11/2006 · November · 17. 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)



Fremdanamnese

KV Bayerns droht mit Plausibilitätsprüfungen

- **Erfolgreiche Schizophrenietherapie**
  Mehr als nur Linderung der Symptomatik
- **Bipolarität und Schwangerschaft**
  Kinderwunsch erfüllen – Komplikationen vermeiden
- **Arzneimittelkombinationen**
  Perfekte Paarungen in der Neurologie

CME NPP Zertifizierte Fortbildung

Vorschlag zur Rettung des Gesundheitssystems

Ich habe mich nun endlich dazu durchgerungen, einige von meinen eigenen Überlegungen zur Sanierung des deutschen Gesundheitssystems an dieser prominenten Stelle der interessierten Öffentlichkeit vorzulegen. Ich halte es einfach nicht mehr aus, dass man mir zumutet, in den verschiedensten Medien Vorschläge vorgesetzt zu kriegen, die hanebüchen in Bezug auf ihre Qualität und auch die Quantität der Einsparungen sind – verglichen mit meinen eigenen.



© Archiv

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

„Wer auch nur halbwegs interessiert die Zeitläufe verfolgt, weiß, dass eine der besten Möglichkeiten, Einsparungen vorzunehmen, heutzutage im Reimport besteht."

Reimport der Ärzte

Wer auch nur halbwegs interessiert die Zeitläufe verfolgt, weiß, dass eine der besten Möglichkeiten, Einsparungen vorzunehmen, heutzutage im Reimport besteht. Wollen Sie ein Auto kaufen, kaufen Sie keinesfalls ein deutsches Modell, das direkt aus der Fabrik zum Händler verfrachtet wurde, sondern suchen Sie sich einen so genannten Reimport-Händler und Sie werden dort bei einem Preisvergleichen große Augen machen. Ein Auto, das erst einmal aus Deutschland weit weg-, dann aber wieder zurücktransportiert wurde, ist dadurch viel billiger geworden. Genauso bei den Medikamenten. Solche, die vorübergehend expatriiert worden sind, sind nach dem Rücktransport so viel günstiger, dass ich inzwischen neben der Generika-Quote noch eine Reimport-Quote berücksichtigen muss, will ich keinen Medikamentenregress erleiden.

Mein Rat an die Politik: Ärzte erst exportieren, dann wieder reimportieren. Aus den oben genannten Beispielen lässt sich ersehen: Wenn die Ärzte in Deutschland produziert, exportiert und dann erst hierzulande eingesetzt würden, könnten sie dann viel billiger verbraucht werden.

Das Einsparvolumen beträgt 14,362 Mrd. EUR im ersten Jahr, im zweiten 18,487 Mrd. EUR.

Erste Wahl: Plazebo!

Mein zweiter Vorschlag betrifft die medikamentöse Behandlung. Sämtliche Studien, in denen Medikamente eingesetzt werden, zeigen, dass der Plazebo-Effekt mindestens 30 %, manchmal sogar 50 % ausmacht. Also ganz richtig ausgedrückt müsste man sagen, dass 30–50 % der Patienten auch unter einem Plazebo eine Verbesserung ihrer Symptome erfahren. Ja, was liegt denn nun näher, Ihr blinden Gesundheitspolitiker, als vorzuschreiben, dass jeder Arzt jedem Patienten erst einmal ein Plazebo verordnen muss. Diejenigen, denen es danach wider Erwarten (oder gemäß der statistischen Wahrscheinlichkeit) nicht besser geht, könnten dann immer noch mit echten und teuren Medikamenten behandelt werden. Weil dadurch zusätzlich ein großer Teil von UAWs und gefährlichen Interaktionen wegfallen würde, ist sogar mit zwei Einspareffekten zu rechnen. Geschätzt macht das exakt 24,32147 Mrd. EUR pro Jahr aus.

Kassensturz

Zusammengenommen kommt man mindestens auf 57–80 Milliarden EUR pro Quartal oder Jahr oder vielleicht auch pro Regierungsperiode, so genau kann man das dann doch nicht vorausberechnen. Weil aber gleichzeitig unbedingt verhindert werden muss, dass der deutsche Mensch den Eindruck gewinnen könnte, durch diese Maßnahme würde um reiner schnöder finanzieller Aspekte willen das Gesundheitssystem in seiner Leistungsfähigkeit zurückgefahren, darf auf keinen Fall der Kassenbeitrag reduziert werden, sondern er sollte um mindestens 1,5–2%-Punkte erhöht werden, was sich mit allgemeiner Verteuerung (MwSt.!), Überalterung, Fortschritten der Medizin gut begründen ließe. Zusätzliches Einnahmevolumen: mindestens weitere 30 Mrd. EUR. Die Gesamtsumme, die sich durch meine Vorschläge als Überschuss in den Krankenkassen-Kassen ergäbe, wage ich gar nicht niederzuschreiben, weil sonst zu befürchten steht, dass ich schon in der nächsten Woche einen Anruf aus dem Kanzleramt erhalte.

Als künftiger Regierungsberater in Gesundheitssachen grüßt

Ihr



3 — **Editorial**

Aus den Verbänden

8 — **Gesundheitspolitische Kurznachrichten**

12 — Mobbing aus der KV und verpasste Reformchancen

16 — **Neue Mobbing-Methoden**
Die faktische Aufhebung der Fremdanamnesen-Abrechnung

24 — **EBM 2000 plus**
Plausibilitätsprüfung bei Nervenärzten in Bayern – erster Akt

Beruf aktuell

28 — **Sigmund Freud und die Psychoanalyse**
Ein Blick zurück, ein Blick voraus

30 — Religion und Psychose – Sinnsuche und Sinnstiftung im psychiatrischen Alltag

34 — **Offenes Forum**

Fortbildung

CME: Die bipolare Störung in Schwangerschaft und Postpartalzeit

39 — Wie sicher sind Lithium, Antikonvulsiva und Antidepressiva für das Kind?

45 — Antipsychotika-Therapie und Kinderwunsch

49 — CME-Fragebogen

Unhaltbarer Angriff

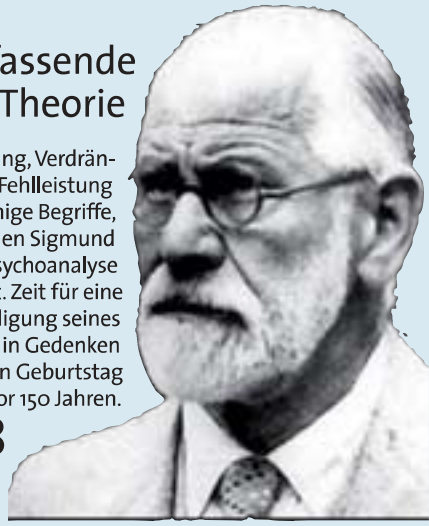
Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns plant bei rund 100 Nervenärzten eine Plausibilitätsprüfung, weil diese den Heimbesuch gleichzeitig neben der Fremdanamnese abgerechnet hatten. Typisches Mobbing nennt Kollege Bämayr dieses skandalöse Vorgehen der Behörde.

16

Umfassende Theorie

Traumdeutung, Verdrängung und Fehlleistung sind nur einige Begriffe, mit denen Sigmund Freud die Psychoanalyse geprägt hat. Zeit für eine kurze Würdigung seines Schaffens in Gedenken an seinen Geburtstag vor 150 Jahren.

28





Ungetrübte Schwangerschaft

Bipolare Störungen und Kinderwunsch – dies passt komplikationslos zusammen, wenn der behandelnde Arzt mit einigen Besonderheiten in der Pharmakotherapie ausreichend vertraut ist.

39

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:
Dr. rer. nat. Claudia Mäck,
Tel. 089 4372-1403, Fax 089 4372-1400,
E-Mail: maeck@urban-vogel.de

Schriftleitung:
PD Dr. med. Albert Zacher,
Tel. 0941 561672, Fax 0941 52704,
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Geschäftsstelle

BVDN/BDN/BVDP
Dagmar Differt-Fritz,
Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss,
Tel. 02131 22099-20,
Fax 02131 22099-22,
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

neu

Die **Adressen** der Funktionsträger und Autoren finden Sie **in neuem Layout in der Mitte der Ausgabe** (S. 89 f.)!

Titelbild



Figuren voller Lebendigkeit in intensiven Farben – bei Anna Boceks Malerei steht der Mensch und häufig auch sie selbst im Mittelpunkt.

51 — **Outcomeparameter in der Schizophrenietherapie**
Mehr als nur Linderung der Symptomatik

57 — **Therapeutisches Drug Monitoring**
Mehr Effizienz in der Psychopharmakotherapie

64 — **Kombinationstherapien in der klinischen Neurologie**
Perfekte Paarungen

69 — **AGATE**
SSRI: riskant bei Brustkrebs?

70 — **Kasuistiken**

85 — **Journal Club**

Journal

89 — **BVDN/BDN/BVDP**
Service

Psychopathologie in Kunst & Literatur
98 — Der Freitod im Altertum – Teil 3

101 — **Buch-Tipp**

102 — **Markt & Forschung**

NeuroTransmitter-Galerie
109 — Farbenprächtige Lebendigkeit – Anna Bocek-Tachowicz

111 — **Termine**

Reisezeit
113 — Kultur und Natur in Thailands Süden

115 — **Impressum**



Kontrollierte Therapie

Das therapeutische Drug Monitoring ist ein wichtiges Instrument, um Arzneimittelkonzentrationen im Organismus zu steuern und zu überwachen. Noch ist es keine Routinemethode in der Psychiatrie, doch bestehen auch hier fallbezogene Indikationen.

57

Perfekte Paarungen

In der Behandlung neurologischer Erkrankungen ist es oft notwendig, Medikamente in Kombination einzusetzen. Bei der sorgfältigen Auswahl geeigneter Substanzen ist die Kenntnis ihrer Pharmakokinetik und möglichen Interaktionen unerlässlich.

64





Verwunschene Landschaft

In Thailands Süden offenbart sich dem Reisenden eine zauberhafte Idylle aus dichtem Regenwald, paradiesischen Inseln, endlosen Stränden und kristallklarem Meer.

113

Wichtiger Hinweis!

Diese Ausgabe enthält auf S. 86 f. den Kongress Report aktuell *„L-Dopa-Therapie des Restless-Legs-Syndroms: Bessere Lebensqualität durch ruhige Nächte“*, auf S. 96 f. den Kongress Report aktuell *„Therapieziel Recovery mit atypischem Depotpräparat: Symptomatische Remission allein zu wenig“* und auf S. 104 f. den Kongress Report aktuell *„Narkolepsie mit Kataplexie: Natriumoxybat normalisiert Tages- und Nachtsymptome“*.

Beigelegt ist der Kongress Report aktuell *„Nach dem ersten Schub eingreifen: Frühe Interferontherapie halbiert MS-Risiko“*.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Grundpfeiler Pharmakotherapie



Die aktuelle Ausgabe „IN BALANCE“ der DGBS e. V. widmet sich der medikamentösen Behandlung bipolarer Störungen. Neben den zur Verfügung stehenden Substanzen werden auch die Rezidivprophylaxe, Compliance-förderung und neue Therapieoptionen beleuchtet.

VÄndG in erster Lesung gebilligt

Von allen Fraktionen des deutschen Bundestages wurde das Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechtes (VÄndG) in der ersten Lesung Ende September 2006 gebilligt. Die Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Marion Caspers-Merk, forderte, dass „die alten Zöpfe des ständischen Niederlassungsrechts endlich ab müssen". Insgesamt sollen die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungserbringung flexibilisiert und liberalisiert werden. Jedoch kritisierte die Bundesärztekammer (BÄK) vor der Beratung im deutschen Bundestag die Kollisionen mit dem ärztlichen Berufsrecht.

Der Gesetzentwurf, der nach Angaben des BMG entsprechende Vereinbarungen des Koalitionsvertrages umsetzt, sieht zahlreiche Erleichterungen der vertrags-(zahn)ärztlichen Leistungserbringung vor:

- Die vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten – auch den Bezirk einer KV überschreitend wird erlaubt (so genannte Zweigpraxen).
- Örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern – auch den jeweiligen Bezirk einer KV überschreitend – sind zulässig.
- Es besteht die Möglichkeit, den aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer hauptberuflichen Tätigkeit zu beschränken (so genannte Teilzulassung), und damit zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie beizutragen.
- Anstellungsmöglichkeiten von Ärzten und Zahnärzten werden verbessert.
- Vertragsärzten wird ermöglicht, gleichzeitig auch als angestellte Ärzte in Krankenhäusern zu arbeiten.
- Die Altersgrenze für den Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit von 55 Jahren und die Altersgrenze für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit von 68 Jahren in unterversorgten Planungsbereichen wird aufgehoben.

Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf auch Regelungen

- zur Beseitigung von Schwierigkeiten bei der Gründung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ),
- zur Abmilderung von regionalen Versorgungsproblemen,
- zur Verlängerung der Anschubfinanzierung bei der integrierten Versorgung um ein Jahr,
- zur Klarstellung und finanziellen Absicherung der Beteiligung der Patientenvertreterinnen und -vertreter in den Selbstverwaltungsgremien und
- zur Beseitigung der Schwierigkeiten beim Einzug der sog. Praxisgebühr, wenn der Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung des Leistungserbringers nicht zahlt.

Außerdem solle die wirtschaftliche Situation der Ärzte in den neuen Bundesländern verbessert werden, in dem der dortige Vergütungsabschlag für privatärztliche Leistungen aufgehoben wird.

Kommentar: Die Liberalisierungen im Niederlassungs- und Zulassungsrecht sind sicherlich zu begrüßen. Allerdings sind sie in gesperrten Zulassungsbezirken weitgehend nutzlos, weil sie sich am Versorgungsgrad der Planungsbereiche orientieren. In mittlerweile unterversorgten strukturschwachen Gebieten, vor allem in den neuen Bundesländern, nützt die Liberalisierung aber auch nichts, wenn die gebotenen Niederlassungsmöglichkeiten wirtschaftlich so uninteressant sind, dass dort niemand eine Zulassung anstrebt. **gc**

Forderungskatalog der BEK an die Gesundheitsgesetzgebung

Vorstand und Verwaltungsrat der Barmer Ersatzkasse (BEK) stellten zehn Forderungen, die das Gesundheitssystem im Interesse der Versicherten zukunftsfest machen sollen:

1. „Die Reform muss die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung so nachhaltig sicherstellen, dass die Teilhabe der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am medizinischen Fortschritt gewährleistet bleibt.
2. Die Solidarität im Gesundheitssystem muss so gestärkt werden, dass Finanzierungs- und Belastungsgerechtigkeit erreicht wird. Dazu müssen auch die Beteiligten aus der privaten Krankenversicherung ihren Beitrag leisten.
3. Der Staat muss sich in dem Maße an der Finanzierung der GKV beteiligen, wie die GKV gesamtgesellschaftliche Aufgaben erbringt.
4. Es muss gesetzlich gewährleistet sein, dass durch die Beitragsanteile der Arbeitgeber, der Mitglieder sowie durch den Steuerzuschuss stets mindestens 95% der Leistungsausgaben aus dem politisch gewollten Fonds gedeckt sind. Die Zusatzprämie darf 1% des Einkommens nicht übersteigen.
5. Der Wettbewerb um eine qualitativ gute und wirtschaftliche medizinische Versorgung muss gesteigert werden. Dafür bedarf es eines fairen Wettbewerbs. Versorgerkassen dürfen nicht benachteiligt werden. Hier muss deshalb ein Finanzausgleich greifen, der die Morbiditätslasten zwischen den einzelnen Kassen berücksichtigt und als bundesweiter Ausgleich angelegt ist. Dies bestätigte das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich.
6. Der politisch gewollte Gesundheitsfonds und der weiterentwickelte Finanzausgleich müssen zeitgleich eingeführt werden oder zumindest zeitgleich wirken. Im Zweifel ist das Inkrafttreten eines solchen Fonds aufzuschieben.
7. Motor und Garant für die Innovation der medizinischen Versorgung in unserem Land war und ist die GKV. Dies muss so bleiben.
8. Die GKV ist ein tragender Bestandteil unseres auch international anerkannten Gesundheitssystems.

Deshalb haben die Versicherten Anspruch darauf, dass sie im Krankheitsfall nicht als Patientinnen und Patienten zweiter Klasse behandelt werden.

9. Es muss bei dem effektiven und effizienten Beitragseinzug bei den Krankenkassen bleiben.
10. Die soziale Krankenversicherung muss selbstverwaltet bleiben. Das verhindert eine Staatsmedizin und garantiert neben Bürgernähe sozialen Schutz unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen."

Kommentar: Es ist immer das Gleiche. Wie schon der GKV-Spitzenverband stellt nun auch die BEK als Körperschaft öffentlichen Rechts Forderungen zum Systemerhalt der GKV. Man fordert möglichst starken gesetzlichen und finanziellen Staatseinfluss, um insgeheim den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gering zu halten. Damit wird „Bürgernähe und sozialer Schutz" suggeriert, obwohl nachgewiesener Maßen die Verhinderung wettbewerblicher Suchmechanismen nur zu planwirtschaftlichem Bürokratismus, staatlichem Dirigismus und weiter zunehmender Unwirtschaftlichkeit führen. **gc**

Grundlohnentwicklung und Beitragsstabilität

Bundesministerium für Gesundheit

Anfang September 2006 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die für 2007 maßgebliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen bekannt gegeben. Die Höhe dieser Veränderungsrate ist entscheidend für die maximale Steigerungsmöglichkeit der Gesamtvergütungen in den KVen unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Wie die Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen zu ermitteln sind, ist im Gesetz genau vorgeschrieben: Bis zum 15. September eines jeden Jahres stellt das BMG die durchschnittlichen Veränderungsraten aller Mitglieder der GKV fest und zwar getrennt nach dem gesamten Bundesgebiet und den beiden Rechtskreisen West und Ost. Bezugsgröße dabei ist der gesamte Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres gegenüber dem entsprechenden Zeitraum der jeweiligen Vorjahre (Veränderungsraten der letzten fünf Jahre siehe Tabelle rechts).

Kommentar: Trotz der offenbar seit 2006 florierenden Wirtschaftslage leidet die GKV weiterhin unter einer erheblichen Einnahmeschwäche, weil die einkommensbezogenen Zuflüsse zur GKV wegen weiterhin hoher Arbeitslosigkeit und hoher Teilzeitbeschäftigungsrate stagnieren. Wiederum wird die vom BMG erlaubte maximale Zuwachsrate unserer Gesamtvergütungen in den KVen die Inflationsrate nicht kompensieren können. Allein schon aus diesem Grund werden die niedergelassenen Kassenärzte auch 2007 wieder Netto-Einkommensverluste hinnehmen müssen. **gc**

Veränderungsraten beitragspflichtiger Einnahmen

Jahr	Gesamt	Ost	West
2007	+ 0,79 %	+ 2,23 %	+ 0,47 %
2006	+ 0,97 %	+ 1,41 %	+ 0,83 %
2005	+ 0,38 %	– 0,60 %	+ 0,56 %
2004	+ 0,17 %	+ 0,71 %	+ 0,02 %
2003	+ 1,06 %	+ 2,09 %	+ 0,81 %

Berliner Akademie der Wissenschaften zur Gesundheitsreform

Die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften gab Mitte September eine Studie mit Forderungen für eine „grundsätzliche Umstellung und langfristige Ausrichtung des Systems gegenüber einer bloßen Weiterentwicklung im Rahmen der politischen Möglichkeiten einer großen Koalition" heraus. Eine Stärkung von Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitssystem sei weder aus ethischer noch aus verfassungsrechtlicher Sicht abzulehnen, sie sei zu einem gewissen Grade sogar geboten:

1. Die notwendige grundlegende Reform sollte die anthropologischen, ethischen, medizinischen, rechtlichen und ökonomischen Grundlagen eines dauerhaft leistungsfähigen und gesellschaftlich akzeptablen Gesundheitssystems berücksichtigen. Der derzeitige nur politisch erklärbare Reformstau biete dazu nicht den richtigen Ansatz.
2. Aus moralischer Sicht sei eine jedermann gewährte Grundversorgung zu fordern. Eine vollumfängliche Gesundheitsversorgung sei moralisch nicht geboten und nur eingeschränkt wünschenswert. Es gehe um die Stärkung der Eigenverantwortung. Ein privatisiertes Gesundheitssystem führe nicht zwangsläufig zu einer Entsolidarisierung der Gesellschaft. In diesem Zusammenhang heiße Gerechtigkeit gerecht fertigte Ungleichheit. Es sei Aufgabe des Staates, die Eigenverantwortung der Versicherten und die Systemverantwortung der Versicherungsträger in einem vernünftigen Gleichgewicht zu halten.
3. Der Staat sei aus verfassungsrechtlicher Sicht verpflichtet, sicherzustellen, dass jedem das Existenzminimum zur Verfügung stehe. Dies gelte auch für Leistungen im Gesundheitssystem. Aus dem Sozialstaatsprinzip folge

keine Status-quo-Garantie bestehender Leistungen und Leistungsträger.

4. Neben dem Recht des Kranken, versorgt zu werden, sollte auch das Recht des Bürgers, nicht unverhältnismäßig mit Abgaben belastet zu werden, stärker betont werden. In einer freiheitlichen Ordnung müsse Freiheit auch bei der Ausgestaltung des Gesundheitssystems ein Orientierungspunkt sein.
5. Das Arzt-Patienten-Verhältnis dürfe nicht dadurch gefährdet werden, dass der Arzt zum Sachverwalter der Kostenträger gemacht werde.
6. Die Qualität der Umsetzung des gesicherten Wissens über die jeweilige Krankheit in den Kontext individuellen Krankseins könne durch die Standardisierung ärztlichen Handelns verbessert werden.
7. Zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern müsse mehr Wettbewerb ermöglicht werden. Dieser sei aber kein Selbstzweck, sondern das entscheidende Mittel, um das gesundheitspolitische Ziel einer medizinisch hervorragenden, kosteneffizienten Gesundheitsversorgung für die Gesamtbevölkerung sicherzustellen.

Angesichts der Diskussionslage in der großen Koalition dürften die meisten der oben genannten Forderungen gegenwärtig nicht zu erfüllen sein. Die Studie enthält dennoch folgende „Eckpunkte einer Erneuerung des Gesundheitssystems und empfohlene Maßnahmen":

1. Ersatz der Mittelaufbringung über lohnbezogene Beiträge durch Prämienzahlungen.
2. Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge an die Versicherten, zumindest Festschreibung bei floatenden Gesundheitsprämien.
3. Ausgliederung des Kinderlastenausgleichs in das Steuer- und Transfersystem bei Stärkung des Versicherungscharakters der GKV.
4. Gesetzliche Krankenpflichtversicherung.
5. Neue Anbieterpluralität von GKV und PKV mit Teilkapitalbildung bei Privatisierung der GKV.
6. Stärkung der Transparenz aller Behandlungsabläufe, insbesondere der Vergütung von Gesundheitsleistungen.
7. Verbesserung der Qualität der Gesundheitsleistungen durch Zertifizierung „best practice" etc.
8. Förderung der Eigenverantwortung durch Eigenvorsorge.
9. Der Staat als Gewährleistungsstaat; er setzt die Spielregeln, bestimmt aber nicht die Spielzüge.
10. Regelmäßige und regelhafte Anpassung der Grundsicherung für die gesamte Bevölkerung.

Kommentar: Dem ist eigentlich nichts hinzuzufügen. Vor allem die Handschrift von Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke dieses „Manifest Gesundheitssystem" lässt sich aus den genannten Forderungen erkennen. Jeder, der nur ein wenig die gesundheitsökonomischen Interna unseres Gesundheitswesens kennt, muss im Wesentlichen zu den oben genannten Schlüssen gelangen. Die populistisch-solidarische Bürgerversicherung ist jedenfalls keine sinnvolle und zukunftssichere Alternative. **gc**

RSA bleibt weiterhin hoch

Über den Risikostrukturausgleich (RSA) wurden im ersten Halbjahr 2006 bereits 7,6 Mrd. EUR zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) umverteilt. Im gesamten Jahr 2005 waren es 14,9 Mrd. EUR 12,7 Mrd. EUR davon erhielt die AOK. Die Angestellten-Ersatzkassen zahlten 4,1 Mrd. EUR, die Betriebskrankenkassen 8,9 Mrd. EUR.

Kommentar: Mit der Veröffentlichung dieser Zahlen weist der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV) darauf hin, dass bereits jetzt die überwiegenden Gelder aus dem Risikostrukturausgleich morbiditätsentsprechend an die AOK gehen. Offenbar befürchtet die BKK, dass eine noch stärkere Morbiditätsadjustierung des RSA – wie im neuesten Gesetzentwurf vorgesehen – den BKKen noch mehr Geld zu Gunsten der Regionalkassen entziehen wird. Andererseits machen es viele BKKen den Konkurrenzunternehmen vor, wie man durch schlanke Bürokratie Verwaltungsausgaben sparen kann. Häufig sind die BKKen auch innovativ und motiviert bei der Vereinbarung von I.V.- oder Strukturvertragsvereinbarungen. **gc**

Mobbing aus der KV und verpasste Reformchancen



© Archiv

Dr. med. Frank Bergmann
1. Vorsitzender BVDN

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in einem bemerkenswerten Manuskript stellt Dr. Argeo Bämayr, Coburg, „die faktische Aufhebung der Abrechnung der Fremdanamnese im bayrischen Altenheim mit Mobbingmethoden" dar. *„Der mobbingtypische Prüfungsterror funktioniert ja nur, wenn bei gleichzeitiger Verunsicherung und Angsterzeugung die Arbeitskraft der Nervenärzte durch eine tage- bis wochenlange Beanspruchung für Rechtfertigungen von medizinischen Selbstverständlichkeiten gebunden werden. Eine substanziierte Rechtfertigung über den Prüfzeitraum von einem Jahr erfordert einen Zeitaufwand, der in etwa einer Altenheimversorgung in einem Quartal entspricht, woraus sich ableiten lässt, dass die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Altenheimen zwangsweise Schaden nehmen muss, wenn nicht die zwingenden Erfordernisse der Medizin durch die Befriedigung der schikanösen Bedürfnisse der Bürokratie blockieren lassen müssen (...)".* Sie können seinen Beitrag auf den nächsten Seiten nachlesen. Der Autor trifft damit den Nagel auf den Kopf. Nicht nur im Hinblick auf den Umgang der bayrischen KV mit der Ziffer 21216, Fremdanamnese, und den im Zusammenhang damit in die Wege geleiteten Plausibilitätsprüfungen sind Vertragsärzte ständig Situationen ausgesetzt, die nahezu sämtliche Kriterien des Mobbings erfüllen.

Grobe Täuschung

Die Zumutungen der Gesundheitspolitik weisen in die gleiche Richtung. Wie auch immer die Details der angestrebten Gesundheitsreform aussehen werden – ein wesentliches Ziel ist schon jetzt erkennbar verfehlt: das einer nachhaltigen Finanzierung ambulanter und stationärer Gesundheitsleistungen. Wenn sich die Protagonisten dieser Reform öffentlich rühmen, dass es ihnen gelungen sei, auf Leistungsausgrenzungen zu verzichten, so ist dies zumindest Hohn, wenn nicht bewusste Täuschung der Wählerschaft. Die Öffentlichkeit wird durch solche Meldungen absichtlich in die Irre geführt und darüber hinweg getäuscht, dass Wartelisten und natürlich Leistungsausgrenzungen zu erwarten sind.

Es ist beeindruckend mit welcher Impertinenz der Bundestagsabgeordnete und Lobbyist Karl Lauterbach das Märchen von der doppelten Facharztschiene in die Mikrofone der Medien plaudern kann, mit der Absicht, die Fachärzte in freier Praxis zu exekutieren und deren Arbeit medizinischen Versorgungszentren zu übertragen. Dazu Bernd Guzek (facharzt.de) in einem Beitrag in „Durchblick Gesundheit" mit dem Titel „Das System des Karl Lauterbach": *„Journalisten der ARD stolperten über ein erstaunliches Detail. Lauterbach bezieht Honorare als Aufsichtsrat eines Klinikkonzerns. Nach ihren Recherchen nicht gerade Kleingeld: Rund 43.000 EUR pro Jahr sollen zu Buche schlagen (...). Neue MVZ können nur mit gigantischen Investitionen aufgebaut werden – welch ein Zufall, dass die Klinikkonzerne ausgerechnet dieses Geschäftsfeld als Zukunftsmarkt für ihre Expansion sehen. Den Aktionären der Konzerne wird es gefallen und sicher ist es auch wieder nur ein Zufall, dass die Bundesregierung unter Lauterbachs Beratung und Beteiligung gezielt die Klinikkonzerne bevorzugen und die Existenzen in den selbstständigen Arztpraxen ohne Federlesen vernichten."*

Alte Konzepte – neue Konzepte

In einem Rundbrief vom September hatte ich über einige Inhalte des II. Arbeitsentwurfs zum Gesundheitsreformgesetz aus dem Ministerium informiert. Mittlerweile liegt der Referentenentwurf vor. Erwartungsgemäß haben sich im Hinblick auf die zukünftige Situation der Vertragsärzte nur marginale Veränderungen ergeben. Weiterhin strebt die Bundesregion eine pauschalierte Vergütungsstruktur ab Januar 2009 an, der bundeseinheitliche Punktwerte als Orientierungswerte zugrunde liegen. Auch sind weiterhin auf Landesebene Zu- und Abschläge vorgesehen, die regionale Besonderheiten, vor allem auch Über- oder Unterversorgung berücksichtigen sollen, ferner individuelle Qualitätskriterien.

Im Gegensatz zu früheren Konzepten wird nach den Vorgaben des Referentenentwurfs das Prinzip der so genannten Gesamtvergütung aufgegeben. Ausdrücklich wird darauf verwiesen, dass das Morbiditätsrisiko auf die Kassen übergehen soll. Mit vielen Steuerungsmaßnahmen wird jedoch auch in Zukunft dafür gesorgt werden, dass die Bäume nicht in den Himmel wachsen. So ist unter anderem ein hochkompliziertes Verfahren vorgesehen, mit dem Veränderungen der Morbidität überprüft werden sollen, um beispielsweise auszuschließen, dass allein durch eine veränderte ICD10-Kodierung ein Anstieg der Morbidität geltend gemacht wird. Damit entfällt zwar nach diesem Modell die für jede Region ursprünglich vorgesehene kostenneutrale Einführungsphase „unter dem Dach der Gesamtvergütungen", allerdings könnte zumindest in einigen Regionen die jetzt angestrebte größere Flexibilisierung durchaus auch zu Nachteilen für die Vertragsärzteschaft führen. So sind laut Entwurf auch Veränderungen des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen stationärem und ambulantem Sektor einzubeziehen. Ferner sollen in Zukunft Leistungsmengenveränderungen berücksichtigt werden, die sich auf Grund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Leistungserbringung ergeben. Sie können an diesen Formulierungen erkennen, welche Überlegungen im Bundesgesundheitsministerium bei der Abkehr vom bisherigen Prinzip der Gesamtvergütung eine Rolle gespielt haben.

Völlig unklar und schwammig bleiben die Ausführungen im Arbeitsentwurf, wie die Messung der Veränderungen der Morbiditätsstruktur „als Anpassungskriterium für die jährliche Fortentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung" erfolgen soll. Breiten Raum nimmt die Beschreibung des Problems der „angebotsinduzierten Leistungsausweitung" ein. Mit elaborierten Regelungs- und Prüfmethoden soll gewährleistet werden, dass das Morbiditätsrisiko zwar auf die Kassen übergeht, das Arztzahlrisiko jedoch in der ärztlichen Selbstverwaltung bleibt. Die Regelungswut erfasst auch die individuelle Tätigkeit des einzelnen Arztes. So soll im Einzelfall derTätigkeitsumfang berücksichtigt werden, was bedeutet, dass der nicht voll an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt in Zukunft auch nur ein entsprechend reduziertes Regelleistungsvolumen erhält.

Ich erspare Ihnen zunächst weitere Details, da gemäß des bisherigen Verlaufs des Gesetzgebungsverfahrens mit weiteren, möglicherweise auch erheblichen und grundsätzlichen Änderungen gerechnet werden muss. Eines wird jedoch überdeutlich: der Einstieg in ein staatlich überreglementiertes System mit der Folge, dass medizinische Versorgung in Zukunft noch konsequenter als bisher nach Kassenlage erfolgen wird.

Ärztliche Selbstverwaltung unter Beschuss

Zu den Hauptangriffszielen der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zählt seit Jahren die ärztliche Selbstverwaltung, namentlich die KVen. Die Zerschlagung dieses „Kartells" und Aufhebung des Sicherstellungsauftrags steht lange schon auf der Agenda des Ministeriums. Möglicherweise hat Schmidt jetzt einen sehr geschickten und raffinierten Weg gefunden, dieses Problem zu lösen: Das Gesetz sieht in Zukunft vor, dass Krankenkassen verpflichtend hausarztzentrierte Versorgungsmodelle anbieten müssen. Gleichzeitig wird ausdrücklich die Möglichkeit eröffnet, dass diese hausärztlichen Versorgungsmodelle durch Managementgesellschaften abgewickelt werden können. So will es der Hausarztverband unter Führung von Rainer Kötzle schon lange. Die freundschaftlichen Beziehungen des in Aachen praktizierenden Hausarztes zur Bundesgesundheitsministerin wurzeln in gemeinsamen politischen Aktivitäten zu Studentenzeiten. Nicht erst seit gestern fordert Kötzle den Ausstieg der Hausärzte aus dem KV-System und rüstet seine verbandseigenen Strukturen mit nicht unerheblichen finanziellen Mitteln zu einer Parallelorganisation auf. Kein Problem mit ministerieller Rückendeckung und Vergütungsgarantien für die Zukunft! Es könnte also passieren, dass nicht Ulla Schmidt, sondern die Hausärzte für die Liquidation ärztlicher Selbstverwaltung sorgen. Damit hätte die Ministerin ein wesentliches Teilziel erreicht, die Spaltung der Ärzteschaft. Die Hausärzte hätten einen „Pyrrhus"-Sieg errungen.

Die Kritik der Politik und ihrer Berater am Sicherstellungsauftrag und an der ärztlichen Selbstverwaltung verfolgt nur einen Zweck: von den eigentlichen Problemen abzulenken, die seit Jahren nicht gelöst werden, vor allem die nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems. Vertragsärztliche Honorare müssen endlich den Anstieg der Morbidität, die Preissteigerungsraten und die Innovationen abbilden. Außerdem müssen die durch den medizinischen Fortschritt bedingten Kostensteigerungen berücksichtigt werden. Es liegt auf der Hand, dass diese Probleme nicht durch eine Zerschlagung der ärztlichen Selbstverwaltung gelöst werden. Der Umgang mit Vertragsärzten durch eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, wie die KV, beinhaltet jedoch erhebliches Optimierungspotenzial, wie der Beitrag von Kollegen Bämayr in eindrucksvoller Weise zeigt, dessen Kritik ich uneingeschränkt teile. Allerdings können Neurologen, Nervenärzte und Psychiater auch nicht „blind" hinter einer Selbstverwaltung herlaufen, die unsere Interessen nicht mit aller Konsequenz vertritt. Darüber hinaus stimmt bedenklich, wenn Länder-KVen selber die Gründung von Genossenschaften vorantreiben, die die Machtverhältnisse der KV 1:1 widerspiegeln. Offenbar haben diese KVen bereits den Glauben an sich selbst verloren und kämpfen auf anderer Ebene um den Machterhalt.

Kafkaeske Prüfungsszenarien oder auch die kontinuierliche Verleugnung einer offensichtlichen Unterfinanzierung, wie gerade am Beispiel unserer Fachgruppen, sind ebenfalls nicht geeignet, das Vertrauen in die ärztliche Selbstverwaltung zu stärken.

Achtung Paradigmenwechsel!

Die derzeit häufige und zum Teil populistisch vorgetragene Forderung nach einer grundsätzlichen Umstellung des Systems auf Kostenerstattung erscheint manchem als Ausweg und Befreiungsschlag. Aber Vorsicht! Die Umstellung auf Kostenerstattung führt ebenso wenig wie eine andere Änderung der Struktur zu einer Erhöhung des zur Verfügung stehenden Finanzvolumens. Es sei denn, sie erfolgt durch eine Mehrbelastung der Patienten. Vielmehr wären bei einem Großteil der Patienten die jetzt zur Verfügung stehenden Honorarvolumina auf dem Wege der Rechnungslegung beim einzelnen Patienten einzufordern. Ich bin sicher, dass einige Praxen von einer solchen Umstellung erheblich profitieren würden. Die Mehrzahl der Praxen wird sich jedoch nicht nur mit abnehmenden Fallzahlen auseinandersetzen müssen, sondern auch mit erheblichen Inkassoproblemen und weiter sinkenden Honoraren. Ganz abgesehen davon ist ein solcher Paradigmenwechsel derzeitig politisch noch in keiner Weise durchsetzbar. Nicht in der CDU/CSU und schon gar nicht in der SPD ließen sich hierfür ausreichende Mehrheiten generieren.

Die (kollektive) Rückgabe der Zulassung wäre eine weitere Option. Wie in vielen Veranstaltungen diskutiert, hat der Gesetzgeber strengste Restriktionen für den Fall einer kollektiven Zulassungsrückgabe vorgesehen. Unser Verbandsjustiziar Dr. Pflugmacher hat diese Problematik im NeuroTransmitter bereits beschrieben. Nichtsdestoweniger sind wir auch mit den anderen Berufsverbänden im engen Kontakt und lassen diese Option keinesfalls außer Acht. Auch ein mit der ärztlichen Selbstverwaltung abgestimmtes Vorgehen liegt heute nicht mehr im Bereich der Fantasie: Rückgabe des Sicherstellungsauftrages durch die KV und Zulassungsverzicht der Vertragsärzte als ultima ratio.

Unentbehrliche Netzwerke

Für Neurologen, Nervenärzte sowie Psychiater und Psychotherapeuten wird es in Zukunft darauf ankommen, fach-

ärztliche Kompetenz in der ambulanten neurologischen und psychiatrischen Versorgung zu einem Alleinstellungsmerkmal zu machen. Wir rufen ausdrücklich dazu auf, Interessengemeinschaften vor Ort und informelle Netze zu gründen. Wir werden dazu in Kürze auch Informationen und Vorschläge auf der Verbands-Homepage veröffentlichen. Auch ohne „Umzug" in ein MVZ funktioniert Vernetzung aus der eigenen Praxis heraus.

Auf organisatorischer Ebene werden wir dafür sorgen, dass unsere Genossenschaft der Verbände jetzt aktiv Gespräche mit den Kostenträgern aufnimmt. Wir gehen mit guten Argumenten und Projekten in diese Gespräche.

Neurologen, Nervenärzte und Psychiater versorgen eine sehr hohe Zahl akut und chronisch schwer erkrankter Patienten. Wir sind durch Verbandsprojekte wie Ifap, Kooperation mit IMS, Beteiligung am Deutschen Institut für Qualität in der Neurologie, Kooperation mit Athene als Partner zum QM sowie durch die Darlegung der zertifizierten Fortbildung im eigenen fachspezifischen CME-System zunehmend in der Lage, die Qualität unserer Arbeit nicht nur zu postulieren, sondern auch zu dokumentieren. Alle genannten Projekte erfüllen ja keinen Selbstzweck, sondern dienen der Positionierung der Fachgruppe „im Markt" und in den Verhandlungen. Das große Interesse der Kassen an unseren Projekten zur integrierten Versorgung in diesem Jahr und vor allem die damit verbundenen Vertragsabschlüsse (z. B. die Verträge mit der AOK in Nordrhein, der TK oder DAK bundesweit) bestätigen dies.

Wir werden auch in Zukunft die Qualität unserer Arbeit transparent machen und in der Politik als auch auf der Ebene der Selbstverwaltung, vor allem aber auch noch intensiver mit den Kassen die Umsetzung unserer Versorgungsprojekte verhandeln. Das werden wir nicht nur für unsere Patienten, sondern auch mit unseren Patienten tun. Mit oder ohne KV!



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



© Archiv

Neue Mobbing-Methoden

Die faktische Aufhebung der Fremdanamnesen-Abrechnung

Mit der Plausibilitätsprüfung bezüglich Abrechnung der Fremdanamnese in Altenheimen rollt nun eine neue gesundheitsbeeinträchtigende Welle über die Ärzte.

Rund 100 Nervenärzte in Bayern erleben zurzeit eine Mobbing-typische psychosoziale Destabilisierung. Über ein Jahr lang soll bei ihnen eine Plausibilitätsprüfung vorgenommen werden, wenn sie die Fremdanamnese entsprechend der GOP 21216 in Altenheimen neben der Besuchsziffer abgerechnet haben (vgl. Beitrag von Dr. G. Carl, S. 24 f.). Das zunächst strukturelle Mobbing durch die EBM-Verantwortlichen und das individuelle Mobbing durch die Prüfbehörde lässt sich durch die folgende Mobbing-Analyse nachweisen. Wie im vorliegenden Fall wird Mobbing bevorzugt angewendet, wenn Ziele mit legalen Mitteln nicht durchsetzbar sind.

Strukturelle Mobbing-Problematik – EBM 2000 plus

Die Ursache dieses Prüfungsterrors (Plausibilitätsprüfung = kleiner Bruder des Strafverfahrens) liegt darin, dass die Abrechnung der Fremdanamnese prinzipiell unerwünscht, andererseits aber medizinisch unverzichtbar ist. Daher wurde sie in der Legende der GOP 21216 so gestaltet, dass sie zwar formal vorhanden ist, aber bei der nervenärztlichen Versorgung von Patienten in Altenheimen real zur „Luftnummer" degenerieren soll.

Aus nervenärztlicher Sicht gibt es nicht die geringsten Zweifel, dass die gerontopsychiatrische Behandlung von schwer kommunikationsgestörten, hirnorganisch (z. B. Demenz) und psychisch erkrankten (z. B. Psychosen) Patienten zwingend

a: einen Besuch (GOP 01413),
b: eine Ordination (GOP 80112),
c: eine Fremdanamnese beim Pflegepersonal und eine Anleitung des Pflegepersonals und/oder Angehöriger (GOP 21216) und
d: eine persönliche verbale humanitär geprägte Intervention (GOP 21220)

benötigen. Dies um so dringlicher, als diese Patienten im Regelfall unter einer gesetzlichen Betreuung stehen, unberechenbar oder selbst- und fremdgefährlich sind und zumeist in einer höheren Pflegestufe anerkannt sind, sodass sie nicht

in der Praxis versorgt werden können. Die Unterlassung auch nur einer dieser Grundkriterien einer verantwortlichen ärztlichen Versorgung stellt eine Sorgfaltspflichtverletzung nach dem bürgerlichen Recht und eine Missachtung der gesetzlichen Garantenstellung in Verbindung mit der Gefahr einer unterlassenen Hilfeleistung nach dem Strafrecht dar.

Behandlung im Minutentakt?

Ohne Berücksichtigung dieser sachlichen und rechtlichen Vorgaben sind die formalen Umstände Mobbing-typisch so gestaltet, dass sich eine korrekte Abrechnung der Fremdanamnese in Altenheimen durch den Nervenarzt praktisch so gut wie nie nachweisen lässt. Verantwortlich hierfür ist die Zeitvorgabe von 10 Minuten, die völlig offen lässt, ob die Fremdanamnese und Anleitung von Bezugspersonen überhaupt und, falls zutreffend, innerhalb eines Tages oder innerhalb eines Quartals gestückelt werden darf. Völlig ungeklärt ist auch, ob mit einer Unterbrechung der Fremdanamnese oder der Anleitung einer Bezugsperson durch einen Gesprächsabschnitt mit dem Patienten bei Rückkehr zur Fremdanamnese die Zeiterfassung von vorne beginnt oder ob dies zur vorausgegangenen Fremdanamnese addiert werden darf.

Folgender zeitlicher Ablauf ist die Regel und nicht die Ausnahme:

▶ **11.5: Patient A Fremdanamnese:** Lesen des Entlassungsbriefes in der Praxis (3 Minuten).

▶ **12.5: Patient B Fremdanamnese:** Lesen des Entlassungsbrief in der Praxis (2 Minuten);

▶ **14.5: Patient A:** Anruf des gesetzlichen Betreuers bezüglich fremdaggressiven Verhaltens;

▶ **21.5: turnusmäßiger Besuch im Altenheim:**

- Lesen der Einträge in der Dokumentation des Altenheims (z. B. von Patient A–L);
- mündliche Fremdanamnese beim Pflegepersonal betreffend Patient A–L;
- Visite bei Patient A: Mehrfacher Wechsel des Gesprächs zwischen Patient, Arzt und Pflegepersonal mit wechselhaften Inhalten betreffend Anamnese, Behandlung in Form einer verbalen Intervention und verhaltenstherapeutischen Hinweisen beim Patient und Pflegepersonal, eventuell durch andere verwirrte Mitbewohner oder Telefonate unterbrochen;
- Visite bei Patient B: gleiches Prozedere wie bei Patient A;
- nach Beendigung aller Visiten der betreffenden Station: Besprechung mit dem Pflegepersonal und schriftliche Anweisungen an das Pflegepersonal (z. B. in der Dokumentation);
- Aufsuchen der nächsten Station mit gleichartigem Ablauf.

Die Verwendung einer Stoppuhr ist bei dieser verantwortungsvollen Tätigkeit nicht nur unmöglich, sondern würde den Arzt des nicht unbegründeten Verdachts aussetzen, „verrückt“ zu sein, weshalb dieses Ansinnen der EBM-Verantwortlichen als entwürdigende Mobbing-Handlung kategorisch abzulehnen ist.

Die Erhebung der Fremdanamnese und die Anleitungen von Bezugspersonen in Alten- und Pflegeheimen stellt also immer nur einen Teil einer zeitlichen Summationsleistung an einem Besuchstag dar, da eine minutenmäßige klare Trennung der bei jedem einzelnen Patienten erbrachten Leistungen (Punkte a–d betreffend, s. S. 16) unmöglich ist. Eine korrekte Zeiterfassung mittels Stoppuhr bedürfte einer stetigen Begleitung durch einen „REFA-Fachmann“ (laut Duden: Reichsausschuss für Arbeitszeitermittlung), der während einer Visite den jeweiligen Anteil einer Anamnese, Fremdanamnese, Anweisung an das Pflegepersonal etc. bei stetigem Wechsel im Gesprächsverlauf sekundenanteilig erfasst. Die Übernahme der Zeitvorgabe von 10 Minuten in das Tagesprofil spricht eher für eine ununterbrochene Fremdanamnese an einem Tag, welche die tatsächlichen Verhältnisse willkürlich und somit Mobbing-typisch missachtet.

Zeitlich unberechenbar sind auch alle weiteren fremdanamnestischen Erhebungen aus den Dokumentationen des Altenheims und die im Rahmen von Besprechungen häufigen Supervisionen des Pflegepersonals, bei denen es sich auch um mehrere Patienten gleichzeitig handeln kann, deren ähnliche Symptome (z. B. bei Verhaltensstörungen, Aggressionen, Fluchtgefahr) spezifischer verhaltenstherapeutischer Anleitungen bedürfen. Die Unmöglichkeit des zeitlichen Nachweises der Fremdanamnese führt dazu, dass die Abrechnung der Fremdanamnese (GOP 21216) trotz Erbringung de facto unzulässig ist. Wer sie dennoch abrechnet, gerät zwangsläufig in arge Beweisnöte, die die Prüfbehörde mittels einer Plausibilitätsprüfung Mobbing-typisch so auszuschlachten weiß, dass selbst eventuelle Teilleistungen von einer Abrechnung ausgeschlossen werden sollen. Fallen zum Beispiel bei zirka 100 Patienten in den Altenheimen nur jeweils 8 Minuten für die Erbringung der GOP 21216 an, gibt es keine Abrechnungsmöglichkeit, mit dem Ergebnis, dass etwa 13 Stunden pro Quartal (100 x 8 Minuten = 800 Minuten) ohne Entlohnung gearbeitet werden müssten. Die Unzumutbarkeit ist evident und erinnert fatal an Sklavenarbeit und an eine frühkapitalistische Ausbeutung.

Neben der unerfüllbaren Auflage des Zeitnachweises wird im EBM Mobbing-typisch die Rechtsunsicherheit installiert, wer als Bezugsperson gelten kann. Ein Kommentator [Wezel/Liebold: Der Kommentar zu EBM und GOÄ] spricht daraufhin dem Pflegepersonal diese Funktion ab, obwohl nur das Pflegepersonal ärztlich verwertbare Informationen im Rahmen einer kontinuierlichen Therapie liefern kann, während Familienangehörige meist froh sind, diese Funktion dem Pflegepersonal übertragen zu können. Pflegepersonen sind auch deshalb als Bezugspersonen einzustufen, weil nur sie im steten Kontakt mit den Patienten stehen, während zum Beispiel die Tochter einer an Demenz Erkrankten, die vielleicht nur viermal im Jahr ihre Mutter besucht, über die Erstanamnese hinausgehend weder weitere anamnestische Angaben liefern kann, noch der richtige Adressat für „Anleitungen“ nach der GOP 21216 ist. Der Kommentator verkennt diesen Sachverhalt dank seiner nervenärztlichen Inkompetenz komplett und kommt zu der juristisch nicht begründbaren „Meinung“: „Zu beachten ist, dass unter dem zweiten Leistungsteil ‚Anleitung beziehungsweise Betreuung von Bezugspersonen‘ nicht die normalen und sich gegebenenfalls regelmäßig wiederholenden Gespräche mit Pflegepersonen gemeint sind.“

Woher der Kommentator dies ableitet, ist unergründlich. Wenn die EBM-Verantwortlichen es so wollen, dann steht ihnen die deutsche Sprache für einen

Fortsetzung Seite 21

entsprechenden Wortlaut in der Legende zur Verfügung, ganz davon abgesehen, dass gegen diese „Meinung" des Kommentators die fünfmalige Abrechnung der GOP 21216 pro Quartal spricht.

Individuelle Mobbing-Problematik – Plausibilitätsprüfung der Behörde

Das der GOP 21216 zugrunde liegende Mobbing-Potenzial wird in Bayern durch eine eigens geschaffene zentrale Prüfbehörde potenziert, die sich im Wesentlichen auf die sachlich völlig unbegründete Meinung des genannten Kommentators stützt, um ein kostenintensives, schikanöses Verfahren zu inszenieren. Diese Prüfbehörde missachtet dabei rechtliche und sachliche Erfordernisse, womit sie so viele Mobbing-Kriterien erfüllt, dass sie die Anerkennung als „Mobbing-Zentrale" verdient.

Die hohe Anzahl von Plausibilitätsprüfungen in der kleinen Gruppe der Nervenärzte zeigt die Mobbing-typische „Anmaßung des alleinigen Deutungsrechts", 100 Nervenärzten indirekt eine betrügerische Falschabrechnung zu unterstellen, ohne zuvor deren Arbeitsweise in Altenheimen fachkompetent zu eruieren. Gleichzeitig wird die dem EBM zugrunde liegende Rechtsunsicherheit betreffend die Definition der „Bezugsperson" und die Unmöglichkeit des Nachweises einer zusammenhängenden 10-minütigen Erbringung der Fremd-anamnese durch die Prüfbehörde Mobbing-typisch einseitig den Ärzten und nicht den rechtlich hierfür verantwortlichen EBM-Erstellern auferlegt. Der Vorwurf der fehlenden Plausibilität der Abrechnung der Fremdanamnese in Altenheimen wird so zur klassischen Mobbing-typischen Projektion eigenen Fehlverhaltens der Prüfbehörde, deren Unterstellung bar jeglicher Substanz unbegründet und implausibel ist.

Die „Anmaßung des alleinigen Deutungsrechts" lässt sich besonders anschaulich durch ein Rundschreiben der KVB vom 28.10.2005 dokumentieren (Az: 3.3 Le), wenn zuerst die KVB die Ärzte kritisiert, indem sie unter Hinweis auf negative Presseberichte eine „Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen" anmahnt, um sodann die Ärzte durch die von der KVB eingesetzte Prüfbehörde abstrafen zu lassen. In der Literatur wird ein derartiges Vorgehen als Mobbing-typische Pflichtenkollision eingestuft. Willkür als typisches Element von Mobbing wird von der Prüfbehörde auch dadurch praktiziert, dass für diese Plausibilitätsprüfungen die dafür vorgesehenen Aufgreifkriterien einer Überschreitung der Tageszeitprofile von je 12 Stunden missachtet werden, zumal bei den meisten Ärzten die Tageszeitprofile im Normbereich liegen. Genauso übel wirkt sich auf den Gesundheitszustand der Nervenärzte die Missachtung des Amtsermittlungsgrundsatzes im Sozialrecht aus, wonach diese zentralisierte Prüfbehörde rechtswidrig unterlässt, die oft in vielen Prüfverfahren begründeten und anerkannten Praxisbesonderheiten der Altenheimversorger bei den jeweiligen KV-Bezirken einzuholen.

Der Mobbing-typische Terror funktioniert aber doch nur, wenn bei gleichzeitiger Verunsicherung die Arbeitskraft der Nervenärzte durch eine wochenlange Beanspruchung für Rechtfertigungen von medizinischen Selbstverständlichkeiten gebunden werden. Eine substanziierte Rechtfertigung über den Prüfzeitraum von einem Jahr erfordert einen Zeitaufwand, der etwa einer Altenheimversorgung in einem Quartal entspricht. So muss die ärztliche Versorgung in Altenheimen zwangsweise Schaden nehmen, wenn sich die Erfordernisse der Medizin durch die Befriedigung der Bürokratie-Bedürfnisse blockieren lassen müssen. Kafkaesk sind diese Verfahren bei den Nervenärzten, die im untersuchten Prüfungszeitraum für die durch die Einführung des EBM 2000 plus entstandenen Mindereinnahmen Ausgleichszahlungen erhalten haben, die offensichtlich über die Plausibilitätsprüfung wieder eingezogen werden sollen. Dabei ist jetzt schon absehbar, dass ein dann erneut gestellter

Aufruf

Mobbing – Wer ist noch betroffen?

Ein Treffen von über 40 regressbedrohter bayerischer Kollegen mit dem Zweck, gemeinsam Auswege aus der Regressmisere zu entwickeln, war außerordentlich erfolgreich. Dr. Argeo Bämayr, Coburg, konnte bei diesem Treffen im Rahmen der Entwicklung von Gegenmaßnahmen eine Pilotstudie über das Ausmaß und die gesundheitlichen Folgen des Mobbing anhand von 17 Rücksendungen eines modifizierten Mobbing-Fragebogens für regressgeschädigte Ärzte erstellen, dessen Ergebnis im NeuroTransmitter (Nr. 6/2006, S. 22 ff.) veröffentlicht wurde.

Kollege Bämayr bietet an, dass sich alle, die in unerträglicher Weise unter den Schikanen (in diesem Fall der KVen) leiden, an ihn wenden können. Er würde daraufhin seine Studie über die psychische und physische Grenzsituation aller Beteiligten über Bayern hinaus ausweiten. Der Berufsverband steht voll hinter dieser Aktion, deren Ergebnisse unbedingt auch der Öffentlichkeit zugeführt werden sollten. Erstmals würden damit die tatsächlichen psychischen und physischen Schäden, die uns dieses System zufügt, dokumentiert sein. Wenn Sie also zu diesem Kreis gehören (und es dürften sehr viele davon betroffen sein), kopieren Sie sich diese Seite, füllen den unteren Abschnitt aus und faxen Sie sie an Kollege Bämayr.

Fax an: 09561/90223

Name, Vorname

PLZ, Ort, Straße

Telefon, Fax-Nr., E-Mail-Adresse

Praxisstempel (bitte leserlich)

Datum/Unterschrift

Mobbing: Klassifikation des Erkrankungsverlaufs

Bei Mobbing wird durch Psychoterror das Opfer psychosozial destabilisiert. Der Krankheitsverlauf ist abhängig von der Häufigkeit, Dauer und Intensität der Mobbing-Handlungen und lässt sich in vier Stadien unterschiedlichen Schweregrads einteilen. Er ist unabhängig davon, ob Mobbing individuell oder strukturell betrieben wird. Drei denkbare Reaktionsmöglichkeiten des Opfers beeinflussen die Erkrankungsschwere:

1. Die möglichst rasche Flucht aus dem Milieu des Psychoterrors ist am besten geeignet, einen schweren Verlauf zu verhindern, ist aber aus sozialwirtschaftlichen Gründen immer seltener möglich;

2. Der Kampf gegen das Mobbing mit der Absicht zu gewinnen, ist meist erfolglos, da Mobbing meist von „Soziopathen" betrieben wird, die im Regelfall Führungspositionen inne haben und daher am längeren Hebel sitzen;

3. Das Mobbing still zu erdulden, ist wider die menschliche Natur und macht das Mobbing-Opfer ausnahmslos zunehmend kränker.

Gegen Psychoterror versagen faire Gegenmittel. Vom Bundesarbeitsgericht liegt noch immer keine Entscheidung vor. Fazit: der Psychoterror wird in Deutschland meist nicht sanktioniert. Die Politik beherrscht Mobbing perfekt. Die Diktatur der Bürokratie im gesetzlichen Krankenversicherungssystem liefert das Paradebeispiel. Die vier Stadien des „Mobbing-Syndroms" zeigen folgende Charakteristika:

Stadium 1: akute Belastungsreaktion (ICD 10 F 43.0).

Stadium 2: „kumulative" traumatische Belastungsstörung (ICD 10 F 43.9)
[Fischer, G., Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie Kapitel 13 „Mobbing"]

- biphasisches Auftreten von Depression und Angst im Wechsel mit Aggressionen,
- zunehmendes Vermeidungsverhalten,
- Schlafstörungen mit Grübelzwängen,
- Substanzmissbrauch durch Angst und Schlafstörungen
- eingeengtes Denken an den Konflikt, woraus sich die Plausibilität für Mobbing ableitet, wenn derartige Handlungen mit entsprechender Intention vorliegen,
- hypervigilante Kognition betreffend den Mobbingkonflikt,
- eingeschränkte Kognition im Alltag,
- psychosomatische Funktionsstörungen (v. a. Bewegungs-/Magen-Darm-Bereich),
- Entwicklung einer Phobie gegen Fremdbestimmung.

Stadium 3: Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (ICD 10 F 43.1), wobei der Übergang vom Stadium 2 zum Stadium 3 fließend und überlappend sein kann.

Stadium 4: andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD 10 F 62.0)

- ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F 60.6) beim stillen Dulder des Mobbing oder nach dem verlorenen Kampf gegen das Mobbing,
- paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F 60.0) nach besonders „subtilem" Mobbing,
- obsessive Persönlichkeitsstörung (ICD 10 F 60.0) etc.

Die häufigste Fehldiagnose ist die Anpassungsstörung (ICD 10 F 43.2), die keinen Platz in der Mobbingk-Katastrophe hat, da das „Bedrängnis" bei Mobbing nicht subjektiv, sondern objektiv ist. Niemand kann sich einem Psychoterror mit dem Zweck psychosozialer Destabilisierung anpassen. Diese Fehldiagnose ist diskriminierend und eine klassische Opferbeschuldigung, wie sie häufig in der Lehre der Psychotraumatologie festgestellt wird. Eine isolierte Querschnittsdiagnostik unter Vernachlässigung der Längsschnittbetrachtung verschlimmert oft die Erkrankung, sodass die Feststellung von Leymann unverändert zutrifft, der Phase 4 der Mobbing-Katastrophe den stigmatisierenden iatrogenen Fehldiagnosen und juristischen Fehlentscheidungen zuordnet.

Die Behandlung von Mobbing-Opfern ist mangels Zugriffsmöglichkeit auf die Krankheitsursache erschwert. Die Hilflosigkeit der Helfer ist die Regel, solange Mobbing gesellschaftlich nicht energisch sanktioniert wird [Bämayr, A.: Mobbing, Hilflose Helfer in Diagnostik und Therapie, Deutsches Ärzteblatt, 6. Juli 2001, S. A-1811–1813]. Sowohl die Einteilung in vier Stadien, die nicht alle durchlaufen werden müssen sowie die Kriterien der kumulativen traumatischen Belastungsstörung bedürfen noch einer wissenschaftlichen korrekten Bestätigung oder Modifikation.

Antrag auf Ausgleichszahlung unter Hinweis auf das bereits längst rechtskräftig abgeschlossene Ausgleichsverfahren (z. B. Quartal 2/2005) abgeschmettert wird, obwohl die Voraussetzungen für die Ausgleichszahlung durch den Regressvollzug wieder voll erfüllt werden.

Man muss der Prüfbehörde unterstellen, dass die psychosoziale Destabilisierung primär von Ärzten und sekundär von Patienten ihr Hauptanliegen ist, nachdem bereits deren Entscheidung in der Richtgrößenprüfung Arznei in Bayern vom Sozialgericht München als rechtswidrig eingestuft worden ist. Über 350 Ärzte waren davon betroffen, mit verheerenden Folgen, wie eine Pilotstudie über den Gesundheitszustand regressgeschädigter Ärzte zeigt (NeuroTransmitter 6/2006 S. 22–28: „Bonus-Malus-Regelung, ein Fall für den Staatsanwalt und das Bundesverfassungsgericht"). Bei fast allen dort beschriebenen 17 Kollegen ließ sich ein „Mobbing-Syndrom" mit Depression, Angst, psychosomatischen Beschwerden, kognitiven und Schlafstörungen, bei drei Kollegen sogar eine Suizidalität eruieren. Da die erneute Terrorwelle durch die Plausibiltätsprüfungen erwarten lässt, dass sie sich genauso schädlich auf den Gesundheitszustand der Ärzte auswirken wird, sollte eine neue Studie durch den BVDN möglichst alle betroffenen Nervenärzte umfassen. Die Verantwortlichen sollen damit konfrontiert werden, welche Mobbing-typische psychosoziale Destabilisierung sie bei den Ärzten verursachen. Sodann sollten massenhaft Strafanzeigen – die sind kostenlos – und Schadenersatzprozesse gegen die Verantwortlichen dieses Terrors wegen Körperverletzung, Beleidigung, Nötigung zur Verletzung der Sorgfaltspflicht, Nötigung zur Missachtung der Garantenstellung, Nötigung zur unterlassenen Hilfeleistung, Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts, Wucher in Form einer Nicht- oder Minderentlohnung einer erbrachten Leistung folgen. Zu überlegen ist auch, ob die Einstellung des Mobbing durch die Prüfbehörde mit Fristsetzung gefordert wird, widrigenfalls die (nervenärztliche) Heimversorgung an die Hausärzte für die Dauer eines Quartals als ultima ratio übergeben wird.

Dr. med. Argeo Bämayr, Coburg

EBM 2000 plus ...

Plausibilitätsprüfung bei Nervenärzten in Bayern – erster Akt

Das „Kompetenzzentrum Gesamtprüfung" der KV Bayerns hat kürzlich bei einigen Nervenärzten wegen der gleichzeitigen Abrechnung der Heimbesuchsziffern mit der Fremdanamneseziffer eine Plausibilitätsprüfung angekündigt. Betroffen sind ausschließlich Nervenärzte, die gerontopsychiatrische Altenheimstationen betreuen oder Heime für psychiatrisch Langzeitkranke.

Anfang September 2006 hat die KV Bayerns (KVB) an etwa 100 Nervenärzte die Ankündigung verschickt, über ein Jahr lang (Quartal II/2005 bis I/2006) eine Plausibilitätsprüfung durchzuführen. Stein des Anstoßes ist die gleichzeitige Abrechnung des Heimbesuchs mit der Fremdanamnese (vgl. Beitrag von A. Bämayr S. 16 ff).

Unhaltbarer Angriff ...

Zunächst werteten wir als Vorstand des BVDN-Landesverbands Bayern diese pauschalen Vorwürfe als ungerechtfertigten, kriminalisierenden Angriff auf die noch motivierten Leistungsträger unter den bayerischen Nervenärzten, Psychiatern und Neurologen. Trotz schwieriger, aufwändiger Arbeitsbedingungen und geringer Honorierung nehmen die Kollegen zum Teil lange Anfahrten und eine in vieler Hinsicht demotivierende Arbeitssituation bei der Heimbetreuung in Kauf. Besonders in den letzten Monaten hörte man dagegen gehäuft von den Klagen der Öffentlichkeit und der Politik über unzureichende fachärztliche Heimversorgung, vor allem in unserem Fachgebiet.

... aus Unkenntnis

Ferner schätzen wir diese Vorgehensweise der KVB als profunde medizinische Unkenntnis auf dem Sektor der fachneuropsychiatrischen Heimversorgung ein – obwohl wir die KV Bayern seit Jahren über dieses Thema in multiplen Gesprächen und Briefen, besonders unter dem Gesichtspunkt der schlechten Bezahlung und der schwierigen Arbeitsbedingungen, informiert haben.

Der Vorstand hat die Kollegen vorerst mit einer „Segelanweisung" und den wichtigsten Argumenten gegen einen solchen Implausibilitätsvorwurf per Rundfax versorgt. Dies musste sehr rasch geschehen, weil die KVB innerhalb von 14 Tagen eine Rückäußerung (überschneidend mit den bayerischen Sommerferien und daher überwiegender Abwesenheit) wünschte. Die Ratschläge des Vorstands im Einzelnen:

- Gehen Sie zunächst keine Rückzahlungsverpflichtung ein.
- Prüfen Sie mithilfe Ihres Computerprogramms ihre Plausibilitätszeit an den Tagen mit Heimbesuchen.
- Lassen Sie sich für Ihre individuelle Praxis genau und für jeden einzelnen Tag schriftlich und nachvollziehbar vorrechnen, worauf sich der Implausibilitätsvorwurf konkret und in Minuten ausgedrückt stützt.
- Je nach Ihren individuellen Tagesplausibilitätszeiten oder substanziierten Plausibilitätsvorwürfen der KVB können Sie dann über eine Teilrücknahme von Fremdanamneseleistungen entscheiden. In der Regel wird dies aber nicht notwendig sein.
- Die Leistungslegende der GOP 21220 (zehnminütiges psychiatrisches Gespräch) enthält als fakultativen Leistungsinhalt die Anleitung von Bezugspersonen, sodass nicht unbedingt mit dem Patienten volle 10 Minuten gesprochen werden muss.

Unsere Gegenargumentation kann folgendermaßen aussehen:

- Bei Patienten, die von Nervenärzten, Psychiatern und Neurologen versorgt werden, sind wegen der fast immer vorhandenen Hirnerkrankung und der hierdurch bedingten Kommunikationsstörung regelhaft fremdanamnestische Angaben notwendig. Ohne diese Angaben kann weder die richtige Diagnose gestellt, noch die richtige Therapie eingeleitet oder überwacht werden.

Fortsetzung Seite 27

Ergänzung zum EBM-Artikel NeuroTransmitter 10/2006 (S. 16)

Uns unterlief ein Fehler bei der Aufzählung der ICD-10-Diagnosen für die psychiatrischen Betreuungsziffern 21230, 212331, 21233. In der Aufzählung wurde folgende Diagnose nicht abgedruckt, die ab 1.10.2006 neu von der KBV in den Diagnosenkatalog einbezogen wurde:

41.2 = Angst und depressive Störung, gemischt

Dies ist eine bei unseren Patienten in der ambulanten Behandlung nicht selten anzutreffende Diagnose, bei der häufig entsprechende Betreuungsleistungen anfallen. **gc**

Fazit

Wie bereits von uns prognostiziert, bieten Nervenärzte, Neurologen und Psychiater eine recht große Angriffsfläche für Plausibilitätsprüfungen, weil wir in weiten Teilen unserer ärztlichen Arbeit auf höchst persönliche Leistungserbringung und zeitlich fixierte Gesprächsleistungen angewiesen sind. Fragt man bei den KVen nach, so erhält man jedoch die Antwort, dass sich die Anzahl plausibilitätsauffälliger Nervenärzte im Durchschnitt der anderen Fachgruppen bewegt. Im vorliegenden Fall (Fremdanamnese bei neuro-psychiatrischen Heimpatienten) ging es gar nicht um Zeitplausibilitäten an einzelnen Tagen oder im Quartal. Dass eine solche spezifische Abrechnungssituation zu fast flächendeckenden Plausibilitätsverfahren führte, legt die Vermutung nahe, dass man in den KVen – falls sich Tages- und Quartalsplausibilitäten als ordnungsgemäß erweisen – gerne statistisch in die Tiefe geht, „um doch noch etwas zu finden". Gegen eine solche Vorgehensweise müssen sich die Kassenärzte in allen KVen vehement zur Wehr setzen, wenn dadurch adäquate Behandlungserfordernisse bei unseren Patienten tangiert werden.

▶ Fremdanamnestische Angaben, zum Beispiel über Krankenhausentlassungsbriefe, können auch ohne direkten Kontakt mit Bezugspersonen erhoben und ausgewertet werden.

▶ Die Anleitung zur Betreuung durch das Pflegepersonal als Bezugspersonen ist fast regelhaft erforderlich.

▶ Die Leistungslegende (Fremdanamnese und/oder Anleitung beziehungsweise Betreuung von Bezugspersonen schwer psychisch Erkrankter Patienten mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit) wird im Einzelfall 10 Minuten lang erfüllt.

▶ Schildern Sie in einem Schreiben oder ausführlichen Telefonat mit der Nürnberger Bezirksstelle die notwendige nervenärztliche Arbeitsweise bei der Heimbetreuung. Dies dient auch der medizinischen Fortbildung der KV-Mitarbeiter.

▶ Der gegenwärtige Punktwert von zirka 3 Cent sichert lediglich ein Honorar, das 5,8 Minuten einer plausibilitätsgeprüften 10-Minuten-Leistung entspricht, ausgehend von einem Kalkulationspunktwert von 5,11 Cent. Die Plausibilitätsprüfzeiten beispielsweise unserer 10-minütigen Gesprächsziffer oder der Fremdanamneseziffer müssen also eigentlich auf etwa 6 Minuten „heruntergeregelt" werden, mehr wird auch nicht bezahlt.

Nach längerem Gesprächen und Überzeugungsarbeit in der gesamten Hierarchie der Plausibilitätsprüfungszentrale der KVB konnten wir schließlich ein Einlenken erreichen. Unsere Argumentation überzeugte. Die Kollegen haben einzeln ihre Situation wie oben geschildert der Prüfabteilung dargestellt. Bis zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe gab es diesbezüglich keine Rückäußerung der KVB, die von dem oben genannten Einigungskurs abweicht. Die KVB erkennt also an, dass bei der Heimbetreuung gerontopsychiatrischer, hirnorganischer oder psychiatrisch langzeitkranker Patienten regelmäßig die Fremdanamnese abgerechnet werden kann, weil ansonsten die adäquate Diagnostik und Therapie dieser Patienten nicht erfolgen kann.

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen
2. Vorsitzender BVDN
1. Vorsitzender BVDN-Landesverband Bayern

Kurz gemeldet

BVDN-Service für Mitglieder EBM 2000 plus – Kommentar in Neuauflage

Der nützliche und beliebte EBM-Abrechnungskommentar des BVDN erscheint Mitte November neu (Fa. Hexal unterstützte dankenswerterweise den Druck). Die Neuauflage, für die in bewährter Weise wieder die Kollegen Gunther Carl und Albert Zacher verantwortlich zeichnen, wurde wegen der zahlreichen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgenommenen Änderungen seit April 2005 notwendig. Besonders in unserer Fachgruppe ergaben sich einige wesentliche Änderungen, die auf unser Abrechnungsverhalten erheblichen Einfluss haben werden. Alle BVDN-Mitglieder erhalten den Kommentar automatisch per Post zugeschickt. Sollte der EBM-Kommentar bis Dezember nicht bei Ihnen eingetroffen sein, wenden Sie sich bitte als BVDN-/BDN-/BVDP-Mitglied an die Geschäftsstelle in Neuss. **gc**

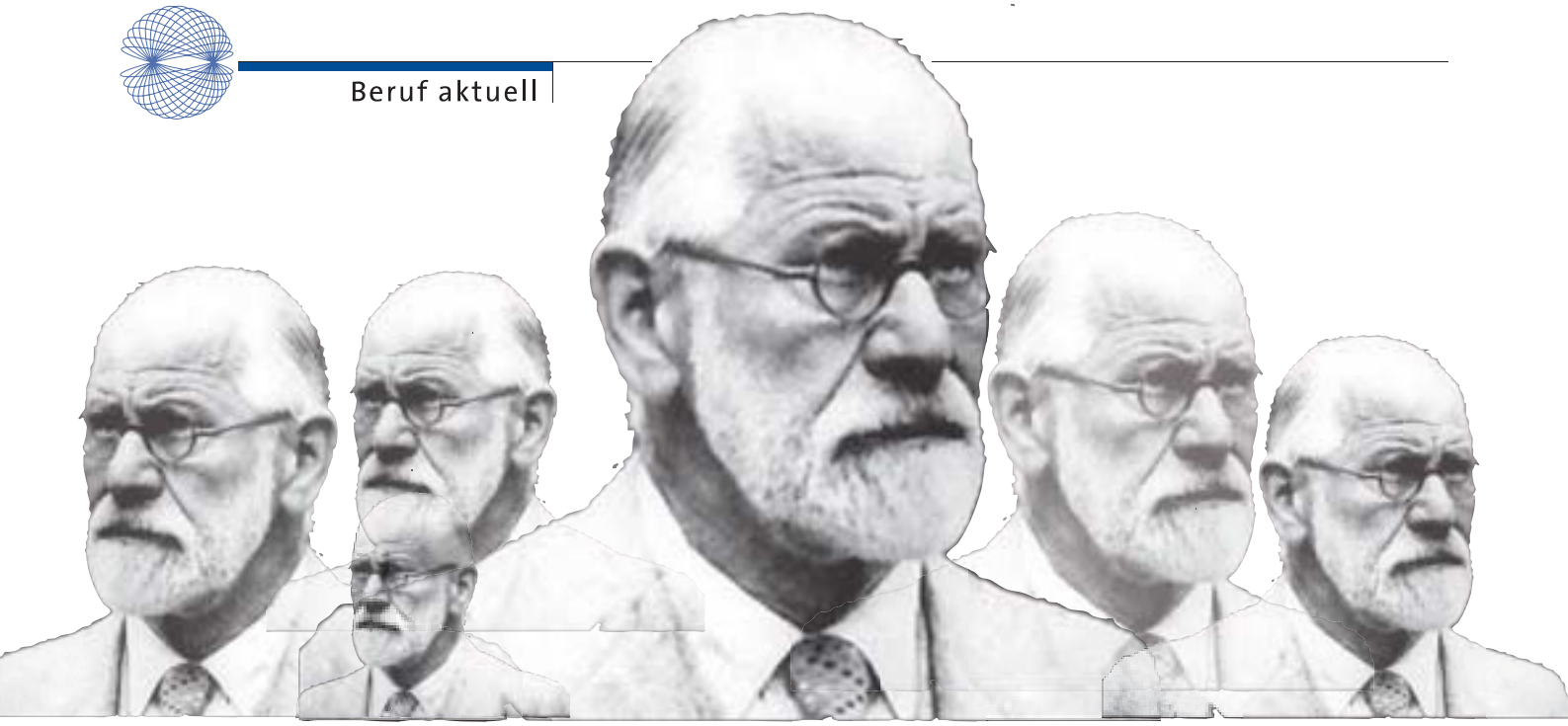
ICD-10-Schreibtischunterlage neu aufgelegt

Ebenfalls an die Mitglieder versenden die Berufsverbände die Neuauflage der für unsere Fachgruppen wichtigen ICD-Diagnosen in Form einer laminierten DIN-A4-Tabelle. In der Neuauflage (Fa. Holsten sei für die Kostenübernahme gedankt) sind die nach dem EBM hinzugekommenen für die Betreuungsziffern relevanten ICD-10-Diagnosen farblich hervorgehoben. Die ebenfalls vom Autorenteam Carl/Zacher überarbeitete Schreibtischunterlage leistet bei der EBM-gerechten ICD-10-Kodierung eines jeden Patienten wertvolle Hilfe. **gc**

Finanzieller Schaden durch abgelaufene Erfordernis der fakultativen Frequenzspektrumanalyse bei der Dopplersonografie

Die EBM-Vorschrift machte bei der Dopplersonografie seit April 2005 das Vorhalten einer Frequenzspektrumanalyse wegen des fakultativen Leistungsinhaltes zwingend erforderlich. Manche Kollegen wurden von ihrer KV fälschlicherweise informiert, dass der Kauf eines entsprechenden Gerätes unabdingbar sei. Ersatzweise hätte aber auch die Bildung einer ortsübergreifenden Apparategemeinschaft mit einem Kollegen genügt, der ein solches Gerät besitzt. Diese Vorschrift zur Frequenzspektrumanalyse wurde nun mit dem 1.10.2006 aufgehoben!

Kollegen, die durch die unnötige Anschaffung eines Gerätes einen finanziellen Schaden erlitten haben, können sich bei der Geschäftsstelle in Neuss melden. Wir bieten an, die Adressen zusammenzuführen, damit Kollegen gegebenenfalls eine gesammelte Schadenersatzklage gegen ihre KV wegen Falschberatung führen können. Wie aussichtsreich ein solches Verfahren ist, kann im Moment nicht ausreichend beurteilt werden, weil es sich bei der entstandenen Situation um ein absolutes Novum handelt. **gc**



Sigmund Freud und die Psychoanalyse

Ein Blick zurück, ein Blick voraus

Das Gedenken an Sigmund Freud stellt alle Jubiläen dieses Jahres in den Schatten, obwohl Rembrandt (400. Geburtstag) und Mozart (250. Geburtstag) unser Leben und unsere Kultur enorm bereichert haben. Eine gewaltige Zahl von Büchern über Freuds Werk, seine Person, seine Familie und über seine Schüler ist erschienen. Zahlreiche Tagungen in Hörsälen und Museen, in politischen Arenen und Volkshochschulen fanden statt. Die führenden Tageszeitungen brachten Würdigungen seines Werks, Interviews mit Anhängern und Gegnern, mit Freud-Forschern und Neurobiologen. Wieso ist Freud so eminent bedeutsam?

Als Psychiatrisch-Psychotherapeutische Fachgesellschaften bewegt uns in erster Linie Freuds Beitrag zur Psychiatrie und Psychotherapie. Sigmund Freud hat seine Ziele schon in seiner frühen neuropathologischen Periode hoch gesteckt. Nach dem Karrierewechsel in die psychiatrische Praxis begann er, mit Hypnose zu behandeln und sich bei dem damals bedeutendsten Hysterie-Experten Charcot auszubilden. Die Überraschungen der Hypnotherapie hysterischer Patientinnen schickten ihn erneut auf die Suche nach besseren Methoden. Sein nächster Schritt war revolutionär. Mit freier Assoziation und Traumdeutung hatte er sich den Zugang zur Innenseite psychischer Störungen und zu den Schattenseiten der gesellschaftlichen Konvention eröffnet. Aus den so gewonnenen Einsichten und aus seiner literarischen Bildung hat der Arzt Sigmund Freud, der einst Philosoph werden wollte, ein Erklärungsmodell menschlichen Erlebens und Verhaltens geschaffen, das heute als das umfassendste System einer psychologischen Anthropologie zu gelten hat. Der von Freud als erfolgreicher Vermittler gleicher psychologischer Einsichten bewunderte Wiener Dramatiker Arthur Schnitzler sagte dazu: „*Nicht die Psychoanalyse ist neu, sondern Freud. Er hat weniger Entdeckungen gemacht, als sie zum ersten Mal präzise formuliert.*“ Das Unbewusste, die Abwehrmechanismen, Verdrängung und Sublimierung, Fehlleistungen, Triebtheorie

und Theorie des Traums sind Bestandteile dieser umfassenden Theorie, die aus Therapieerfahrung entsprungen in die Psychoanalyse eingegangen sind. Zugleich sind sie zu Begriffen unserer Alltagssprache, zu Inhalten der Literatur, der Kunst, des Films, der Werbepsychologie und der Organisationsberatung geworden. Theorie und Behandlungsmethode Sigmund Freuds gaben den Anstoß für alle Psychotherapieverfahren, die nach ihnen entwickelt worden waren – auch wenn sie, wie die Verhaltenstherapie mit einer Gegenposition, ausschließlich auf empirischen Befunden der Psychologie aufbauen wollten.

Freud – Heilbringer oder Kränkung der Menschheit?

Die Therapie der schweren psychischen Erkrankungen hat weniger aus der Psychoanalyse gewonnen. Die Anstaltspsychiatrie zur Zeit Sigmund Freuds konnte den Schwerkranken nur Wegschließung und ein Arsenal wirkungsloser, an Foltermethoden erinnernder Behandlungsmethoden anbieten. Doch auch hier brachte die Psychoanalyse ein revolutionäres Element ein. Freud hatte begonnen, seinen Kranken wieder und wieder zuzuhören. Er hat sich geöffnet für die Tragik der persönlichen Geschichte, für die Wünsche und Visionen, Nöte und Sorgen seiner Kranken. Freud hat gegen hartnäckigen Widerstand Zuhören und Verstehen in die Psychiatrie gebracht, was wir heute nicht mehr wegdenken können.

Freuds Theorie des Seelenlebens beansprucht eine enorme Reichweite. Wo Menschen über sich selbst oder über andere nachdenken hat sie Eingang gefunden. Sie ist aus der Kunst, aus der Gesprächs- und Schreibkultur unserer Tage nicht mehr wegzudenken.

Viele Publikationen dieses Jubiläumsjahres beziehen eine polemisch aggressive Position gegen die Psychoanalyse oder fällen ein verächtliches Urteil über ihre Wissenschaftlichkeit. Man muss nicht erst Karl Krauss zitieren: „Die Psychoanalyse ist die Krankheit, für deren Therapie sie sich hält." Dem steht auch eine rigide Verteidigungsposition vieler autoritätsgläubiger Psychoanalytiker gegenüber, die jedem Wort des Meisters ewige Gültigkeit zuerkennen.

Was sind Gründe für diese heftigen Kontroversen? Freud hat selbst betont, er habe mit der letzten der drei historischen Kränkungen des Menschen durch die Wissenschaft entscheidend zum Widerstand gegen die Psychoanalyse beigetragen:

- Kopernikus habe die Erde aus dem Mittelpunkt des Universums verstoßen,
- Darwin habe dem Menschen gezeigt, dass er nicht die Krone der Schöpfung ist, sondern von den Tieren abstammt, und
- Freud selbst habe ihm die Einsicht zugemutet, nicht einmal Herr im eigenen Hause zu sein, sondern von unbewussten Trieben gesteuert zu werden.

Diese These ist so nicht ganz richtig. Freud hat sich größere Provokationen geleistet als Wolf Singer und Gerhard Roth. In den drei Vorlesungen zur Sexualtheorie behauptete Freud, der Mensch sei schon als Kind libidinös aktiv und polymorph pervers. Das rüttelte genauso an den Grundfesten von Christentum und Gesellschaft wie Freuds These, Gott als allwissender gütiger Vater sei eine Projektion unerfüllter kindlicher Wünsche und Sehnsüchte. Diese emanzipatorische Herausforderung der do-

minanten Kultur und der christlichen Religion hat sich in allen Sphären von Literatur, Theater und Kunst vielfältig gespiegelt.

Sigmund Freud hat unsere Welt nicht nur in der geistigen Sphäre, sondern auch in den Lebensformen verändert. Eine seiner Kernaussagen lautete: Psychische Störungen und mit ihnen vieles Unheil der Menschheit würden aus der Interaktion von Triebentwicklung und früher Umwelt – sprich des Elternhauses – geboren. Weniger die therapeutische als die kulturelle Konstruktion der traumatischen Lebensperiode „Kindheit" hat zur Emanzipation von der Elterngeneration beigetragen und von der christlichen Elternliebe in den Generationenkonflikt geführt.

Adorno, Marcuse und Erich Fromm gründeten emanzipatorische Gesellschaftstheorien auf die Psychoanalyse und mit revolutionärer Begeisterung der 68er-Bewegung wurde sie zur emanzipatorischen Speerspitze gegen die ältere Generation und ihre Traditionen. Die Entwertung von Tradition und überkommener Bindungen setzen innovative Kräfte frei, aber sie riskieren auch den Kulturverlust. In diesem explosiven Spannungsfeld begegnen wir heute dem Erbe Sigmund Freuds, eines der größten Denker unserer Zeit.

Prof. Dr. Dr. Dres. h.c. Heinz Häfner
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,
68159 Mannheim,
E-Mail: hhaefner@zi-mannheim.de

Tipp

Zu diesem spannenden Thema empfehlen wir eine besondere Veranstaltung auf dem diesjährigen Kongress der DGPPN: Das psychiatriehistorische Symposium „Sigmund Freud und die Psychoanalyse – Blick zurück und voraus" findet am Freitag, 24. November, 15.30–17.00 Uhr unter dem Vorsitz von Heinz Häfner (Mannheim) und Marianne Springer-Kremser (Wien) statt.



Der Eingang des Harnack-Hauses in Berlin-Dahlem

Religion und Psychose – Sinnsuche und Sinnstiftung im psychiatrischen Alltag

Zu diesem Thema veranstaltete der „Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin" am 9. September 2006 im Harnack-Haus in Berlin-Dahlem eine spannende Tagung, an der knapp 100 in der Psychiatrie Tätige sowie Gäste aus den Betroffenen- und Angehörigenverbänden teilnahmen.

„Meine Religion besteht in meiner demütigen Bewunderung einer unbegrenzten geistigen Macht, die sich selbst in den kleinsten Dingen zeigt, die wir mit unserem gebrechlichen und schwachen Verstand erfassen können. Diese tiefe, emotionelle Überzeugung von der Anwesenheit einer geistigen Intelligenz, die sich im unbegreiflichen Universum eröffnet, bildet meine Vorstellung von Gott." Mit diesem Gedanken Albert Einsteins – niedergelegt in seinem letzten Aufsatz „Science and Religion" – begann die Fachtagung „Religion und Psychose – Sinnsuche und Sinnstiftung im psychiatrischen Alltag" im Harnack-Haus in Berlin-Dahlem. Im Goethesaal des traditionsreichen Harnack-Hauses hatte Einstein erstmals den Gedanken seiner Relativitätstheorie vorgestellt. Nun hatte der „Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin" eingeladen. Den sektoren- und berufsgruppenübergreifender Verein haben vorrangig ambulant tätige, niedergelassene Psychiater unter Einbeziehung von Psychologen, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten und Soziotherapeuten vor drei Jahren gegründet. Gemäß seiner Satzung engagiert er sich in konkreten Projekten für eine verbesserte und integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit schizophrenen und affektiven Psychosen. Dabei geht es auch darum, die persönliche Seite und Sicht des Pati-

enten ernst zu nehmen. Der Blick fällt rasch auf den Glauben oder die Weltanschauung des Patienten und die Frage seiner Sinnfindung in und mit der Erkrankung. Vor diesem Hintergrund fand sich der entscheidende Impuls zur Planung und Organisierung der Veranstaltung. Die Resonanz war beeindruckend und machte leider sogar Absagen an Interessenten erforderlich. Sie gab aber den Veranstaltern Recht mit ihrer Vermutung, dass diese Thematik bislang in der fachpsychiatrischen Öffentlichkeit eher zu kurz gekommen ist.

Das Gefühl der Geworfenheit

Offenkundig kann weder die heute so dominierend auftretende Neurobiologie – mit all ihren Einblicken in die menschliche Denk- und Fühlwelt und ihrem Verständnis von „gesund" und „krank" – noch die subtil weiterentwickelte Psychotherapie der subjektiven (und damit wieder auch objektiven) Wirklichkeit des Patienten gerecht werden. Darauf wies ich in meiner Eröffnungsrede als Vereinsvorsitzender hin. Die Verwobenheit von individueller Biologie und individueller Biografie, von Somatischem und Geistig-seelischem ist derart vielschichtig und komplex, dass eine Psychiatrie natürlich reduktionistisch erscheint, wenn sie diese letztlich nur im Subjekt auflösbare Komplexität unberücksichtigt lässt. In der objektiv nicht auflösbaren Verwobenheit von körperlich Vorgegebenem, persönlichem Geprägtsein und individueller Entscheidung finden sich auch die persönliche Einstellung zur Religion und das spirituelle Bedürfnis und die subjektive Begründung zur Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens sowie des Schicksals. Dabei weisen persönliche Entscheidungen im philosophisch-grundsätzlichen Sinn immer einen individuell und situativ unterschiedlichen Grad von Freiheit auf. Meiner Meinung nach ist Prof. Wolf Singer, Direktor des Max-Planck-Institutes für Hirnforschung in Frankfurt und Mitglied der päpstlichen Akademie der Wissenschaft in Rom zuzustimmen, wenn er schreibt: „Wenn man den Himmel leer fegt von lenkenden Göttern, dann nimmt natürlich das Gefühl der Geworfenheit stark zu". Mit dieser Geworfenheit des Menschen fertig zu werden, ist Herausforderung genug für Gesunde. Für labilisierte und psychisch erkrankte Menschen ist diese Geworfenheit allemal brutaler und verstörender. Die Suche nach Antwort und Sinn des Leidens wird existenziell, wichtig fürs Überleben. Hier liegt ein Grund für die große Bedeutung der Religion.

Vor diesem in der Einführung formulierten Anspruch einer am Menschen in seiner Gesamtheit orientierten Psychiatrie, von einigen – notgedrungen – als „anthropologisch" bezeichneten Psychiatrie, entfaltete sich ein hoch spannendes Tagungsprogramm: Den historischen Aspekten, den „Wurzeln und Berührungen von Religion, Seelsorge und Psychiatrie" spürte Prof. Peter Bräunig aus unterschiedlichen Blickwinkeln nach. Daran knüpfte Prof. Friedel Reischies, der sich schon länger mit der Psychopathologie religiös geprägter Symptomatik beschäftigt, einen systematischen Überblick zu „Religion als Auslöser und als Inhalt psychischer Symptomatik und Erkrankung", den er mit eindrucksvollen Bildern vorwiegend christlichen Kulturgutes unterlegte.

Perlen aus der Praxis

Als „kleine Perlen" der Veranstaltung erlebten viele Teilnehmer die Behandlungserfahrungen aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis, die mehrere Vereinsmitglieder jeweils als Ergänzung zu vorausgehenden Referaten vorstellten: Den Beginn machte Dr. Norbert Hümbs aus der Neuköllner sozial-psychiatrischen Schwerpunktpraxis, der über die Problematik eines jungen Psychotikers mit moslemischem Vater und protestantischer Mutter berichtete. Nachfolgend schilderte Alicia Navarro-Urena eine Behandlungssituation mit einem isoliert lebenden, stark ritualisiert in Bibelversen sich vermittelnden Patienten.

Juliane Veith und Dr. Monika Dahl führten die Behandlungsberichte später mit jeweils spannenden besonderen Aspekten weiter (Gradwanderung zwischen Stabilisierung und Labilisierung durch Religion sowie Vatersuche in der Religion) und am Nachmittag setzte der Vortrag der muslimischen Klinikkollegin Hadice Ayhan mit ihrer Schilderung eines sehr auf sie bezogenen türkischen Patienten und seiner Familie einen ganz besonderen Akzent in Richtung migrationsgebundene Problematik. Noch vor der Mittagspause konnten die Teilnehmer den interessanten Gedanken von Prof. Hans Stoffels zur Frage „Heilt Religion oder stört sie die psychiatrische Therapie?" und der von Viktor von Weizsäcker formulierten These nachgehen, wonach in der modernen Psychotherapie wesentliche Momente religiöser Seelsorge wiederkehren. So würde sicher auch Sigmund Freud („Religion als Massenwahn" in „Das Unbehagen in der Kultur") staunen, würde er heute Otto Kernberg mit seiner überaus positiven Beschreibung religiösen Glaubens und ihrer Gemeinschaften reden hören. Oberarzt Dr. Dirk Schmoll, der sich gleichfalls schon länger mit der Funktion von Religion bei Krankheit und Krankheitsbewältigung befasst, führte das Thema mit spezifischen Eindrücken und Untersuchungsergebnissen aus den USA fort.



Prof. Dr. Dr. Peter Antes spannte den Bogen von Mohammed über Ramakrishna und Madeleine Le Bouc bis hin zu Buddha.

Blick auf nicht-christliche Religionen

Zweifelsfreier Höhepunkt der bezüglich Themenvielfalt und Referenten anspruchsvollen Tagung war der Vortrag des renommierten Religions- und Islamwissenschaftlers Prof. Dr. Dr. Peter Antes von der Leibniz-Universität Hannover über „Seelische Erkrankung und Therapie aus Sicht nichtchristlicher Religionen": Psychische Erkrankung und die prophetische Medizin des Islam, der interkulturelle Vergleich des indischen

Mystikers und von seinen Schülern als Heiligen verehrten Ramakrishna (1886 in Indien verstorben) mit der als geisteskrank eingestuften und von Prof. Janet an der Salpetriére behandelten Madeleine Le Bouc (1921 in Frankreich verstorben) sowie abschließend die Ausführungen über körperliche und seelisch-geistige Krankheit im Buddhismus zogen die Zuhörer in ihren Bann und begeisterten sowohl durch ihre inhaltliche Stringenz wie auch einen unterhaltsam-spannungsreichen Vortrag.

Prof. Dr. Albert Diefenbacher berichtete nachfolgend über die Integration religiöser Orientierung hospitalisierter Patienten in Diagnostik- und Therapie-Programme in US-amerikanischen Kliniken. Klinik-Pfarrer Winfried Böttler führte diesen Aspekt weiter mit seinen Erfahrungen über die „Seelsorge und psychiatrische Therapie im Klinikalltag".

Salutogenese und Sinnstiftung

Die abschließenden Vorträge lösten sich dann vom Blick auf die Religion und befassten sich mit Grundfragen des psychiatrischen Alltags, mit der Begrenzung therapeutischen Handelns und Aspekten einer ausdrücklichen Sinnstiftung in der Behandlung. „Krankheit und Schicksal? Zum Umgang mit der Begrenztheit ärztlicher Handlungsmöglichkeiten" lautete der Vortrag von Prof. Dr. Andreas Heinz und er wies ausdrücklich auf die ärztlich zu akzeptierenden Therapiegrenzen hin wie er auch Skepsis gegenüber einer allumfassenden Kausalitätsorientierung und raschen Symptom- und Krankheitsdeutung formulierte.

Prof. Dr. Hans Gutzmann beendete das umfangreiche, wohl etwas sehr volle Tagungsprogramm mit seinen Überlegungen zur Frage der „Sinnstiftung als Aufgabe psychiatrischer Therapie?" Seine Darstellung der „Salutogenese", das Konzept von Aaron Antonowsky und dem immer wieder in therapeutischen Beziehungen wichtigen „Kohärenz-Faktor", der Sinn über die Teilmomente „Verstehbarkeit", „Handhabbarkeit" und „Bedeutsamkeit" induziert, ließ abschließend die Tagung mit all ihren Vorträgen und Diskussionen als nachhaltig „sinnvoll" erscheinen – trotz oder auch wegen aller angestoßenen, offenen Fragen. Mit eben diesem Eindruck nahm der Tagungstag dann nach einer spirituellen Tanzaufführung der Flamenco-Künstler-Gruppe um Amparo di Triana bei einem gemeinsamen, am sozialpsychiatrischen Vernetzungsgedanken orientierten Essen im Liebig-Gewölbe des Harnack-Hauses seinen Abschluss.

Dr. med. Norbert Mönter
Arzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse,
E-Mail: dr.moenter@psychiatrie-in-berlin.de

Hinweis!

Ein Themenband mit allen Tagungsbeiträgen erscheint im Frühjahr 2007 im Psychiatrie-Verlag.



Protestaufruf in Stilmitteln verpackt

Das in gewohnter Form satirisch oder mit feinen ironischen Spitzen versehene Editorial unseres Schriftleiters hat Kollege Rottach in der Sommer-Ausgabe (NeuroTransmitter 7/8 2006) anders aufgefasst als es ursprünglich gemeint war.

Eine Frage brennt mir gewaltig unter den Nägeln: Wie steht der Bundesverband Deutscher Nervenärzte zum Nationalen Protesttag?

Leider wird vom Schriftleiter des NeuroTransmitter, Dr. Albert Zacher, im Editorial indirekt dazu aufgefordert, den Protesttag zu ignorieren. Er selber habe jedenfalls keine Zeit, daran teilzunehmen, schließlich müsse er von Zeit zu Zeit auch mal seine Praxis aufmachen.

Über dieses Editorial bin ich mehr als entsetzt. Für den Erfolg der Ärzteproteste sind möglichst hohes Engagement und Durchhaltevermögen essenziell – die Kollegen an den Kliniken haben es uns vorgemacht. Die Äußerung von Zachers an exponierter Stelle fällt den Kollegen in den Rücken, die sich aktiv am Protest beteiligen und versuchen, die noch schlafende Masse der anderen Kollegen wachzurütteln.

Handelt es sich hier um einen Ausrutscher von Kollege Zacher oder gibt er die Meinung der Leitung des BVDN wieder?

Dr. med. Klaus Rottach, Kaufbeuren

Stellungnahme Seite 36

Stellungnahme zum Leserbrief von Dr. Klaus Rottach aus Kaufbeuren von Seite 34 in dieser Ausgabe:

Mein Editorial, in dem es um die Demonstrationsträgheit der Kollegen ging, und nicht nur darum, sondern auch um die völlig fehlende Solidarität bei den Praxisschließungen, war als satirischer Text gedacht. Sie lesen sicher den NeuroTransmitter regelmäßig. Dann wissen Sie ja aus den Ausgaben des letzten Jahres, dass ich mindestens dreimal intensivst dazu aufgerufen habe, die Protesttage mitzumachen, die Praxen zu schließen und sich an Demonstrationen zu beteiligen. So lautet eine Überschrift beispielsweise „Neurologen auf die Barrikaden". In fast 15 Jahren Verbandsvorsitz im Landesverband Bayern habe ich x-fach diese Solidarität angemahnt, habe durch Brandbriefe Kollegen dazu gebracht, wenigstens in begrenzter Zahl an Demonstrationen oder an berufspolitischen Versammlungen teilzunehmen, bei denen Politiker und KV-Leute als Podiumsdiskutanten anwesend waren. Aber vielleicht ist Ihnen bei diesem Editorial, das sich mit Demonstrationen befasste, schon aufgefallen, dass ich eindeutig zu beobachten meine, dass die Bereitschaft der Kollegen, zu demonstrieren und die Praxen zu schließen trotz intensivster Aufrufe nachlässt. Es wäre fatal, würden wir uns in dieser Beziehung vormachen, dass die Protestwelle noch im Anschwellen begriffen ist – so meine Überzeugung. Was jetzt wesentlich wichtiger ist als Demonstrationen, ist die argumentative Arbeit gegenüber den Kollegen, der Bevölkerung und der Politik. Demonstrationen, nur um zu demonstrieren, dann möglicherweise mit immer weniger Teilnehmern, werden auf das gleiche Desinteresse der Politik und der Medien treffen, wie der letzte nationale Protesttag in Berlin, der zwar in den medizinischen Zeitschriften, jedoch kaum oder nur zweitrangig in anderen Medien wahrgenommen wurde. Von den Politikern hat sich an diesem Tag keiner mehr dazu zu Wort gemeldet.

Probe aufs Exempel

Boshafterweise habe ich zusammen mit Kollegen an einem Protesttag mit Streikaufruf einmal Kollegen in der Praxis angerufen, die bei Berufsverbandsversammlungen immer als besondere Scharfmacher unsere Verhandlungsstrategien angegriffen und zu Praxisschließungen aufgefordert hatten. Die Anmeldung war besetzt und auf die Frage ob ein Termin möglich wäre, hieß es, alle Praxiskompagnons stünden zur Verfügung.

Nach meiner Einschätzung war beim letzten nationalen Protesttag in meinem weiteren Umkreis höchstens ein Viertel (wenn überhaupt so viel) nervenärztlicher Praxen geschlossen, beim Demonstrationstag in München, dem dann mein satirisches Editorial entsprungen ist, waren gerade 6 von 600 Nervenärzten anwesend und nach meinen Informationen dürften auch nur diese sechs Praxen geschlossen gewesen sein (vielleicht waren es auch zehn).

Ist die Luft raus?

Der Ärzteprotest der Niedergelassenen wird nach meinem Dafürhalten zurzeit nicht mehr von der Basis getragen, sondern soll von Vorständen „anberaumt" werden. Natürlich bedarf es der ständigen Information und auch, nennen wir es ruhig der forcierten Aktivierung durch die Verbände und vor allem durch deren Vorstände. Aber leider gärt es nicht so, dass genügend Druck und Aktivitätsbereitschaft von unten bestünden.

Mein letzter Satz, dass ich beim nächsten Mal zu Hause bleiben müsste, weil ich schließlich auch nicht ständig von meiner Praxis fernbleiben kann, während die Kollegen ringsum alle arbeiten, sollte zum Nachdenken anregen.

Ich hatte gehofft, auf dieses Editorial mehr Resonanz zu bekommen, ruhig auch mehr ablehnende Zuschriften. Allein schon, dass dies ausblieb, zeigt mir, dass bedauerlicherweise die Luft bei den Demonstrationen raus ist. Aber das hat schon etwas mit fehlender argumentativer Bewegung zu tun. Ich hätte darauf gehofft, dass die großen bundesweiten Verbände die allgemeine Ablehnung der Bevölkerung (immerhin 80 %) der Gesundheitsreform, die Ablehnung dieses Gesetzesentwurfs auch durch Krankenkassen, durch die Krankenhausgesellschaft und fast alle anderen am Gesundheitswesen Beteiligten aufgreifen würden und eine Gesamtdemonstration, einen wirklich nationalen Protest, lostreten würden. Ich glaube mit all diesen wäre auch zahlenmäßig mehr zu erreichen.

Sie schreiben von den Klinikärzten. Nur hatten die völlig andere Möglichkeiten, das Gesundheitswesen lahm zu legen, Patienten zu zeigen, wie es aussieht, wenn Klinikärzte tatsächlich streiken und Kliniken an den Rand des Ruins treiben! Wir können das leider nicht. Das ist meine politische Erfahrung und wirtschaftliche Realität: finanziell schaden wir nur uns selbst. Und ich glaube, ich habe schon an mehr Ärztedemonstrationen und an mehr Protesttagen teilgenommen als sie und bereits vor zwölf Jahren zum Beispiel meine Praxis geschlossen. Die Klinikärzte sind jetzt übrigens gesättigt. Sie werden nicht mehr mitstreiken. Wie viele werden dann noch zu den Demonstrationen kommen? In München waren 70 % der Demonstranten Klinikärzte, trotz eines Aufrufs der Niedergelassenen. Ohne diese wären wir vielleicht 100 gewesen, dann noch die Helferinnen abgezogen!

Ich weiß nicht, wie es in anderen Bundesländern aussieht. Bei meinen Kollegen ringsum habe ich den Eindruck, dass sie den bevorstehenden nationalen Protesttag gar nicht registriert haben, trotz ständiger Information unsererseits.

PD Dr. med. Albert Zacher, Regensburg



Hinweis!

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



© Archiv

Die bipolare Erkrankung betrifft Frauen und Männer gleich häufig. Doch die besonderen Probleme, die bei Frauen mit einer bipolaren Erkrankung auftreten, werden in der klinischen Praxis oftmals vernachlässigt. Der Beginn der bipolaren Erkrankung liegt meist in der gebährfähigen Zeit. Deswegen müssen sich klinisch tätige Ärzte früher oder später damit auseinandersetzen, wie sie ihre Patientinnen in Bezug auf eine medikamentöse Prophylaxe sinnvoll und sicher einstellen können und wie sie sich verhalten, wenn die Patientin schwanger wird oder einen Kinderwunsch äußert.

Vielfach wird die Ansicht vertreten, dass die Schwangerschaft auch für Frauen mit bipolarer Erkrankung eine Zeit emotionaler Ausgeglichenheit ist, die vor Krankheitsepisoden schützt. Es gibt jedoch wenig systematische Daten, die diese Sichtweise unterstützen. Frauen, die psychisch gesund sind, haben in 20 % der Fälle depressive Symptome in der Schwangerschaft, 10 % müssen antidepressiv behandelt werden. Bei bipolaren Frauen, deren Phasenprophylaxe vor oder mit Beginn der Schwangerschaft abgesetzt wurde, beträgt das Risiko einer Depression fast 60 %. Andererseits gibt es kein Psychopharmakon, bei dem nicht auch entweder teratogene oder perinatale Komplikationen bekannt sind. Eine Pharmakotherapie muss in der kritischen Zeit der Organogenese sowie um den Geburtstermin herum also genau überdacht werden.

Die bipolare Störung in Schwangerschaft und Postpartalzeit

Wie sicher sind Lithium, Antikonvulsiva und Antidepressiva für das Kind?

S. Krüger

Die Schwangerschaft ist für Frauen mit bipolarer Erkrankung eine Zeit erhöhten Risikos, Depressionen zu entwickeln. Besonders wenn stimmungsstabilisierende Medikamente mit Beginn der Schwangerschaft abrupt abgesetzt werden, steigt die Wahrscheinlichkeit für erneute Krankheitsepisoden. Andererseits kann die Pharmakotherapie während der Schwangerschaft mit einem erhöhten Teratogenitätsrisiko verbunden sein oder beim Kind zu perinatalen Komplikationen führen. Wenn bei Patientinnen mit affektiven Störungen das Thema Familienplanung zur Sprache kommt, sollte der behandelnde Arzt mit dem Sicherheitsprofil der verordneten Medikamente ausreichend vertraut sein.

Planung der Schwangerschaft

50 % aller Schwangerschaften in der Allgemeinbevölkerung treten ungeplant auf, die Zahl der ungeplanten Schwangerschaften bei Frauen mit bipolarer Erkrankung liegt wahrscheinlich noch höher.

Viele Probleme könnten vermieden werden, wenn Patientinnen mit bipolarer Erkrankung die Schwangerschaft planen würden. Daher ist es wichtig, auch junge bipolar erkrankte Frauen für das Thema Schwangerschaft zu sensibilisieren, selbst wenn aktuell kein Kinderwunsch besteht.

Die Planung der Schwangerschaft ermöglicht es, die Medikation der Patientin so anzupassen, dass das Risiko der Entwicklung einer erneuten manischen oder depressiven Episode möglichst gering gehalten wird und gleichzeitig das Kind, besonders im ersten Trimenon, so gut wie möglich vor teratogenen Einflüssen geschützt wird. Die Patientin sollte jedoch darüber in Kenntnis gesetzt werden, dass keine Entscheidung jemals vollständig risikofrei sein kann.

Die Schwangerschaft wird von der Patientin meist erst nach Ausbleiben der Menstruation bemerkt. Zu diesem Zeitpunkt befindet sie sich aber schon in der fünften oder sechsten Schwangerschaftswoche. Die Organogenese des Kindes ist zwischen dem 15. und 30. Gestationstag weitestgehend abgeschlossen, lediglich der Gesichtsschädel und das Gehirn wachsen über einen längeren Zeitraum. Das bedeutet, dass durch psychotrope Substanzen hervorgerufene teratogene Schäden schon zu einem so frühen Zeitpunkt entstehen können, dass nur das Absetzen dieser Substanzen vor der Konzeption Fehlbildungen verhindern kann.

Ein abruptes Absetzen von Psychopharmaka zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Schwangerschaft kann meist keine Organ- oder Gliedmaßendefekte mehr verhindern. Die Entscheidung, ob Medikamente nur während des ersten Trimenons, während der gesamten Schwangerschaft oder überhaupt nicht abgesetzt werden sollten, muss vom bisherigen Krankheitsverlauf abhängig gemacht werden. Dabei muss die bisherige Anzahl der Episoden, deren Schwere und das Funktionsniveau zwischen den Episoden berücksichtigt werden.

Schwangerschaft und Perinatalzeit

Toxizität von Lithium

In den 70er-Jahren hat der Psychiater Mogens Schou das Lithiumregister in Dänemark ins Leben gerufen. Es handelte sich dabei um ein freiwilliges Registrierungssystem, bei dem Ärzte melden konnten, wenn eine Patientin unter Lithium schwanger wurde und ob das Kind gesund oder mit Fehlbildungen zur Welt gekommen war. Die Teratogenitätsziffern dieses Registers waren jedoch so hoch (bis zu 20% Fehlbildungsrisiko unter Lithium), dass die Substanz als eine der toxischsten in der Therapie der bipolaren Störung galt. Der Grund lag aber vielmehr darin, dass schwerpunktmäßig Fälle registriert worden waren, bei denen ein Kind mit einer Fehlbildung zur Welt gekommen war. Viele Geburten, bei denen es unter Lithiumtherapie zu keinem kindlichen Schaden gekommen war, wurden gar nicht erfasst. Korrigierte Zahlen zur Teratogenität von Lithium aus den letzten Jahren führen somit zu einem anderen Ergebnis: Lithium kann eine schwere kardiale Fehlbildung auslösen. Diese Ebstein-Anomalie kommt in der Allgemeinbevölkerung mit einer Häufigkeit von 0,001–0,005% vor. Unter Lithiumexposition ist das Risiko um das zehnfache höher (0,01–0,05%), absolut ist es aber dennoch als sehr niedrig einzustufen.

Mit einer Lithiumtherapie können ferner ***perinatale Komplikationen*** einhergehen: passagere Schilddrüsen- und Leberfunktionsstörungen und das Floppy infant-Syndrom mit niedrigen APGAR-Scores, muskuläre Hypotonie, Zyanose und Trinkschwäche, erfordern eine Reduktion der Lithiumdosis etwa 14 Tage vor dem errechneten Geburtstermin.

Toxizität von Antikonvulsiva

Valproinsäure: Sie ist sowohl zur akuten Manietherapie als auch zur Phasenprophylaxe bipolarer Störungen zugelassen und wird daher auch zunehmend eingesetzt. Im Hinblick auf die Teratogenität ist zu beachten, dass Valproinsäure in bis zu 9% der Fälle eine Spina bifida unterschiedlichen Schweregrades auslösen kann. Dieses Risiko kann deutlich, durch eine Valproinsäure-Dosierung von unter 1.000 mg und durch Verabreichung der retardierten Formulierung reduziert werden. Die Gabe von Folsäure muss mindestens drei Monate (manche Autoren empfehlen sechs Monate) vor Eintritt der Schwangerschaft erfolgen, um eine neuroprotektive Wirkung aufzubauen. Die Dosis sollte das dreifache (3 mg) von dem betragen, was gesunde Frauen zur Spina bifida-Prophylaxe in der Schwangerschaft einnehmen.

Perinatale Komplikationen sind unter Valproinsäure eher selten, es gibt aber Hinweise aus Untersuchungen, dass die psychomotorische und kognitive Entwicklung von valproinsäureexponierten Kindern gegenüber ihren nicht-exponierten Altersgenossen verlangsamt ist.

Carbamazepin: Auch Carbamazepin wird in 0,5–3% der Fälle mit der Auslösung einer Spina bifida in Verbindung gebracht. Niedriges Geburtsgewicht, Vitamin K-Mangel und Leberfunktionsstörungen wurden ebenfalls beschrieben. Es gibt Hinweise darauf, dass Oxcarbazepin eine geringere Teratogenitätsrate aufweist als Carbamazepin.

Perinatale Komplikationen und kindliche Entwicklungsverzögerungen wurden unter Carbamazepin bisher nicht beschrieben, jedoch ist die Datenlage hierzu noch sehr limitiert.

Lamotrigin: Diese Substanz hat die Zulassung zur Therapie und Prophylaxe depressiver Episoden im Rahmen einer bipolaren Erkrankung. Unter Lamotrigin kann es zu Ventrikel-Septum-Defekten kommen, das Risiko ist jedoch mit 2% genauso hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Zu beachten ist, dass im zweiten Trimenon bis zur Geburt die Lamotrigin-clearance ansteigt. Deswegen können in diesem Zeitraum möglicherweise höhere Dosen notwendig sein, um eine entsprechende therapeutische Wirkung zu erhalten. Seit neuesten gibt es Hinweise, dass Lamotrigin das Risiko von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten erhöht.

Perinatale Komplikationen traten vereinzelt als allergische Hautreaktionen beim Neugeborenen auf, schwerere exanthematöse Veränderungen wurden aber bisher nicht beobachtet.

European Registry for Anticonvulsants in Pregnancy – EURAP

Seit 1999 besteht das EURAP-Programm, eine Initiative unabhängiger Forschergruppen, die ein gemeinsames Protokoll für die prospektive Erfassung von Schwangerschaften unter Antiepileptika

entwickelt haben (siehe Hinweiskasten unten). Da sich dem Projekt mittlerweile auch außereuropäische Staaten angeschlossen haben, ist die Bezeichnung „europäisch“ eigentlich überholt, wurde jedoch vorerst beibehalten. Zurzeit beteiligen sich Forschergruppen aus 39 Ländern bei EURAP.

Depressionen während der Schwangerschaft

Depressive Episoden während der Schwangerschaft werden oftmals übersehen. Viele neurovegetative Symptome einer Depression wie zum Beispiel Müdigkeit, verminderte Libido, Stimmungsschwankungen, Schlaf- und Appetitveränderungen lassen sich oftmals nur schwer von „normalen“ Befindensveränderungen während der Schwangerschaft unterscheiden. Tatsächlich ist es so, dass auch viele gesunde schwangere Frauen erhöhte Werte auf Depressions-Rating-Skalen aufweisen, was dafür spricht, dass leichte bis mittelschwere depressive Symptome während der Schwangerschaft häufiger sind als bisher angenommen. Merkmale, die dabei helfen können, die Diagnose einer antenatalen Depression zu stellen, sind Anhedonie, Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken. Obwohl viele Patientinnen über Suizidideen berichten, scheint das Risiko selbstverletzenden Verhaltens bei Frauen mit einer antenatalen Depression gering zu sein.

Dokumentationsbögen für EURAP

Die Beteiligung von Psychiatern an dem Europäischen Register für Antkonvulsiva in der Schwangerschaft (EURAP) ist unabdingbar. Nur so können valide Daten darüber erhalten werden, wie sich Antikonvulsiva auf das ungeborene Kind einer psychisch kranken, auf Medikamente angewiesenen Mutter auswirken.

Der Dokumentationsaufwand ist nicht hoch: Die Erhebungsbögen enthalten im Wesentlichen nicht mehr Fragen, als Schwangeren mit einer psychischen Erkrankung ohnehin gestellt werden müssen. Deutschland ist leider Schlusslicht, was die Registrierung schwangerer, epilepsiekranker aber auch psychisch kranker Frauen im EURAP-Programm betrifft. Die Dokumentationsbögen können entweder direkt über das Internet

www.eurap-germany.de

heruntergeladen werden oder über PD Dr. med. S. Krueger,
E-Mail: stephanie.krueger@uniklinikum-dresden.de
bezogen werden.

Prävalenz depressiver Symptome und Risikofaktoren

Das Risiko, während der Schwangerschaft eine depressive Episode zu entwickeln, steigt mit niedrigem Alter der Frau, sozialer Isolation und unzureichender Unterstützung, ehelichen Konflikten, Ambivalenz bezüglich der Schwangerschaft und mit der Zahl bereits geborener Kinder (Tab. 1, S. 42). Daraus lässt sich ableiten, dass Frauen mit einer bipolaren Erkrankung ein höheres Risiko haben, während der Schwangerschaft depressive Symptome oder Episoden zu entwickeln als gesunde Frauen, da sie öfter psychosozialen Stress und instabile Beziehungen haben.

Das Auftreten manischer Episoden während der Schwangerschaft ist gering, jedoch berichten bis zu 50 % aller Frauen mit einer bipolaren Erkrankung über depressive Symptome. Depressive Symptome in der Schwangerschaft sind bei vielen Frauen mit einer bipolaren Störung prädiktiv für die Entwicklung einer postpartalen Depression. Eine adäquate medikamentöse Behandlung einer depressiven Episode während der Schwangerschaft wiederum reduziert das Risiko einer postpartalen Depression.

Wenn eine Frau mit bipolarer Erkrankung während der Depression schwanger wird, führt das meist zu inadäquater pränataler Versorgung, schlechter Ernährung und gynäkologischen Komplikationen. Die depressionsassoziierten hypothalamisch-hypophysären Veränderungen können möglicherweise durch die enge Beziehung der Blutkreisläufe zwischen Mutter und Kind zu Störungen der kindlichen Entwicklung führen. Deswegen ist die Erkennung einer depressiven Episode bei schwangeren Frauen mit einer bipolaren Erkrankung klinisch sehr wichtig. Entscheidungen bezüglich



des Absetzens der Medikation während oder nach dem ersten Trimenon sollten nicht leichtfertig getroffen werden. Die individuelle Anamnese der Patientin in Bezug auf die Schwere und Häufigkeit depressiver Episoden sollte die Grundlage der ärztlichen Entscheidung bilden.

Depressive Episoden nach Absetzen der Medikation

Rückfallraten schwangerer Frauen mit einer bipolaren Störung, die Medikamente absetzen (Antidepressiva, stimmungsstabilisierende Substanzen), sind nicht gut definiert. Zahlreiche Untersuchungen zeigen aber, dass bis zu 60 % der Fälle innerhalb von sechs Monaten nach Absetzen der Medikamente eine depressive Episode entwickeln. Es gibt zwar einige Berichte darüber, dass trotz Absetzen der phasenprophylaktischen Medikamente während der Schwangerschaft Euthymie bestand, aber diese Berichte sind anekdotisch und werden von sytematischen Studien widerlegt. Demnach verdoppelt sich bei Frauen mit einer bipolaren Erkrankung das Risiko für depressive Symptome in der Schwangerschaft, das Risiko einer postpartalen Depression verdreifacht sich sogar.

Toxizität von Antidepressiva

Trizyklika: Entgegen früherer Ansichten sind trizyklische Antidepressiva (TZA) sichere Substanzen in der Schwangerschaft. Ausnahmen stellen Amitryptilin und Imipramin dar, bei denen es häufiger zu Extremitätenfehlbildungen kommen soll als unter den anderen TZA.

Im Hinblick auf ihre ***perinatale Komplikationsrate*** sind die TZA problematisch: Bewegungsstörungen, epileptische Anfälle, Tachypnoe, Tachykardie, Irritabilität, Fütterungsschwierigkeiten, Schweißausbrüche, seltener Obstipation und Behinderung des Wasserlassens wurden bei TZA-exponierten Neugeborenen

Tabelle 1

Risiken für eine depressive Episode während der Schwangerschaft bei bipolarer Erkrankung

- jüngeres Alter der Mutter, mütterliche Isolation (keine Unterstützung, instabile Beziehungen, schlechte soziale Anpassung)
- unzureichende soziale Unterstützung
- Eheprobleme
- Ambivalenz bezüglich der Schwangerschaft
- eine größere Zahl Kinder

beschrieben. Dabei haben Nortriptylin und Desipramin die niedrigste und Clomipramin die höchste Komplikationsrate für perinatale Symptome.

Manche Autoren empfehlen, das Antidepressivum wenige Tage oder Wochen vor der Geburt abzusetzen, um perinatale Toxizitätserscheinungen beim Kind zu vermeiden oder zu reduzieren. Das birgt aber eine Vielzahl von Risiken: Zum einen ist die Depression zu diesem Zeitpunkt wahrscheinlich noch nicht remittiert, wodurch das Risiko einer postpartalen Depression ansteigt. Außerdem können intrauterine Absetzsyndrome beim Ungeborenen auftreten, die naturgemäß nicht behandelt werden können, sodass einige Autoren der Ansicht sind, ein Absetzen von Antidepressiva vor der Geburt sei kontraindiziert. Diese Empfehlungen gelten in gleichem Maße auch für SSRI und Venlafaxin.

SSRI: Kein erhöhtes teratogenes Risiko besteht nach aktueller Datenlage unter den selektiven Serotin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI) Fluoxetin (n = 2.515), Paroxetin (n = 299), Fluvoxamin (n = 92), Citalopram (n = 376) und Sertralin (n = 195). Hierzu gibt es jedoch kaum prospektive Studien, und die Daten beruhen überwiegend auf Spontanberichten.

Perinatale Komplikationen hingegen werden unter der SSRI-Therapie zunehmend häufiger beschrieben; es ist davon auszugehen, dass bei 30 % der Neugeborenen nach SSRI-Exposition im dritten Trimenon Entzugssymptome auftreten. Dabei ist das Risiko unter Paroxetin am höchsten, gefolgt von Fluoxetin, Sertralin und Citalopram. Diese perinatalen Kompliktionserscheinungen dauern durchschnittlich zwei bis sieben Tage und äußern sich überwiegend durch schlechte neonatale Adaptation, Herzrhythmusstörungen, Akrozyanose, Tachypnoe, Unruhe und Störungen der Temperaturregulation. Auch hier gilt, ähnlich wie bei den TZA, dass ein Absetzen aufgrund der Unkontrollierbarkeit intrauteriner Entzugssymptome erst postnatal erfolgen sollte.

Antidepressiva mit dualem Wirkmechanismus und andere: Über Venlafaxin liegen bisher 150 Fallberichte schwangerer Frauen vor. Es scheint in Bezug auf Teratogenität sicher zu sein und hat nach der bisherigen (eingeschränkten) Datenlage ein Risiko von 1,6 % für so genannte minore Fehlbildungen (z. B. Fingernagelhypoplasien).

Die *perinatalen Komplikationen* liegen in der Größenordnung, die mit der von SSRI vergleichbar ist. Zu Duloxetin, Mirtazapin und MAO-Hemmern liegen bisher keine oder nur vereinzelte Berichte in Bezug auf Teratogenität oder perinatales Risikoprofil vor, sodass diese Substanzen bei antenataler Depression nicht eingesetzt werden sollten.

Elektrokonvulsive Therapie

Die elektrokonvulsive Therapie (EKT) scheint eine sichere Methode zur Behandlung schwerer antepartaler Depressionen mit psychotischen Merkmalen zu sein. Es gibt eine Übersicht über 300 EKT-behandelte Frauen während der Schwangerschaft: Unter ihnen gab es vier Berichte über frühzeitige Wehentätigkeit nach EKT, aber keine über Plazentarupturen unter EKT. Die EKT kommt somit als Behandlungsalternative bei schweren Depressionen während der Schwangerschaft in Frage, wenn die Patientin keine psychotropen Medikamente nehmen möchte oder auf die entsprechenden Substanzen nicht adäquat reagiert hat.

Die Postpartumperiode

Nach den Kriterien des DSM-IV ist eine postpartale Depression durch das Auftreten einer depressiven Episode zwei bis maximal zwölf Wochen nach der Geburt charakterisiert. Das Problem bei der Interpretation vorhandener Daten zur postpartalen Depression bei bipolaren Erkrankungen ist, dass viele Studien diese Kriterien nicht zugrunde legen und die Länge der postpartalen Periode somit unterschiedlich definiert wird. Hinzu kommt, dass in vielen Studien nicht zwischen rezidivierenden depressiven Störungen und bipolaren Erkrankungen unterschieden und lediglich von der „postpartalen Depression" gesprochen wird. Aus diesem Grunde treffen die Empfehlungen in der Literatur in Bezug auf Diagnostik und Therapie der postpartalen Depression nicht uneingeschränkt auf bipolare Störungen zu.

Es gibt Hinweise darauf, dass viele Frauen depressive Symptome nach der Geburt verleugnen, weil dieser Zeitraum allgemein als glücklicher, unbeschwerter Lebensabschnitt angesehen wird und sie sich schämen, diesen Stereotyp nicht zu erfüllen. Umgekehrt übersehen Ärzte postpartale Depressionssymptome oftmals aus den gleichen Gründen, sodass der Großteil der depressiven Frauen erst vier bis sieben Monate nach Beginn der depressiven Symptomatik therapiert wird.

Zwischen drei Arten der postpartalen affektiven Störungen wird unterschieden, dem Postpartum-Blues, der Postpartum-Depression und der Postpartum-Psychose.

Postpartum-Blues

Der Postpartum-Blues ist die häufigste puerperale affektive Störung, die mit einer geschätzten Häufigkeit von 30–70 % bei allen Frauen auftritt. Im Volksmund wird diese Zeit postpartaler affektiver Instabilität etwas abwertend als „Heultage" bezeichnet.

Frauen mit bipolarer Erkrankung haben kein höheres Risiko, einen Postpartum-Blues zu entwickeln. Eine engmaschige Beobachtung ist jedoch notwendig, denn ein länger andauernder Postpartum-Blues kann nahtlos in eine postpartale Depression übergehen. Die Symptome werden durch hormonelle Veränderungen nach der Geburt erklärt und beinhalten Stimmungslabilität, Reizbarkeit, Weinerlichkeit, Ängstlichkeit, Schlaf- und Appetitstörungen. Der Post-

Tabelle 2

Risikofaktoren für eine postpartale Depression

- affektive Symptome während der Schwangerschaft
- frühere postpartale Episoden
- Eheproblematik
- unspezifische Stressoren im Alltag
- Ambivalenz bezüglich des neugeborenen Kindes
- emotionaler Zustand des Vaters

partum-Blues beginnt meist vier bis fünf Tage nach der Geburt und dauert bis zu 14 Tage an. Eine Behandlung ist nicht indiziert.

Postpartum-Depression

Die größten und am besten kontrollierten Studien geben Prävalanzraten der postpartalen Depression zwischen 12% und 16% bei ansonsten psychisch gesunden Frauen an. Bei Frauen mit bipolarer Erkrankung liegt dieses Risiko zwischen 33% und 50%. Es ist sogar noch höher, wenn stimmungsstabilisierende Substanzen zu Beginn der Schwangerschaft abrupt abgesetzt oder nicht innerhalb von 48 Stunden nach der Geburt wieder verordnet werden. Ein weiterer Faktor für die Entwicklung einer postpartalen Depression ist das Vorhandensein einer früheren postpartalen Episode, welches das Risiko auf bis zu 62% erhöht.

Die Ätiologie der postpartalen Depression ist nicht bekannt. Man vermutet, dass Veränderungen im Geschlechtshormonstatus eine wichtige Rolle spielen. Der rasche und ausgeprägte Abfall der Östrogenkonzentrationen nach der Geburt kann bei entsprechender Vulnerabilität eine postpartale Depression auslösen. Auch eine postpartale Hypothyreose wurde mit der Entwicklung einer postpartalen Depression in Zusammenhang gebracht, scheint aber für den Großteil der Fälle nicht verantwortlich zu sein.

Verschiedene Faktoren wurden identifiziert, die das Risiko der Entwicklung einer postpartalen Depression erhöhen und zwar unabhängig davon, ob die Mutter eine affektive Erkrankung hat oder nicht (Tab. 2). Auch die emotionale Verfassung des Vaters ist wichtig, weil hohe Depressions-Scores beim Vater ebenfalls mit einem erhöhten Risiko der Entwicklung einer mütterlichen Depression während der postpartalen Periode in Zusammenhang gebracht wurden. Viele Frauen mit bipolaren Erkrankungen befinden sich in instabilen Partnerschaften und sind mehr psychosozialen Stressoren ausgesetzt als gesunde Frauen, sodass sie auch im Hinblick auf die psychosozialen Faktoren ein höheres Risiko für die Entwicklung einer postpartalen Depression haben als Frauen, die nicht an einer psychischen Erkrankung leiden.

Die Symptome einer postpartalen Depression sind identisch mit denen anderer depressiver Episoden. Das Risiko des Infantizids beträgt jedoch 4%. Der behandelnde Arzt sollte daher unbedingt Suizidabsichten und möglicherweise erweiterten Suizid explorieren.

Therapie der Postpartum-Depression: Ähnlich wie bei anderen depressiven Episoden sollte sich auch die Behandlung der postpartalen Depression an der Schwere der Symptome und dem Ausmaß der funktionellen Einschränkungen orientieren.

Erfolgt während der Schwangerschaft eine antidepressive Therapie, sollten die oben beschriebenen Empfehlungen in Bezug auf die perinatale Komplikationsrate unter Antidepressiva berücksichtigt werden. Die prophylaktische Behandlung mit einem Antidepressivum sofort nach der Geburt bei Frauen mit bipolarer Erkrankung soll zwar das Risiko einer postpartalen Episode verringern (laut Studie Depressionsrate von 6,2% bei Frauen mit prophylaktischer Antidepressiva-Therapie vs. 62% bei Frauen ohne prophylaktische Antidepressiva-Therapie), jedoch gibt es auch Untersuchungen die zeigen, dass diese prophylaktische Gabe von Antidepressiva nicht sinnvoll ist. Hierbei ist auch zu bedenken, dass einige Antidepressiva (vor allem Trizyklika) mit einem erhöhten Risiko für den Switch in eine Manie oder Postpartumpsychose einhergehen können. In jedem Fall sollten zur Therapie der postpartalen Depression SSRI eingesetzt werden, da diese durch ein relativ geringes Switch-Risiko charakterisiert und auch mit dem Stillen vereinbar sind. In weniger schweren Fällen können auch eine kognitive Verhaltenstherapie oder eine interpersonelle Therapie sinnvoll sein.

Die Erhöhung der phasenprophylaktischen Substanz (Lithium, Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin) kann ferner eine Alternative bei Frauen sein, die kein Antidepressivum einnehmen möchten. Dabei muss aber unbedingt bedacht werden, dass zwar Valproat, Carbamazepin und Lamotrigin mit dem Stillen kompatibel sind, Lithium jedoch nicht.

Auch die Gabe von Hormonen scheint in manchen Fällen sinnvoll zu sein, jedoch ist die Datenlage viel zu unbefriedigend, als dass diesbezüglich Empfehlungen gegeben werden könnten.

Postpartum-Psychose

Eine Postpartum-Psychose tritt bei ungefähr 0,1–0,2% aller Frauen auf. Frauen mit einer bipolaren Erkrankung scheinen auch in Bezug auf diese Erkrankung ein höheres Risiko zu haben, jedoch liegen keine genauen Prävalenzdaten vor. Fast 80% aller Postpartum-Psychosen treten innerhalb von zwei Wochen nach



der Geburt des ersten Kindes auf, gehäuft in den ersten 72 Stunden postpartal.

Die nosologische Klassifikation der Postpartum-Psychose wird in Europa seit längerem diskutiert. Einige Autoren betrachten sie als nosologische Entität, andere haben sie in die Nähe der Schizophrenie gerückt, wieder andere mit zykloiden Psychosen oder der schizoaffektiven Störung in Verbindung gebracht.

Viele Wissenschaftler sind der Meinung, dass die Postpartum-Psychose entweder eine Variante oder Manifestation manischer/gemischter Episoden ist und

bei vielen Frauen den Beginn einer bipolaren Erkrankung markiert. In einer Untersuchung von 486 Frauen mit Postpartum-Psychose hatte ein Drittel eine bipolare Erkrankung, bei nur 5 % wurde bereits im Vorfeld die Diagnose einer Schizophrenie gestellt. Die übrigen litten zuvor unter keiner psychiatrischen Erkrankung.

Die Risikofaktoren, die für das Auftreten einer Postpartum-Psychose prädisponieren, sind Primiparität, die positive Familienanamnese mit einer bipolaren Erkrankung sowie psychosoziale Stressoren vor der Geburt. Die Entwicklung ist meist fulminant und die Symptome können klinisch nicht von einer manischen oder gemischten Episode unterschieden werden. Sie beinhalten gehobene Stimmung in raschem Wechsel mit depressiver Stimmung, psychotische Symptome (vor allem akustische Halluzinationen), Reizbarkeit, Ruhelosigkeit oder motorische Erregung, Schlaf- und Appetitstörungen, Logorrhoe und desorganisiertes Verhalten. Die Patientinnen müssen mit Psychopharmaka behandelt werden. Es besteht ein erhöhtes Infantizidrisiko und auch die Suizidrate wird als erhöht eingeschätzt. Deswegen ist es dringend erforderlich, Frauen mit einer Postpartum-Psychose stationär engmaschig zu beobachten.

Es gibt Hinweise darauf, dass Frauen mit bipolarer Erkrankung, deren stimmungsstabilisierende Substanzen abrupt vor oder während der Schwangerschaft abgesetzt wurden, ein 20–50 %iges Risiko für eine Postpartum-Psychose haben. Daher sollten die stimmungsstabilisierenden Substanzen, sofern sie abgesetzt wurden, spätestens innerhalb von 48 Stunden nach der Geburt wieder verabreicht werden. Das Risiko einer bipolar erkrankten Frau, bei der nächsten Schwangerschaft erneut eine Postpartum-Psychose zu bekommen, beträgt 25 %. Postpartum-Psychosen remittieren meist vollständig und die Patientinnen haben in der Regel keine funktionellen Einbußen.

Therapie der Postpartum-Psychose: Die Postpartum-Psychose ist ein psychiatrischer Notfall und erfordert die Krankenhauseinweisung. Aufgrund der Beziehung zwischen der Postpartum-Psychose und der bipolaren Erkrankung argumentieren manche Autoren, dass die Behandlung identisch zu der einer manischen/gemischten Episode mit psychotischen Merkmalen sein soll.

Die Akutbehandlung umfasst Stimmungsstabilisierer, Benzodiazepine und Neuroleptika. Auch die EK-Therapie scheint bei Postpartum-Psychosen gut zu wirken. Eine nicht ausreichend behandelte Postpartum-Psychose setzt Mutter und Kind unnötigen Risiken aus. Obwohl viele Studien darauf hinweisen, dass die Postpartum-Psychose oftmals den Beginn einer bipolaren Erkrankung demarkiert, ist die Diskussion, ob alle Frauen mit einer Postpartum-Psychose auf stimmungsstabilisierende Substanzen eingestellt werden sollten, noch nicht abgeschlossen.

Fazit

Für Frauen mit einer bipolaren Erkrankung sind Schwangerschaft und Postpartumperiode mit einem erhöhten Risiko für neue, vor allem depressive Episoden verknüpft. Oft bleiben diese Episoden unerkannt, sodass die Symptomatik schwerer wird und unter Umständen sogar chronifiziert. Andererseits muss in den ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft berücksichtigt werden, dass jede medikamentöse Behandlung das Kind gesundheitlichen Risiken aussetzt.

Bei einer Entscheidung für oder gegen eine Pharmakotherapie sollten daher der bisherige Krankheitsverlauf und die Schwere der aktuellen sowie vorangegangener Episoden zugrunde gelegt werden.

Die Planung einer Schwangerschaft ist unabdingbar, denn die Organogenese ist zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Schwangerschaft für die meisten Organe schon so weit vorangeschritten, dass teratogene Schäden durch Psychopharmaka meist schon entstanden sind. Daher sollte der behandelnde Arzt bereits junge Frauen mit affektiven Störungen, selbst wenn diese noch keinen Kinderwunsch haben, für dieses Thema sensibilisieren.

Im Hinblick auf die „klassischen" Phasenprophylaktika ist Lithium neben Lamotrigin eine der sichersten Substanzen, wobei letzteres nicht zur Prophylaxe einer Bipolar-I-Störung geeignet ist. Sowohl Valproinsäure als auch Carbamazepin bergen ein erhöhtes Risiko für Neuralrohrdefekte, das zumindest bei Valproinsäure dosis- und darreichungsformabhängig ist.

Umfassende Studien, die sich mit den spezifischen Anforderungen von Frauen mit bipolaren Erkrankungen befassen, sind unbedingt notwendig. Ein Versuch, Transparenz in diesen Bereich zu bringen, ist das European Registry of Antiepileptic Drugs and Pregnancy (EURAP; www.eurap-germany.de). Dieses Register erfasst die Sicherheit von Antikonvulsiva während und nach der Schwangerschaft unter Teratogenität, perinatalen Effekten und neuropsychologischen Entwicklungsparametern des Kindes. Auch der Verlauf der bipolaren Erkrankung unter Antikonvulsiva wird dokumentiert. Jede Frau mit einer affektiven Erkrankung, die unter Antikonvulsiva-Behandlung schwanger wird, kann registriert werden. Hier finden sich sowohl Kontaktadressen als auch ausführliche Informationen in einem Download-Bereich.

In Bezug auf das teratogene Sicherheitsprofil gibt es für fast alle Substanzklassen wenig Bedenken. Vielmehr ist es wichtig, sich bei einer antidepressiven Therapie in der Schwangerschaft vor allem mit den perinatalen Komplikationen der Antidepressiva auseinanderzusetzen.

PD. Dr. med. Stephanie Krüger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universtätsklinikum Carl-Gustav-Carus,
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
E-Mail: Stephanie.Krueger@mailbox.tu-dresden.de

Antipsychotika-Therapie und Kinderwunsch



Aufgrund des erhöhten Risikos motorischer Nebenwirkungen und einer Prolaktinspiegelerhöhung sollten ***klassische Antipsychotika*** bei schwangeren Frauen mit affektiven Störungen sehr restriktiv gehandhabt werden. Wegen ihres geringen teratogenen Risikos ist ihr Einsatz für das Neugeborene zwar relativ unproblematisch, jedoch kann es perinatal, besonders bei höherer Dosierung, zu EPS, Fütterungsschwierigkeiten und anderen Komplikationen kommen.

Atypische Antipsychotika werden bei affektiven Störungen mittlerweile breit und gegenüber den klassischen Substanzen bevorzugt eingesetzt. Bis auf Aripiprazol und Clozapin sind die Atypika zur Therapie der akuten Manie zugelassen, Olanzapin hat darüber hinaus die Zulassung zur Prophylaxe der bipolaren Störung.

Die Daten zur reproduktiven Sicherheit sind für die atypischen Antipsychotika nicht so umfassend wie für die klassischen Substanzen. Atypische Antipsychotika werden von der American Academy of Pediatrics und der FDA als Schwangerschaftskategorien C eingeschätzt. Das bedeutet, dass die meisten Daten, die zur Sicherheit von Atypika in der Schwangerschaft vorliegen, aus kleinen Untersuchungen oder Fallbeschreibungen stammen, die entweder durch die Industrie oder tertiäre akademische Zentren veröffentlich wurden.

Clozapin ist das einzige Atypikum, das als Kategorie B identifiziert wurde. Diese Substanz ist länger auf dem Markt ist als die anderen Atypika, daher ist die Datenlage auch etwas umfangreicher.

Alle Antipsychotika sind plazentagängig. Die Konzentrationen der Atypika im fetalen Blut sind höher als im mütterlichen, was mit den kindlichen Schwierigkeiten des Rücktransports in den mütterlichen Blutkreislauf zusammenhängt sowie mit der verminderten Fähigkeit des ungeborenen Kindes, die Substanzen zu metabolisieren und über die Niere zu filtrieren. Außerdem muss bedacht werden, dass die Antipsychotika-Exposition im ersten Trimenon im Vergleich zum zweiten oder dritten unterschiedliche Effekte haben kann, was einerseits mit der Organogenese des Kindes und andererseits mit der Hochrisikozeit für Rückfälle bei der Mutter zusammenhängt.

Um Therapieeffekte und Nebenwirkungen atypischer Antipsychotika bei Patientinnen mit Kinderwunsch abschätzen zu können, werden im Folgenden die Ergebnisse von Studien wiedergegeben, die sich mit der Sicherheit von Olanzapin, Quetiapin, Risperidon, Ziprasidon und Aripiprazol in der Schwangerschaft befassen.

Sicherheitsprofile der atypischen Antipsychotika

Clozapin: Es gibt insgesamt mehr als 500 dokumentierte Fälle zu Clozapin in der Schwangerschaft. Es wurde bis auf einzelne Berichte über Malformationen der Extremitäten kein Teratogenitätsrisiko gefunden, jedoch besteht ein erhöhtes Risiko für die Entstehung eines mütterlichen Gestationsdiabetes. Dieser ist mit Makrosmie und einer Schulterdystokie beim Kind assoziiert. Letztere wiederum stellt ein Geburtsrisiko dar.

Unter Clozapin können perinatale Komplikationen auftreten, die durch Akkumulation der Substanz im fetalen Serum verursacht werden. Dazu gehören das Floppy-infant-Syndrom, neonatale Krampfanfälle und ein gastroösophagaler Reflux. Auch das Risiko einer Agranulozytose beim Neugeborenen besteht und limitiert den Einsatz dieser Substanz in der Schwangerschaft deutlich.

Olanzapin: Gegenwärtig wurden fast 250 Fälle dokumentiert, bei denen die Mütter über die gesamte Schwangerschaft Olanzapin eingenommen hatten. Es kam zwar nicht zu Fehlbildungen, jedoch war Olanzapin mit einem erhöhten Risiko für mütterlichen Gestationsdiabetes verknüpft. Auch perinatale Komplikationen, wie das Floppy-infant-Syndrom, wurden vereinzelt beschrieben.

Quetiapin: Insgesamt stützt sich die Datenlage bei Quetiapin auf 151 Fälle, bei denen es sich meist um Kombinationstherapien handelte. Es fanden sich acht schwere Fehlbildungen, sieben dieser Kinder hatten eine Exposition zu mehreren Psychopharmaka. Eine Quetiapin-Monotherapie wurde während der Schwangerschaft nur in Einzelfällen durchgeführt; diesbezüglich gab es keine Hinweise auf eine erhöhte Teratogenität.

Im Tierversuch hat Quetiapin zu einer verzögerten Verknöcherung geführt, jedoch lassen sich diese Daten nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen. Perinatale Komplikationen wurden bisher nicht berichtet.

Risperidon: Die Datenlage zu Risperidon ist ausgesprochen limitiert. Zwar existieren 250 Berichte zu eingetretenen Schwangerschaften unter Risperidon, jedoch gibt es nur elf Fälle, bei denen auch der Outcome bekannt ist. Bei einem kam es zu einer fehlenden Anlage des Corpus callosum, die anderen zehn Fälle blieben ohne Komplikationen oder Fehlbildungen.

Es gibt eine Untersuchung, in der zwei Kinder mit einer in-utero-Exposition von 4 mg beziehungsweise 6 mg Risperidon pro Tag über zwei Jahre nach der Geburt im Hinblick auf ihre neuropsychologische Entwicklung beobachtet wurden: Bei ihnen konnten keine Entwicklungsverzögerungen festgestellt werden.

Zu beachten ist, dass Risperidon zu einer Prolaktinerhöhung führen kann, die bei Kinderwunsch eine Konzeption erschweren oder verhindern kann.

Ziprasidon: Im Tierversuch kam es unter Ziprasidon zu einem erhöhten Risiko für Totgeburten und vereinzelten Entwicklungsverzögerungen. Humanschwangerschaften wurden unter Ziprasidonexposition kaum berichtet. In Einzelfällen kam es zu Malformationen der großen Organe. Aufgrund der äußerst limitierten Datenlage lässt sich aber keine abschließende Aussage zur reproduktiven Sicherheit von Ziprasidon treffen.

Aripiprazol: Zu dieser Substanz liegen nur Ergebnisse von Tierstudien vor. Aripiprazol führte häufiger zu einer verzögerten Verknöcherung und einem verminderten Geburtsgewicht der Tiere. Ergänzend muss hinzugefügt werden, dass die Dosierungen drei- bis zehnmal so hoch waren, wie sie beim Menschen üblicherweise gewählt werden.

Diskussion

Der Einsatz von Antipsychotika in der Schwangerschaft ist am besten für die klassischen Substanzen dokumentiert. Diese sollten aber aufgrund ihrer Nebenwirkungen, gerade bei affektiven Störungen, nur restriktiv eingesetzt werden.

In Bezug auf die atypischen Antipsychotika, die einen immer breiteren Einsatz bei affektiven Erkrankungen, vor allem aber bei bipolaren Störungen finden, liegt die umfangreichste Datenlage zur reproduktiven Sicherheit für Clozapin und Olanzapin vor.

Bei der Beurteilung der reproduktiven Sicherheit ist zwar die Häufigkeit, mit der eine Substanz Fehlbildungen auslöst, der wichtigste Aspekt, dennoch darf nicht übersehen werden, dass perinatale Komplikationen und Verzögerungen der kindlichen Entwicklung entscheidend für die Einschätzung der Sicherheit eines Psychopharmakons sind. Die Häufigkeit und Schwere dieser Nebenwirkungen entscheidet über den Einsatz von Psychopharmaka während der gesamten Schwangerschaft (mögliche Entwickungsverzögerungen) oder im letzten Trimenon (perinatale Komplikationen).

Die Literatur über eine mögliche kindlichen Entwicklungsverzögerung bei Neuroleptikaexposition ist äußerst limitiert. Auch für perinatale Komplikationsraten gibt es kaum Daten. Clozapin scheint eine höhere Rate an perinatalen Komplikationen aufzuweisen als Olanzapin, was daran liegen kann, dass der Beobachtungszeitraum für Clozapin länger ist als für alle anderen atypischen Antipsychotika.

Trotz der relativen teratogenen Sicherheit dieser beiden Substanzen findet sich dennoch ein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftsdiabetes mit entsprechenden Geburtskomplikationen für das Kind. Bekannt ist, dass ein mütterlicher Diabetes das Kind einem höheren Risiko perinataler Mortalität, Frühgeburt, Neuralrohrdefekten, Makrosomie mit der Folge der Schulterdystokie und der



Notwendigkeit eines Kaiserschnittes aussetzt. Außerdem haben diese Kinder ein höheres Risiko, später selbst an Diabetes mellitus zu erkranken. Der Einsatz sowohl von Clozapin als auch von Olanzapin in der Schwangerschaft muss daher genau überdacht werden.

Für Quetiapin, Risperidon, Ziprasidon und Aripiprazol lassen sich keine abschließenden Einschätzungen bezüglich der Sicherheit in der Schwangerschaft und Perinatalzeit treffen. Dennoch muss gerade bei affektiv erkrankten Frauen in der Schwangerschaft oder Perinatalzeit das Risiko eines Rückfalls in die Überlegungen mit einbezogen werden, wenn unter Atypika eine psychische Stabilität erzielt wurde, die durch ein bloßes Absetzen nicht aufs Spiel gesetzt werden darf.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt zeigen die Atypika in Bezug auf Teratogenität und perinatale Komplikationen keine Vorteile gegenüber klassischen Neuroleptika, allenfalls spricht die bessere Verträglichkeit für die Mutter für den Einsatz dieser Substanzen. Der Schweregrad der mütterlichen Erkrankung sollte entscheidend für die Wahl eines Atypikums sein. In der Schwangerschaft sollte diesbezüglich die Regel gelten, möglichst allein mit einer stimmungsstabilisierenden Substanz auszukommen. Ist dies nicht möglich, sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt Clozapin oder Olanzapin zu empfehlen.

PD. Dr. med. Stephanie Krüger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universtätsklinikum Carl-Gustav-Carus,
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
E-Mail: Stephanie.Krueger@mailbox.tu-dresden.de

Zertifizierte Fortbildung

Punkte sammeln!

Die CME-Fortbildung dieser Ausgabe wurde von der Bayerischen Landesärztekammer beziehungsweise von der CME-Kommission von BVDN, BDN, BVDP, DGN und DGPPN anerkannt. Wenn Sie mindestens 70 % der nachstehenden Fragen korrekt beantworten, erhalten Sie von uns eine Bescheinigung über **1 Fortbildungspunkt**. Beantworten Sie alle Fragen richtig, werden **2 Punkte** vergeben. Füllen Sie einfach den **Online-Fragebogen** unter **www.cme-punkt.de** aus oder kreuzen Sie die richtigen Antworten im Antwortkasten auf der zweiten Seite dieses Fragebogens deutlich an.

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



Unter **www.cme-punkt.de** finden Sie alle zertifizierten Fortbildungsangebote des Verlages Urban & Vogel. Durch die Teilnahme via Internet sparen Sie nicht nur Porto, Sie erfahren auch unmittelbar nach Ausfüllen des Online-Fragebogens, ob Sie bestanden haben und können die Bescheinigung für Ihre Ärztekammer selbst ausdrucken.

1. Welche Aussage zur teratogenen (strukturellen) Toxizität von Lithium ist richtig?

A Lithium beeinflusst besonders die Ausbildung von Lippen und Gaumen, wenn es während des ersten Trimenons eingenommen wird.

B Lithium birgt das zehnfache Risiko für eine Ebstein-Anomalie im Vergleich zum Allgemeinrisiko.

C Unter Lithium besteht dasselbe Risiko für eine Ebstein-Anomalie wie für die Allgemeinbevölkerung.

D Lithium wird nicht mit teratogenen Effekten assoziiert.

E Lithium führt nicht zu perinatalen Komplikationen.

2. Was ist als perinataler Toxizitätseffekte von Lithium bekannt?

A Vitamin-K-Mangel

B Hypoplasie des Mittelgesichts

C Floppy-infant-Syndrom und passagere Nieren-, Schilddrüsen- und kardiovaskuläre Funktionsstörungen

D Spina bifida

E Ebstein-Anomalie

3. Welche Aussage zur Teratogenität von Valproat ist richtig?

A Valproat führt immer zum „Antikonvulsiva-Gesicht" beim Kind.

B Bei Valproat wurden nur Effekte neurobehavioraler Toxizität beobachtet.

C In einer Dosis von > 1.000 mg und in unretardierter Form wird Valproat mit einem Risiko für Neuralrohrdefekte beim Neugeborenen von 5–9 % assoziiert.

D Die Verabreichung von Folsäure macht bei simultaner Valproateinnahme keinen Sinn.

E Valproat muss vor Eintritt einer Schwangerschaft immer abgesetzt werden.

4. Welcher Befund ist zur Teratogenität von Carbamazepin bekannt?

A Carbamazepin überwindet die Plazenta nicht und übt deshalb keine teratogenen Effekte aus.

B Carbamazepin wird mit struktureller Teratogenität und mit geringer perinataler Toxizität verbunden.

C Unter Carbamazepin wurden bei Säuglingen kraniofaziale Anomalien, Fingernagelhypoplasien und ein niedriges Geburtsgewicht beobachtet.

D Carbamazepin führt zu den höchsten Raten an Neuralrohrdefekten unter allen Antikonvulsiva.

E Carbamazepin kann Vitamin-C-Mangel beim Kind verursachen.

5. Welcher Befund ist zur Teratogenität von Lamotrigin bekannt?

A Die Rate für strukturelle Teratogenität unter Lamotrigin (bei Monotherapie) ist für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten möglicherweise erhöht.

B Lamotrigin weist insbesondere neurobehaviorale Toxizität auf.

C Zu Lamotrigin gibt es keine Hinweise auf perinatale Toxizität.

D Die Clearance von Lamotrigin bei Neugeborenen ist ausgereift.

E Die Lamotrigin-Clearance der Mutter ist während der Schwangerschaft erniedrigt und steigt kurz nach der Geburt an.

6. Was ist zur Teratogenität von Benzodiazepinen bekannt?

A Lorazepam und Clonazepam sind mit hoher Malformationsrate assoziiert.

B Einige Studien fanden Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten unter Diazepam.

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, DGN, DGPPN und der Verwaltungsgesellschaft CME Neurologie/ Psychiatrie/Psychotherapie mbH der Berufsverbände

C Studien zur Teratogenität von Benzodiazepinen weisen klar auf strukturelle, perinatale und neurobehaviorale Effekte unter allen Substanzen hin.

D Bei einer geplanten Schwangerschaft sind stets Benzodiazepine mit einer langen Halbwertszeit zu bevorzugen.

E Unter hohen Dosen Diazepam kann bedenkenlos gestillt werden.

7. Welche Aussage zur Teratogenität von Antidepressiva ist richtig?

A Die Missbildungsrate unter Venlafaxin ist höher als die allgemeine Rate.

B Trizyklika werden mit einem erhöhten Risiko für strukturelle Teratogenität verbunden.

C Unter Trizyklika kommt es nicht zu perinataler Toxizität, die in nervösen Erscheinungen, Reizbarkeit, Tachypnoe, Tachykardie besteht.

D Kürzlich wurde gezeigt, dass SSRI keine pulmonalen Hypertonien beim Kind auslösen können.

E SSRI führen bei bis zu 30 % der Neugeborenen zu perinatalen Komplikationen.

8. Unter welcher Medikation sollte nicht gestillt werden?

A Sertralin

B Lamotrigin

C Citalopram

D Lithium

E Valproat

9. Welche Aussage zum Einsatz von Atypika in der Schwangerschaft ist richtig?

A Alle Atypika können bedenkenlos eingesetzt werden.

B Unter Clozapin und Olanzapin kann es zu Gestationsdiabetes kommen.

C Über Quetiapin und Ziprasidon gibt es eine ausreichende Datenlage.

D Risperidon führt nicht zu Prolaktinerhöhung und erschwert so auch nicht den Eintritt einer Schwangerschaft.

E Zur reproduktiven Sicherheit von Aripiprazol gibt es ausreichende Daten.

10. Welche Aussage zum Gestationsdiabetes ist richtig?

A Er kann durch alle Atypika ausgelöst werden.

B Es handelt sich um eine unbedenkliche Blutzuckererhöhung.

C Er tritt nur bei Müttern auf, die vor Beginn der Schwangerschaft übergewichtig waren.

D Er kann zur Geburtskomplikation einer Schulterdystokie führen.

E Er findet sich in 60 % aller Fälle, in denen in der Schwangerschaft bestimmte Atypika gegeben wurden.



Bitte vergessen Sie den frankierten Rückumschlag nicht!

Teilnahmeschluss: 15.2.2007

Teilnahme per Post

Das ausgefüllte Formular senden Sie bitte zusammen mit einem ausreichend frankierten Rückumschlag an:

Urban & Vogel GmbH
CME NeuroTransmitter
Postfach
81664 München

Fortbildungszertifikat

Reichen Sie die Punktebestätigungen unseres Verlages zusammen mit Ihren anderen Nachweisen der zertifizierten Fortbildung bei Ihrer Landesärztekammer ein, wenn Sie die erforderlichen 250 Punkte erreicht haben. Bitte beachten Sie, dass der Anteil an CME-Punkten, den Sie über die Fortbildung in Zeitschriften erlangen können, je nach Landesärztekammer verschieden ist. Nähere Informationen dazu erhalten Sie bei der für Sie zuständigen Landesärztekammer, die auch über die Anerkennung der im Rahmen dieses Moduls erworbenen Punkte entscheidet.

Antwortformular für die postalische Einsendung

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

NeuroTransmitter
Ausgabe 11/2006

Mit dem Einreichen dieses Fragebogens erklären Sie sich damit einverstanden, dass die angegebenen Daten zum Zweck der Teilnahmebestätigung gespeichert und bei erfolgreicher Teilnahme auch an den Einheitlichen Informationsverteiler (EIV) der Ärztekammern weitergegeben werden dürfen.

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

Name, Vorname

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)

Geburtsdatum

Nur für Teilnehmer aus Ärztekammern ohne EFN:
❑ Ärztekammer Baden-Württemberg
❑ Bezirksärztekammer Koblenz

Straße, Nr.

Kammernummer

PLZ, Ort

Unterschrift

Nur vollständig ausgefüllte Coupons können ausgewertet werden!

Outcomeparameter in der Schizophrenietherapie

Mehr als nur Linderung der Symptomatik

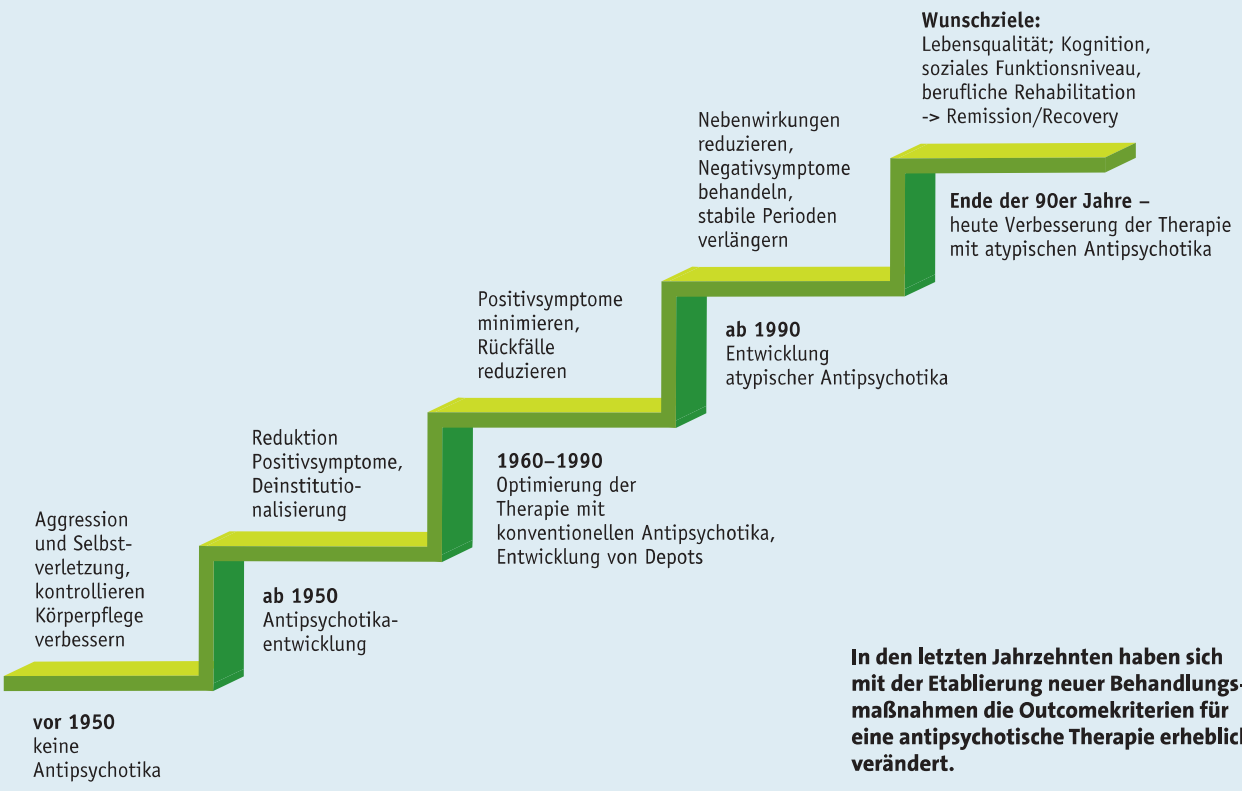
A. Heinz, D. Naber, G. Juckel

Wenn Patienten mit Schizophrenie nach ihrer Definition für eine erfolgreiche Behandlung gefragt werden, so stehen zunehmend Faktoren wie Lebensqualität oder berufliche und soziale Funktionsfähigkeit an vorderster Stelle ihrer Erwartungen. Die reine Symptomkontrolle scheint somit allein kein ausreichendes Kriterium mehr zu sein, um die Wirksamkeit von Antipsychotika zu beurteilen. Vielmehr müssen zukünftig verstärkt Outcomeparameter wie Remission und Recovery sowie die damit verbundenen patientenorientierten Zielkriterien zur umfassenden Bewertung einer Schizophrenietherapie herangezogen werden. Dabei gilt es, geeignete Messinstrumente in Klinik und Forschung zu etablieren.

Die Zielkriterien, die als Maßstab für die Bewertung einer medikamentösen antipsychotischen Therapie angelegt werden, haben sich in den letzten Jahrzehnten mit der Entwicklung neuer Behandlungsmaßnahmen erheblich verändert (Abb. 1). Bis zum Beginn der 50er-Jahre stand die Kontrolle von Aggression und Selbstverletzung sowie die Verbesserung der Körperpflege im Vordergrund. Nach Einführung der Neuroleptika galten die Reduktion der Positivsymptomatik und die Deinstitutionalisierung der Patienten mit Verrin-

Abbildung 1

Entwicklung der Zielkriterien einer antipsychotischen Therapie



In den letzten Jahrzehnten haben sich mit der Etablierung neuer Behandlungsmaßnahmen die Outcomekriterien für eine antipsychotische Therapie erheblich verändert.

gerung von Rückfällen als wesentliche Outcomekriterien einer Schizophrenietherapie. Mit der Einführung atypischer Antipsychotika zu Beginn der 90er-Jahre wurden die Ziele in der Behandlung schizophrener Patienten zunehmend erweitert: Neben der Verringerung von Nebenwirkungen, der Linderung negativer, kognitiver und depressiver Symptome sowie der Verlängerung der stabilen Perioden rückte die subjektive Perspektive in der Beurteilung des Therapieerfolgs in den Vordergrund.

Symptomkontrolle allein nicht mehr ausreichend

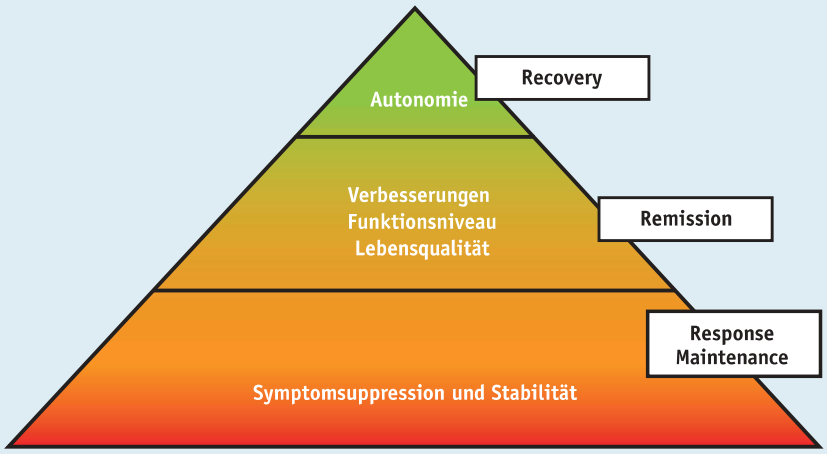
Damit gelten das Ansprechen auf die antipsychotische Medikation – die Response – und das Erhalten des Erreichten beziehungsweise das Vermeiden einer erneuten Verschlechterung – die Maintenance – derzeit als die wichtigsten Ziele einer Schizophrenietherapie. Die unmittelbare Symptomsuppression und die Stabilisierung des Zustands reichen den Patienten jedoch als Behandlungsergebnis oftmals nicht aus, wie auch die aktuelle Harris-Befragung von 139 an Schizophrenie erkrankten Mitgliedern eines Online-Forums zeigt [1]. Die Patienten beurteilten in vielen Fällen ihre Medikation als „nicht sehr effektiv" oder „gar nicht effektiv". 23 % kritisierten die mangelnden Alltagsfähigkeiten unter ihrer aktuellen Therapie und wünschten sich diesbezüglich eine Verbesserung. Als Kriterien für eine erfolgreiche Behandlung definierten 98 % der Patienten die „Fähigkeit, klar zu denken" sowie die „Steigerung des alltäglichen Funktionsniveaus (Arbeiten, Einkaufen etc.)". 97 % nannten die „Vermeidung von Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Sedierung und Muskelzittern". 96 % erwarteten von einer erfolgreichen Therapie die „Linderung oder Kontrolle depressiver Symptome" – ein Faktor, der eng mit der Lebensqualität korreliert.

Von Response und Maintenance zu Remission und Recovery

Aufgrund dieser über eine Response hinausgehenden Zielsetzungen für eine dauerhafte Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen Integration rücken Kriterien wie Remission und Recovery verstärkt in den Fokus (Abb. 2). Der Begriff

Abbildung 2

Stufenziele in der Schizophrenietherapie



In Zukunft werden Remission und Recovery als neu definierte Therapieziele eine immer größere Rolle spielen.

Remission beinhaltet dabei die Symptomkontrolle unter Berücksichtigung der Zeitachse. Damit soll ein besserer, lebenslang einsetzbarer Bewertungsmaßstab zur Evaluation von Therapien und für die Rehabilitationsfähigkeit unter einer bestimmten Behandlung zur Verfügung stehen. Vor diesem Hintergrund erarbeitete die "Global Expert Working Group" um Andreasen et al. eine Definition, der zufolge die drei faktoranalytisch ermittelten Symptomeinheiten der Schizophrenie – Negativsymptomatik, Desorganisation und psychotische Symptomatik – und deren langfristige Entwicklung für die Beurteilung der Remission maßgeblich seien [2]. Beträgt nach dieser Definition der Score für acht definierte Items der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten maximal 3 Punkte, dann befindet sich der Patient in Remission.

Das Behandlungsziel Recovery beinhaltet zusätzlich – neben der symptomatischen Verbesserung – die berufliche und soziale Funktionsfähigkeit sowie die Fähigkeit zum selbstständigen Leben über einen langen Zeitraum und bezieht somit den Aspekt der Lebensqualität in die Bewertung ein. Gemäß des Konzeptes von Liberman et al. liegt Recovery bei Schizophreniekranken unter folgenden Bedingungen vor [3]:

- Der Patient weist einen Score von maximal 4 Punkten auf der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) auf – sowohl bezüglich der Positiv- als auch der Negativsymptomatik (vergleichbar den Remissionskriterien).
- Der Patient übt mindestens eine 50 %ige Teilzeitarbeit aus oder kann eine entsprechende Schul- oder Ausbildungszeit vorweisen.
- Der Patient ist in der Lage, seine Medikation und auch seine Finanzen unabhängig zu kontrollieren.
- Der Patient trifft sich mindestens einmal wöchentlich mit Freunden oder Bekannten.
- Jede dieser Voraussetzungen wird über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren erfüllt.

Dass es sich hierbei um sehr anspruchsvolle Ziele handelt, zeigen die Ergebnisse einer Verlaufsstudie, in deren Rahmen die Entwicklung von 118 Patienten mit schizophrener Erstmanifestation dokumentiert und ausgewertet wurde [3]. Nach drei Jahren erfüllten lediglich 9,7 %, nach vier Jahren 12,3 % und nach fünf Jahren 13,7 % der Patienten die Kriterien für eine Recovery nach Liberman.

Fortsetzung Seite 55

Auf den Punkt gebracht

Schizophrenietherapie und Outcomekriterien

- Schizophrene Patienten erwarten von ihrer Behandlung mehr als nur die Linderung der Symptomatik.
- Daher sollten – neben Response und Maintenance – in Zukunft Remission und Recovery als wichtige Ziele einer Schizophrenietherapie berücksichtigt werden.
- Zur umfassenden Beurteilung des Therapieerfolgs müssen demnach auch Parameter wie Funktionsfähigkeit und Lebensqualität bestimmt werden.
- Um diese patientenrelevanten Outcomeparameter objektive qualitativ und quantitativ zu erfassen, sind geeignete Messinstrumente notwendig.
- Ein Beispiel hierfür ist die PSP-Skala, mit der sich die Entwicklung des Funktionsniveaus im Therapieverlauf zuverlässig und praktikabel bewerten lässt.

Lebensqualität als Faktor zur Wirksamkeitsbeurteilung

In Zukunft sollten auch patientenrelevante Outcomeparameter wie soziales Funktionsniveau und Lebensqualität bei der Wirksamkeitsbestimmung von Antipsychotika eine wichtigere Rolle spielen. Die Lebensqualität schizophrener Patienten wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst (s. Tab. unten) [4, 5]: So besteht ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen allgemeiner beziehungsweise psychischer Lebenszufriedenheit und Depressionen sowie Angstzuständen. Zwischen Negativsymptomatik und Lebensqualität kann ein mäßiger Zusammenhang nachgewiesen werden; die Positivsymptomatik zeigt hier in den meisten jüngeren Studien keine signifikante Korrelation [6]. Demgegenüber wirken sich kognitive Verbesserungen, zum Beispiel visuelles Gedächtnis, Arbeitsgedächtnis und optische Aufmerksamkeit oder Reaktionszeit sowie Berufstätigkeit und Berufsfähigkeit, positiv auf die Lebensqualität schizophrener Patienten aus, wobei die Faktoren Kognition und Berufsfähigkeit eng miteinander verknüpft sind [5, 7, 8].

Neben der Beurteilung des Patienten durch den Arzt (Fremd-Rating) ist es von entscheidender Bedeutung, wie Schizophreniekranke selbst ihre eigene Befindlichkeit beurteilen (Selbst-Rating), da zwischen der subjektiven Wahrnehmung der Patienten und der klinischen Bewertung einer Behandlung oftmals deutliche Unterschiede bestehen [6]. So berichteten Patienten mit Schizophrenie, die im Rahmen einer offenen Studie über sechs Monate mit atypischen Antipsychotika behandelt worden waren, über eine höhere Lebensqualität, weniger Nebenwirkungen, eine bessere subjektive Wirksamkeit und geringere neuroleptische Dysphorie als diejenigen, die herkömmliche Neuroleptika erhalten hatten [9]. Diese subjektive Besserung spiegelte sich jedoch nicht in der (objektiven) klinischen Bewertung der Lebensqualität und des "Psychosocial functioning" wieder.

Die systematische Erhebung der subjektiven Perspektive ist also zur umfassenden Beurteilung des Therapieerfolgs sinnvoll und notwendig, wobei die große Mehrheit der Patienten – entgegen häufigen Vorbehalten – nach Abklingen der akuten Psychose durchaus in der Lage ist, entsprechende Selbstbeurteilungsbögen reliabel auszufüllen. Es besteht aber bisher wenig Konsens darüber, mit welchen Messinstrumenten die relevanten Aspekte der subjektiven Lebensqualität zuverlässig bestimmt werden können. Einen möglichen Ansatz bietet dafür die Subjective-Well-being-under-Neuroleptics-Skala (SWN-Skala), die schizophrenen Patienten innerhalb von 5–15 Minuten eine validierte und sensitive Erfassung ihrer subjektiven Befindlichkeit anhand von 20 Items ermöglicht [10].

Einflussfaktoren auf die Lebensqualität schizophrener Patienten [Hofer et al; J Clin Psychiatry 2004 und European Psychiatry 2005]

	signifikant positiver Einfluss	signifikant negativer Einfluss
Allgemeine Lebenszufriedenheit	Berufstätigkeit PANSS kognitive Symptome ↓	PANSS Depression/Angst ↑ PANSS Erregung ↑ Gedächtnisstörungen Parkinsonismus
Psychische Lebenszufriedenheit	PANSS kognitive Symptome ↓	PANSS Depression/Angst ↑ Negativsymptome
Lebenszufriedenheit im sozialen Bereich		Positivsymptome Gedächtnisstörungen Gewichtszunahme
Affekt	Berufstätigkeit	DAI: negative Reaktion
Selbstwert		PANSS Depression/Angst ↑ Parkinsonismus DAI: negative Reaktion

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; DAI: Drug Attitude Inventory

Die Ergebnisse zweier Studien belegen, dass mehrere Faktoren die Lebensqualität schizophrener Patienten sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können.

Validierte Messinstrumente für patientenrelevante Outcomeparameter

Um den Erfolg einer Schizophrenietherapie umfassend beurteilen zu können, ist es sinnvoll, alle Kriterien zu berücksichtigen, die für die Patienten von Relevanz sind. Diese Punkte lassen sich gemäß der "Consensus Conference of Schizophrenia Researchers to consider the components of clinical effectiveness in real world practice" in vier Bereiche, so genannte Outcomedomänen, unterteilen [11]:

- Krankheitssymptomatik (Positiv- und Negativsymptome, kognitive Dysfunktion, affektive Symptome und Angstsymptome),
- behandlungsbedingte Belastungen (extrapyramidalmotorische Störungen, sonstige Nebenwirkungen und ihre Folgen),
- krankheitsbedingte Belastungen (Belastungen für Patienten, Familie, Pflegekräfte, Gesundheitssystem, Gesellschaft),
- allgemeiner gesundheitlicher Zustand (körperliche Gesundheit, Lebensqualität, Funktionsfähigkeit bezüglich Ausbildung und Beruf, soziale Integration, Selbstständigkeit in der Lebensführung).

Damit im Praxisalltag eine Gesamtbewertung der Behandlung geleistet werden kann, müssen die zur Erfassung der Beurteilungskriterien erforderlichen Messinstrumente bestimmte Voraussetzungen erfüllen: Sie sollten einerseits reliabel und valide, andererseits aber auch standardisiert und einfach in ihrer Anwendung sein.

Für die Beurteilung des Funktionsniveaus wurden in den letzten Jahren bereits entsprechende Messskalen entwickelt. Beispielsweise lässt sich mithilfe der Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala) die Funktionsfähigkeit schizophrener Patienten einfach und mit geringem Zeitaufwand bestimmen. Von Nachteil ist, dass eine Verquickung von Achse I und Achse II des DSM-IV besteht, das heißt, dass sowohl psychopathologische Phänomene der Primärerkrankung als auch persönlichkeitsabhängige Variablen die Messung beeinflussen [12]. Zudem können die psychopathologischen Symptome mithilfe der GAF-Skala nicht ausreichend voneinander abgegrenzt werden. Aus dieser Kritik heraus entstand die Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS), die jedoch sprachliche Unschärfen aufweist und keine klaren Rating-Instruktionen beinhaltet: So führt die Unterscheidung einer Beeinträchtigung in „schwer“ (im Original: „serious“) oder „bedeutend“ (im Original: „major“) bereits zur Einordnung in zwei verschiedene Kategorien (Score 50–41 beziehungsweise 40–31). Unklar ist darüber hinaus, ob dabei mehrere Bereiche oder nur ein Bereich des ”Functioning“ beeinträchtigt sein muss. Zudem sind unter dem Punkt „berufliche Aktivitäten“ die Tätigkeiten im Haushalt nicht berücksichtigt [13]. Auf Grundlage der SOFAS wurde daher in einer Einrichtung mit schizophrenen Patienten die Personal and Social Performance Scale (PSP-Skala) entwickelt, die anhand differenzierter Fragen folgende Bereiche beleuchtet:

- sozial sinnvolle Aktivitäten (inklusive Arbeit/Ausbildung),
- persönliche und gesellschaftliche Beziehungen,
- Selbstversorgung.
- störendes und aggressives Verhalten.

Die Vorteile der PSP-Skala liegen darin, dass die Befragung schnell durchgeführt werden kann und aufgrund der präzisen Anweisungen eine eindeutige Zuordnung zu einem Score sehr einfach möglich ist. Zudem lässt sich eine große Varianz zwischen 83 und 16 Punkten abbilden, die Abstufung ist also sehr fein und die Beurteilung der Ergebnisse kann dementsprechend differenziert erfolgen [13]. Insgesamt hat die Skala eine hohe Aussagekraft und ist ein gut geeignetes Instrument zur Einbeziehung patientenrelevanter Outcomekriterien wie des sozialen Funktionsniveaus unter Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit. Hinzu kommt, dass durch die PSP-Skala eine Bewertung des Therapieerfolgs auch für die Kostenträger des Gesundheitssystems (z. B. gesetzliche Krankenkassen) transparenter wird, was in Zukunft sicherlich eine immer größere Bedeutung erlangen wird, wenn es um die Leistungserstattung oder die Vermeidung von Regressforderungen geht. Mithilfe eines solchen Messinstruments könnte der behandelnde Arzt sein therapeutisches Vorgehen im Einzelfall dokumentieren und somit dessen Notwendigkeit belegen.

Literatur bei den Verfassern

Fazit

Die Zielkriterien Response und Maintenance werden den Ansprüchen von Patienten mit Schizophrenie allein nicht mehr gerecht. Daher ist es notwendig und sinnvoll, weitergehende Stufenziele wie Remission und Recovery vermehrt in die Bewertung antipsychotischer Therapien einzubeziehen und dabei auch patientenrelevante Outcomeparameter wie Funktionsfähigkeit und Lebensqualität sowie deren subjektive Beurteilung durch die Patienten über einen längeren Zeitabschnitt darzustellen. Die dazu verwendeten Messinstrumente müssen nicht nur zuverlässig die entsprechenden Daten erfassen, sondern zugleich praktikabel in der Anwendung sein. Die neu entwickelte PSP-Skala erfüllt diese Anforderungen und kann daher ein gut geeignetes Instrument sein, um den Verlauf der Behandlung und deren Erfolg auch vor dem Hintergrund einer langfristigen, patientenorientierten Therapieplanung und -bewertung beurteilen zu können.

Prof. Dr. med. Andreas Heinz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité, Schumannstr. 20–21, 10117 Berlin, E-Mail: Andreas.Heinz@charite.de

Prof. Dr. med. Dieter Naber, Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. med. Georg Juckel, Bochum

Therapeutisches Drug Monitoring

Mehr Effizienz in der Psychopharmakotherapie

C. Hiemke



© Archiv

Blutproben – Ausgangsmaterial für das therapeutische Drug Monitoring – müssen mit validen technischen Verfahren analysiert werden.

Das therapeutische Drug Monitoring ist ein wichtiges Instrument zur Steuerung und Überwachung einer Pharmakotherapie. Durch Bestimmung der Arzneistoffkonzentration im Körper können individuelle Dosisempfehlungen gegeben, das Risiko für Nebenwirkungen minimiert oder die Compliance überprüft werden. Für die meisten Psychopharmaka ist das therapeutische Drug Monitoring noch keine vorgeschriebene Routineuntersuchung, in vielen Fällen ist sie jedoch für eine patientenbezogene Therapieoptimierung äußerst hilfreich.

Einem Patienten mit Depression und sozialer Phobie verschreibt sein Hausarzt Amitriptylin. Trotz guter Compliance bessert sich die Symptomatik nach mehrjähriger Einnahme nicht, auch nicht nachdem der Patient die Tagesdosis eigenständig auf 175 mg gesteigert hatte. Als Amitriptylin und sein aktiver Metabolit Nortriptylin im Blut gemessen werden, liegen die Spiegel weit unterhalb des empfohlenen therapeutischen Fensters von 100–200 ng/ml. Daraufhin wird der Patient auf Venlafaxin in einer Dosis von 150 mg/Tag umgestellt. Eine Besserung der Symptomatik tritt daraufhin langsam ein. Nach der leidvollen Erfahrung einer erfolglosen Behandlung mit Amitriptylin konnte die Ursache des Nichtansprechens auf das trizyklische Antidepressivum schließlich durch therapeutisches Drug Monitoring (TDM) aufgeklärt werden. Daher fragt der Patient seinen Hausarzt, ob nicht auch der Blutspiegel von Venlafaxin kontrolliert werden sollte. Der behandelnde Arzt rät ab: Das Geld kann man sich sparen, da es für Venlafaxin keine Referenzwerte gibt und der Test daher keine Aussagekraft hat.

Ein typischer Fall. TDM wird für die Optimierung der antidepressiven oder antipsychotischen Pharmakotherapie (Abb. 1) mit großer Zurückhaltung genutzt, besonders bei ambulanten Patienten. Durch frühzeitiges TDM hätte dem Patienten eine jahrelange Leidensphase erspart werden können. Durch die

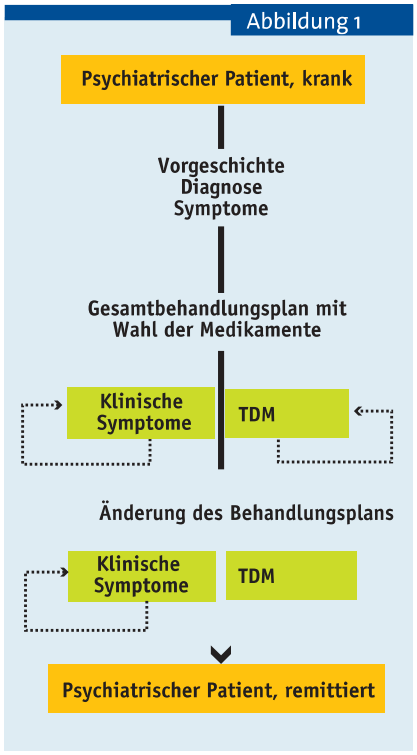


Abbildung 1: Ablauf der Pharmakotherapie mit Einsatz von therapeutischem Drug Monitoring (TDM) zur Erzielung einer Remission.

Blutspiegelmessung von Amitriptylin wurde augenscheinlich, dass der Patient ein so genannter ultrarapid metabolizer (UM) ist. Bei Überexpression des Cytochrom-P450-Enzyms CYP2D6 wird das Antidepressivum „ultraschnell" eliminiert, sodass keine therapeutisch wirksamen Konzentrationen von Amitriptylin und seinem aktiven Metaboliten Nortriptylin aufgebaut werden konnten. Einen UM-Genotyp von CYP2D6 besitzen etwa 7 % der mitteleuropäischen Bevölkerung. In den skandinavischen Ländern sind UM seltener, in Südeuropa häufiger.

Vorteile des therapeutschen Drug Monitorings (TDM)

Der Fall spiegelt Unwissenheit über den praktischen Nutzen von TDM wider, und weit verbreitet ist auch die ökonomisch begründete Zurückhaltung, eine Blutspiegelmessung durchführen zu lassen. Eine Blutspiegelmessung kostet 17–50 EUR, ein verschwindend kleiner Betrag im Vergleich zu den Kosten, die wegen Nichtansprechen verursacht wurden. Auch die Einschätzung, dass es für Venlafaxin keine Referenzwerte gibt, ist nicht korrekt. Sie sind zwar nicht so gut durch Studien belegt wie für Amitriptylin, und es ist allein aus pharmakokinetischen Untersuchungen bekannt, welche Spiegel bei einer eingenommenen Venlafaxin-Dosis zu erwarten sind. Nach der Erfahrung mit Amitriptylin ist es für den Patienten und seine weitere Behandlung aber durchaus informativ, die Blutspiegel von Venlafaxin und seinem aktiven Metaboliten O-Desmethylvenlafaxin zu kennen. Sie geben Auskunft, ob der Patient Venlafaxin-Konzentrationen im Erwartungsbereich aufbaut oder ob auch dieses Medikament sehr rasch abgebaut und daher durch eine Dosissteigerung noch eine Wirkverbesserung erwartet werden kann. Außerdem könnte der Verdacht erhärtet werden, dass der Patient ein UM-Genotyp von CYP2D6 ist. Die O-Demethylierung von Venlafaxin wird so gut wie ausschließlich durch CYP2D6 katalysiert. Aus dem Verhältnis O-Desmethylvenlafaxin zu Venlafaxin kann auf den CYP2D6-Genotyp geschlossen werden. So bleibt es nur ein Verdacht, dass der Patient ein UM ist. Dies sollte jedoch bekannt sein, denn diese Kenntnis ist für alle psychiatrischen und nicht psychiatrischen Medikamente wichtig, die über CYP2D6 abgebaut werden.

Consensus-Leitlinien für TDM von Psychopharmaka

Erfahrungen, wie die oben geschilderten, mit Unwissenheit über den Nutzen von TDM und häufige Fehler bei der Anwendung des Verfahrens waren Anlass für die TDM-Gruppe der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP), Consensus-Leitlinien zu verfassen. Sie wurden im Jahr 2004 international [Baumann, Hiemke, Ulrich, Eckermann, Gaertner, Gerlach, Kuss, Laux, Müller-Oerlinghausen, Rao, Riederer, Zernig. The AGNP-TDM Expert Group Consensus Guidelines: Therapeutic drug monitoring in psychiatry. Pharmacopsychiatry, 2004; 37: 243–65] und ein Jahr später gekürzt in deutscher Sprache veröffentlicht [Hiemke, Baumann, Laux, Kuss, HJ. Therapeutisches Drug Monitoring in der Psychiatrie. Psychopharmakotherapie 2005, 12: 166–82]. Die Consensus-Leitlinien beschreiben, für welche Patienten TDM sinnvoll ist und wie es für die Therapieoptimierung benutzt werden sollte. Die wesentlichen Inhalte der Leitlinien werden in diesem Beitrag dargestellt, mit Schwerpunkt auf das TDM von Antidepressiva und Antipsychotika.

Das therapeutische Fenster

Unsicherheit besteht über die anzustrebenden optimalen Blutspiegel von Psychopharmaka, über das so genannte therapeutische Fenster. Unterschiedliche Labore geben unterschiedliche Referenzbereiche an, und selten ist nachvollziehbar, worauf die angegebenen Werte basieren. Bei der Abfassung der Consensus-Leitlinien erfolgte die Darstellung der therapeutischen Bereiche mit großer Sorgfalt. Für insgesamt 65 Psychopharmaka wurden therapeutische Blutspiegel angegeben, die nach derzeitigem Stand der Literatur als optimal gelten. Diese Zielbereiche aus der Consensus-Leitlinie sind in der Tabelle für Antidepressiva und Antipsychotika zusammen mit den Erhaltungsdosen angegeben (Tab. 1). In den Leitlinien werden darüber hinaus auch für Anxiolytika, Antidementiva, Medikamente zur Behandlung bipolarer affektiver Störungen und Medikamente zur Behandlung von Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen optimale Blutspiegel genannt. Ferner wurde für die Wirkstoffe die Qualität der angegebenen therapeutischen Bereiche nach einem Stufenschema bewertet, das sich an die Kriterien der evidenzbasierten Medizin anlehnt:

- **Stufe 1:** Therapieoptimierungsstudien belegen einen positiven Effekt von TDM,
- **Stufe 2 und 3:** prospektive oder retrospektive Studien definieren einen therapeutischen Bereich,
- **Stufe 4:** nur pharmakokinetische Daten liegen vor, aus denen zu erwartende Blutspiegel bei therapeutisch wirksamen Dosen abgeleitet werden können,
- **Stufe 5:** eine Blutspiegelmessung zur Therapieoptimierung wegen besonderer pharmakologischer Eigenschaften eines Wirkstoffes ist nicht sinnvoll (z. B. bei Tranylcypromin wegen seiner irreversiblen Hemmung des Enzyms Monoaminoxidase).

Nach diesem Bewertungsschema wurde bei Substanzen der Kategorie 1 TDM sehr empfohlen und bei Substanzen der Kategorie 5 von TDM abgeraten. Auf der Basis dieser Bewertung ist abzuleiten, dass für viele Antidepressiva und Antipsychotika die Wahrscheinlichkeit des Ansprechens maximal und das Risiko des Auftretens von Nebenwirkungen minimal ist, wenn Patienten auf optimale Blutspiegel eingestellt werden. Für diese Psychopharmaka ist es empfehlenswert, TDM regelhaft, vor allem zu Beginn der Therapie zu nutzen.

Pharmakologische Gründe für TDM in der Psychiatrie

Tierexperimentelle Untersuchungen zeigen, dass Blutspiegel von Psychopharmaka (eher als die Dosis) mit Konzentrationen im Gehirn korrelieren. Dies bestätigen auch Untersuchungen mittels Positronenemissionstomografie (PET) an Patienten, die mit Antidepressiva oder Antipsychotika behandelt wurden. Mit selektiven Radioliganden für Dopaminrezeptoren oder Serotonintransporter lässt sich in vivo die Besetzung der für die Wirkung von Antipsychotika oder Antidepressiva relevanten molekularen Strukturen darstellen. In Abhängigkeit von den Blutspiegeln antidopaminerg wirksamer Antipsychotika und Serotoninselektiver Antidepressiva findet sich eine Rezeptor-Blockierung (mit Sättigungsbereich) mit guter Korrelation. Die Korrelation mit der Dosis ist oft nur schwach. Ein wesentlicher Grund für die bessere Korrelation der Konzentrationen am Zielort mit den Blutspiegeln im Vergleich zur Dosis ist die individuell unterschiedliche Absorption und Elimination der Medikamente. Bei gleicher Dosis resultieren bei unterschiedlichen Patienten hochvariable Blutspiegel. Dies zeigt sich für alle Psychopharmaka (s. z. B. Citalopram und Amisulprid in Abb. 2). Daher ist der Blutspiegel für die Einstellung wirksamer Medikamentenkonzentrationen im Gehirn besser geeignet als die Dosis.

Tabelle 1

Erhaltungsdosen und empfohlene optimale Blutspiegel von Antidepressiva und Antipsychotika nach Consensus-Leitlinien der TDM-Gruppe der AGNP

Medikament und aktiver Metabolit	Erhaltungsdosis (mg/d)	Blutspiegel (ng/ml)
Antidepressiva		
Amitriptylin plus Nortriptylin*	150–300	80–200
Citalopram	20–60	30–130
Clomipramin plus Norclomipramin*	150–225	175–450
Desipramin	75–150	100–300
Doxepin plus Nordoxepin	150–300	50–150
Duloxetin	60–120	20–80
Escitalopram	5–10	15–80
Fluoxetin plus Norfluoxetin	20–60	120–300
Fluvoxamin	100–300	150–300
Imipramin plus Desipramin*	150–300	175–300
Maprotilin	75–150	125–200
Mianserin	15–70	15–70
Mirtazapin	30–45	40–80
Moclobemid	300–600	300–1.000
Nortriptylin*	100–300	70–170
Paroxetin	20–60	70–120
Reboxetin	4–12	10–100
Sertralin	50–200	10–50
Trazodon	200–600	650–1500
Trimipramin	150–400	150–350
Venlafaxin plus O-Desmethylvenlafaxin	75–375	195–400
Viloxazin		20–500
Antipsychotika		
Amisulprid	400–800	100–400
Aripiprazol	15–30	150–250
Benperidol	320	2–10
Chlorpromazin	300–600	30–300
Chlorprothixen	30–150	20–200
Clozapin*	100–600	350–600
Fluphenazin*	3–20	0,5–2
Flupentixol	3–15	> 2
Haloperidol*	5–15	5–17
Melperon	100–600	50
Levomepromazin	200–600	15–60
Olanzapin*	5–20	20–80
Perazin	75–800	100–230
Perphenazin	8–24	0,6–2,4
Pimozid	2–16	15–20
Quetiapin	150–750	70–170
Risperidon plus 9-Hydroxyrisperidon	4–10	20–60
Sulpirid	300–1.600	200–1.000
Thioridazin	100–600	200–2.000
Zotepin	200–400	12–120
Ziprasidon	80–160	50–120
Zuclopentixol	20–80	4–50

* Durch Studien gut belegter Zielbereich, weshalb TDM fester Bestandteil der Therapie sein sollte. Eine Blutspiegelmessung sollte im Steady state nach Erreichen der Zieldosis oder nach Dosisänderung zu Zeiten minimaler Spiegel erfolgen.

Klinische Gründe für TDM in der Psychiatrie

Bei Behandlung mit Phasenprophylaktika, Antidepressiva oder Antipsychotika mit validiertem therapeutischem Bereich (z. B. Lithium), viele trizyklische Antidepressiva, hochpotente Antipsychotika (z.B. Haloperidol) oder atypische Antipsychotika (z. B. Clozapin oder Olanzapin) wird TDM nach den Consensus-Leitlinien sehr empfohlen. Es sollte möglichst Bestandteil der Therapie sein (vgl. Abb. 1, S. 58). Bei Lithium ist TDM wegen seiner engen therapeutischen Breite sogar obligat. Wann und wie oft TDM nach Einstellung wirksamer Blutspiegel wiederholt werden sollte, ist wie für viele andere Kontrolluntersuchungen durch Studien nicht belegt. In jedem Fall ist eine erneute Messung zu empfehlen, wenn ohne Dosisänderung eine Symptomverschlechterung eintritt, wenn ein Compliance-Problem vermutet wird, Verdacht auf eine Arzneimittelwechselwirkung besteht oder eine Kombinationstherapie mit Medikamenten vorgesehen ist, bei denen ein Interaktionsrisiko bekannt ist.

Für die Anforderung einer Blutspiegelmessung gibt es darüber hinaus viele spezifische Fragen, die TDM klären kann, wie die folgenden fallbezogenen Indikationen für TDM:

- Überprüfung der Compliance,
- kein/ungenügendes Ansprechen trotz adäquater Dosierung,
- Nebenwirkungen bei empfohlener Dosis,
- vermutete Interaktionen,
- Kombinationstherapie mit Medikamenten mit bekanntem Interaktionspotenzial,
- Rückfallprävention in der Langzeittherapie,
- Rezidiv trotz guter Compliance und adäquater Dosierung,
- genetische Besonderheiten im Metabolismus (genetischer Defekt, Genmultiplikation),
- Kinder und Heranwachsende,
- ältere Patienten (> 65 Jahre),
- pharmakokinetisch relevante somatische Komorbidität,
- forensische Fragestellung,
- Probleme nach Medikamentenumstellung auf Generikum.

Überprüfung der Compliance: Antidepressiva und Antipsychotika müssen die meisten Patienten über Jahre einnehmen. Wie bei fast jeder pharmakologischen Langzeittherapie werden die Empfehlungen zur Dosierung oder zum Einnahmezeitpunkt oft nicht eingehalten, dies gilt auch für Antidepressiva und Antipsychotika. Man muss davon ausgehen, dass nach zwölf Monaten nur die Hälfte der schizophrenen Patienten ihre verordneten Antipsychotika einnehmen. Bei Behandlung unipolarer oder biplarer Störungen mit Antidepressiva liegt die Rate der Nichteinnahme im Mittel bei 40 %. Die Folge von Compliance-Prob-lemen sind Rückfälle, die häufig eine stationäre Wiederaufnahme erfordern und damit erhebliche Kosten erzeugen. TDM kann Auskunft über die Compliance geben, daher ist die Überprüfung der Compliance eine wichtige Indikation für eine Blutspiegelmessung.

Arzneimittelwechselwirkungen sind ein weiterer wichtiger Grund, TDM für die Pharmakotherapie zu nutzen. Die meisten stationären psychiatrischen Patienten nehmen mehr als ein Medikament ein, im Schnitt drei bis vier Wirkstoffe. Mit zunehmendem Alter und zunehmender Komorbidität steigt die Medikamentenzahl. Je mehr Medikamente zu gleicher Zeit eingenommen werden, umso größer ist das Risiko für Wechselwirkungen. Auch wenn die meisten Kombinationen unkritisch sind und das Bewusstsein in den letzten Jahren stetig gewachsen ist, dass Wechselwirkungen bei Einnahme von Psychopharmaka bedeutsam sind, so treten bei alten als auch bei neuen Psychopharmaka immer wieder unerwartete Wechselwirkungen auf. Mit TDM können pharmakokinetische Arzneimittelwechselwirkungen überwacht werden.

Kinder, Heranwachsende, ältere Patienten: Für eine Therapie mit Antidepressiva und Antipsychotika gibt es eine untere und obere Altersgrenze, sie liegt meist bei 18 und 65 Jahren. Entsprechend sind die Pharmakokinetik, Wirksamkeit und Nebenwirkungen im Altersbereich zwischen 18 und 65 Jahren geprüft. Bei Kindern und Heranwachsenden und bei älteren Patienten fehlen oft entsprechende Daten. Trotzdem werden auch bei dieser Klientel die gleichen Medikamente eingesetzt. TDM ist eine Möglichkeit, die Anwendung in den unteren und oberen Altersgruppen zu überwachen und pharmakokinetische Besonderheiten zu identifizieren. Dies ist auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erkannt worden. Es gibt eine Initiative, die beschlossen hat, den Einsatz von Psychopharmaka durch TDM zu begleiten und damit verbunden klinische Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit zu erhe-

Abbildung 2

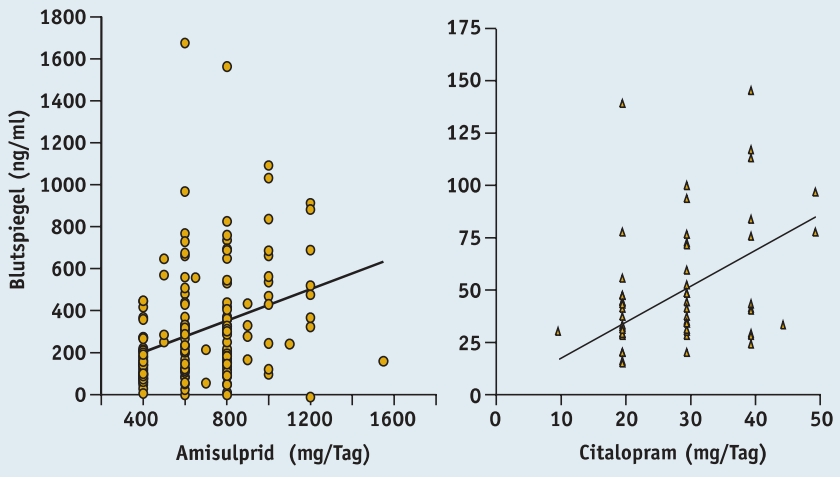


Abbildung 2: Interindividuelle Variabilität der Blutspiegel von Amisulprid und Citalopram in Abhängigkeit von den Tagesdosen.

Abbildung 3

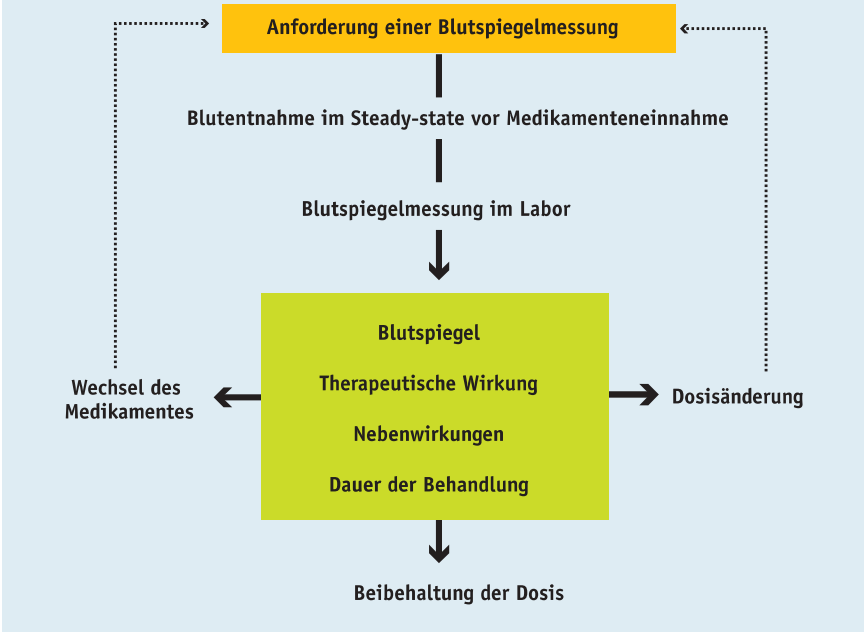


Abbildung 3: Wichtige Kontextfaktoren (neben dem Blutspiegel) bei einer Therapieoptimierung für die Weiterführung oder Änderung einer antidepressiven oder antipsychotischen Pharmakotherapie.

ben. Bei älteren Patienten besteht das besondere Problem, dass sie häufig an somatischen Erkrankungen leiden oder internistische Medikamente einnehmen. Sie sind daher Risikopatienten, bei denen mit pharmakokinetischen Wechselwirkungen zu rechnen ist, die durch TDM überwacht werden können.

Praktische Durchführung von TDM

Wenn bei der Behandlung eines Patienten mit einem Antidepressivum oder Antipsychotikum ein Blutspiegel zur Therapieoptimierung gemessen wird, ist eine korrekte praktische Durchführung unerlässlich. Retrospektive Analysen der Anwendung von TDM bei Antidepressiva oder Antipsychotika haben gezeigt, dass Fehler häufig sind. Dazu gehören unsinnige Anforderungen, Anforderungen zur falschen Zeit, (z. B. vor Erreichen des Steady state), Einsatz ungeeigneter Labormethoden oder unplausible Therapieentscheidungen. TDM ist ein komplexer Prozess, der mit der Anforderung und Blutentnahme am Patienten beginnt und mit der Dosisanpassung endet.

Anforderungsschein: Er muss vollständig ausgefüllt werden. Präzise Angaben über alle verabreichten Medikamente und Dosierungen sowie Diagnose, Komorbidität, Behandlungsdauer, Alter, Geschlecht und Gründe für die Anforderung sind wichtig, um das Messergebnis interpretieren zu können. Bei TDM werden Talspiegel im Steady state gemessen. Blut sollte deshalb mindestens fünf Halbwertszeiten nach Dosisanpassung und während der terminalen β-Eliminationsphase entnommen werden. Die Halbwertszeit der meisten Antidepressiva und Antipsychotika liegt zwischen zwölf und 36 Stunden.

Blutentnahme: Im klinischen Alltag hat sich die Blutentnahme eine Woche nach Erreichen einer stabilen täglichen Dosierung unmittelbar vor Einnahme der morgendlichen Medikation bewährt. Dann ist für die meisten Antidepressiva und Antipsychotika der Steady state erreicht. Ausnahmen sind Fluoxetin oder Aripiprazol mit langen Halbwertszeiten, Quetiapin oder Ziprasidon mit kurzen Halbwertszeiten. Bei ambulanten Patienten kann es schwierig sein, den Talspiegel zu bestimmen. Bei ihnen ist es für die Interpretation der Befunde wichtig, den letzten Einnahmezeitpunkt anzugeben. Bei Patienten unter Depotbehandlung sollte die Blutentnahme unmittelbar vor der nächsten Injektion erfolgen.

Wenn unerwartete Nebenwirkungen auftreten, ist die Einstellung des Steady state in der Regel ohne Bedeutung. Dann sollte zum Zeitpunkt des Auftretens von Nebenwirkungen die Blutentnahme erfolgen. Dies gilt auch bei schwerwiegenden unerwarteten Arzneimittelwirkungen (UAW), die in deutschsprachigen Ländern für Psychopharmaka von speziellen Pharmakovigilanz-Programmen, wie Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie (in Deutschland AMSP, in der Schweiz SAMSP) oder der Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen (AGATE) systematisch erfasst werden. Eine Interpretation bleibt ohne Kenntnis der Blutspiegel oft spekulativ.

Probenaufbewahrung und -versand: Das bevorzugte Untersuchungsmaterial ist Serum oder Plasma. Die meisten psychoaktiven Medikamente sind bei Raumtemperatur stabil. Wenn ein Versand der Proben nötig ist, kann dies ohne zusätzliche Kühlung erfolgen, wenn die Proben innerhalb von zwei Tagen im Labor vorliegen.

Laboranalyse: Für die Analysen im Labor werden verschiedene Methoden benutzt, die von unterschiedlicher Qualität sind (Sensitivität, Robustheit gegenüber Störfaktoren wie Co-Medikation). Immunoassays sollten nicht verwendet werden, da sie sich als nicht ausreichend akkurat und auch als störanfällig gegenüber Begleitmedikamenten erwiesen haben. Die Qualität der Analysen muss durch interne und – wenn möglich – externe Kontrollen (so genannte Ringversuche) überwacht werden. Die befundeten Ergebnisse sollten dem Kliniker innerhalb angemessener Zeit zur Verfügung stehen, möglichst innerhalb von 48 Stunden. Kürzere Intervalle sind bei Intoxikationen nötig.

Ergebnisinterpretation: Die Beurteilung der Ergebnisse durch Experten und der adäquate Gebrauch der Information sind essenziell für einen größtmöglichen klinischen Nutzen von TDM. Der Arzt kann die Interpretation selbst vorneh-

men. Er ist jedoch häufig überfordert, wenn spezielle pharmakokinetische Fragen oder Interaktionsprobleme der Grund für die Anforderung des Blutspiegels waren. Daher ist es vorteilhaft, ein Labor zu beauftragen, das entsprechende klinisch-pharmakologische Kompetenz besitzt. Bei der Auswertung der Ergebnisse ist auch zu beachten, wie valide der Referenz-Blutspiegel ist, ob er eine Konzentration bei klinisch relevanter Dosis oder einen evaluierten therapeutischen Bereich darstellt. Für eine Empfehlung und besonders die klinische Entscheidung, ob die gewählte Medikation und Dosierung fortgeführt wird, ob eine Dosisanpassung notwendig ist oder ob ein Medikamentenwechsel vorgenommen wird, muss der Blutspiegel-Wert im Kontext mit Informationen über die klinische Entwicklung, über Nebenwirkungen und über die Dauer der Behandlung beurteilt werden. Denn nicht zu vergessen ist, dass der Patient und nicht der Blutspiegel behandelt wird. Studien der letzten Jahre haben gezeigt, dass Therapieansprechen oder Nichtansprechen auf Antipsychotika oder Antidepressiva schon zu einem frühen Zeitpunkt, das heißt ein oder zwei Wochen nach Therapiebeginn, vorhergesagt werden kann. Demzufolge kann durch systematische Erfassung der klinischen Entwicklung früh über die Fortsetzung oder Änderung einer Pharmakotherapie entschieden werden. Diese Erkenntnisse sollten in Zukunft zusammen mit TDM für die Optimierung der antidepressiven und antipsychotischen Pharmakotherapie genutzt werden (Abb. 3).

Kosten und Nutzen von TDM in der Psychiatrie

Eine Blutspiegelbestimmung kostet 10–50 EUR, in Abhängigkeit von dem benutzten analytischen System. Es gibt bisher nur wenige Studien zur Kosteneffektivität von TDM in der Psychiatrie. Die erste Untersuchung wurde für Nortriptylin publiziert. Dabei wurde mit einer pharmakokinetischen Vorstudie nach Akutgabe von Nortriptylin die Enddosis von Nortriptylin berechnet. Patienten mit vorausberechneter Enddosis wurden eher aus der Klinik entlassen und konnten früher an ihren Arbeitsplatz zurückkehren als Patienten, die empirisch dosiert wurden. Preskorn und Fast berechneten für trizyklische Antidepressiva, dass TDM kosteneffektiv ist, weil Nebenwirkungen vermieden werden. Eine schwedische Gruppe zeigte einen Einspareffekt durch TDM bei älteren Patienten, die mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern behandelt wurden. TDM führte hier zu einer Dosisreduktion und damit zur Einsparung von Arzneimittelkosten. Letztere fiel höher aus als die Kosten für die Blutspiegelmessungen.

Bezüglich einer Kosteneffektivität von TDM gibt es für Antipsychotika bisher keine Daten. Doch ein großes Einsparpotenzial bietet TDM gerade bei diesen Medikamenten in der Langzeitanwendung. Das Absetzen von Antipsychotika ist eine häufige Ursache für einen Rückfall, der meist eine stationäre Behandlung erfordert. Die Verhinderung von Krankenhausaufnahmen kann erhebliche Kosten eingesparen. TDM kann ein Rückfallrisiko identifizieren und damit stationäre Behandlungen verhindern. Dies wurde für Clozapin von Gaertner und Mitarbeitern eindrucksvoll nachgewiesen. Ein Abfall der Blutspiegelkonzentrationen um mehr als 40 % war mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden. Ein einziger Rückfall, der einen vierwöchentlichen Krankenhausaufenthalt erfordert, erzeugt Kosten in Höhe von 7.000 EUR, ein Betrag, der ausreicht, um bei 30 Patienten ein Jahr lang einmal pro Monat eine Blutspiegelmessung durchzuführen.

Bedauerlicherweise verfügt der niedergelassene Psychiater über kein Budget für die Inanspruchnahme von Laborleistungen, also auch nicht für TDM. Kostenbedingt besteht daher erhebliche Zurückhaltung bezüglich des Einsatzes von TDM bei Behandlung ambulanter Patienten mit Antidepressiva oder Antipsychotika, vor allem wenn teure neue Antipsychotika verordnet werden. Besonders pikant ist derzeit die Situation, wenn ein schizophrener Patient ein neues Antipsychotikum einnimmt und durch sorgfältige Kontrolle der Blutspiegel kein Rückfall auftritt, der behandelnde Arzt dadurch aber sein Budget überzieht und deshalb in Regress genommen wird. Demgegenüber wird bei einem Patienten, der mit einem preiswerten alten Antipsychotikum behandelt wird (ohne Budgetüberschreitung des Arztes), jedoch zu niedrig dosiert, um die motorischen Nebenwirkungen zu vermeiden, ein teurer Rückfall mit hohen Kosten für seine stationäre Behandlung problemlos bezahlt. Hier ist eine Umorientierung notwendig. Denn der jetzige Zustand verhindert, dass wissenschaftliche Erkenntnisse den Patienten erreichen, welche die Psychopharmakotherapie verbessern.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. rer. nat Christoph Hiemke
Psychiatrische Klinik
der Universität Mainz,
Untere Zahlbacher Str. 8,
55101 Mainz,
E-Mail: hiemke@mail.uni-mainz.de



© Archiv

Kombinationstherapien in der klinischen Neurologie

Perfekte Paarungen

P. Berlit

In vielen Bereichen der klinischen Neurologie werden Medikamente in Kombination eingesetzt. Dadurch können additive Effekte genutzt oder eventuelle Nebenwirkungen minimiert werden. Welche Substanzen sind miteinander kompatibel, was sind sinnvolle, was kritische Kombinationen?

Für eine Kombinationsbehandlung sollten bei der sorgfältigen Auswahl geeigneter Medikamente mögliche Interaktionen, pharmakokinetische Faktoren und Überlegungen zur Dosierung eine Rolle spielen. Im Folgenden wird eine Übersicht über Kombinationstherapien in verschiedenen Bereichen der Neurologie gegeben.

Schlaganfall

Die einzige zur Akuttherapie des Hirninfarkts zugelassene Substanz ist rTPa (recombinant tissue plasmonigen activator) zur systemischen oder lokalen Lyse. Wegen des Blutungsrisikos im Anschluss an eine Lysetherapie sollte eine PTT(partielle Thromboplastinzeit)-wirksame Antikoagulation mit Heparin unterbleiben; auch Thrombozytenaggregationshemmer sollten erst nach 48 Stunden wieder verabreicht werden. Während einerseits der Blutdruck bei Durchführung einer Lyse möglichst nicht über 200 mmHg liegen sollte, ist andererseits die Wahl des Antihypertensivums wichtig. Offensichtlich begünstigt die Kombination von ACE-Hemmern mit rTPA das Auftreten von Angioödemen. Aus diesem Grunde sollten ACE-Hemmer bei Lysepatienten möglichst nicht gegeben werden; in der Akutsituation kann auf Urapidil ausgewichen werden, mittelfristig beispielsweise auf AT2-Antagonisten.

Für die Sekundärprävention nach Hirninfarkt stehen als Thrombozytenaggregationshemmer Acetylsalicylsäure (gegebenenfalls in Kombination mit Dipyridamol) und Clopidogrel zur Verfügung. Wie die MATCH-Studie gezeigt hat, bringt die Kombination von ASS mit Clopidogrel keinen Gewinn hinsichtlich der Sekundärprophylaxe gegenüber Clopidogrel allein, erhöht aber das Risiko von gefährlichen Blutungen. Die Kombination Clopidogrel und ASS sollte daher lediglich bei Patienten mit Stent-

Versorgung vorübergehend oder bei kardialen Hochrisikopatienten gegeben werden.

Beobachtet wurde eine Beeinflussung des aggregationshemmenden Effektes von Clopidogrel durch die gleichzeitige Gabe von Atorvastatin. Dieser Befund hat sich im Verlauf jedoch nicht konstant bestätigt. Wegen der Gefahr der Rhabdomyolyse sollten Statine nicht mit Fibraten kombiniert werden. Auch ein erhöhter Grapefruitkonsum unter einer Statintherapie kann zu einer Rhabdomyolyse führen.

Der Effekt von Acetylsalicylsäure wird durch die gleichzeitige Gabe von Ibuprofen, nicht hingegen durch die Gabe von Diclofenac beeinflusst. Dies ist bei Patienten mit einem gleichzeitig bestehenden Schmerzsyndrom zu beachten.

So genannte pleiotrope Effekte mit Reduktion der Schlaganfallfrequenz wurden neben den Statinen auch für die Sartane in mehreren Studien beschrieben. Ob sich durch die Kombination beider Substanzgruppen ein zusätzlicher Gewinn für den Patienten ergibt, ist nicht bekannt.

Extrapyramidale Erkrankungen

Beim **Parkinson-Syndrom** ist eine, auch frühe Kombinationsbehandlung in der Regel sinnvoll, um Spätfolgen der Medikation möglichst zu minimieren. Bei klinischer Erstmanifestation vor dem 60. Lebensjahr sollte die Therapieinitiierung mit Dopaminagonisten (gegebenenfalls in Kombination mit einem MAO B-Hemmer) erfolgen. Erst bei nicht ausreichender Wirksamkeit wird L-Dopa eingesetzt. Während bei den Dopaminagonisten die Ergot-Abkömmlinge ein potenzielles Risiko von Herzklappenveränderungen in sich bergen, ist bei den Nonergot-Dopaminagonisten das Risiko des Sekundenschlafs zu bedenken. Andere Medikamente, die das eine oder das andere Risiko potenzieren, müssen deshalb strikt vermieden werden.

L-Dopa muss immer mit einem Decarboxylase-Hemmer kombiniert werden, um die periphere Verstoffwechselung mit entsprechenden Nebenwirkungen zu vermeiden. Die zusätzliche Gabe eines COMT-Hemmers wie Entacapone oder Tolcapone ist nur sinnvoll, wenn der Patient auch L-Dopa bekommt. Die fixe Kombination von L-Dopa, Carbidopa und Entacapone steht als Handelssubstanz zur Verfügung. Die Wirksamkeit des NMDA-Antagonisten Amantadin ist sowohl als Monotherapie als auch in der Kombination mit anderen Medikamenten belegt. Amantadin reduziert L-Dopa-assoziierte Dyskinesien.

Anticholinergika werden in erster Linie beim medikamenteninduzierten extrapyramidalen Syndrom eingesetzt, vor allem bei der Akutdyskinesie. Beim Parkinson-Syndrom können sie bei Tremordominanz und bei ausgeprägten vegetativen Symptomen wie Hyperhidrosis und Hypersalivation indiziert sein. Bei vorherrschendem Haltetremor kommt auch die Gabe von Betablockern in Frage. Dopaminrezeptorblocker sollten beim Parkinson-Syndrom nicht gegeben werden. Bei psychotischen Symptomen ist die Gabe von atypischen Neuroleptika wie Clozapin oder Risperidon sinnvoll. Diese beiden Substanzen sollten jedoch möglichst nicht in Kombination gegeben werden, da Risperidon den Clozapinspiegel erhöht. Eine Erhöhung des Risperidonspiegels kann bei gleichzeitiger Gabe eines selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmers (SSRI) oder eines Betablockers auftreten. SSRI können als antidepressive Substanzen beim Parkinson-Kranken indiziert sein. Sie dürfen nicht mit Monoaminooxidase(MAO)-Hemmern wie Moclobemid oder mit Lithium kombiniert werden. SSRI wie Paroxetin oder Sertralin haben keine anticholinergen Nebenwirkungen. Moclobemid und Venlafaxin dürfen nicht zusammen mit MAO-B-Hemmern gegeben werden.

Auch beim **Restless legs-Syndrom** werden Dopaminergika verschrieben. Zur Behandlung zugelassen ist die fixe Kombination von L-Dopa und einem Decarboxylasehemmer sowie Ropinirol und Pramipexol. Gut wirksam sind auch andere Dopaminagonisten. Bei klinischer Manifestation spät in der Nacht ist aus pharmakologischen Überlegungen heraus die fixe Kombination in Verbindung mit einem COMT-Hemmer sinnvoll, auch wenn eine Zulassung fehlt.

Neuroimmunologie

Bei der **Multiplen Sklerose** gilt die hochdosierte Kortikosteroidtherapie im akuten Schub als Therapie der Wahl. Bei nicht ausreichendem Ansprechen kommt besonders die Kombination mit einer Plasmaseparation in Frage. Alternativ können Kortikosteroide auch mit intravenösen Immunglobulinen kombiniert werden. Die Intervalltherapie erfolgt in der Regel mit einem der drei beta-Interferone, mit Glatirameracetat, Natalizumab oder mit Azathioprin. Studien zur kombinierten Behandlung mit mehr als einer dieser Substanzen fehlen, sodass diesbezüglich keine Aussagen gemacht werden können. Natalizumab darf nicht in Kombination mit anderen Immunmodulatoren eingesetzt werden, da unter der Therapie in Kombination mit Betainterferon Fälle von progressiver multifokaler Leukenzephalopathie aufgetreten waren.

Beim **akuten Guillain-Barré-Syndrom** sind die Plasmaseparation und die Gabe von intravenösen Immunglobulinen gleichwertig. Während Kortikosteroide in Monotherapie nicht helfen, laufen derzeit Untersuchungen über die Kombination von Immunglobulinen mit Kortikoiden – nach ersten Zwischenergebnissen könnte dies eine sinnvolle Kombination sein.



Bei der **chronischen inflammatorischen demyelinisierenden Polyneuritis** können Steroide, Immunsuppressiva wie Azathioprin und Immunglobuline kombiniert werden. In der Regel wird aus Kostengründen mit Kortikoiden und Azathioprin begonnen, bei nicht ausreichendem Ansprechen werden Immunglobuline hinzugegeben. Dabei lässt sich der Effekt einer Monotherapie mit Immunglobulinen anhand bestimmter Kriterien vorhersagen. Ob bei diesen Patienten die zusätzliche Gabe der anderen genannten Substanzen tatsächlich einen zusätzlichen Effekt bringt, ist jedoch offen.

Nicht sinnvoll ist die Gabe von Kortikosteroiden bei der **multifokalen motorischen Neuropathie**. Dieses Krank-

heitsbild kann auf Immunglobuline ansprechen, gegebenenfalls muss additiv Cyclophosphamid eingesetzt werden.

Bei der **Myasthenia gravis** werden in der Regel Kortikosteroide und Immunsuppressiva kombiniert. Wegen ihrer Membraneffekte sollten Kortikosteroide initial nur unter engmaschiger (möglichst stationärer) Überwachung gegeben werden. Neben Azathioprin kommen Ciclosporin A, Methotrexat aber auch die neueren Immunsuppressiva zur Kombinationsbehandlung in Frage. Die symptomatische Behandlung erfolgt mit Cholinesterasehemmern. Ganz besonders bei der Myasthenie müssen Medikamente, welche die myasthene Symptomatik verschlechtern können, vermieden werden!

Bei allen immunologischen Krankheitsbildern macht die Kombination von Kortikosteroiden mit Immunsuppressiva Sinn, insbesondere unter dem Aspekt, Steroide einzusparen. Sofern keine gravierenden Nebenwirkungen auftreten, stellt die Arteriitis temporalis hier eine Ausnahme dar: In der Regel kann dieses Krankheitsbild unter einer Steroidmonotherapie ausheilen.

Die intravenöse Gabe von Immunglobulinen und die Plasmaseparation stellen konkurrierende Verfahren dar, die nicht kombiniert werden sollten, sondern alternativ einzusetzen sind.

Erregerbedingte Erkrankungen

Bei der **bakteriellen Meningitis** des Erwachsenen erfolgt die empirische Behandlung durch die kombinierte Gabe eines Cephalosporins der dritten Generation mit Ampicillin. Direkt vor der ersten Antibiotikagabe ist die Verabreichung von Dexamethason über zwei Tage sinnvoll, um Spätfolgen der Meningitis zu verhindern.

Beim **Hirnabszess** sollte ein Cephalosporin mit einem Präparat gegen Anaerobier kombiniert werden. Möglich sind Cefotaxim oder Ceftriaxon und Metronidazol. Bei postoperativ oder posttraumatisch erworbenen Abszessen wird als ungezielte Therapie vor Erregernachweis als Staphylokokken-wirksames Präparat zusätzlich Vancomycin gegeben. Alternativ können die Patienten auch mit Meropenem in Kombination mit Vancomycin behandelt werden



Die Behandlung der **ZNS-Tuberkulose** erfolgt nach den Richtlinien heutzutage mittels einer 4er-Kombination. Wegen der neurotoxischen Nebenwirkungen muss zusätzlich zu Isoniazid Vitamin B_6 gegeben werden.

Wenn die Erreger einer bakteriellen Meningitis als Meningokokken oder Pneumokokken in Deutschland identifiziert worden sind, ist in der Regel eine hochdosierte Monotherapie mit Penicillin G ausreichend. In südeuropäischen Ländern und im übrigen Ausland muss an penicillinresistente Stämme gedacht werden.

Die Behandlung der Borreliose erfolgt typischerweise entweder durch die Gabe eines Cephalosporins wie Cefotaxim oder eines Tetrazyklins wie Doxycyclin. Eine kombinierte Behandlung ist nicht erforderlich.

Tumorerkrankungen

Für die Behandlung von Gliomen gibt es eine Reihe von Chemotherapieprotokollen, in denen sinnvolle Kombinationen zusammengefasst sind. So werden beim WHO III Gliom und Glioblastom die Kombination von Temozolomid und ACNU empfohlen. Bei den niedergradigen Astrozytomen und Oligodendrogliomen kommt das PCV-Schema in Frage – die Kombination von Procarbazin, CCNU und Vincristin. Bei zerebralen Lymphomen ist die Kombination von Methotrexat mit Cytarabin wahrscheinlich wirkungsvoller als eine Monotherapie mit Methotrexat.

Epilepsietherapie mit Antikonvulsiva

Interaktionen sind vor allem bei den klassischen Antikonvulsiva als Enzyminduktoren zu erwarten. Dies gilt für Carbamzepin, Phenytoin und Phenobarbital/Primidon, aber auch Lamotrigin als neuerer Substanz in besonderem Maße. Ein mäßiges Interaktionspotenzial liegt bei Valproinsäure und Oxcarbazepin vor. Alle diese Substanzen interagieren mit Antikoagulantien und mit Ovulationshemmern, was bei der Indikationsstellung beachtet werden muss. Ein geringes Interaktionspotenzial haben Gabapentin, Topiramat und Pregabalin.

Alle klassischen Antiepileptika sind zur Monotherapie zugelassen, von den neueren Medikamenten Gabapentin, Lamotrigin, Oxcarbazepin und Topiramat. Die Entscheidung, welches Medikament in der Ersttherapie eingesetzt wird, richtet sich nach dem epileptischen Syndrom, Nebenwirkungen und Langzeitfolgen (z. B. Osteoporose). In der Regel sollte der ersten Monotherapie eine zweite folgen. Diese ist vor allem dann erfolgreich, wenn die erste Monotherapie nebenwirkungsbedingt nicht hochdosiert erfolgen konnte. Die Umsetzung von der ersten auf die zweite Monotherapie kann bei manchen Medikamenten infolge der Interaktionen zwischen den Substanzen kompliziert sein. So ist eine Umstellung von Carbamazepin auf Phenytoin oder von Valproinsäure auf Lamotrigin schwieriger als eine Umstellung von Lamotrigin auf Oxcarbazepin.

Bei symptomatischen Epilepsien wird eine Kombinationstherapie häufiger erforderlich, sodass Medikamente ohne Enzyminduktion und ohne Interaktionspotenzial gewählt werden sollten. Bevorzugt für Kombinationstherapien werden Gabapentin, Lamotrigin, Levetiracetam, Pregabalin und Topiramat. Wann immer eine kombinierte antikonvulsive Behandlung mit einem enzyminduzierenden Antiepileptikum gewählt wird, muss die Dosis von Lamotrigin erhöht werden. Bei der Kombination mit Valproinsäure, einem Enzyminhibitor, hingegen, muss eine extrem vorsichtige Dosissteigerung von Lamotrigin mit Beachtung einer sehr niedrigen Maximaldosis erfolgen.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Peter Berlit
Klinik für Neurologie mit
Klinischer Neurophysiologie
Alfried Krupp Krankenhaus
Alfried-Krupp-Str. 21, 45131 Essen
E-Mail: peter.berlit@
krupp-krankenhaus.de

SSRI: riskant bei Brustkrebs?



Eine Patientin ist an einem Mammakarzinom erkrankt und leidet als Folge davon unter anderem an depressiven Verstimmungen. Nachdem ihr ein Arzt das Antidepressivum Paroxetin (Seroxat®, Tagonis®) verschrieben hatte, informierte sie sich über dieses Medikament und erfuhr von möglichen, das Tumorwachstum verstärkenden Nebenwirkungen. Mit ihren Zweifeln wandte sie sich daraufhin an den Arzneimittelinformationsdienst.

Paroxetin gehört zur Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) und erhöht nicht nur den serotoninergen Tonus, sondern hat auch Einfluss auf die dopaminerge Neurotransmission. Ein Dopamin-Antagonismus wird auf die Stimulation prä-synaptischer tubuloinfundibulärer Serotonin-Rezeptoren oder auf eine post-synaptische Aktivierung dieser Rezeptoren im Hypothalamus zurückgeführt. Die damit verbundene verstärkte Prolaktin-Freisetzung führt zur Gynäkomastie und steht deshalb möglicherweise in Verbindung mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko [2, 8].

Darüber hinaus werden Wechselwirkungen mit dem Arzneistoff-Metabolismus diskutiert. Die Cytochrom P_{450}-(CYP)-Isoenzyme verstoffwechseln im Allgemeinen die körpereigenen Östrogene und Karzinogene. Paroxetin bindet ebenfalls an die Substrat-Bindungsstelle dieser Enzyme, ist als potenter Hemmstoff bekannt, könnte somit den Abbau von Östrogenen und Karzinogenen hemmen und deren Konzentration steigern [9]. Östrogene und Karzinogene werden jedoch vor allem über die Isoenzyme CYP 3A4, Paroxetin dagegen über CYP 2D6 verstoffwechselt. So fanden Amsterdam et al. folgerichtig unter einer Paroxetin-Therapie zwar erhöhte Prolaktin-, jedoch keine gestiegenen Östradiol-Konzentrationen [3]. Trotzdem diskutieren sie und andere Autoren einen Zusammenhang zwischen der SSRI-Therapie (vor allem Paroxetin) und einem erhöhten Brustkrebsrisiko [1, 2, 3, 4]. Für trizyklische Antidepressiva, wie Amitriptylin oder Imipramin, scheint dies jedoch nicht zuzutreffen [1, 4].

Andere Autoren bestätigten nicht die Ansicht, dass SSRI das Tumorwachstum in den Mammae begünstigen [5, 6]: Lawlor et al. kritisierten bei ihrer Literaturübersicht Design und Mängel der statistischen Auswertung, zu niedrige Patientenzahlen, die Nichtberücksichtigung wichtiger Einflussfaktoren wie Adipositas, Alkohol- und Zigarettenkonsum, genetische Veranlagung etc. und eine viel zu kurze Beobachtungsdauer. Ein tatsächlich vorhandener Zusammenhang wird sich erst viele Jahre nach dem Einsatz von Anitdepressiva oder erst nach jahrelanger Therapiedauer eindeutig abzeichnen. Da SSRI erst seit den 90er-Jahren auf dem Markt sind, existieren noch keine Langzeitstudien, die eine eindeutige Aussage zu einem möglichen Krebsrisiko zulassen [4, 5].

Auf der anderen Seite des Spektrums wird auch darüber diskutiert, ob Antidepressiva bei einer Chemotherapie nicht sogar von Vorteil sind: Es wurde nachgewiesen, dass Fluoxetin, ein zum Paroxetin verwandtes SSRI, nicht nur ein Substrat, sondern sogar ein Hemmstoff der so genannten MDR(Multi-Drug-Resistance)-Proteine ist. Diese sind induzierbare Transportproteine, die Zytostatika mit zunehmender Effizienz wieder aus Tumorzellen ausschleusen. Fluoxetin führte in Kombination mit dem Zytostatikum Doxorubicin zu dessen Akkumulation in den (in Mäusen implantierten) Mamma-Ca-Zellen, weshalb bei gleicher Wirksamkeit der Chemotherapie die benötigte Dosis gesenkt und die Verträglichkeit erhöht werden konnte [7].

Beurteilung

Bei dem vorliegenden Fall handelt es sich um die natürliche Angst einer Brustkrebspatientin vor dem Fortschreiten ihrer Erkrankung und der damit verbundenen Niedergeschlagenheit und gedrückten Stimmung. In dieser Situation ist angesichts der widersprüchlichen Studienlage die Indikation für den Einsatz von Antidepressiva sehr sorgfältig zu stellen. Es geht nicht nur darum, das Fortschreiten der Tumorerkrankung möglicherweise zu beschleunigen, sondern auch darum, die Angst der Patientin davor nicht unnötig zu verstärken. Daher würden wir hier von einer Therapie mit Paroxetin, eventuell mit allen SSRI, abraten. Alternativ würden wir die Einnahme einer anderen Klasse von Antidepressiva empfehlen, etwa selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) vom Typ Reboxetin (Edronax®, Solvex®) oder überwiegend noradrenerg wirkende trizyklische Antidepressiva wie Trimipramin (z. B. Stangyl®). Amitriptylin wurde bis zum jetzigen Zeitpunkt nur in einer Arbeit [10] in Verbindung mit einem möglichen Krebsrisiko gebracht. Wichtig erscheint uns vor allen Dingen eine konsequente, den Leitlinien der DGPPN [11] und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) entsprechende psychotherapeutische Betreuung der Patientin [12].

Literatur bei den Verfassern

cand. rer. nat. Stefanie Heinz,
PD Dr. med. Franz Worek
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Ekkehard Haen
Klinische Pharmakologie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität, Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg,
E-Mail: ekkehard.haen@klinik.uni-regensburg.de



Psychiatrische Kasuistik

Posttraumatische Belastungsstörung – als das Kind noch keinen Namen hatte

Anamnese

Im Rahmen einer Begutachtung stellte sich ambulant ein etwa Ende 50-jähriger Proband vor. Dieser befindet sich aufgrund eines schweren depressiven Syndroms bei vordiagnostizierter Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) zum selben Zeitpunkt in stationär psychiatrischer Behandlung.

Der berentete Polizist, der im gehobenen Dienst tätig war, berichtet, dass er vor etwa 25 Jahren, bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit in zivil, Zeuge eines Banküberfalls wurde und dabei Opfer einer Geiselnahme wurde. Der Banküberfall wird bei der Exploration detailliert und mit Ausdruck psychovegetativer Erregung geschildert. Der Bankräuber sei mit erhobener Waffe auf den Polizisten zugegangen, habe ihn fest bei den Haaren gefasst und zum Bankschalter gezogen; den Druck des Metalls des Revolvers im Nacken könne er noch genau nachempfinden. Er habe in diesem Moment Todesängste und vollkommene Hilflosigkeit verspürt, habe das Gefühl gehabt, er würde immer kleiner werden, die Umgebung hingegen mehr Raum einnehmen.

Der Polizist erzählt, dass er damals zu Hause noch deutlich unter dem Eindruck des Geschehens stand: Er habe den Banküberfall szenisch immer wieder vor Augen gehabt, die Stimme des Bankräubers gehört, den Revolver im Nacken verspürt. Er sei unruhig gewesen, habe keinen Appetit gehabt, die Nacht schlaflos verbracht und eine starke innere Unruhe verspürt. Auch nach drei bis vier Monaten habe sich das Ereignis in Intervallen aufgedrängt. Viele Tätigkeiten habe er gemieden, um Intrusionen zurückzudrängen.

Diese erlebten Symptome, fanden jedoch lange Zeit keinen Eintrag in seinen Gesundheitsakten. Durch Arbeit

Fragen

1. Was sind die entscheidenden Faktoren für das Entstehen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD)?

a weibliches Geschlecht
b Trauma in der Vorgeschichte
c wahrgenommene Hilflosigkeit
d dissoziative Zustände

2. Was führt zu einer Aufrechterhaltung einer PTSD?

a enge soziale Bindungen
b Gedankenunterdrückung und Vermeidung
c Gespräch mit Laien
d proteinarme Ernährung

3. Welche Aussage zu Intrusionen ist richtig?

a Alle sensorischen Modalitäten sind möglich, meist sind sie akustischer Art.
b Sie werden wie autobiografische Erinnerungen erlebt.
c Sie können meist vermieden werden.
d Sie werden durch vielfältige Reize ausgelöst.

4. Welche Aussage trifft für die psychopharmakologische Behandlung einer PTSD zu?

a Antidepressiva verbessern die Intrusionsbelastung.
b Ein ausgeprägter Plazeboeffekt ist meist zu finden.
c Akustische Intrusionen bessern sich unter antipsychotischer Therapie.
d Die autonome Dysregulation ist nicht zu behandeln.



Fortsetzung Seite 73

und körperliche Aktivität habe er versucht, die als belastend empfundenen Erinnerungen zu kompensieren und sei in den folgenden Monaten und Jahren seinen dienstlichen Anforderungen stets mehr als gerecht geworden. Aus seinem sozialen Umfeld habe er sich jedoch zurückgezogen, sein Verhalten habe sich geändert, und er sei leicht reizbar geworden.

Etwa zehn Jahre später kam es zu einer Re-Traumatisierung und deutlichen Verschlimmerung des Beschwerdebilds. Es war dienstlich notwendig, die gleiche Bankfiliale, in der der Überfall stattgefunden hatte, nochmals zu betreten. Beim Anblick des Interieurs und der Wahrnehmung des Geruchs dort habe er starke Erinnerungen an den Banküberfall gehabt, den er im Sinne eines „Flashbacks" mit den damals vorhandenen starken Gefühlen von Ausgeliefertsein und Machtlosigkeit wiedererlebte. Es kam zu einer Tinnitus-Symptomatik. Im Zuge der darauf folgenden Behandlung bei einem HNO-Facharzt wurde der Polizist erstmals bei einem Psychiater vorstellig, der – bei deutlicher Zunahme der Symptomatik – die Diagnose einer PTSD stellte.

Die Fragestellung an den Gutachter richtete sich an eine Beurteilung, inwiefern eine PTSD mit einer derart langen Latenz (ca. 25 Jahre) überhaupt diagnostiziert werden kann.

Psychiatrische Vorgeschichte: Erst 15 Jahre nach dem Ereignis erfolgte eine erstmalige Vorstellung bei einem Facharzt für Psychiatrie. Zuvor fanden sich in einem HNO-ärztlichen Befundbericht Hinweise auf „zunehmend funktionelle Beschwerden im Sinne eines Überlastungssyndroms".

Familienanamnese für psychiatrische Erkrankungen: leer.

Suchtmittelanamnesese: leer.

Medikamentenanamnese: Sertralin 50 mg/d, Quetiapin 25–50–25–300 mg/d.

Befund

Psychopathologischer Befund: höflicher, in seinem Verhalten entgegenkommender Proband, mit deutlichen Zeichen vegetativer Erregung; wach, zu allen Qualitäten orientiert; er berichtet über eine subjektiv empfundene Störung der Konzentration; formales Denken zum Teil eingeengt auf die dysfunktionalen Kognitionen im Rahmen des depressiven Syndroms; inhaltlich keine Denkstörungen; keine Wahnwahrnehmungsstörungen; Proband berichtet über Depersonalisations- und Derealisationserleben; Antrieb aktuell deutlich vermindert; Stimmung gedrückt bei schwingungsfähigem, jedoch reduziert modulationsfähigem affektiven Rapport; keine spezifischen Ängste, Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken; der Proband berichtet über ausgeprägte Schlafstörungen, der Appetit sei reduziert, keine Lebensüberdrussgedanken; HAMD-21: 21 Punkte.

Verlauf und diagnostische Einschätzung

Im Rahmen der stationären Behandlung konnte mit täglichen psychiatrischen Gesprächen sowie einer zweizügeligen Psychopharmakotherapie mit 50 mg Sertralin und 400 mg Quetiapin eine Besserung der depressiven Symptomatik erreicht werden. Ausgehend von einem chronifizierten Verlauf einer PTSD zielten die Behandlungsbemühungen auf eine Linderung der Beschwerden sowie eine Aneignung geeigneter Coping-Strategien und Sicherungs-Techniken ab, um so eine Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen. Es gelang dadurch, die Intrusionen und Begleiterscheinungen weitestgehend zurückzudrängen.

Hinsichtlich der gutachterlichen Fragestellung konnten wir die Diagnose einer PTSD bestätigen. Die aus psychiatrischer Sicht spezifisch auf das Traumaereignis zu beziehenden Symptome, die bereits nach der Geiselnahme auftraten, konnte der Proband seinerzeit überhaupt nicht mit einer PTSD in einen Sinnzusammenhang stellen, da ihm ein adäquates Krankheitsmodell damals noch unbekannt war. Vielmehr entsprach es seinem inneren „Idealbild eines guten Polizisten, dem Dienst zur Verfügung zu stehen und nicht zu lamentieren". Es standen ihm zunächst noch Coping-Strategien zur Verfügung, um die Symptome unter großer Anstrengung zu unterdrücken. Dies mag die ausgesprochen lange Latenz erklären, bis es nach der Retraumatisierung zur beschriebenen ausgeprägten Manifestation des Vollbildes einer Posttraumatischen Belastungsstörung etwa zehn Jahre später kam.

T. Krüger
Prof. Dr. med. R. Hellweg
Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie,
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Benjamin Franklin,
Eschenallee 3, 14050 Berlin
E-Mail: timohorant.krueger@charite.de

Lösung zur psychiatrischen Kasuistik

1c; 2b; 3d; 4a

zu 1: Bestimmte demografische Faktoren, wie zum Beispiel weibliches Geschlecht oder Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit sind bekannte Risikofaktoren für eine PTSD. Auch Trauma in der Vorgeschichte erhöhen, wahrscheinlich im Sinne eines Kindling-Effekts, die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer PTSD. Während des Traumas scheinen die subjektiv wahrgenommene Hilflosigkeit und das Ausgeliefertsein zusammen mit Gefühlen der Depersonalisation und Unwirklichkeit entscheidend für das Entstehen einer PTSD zu sein.
Traumata mit besonders hohen PTSD-Quoten sind zum Beispiel Konfrontationen mit grotesken Gewaltformen und Traumata bei denen Kinder beteiligt sind.

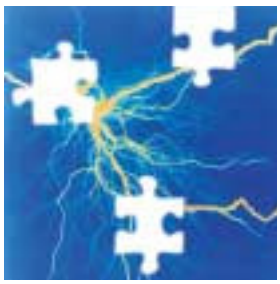
zu 2: Vermeidensstrategien, Grübeln und meist erfolgloses Unterdrücken von Gedanken gehören zu typischen dysfunktionalen Verhaltensweisen. Häufig gehen diese mit missbräuchlichem Substanzkonsum einher, dieser wiederum mit einer ungesunden Ernährung; proteinarme Kost steht jedoch in keinem Zusammenhang mit einer PTSD. Niedrige soziale Unterstützung und negative Reaktionen Anderer gehören ebenso zu den aufrechterhaltenden Faktoren, wohingegen Gespräche mit Freunden, auch wenn diese Laien sind, dem Krankheitsprozess entgegenwirken können.

zu 3: Das intrusive Wiedererleben ist ungewollt und kann kaum gänzlich vermieden werden, da es durch vielfältige Stimuli und Situationen ausgelöst werden kann. Selbst propriozeptive Reize können zu einem massiven Wiederauftreten sensorischer Eindrücke im Zusammenhang mit dem Traumaereignis führen. Es können alle sensorischen Modalitäten betroffen sein, meist sind sie jedoch visuell. Charakteristischerweise fehlt den Betroffenen das Bewusstsein, dass dieses Erinnerungen sind.

zu 4: Die Studien umfassen in erster Linie Untersuchungen mit Anxiolytika und Antidepressiva. Für Symptome der Übererregung konnten für beide Substanzklassen eine Wirksamkeit nachgewiesen werden. Unter Antidepressiva war es möglich, die Intrusionsbelastung und die autonome Dysregulation zu verbessern. Interessant ist der Hinweis von Solomon et al. [1992], dass die Gabe von Plazebo keinen Effekt hatte. Hinweise für die explizite Wirksamkeit antipsychotischer Therapie für akustische Intrusionen gibt es nicht.

Literatur

1. Ehlers A. Posttraumatische Belastungsstörungen. 1999; Göttingen: Hogrefe
2. Ehlers A, Clark, DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour research and Therapy 2000; 38: 319–45
3. Davis LL, Frazier EC, Williford RB, Newell JM. Long-term pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. CNS Drugs. 2006; 20(6): 465–76
4. Solomon SD, Gerrity ET, Muff AM.Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. An empirical review. JAMA. 1992; 268(5): 633–8
5. Peleg T, Shalev AY. Longitudinal studies of PTSD: overview of findings and methods. CNS Spectr. 2006; 11(8): 589–602



Neurologische Kasuistik

Demenz und Wahn

Ein 82-jähriger allein lebender früherer Kommunikations- und Werbefachmann bemerkte erstmals vor einem Jahr rezidivierende Attacken eines Benommenheitsschwindels. Ferner berichtete er über eine für ihn „unerklärliche Bewegungswahrnehmung stehender Gegenstände". Den Attacken voraus gingen für ihn sichtbare Phänomene, die er als „Strom- oder Energiefluss, der aus Türen oder Wänden herauskomme", beschrieb. Begleitend sei es dabei zu unangenehmen Geruchssensationen gekommen. Wiederholt habe er dann auch selbst hohe Blutdruckanstiege gemessen und ein Benommenheitsgefühl mit Atemnot entwickelt. Ein panikartiges Angstgefühl bestand nicht.

Fremdanamnestisch berichten die Angehörigen, dass der Patient, der sich seit dem Tod der Ehefrau vor drei Jahren selbst versorgte, in den letzten Wochen mehrfach den Notarzt gerufen hatte. Er könne es abends nicht mehr in der Woh-

Fortsetzung Seite 79

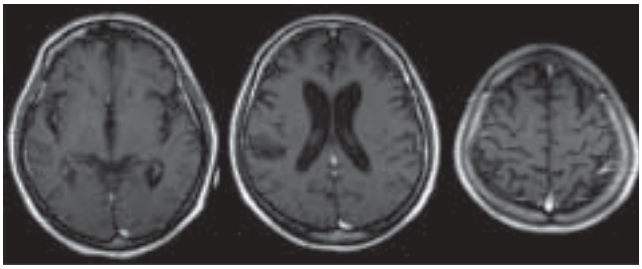


Abbildung 1: Nur leichte temporal betonte Atrophie in den T1-Sequenzen nach Gadolinium.

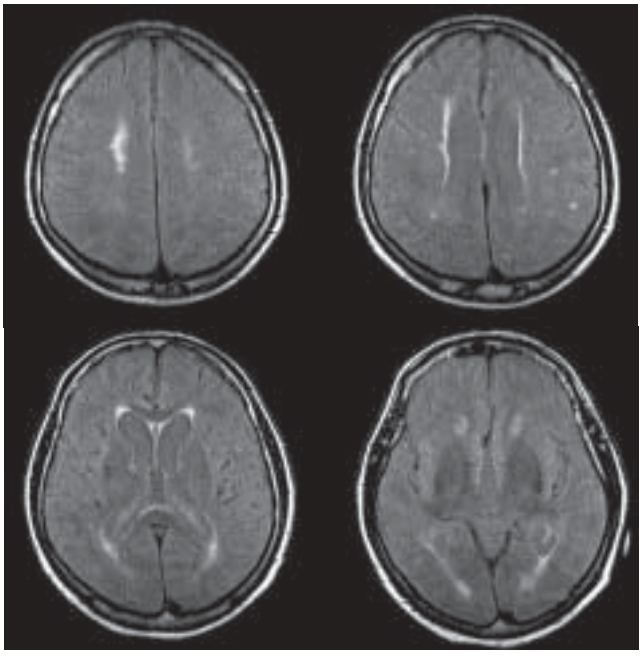


Abbildung 2: In den FLAIR-Sequenzen Nachweis mehrerer signalreicher Marklagerläsionen; periventrikuläre Signalerhöhungen (Caps) um die Vorder- und Hinterhörner.

nung aushalten, schlafe fast jede Nacht in einem anderen Hotel und vernachlässige sich zunehmend. Die Wohnung sei angefüllt mit Zeitungsausschnitten. Überall fänden sich Notizen, die völlig unverständlich seien. Immer, wenn er auch nur kurz stationär aufgenommen worden sei, sei es ihm viel besser gegangen und er sei „aufgeblüht". Seit etwa einem Jahr seien vermehrte Wortfindungsstörungen aufgefallen; im Gespräch verliere er häufiger den Faden. Dennoch sei er in begrenztem Umfang noch schriftstellerisch tätig und suche intensiv nach sozialen und intellektuellen Kontakten.

Befund

Neurologische Untersuchung: Hirnnerven, Okulomotorik und Koordination unauffällig; Standstabilisierung unsicher; Gangbild etwas unsicher mit vermehrter ungerichteter Fallneigung; Romberg'scher Stehversuch ohne Fallneigung; Sensibilität an den Extremitäten normal, Vibration an den Füßen 6/8. MER seitengleich, normal, pathologische Reflexe nicht auslösbar; deutliche Bewegungseinschränkung im Bereich der rechten Schulter für Armabduktion und -elevation; Blasen -und Mastdarmfunktion normal.
Psychiatrischer Befund: voll orientierter Patient mit wechselnden Phasen motorischer Unruhe und vermehrter Reizbarkeit; formale Denkstörungen mit teilweise vermehrter Weitschweifigkeit und Verhaften an paranoiden Ideen mit Fremdbeeinflussungsideen; teilweise systematisierter Wahn mit Verfolgungsideen; intermittierend optische Halluzinationen sowie Geruchshalluzinationen; leichte kognitive Störung mit Wortfindungsstörung; keine apraktische Störung; keine Dyskalkulie; Uhrentest mit 8/9 unauffällig; im DemTect-Test 12/18 mit Zeichen einer leichten kognitiven Beeinträchtigung; Kurzzeittest deutlich beeinträchtigt; keine Vitalstörungen.
EEG: unauffälliger Befund.
Schädel-NMR: geringgradige mikroangiopathische Veränderungen im Bereich der Pons und des Mesenzephalons; leichte temporal betonte kortikale Atrophie (Abb. 1, S. 76); multiple kleinere Marklagerläsionen mit Betonung um die Hinterhörner (Abb. 2, S. 76).

Fragen

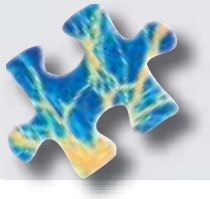
1. Für welche der Krankheiten kann eine rheumatische Erkrankung Ursache sein?

a Agitiertheit
b Wahnbildung
c Halluzinationen
d Manie
e Depression



2. Das frühe Auftreten von optischen Halluzinationen bei einer Demenzerkrankung spricht ...

a ... für eine vaskuläre Demenz im Vergleich zur Alzheimer-Demenz.
b ... für einen klinisch langsameren Verlauf der Demenzerkrankung.
c ... für eine Lewy-Köperchen-Demenz.
d ... für eine langsamere Progredienz und eine reduzierte Sterblichkeit.
e für eine frontotemporale Demenz.



3. Welche Aussagen über den Verlauf von Halluzinationen bei einer Demenz ist falsch?

a Sie können fluktuierend auftreten.
b Sie können spontan abklingen.
c Die Inzidenz steigt im Verlauf der Demenz.
d Halluzinationen sprechen auch auf nicht-medikamentöse Verfahren an.
e Alle Aussagen sind richtig.

4. Atypische Neuroleptika in der Behandlung dementer Patienten ...

a ... werden nur selten (< 5 %) aufgrund von Nebenwirkungen abgesetzt.
b ... führen bei 60 % der Patienten zu einer Besserung der Psychose.
c ... unterscheiden sich in ihrem Nebenwirkungsprofil untereinander nicht.
d ... sind im Vergleich zu schizophrenen Psychosen nur in hohen Dosen wirksam.
e ... können zu einem Parkinson-Syndrom führen.

Duplexsonografie der Halsarterien und Herz-Echokardiografie unauffällig.
Laborparameter: Blutbild bis auf eine normochrome Anämie mit Hb 12,8 g/dl normal. BZ, Ca, K, Krea, Bili, γ-GT, GOT, CHE, AP normal. T3, T4, TSH im Normbereich. ANA negativ; Vitamin B_{12} 288 pg/ml und Folsäure mit 10,7 ng/ml normal. TPHA negativ, VDRL negativ; Borrelien IgG-Ak (EIA) mit 46 VE erhöht, Borrelien IgG Immunoblot positiv; Borrelien IgM-Ak (EIA) negativ. Polyklonale Gammopathie im Serum.
Liquorbefund: Zellzahl mit 2/3 Zellen normal, Gesamteiweiß (59,3 mg/dl)/Glukose (65 mg/dl) normal; normale Blut-Liquor-Schrankenfunktion, keine intrathekale IgG-Synthese, oligoklonale Banden negativ; Alpha-Tau-Protein (375 pg/ml) normal, ß-Amyloid (1–42) mit 322 pg/ml erniedrigt (normal > 500). Borrelien Ig-Ak im Liquor positiv, jedoch spezifischer AK-Index Borrelien IgG < 2,0.

Diagnose: organische paranoide Psychose mit optischen Halluzinationen und Agitiertheit bei Demenz mit noch leichter kognitiver Störung (Verdacht auf Alzheimer-Demenz); geringe subkortikale vaskuläre Encephalopathie; positive Borrelienserologie ohne Hinweis auf eine Neuroborreliose.

Epikrise

Wegen Verhaltensstörungen bei paranoider Psychose, die zu einer zunehmenden Funktionseinschränkung im Alltag führte, wurde eine Therapie mit Memantine und Risperidon (1 mg/d) begonnen. Nachdem keine ausreichende Besserung eintrat, wurde der Patient während einer stationären Behandlung auf Depotgaben von Risperidon umgestellt, und es kam innerhalb von vier Wochen zu einem Abklingen der paranoiden Symptomatik. Die kognitive Leistungsfähigkeit erholte sich mit der körperlichen Stabilisierung,

sodass der Patient in der Klinik einen differenzierten Vortrag über Kommunikation in der Werbung halten konnte. Nach vorübergehender tagklinischer Betreuung erfolgte unter fortgeführter Therapie mit Risperidon (und Donepezil) die Entlassung nach Hause. Doch in den folgenden sechs Monaten verschlechterten sich die kognitiven Leistungen mehr und mehr. Der Patient berichtete „seine von ihm verfassten Artikel und Bücher nicht mehr zu verstehen". Die paranoide Symptomatik klang rasch vollständig ab. Gleichzeitig entwickelte sich jedoch ein ausgeprägtes Parkinson-Syndrom mit Dysfonie, kleinschrittigem Gangbild und Extremitätenrigor mit vermehrter Fallneigung. Nach akuter Pneumonie, die stationär behandelt werden musste, nahm die Hilfebedürftigkeit stetig zu, sodass eine Übernahme auf eine Pflegestation erfolgte.

Dr. med. Peter Franz, München
CME-Ausschuss Neurologie

Lösung zur neurologischen Kasuistik

1a; 2c; 3e; 4e

Verhaltensstörungen (70–90 %) und Psychosen (20–60 %) treten im Rahmen einer Demenz häufig auf. Die Abgrenzung gegenüber einer schizophrenen Psychose mit spätem Erkankungsbeginn ist immer dann einfach, wenn die kognitive Störung deutlich ist und bereits über längere Zeit besteht. Die Prävalenz einer Schizophrenie (< 1 %) liegt deutlich unter der im Verlauf einer Alzheimer-Demenz (AD) auftretenden Psychose (30–50 %), bei der sich seltener bizzare Wahnvorstellungen und akustische Halluzinationen finden. Eine sichere Einordnung der zugrunde liegenden Demenzerkrankung ist – wie im vorliegenden Fall – auch bei funktionell beeinträchtigender kognitiver Störung ohne pathologische Untersuchung derzeit weiterhin nicht möglich. So können besonders im Rahmen einer Lewy-Körperchen-Demenz (LBD) optische Halluzinationen und paranoide Psychosen auftreten. Die inzwischen als Synucleinopathie identifizierte LBD ist nach der AD die zweithäufigste neurodegenerative Demenzform. Da pathologische Untersuchungen auch Mischformen nachweisen, bei denen sich sowohl typische Lewy-Körperchen als auch extrazelluläre ß-Amyloid-Plaques und neurofibrilläre Bündel mit intrazellulär angehäuftem Tau-Protein finden, verwundert es nicht, dass die klinisch-diagnostische Sicherheit in der Differenzierung zwischen diesen Demenzformen nur bei 50 % liegt. So lag bei vier von fünf klinisch als LBD fehldiagnostizierten Fällen pathologisch eine AD vor [14].

zu 1: Die Angaben über psychotische, affektive oder Verhaltensstörungen bei einer Demenz schwanken abhängig von den untersuchten Populationen sehr stark. In einer bereits vor 17 Jahren veröffentlichten Zusammenstellung von 30 Studien zur AD fand sich im Krankheitsverlauf am häufigsten eine Agitiertheit mit 70–90 %.

Anzeige

Fortsetzung v. S. 80:

Lösung zur neurologischen Kasuistik

Depressionen traten bei 20–40 % und Psychosen, zumeist mit Verfolgungswahn, bei 40–60 % auf [29]. Neuere Untersuchungen bestätigen die Rangfolge der Prävalenzraten. So konnten in einer Bevölkerungsstudie (Cache County Studie) in einem ländlichen Gebiet in Utah (90 % der > 65-Jährigen wurden gescreent) 198 Patienten mit einer AD identifiziert werden. In einer repräsentativen Stichprobe der gescreenten Probanden (n = 1.002) fanden sich bei 24 % Agitiertheit, bei 19 % Wahnvorstellung und bei 14 % Halluzinationen [18].

Bei der Entstehung von Wahnvorstellungen im Rahmen der AD scheint eine verstärkte Neurodegeneration im rechten Frontallappen, der für die Erkennung und Erneuerung von Gedächtnisinhalten bedeutsam ist, eine entscheidende Rolle zu spielen [8]. Dabei lassen sich in SPECT-Untersuchungen bei AD-Patienten mit einer Psychose auch verminderte Aktivitäten in den subkortikalen Strukturen, die mit den Frontallappen verbunden sind, und im dorsolateralen Parietallappen nachweisen [19]. Jüngste PET-Untersuchungen an 25 Patienten mit klinisch wahrscheinlicher AD konnten einen Hypometabolismus im rechten dorsolateralen Frontallappen, im inferioren Frontalpol und der rechten lateralen orbitofrontalen Region sowie in den subkortikalen präfrontalen Regionen und dem anterioren Gyrus cinguli belegen, sodass die Bedeutung des rechten praefrontalen Kortex für die Entstehung von Wahnvorstellungen bei AD auch mit dieser Technik belegt werden konnte [27].

Das Auftreten dieser Symptome führt dabei nicht nur bei familiären oder professionellen Pflegekräften zu einer hohen Belastung sondern ist auch mit einer deutlichen Kostensteigerung für die Versorgung dieser Patienten verbunden [21].

zu 2: Die Prävalenz von Halluzinationen bei AD und vaskulärer Demenz ist gleich. Sie lag in einer Subgruppenanalyse der Cache-Studie bei AD und vaskulärer Demenz jeweils bei 13 % [18]. Generell kommen visuelle Halluzinationen bei 5–20 % der AD-Patienten vor. Dabei können sie auch bereits in der frühen Erkrankungsphase bei noch gut erhaltener kognitiver Funktion auftreten [6]. Die Prävalenz ist bei einer LBD mit 40–75 % deutlich höher [9]. Die LBD imponiert in Abgrenzung zur AD neuropsychologisch durch ein gemischt subkortikales/kortikales Demenzsyndrom mit frühzeitiger Störungen frontaler Exekutivfunktionen und der räumlich-visuellen Leistungen. Entsprechend fanden sich in einer Gruppe von Demenzpatienten, die jährlich einmal

Anzeige

Fortsetzung v. S. 81:

Lösung zur neurologischen Kasuistik

umfangreich neuropsychologisch getestet wurden und deren Demenz aufgrund des Autopsiebefundes klassifiziert wurde, bei AD-Patienten (60 Patienten) ausgeprägte Defizite im verbalen Gedächtnis, während bei den LBD-Patienten die räumlich-visuellen Leistungen schlechter waren. Die aufgrund der pathologischen Befunde als Mischformen (57 Patienten) klassifizierten Patienten zeigten hingegen keine Unterschiede in den verbalen und den räumlich-visuellen Leistungen [15].

Häufig fluktuieren bei Patienten mit einer LBD die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung sowie die visuellen Halluzinationen, die detailreich ausgestaltet sein können. Neuropathologisch findet sich dabei eine hohe Dichte von Lewy-Körperchen im inferioren Temporallappen besonders im Gyrus parahippocampalis und dem Korpus amygdalum [13]. Ein Parkinson-Syndrom, das sich bei 25–90 % zeigt, kann dabei schon zu Beginn, im Verlauf oder gar nicht (!) auftreten und ist somit im Einzelfall nur bei frühem Auftreten und vor einer neuroleptischen Therapie diagnostisch hilfreich. Wegen der niedrigen Sensitivität der neuropsychologischen Befunde wird daher zur Differenzierung von LBD und AD die Durchführung einer PET-Untersuchung empfohlen [16].

Das Auftreten einer Psychose ist als Risikofaktor, der mit einer rascheren Verschlechterung der kognitiven Leistungen und einer früheren Pflegebedürftigkeit einhergeht, in einer Vielzahl von Studien belegt worden [6]. In einer Langzeituntersuchung mit halbjährlichem psychopathologischen Befund bis zu 14 Jahren fand Scarmeas bei 456 Patienten mit anfangs leichter Demenz vom Alzheimer-Typ initial bei 34 % und im Verlauf kombiniert mit zunehmender kognitiver Leistungsstörung bei 70 % eine Wahnbildung. Patienten, die bereits zu Beginn der Erkrankung Halluzinationen hatten (7 %), zeigten im Verlauf einen rascheren kognitiven Abbau, eine schnellere funktionelle Beeinträchtigung, mussten früher im Heim untergebracht werden und verstarben rascher [26; 23].

zu 3: In einer über vier Jahre laufenden Untersuchung mit 329 Patienten mit AD entwickelten 51 % von ihnen in diesem Zeitraum eine Psychose [22]. Zum Verlauf von Halluzinationen und Wahnvorstellungen liegen Angaben aus der Cache County Studie vor. In der Gruppe der dementen Patienten, die initial keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen aufwiesen, kam es in einem Beobachtungszeitraum von 18 Monaten bei 28 % der Fälle zu neu auftretenden Wahnvorstellungen und bei 16 % zu Halluzinationen. Von den Patienten, die initial halluzinierten und Wahnvorstellungen zeigten, persistierten bei 66% die Wahnsymptome und bei 25 % die Halluzinationen über die 18 Monate [18].

In einer Subgruppenanalyse der Plazebogruppe einer Risperidon-Therapiestudie zur Behandlung von aggressiven und psychotischen Verhaltensstörungen bei Demenz, zeigte sich sogar eine Persistenz der anfangs bestehenden Halluzinationen bei 60 % der Patienten. Viele Patienten hatten jedoch während der zwölf Beobachtungswochen intermittierend Halluzinationen, die auch spontan abklangen. Von den Patienten, die initial nicht unter Halluzinationen oder Wahnvorstellungen litten, entwickelten 26 % im Verlauf von drei Monaten Halluzinationen oder Wahnvorstellungen [25].

Auch wenn optische Halluzinationen bei Lewy-Körperchen-Demenz insgesamt häufiger auftreten, unterscheidet sich die Persistenz (40 %) der Halluzinationen bei LBD und AD nicht.

zu 4: Um die ernormen Belastungen beim Auftreten einer Psychose im Verlauf einer Demenz für die Patienten und ihre Angehörigen zu vermindern, sind neben einer medikamentösen Behandlung auch die Anpassung der Umgebung des Patienten an seine kognitive Leistungsfähigkeit, der Einsatz verlässlicher Alltagsroutinetätigkeiten und die verhaltenstherapeutische Beratung der pflegende Angehörigen sehr hilfreich. In der medikamentösen Behandlung hat sich der Einsatz atypischer Neuroleptika in einer Vielzahl von Studien als wirksam gezeigt [5; 17]. Die für diese Substanzen mit 3–4 % deutlich geringere Rate von Dyskinesien im Vergleich zu Haloperidol, das gerade bei Älteren selbst in kurzer Zeit in bis zu 40 % der Fälle Dyskinesien induzieren kann, hat zu einer zunehmenden Verschiebung zugunsten der atypischen Neuroleptika geführt [12]. Inzwischen fand sich jedoch in einer Analyse von 17 Plazebo-kontrollierten Studien mit atypischen Neuroleptika eine leicht erhöhte Rate von Todesfällen gegenüber Plazebo (4,5 % versus 2,6 %), die zumeist durch zerebro- oder kardiovaskuläre Ereignisse oder Infektionen bedingt waren.

Eine Vergleichsstudien mit Risperidon (n = 196, 0,5–2,0 mg/die), Olanzapin (n = 204; 2,5–10 mg/d) und Plazebo (n = 94) ergab keinen Unterschied in den Behandlungsgruppen gegenüber Plazebo bei der Besserung der Psychose [4]. Die Nebenwirkungsrate, die zum Therapieabbruch führte, lag hierbei bei Olanzapin mit 16,2 % deutlich über der für Risperidon mit 8,7 % und Plazebo mit 3,2 %. Zu einem gleichartigen Ergebnis kam eine erst kürzlich veröffentlichte doppelblinde, Plazebo-kontrollierte Studie an 421 ambulant behandelten Alzheimer-Patienten, die wegen einer Psychose, aggressivem Verhalten oder Agitiertheit mit Olanzapin, Risperidon, Quetiapin oder Plazebo behandelt wurden. Neben der Beurteilung der Besserung der klinischen Symptomatik wurde hier die Zeit bis zum Therapieabbruch, unabhängig vom Grund des Absetzens (fehlende Wirksamkeit oder Nebenwirkungen) als Zielparameter gewählt. Dabei zeigte sich, dass die generelle Absetzrate in allen Gruppen gleich hoch war. Nach 12 Wochen waren nur noch 37 % der Patienten unter Therapie, 63 % hatten die Behandlung bereits abgebrochen. Der besseren Wirkung von Risperidon und Olanzapin stand dabei eine höhere Abbruchrate aufgrund von Nebenwirkungen der Substanzen entgegen. Sedierung und Verwirrtheit unter der Medikation waren dabei am häufigsten. Extrapyramidale Nebenwirkungen waren mit 12 % für Olanzapin und Risperidon signifikant höher als für Quietapin (2 %) und Plazebo (1 %). In anderen Untersuchungen fanden sich wesentlich höhere Raten für Risperidon (21–55 %) auch in niedriger Dosis (0,5–2,0 mg/d). Dabei ist zu berücksichtigen, dass extrapyramidalmotorische Symptome bei einer AD auch ohne neuroleptische Behandlung häufig auftreten [7]. So zeigten sich in einer Studie an 126 Patienten mit klinisch wahrscheinlicher AD und 29 alters- und geschlechtsentsprechenden Normalprobanden in der Untergruppe von Demenzerkrankten, die noch nie mit Neuroleptika behandelt worden waren, nur bei 8 % der Fälle keine

Fortsetzung v. S. 82:

Lösung zur neurologischen Kasuistik

extrapyramidalmotorische Symptome, während 61,5 % der Kontrollgruppe unauffällig waren [28]. Häufigste Symptome waren eine Hypomimie (60 %), Sprechstörung (54 %), Bradykinese (51 %) und eine gestörte Standstabilisierung (47 %). Ein Rigor war nur bei 26 % nachweisbar. Mit Voranschreiten des neurodegenerativen Prozesses sind extrapyramidalmotorische Symptome zunehmend häufiger; so fanden sich diese bei 79 % der Demenzpatienten mit einer Krankheitsdauer unter zwei Jahren. Nach einer Dauer von zwei und mehr Jahren stieg die Rate auf 97 %. In einer Verlaufskontrolle von 28 Patienten, die bereits zu Beginn der Untersuchung extrapyramidalmotorische Symptome (ohne Neuroleptika-Gruppe) zeigten, konnte auch ein signifikant rascherer Verlust der kognitiven Leistungen (gemessen im Mini-Mental-Status) nachgewiesen werden.

Literatur

1. Ballard CG et al. J Clin Psychiatry 2001; 62: 46–9
2. Brodaty H et al. J Clin Psychiatry 2003; 64: 134–43
3. Callahan CM et al. JAMA. 2006; 295: 2148.2157
4. Deberdt WG et al. Am J Geriatr Psychiatry 2005; 13: 722–30
5. De Deyn PP et al. Neurology 1999; 53: 946–55
6. Drevets WC et al. Biol Psychiatry 1989; 25: 39–48
7. Ellis RJ et al. Alzheimer Dis Assoc Disord. 1996; 10: 103–14
8. Förstl H et al. Psychopathology 1994; 27: 194–9
9. Galasko D. Brain Cogn. 1996; 31: 166–75
10. Gearing M et al. Neurology 1995; 45: 461–6
11. Geser F et al. Mov Disorders 2005; 20 (Suppl. 12): S11–20
12. Gharabawi GM et al. Schizophr Res. 2005; 77: 129–39
13. Harding AJ et al. Brain. 2002; 125: 391–403
14. Hohl U et al. Arch Neurol. 2000; 57: 347–51
15. Johnson DK et al. Neurology 2005; 65: 1232–8
16. Kantarci K et al. Neuroimaging Clin N Am. 2003; 13: 197–209
17. Katz IR et al. Risperidone Study Group. J Clin Psychiatry 1999; 60: 107–15
18. Lyketsos CG et al. Int J Geriatr Psychiatry 2001; 16: 1043–53
19. Mega MS et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 69: 167–71
20. Murman DL et al. Neurology 2003; 61: 944–9
21. Murman DL et al. Pharmacoeconomics 2005; 23: 227–42
22. Paulsen JS et al. J Int Neuropsychol Soc. 2000; 6: 815–20
23. Scarmeas N et al. Arch Neurol 2005; 62: 1601–8
24. Schneider LS et al. Am J Geriatr Psychiatry 2003; 11: 414–25
25. Schneider, LS et al. NEJM 2006; 355: 1525–38
26. Steele C et al. Am J Psychiatry 1990; 147: 1049–51
27. Sultzer DL et al. Am J Psychiatry 2003; 160: 341–9
28. Tsolaki M et al. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2001; 16: 268–78
29. Wragg RE et al. Am J Psychiatry 1989; 146: 577–87

Anzeige

Kind hat ersten Krampfanfall – was kommt danach?

Eine prospektive Populationsstudie aus London liefert zuverlässige Daten über Häufigkeit, Ursachenspektrum und Prognose von generalisierten Krampfanfällen bei Kindern.

Zwischen 1. Mai 2002 und 30. April 2004 wurden über ein Netzwerk von Kliniken bei Kindern im Alter zwischen 29 Tagen und 15 Jahren alle erstmaligen zerebralen Krampfanfälle, die mindestens 30 Minuten lang dauerten, erfasst. Die Studienregion umfasste 15 Bezirke im Norden Londons mit einer Population von 605.230 Kindern in diesem Alter.

Von 226 gemeldeten Kindern hatten tatsächlich 176 einen erstmaligen Status epilepticus. 98 Kinder waren vor dem Krampfanfall neurologisch unauffällig, 56 davon hatten einen Fieberkrampf. Elf Kinder mit erstmaligem Krampfanfall (12%) hatten eine akute bakterielle Meningitis. Die Mortalität betrug 3%. Die Rezidivrate im Verlauf des folgenden Jahres nach dem ersten Krampfanfall lag nach vorsichtiger Schätzung bei 16%.

Kommentar: Die meisten Populationsstudien zur Epidemiologie des Status epilepticus bezogen sich auf eine erwachsene Bevölkerung. Nun liegt erstmals eine prospektive und methodisch gute Populationsstudie an einer großen Zahl von Kindern vor. Die Inzidenz des Status epilepticus im Kindesalter beträgt 28–20 pro 100.000/Jahr und ist somit vier- bis fünfmal so hoch wie in der Erwachsenenbevölkerung. Die häufigste Ursache sind Krampfanfälle bei Fieber, wobei allerdings auch immer an eine akute bakterielle Meningitis gedacht werden sollte. Bei immerhin 16% der Kinder ist im Laufe des folgenden Jahres nach dem ersten Krampfanfall mit einem Rezidiv zu rechnen. Kinder, die bereits vor dem ersten Krampfanfall neurologisch auffällig waren, haben mit größerer Wahrscheinlichkeit ein Rezidiv als Kinder ohne jede Vorerkrankung. Mit 3% ist die Mortalität niedriger als aus früheren Studien bekannt, jedoch immer noch erheblich. **H. S. Füeßl**

Chin RFM (Korr. Richard F. M. Chin, MD, The Wolfson Centre, Mecklenburgh Square, London WC1N 2AP, UK, e-mail: r.chin@ich.ucl.ac.uk): Incidence, cause, and short-term outcome of convulsive status epilepticus in childhood: prospective populations-based study. **Lancet** 2006; 368 (9531): 222–29



© Archiv

Im ersten Jahr nach dem ersten Krampfanfall haben 16% der Kinder ein Rezidiv.

„Mens insana in corpore insano“

Dreht man das altrömische Sprichwort vom gesunden Geist im gesunden Körper folgendermaßen um, bewahrheitet es sich zumindest bei Psychiatrie-Patienten: „Ist die Seele nicht gesund, so ist meist auch der Körper krank.“

363 Patienten, die stationär in die Psychiatrische Klinik der Universität Ulm aufgenommen wurden, nahmen an einer Studie zur Untersuchung des Lebensstils teil. Das Verhalten dieser Patienten mit den ICD-10-Diagnosen Schizophrenie, bipolare Erkrankungen, schwere Depression, neurotische und somatoforme Erkrankungen wurde mit dem einer repräsentativen Stichprobe von 7.200 Personen der Allgemeinbevölkerung verglichen.

In allen diagnostischen Gruppen fand sich eine erhöhte Rate von Rauchern und Konsumenten illegaler Drogen. Zum riskanten Alkoholkonsum neigten vor allem Schizophrene und Depressive. Ungesunde Ernährung war bei den psychiatrischen Patienten durchweg häufiger als in der Allgemeinbevölkerung.

Interessanterweise waren Personen mit Depression häufiger körperlich aktiv. Alle anderen diagnostischen Gruppen unterschieden sich diesbezüglich nicht von der Allgemeinbevölkerung. Bessere Bildung war auch bei den Patienten mit psychiatrischen Diagnosen mit einer geringeren Prävalenz und Häufigkeit von Rauchen, besserer Ernährung, erhöhter körperlicher Aktivität und niedrigerem Body-Mass-Index assoziiert.

Kommentar: Die neuere neurobiologische Forschung fand Hinweise darauf, dass der Gebrauch suchterzeugender Substanzen und zahlreiche psychiatrische Erkrankungen gemeinsame biologische Wurzeln haben könnten, weil das Belohnungssystem des Gehirns komplexe Dysfunktionen aufweist, welche es gegenüber Stressreaktionen vulnerabler macht. Möglicherweise sind Rauchen, Alkoholgenuss und Drogenkonsum bei Personen mit psychischen Erkrankungen eine Art und Weise, mit diesem emotionalen Distress umzugehen, nachdem andere Mechanismen verbaut sind. **H. S. Füeßl**

Kilian R et al. Health behaviour in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. **Acta Psychiatr Scand**. 2006; 114: 242–8

Unser Service für Sie!

Das bietet Ihnen die Mitgliedschaft im

BVDN, BDN, BVDP

BVDN-Abrechnungskommentare kostenlos

Die Autoren G. Carl, A. Zacher und 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 abgegeben.



- Wirtschaftliche Praxisführung für Nervenärzte (1. Auflage – 11/2000)
- GOÄ-Abrechnungskommentar (3. Auflage – 2/2002)
- Richtgrößen, Arzneimittelrichtlinien (2. Auflage – 2/2004)
- Mitgliederverzeichnis BVDN/BDN/BVDP (Juni 2004)
- Gutachten – andere Auftraggeber – Abrechnungskommentar (3. Auflage – 12/2005)
- Abrechnungskommentar EBM 2000 plus Neurologie – Psychiatrie – Psychotherapie (1. Auflage – 2005)
- IGeL-Katalog Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie: offizielle Empfehlung des BVDN zur Abrechnung von IGeL

BVDN-Fax-Abruf kostenlos

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, 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.

BVDN-Ketten-Fax „Nerfax" kostenlos

Derzeit sind etwa 1.000 BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder, die sich gemeldet haben, an diesen Faxverteiler 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-Fritz, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Tel. 02131 220992-0, Fax 02131 220992-2,

E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

NeuroTransmitter kostenlos

Der NeuroTransmitter wird regelmäßig (elfmal im Jahr, monatlich mit einer Doppelnummer) kostenfrei an alle BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder versendet. Nichtmitglieder erhalten den NeuroTransmitter unregelmäßig über den so genannten Streuversand. Nichtmitglieder können den NeuroTransmitter abonnieren.

NeuroTransmitter-Telegramm kostenlos

Das NeuroTransmitter-Telegramm wird über die Geschäftsstelle exklusiv nur an BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder versendet. Darin erscheinen insbesondere aktuelle und wichtige honorarpolitische Beiträge.

Jahresabonnement anderer wissenschaftlicher Fachzeitschriften kostenlos

BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder können eine der folgenden Fachzeitschriften des Thieme Verlags auswählen:

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

Jahresabonnement im Mitgliedsbeitrag enthalten. Änderungswünsche sind bitte der BVDN/BDN/BVDP-Geschäftsstelle in Neuss mitzuteilen.

Sie wollen jetzt Mitglied werden?

Auf der nächsten Seite finden Sie das Beitrittsformular, das Sie einfach nur ausfüllen und an die Geschäftsstelle in Neuss faxen müssen.

Beitritt

Ich will **Mitglied** werden!

An die Geschäftsstelle Neuss, Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss, Fax 02131 2209922

☐ 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 Mitgliedsbeitrag 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 eine 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

BVDN

www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender	Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender	Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer	Roland Urban, Berlin
Schatzmeister	Paul Reuther, Bad-Neuenahr-Ahrweiler
Beisitzer	Christa Roth-Sackenheim, Andernach Uwe Meier, Grevenbroich Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Süd	Wolfgang Becker
Bayern	Gunther Carl
Berlin	Gerd Benesch
Brandenburg	Anette Rosenthal
Bremen	Ulrich Dölle
Hamburg	Guntram Hinz
Hessen	Sigrid Planz-Kuhlendahl
Mecklenburg-Vorpommern	Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen	Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein	Frank Bergmann
Rheinland-Pfalz	Klaus Sackenheim
Saarland	Friedhelm Jungmann
Sachsen	Mathias Brehme
Sachsen-Anhalt	Dagmar Klink
Schleswig-Holstein	Fritz König
Thüringen	Konstanze Tinschert
Westfalen	Klaus Gorsboth
Württemberg-Baden-Nord	Herbert Scheiblich

Geschäftsstelle des BVDN

D. Differt-Fritz
Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss
Tel. 02131 220992-0
Fax 02131 220992-2
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de;

Bankverbindung:
Sparkasse Neuss,
Kto.-Nr.: 800 920 00
BLZ 305 500 00

BVDN Homepage: http://www.bvdn.de

Cortex GmbH
s. oben Geschäftsstelle BVDN

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
DMP und IV	P. Reuther, U. Meier, F. Bergmann

AUSSCHÜSSE

Akademie für Psychiatrische u. Neurologische Fortbildung	A. Zacher, K. Sackenheim
Ambulante Neurologische Rehabilitation	W. Fries
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie	S. Schreckling
CME (Continous Medical Education)	P. Reuther, P. Franz, F. Bergmann
Gebührenordnungen	A. Zacher, P. Reuther, G. Carl
Öffentlichkeitsarbeit	G. Carl, F. Bergmann
Neurologie und Psychiatrie	P. Reuther, A. Zacher
Gerontopsychiatrie	F. Bergmann
Psychotherapie	C. Roth-Sackenheim, U. Thamer
Organisation BVDN, Öffentlichkeitsarbeit, Drittmittel	G. Carl, F. Bergmann
Weiterbildungsordnung und Leitlinien	P. Reuther, G. Carl, U. Meier, Ch. Vogel, F. Bergmann, G. Carl
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
Neuroonkologie	W. E. Hofmann, P. Krauseneck
Pharmakotherapie Neurologie	K.-O. Sigel, F. König
Pharmakotherapie Psychiatrie	R. Urban
Prävention Psychiatrie	N. N.
Schlaf	R. Bodenschatz, W. Lünser
Schmerztherapie Neurologie	H. Vogel
Schmerztherapie Psychiatrie	R. Wörz
Suchttherapie	U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie	M. Freidel

Organisationsstruktur

BDN

www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

Vorsitzende	Uwe Meier, Grevenbroich Hans-Christoph Diener, Essen
Schriftführer	Harald Masur, Bad Bergzabern
Kassenwart	Karl-Otto Sigel, München
Beisitzer	Frank Bergmann, Aachen Rolf F. Hagenah, Rotenburg Paul Reuther, Bad Neuenahr
Beirat	Curt Beil, Köln Elmar Busch, Kevelaer Andreas Engelhardt, Oldenburg Peter Franz, München Matthias Freidel, Kaltenkirchen Holger Grehl, Erlangen Heinz Herbst, Stuttgart Fritz König, Lübeck Fritjof Reinhardt, Erlangen Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder

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

Delegierte in Kommissionen der DGN

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

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNR	H. Masur
AG ANR	P. Reuther
BV-ANR	P. Reuther
UEMS	F. Jungmann

BVDP

www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende	Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretende Vorsitzende	Christian Vogel, München
Schriftführer	Christian Raida, Köln
Schatzmeister	Gerd Wermke, Homburg/Saar
Beisitzer	Uwe Bannert, Bad Segeberg; Werner Kissling, München; Hans Martens, München

REFERATE

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

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.

Adressen*

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

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

Dr. Curt Beil
Urbacher Weg 31, 51149 Köln,
Tel. 02203 560888,
Fax 02203 503065,
E-Mail: curt.beil@netcologne.de

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

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

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

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

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

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

Dr. Mathias Brehme
Hauptstr. 8, 04416 Markkleeberg,
Tel. 0341 35867-09,
Fax 0341 35867-26,
E-Mail: dr.med.brehme@telemed.de

PD Dr. Elmar Busch
Basilikastr. 55, 47623 Kevelaer,
Te. 02832 10140-1, Fax 02832 10140-6
E-Mail: e.busch@marienhospital-kevelaer.de

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

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

Prof. Dr. Hans-Christoph Diener
Universitätsklinikum Essen,
Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Dr. Stefan Diez
Eduard-Conz-Str. 11, 75365 Calw,
Tel. 07051 16788-8,
Fax 07051 16788-9,
E-Mail: stefan.diez@t-online.de

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

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

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

Dr. Günther Endrass
Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt,
Tel. 06359 9348-0,
Fax 06359 9348-15

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

Dr. Peter Franz
Ingolstädter Str. 166, 80939 München,
Tel. 089 3117111, Fax 089 3163364,
E-Mail: pkfranz@aol.com

Prof. Dr. Wolfgang Fries
Pasinger Bahnhofsplatz 4, 81241 München,
Tel. 089 896068-0,
Fax 089 896068-22,
E-Mail: fries@elfinet.de

Dr. Horst Fröhlich
Haugerring 2, 97070 Würzburg,
Tel. 0931 55330, Fax 0931 51536

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

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

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah
Appelhorn 12, 27356 Rotenburg (Wümme),
Tel. 04261 8008,
Fax 04261 8400118,
E-Mail: rhagenah@web .de

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

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

Dr. Guntram Hinz
Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg,
Tel. 040 60679-863,
Fax 040 60679-576,
E-Mail: guntramhinz@aol.com

Dr. Werner E. Hofmann
Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg,
Tel. 06021 44986-0,
Fax 06021 44986-244

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

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

Dr. Werner Kissling
Centrum für Disease Management,
Psychiatrische Klinik der TU München,
Möhlstr. 26, 81675 München,
Tel. 089 41404207,
E-Mail: w.kissling@lrz.tum.de

Dr. Dagmar Klink
Marktstr. 14, 38889 Blankenburg,
Tel. 03944 2647,
Fax 03944 980735,
E-Mail: dr.klink@bemi.computer.de

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

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

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

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

Adressen*

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

Dr. Bernhard Kügelgen
Postfach 20 09 22, 56012 Koblenz,
Tel. 0261 30330-0,
Fax 0261 30330-33

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

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

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

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

Dr. Norbert Mayer-Amberg
Bödekerstr. 73, 30161 Hannover,
Tel. 0511 667034,
Fax 0511 621574
E-Mail: m.amberg.n.mayer-amberg@knuut.de

Dr. Uwe Meier
Montanusstr. 54, 41515 Grevenbroich,
Tel. 02181 2253-22,
Fax 02181 2253-11,
E-Mail: umeier@t-online.de

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

Dr. Klaus-Ulrich Oehler
Wirsbergstr. 10, 97070 Würzburg,
Tel. 0931 58022, Fax 0931 571187

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

Dr. Volker Pfaffenrath
Leopoldstr. 59, 80802 München,
Tel. 089 33-4003, Fax 089 33-2942

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

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

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

Dr. Dr. habil. Paul Reuther
ANR Ahrweiler, Schülzchenstr. 10,
53474 Bad-Neuenahr-Ahrweiler,
Tel. (0 26 41) 9 80 40,
Fax (0 26 41) 98 04 44,
E-Mail: preuther@rz-online.de

Dipl. med. Anette Rosenthal
Auguststr. 24a, 16303 Schwedt,
Tel. 03332 25440,
Fax 03332 254414
E-Mail: anette.rosenthal@
nervenarzt-online.com

Dr. Christa Roth-Sackenheim
Breite Str. 63, 56626 Andernach,
Tel. 02632 9640-0,
Fax 02632 9640-96,
E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de

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

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

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

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

Dr. Karl-Otto Sigel
Hauptstr. 2, 82008 Unterhaching,
Tel. 089 6653917-0,
Fax 089 6653917-1,
E-Mail: dr.sigel@neuropraxis-muenchen.de

Dr. Ulrich Thamer
Mühlenstr. 5–9, 45894 Gelsenkirchen,
Tel. 0209 37356,
Fax 0209 32418,
E-Mail: Thamer.Herten@t-online.de

Dr. Konstanze Tinschert
Ernst-Abbe-Platz 3–4, 07743 Jena,
Tel. 03641 557444-4, Fax 03641 557444-0,
E-Mail: praxis@tinschert.de

Dr. Siegfried R. Treichel
Halterner Str. 13, 45657 Recklinghausen,
Tel. 02361 2603-6, Fax 02361 2603-7

Dr. Roland Urban
Turmstr. 76 a, 10551 Berlin,
Tel. 030 3922021, Fax 030 3923052,
E-Mail: dr.urban-berlin@t-online.de

Dr. P. Christian Vogel
Agnesstr. 14/III, 80798 München,
Tel. 089 2730700,
Fax 089 27817306,
E-Mail: praxcvogel@aol.com

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

Dr. Gerd Wermke
Talstr. 35–37, 66424 Homburg,
Tel. 06841 9328-0,
Fax 06841 9328-17,
E-Mail: wermke@myfaz.net

PD Dr. Roland Wörz
Friedrichstr. 73, 76669 Bad Schönborn,
Tel. 07253 31865, Fax 07253 50600

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

Vertreter in KV und Ärztekammern

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

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband:	**BADEN SÜD**					
Dr. U. Farenkopf	Gengenbach	ja	KV	07803 98071-3	0703 98071-4	Neurologie_gengenbach@t-online.de
Dr. R. Sattleger	Singen	ja	KV	07731 9599-10	07731 9599-39	dr.adam@web.de
BVDN-Landesverband:	**BADEN-WÜRTTEMBERG**					
Prof. Dr. J. Aschoff	Ulm	nein	ÄK	0731 69717		
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	ÄK/KV	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Dr. L. Braun	Wertheim	nein	ÄK	09342 1877		
Dr. W. Maier-Janson	Ravensburg	ja	KV	0751 36242-0	0751 36242-17	kontakt@neurologie-ravensburg.de
BVDN-Landesverband:	**BAYERN**					
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	ÄK/KV	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Prof. Dr. Th. Grobe	Nürnberg	ja	ÄK	0911 22969	0911 2059711	
Dr. H. Martens	München	ja	ÄK/KV	089 2713037	08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
Dr. K.-O. Sigel	Unterhaching	ja	ÄK	089 665391-90	089 665391-71	dr.sigel@neuropraxis-muenchen.de
BVDN-Landesverband:	**BERLIN**					
Dr. G. Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	dr.g.benesch@t-online.de
Dr. H.-J. Boldt	Berlin	ja	KV	030 3186915-0	030 3186915-18	BoldtNA@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**BRANDENBURG**					
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 748720-7	0331 748720-9	
Dr. A. Rosenthal	Teltow	ja	KV	03328 30310-0	03328 30310-1	gerd-juergen.fischer@dgn.de
BVDN-Landesverband:	**BREMEN**					
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	ÄK/KV	0421 667576	0421 664866	steck@ewetel.net
BVDN-Landesverband:	**HAMBURG**					
Dr. H. Vogel	Hamburg	ja	KV	040 6037142	040 60951303	info@praxis-vogel.de
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
BVDN-Landesverband:	**HESSEN**					
Dr. B. Ende	Buseck	nein	ÄK	06408 62828		
Dr. S. Planz-Kuhlendahl	Offenbach	ja	KV	069 800-1413	069 800-3512	planz-kuhlendahl@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**MECKLENBURG-VORPOMMERN**			**Kein Nervenarzt in der ÄK oder KV!**		
BVDN-Landesverband:	**NIEDERSACHSEN**					
Dr. J. Beutler	Braunschweig	ja	ÄK	0531 337717	0531 330302	joachim@dr-beutler.de
Dr. P. Gensicke	Göttingen	ja	ÄK	0551 384466	0551 484417	peter.gensicke@dgn.de
Dr. J. Schulze	Meppen	ja	ÄK	05931 1010	05931 89632	dr.schulte@nervenarztpraxis-meppen.de
BVDN-Landesverband:	**NORDRHEIN**					
Dr. F. Bergmann	Aachen	ja	KV	0241 36330	0241 404972	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	ÄK/KV	0221 402014	0221 405769	hphaus1@AOL.com
Dr. Rolf Peters	Jülich	ja	KV	02461 53853	02461 54090	dr.rolf.peters@t-online.de
Dr. Birgit Löber-Kraemer	Bonn	nein	KV	0228 223450	0228 223479	
BVDN-Landesverband:	**RHEINLAND-PFALZ**					
Dr. W.-H. von Arnim	Idar-Oberstein	nein	ÄK	06781 660		
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	02632 96400	02632 964096	c@dr-roth-sackenheim.de
Dr. Klaus Sackenheim	Andernach	ja	KV	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
BVDN-Landesverband:	**SAARLAND**					
Dr. F. Jungmann	Saarbrücken	ja	ÄK/KV	0681 31093	0681 38032	mail@dr-jungmann.de
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	ÄK/KV	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. G. Wermke	Homburg	ja	ÄK	06841 9328-0	06841 9328-17	gerd@praxiswermke.de
BVDN-Landesverband:	**SACHSEN**			**Kein Nervenarzt in der ÄK oder KV!**		
BVDN-Landesverband:	**SACHSEN-ANHALT**					
Dr. H. Deike	Magdeburg	nein	KV	0391 2529188	0391 5313776	
BVDN-Landesverband:	**SCHLESWIG-HOLSTEIN**					
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	ÄK/KV	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband:	**THÜRINGEN**					
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband:	**WESTFALEN**					
Dr. U. Thamer	Gelsenkirchen	ja	KV	0209 37356	0209 32418	Thamer.Herten@t-online.de
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	KV	0231 515030	0231 411100	boettger@AOL.com

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