

NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell

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

EINKOMMENSKALA
**Nervenärzte
in Not**



- **SEELSORGE UND PSYCHOTHERAPIE**
Vergebung und Veränderung
- **MORBUS PARKINSON**
Moderne Methoden zur Frühdiagnostik
- **POSTTRAUMATISCHE VERBITTERUNGSTÖRUNG**
„Weisheitstherapie“ befreit die Psyche



CME 

Zertifizierte
Fortbildung

03.07 März 2007 _ 18. Jahrgang _ www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie aktuell



Einkommensskala
Nervenärzte in Not

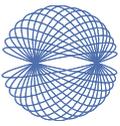
Seelsorge und Psychotherapie
Vergebung und Veränderung

Morbus Parkinson

Moderne Methoden zur Frühdiagnostik

Posttraumatische Verbitterungsstörung

Weisheitstherapie befreit die Psyche



Was ist denn da los?

- werden Sie sich vielleicht gefragt haben, als Sie das Heft gerade aufschlugen. Zwei unterschiedliche Titelseiten! Haben Druckerei und Binderei etwas durcheinander gebracht? – Nein, ganz und gar nicht! In dieser Ausgabe präsentieren wir Ihnen als hoffentlich appetitanregendes Häppchen eine neue Titelseite für den NEUROTRANSMITTER, der ab der nächsten Ausgabe nicht nur über ein neues Gewand, sondern auch über ein neu gestaltetes Innenleben verfügen wird.

Schlicht und berauschend

Das „berauschend“ lassen wir ruhig mal weg, aber schlichter im Auftritt, vor allem natürlich seriös und trotzdem auf keinen Fall langweilig oder angestaubt, dies waren Maßgaben, mit denen wir vonseiten des Verlages und des Berufsverbandes an einen renommierten Mediengestalter herangetreten sind. Wir wollen damit erreichen, dass der NEUROTRANSMITTER noch mehr an Übersichtlichkeit gewinnt, damit Sie als Leser immer gleich das finden können, was Sie suchen.

Klarheit, Übersichtlichkeit, Konzentration auf das Wesentliche – wir hoffen, dass Ihnen bereits das neue Titelbild etwas davon mitteilt, was wir beabsichtigt haben – natürlich nicht um zu berauschen, aber um zu gefallen. Damit es nicht zu viele Veränderungen auf einmal gibt, woran der niedergelassene Arzt zwar durchaus gewöhnt ist, sich dadurch aber meist genervt und strapaziert fühlt, verabreichen wir diese in hoffentlich gut verträglichen getrennten „Einzeldosen“. Erst die nächste Ausgabe wird sich auch im Inneren in dem neuen und, wie wir hoffen, für Sie als Leser noch attraktiveren Gewand mit klareren Strukturen präsentieren.

Und doch schlug der Fehlerteufel zu

Wie gesagt ist das mit den zwei Titelseiten heute Absicht. Aber dass sich im Sonderheft „Therapietabellen“, das Sie im Dezember 2006 erhalten haben, die Seite 114 wiederholt hatte und einfach auf Seite 115 noch einmal

© Archiv



PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

„Klarheit, Übersichtlichkeit, Konzentration auf das Wesentliche – wir hoffen, dass Ihnen bereits das neue Titelbild etwas davon mitteilt, was wir beabsichtigt haben.“

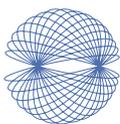
abgedruckt worden war, ist schlicht und schlecht ein Fehler der Druckerei gewesen. Damit fehlen bei den Therapietabellen der Hypnotika einige wichtige Angaben. Viele Gedanken haben wir uns gemacht, wie wir diese Scharte auswetzen können, und haben uns schließlich auf Folgendes geeinigt: Blättern Sie bitte in dem Ihnen vorliegenden Heft auf die Seite 92. Dort finden Sie die fehlenden Informationen so abgedruckt, dass Sie diese Seite entweder aus dem Heft trennen oder sie kopieren und auf die Umschlag-Innenseite des Therapietabellen-Heftes (dann Seite 115) kleben können.

Alles zurück zum Anfang!

Wie finden Sie das neue Gewand des NEUROTRANSMITTER? Und schon im Vorgriff auf das nächste Heft: Schauen Sie es sich genau an, lassen Sie uns wissen, wie Ihnen das neue Innenleben und die ruhigere Gestaltung gefallen.

Schreiben Sie uns! Meinetwegen auch dann, wenn Sie's nicht gut finden.

Ihr



3 — Editorial

Aus den Verbänden

8 — Gesundheitspolitische Kurznachrichten

Interview

12 — Gesundheitspolitische Entwicklungen frühzeitig erkennen und aufgreifen

17 — Umsatz, Kosten und Wert vertragsärztlicher Praxen Nervenärzte von allen im Stich gelassen

22 — Der materielle Niedergang der ambulanten Psychiatrie

27 — „Fortbildungscurriculum Demenz“ der DGN

27 — **Kostenlose Praxis-Homepage für ein Jahr!**

Aus den Landesverbänden

31 — Integrierte Versorgung – Hauptstadt orientiert sich am niedersächsischen Weg

Beruf aktuell

32 — Systemische Methoden in psychiatrischen Kontexten – Teil 3 Neutralität bei Psychosen

40 — Tagung „Seelsorge und Psychotherapie“ Vergebung und Veränderung

46 — Physiotherapie bei M. Parkinson Vorschläge für eine rationelle Verordnung

Fortbildung

51 — **CME: Morbus Parkinson** Neue Verfahren für eine erfolgreiche Frühdiagnostik



Bedrückende Situation

Für Politik, Krankenkassen und KVen gelten Nervenärzte anscheinend als Ärzte zweiter Klasse. Trotz aller Bemühungen der Berufsverbände hat sich ihre Einkommenssituation nämlich noch weiter verschlechtert.

17

Nützliches Wissen

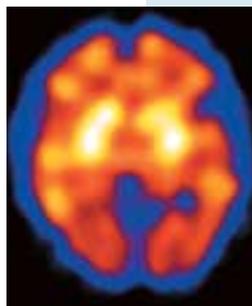
Die materielle Situation der niedergelassenen Psychiater verschlechtert sich konstant. Um für künftige Debatten gerüstet zu sein, sollte man sich gut informieren. In dieser und der nächsten Ausgabe

des NEUROTRANSMITTER werden daher die Hintergründe der Entwicklung ausführlich beschrieben.

22



Frühzeitige Diagnose



Neue Methoden wie die Hirnparenchymsonografie ermöglichen eine sichere Diagnose der Parkinsonkrankheit in sehr frühen Stadien. Auf dieser Grundlage kann bei einem positiven Befund unverzüglich mit der geeigneten Therapie begonnen werden.

51

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

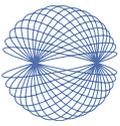
Dagmar Differt-Fritz,
Hammer Landstr. 1a, 41460 Neuss,
Tel. 02131 22099-20,
Fax 02131 22099-22,
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Die **Adressen** der Funktionsträger und Autoren finden Sie **in neuem Layout in der Mitte der Ausgabe** (S. 93 ff.)!

Titelbild

Auf Schälffurnier wurde hier gearbeitet. Der Maserung hat sich Andreas Scholz für ein stimmungs-volles Kunstwerk bedient.





- 55 — **CME-Fragebogen**
- 57 — **Parkinson-Syndrom im Alter**
Kompetent therapieren – praktisch vorgehen
- 62 — **Posttraumatische Verbitterungsstörung**
Befreite Psyche durch „Weisheitstherapie“
- 70 — **Organspezifische Nebenwirkungen von Psychopharmaka**
Lithiumtherapie und Nierenfunktion
- 79 — **DGPPN-Kongress 2006**
Demenzdiagnostik: MMSE allein reicht nicht
- 81 — **Kasuistiken**
- 91 — **Journal Club** • Ergänzung der Therapietabelle
„Hypnotika“ des NEUROTRANSMITTER-Sonderheftes
3/2006

Journal

- 93 — **BVDN/BDN/BVDP**
Service
- Recht & Finanzen**
- 100 — „Geiz ist geil“ – auch beim Kassenrezept
- 102 — **Buch-Tipp**
- 105 — **Markt & Forschung**
- NEUROTRANSMITTER-Galerie**
- 110 — Andreas Scholz – Genussvolles Verharren
- 113 — **Termine**
- Reisezeit**
- 115 — Im Herzen der Toskana
- 117 — **Impressum**



Besiegte Resignation

Bislang gab es bei posttraumatischer Verbitterungsstörung kaum Erfolg versprechende Behandlungsverfahren. Mit der neuen „Weisheitstherapie“ lernen Patienten, sich von ihrem kritischen Lebensereignis zu distanzieren und neue Lebensperspektiven aufzubauen.

62



Bedrohte Nieren

Eine nachlässig geführte Langzeittherapie mit Lithiumsalzen kann unter Umständen zu einer dauerhaften Schädigung der Nieren führen. Durch gewissenhaftes Monitoring und genaue Aufklärung der Patienten lässt sich diese unerwünschte Wirkung vermeiden.

70



Facettenreiche Toskana

Edler Wein, sanfte Hügel und geschichtsträchtige Bauten – all das hat die Toskana zu bieten. Wer fernab der typischen Touristenziele nach Entspannung sucht, findet sie im malerisch gelegenen „Tal der Götter“.

115

Wichtiger Hinweis!

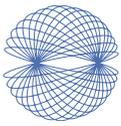
Dieser Ausgabe liegt der Kongress Report aktuell „Antidemivatherapie – Erfolgsfaktoren im Alltag“ bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung!



Korrektur Befund

Die aktuelle Ausgabe „IN BALANCE“ der DGBS e. V. behandelt diesmal diagnostische Unterschiede zwischen unipolarer Depression, Bipolarität und Borderline. Neben aktuellen Studienergebnissen werden auch Erfahrungsberichte vorgestellt und Tipps zum Selbstmanagement gegeben.



Ausgaben der PKV wachsen moderat

➔ Nach dem Ergebnis der „Kopfschadensstatistik“ der PKV hat das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP) einen Vergleich zwischen den Leistungsausgaben der privat und der gesetzlich Versicherten publiziert. Dabei wurde der „Mehrumsatz“ der privat Krankenversicherten im Vergleich zu den gesetzlich Versicherten auf der Basis der

Daten aus dem Risikostruktur-ausgleich (RSA) berechnet: PKV-Versicherte verursachten im Jahre 2005 zirka 9,5 Mrd. EUR höhere Kosten als die gleiche Anzahl GKV-Versicherter bei den hier üblichen Kostensätzen. PKV-Versicherte waren im Durchschnitt zirka 80% teurer als gesetzlich Krankenversicherte. Dies entspricht

einem „Mehrumsatz“ von 44% der gesamten Ausgaben der PKV-Versicherten inklusive der Beihilfekosten (s. auch Tabelle).

Kommentar: Die PKV bemüht sich in den letzten Monaten sehr intensiv darum, darzustellen, welche große finanzielle Stütze sie für das

deutsche Gesundheitswesen ist. Tatsächlich ist diese Argumentation keineswegs von der Hand zu weisen: In vielen Bereichen wäre das deutsche Gesundheitswesen kaum noch überlebensfähig, würde es nicht von PKV-Versicherten überproportional unterstützt. Werden die Gesetzesvorhaben der großen Koalition wahr, wird man sich vor allem bei den niedergelassenen Ärzten und bei den Krankenhäusern noch mehr Sorgen um drohende Insolvenzen machen müssen. **gc**

	2002	2003	2004	2005
Arzthonorare [Mio. €]	3.515	3.660	4.106	4.201
Arznei-, Heil-Hilfsmittel [Mio. €]	2.128	2.355	2.538	2.594
Krankenhaus [Mio. €]	611	590	723	620
Zahnmedizin [Mio. €]	1.807	1.926	2.170	2.140
Gesamt [Mio. €]	8.061	8.531	9.536	9.556



© PixelQuelle.de

AOK schließt Rabattverträge ab

➔ Unter Federführung der AOK Baden-Württemberg haben 16 regionale Ortskrankenkassen mit 11 Pharmakonzerne Rabattverträge für insgesamt 43 Wirkstoffkombinationen abgeschlossen. Nach Angaben der AOK liegen die Preise bis zu 37% unter dem derzeitigen Apothekenverkaufspreis. Der AOK-Bundesverband rechnet mit jährlichen Einsparungen im zweistelligen Millionenbereich.

Kommentar: Allerdings erreichen die gegenwärtigen Verträge bisher nur einen Marktanteil von knapp 4%, was immerhin einem Umsatz von zirka 4,5 Mrd. EUR entspricht. Besonders im Bereich der Generika-Hersteller kam es bereits Ende 2006 zu erheblichen Preisnachlässen im Rahmen der Zahlungsbefreiungsregelungen nach AVWG (Arzneimittelverordnungswirtschaftlichkeitsgesetz) für Präparate, die mehr als 30% unter den Festbetragsmargen liegen. Es ist schwer vorstellbar, wie weitere erhebliche Rabatte realisiert werden können, ohne dass es zu Problemen bei der ökonomischen Stabilität mancher Unternehmen kommt. Es dürfte zunächst einmal zu Fusionen im Generika-Bereich kommen. Derzeit beginnen sich manche Generika-Hersteller bereits zu wehren. Es wurden Kartellverletzungsklagen eingereicht. Das Bundeskartellamt hatte dem Vernehmen nach die Konzerne dazu ermuntert. Tatsächlich ist vorstellbar, dass es sich bei der Zusammenarbeit der Allgemeinen Ortskrankenkassen in diesen Bereich um eine marktbeherrschende Situation handelt. **gc**

Modifizierte und neue Aufgaben für den G-BA

➔ Das GKV-WSG (GKV-Wettbewerbs-Stärkungsgesetz) hält für den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einiges an neuen beziehungsweise geänderten Aufgaben bereit:

- ▶ Alle dem G-BA gesetzlich zugewiesenen Entscheidungen sind in einem sektorenübergreifend besetzten Beschlussgremium zu treffen.
- ▶ Der G-BA wird von einem unparteiischem Vorsitzenden und zwei unparteiischen Mitgliedern geführt, die hauptamtlich tätig sind und zusätzlich den Vorsitz in ebenfalls sektorenübergreifend zu bildenden Unterausschüssen übernehmen.
- ▶ Die GKV-Versicherten haben künftig einen gesetzlichen Anspruch auf Schutzimpfungen. Der G-BA hat die Aufgabe, Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen in Richtlinien zu bestimmen (§ 20 d SGB V).
- ▶ Nach § 34 Abs. 1 SGB V hat der G-BA eine Zusammenstellung verordnungsfähiger Fertigarzneimittel zu erstellen.
- ▶ Die pharmazeutischen Unternehmen können beim G-BA Anträge zur Aufnahme von Arzneimitteln in die Ausnahmeliste zum Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel stellen (§ 34 Abs. 6 SGB V).
- ▶ Die neuen Anforderungen an die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln (§ 35 b Abs. 1 SGB V) erfordern eine Neuausrichtung der Bewertungskriterien für die Vorlagen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).
- ▶ Der G-BA muss in seinen Richtlinien Regelungen für die zulassungsübergreifende Anwendung von Arzneimitteln in klinischen Studien treffen (§ 35 c SGB V).
- ▶ Zur Anwendung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen der Patienten hat der G-BA die Aufgabe festzulegen, in welchen Fällen Untersuchungen nicht zwingend durchgeführt werden müssen. Der G-BA muss auch das „Nähere“ zur Aufgabe der Ärzte bestimmen, ihren Patienten gegebenen-

falls ein „therapiegerechtes Verhalten“ zur Anwendung der niedrigeren Belastungsgrenze bei den Zuzahlungen zu bestätigen.

► Der verordnende Arzt muss künftig eine Zweitmeinung bei Spezialpräparaten mit hohen Jahrestherapiekosten sowie bei Arzneimitteln einholen, bei denen über das übliche Maß hinausgehende Risiken für die Patienten durch unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen, Interaktionen oder nicht indikationsgerechte Anwendung bestehen können. Der G-BA hat die Aufgabe, diese Begriffe weiter zu konkretisieren und in Richtlinien das Nähere insbesondere zu Wirkstoffen, Anwendungsgebieten, Patientengruppen, zur qualitätsgesicherten Anwendung und zu den Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte zu bestimmen (3 73 d SGBV).

Kommentar: G-BA und Unterausschüsse sind also zukünftig auch mit Vertretern aus Krankenhaus und Zahnmedizin besetzt. Hier besteht die Gefahr, dass Personen bei Sachentscheidungen mit-

wirken, die den eigenen Sektor nicht betreffen und daher die erforderliche Verantwortung und Sorgfalt nicht aufgewendet wird. Neue bürokratische Verfahren wird vor allem das Zweitmeinungssystem für kostenträchtige Pharmaka mit sich bringen und die Ermittlung der Kosten-Nutzen-Relation bei Arzneimitteln durch das IQWiG. Bis in kleinste Verästelungen des Gesundheitswesens hinein muss der G-BA Regelungen treffen, beispielsweise bei den Ausnahmebestimmungen zur Anwendung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen bei Patienten, die die vorgeschriebenen präventiven Gesundheitsuntersuchungen nicht durchführen lassen oder können. Angesichts des immensen personellen Aufwandes, der zum Betrieb der bürokratischen Kontrollorgane und -prozeduren notwendig ist, muss man sich fragen, ob dieser Aufwand durch die erwarteten Einsparungen überhaupt kompensiert wird. **gc**

Steuerfinanzierung ist ungedeckter Scheck

➔ Für eine dauerhafte Entlastung der GKV sprach sich Prof. Fritz Beske aus. Der Nestor der deutschen Gesundheitsökonomie führte als Beispiel die Erhöhung der Tabaksteuer zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen an. Der aus der Tabaksteuererhöhung resultierende Betrag sollte eigentlich der GKV zugute kommen. Dies wurde nun gestrichen: „Auf den Staat ist kein Verlass, kann wohl auch kein Verlass sein. Der Kampf aller Bereiche um begrenzte Mittel wird in jedem Jahr neu geführt. Zusagen sind dabei leicht Schall und Rauch.“ Geplant ist derzeit eine stufenweise Erhöhung des Steuerzuschusses für das Gesundheitswesen von derzeit 2,5–14 Mrd. EUR im Jahre 2016. Beske empfiehlt folgende Alternativen:

► Versicherungsfremde Leistungen sollten von der GKV als Auftragsverwaltung mit voller Kostenerstattung finanziert werden. Die Einsparung der GKV wird auf 2,7 Mrd.

EUR veranschlagt (4,2 Mrd. EUR – 1,5 Mrd. EUR jetziger Zuschuss des Bundes).

► Eine verlässliche Finanzierungsquelle wäre auch die von allen Organisationen und Verbänden im Gesundheitswesen schon seit langem eingeforderte Absenkung der Mehrwertsteuer auf den im europäischen Ausland üblichen Satz von 7%.

► Für die Bezieher von Arbeitslosengeld (ALG I und ALG II) könnten von der Bundesagentur für Arbeit kostendeckende Beiträge bezahlt werden. Zusätzliche Einnahme für die GKV: 4,4 Mrd. EUR.

Kommentar: Mit Sicherheit ist die teilweise Steuerfinanzierung der GKV eine unsichere Sache, weil sie vom konjunkturempfindlichen Steueraufkommen abhängt. Genau dies ist auch Horst Seehofers Argumentation. Allerdings ist der bisherige Zustand noch viel schlimmer. Im jetzigen System wird der Solidarausgleich allein von

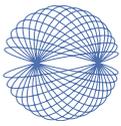
den GKV-Versicherten über einkommensproportionale Beträge finanziert, ohne wesentliche Beteiligung der PKV-Versicherten. Einen erheblichen Anteil der solidarischen GKV-Versicherungsleistungen zahlen die niedergelassenen Vertragsärzte durch zunehmende kostenlose Mehrarbeit und Arbeitsverdichtung, weil sie als einzige im Gesundheitswesen in floatenden Punktwerten bezahlt werden und nicht in EURO. Daher ist es in jedem Fall gerechter, die solidarischen Transferleistungen und familienpolitischen Kosten der GKV von allen Steuerzahlern lohn- und einkommenssteuerproportional zu erheben. Dann werden alle die Unterfinanzierung des deutschen Gesundheitswesens spüren und letztendlich über entsprechende Steuern dafür zur Kasse gebeten. **gc**

Kosten-Nutzen-Bewertung durch IQWiG

➔ Im § 35 B (I) SGB V wurden vom GKV-WSG die methodischen Anforderungen an die Kosten-Nutzen-Bewertung von Medikamenten, die vom IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) durchgeführt werden soll, deutlich angehoben. Die Kosten-Nutzen-Analyse soll im Vergleich zu anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens im Verhältnis zu den Kosten erfolgen. Besonders in den Focus genommen werden hier folgende Indikatoren: Verbesserung des Gesundheitszustandes, Verkürzung der

Krankheitsdauer, Verringerung der Nebenwirkungen, Verbesserung der Lebensqualität, sowie Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die GKV.

Kommentar: Hiermit beginnt nun endgültig die finanzielle Bewertung von (Über-)Lebensjahren in „angemessener“ Lebensqualität beispielsweise bei schwerwiegenden oder chronischen malignen Erkrankungen im Vergleich zum Preis des hierfür notwendigen Arzneimittels. **gc**



© PixelQuelle.de

Ost-KVen: Protest gegen Unterfinanzierung

Die Vorstandsvorsitzenden der in der Arbeitsgemeinschaft der KVen in den neuen Bundesländern zusammengeschlossenen Ost-KVen haben in einem offenen Brief an die Mitglieder des Bundestages, den Gesundheitsausschuss des deutschen Bundestages und die Abgeordneten aus den neuen Bundesländern gegen die finanzielle Unterversorgung im ambulanten Bereich der neuen Bundesländer protestiert. Denn die dringend benötigten Mittel hierfür werden auch vom neuen GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) nicht

zur Verfügung gestellt. In den neuen Bundesländern liegen die Mittel für die Versicherten zirka 23% unter den im Westen üblichen Fallwerten. 28% mehr Patienten müssen von den Ärzten mit einem Drittel weniger Personal versorgt werden.

Kommentar: Es bleibt ein unbeschreiblicher Skandal. Schon seit langem wurden in den neuen Bundesländern alle Gehaltstarife auf Westniveau angehoben, einschließlich aller freiberuflichen Honorarordnungen inklusive der Juristen. Es gibt

wohl keine akademische Berufsgruppe in Deutschland, die sich von Krankenkassen, Politik und Öffentlichkeit schamloser ausbeuten lässt als die Vertragsärzte in den neuen Bundesländern. Dennoch scheint es am Mut und an der innerärztlichen Solidarität zu fehlen, in unterversorgten Gebieten zum Beispiel ein „Korbmodell“ mit dem Ziel der kollektiven Zulassungsrückgabe zu initialisieren.

gc

Starke Zunahme psychischer Erkrankungen

Die Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen psychischer Erkrankungen steigen seit 1976 nach Erhebungen des BKK-Bundesverbandes stetig an. Auch im Bereich der Krankenhausbehandlungen wurde in den letzten 20 Jahren eine zunehmende Zahl psychisch kranker Patienten auf fast das Dreifache festgestellt. 1986 wurden 3,8 Krankenhausaufenthalte bei je 1.000 Versicherten wegen psychischer Störungen behandelt, im Jahr 2005 waren es bereits 9,3 Fälle. Die Häufigkeit nahm bei Männern stärker zu als bei Frauen. Bei Männern handelte es sich bei zirka 50% um Störungen durch Alkohol. Bei Frauen dominierten affektive Erkrankungen, neurotische und Belastungsstörungen. Herz- und Kreislaufdiagnosen gingen in den letzten 15 Jahren um zwei Drittel, Muskel- und Skeletterkrankungen um über 50% zurück.

Kommentar: Die Ursachen für die deutliche Zunahme von AU- und Krankenhausaufenthalten durch psychische Erkrankungen sind unklar. An der „Leistungsgesellschaft und Überforderung im Arbeitsleben“

kann es jedenfalls nicht liegen. Denn in fast keinem anderen Land der Welt und niemals war das soziale Netz dichter und fürsorglicher geknüpft als in der Bundesrepublik des ausgehenden 20. und beginnenden 21. Jahrhunderts. Sicherlich werden heutzutage psychische Erkrankungen eher und zutreffender erkannt und diagnostiziert. Tabuisierung und Stigmatisierung sind rückläufig, sodass weniger Verlegenheits- und Ausweichdiagnosen aus dem somatischen Sektor gestellt werden. Wir auf psychische Erkrankungen spezialisierte Vertragsärzte können im Rahmen dieser Entwicklung nur darauf hoffen, dass die Kostenträger unsere qualifizierte Arbeit auch entsprechend dem Versorgungsbedarf honorieren. Der Berufsverband wird jedenfalls dafür sorgen, dass die Kostenträger zu dieser Einsicht gelangen.

gc

Depression weitgehend enttabuisiert

Nach epidemiologischen Angaben leiden bundesweit zirka 4 Millionen Menschen an einer Depression. Jeder zweite Befragte gibt an, dass er selbst einen Menschen in seiner Familie oder im Freundeskreis kennt, der schon einmal wegen einer Depression behandelt wurde. Die Krankenkassen sind vor allem wegen zunehmender Krankschreibungen oder Krankenhausaufenthalten an Daten über Depression interessiert.

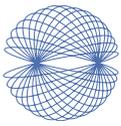
Schon in früheren Jahren fielen nach spezifischen Diagnoseanalysen erstmals der Techniker Krankenkasse (TK) die steigenden Depressionszahlen unter ihren Versicherten auf. Zirka 40% der Befragten informier-

ten sich bereits selbst einmal über Depression, entweder wegen eigener Betroffenheit (27%) oder weil im Bekanntenkreis jemand an einer Depression litt (49%). Zwei Drittel der Befragten trauen sich zu, eine Depression bei sich oder anderen zu erkennen. Nur 30–45% konnten jedoch wichtige Kernsymptome der Depression wie gedrückte Stimmungslage, Interessens- und Freudverlust beziehungsweise verminderten Antrieb nennen. 7% beziehungsweise 8% der Befragten halten Depression für eine „Lappalie“ beziehungsweise „eigenes Versagen“. 90% wissen, dass Depression eine ernstzunehmende Erkrankung ist. Die Therapieoptionen seien

ärztliche Behandlung (83% der Befragten) oder Psychotherapie (68%). Über ein Drittel der Befragten sind allerdings der Meinung, dass es für die Patienten auch hilfreich ist, „sich zusammen zu reißen“ um wieder gesund zu werden.

Kommentar: Die IV-Versorgungsmodelle des BVDN mit verschiedenen Krankenkassen zeigen, dass dieses versorgungsrelevante Krankheitsthema auch gesundheitsökonomisch interessant ist. Die bisher vorhandenen Programme müssen jedoch noch vereinheitlicht werden. In der Dokumentationsverpflichtungen verschlankt und die ökonomischen Anreize, die an diesem Programm teilnehmen, müssen verbessert werden.

gc



Interview

Gesundheitspolitische Entwicklungen frühzeitig erkennen und aufgreifen

Der 1. Vorsitzende des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte, Dr. Frank Bergmann, zieht eine Zwischenbilanz seiner Amtszeit. Schriftleiter PD Dr. Albert Zacher sprach mit ihm über sein umfangreiches berufspolitisches Engagement, errungene Erfolge, beharrliche Forderungen und zukünftige Versorgungsverträge.

? *Sehr geehrter Herr Kollege Bergmann, Sie sind nun fast mehr als fünf Jahre Bundesvorsitzender des BVDN. Hatten Sie sich die Arbeit und die Belastung so vorgestellt, wie sie sich in dieser Zeit für Sie entwickelt hat?*

Dr. Frank Bergmann: Bei meinem Amtsantritt vor rund fünf Jahren gab es neben der erforderlichen Professionalisierung der Geschäftsstelle zunächst drei zentrale Aufgabenfelder: Die Neuordnung der Vergütung ärztlicher Gutachten im Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz JVEG in Kooperation mit der Bundesärztekammer. Darüber hinaus befanden wir uns mitten in der Diskussion um die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Ich erinnere mich an erbittert geführte und zum Teil bis heute aktuelle Diskussionen zur Frage der Notwendigkeit eines neurologischen oder psychiatrischen Weiterbildungsjahres im komplementären Fach oder auch an die Abgrenzungsdiskussionen zur Geriatrie oder Psychosomatik. Darüber hinaus fanden damals bereits regelmäßige Abstimmungen mit dem damaligen Geschäftsführer der KBV, Dr. Andreas Köhler, zur Vorbereitung des EBM statt. Mein Vorgänger, Kollege Gunther Carl, hatte ja bereits viele Vorarbeiten geleistet.

Zwar ist die Weiterbildungsordnung längst verabschiedet und das JVEG ist in Kraft, doch zeitliche Anforderungen und Belastungen im Zusammenhang mit meiner Tätigkeit als Bundesvorsitzender sind exponentiell angestiegen.

Zentrales Thema meiner Arbeit ist weiterhin die Verbesserung der wirt-

schaftlichen Situation in den neurologischen, nervenärztlichen und psychiatrischen Praxen. Gerade die dramatische Unterfinanzierung neurologischer Leistungen kann hier exemplarisch genannt werden. Es ist unvorstellbar, mit welchen Widerständen im System zu kämpfen ist. Es ist längst erwiesen und im Grunde bei allen Beteiligten völlig außer Zweifel, dass der Berechnung der neurologischen Betriebskosten eine dramatische Fehlkalulation zugrunde liegt. Nichtsdestoweniger werden von verschiedensten Seiten, besonders von den Kostenträgern, immer wieder spitzfindige Argumente vor allem unter Verweis auf „statistische Mängel“ vorgetragen und die Verhandlungen im Bewertungsausschuss für eine Stützung neurologischer Praxen damit verzögert. Ich vermag nicht aufzuzählen, an wie vielen Sitzungen ich allein im vergangenen Jahr teilgenommen habe einzig zu diesem drängenden Problem: im Beratenden Fachausschuss der KBV, mit Vertretern des Vorstandes der KBV, mit dem Honorardezernat der KBV, aber auch in zahlreichen Sitzungen mit Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen, die dem Bewertungsausschuss angehören. Dennoch sind Teilerfolge zu vermelden. Dies betrifft zum Beispiel die häufigere Abrechnungsmöglichkeit der Betreuungsziffern. In der KV Nordrhein wurde daher der Fachgruppentopf um einige Prozentpunkte erhöht. Unabhängig davon ist aber die Tatsache, dass die Re-Evaluierung der neurologischen Betriebskosten durch die Verhandlungspartner wieder und wieder verzögert wird, skandalös.

Meine Ziele gehen darüber hinaus. Die Betreuungsziffern für neurologische



© Archiv

Dr. med. Frank Bergmann

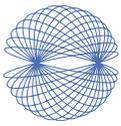
1. Vorsitzender BVDN

und psychiatrische Patienten müssen außerhalb der zukünftigen Regelleistungsvolumina mit festem Punktwert vergütet werden. Als „Strukturziffer“ müssen sie auch aus der Berechnung der Plausibilitätszeiten herausfallen. In den KVen, in denen Fachgruppentöpfe bestehen, müssen die zusätzlichen Leistungsanforderungen aufgrund der Betreuungsziffern zu einer entsprechenden Aufstockung im Fachgruppentopf führen.

Um Ihre Frage zu beantworten: Ich habe den Aufwand und die Belastungen vor fünf Jahren in keiner Weise so umfangreich eingeschätzt, wie sie sich jetzt entwickelt haben. Wenn ich Büro- und Telefonzeiten hinzurechne, bin ich durchschnittlich 20 bis 30 Stunden pro Woche unmittlerbar und mittlerbar für den Verband tätig.

? *Erfahrungen mit berufspolitischen Tätigkeiten konnten Sie schon früher sammeln. Wie sind Sie zur Berufspolitik gekommen? Und was hatte Sie dazu gebracht, dem Berufsverband beizutreten?*

Bergmann: Als ich mich zum 1.1.1989 in Aachen als Nervenarzt niedergelassen habe, gab es wenig Kontakt unter den niedergelassenen Kollegen der Fachgruppe. Ich war damals – zumal als frischgebackener Vertragsarzt – an



einem Erfahrungsaustausch interessiert und habe begonnen, Fortbildungsabende und berufspolitische Treffen zu organisieren. Dies führte konsequenterweise zur Mitgliedschaft im Berufsverband, in dem ich 1996 zunächst zum stellvertretenden Vorsitzenden des Landesverbandes Nordrhein gewählt wurde.

? *Der Berufsverband konnte in den letzten Jahren eine erhebliche Steigerung der Mitgliederzahl verzeichnen. Dennoch ist er noch weit davon entfernt, alle niedergelassenen Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie unter seinem Dach versammelt zu haben. Was hält Ihrer Meinung nach immer noch Kollegen davon ab, sich dem BVDN, BDN oder BVDP anzuschließen?*

Bergmann: Ich wünsche mir natürlich einen Organisationsgrad von 100%. Ich glaube, viele Kollegen sind verbittert und resigniert über die gesundheitspolitische Entwicklung und die schleichenden Einkommensverluste in den Praxen. Sie erleben ihre Situation einerseits mit Wut, aber auch mit Ohnmacht und es liegt nahe zu denken: Mein Berufsverband hat auch nichts ändern können.

Es stimmt, wir haben Gesundheitsreformgesetze in den letzten Jahren nicht verhindern können und auch nicht das schleichende finanzielle Ausbluten der GKV. Die intensive Lobbyarbeit, die wir heute in den politischen Ausschüssen als auch im Parlament und bei der KBV beispielsweise in den beratenden Fachausschüssen sowie den Krankenkassenverbänden betreiben, hätte schon viel früher, vor zehn oder fünfzehn Jahren, beginnen müssen. Damals hat vor allem eine Gruppe intensive Lobbyarbeit betrieben: die der psychologischen Psychotherapeuten. Mit Erfolg, wie wir heute feststellen können. Wir haben diese intensive Lobbyarbeit auch im BVDN und in Kooperation mit BDN und BVDP in den letzten Jahren aufgebaut. Die hervorragende Zusammenarbeit mit BDN und BVDP, aber auch mit den wissenschaftlichen Gesellschaften DGN und DGPPN möchte ich an dieser Stelle hervorheben. Neurologische und psychiatrische Versorgung ist heute für unsere Gesprächspartner kein Fremdwort mehr. Auch entwickelt sich zunehmend Bewusstsein für die hohe und verdichtete

Morbidität der in unseren Praxen versorgten neurologischen und psychiatrischen Patienten. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um jetzt Versorgungsverträge in neurologischen und psychiatrischen Indikationen zu entwickeln und abzuschließen, und zwar mit unserer neu gegründeten Genossenschaft der Verbände. Dies werden Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140 sein, aber auch zum Beispiel nach 73c, die im neuen Wettbewerbsstärkungsgesetz die spezifische fachärztliche Versorgung beschreiben. Ich bezweifle sehr, dass die Zukunft und die Honorierung in der neurologischen und psychiatrischen Versorgung in Zukunft im Kollektivvertrag liegen werden. Gerade deshalb ist jetzt die Organisation im Berufsverband wichtiger denn je. Hier haben wir die Strukturen geschaffen, in denen derartige Versorgungsverträge mit den Kostenträgern entwickelt und umgesetzt werden können.

? *Welche Strukturen sind das? Kann der Verband diese Aufgaben „stemmen“?*

Bergmann: Die in den letzten Jahren entwickelten kooperativen Strukturen sind hierfür unentbehrlich: die Genossenschaft, in der die Verträge operativ abgewickelt werden können, die Athene-Akademie zur Implementierung und Pflege des Qualitätsmanagements in den Praxen. Aber auch das Zusammenführen von Versorgungsdaten im Deutschen Institut für Qualität in der Neurologie (DIQM), einem von den Berufsverbänden ins Leben gerufenen Institut, ist eine wesentliche Voraussetzung, um zukünftig in Augenhöhe mit den Vertragspartnern Versorgungsverträge abschließen zu können. Aufgaben und Ziele der Berufsverbände haben sich insofern in den letzten Jahren von vielen unbemerkt ganz erheblich gewandelt, und zwar im Sinne einer Professionalisierung. Regress-Schutz-Programme und Ähnliches sind begleitende Service-Tools.

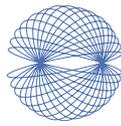
? *Woran liegt es, dass sich die Aufgaben der berufspolitischen Arbeit derart erweitern?*

Bergmann: Als ich in den BVDN eingetreten bin, hat der Verband die Fachgruppe „repräsentiert“, Abrechnungs-

tipps gegeben und in der Gestaltung der Weiterbildungsordnung mitdiskutiert. Jetzt geht es darüber hinaus um den weiteren Aufbau und die Vervollständigung professioneller Verhandlungsmandate und die Wahrnehmung der Interessen von Neurologen und Psychiatern, nicht nur in Länder-KVen und KBV, sondern auch im Gemeinsamen Bundesausschuss und seinen Ausschüssen, gegenüber IQWiG sowie bei regionalen Krankenkassen und Spitzenverbänden und natürlich in der Bundesärztekammer. Diese Aufgaben zu bewältigen bedeutet einen erheblichen personellen und auch finanziellen Einsatz. Die dafür erforderlichen Beitragserhöhungen sind übrigens insofern bislang eher moderat ausgefallen.

? *Was können die Mitglieder des Berufsverbands von ihm erwarten und welche Erwartungen kann er schwerlich oder nicht erfüllen – anders ausgedrückt: Was ist berufspolitisch möglich und was ist nach Ihrer Erfahrung nicht zu erreichen?*

Bergmann: Die wichtigste und zentrale Aufgabe des BVDN ist es, die Mitglieder in der Wahrung ihrer beruflichen und damit auch wirtschaftlichen Interessen zu unterstützen. Diesem Ziel müssen sich alle anderen Projekte, die von Mitgliedsbeiträgen der Mitglieder bezahlt werden, unterordnen. Qualitätsmanagement oder kontinuierliche Fortbildung dienen ebenso wenig einem Selbstzweck wie das Sammeln von Versorgungsdaten oder das Engagement in den wissenschaftlichen Gesellschaften oder zum Beispiel in Leitlinienkommissionen. Viele dieser Aktivitäten und Projekte wie ja auch die Mitarbeit in unseren wissenschaftlichen Gesellschaften sind aber Meilensteine und Voraussetzung in der Durchsetzung unserer Ziele. Aufgabe des Berufsverbandes ist es, die Fachgruppe in den ärztlichen und nichtärztlichen Gremien der Selbstverwaltung zu vertreten, Versorgungspotenziale und Qualität der Versorgung durch Neurologen, Psychiater und Nervenärzte darzulegen und die Mitglieder durch geeignete Serviceangebote zu unterstützen, ihre Interessen vor Ort wahrzunehmen. Nicht alle neuen Aktivitäten waren übrigens von Beginn an leicht vermittelbar. Als wir vor Jahren die Kooperation mit



Athene aufgebaut haben und die ersten Praxen Qualitätsmanagement implementiert haben, wurden Stimmen laut, die von „vorausgehendem Gehorsam“ sprachen. Heute ist Qualitätsmanagement selbstverständlich und diese Praxen sind im Vorteil. Ähnliches passierte bei der ersten Einführung von Modellprojekten zur integrierten Versorgung. Es ist Aufgabe des Berufsverbandes, gesundheitspolitische Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und aufzugreifen, gerade in der jetzigen Zeit sich ständig ändernder Vorgaben.

Grenzen sind dort gesetzt, wo der Gesetzgeber eingreift. An der Finanzierungsgrundlage der GKV kann auch der beste Berufsverband kaum rütteln.

? *Sie betreiben neben Ihrer Praxis in Aachen auch eine Praxiseinheit in Belgien. Sie können als einer von wenigen Kollegen zwei Systeme direkt vergleichen. Welches ziehen Sie vor? Könnte das deutsche System vom belgischen lernen?*

Bergmann: Ich bin einige Stunden im Monat in einer kleinen Zweigpraxis in Belgien tätig. Der direkte Systemvergleich mit dem Kostenerstattungsprinzip in Belgien ist interessant und zeigt: Patienten haben wenig Probleme, unmittelbar die Kosten beim Arzt zu begleichen. Die nervenärztliche Konsultation wird pro Arzt-Patienten-Kontakt in Belgien derzeit mit 38 EUR vergütet. Aber: Die Patienten gehen dort weniger zum Arzt und halten auch häufiger Termine nicht ein, wenn es ihnen gut geht. Darüber hinaus sind schon jetzt in Belgien viele neurologische und psychiatrische Praxen in enger räumlicher und organisatorischer Nähe zum Krankenhaus angesiedelt.

Zum Thema Kostenerstattung: Sie würde die meisten deutschen Ärzte nicht wohlhabender machen. Allerdings gibt es aus meiner Sicht andere Gründe, die für ein Kostenerstattungssystem sprechen: Der bürokratische Aufwand verringert sich dadurch ganz erheblich, jedenfalls in der Arztpraxis. Für die Kassen entsteht ein höherer Aufwand, deswegen lehnen sie einen Systemwechsel auch so vehement ab. Anreize zum Missbrauch im Sachleistungssystem entfallen durch die unmittelbare Kontrolle durch den Patienten selbst und die ärztliche Lei-

stung am Patienten wird unmittelbarer und transparenter, es entfällt die „Einkaufsmentalität“ in den Arztpraxen.

Außerdem würde die Diskussion über Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit beispielsweise von Arzneimitteln dorthin verlagert wo sie hingehört, nämlich zu den Krankenversicherungen. Denken Sie an die unseligen Diskussionen zu vermeintlichen Me-too- oder Off-Label-Verordnungen. Wir werden als Ärzte zu Kontrolleuren und unbezahlten „informellen Mitarbeitern“ der Krankenkassen. Unsere Aufgaben liegen in Diagnostik und Therapie der Patienten, und zwar nach Leitlinienstandard. Dazu sind wir nicht nur nach dem Gesetz, sondern auch ethisch verpflichtet. Die Abwicklung von Versicherungsleistungen – zukünftig nach einer unüberschaubaren Fülle unterschiedlicher Tarife nach der jüngsten Einführung des WSG – obliegt den Versicherern. Auch in dieser Hinsicht würde hierzulande ein Kostenerstattungsprinzip wie es zum Beispiel in Belgien existiert einen Paradigmenwechsel erleichtern.

Herr Bergmann, vielen Dank für das Gespräch.

Umsatz, Kosten und Wert vertragsärztlicher Praxen

Nervenärzte von allen im Stich gelassen

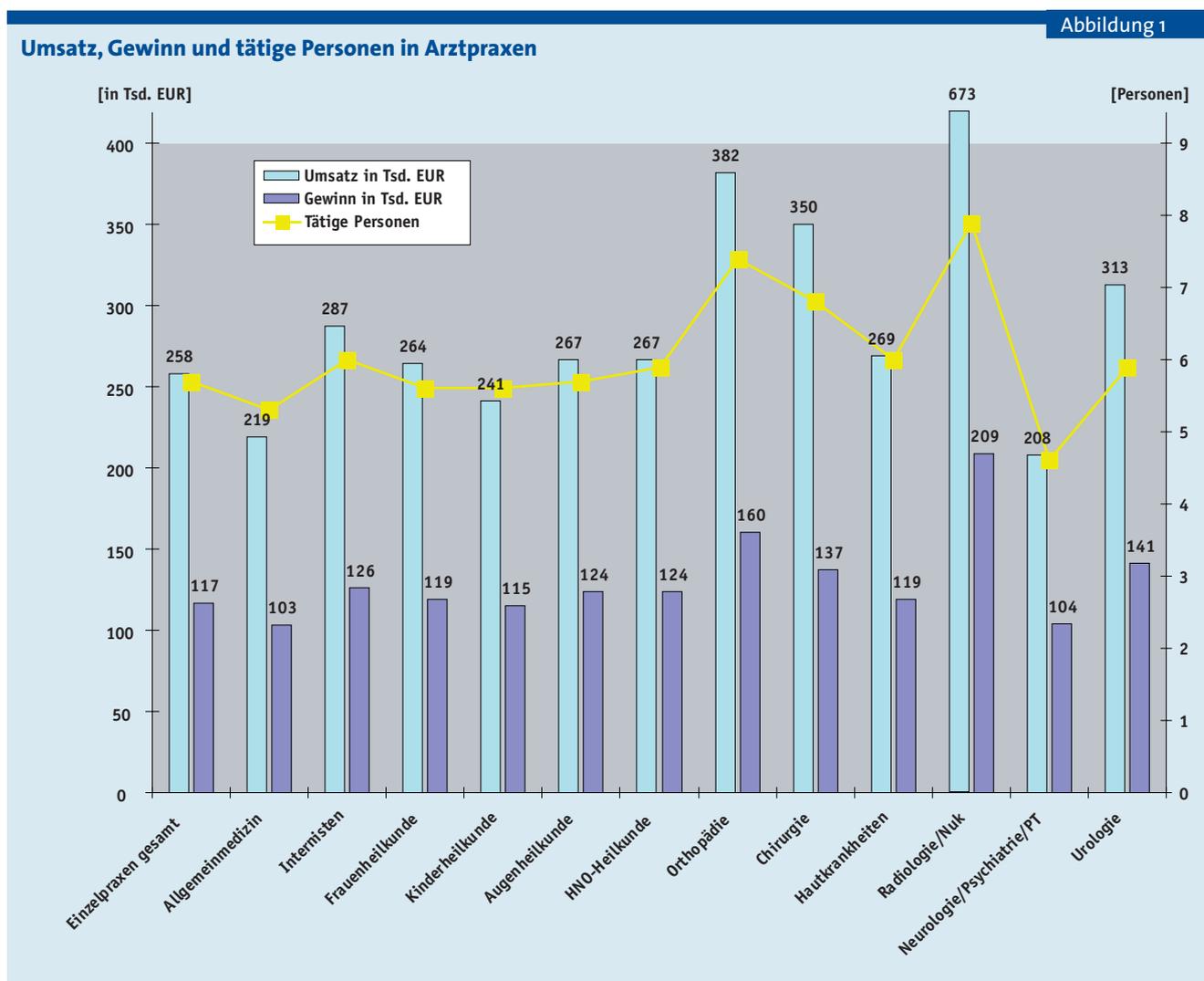
Das Statistische Bundesamt und das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung haben Umsätze und Kosten niedergelassener Ärzte aus dem Jahr 2003 und 2005 veröffentlicht. Außerdem liegen jetzt auch die Finanzierungskosten und die Praxiswerte vor, welche die Deutsche Ärzte- und Apothekerbank ermittelt hat.

Das Statistische Bundesamt meldete im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 2000 eine deutlich höhere Zahl der Arztpraxen (4.341), die in die Analyse der Kostenstruktur einbezogen wurde. Die durchschnittlichen Praxiskosten (in % des Umsatzes) haben sich geringfügig auf 53,6% erhöht; den größten Kostenblock stellten mit 24,2% die Personalkosten dar. Die Umsätze stiegen ebenfalls im Vergleich zum Jahr 2000, vor allem wegen höherer Einnahmen großer

(Gemeinschafts-)Praxen. Auch die Anzahl der angestellten Praxismitarbeiter (davon 53% in Teilzeit, insgesamt 94% weiblich) stieg geringfügig.

Abbildung 1 zeigt Umsatz, Gewinn und tätige Personen in Arztpraxen verschiedener Fachgruppen. Abgebildet sind ausschließlich Einzelpraxen. Deutlich abgeschlagen am Ende der Gewinnskala rangieren weiterhin Hausärzte und Nervenärzte mit unterdurchschnittlichem Gewinn. Dabei wurden Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in einer Gruppe erfasst.

Abbildung 1 zeigt Umsatz, Gewinn und tätige Personen in Arztpraxen verschiedener Fachgruppen. Abgebildet sind ausschließlich Einzelpraxen. Deutlich abgeschlagen am Ende der Gewinnskala rangieren weiterhin Hausärzte und Nervenärzte mit unterdurchschnittlichem Gewinn. Dabei wurden Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in einer Gruppe erfasst.



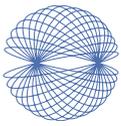


Abbildung 2

Kosten und Gewinn in Prozent des Umsatzes

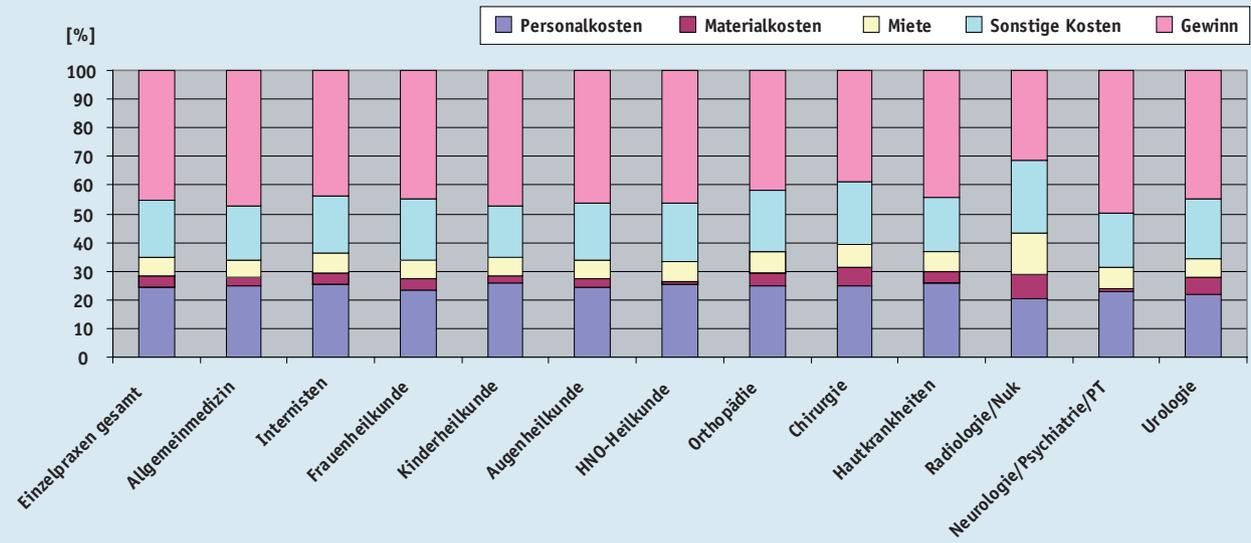
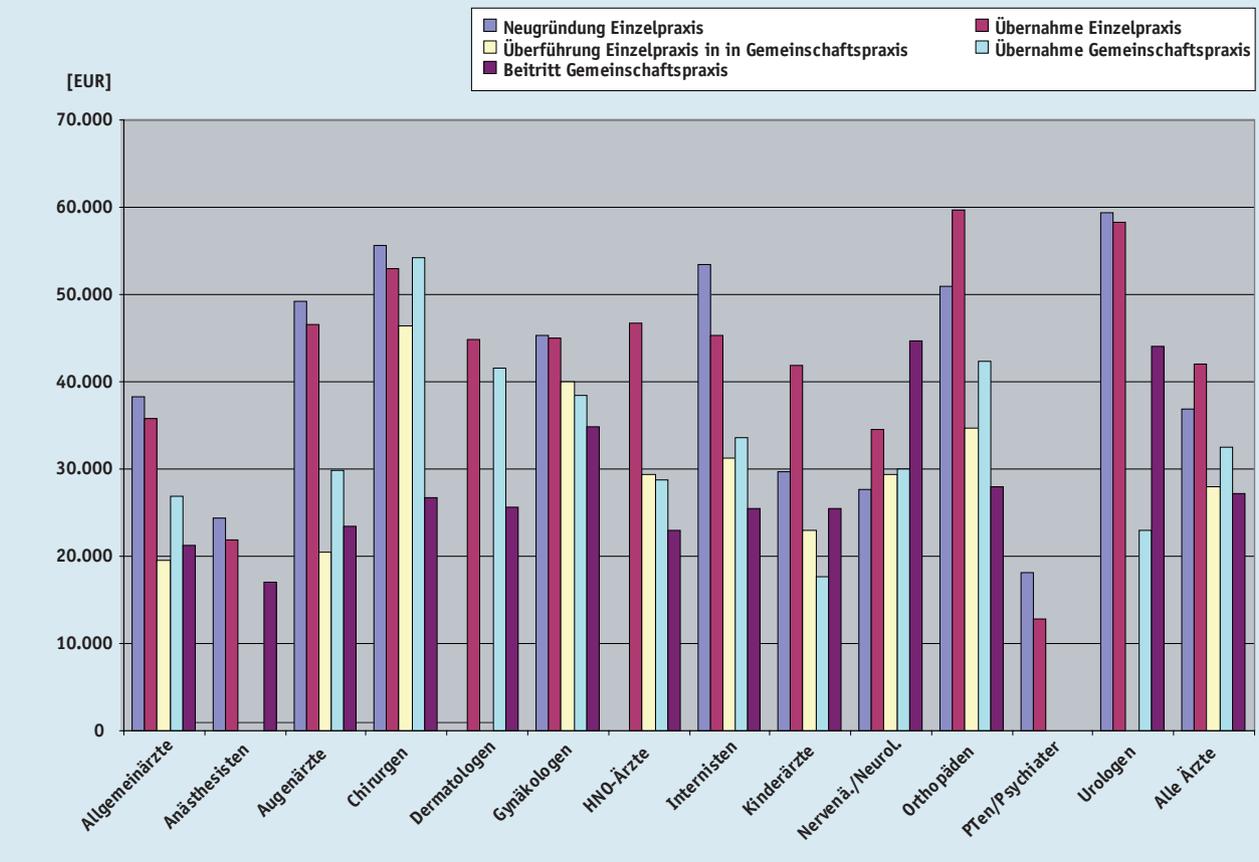


Abbildung 3

Durchschnittliche Betriebsmittelkredite in Westdeutschland nach Arztgruppen 2004/2005



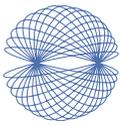
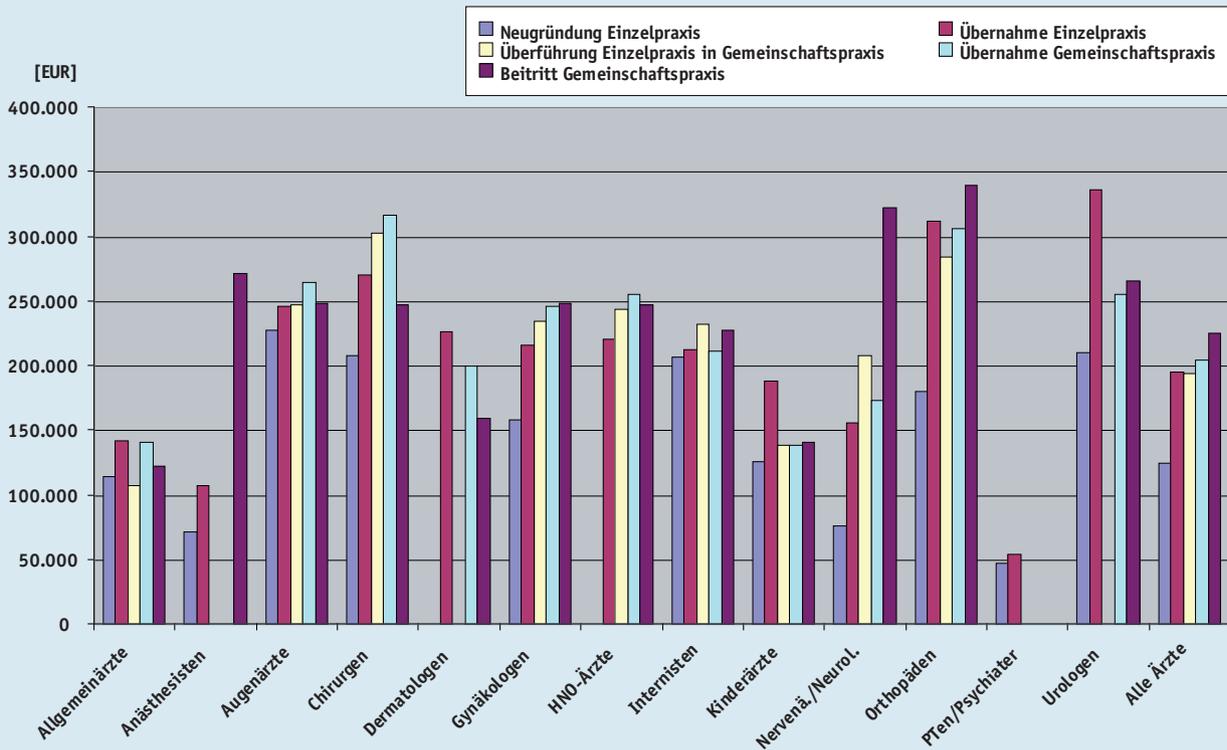


Abbildung 4

Durchschnittliches Gesamtfinanzierungsvolumen in Westdeutschland nach Arztgruppen



In Abbildung 2 sind die prozentualen Anteile der Kosten und des Gewinns am Umsatz abgebildet. Auch hierbei zeigen sich Ähnlichkeiten zwischen Hausärzten und unserer Fachgruppe. Das Verhältnis von Kosten zu Gewinn ist bei absolut unterdurchschnittlichen Gewinnen vergleichsweise günstiger als in anderen Fachgruppen. Hier zeigt sich wiederum die große Inhomogenität und die große Umsatzspannweite dieser beiden Fachgruppen. Innerhalb unserer Fachgruppe bestehen ebenfalls große Umsatz- und Kostenunterschiede zwischen beispielsweise überwiegend psychotherapeutisch tätigen Psychiatern und auf dem Lande niedergelassenen Nervenärzten mit hohen Fallzahlen und breitem Versorgungsspektrum. Es handelt sich hierbei jedoch um Zahlen aus dem Jahr 2003. Im Rahmen der jüngsten EBM-Reform dürften sich diese Unterschiede etwas nivelliert haben, weil die apparativen Leistungsentgelte deutlich eingebrochen sind, während gleichzeitig die psychiatrische Tätigkeit zumindest in Punkten besser bewertet wurde.

Bei Neugründung wird wenig, bei Übernahmen mehr investiert

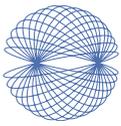
Die Zahlen des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung zeigen Parallelen zur Kosten- und Gewinnstruktur. Hier wurde allerdings bei der Erhebung der Daten zwischen Nervenärzten/Neurologen einerseits und Psychotherapeuten/Psychiatern andererseits unterschieden. Bei der Höhe der Betriebsmittelkredite von Nervenärzten und Neurologen findet man insgesamt vergleichbare Kreditsummen wie bei anderen Facharztgruppen (Abbildung 3). Niedriger liegen sie lediglich bei Anästhesisten, Allgemeinärzten und Psychiatern/Pschotherapeuten.

Bei der Übernahme bereits bestehender Nervenarztpraxen liegen die Betriebsmittelkredite höher. Dies steht im Einklang mit den Befunden beim Gesamtfinanzierungsvolumen (Abbildung 4), wo von Nervenärzten/Neurologen für bestehende Praxisstrukturen und für den Eintritt in Gemeinschaftspraxen deutlich mehr Geld investiert wird. Vermutlich spricht dies für die ökonomische Vorsicht

unserer Kollegen, die bei der Neugründung einer Praxis zunächst nur in sehr geringem Umfang investieren, während dann bei der Fusion zur Gemeinschaftspraxis oder der Übernahme einer bestehenden etablierten Praxis ähnliche Investitionskosten aufzubringen sind, wie in anderen Facharztgruppen.

Fazit: Rangierte unserer Fachgruppe noch vor etwa fünf bis acht Jahren an drittletzter Stelle der Einkommensskala vor den Haus- und Kinderärzten, so liegen wir nun seit zirka fünf Jahren konstant an letzter Stelle. Dass dies so eingetreten ist, ist bitter – trotz unserer massiven unermüdlichen Anstrengungen, das Gegenteil zu erreichen. Aber offenbar erscheint Krankenkassen und KVen die Finanzierung von Erkrankungen der menschlichen Peripherie ergo vordringlicher und wichtiger als die Gesundheitsfürsorge für das wichtigste Organ des Menschen, das Gehirn. Die Berufsverbände werden ihre Anstrengungen noch weiter verstärken, um dies zu ändern.

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen



Der materielle Niedergang der ambulanten Psychiatrie – Teil 1

Dieser Beitrag entstand als Materialsammlung, um in Verhandlungen mit Vertretern der Politik, Krankenkassen und Medien entsprechend vorbereitet zu sein. Er soll nicht kurz und prägnant sein, sondern möglichst vollständig die Folgen sehr komplexer Entwicklungen der letzten 15 Jahre auf die Situation der niedergelassenen Psychiater wiedergeben. Er hebt berechnete Argumente hervor, an denen es für unser Fachgebiet wahrlich nicht mangelt.

Die aktuelle Lage der niedergelassenen Psychiater verschlechtert sich weiter von Quartal zu Quartal. Ein real existierender durchschnittlicher niedergelassener Psychiater erlöst weniger aus seiner Praxistätigkeit als ein den BSG-Urteilen zugrunde gelegter kalkulatorischer Vollzeitpsychotherapeut. Hierfür mag es demografische, epidemiologische oder politische Gründe geben. Ich stelle im Folgenden einige Entwicklungen und Regelungen dar, welche die Psychiater in den letzten zehn Jahren wiederholt unglücklich und einseitig benachteiligten. Werden diese Punkte addiert, so ergibt sich ein Gesamtgemengelage, das bedrohlich geworden ist.

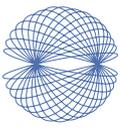
1. Die Fachgruppe der Psychiatrie ist als separates Fachgebiet jung. Als sie ein eigenes Fachgebiet wurde, gab es bald danach (1992) die Niederlassungsbeschränkungen in einer mit den Nervenärzten gemeinsamen Bedarfsplanung. Ein dynamisches Wachstum der Fachgruppe entsprechend den damaligen Ausbildungszahlen (90er-Jahre) wurde dadurch verhindert. Nie gab es ein Wachstum der jungen Fachgruppe über ungehemmte Neuzulassungen, und dies zu einer Zeit (Anfang der 90er-Jahre), als in unserem Fachgebiet noch besonders viele Fachärzte ausgebildet wurden. In anderen neuen Fachgruppen gab es und gibt es bis heute die Regelung, dass bundesweit die ersten 1.000 Neuzulassungen von der Bedarfsplanung angenommen sind. Diese benachteiligende Ungleichbehandlung wirkt bis heute

nach, sowohl materiell als auch unter Versorgungsaspekten.

2. Ein dynamisches Wachstum der einzelnen Praxis wurde ab 1996 durch die Mengengrenzungsmaßnahmen (Praxisbudgets, Fallzahlzuwachsbeschränkungen) der lokalen KVen verhindert.

Zwar stellte der EBM 96 und die darin enthaltenen bundesweiten Vorgaben für die lokalen HVMs der jeweiligen regionalen Fachgruppe gemeinsam ein geldliches Budget zur Verfügung (Fachgruppenpotopf). Dieser Honorartopf gestand jedem Fachgruppenmitglied einen kalkulierten bundesweit einheitlichen prozentualen Kostensatz zu plus regional historisch unterschiedlich entstandene durchschnittliche Praxisgewinne (etwa ein Oberarztgehalt). Der Geldtopf einer Fachgruppe entstand dann durch Multiplikation der Zahl der Fachgruppenmitglieder mit einem wie oben kalkulierten Praxisumsatz. Jeder Psychiater entnahm entsprechend seiner Leistungsmenge aus diesem Topf, wobei das System der Praxisbudgets dem Prinzip nach Kopfpauschalen entsprach. Für jeden Behandlungsfall gab es für jedes Quartal eine bundesweit einheitliche Punktmenge, die zu regional unterschiedlichen Punktwerten ausbezahlt wurde. Es gab somit einen Anreiz zur Fallzahlsteigerung, der allerdings innerhalb einer Fachgruppe finanziert werden musste.

Dass dieser Geldtopf nicht wirklich reichte, wurde bis zum Auszug der psychotherapeutisch tätigen Psychiater maskiert. Diese wurden unterdurchschnittlich entlohnt und entnahmen deshalb dem gemeinsamen Honorartopf weniger Geld. Dadurch stützten sie den Punktwert der nicht oder wenig psychotherapeutisch tätigen Kollegen. Diese konnten dies jedoch wegen eingebauter Wachstumsbremsen wie Zulassungssperren und EBM-96-Praxisbudgets sowie gegebenenfalls regionalen HVM-Fallzahl-Zuwachsbeschränkungen kaum zu dynamischen Wachstum nutzen. In einigen Regionen gab es so aber immerhin einige Jahre der



relativen Honorarruhe, trotz allmählich allseits fortschreitendem Punktwerteverfall. Solange noch einige überwiegend psychotherapeutisch tätige Psychiater neu zugelassen wurden, brachten sie der Fachgruppe ein neues durchschnittliches Geldvolumen mit und verbrauchten es selbst nur teilweise. Dort wo auf Fachgruppentöpfe verzichtet wurde, floateten die Psychiater mit ihren reinen Gesprächsleistungen im freien Fall mit den Mengenausweitungen technischer Fächer oder mit Fächern mit zeitlichem Rationalisierungspotenzial. Hier trat die materielle Schwächung der Fachgruppe Psychiatrie schon besonders früh und besonders deutlich ein.

3. Nebst Psychotherapeuten mit ihrer antrags- und genehmigungspflichtigen Gesprächsleistungen waren und sind die Psychiater die Gruppe mit der geringsten Möglichkeit für einen Hamsterrad-Effekt: Sie können weder schneller sprechen noch mehr Medikamente an immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit verschreiben (Medikamentenbudgets), noch haben sie irgendwelche Ausweichmöglichkeit auf Impfleistungen, Prävention oder individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Wer lässt schon viermal jährlich vorsorglich seinen Geisteszustand „checken“, so wie es andere mit ihren Cholesterinwerten oder Augendrücken machen? Auch für Privatpatienten stellt eine Psychiatriepraxis keinen sonderlich attraktiven Ort dar. Für Privatpatienten stellen allenfalls Psychotherapie oder Entspannungungsverfahren ein attraktives Angebot einer Psychiatriepraxis dar. Letztere Leistungen sind jedoch in der GOÄ seit 1988 nicht mehr angepasst worden und selbst zum Faktor 2,3 schlechter als zum Kassensatz entlohnt.

Psychiater erbringen ihre Leistungen an überdurchschnittlich häufig chronisch Kranken, die genau deshalb auch überdurchschnittlich häufig arm sind und – weil häufig in Jugendjahren erkrankt – außerdem auch noch unterdurchschnittlich (aus)gebildet sind. All dies erschwert eine so genannte Marktorientierung, wie sie Politik und Medien immer wieder als Ausweg empfehlen. Die politisch zur Kostendämpfung verordnete Stagnation im Gesundheitswesen trifft so die tenden-

ziell bedürftigsten und die am wenigsten wehrhaften der chronisch Kranken.

Diese aufgezwungene Stagnation traf zeitgleich mit einer besonders dynamischen Innovationsphase ein. Nach der Sozialenquete verstand sich die ambulante Psychiatrie als gemeindenah und an Methodenvielfalt und multiprofessioneller Zusammenarbeit interessiert. Sowohl gänzlich andere Antidepressiva als auch gänzlich neue Antipsychotika und erstmals viel versprechende Antidepressiva kamen zur Marktreife. Sie trafen aber schon von ihrer Einführung an auf starre Medikamentenbudgets, sodass diese neuen Medikamente in Deutschland im Vergleich zum übrigen Europa nur unterdurchschnittlich häufig zum Einsatz kommen.

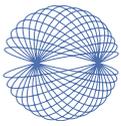
In diesen Jahren beginnender Schiefelage war in einigen KV-Bereichen die Versorgung von möglichst vielen Patienten in Heimen ein Ausweg, in anderen Regionen die Erbringung von Antragspsychotherapie mit weniger Personal- und Praxiskosten. Ersteres stieß dort auf Schwierigkeiten, wo Fallzahlbegrenzungen oder die beginnenden Medikamentenrationierungen Ende der 90er-Jahre dies erschwerten, letzteres dort, wo der in den meisten KVn noch ungestützte Punktwert der Antragspsychotherapie dies nicht zu wirtschaftlichen Bedingungen ermöglichte. Aus diesen regionalen Unterschieden erklären sich zu einem guten Teil die lokalen Verschiedenheiten der Arbeitsweisen von Psychiatrie-Praxen zwischen Süd und Nord, Ost und West.

4. Als alles enger wurde, der durchschnittliche Punktwerteverfall etwa 25 % erreicht hatte und die HA-FA-Konflikte ihre Schatten voraus warfen, traf die Fachgruppe der Psychiater ein nochmaliger Verzerrungseffekt: Im Ausnahmejahr 1999 wurden bundesweit nach Gesetzesvorgabe auch alle so genannten Kap.-IV-Psychotherapie-Leistungen der Psychiater der Geldbewertung aller (vornehmlich Antrags-)Psychotherapieleistungen der vorhandenen und neu integrierten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten unterworfen. Hiervon waren auch alle Leistungen der meist psychodynamischen seltener verhaltensanalytischen Diagnos-

tik und Krisenintervention (Probesitzungen) betroffen.

Diese Leistungen wurden von vielen, auch großen psychiatrischen Praxen noch betrieben, quasi im Spagat mit der zunehmenden Breitenversorgung als punktuelle Verlinkung mit der im neuen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin noch weiter spezialisierten Psychotherapie. Diese Geldbewertung für die psychotherapeutischen Leistungen sollte zwar nur für ein Jahr gelten, doch brachte das Jahr 2000 mit der politisch verordneten Hausarzt-Facharzt-Trennung dann eine weitere sockelwirksame Verschlechterung: die (für Psychiater im Vergleich zu 1998 schon schlechteren) Geldmengen aus 1999 wurden sockelwirksam zwischen Haus- und Fachärzten für die Zukunft festgeschrieben. Als Ergebnis wurde der Fachgruppe aufgrund schlechter gesetzlicher Vorgaben die Mengendynamik aller ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen bis 1998 weggenommen und auf das niedrigere Niveau 1999 heruntergestuft. Die Psychiater waren hiervon besonders dauerhaft betroffen, wenn sie relativ viel Probesitzungen und relativ wenig der nun bald gestützten Antragspsychotherapie betrieben. Deshalb setzte jetzt erst recht der Exodus der einst die Gruppe stützenden psychotherapeutisch ausgerichteten Psychiater aus der Fachgruppe ein, weil nun die BSG-Urteile eine planbare Zukunft als überwiegender Psychotherapeut versprochen. Das volle Ausmaß des bislang maskierten, im Ausnahmejahr vernebelten Honorardefizits für die Fachgruppe der Psychiater wurde nun ab etwa 2001 relativ plötzlich für alle verbliebenen, überwiegend psychiatrisch tätigen Psychiater sichtbar und fühlbar.

Die zunehmend bürokratisch eskalierenden Reformen im Gesundheitswesen mit ständigen neuen Umsortierungen und Dokumentationsauflagen (Integration der Psychologischen Psychotherapeuten; HA-FA-Trennung, ICD-10-Pflicht; Praxisgebühr, Zwangsveränderung von der alten ehrenamtlichen KV zur hauptamtlichen KV auch auf Landesebene, Medikamentenregresse, EBM 2000 plus) verhinderten in der Folgezeit durch die allgemeine lärmende Aufregtheit eine sachgerechte Diskussion zugunsten unserer kleinen Fachgruppe.



5. Der entstehende Mangel im Facharztbereich wurde je nach KV ab 2000 etwas unterschiedlich weitergereicht, doch bekam jede Fachgruppe bestenfalls ihr altes Geld, und die Psychiater nur ihr schlechteres Geld aus dem Jahr 1999 zurück. Ab 2000 trafen die niedergelassenen Psychiater dann zusätzlich die Probleme der politisch erklärtermaßen zum Abwickeln freigegebenen Fachärzte allgemein.

Wenn heute von 30 % fehlendem Geld im ambulanten Sektor gesprochen wird, so gilt dies eben nur durchschnittlich über alle Fachgruppen. Die Fachärzte sind mit etwa 45 % weitaus stärker betroffen als die Hausärzte mit 15 %. Diese kamen 2000 mit Punktwerten um umgerechnet 4,5 Cent (10 % zu wenig) heraus und entwickelten sich bis heute auf umgerechnet etwa 4,25 Cent (15 % zu wenig). Hierfür bieten vielfältige Pauschalen und Sonderprogramme (DMP, Impfen, Prävention) einen lukrativen Ausgleich, so dass über alles auch Honorarsteigerungen resultieren konnten.

Die Fachärzte lagen von Anfang an bei höchstens 4 Cent (–20 %) und liegen heute etwa bei umgerechnet 3 Cent (–40 %), bei schwachen Gruppen wie eben den Psychiatern bei umgerechnet 2,5 Cent (–50 %) gemittelt über alle erbrachten und teilweise unbezahlten oder schlecht bezahlten Leistungen.

Unterschiedliche lokale KV-„Lösungen“ des Honorarmangels bei den Fachärzten wie Punktmengenbereinigungen, Fallwertbegrenzungen, Punktzahlbudgets machen direkte Vergleiche schwierig, doch steht allen Punktwertverlusten oder auch Punktmengenverlusten immer auch ein Verlust in Euro zur Seite. Dieser Verlust ist das zählende geldliche negative Ergebnis trotz aller meist erfolgloser Versuche im Hamsterad. Dieser Verlust in Euro wird für jeden Psychiater trotz weitaus gestiegener Fallzahlen und Leistungsmengen bei mindestens –20 % im Vergleich zu 1991 liegen. Hierbei ist wohlgermerkt die Geldentwertung noch nicht berücksichtigt und diese addiert sich zusammen mit dem geldlichen Minus auf die fehlenden bis zu 50 % in unserem Fachgebiet.

Weil dies so verwirrend ist, sei es noch einmal anders ausgedrückt: Der Geldmangel liegt allgemein bei 30 %, in unserem Fachgebiet aber bei bis zu 50 %.

Er versteckt sich teils in den umsonst oder fast umsonst erbrachten Punktmengen und außerdem in nur schlechten Punktwert der bezahlten Leistungen. Und er versteckt sich in den gekappten, aber eigentlich notwendigen Leistungsmengen, um die restlichen Leistungen zu optisch besseren Punktwerten aber gleich knappen Geld bezahlen zu können.

„Schuld“ sind zu einem Drittel die KBV und die lokalen KVen, die allenfalls mehr Rücksicht auf Besonderheiten nehmen könnten; zu zwei Dritteln ist die Verantwortung aber in der Politik zu finden, die mit dem gedeckelten Gesundheitswesen die Globalisierungsprobleme der Großbetriebe lösen will und dafür das Gesundheitswesen über die unbezahlten Leistungsmengen nur gerade noch funktionierend erhalten will. Die niedergelassenen Fachärzte sind zur Abwicklung freigegeben, weil sie scheinbar besonders teure Leistungen erbringen.

6. Die Folgen der tendenziös umgesetzten Hausarzt/Facharzttrennung bestimmten seit 2000 die weiteren Verschlechterungen für die Honorare der Psychiater.

a: Fehlende Arztkorrektur, wie sie im Gesetz eigentlich vorgeschrieben ist: die Hausärzte (etwas) weniger, die Fachärzte (deutlich) mehr. Es gibt neue und noch kleine Facharztgruppen mit Erlaubnis zur freien Zulassung bis zu bundesweit 1.000 Niedergelassenen und es gibt – anders als bei den Hausärzten – im Facharztbereich (noch!) niederlassungswillige frisch ausgebildete Nachwuchsärzte. Das Facharztbudget wurde aber eben nicht angepasst, weshalb wir im konstanten Geld floaten. Eine stattdessen etwa 2002 beschlossene „Beobachtung“ von Leistungsverchiebungen und vage verheißene Korrektur der Geldmengen ist nicht erfolgt. Dabei ist diese Verschiebung hin zu den Psychiatern besonders spürbar: Hausärzte überweisen, damit teure Medikamente verschrieben werden können. Patienten suchen den Psychiater oft direkt auf (wie einen Hausarzt), weil sie meist relativ jung und seelisch krank, aber nicht körperlich behandlungsbedürftig sind. Deshalb sanken die Fallzahlen auch nach Einführung der 10-Euro-Kassengebühr 2005 einzig bei den Psychiatern nicht, sondern stiegen sogar!

b: Ein gewolltes oder zumindest von der ehemals deutlich hausärztlich orientierten KBV gerne hingenommenes Leck der doch eigentlich getrennten Honorartöpfe zwischen Haus- und Fachärzten zapfte den zu kleinen Honorartopf der Fachärzte permanent an: Die Millionen Kassenwechsler zu den Billigkassen bedeuteten einen Geldverlust im System in „zig-Milliardenhöhe“. Diesen Verlust haben (aus komplizierten und hier nicht näher dargelegten und von der KBV im Trennungsbeschluss luschtig oder vorsätzlich gestalteten Gründen) die Fach- zu 75 % und die Hausärzte nur zu 25 % zu tragen gehabt. Bei den Hausärzten werden diese 25 % wieder durch andere Effekte wie zuletzt die drastische Besserstellung der Nottendienstbesuche ausgeglichen. Im Facharztbereich hingegen werden sie noch verschärft durch die in c) dargestellten Effekte. In diesem Zusammenhang sollte es bedenklich stimmen, dass auf einer der letzten KBV-Vertreterversammlung im Mai 2006 beschlossen wurde, diese Ebbe im Facharzttopf nun festzuschreiben und das Leck in dem Moment zu verschließen, wo es erste Rückwanderer von den Billigkassen hin zu den serviceorientierteren Traditionskassen gibt.

c: Alle technischen Innovationen, alle neuen Methoden oder Fachgebiete sind im Facharztsektor angesiedelt und von allen Fachärzten gemeinsam aus dem gedeckelten, aber nicht einmal sauber getrennten Facharzttopf zu tragen: Facharzt für Rehabilitation, neue Laborleistungen, gentechnische Zytologie/Histologie, Kernspintomografie, Angiografie etc. führen nur im Facharzttopf zu weiteren Punktwertverlusten bei gleichzeitig steigender Leistungsmenge. Da diese Steigerungen nicht morbiditäts-, sondern fortschritts- und qualitätsbedingt sind, sollten wir als Fachärzte uns auch von einem vage verheißenen Morbiditäts-HVM nicht allzu viel versprechen.

7. Das Psychotherapieproblem macht mit 3 % bis maximal 4,5 % gegenüber den etwa fehlenden 45 % im Facharzttopf nur einen kleinen Teil des Defizits aus. Dieses Thema scheint sich jedoch gut dafür zu eignen, in der innerärztlichen Diskussion von den eigentlichen Ursachen und Problemen abzulenken. Die von Haus- und Fachärzten gemein-

sam betriebene geschickte Verschleppung des Problems seit Mitte der 90er-Jahre bis etwa 2005 bewirkte, dass nun allein die Fachärzte die Nach- und Weiterzahlungen der Antragspsychotherapie zu tragen haben. Obwohl das Problem noch zu Zeiten der gemeinsamen Verantwortung weit vor der Trennung beider Gruppen entstanden ist, belastet es die Hausärzte überhaupt nicht. Perspektivisch wird das Problem jedoch dadurch deutlich gemildert werden, dass die meisten Schiedsamtentscheidungen die stärkere Beteiligung der Krankenkassen für die Zukunft sockelwirksam vorgesehen haben.

Die Antragspsychotherapie ist für niedergelassene Psychiater der einzige verbliebene Ausweg aus den vielfältigen Regressen, Deckelungen und Abstaffelungen. Allein mit mehr Antragspsychotherapie kann der niedergelassene Psychiater etwas Wachstum unter kalkulierbaren Bedingungen und/oder Kostenreduktion in seinen ansonsten unwirtschaftlich gewordenen Praxisstrukturen realisieren. Er tut dies dann teilweise unter Preisgabe seines eigentlichen psychiatrischen Versorgungsauftrages, aber er tut es aus bitterer Überlebensnotwendigkeit und rettet sich in ein wirtschaftliches Teissegment. Damit begünstigt er dann aber auch gleichzeitig fachlich unhaltbare öffentliche Vorstellungen darüber, dass Psychotherapie die einzig wesentliche Behandlungsweise psychischer Krankheiten oder seelischer Störungen sei.

Dr. med. Uwe Bannert
Oldesloer Str. 9, 23795 Bad Segeberg
E-Mail: uwe.bannert@t-online.de

Fortsetzung folgt ...

Der zweite und letzte Teil dieses Beitrags, der sich mit erkennbaren Auswirkungen der Honorarmisere auf die nahe Zukunft der Psychiatrischen Versorgung befasst, folgt in der nächsten Ausgabe des NEUROTRANSMITTER.

Dieser erste Teil ist parallel auch in der ersten Ausgabe 2007 der Zeitschrift für die Mitglieder im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e. V. erschienen (www.bvvp-magazin.de).

„Fortbildungscurriculum Demenz“ der DGN

Die DGN-Kommission Demenz und Gerontoneurologie veranstaltet ein „Fortbildungscurriculum Demenz“, bei dem praxisrelevante und direkt anwendbare Kenntnisse zur Therapie der Demenz und verwandter Erkrankungen vermittelt werden sollen (CME: voraussichtlich 39 Punkte; kurze Abschlussprüfung; Kosten: 500 EUR gesamt).

Ausführliches Programm unter „News“ auf der Homepage der DGN <http://www.dgn.org/> und unter „Fortbildung“ auf der Homepage des BVDN <http://www.bvdn.de/>.

Anmeldung und Information: Geschäftsstelle des BDN und BVDN, Fax 02131-2209922 (bevorzugt), Telefon 02131-2209920.

Kurzfassung des Programms

18./19. Mai 2007, Freiburg (Freitag: 14.00–18.00 Uhr, Samstag: 9.30–16.00 Uhr)

Referenten: K. Schmidtke, Freiburg und C.W. Wallesch, Magdeburg

- Alzheimer-Demenz: körperliche u. psychiatrische Symptome, apparative u. Labor-Diagnostik, Varianten, Fehlerquellen, Psychopharmaka, Psychoedukation etc.
- nicht organische Störungen: Ursachen, Klinik, Diagnose, Behandlung
- vaskuläre Demenzformen: Diagnostische Abgrenzung, Therapieoptionen
- Depression: kognitive Störungen, Pseudodemenz
- Leichte Kognitive Störung

15. und 16. Juni 2007, Berlin (Freitag: 14.00–18.00 Uhr, Samstag: 9.30–16.00 Uhr)

Referenten: Ch. Lang, Erlangen und M. Riepe, Berlin

- symptomatische Demenzen: metabolische und entzündliche Ursachen etc.
- Neuropsychologie: Grundlagen, rationale Testdiagnostik, Installation der CERAD-Serie. Testprofile, Verhaltensbeobachtung, Übung, Quiz

13. und 14. Juli 2007, Freiburg

Referenten: A. Danek, München und K. Schmidtke, Freiburg

- Bildgebung: CCT, NMR, SPECT, typ. Befunde, Atrophie u. vaskulären Veränderungen
- seltenere Krankheiten: LBD, FTD mit Sonderformen, Nosologie, Klinik, Genetik etc.

Kostenlose Praxis-Homepage für ein Jahr!

Seit Februar 2007 werden sämtliche BVDN-Mitglieder im Ärzteverzeichnis des Internetnetzwerkes www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de (NPiN) gelistet. Fachärzte, die eine Homepage bei „Neurologen und Psychiater im Netz“ abonniert haben, werden dort besonders hervorgehoben. Eine direkte Kontaktaufnahme von Patienten und Angehörigen zu Abonnenten des NPiN-Services ist gewährleistet. Die Komplettierung des Ärzteverzeichnisses soll den Patienten auch die Suche nach Arztpraxen erleichtern, die an Projekten zur integrierten Versorgung teilnehmen. Bei Anmeldung bis zum 30. April 2007 übernehmen BVDN, BVDP und BDN jetzt für ihre Mitglieder ein Jahr lang die kompletten Kosten einer Homepage (Kosten, Anmeldung s. Rückseite).

Nach dem Start des Patienten-Informationsdienstes vor zwei Jahren können

sich Interessierte jetzt auf gut 3.000 Seiten über 80 relevante Krankheitsbilder und Störungen informieren. Durch die enge Zusammenarbeit mit Nachrichten-Agenturen sowie Print- und TV-Medien gelang es, seelische und nervliche Erkrankungen einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen – und so auch einer Diskriminierung entgegenzuwirken. Durch eine Praxis-Homepage bei „Neurologen und Psychiater im Netz“ präsentiert man nicht nur seine Praxis, sondern trägt auch dazu bei, die Öffentlichkeit über neurologische und psychiatrische Themen zu informieren.

Jochen Lamp

Monks Ärzte im Netz,
Kelsterbacherstr. 56, 60528 Frankfurt
E-Mail: jochen.lamp@monks.de
www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de



www.Neurologen-und-Psychiater-im-Netz.de

Ihre Ärzte-Homepage

bei www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de –

dem Informationsdienst für Ihre Patienten und Angehörige

herausgegeben von den neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen

Berufsverbänden und Fachgesellschaften BDN, BKJPP, BVDN, BVDP, DGGPP, DGKJP, DGN und DGPPN

Vorteile für Ihre Homepage bei www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de:

- Redaktionelles Umfeld mit mehr als 3.000 Seiten Informationen zu neurologischen und psychischen Erkrankungen sowie viele weitere nützliche Tipps
- Tägliche News zu aktuellen neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Themen
- Breite Bekanntmachung durch Fernsehen und Printmedien

Kosten:

Das erste Jahr übernimmt der BVDN die Kosten Ihrer Homepage! Das Angebot gilt nur bis zu 30. April 2007. 1. Jahr 0,00 €

Anschließend sind die Kosten wie folgt:

Einzelpraxis – ohne bestehende Homepage	7,50 € / Monat
Einzelpraxis – mit bestehender Homepage	3,75 € / Monat
Gemeinschaftspraxen – ohne bestehende Homepage	10,00 € / Monat
Gemeinschaftspraxen – mit bestehender Homepage	5,00 € / Monat

Alle Kosten verstehen sich zzgl. MwSt.

Kontakt und Information:

Steven Monks

Tel.: 089 / 64 24 82 12

E-Mail: st.monks@monks.de

Anmeldung

Ich melde mich für eine Homepage beim Patienten-Informationsdienst www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de an.

Name, Vorname

Fachgebiet

Straße

PLZ, Stadt

Tel. E-mail

Internetadresse (falls bereits eine eigene Homepage besteht)

Sprechzeiten

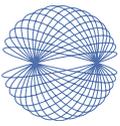
Bitte senden an:

Monks – Ärzte im Netz
Neurologen und Psychiater im Netz
Steven Monks
Tegernseer Landstraße 138
81539 München

Fax: 089 / 64 20 95 29

Das erste Jahr übernimmt der BVDN die Kosten Ihrer Homepage!





Aus dem Landesverband Berlin

Integrierte Versorgung – Hauptstadt orientiert sich am niedersächsischen Weg

Der Berliner Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit hat es erkannt. Im niedersächsischen Modell zur integrierten Versorgung schwer psychisch Kranker, so wie es von Gerd Holler konzipiert wurde, liegt ein besonderes Innovationspotenzial, von dem viele Seiten, vor allem aber die betroffenen Patienten profitieren können.

Am 7.1.2007 wurde vom Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin mit der DAK ein erster Berlin-weit gültiger Vertrag zur integrierten Versorgung (IV) schwer kranker psychiatrischer Patienten nach § 140 SGBV abgeschlossen. Die Grundzüge des IV-Vertrages orientieren sich an dem in Niedersachsen zum Teil schon seit zwei Jahren praktizierten erfolgreichen Konzept, das von zirka 20 Praxen umgesetzt wird (Vorreiter: M. Walle/A. Lammers in Hemmoor, H. Munzel in Kirchweyhe, H. Hamann und N. Mayer-Amberg in Hannover; auch S. Schreckling in Hürth/ Rheinland-Pfalz). Die Psychiaterpraxis übernimmt in diesem Modell eine Leitstellenfunktion und koordiniert ein ambulantes Behandlungsangebot, das in Berlin aus Soziotherapie (ST) und ambulanter psychiatrischer Hauskrankenpflege (APP) besteht.

Der Vertrag sieht ein Behandlungsprogramm vor, das mithilfe allgemeinverbindlicher Behandlungspfade zu einem umfassenden Versorgungsprogramm strukturiert werden soll, das für Patienten mit komplexem Hilfebedarf aufgrund schizophrener, affektiver, depressiver, manischer und bipolarer Störungen und psychosomatischer und Suchterkrankungen sowie für psychisch

krankte alte Menschen eine genauere Abfolge der Behandlungsschritte konkretisiert. Hierbei werden die Leitlinien der Fachgesellschaften in praktische und direkte Handlungsmaßnahmen umgesetzt. Durch innerärztliche Qualitätszirkelarbeit, die auf Initiative der Fachärzte und unter Einschluss von Haus- und Klinikärzten durchgeführt wird, soll die Verzahnung und konzeptionelle Abstimmung mit den regionalen psychiatrischen Kliniken erreicht werden. Dies dient dem ausdrücklichen Gebot, die gesetzlichen Maßgaben des § 140 a SGB V so umzusetzen, dass eine einheitliche Versorgungsstruktur entsteht. In diesem Zusammenhang wird auch ein zeitnaher Informationsaustausch über relevante Sachverhalte, wie Einweisung, Entlassung, Verlegung und Komplikationen bei der Behandlung der in die integrierte Versorgung eingeschriebenen Patienten zum Steuerungsstandard. Ein flächendeckendes Versorgungsangebot für das Land Berlin ist vertraglich angestrebt.

Auf einer Einführungsveranstaltung am 23.1.2007 wurde jetzt das Konzept den Mitgliedern des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit vorgestellt und fand dabei große Resonanz. Über 25 Berliner Nervenarzt- und Psychiaterpraxen haben bereits ihre Teilnahme erklärt, obgleich die Voraussetzungen für das vereinbarte ambulante Komplexangebot vielerorts erst noch etabliert werden müssen. Voraussetzung auf Seiten der Psychiaterpraxen ist unter anderem eine regionale Vernetzung von mindestens vier Praxen, damit zum Beispiel auch die vertraglich vereinbarte fachärztliche Präsenz auch in Urlaubszeiten gewährleistet ist. Auch muss regional die Zusammenarbeit mit Soziotherapeuten und ambulanten psychiatrischen Pflegediensten gegeben sein. Während die Berliner Soziotherapie mit über 20 zugelassenen Soziotherapeuten bundesweit führend sein dürfte, ist das Angebot an ambulanter psychia-

trischer Hauskrankenpflege noch rudimentär und dürfte erst in ein bis zwei Jahren über ausreichende Kapazitäten verfügen.

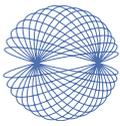
Der Vertrag zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

- Fokussierung auf psychisch schwer Kranke,
- Stärkung ambulanter Versorgung mit komplexem Behandlungsangebot,
- psychiatrische Praxis als Koordinations- und Leitstelle,
- vereinbarte Kooperation mit Kliniken,
- vereinbarte Kooperation mit Hausärzten,
- breite Einschluss-Indikation (Psychose, Depression, Sucht, Psychosomatische Erkrankungen, Demenz),
- flächendeckender Vertrag,
- sektorenübergreifender Vertragsabschluss auf der Basis einer Vereinsstruktur,
- angemessene Honorierung aller Leistungsbereiche (was sich in praxi beweisen muss).

Eine Ausweitung dieser IV auch auf Patienten anderer Krankenkassen ist wünschenswert und wird derzeit verhandelt. Weiter Informationen zum Vertrag finden Sie unter www.psychiatrie-in-berlin.de.

Der in Berlin abgeschlossene Vertrag beruht auf umfangreichen konzeptionellen und praktischen Vorarbeiten von Gerd Holler vom Arbeitsbereich Versorgungsforschung der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover. Aufgrund seiner langjährigen Verdienste um eine integrierte und somit verbesserte ambulante psychiatrische Versorgung wurde Gerd Holler auf der Veranstaltung am 23.1.2007 die Ehrenmitgliedschaft im Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin verliehen.

Dr. med. Norbert Mönter, Berlin



Das Konstrukt „psychische Krankheit“ wird meist mit „unverstehbar“ und „genetisch bedingt“ assoziiert. Insbesondere bei Psychosen lähmt das damit verbundene Vernachlässigen oder Ausblenden psychosozialer Zusammenhänge die Eigeninitiative von Patienten und deren Familien, in einer Einzel- oder Familientherapie Hilfe zu suchen. Eine neutrale Haltung professioneller Helfer bezüglich verschiedener Krankheitskonstrukte und bezüglich der Frage möglicher Verhaltensänderungen kann in der Therapie hilfreiche Veränderungen bewirken.



© stock.xchng

Systemische Methoden in psychiatrischen Kontexten – Teil 3

Neutralität bei Psychosen

Eine systemische Haltung geht davon aus, dass normalerweise der Patient selbst am besten weiß, was für ihn gut ist. Er benötigt allerdings zum Erkennen von Sinnzusammenhängen, zum Kennenlernen von Alternativen und zur Entscheidungsfindung manchmal die Hilfe des Therapeuten.

Neutralität

Bezüglich der verschiedenen möglichen Lebenswege und Entscheidungen wie auch (im Fall von Familiengesprächen) bezüglich der Haltungen der verschiedenen Familienmitglieder sollte der Therapeut deshalb neutral sein [Selvini Palazzoli et al., 1981; Retzer, 2002].

Man kann folgende Formen von Neutralität unterscheiden:

1. Bei der Konstruktneutralität steht die Respektlosigkeit gegenüber Bewertungen, Bedeutungen und Theorien, insbesondere Lebensentwürfen und Krankheitstheorien im Mittelpunkt.

Beispiel

Frau V. mit der Diagnose einer bipolaren affektiven Störung berichtete über mehrere depressive und leichte manische Phasen. In

depressiven Phasen schaffte sie sich eher Nähe zum Ehemann, in leichten manischen Zuständen Distanz, wobei dann ihr Mann Nähe suchte. Ich zeigte mich neutral in der Frage, inwieweit ihre Krankheit durch sie beeinflusst werden könnte und ob eine Gesundung für sie gut wäre. Nachdem sie ihre letzte Arbeit krankheitsbedingt verloren hatte, zeigte ich mich ambivalent, inwieweit dieser „Behindertenstatus“ ihre Beziehung zu ihrem weniger gebildeten Mann stabilisieren könnte. Meine Neutralität in Bezug auf die Frage der Beeinflussbarkeit und der Bewertung der Symptome als nützlich oder nicht nützlich führte zu einer deutlichen Veränderung. Sie wagte einen beruflichen Wiedereinstieg. Entgegen ihrer Befürchtungen wurde die Beziehung zu ihrem Mann danach besser.

2. Bei der Veränderungsneutralität geht es um die (vom Therapeuten nicht zu entscheidende) Frage, ob Veränderung oder Nicht-Veränderung für den Patienten besser ist. Dies impliziert insbesondere die Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie, die mit Veränderung verbunden sein kann.

3. Soziale Neutralität heißt, bei Gesprächen mit verschiedenen Familienmitgliedern nicht die eine oder andere Position zu unterstützen. Inwieweit man als Therapeut letztendlich neutral war, entscheidet der Patient beziehungsweise die Familie.

Psychosen

Bei systemischer Betrachtung wird das in der heutigen Psychiatrie favorisierte Vulnerabilitäts-Stress-Modell [Zubin u. Spring, 1977] um zirkuläre Rückkopplungsprozesse erweitert, die auf verschiedenen Ebenen zu einer Aufrechterhaltung der Störung beitragen [zur systemischen Psychiatrie s. Ruf, 2005]. Bei Psychosen führt die Erfahrung des Patienten, dass seine psychotische Symptomatik wesentlich zur Verminderung familiärer Stressoren beiträgt, zu einer wichtigen Rückkopplungsschleife und hält die Symptomatik aufrecht. Dabei wird dieser Symptomatik üblicherweise eine Unbeeinflussbarkeit zugeschrieben und dem Patienten die Verantwortung für Verhaltensweisen in psychotischem Zustand genommen. Wenn jemand fremdgeht, bedroht das die Ehe; diesel-

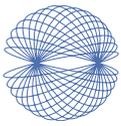
be Handlung in einer manischen Phase führt eher zu einem Druck der Angehörigen, sich behandeln zu lassen, und entschuldigt das Fremdgehen des Betroffenen, weil er ja sonst immer ein treuer Ehemann ist. Bei den verschiedenen Psychosen sind die vorherrschenden Themen und Lebensbereiche der jeweiligen Schuldentlastung unterschiedlich. Ungeachtet der biologischen Prozesse können therapeutische Interventionen im psychosozialen Bereich zu einer wesentlichen Besserung oder Symptombefreiheit führen.

Schizophrenien

Psychosoziale Muster: In Familien Schizophrener herrscht die Wirklichkeitskonstruktion vor, Schuld sei nicht zu ertragen. Ambivalente und widersprüchliche eigene Strebungen und Wünsche sind gefährlich, weil sie schuldig machen können. Wenn in der Adoleszenz ein Bedürfnis nach Kontakt mit dem anderen Geschlecht beginnt und man gleichzeitig den Vater und die Mutter mit ihren unterschiedlichen Erwartungen nicht mit der Ablösung enttäuschen möchte, steckt man in einem Dilemma; jede Entscheidung könnte dann jemanden enttäuschen. Im letztendlich unmöglichen Versuch, unschuldig zu bleiben und es allen Beteiligten gleichzeitig recht zu machen, steigt der Betroffene schließlich aus der Kommunikation ganz aus, weil diese maximale Gleichzeitigkeit nur durch verrücktes Denken und Handeln erreicht werden kann. In der Sprache entsteht ein Bedeutungsnebel, wenn nicht mehr erkennbar ist, was der Betroffene eigentlich möchte (obwohl es um die Sprache geht, wird dies als „inkohärentes Denken“ bezeichnet). Der Rückzug aus der Kommunikation führt zum Wahn mit Rückzug in die eigene, in sich stringente Gedankenwelt, die aus der Lebensgeschichte verstehbar ist [Groß und Huber, 2001; Mücke, 2001]. Schließlich merkt der Schizophrene, dass durch sein psychotisches Erleben und Verhalten das Unmögliche doch möglich geworden ist: indem sein Verhalten von seiner Umgebung als Krankheit bewertet wird, wird er von Schuld freigesprochen; er ist bei seinen Eltern und gleichzeitig in seiner inneren Welt des Wahns autonom; und die zuvor vielleicht zerstrittenen Eltern sind vereint in der Sorge um ihren kranken Sohn. Die Familie mit dem schizophrenen Mitglied findet meist rasch einen neuen Gleichgewichtszustand und ist dann nicht mehr an einer Änderung interessiert [vgl. Virtanen und Keinänen, 1989].

Systemische Therapie: Ungeachtet der normalerweise parallel stattfindenden medikamentösen Behandlung, ist das wesentliche Ziel der systemischen Therapie, zirkuläre Prozesse im psychosozialen Bereich zu stören, die zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Das bedeutet – und damit unterscheidet sich das systemische Vorgehen wesentlich von der gängigen psychiatrischen Praxis – ein Infragestellen des Krankheitskonzepts und die therapeutische Unterstellung, dass der Patient für seine Handlungen durchaus auch verantwortlich sein könne und dass seine Verhaltensweisen einen wichtigen Sinn zum Beispiel zur Aufrechterhaltung des familiären Gleichgewichts besitzen würden.

Bei der Einzel- wie auch Familientherapie [vgl. Ruf, 2005; Retzer, 1994, 2004; Retzer und Simon, 1998, 1999a, 1999b, 1999c] ist eine Veränderungsneutralität besonders wichtig, weil sich die Familie vor allem von Veränderungen bedroht sieht.



Beispiel

Ein etwa 30 Jahre alter Patient kam nach einer stationären Behandlung wegen einer blanden schizophrenen Psychose in die Praxis und erwartete von psychotherapeutischen Gesprächen innere Ruhe und berufliches Weiterkommen. Obwohl er der Wunschnachfolger des Vaters gewesen war, hatte ihn die dominante Mutter nach dessen Tod vor drei Jahren aus dem Familienbetrieb geworfen und führte diesen nun mit dem Bruder zusammen. Das Zusammenziehen mit einer dominanten und der Mutter ähnlichen Freundin hatte daraufhin die Psychose ausgelöst. In der Therapie stand seine Entscheidungsunfähigkeit im Vordergrund. Wenn diese weg wäre, würde er sich von der Freundin trennen und einen eigenen Betrieb gründen, beides risikobehaftet. Ich bestärkte ihn, keine vorschnellen Entscheidungen zu treffen und sich der Freundin gegenüber eher konzentrationsgestört zu zeigen. Zum fünften Gespräch erschien er nicht mehr und berichtete ein halbes Jahr später telefonisch, es gehe ihm gut, er nehme keine Medikamente mehr, sei aber noch arbeitslos.

Eine Auflösung des Krankheitskonzepts und Rückgabe von Verantwortung kann erreicht werden durch Transformation von „Eigenschaften“ (wie z. B. „Peter ist schizophren.“) in kontextabhängige Verhaltensweisen. „Was macht Ihr Sohn, wenn er sich psychotisch zeigt?“, „Seit wann hält Ihr Vater Sie für psychotisch?“, „Was müssten Sie (wie lange)

tun, damit Ihr Vater nicht mehr denkt, Sie wären psychotisch?“ Die Beeinflussbarkeit kann auch durch eine Beschreibung von Interaktionszirkeln gefördert werden. „Wie reagiert die Mutter, wenn sich Ihr Sohn psychotisch zeigt?“, „Was tut Ihr Sohn dann, wenn die Mutter so reagiert?“, „Was müsste die Mutter tun, wenn sie erreichen wollte, dass Ihr Sohn sich psychotisch zeigt?“

Durch eine Symptomverschreibung wird ebenfalls zwangsläufig ein Konflikt sichtbar, entweder durch das vom Patienten infolge der Anweisung ausgeführte symptomatische Verhalten; oder es ergibt einen Konflikt mit dem Therapeuten, zum Beispiel weil dieser die Gefahr familiärer Konflikte falsch eingeschätzt hatte: „Immer wenn es in Ihrer Familie Streit gibt, sollen Sie zu den anderen sagen, Sie würden gerade innere Stimmen hören, auch wenn Sie gerade keine hören. Beobachten Sie, wie ihre Familie reagiert.“ Der Familie kann die Aufgabe gegeben werden, zu raten, wann das angegebene Stimmenhören echt und wann es gespielt sei.

Die synchrone Zeitorganisation kann diachronisiert werden durch Einführung eines zeitlichen Nacheinanders in einem Ritual: „Verhalten Sie sich montags, mittwochs und freitags immer so, wie Ihre Mutter es von Ihnen erwartet. Dienstags, donnerstags und samstags verhalten Sie sich entsprechend der Erwartungen Ihres Vaters. Sonntags haben Sie frei. Beobachten Sie Unterschiede.“

Bei einer Externalisierung [White und Epston, 1989] wird die vorher im Patienten lokalisierte Krankheit zum Beispiel durch eine Personifizierung nach außen verlagert und damit handhabbarer gemacht: „Stellen Sie sich vor, ihre Psychose wäre eine Person ...“, „Was müssten Sie tun, damit der Herr Psychose näher zu Ihnen kommt/ weiter von Ihnen weggeht?“

Beispiel

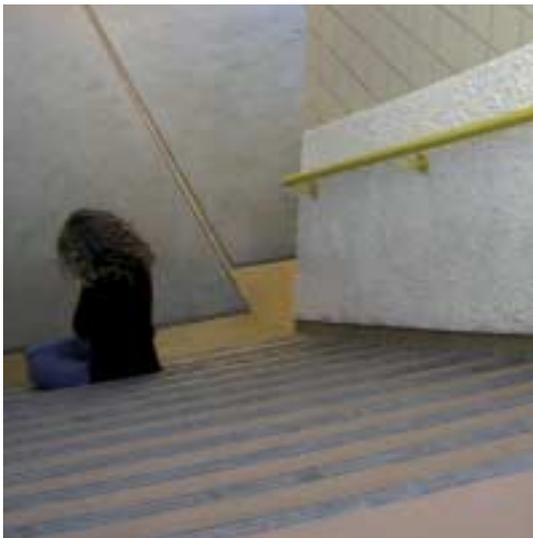
Die junge Frau N. verliebte sich bei einem Auslandsaufenthalt in einen jungen Mann, konsumierte Haschisch und Ecstasy und kam psychotisch vorzeitig nach Deutschland zurück. Die Symptomatik remittierte während einer stationären Behandlung, bei der die Diagnose „paranoide Schizophrenie“ gestellt wurde. Die weiterbehandelnde Ner-

venärztin empfahl eine Psychotherapie, woraufhin Frau N. zu mir kam und als Behandlungsziel äußerte, ihr Selbstbewusstsein verbessern zu wollen. In den therapeutischen Gesprächen stellte sich eine Ambivalenz heraus zwischen dem chaotischen Leben mit Drogen, das sie im Ausland kennen gelernt hatte, und dem bürgerlichen Leben ihrer Herkunftsfamilie. In der im Anfangsstadium als angenehm geschilderten Psychose vereinte sie das chaotische Erleben mit dem Bleiben in der Familie, die sich dann besonders intensiv um sie kümmerte. Durch Externalisierung konnten ihre Einflussmöglichkeiten auf den „Herrn Psychose“ deutlich gemacht werden. Ich verstärkte ihre Ambivalenz mit der Empfehlung, den „Herrn Psychose“ immer mit sich zu nehmen und die angenehmen Seiten der Psychose nicht zu vergessen. Als sie zwei Jahre später wieder für kurze Zeit ins Ausland ging, berichtete sie nach der Rückkehr, sie habe entgegen meiner Empfehlung vergessen, die Psychose mitzunehmen. In den folgenden Gesprächen war die Ablösungsfrage von den Eltern im Mittelpunkt; sie befürchtete, insbesondere dem Vater zu fehlen, während die Mutter eher ihren Auszug unterstützen würde, die Eltern würden sich dann mehr streiten, vielleicht sogar trennen. Entgegen ihren Befürchtungen verlief ihr Umzug in eine eigene Wohnung einige Jahre später problemlos. Sie liierte sich mit einem Mann und widmete sich verstärkt ihrem beruflichen Aufstieg.

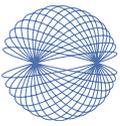
Affektive Psychosen

Psychoziale Muster: Bei affektiven Psychosen dreht sich der Zentralkonflikt um die Wünsche nach einerseits Zusammenbleiben, Nähe und Selbstkontrolle, andererseits nach Trennung, Distanz und Fremdkontrolle. Diese Strebungen werden in der depressiven und in der manischen Phase zeitlich nacheinander geordnet (diachron) gelebt.

In der Depression ist der Wahrnehmungsfokus eingengt auf negative und enttäuschende Erfahrungen. Eine sich selbst erfüllende Prophezeiung kann durch die Erwartung einer nahenden Depression entstehen („Die Depression kommt immer im Frühjahr.“). Wenn dann eine vielleicht minimale Belastungs-



FORTSETZUNG SEITE 37 —



situation zu einer Fokussierung der Aufmerksamkeit auf depressive Symptome führt, bestätigt die dadurch ausgelöste Angst vor einer Depression die negative Erwartung mit der Folge einer noch größeren Angst vor der Depression etc. Schließlich wird der Betroffene in diesem Depressionskreislauf wirklich depressiv. Der Versuch, nicht depressiv zu sein und depressive Gedanken und Gefühle zu kontrollieren, führt letztendlich zur Depression. Nun stellt der Betroffene fest, dass er durch seine vom Partner nicht beeinflussbaren Symptome Macht gewinnt. Er bestraft den Partner durch seine depressive Unfähigkeit dafür, dass dieser ihn nicht gemäß seiner hohen Erwartungen schätzt und unterstützt. In manischen Phasen werden vom Patienten die engen familiären Grenzen gesprengt, wenn er zum Beispiel Beziehungen zum anderen Geschlecht aufnehmen möchte. Das expansive, Distanz schaffende Verhalten in der Manie provoziert in der Umwelt eingrenzende Kontrollmaßnahmen, die wieder eine gewisse Nähe herstellen, aber auch Aberkennung der Zurechnungsfähigkeit. So wird der bedrohte Familienzusammenhalt wieder gefestigt.

Systemische Therapie: Bei der unabhängig von der Medikation stattfindenden systemischen Therapie steht ein Infragestellen des Krankheitskonstrukts im Vordergrund. Unter Wahrung einer Konstruktneutralität wird in der Therapie die Frage durchgespielt, welche Bedeutung es hätte, falls einerseits eine nicht beeinflussbare Störung des Hirnstoffwechsels oder andererseits beeinflussbare und (z. B. für den Familienzusammenhalt) Sinn machende Verhaltensweisen vorlägen.

Der bei depressiven Patienten vorherrschende Kreislauf der Selbstabwertung kann am effektivsten gestört werden, wenn man die Selbstabwertung als sinnvoll (zumindest nach der bisherigen Lebenserfahrung des Patienten) bewertet. Neben dem Anerkennen des Leidens ist es wichtig, die bisherigen Leistungen und Bemühungen der Patienten (für die Familie, in der Psychotherapie etc.) wertzuschätzen.

Eine Umdeutung der Depression als „Rückzug“ macht dem Patienten ein Sinnangebot, das eine Besprechung der Funktion des Symptoms ermöglicht („Wann

haben Sie sich zum Rückzug entschlossen? Was hat Sie dazu bewegt? Wozu ist Rückzug gut?“). Die Symptome können als Signale umgedeutet werden, die darauf hinweisen, dass man schlecht mit sich umgegangen war oder seinen Bedürfnissen nicht genügend Rechnung getragen hatte. Wenn der Patient diese Umdeutung annimmt, kann man ihn davor warnen, die Depression auf Dauer zum Verschwinden zu bringen, da ein solches Warnsignal hin und wieder hilfreich sein könnte. Durch die paradoxe Symptomverschreibung, Depression zu üben, wird der Depressionskreislauf gestört.

Beispiel

Eine junge Patientin hatte seit dem Suizid ihres Vaters mehrere depressive Episoden durchgemacht. Ihre Erklärungen dafür schwankten zwischen niedrigem Serotoninspiegel und beeinflussbarer Störung. Ich nahm ihre Zweifel bezüglich ihres Erklärungsmodells wie auch bezüglich ihrer problematischen Beziehung zu ihrem Freund ernst und warnte sie davor, dass sie sich bei einer Psychotherapie möglicherweise von ihrem Freund trennen könnte; sie würde das nicht ertragen, weil sie immer eine bessere Beziehung haben wollte als die ihrer Eltern; ich würde ihr deshalb keine Hausaufgabe geben, damit sie nicht das Risiko einer vorschnellen Veränderung eingehe. In der folgenden Sitzung berichtete sie, es gehe ihr gut; sie sei erstmals in ihrem Leben mit jemandem auf Konfrontation gegangen und habe zum Freund eine bessere Beziehung. Wir sprachen dann über ihr Leben in Extremen und die Vorteile der Depression: sie habe dann Ruhe und merke, auf wen sie sich verlassen könne. Ich gab ihr danach die Hausaufgabe, täglich für eine Viertelstunde „Depression zu üben“ und sich in ihren früheren Zustand zu versetzen, um eine Balance für ihr Leben zu finden. In der Folgestunde ging es ihr besser, sie wurde aber allmählich hypomanisch und einige Monate später nach einem Heiratsantrag ihres Freundes wieder akut depressiv. In der dann notfallmäßig anberaumten Therapiesitzung äußerte sie, wegen ihrer wohl stoffwechselbedingten Erkrankung nicht heiraten zu wollen. Ihre Ambivalenz aufgreifend, gab ich die Hausaufgabe, an den geraden Tagen des Monats so zu leben, als ob eine Stoffwechselstörung vorläge, an den ungeraden Tagen, als ob

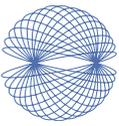
ihre Depression einen Sinn hätte in ihrer Lebenssituation. In der folgenden, vorletzten Sitzung berichtete sie über eine schlagartige Besserung nach meiner Intervention, die sie sehr verwirrt habe. Die Besserung hielt an und sie beschloss mit ihrem Freund ein Zusammenleben ohne Heirat.

Schizoaffektive Psychosen

Psychosoziale Muster: Bei Patienten mit schizoaffektiven Psychosen [zum Folgenden vgl. Simon et al., 1989; Retzer 1994, 2004] herrscht die Wirklichkeitskonstruktion vor, dass Niederlagen und Ohnmacht nicht zu verkraften seien. Man ist gleichzeitig überzeugt, dass Konflikte unvermeidlich seien und dass man Konflikte durch Kampf um den Sieg lösen müsse, um eine Niederlage zu vermeiden. Es ist nicht möglich, Konflikte nicht lösen zu wollen oder unentschieden zu lassen, da beides auf eine Niederlage hinauslaufen würde. Da man aus der Innenperspektive das Entweder-Oder-Muster im Kampf um die Macht nicht aufgeben kann, münden ausweglose oder ausweglos erscheinende Eskalationen schließlich in psychotische Gedankengänge und Verhaltensweisen bis zur Diagnose einer Krankheitsepisode, die eine Entlastung und bei einer stationären Einweisung auch eine räumliche Distanz zum Umfeld schaffen kann.

Systemische Therapie: Bei der Einzel- oder Familientherapie von schizoaffektiven Patienten wird der Therapeut eingeladen, Partei für eine Position oder für





ein Familienmitglied zu ergreifen und Konflikte zu entschärfen. Das Prinzip der Therapie besteht im Wesentlichen darin, das Entweder-Oder-Muster zu stören und ein Sowohl-Als-Auch-Muster oder Weder-Noch-Muster anzustoßen, um die Möglichkeit zu eröffnen, Konflikte nicht lösen zu wollen (weder noch) oder Konflikte unentschieden zu halten (sowohl als auch), ohne dass dies die Bedeutung einer Niederlage hat.

Die wesentliche therapeutische Störung ist die Aufrechterhaltung einer sozialen Neutralität. Man kann diese erreichen, indem man den Neutralitätsverlust erfragt: „Wie könnte ich es erreichen, dass Ihr Mann glaubt, ich stehe eher auf Ihrer Seite? Was müsste ich tun, damit Ihre Frau denkt, ich würde für Sie Partei ergreifen? Wer von Ihnen wird es mir als erster bekannt geben, wenn er mich als parteilich für jemanden erlebt, und wer wird es auf jeden Fall für sich behalten?“

Durch Stellen von Fragen und Vermeiden von Antworten und Interpretationen stört der Therapeut die Wirklichkeitskonstruktion der Familie, es gäbe richtige Sichtweisen und Positionen, die einer objektiven Wirklichkeit und objektiven Ethik entsprächen. Wenn der Therapeut im Konflikt die Extrempositionen besetzt, kann der Patient (bei Familientherapie auch seine Familie) mittlere Positionen besetzen: „Was halten Sie für wahrscheinlicher: dass Ihre Frau Sie umbringt oder dass Sie Ihre Frau umbringen?“ Das symmetrische Muster kann therapeutisch genutzt werden, um den mörderischen Ernst in einen spielerischen Wettstreit zu verwandeln: „Wir haben in unserem Team Wetten darüber abgeschlossen, ob Sie bis zu unserem nächsten Termin wieder die psychiatrische Klinik aufsuchen oder ob Sie in diesem Herbst darauf verzichten werden.“ Umdeutungen und Symptomverschreibungen können die sich selbst erfüllende Prophezeiung durchbrechen.

Beispiel

Frau L. entgegnete auf meine Nachfrage, was passieren würde, wenn sie ihr Heulen beim Arbeitsamt als Rührung über die Freundlichkeit der Angestellten bewerten würde und nicht als Hinweis auf eine beginnende Psychose: Es würde ihr dann besser gehen, und es würde nicht in einer

Psychose enden. Diese neue Perspektive sei hilfreich für sie. In schizomanischen Phasen kaufte sie viel ein, in schizodepressiven Phasen blieb sie lange im Bett. Ich empfahl ihr im Sinne eine Symptomverschreibung, sie solle ab und zu eine Stunde länger im Bett bleiben und ab und zu sich etwas kaufen, um sich damit vorsorglich etwas Gutes zu tun; ihre Mutter solle raten, ob diese Verhaltensweisen echt oder gespielt seien. Ihre angebliche Unselbstständigkeit und Abhängigkeit von der Mutter deutete ich um: Sie sei selbstständig, sonst würde sie die enge Bindung und das Zusammenleben mit der Mutter gar nicht aushalten. Als Hausaufgabe sollte sie überlegen, welche Wege es gäbe, der Mutter ihre Loyalität zu zeigen. Wir besprachen, was sie tun müsste, um der Mutter die Angst zu nehmen, sie würde wieder manisch werden. Die im Herbst erwartete depressive Phase blieb aus, die Patientin wurde ausgeglichener, und wir führten noch einige Sitzungen in vierteljährlichen Abständen zur Verlaufsbeobachtung durch.

Eine Neutralität des Therapeuten bezüglich der Lösungswege des Patienten (Veränderungsneutralität) und Besprechung der Funktion der Psychose kann dem Patienten eine Wahlmöglichkeit zwischen der Lösung seiner sozialen Konflikte (zwischen den Extremen Macht – Ohnmacht, also ein Sowohl-Als-Auch) und dem Ausweichen in die Psychose eröffnen. Vorläufige, pragmatische und enttotalisierte Lösungen können dadurch eröffnet werden.

Beispiel

Ein 40-jähriger Ingenieur mit mehreren schizoauffektiven Episoden in der Vorgeschichte bat mich telefonisch um einen Therapietermin, weil er glaube, gegen ihn würde ermittelt und er würde verfolgt; er denke aber, das sei real und nicht paranoid; er befürchte jedoch, in eine Psychose zu kommen. Bei dem kurzfristig anberaumten Gespräch schilderte er eine für ihn selbst und für seinen Arbeitsplatz bedrohliche (reale) Auseinandersetzung mit einem Kollegen, die seine Realitätseinschätzung infrage stellte und bei jedem Klingeln des Telefons Verfolgungsideen aufkommen ließ. Ich betonte die Normalität seiner Gefühle und seiner Unsicherheit in dieser Situation und sprach mit ihm Wege durch, wie er in

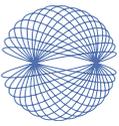
der Realität auf die Bedrohung reagieren könne. Meine Frage, wozu in dieser Lage der Rückzug in die Psychose gut sein könnte, provozierte ihn derart, dass er beschloss, den anderen Weg der Auseinandersetzung mit dem Kollegen zu wählen. Nachdem er daraufhin seine Position diesem gegenüber in einem Brief klarstellen konnte, fühlte er sich besser, und die Verfolgungsideen traten nicht mehr auf.

Schlussbemerkung

Gerade bei Psychosen stellt systemisches Denken die gewohnten Konzepte stark infrage und wird damit zu einer besonderen Herausforderung für den klassisch ausgebildeten Psychiater. Umso beeindruckender ist eine Evaluationsstudie von Retzer [1994], der 60 Patienten drei Jahre nach Beendigung einer systemischen Familientherapie nachuntersuchte, davon je 20 mit der Diagnose einer manisch-depressiven Psychose, einer schizoauffektiven Psychose beziehungsweise einer Schizophrenie. Die Rückfallrate wurde als Quotient aus der Anzahl der stationären Aufnahmen und dem jeweiligen Beobachtungszeitraum definiert. Nach der Familientherapie reduzierten sich die Rückfallraten bei manisch-depressiven Psychosen um 67,47% (signifikant mit $p < 0,05$), bei schizoauffektiven Psychosen um 86,18% ($p < 0,001$) und bei schizophrenen Psychosen um 59,52% ($p < 0,001$). Eine weitgehende Auflösung des Krankheitskonzepts während oder nach der Familientherapie ging mit deutlich besseren Katamneseergebnissen einher.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Gerhard Dieter Ruf
Praxis für Neurologie,
Psychiatrie, Psychotherapie,
Marienstr. 4, 71679 Asperg,
E-Mail: preuss.ruf@t-online.de
www.psych-asperg.de



© Bilderbox, A-therning

Die Beichte kann auch psychotherapeutische Aspekte haben, folgt der Vergebung doch vielleicht eine Veränderung.

Tagung „Seelsorge und Psychotherapie“

Vergebung und Veränderung

Anfang Dezember letzten Jahres fand in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt die zweite Tagung „Seelsorge und Psychotherapie“ in Kooperation mit der Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt statt – und legte damit erneut einen Grundstein für den erfolg- und facettenreichen Dialog.

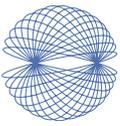
Nachdem bereits die erste Tagung im Oktober 2005 auf großes Interesse stieß, fanden sich auch am 1. Dezember 2006 wieder rund 200 Gäste zur Veranstaltung unter dem Thema „Beichte und Psychotherapie – Vergebung und Veränderung“ ein. Jörg Rieger, Geschäftsführer der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt, begrüßte die Teilnehmer herzlich und wies darauf hin, dass in der Arbeitsgemeinschaft für Seelsorge und Psychotherapie die Zusammenarbeit zwischen Klinik und der ökumenischen Klinikseelsorge

am Rhön-Klinikum seit vielen Jahren koordiniert und reflektiert werde. Dieser Dialog, so Rieger, komme gleichermaßen der seelsorglichen und der psychotherapeutischen Arbeit mit den Patienten zugute. Mit dem Hinweis, dass die Deutsche Rentenversicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation die Hauptlast für die Behandlungsmaßnahmen tragen würde und dass Bayern und insbesondere Unterfranken durch die traditionelle Verbindung zum christlichen Glauben geprägt sei, übergab Rieger das Wort an Dr.

Anton Holderried von der Deutschen Rentenversicherung Unterfranken, Würzburg.

Seelenheil und Heilen

Holderried wies in seinem Vortrag „Die Berücksichtigung der Seelsorge als menschliche Dimension in der Rehabilitation“ darauf hin, dass nicht nur im Christentum, sondern in der gesamten Religionsgeschichte die Idee von Heil und Heilen eng miteinander verwoben sei. Freud sieht im Glauben an den Vätergott ein nicht aufgelöstes Relikt des Ödipuskomplexes, Jung hingegen geht davon aus, dass jedes therapeutische Problem als religiös anzusehen sei. Eine Umfrage unter fränkischen Psychotherapeuten, so Holderried, zeigte eine erstaunlich hohe Religiosität. Drei Viertel der Psychotherapeuten bezeichneten sich als religiös praktizierend oder zumindest religiös eingestellt.



Holderieds Ausführungen können durch einen Hinweis auf aktuelle Veröffentlichungen ergänzt werden: Zwar bezeichnet sich nach aktuellen Studien der Universität Würzburg nur noch jeder vierte Jugendliche als „religiös“. Doch über 80% der Heranwachsenden wünschen sich eine „sachliche“ Information über Religion in der Schule (www.uni-wuerzburg.de/religionspaedagogik).

Dann sprach Domkapitular Dr. Heinz Geist von der Diözese Würzburg zum Thema der Beichte und Schuldverarbeitung. Die Beichte könne zwei Aspekte haben: Tröstung und Ermutigung, aber auch Erniedrigung und Versklavung. Im weiten Sinn des Wortes sind mit Sicherheit viele der psychotherapeutischen Gespräche „Beichten“, auch wenn ihnen die religiöse Dimension fehlt. Die Sehnsucht nach einem schützenden wie vergewisserndem Ritual der Beichte existiert nach wie vor; ein Absolutionsritual mit den segnenden Händen von Pastoren und Priestern sei noch lange nicht am Ende. Geist räumte ein, dass „Verwandtschaftsverhältnisse“ zwischen Seelsorge und Psychotherapie schwierig sein können. Der Seelsorger sieht den Menschen in der Perspektive des Glaubens und im Kontext der Kirche, während die Psychotherapie sich „atheistisch“ verhält. Der Seelsorger könnte sich durch ein Clinical Pastoral Training therapeutisch „fitter“ machen; vom Psychotherapeuten wird man kaum mehr erwarten, als dass er die religiösen Orientierungen des Klienten respektiert. Dies würde aber eine gegenseitige Überweisung nicht ausschließen, betonte Geist.

Schuld und neurotische Schuld

Unter der Moderation von Dr. Franz Bleichner von der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt berichteten dann Pfarrer Harald Richter, Evangelische Kur- und Klinikseelsorge Bad Neustadt, und Dr. Rudolf Maaser, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, von ihren langjährigen Erfahrungen aus der Kooperation, die sie mit aus der Taufe gehoben haben. Richter erklärte, dass die Klinikseelsorge mit den Patienten der Psychosomatischen Klinik im Jahr 2006 etwa 200 Gespräche geführt hat. Meist waren dies Einmalkontakte oder Gesprächsreihen von zwei bis drei Bege-

nungen. Häufig sprechen Menschen ihre Schuldgefühle im Rahmen eines seelsorgerlichen Gesprächs einfach aus, betrauern und beweinen sie. Im psychotherapeutischen Teil des Erfahrungsberichts betonte Maaser, dass Seelsorge und Psychotherapie mit dem Ansatz, Schuld letztlich als Beziehungsproblem zu verstehen, in vielen Bereichen von vergleichbaren Konzepten ausgingen.

Prof. Dr. Michael Klessmann, Kirchliche Hochschule Wuppertal, referierte zum Thema: „Vergeben – wie ist das möglich? Schuld erfahrung, Beichte und Vergebung aus theologischer und pastoral-psychologischer Sicht“. Nach seinen Worten sind wir nach dem Sündenfall als entfremdete Wesen nie so, wie wir sein könnten und sein sollten; schnell stoßen wir an die Grenzen unserer Liebesfähigkeit. Klessmann arbeitete in seinem Vortrag heraus, dass man ein Schuldgefühl als neurotisch oder inadäquat bezeichnen könne, wenn dieses entweder die zugrunde liegende Schuld bagatellisiere oder dramatisiere. Bei der Bagatellisierung wie der Dramatisierung können unbewusste Größenvorstellungen und damit die Abwehr eigener Begrenztheit vermutet werden. Im Falle der Bagatellisierung ist es die Vorstellung „Ich bin für nichts wirklich verantwortlich“; im Falle der Dramatisierung ist es die kindlich-magische Annahme des „Ich bin für alles verantwortlich“.

Bei neurotischen Schuldgefühlen depressiver Menschen als Pastor von Vergebung zu sprechen, könne kontraproduktiv sein, da die Rede von Vergebung eine vorhandene Schuld voraussetzt. Vergebung sei ein Prozess. Klessmann zitierte die französische Theologin und Philosophin J. Basset: „Die Blume des Vergebens hat ein langes Wachstum hinter sich.“ Er berichtete von einem Pfarrer, der die Bedeutung der Beichte wieder neu entdeckt hat. Frauen kamen nach einer Abtreibung zu ihm, nachdem sie zwar psychotherapeutisch behandelt wurden, aber dennoch quälende Schuldgefühle zurückblieben. Die Beichte bei dem Pfarrer ermöglichte es den Frauen, mit einem rituellen Schlusspunkt die Schuldgefühle zu reduzieren. In der Beichte konnte Gott als letztgültige Instanz der Vergebung angerufen werden, weil nur Gott Herr über Leben und Tod ist.

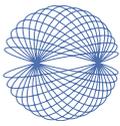
Schuld nicht verdrängen

Die Vormittagvorträge beendete Prof. Dr. Friedhelm Lamprecht aus Hannover mit dem Thema: „Schuld, Schuldgefühl und Veränderung“. Nach Lamprechts Eindruck beginnen die Berührungsängste zwischen Psychotherapeuten und Seelsorgern beziehungsweise zwischen Theologie und Psychoanalyse langsam zu weichen. Auch er beschäftigt sich eingehend mit der Schuld und empfahl Psychotherapeuten im Umgang mit Patienten sich auch der eigenen Schuld bewusst zu sein, um nicht eine Distanz zu schaffen, die aus einer vorge-spielten Gerechtigkeit komme. „Schuldig sein heißt: verpflichtet sein, für Unheil Verantwortung zu übernehmen“. Reale Schuld kann nicht durch die Kategorien der Psychoanalyse wie Verdrängung und Bewusstmachung in seiner Ganzheit erfasst werden.

Es sei eine große Versuchung für den Patienten und den Therapeuten, von den authentischen Schuldgefühlen auf neurotische Schuldgefühle abzulenken und somit in eine gemeinsame Verleugnungsfalle zu tappen. Wo Schuld ohne Schuldgefühle oder Sünde ohne Sündenbewusstsein vorliegen, sind klare Worte erforderlich. Es sei wichtig, das Gewissen zu verfeinern und bei echten Schuldgefühlen zu einer echten Gewissensbelastung zu kommen, um dem Menschen durch Buße, Gebet, Beichte und durch das Wunder der Vergebung eine Neuwertung der Persönlichkeit erleben zu lassen.

„Dein Glaube hat dich gesund gemacht“

Lamprecht zitierte das Buch seines Lehrers Hans Schaefer „Dein Glaube hat dich gesund gemacht“. Von Erbkrankheiten abgesehen sind Risikofaktoren wie Rauchen, Essstörungen, Bewegungsmangel, psychosozialer Stress oder Alkohol die Hauptursachen für Wohlstandskrankheiten. Diese Fehlverhaltensweisen sollen ein inneres Loch füllen, dienen als Plombe, damit die Grundfragen der menschlichen Existenz (Wer bin ich? Warum gibt es das Böse? Was kommt nach dem Tod?) nicht an die Oberfläche kommen. Denn sonst geraten die Antworten auf diese Fragen in Konflikt mit dem gegenwärtigen Leben.



Diejenigen, die sich diese Fragen nicht stellen können, verharren in einer Wachstumsstörung oder im Wachstumsstillstand. Im Buch von Schaefer wird beschrieben, wie unsere Gesellschaft die christlichen Tugenden wie Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Mäßigkeit nicht mehr ernst nimmt. Auf diesem Hintergrund hat die Kirche auch eine wichtige medizinische Funktion, weil sie diese Tugenden lehrt, deren Befolgung eine unmittelbare Auswirkung auf die Gesundheit habe.

Lamprecht ging nachfolgend auf den Aspekt der Hoffnung ein – ebenfalls unter psychosomatischem Gesichtspunkt. Auch die Emotionen, die die Hoffnung begleiten, haben unmittelbare somatische Folgewirkungen, eine lebenserhaltende Kraft. Die Aktivierung der Hoffnung geschieht beispielsweise im Gebet. Wer den Glauben an die Macht des Transzendenten verliert, der hat den tiefsten Quell der Hoffnung verloren. Zum Schluss seines Vortrages kritisierte Lamprecht die Definition der WHO von Gesundheit. In seinen Augen ist sie eine Utopie, züchtet eine unrealistische Anspruchshaltung und blendet die Leidensfähigkeit des Menschen als anthropologische Dimension vollkommen aus.

Schuld unter verschiedenen Aspekten

Am Nachmittag konnten die Themen in vier parallel angebotenen Workshops vertieft werden. Diplomtheologin J. Schießl von der Nervenlinik Lohr betonte in ihrem Workshop „... in Gedanken, Worten und Werken. Der Umgang mit der Schuld in der forensischen Psy-

chiarie“, dass die Vergebung der Schuld zu den wichtigsten Botschaften der Verkündigung Jesu zähle. Diese offenbart einen Gott, der nicht den Tod, sondern das Umkehren und Leben des Sünders will. Schießl berichtete von ihrem Projekt, in dem Teilnehmer aufgefordert wurden, sich freiwillig mit ihrer Erfahrung von Schuld im Zusammenhang mit ihrer jeweiligen Straftat auseinanderzusetzen.

Gemeindereferentin M. Platz, Katholische Kur- und Klinikseelsorge Bad Neustadt, stellte in ihrem Workshop „Ritual und Vergebung“ zunächst ein Übergangsritual am Ende einer Therapiezeit dar, das sich aus der seelsorgerlichen Begleitung einer Patientin entwickelt hat und gemeinsam mit ihr gestaltet wurde. Ein Schwerpunkt der anschließenden Diskussion war die gemeinsame Entwicklung des Rituals. Die Arbeit mit Symbolen wie Farben, Feuer, Steine, Wasser, Erde etc. ist ein wesentliches Element des gefeierten Rituals. Nach ihrer Erfahrung als Seelsorgerin können Rituale dazu beitragen, Schuld zu bewältigen und neue Lebensmöglichkeiten zu eröffnen, so Platz.

Ein weiterer Workshop, bestritten durch Bleichner und Maaser von der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt, reflektierte eine Gruppentherapie, die mit dem Einverständnis der Patienten von den Workshopteilnehmern „live hinter der Einwegscheibe“ mitverfolgt wurde. In dieser Gruppensitzung traten das Schuldthema und das damit verbundene menschliche Leid in seiner ganzen Tragweite zu Tage. Es wurde deutlich, wie tief greifend diese Problematik in den

Erinnerungen der Patienten, aber auch in der Psychodynamik der Gruppe verankert ist und wie unter tiefenpsychologischem Verständnis mit therapeutischer Behutsamkeit und Geduld Entwicklungsschritte „aus der Schuld heraus“ angeregt werden können.

Pater Michael Düchting, Katholische Klinikseelsorge Bad Neustadt, räumte in seinem Workshop „Schuld bekennen – Vergebung erleben. Evangelische und katholische Erfahrungen im Umgang mit der Beichte“ ein, dass Beichten zwar aus der Mode gekommen, die Schuldbearbeitung aber dennoch nach wie vor ein zentrales Thema für die Kirchen und in der Therapie sei. Düchting konzentrierte sich in seinem Vortrag auf die Wirkfaktoren, durch die die Beichte nach seiner Ansicht ihre heilende Kraft entfaltet.

Seelsorge und Psychotherapie – möglicher Dialog

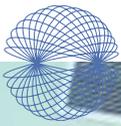
Die Tagung wurde mit einer Podiumsdiskussion mit allen Referenten abgeschlossen. Dr. R. J. Knickenberg, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, eröffnete als Podiumsleiter die Diskussion mit der Frage, ob neurotische Schuld eher in den Bereich der Psychotherapie und reale Schuld eher in den Bereich der Seelsorge falle. Diesbezüglich wurden verschiedene Aspekte diskutiert. Im Verlauf der Diskussion wurden auch Kriterien der gegenseitigen Überweisung schärfer herausgearbeitet. Der Patient wird in der Klinik über Möglichkeiten der Seelsorge informiert, aber nur auf seinen Wunsch hin zum Seelsorger überwiesen. Es entspricht jedoch nicht der Erfahrung, dass jemand, der in seelsorgerischer Betreuung ist, automatisch dem professionellen Psychotherapeuten deshalb nicht mehr zugänglich wäre.

Fazit

Die sehr gut besuchte Tagung zeigte, wie groß das Interesse an religiösen Fragen ist und dass ein facettenreicher Dialog zwischen Seelsorgern und Psychotherapeuten tragend für sie selbst und für die Patienten sein kann. Der Seelsorger verfügt neben seinen psychotherapeutischen Kompetenzen vor allem über die ihm zugesprochene Legitimation, in seiner Arbeit dem christlichen Glauben vollen Ausdruck geben und christliche Rituale zelebrieren zu können. Der Psychotherapeut hat diese Legitimation nicht – er muss daher bei seinen Interventionen bezüglich seiner eigenen religiösen Orientierung streng neutral bleiben.

Die Tagungsbeiträge 2005 und 2006 sind in der Schriftenreihe der Psychosomatischen Klinik veröffentlicht und können unter der E-Mail knickenberg.ca@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de angefordert werden.

Dr. phil. Lothar Schattenberg
Dr. med. Rudolf J. Knickenberg
Abteilung Rehabilitation,
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt,
Salzburger Leite 1,
97616 Bad Neustadt/Saale
E-Mail: knickenberg.ca@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de



© Archiv

Physiotherapie ist ein wichtiger Baustein der Behandlung von Patienten mit Morbus Parkinson – diesem Satz werden Patienten genauso wie Physiotherapeuten und auch Ärzte zustimmen. Aber: Physiotherapie in welchem Stadium, mit welcher Zielsetzung und mit welchen Methoden und Schwerpunkten? Nicht nur in Zeiten knapper Finanzen, sondern vor allem im Interesse der Patienten sind diese Fragen von Bedeutung.

Physiotherapie bei Morbus Parkinson

Empfehlungen für eine rationelle Verordnung

Initiiert durch die Auseinandersetzung mit den neuen Heilmittelrichtlinien fand im März 2005 in Stuttgart eine vom BVDN veranstaltete Diskussionsrunde zum Thema „Physiotherapie bei Morbus Parkinson“ mit Physiotherapeuten und Nervenärzten statt. Hieraus entstand, unter der Schirmherrschaft des Vereins zur Förderung der strukturierten Versorgung in Neurologie und Psychiatrie e. V., eine Arbeitsgruppe mit Physiotherapeutinnen und Nervenärzten mit dem Ziel, Kriterien für einen sinnvollen Einsatz von physiotherapeutischen Maßnahmen zu definieren.

Allgemeine Vorbemerkungen

Physiotherapie stellt einen wesentlichen Baustein in der Behandlung des Morbus Parkinson dar. Zusätzlich zur medikamentösen Therapie ist sie sinnvoll, um die selbstständige Mobilität, Alltagsaktivitäten und Kraft der Patienten möglichst lange zu erhalten (Leitlinie Parkinson der DGN). Ein wissenschaftlich fundierter Wirksamkeitsnachweis liegt für die verschiedenen physiotherapeutischen Methoden bisher jedoch nicht vor [Diener et al., 2005]. Lediglich für spezielle übende Verfahren (z. B. Training repetitiver Ausgleichsschritte nach Jöbges et al. [2004] oder ein Training mit akustischen Hinweisreizen [Thaut et al., 1996] gibt es gesicherte Evidenzen. Daher ist, aus medizinischen und ökonomischen Gründen, die ungezielte Verordnung von Physiotherapie ohne Definition von Zielsymptomen oder ohne Empfehlung des Therapieschwerpunktes ebenso wenig sinnvoll wie die bislang üblichen Langfristverordnungen ohne Effektivitätskontrollen.

Der Einsatz physiotherapeutischer Maßnahmen sollte künftig nur unter definierten Bedingungen erfolgen, um Ressourcen effektiv einsetzen zu können. Folgendes sollte beachtet werden:

- ▶ Es ist keine spezifische physiotherapeutische Schule erforderlich.
- ▶ Die Physiotherapie sollte ein aktives Training mit vielen Wiederholungen (motorisches Lernen) beinhalten.
- ▶ Gezielte Therapie relevanter Symptome, Überprüfung der Wirksamkeit der Behandlung durch Reevaluation der Zielsymptome ist nötig.
- ▶ Intensive Therapiephasen mit Edukation von Patienten und Angehörigen sowie therapiefreie Intervalle mit Eigentraining der Patienten sollten sich abwechseln.
- ▶ Langfristverordnungen ohne Effektivitätskontrollen sind nicht sinnvoll.

Voraussetzungen der Verordner:

- Erfahrungen mit neurologischen Erkrankungen
- regelmäßige Betreuung von Parkinson-Patienten,
- Fortbildungen zur Erkrankung.

Voraussetzungen der Leistungserbringer:

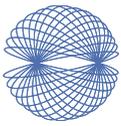
- großer Gruppenraum,
- Kleingeräte,
- personelle Voraussetzungen (Erfahrungen mit neurologischen Erkrankungen, regelmäßige Betreuung von Parkinson-Patienten, Fortbildungen zur Erkrankung).

Strukturelle Voraussetzungen:

- Informationsaustausch zwischen verordnendem Arzt und Therapeuten,
- Rückmeldung von Therapieproblemen oder Änderung der Therapie-schwerpunkte,
- Angebot von Gruppentherapien (gegebenenfalls mit anderen Leistungserbringern).

An den Zielsymptomen orientieren

Die Therapie sollte stadienabhängig ausgerichtet sein und sich an den im Vordergrund stehenden Zielsymptomen orientieren. Diese werden gemeinsam von Arzt und Patient, je nach Relevanz für die Alltagskompetenzen des Pati-



enten, definiert. In den Frühstadien der Erkrankung kann die Therapie schwerpunktmäßig als sportliches Training in Gruppen durchgeführt werden. Einsatz und verordnete Frequenz der physiotherapeutischen Maßnahmen werden in allen Krankheitsstadien durch begleitende kognitive oder depressive Einschränkungen mitbestimmt.

Therapie im Stadium 1–2 (nach Hoehn & Yahr): Als Zielsymptom ist in diesem Krankheitsstadium eine allgemeine Verminderung der Kraft, die Verlangsamung des Gangbildes mit vornüber gebeugter Haltung und beginnender Beeinträchtigung der posturalen Stabilität vorhanden. Bei noch gut erhaltener Bewegungskompetenz soll die Therapie vor allem die Kraft der Patienten trainieren und die Gehfähigkeit durch intensives Üben stabilisieren. Diese Ziele lassen sich in Gruppenbehandlungen verwirklichen. Einzeltherapie ist nicht dauerhaft erforderlich und wird initial zu diagnostischen Zwecken eingesetzt und um die Patienten individuell zu schulen, als Basis für ein weiteres Gruppentraining (Tab. 1).

Therapie im Stadium 2,5–3 (nach Hoehn & Yahr): Hier stehen Start- und Stoppschwierigkeiten, Rigor, Schwierigkeiten bei Bewegungswechseln und eine Beeinträchtigung der posturalen Stabilität im Vordergrund. Einzeltherapie ist in regelmäßigen Abständen erforderlich und wird durch gezieltes, supervidiertes Eigentaining ergänzt (Tab. 2).

Therapie im Stadium 4–5 (nach Hoehn & Yahr): Hier stehen Akinese mit Freezing, posturale Instabilität mit Falltendenz und ein axialer Rigor im Vordergrund. Einzeltherapie ist regelmäßig erforderlich, um die selbstständige Mobilität zu erhalten und schmerzhafte Muskelverspannungen zu lockern. Die Einzeltherapie sollte an die individuelle Belastbarkeit der Patienten angepasst werden. Ein Gruppentraining ist nicht mehr sinnvoll (Tab. 3).

Fazit: Physiotherapie soll gezielt die im Vordergrund stehenden Symptome behandeln und deshalb stadienbezogen eingesetzt werden. Die dargestellten Empfehlungen beziehen sich auf Patienten ohne andere schwerere Erkrankungen wie Bandscheibenvorfall, Hüftendoprothesen, Demenz. Es stellt sich

Therapiemaßnahmen im Stadium 1–2

Tabelle 1

- 1. Einzeltherapie** 6 Sitzungen, 1 x/Woche, 1–2 x/Jahr:
 - Schwerpunkt Haltungs- und Gangschulung auf verschiedenen Untergründen, Einübung physiologischer Gangmuster, Detonisierung schmerzhafter Muskulatur
 - Anleitung und Supervision des Eigentrainings der Patienten
- 2. Parkinson-Gruppe** Durchführung mit 8 bis 10 Teilnehmern:
 - Fortführung der erlernten Haltungs- und Gangschulung, Kräftigung und Detonisierung der Muskulatur
 - Verbesserung der Beweglichkeit, Kraft und Ausdauer
 - Anleitung und Supervision des Eigentrainings der Patienten

Therapiemaßnahmen im Stadium 2,5–3

Tabelle 2

- 1. Einzeltherapie** 2 Sitzungen/Woche, 40–60 Sitzungen/Jahr (nach Schwere der Symptomatik)
 - Schwerpunkt: Ganginitiierung (z.B. durch Rhythmisierung) und Haltungsstabilisierung zur Sturzprophylaxe (Training von Ausgleichsschritten, Balancetraining)
 - Detonisierung der Muskulatur, auch Dehnung der axialen Muskulatur, um Drehbewegungen zu erleichtern
 - Krafttraining (mit Ergometer, Hantelmanschetten)
 - Anleitung und Supervision des Eigentrainings der Patienten
- 2. Gruppentraining**
 - Erhalt von Kraft
 - Erhalt von Ausdauer
 - Erhalt der Beweglichkeit
 - Verbesserung von Bewegungsübergängen und Drehbewegungen

Therapiemaßnahmen im Stadium 4–5

Tabelle 3

- 1. Einzeltherapie** 1–2 Sitzungen/Woche, 40–60 Sitzungen/Jahr, gegebenenfalls als Hausbehandlung
 - Schwerpunkt: Erhalt der selbstständigen Beweglichkeit, Training von Lagewechseln und Transferbewegungen
 - Erhalt der Gelenkbeweglichkeit durch passive Übungen, Lockerung der Muskelspannung
 - Beckenbodengymnastik bei Inkontinenz
 - Anleitung und Supervision des Eigentrainings der Patienten

die Frage, ob Patienten in mittleren Stadien am meisten von Physiotherapie profitieren und bei ihnen eine höhere Frequenz als bei Patienten in späteren Stadien sinnvoll ist. Aber auch bei letzteren halten wir eine Physiotherapie für nötig, um die selbstständige Beweglichkeit möglichst lange aufrecht zu erhalten. Oft sind hier aber seltenere Sitzungen (1 x/Woche) angesichts der geringeren Belastbarkeit sinnvoll. Wir sind davon überzeugt, dass im Stadium 1 der

Schwerpunkt auf Gruppentherapie liegen sollte. Ein Intervalltraining mit Pausen, in denen die Patienten eigenverantwortlich üben, ist zumutbar.

Literatur bei den Verfassern

PD Dr. med. Barbara Wild
Dipl. Physioth. Ursula Leonhardt
Dr. med. Hans-Martin Seichter
Dipl. Physioth. Marion Kinkel
Dr. med. Heinz Herbst
E-Mail: bawild@med.uni-tuebingen.de

Morbus Parkinson

Neue Verfahren für eine erfolgreiche Frühdiagnostik

A. STORCH, M. WOLZ

In den meisten Fällen wird Morbus Parkinson erst dann diagnostiziert, wenn bereits mehr als die Hälfte der nigro-striatalen Nervenzellen abgestorben ist. Moderne Methoden wie die Hirnparenchymsonografie können dazu beitragen, die Erkrankung jetzt auch in einem früheren Stadium festzustellen. Dadurch wird die Grundlage geschaffen, den Krankheitsverlauf schnellstmöglich durch geeignete therapeutische Maßnahmen zu beeinflussen.

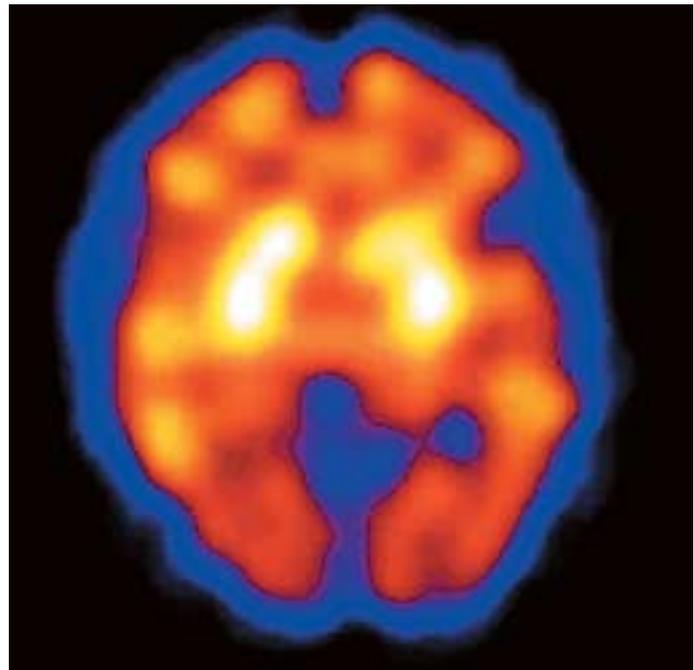
Das idiopathische Parkinson-Syndrom (IPS, Morbus Parkinson) ist eine der häufigsten neurodegenerativen Erkrankungen. Führend in der Pathogenese ist eine Degeneration dopaminerg nigro-striataler Neuronen. Erste klinische Symptome werden jedoch erst nach einem Neuronenverlust von etwa 60–80% manifest. Vor dem Hintergrund möglicher neuroprotektiver Therapieansätze rückt neben der Diagnostik des frühen Morbus Parkinson zunehmend auch die präklinische Diagnostik in den Mittelpunkt wissenschaftlichen Interesses. In den letzten Jahren sind viele neue apparative Methoden für die frühe Diagnose des Morbus Parkinson etabliert worden wie beispielsweise

die Testung der olfaktorischen Funktion und die Sonografie des Hirnstammparenchyms. Nachfolgend werden die klinischen und apparativen Methoden für die Frühdiagnostik des Parkinson-Syndroms kritisch zusammengefasst.

Klinische Untersuchung

Bedingt durch die im Vordergrund stehende Degeneration der Neuromelaninhaltigen dopaminergen Neuronen der Substantia nigra pars compacta resultiert ein Mangel des Neurotransmitters Dopamin im nigro-striatalen System. Infolgedessen kommt es zur Manifestation der klinischen Symptomatik, bestehend aus den Kardinalsymptomen Rigor, Tremor, Hypokinese und posturaler Instabilität.

Neben den motorischen Beeinträchtigungen finden sich, häufiger im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung, psychische Symptome wie Depressionen, autonome Funktionsstörungen oder ein demenzieller Prozess. Häufig liegen jedoch zu Beginn der Erkrankung die Kardinalsymptome isoliert und in unvollständiger Ausprägung vor, und werden deshalb unspezifisch diagnostiziert und behandelt. Weiterhin sind in der Frühphase sehr häufig nicht-motorische Symptome führend, wie beispielsweise Obstipation, Störungen des Farbkontrastsehens, eine Riechstörung, Spannungskopfschmerz, depressive Symptome oder „Rheumatismus“ mit Schulter-Armschmerzen oder Lumbago. Dennoch



Diffuses Signal in der Single-Photonen-Emissions-Computertomografie (SPECT) im Gehirn eines Parkinson-Patienten

© Amersham Health

wird die Diagnose des idiopathischen Parkinson-Syndroms weiterhin klinisch gestellt. Hier haben sich die klinischen Diagnosekriterien bewährt, die in der Tabelle zusammengefasst sind [Hughes AJ et al. Brain. 2002; Hughes AJ et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1992]. Es sei angemerkt, dass insbesondere auf eine Asymmetrie der motorischen Beschwerden und auf eine Sensitivität der Symptome auf dopaminerge Medikation geachtet werden sollte [Gelb DJ et al. Arch Neurol. 1999]. Hier bietet sich der standardisierte L-Dopa- oder Apomorphin-Test an [Gasser T et al. Arch Neurol. 1992]. Schwierigkeiten ergeben sich jedoch hauptsächlich bei der differenzial-

diagnostischen Abgrenzung zu den atypischen Parkinson-Syndromen (z. B. Multisystematrophie, MSA oder progressive supranukleäre Paralyse, PSP) einerseits und Tremorerkrankungen (vor allem essenzieller Tremor) andererseits. Im Rahmen der Früh- und Differenzialdiagnostik werden daher Zusatzdiagnostika angewendet, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Basisdiagnostik

Neben der sorgfältigen Anamnese und klinischen Befunderhebung wird eine initiale zerebrale Bildgebung mittels MRT empfohlen. Dies dient vor allem dem Ausschluss strukturmorphologischer

Basalganglienveränderungen, einer subkortikalen arteriosklerotischen Enzephalopathie (SAE) oder eines Normdruckhydrozephalus (NPH). Es sei angemerkt, dass neben einem Parkinson-Syndrom aufgrund der Häufigkeit parallel eine SAE vorliegen kann, die nicht notwendigerweise für das Parkinson-Syndrom verantwortlich sein muss. Bei der SAE werden insbesondere eine Gangapraxie, die wie ein Parkinson-Syndrom der unteren Extremitäten anmuten kann („lower-body-parkinsonism“) und kognitive Veränderungen gesehen. Paraklinisch sind metabolische Störungen, vor allem eine Kupferstoffwechselstörung (Morbus Wilson), auszuschließen.

Testung der olfaktorischen Funktion

Noch vor dem neuropathologischen Nachweis α -Synuklein-positiver hyaliner Einschlusskörperchen – den sogenannten Lewy-Körperchen – in der Substantia nigra, können diese im Bereich des Bulbus olfactorius und des Nucleus olfactorius anterior nachgewiesen werden [Braak H et al. Cell Tissue Res. 2004]. Aus diesem Grund besteht bei Patienten mit einem idiopathischen Parkinson-Syndrom bereits vor dem Auftreten erster motorischer Symptome eine Riechstörung. In mehreren Studien konnte eine hohe Sensitivität der Diagnostik einer Riechstörung bei diesen Patienten nachgewiesen werden [Double KL et al. Arch Neurol. 2003; Tissingh G et al. Mov Disord. 2001]. Wenngleich Einschränkungen der Riechfunktion aufgrund verschiedener infrage kommender Ursachen grundsätzlich als unspezifisch angesehen werden müssen, kann bei Vorliegen klinischer Verdachtsmomente eine hohe Spezifität höhergradiger Riechstörungen für ein idiopathisches Parkinson-Syndrom erreicht werden [Muller A et al. J Neural Transm. 2002]. Die Spezifität und die Sensitivität der Testung einer Riechstörung liegen bei zirka 80% beim frühen Morbus Parkinson. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Frage einer präklinischen Diagnostik, also noch vor Auftreten erster motorischer Symptome, interessant. Sommer et al. fanden bei 7 von 30 Patienten mit idiopathischer Riechstörung grenzwertige oder pathologische FP-CIT SPECT-

Klinische Diagnosekriterien des Morbus Parkinson [nach Hughes et al. 1992]
1. Schritt: Diagnose eines Parkinson-Syndroms
Bradykinese und mindestens eines der folgenden Symptome:
<ul style="list-style-type: none"> — Rigor — 4–6 Hz Ruhetremor — Verminderung der posturalen Reflexe (die nicht durch eine Störung des visuellen, vestibulären, zerebellären oder propriozeptiven Systems erklärt werden kann)
2. Schritt: Ausschlusskriterien
Anamnese rezidivierender zerebraler Ischämien und schubförmiger Verschlechterung des Parkinson-Syndroms
<ul style="list-style-type: none"> — Anamnese rezidivierender Schädelhirntraumen — Anamnese einer definitiven Enzephalitis — okulogyre Krisen — andauernde Remission — frühe schwere Demenz mit Störungen des Gedächtnisses, der Sprache und der Praxis — Diagnose eines zerebralen Tumors oder eines kommunizierenden Hydrozephalus — Behandlung mit Neuroleptika bei Beginn der Symptome — Pyramidenbahnzeichen — streng einseitige Symptome drei Jahre nach Erkrankungsbeginn — supranukleäre Blickparese — zerebelläre Symptome — frühe schwere autonome Dysfunktion — mehr als ein betroffener Verwandter — Exposition zu MPTP
3. Schritt: Unterstützende prospektive Kriterien (drei oder mehr Symptome sind für die definitive Diagnose eines Morbus Parkinson erforderlich)
<ul style="list-style-type: none"> — einseitiger Beginn — Ruhetremor vorhanden — progrediente Erkrankung — persistierende Asymmetrie, bei der die initial betroffene Körperhälfte stärker betroffen bleibt — exzellentes Ansprechen auch L-Dopa (70–100%) — schwere L-Dopa-induzierte Chorea — positives Ansprechen auf L-Dopa für mehr als fünf Jahre — Dauer der Erkrankung mehr als zehn Jahre

Ergebnisse [Sommer U et al. *Mov Disord.* 2004]. Zusammenfassend besteht bei Patienten mit einer idiopathischen Riechstörung ein erhöhtes Risiko für ein idiopathisches Parkinson-Syndrom. Liegen bereits Kardinalsymptome der Erkrankung vor, kann mit hoher Spezifität die Diagnose gestellt werden.

Transkraniale Parenchymsonografie

Mittels transkranieller Parenchymsonografie kann die Echogenität der Substantia nigra bestimmt werden. Bei Patienten mit IPS konnte in verschiedenen Studien eine Hyperechogenität der Substantia nigra beobachtet werden. Der Pathomechanismus dafür ist unbekannt, in post-mortem-Analysen konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Hyperechogenität und der Eisenkonzentration im Gewebe nachgewiesen werden. Insbesondere in der Frühdiagnostik fanden verschiedene Arbeitsgruppen bei 90–100% der Patienten derartige Veränderungen [Spiegel J et al. *Brain* 2006; Berg D et al. *Mov Disord.* 2005; Walter U et al. *J Neural Transm.* 2002]. Darüber hinaus kann eine Hypoechogenität der Substantia nigra bei gleichzeitig erhöhter Echogenität des Nucleus lentiformis differenzialdiagnostische Hinweise auf ein atypisches Parkinson-Syndrom liefern. Wenngleich die transkraniale Parenchymsonografie der Substantia nigra im Frühstadium der Erkrankung eine diagnostische Säule darstellen kann, ist sie kein Marker für das Ausmaß der nigrostriatalen Degeneration: Es konnte bisher weder eine Korrelation mit dem Krankheitsstadium [nach Hoehn & Yahr], noch mit nuklearmedizinischen Daten im FP-CIT SPECT nachgewiesen werden [Spiegel J et al. *Brain.* 2006]. Weiterhin ist anzumerken, dass Hyperechogenitäten der Substantia nigra auch bei etwa 9% der gesunden Bevölkerung zu finden sind. Wenngleich innerhalb dieser Population in verschiedenen Untersuchungen verminderte ¹⁸F-Fluorodopa(F-Dopa)-Umsatzraten im F-Dopa-PET gemessen werden konnten, ist eine genaue Prädiktion der Erkrankung und ihres Verlaufes derzeit noch nicht absehbar. Bei Patienten mit idiopathischer Anosmie zeigen 42% eine Hyperechogenität der Substantia nigra auf einer oder

beiden Seiten [Sommer U et al. *Mov Disord.* 2004]. Eine interessante Studie von Walter und Kollegen zeigt, dass beim familiären Parkinson-Syndrom bereits präklinisch eine Hyperechogenität im Mittelhirn mittels Sonografie darstellbar ist [Walter U et al. *Mov Disord.* 2004]. Zusammengefasst stellt die Hyperechogenität am ehesten einen Vulnerabilitätsfaktor für den Morbus Parkinson dar (der damit prä-motorisch bereits zu detektieren ist), die diag-nostische Wertigkeit ist bislang nicht vollständig geklärt.

Nuklearmedizinische Diagnostik

Anhand nuklearmedizinischer Verfahren kann eine präzise Diagnosestellung von Patienten mit Parkinson-Syndromen erfolgen. Mittels Single-Photon-Emissions-Tomografie (SPECT) können sowohl die Dichte präsynaptischer Dopamintransporter (z.B. FP-CIT SPECT) als auch postsynaptische Veränderungen (IBZM-SPECT) der striatalen Dopaminrezeptoren dargestellt werden. Durch Einsatz des FP-CIT SPECT gelingt insbesondere die Abgrenzung zum essenziellen Tremor [Benamer TS et al. *Mov Disord.* 2000], die Kombination beider Verfahren erlaubt die Differenzialdiagnose zwischen idiopathischem und atypischen Parkinson-Syndromen. Analog

zum FP-CIT SPECT kann auch die Positronenemissionstomografie (PET) mittels ¹⁸F-Fluorodopa eingesetzt werden, die trotz ihrer erhöhten Auflösung aufgrund erheblichen technischen Aufwandes nicht flächendeckend zur Verfügung steht. Das Glucose-PET erlaubt hingegen aufgrund verschiedener Verteilungsmuster im Gehirn die Abgrenzung zu den atypischen Parkinson-Syndromen. Erweitert wird das Spektrum nuklearmedizinischer Diagnostik durch Einsatz der [123I]MIBG – Myokardszintigrafie: [123I]MIBG ist ein Noradrenalin-Analogon, welches durch aktiven Transport in die sympathischen Nervenendigungen, unter anderem im Bereich des Myokards, aufgenommen wird. Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom zeigen eine signifikant verminderte Aufnahme des Tracers in der szintigrafischen Diagnostik [Braune S. *Clin Auton Res.* 2001]. Der Vorteil dieser Untersuchung liegt in der höheren Spezifität bei der Abgrenzung zu atypischen Parkinson-Syndromen im Vergleich zur FP-CIT-SPECT. Die Sensitivität der MIPG-Szintigrafie bei der Diagnose oder Frühdiagnose des Morbus Parkinson ist jedoch gering.

Prof. Dr. med. Alexander Storch
Dr. med. Martin Wolz, Dresden
Klinik und Poliklinik für Neurologie
Carl Gustav Carus-Universität Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
E-Mail: Alexander.Storch@neuro.med.tu-dresden.de

Fazit

Für die Frühdiagnostik des idiopathischen Parkinson-Syndroms existieren definierte klinische Kriterien. Diese basieren naturgemäß auf der motorischen Symptomatik und der klinischen Untersuchung. Ergänzend stehen mehrere apparative Methoden unterschiedlichen technischen und finanziellen Aufwands zur Verfügung. Die Kombination klinischer und Zusatzdiagnostischer Erkenntnisse ermöglicht eine sichere Diagnosestellung im Frühstadium der Erkrankung. Insbesondere mit der apparativen Diagnostik können auch präklinische Stadien der Erkrankung – vor dem Auftreten motorischer Symptome – erkannt werden. Dazu fehlen derzeit jedoch noch geeignete Strategien zum Screening spezifischer Patientenpopulationen.

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.

1. Welche Aussage zur Pathogenese des idiopathischen Parkinson-Syndroms ist richtig?

- A Führend ist ein Zelluntergang striataler Neurone.
- B Pathophysiologisch bedeutend ist ein Mangel an Serotonin in der Substantia nigra.
- C Im Vordergrund der Pathogenese stehen immunvermittelte entzündliche Reaktionen.
- D Der Krankheitsprozess beginnt deutlich vor Auftreten erster motorischer Symptome.
- E Die Erkrankung betrifft ausschließlich motorische Neurone.

2. Welche Aussage zur klinischen Symptomatik ist falsch?

- A Es gibt unterschiedliche Kardinalsymptome der Erkrankung.
- B Alle Symptome liegen zu Beginn – wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung – vor.
- C Die Symptome ändern sich hinsichtlich Art und Ausprägung während der Erkrankung.
- D Es werden verschiedene Subtypen der Erkrankung unterschieden.
- E Die Symptomatik kann zu Beginn der Erkrankung unspezifisch sein.

3. Welche „nicht motorischen“ Symptome treten zu Beginn der Erkrankung typischerweise nicht auf?

- A Riechstörungen
- B Depressive Verstimmungen
- C Gelenk- und Gliederschmerzen
- D Halluzinationen
- E Störungen der Farbkontrastwahrnehmung

4. Welche Differenzialdiagnose ist in Bezug auf ein idiopathisches Parkinson-Syndrom nicht relevant?

- A Multisystematrophie (MSA-P)
- B Morbus Fabry
- C Progressive Supranukleäre Blickparese
- D Lewy-Körperchen-Demenz
- E Essenzieller Tremor

5. Welche Aussage zur Diagnosestellung des idiopathischen Parkinson-Syndroms trifft zu?

- A Die Diagnose kann nur durch zerebrale Bildgebung gestellt werden.
- B Sie ist in der Mehrzahl der Fälle durch eine genetische Untersuchung zu stellen.
- C Sie wird in aller Regel klinisch gestellt.
- D Ultraschallverfahren haben keine Bedeutung in der Diagnose des Parkinson-Syndroms.



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.

E Aus Mangel an klinischer Relevanz kann auf eine zügige Diagnosestellung vorerst verzichtet werden.

6. Welches nuklearmedizinische Verfahren wird zur Diagnosestellung nicht herangezogen?

- A IBZM-SPECT
- B MIBG-SPECT
- C Dopa-PET
- D Octreotid-SPECT
- E FP-CIT-SPECT



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

7. Welche Aussage zur olfaktorischen Testung trifft zu?

- A** Eine Riechstörung kann im Verlauf der Erkrankung den Beginn des Spätsyndroms anzeigen.
- B** Eine Einschränkung der Riechfunktion ist hoch spezifisch für ein Parkinson-Syndrom.
- C** Eine Riechstörung besteht bei Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom noch vor Auftreten motorischer Symptome
- D** Eine Riechstörung kann bisher nicht quantitativ untersucht werden.
- E** Riechstörungen treten nur bei neurodegenerativen Prozessen auf.

8. Welche Aussage zur transkraniellen Parenchymsonografie trifft zu?

- A** Analysiert wird die Echogenität des Striatums.
- B** Sie liefert bei allen Patienten verwertbare Ergebnisse.

C Sie ist ein Marker für das Ausmaß der nigro-striatalen Degeneration.

D Die Hyperechogenität der Substantia nigra ist spezifisch für ein idiopathisches Parkinson-Syndrom.

E Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Hyperechogenität und Eisenkonzentration in der Substantia nigra.

9. Welche Differenzialdiagnose eines idiopathischen Parkinson-Syndroms kann durch zerebrale Bildgebung (MRT) nicht sicher ausgeschlossen werden?

- A** Normdruckhydrozephalus
- B** subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie
- C** Morbus Wilson
- D** symptomatisches Parkinson-Syndrom nach Basalganglienhypoxie
- E** symptomatisches Parkinson-Syndrom nach striataler Ischämie

10. Welche Aussage zur Frühdiagnose des Parkinson-Syndroms trifft zu?

- A** Für die Frühdiagnose sind keine geeigneten klinischen Kriterien verfügbar.
- B** Eine Abgrenzung des idiopathischen Parkinson-Syndroms von anderen Parkinson-Syndromen ist in der Frühphase immer möglich.
- C** Apparative Diagnostik kann den Morbus Parkinson bereits vor der motorischen Symptomatik sichern.
- D** Apparative Zusatzdiagnostik muss zur Frühdiagnostik in der Regel eingesetzt werden.
- E** Tremorerkrankungen zählen nicht zur Differenzialdiagnose, da ein isolierter Tremor beim Parkinson-Syndrom zu Beginn praktisch nicht vorkommt.



Bitte vergessen Sie den frankierten Rückumschlag nicht!

Teilnahmeschluss: 15.6.2007

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	<input type="checkbox"/>									
B	<input type="checkbox"/>									
C	<input type="checkbox"/>									
D	<input type="checkbox"/>									
E	<input type="checkbox"/>									

NEUROTRANSMITTER
Ausgabe 3/2007

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!





Parkinson-Syndrom im Alter

Bei der medikamentösen Behandlung älterer Patienten spielen Multimorbidität und veränderte Reaktionen auf Arzneimittel eine wichtige Rolle. Die Empfehlungen für Parkinson-Patienten, die älter als 70 Jahre sind, sehen deshalb eine modifizierte Therapie vor.

Kompetent therapieren – praktisch vorgehen

L. LACHENMAYER

Ein Parkinson-Syndrom ist keine isolierte Krankheitsentität, sondern ein klinisches Syndrom, das unter den verschiedensten Bedingungen entstehen kann. Üblicherweise wird das idiopathische Parkinson-Syndrom von symptomatischen Formen und von atypischen Parkinson-Syndromen (z. B. Multisystematrophie, progressive supranukleäre Blickparese, Lewykörper-Demenz) unterschieden.

Nach heutigen Erkenntnissen ist selbst bei der idiopathischen Parkinson-Krankheit davon auszugehen, dass es sich dabei um eine Multisystemerkrankung handelt und nicht nur um eine Degeneration des nigrostriatalen dopaminergen Systems. Nach Braak beginnt die Neurodegeneration in der Medulla oblongata und ascendiert dann langsam bis in kortikale Regionen (Stadien I–V). Erst im Stadium III erreicht der Krankheitsprozess im Mittelhirn die Substantia nigra und wird dann durch motorische

Symptome klinisch manifest; die vorangehenden Stadien entsprechen der asymptomatischen Phase.

Idiopathisch, symptomatisch oder atypisch?

Ältere Patienten mit einem Parkinson-Syndrom sind in zwei Gruppen zu trennen. Einerseits gibt es Patienten, die schon seit vielen Jahren unter einem Parkinson-Syndrom leiden. In diesen Fällen kann man davon ausgehen, dass ein idiopathisches Parkinson-Syndrom vorliegt, denn atypische Parkinson-Syndrome demaskieren sich in der Regel in den ersten fünf Verlaufsjahren. Andererseits stellen uns die Patienten, die erst im höheren Lebensalter ein Parkinson-Syndrom entwickeln, zunächst vor eine wichtige differenzialdiagnostische Aufgabe. Gerade in diesen Fällen ist damit zu rechnen, dass es sich nicht um ein idiopathisches Parkinson-Syndrom handelt, sondern um eine symptomatische

Erkrankung, einen Pseudoparkinsonismus beispielsweise auf dem Boden einer zerebralen Mikroangiopathie oder um ein atypisches Parkinson-Syndrom. Die Differenzialdiagnose ist Voraussetzung für die Krankheitsprognose (atypische Parkinson-Syndrome sind schneller progredient) und für die Entscheidung über das weitere therapeutische Vorgehen.

Die symptomatischen und die atypischen Parkinson-Syndrome sprechen entweder nur schlecht und vorübergehend oder überhaupt nicht auf eine dopaminerge Medikation an. Ein Therapieversuch mit L-Dopa ist immer sinnvoll (Dosissteigerung bis etwa 1.000 mg). Wenn dadurch keine klinische Besserung eintritt, sollte L-Dopa wieder ausgeschlossen und auf weitere dopaminerge Medikamente verzichtet werden.

Ziele einer medikamentösen Therapie bei idiopathischem Parkinson-Syndrom sind ein krankheitsmodifizierender Effekt (Neuroprotektion), eine

gute symptomatische Wirkung, ein günstiges Nebenwirkungsprofil und die Prävention eines Spätsyndroms mit motorischen Komplikationen. Letztere sind das Ergebnis einer pulsatilen Stimulation durch orales L-Dopa mit seiner kurzen Halbwertszeit von etwa zwei Stunden. Eine dopaminerge Stimulation sollte daher von vornherein möglichst kontinuierlich erfolgen, um motorischen Komplikationen vorzubeugen. Unsere aktuellen Leitlinien empfehlen deshalb bei jüngeren Patienten eine Monotherapie mit einem Dopaminagonisten zur Prävention eines Spätsyndroms. Bei älteren Patienten dagegen kommt wegen der guten aktuellen Wirksamkeit und geringerer Nebenwirkungsrisiken L-Dopa zum Einsatz. Bei der Festlegung der Alterskategorie wird das 70. Lebensjahr als Grenze angegeben; entscheidend sind aber Begleiterkrankungen (Multimorbidität) und vor allem die Frage, ob kognitive Störungen oder andere psychiatrische Komplikationen (Halluzinationen) bereits vorgekommen sind.

Für das Vorgehen bei jüngeren Patienten (< 70 Jahre, keine Multimorbidität und kognitiven Störungen) siehe DGN-Leitlinien (www.dgn.org).

Vorgehen bei älteren Patienten mit neu diagnostiziertem Parkinson-Syndrom

► Erste Aufgabe ist eine ausführliche Differenzialdiagnose (inklusive bildgebender Diagnostik mit CT oder MRT) zum Ausschluss eines Pseudoparkinsonismus oder atypischen Parkinson-Syndroms. Ebenfalls wichtig ist die Prüfung, ob die Symptomatik auf L-Dopa anspricht (L-Dopa-Test).

► Eine medikamentöse Dauertherapie ist nur erforderlich, wenn die Symptomatik die Lebensqualität beeinträchtigt.

► Vor Einleitung einer Dauertherapie sollte der Patient und seine Angehörigen ausführlich über die Erkrankung informiert werden. Dabei sollte der Patient in die Therapieentscheidungen mit einbezogen werden, weil eine derartige kooperative Vorgehensweise die Compliance verbessert und direkten Einfluss auf die Lebensqualität des Patienten hat.

► Wenn die motorische Symptomatik hindernd ist (Lebensqualität), wird eine Therapie mit L-Dopa eingeleitet. In

Tabelle 1

Komplikationen beim Parkinson-Syndrom

Motorische Komplikationen

- akinetische Krise
- hypokinetische Fluktuationen
- hyperkinetische Fluktuationen
- Schluckstörungen
- Stürze

Nicht-motorische Komplikationen

- orthostatische Hypotonie
- Blasenentleerungsstörungen
- gastrointestinale Störungen
- Schwitzen
- Schlafstörungen
- Depression
- Demenz
- Halluzinationen

der Regel wird auf den Einsatz von Dopaminagonisten verzichtet, weil diese Substanzen bei älteren, vor allem bei multimorbiden Patienten Nebenwirkungen auslösen können (Übelkeit, Blutdrucksenkung, Halluzinationen). Das Risiko von späteren motorischen Komplikationen (Fluktuationen, Dyskinesien) spielt keine so große Rolle wie bei jungen Patienten. Trotzdem sollten die Prinzipien einer kontinuierlichen Stimulation berücksichtigt werden. Dies bedeutet, dass Modifikationen der L-Dopa-Therapie erforderlich sind:

— Vor Beginn einer Medikation von L-Dopa ist eine MAO-B-Inhibition mit Rasagilin sinnvoll. Durch Studien ist gut belegt, dass diese Substanz symptomatisch wirksam ist und den Einsatz von L-Dopa hinauszögern kann. Auch im höheren Lebensalter sind keine Nebenwirkungen zu erwarten. Amantadine sind bei älteren Patienten keine gute Alternative, weil Nebenwirkungen (Schlafstörungen, Übelkeit, Beinödeme, Livedo reticularis, Halluzinationen) insbesondere bei eingeschränkter Nierenfunktion sehr häufig sind.

— Die Medikation von L-Dopa sollte im drei- bis vierstündlichem Rhythmus erfolgen; die Patienten sollten das Medikament nicht zusammen mit proteinhaltigen Nahrungsmitteln einnehmen (sonst eine halbe oder ganze Stunde

nach dem Essen). Um die Wirkdauer von L-Dopa zu verlängern, ist die Kombination mit einer COMT-Hemmung sinnvoll (entweder zusätzlich zu jeder Einnahme von L-Dopa oder alternativ als Kombinationspräparat). Es ist belegt, dass durch eine COMT-Hemmung kontinuierlichere L-Dopa-Plasmaspiegel erreicht werden. Experimentelle Studien an Affen zeigten eine geringere Inzidenz von motorischen Komplikationen. Es liegen aber bisher noch keine Ergebnisse von klinischen Studien an Patienten vor, die dies bestätigen.

► Bei besonders rüstigen alten Patienten ohne kognitive Störungen können in Einzelfällen auch die Therapieprinzipien für jüngere Patienten angewandt werden (Kombinationsbehandlung mit Dopaminagonist plus L-Dopa).

Vorgehen bei älteren Patienten mit lange bestehendem Parkinson-Syndrom

► Die bisherige Medikation wird weitergeführt. Oft ist dies eine Kombinationsbehandlung mit L-Dopa und einem Dopaminagonisten. Sofern keine Nebenwirkungen vorliegen, wird man auch bei über 70-jährigen Patienten den Dopaminagonisten nicht absetzen. Allerdings sind nach einer Empfehlung der Fachgesellschaft beim Einsatz eines Ergot-Agonisten (Bromocriptin, Pergolid, Cabergolin) regelmäßige echokardiografische Kontrollen zum Ausschluss einer Herzklappenfibrose erforderlich. Eine Alternative stellen Non-Ergot-Agonisten (Ropinirol, Pramipexol, Rotigotin) dar, bei denen keine echokardiografischen Kontrollen erforderlich sind.

► Bei motorischen und nicht-motorischen Komplikationen (Tab. 1) werden die Therapieempfehlungen der DGN-Leitlinien angewendet (www.dgn.org).

Therapeutische Optionen bei atypischen Parkinson-Syndromen

Besonders bei alten Patienten muss der behandelnde Arzt an die Möglichkeit eines atypischen Parkinson-Syndroms denken. Dabei sprechen die Patienten in der Regel sehr viel schlechter auf eine medikamentöse Therapie an als Patienten mit idiopathischer Parkinson-Krankheit.

Multisystematrophie (MSA-P, MSA-C): Eine MSA-P ist wahrscheinlich, wenn bei

Tabelle 2

Medikamentöse Therapie der Multisystematrophie	
Symptom	Pharmakotherapie
Parkinsonismus (Akinese, Rigor)	<ul style="list-style-type: none"> — L-Dopa, gegebenenfalls bis zu 1.000 mg Tagesdosis steigern — Dopaminagonisten allenfalls als Therapieversuch, wenn L-Dopa wirkungslos bleibt (nur geringe Erfolgsaussichten) — Amantadin als Therapieversuch — Anticholinergika, wenn Rigor und Dystonie vorrangig sind
Orthostatische Hypotonie	<ul style="list-style-type: none"> — Fludrocortison (0,1–0,4 mg/Tag in zwei Einzeldosierungen) — gegebenenfalls zusätzlich Midodrin (3 x 2,5–10 mg)
Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> — Oxybutinin (2–3 x 2,5–5 mg) — Tolterodin (2 x 1–4 mg)
Erektile Dysfunktion	<ul style="list-style-type: none"> — Sildenafil (50–100 mg)
Speichelfluss	<ul style="list-style-type: none"> — Anticholinergika — gegebenenfalls Botox-Injektionen in Speicheldrüsen (Spezialist)
Zerebelläre Ataxie	keine wirksame Therapiemöglichkeit bei deutlichem Aktionstremor: Clonazepam (0,05–0,1 mg zur Nacht)

Tabelle 3

Medikamentöse Therapie der Demenz mit Lewy-Körperchen	
Symptom	Pharmakotherapie
Parkinsonismus (Akinese, Rigor)	<ul style="list-style-type: none"> — L-Dopa auftitrieren, gegebenenfalls zusätzlich COMT-Hemmer (Limitation durch mögliche Halluzinationen) — keine Dopaminagonisten (größeres Risiko von Halluzinationen)
Kognitive Störung	<ul style="list-style-type: none"> — Cholinesterasehemmer — Rivastigmin (in zwei Einzeldosen bis zu 12 mg/Tag: in 14-tägigem Rhythmus auftitrieren); DLB-Patienten mit Halluzinationen sprechen besser auf Rivastigmin an als Patienten ohne Halluzinationen — Donepezil (4 Wochen 5 mg/Tag, danach 10 mg/Tag) — Galantamin (Beginn mit 2 x 4 mg/Tag, Dosissteigerung alle 4 Wochen bis auf 24 mg/Tag) — L-Dopa hat keinen Effekt auf die kognitive Störung
Halluzinationen	<ul style="list-style-type: none"> — Cholinesterasehemmer evtl. auch bei Halluzinationen wirksam — atypische Neuroleptika — Clozapin (6,25–12,5 mg zur Nacht; ggf. Dosissteigerung bis 100 mg: 2/3 zur Nacht, 1/3 über den Tag verteilt) — Quetiapin (25–50 mg z. N.; gegebenenfalls Dosissteigerung bis 2 x 125 mg. EKG-Kontrollen.
Autonome Störungen	siehe Tabelle 2
REM-Schlaf-Störung	— Clonazepam (0,5 mg zur Nacht)

akinetisch-rigidem Syndrom zusätzlich vegetative Symptome (orthostatische Hypotonie, Harninkontinenz) bereits in der Frühphase vorliegen. Bei einer MSA-C bestehen neben dem akinetisch-rigiden Syndrom zerebelläre Koordinationsstörungen (Ataxie, Sprechstörungen). Da die Effekte der medikamentösen Therapie (Maßnahmen bei den wichtigsten Symptomen s. Tab. 2) nur begrenzt sind, sollten auch nicht-medikamentöse Verfahren wie Krankengymnastik, Logopädie oder Ergotherapie eingesetzt werden.

Progressive supranukleäre Parese (PSP): Erstes Symptom einer PSP ist häufig eine Haltungsinstabilität mit Sturzneigung nach hinten. Hinzu kommt ein akinetisch-rigides Syndrom, das sehr schlecht auf L-Dopa anspricht. Es entwickeln sich kognitive Störungen (Demenz). Eine pathognomonische vertikale Blickparese ist meist ein spätes Symptom, das oft an dem sogenannten „erstaunten Blick“ erkannt werden kann. In dieser späten Phase besteht meist auch ein Retrocollis. Es ist nicht bewiesen, dass die Symptome einer PSP

durch Medikamente beeinflussbar sind. Die Therapie konzentriert sich daher auf übende Verfahren (Logopädie, Schlucktraining, Training der Haltungsverstärkung) und eine psychologische Begleitung des Patienten und der Angehörigen.

Kortikobasale Degeneration (CBD): Das seltene atypische Parkinson-Syndrom CBD zeichnet sich durch ein asymmetrisches bis einseitiges akinetisch-rigides Syndrom mit zusätzlichen myoklonischen oder dystonen Symptomen und kortikalen Funktionsstörungen (v. a. Apraxie, „Alienlimb-Phänomen“) aus. Ist das akinetisch-rigide Syndrom funktionell relevant ausgeprägt, kann ein Therapieversuch mit L-Dopa erfolgen. Wird die Dosis bis zur Nebenwirkungsgrenze erhöht, können vorübergehende Erfolge erzielt werden; andernfalls sollte der Versuch wieder abgebrochen werden. Bei deutlicher Rigor-Dystonie-Komponente können Anticholinergika, bei Myoklonien kann Clonazepam (0,5–2 mg) hilfreich sein.

Demenz mit Lewy-Körpern (DLB): Voraussetzung für die Diagnose einer DLB sind kognitive Störungen (Demenz), wobei in der Anfangsphase Gedächtnisstörungen nicht vordergründig sind; exekutive Funktionen und Aufmerksamkeit sind stärker betroffen. Wenn zwei der drei nachfolgenden Symptome zusätzlich vorliegen, ist eine DLB wahrscheinlich:

- Fluktuationen von Kognition, Aufmerksamkeit und Wachheit,
- visuelle Halluzinationen,
- Parkinson-Symptome.

Bei einer DLB erscheint die Demenz meist vor oder gleichzeitig mit Parkinson-Symptomen. Wenn bei bekanntem Parkinson erst nach mehr als einem Jahr Demenz-Symptome hinzutreten, spricht man von einer Parkinson-Demenz (Parkinson disease dementia: PDD). Die Versorgung von alten Patienten mit Parkinson-Syndrom ist in differenzialdiagnostischer und therapeutischer Hinsicht (medikamentöse Optionen s. Tab. 3) eine Herausforderung, die ohne neurologische Kompetenz nicht ausreichend bewältigt werden kann.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Lutz Lachenmayer
Asklepios Klinik Barmbek
Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

Bisher gab es kaum Erfolg versprechende Behandlungsverfahren für Patienten mit posttraumatischer Verbitterungsstörung, einer Erkrankung, die häufig einen chronischen Verlauf nimmt. Die Weisheitstherapie wurde speziell für diese Störungsform entwickelt und scheint ein neuer effektiver Behandlungsansatz zu sein.



© Bilderbox, A-Thering

Posttraumatische Verbitterungsstörung

Befreite Psyche durch „Weisheitstherapie“

M. LINDEN

Lebensbelastungen, Katastrophen-, Verlust- und Kränkungerlebnisse können zu psychischen Erkrankungen führen und spielen in der klinischen Praxis eine große Rolle [Amiel-Lebigre F et al, 1995; Despland et al, 1995; Fava et al, 2001; O'Brien, 1998; Strain, 1998; Fischer & Riedesser, 1999; Paykel, 2001; Maerker & Rosner, 2006]. Das ICD-10 [WHO, 1992] unterteilt im Kapitel F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) diese reaktiven psychischen Störungen in die Kategorien der akuten Belastungsreaktion (F43.0), der posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) und der Anpassungsstörung (F43.2), sowie im Kapitel F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) der

andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.1). Es handelt sich zwar um häufige, aber dennoch um vergleichsweise unscharf definierte Kategorien. Zudem sollen diese Störungen nach den geltenden diagnostischen Algorithmen nur dann diagnostiziert werden, wenn nicht Kriterien für eine andere Achse-I-Störung gegeben sind. Dies macht sie zu einer diagnostischen Restkategorie.

Eine Ausnahme ist die „Posttraumatische Belastungsstörung“ als Reaktion auf ein „belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ [WHO, 1992] und die zu einer charakteristischen Psycho-

pathologie im Sinne von Intrusionen, Hyperarousal, Vermeidung und Angst führt.

Verbitterung als Folge von belastenden Lebensereignissen

In der täglichen Praxis ist die Tendenz zu beobachten, die eher eng und dadurch klar definierte Kategorie der posttraumatischen Belastungsstörung auch auf Störungen auszuweiten, die nicht aus der Konfrontation mit einem lebensbedrohlichen Ereignis, sondern mit einer lebensüblichen Belastung hervorgegangen sind. Es besteht die Notwendigkeit einer weiteren Differenzialdiagnostik und Präzisierung der Anpassungsstörungen.

Im ärztlichen Alltag und insbesondere bei Gutachtenpatienten oder bei

Patienten, die wegen einer drohenden Frühberentung in eine Rehabilitationsklinik kommen, findet man nach einschneidenden, wenn auch nicht außergewöhnlichen persönlichen Lebensereignissen, wie beispielsweise einer Kündigung oder Scheidung, häufiger Menschen, mit sehr ausgeprägten und lebensbeeinträchtigenden Reaktionen, die durch die vorliegenden Diagnoseklassen nur unzureichend erfasst werden. Charakteristische Auslöser sind Kränkungsereignisse, in deren Folge es zu einem schweren psychischen Krankheitszustand kommt. Die Patienten ziehen sich zurück, sind regelhaft arbeitsunfähig, leiden unter Intrusionen, Hyperarousal, ausgeprägter Herabgestimmtheit, agoraphobisch anmutender Vermeidung und als Leitaffekt Verbitterung und Aggression gegen sich selbst und die Umwelt. Während nach ICD-10 Anpassungsstörungen vorübergehender Natur sind und sich in der Regel nach sechs Monaten zurückgebildet haben sollten, führt dieser Reaktionstyp eher zu einer Chronifizierung mit schwerer Beeinträchtigung der sozialen Anpassung, Lebensführung und Lebensqualität. Dieses Störungsbild wurde zusammenfassend als „Posttraumatische Verbitterungsstörung (Posttraumatic Embitterment Disorder = PTED)“ beschrieben [Linden, 2003; Linden et al., 2004, 2007].

Verbitterung ist eine jedem Menschen geläufige Reaktion, ähnlich wie Angst. Nach ersten epidemiologischen Erhebungen geben etwa 50 % aller Menschen an, dass sie in letzter Zeit ein Lebensereignis hatten, das sie gekränkt hat und immer noch eine entsprechende emotionale Reaktion in ihnen auslöst, wenn sie daran zurückdenken [Linden et al 2007]. Etwa 2 % der Befragten geben an, ein solches Erlebnis gehabt und sich seitdem von allen Sozialbeziehungen zurückgezogen zu haben sowie in ihrem Befinden schwer beeinträchtigt zu sein. Analog zur Angst gilt auch für Verbitterung, dass ab einer bestimmten Quantität offenbar eine neue Qualität eintritt. Diese ist dann ebenso wie ausgeprägte Angst eindeutig krankheitswertig. Nach der klinischen Beobachtung ist Verbitterung beeinträchtigender und für den Betroffenen wie seine Umwelt schwerer zu ertragen als Angst oder Depression.

Ätiologie der PTED

Differenzialdiagnostisch stellt sich die Frage nach vorbestehenden psychischen Krankheiten. Wie das Fallbeispiel unten zeigt, sind diese Menschen typischerweise eher leistungsstark als krank und schwächlich. Es finden sich auch keine Hinweise auf manifeste Persönlichkeitsstörungen im Sinne der ICD-10. Die Betroffenen waren vor dem Ereignis sozial meist gut integriert. Dies ist möglicherweise aber geradezu auch ein Charakteristikum, das bei der Entwicklung dieser Reaktion von Bedeutung sein kann. Einschneidende Kränkungen sind nur in solchen Lebensbereichen möglich, die einer Person von hoher Wichtigkeit sind. Wer viel Einsatz für den Beruf zeigt ist dort verletzlich, wem die Familie über alles geht und wer deshalb seine ganze Biografie darauf abstellt, kann hier getroffen werden. Wem Ehre und Ansehen über alles geht, ist dort angreifbar. Andererseits gilt aber, dass Menschen nur dann Großes leisten können, wenn sie ihr Leben unter ein wichtiges Ziel stellen. Psychologisch und in der kognitiven Psychotherapie spricht man von „Grundan-

nahmen“ beziehungsweise „basic beliefs“, die das Verhalten von Menschen über die Lebensspanne hin leiten und Kohärenz ermöglichen. Wer Eigentum als wichtig ansieht, wird in vielen Lebenslagen (bis hin zum Zoobesuch mit den Kindern) sparsam sein und ein Haus bauen. Wenn er dann aber betrogen oder bei einer Erbschaft hintergangen wird, trifft ihn das besonders. Menschen reagieren dann mit Verbitterung, wenn sie in Bereichen verletzt werden, die ihnen besonders viel bedeuten und in denen sie besonders leistungsfähig sind, das heißt nach einer Verletzung zentraler „basic beliefs“ [Beck et al, 1979].

Neben diesem inhaltlichen Schlüssel-Schloss-Charakteristikum scheinen Weisheitskompetenzen ein weiterer relevanter Faktor bei der Bewältigung von Lebenskrisen zu sein. Die Weisheitspsychologie ist eine neue Forschungsrichtung, die im Rahmen der Psychologie der Lebensspanne entwickelt wurde [Baltes und Smith, 1990, Staudinger et al., 1997; Staudinger und Baltes, 1996; Sternberg, 1998; Böhmig-Krumhaar et al., 2002]. Weisheit ist definiert als „Expertise im Umgang mit

Fallbeispiel einer pathologischen Verbitterungsreaktion

Eine 52-jährige Patientin wird unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse zugewiesen, weil sie seit einem Jahr arbeitsunfähig ist. Sie berichtet über schlechte Stimmung, Schlafstörungen, Kraftlosigkeit und vielfache körperliche Symptome. Sie erklärt, nicht mehr arbeitsfähig zu sein und eine Rente beantragen zu wollen.

Sie war als Verkäuferin in einem kleinen Familienunternehmen tätig. Sie hat dort über 20 Jahre stets treu gearbeitet und eigene Ansprüche immer zurückgestellt. Sie fühlte sich der Familie zugehörig. Als es zu wirtschaftlichen Schwierigkeiten kam, hat sie ihren Einsatz noch erhöht und auch auf die ihr zustehenden Rechte verzichtet. An einem Freitag kommt kurz vor Arbeitsschluss ein Bote und übergibt ihr im Auftrag der Eigentümer einen Brief, in dem sie ihre Kündigung findet. Niemand hat mit ihr geredet. Sie geht nach Hause und weint das Wochenende über. Am Montag geht sie nicht mehr in den Betrieb, obwohl der Kündigungstermin noch weit in der Zukunft liegt. Seitdem sitzt sie nur noch zuhause, hat sich von allen Sozialbeziehungen zurückgezogen, will nicht an ihre Zukunft denken, hat sich nicht nach einer neuen Arbeit umgesehen, weist das Angebot einer neuen Arbeit strikt zurück und ist nicht bereit, sich auf einen therapeutischen Kontakt einzulassen.

Psychopathologisch wirkt die Patientin verbittert, versteinert, antriebslos, herabgestimmt, innerlich voll Aggression gegen die Welt und insbesondere auch sich selbst. Es werden Suizidgedanken und auch Phantasien eines erweiterten Suizids erkennbar. Die Erwähnung der Auslösersituation führt zu einer emotionalen Entgleisung mit heftigem Tränenausbruch und vorwürfllichem Klagen. Sie leidet unter Schlafstörungen und Appetitverlust. Bei Ablenkung oder auch bei der Stimulation von Rachephantasien (Sie beobachten, wie ihr früherer Chef vor ihren Augen auf einer Banane ausrutscht? Sie lesen, dass die Firma Bankrott gemacht hat?) wird eine ungestörte affektive Modulation erkennbar.

schwierigen Fragen des Lebens, wie beispielsweise Fragen der Lebensplanung, Lebensgestaltung und der Lebensdeutung“ und stellt eine psychologische Fähigkeit dar, die hilft, komplexe und letztlich nicht eindeutig lösbare Lebensprobleme verarbeiten beziehungsweise ertragen zu können. Tabelle 2 gibt einen Überblick über wichtige Weisheitskompetenzen.

Weisheitskompetenzen sind bei Menschen, die einschneidenden Lebensbelastungen ausgesetzt waren, in besonde-

rer Weise gefordert. Aus dem klinischen Eindruck und ersten empirischen Daten scheinen bei Patienten mit einer posttraumatischen Verbitterungsstörung Defizite in der Aktivierung weisheitsbezogener Leistungen vorzuliegen. Weisheitsstrategien können einem rigiden, dogmatischen, einseitigen, emotionsgesteuerten und unflexiblen Denken, welches Verbitterung und selbstzerstörerische Resignation wahrscheinlicher macht, gegenübergestellt werden. In seinem Werk „Menschliches, Allzumenschliches. Ein Buch für freie Geister“.

(Ullstein, Frankfurt 1969, S. 1005 Sentenz Nr. 348) schrieb Friedrich Nietzsche „Woran die Weisheit zu messen ist: Der Zuwachs an Weisheit läßt sich genau nach der Abnahme der Galle bemessen!“.

Die Therapie der posttraumatischen Verbitterungsstörung

Die Therapie überdauernder Anpassungsstörungen und posttraumatischer Verbitterungsstörungen kann erhebliche Probleme aufwerfen. Insbesondere der Leitaffekt der Verbitterung führt oft zu einer Ablehnung therapeutischer Hilfsangebote („die Welt kann ruhig sehen, was mir angetan wurde“). Eine Therapie wird schließlich auch erschwert durch eine fatalistisch anmutende resignativ-aggressive Grundhaltung der Patienten, die Verarbeitungs- und Änderungsprozesse sowie den Aufbau neuer Lebensperspektiven blockiert und eine Therapiemotivation erschwert.

In den letzten Jahren wurde in umfangreichen Studien – aufbauend auf der Weisheitspsychologie – eine speziell auf Verbitterungsstörungen abgestellte Therapie entwickelt, die „Weisheitstherapie“ [Schippan et al, 2004; Linden et al, 2006]. Sie ist als kognitive Verhaltenstherapie konzipiert, durch die der Patient in die Lage versetzt werden soll, das kritische Lebensereignis und die damit verbundene Kränkung und Herabwürdigung zu verarbeiten, sich davon innerlich zu distanzieren sowie neue Lebensperspektiven aufzubauen. Hierzu wird auf bewährte kognitive Strategien der Einstellungsänderung und der Problemlösung zurückgegriffen. Den hier verwendeten kognitiven Verfahren liegt hauptsächlich der Prozess des Reframings oder kognitiven Neubenennens zugrunde, um Neuinterpretationen, Reintegration des Erlebten sowie Änderungen des inneren Bewertungssystems anzustoßen. Aber auch Methoden wie Exposition, Wiederaufbau von Sozialkontakten und Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen werden eingesetzt, um Meidungsverhalten und Rückzug aufzuhalten und Realitätsprüfungen zu unterstützen.

Ein neues und speziell auf die PTED abgestelltes Behandlungselement sind „weisheitsaktivierende“ Problemlösestra-

Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Verbitterungsstörung

Tabelle 1

A: Kernkriterien

1. Es ist ein einmaliges schwerwiegendes negatives Lebensereignis zu identifizieren, in dessen Folge sich die psychische Störung entwickelt hat.
2. Dem Patienten ist dieses Lebensereignis bewusst und er sieht seinen Zustand als direkte und anhaltende Konsequenz aus dem Ereignis.
3. Der Patient erlebt das kritische Lebensereignis als „ungerecht“.
4. Es trat keine manifeste psychische Störung im Jahr vor dem kritischen Lebensereignis auf. Der gegenwärtige Zustand ist kein Rezidiv einer vorbestehenden psychischen Erkrankung.

B: Zusatzsymptome

1. Wenn das kritische Ereignis angesprochen wird, reagiert der Patient mit Verbitterung und emotionaler Erregung.
2. Der Patient berichtet wiederholte intrusive Erinnerungen an das Ereignis. Teilweise ist es ihm sogar wichtig, nicht zu vergessen.
3. Die emotionale Schwingungsfähigkeit ist nicht beeinträchtigt. Der Patient zeigt normalen Affekt, wenn er abgelenkt wird oder kann beim Gedanken an Rache lächeln.
4. Der Patient nimmt sich als Opfer und hilflos wahr und sieht sich nicht in der Lage, das Ereignis oder seine Ursache zu bewältigen.
5. Der Patient macht sich selbst Vorwürfe, das Ereignis nicht verhindert zu haben oder nicht damit umgehen zu können.
6. Der Patient meint, dass es ihm „egal“ sei, wie es ihm gehe und dass er nicht wisse, ob er die Wunde heilen lassen wolle.
7. Der Patient kann Suizidgedanken äußern.
8. Die emotionale Grundstimmung ist dysphorisch-aggressiv-depressiv getönt und erinnert an eine Depression mit somatischem Syndrom (sogenannte endogene Depression).
9. Patienten können unter einer Reihe unspezifischer somatischer Beschwerden leiden, zum Beispiel Schlafstörungen, Appetitverlust oder Schmerzen.
10. Der Patient berichtet über eine phobische Symptomatik, die eng mit dem Ort oder Urheber des kritischen Ereignisses verbunden ist.
11. Der Antrieb ist reduziert und wirkt blockiert. Der Patient erlebt sich weniger als antriebsgehemmt, sondern eher im Sinne einer Antriebsverharrung als antriebsunwillig.

Tabelle 2

Weisheitskompetenzen

1. **Perspektivwechsel:** Fähigkeit zum Erkennen der verschiedenen Perspektiven der an einem Problem beteiligten Personen
2. **Selbstdistanz:** Fähigkeit, sich selbst aus der Sicht einer anderen Person wahrzunehmen
3. **Empathie:** Fähigkeit zum Erkennen und Nachempfinden von Gefühlen der am Problem beteiligten Personen
4. **Emotionswahrnehmung und Emotionsakzeptanz:** Fähigkeit zur Wahrnehmung und Akzeptanz eigener Gefühle
5. **Emotionale Serenität und Humor:** Fähigkeit zur emotionalen Ausgeglichenheit bei der Vertretung eigener Überzeugungen und Standpunkte sowie die Fähigkeit, sich selbst und die eigenen Schwierigkeiten mit Humor zu betrachten
6. **Fakten- und Problemlösewissen:** generelles und spezifisches Wissen um Probleme und Möglichkeiten der Problemlösung
7. **Kontextualismus:** Wissen um die zeitliche und situative Einbettung von Problemen und die zahlreichen Umstände, in die ein Leben eingebunden ist
8. **Wertrelativismus:** Wissen um die Vielfalt von Werten und Lebenszielen und die Notwendigkeit, jede Person innerhalb ihres Wertesystems zu betrachten, ohne dabei eine kleine Anzahl universeller Werte aus dem Auge zu verlieren
9. **Selbstrelativierung:** Fähigkeit zu akzeptieren, dass in der Welt vieles nicht nach dem eigenen Willen läuft und man selbst nicht immer am wichtigsten ist
10. **Ungewissheitstoleranz:** Wissen um die dem Leben inhärente Ungewissheit bezüglich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft
11. **Nachhaltigkeit:** Wissen um negative und positive Aspekte jedes Geschehens und Verhaltens, sowie kurz- und langfristige Konsequenzen, die sich auch widersprechen können
12. **Problem- und Anspruchsrelativierung:** Fähigkeit, die eigenen Probleme durch einen Vergleich mit den Problemen anderer Personen relativieren zu können

regionen, die es dem Patienten ermöglichen, mit neuen Perspektiven, mehr Distanz, wechselnden Referenzsystemen und unter Berücksichtigung verschiedener Metaaspekte über sein Problem differenzierter nachdenken sowie urteilen zu können und eine innerliche Verarbeitung anzustoßen. Eine Überwindung der PTED erscheint nur möglich, wenn es gelingt, die innere Kränkung zu verarbeiten, eine innerliche „Aussöhnung“ mit den verbitterungsauslösenden Ereignissen und Verursachern sowie ein aktives Abschließen der Vergangenheit zu erreichen, mit einer Neuorientierung in die Zukunft und Perspektivfindung. Die Therapie der posttraumatischen Verbitterungsstörung versucht, weisheitsaktivierende Strategien und Denkansätze zu fördern unter Zugrundelegung der in Tabelle 2 zusammengefassten Operationalisierungen von Weisheit.

Eine spezielle therapeutische Intervention ist die „Methode der unlösbaren Probleme“. Die Erfahrung zeigt, dass verbitterte Patienten auch bei umfangreicher Vorarbeit häufig keine hinreichende Distanz zur eigenen Situation erreichen, sodass ihnen unmittelbar daran keine neue Lösungswege aufgezeigt werden können. Sie verfallen häufig wieder in die alten Argumentations- und Reaktionsmuster. Bei der „Methode der unlösbaren Probleme“ werden die Patienten daher an fiktiven Beispielproblemen in weisheitsaktivierenden funktionalen Problemlösungsansätzen trainiert, was die Gefahr von Reaktanz verringert. So wie Selbstsicherheit in einem Selbstsicherheitstraining geschult werden kann, kann auch Weisheit durch ein Weisheitstraining vermittelt werden (Tab. 3, S. 68).

Den Patienten werden hierfür fiktive Lebensprobleme vorgegeben, die da-

durch charakterisiert sind, dass es sich um schwerwiegende negative Lebensereignisse mit mehreren Beteiligten und keiner eindeutigen Lösungsmöglichkeit handelt. Alle dargestellten Übungsprobleme sind kurze Schilderungen ungerichteter, schwieriger, jedoch lebensüblicher Belastungen, die größtenteils unabänderbar für den Betroffenen sind und potenziell zur Verbitterungsauslösung geeignet sind. Bewusst lassen die Schilderungen viel Raum für Spekulationen und unterschiedliche Auslegungsweisen. Der Pool der Übungsprobleme enthält Beispiele für Arbeitsplatzkonflikte/Kündigung, Partnerschaftskonflikte, finanzielle Verluste, Familienprobleme, Krankheit und Tod.

Es empfiehlt sich, als erstes Übungsproblem ein Thema auszuwählen, das sich vom Problem des Patienten deutlich unterscheidet (z. B. Auswahl eines Partnerschaftsproblems, wenn der Patient wegen einer Kündigung verbittert ist). Dadurch gelingt es, die Problemlösestrategien zunächst mit mehr Distanz einzuüben. Weitere Übungsprobleme können dann aus dem jeweiligen Problemfeld des Patienten stammen, sie sollten jedoch noch Abweichungen zum eigenen Problem aufzeigen.

Zur Unterstützung eines strukturierten Lernprozesses wird der Patient gebeten seine persönliche Betroffenheit mitzuteilen, wenn er sich in die Situation des Geschädigten versetzt. Er wird gebeten, sich in die Situation der zweiten und anschließend der dritten Person zu versetzen. Dies ermöglicht die Einübung der Fähigkeit zum Perspektivwechsel, zur Empathie, oder zur Wertrelativierung. Es werden dann aus der Sicht der verschiedenen Beteiligten Reaktionsoptionen erarbeitet die sich unterscheiden hinsichtlich kurzfristiger und langfristiger Effekte, emotionaler oder sachlicher Befriedigung, gerechter oder schadensbegrenzender Lösungen. Dazu wird der Patient auch angehalten, sich in verschiedene prototypische Lösungsperspektiven zu versetzen indem er sich fragt, wie würde ein Manager so etwas angehen, ein Pfarrer, ein Psychologe, eine Großmutter, die mehrere Kinder durch den Krieg gebracht hat? Dies ermöglicht die Einübung von Wertrelativierung oder emotionaler Serenität.

Tabelle 3

Problemvarianten für das Weisheitstraining nach der „Methode der unlösbaren Probleme“

Arbeitsplatzkonflikte /Kündigung:

Herr Schmidt führt seit 25 Jahren erfolgreich eine Abteilung. Nach einem längeren Krankenhausaufenthalt wegen eines Arbeitsunfalls verliert er die Leitungsfunktion, als Abteilungsleiter wird ihm ein junger Universitätsabsolvent vorgesetzt.

(Herr Schmidt, der neue Abteilungsleiter, der Personalchef)

Partnerschaftskonflikte: Herr Schmidt sitzt wegen eines angeblichen Betruges ein halbes Jahr unschuldig in Untersuchungshaft. In dieser Zeit verlässt ihn seine Ehefrau.

(Herr Schmidt, der Richter, die Ehefrau)

Finanzielle Verluste: Herr Schmidt wird ohne Schuld in einen Verkehrsunfall verwickelt. Dabei entsteht ihm ein großer Sachschaden, für den keine Versicherung aufkommt. Die einzigen Zeugen saßen im Wagen des Unfallgegners und belasten Herrn Schmidt vor Gericht. Der Unfallgegner bekommt deswegen auch in der letzten Instanz Recht.

(Herr Schmidt, der Unfallgegner, die Zeugen)

Familienprobleme, Krankheit und Tod: Frau Müller hat eine Rheumaerkrankung und ist deswegen hilfsbedürftig. Sie wird von ihrem Ehemann wegen einer anderen Frau verlassen.

(Frau Müller, der Ehemann, die neue Frau)

Während in der eigenen klinischen Praxis Patienten mit Verbitterungsreaktionen zunächst unbehandelbar erschienen, gelingen mit diesem neuen Therapieansatz inzwischen überzeugende positive Entwicklungen. Es wurde deshalb mit einer randomisiert-kontrollierten Therapiestudie begonnen, um diesen klinischen Eindruck zu überprüfen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Abschließend sind noch einige grundsätzliche Überlegungen anzusprechen, um Missverständnissen sowohl bezüglich

der PTED als auch der Weisheitstherapie vorzubeugen.

Aufgrund der Art und der Schwere der Psychopathologie und der daraus resultierenden Funktions-, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen ist die PTED eine Erkrankung. Sie definiert sich nicht darüber, dass eine Person von negativen Lebensereignissen betroffen ist. Tod, Scheidung, Kündigung etc. gehören zum menschlichen Leben. Der Mensch verfügt über die Fähigkeit zur psychologischen Widerstandsfähigkeit (Resilience), die es ihm ermöglicht, auch solch belastende Ereignisse zu verarbeiten [Staudinger et al., 1999]. Erst wenn es zu bleibenden psychopathologischen Normabweichungen kommt, ist von Krankheit zu sprechen. Dies ist ähnlich wie beispielsweise in der Chirurgie, wo die Art der Fraktur krankheitsdefinierend ist und nicht, ob der Patient einen Skiunfall erlitten hat oder auf einer Banane ausgerutscht ist. Auch scheinbar bagatelhafte Erlebnisse können unter bestimmten Rahmenbedingungen zu dramatischen Konsequenzen führen, in der Chirurgie wie in der Psychopathologie. Zusammenfassend bedeutet dies, dass die Funktionsstörung und nicht der Auslöser diagnostisch wegweisend sind.

Gleiches gilt auch für die Therapie. Es geht bei der Weisheitstherapie nicht um eine Lebensberatung und Unterstützung bei der Bewältigung eines Lebenskonflikts. Es geht um die Besserung der Psychopathologie. Dies geschieht auch nicht durch die Erarbeitung von Konfliktlösungen, sondern durch die Förderung psychologischer Funktionen, die erforderlich sind, um eine Konfliktlösung erreichen zu können. Die Weisheitstherapie vermeidet daher auch weitgehend, direkt am Thema des Konflikts zu arbeiten. Stattdessen werden Weisheitsstrategien beispielsweise an Modellproblemen eingeübt. Auch bezüglich der Therapie gilt also, dass die Funktion und nicht der Inhalt das Therapieziel ist, was auch grundsätzlich als Unterschied zwischen Therapie und Beratung gelten kann.

Zum Schluss ist darauf hinzuweisen, dass sowohl das Konzept der PTED wie auch die Weisheitstherapie wissenschaftliche Neuentwicklungen sind. Die hier vorgestellten diagnostischen und therapeutischen Ansätze müssen daher als

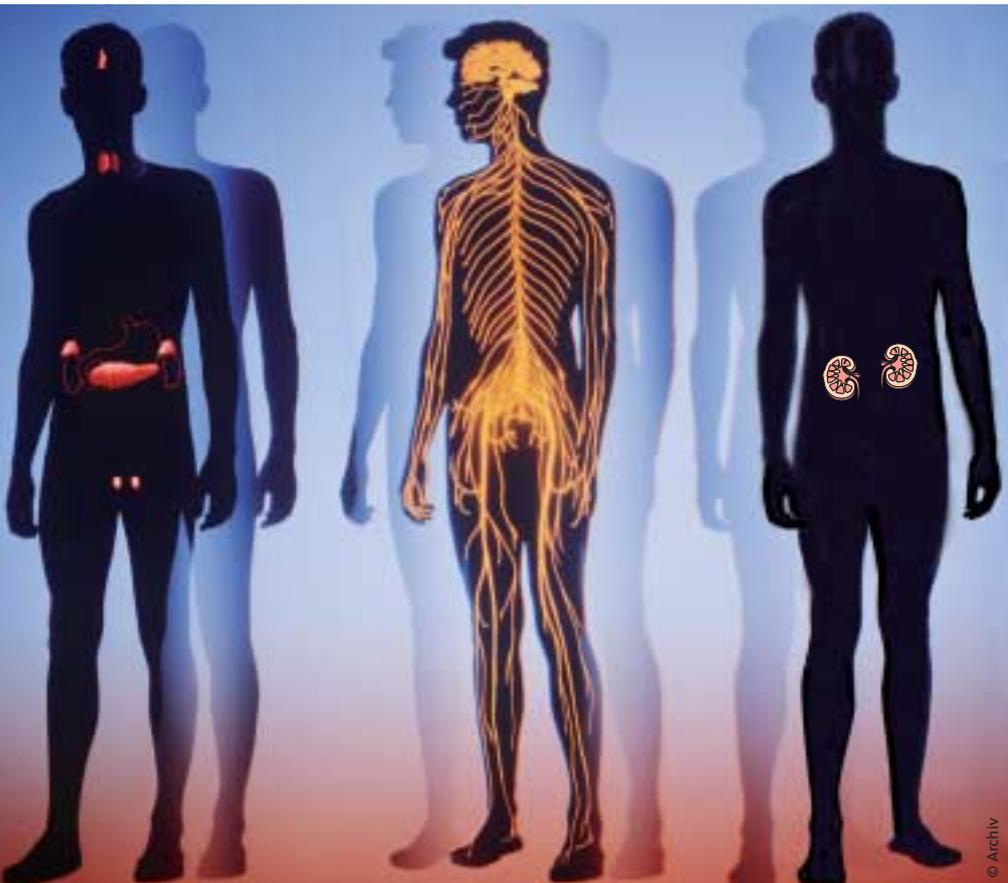
Fazit

Die „Posttraumatische Verbitterungsstörung (Posttraumatic Embitterment Disorder = PTED)“ ist eine psychopathologische Reaktionsform, die sehr beeinträchtigend ist, häufig einen chronischen Verlauf nimmt und der Gruppe der Anpassungsstörungen zuzurechnen ist. Es gibt einige Gemeinsamkeiten wie Unterschiede zu anderen posttraumatischen Störungen. Auslöser sind eine Kränkung und Hilflosigkeitssituation. Als Folge tritt ein protrahierter Verbitterungsaffekt auf, mit Intrusionen, Hyperarousal, Herabgestimmtheit, phobischer Vermeidung der Auslösersituation, Suizidalität und Aggression. Insbesondere der Leitaffekt der Verbitterung führt oft auch zu einer Ablehnung und Abwertung therapeutischer Hilfsangebote. Einen Behandlungsansatz bietet eine speziell für diese Störungsform entwickelte „Weisheitstherapie“, die sich an der Weisheitsforschung orientiert und die Methoden einsetzt wie die Förderung von Perspektivwechsel, Selbstdistanz, Empathie, Emotionswahrnehmung und Emotionsakzeptanz, emotionale Serenität und Humor, Fakten- und Problemlösewissen, Kontextualismus, Wertrelativismus, Selbstrelativierung, Ungewissheitstoleranz, Nachhaltigkeit, Problem- und Anspruchsrelativierung.

vorläufige Entwürfe verstanden werden. Sie basieren auf der klinischen Erfahrung und ersten wissenschaftlichen Untersuchungen. Es wird weiterer Forschung bedürfen, um diesbezüglich endgültige Empfehlungen geben zu können.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. M. Linden
 Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Reha-Zentrum Seehof, Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow/Berlin
 E-Mail: michael.linden@charite.de



Das lesen Sie demnächst ...

Organspezifische Nebenwirkungen von Psychopharmaka

Hepatotoxizität	12/2006
Neurologische Nebenwirkungen	1/2007
Endokrinologische Nebenwirkungen	2/2007
Lithiumtherapie und Nierenfunktion	3/2007
Kardiovaskuläre Nebenwirkungen	Termin noch unbestimmt

Organspezifische Nebenwirkungen von Psychopharmaka

Lithiumtherapie und Nierenfunktion

A. BERGHÖFER, D. KAMPF

Lithiumsalze werden vielfältig in der Akut- und Langzeittherapie affektiver Störungen eingesetzt. Neben unerwünschten Wirkungen auf die Schilddrüsenfunktion, den Kohlenhydratstoffwechsel, die Haut oder das Ungeborene gehören die Effekte von Lithium auf die Nierenfunktion zu vorrangigen Fragen der Therapiesicherheit.

Erste Berichte über morphologische Veränderungen der Nieren nach längerer Lithiumtherapie stammen aus den 70er-Jahren und führten zunächst zu der erheblichen Besorgnis, dass eine mit der Lithiumtherapie verbundene Spätfolge ein allmähliches Nierenversagen sein könnte. In den 80er-Jahren konnte in umfangreichen Studien gezeigt werden, dass diese Gefahr bei adäquat geführter Lithiumtherapie nicht besteht [Schou, 1988; Waller, 1989]. Der Effekt von Lithium auf die Nierenfunktion bedarf aber dennoch besonderer Aufmerksamkeit bei jedem einzelnen Patienten.

Tabelle 1

**Faktoren für die Veränderung der Lithiumclearance
[nach Schou und Kampf, 2006]**

Faktor	Hauptursache/Mechanismus
<i>Steigerung der Lithiumausscheidung</i>	
Schwangerschaft	Ansteigen der glomerulären Filtrationsrate
Nifedipin	Steigerung der glomerulären Perfusion und verringerte Lithiumwiederaufnahme im proximalen Tubulus
Isradipin	verringerte Lithiumwiederaufnahme im proximalen Tubulus
Theophyllin	Steigerung der glomerulären Perfusion
exzessiver Koffeingenuss	Steigerung der glomerulären Perfusion
<i>Senkung der Lithiumausscheidung</i>	
höheres Alter	Sinken der glomerulären Filtrationsrate
Lithiumintoxikation	Sinken der glomerulären Filtrationsrate
längerdauerndes Erbrechen/Diarrhö	gesteigerte Lithiumwiederaufnahme im proximalen Tubulus
hohes Fieber	gesteigerte Lithiumwiederaufnahme im proximalen Tubulus
salzarme Diät	gesteigerte Lithiumwiederaufnahme im proximalen Tubulus
Ödembildung	gesteigerte Lithiumwiederaufnahme im proximalen Tubulus
Diuretika	gesteigerte Lithiumwiederaufnahme im proximalen Tubulus
nichtsteroidale Antiphlogistika	gesteigerte Lithiumwiederaufnahme im distalen Tubulus
ACE-Inhibitoren	Sinken des glomerulären Perfusionsdrucks
Betablocker	Sinken des glomerulären Perfusionsdrucks
Verapamil	Sinken des glomerulären Perfusionsdrucks

Kinetik von Lithium

Die Ausscheidung von Lithium erfolgt nahezu ausschließlich (90–98%) über die Niere. Nach der glomerulären Filtration des Lithiumions erfolgt im proximalen Tubulus eine Reabsorption zu etwa 70–80%, diese erfolgt proportional zu Natrium und Wasser. Ein geringerer Anteil kann in der Henleschen Schleife oder bei gleichzeitiger Gabe nichtsteroidaler Antiphlogistika im distalen Tubulus reabsorbiert werden. Die tubuläre Reabsorption kann durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst werden (Tab. 1), was wiederum entscheidende Auswirkungen auf den Lithiumserumspiegel hat. Jegliche Situationen, die – physiologisch oder pathologisch – zu einer verstärkten Rückresorption von Natrium führen, erzeugen konsekutiv auch eine verstärkte Lithiumrückresorption, somit eine geringere Lithiumausscheidung und folglich eine Erhöhung des Lithiumserumspiegels. Beispiele sind Natrium- und Wasserver-

luste durch Schwitzen, längeres Erbrechen und salzarme Diät, aber auch Situationen verstärkter Aldosteron-Aktivität wie Stress.

Die renale Clearance beträgt bei normaler Nierenfunktion etwa 20–30% der glomerulären Filtrationsrate. Sie ändert sich einerseits bei Nierenparenchymerkrankungen, andererseits aber auch mit dem Alter, durch Ernährungsumstellung oder durch hormonelle und metabolische Veränderungen. Daher ist die Lithiumclearance nicht intraindividuell stabil. Bei vielen Älteren fällt die Lithiumclearance auf zirka 40% verglichen mit jüngeren Menschen. [Übersicht bei Thomsen und Schou, 1999].

Die Kinetik wird ausschließlich vom Lithiumion bestimmt; das Anion, die Salzverbindung, ist hierfür nicht relevant, daher unterscheiden sich die im deutschsprachigen Raum verfügbaren Lithiumsalze Lithiumsulfat, -azetat oder -karbonat hinsichtlich der Effekte auf die Niere nicht.

Strukturelle und funktionelle Nierenveränderungen unter Lithium

Die unerwünschten Wirkungen von Lithium auf die Niere betreffen vorrangig den glomerulären, tubulären und den interstitiellen Apparat der Niere, vaskuläre Veränderungen wurden nicht beobachtet.

Tubulusfunktionsstörungen

Die sicher häufigste Veränderung der Nierenfunktion unter Lithium ist die Polyurie. Bis zu 30% der Patienten sind hiervon betroffen [Boton et al., 1987; Schou und Vestergaard, 1988]. Das typische klinische Bild besteht aus einer Zwangsdurese zwischen 3 Litern und 6 Litern pro Tag mit entsprechender Reduktion der renalen Konzentrationsleistung. Folge ist ein verstärktes Durstgefühl. Das Bild des nephrogenen Diabetes insipidus unter Lithium entsteht wahrscheinlich vorrangig durch eine Hemmung der vasopressinsensiblen Adenylatzyklase und eine Abnahme der Vasopressinrezeptoren in der Niere. Eventuell stimuliert Lithium auch direkt zentral das Durstgefühl [Forrest, 1979; Hensen et al., 1996].

Die glomeruläre Filtrationsleistung ist nicht eingeschränkt. Bei subjektiv starker Belastung kann eine Dosisreduktion sinnvoll sein, gegebenenfalls muss Lithium abgesetzt werden. Danach normalisiert sich die Konzentrationsleistung der Niere meist innerhalb weniger Wochen wieder. Neben der subjektiven Belastung durch die Polyurie und Polydipsie haben diese Patienten allerdings per se ein erhöhtes Intoxikationsrisiko durch die zwangsläufigen Natrium- und Wasserverluste. Sie müssen daher eines enmaschigeren Monitorings unterzogen werden. Prinzipiell besteht die Möglichkeit einer Beeinflussung des Diabetes insipidus durch die Gabe bestimmter Diuretika, die aufgrund unterschiedlicher Mechanismen die Polyurie verbessern können. Diese Therapie ist jedoch für die nervenärztliche Routine nicht geeignet, sondern bedarf einer engen Zusammenarbeit mit einem Nephrologen.

Chronische Nephropathie

Das klinische Bild der chronischen Lithiumnephropathie ist unauffällig. Der

Urinbefund ist in der Regel normal, ebenso die glomeruläre Perfusion und Filtration. Der einzige charakteristische Befund ist die Abnahme der maximalen Konzentrationsleistung der Niere [Kallner und Petterson, 1995]. Morphologisch liegen Veränderungen an den Tubuli, Sklerosierungen der Glomeruli und eventuell eine Fibrose des benachbarten Interstitiums vor [Walker et al., 1983].

Der kausale Zusammenhang ist unklar, jedoch besteht kein Zweifel daran, dass Lithiumionen potenziell nephrotoxisch sind. Es liegt nahe, dass der Vorgang der Elimination von Lithium toxisch auf die Tubuli wirkt. Bei normalen Serumspiegeln beträgt – abhängig von der Stärke der Diurese – die Konzentration der Lithiumionen im distalen Tubulus beziehungsweise im Sammelrohr das 20- bis 60-fache der therapeutischen Se-

rumkonzentration und das 10.000-fache der physiologischen Konzentration! [Chan et al., 1981]. Dass die Einnahmefrequenz (mehrmals gegenüber einmal täglich oder retardiertes versus Normalpräparat) hier eine Rolle spielt, konnte bislang nicht nachgewiesen werden. Die kumulative Lithiumdosis über die Lebensjahre und die Dauer der Lithiumbehandlung scheinen keinen Einfluss zu haben [Lepkifker et al., 2004].

Interessanterweise wurde das Bild der unspezifischen, chronisch interstitiellen Nephropathie auch bei bipolaren Patienten, die nie Lithium erhielten, gefunden [Coppen et al., 1980]. Dies spricht dafür, dass bipolare Patienten möglicherweise eine erhöhte Disposition zu dieser Nierenveränderung haben. Auch Neuroleptika können die renale Konzentrationsleistung einschränken [Waller et al., 1985].

Die Angaben zur Häufigkeit in der Literatur sind sehr unterschiedlich und meist nicht valide, da nur wenige Untersuchungen tatsächlich nach Absetzen von Lithium erfolgt sind und die bleibenden Veränderungen an der Niere erfasst haben. Meist sind die Untersuchungsergebnisse stark von funktionellen und reversiblen Veränderungen an der Niere überlagert. Es ist davon auszugehen, dass sich bei einem Fünftel bis einem Viertel der Patienten die renale Konzentrationsleistung nach Absetzen von Lithium nicht wieder komplett erholt oder nicht erholen würde. Die Ausscheidungsfunktion (glomeruläre Filtrationsleistung) hingegen ist bei höchstens 15% der Patienten langfristig leicht eingeschränkt [Boton et al., 1987]. Nur wenige Einzelfälle einer terminalen Niereninsuffizienz infolge einer Lithiumprophylaxe sind diskutiert worden, wobei unklar ist, inwieweit bei diesen Patienten prä-existierende Nierenerkrankungen und/oder stattgehabte Lithiumintoxikationen eine Rolle spielten [Bendz et al., 1996]. Insgesamt wird heute davon ausgegangen, dass bei gut kontrollierter Langzeittherapie wenig Evidenz für progressive morphologische Veränderungen der Niere besteht [Walker und Kincaid-Smith, 1990].

Nephrotisches Syndrom

Primär glomeruläre Veränderungen der Niere sind sehr selten. Sie äußern sich in einer großen Proteinurie beziehungsweise einem nephrotischen Syndrom. Diesem liegt morphologisch zumeist eine Minimalläsion zugrunde. Der pathogenetische Mechanismus, über den Lithium zu dieser Nierenveränderung führt, ist noch nicht geklärt. In jedem Fall ist die Prognose sehr gut, nach Absetzen des Lithium folgt in der Regel eine komplette Remission, nach Wiederansetzen jedoch ein sofortiges Rezidiv [Santella et al., 1988]. In diesen seltenen Fällen sollte in der nervenärztlichen Routine auf eine Lithiumtherapie verzichtet werden.

Akute Lithiumintoxikation

Ursachen

Der Lithiumintoxikation geht meist ein Wasser- und Natriumverlust voraus. Als Folge der Dehydrierung kommt es zur Abnahme der renalen Perfusion und glo-

Checkliste für Patienten und Angehörige

Risikoreiche Situationen unter Lithium-Langzeittherapie sind:

- Wasserverlust (infolge Sport, Saunabesuch, Durchfall, Erbrechen, heftigem Schwitzen bei heißem Wetter)
- kochsalzarme Diät (z.B. wegen Bluthochdruck vom Hausarzt oder Internisten verordnet)
- Abmagerungskuren
- hohes Fieber
- längeres Erbrechen oder Durchfall (bei Magen- und Darmerkrankungen oder in der Frühphase der Schwangerschaft)
- Narkose und größere Operationen (gestörte Elektrolyt- und Flüssigkeitssituation)

Unterdrücken Sie nicht Ihren Durst, haben Sie immer eine Extraportion zu trinken und Salzstangen dabei!

Zeichen einer drohenden Lithiumvergiftung sind:

- Trägheit, Verlangsamung
- Muskelschwäche, schwere Glieder
- Schläfrigkeit
- Verwaschene Sprache
- Gangunsicherheit
- Übelkeit, Durchfall
- starkes Händezittern

Wenn Ihnen derartige Symptome auffallen, lassen Sie umgehend Ihren Lithiumspiegel bestimmen, nehmen Sie bis zur Klärung der Situation kein Lithium mehr ein und führen Sie viel Flüssigkeit zu!

(Umfassende Informationen: Mogens Schou. Die Lithiumtherapie affektiver Störungen. 6. Aufl. Thieme, Stuttgart 2005)

merulären Filtration. Lithium wird verstärkt rückresorbiert. Dies führt zu einem Anstieg des Lithiumserumspiegels und zu einer Verschärfung des Wasser- und Natriummangels. Dies setzt einen circulus vitiosus in Gang, der schließlich zur Intoxikation führt.

Wasser- sowie Natriumverlust entstehen leicht im Rahmen von Durchfallerkrankungen, heftigem Schwitzen oder bei sehr einseitig durchgeführten Diäten. Kritische Situationen sind aber auch bevorstehende Operationen, Narkose oder Geburt. Heutzutage hat die internistische Komedikation als kritischer Faktor eine zunehmende Bedeutung erlangt. Eine Vielzahl von Patienten inzwischen auch mittleren Alters erhält infolge von arterieller Hypertonie, anderen kardiovaskulären Erkrankungen, Rücken- oder Gelenksbeschwerden Medikamente, die mit dem Prozess der Lithiumausscheidung in der Niere interagieren.

Sehr selten ist eine Lithiumintoxikation infolge vermehrter Lithiumaufnahme, zum Beispiel im Rahmen eines Suizidversuchs.

Klinisches Bild

Das klinische Bild wird meist von einer zentralnervösen Symptomatik dominiert. Es treten Verlangsamung, Vigilanzminderung, Tremor, Dysarthrie, eventuell extrapyramidal-motorische und neuromuskuläre Symptome auf. Daneben sind auch gastrointestinale Symptome häufig, wenn auch unspezifisch und daher nicht selten fehlinterpretiert, beispielsweise Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall oder einfach allgemeines Unwohlsein. Das klinische Bild kann in seiner detaillierten Ausprägung sehr vielschichtig sein und umfasst auch kardiovaskuläre Symptome, endokrine und hämatologische Veränderungen [Kaschka, 1997].

Bild der Nierenbeteiligung

Wesentliche Folgen hat die Lithiumintoxikation auf die Niere. Etwa zwei Drittel der Patienten zeigen eine Einschränkung der glomerulären Konzentrationsleistung. Das klinische Bild reicht von einer verminderten renalen Konzentrationsleistung bis hin zum voll ausgebildeten akuten, oligo-anurischen Nierenversagen. Entsprechend kann damit eine

Lithiumtherapie und Arzneimittelsicherheit – Vorschlag für einen Standardbrief an einen ärztlichen Kollegen

Sehr geehrte/r Frau/Herr Kollege/in,

ich berichte über Ihren Patienten

Diagnose: Bipolare affektive Störung

Aufgrund der Erkrankung habe ich eine Lithium-Langzeitbehandlung angesetzt, die nunmehr seit längerer Zeit durchgeführt wird. Ich bitte Sie, deswegen in nächster Zeit folgende Untersuchungen durchzuführen:

— Bestimmung von Serumkreatinin,

— Bestimmung des Urinvolumens.

Diese Untersuchungen sind notwendig, weil es Hinweise darauf gibt, dass unter Lithium langfristig morphologische Veränderungen der Niere vorkommen können (was jedoch nicht eindeutig erwiesen ist). Es handelt sich also um eine reine Vorsichtsmaßnahme, die jedoch aus Gründen der Arzneimittelsicherheit durchgeführt werden sollte.

Bitte geben Sie mir die Ergebnisse der Untersuchung bekannt, sobald Sie Ihnen vorliegen.

Da verschiedene internistische Medikamente mit der Ausscheidung von Lithium über die Niere interagieren können, wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie mir alle Medikamente, die Sie dem Patienten verordnen, oder von denen Ihnen bekannt ist, dass der Patient diese durch einen anderen Arzt erhält, bei dieser Gelegenheit mitteilen könnten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

hypertone, normotone oder hypotone Dehydratation verbunden sein. Der Urinbefund ist im Wesentlichen unauffällig, gelegentlich tritt eine leichte Proteinurie auf. Das Urinvolumen kann erhöht, normal oder erniedrigt sein. Die Konzentrationsleistung ist stark eingeschränkt und die glomeruläre Filtrationsrate unterschiedlich verringert. Morphologisch liegt eine Schädigung des tubulären Apparates in unterschiedlichem Maße bis hin zu Tubulusnekrosen vor [Hansen und Amdisen, 1978].

Die kurzfristige Prognose der Nierenveränderungen ist relativ gut, meist kommt es nach Beseitigung der Intoxikation zur kompletten Remission. Es gibt jedoch Hinweise, dass als Spätfolge – auch bei eventuell unerkannt gebliebenen leichten vorübergehenden Intoxikationen – eine Lithiumnephropathie (s.o.) gefördert wird [Hetmar et al., 1991]. Daher sind auch

Subintoxikationen im Laufe der Lithiumbehandlung sorgsam zu vermeiden.

Therapie

Eine Lithiumintoxikation wird symptomatisch behandelt. Eine Elimination auf primärem Giftweg ist nur bei Überdosierung oder Einnahme in suizidaler Absicht möglich. Fast immer erfolgt daher die Elimination auf sekundärem Giftweg durch vermehrte Kochsalz- und Flüssigkeitszufuhr oder bei sehr hohen Lithiumserumspiegeln und abhängig von der Schwere der Symptomatik durch Dialyse [Zilker, 1997].

Management in der Praxis

Die Prävention von unerwünschten irreversiblen Effekten des Lithium an der Niere und insbesondere der Lithiumintoxikation basiert vor allem auf einer soliden und langfristigen Patientenedu-

kation über Nebenwirkungen der Lithiumtherapie, über wesentliche Mechanismen der Lithiumausscheidung und über die Einflüsse von Wasser- und Elektrolytschwankungen. Patienten und Angehörige müssen über die Konsequenzen von Durchfallerkrankungen, Saunabesuchen oder Diäten informiert sein und lernen, Anzeichen eines erhöhten Lithiumserumspiegels und einer Subintoxikation rasch zu erkennen. Hierfür ist eine verlässliche Kooperation, Compliance sowie eine Absprachefähigkeit zwischen Arzt und Patient nötig. Die auf Seite 74 abgebildete Checkliste [nach M. Schou, 2005] kann für das Erstgespräch mit Patient und Angehörigen sowie für eine regelmäßige Wissensauffrischung als Richtschnur dienen. Jeder Patient sollte eine solche Checkliste besitzen und jederzeit auffindbar aufbewahren (z.B. im Adress- oder Notizbuch).

Der Lithiumspiegel sollte auf dem niedrigsten Niveau eingestellt werden, das nötig ist, um Rezidivfreiheit zu erreichen. Serumspiegelkontrollen sollten bei ansonsten gesunden und complianten Patienten dreimonatlich erfolgen, bei älteren Patienten oder multimorbiden Patienten mit internistischen Begleiterkrankungen alle sechs bis acht Wochen.

Für die Überprüfung der Nierenfunktion ist die regelmäßige Bestimmung der Urinmenge, des Serumkreatinins und der Kreatinin-clearance einmal jährlich ausreichend, bei Risikopatienten ist dies eventuell alle sechs Monate nötig. Die Kreatinin-clearance kann mit der MDRD-Formel [National Kidney Foundation, 2002] oder einfacher mit der Cockcroft-Formel [Cockcroft und Gault, 1976] hinreichend genau geschätzt werden. Eine Bestimmung der endogenen Kreatinin-clearance ist somit nicht erforderlich.

Wenn eine Langzeitbehandlung mit Lithium elektiv begonnen wird, ist es sinnvoll, vor Beginn der Therapie nach Hinweisen auf eine präexistente Nierenerkrankung zu suchen (Anamnese, Urinbefund, S-Kreatinin, Kreatininlea-

Fazit

Erfolgt in der Lithium-Langzeittherapie ein sorgfältiges Monitoring und werden Subintoxikationen durch vorübergehend zu hohe Lithium-Serumspiegel vermieden, so sind durch Lithium verursachte bleibende Schäden an der Niere sehr selten. Für die Prävention spielt vor allem ein guter Kenntnisstand des Patienten und seiner Angehörigen über unerwünschte Wirkungen von Lithium und notwendige Verhaltensmaßnahmen bei einer Langzeittherapie eine wichtige Rolle. Seitens des behandelnden Arztes ist es erforderlich, ein kontinuierliches Monitoring sicherzustellen. Höheres Alter ist keine Kontraindikation für eine Lithiumtherapie, sondern Anlass für eine Anpassung der Dosis und eine genaue Überwachung des Patienten.

rance, gegebenenfalls Urin-Osmolarität vier Stunden nach Gabe von Desmopressin (DDAVP). Werden hierbei eindeutig pathologische Befunde erhoben, sollte vor Behandlungsbeginn ein Nephrologe konsultiert werden.

Ein besonderes Augenmerk sollte auf eine eventuelle Komedikation gerichtet werden. Aufgrund der Interaktion einer Zahl von häufig eingesetzten internistischen Präparaten mit der Lithiumelimination (vgl. Tab. 1) ist es wichtig, dass Änderungen der internistischen Medikation dem Nervenarzt sofort bekannt werden. Die Gefahr einer Änderung der Lithiumausscheidung besteht vor allem bei Diuretika, Kalzium-Antagonisten, ACE-Hemmern und nichtsteroidalen Antiphlogistika oder der Änderung ihrer Verordnung (Umsetzen, Absetzen, Dosisänderung). In der nervenärztlichen Routineversorgung ist es sinnvoll, durch regelmäßige Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt oder Internisten des Patienten entsprechende Vorsorge zu treffen. Als einfaches Verfahren hierfür kann ein Standardbrief (s. S. 75) dienen, der einerseits die Komedikation abfragt und erforderliche Laborbefunde erbittet und dem Hausarzt des Patienten einmal jährlich zugeschickt wird.

Höheres Alter ist keine Kontraindikation für eine Lithiumtherapie. Die glomeruläre Filtrationsrate und damit auch die Lithiumclearance sind im Alter zwar häufig erniedrigt, aber die altersbe-

dingte Abnahme geschieht allmählich. Somit ist eine Anpassung der Lithiumdosis in der Langzeittherapie des alternden Patienten entsprechend möglich. Im Fall einer Neueinstellung wird mit deutlich geringeren Lithiumdosen begonnen und die Anpassung erfolgt nur mit Spiegelkontrolle. Bei einer chronischen Niereninsuffizienz hingegen ist die Ausscheidung eventuell instabil, so dass große Schwankungen des Serumspiegels entstehen können. Chronische Niereninsuffizienz gilt daher als Kontraindikation für eine Lithiumtherapie.

Dr. med. Anne Berghöfer

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin und IGSLI e.V. (International Group for the Study of Lithium Treated Patients), www.igsli.org
E-Mail: anne.berghoef@charite.de

PD Dr. med. Dieter Kampf

Internist, Nephrologe
Freie Universität Berlin

$$\text{Kreatinin-clearance (ml/min)} = \frac{(140 - \text{Alter}) \times \text{Körpergewicht (kg)}}{72 \times \text{Serumkreatinin (mg/dl)}}$$

(Bei Frauen wird der Term mit 0,85 multipliziert)

DGPPN-Kongress 2006

Demenzdiagnostik: MMSE allein reicht nicht

Ob neuropathologische oder psychometrische Verfahren – eine einfache Bestimmung der Demenzschwelle gibt es nicht. Immer sollten daher möglichst viele Aspekte des Demenzsyndroms erfasst werden.



© Archiv

Menschen mit einem großen intrakraniellen Volumen haben eine geringere Wahrscheinlichkeit eine Demenz zu entwickeln als solche mit kleinerem Schädelinnenvolumen. Dies berichtete Prof. Dr. Hermann-Josef Gertz, Leipzig, während seines Vortrags im Rahmen des DGPPN-Kongresses, der vom 22.-25.11.2006 in Berlin stattfand. Ob die größere Hirnmasse letztlich eine erhöhte Kompensationsmöglichkeit kognitiver Funktionsverluste darstellt, bleibt aber Spekulation („Reserve-Hypothese“). Die Volumetrie des Gehirns oder Hippocampus allein ist wenig aussagekräftig, da sich die klinischen Demenzsyndrome relativ frei über die pathologischen Stadien verteilen. Selbst mit ausgeprägter pathologischen Befunden zeigen einige Patienten keine Demenzsymptome. Das gilt auch für pathophysiologische Faktoren wie A-beta-Plaques und Tau-Fibrillen. In einer epidemiologischen Studie konnten sowohl Demenzfälle ohne neuropathologischen Befund nachgewiesen werden als auch Fälle ohne Demenzsymptomatik, für die aber ein ausgeprägte Neuropathologie vorlag.

Was ist noch normal?

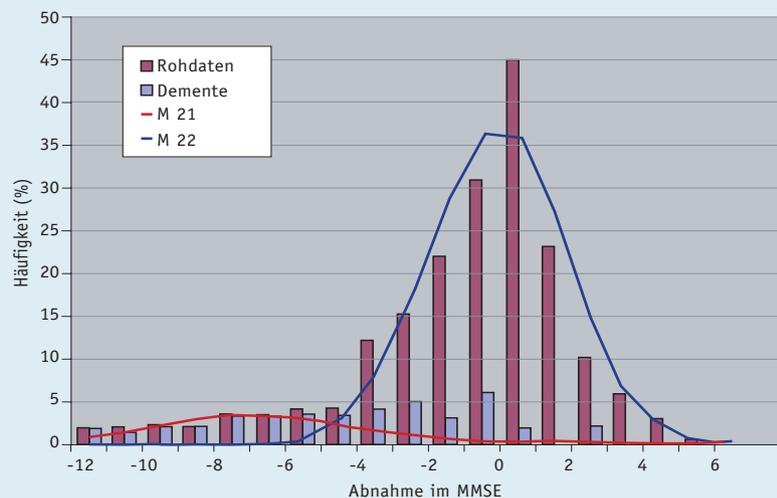
Je nach Definition der Demenzschwelle ergeben sich enorme Unterschiede in der Häufigkeit der diagnostizierten Fälle – von 29,3% nach DSM-III-Kriterien

bis zu nur 3,1% nach ICD-10-Kriterien, erklärte Prof. Dr. Friedel M. Reischies aus Berlin. Der kognitive Leistungsabbau kennt keine scharfe Schwelle – ein langsamer Funktionsverlust im Alter ist normal. Die Faustregel „Demenz beginnt bei zwei Standardabweichungen unter der Norm im MMSE“ gilt zumindest für Hochbetagte nur mit Einschränkungen, wie Reischies anhand der Berli-

ner Altersstudie mit Teilnehmern im Alter von 70 bis über 100 Jahren zeigte: Zwischen dem 20. und 70. Lebensjahr nimmt der Mini-Mental State Examination (MMSE) etwa um eine Standardabweichung ab. Bis zum 95. Lebensjahr passiert dasselbe dann noch einmal – ganz unabhängig von einer echten Demenz. Individuell sind die Verläufe dabei sehr unterschiedlich. Ob eine milde

MMSE-Häufigkeit*

Grafik 1

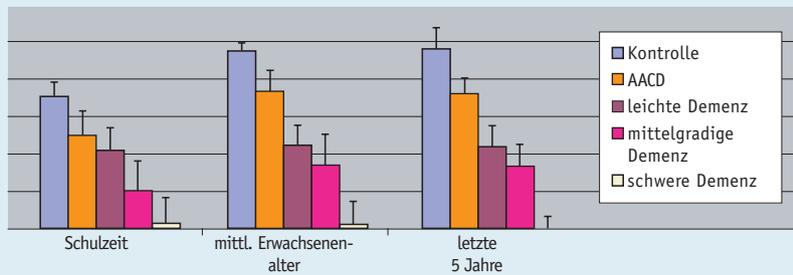


* vereinfacht nach dem Vortrag von Reischies, 2006

In der Berliner Altersstudie zeigt eine Subpopulation über vier Jahre einen besonders starken Verlust im MMSE – deshalb sind noch nicht alle Probanden aktuell dement.

Grafik 2

Abnahme des episodischen Wissens*



* nach dem Vortrag von J. Schröder,

kognitive Beeinträchtigung (MCI) nur eine langsam verlaufende Form der Demenz oder ein Stadium vor einem schnelleren kognitiven Funktionsverlust ist, kann daher im Einzelfall nicht vorhergesagt werden. Eine sehr rasche Abnahme weist aber auf eine tatsächliche Demenz hin. Eine solche Subpopulation ist auch in der Berliner Altersstudie festzustellen (Grafik 1). Studiendaten von Mendiondo et al. [2001] deuten zudem darauf hin, dass die Verringerung im MMSE umso rascher ist, je niedriger der Wert wird. Dies bezeichnete Reischies als artifiziell: Liegt die Anzahl der Patienten unter zehn, ist eine Testung ohnehin nicht mehr aussagekräftig.

Fragen Sie nach Schulerlebnissen!

In der Canberra Longitudinalstudie [Christensen 2001] zeigte sich, dass die kristallisierte Intelligenz (wie beispielsweise das Alltagswissen und das Alltagskönnen) länger erhalten bleibt als das episodische Gedächtnis. Für die Diagnose der Demenz misst Prof. Dr. Johannes Schröder aus Heidelberg dem autobiografischen Gedächtnis eine besondere Stellung bei: Es umfasst nicht nur Lebensdaten, sondern auch Erlebnisse verknüpft mit Emotionen – eine wichtige Ressource für die eigene Identität. Werden zum Beispiel besondere Schulerlebnisse fast nur noch als Fakten (semantisches Wissen) und nur wenig

als Erlebnisse mit emotionaler Beteiligung geschildert (episodisches Gedächtnis), korreliert dieser Befund eng mit dem Vorliegen einer Demenz (Grafik 2). Die reduzierte Schilderung von emotional wichtigen Episoden des Jugendalters tritt dabei schon in frühen Demenzstadien auf, während das semantische Wissen lange erhalten bleibt. Daher sieht Schröder in der Untersuchung des episodischen Gedächtnisses einen praktisch relevanten Indikator für eine beginnende Demenz.

Viele Faktoren – viel Diagnostik?

Letztlich bleibt die Demenz ein komplexes Konstrukt mit zahlreichen Einflussfaktoren. Das zeigen auch Befunde aus der Berliner Altersstudie, nach denen sich bei Patienten mit MCI sowie Tau- und A-beta-Liquorpathologie eine Demenz entwickelte. Werden von den Leistungsträgern auch lediglich die Kosten für den MMSE übernommen, sollten dennoch möglichst viele Faktoren in die Demenzdiagnose mit einbezogen werden, appellierte Reischies an die Zuhörer. Bleibt allerdings die Frage bestehen, in welchen Fällen es überhaupt ethisch vertretbar ist, wegen eines Demenzverdachts auch Liquorparameter zu erheben. **fk**

Impfung bei Alzheimer

Es begann hoffnungsvoll und endete abrupt: Die erste Impfstudie gegen die Alzheimer-Erkrankung musste abgebrochen werden. Prof. Dr. Christoph Hock leitete das Studienzentrum in Zürich und ist nun der einzige, der seine ursprünglich 30 Patienten aus der Phase-II-Studie AN1792 noch systematisch weiter beobachtet. Aufgrund der schweren und teilweise letalen Nebenwirkungen wurde die Studie, die ursprünglich 72 Patienten umfasst hatte, beendet. Die bei 6% der Teilnehmer beobachtete aseptische Meningoenzephalitis war auf eine Adjuvans der Impfung zurückzuführen, berichtete Hock.

Prinzip funktioniert

Der erste Impfstoff hatte das A-beta-42-Peptid als Target. Die Erfahrungen aus dieser Studie waren zum Teil durchaus ermutigend: Es konnte gezeigt werden, dass tatsächlich eine Immunisierung gelingen kann – bei im Mittel nur zwei von sechs geplanten Impfungen hatten immerhin 20% der Patienten einen genügend hohen Antikörpertiter entwickelt. Bei den Patienten der Züricher Kohorte, die auf die Impfung angesprochen hatten, trat auch tatsächlich eine Stabilisierung der kognitiven Leistungen im MMSE auf und auch die Hippocam-

pus-Atrophierung wurde aufgehalten. Post mortem konnte sogar ein Abbau von Plaques bei immunisierten Patienten festgestellt werden.

Passiv statt aktiv

Aktuell werden im Gegensatz zu dem ersten aktiven Impfansatz passive Immunisierungsstrategien mit Antigenen gegen Amylopeptide ohne das problematische Adjuvans unternommen. Diese Passivimpfstoffe haben jedoch Nachteile, so Hock: Sie machen eine regelmäßige Impfung notwendig, was nicht nur mit erheblichen Kosten, sondern auch mit dem Risiko für die Entstehung neutralisierender Antikörper verbunden ist. Bereits bekannte Nebenwirkungen der passiven Immuntherapie sind Mikrohämorrhagien. Hock konzentriert seine Forschungsbemühungen auf die Identifizierung neuer, pathologischer Zielepitope, um Zwischenfälle ebenso wie die Entstehung einer Autoimmunität sicher zu vermeiden. Er ist optimistisch, dass die Hürden einer Immuntherapie der Alzheimererkrankung hoch, aber überwindbar sind – eine Impfung zur Prävention wird es aber seiner Ansicht nach noch lange nicht geben. **fk**



Psychiatrische Kasuistik

Pharmakodynamische Wechselwirkungen beachten

Anamnese

Die aktuelle Aufnahme eines 44-jährigen gelernten Bäckers mit einer langjährig bekannten Bipolar-I-Störung erfolgte aufgrund einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen. In der aktuellen Episode waren bereits mehrere antidepressive Behandlungsversuche inklusive Kombinations- und Augmentationsstrategien unternommen worden, ohne dass es zu einem ausreichenden Ansprechen gekommen war. Aus diesem Grund wurde zunächst die Durchführung einer Elektrokrampftherapie (EKT) beschlossen. Nachdem jedoch auch nach 18 EKT-Behandlungen weiterhin kein Ansprechen (weder auf globale Maße bezogen noch auf die Hamilton-Depressions-Schweregrad-Ratingskala) festzustellen war, be-

gannen wir erneut eine Pharmakotherapie mit Escitalopram, das innerhalb weniger Tage auf 20 mg Zieldosis gebracht werden konnte. Aufgrund der persistierenden psychotischen Symptome und vor dem Hintergrund positiver Befunde bei therapieresistenter Depression begannen wir zusätzlich eine Augmentationsbehandlung mit Aripiprazol, das bei dem adipösen Patienten auch bezüglich seines metabolischen Profils von Vorteil erschien. Zwei Tage nach Beginn der Augmentation mit 15 mg Aripiprazol wurde der Patient durch das Pflegepersonal in einem somnolenten Zustand, auf dem Bett liegend, vorgefunden. Obwohl er die Augen geöffnet hatte, reagierte er nicht auf Ansprache oder Schmerzreize. In der körperlichen Untersuchung fand

sich ein distaler, grobschlägiger Tremor mit Betonung der unteren Körperhälfte, eine Mydriasis beiderseits, eine Hyper-salivation sowie eine generalisierte Hyperreflexie und -klonie mit Faszikulationen. Die Vitalparameter waren bei einem Blutdruck von 145/95 mmHg, einem Puls von 96/min und einer Temperatur von 37,8 °C nur geringfügig auffällig. Alle Laborparameter inklusive CK sowie EKG, EEG und CCT waren unauffällig.

Dr. med. Frank Schindler

Prof. Dr. med. Ion Anghelescu

Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité Universitätsmedizin Berlin,
Campus Benjamin Franklin,
E-Mail: ion.anghelescu@charite.de



Fragen

1. Welche Diagnose für den Akutzustand des Patienten ist am wahrscheinlichsten?

- a Malignes neuroleptisches Syndrom
- b Perniziöse Katatonie
- c Grand-mal-Epilepsie
- d Serotoninsyndrom
- e Anticholinerges Delir

2. Welche psychopharmakologische Kombinationsbehandlung weist das höchste Risiko für ein Serotoninsyndrom auf?

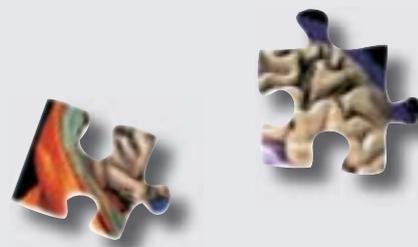
- a Escitalopram + Reboxetin
- b Tranylcypromin + Venlafaxin
- c Paroxetin + Fluoxetin
- d Risperidon + Olanzapin
- e Amisulprid + Clozapin

3. Welche beiden Antipsychotika können die serotonerge Transmission agonistisch beeinflussen?

- a Benperidol + Haloperidol
- b Ziprasidon + Aripiprazol
- c Risperidon + Olanzapin
- d Clozapin + Amisulprid
- e Quetiapin + Perazin

4. Welche Therapiemaßnahme ist beim serotonergen Syndrom nicht indiziert?

- a Kühlung
- b Volumensubstitution
- c Absetzen der Medikation
- d Cyproheptadin
- e Risperidon (als Serotoninantagonist)





Lösung zur psychiatrischen Kasuistik

1d; 2b; 3b; 4e

zu 1: Der Patient wurde mit der Verdachtsdiagnose eines zentralen Serotoninsyndroms vorübergehend auf unsere internistische Intensivstation verlegt. Nach sofortigem Absetzen von Escitalopram und Aripiprazol waren die Symptome innerhalb von 48 Stunden vollständig rückläufig.

Beim Serotoninsyndrom handelt es sich um eine schwerwiegende neuropsychiatrische Komplikation infolge einer serotonergen Überstimulation, die sowohl nach Intoxikation als auch nach regulärer Einnahme von proserotonergen Substanzen auftreten kann. Dazu zählen neben serotonergen Antidepressiva auch Lithium, bestimmte Opioidanalgetika (insbesondere Tramadol) und unterschiedliche Antibiotika. Vor allem die Kombination verschiedener Substanzen mit proserotonergen Eigenschaften erhöht das Risiko für das Auftreten eines serotonergen Syndroms. Klinisch ist das serotonerge Syndrom durch eine Trias aus Bewusstseinsstrübung, vegetative Überaktivität und neuromuskuläre Symptome gekennzeichnet. Typischerweise entwickeln sich die Symptome innerhalb weniger Stunden bis Tage nach Verabreichung der verursachenden Substanz [1, 2]. Im vorliegenden Fall wurde der SSRI Escitalopram mit Aripiprazol kombiniert, das neben dem partiellen Agonismus an D₂-Dopaminrezeptoren einen partiellen Agonismus an 5HT_{1A}-Serotoninrezeptoren und einen Antagonismus an 5HT_{2A}- und 5HT_{2C}-Rezeptoren aufweist. Dadurch könnte es zu einer selektiven Stimulation des 5HT_{1A}-Rezeptors mit der Ausbildung eines zentralen Serotoninsyndroms gekommen sein.

Bei unauffälligen Laborwerten (auch keine Leukozytose) scheiden die Differenzialdiagnosen „malignes neuroleptisches Syndrom“ und „perniziöse Katatonie“ aus; eine Grand-mal-Epilepsie ohne motorische Entäußerungen ist auch höchst unwahrscheinlich. Beide eingesetzte Substanzen haben praktisch keine anticholinergen Eigenschaften.

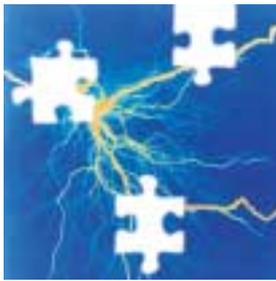
zu 2: Escitalopram als serotonerge und Reboxetin als „rein“ noradrenerge Substanz sind pharmakodynamisch bedenkenlos kombinierbar. Tranylcypromin und Venlafaxin sollten keinesfalls kombiniert werden, bei Paroxetin und Fluoxetin macht eine Kombination pharmakodynamisch zwar wenig Sinn, ist allerdings auch nicht so gefährlich wie die unter **b** aufgeführte Kombination. Risperidon und Olanzapin haben beide serotoninantagonistische Eigenschaften, sodass sie ebenfalls kombiniert werden können. Zu Amisulprid und Clozapin gibt es bereits einige positive Untersuchungen bezüglich der Wirkung und eine nur geringe Nebenwirkungsneigung [3]. Die beiden Substanzen sind aus pharmakodynamischer und -kinetischer Sicht gut kombinierbar.

zu 3: Unter den Neuroleptika gibt es nicht nur Serotoninantagonisten, sondern auch Substanzen, die eine proserotonerge Wirkung aufweisen. Die Pharmakodynamik von Aripiprazol wurde bereits unter **1** beschrieben, außerdem weist Ziprasidon eine dem Imipramin nicht unähnliche sowohl serotonerge als auch noradrenerge, rückaufnahmehemmende Wirkkomponente auf. Alle anderen erwähnten Neuroleptika sind, neben ihrer dopaminerg antagonistischen Hauptwirkung reine Serotoninantagonisten.

zu 4: In 90% der Fälle ist eine Notfalltherapie, bestehend aus dem Absetzen der Medikation, ausreichend. Gegebenenfalls ist eine symptomatische Behandlung mit Kühlung, Volumensubstitution und bedarfsmäßiger Sedierung sinnvoll. Eine Persistenz ist selten. Sollte es dennoch dazu kommen, kann auch die Gabe des 5HT_{2A}-, 5HT_{2B}- und H₁-Rezeptorantagonisten Cyproheptadin, 4–8 mg initial p.o. – 0,5 mg/kg Körpergewicht in 24 Stunden notwendig werden [4]. Die Gabe eines Neuroleptikums mit antiserotonergen Eigenschaften ist prinzipiell zwar möglich, aufgrund des eher ungünstigeren Nebenwirkungsprofils jedoch der Gabe von Cyproheptadin unterlegen.

Literatur

1. Birmes P, Coppin D, Schmitt L, Lauque D. Serotonin syndrome: a brief review. *CMAJ* 2003; 168 (11): 1439–42
2. Boyer EW, Shannon M. The serotonin syndrome. *N Engl J Med* 2005; 352(11): 1112–20
3. Rettenbacher MA, Hummer M, Hofer A et al. Alterations of glucose metabolism during treatment with clozapine or amisulpride: results from a prospective 16-week study. *J Psychopharmacol.* 2006 Oct 18; [Epub ahead of print]
4. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Benkert/Hippius (Hrsg.) 6. Auflage, 2007; Springer, Heidelberg



Neurologische Kasuistik

Rezidivierender Schwindel und komplexe Sehstörungen

Anamnese

Eine 64-jährige Sekretärin bemerkte erstmals vor zwei Jahren einen plötzlichen lageunabhängigen Drehschwindel mit komplexen Sehstörungen. Bei den rezidivierenden Sehstörungen sieht sie szenisch bunte oder schwarz-weiße Bilder, Menschen und Figuren vor sich, die sich von der Peripherie ins Zentrum des Gesichtsfeldes bewegen. Diese Symptome halten über Minuten bis zu

Stunden an. Seit über einem Jahr kommt es außerdem mehrfach täglich zu einem über Minuten anhaltenden Benommenheitsschwindel ohne begleitende Hirnstammsymptome, vegetative Symptome oder Kopfschmerzen. Darüber hinaus besteht schon seit längerem eine Gangunsicherheit.

Eine familiäre Belastung für Migräne besteht nicht; Gefäßrisikofaktoren: arterielle Hypertonie, diätetisch einge-

stellter Diabetes mellitus, Nikotinkonsum.

Befund

Neurologische Untersuchung: bis auf leichte Stand- und Gangataxie mit Unsicherheit im Seiltänzer- und Blindgang ohne gerichtete Fallneigung unauffällig; Gesichtsfeld, Visus, Hirnnervenfunktionen und Pupillenfunktion normal.

Extrakranielle Duplexsonografie: leicht



Fragen

1. Welches der folgenden Aussagen über eine distale Vertebralisstenose ist richtig?

- a Sie ist häufig Ursache einer drop attack.
- b Sie kann neben einem Drehschwindel ohne Begleitsymptome auch nur zu einem Benommenheitsschwindel führen.
- c Sie führt in über 60% zu einer TIA.
- d Sie kann auch ohne Risikofaktoren zu einer ipsilateralen Hörminderung mit Schwindel führen.
- e Sie ist bei Männern viel häufiger als bei Frauen.

2. Komplexe visuelle Halluzinationen (penduculäre Halluzinationen) sind ...

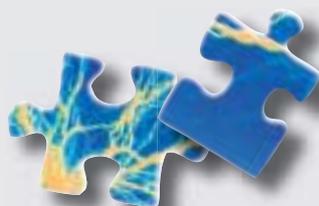
- a ... gekennzeichnet durch lebhaft, komplexe stereotyp auftretende Seheindrücke.
- b ... häufig von Okulomotorikstörungen begleitet.
- c ... können auch kombiniert als audio-visuelle oder taktil-visuelle Halluzinationen auftreten.
- d ... sind bei zerebrovaskulären Erkrankungen auf verschiedenen Hirnstammebenen beschrieben.
- e Alle Aussagen treffen zu.

3. Welche Aussage zu intrakranielle Stenosen ist richtig?

- a Die transkraniale Dopplersonografie erlaubt auch die Beurteilung mikroangiopathischer Veränderungen an den Perforansgefäßen der A. basilaris.
- b Der Stenosegrad einer intrakraniellen Stenose ist derzeit mit der MR-Angiografie am besten bestimmbar.
- c Die beste Darstellung einer Makroangiopathie im distalen Basilarisabschnitt gelingt derzeit mit der transkranialen Farbduplexsonografie.
- d Die MR-Angiografie ist derzeit die sensitivste Methode zum Nachweis intrakranieller Stenosen.
- e Die CT-Angiografie ist zur Beurteilung eines Gefäßverschlusses der digitalen Subtraktionsangiografie (DSA) überlegen.

4. Welche Aussage zur Therapie einer symptomatischen intrakraniellen Stenose ist richtig?

- a Eine Markumarisierung ist der Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern überlegen.
- b Bei unter ASS-Monotherapie rezidivierenden TIAs sollte eine Kombination mit Clopidogel gegeben werden.
- c Die neurologische Komplikationsrate bei Stent-Einbringung liegt für proximale Stenosen der A. vertebralis doppelt so hoch wie für distale Stenosen.
- d Die Gabe von Statinen ist nur bei hochpathologischen (> 2 x Normalwert) Cholesterinwerten sinnvoll.
- e Unter Kombination von ASS mit Dipyridamol beträgt die Risikoreduktion bei vertebrobasiläre Ischämie 50%.



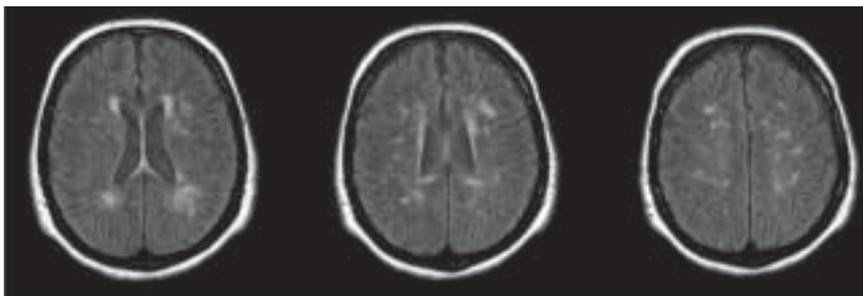


Abbildung 1. Flair-Sequenz mit multiplen signalreichen periventrikulären und subkortikalen Marklagerläsionen.



Abb. 3. DSA mit nur geringer Kontrastierung der Basilaris und hochgradiger Vertebrobasilarstenose vor (links) und nach Vordilatation (Mitte) mit einem Ballon und Einbringung eines Stents in die A. vertebralis links und die A. basilaris. Der Stent reicht von unterhalb der A. cerebelli posterior inferior bis über die V4-Stenose nach caudal. Da sich in der Kontrolle noch eine 60%ige Reststenose nachweisen ließ, erfolgte erneut eine Ballondilatation mit anschließend gutem Interventionsergebnis (rechts).

arteriosklerotische Veränderungen ohne hämodynamische Stenosierung oder pathologische Plaquebildung.

Transkranielle Dopplersonografie: höhergradige Stenose der linken distalen A. vertebralis und der A. basilaris mit signifikanter Flussbeschleunigung.

Schädel-NMR: multiple subkortikale signalreiche Marklagerläsionen im subkortikalen Marklager mit Betonung um die Hinterhörner der Seitenventrikel (Abb. 1); in der ergänzenden MR-Angiografie distale Stenose der A. vertebralis links und proximale hochgradige Basilaris-Stenose gut darstellbar (Abb. 2); in T2- und den FLAIR-Sequenzen in der linken Kleinhirnhemisphäre signalreiche Läsionen.

Bei der ergänzenden kardiologischen Untersuchung finden sich typische Veränderungen einer hypertensiven Herzerkrankung ohne Klappenfunktionsstörung; intrakavitäre Thromben nicht nachweisbar.

Diagnose: Schwindelattacken (Benommenheitsschwindel) und rezidivierende

komplexe Sehstörungen (pendiculäre Halluzinose) bei rezidivierenden vertebrobasilären transient ischämischen Attacken (TIA) bei hochgradiger distaler Vertebrobasilarstenose (V4) links mit proximaler hochgradiger Basilarisstenose

Epikrise

Nachdem die anfangs aufgetretenen Sehstörungen nach dem Absetzen eines Östrogenpräparats nicht mehr auftraten, wurde eine konservative Therapie mit der Gabe von ASS (300 mg/d) unter engmaschiger neurologischer Kontrolle beschlossen. Da die Schwindelattacken jedoch im Verlauf zunahmten und die transkranielle Dopplersonografie ansteigende Flussgeschwindigkeiten zeigte, erfolgte umgehend die Einweisung der Patientin in die neurologische Klinik. Dort fand sich in der digitalen Subtraktionsangiografie (DSA) in der distalen A. vertebralis (V4-Segment) links ein nahezu stagnierender Fluss unterhalb der Einmündung in die A. basilaris bei höchstgradiger filiformer Steno-



Abbildung 2: In der MR-Angiografie zeigt sich eine hochgradige Stenose der linken distalen A. vertebralis (schwarzer Pfeil) und eine filiforme proximale Basilarisstenose (weißer Pfeil).

se (Abb. 3). Die A. basilaris zeigte nur eine geringe Kontrastierung mit 80%iger Stenose und poststenotischer Ektasie sowie arteriosklerotischen Veränderungen.

Nach Aufsättigung mit ASS und Clopidogrel wurde unter Vollheparinisierung nach Vordilatation mit einem Ballon ein Stent in die A. vertebralis und A. basilaris eingebracht. Dieser reicht von unterhalb der A. cerebelli posterior inferior bis über die V4-Stenose nach caudal. Da die Kontrolle noch eine 60%ige Reststenose zeigte, erfolgte erneut eine Ballondilatation mit anschließend gutem Interventionsergebnis.

Die dopplersonografische Kontrolle einen Tag nach der Intervention zeigte eine Normalisierung der Flussgeschwindigkeiten in der A. vertebralis links und der A. basilaris (bis 110 mm, 103/33 cm/s nach Intervention im Vergleich zu Flussgeschwindigkeiten von > 200/150 cm/s bis in 100 mm Tiefe vor dem Stenting).

Klinisch ist die Patientin nach der Intervention unter dualer Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS und Clopidogrel seit über zwei Monaten beschwerdefrei.

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

Dr. med. S. Müller-Schunk
Abteilung Neuroradiologie
Klinikum Großhadern, München



Lösung zur neurologischen Kasuistik

1c; 2e; 3e; 4e

zu 1: Etwa 20 % aller zerebralen Ischämien betreffen das vertebro-basiläre Strombahngebiet. Dabei ist eine lokale Arteriosklerose an den großen Gefäßen mit 31 % die häufigste Ursache neben einer Mikroangiopathie (16 %), arterio-arteriellen (17 %) und kardialen (27 %) Embolien [9]. Autopsiebefunde zeigen, dass arteriosklerotische Gefäßveränderungen zuerst in der Aorta beginnen bevor die peripheren und folgend die Koronargefäße, extrakranielle Karotis- und Vertebralisarterien, zuletzt die intrakraniellen Arterien befallen werden [Fischer, 1965]. Dabei zeigen sich aber erhebliche Rassen- und Geschlechtsunterschiede in Verteilung und Verlauf arteriosklerotischer Veränderungen. So scheinen Frauen laut mehrerer kleiner Studien häufiger Stenosen an den großen basalen intrakraniellen Hirngefäßen, Männer häufiger an den extrakraniellen großen Gefäßen zu entwickeln [8]. Während bei Europäern und Amerikanern nur 5–10 % der Patienten mit einer zerebralen Ischämie eine intrakranielle Stenose nachweisbar ist, liegt die Rate bei Asiaten bei über 50 % und ist damit die häufigste Schlaganfallursache [39, 40].

Nicht jede Stenose führt jedoch zu klinischen Symptomen. Bei 70 % der intraduralen Vertebralisstenosen und bei 33–66 % der Basilarisstenosen kommt es zu transienten ischämischen Attacken [38; 39; Kumral 2004]. Andere Ursachen wie eine intradurale Vertebralisdissektion führen im Gegensatz zu extrakraniellen Vertebralisdissektionen (30 %) nur sehr selten, eine vertebrobasilären Gefäßektasie immerhin in 10–30 % zu TIA-Symptomen [39; 37]. Eine hämodynamische Ursache, wie sie in der früher sehr gängigen Diagnose einer vertebrobasilären Insuffizienz unterstellt wird, ist wie Daten aus dem New England Medical Center zeigen, sehr selten. So fand Caplan nur bei 13 von 407 Patienten zumeist bei einer bilateralen Vertebralisstenose eine hämodynamisch bedingte Ischämie [10]. Klinisch boten diese Patienten häufige kurzdauernde Schwankschwindelattacken mit Doppelbildern und perioralen Parästhesien.

Fast ausnahmslos nur bei Diabetikern kommt es durch einen Verschluss der Arteria cerebelli anterior inferior (AICA), die das Innenohr versorgt, zu einer einseitigen Hörminderung mit Schwindel [22]. Ein Benommenheitsschwindel, oft erstes Symptom einer Synkope, ist nur sehr selten Folge einer vertebrobasilären Ischämie. Von den 407 Patienten in der New England Medical Center Serie beschrieben nur 7 % einen Benommenheitsschwindel im Zusammenhang mit anderen Hirnstammsymptomen. Bei keinem Patienten trat die Benommenheit oder eine „drop attack“ alleine auf [10].

zu 2: Komplexe visuelle Halluzinationen werden von Gesunden am Übergang vom Wach- zum Schlafzustand beschrieben. Sie können jedoch sehr stereotyp bei einer Vielzahl von Erkrankungen wie neurodegenerativen Krankheiten (Parkinson Krankheit, Lewy-Körperchen-Demenz), im Rahmen der Narkolepsie-Kataplexie, dem Charles-Bonnet-Syndrom sowie psychiatrischen Erkrankungen wie der Schizophrenie auftreten. So können auch Hirnstammprozesse mit ganz unterschiedlicher Ätiologie zu komplexen visuellen Halluzinationen führen. In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff einer pendunculären Halluzinose als eine Untergruppe einzuordnen [6]. In den letzten Jahren wurden eine Vielzahl von Einzelfällen und kleineren Serien von zerebrovaskulären Erkrankungen als Ursache einer visuellen Halluzinose beschrieben [Martin, 1998]. Die Halluzinationen sind dabei charakterisiert durch sehr lebhaft emotionsbeladene komplexe visuelle Wahrnehmungen, die von den Betroffenen nicht von der Realität zu unterscheiden sind und über Minuten anhalten. Häufig werden von Beobachtern angsterfüllte Reaktionen beschrieben [6]. Dabei können die Inhalte sich von einfachen farbintensiven Punkten über geometrische Figuren zu komplizierten Bildern aufbauen oder von Beginn an sehr komplex sein. Bisweilen können nur Torsos ohne Kopf oder Tiere mit bizarren Größenverhältnissen auftreten.

Pathophysiologisch scheinen thalamokortikale Verbindungen, die Halluzinationen unterdrücken können, durch die verschiedenen Läsionen in ihrer Funktion beeinträchtigt zu werden, wodurch die Unterscheidung von Halluzinationen und Wirklichkeit nicht mehr gelingt [6].

zu 3: Die hohe Sensitivität der transkraniellen Dopplersonografie wurde im Karotis- und Mediastrombahngebiet durch Vergleichsuntersuchungen mit der zerebralen Angiografie nachgewiesen. Hier erreicht die Sensitivität 85–90 %, die Spezifität über 95 % in den Händen erfahrener Untersucher bei der Erkennung einer über 30 %igen intrakraniellen Stenose [23]. Im hinteren Strombahngebiet ist die Sensitivität jedoch bei hoher Spezifität (80–99 %) mit 50–80 % im Vergleich zur MR-Angiografie deutlich geringer [30; 34]. Besonders die Beurteilung der distalen Abschnitte der A. basilaris ist technisch bedingt eingeschränkt [31]. Teilweise kann die Sensitivität durch echoverstärkende Kontrastmitteln auch in den distalen Basilaris-Abschnitten erhöht werden. In einer Studie an 23 Patienten stieg durch den Einsatz echoverstärkender Kontrastmittel in der transkraniellen Duplexsonografie die Nachweisrate einer distalen Vertebralisstenose bei acht Patienten von 3/8 auf 8/8 an. Auch die Darstellungsqualität der mittleren und distalen Basilaris konnte verbessert werden [36]. Die transkranielle Dopplersonografie eignet sich aufgrund der einfachen Durchführbarkeit besonders zur Verlaufsbeurteilung einer Stenose und kann dann – wie im beschriebenen Fall – das therapeutische Vorgehen wesentlich beeinflussen.

Auch wenn derzeit die MR-Angiografie die am häufigsten eingesetzte Methode in der Frühphase ist, sind die Überschätzung des Stenosegrades sowie Untersuchungseinschränkungen (Herzschrittmacher) Nachteile dieser Methode. Mit der Spiral-CT-Angiografie wurde in den letzten Jahren eine weitere nichtinvasive Alternative entwickelt. In einer jüngsten Studie an 28 Patienten wurde die Sensitivität der DSA, Spiral-CT- und MR-Angiografie an 672 Gefäßen verglichen. Die Sensitivität für den Nachweis einer intrakraniellen Stenose lag im Vergleich zur DSA als Referenzstandard für die CT-Angiografie (CTA) mit 98 % deutlich über der MR-Angiografie (MRA) mit nur 70 % [5]. Dabei war die CTA im Nachweis einer Stenose und auch eines Verschlusses der MRA signifikant besser. Bei sechs von 28 Patienten mit geringem Restfluss im Stenosebereich zeigte sich die CTA sogar der DSA in der Differenzierung hochgradiger Stenosen versus Verschluss überlegen. Die Darstellung der penetrierenden den pontinen und mesencephalen Hirnstamm versorgenden Basilarisabgänge ist technisch bisher aber nicht möglich. Neue hochauflösende MR-Geräte erlauben künftig eventuell die direkte Plaquesdarstellung. So konnte in einer Gruppe von 24 Patienten mit mittlerer und hochgradiger Basilarisstenose bei allen ein entsprechender Plaque in hochauflösenden T2-Sequenzen nachgewiesen werden. Selbst bei unauffälliger MRA der A. basilaris konnten so bei fünf von neun Patienten Plaques identifiziert werden [Klein, 2005]. Das inhomogene Signalverhalten war dabei charakterisiert durch einen dünnen signalarmen äußeren Rand gefolgt von einem breiteren signalreichen Band, in Einzelfällen mit kleinen Signalauslöschungen. Neben der direkten Gefäßdarstellung ist der Nachweis ischämischer Läsionen zur Diagnosesicherung einer vertebrobasilären Ischämie besonders in der Abgrenzung metabolischer Störungen oder einer basilären Migräne bedeutsam. Hier ist die NMR mit diffusionsgewichteten Sequenzen der konventionellen Untersuchung überlegen [3; 27]. Dabei kann die Diffusionsuntersuchung in der Frühphase auch negativ sein und sich erst im Verlauf eine passende Läsion nachweisen lassen [29]. Auch bei klinisch sicherer Diagnose einer vertebrobasilären TIA fand Marx bei 63 von 268 Patienten ein unauffälliges Diffusions-MR. Da jedoch gemäß einer Studie zu vertebrobasilärem Infarkt zu 66 % dem Infarkt eine TIA vorausging, sollte unabhängig von der MR-Untersuchung bei Verdacht stets eine umfangreiche Gefäßdiagnostik (inklusive MRA) erfolgen [38].



Fortsetzung v. S. 87:

Lösung zur neurologischen Kasuistik

zu 4: Während zur Sekundärprophylaxe nach vertebrobasilärer Ischämie bei kardialer Embolie die Markumarisierung Mittel der Wahl ist, sind aufgrund der erhöhten Blutungsrate in der Markumargruppe der Vergleichstudie (569 Patienten) zwischen Aspirin (1.300 mg) und Markumar bei nachgewiesener 50–99%iger intrakranieller Stenose Thrombozytenaggregationshemmer heute erste Wahl [11]. Dabei beträgt das Risiko, nach einer vertebrobasilären Ischämie unter Thrombozytenaggregationshemmern im gleichen Strombahngebiet erneut eine TIA oder einen Schlaganfall zu erleiden für Vertebralisstenosen 7,8%/Jahr, für Basilarisstenosen 10%/Jahr [18]. Das Risiko steigt bei lokalem Stenosegrad über 70% deutlich an. So fand sich in einer Studie an 102 Patienten mit 50–99%iger intrakranieller Stenose im anterioren oder posterioren Strombahngebiet eine erneute Ischämie im Stenosegebiet in den ersten beiden Jahren bei einer hämodynamisch wirksamen Stenose in 60,7% im Vergleich zu 38,2% bei nicht hämodynamisch wirksamer Stenose [28]. Die Kombination von ASS mit Clopidogrel ist aufgrund erhöhter intrakranieller Blutungsgefahr nicht mehr zu empfehlen [Diener, 2004]. In einer europäischen Studie zeigten sich bei 255 Patienten mit vertebrobasilärer Ischämie unter Kombination von ASS mit Dipyridamol eine deutliche Risikoreduktion mit einer Re-Infarktrate vertebrobasilär von 5,7% im Vergleich zu 10,8% unter Placebo, weshalb diese Kombination (vor allem bei hohem Rezidivrisiko) empfohlen wird [33].

Für die Auswahl des therapeutischen Vorgehens ist daher die möglichst genaue Kenntnis der Pathophysiologie der Ischämie bei intrakranieller Stenose entscheidend. So kann eine Ischämie bei intrakranieller arteriosklerotischer Stenose sowohl durch eine hämodynamische Minderversorgung nachgeschalteter Versorgungsgebiete als auch durch eine arterio-arterielle Embolie, eine lokale Thrombose ausgehend vom Plaque mit sekundärem Gefäßverschluss oder einen Verschluss perforierender Basilarisäste durch den Plaque selbst bedingt sein. Entscheidend für die Therapie ist auch die Kenntnis der dynamischen Veränderung einer intrakraniellen Stenose. So konnte in einer kleinen Serie mit wiederholter angiografischer Kontrolle intrakranieller Stenosen nachgewiesen werden, dass einzelne Stenosen im Verlauf eine Progredienz, andere eine Regression zeigten [1]. Hierbei spielt die Behandlung der zur Arteriosklerose führenden Grunderkrankung eine entscheidende Rolle. So fand Bang unabhängig von anderen Risikofaktoren in einer Gruppe von 143 Patienten mit intrakranieller Stenose einen signifikanten Einfluss eines metabolischen Syndroms auf die Entwicklung arteriosklerotischer Gefäßveränderungen [4]. Auch konnte in mehreren kleinen Studien ein positiver Effekt durch die Therapie mit Statinen unabhängig vom Ausgangswert des Cholesterinspiegels gezeigt werden [2].

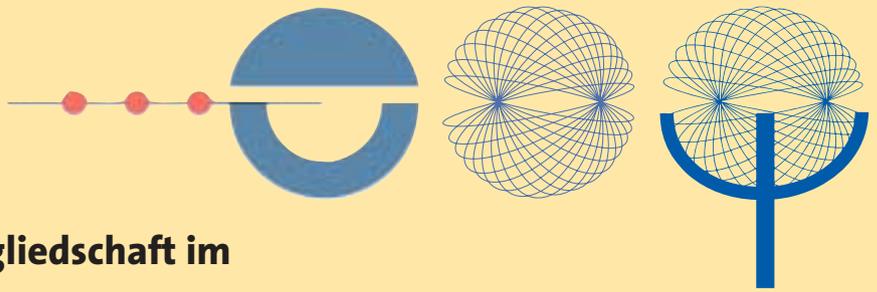
In den letzten Jahren wurden kleinere Studien zur Angioplastie intrakranieller Stenosen im vertebrobasilären Strombahngebiet veröffentlicht. Die technische Entwicklung erlaubt heute in über 90% ein Erreichen der intrakraniellen Stenose mit Dilatation, ggf. mit Einbringung eines Stents. Bisher liegen jedoch keine randomisiert kontrollierten Studien zum Einsatz der Angioplastie mit oder ohne Stenting vor [12]. Die angegebenen periprozeduralen Raten für Tod oder Schlaganfall liegen dabei im Mittel bei 9,5%, die Schlaganfallraten bei 7,9%. Die unterschiedlichen Risiken eines Stenting distaler im Vergleich zu proximalen Stenosen wurden in einer Literaturzusammenstellung von über 600 Fällen gezeigt: So beträgt die gemittelte Mortalität bei proximalen Stent 0,3%, die Rate neurologischer Komplikationen 5,5% und das Risiko eines Infarkts im hinteren Strombahngebiet im Verlauf 0,7%. Bei Stenting der distalen Vertebralis oder Basilaris errechneten sich deutlich höhere Werte mit einer Mortalität von 3,2%, einer neurologischen Komplikationsrate von 17,3% und einer Re-Infarktrate von 2% [15]. In der Beurteilung des Angioplastie-Ergebnisses wird häufig

die Verbesserung des Stenosegrades angegeben [SSYLVA 2004]. Dabei zeigte sich in einer jüngsten Zusammenstellung mehrerer Serien mit höheren Fallzahlen, dass die Reststenose im Stentbereich zwischen 0–32,4% sehr stark streut [7]. Interessanterweise ist der klinische Erfolg gemessen an der Ereignisrate nach Angioplastie ohne Stentimplantation auch bei nur mäßiger Rekanalisationsrate gut [25]. Zum Langzeitverlauf vertebrobasilärer Interventionen liegen derzeit nur Studien bis zu zwei Jahren vor, die eine sehr geringe Rate von Re-Stenosierung belegen [14; 19; Nasher 2000].

Aufgrund der Vielfalt technischer Vorgehensweisen sowie der teilweise unzureichenden klinisch-neurologischen Verlaufskontrollen haben kürzlich im Rahmen einer Konsensuskonferenz Neurologen und Neuroradiologen des Rhein-Main-Gebietes ein multizentrisches Register vorgeschlagen, dass die Dokumentation größerer Fallzahlen erlauben würde, um wichtige offene Fragen zur Behandlung intrakranieller Stenosen klären zu helfen [7]. Dies ist angesichts der bei einer angenommenen Ischämierate von 20%/Jahr und einer periprozeduralen Komplikationsrate von 10% zum Nachweis einer Risikoreduktion von 25% notwendigen Patientenzahlen von 950 pro Therapiearm der einzige Weg, um trotz der nur kleinen Patientenzahlen rasch Daten zu einer rationalen Therapieentscheidung zu erhalten.

Literatur

1. Akins PT et al. Stroke 29 (1998): 433–8
2. Amarenco P et al. Cerebrovasc Dis 17 (2004) Suppl. 1: 81–8
3. Ay H et al. Neurology 52 (1999): 1784–92
4. Bang OY et al. Neurology 65 (2005): 296–8
5. Bash S et al. AJNR 26 (2005): 1012–21
6. Benke T. J Neurol 253 (2006): 1561–71
7. Berkefeld J et al. Nervenarzt 77 (2006): 1444–55
8. Caplan LR et al. Stroke 17 (1986): 648–54
9. Caplan LR. Neurology Forum 5 (1994): 3–5
10. Caplan LR et al. Ann Neurol 56 (2004): 389–98
11. Chimowitz MI et al. N Engl J Medicine 352 (2005): 1305–18
12. Cruz-Flores S et al. Stroke 37 (2006): 2858–9
13. Diener HC et al. Lancet 364 (2004): 331–7
14. duMenil de Rochemont R et al. RöFo 178 (2006): 96–102
15. Eberhardt O et al. J Vasc Surg 43 (2006): 1145–54
16. Flossman E et al. Brain 126 (2003): 1949–54
17. Gomez CR et al. Neurology 47 (1996): 94–7
18. Kasner SE et al. Circulation 113 (2006): 555–63
19. Kim DJ et al. AJNR 26 (2005): 1381–8
20. Kirchmann M et al. Neurology 66 (2006): 880–6
21. Krejza J et al. J Neuroimaging 14 (2004): 215–25
22. Lee H et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 74 (2003): 1644–8
23. Ley-Pozo J et al. Ann Neurol 28 (1990): 640–7
24. Manford M et al. Brain 121 (1998): 1819–40
25. Marks MP et al. Stroke 37 (2006): 1016–20
26. Martin PJ et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 64 (1998): 392–5
27. Marx JJ et al. Nervenarzt 75 (2004): 341–5
28. Mazighi M et al. Neurology 68 (2006): 1187–91
29. Oppenheim C et al. Am J Neuroradiol 21 (2000): 1434–40
30. Rother J et al. Stroke 24 (1993): 1310–15
31. Schulte-Altdorneburg G et al. Stroke 31 (2000): 1123–7
32. Shin H-K et al. Arch Neurol 56 (1999): 1353–8
33. Sivenius J et al. Ann Neurol 29 (1991): 596–600
34. Sloan MA et al. Neurology 62 (2004): 1468–81
35. The SSYLVA Study Investigators. Stroke 35 (2004): 1388–92
36. Stolz E et al. Am J Neuroradiol AJNR 23 (2002): 1051–4
37. Ubogu EE et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 75 (2004): 22–6
38. Voetsch RJ et al. Arch Neurol 61 (2004): 496–504
39. Wityk RJ et al. Arch Neurol 55 (1998): 4708
40. Wong KS. Neurology 50 (1998): 812–3



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 (2. Auflage – 12/2006)
- GOÄ-Abrechnungskommentar (3. Auflage – 2/2002)
- Richtgrößen, Arzneimittelrichtlinien (2. Auflage – 2/2004)
- Mitgliederverzeichnis BVDN/BDN/BVDP (6/2004)
- Gutachten – andere Auftraggeber – Abrechnungskommentar (3. Auflage – 12/2005)
- Abrechnungskommentar EBM 2000 plus Neurologie – Psychiatrie – Psychotherapie (5. Auflage, 10/2006)
- 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 ihnen im NEUROTRANSMITTER-Telegramm exklusiv mitgeteilt (oder unter www.bvbn.de im Mitgliederbereich).

BVDN-Ketten-Fax „Nerfax“ kostenlos

Derzeit sind etwa 2.000 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: bvbn.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.

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

– 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.)

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
Sektion neue Bundesländer Beisitzer	Lutz Bode, Eisenach 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 U. E. M. S. – Psychiatrie, EFPT	K.-O. Sigel
U. E. M. S. – Neurologie	R. Urban
DMP und IV	F. Jungmann 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 (Continuous 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,	
Neuroophthalmologie	M. Freidel
Neuroorthopädie	B. Kügelgen
Neuropsychologie	T. Cramer
Neuroonkologie	W. E. Hofmann, P. Krauseneck
Pharmakotherapie Neurologie	K.-O. Sigel, F. König
Pharmakotherapie Psychiatrie	R. Urban
Prävention Psychiatrie	N. N.
Schlaf	R. Bodenschatz, W. Lünser
Schmerztherapie Neurologie	H. Vogel
Schmerztherapie Psychiatrie	R. Wörz
Suchttherapie	U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie	M. Freidel

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
Anhaltsszahlen/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 BVDP, 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.

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. Lutz Bode

Clemensstr. 13, 99817 Eisenach,
Tel. 03691 212343,
Fax 03691 212344,
E-Mail: lutzbode@t-online.de

Dr. Ralf Bodenschatz

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

Dr. Jens Bohlken

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

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

Dr. Bernhard Bühler

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

Dr. Gunther Carl

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

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 Bahnhofspatz 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 840018,
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: guntram.hinz@yahoo.de

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,
Bügerstr. 80, 96049 Bamberg,
Tel. 0951 503360-1,
Fax 0951 503360-5,
E-Mail: BAS2BA01@urz.uni-bamberg.de

Dr. Thomas Krichenbauer

Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel. 09321 5355,
Fax 09321 8930,
E-Mail: 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: mamberg@htp-tel.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

Eulenkrugepfad 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: Dr. U. Farenkopf	BADEN SÜD Gengenbach	ja	KV	07803 98071-3	0703 98071-4	Neurologie_gengenbach@t-online.de
Dr. R. Sattler	Singen	ja	KV	07731 9599-10	07731 9599-39	dr.adam@web.de
BVDN-Landesverband: Prof. Dr. J. Aschoff	BADEN-WÜRTTEMBERG 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: Dr. G. Carl	BAYERN 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: Dr. G. Benesch	BERLIN 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: Dr. St. Alder	BRANDENBURG 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: Dr. U. Dölle	BREMEN Bremen	ja	ÄK/KV	0421 667576	0421 664866	steck@ewetel.net
BVDN-Landesverband: Dr. H. Vogel	HAMBURG Hamburg	ja	KV	040 6037142	040 60951303	info@praxis-vogel.de
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. Andre Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neuroensch@aol.com
BVDN-Landesverband: Dr. B. Ende	HESSEN 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: Dr. Hauk-Westerhoff	MECKLENBURG-VORPOMMERN Rostock	ja	ÄK	0381 3755222	0381 3755223	liane.hauk-westerhoff@nervenaerzte-rostock.de
BVDN-Landesverband: Dr. J. Beutler	NIEDERSACHSEN 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@nervenaerztepraxis-meppen.de
BVDN-Landesverband: Dr. F. Bergmann	NORDRHEIN Aachen	ja	KV	0241 36330	0241 404972	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	ÄK/KV	0221 402014	0221 405769	hphausi@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: Dr. W.-H. von Arnim	RHEINLAND-PFALZ 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: Dr. F. Jungmann	SAARLAND 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: Dr. H. Deike	SACHSEN-ANHALT Magdeburg	nein	KV	0391 2529188	0391 5313776	
BVDN-Landesverband: Dr. U. Bannert	SCHLESWIG-HOLSTEIN Bad Segeberg	ja	ÄK/KV	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband: Dr. K. Tinschert	THÜRINGEN Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband: Dr. U. Thamer	WESTFALEN 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