkte Rebound-Effekte, die die Rezidivhäufigkeit erhöhen [4], auch verschlechtern kann. Klinisch wird immer wieder beobachtet, dass Patienten, die einmal auf ein Antidepressivum angesprochen haben, bei einem späteren Rezidiv auf die gleiche Therapie nicht mehr ansprechen. Darüber hinaus berichteten Viguera und Mitarbeiter [20] über eine positive Korrelation zwischen der Länge der antidepressiven Therapie und dem Risiko eines Rezidivs nach Absetzen der Medikation. Aufgrund solcher Hinweise kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei lang andauernder Therapie mit Antidepressiva Toleranzphänomene auftreten könnten. Hier besteht noch großer Forschungsbedarf. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, neben Antidepressiva und Psychotherapie auch andere Therapieformen wie etwa Lichttherapie, körperliches Training sowie EKT bei schweren therapieresistenten Fällen in das Behandlungsspektrum bei Langzeitbehandlung depressiver Erkrankungen einzubeziehen.

Literatur beim Verfasser

Fazit

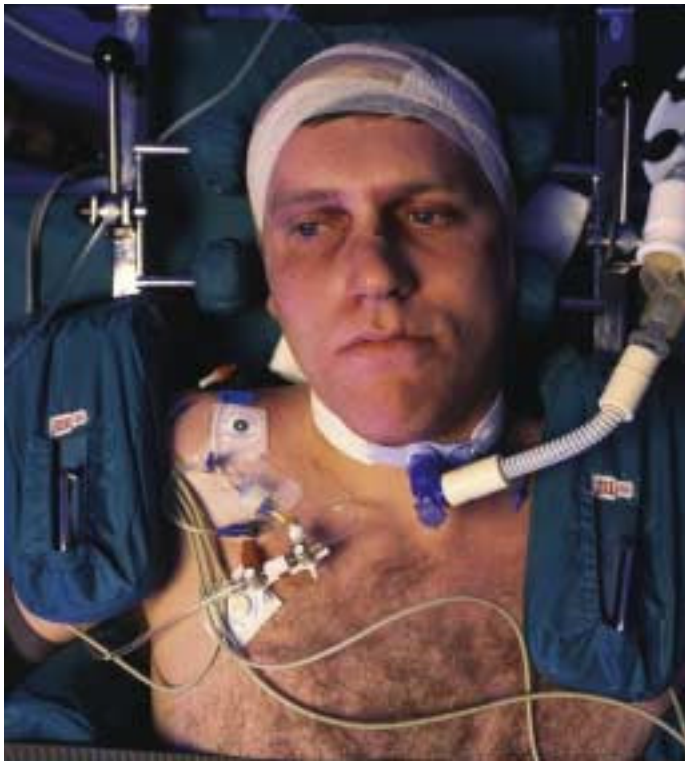
Die bisherigen Studien sprechen bei rezidivierender Depression für eine prophylaktische Wirksamkeit von Antidepressiva in der Langzeittherapie. Das Rückfallrisiko, das innerhalb von zwei Jahren zirka 50–60 % ohne Behandlung beträgt, kann mit einem Antidepressivum etwa auf die Hälfte gesenkt werden. Ein Nachlassen der Wirksamkeit in diesen zwei Jahren kann durch Studien nicht belegt werden. Ob auch die Langzeittherapie, die wegen der hohen Rezidivhäufigkeit bei vielen Patienten veranlasst wird, effektiv ist, lässt sich nach den strengen Kriterien der evidenzbasierten Medizin derzeit nicht klären. Die Wirksamkeit einer Psychotherapie – in erster Linie kognitiv-behaviorale Therapien – als Rezidivprophylaxe in der Langzeitbehandlung sowie zur Behandlung chronischer Depressionen ist ebenfalls bewiesen.

PD Dr. med. Ulrich Voderholzer
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Freiburg, Hauptstr. 5, 79104 Freiburg,
E-Mail: ulrich_voderholzer@psyallg.ukl.uni-freiburg.de

Unfallfolge Hypophyseninsuffizienz

Hormonmangel nach jedem zweiten Schädel-Hirn-Trauma?

H. J. Schneider, M. Schneider, F. V. Rosen, E. Uhl, G. K. Stalla



© Mauritius, Mittenwald

Bei diesem Patienten sollte auch die Hypophysenfunktion überwacht werden.

Nach Schädel-Hirn-Traumata sind Verletzungen der Hirnanhangsdrüse viel häufiger als bisher gedacht: Untersuchungen neueren Datums zeigen, dass bei 30–50 % aller Kopfverletzungen mit Hypophysen-Funktionsausfällen zu rechnen ist. Prognose, Heilungsverlauf und Lebensqualität werden dadurch deutlich beeinträchtigt. Nach mittelschweren und schweren Unfällen sowie bei klinischem Verdacht wird deshalb eine Überprüfung der Hypophysenfunktion empfohlen.

Das Schädel-Hirn-Trauma (SHT) hat in Deutschland eine Inzidenz von 200.000 pro Jahr. 30.000–40.000 der Patienten erleiden ein schweres SHT. Die Letalität des schweren SHT liegt bei 50 % [9]. Bis vor wenigen Jahren wurde angenommen, dass eine Hypophyseninsuffizienz nach SHT zu den seltenen Komplikationen zählt. In einer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2000 wurden weltweit seit den 1950er-Jahren nur 367 Fälle beschrieben [2]. Neuere systematische Arbeiten haben jedoch gezeigt, dass eine posttraumatische Hypophyseninsuffizienz weitaus häufiger auftritt.

Typische Symptome

Die Symptomatik der Hypophysenvorderlappeninsuffizienz ist bedingt durch Ausfälle einzelner oder mehrerer Hypophysenpartialfunktionen (thyreo-, kortiko-, gonado- und somatotrop). Typische Symptome sind:

- Müdigkeit,
- Abgeschlagenheit,
- Depressivität,
- Schlafstörungen,
- Oligomenorrhö,
- Libidoverlust,
- Gewichtsveränderungen,
- Hypotonie.

Eine Hypophysenhinterlappeninsuffizienz manifestiert sich durch einen Diabetes insipidus mit einer Polyurie von 5–15 l/Tag und einer Polydipsie.

Diagnose schwierig, aber lebenswichtig

Typische klinische Probleme nach schwerem SHT sind lang anhaltende Bewusstseinsstörungen, schwere Antriebs- und Aufmerksamkeitsstörungen, Depressionen sowie Schlafstörungen; sie können eine Hypophysenvorderlappeninsuffizi-

enz maskieren. Die Tatsache, dass Folgeerscheinungen eines SHT und Symptome der Hypophysenvorderlappeninsuffizienz einander ähneln können, erschwert die Diagnose zusätzlich.

Eine adäquate Diagnose und Therapie ist aber nicht nur zur Vermeidung lebensbedrohlicher Stoffwechselentgleisungen wichtig, es ist auch durchaus denkbar, dass die Folgeerscheinungen nach SHT durch Hormonmangelzustände aggraviert werden und eine Hormonsubstitution durch neuroprotektive, anabole und Stoffwechsel regulierende Eigenschaften positive Effekte auf den Rehabilitationsverlauf ausüben könnte.

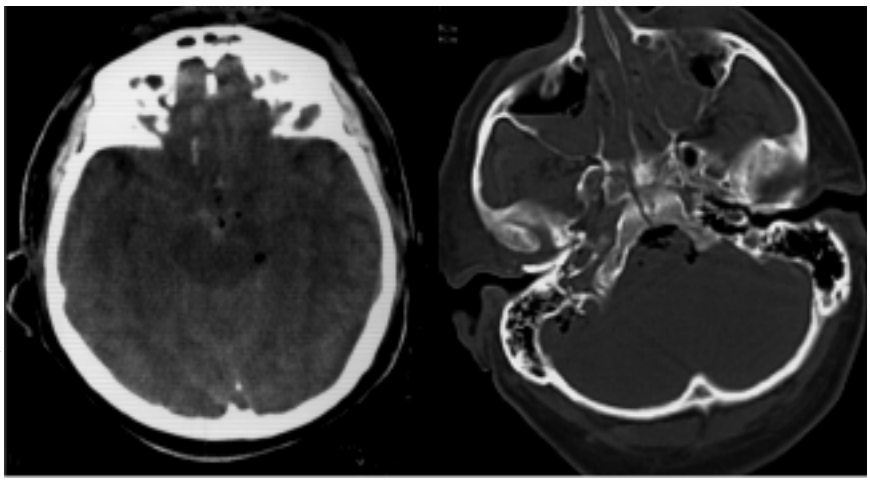
Patienten, die nach SHT keine Hypophyseninsuffizienz entwickelten, hatten signifikant bessere Prognosen [6]. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass die Patienten mit Hypophysenvorderlappeninsuffizienz auch ein schwereres Verletzungsmuster hatten.

Die ersten Tage nach dem Trauma

In den ersten Tagen und Wochen nach SHT kommt es zu verschiedenen, zum Teil in der Literatur widersprüchlich beschriebenen, hormonellen Veränderungen. Es ist nicht klar, ob diese Veränderungen durch die kritische Erkrankung oder die Hirnverletzung ausgelöst wurden.

Hypophyseninsuffizienz nach Schädel-Hirn-Trauma – Wie häufig ist sie und was ist zu tun?

Das Schädel-Hirn-Trauma (SHT) hat in Deutschland eine Inzidenz von zirka 200.000/Jahr. Entgegen bisheriger Annahmen ist eine Hypophyseninsuffizienz mit einer Prävalenz von 30–50 % eine häufige Komplikation des SHT. Da die Symptome oft unspezifisch sind und durch die Folgen des SHT maskiert werden können, wird diese oft nicht erkannt und kann möglicherweise die Symptomatik des SHT aggravieren. Es ist daher empfehlenswert, bei Patienten nach SHT eine Untersuchung zum Ausschluss einer Hypophyseninsuffizienz mittels der Messung basaler Hormonspiegel, gegebenenfalls in Kombination mit Stimulationstests, durchzuführen.



© Dr. M. Schneider, München

Schädel-CT nach offenem SHT (Treppensturz) bei einem 58-jährigen Mann: Sichtbar sind bifrontale Kontusionen, Lufteinschlüsse perimesenzephal, ein Hirnödem und eine Clivusfraktur. Posttraumatisch bestand eine komplette HVL-Insuffizienz. Die Hydrokortisonsubstitution führte zu einer dramatischen Besserung der Vigilanz und Kontaktfähigkeit. Der Patient wird mit Hydrokortison, Testosteron, L-Thyroxin und Wachstumshormon substituiert.

In der Regel werden erhöhte Kortisolspiegel beschrieben, die mit dem Schweregrad des Traumas korrelieren. Bei Patienten mit schwerstem SHT finden sich allerdings auch erniedrigte Kortisolspiegel [11].

Einige Autoren fanden eine überschießende GH-Antwort auf GH-Releasing-Hormone (GHRH), die mit der Schwere der Verletzungen, nicht jedoch mit dem klinischen Verlauf korrelierten. Andere fanden, dass bei Patienten, die nicht überlebten, im Gegensatz zu Überlebenden ein GH-Anstieg auf GHRH-Administration fehlte [4].

Die Schilddrüsenhormonachse ist supprimiert, wobei niedrige TSH- und T3-Werte mit schwererer Verletzung, stärkeren klinischen Beeinträchtigungen und schlechter Prognose einhergehen. Überdies wurde bei Nichtüberlebenden eine fehlende Stimulierbarkeit von TSH durch das Thyreotropin-Releasing-Hormone gefunden [4].

Häufig tritt ein Hypogonadismus auf. Es wurde auch eine Korrelation zwischen Testosteronabfall und Schweregrad des Traumas gefunden [10].

Noch nach Jahren endokrine Störungen

Autoptische Studien haben gezeigt, dass es nach einem SHT häufig zu Nekrosen und Einblutungen in die Hypophyse (26–86 %) und in die Hypothalamusregion (43 %) kommt [2]. In verschiedenen langfristigen Untersuchungen (über Jahre nach SHT-Ereignis) konnten Beeinträchtigungen der Hypophysenfunktion nachgewiesen werden (gonado-, somato- und thyreotrope Funktion, niedriges Morgenkortisol, Testosteron- und Wachstumshormonmangel) [1–8].

In einer prospektiven Studie, die wir derzeit durchführen, haben wir bei 72 Patienten in über 40 % der Fälle partielle Insuffizienzen hypophysärer Achsen gefunden. Hier waren vor allem die kortiko- und somatotrope Achse betroffen (unveröffentlichte Daten). Zusammenfassend zeigen die Studien, dass eine posttraumatische Hypophyseninsuffizienz mit einer Prävalenz von 30–50 % wesentlich häufiger ist als bisher angenommen.

Was schädigt die Hypophyse?

Die Datenlage zu potenziellen Risikofaktoren, die für eine Hypophysenvorderlappeninsuffizienz nach SHT prädisponieren, ist noch dünn. Diskutiert werden Hirnödeme, zerebrale Hypoxie oder Hypotension [6] und Schädelbasisfraktur [8]. Insgesamt scheint der Schweregrad des SHT nicht mit der Häufigkeit einer posttraumatischen Hypophyseninsuffizenz zu korrelieren, allerdings sind vor

allem Patienten mit schwerem oder mittelschwerem SHT betroffen.

Reversibel oder persistierend?

Die Diagnose einer posttraumatischen Hypophysenvorderlappeninsuffizienz wird in den meisten Fällen (71 %) innerhalb eines Jahres, teilweise aber auch erst Jahrzehnte nach dem Trauma gestellt [2]. Aufgrund der unspezifischen Symptomatik ist es jedoch nicht klar, wann sie sich entwickelt hat.

Hormonelle Veränderungen in der Akutphase können reversibel sein, es ist aber auch denkbar, dass sie in eine persistierende Hypophyseninsuffizienz übergehen. In Einzelfällen wurden auch spontane Rückbildungen einer posttraumatischen Hypophyseninsuffizienz vor allem der gonadotropen Achse beschrieben [3, 5].

Was ist zu tun?

Es bedarf noch weiterer Forschung, um die Frage des Verlaufs, der klinischen Relevanz und des Substitutionsbedarfs einer posttraumatischen Hypophyseninsuffizienz zu klären. Bis weitere Daten vorliegen, empfiehlt es sich, bei jedem Patienten nach schwerem und mittelschwerem SHT und zusätzlich bei allen SHT-Patienten, die klinische Zeichen einer Hypophyseninsuffizienz aufweisen, die Hypophysenfunktion zu testen. Sinnvoll wäre eine Untersuchung in der Postakutphase (bei Übernahme in die Rehabilitationseinrichtung und zusätzlich drei Monate nach SHT) und – auch bei Patienten, die zuvor endokrinologisch unauffällig waren – in der chronischen Phase (zirka neun bis zwölf Monate nach SHT). Endokrinologisch untersucht werden sollten, wenn klinische Hinweise auf eine Hypophyseninsuffizienz bestehen, auch alle Patienten, bei denen ein SHT zwölf Monate oder länger zurückliegt und eine endokrinologische Testung noch nie zuvor durchgeführt wurde.

Hormon-Screening liefert Klarheit

Eine Insuffizienz der thyreotropen, gonadotropen oder (mit Einschränkungen) der kortikotropen Achse lässt sich in den meisten Fällen durch basale Hormonmessungen diagnostizieren. Ein entsprechendes Screening-Programm könnte daher die Messung von Morgenkortisol, Testosteron/Östradiol, LH, FSH, IGF-1, TSH, T3, fT4 und Prolaktin umfassen. Die Interpretation der Werte sollte ein Endokrinologe vornehmen. In Grenzfällen muss ein zusätzlicher Stimulationstest eingesetzt werden. Ein Wachstumshormonmangel lässt sich nur durch Stimulationstests diagnostizieren, da häufig auch ein normaler IGF-1-Wert diesen nicht ausschließt.

Den Goldstandard zur Überprüfung der somato- und kortikotropen Funktion stellt der Insulin-Hypoglykämie-Test dar. Dieser Test kann jedoch für den Patienten unangenehm sein und ist bei erhöhtem Risiko für epileptische Anfälle (SHT!) sowie Herzerkrankungen kontraindiziert. Alternativ kann hier zur Überprüfung der GH-Sekretion der GHRH-Arginin-Test und zur Prüfung der Nebennierenrindenfunktion der ACTH-Kurztest verwendet werden. Da es bei eingeschränkter ACTH-Sekretion nach einigen Wochen regelhaft zu einer Nebennierenrindenatrophie kommt, kann dieser Test auch zur Erfassung einer sekundären Nebennierenrindeninsuffizienz verwendet werden.

Fehlende Hormone substituieren

Bei nachgewiesenem Hypokortisolismus oder Schilddrüsenhormonmangel kann eine sofortige Substitution eingeleitet werden. Hierbei muss beachtet werden, dass die Glukokortikoidsubstitution mindestens einen Tag vor der Schilddrüsenhormonsubstitution eingeleitet wird, da Schilddrüsenhormone den Glukokortikoidbedarf erhöhen und somit eine Nebennierenrindeninsuffizienz begünstigen können.

Eine Sexualhormonsubstitution kann bei Vorliegen eines Hypogonadismus unter Beachtung der entsprechenden Kontraindikationen eingeleitet werden. Bei Patienten mit nicht traumatischem Wachstumshormonmangel konnten positive Effekte einer GH-Substitution auf Stoffwechsel, Körperzusammensetzung, Knochen und Wohlbefinden gezeigt werden. Es ist anzunehmen, dass eine GH-Substitution auch bei Patienten, die nach SHT einen Wachstumshormonmangel entwickeln, positive Auswirkungen hat. Die Datenlage ist allerdings noch dünn, die Entscheidung zu einer Substitution sollte daher auf individueller Basis getroffen werden.

Literatur bei den Verfassern

Fazit

- Eine Hypophyseninsuffizienz ist mit einer Prävalenz von 30–50 % eine häufige Komplikation des SHT.
- Eine Testung der Hypophysenfunktion empfiehlt sich bei Patienten mit Zustand nach schwerem und mittelschwerem SHT und allen SHT-Patienten, bei denen der klinische Verdacht auf eine Hypophyseninsuffizienz besteht.
- Zur Testung der Hypophysenfunktion können basale Hormonspiegel (Morgenkortisol, Testosteron/Östradiol, LH, FSH, IGF-1, TSH, T3, fT4 und Prolaktin) gemessen werden. Diese müssen gegebenenfalls durch Stimulationstests ergänzt werden.
- Bis weitere Daten über den natürlichen Verlauf vorliegen, empfiehlt es sich, eine Testung der Hypophysenfunktion in der Rehabilitationsphase und erneut neun bis zwölf Monate nach dem Trauma durchzuführen.

Prof. Dr. med. Günter Karl Stalla
Max-Planck-Institut für Psychiatrie,
Innere Medizin, Endokrinologie
und Klinische Chemie,
Kraepelinstr. 10, 80804 München,
E-Mail: stalla@mpipsykl.mpg.de

Depression: Führen Verbesserungen somatischer Symptome zu höheren Remissionsraten?

Die Depression ist eine chronische Erkrankung, die sich neben psychischen Symptomen auch in körperlichen Beschwerden, insbesondere Schmerzen äußern kann. Die derzeit zur Verfügung stehenden Antidepressiva fokussieren vor allem auf psychische, weniger auf körperliche schmerzhafte Beschwerden. Können durch die Verminderung beider Symptomformen höhere Remissonsraten erreicht werden?

Aus zwei unabhängig randomisierten Doppelblindstudien über neun Wochen mit 60 mg Duloxetin einmal täglich (n = 251) und Plazebo (n = 261) wurden die Daten gepoolt. Alle Patienten erfüllten die Kriterien für eine DSM-IV Major Depressive Disorder (bestätigt durch das Mini-International Neuropsychiatric Interview). Die Wirksamkeit wurde mit sieben gängigen Depressions- und Schmerz-Scores wie der „Hamilton Rating Scale for Depression" (HAM-D-17) und der „Visual Analog Scales" (VAS: Schmerzen im Wachzustand und insgesamt, Kopf-, Rücken-, Schulterschmerzen, Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten) ermittelt.

Bei Patienten unter Duloxetin wurde nach neun Wochen gegenüber Plazebo eine deutlichere Besserung der Schmerzen insgesamt ($p = 0{,}016$), sowie der Rücken- ($p = 0{,}002$) und Schulterschmerzen ($p = 0{,}021$) erzielt. Zirka 50 % der verminderten Schmerzen waren unabhängig von der Verbesserung anhand der HAM-D-17. Bei Annahme gleich starker Effekte auf die psychischen Kernsymptome der Depression (Maier sub-scale) ging die Schmerzbesserung mit einer höheren Remissionsrate einher ($p < 0{,}001$). Bei Remissionspatienten betrug die VAS-Schmerzintensität nach neun Wochen 13,0 im Vergleich zu 22,7 bei Patienten ohne Remission ($p < 0{,}001$), was einer mehr als dreifachen Schmerzminderung entspricht. Die Remissionsrate für Schmerzresponder (Besserung anhand VAS ≥ 50 %) war doppelt so hoch wie bei Non-Respondern (36,2 % versus 17,8 %, $p < 0{,}001$). Eine frühzeitige Response führte außerdem in der VAS-Gesamtschmerzintensität zu einem verbesserten Outcome.

Fazit: 60 mg Duloxetin einmal täglich führten bei Patienten mit Depression gegenüber Plazebo zu einer signifikanten Schmerzreduktion, die der direkten Wirkung von Duloxetin und der dadurch veränderten Depressionsschwere zuzuschreiben war. Die Verbesserung körperlich schmerzhafter Symptome ging mit höheren Remissionsraten einher.

Fava M et al. The effect of duloxetine on painful physical symptoms in depresses patients: do improvements in these symptoms result in higher remission rates? **J Clin Psychiatry** 2004;65:521–30

Kann der Hausarzt Suizidgefährdete sicher erkennen?

In Deutschland nehmen sich laut offiziellen Angaben jährlich 11.000 Menschen das Leben, rund 100.000 verüben einen Suizidversuch. Viele Untersuchungen zeigten, dass über 90 % der Suizidenten unter psychiatrischen Störungen litten, insbesondere unter Depressionen und Suchterkrankungen. Die hausärztliche Praxis spielt in diesem Zusammenhang daher eine wichtige Rolle, weil bekannt ist, dass etwa die Hälfte derer, die durch Suizid versterben, in dem Monat zuvor noch in hausärztlicher Behandlung waren.

Mit einer Literaturanalyse wollten amerikanische Psychiater klären,
1. ob ein Suizidalitäts-Screening in der primärärztlichen Praxis Hochrisikopatienten verlässlich identifiziert und
2. ob es für diese Patienten effektive suizidpräventive Behandlungen gibt.

Insgesamt gibt es zur Effektivität von Suizidalitäts-Screenings in der primärärztlichen Praxis nur sehr wenige Daten. Suizid ist mit einer Häufigkeit von zirka einem Fall pro 10.000 Menschen im Jahr zudem ein seltenes Ereignis. Selbst bei einem Screening mit einer Spezifität von 98 % würden zehn korrekt erkannte Suizidenten 200 falsch-positive Fälle gegenüberstehen. Darüber hinaus liegt bisher wenig wissenschaftliche Evidenz für eine suizidpräventive Wirksamkeit verschiedener Behandlungsarten von Hochrisikopatienten vor. Weder Pharmako- noch Psychotherapie konnten überzeugend in randomisierten kontrollierten Untersuchungen ihren suizidpräventiven Nutzen nachweisen. Dies bedeutet aber keineswegs, dass diese Verfahren unwirksam zur Verhinderung von Suizid wären, sondern weist vielmehr auf die großen methodologischen Probleme innerhalb der Suizidforschung hin. Kontrollierte randomisierte Studien scheitern unter anderem an ethischen Implikationen und zu kleinen Stichprobengrößen.

Kommentar: Den Autoren erscheint es zumindest zum jetzigen Zeitpunkt zweifelhaft, dass Suizidalität-Screening einen sinnvollen Beitrag zur Suizidprävention leisten kann. Sie empfehlen, den Fokus auf eine bessere Depressionsbehandlung zu richten. Wird Depression beim Hausarzt häufiger und präziser identifiziert und behandelt, dann beinhaltet dies auch die indirekte Erfassung der mit Depression verbundenen Suizidalität. Eine evidenzbasierte klinische Behandlung dieser Patienten sollte damit in überprüfbarer Weise zu einer Reduktion suizidaler Handlungen führen. **D. Althaus**

Gaynes et al. Screening for Suicide Risk in Adults: A Summary of the Evidence for U.S. Preventive Services Task Force. **Ann Int Med** 2004; 140:822–35

Mit Pestwurz Migräneattacken vorbeugen

Viele Patienten nehmen zur Migräneprophylaxe Naturheilmittel. Bewährt hat sich hierbei ein Extrakt aus Pestwurz (Petasites hybridus), einer mehrjährigen Staude, von der vor allem die Wurzelrhizome arzneilich verwendet werden. In einer kleineren Studie wurde bereits eine migräneprävention Wirksamkeit nachgewiesen, eine größere sollte dies nun bestätigen.

Aufgenommen in die dreiarmige, randomisierte Parallelgruppenstudie wurden 245 Patienten, die die Diagnosekriterien der International Headache Society für Migräne mit und ohne Aura erfüllten und in den letzten drei Monaten zwei bis sechs Attacken pro Monat hatten. Die Patienten erhielten über 16 Wochen zweimal täglich einen standardisierten Pestwurzextrakt (50 mg oder 75 mg) oder Plazebo. In Tagebüchern wurden Kopfschmerzhäufigkeit als Hauptzielparameter sowie die Dauer und Intensität der Attacken festgehalten, ein Arztbesuch fand alle vier Wochen statt.

Während des Behandlungszeitraums ging die Häufigkeit der Attacken mit zweimal täglich 75 mg Pestwurzextrakt um 48 % ($p = 0{,}0012$ versus Plazebo), mit 50 mg um 36 % ($p = 0{,}127$ versus Plazebo) und unter Plazebo um 26 % zurück. Bei 68 % der Patienten unter der höheren Dosierung reduzierten sich die Attacken nach vier Monaten um mehr als 50 % gegenüber 49 % unter Plazebo ($p < 0{,}05$). Ein signifikanter Unterschied war bereits in den ersten drei Monaten zu beobachten. Damit erweist sich Pestwurz-extrakt in einer Dosis von zweimal täglich 75 mg gegenüber Plazebo in der Migräneprophylaxe als überlegen. Die Reduktion der Attackenhäufigkeit ist vergleichbar mit derer verschreibungspflichtiger Prophylaktika. Die 50-mg-Dosis war nicht statistisch signifikant. Jedoch war die Plazebo-Response relativ hoch – vermutlich weil die Patienten therapienaiv waren und von zu Studienbeginn gegebenen Ratschlägen zur nicht-medikamentösen Migräneprophylaxe besonders profitierten. In

© Archiv

einer kleineren Studie hatte sich Pestwurzextrakt auch in einer Dosis von zweimal täglich 50 mg gegenüber Plazebo als präventiv wirksam erwiesen. Die häufigste unerwünschte Wirkung war Aufstoßen.

Fazit: Pestwurzextrakt ist eine gut verträgliche Option in der Migräneprophylaxe. **bk**

Lipton RB et al. Petasites hybridus root (butterbur) is an effective preventive treatment for migraine. **Neurology** 2004; 63:2240–4

Akute Manie: Risperidon-Monotherapie normalisiert und stabilisiert

Leitlinien empfehlen für die Behandlung akuter Phasen bei Patienten mit bipolaren Störungen eine Monotherapie mit einem Stimmungsstabilisierer beziehungsweise einem Antipsychotikum oder einer Kombination beider Wirkstoffe. Die Wirksamkeit des Atypikums Risperidon zusammen mit Stimmungsstabilisierern ist in zahlreichen Studien nachgewiesen. In einer neuen Studie sollte der Effekt einer Risperidon-Monotherapie sowohl in der Akut- als auch in der mittelfristigen Erhaltungsphase überprüft werden.

In die Studie wurden 438 Patienten mit bipolaren Störungen und einer manischen Episode aufgenommen. Sie erhielten drei Wochen randomisiert flexible Dosierungen von Risperidon (1–6 mg/Tag), Haloperidol (2–12 mg/Tag) oder Plazebo. Danach wurden sie über neun Wochen doppelblind mit Haloperidol oder Risperidon behandelt, erhielten offen Risperidon oder beendeten die Studie.

Nach drei Wochen reduzierten sich die manischen Symptome (Young Mania Rating Scale) von Patienten unter Risperidon signifikant gegenüber Plazebo ($p < 0{,}001$). Unterschiede zwischen Risperidon und Haloperidol zeigten sich nicht. In den anschließenden neun Wochen gingen die Maniesymptome mit beiden Medikationen weiter zurück oder stabilisierten sich. Unerwartete Nebenwirkungen wurden nicht registriert, die häufigsten erwarteten waren extrapyramidale Störungen und Hyperkinesien, die unter Risperidon seltener waren als unter Haloperidol.

Damit erweist sich das Atypikum Risperidon sowohl in der manischen Akut- als auch in der Stabilisierungsphase dem Standardmedikament Haloperidol als mindestens ebenbürtig – und zwar auch in der Monotherapie. Die Symptomkontrolle war unabhängig davon, ob der Patient zu Beginn psychotisch war oder nicht. Das weist darauf hin, dass die Behandlungseffekte nicht nur auf die antipsychotischen Eigenschaften von Risperidon zurückzuführen sind. Vielmehr wird vermutet, dass das besondere Rezeptorprofil von Risperidon (Antagonismus der Serotonin-5-HT_{2A}-, Dopamin-D_2- und alpha-adrenergen 2_c-Rezetoren) auch bei affektiven Störungen Wirkung zeigt.

Fazit: In der Behandlung der akuten Manie ist Risperidon als Monotherapeutikum mindestens so effektiv wie Haloperidol und diesem bezüglich Verträglichkeit deutlich überlegen. Die Verbesserungen waren über die Akutphase hinweg bis zu zwölf Wochen feststellbar. **bk**

Smulevich AB et al. Acute and continuation risperidone monotherapy in bipolar mania: a 3-week placebo-controlled trial followed by a 9-week double-blind trial of risperidone and haloperidol. **European Neuropsychopharmacology** 2005; 15: 75–84

Neurologische Kasuistik

Rezidivierende Bewegungsstörungen des linken Fußes und Armes

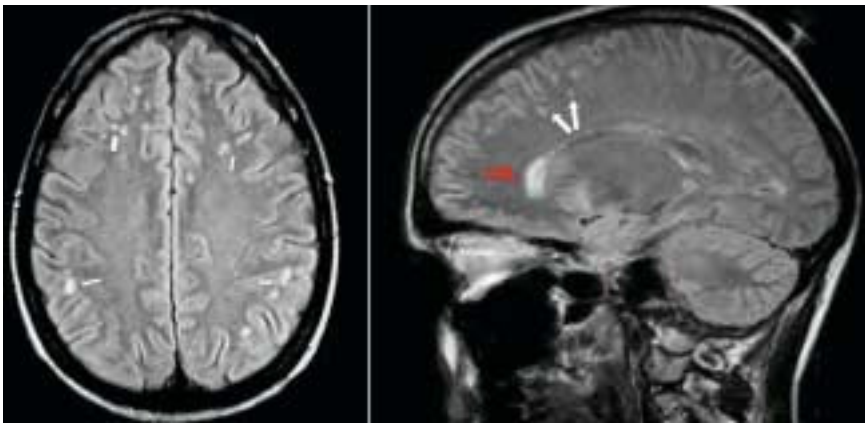
Anamnese

Eine 46-jährige Kosmetikerin bemerkte vor drei Tagen ein leichtes Schwindelgefühl, geringes Augenflimmern, eine leichte Faszialisschwäche links und eine plötzlich einsetzende kurz dauernde unkontrollierte Bewegungsstörung des linken Fußes. Im Verlauf von Stunden kam es dann in Ruhe auch zu einer transienten Bewegungsstörung im linken Arm und der Hand. Begleitende sensible Ausfälle oder Kopfschmerzen wurden verneint. Ein natives CT vor zwei Tagen in der Notfallambulanz wurde unauffällig beurteilt. Dennoch wiederholten sich die distal betonten Bewegungsstörungen im linken Bein und Arm.

Anamnestisch wird über eine seit Jahren bekannte periodenassoziierte Migräne ohne Aura berichtet. Internistisch ist eine medikamentös eingestellte arterielle Hypertonie bekannt. Ein Drogen- oder Medikamentmissbrauch wird verneint. Familiär besteht keine Belastung für eine zerebrovaskuläre Erkrankung.

Befund

Neurologische Untersuchung: bis auf einen links nicht sicher auslösbaren ASR-Reflex nach Sprunggelenks- und Mittelfußfraktur vor Jahren unauffällig; Sensibilität einschließlich Lagesinnprüfung und Hirnnervenfunktionen normal; neuropsychologisch kein pathologischer Befund.
Dopplersonografie: Halsarterien/basale Hirngefäße transkraniell unauffällig.
Zentrale motorische Leitungszeit: zu beiden Händen normal.
MRT: multiple subkortikale Marklagerläsionen in T2-Sequenzen und im Bereich des Caput N. caudatus rechts Signalerhöhung als Folge frischer Ischämie; zusätzlich multiple Marklagerläsionen frontal und parietal sowie Signalerhöhung vor den Vorderhörnern beidseits.



Multiple subkortikale Marklagerläsion frontal und parietal (weiße Pfeile) betont; nur im sagittalen NMR-Bild deutliche Läsion im Caudatuskopf rechts (roter Pfeil).

Fragen

1. Eine symptomatische dystone Bewegungsstörung kann auftreten bei einer Läsion im

a subkortikalen parietalen Marklager
b Thalamus
c N. caudatus
d Putamen
e Alle sind richtig.

2. Bei einem Caudatus-Infarkt kann es zu folgenden Symptomen kommen:

a Apathie
b Agitiertheit und motorische Unruhe
c kontralateraler Neglect
d Dysarthrie
e Alle sind richtig.

3. Pathophysiologisch findet sich als Ursache eines lentikulostriären Infarktes am häufigsten eine

a kardiale Embolie
b Makroangiopathie
c arterielle Hypertonie
d zerebrale autosomal dominante Angiopathie mit subkortikalen Infarkten und Leukenzephalopathie (CADASIL)
e Vaskulitis

4. Welche Aussage über multiple Marklagerläsionen subkortikal ist richtig?

a Die Lokalisation ist typisch für entzündliche Veränderungen.
b Eine solche Verteilung der Läsionen ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf kardiale Embolien zurückzuführen.
c Das Ausmaß und die Verteilung der Läsionen ist für das Alter der Patientin noch normal.
d Sie finden sich auch bei autosomal dominanter Angiopathie mit subkortikalen Infarkten und Leukenzephalopathie (CADASIL).
e Sie sind typische Folgen von Grenzzoneninfarkten bei kardialer Minderperfusion.

Arterielle MR-Angiografie: basale große Hirnarterien bis auf anlagebedingte Hypoplasie A. vertebralis rechts normal; keine Kalibersprünge/Gefäßabbrüche.
Kardiologie: schlecht eingestellte arterielle Hypertonie (Ø 153/90 mmHg).
Echokardiografie/Langzeit-EKG/Labor: ohne Befund.
Diagnose: akute Hemidystonie bei Ischämie im lentikulostriären Versorgungsgebiet mit Caudatus-Teilinfarkt rechts (Perforansarterien der A. cerebri anterior); Gefäßrisikofaktoren: arterielle Hypertonie.

Dr. med. P. Franz, München
BVDN-Ausschuss CME

Lösung zur neurologischen Kasuistik

1e; 2e; 3c; 4d

Als Ursache der sekundären Dystonie mit Betonung im Bereich des Beines ist eine Ischämie im Versorgungsgebiet lentikulostriärer Gefäße und von Perforansgefäßen der A. cerebri anterior rechts mit Teilläsion des N. caudatus anzunehmen.

zu 1: Symptomatische Dystonien treten im Gegensatz zu den idiopathischen Dystonien häufig mit anderen neurologischen Symptomen zusammen auf. Ätiologisch können fokale Läsionen unterschiedlichster Ursache zu einer dystonen Bewegungsstörung führen [8]. Am häufigsten sind vaskuläre Läsionen im Bereich der Stammganglien. Klinische Hinweise auf eine sekundäre „symptomatische" Dystonie sind neben Begleitsymptomen wie Rigor, Parese, Bradykinesie, Ataxie auch ein Beginn der dystonen Bewegung in Ruhe und nicht nur bei Willküraktivität. Auch scheinen Hemidystonien häufiger sekundär aufzutreten. Dabei fand Chuang bei 33 Fällen häufiger einen Beginn am Arm (48,5 %) als am Bein (21,2 %), zu einem gleichzeitigen Befall kam es bei 36,4 % der Patienten. Nur bei 9 % war die Dystonie im Bein stärker als am Arm ausgeprägt. Der Zeitraum bis zum Befall der anfangs nicht betroffenen Extremität variierte dabei zwischen zwei Monaten und 23 Jahren [6]. Die zumeist kernspintomografisch nachgewiesenen Läsionen finden sich dabei sowohl subkortikal, im Bereich des Putamens, N. caudatus, Globus pallidum und Thalamus [6, 12]. Auch bei Störungen der sensomotorischen Verbindungsbahnen von Thalamus, Caudatus und Globus pallidum kann es zu dystonen Störungen kommen [10]. In Einzelfällen lassen sich die fokalen Läsionen nur anhand der gestörten Stoffwechselaktivität im PET nachweisen [14].

Für das pathophysiologische Verständnis ist der Nachweis einer Dysfunktion des prämotorisch-kortikalen Netzwerkes als Folge einer Störung in den Basalganglien in PET-Untersuchungen bei Schreibkrampf von Bedeutung. Die dystone Bewegung würde danach durch einen Verlust der Hemmung bei der Handlungsgenerierung hervorgerufen werden [9].

zu 2: Die arterielle Versorgung des unteren vorderen Anteils des Caput N. caudatus übernehmen die vorderen lentikulostriären Gefäße aus der A. cerebri anterior einschließlich der A. recurrens Heubner. Die oberen Anteile des Caudatuskopfes und der Körper werden aus lentikulostriären Gefäßen der A. cerebri media versorgt, ein kleiner Bezirk des unteren N. caudatus über die A. choroidea posterior lateralis. Die große Variabilität der Anzahl der aus der A. cerebri media stammenden perforierenden Gefäße – zwischen 2 und 12 mit Durchmessern von 80–1.400 µm – ist mit ein Grund für die klinisch unterschiedlichen Läsionen, die von einem typischen lakunären Infarkt bis zu einem großen lentikulären Infarkt reichen können [13].

Bei Infarkten des dorsolateralen Anteils treten vor allem Verhaltensstörungen mit Hyperaktivität aber auch Apathie auf. Sind die lentikulostriären Äste der A. cerebri media mitbetroffen, so zeigen sich ängstlich depressive Verhaltensstörungen oder psychotische Zustände mit Halluzinationen. Bei rechtsseitigen Infarkten kann es zu einem Neglect kommen, links finden sich Sprach- und Sprechstörungen [2]. An motorischen Bewegungsstörungen sind choreatiforme Störungen, ein Hemibalismus und dystone Störungen besonders bei Mitbeteiligung des Putamens beschrieben worden [11].

zu 3: Die häufigste Ursache eines Caudatus-Infarktes ist eine Mikroatherombildung oder Lipohyalinose kleinerer Gefäße. Bedeutendster Gefäßrisikofaktor: die arterielle Hypertonie. So fand Kumral bei 25 Patienten mit einem Caudatus-Infarkt eine arterielle Hypertonie bei 64 %, bei 32 % eine Hypercholesterinämie und bei 28% einen Diabetes mellitus. Eine kardiale Embolie fand sich bei einem Fünftel der Patienten [11].

zu 4: Die hier nachweisbaren multiplen Marklagerläsionen subkortikal sind unspezifisch und differenzialdiagnostisch nicht allein wegen des MR-Befundes einzuordnen. Eine kardiale Embolie ist nur selten Ursache der rein auf das Marklager beschränkten Veränderungen [5]. Häufigste Ursache ist eine Mikroangiopathie bei arterieller Hypertonie. Selten, jedoch möglicherweise bisher in ihrer Inzidenz unterschätzt, kann eine autosomal dominante Angiopathie mit subkortikalen Infarkten und Leukenzephalopathie (CADASIL) Ursache der kernspintomografischen Veränderungen sein. Diese befällt die kleinen und mittleren Arteriolen und führt dort zur Degeneration der glatten Gefäßmuskulatur mit Störung der Perfusion in den Arterien, Arteriolen und Kapillaren [7]. Ischämische Hirninfarkte sind in 85 % der Fälle dabei die häufigste Erstsymptomatik. Sie treten im Alter von durchschnittlich 46 Jahren deutlich früher auf als bei der degenerativen zerebralen Mikroangiopathie. Etwa 30 % der Patienten weisen anamnestisch eine Migräne mit Aura auf. Auch bei klinisch asymptomatischen Genträgern finden sich dabei Marklagerläsionen, die typischerweise im vorderen Temporal- und Frontallappen lokalisiert sind. Sie sparen das parietale und okzipitale Marklager meist aus [3]. Wie bei den degenerativen mikroangiopathischen Läsionen nehmen diese mit dem Alter deutlich zu: von 20 % in jungen Jahren (< 30) auf 80 % bei über 50-jährigen CADASIL-Patienten [1]. Neben Läsionen in Stammganglien und im Hirnstamm wurden in jüngster Zeit auch Läsionen im Balken, in Einzelfällen auch bei klinisch asymptomatischen Genträgern, beschrieben [4].

Literatur

1. Boom R van den et al. Radiology 2002; 224: 791–6
2. Caplan LR et al. Arch Neurol. 1990; 47: 133–43
3. Chawada SJ et al. Neuroradiology 2000; 42: 249–55
4. Coulthard A et al.Br J Radiol. 2000; 73: 256–65
5. Chowdhury D et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; 75: 1416–20
6. Chuang C et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 72: 59–67
7. Dichgans M. J Neurol Sci. 2002; 203-204: 77–80
8. Hartmann A et al. J Neurol. 1998; 245: 511–8
9. Ibanez V et al. Neurology 1999; 13: 96–105
10. Krystkowiak P et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1998; 65: 703–8
11. Kumral E et al. Stroke 1999; 30: 100–8
12. Lehericy S et al. Arch Neurol. 1996; 53: 241–50
13. Marinkovic S et al. Clin Anat. 2001; 14: 190–5
14. Perlmutter JS et al. Ann Neurol. 1984; 15: 228–33

Psychiatrische Kasuistik

Therapieresistente wahnhafte Depression

Einleitung

Eine in unserem Hause seit 1998 bekannte Patientin mit einer langjährigen rezidivierenden depressiven Störung musste zum sechsten Mal stationär-psychiatrisch behandelt werden. Unter der Therapie traten ausgeprägte unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf und erstmals wurde keine Remission der synthymen psychotischen Symptome erreicht.

Anamnese

Am 21.6.2004 wird die ängstlich-unsicher und niedergedrückt wirkende 69-jährige Patientin aus einer Berliner Reha-Klinik zu uns verlegt. Vorausgegangen war eine mediale Schenkelhalsfraktur nach Sturz (April 2004), die operativ mit einer Duokopf-Prothese versorgt worden war. Postoperativ musste die Patientin aus der Traumatologie wegen beatmungspflichtiger Pneumonie beidseitig und akutem Nierenversagen bei Hypotonie in die Innere Klinik verlegt werden. Es entwickelte sich eine Lithiumintoxikation (bei langjährig vorbestehender Medikation mit Lithiumcarbonat, zuletzt 675 mg/Tag), die eine intensivmedizinische Betreuung notwendig machte. Bei Aufnahme in unserer Klinik berichtete die Patientin von Zukunftsängsten, Unsicherheit sowie Antriebs- und Interessenlosigkeit. Sie habe Angst, nicht mehr richtig Laufen zu können und beim Treppensteigen zu stürzen. Auch denke sie oft, dass der Ehemann sie verlassen könnte. Dieser erzählt, dass seine Frau neben den geschilderten Beschwerden in der Reha-Klinik auch Angst gehabt habe, kein Mittagessen zu bekommen beziehungsweise dieses nicht zu verdienen. Sie entschuldige sich ständig, wenn sie Hilfe in Anspruch nehmen müsse und wolle alles richtig machen. Einmal habe sie auch gedacht, das Pflegepersonal wolle ihre Schuhe stehlen.

Psychiatrische Vorgeschichte: Die erste depressive Episode war 1971 aufgetreten; damals sei die Patientin vom Ehemann davon abgehalten worden, aus dem Fenster zu springen. In der Folge sei sie erneut 1974 drei Monate und 1991 sechs Monate lang stationär-psychiatrisch behandelt worden, wobei zum Teil psychotische Minderwertigkeitsideen und Suizidgedanken im Mittelpunkt der Psychopathologie standen. 1998 erfolgte die erste stationäre Aufnahme in unserem Haus mit „ausgeprägtem gehemmt-depressiven Syndrom mit synthymen produktiv-psychotischen Symptomen“. Im Vordergrund standen Minderwertigkeitswahn und Beziehungsideen mit Gefühlen, „fehl am Platze“ zu sein. Passanten sprächen über sie, selbst die Familie würde sie „lieber auf dem Friedhof sehen“ und sie habe das Gefühl, man würde ihr hinter dem Rücken die Zunge herausstrecken. Nach fünfmonatiger Behandlung und 25 Elektrokonvulsionstherapien (EKT) mit 225 mg Venlafaxin, 300 mg Clozapin und 675 mg Lithiumcarbonat verbesserte sich ihr Zustand deutlich und sie wurde mit leichten Beziehungsideen entlassen. In der Folgezeit wurde die Patientin in unserer Hochschulambulanz behandelt, wobei 1999 unter 300 mg Clozapin erstmals stark beeinträchtigende Myoklonien auftraten. Die Dosisreduktion von Clozapin führte zu motorischen Verbesserungen, aber erneut traten leichte Wahngedanken auf, so dass auf Olanzapin (10 mg) umgestellt wurde. Unter dieser Medikation war die Patientin affektiv stabil, jedoch führten nach Aussagen des Ehemannes körperliche Erkrankungen (Bronchopneumonie, 1999 sowie Vaginalprolaps und Hysterektomie, 2001) zu einer Stimmungsverschlechterung, Verstärkung von Minderwertigkeitsgefühlen und Unsicherheit sowie zu Gefühlen, „nicht mehr da sein“ zu dürfen. Im Mai 2002 kam es zu einer Verschlechterung des Antriebs. Bei einem Wiedervorstellungstermin in unserer Ambulanz war der Mini-Mental-Status-Test (MMST) mit 29/30 Punkten normal, der Uhrentest mit 3 Punkten dagegen auffällig, weshalb eine ambulante Demenz-Diagnostik einschließlich einer neuropsychologischen Testung durchgeführt wurde. Diese ergab Einbußen vor allem bei visuell-motorischen Integrationsleistungen, beim allgemeinen kognitiven Tempo und bei der Sprache sowie weniger gravierende Einbußen in den komplexeren oder mittelfristigen Gedächtnisleistungen. Das Testergebnis ist aus neuropsychologischer Sicht vereinbar mit dem Vorliegen eines noch leicht ausgeprägten Demenz-Syndroms, wobei die Tatsache, dass die Sprach- und Tempoleistungen stärker betroffen sind als die Gedächtnisleistungen differenzialdiagnostisch auf eine vaskuläre Genese schließen lässt. Die damalige kranielle Kernspintomografie zeigte eine globale Hirnatrophie mit einzelnen kleinen Glianarben im Sinne einer initialen Mikroangiopathie. Es gab keine Hinweise für frische ischämische Läsion oder Makroinfarkt, der Hippocampus war beidseitig symmetrisch. Das EEG zeigte leichte Allgemeinveränderungen mit paroxysmal eingestreuten Theta-Gruppen; der Apolipoprotein-E-Status war ε3/ε3. Eine Lumbalpunktion war ohne Befund. Bei fehlenden alltagspraktischen Einschränkungen durch kognitive Defizite wurde zu diesem Zeitpunkt eine „Leichte kognitive Störung“ (ICD-10: F06.7) diagnostiziert.

Soziobiografie und Familienanamnese: Die in Breslau geborene Patientin habe die mittlere Reife mit guten Noten abgeschlossen, danach eine einjährige Handelsschule besucht und zweieinhalb Jahre eine kaufmännische Berufsschule absolviert. Als Verwaltungsangestellte

und Stenotypistin habe sie bis zur Geburt des ersten Sohnes (1960) gearbeitet, der zweite Sohn wurde 1964 geboren. Sie habe schon immer wenige Hobbys gehabt, habe aber früher viel gelesen, woran jedoch seit der sechs Monate dauernden Depression 1991 keine Freude mehr bestehe. In der Familie seien keine neuropsychiatrischen Erkrankungen bekannt. Es habe niemals Missbrauch oder Abhängigkeit von Suchtmitteln gegeben.

Psychopathologischer Aufnahmebefund (21.6.2004): äußerlich gepflegte Patientin; wach, zeitlich/örtlich unscharf orientiert; Konzentration, Auffassung und Kurzzeitgedächtnis reduziert; formalgedanklich verlangsamt, verarmt, eingeengt auf die Fraktur und depressive Inhalte; Stimmung ängstlich-unsicher und deprimiert, affektive Modulationsfähigkeit reduziert; Ein- und Durchschlafstörungen; verminderter Appetit; keine Tagesschwankungen; Antrieb reduziert; keine Suizidalität; inhaltlich überwertige selbstabwertende und Beziehungsideen sowie Schuldgefühle gegenüber dem Ehemann; keine Wahrnehmungsstörungen oder psychotischen Ich-Störungen.

Verlauf

Es wurde zunächst eine leichte bis mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung diagnostiziert. Unter Pharmakotherapie mit 50 mg Sertralin und 225 mg Lithiumcarbonat kam es innerhalb von drei Wochen zu deutlicher Besserung, sodass Olanzapin (10 mg) bei fehlendem Wahn – besonders wegen des diskutierten zerebrovaskulären Risikos – abgesetzt wurde. Auf Wunsch des Ehemannes wurde die Patientin probeweise entlassen. Während eines Urlaubes traten jedoch erneut vermehrt Ängste, Unsicherheit und depressive Gedanken auf, sodass die Patientin wieder aufgenommen werden musste. Psychopathologisch fand sich das Bild einer psychotischen Depression mit Suizidideationen, kognitiven Störungen im Sinne von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Kurzzeitgedächtnisstörungen sowie formalgedanklicher Verlangsamung und Denkhemmungen, einem Minderwertigkeitswahn und Beziehungsideen, jedoch ohne Halluzinationen und psychotischen Ich-Störungen. Es wurde eine intensivierte Pharmakotherapie verordnet, in deren Verlauf Olanzapin bis 25 mg, Sertralin bis 150 mg, Valproat bis 300 mg, Venlafaxin bis 300 mg, Mirtazapin bis 60 mg und Risperidon bis 2 mg in verschiedenen Kombinationen eingesetzt wurden, ohne dass es zu einer deutlichen Besserung kam. Insbesondere der Wahn und die Beziehungsideen ließen sich therapeutisch nur unwesentlich beeinflussen. Es wurde eine EKT begonnen. Unter Clozapin 500 mg, Risperidon 2 mg, Mirtazapin 60 mg und Venlafaxin 150 mg kam es zu einer leichten affektiven Besserung, sodass die Patientin tagesklinisch weiterbehandelt werden konnte. Der weiteren Intensivierung der Pharmakotherapie waren jedoch durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen Grenzen gesetzt. So entwickelte die Patientin unter 300 mg Valproat vermehrt Schwindelgefühle und eine Fallneigung; Risperidon führte ab 3 mg zu schlechterer Beweglichkeit und vermehrter Fallneigung; Olanzapin und Quetiapin hatten sich als nicht ausreichend wirksam erwiesen. Clozapin war als einziges Neuroleptikum wirksam bezüglich Kontrolle der Wahnsymptomatik, jedoch kam es – wie bereits 1999 – unter 500 mg vermehrt zu Myoklonien und am 14.1.2005 zu einem generalisierten Krampfanfall. Daraufhin wurde Clozapin reduziert, was zu leicht vermehrter Wahnsymptomatik führte, jedoch war psychopathologisch eine zunehmende Dissoziation der affektiven Symptomatik von der Wahnsymptomatik zu beobachten: Einerseits konnte die depressive Symptomatik deutlich auf Werte von 12–14 auf der HAMD reduziert werden, was zu einer besseren affektiven Schwingungsfähigkeit und (schwankender) kognitiver Besserung führte. Andererseits erwies sich die Wahnsymptomatik als weitgehend therapieresistent. Trotz affektiver Besserung wurden in Therapiegruppen zum Training alltagspraktischer Fertigkeiten zunehmend Defizite deutlich. Der Wert im MMST – vor zwei Jahren noch bei

Fragen

1. Wie hoch ist der Anteil von Patienten, die trotz adäquater Compliance, Dosierung und Dauer der Behandlung nicht adäquat auf eine erste Behandlung mit einem Antidepressivum ansprechen?

a unter 5 %
b 10–20 %
c 30–40 %
d 45–55 %
e > 55 %

2. Welche therapeutische(n) Option(en) ist/sind nach dem Stand der Wissenschaft und den Empfehlungen der American Psychiatric Association (2000) bei Psychotischen Depressionen der Goldstandard?

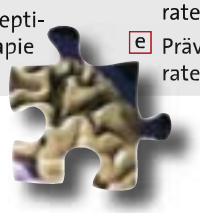
a Antidepressivum allein
b dialektisch Behaviorale Therapie allein
c Neuroleptikum allein
d Vagusnervstimulation oder Antidepressivum plus Lithium
e Antidepressivum plus Neuroleptikum oder Elektrokrampftherapie

3. Welche Nebenwirkungen sind unter Clozapin nicht oder kaum zu erwarten?

a Hyperprolactinämie
b Agranulozytose
c Krampfanfälle und Myoklonien durch Senkung der Krampfschwelle
d passagerer Transaminasenanstieg; in Einzelfällen auch Leberzellnekrosen
e Blasenentleerungsstörungen

4. Welche Aussagen zur Prävalenz der leichten kognitiven Störung und zu Progressionsraten von dieser Störung zur Demenz bei den über 60-Jährigen sind richtig?

a Prävalenz 40–50 %, Progressionsrate pro Jahr 15–20 %
b Prävalenz 25–35 %, Progressionsrate pro Jahr 1–2 %
c Prävalenz < 5 %, Progressionsrate pro Jahr 15–20 %
d Prävalenz 10–20 %, Progressionsraten pro Jahr 10–20 %
e Prävalenz 40–50 %, Progressionsrate pro Jahr 25–40 %



29/30 – lag inzwischen bei 24, und das Ergebnis des Uhrentests hatte sich auf 4 Punkte verschlechtert.

Diagnose und Therapie

Wir diagnostizierten eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen bei rezidivierender depressiver Störung und äußerten im Verlauf den Verdacht auf eine beginnende gemischte Demenz. Wir gehen davon aus, dass die wahrscheinlich durch die Depression maskierte Demenz ein Faktor ist, der bei der Therapierefraktärität eine entscheidende Rolle spielt. Eine Demenz-Diagnostik (einschließlich neuropsychologischer Untersuchung und Beurteilung der Alltagspraxis) war während der depressiven Episode nicht sinnvoll, da sich kognitive Defizite im Rahmen von Depressionen (depressionsassoziierte kognitive Defizite, „depression-related cognitive deficits" = DRCD; früher als „Depressive Pseudo-Demenz" bezeichnet) und kognitive Defizite bei leichten Demenzen – insbesondere, wenn bei beiden möglicherweise vaskuläre Faktoren eine ätiologische Rolle spielen – sehr ähneln können. Da es in der Literatur zunehmend Hinweise dafür gibt, dass es unter Acetylcholinesterasehemmern auch zu einer Besserung nicht-kognitiver Begleitsymptome von Demenz-Erkrankungen kommen kann, begannen wir eine zusätzliche Therapie mit Galantamin, die bisher gut vertragen wurde.

Dr. med. A. Ziegenhorn
Prof. Dr. med. R. Hellweg
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Lösung zur psychiatrischen Kasuistik

1c; 2e; 3a; 4d

zu 1: Fagiolini und Kupfer (2003) gehen von einem Nichtansprechen bei zirka 30–40 % in einem ersten adäquaten Antidepressiva-Versuch aus. Diese Zahlen werden auch durch Studien von Fava und Davidson (1996) gestützt, die in einer großen Metaanalyse bei 19–34 % eine Non-Response und bei 12–15 % eine Teilresponse fanden, wobei entgegen traditioneller Meinung inadäquates Ansprechen sowohl die Non- als auch die Teilresponse beinhaltet. Denn das Ziel der Depressionstherapie sollte in jedem Fall die Remission sein, da eine Teilremission mit einem insgesamt schlechteren Verlauf, verstärktem Rückfallrisiko, einer signifikant größeren Zahl von somatischen Beschwerden und verschlechtertem sozialem Funktionsniveau verbunden ist [6]. Der Begriff „therapierefraktäre Depression" wird jedoch sehr unterschiedlich gebraucht. Gemeinsam ist vielen Konzepten, dass verschiedene Stufen eines Therapieversagens unterschieden werden. So haben Thase und Rush 1997 ein Modell mit fünf Stufen entworfen, wobei die erste Stufe dem oben genannten Nichtansprechen auf einen adäquaten Therapieversuch mit einem Antidepressivum entspricht, die letzte Stufe dem Versagen in der vorherigen Stufe (MAO-Hemmer) und bei bilateraler EKT. Demgegenüber definiert eine Arbeitsgruppe europäischer, nordamerikanischer und australischer Wissenschaftler die erste Stufe der Therapieresistenz als ein inadäquates Ansprechen auf zwei adäquate Therapieversuche mit Antidepressiva aus zwei unterschiedlichen Klassen von Antidepressiva (Übersicht [6]). Es wird davon ausgegangen, dass etwa 10 % der Patienten trotz multipler Interventionen depressiv bleiben [4]. Auch im höheren Alter ist mit Non-Response-Raten von 30–40 % zu rechnen (30 % in einer Studie an nicht-psychotischen depressiven Patienten [12], 34 % in einer Studie an Patienten mit Major Depression [21], wobei in letzterer Studie eine sequenzielle Augmentationsstrategie durchgeführt wurde und in jeder der drei Augmentationsstufen noch einmal zwischen 31 % und 45 % der Patienten remittierten).

zu 2: Neuere Erkenntnisse belegen, dass Depressionen mit psychotischen Symptomen (MDpsy) häufiger auftreten als bisher angenommen. In einer Studie von Coryell et al (1984) wurden Patienten mit Major Depression konsekutiv aufgenommen, von ihnen erfüllten 25 % die Kriterien einer psychotischen Depression. Bei geriatrischen Patienten mit Major Depression scheint die Prävalenz von psychotischen Symptomen mit bis zu 45 % noch höher zu liegen [13]. Häufig werden psychotische Symptome jedoch nicht erkannt, weil sie subtil sind, intermittierend auftreten oder von Patienten nicht spontan berichtet oder sogar verborgen werden. Seit Jahren wird diskutiert, ob die psychotische Depression nur eine schwere Form der Major Depression in einem eindimensionalen, nach Schweregrad eingeteilten Modell darstellt oder ob es sich um ein distinktes Syndrom handelt. In einigen Studien konnte gezeigt werden, dass der Schweregrad zur Erklärung der Unterschiede auf verschiedenen Ebenen (Symptomatik, HPA-Achse, Schlaf, Therapieerfolge) nicht ausreichte. So gibt es Befunde, dass Patienten mit MDpsy deutlich mehr psychomotorische Störungen aufweisen [1], vermehrt Familienangehörige mit depressiven Störungen haben, häufiger wiedererkranken und insgesamt einen schlechteren Verlauf aufweisen als nicht psychotisch-depressive Patienten. Eine Reihe von Untersuchungen zeigen Unterschiede auch in biologischen Variablen wie der HPA-Reaktivität. Eine Meta-Analyse von zwölf verschiedenen Studien mit einer kombinierten Population von 1.000 depressiven Patienten belegt, dass psychotische Symptome, nicht jedoch melancholische Symptome, mit einer Non-Suppression im Dexamethason-Hemmtest assoziiert waren. Schließlich finden sich auch Unterschiede im Ansprechen auf verschiedene Therapieformen. So haben sich Trizyklika allein als nicht ausreichend wirksam erwiesen, eine Kombination von Antidepressiva und Antipsychotika war der alleinigen Medikation mit entweder Antidepressivum oder Neuroleptikum überlegen [19]. Auf dieser Studie beruht im Wesentlichen die Empfehlungen der American Psychiatric Association, primär eine Kombination aus Antidepressivum und Neuroleptikum zur Therapie einzusetzen. Hinsichtlich der Wahl des Antidepressivums und des Neuroleptikums scheinen neuere Substanzen bei mindestens gleicher Wirksamkeit die Nebenwirkungsrate zu vermindern (z. B. treten bei typischen niederpotenten Neuroleptika und Trizyklika vermehrt anticholinerge Nebenwirkungen auf). Untersuchungen der letzten Jahre sprechen für eine pathogenetische Rolle eines erhöhten Kortisolspiegels bei der Entwicklung der psychotischen Symptome, sodass Studien zu Glukokortikoid-Antagonisten bei MDpsy durchgeführt wurden und werden, unter anderem an unserer Klinik (Übersicht zur gesamten Thematik [18]), die viel versprechende Ergebnisse zeigen.

zu 3: Hyperprolaktinämie ist keine typische Nebenwirkung von Clozapin [9]; die putativen Mechanismen für die unterschiedliche Neigung von Antipsychotika, eine Hyperprolaktinämie zu verursachen, sind Bindungscharakteristika der Antipsychotika am D2-Rezeptor und Substanz-Halbwertszeiten. Demgegenüber werden andere unerwünschte Arzneimittelwirkungen häufiger beobachtet: So sind Sedierung, Gewichtszunahme und Hypersalivation relativ häufige klinische Probleme, die die Compliance der Patienten einschränken können. Zusätzliche, wenn auch seltenere Nebenwirkungen wie eine Agranulozytose führen gelegentlich zu einer Zurückhaltung

Fortsetzung Seite 97

Forsetzung v. S. 94: **Lösung zur psychiatrischen Kasuistik**

bei der Verordnung dieses mit weniger extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen behafteten [Miller, 2000] und sowohl bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis [2] als auch bei therapierefraktären psychotischen Depressionen [17] wirksamen Arzneimittels. Unerwünschte Wirkungen durch die krampfschwellensenkende Wirkung wie das Auftreten von Krampfanfällen sind zwar insgesamt selten und dosisabhängig [Miller, 2000], Myoklonien kommen jedoch bei älteren Patienten häufiger vor und sollten wegen der Sturzgefahr ernst genommen werden.

zu 4: Da das Konzept der leichten kognitiven Störung nicht einheitlich ist und je nach zugrunde gelegten Kriterien andere Facetten dieser als Übergangsbereich zwischen normalem kognitiven Altern und Demenz angesehenen Störung untersucht werden, sind die Schätzungen aus veröffentlichten Studien als vorläufig anzusehen. Die besten Daten sind aus populationsbezogenen Studien wie der Canadian Study of Health and Ageing gewonnen worden. So werden von Graham et al. eine Prävalenz von 17 %, von DiCarlo et al. eine Prävalenz von 10,7 % angegeben. Bei Untersuchung einer Population mit so genannter reiner amnestischer leichter kognitiver Störung, wie sie von Petersen et al. an der Mayo-Klinik vorgenommen wurde, wird eine Prävalenz von immerhin 12 % gefunden, obwohl leichte kognitive Störungen durch Defizite anderer kognitiver Domänen als das Gedächtnis nicht in die Untersuchung eingingen. Diese Form der leichten kognitiven Störung wird als Vorläufer der Alzheimer-Demenz angesehen. In dieser Studie wurden nach sechs Jahren Beobachtungszeit 80 % der eingeschlossenen Patienten als dement klassifiziert. Andere Studien, die teilweise heterogenere Patientengruppen untersuchten, wiesen jährliche Progressionsraten von durchschnittlich 10–20 % auf (Übersicht [22]).

Sowohl bei leichter kognitiver Störung als auch bei Demenz-Erkrankungen gehören depressive Verstimmungen zu den häufigsten psychopathologischen Syndromen [7; 15]. Tritt die Depression im Alter erstmalig auf und wird später eine Demenz festgestellt, so wird bei der Depression häufig von einem Prodromalsyndrom der Demenz ausgegangen [20]. Gleichzeitig scheint aber die Zahl von depressiven oder bipolaren Episoden das Risiko einer Demenz im Alter zu erhöhen [Lessing und Andersen, 2004], wobei einer der interessantesten Erklärungsansätze eine Hippocampus-Atrophie auf der Grundlage von HPA-Achsenstörungen ist [10].

Literatur

1. Coryell W, Pfohl B, Zimmerman J Nerv Ment Dis. 1984; 172: 521–8
2. Davis JM, Chen N, Glick ID. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 553–64
3. Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, Maggi S, Grigoletto F, Scarlato G et al. J Am Geriatr Soc. 2000; 48: 775–82
4. Fagiolini A, Kupfer DJ. IBiol Psychiatry 2003; 53: 640–8
5. Fava M, Davidson KG. Psychiatr Clin North Am. 1996; 19: 179–200
6. Fava M. Biol Psychiatry 2003; 53: 649–59
7. Feldman H, Scheltens P, Scarpini E, Hermann N, Mesenbrink P, Mancione L et al. Neurology 2004; 62: 1199–201
8. Graham JE, Rockwood K, Beattie BL, Eastwood R, Gauthier S, Tuokko H et al. Lancet 1997; 349: 1793–6
9. Haddad PM, Wieck A. Drugs 2004; 64: 2291–314
10. Hickie I, Naismith S, Ward PB, Turner K, Scott E, Mitchell P et al. Br J Psychiatry 2005; 186:197–202
11. Kessing LV, Andersen PK. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; 75: 1662–6
12. Little JT, Reynolds CF, III, Dew MA, Frank E, Begley AE, Miller MD et al. Am J Psychiatry 1998; 155: 1035–8
13. Meyers BS, Greenberg R. J Affect Disord 1986; 11: 133–7
14. Nelson JC, Davis JM. Am J Psychiatry 1997; 154: 1497–503
15. Olin JT, Katz IR, Meyers BS, Schneider LS, Lebowitz BD. Am J Geriatr Psychiatry 2002; 10:129–41
16. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Arch Neurol. 1999; 56: 303–8
17. Ranjan R, Meltzer HY. Biol Psychiatry 1996; 40: 253–8
18. Rothschild AJ. Biol Psychiatry 2003; 53: 680–90
19. Spiker DG, Weiss JC, Dealy RS, Griffin SJ, Hanin I, Neil JF et al. Am J Psychiatry 1985; 142: 430–6
20. van Reekum R, Binns M, Clarke D, Chayer C, Conn D, Herrmann N et al. Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20: 80–2
21. Whyte EM, Basinski J, Farhi P, Dew MA, Begley A, Mulsant BH et al. J Clin Psychiatry 2004; 65: 1634–41
22. Ziegenhorn A, Heuser I. NeuroTransmitter 2005;1: 60–4

CME-Quiz

Punkte sammeln und gewinnen!

CME (Continuing Medical Education) beschreibt die kontinuierliche medizinische Fortbildung anhand standardisierter Verfahren. Gemäß dem von DGN und DGPPN zusammen mit dem BVDN etablierten CME-Konzept können Sie als Neurologen beziehungsweise Psychiater/Psychotherapeuten beziehungsweise Nervenärzte durch Ihre Teilnahme Fortbildungspunkte sammeln, die vom CME-Büro auf einem entsprechenden Punktekonto verwaltet werden. Mit etwas Glück winkt Ihnen zudem ein attraktiver Preis – so können Sie doppelt profitieren!

Anmeldebögen für die Teilnahme am CME-Verfahren sind über die Geschäftsstelle zu beziehen (Adresse s. u.).

Bitte ankreuzen! ☒

Neurologie

1. Welche Aussage zur Hypophyseninsuffizienz nach einem Schädel-Hirn-Trauma (SHT) ist falsch?

a Die unspezifische Symptomatik der Hypopyseninsuffizienz kann durch die Symptomatik des SHT verschleiert werden.

b Zur Überprüfung der somato- und kortikotropen Funktion kann der Insulin-Hyperglykämie-Test herangezogen werden.

c Die Substitution von Sexualhormonen, Schilddrüsenhormonen oder Glukokortikoiden kann sich positiv auf den Rehabilitationsverlauf der Patienten auswirken.

d Die Hypophyseninsuffizienz ist mit einer Prävalenz von 30–50 %, anders als oft angenommen, eine häufig auftretende Komplikation des SHT.

Psychiatrie

2. Welche Aussage zu gestörter Stresshormonregulation bei depressiven Erkrankungen trifft zu?

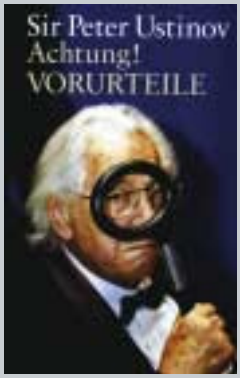
a Forschungsergebnisse zeigen, dass bei Depression eine erhöhte Sensitivität der Glukokortikoidrezeptoren vorliegt.

b Die Normalisierung gestörter Stresshormonregulation wird durch Antidepressiva erreicht, die zu verminderter ACTH- und Kortisolreaktion im Dexamethason/CRH-Test führen.

c Angehörige ersten Grades von depressiven Patienten haben ein bis zu 15fach erhöhtes Risiko, ebenfalls an einer affektiven Störung zu erkranken.

d Der ER22/23EK-Polymorphismus im Glukokortikoidrezeptor-Gen scheint mit einem schlechteren Verlauf der depressiven Erkrankung assoziiert zu sein.

Und das können Sie gewinnen:



Unter den richtigen Einsendungen verlosen wir dreimal **„Achtung! Vorurteile“**. In seinem Buch widmet sich Sir Peter Ustinov humorvoll, wortgewandt und feinsinnig Geschichten aus Alltag und Politik, in denen Vorurteile machtvoll das Zepter übernommen haben. Er fahndet, jedoch ohne belehren zu wollen, nach der oftmals arroganten Meinung über Menschen anderer Kulturkreise, die nicht selten auf reiner Unkenntnis beruht.

Lösung des CME-Quiz im NT 2/2005: 1b; 2c

Die Gewinner:
Dr. C. Heizmann, Aachen
U. Zimmermann, Hannover
Dr. Dr. N. Bernsdorff, Baden-Baden

Herzlichen Glückwunsch!

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Einsenden oder faxen an:

Geschäftsstelle
CME-Kommission BVDN/DGN (**Neurologie**) ☐
CME-Kommission BVDN/DGPPN (**Psychiatrie**) ☐
Wünsche Anmeldebogen zum CME-Verfahren für mein Fachgebiet ☐
Kennwort „CME-Quiz NT 4/2005“
Hauptstr. 18, 79576 Weil am Rhein
Fax (0 76 21) 7 87 14

Bitte Absender nicht vergessen!
Einsendeschluss: 17.5.2005

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Praxisstempel

Das bietet Ihnen die BVDN/BDN/BVDP-Mitgliedschaft

Kostenloser Bezug des Verbandsorgans NEUROTRANSMITTER

Der NEUROTRANSMITTER wird regelmäßig (elfmal im Jahr, monatlich mit zwei Doppelnummern) kostenfrei an alle BVDN/BDN-Mitglieder versandt. Nichtmitglieder erhalten den NEUROTRANSMITTER nicht oder nur unregelmäßig über den so genannten Streuversand. Für den regelmäßigen Bezug besteht die Möglichkeit, den NEUROTRANSMITTER gegen Entgelt zu abonnieren oder Mitglied im BVDN/BDN/BVDP zu werden.

Kostenloser Bezug des NeuroTransmitter-Telegramms

Das NeuroTransmitter-Telegramm wird über die Geschäftsstelle exklusiv nur an BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder versendet. Darin erscheinen insbesondere die aktuellen und wichtigen honorarpolitischen Beiträge. Für Nichtmitglieder besteht keine Möglichkeit, das NeuroTransmitter-Telegramm zu beziehen.

Kostenloses Jahresabonnement einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift

Alle BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder können eine der folgenden Fachzeitschriften des Thieme Verlags auswählen (das Jahresabonnement ist im Mitgliedsbeitrag enthalten):

- Fortschritte Neurologie/Psychiatrie;
- Aktuelle Neurologie;
- Psychiatrische Praxis;
- Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG;
- PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie;
- Die Rehabilitation;
- Psychotherapie im Dialog;
- Balint-Journal.

Falls Sie Änderungswünsche haben, teilen Sie diese bitte unserer BVDN/BDN/BVDP-Geschäftsstelle in Neuss mit (Adresse nachstehend).

Kostenloser Bezug der BVDN-Abrechnungskommentare

Dr. G. Carl, Dr. A. Zacher und Dr. P. C. Vogel aus dem Landesverband Bayern haben die Reihe der Abrechnungskommentare für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie erweitert. Die Kommentare werden ausschließlich an BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder versandt und abgegeben:

- EBM-Abrechnungskommentar (3. Auflage, 5/2000);
- GOÄ-Abrechnungskommentar (3. Auflage 2/2002);
- Gutachten – andere Auftraggeber – Abrechnungskommentar (2. Auflage 3/2002);
- IGeL-Katalog Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie: offizielle Empfehlung des BVDN zur Abrechnung von IGeL;
- Richtgrößen, Arzneimittelrichtlinien (2. Auflage, 2/2004);
- Wirtschaftliche Praxisführung für Nervenärzte (1. Auflage 11/2000);
- Mitgliederverzeichnis BVDN/BDN/BVDP (Juni 2004).

BVDN-Fax-Abruf

BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder können die Fax-Abruf-Funktion des Berufsverbandes nutzen:

- Rechtsanwaltsliste für Sozialgerichtsverfahren;
- Kostenerstattung, Textvorschlag für die Patienteninformation und vertragliche Erstattungsvereinbarung;
- EBM/GOÄ-Umrechnungstabelle für Erstattungsverfahren;
- IGeL-Leistungen, BVDN-Empfehlung;
- Heimmonitor für PLM + RLS;
- Sonderkonditionen für: Dopplergeräte, Einmal-EMG-Nadeln, Digital EEG-Gerät, Bright-Light-Gerät, EMG/EP-Gerät.

Das BVDN-Abruf-Fax steht nur Mitgliedern zur Verfügung. Die Abruf-Fax-Nummern werden den BVDN/BDN/BVDP-Mitgliedern im NeuroTransmitter-Telegramm exklusiv mitgeteilt.

Kostenloser Bezug des BVDN-Ketten-Faxes „Nerfax“

Derzeit sind etwa 1.000 BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder, die sich gemeldet haben, angeschlossen. Es werden aktuellste berufspolitische Informationen weitergegeben, außerdem Praxis- und Wirtschaftlichkeitstipps.

Prämienbegünstigte Versicherungen

Bitte erkundigen Sie sich in der Geschäftsstelle in Neuss bei
D. Differt-Schiffers,
Hammer Landstr. 1a,
41460 Neuss,
Tel. (0 21 31) 2 20 99 20,
Fax (0 21 31) 2 20 99 22,
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de.

An die Geschäftsstelle Neuss, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Fax (0 21 31) 2 20 99 22

☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 200–400 EUR, je nach Landesverband).**

☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 260 EUR für Fachärzte an Kliniken).**

☐ **Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR.**

☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Niedergelassene/Fachärzte an Kliniken).**

☐ **Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 450 EUR.**

☐ **Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedesbeitrag von insgesamt 590 EUR.**

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

Tel.-Nr. _____ **Fax** _____

E-Mail/Internet: _____

Ich bin

☐ **niedergelassen** ☐ **in der Klinik tätig** ☐ **Chefarzt** ☐ **Facharzt**

☐ **Weiterbildungsassistent** ☐ **Neurologe** ☐ **Nervenarzt** ☐ **Psychiater**

☐ **in Gemeinschaftspraxis tätig mit:** _____

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

☐ **Fortschritte Neurologie / Psychiatrie** ☐ **Aktuelle Neurologie**

☐ **Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG** ☐ **Psychiatrische Praxis**

☐ **Die Rehabilitation** ☐ **Psychotherapie im Dialog**

Es ist nur e i n e Auswahl pro Mitglied möglich.

☐ **PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie** ☐ **Balint-Journal**

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

☐ **NERFAX-Teilnahme gewünscht**

EINZUGSERMÄCHTIGUNG **– Für den BDN und BVDP obligatorisch –**

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

Konto-Nr.: _____

Geldinstitut: _____ **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.)

Organisationsstruktur des BVDN

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender
F. Bergmann
Stellv. Vorsitzender
G. Carl
Schriftführer
R. Urban
Schatzmeister
R. Bodenschatz
Beisitzer
Christa Roth-Sackenheim
U. Meier
P. Reuther

Geschäftsstelle des BVDN

D. Differt-Schiffers, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Tel. (0 21 31) 2 20 99 20, Fax (0 21 31) 2 20 99 22, 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,
D. Differt-Schiffers,
Adresse, Telefon, E-Mail s. oben,
Geschäftsstelle BVDN

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Süd
W. Becker
Bayern
A. Zacher
Berlin
N. Mönter
Brandenburg
G. Fischer
Bremen
A. Steck
Hamburg
H. Vogel
Hessen
S. Planz-Kuhlendahl
Mecklenburg-Vorpommern
L. Hauk-Westerhoff
Niedersachsen
H. Schmidt
Nordrhein
A. Brosig
Rheinland-Pfalz
K. Sackenheim
Saarland
F. Jungmann
Sachsen
M. Brehme
Sachsen-Anhalt
D. Klink
Schleswig-Holstein
F. König
Thüringen
K. Tinschert
Westfalen
K. Gorsboth
Württemberg-Baden-Nord
H. Herbst

Gremien des BVDN

SEKTIONEN

Sektion Nervenheilkunde
F. Bergmann
Sektion Neurologie
P. Reuther
Sektion Psychiatrie und Psychotherapie
C. Roth-Sackenheim

ARBEITSKREISE

Neue Medien
K. Sackenheim
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
U. E. M. S. – Psychiatrie, EFPT
R. Urban
U. E. M. S. – Neurologie
F. Jungmann
Total-Quality-Projekte
P. Reuther

AUSSCHÜSSE

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung
A. Zacher, K. Sackenheim
Ambulante Neurologische Rehabilitation
W. Fries
Ambulante Psychiatrische Rehabilitation und Sozialpsychiatrie
S. Schreckling
CME (Continous Medical Education)
P. Reuther, P. Franz
Gebührenordnungen
G. Carl, F. Bergmann, A. Zacher, P. Reuther
Öffentlichkeitsarbeit Neurologie und Psychiatrie
G. Carl, F. Bergmann, P. Reuther, A. Zacher
Gerontopsychiatrie
F. Bergmann
Psychotherapie
C. Roth-Sackenheim, U. Thamer
Organisation BVDN, Öffentlichkeitsarbeit, Drittmittel
G. Carl, A. Brosig
Weiterbildungsordnung und Leitlinien
P. Reuther, G. Carl, A. Brosig, F. König (Neurologie), Ch. Vogel, F. Bergmann, G. Carl, A. Brosig (Psychiatrie/Psychotherapie)
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen
U. Brickwedde (Psychiatrie), H. Vogel (Neurologie)

REFERATE

Demenz
J. Bohlken
Elektrophysiologie
P. Reuther
Epileptologie
R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall
K.-O. Sigel, H. Vogel
Neurootologie, Neuroophtalmologie
M. Freidel
Neuroorthopädie
B. Kügelgen
Neuropsychologie
T. Cramer
Pharmakotherapie Neurologie
K.-O. Sigel, F. König
Pharmakotherapie Psychiatrie
R. Urban
Prävention Psychiatrie
N. N.
Schlaf
R. Bodenschatz, Dr. W. Lünser
Schmerztherapie Neurologie
H. Vogel
Schmerztherapie Psychiatrie
R. Wörz
Suchttherapie
U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie
M. Freidel

Organisationsstruktur des BDN

Vorstand des BDN

Vorsitzende
R. Hagenah, Rotenburg
U. Meier, Grevenbroich
Schriftführer
H. Masur, Bad Bergzabern
Kassenwart
K.-O. Sigel, München
Beisitzer
F. Bergmann, Aachen
H.-C. Diener, Essen
P. Reuther, Bad Neuenahr
Beirat
C. Beil, Köln
U. Besinger, Westerstede
S. Diez, Bad Wildbach
A. Engelhardt, Oldenburg
P. Franz, München
M. Freidel, Kaltenkirchen
H. Grehl, Erlangen
F. König, Lübeck
F. Reinhardt, Erlangen
C.-W. Wallesch, Magdeburg

I. Ansprechpartner für Themenfelder

1. Neue Versorgungsstrukturen V und MVZ
U, Meier, P. Reuther
2. Gebührenordnung GOÄ/EBM
R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl
3. CME
P. Franz, P. Reuther
4. Qualitätsmanagement
U. Meier
5. Risikomanagement
R. Hagenah
6. Öffentlichkeitsarbeit
Vorstand BDN

II. Delegierte in Kommissionen der DGN

1. Kommission Leitlinien
U. Meier
2. Weiterbildung/ Weiterbildungsermächtigung
H. Grehl
3. Anhaltszahlen/Qualitätssicherung
F. Reinhardt, P. Reuther
4. Rehabilitation
H. Masur
5. CME
P. Franz, F. Jungmann, P. Reuther
6. DRG
R. Hagenah

III. Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

1. DGNR
H. Masur
2. AG ANR
P. Reuther
3. BV-ANR
P. Reuther
4. UEMS
F. Jungmann

Organisationsstruktur des BVDP

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende
C. Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretende Vorsitzende
S. Schreckling, Hürth
Schriftführer
Ch. Raida, Köln
Schatzmeister
C. Vogel, München
Beisitzer
F. Bergmann, Aachen; H. Martens, München; R. Peters, Jülich; F. Schneider, Aachen; G. Wermke, Homburg/Saar

Der BVDP wurde 1999 in Leipzig gegründet und löste die Sektion Psychiatrie und Psychotherapie im BVDN ab. Er ist Mitglied in der GFB, der AG fachärztlicher Fortbildungskommissionen, der Ständigen Konferenz ärztlich psychotherapeutischer Verbände und arbeitet im Arbeitskreis zur Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung im Bundesgesundheitsministerium und in den Kompetenznetzen Schizophrenie und Depression mit. Des Weiteren ist er im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KBV vertreten. Der BVDP hat in den letzten beiden Jahren viele Mitglieder gewonnen, was der Tatsache Rechnung trägt, dass immer weniger Doppelfachärzte „nachwachsen". Der Jahresmitgliedsbeitrag beläuft sich auf 435 EUR. Der BVDP ist für Niedergelassene und Kliniker offen.

Neben der berufspolitischen Arbeit (Gespräche mit dem BMGS, der KBV, der BÄK sowie anderen berufspolitischen Verbänden) organisiert der BVDP wissenschaftliche Kongresse mit, beispielsweise den DGPPN-Kongress in Berlin.

Referate

Soziotherapie
S. Schreckling
Sucht
R. Peters
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

Adressen*

Dr. Wolfgang Becker
Palmstr. 36, 79539 Lörrach,
Tel. (0 76 21) 29 59, Fax (0 76 21) 20 17,
E-Mail: becker-hillesheimer@t-online.de

Dr. Curt Beil
Urbacher Weg 31, 51149 Köln,
Tel. (0 22 03) 56 08 88, Fax (0 22 03) 50 30 65,
E-Mail: curt.beil@netcologne.de

Dr. Frank Bergmann
Theaterplatz 17, 52062 Aachen,
Tel. (02 41) 3 63 30, Fax (02 41) 40 49 72,
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Dr. Ralf Berkenfeld
Hochstr. 22, 47506 Neukirchen-Vluyn,
Tel. (0 28 45) 3 26 27, Fax (0 28 45) 3 28 78,
E-Mail: berkenfeld@t-online.de

Prof. Dr. Peter-Dirk Berlit
Alfried-Krupp-Krankenhaus,
45131 Essen, Tel. (02 01) 4 34 25 27,
Fax (02 01) 4 34 23 77, E-Mail: berlit@ispro.de

Prof. Dr. Uwe Besinger
Ammerland-Klinik,
Langestr. 38, 26655 Westerstede,
Tel. (0 44 88) 50 33 80, Fax (0 44 88) 50 33 89,
E-Mail: besinger@ammerland-klinik.de

Dr. Ralf Bodenschatz
Albert-Schweitzer-Str. 22, 09648 Mittweida,
Tel. (0 37 27) 94 18 11, Fax (0 37 27) 94 18 13,
E-Mail: rbodenschatz@t-online.de

Dr. Jens Bohlken
Klosterstr. 34/35, 13581 Berlin,
Tel. (0 30) 3 31 94 94, Fax (0 30) 33 29 00 17,
E-Mail: dr.j.bohlken@gmx.net

Prof. Dr. Thomas Brandt
Marchioninistr. 15, 81377 München,
Tel. (0 89) 70 95-25 70/1,
Fax (0 89) 70 95-88 83,
E-Mail: tbrandt@brain.nefo.med.uni-muenchen.de

Dr. Mathias Brehme
Hauptstr. 8, 04416 Markkleeberg,
Tel. (03 41) 3 58 67 09, Fax (03 41) 3 58 67 26,
E-Mail: dr.med.brehme@t-online.de

Dr. Arne Brosig
Röntgenstr. 9–15, 41515 Grevenbroich,
Tel. (0 21 81) 2 33 99 33, Fax (0 21 81) 2 33 99 11,
E-Mail: brosig@nervenpraxis.de

Dr. Bernhard Bühler
P 7, 1 Innenstadt, 68161 Mannheim,
Tel. (06 21) 12 02 70, Fax (06 21) 1 20 27 27,
E-Mail: bernhard.buehler@t-online.de

Prof. Dr. Otto Busse
Friedrichstr. 17, 32427 Minden,
Tel. (05 71) 8 01 35 00, Fax (05 71) 8 01 35 04,
E-Mail: otto.busse@klinikum-minden.de

Dr. Gunther Carl
Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel. (0 93 21) 53 55,
Fax (0 93 21) 89 30,
E-Mail: carlg@t-online.de

Prof. Dr. Marianne Dieterich
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz,
55105 Mainz, Tel. (0 61 31) 17 71 51,
Fax (0 61 31) 17 56 97

Dr. Stefan Diez
Eduard-Conz-Str. 11, 75365 Calw,
Tel. (0 70 51) 16 78 88, Fax (0 70 51) 16 78 89,
E-Mail: stefan.diez@t-online.de

Dr. Reinhard Ehret
Ahornstr. 20, 12163 Berlin,
Tel. (0 30) 7 90 88 50,
Fax (0 30) 79 08 85 99,
E-Mail: dr.ehret@neurologie-berlin.de

Dr. Joachim Elbrächter
Marktallee 8, 48165 Münster,
Tel. (0 25 01) 48 22/48 21,
Fax (0 25 01) 1 65 36,
E-Mail: elbraechter@t-online.de

Dr. Günther Endrass
Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt,
Tel. (0 63 59) 9 34 80,
Fax (0 63 59) 93 48 15

Prof. Dr. Andreas Engelhardt
Evangelisches Krankenhaus,
Marienstr. 11, 26121 Oldenburg,
Tel. (04 41) 23 64 14,
Fax (04 41) 24 87 84,
E-Mail: andreas.engelhardt@nwn.de

Prof. Dr. Dipl. Psych. A. Ferbert
Mönchebergstr. 41–43, 34112 Kassel,
Tel. (05 61) 9 80-34 00,
Fax (05 61) 9 80-69 79,
E-Mail: ferbert@klinikum-kassel.de

Dr. Gerd-Jürgen Fischer
Potsdamer Str. 7–9, 14513 Teltow,
Tel. (0 33 28) 30 31 00,
Fax (0 33 28) 30 31 01,
E-Mail: gerd-juergen.fischer@dgn.de

* Funktionsträger von BVDN, BDN und BVDP (Adressen werden laufend aktualisiert und ergänzt)

Dr. Peter Franz
Ingolstädter Str. 166, 80939 München,
Tel. (0 89) 3 11 71 11,
Fax (0 89) 3 16 33 64,
E-Mail: pkfranz@aol.com

Dr. Matthias Freidel
Brauerstr. 1–3, 24568 Kaltenkirchen,
Tel. (0 41 91) 84 86, Fax (0 41 91)8 90 27,
E-Mail: mfreidel@t-online.de

Prof. Dr. Wolfgang Fries
Pasinger Bahnhofsplatz 4, 81241 München,
Tel. (0 89) 8 96 06 80, Fax (0 89) 89 60 68 22,
E-Mail: fries@elfinet.de

Dr. Horst Fröhlich
Haugerring 2, 97070 Würzburg,
Tel. (09 31) 5 53 30, Fax (09 31) 5 15 36

Dr. Peter Frommelt
Asklepiosklinik Schaufling,
Hausstein 30 1/2, 94571 Schaufling,
Tel. (0 99 04) 77 55 71, Fax (0 99 04) 77 55 72,
E-Mail: b.pledl@asklepios.com

Dr. Holger Grehl
Fahrner Str. 133, 47053 Duisburg,
Tel. (02 03) 5 08 12 61,
Fax (02 03) 5 08 12 63,
E-Mail: holger.grehl@ejk.de

Dr. Klaus Gorsboth
Bahnhofstr. 10, 59581 Warstein,
Tel. (0 29 02) 9 74 10, Fax (0 29 02) 97 41 33,
E-Mail: gorsboth.bvdn@gmx.de

Dr. Burkhard Gülsdorff
Parkstr. 26, 24534 Neumünster,
Tel. (0 43 21) 4 59 79, Fax (0 43 21) 4 21 33

Prof. Dr. Rolf Hagenah
Diakoniekrankenhaus,
Elise-Averdieck-Str. 117, 27342 Rotenburg,
Tel. (0 42 61) 77 22 19, Fax (0 42 61) 77 21 49,
E-Mail: hagenah@diako-online.de

Dr. Liane Hauk-Westerhoff
Paulstr. 48–55, 18055 Rostock,
Tel. (03 81) 4 90 08 10, Fax (03 81) 4 90 08 11,
E-Mail: liane.hauk-westerhoff@
nervenaerzte-rostock.de

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst
Marienstr. 7, 70178 Stuttgart,
Tel. (07 11) 2 20 77 40, Fax (07 11) 2 20 77 41,
E-Mail: heinz.herbst@t-online.de

Dr. Werner Hofmann
Frohsinnstr. 26, 63739 Aschaffenburg,
Tel. (0 60 21) 2 12 51, Fax (0 60 21) 2 97 83

Dr. Ulrich Hutschenreuter
Am Dudoplatz 1, 66125 Saarbrücken,
Tel. (0 68 97) 76 81 43, Fax (0 68 97) 76 81 81,
E-Mail: U.Hutschenreuter@t-online.de

Dr. Friedhelm Jungmann
Bahnhofstr. 36, 66111 Saarbrücken,
Tel. (06 81) 3 10 93/4, Fax (06 81) 3 80 32,
E-Mail: mail@dr-jungmann.de

Dr. Dagmar Klink
Marktstr. 14, 38889 Blankenburg,
Tel. (0 39 44) 26 47, Fax (0 39 44) 98 07 35,
E-Mail: dagmar.klink@dgn.de

Dr. Jürgen Kohler
Cornelia Passage 8, 79312 Emmendingen,
Tel. (0 76 41) 20 69,
Fax (0 76 41) 9 30 87 77,
E-Mail: juerkohler@aol.com

Prof. Dr. Hans W. Kölmel
Nordhäuserstr. 74, 99089 Erfurt,
Tel. (03 61) 7 81 21 31, Fax (03 61)7 81 21 32,
E-Mail: neu@erfurt.helios-Kliniken.de

Dr. Fritz König
Sandstr. 18–22, 23552 Lübeck,
Tel. (04 51) 7 14 41, Fax (04 51) 7 06 02 82,
E-Mail: info@neurologie-koenig-luebeck.de

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

Dr. Thomas Krichenbauer
Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel. (0 93 21) 53 55, Fax (0 93 21) 89 30,
E-Mail: krichi@web.de

Dr. Bernhard Kügelgen
Postfach 20 09 22, 56012 Koblenz,
Tel. (02 61) 3 03 30-0, Fax (02 61) 3 03 30-33

Dr. Andreas Link
Alter Bremer Weg 14 , 29223 Celle,
Tel. (0 51 41) 33 00 00, Fax (0 51 41) 88 97 15,
E-Mail: neurolink@t-online.de

Dr. Wolfhard Lünser
Werler Str. 66, 59065 Hamm,
Tel. (0 23 81) 2 69 59, Fax (0 23 81) 98 39 08,
E-Mail: Luenser.Hamm@t-online.de

Prof. Dr. Harald Masur
E. Stein-Fachklinik/Am Wonneberg,
76887 Bergzabern, Tel. (0 63 43) 94 91 21,
Fax (0 63 43) 94 99 02,
E-Mail: h.masur@reha-bza.de

Dr. Uwe Meier
Montanusstr. 54, 41515 Grevenbroich,
Tel. (0 21 81) 22 53 22, Fax (0 21 81) 22 53 11,
E-Mail: umeier@t-online.de

Dr. Norbert Mönter
Tegeler Weg 4, 10589 Berlin,
Tel. (0 30) 3 44 20 71, Fax (0 30) 84 10 95 20
E-Mail: mönter-berlin@t-online.de

Dr. Klaus-Ulrich Oehler
Wirsbergstr. 10, 97070 Würzburg,
Tel. (09 31) 5 80 22, Fax (09 31) 57 11 87

Prof. Dr. Wolfgang H. Oertel
Rudolf-Bultmann-Str. 8, 35033 Marburg,
Tel. (0 64 21) 2 86 62 79,
Fax (0 64 21) 2 86 89 55,
E-Mail: oertelw@mailer.uni-marburg.de

Dr. Rolf Peters
Römerstr. 10, 52428 Jülich,
Tel. (0 24 61) 5 38 53,
Fax (0 26 41) 5 40 90,
E-Mail: dr.rolf.peters@t-online.de

Dr. Volker Pfaffenrath
Leopoldstr. 59, 80802 München,
Tel. (0 89) 33 40 03,
Fax (0 89) 33 29 42

Dr. Sigrid Planz-Kuhlendahl
Aliceplatz 7, 63065 Offenbach,
Tel. (0 69) 8 00 14 13, Fax (0 69) 8 00 35 12,
E-Mail: Planz-Kuhlendahl@t-online.de

Dr. Christian Raida
Urbacher Weg 31, 51149 Köln,
Tel. (0 22 03) 5 60-888,
(0 22 03) 50 30 65,
E-Mail: c.raida@t-online.de

Prof. Dr. Fritjof Reinhardt
D.-Chr.-Erxleben-Str. 2,
01968 Senftenberg,
Tel. (0 35 73) 7521 50,
Fax (0 35 73) 7 07 41 57
E-Mail: ProfReinhardt@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther
ANR Ahrweiler, Schülzchenstr. 10,
53474 Bad-Neuenahr-Ahrweiler,
Tel. (0 26 41) 9 80 40, Fax (0 26 41) 9 80-444,
E-Mail: preuther@rz-online.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim
Breite Str. 63, 56626 Andernach,
Tel. (0 26 32) 9 64 00, Fax (0 26 32) 96 40 96,
E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de

Dr. Klaus Sackenheim
Breite Str. 63, 56626 Andernach,
Tel. (0 26 32) 9 64 00,
Fax (0 26 32) 96 40 96,
E-Mail: bvdn@dr-sackenheim.de

Dr. Manfred Salaschek
Schulstr. 11, 49477 Ibbenbüren,
Tel. (0 54 51) 5 06 14 00,
Fax (0 54 51) 5 06 14 50,
E-Mail: salschek.ibb@t-online.de

Dr. Helmut Schmidt
Gudesstr. 3–5, 29525 Uelzen,
Tel. (05 81) 9 73 59 70, Fax (05 81) 9 73 59 71,
E-Mail: SchmidtHUelzen@aol.com

Prof. Dr. Frank Schneider
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen,
Tel. (02 41) 80 89-633, Fax (02 41) 80 82-401,
E-Mail: psychiatrie@ukaachen.de

Dr. Sibylle Schreckling
Luxemburger Str. 313, 50354 Hürth,
Tel. (0 22 33) 7 48 40,
Fax (0 22 33) 70 77 32,
E-Mail: dr.schreckling@t-online.de

Prof. Dr. Günther Schwendemann
Züricher Str. 40, 28325 Bremen,
Tel. (04 21) 4 08 12 85, Fax (04 21) 4 08 23 54

Dr. Karl-Otto Sigel
Hauptstr. 2, 82008 Unterhaching,
Tel. (0 89) 66 53 91 70, Fax (0 89) 66 53 91 71,
E-Mail: dr.sigel@neuropraxis-muenchen.de

Dr. Arno Steck
Georg-Gleistein-Str. 93, 28757 Bremen,
Tel. (04 21) 66 75 76, Fax (04 21) 66 48 66,
E-Mail: steck@ewetel.net

Dr. Ulrich Thamer
Mühlenstr. 5–9, 45894 Gelsenkirchen,
Tel. (02 09) 3 73 56, Fax (02 09) 3 24 18,
E-Mail: Thamer.Herten@t-online.de

Dr. Konstanze Tinschert
Ernst-Abbe-Platz 3–4, 07743 Jena,
Tel. (0 36 41) 57 44 44, Fax (0 36 41) 57 44 40,
E-Mail: praxis@tinschert.de

Dr. Siegfried R. Treichel
Halterner Str. 13, 45657 Recklinghausen,
Tel. (0 23 61) 2 60 36, Fax (0 23 61) 2 60 37

Dr. Frank Unger
Doberaner Str. 43 b, 18057 Rostock,

Tel. (03 81) 2 01 64 20,
Fax (03 81) 2 00 27 85,
E-Mail: unger_HRO@freenet.de

Dr. Roland Urban
Turmstr. 76 a, 10551 Berlin,
Tel. (0 30) 3 92 20 21,
Fax (0 30) 3 92 30 52,
E-Mail: dr.urban-berlin@t-online.de

Dr. P. Christian Vogel
Agnesstr. 14/III, 80798 München,
Tel. (0 89) 2 73 07 00,
Fax (0 89) 27 81 73 06,
E-Mail: praxcvogel@aol.com

Dr. Helga Vogel
Eulenkrugpfad 4, 22359 Hamburg,
Tel. (040) 6037142,
Fax (040) 60951303,
E-Mail: info@praxis-vogel.de

Prof. Dr. Peter Vogel
Neurolog. Abt. AK St. Georg,
Lohmühlenstr. 5, 20099 Hamburg,
Tel. (0 40) 28 90 22 67, Fax (0 40) 28 90 41 85,
E-Mail: pevog@prof-p-vogel.de

Prof. Dr. Claus-W. Wallesch
Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg,
Tel. (03 91) 6 71 50 01, Fax (03 91) 6 71 52 16,
E-Mail: wallesch@medizin.
uni-magdeburg.de

Prof. Dr. Frank Welter
Hardtwaldklinik I,
Hardtstr. 31, 34596 Bad Zwesten,
Tel. (0 56 26) 8 79 20, Fax (0 56 26) 8 79 21

Dr. Gerd Wermke
Talstr. 35–37, 66424 Homburg,
Tel. (0 68 41) 93 28-0, Fax (0 68 41) 93 28 17,
E-Mail: gerd@praxiswermke.de

Prof. Dr. Karl Wessel
Städt. Klinikum/Salzdahlumer Str. 90,
38126 Braunschweig,
Tel. (05 31) 5 95 23 00, Fax (05 31) 5 95 26 50,
E-Mail: k.wessel@klinikum-braunschweig.de

Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. Bernhard Widder
BKH/Ludwig-Heilmeyer-Str. 2,
89312 Günzburg,
Tel. (0 82 21) 96 22 82, Fax (0 82 21) 96 22 88,
E-Mail: bernhard.widder@t-online.de

PD Dr. Roland Wörz
Friedrichstr. 73, 76669 Bad Schönborn,
Tel. (0 72 53) 3 18 65,
Fax (0 72 53) 5 06 00

PD Dr. Albert Zacher
Watmarkt 9, 93047 Regensburg,
Tel. (09 41) 56 16 72, Fax (09 41) 5 27 04,
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Nervenärzte als Vertreter in den Kassenärztlichen Vereinigungen*

Name	Ort	BVDN	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband:	**BADEN SÜD**				
Dr. U. Farenkopf	Gegenbach	ja	(0 78 03) 65 50	(0 78 03) 98 07 14	Gegenbach@t-online.de
Dr. R. Sattleger	Singen	ja	(0 77 31) 95 99 10	(0 77 31) 95 99 39	dr.adam@web.de
BVDN-Landesverband:	**BADEN-WÜRTTEMBERG**				
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	(06 21) 12 02 70	(06 21) 1 20 27 27	juergen.braun@dgn.de
Dr. W. Maier-Janson	Ravensburg	ja	(07 51) 36 24 20	(07 51) 3 62 42 17	kontakt@neurologie-ravensburg.de
BVDN-Landesverband:	**BAYERN**				
Dr. H. Martens	München	ja	(0 89) 2 71 30 37	(0 81 41) 6 35 60	dr.h.martens@gmx.de
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	(0 93 21) 2 48 26	(0 93 21) 89 30	carlg@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**BERLIN**				
Dr. G. Benesch	Berlin	ja	(0 30) 3 12 37 83	(0 30) 32 76 50 24	dr.g.benesch@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**BRANDENBURG**				
offen!					
BVDN-Landesverband:	**BREMEN**				
Dr. I. Steck	Bremen	ja	(04 21) 66 75 76	(04 21) 66 48 66	
BVDN-Landesverband:	**HAMBURG**				
Dr. H. Vogel	Hamburg	ja	(0 40) 6 03 71 42	(0 40) 60 95 13 03	info@praxis-vogel.de
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	(0 40) 24 54 64		hans.ramm@gmx.de
BVDN-Landesverband:	**HESSEN**				
Dr. S. Planz-Kuhlendahl	Offenbach	ja	(0 69) 80 01 41 3	(0 69) 80 03 51 2	planz-kuhlendahl@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**MECKLENBURG-VORPOMMERN**				
kein Facharzt in der KV!					
BVDN-Landesverband:	**NIEDERSACHSEN**				
offen!					
BVDN-Landesverband:	**NORDRHEIN**				
Dr. F. Bergmann	Aachen	ja	(02 41) 3 63 30	(02 41) 40 49 72	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	(02 21) 40 20 14	(02 21) 40 57 69	hphaus1@AOL.com
Dr. Rolf Peters	Jülich	ja	(0 24 61) 5 38 53	(0 24 61) 5 40 90	dr.rolf.peters@t-online.de
Dr. Birgit Löber-Kraemer	Bonn		(02 28) 22 34 50	(02 28) 22 34 79	

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

Fortsetzung

BVDN-Landesverband:	**RHEINLAND-PFALZ**				
Dr. Klaus Sackenheim	Andernach	ja	(0 26 32) 9 64 00	(0 26 32) 96 40 96	bvdn@dr-sackenheim.de
BVDN-Landesverband:	**SAARLAND**				
Dr. F. Jungmann	Saarbrücken	ja	(06 81) 3 10 93	(06 81) 3 80 32	FJungmann@TeleMED.de
Dr. Th. Kajdi	Völklingen		(0 68 98) 2 33 44	(0 68 98) 2 33 44	Kajdi@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**SACHSEN**				
offen!					
BVDN-Landesverband:	**SACHSEN-ANHALT**				
Dr. R. Deike	Magdeburg		(03 91) 2 52 91 88	(03 91) 5 31 37 76	
BVDN-Landesverband:	**SCHLESWIG-HOLSTEIN**				
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	(0 45 51) 20 55	(0 45 51) 17 83	Uwe.Bannert@Rush.de
BVDN-Landesverband:	**THÜRINGEN**				
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	(0 36 41) 57 44 44	(0 36 41) 57 44 40	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband:	**WESTFALEN**				
Dr. U. Thamer	Gelsenkirchen	ja	(02 09) 3 73 56	(02 09) 3 24 18	Thamer.Herten@t-online.de
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	(02 31) 51 50 30	(02 31) 41 11 00	boettger@AOL.com

Impressum

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. (02 41) 3 63 30, Fax (02 41) 40 49 72, E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Geschäftsstelle: D. Differt-Schiffers, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Tel. (0 21 31) 2 20 99-20, Fax (0 21 31) 2 20 99-22, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Schriftleiter: PD Dr. med. Albert Zacher (az) (verantwortlich), Watmarkt 9, 93047 Regensburg, Tel. (09 41) 56 16 72, Fax (09 41) 5 27 04, E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Verlag: Urban & Vogel GmbH, Neumarkter Str. 43, 81673 München, Tel. (0 89) 43 72-13 00, Fax (0 89) 43 72-13 99, http://www.urban-vogel.de

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die Urban & Vogel GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Eigentümerin der Springer Medizin-Verlag GmbH ist mit 100% Anteilen die Springer Science+Business Media GmbH & Co. KG, Berlin.

Geschäftsführer: Dr. Georg Ralle

Leitung Verlagsbereich III: Dr. med. Christoph Posch

Redaktion: Dr. rer. nat. Claudia Mäck (cm), Tel. (0 89) 43 72-14 03, Fax (0 89) 43 72-14 00, E-Mail: maeck@urban-vogel.de;
Dr. med. Andreas Fischer (af);
Monika Welzel-Friebe (Chefin vom Dienst)

Assistenz: Gertraud Hiebsch (-13 68)

Herstellung: Frank Hartkopf (Leitung, -13 11), Gabi Kellner

Medical Communication: Ulrich Huber (Leitung, Anschrift wie Verlag, -13 31); Peter Urban (Anzeigenleitung, verantwortlich, Anschrift wie Verlag, -13 33, E-Mail: urban@urban-vogel.de); Anzeigenpreisliste Nr. 9 vom 1.10.2004

Vertrieb: Frank Niemann (Leitung, -14 11)

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel. (0 62 21) 3 45-43 04, per Fax (0 62 21) 3 45-42 29 sowie auch über das Internet unter http//: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 drei Monate vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft: 17,50 EUR. Jahresabonnement: 164 EUR. Für Studenten/AIP: 109 EUR. Versandkosten jeweils: Inland 18 EUR, Ausland 22 EUR. Für Mitglieder des BVDN, BDN und des BVDP (s. o.) ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Copyright – Allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur Arbeiten und Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebührenzahlung 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