

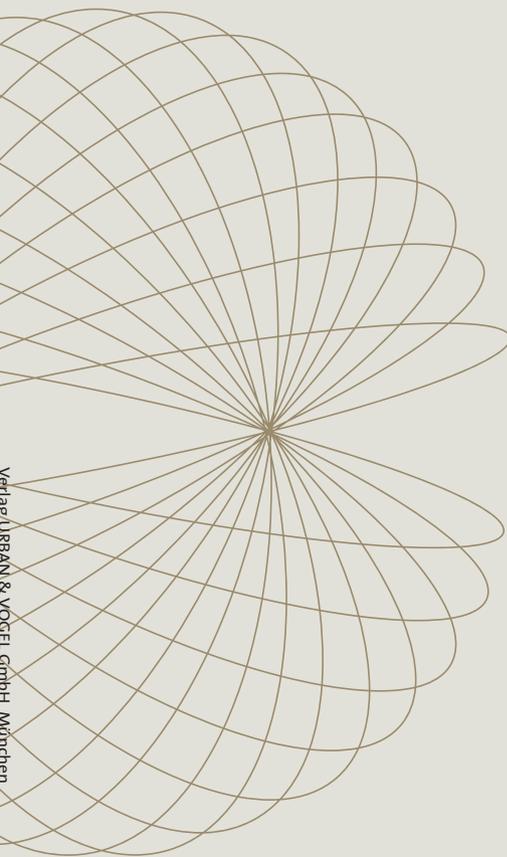
7-8

Juli/August 2009 _ 20. Jahrgang

NEUROTRANSMITTER

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

NEUROTRANSMITTER 7-8/2009



KV-Vertreterversammlung
Stellen Sie sich zur Wahl!

Versorgung psychisch Kranker
Drohender Konkurrenzkampf

Autismus bei Erwachsenen
Trendstörung Asperger-Syndrom

CME: Stationäre Konzepte bei Essstörungen
Multimodal zum Therapieerfolg

Verlag J.BARAN & JOGEL GmbH München



BVDN



BDN



BVDP



»Es gibt Wissensinhalte, die sich prägnant in zwei oder drei Sätzen zusammenfassen lassen, Wissensinhalte, die medizinisch oder auch juristisch von hohem Belang sind.«

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

Das muss man wissen!

Lange haben wir mit uns gerungen (natürlich nur sprichwörtlich), wie der neue Mitgliederservice von Fortbildungsakademie und NeuroTransmitter überschrieben werden soll: „Wussten Sie schon?“ oder „Gut zu wissen!“ oder doch relativ forsch, aber prägnant „Das muss man wissen!“. Für letzteres haben wir uns schließlich, um die Aufmerksamkeit zu wecken, entschieden. Hinter diesem Service, den ich im Anschluss genauer erläutern will, steht der Gedanke, dass es Wissensinhalte gibt, die sich prägnant in zwei oder drei Sätzen zusammenfassen lassen, Wissensinhalte, die medizinisch oder auch juristisch von hohem Belang sind. Hinzu kommt, dass sich zwei oder drei Sätze, die für sich stehen, ganz gut merken lassen, während sie, eingestreut in den Text eines Lehrbuch- oder Zeitschriftenartikels oder in die Stofffülle eines Seminars, trotz diverser Rufzeichen oder „roter Flaggen“ rasant durch die Löcher des Aufmerksamkeitssiebes fallen.

Wie funktioniert das Ganze?

Lassen Sie sich einfach per Mail oder Fax bei der Fortbildungsakademie der Berufsverbände, die jetzt ihren offiziellen Sitz in der Huttenstraße 10 in 97072 Würzburg hat (Fax: 0931/20555-11; E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de), in die Interessentenliste eintragen. Sie werden dann etwa vierwöchentlich eine kurze, aber wichtige Botschaft aus den Bereichen Fortbildung oder Medizinrecht per E-Mail zugesandt bekommen. Auch die Quelle wird angegeben sein, damit Sie sich zum Beispiel in der nächsten NeuroTransmitter-Ausgabe oder bei einem Fortbildungsseminar der verbandseigenen Akademie über die Hintergründe dieser Botschaft vertieft informieren können.

Inzwischen haben sich schon knapp 100 interessierte Kollegen eintragen lassen, zumeist Teilnehmer von Seminaren der Fortbildungsakademie.

Der erste Merksatz dieses neuen Informationsservices unter dem Titel „Das muss man wissen!“, der vor kurzem an die eingeschriebenen Interessenten ging, lautete: „Es gibt bislang nur zwei Substanzen mit nachgewiesener antisuizidaler Wirkung: Lithium bei affektiven Störungen und Clozapin bei Schizophrenie!“ (aus dem Seminar „Psychopharmakotherapie für

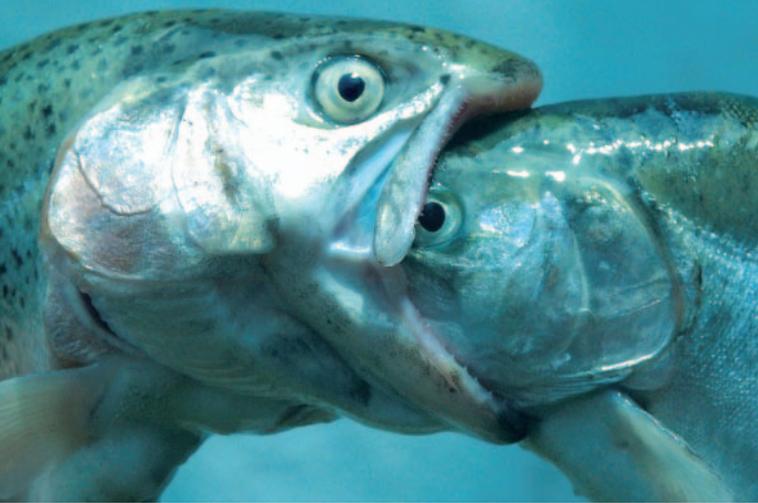
Fortgeschrittene“, Referent: Prof. Dr. I. G. Anghelescu, Charité Berlin, das am 19. September in Frankfurt stattfinden wird. Nähere Informationen im NEUROTRANSMITTER beziehungsweise bei der Fortbildungsakademie unter obiger Adresse). Statt dieses Merksatzes hätten wir auch folgenden aus dem oben genannten Seminar auswählen können: „Bei der Verordnung von Trazodon müssen männliche Patienten unbedingt auf die zwar seltene, aber möglicherweise fatale unerwünschte Arzneimittelwirkung des Priapismus und im Falle des Auftretens derselben auf die Notwendigkeit einer umgehenden urologischen Notfallintervention hingewiesen werden!“.

Service für Sie, Werbung für uns

Klar – diese Wissensinitiative der knappen Botschaften soll nicht nur Ihnen nützen, sondern auch uns – sprich dem NeuroTransmitter und der Fortbildungsakademie. Sie soll all denjenigen, die sich dafür einschreiben, wichtiges Fachwissen kurz und prägnant vermitteln, aber gleichzeitig auch das Interesse an den Fortbildungsartikeln im NeuroTransmitter und an den Seminaren der verbandseigenen Akademie wecken. Wir sind davon überzeugt, dass wir damit nicht der Flut von Fortbildungsinhalten, die uns ständig überrollt, eine weitere Woge hinzufügen, sondern Ihnen ermöglichen, ihren Wissensspeicher durch Informationstropfen sukzessive und nachhaltig zu füllen, ohne ihn zum Überschwappen zu bringen.

Zuletzt: Es versteht sich von selbst, dass dieser Fortbildungsservice kostenlos ist und dass Wichtigkeit und Richtigkeit der Inhalte aus zuverlässigen Quellen stammen. Wenn Sie also Interesse haben, so melden Sie sich bei der Fortbildungsakademie und schon die nächste wichtige Kurzinformation wird Ende August/Anfang September bei Ihnen einlaufen.

Ihr



20 Gefährliche Entwicklung

Konkurrenzkampf nach den Regeln eines liberalisierten Marktes mag in manchen Bereichen Wirtschaftlichkeit und Produktivität steigern. Zur Bewältigung lebensnotwendiger Gemeinschaftsaufgaben wie die Versorgung psychisch kranker Menschen sind zunehmende Kommerzialisierung und Renditestreben jedoch gänzlich ungeeignet.

11 Schwankende Obergrenzen

Die Regeleistungsvolumina im ersten und zweiten Quartal 2009 schwankten bei Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern in Thüringen erheblich. Wie es dazu kam, erklärt Dr. Konstanze Tinschert.

24 Ungleiches Paar

Kann man Erkenntnisse der Ökonomiewissenschaften problemlos in die ärztliche Tätigkeit transferieren? Vergleicht man eine therapeutische Situation mit einer geschäftlichen Beziehung gelangt man unter ethischen Gesichtspunkten zu interessanten Ergebnissen.

Wichtiger Hinweis!

Auf Seite 64 f. finden Sie den Kongress Report Aktuell „Epilepsie im Alter: Welche Fallstricke müssen beachtet werden?“ sowie auf Seite 74 f. den Kongress Report aktuell „Immunmodulierende Therapie bei Multipler Sklerose: Frühe Behandlung verlängert die Zeit bis zum zweiten Schub um ein Jahr“.
Beigelegt ist die aktuelle Ausgabe 3/2009 von med-online.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Titelbild:

Jean Dubuffet: „Site aux disjonctions“

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 Vorhang auf zum politischen Sommertheater

10 Aktionstag im Saarland

Solidarität auch von Patientenseite

11 Fehlberechnung der KV in Thüringen

Neurologen-RLV schrumpfen
um mehr als die Hälfte

12 Nervenärzte in KV-Ämtern unterrepräsentiert

Lassen Sie sich auf die Wahllisten setzen!

14 Gesundheitspolitische Nachrichten

16 Bayerische Kollegen im Bundesministerium für Gesundheit

Nicht mehr als eine vertrauensbildende Maßnahme

Rund um den Beruf

20 Wettbewerb in der Versorgung

Konkurrenz um psychisch Kranke?

24 Ethische Überlegungen zum Gesundheitssystem

Sind Patienten Kunden und Arztpraxen
Unternehmen?

31 Leserbrief



42 Stationäre Behandlung

Essstörungen wie die Anorexia oder die Bulimia nervosa bergen oft ein hohes Rückfallrisiko. Das erfordert einen langfristigen Behandlungsplan, zu dem neben ambulanten und tagesklinischen Therapieoptionen auch ein stationärer Aufenthalt der Betroffenen zählt.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. Claudia Mäck (cm, Redaktionsleitung),
Telefon: 089 4372-1403, Fax: 089 4372-1400,
E-Mail: maeck@urban-vogel.de
Sebastian Lux (slx, Redaktion, -1444)
E-Mail: lux@urban-vogel.de

Schriftleitung:

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

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



BVDN



BDN



BVDP

Fortbildung

- 32 Autistische Störungen bei Erwachsenen – Diagnostik und Therapie**
Vorschnelle Selbstdiagnose Asperger-Syndrom
- 37 Zur Schwierigkeit einer exakten Klassifikation**
Diagnose schizoaffektive Psychose muss kritischer gestellt werden
- 39 Seltene unerwünschte Arzneimittelwirkungen**
Dunkle Materie der Pharmakovigilanz
- 42 CME: Stationäre Angebote bei Essstörungen**
Multimodale Strategien für eine erfolgreiche Therapie
- 47 CME-Fragebogen**
- 49 Neurologische Kasuistik**
- 56 Für Sie gelesen**



Journal

- 66 Psychopathologie in Kunst und Literatur**
Doktor Kerkhovens Läuterungsweg
- 71 Buch-Tipps**
- 72 NEUROTRANSMITTER-Galerie**
Jean Dubuffet – Kunst abseits des Schönheitsideals

- 58 Galenus-von-Pergamon-Preis 2009**
- 59 Pharmaforum**
- 76 Termine**
- 77 Verbandsservice**
- 83 Impressum**

»Während meines Urlaubs in der Uckermark entdeckte ich auf einer Wanderung in einem Vereinshaus einer kleinen Gemeinde einen ‚Arztstützpunkt‘. Hier ist der Arzt an zwei Tagen die Woche zu sprechen, neben ‚Frauennachmittag‘, Bastelgruppe und anderen Attraktionen. Modell für die Zukunft?«

Dr. med. Frank Bergmann, 1. Vorsitzender des BVDN
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Foto: Archiv



Vorhang auf zum politischen Sommertheater

In diesen Wochen vor der Bundestagswahl im September ließ das Sommertheater aus Berlin nicht lange auf sich warten. Affektiv aufgeladene Themen wie beispielsweise die Diskussionen um die Zukunft der Energieversorgung werden auch von der Boulevardpresse dankbar aufgegriffen. Auch die Bundesgesundheitsministerin belebt die Sommerbühne mit einem originellen Szenario. Von Dorf zu Dorf ziehende Ärzte sollen die Versorgung der Landbevölkerung in Zukunft sichern. Back to the roots, Hausärzte ab in die Zigeunerwagen!

Gesundheitsfürsorge?

Konsequent hat die amtierende Bundesgesundheitsministerin in den vergangenen Jahren an der Entwertung der ärztlichen Profession gearbeitet. Die jüngsten und eher skurrilen Vorschläge sind Teil eines gesundheitspolitischen Gesamtkonzeptes, in dem Gesundheitsleistungen nicht nur reduziert, sondern auch in zentralisierter Form angeboten werden sollen. Wenn die Vorstellungen von Ulla Schmidt in Gänze umgesetzt werden, steht am Beginn der Versorgungskette kein Arzt, sondern eine Gemeindefachschwester. Ihre Tätigkeit wird von Hausärzten koordiniert, die in Zukunft auch darüber befinden (und wachen!), welche Patienten einer zusätzlichen fachärztlichen Intervention bedürfen. Dabei würden Ministerin und auch Hausarztverband am liebsten sehen, wenn Fachärzte in überwiegend lediglich konsiliarischer Form den Hausärzten zur Seite ständen. Diese Form der ambulanten fachärztlichen Beratung möchte die Ministerin organisiert wissen in medizinischen Versorgungszentren, und zwar möglichst angegliedert an stationäre Leistungsanbieter, also am Krankenhaus. In Verbindung mit Abschaffung der privaten Krankenversiche-

rung und Einführung einer einheitlichen Bürgerversicherung könnte Frau Schmidt sich dann am Ende dazu beglückwünschen, das niederländische Modell staatlich gelenkter Gesundheitsfürsorge auf Deutschland übertragen zu haben. Die politisch erfahrene Ministerin ist geschickt genug, ihre politischen Ziele zu verschleiern, außerdem setzt sie auf die Taktik der kleinen Schritte. Der Umbau des Systems wird in kleine mundgerechte Häppchen verpackt. Ihren Kurs und ihre Vision hat die Ministerin dabei stets fest im Blick.

Was hat Ulla Schmidt mit ihrer Politik bisher erreicht? Schon viel!

1. Das Monopol der KVen ist aufgebrochen. Durch die Implementierung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b in Bayern und Baden-Württemberg wurde das vertragsärztliche Versorgungssystem durch KVen nachhaltig geschwächt und – nicht ohne Erfolg – ein Keil in die Ärzteschaft getrieben.
2. Integrierte Versorgung ist aus Sicht der Ministerin unter anderem ein weiteres Instrument zur Vereinzelung von Arzt- und Untergruppen. Hinter der allfälligen Parole von „Qualität durch Wettbewerb“ verbirgt sich der von Kassen und Politik seit vielen Jahren vehement verfolgte Kurs, „Kartelle“ von Leistungserbringern aufzubrechen. Mit dem Begriff „Kartelle“ haben Politiker wie auch Kassen schon in der Vergangenheit gern KVen desavouiert.
3. Die Ministerin hat durch eine Reihe von Reformschritten die Ärzte auf die Barrikaden getrieben, sie in unzählige Kampflinien zerstreut, einerseits gegen die KVen, die zuvor per Gesetz geschwächt wurden, aber vor allem auch gegeneinander. West

gegen Ost, Nord gegen Süd. Haus- gegen Fachärzte. In der Öffentlichkeit wird das Bild der „geldgeilen Beutelschneider“ sorgsam aufrechterhalten. In vielen dem Verband vorliegenden internen Episteln wurden Bundestagsabgeordnete, aber auch Journalisten, von der Ministerin für die Diskussion mit Ärzten „vorbereitet“ und in ihrem Sinne munitioniert.

4. Die PKV ist bereits erheblich geschwächt. Es ist absehbar, wann sie durch notwendige Beitragssteigerungen und/oder Leistungskürzungen zunehmend an Attraktivität verliert. Wird hier nicht alsbald gegengesteuert, muss die Ministerin theoretisch nur noch abwarten.

Ungewohnter Zusammenhalt bei den Kassen

Aber nicht alles läuft nach Plan. Die Koalition zwischen Politik und Krankenkassen im Hinblick auf Hausarztverträge oder auch integrierte Versorgung (IV) scheint brüchig. Die Krankenkassen haben mittlerweile längst festgestellt, dass hausärztliche Versorgung nach § 73 b teurer, aber meist qualitativ nicht besser ist und IV-Verträge nach § 140 a ff. zwar Chancen für eine bessere Versorgung bieten, aber auch einen erheblichen administrativen Zusatzaufwand und damit deutlich höhere Kosten bedeuten. Zumindest wird deutlich, dass sich die Realisierung von Einspareffekten deutlich komplexer darstellt, als ursprünglich angenommen. Viele Kassen favorisieren jetzt auch für die Zukunft eine kollektivvertragliche Versorgung und sehen Selektivverträge als „Add on“-Modell. Und den Krankenkassen wird zunehmend das Wettbewerbselement „Zusatzbeitrag“ zum Ärgernis. Denn es ist absehbar, dass die aus dem Fonds den Kassen zugewiesenen Gelder ab 2010 nicht ausrei-



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte



BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

chen. Dann müssen die betroffenen Kassen von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag erheben. Die Sache ist allerdings mit einem empfindlichen Haken versehen: Die Kassen müssen ihre Mitglieder auf die gesetzlich eingeräumte Möglichkeit des Kassenwechsels hinweisen – zum Beispiel in eine Kasse ohne Zusatzbeitrag. Flugs forderte der Vorsitzende des Ersatzkassenverbandes Christian Zahn jetzt Sofortmaßnahmen: So will dieser unter anderem, dass der Zusatzbeitrag wieder abgeschafft wird und die hälftige Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber wiederhergestellt wird, zumindest solle der Zusatzbeitrag einheitlich und verpflichtend nur noch prozentual erhoben werden. „Dies wäre“, so die FAZ in ihrem Bericht vom 20.7., „ein Schritt zurück zum ‚einheitlich und gemeinsam‘“, das die Kassen Jahrzehnte geprägt hat. Hier wird augenscheinlich Wettbewerb gar nicht gewünscht. Von der Solidarität der ansonsten konkurrierenden Kassen können Ärzte noch lernen!

Wahlversprechen da und dort

Die Wahlprogramme der großen Parteien sind in ihren Aussagen zur Zukunft der ambulanten vertragsärztlichen fachärztlichen Versorgung eher dürftig und wenig konkret. Sollte die SPD in der nächsten Legislaturperiode erneut das Bundesgesundheitsministerium mit Ulla Schmidt besetzen können, wird sich die oben skizzierte Politik konsequent fortsetzen. Sie hat mehr als deutlich durchblicken lassen, dass ein nächster gesundheitspolitischer Schritt aus ihrer Sicht die weitere Reform der Krankenkassenlandschaft sein soll. Dies bedeutet im Klartext die endgültige Abschaffung der PKV und die Einführung einer Bürgerversicherung. Die Liberalen haben sich mehrfach für ein frei-

heitliches Gesundheitssystem mit einem hohen Maß an Eigenverantwortlichkeit der Versicherten ausgesprochen. Darunter verstehen sie unter anderem die Umstellung von der Pflichtversicherung auf eine Versicherungspflicht und auch die Einführung eines Kostenerstattungsprinzips. Die markigen Forderungen der CSU nach Einführung einer Kostenerstattung sind deutlich moderateren Tönen gewichen. Die CDU fordert keinen radikalen Veränderungsbedarf ein. Sie gibt sich bewahrend und lässt vergleichsweise viele Optionen offen. Im persönlichen Gespräch mit dem BVDN-Vorstand und dem GfB-Präsidium machten allerdings viele CDU-Gesundheitspolitiker deutlich, dass sie – teils unter Aufgabe früherer Vertreter Positionen – eine weitere Schwächung der ärztlichen Selbstverwaltung auf keinen Fall mehr hinnehmen wollen.

Weder bei den Grünen noch bei der Linken sind Positionen erkennbar, die Situation der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Fachärzte wirklich verbessern zu wollen. Auch eine schwarz-gelbe Bundesregierung wird alsbald Antworten auf das Problem der ständig steigenden Kosten im Gesundheitssystem suchen (müssen). Wie die Antwort des Bundesgesundheitsministeriums in der aktuellen politischen Konstellation aussieht, erleben wir derzeit schmerzvoll. Es ist daher Zeit für einen Kurswechsel!

In diesem Sinne

Ihr

Aus dem Terminkalender des Vorstandes (Auszug)

26. Mai

Vorstandsgespräch mit dem stellv. Vorsitzenden des Spitzenverbandes der Krankenkassen Johann-Magnus von Stackelberg, Berlin. Themen: Weiterentwicklung von Versorgungs- und Vergütungsstrukturen in Neurologie und Psychiatrie, Morbi- RSA, Weiterentwicklung des Kollektivvertrags, Beurteilung der Strukturverträge aus Sicht des Spitzenverbandes

28. Mai

Gespräch mit der KBV (Rheinberger/Dahm) zur Weiterentwicklung der Vorschläge zum PIA-Vertrag aus Sicht der Vertragsärzte

12. Juni

Treffen mit den Mitarbeitern der Vertragswerkstatt der KBV zu weiteren Abstimmungen des strukturierten Versorgungsvertrages Neurologie & Psychiatrie

12./13. Juni

Ausbildungswochenende Arzthelferinnen in Witten

17./18. Juni

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie-, Psychiatrie und -Psychotherapie, Eröffnung und Moderation eines Symposiums zur Demenzversorgung

29. Juni

Teilnahme an Veranstaltung der KBV, Einladung der Berufsverbände, Informationen des KBV-Vorstandes zur aktuellen Vergütungssystematik und -Entwicklung

1. Juli

Vorstandssitzung BVDN Nordrhein

2. Juli

Vorstandsgespräch mit AOK Nordrhein

23. Juli

Vormittag: Arbeitstreffen mit Prof. Volker Aemeling, Vorstand Bundesverband Managed Care. Thema: Gemeinsame Veröffentlichung zu „Strukturierten Versorgungsverträgen“ Neurologie und Psychiatrie
Nachmittag: GfB-Präsidiumsgespräch mit dem KBV-Vorstand

Aktionstag im Saarland Solidarität auch von Patientenseite

Anlass für die vom BVDN angestoßene Aktionswoche war die neue Honorarreform, die durch eine falsche Weichenstellung – nach jahrelanger Benachteiligung unserer Fachgruppe – zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgung unserer neuro-psychiatrischen Patienten führen wird.

Am 6. Mai fand im Saarland ein Aktionstag der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen im Rahmen der bundesweiten Aktionswoche des BVDN statt. Wir wollten zusammen mit dem designierten Landesarzt für Psychiatrie die Versorgungssituation im Saarland darstellen, die bezogen auf den Bundeschnitt folgende Besonderheiten hat:

- überdurchschnittlich hoher neuro-psychiatrischer Krankenstand;
- überdurchschnittlich hohe Fallzahlen in neuro-psychiatrischen Praxen;
- jeder 18. Saarländer geht wenigstens einmal im Quartal zum Neurologen, Psychiater oder Nervenarzt.

Aufgrund der hartnäckigen Verhandlungsführung des BVDN Saarland mit der KV gelang es, den uns zustehenden Honorarzuwachs für das Quartal I/2009 durchzusetzen. Trotzdem beteiligten wir uns an der Aktionswoche, weil wir die überwiegend negative bundesweite Honorarentwicklung gesehen haben. Wir haben uns nicht darüber hinweg täuschen lassen, dass unser kurzfristige Honorarerfolg im Saarland die eigentlichen strukturellen Fehler der Reform nur überdeckt und sie nicht beseitigen kann. Das hat uns die aktuelle Entwicklung ab dem dritten Quartal 2009 bestätigt.

Aus dem Vorstand heraus bildete sich eine Arbeitsgruppe von Nervenärzten, Psychiatern und Neurologen, die bei gemeinsamer Interessenlage sehr kooperativ und engagiert arbeitete und alle Kollegen des Landes für den Aktionstag gewinnen konnte. Am Aktionstag sollten alle neuro-psychiatrischen Praxen geschlossen bleiben und die Versorgung durch sechs Bereitschaftsdienstpraxen im Saarland sichergestellt werden. Für den frühen Abend organisierten wir eine zentrale Informationsveranstaltung im Kongresszentrum Saarbrücken für Patienten

und Angehörige. Das Motto der Veranstaltung war an die Patienten gerichtet: „Sie wollen gut behandelt werden – wir wollen gut arbeiten“. Finanziert wurde die Aktion durch ein großzügiges Sponsoring der von uns angesprochenen pharmazeutischen Firmen und durch Zusatzbeiträge vieler niedergelassener Kollegen. Sehr professionell wurde die Finanzierung über unseren Schatzmeister zusammen mit Cortex abgewickelt.

Wir haben Flyer, Plakate und Anzeigen entworfen, 10.000 Flyer verteilt, 250 Plakate aufgehängt und mit einem leitenden Redakteur der Saarbrücker Zeitung ein fast zweistündiges Gespräch geführt. Der daraufhin verfasste Artikel erschien zwei Tage vor der Veranstaltung an exponierter Stelle dieser einzigen saarländischen Tageszeitung. Den sehr fairen und sachlichen Artikel können Sie im Internet unter dem Suchbegriff „Patientenversorgung gefährdet“ abrufen.

Bei der zentralen Informationsveranstaltung am Aktionstag sprachen vier Referenten: Dr. H. Storz: „Die Bedrohung der neuropsychiatrischen Versorgung“, Dr. U. Mielke: „Darstellung eines intensiven Behandlungsfalles einer MS-Patienten“, Chefarzt Dr. B. Laufs: „Volkskrankheit Depression“ und Prof. Dr. M. Riemenschneider: „Demenz – Was können wir tun?“. Die Resonanz war sehr gut und der Raum mit 400 sehr aufmerksamen Zuhörern voll besetzt. Die Bedrohung der Versorgung, die falsche Systemsteuerung, der Nachwuchsmangel in Praxis und Klinik, die Vernachlässigung neuropsychiatrischer Krankheitsbilder in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit, der Politik und bei den Kassen, die Unterfinanzierung infolge Ignoranz, der Ernst der Lage insgesamt – all dies wurde angesprochen. Kliniker und Niedergelassene schätzten die derzeitige Situation dabei

völlig identisch ein. Gefreut hat uns die gute Atmosphäre und die lebhaftere Beteiligung von Patienten, Angehörigen und Betroffenen. Die spürbar gewachsene Solidarität unter den Kollegen machte uns Mut. Wir mussten allerdings auch zur Kenntnis nehmen, dass eine solche Aktion nicht nur wohlwollende Reaktionen auslöst: Ein die gängigen Vorurteile bedienender Kommentar im Saarländischen Rundfunk hatte offensichtlich die Intention, die Öffentlichkeit zu verunsichern. Gegen die Diktion dieses Beitrages haben wir uns zur Wehr gesetzt; wir bemühen uns jetzt weiter darum, dass die ernsthaften Anliegen, die besonders unsere Patienten betreffen, von den Medien in gebotener Sachlichkeit aufgegriffen werden.

In der Gemeinschaft stark

Wir halten es für einen großen Erfolg, dass die Fachgruppe im Saarland in großer Geschlossenheit hinter dieser komplexen Aktion stand. Die auch jetzt immer noch einlaufenden positiven Rückmeldungen der Patienten machen uns Mut, den eingeschlagenen Weg weiter zu beschreiten. Jedoch sehen wir mit großer Sorge, dass wir trotz dieser gezeigten Solidarität erneut in einzelne Interessengruppen innerhalb des Berufsverbandes zerfallen könnten. Wir sind davon überzeugt, dass wir immer wieder den Interessenausgleich suchen müssen und dass wir nur in einer gemeinsamen Anstrengung unseren Patienten und uns helfen können. □

AUTOREN

Dr. med. Helmut Storz

1. Vorsitzender des BVDN-Landesverbands Saarland

Dr. med. Sigrid Heisel

Dr. med. Claus-Peter Harbeke

Fehlberechnung der KV in Thüringen

Neurologen-RLV schrumpfen um mehr als die Hälfte

Bei der Bekanntgabe der Regelleistungsvolumina (RLV) für das erste Quartal 2009 sah es für die Neurologen, Nervenärzte und Psychiater in Thüringen zunächst gut aus. Aber die Freude war verfrüht: Mehrere gravierende Fehlberechnungen der KV hatten die Werte verfälscht – erst nach oben, dann nach unten. Dr. Konstanze Tinschert, BVDN-Landesverbandsvorsitzende in Thüringen, kommentiert diese Fehlkalkulation.

? *Frau Dr. Tinschert, die Regelleistungen für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater für das erste Quartal 2009 lagen bei der ersten Mitteilung im Vergleich zu anderen Bundesländern sehr hoch. Was ist passiert?*

Dr. med. K. Tinschert: Die Regelleistungen für alle Fachärzte in Thüringen waren wegen fehlender Berücksichtigung von Dialysesachkosten und der Veränderung des Trennungsfaktors zwischen haus- und fachärztlicher Vergütung zu hoch berechnet worden. Die korrigierten RLV für das erste Quartal betragen jetzt bei Nervenärzten 42,61 Euro, bei Neurologen 50,03 Euro und bei Psychiatern 37,27 Euro.

? *Im zweiten Quartal ist der Fallwert für die Neurologen auf 29,94 Euro abgefallen, bei den Psychiatern lag er für die Kollegen mit einem Anteil von unter 30 % Psychotherapie bei 31,63 Euro. Was ist der Hintergrund für diese Senkung?*

Dr. med. K. Tinschert: Im Jahr 2007 gab es in Thüringen nur vier niedergelassene Fachärzte für Neurologie, im ersten Quartal 2008 waren es dagegen zehn Fachärzte. Die KV hat für die Berechnung der RLV die Punktzahlen von 2007 genommen, also von vier Neurologen, und durch die Fallzahl 2008 geteilt, also von zehn Neurologen. Diese Berechnungsformel klappt jedoch nur, wenn

die Ärztezahl annähernd gleich bleibt, was aber nicht zutraf. Aus diesem Grund folgte der Absturz der Fallwerte bei den Neurologen.

? *Das haben Sie sicherlich nicht einfach hingegenommen. Wie sind Sie dagegen vorgegangen?*

Dr. med. K. Tinschert: Wir haben bei der KV, beim Landtag und dem Ministerium insistiert, Pressearbeit betrieben und vor dem Landtag demonstriert. Für die Neurologen hat die KV eine korrigierte Berechnung ohne den obigen Systematikfehler zugesagt. Das RLV soll dann bei den Neurologen 38,24 Euro betragen. Wir haben aber noch keine offizielle Korrektur des RLV bekommen. Bei den Psychiatern wurden die Untergruppen bezüglich des Psychotherapieanteils zu einer Gruppe zusammengefasst und so der RLV-Wert für die ganze Gruppe leicht erhöht.

? *Wie bewerten Sie diese Ergebnisse?*

Dr. med. K. Tinschert: Die RLV sind mit 38,24 Euro für eine neurologische Praxis völlig unzureichend. Die alleinige Zunahme der Arztzahlen erklärt auch nicht den Absturz des RLV von 50,03 Euro im ersten Quartal auf 29,94 Euro im zweiten Quartal. Wir haben inzwischen die korrigierten RLV für das dritte Quartal erhalten. Das neue RLV für die Neu-



Foto: Archiv

Dr. med. Konstanze Tinschert
Vorsitzende des BVDN-Landesverbands
Thüringen

rologen beträgt demnach 33,87 Euro. Doch auch die RLV der Psychiater sind weiterhin zu niedrig. Hier sind Korrekturen durch die KV dringend erforderlich. Falls es zu keiner Korrektur kommt, werden wir unsere Proteste fortsetzen und auch das Ministerium einschalten.

Frau Dr. med. K. Tinschert, wir bedanken uns für das Gespräch.

Nervenärzte in KV-Ämtern unterrepräsentiert Lassen Sie sich auf die **Wahllisten** setzen!



Foto: Fotolia.com/m. schuckart

Ihr Engagement ist wichtig!

Wie Sie alle wissen, wird 2010 in den KVen neu gewählt für die Legislaturperiode ab 2011. Die Überlegungen und Vorgespräche für diesbezügliche Wahllisten beginnen bereits. Interessierte Kolleginnen und Kollegen sollten jetzt beginnen, Kontakte zu Ärztevereinen, Stammtischen und anderen Zirkeln zu intensivieren und sich um aussichtsreiche Positionen auf den Wahllisten bemühen. Lassen Sie uns gemeinsam versuchen, unseren Fächern in den KVen und der KBV ein größeres Gewicht zu verschaffen. Bei hinreichendem Interesse könnte auch ein bundesweites Forum der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in KV-Gremien ins Leben gerufen werden. Hier könnten Informationen und Erfahrungen der Gremienarbeit ausgetauscht und gesammelt werden.

Falls Sie Interesse an einer Gremienarbeit haben, senden Sie mir bitte eine E-Mail (BVDN@dr-sackenheim.de) mit dem Betreff „KV-Gremien“. □

AUTOR

Dr. med Klaus Sackenheim, Andernach
BVDN-Landesverband Rheinland-Pfalz

Nervenärzte, Neurologen und Psychiater fühlen sich als relativ kleine Fachgruppe in den KVen nicht hinreichend vertreten oder von anderen Fachgruppeninteressen dominiert. Das liegt mit Sicherheit auch daran, dass Nervenärzte in den KV-Gremien, besonders in den Vertreterversammlungen, unterrepräsentiert sind. Zumindest für Rheinland-Pfalz kann ich feststellen, dass ich aktuell der einzige Fachgruppenvertreter in der Vertreterversammlung bin, während viele andere Fachgruppen mit mehreren Vertretern präsent sind. In der Vertreterversammlung der KBV bin ich der einzige ehrenamtliche Abgesandte unserer Fachgruppe. Darüber hinaus ist noch Kollege Thamer als Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe hauptamtliches Mitglied. Dabei ist die Tätigkeit in diesen Gremien interessant und informativ und erlaubt vor allen Dingen einen kurzen Zugangsweg zu den KV-Vorständen. Je nach regionaler Gegebenheit und Mehrheitsverhältnissen in den Gremien ist auch eine politische Einflussnahme möglich.

PARTEIEN ZUR WAHL

Wahlprogramme von CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen

➔ Am 10.5.2009 legten die Grünen ihre gesundheitspolitischen Ziele im Wahlprogramm fest. Am 28.7.2009 beschlossen die Unionsparteien CDU und CSU ihr Regierungsprogramm. In den letzten NEUROTRANSMITTER-Ausgaben hatten wir bereits die gesundheitspolitischen Ziele von FDP, SPD und CSU dargestellt. Hier nun stichpunktartig Auszüge aus dem gesundheitspolitischen Regierungsprogramm von CDU/CSU und von Bündnis 90/Die Grünen.

Ziele von CDU/CSU

- „Weiterentwicklung“ von Struktur, Organisation und Finanzierung der GKV und PKV
- Ablehnung einer staatlichen Einheitsversicherung
- „Bekanntnis“ zur PKV
- Festhalten an der Steuerfinanzierung als ein wichtiges Element zum Erhalt der Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung
- Zusätzliche Belastungen für die Patienten sollen in Grenzen gehalten werden
- Kurskorrekturen bei Morbi-RSA werden angekündigt
- Keine Staatsmedizin, sondern Anerkennung der Bedeutung der Freien Berufe
- Abbau von Bürokratie und Dokumentationspflichten
- Freie Arztwahl und Therapiefreiheit
- CDU/CSU setzt auf Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung
- Sicherung der wohnortnahen Versorgung

- MVZ nur unter Trägerschaft von Ärzten und Krankenhäusern
- Schaffung von mehr Möglichkeiten für „passgenaue und einzelvertragliche“ Lösungen
- Weiterentwicklung der integrierten Versorgungsmodelle zur stärkeren Nutzung von Synergieeffekten
- Auf die Region zugeschnittene, passgenaue Versorgungskonzepte
- Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung und Erhaltung „eines breiten Spektrums an freiberuflichen niedergelassenen Fachärzten“
- Keine bundeseinheitlichen Basisfallwerte bei den DRGs am Krankenhaus
- Erhalt der bestehenden Krankenhausfinanzierung
- Honorierung der Vertragsärzte in festen Euro-Preisen unter Berücksichtigung der regionalen Rahmenbedingungen und der Besonderheiten der einzelnen Arztgruppen
- Ausgabensteigerungen müssen sich im Rahmen der allgemeinen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bewegen
- Weiterentwicklung von Bonus-Modellen, Wahl- und Selbstbehalttarifen in der GKV
- Stärkung einer unabhängigen Patientenberatung und „Weiterentwicklung“ der Patientenrechte in einem eigenen Patientenschutzgesetz

Ziele von Bündnis 90/ Die Grünen

- Einführung der Bürgerversicherung.
- Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds.
- Abschaffung der Praxisgebühr
- Abschaffung von Medikamentenzahlungen
- Einbeziehung anderer Einkommensarten, wie Kapital- oder Mieteinnahmen
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
- Mehr Wettbewerb zwischen den Kassen
- Mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen
- Ausbau der integrierten Versorgung

- Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung
- Verbesserung der wohnortnahen Versorgung und Betreuung chronisch kranker Menschen
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen
- Bildung eines Patientenrechtegesetzes
- Bildung unabhängiger Beratungseinrichtungen
- Evaluierung und Offenlegung guter und schlechter Qualität von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Ärzten
- Einführung einer Positivliste
- Forderung nach einer geschlechtergerechten Gesundheits- und Pharmaforschung

Kommentar: Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der CDU/CSU sind sehr vage gehalten. Wenigstens bekennt man sich zur Freiberuflichkeit der Vertragsärzte, zur Existenz von Fachärzten, zu einem Honorarsystem in Euro, zum Bürokratieabbau sowie zur Weiterexistenz der PKV. Dies soll sich aber im bisherigen Kostenrahmen bewegen. Von Kostenerstattung ist auch bei der CDU/CSU nicht die Rede. Wohl aber bei der FDP, die als einzige Partei konkretere Vorschläge für eine wirtschaftlich tragfähige Weiterentwicklung der GKV macht.

Das Programm der Grünen liest sich wie eine solidarisch konkretisierte Version des SPD-Programms. Mit der Bürgerversicherung fordert man weiterhin die konjunkturabhängige Ausrichtung der Krankenversicherungsprämien am Arbeitentgelt. Die Mitverantwortung der Patienten für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen soll wieder reduziert werden. Dagegen werden Leistungserbringer in einen ruinösen „marktwirtschaftlichen Wettbewerb“ im Rahmen einer Flatrate-Medizin gezwungen, während das Gesamtsystem planwirtschaftlich organisiert bleibt mit staatlich festgelegten Preisen und Mengen.



Foto: pixelio.de/Birgith

STRUKTURIERUNGSVORSCHLÄGE

Gesundheitsexperten verlangen Entmachtung der Ärzte

↳ Unter diesem Titel berichtete die Financial Times Deutschland am 18.6.2009 über die Ergebnisse einer Expertengruppe nach dreijähriger Beratung unter Leitung des früheren sächsischen CDU-Ministerpräsidenten Kurt Biedenkopf. Die Patientenrechte sollen massiv gestärkt werden. Leichte Krankheiten sollen von Krankenschwestern behandelt werden. Der Ärzte-TÜV im Internet soll die Qualität der Mediziner bewerten. Krankenversicherung und Pflegeversicherung sollen zusammengelegt werden.

Die folgenden Innovationsimpulse wurden in Arbeitsgruppen des Meta-Forums als besonders wirkungsvoll identifiziert:

- Krankenversicherungen, Leistungserbringer und Gesetzgeber stoßen gemeinsam einen Prozess an zur gesellschaftlichen Grundsatzdiskussion und -entscheidung über das Verhältnis von Beitrag und Leistung im Gesundheitswesen.
- GKV, Robert-Koch-Institut und der öffentliche Gesundheitsdienst definieren gemeinsam messbare und vergleichbare Gesundheitsziele auf nationaler und regionaler Ebene (z. B. Impfquoten, sportliche Aktivität) und etablieren hierzu eine Berichterstattung.
- Der Gesetzgeber schafft eine Verpflichtung zur Transparenz zu allen Entscheidungen in der Versorgung. Daten der Kassen sowie der Leistungserbringer werden Forschungseinrichtungen und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.
- BMG, BMF und BMA einigen sich auf eine Entkopplung der Beiträge für die GKV von den Arbeitskosten und entwickeln alternative Finanzierungsmodelle.
- Die Krankenversicherungen in Kooperation mit den Kommunen bieten den Versicherten einen qualitätsgeprüften Gesundheitscoach zur Unterstützung bei der Navigation durch das Gesundheitswesen.
- Der Gesetzgeber ermöglicht Gemeindegewestern, die Verschreibungsverantwortung für Arzneimittel und Medizinprodukte zu erhalten.
- Das Parlament definiert Kriterien für einen Basisleistungskatalog und überprüft diese regelmäßig in Hinsicht auf die Aufnahme von Innovationen, aber auch auf die Entfernung von Leistungen.
- Universitäten und Fachhochschulen entwickeln Curricula, in denen die Gesundheitsberufe in gemeinsamen Einheiten auf die Erbringung integrierter Versorgung vorbereitet werden.
- Gesetzgeber, Regierung und Selbstverwaltung schaffen Bedingungen, die es erlauben, geeignete Aufgaben an nichtärztliches Personal zu übertragen.
- Die Krankenversicherungen entwickeln Wahltarife mit besonders günstigen Konditionen für Nutzer, die sich aktiv an ihrem Gesundheitsprozess beteiligen (z. B. Einhaltung von Therapiezielen, die zwischen Leistungserbringern und Patienten vereinbart wurden).
- Die Bundesregierung analysiert regulatorische Hemmnisse für die Gesundheitswirtschaft mit ihrer Vielzahl von Güter- und Arbeitsmärkten und baut diese gemeinsam mit dem Bundestag und den Ländern und Kommunen so weit wie möglich ab.
- BMG und BMBF legen ein gemeinsames Forschungsprogramm zur wissenschaftlich fundierten Entwicklung von Ergebniskriterien und Qualitätsstandards aus Nutzersicht auf. Als Ergebnis stehen Prüfinstrumente zur Verfügung, die von den Leistungserbringern routinemäßig angewendet werden.
- Die Krankenkassen entwickeln gemeinsam mit Leistungserbringern und Herstellern integrierte regionale Versorgungskonzepte (Behandlungspfade) mit Kostenerstattung über sektorenübergreifende Komplexpauschalen, um Behandlungsabläufe effizienter zu gestalten und Datentransparenz herzustellen.
- Patienten- und Bürgervereinigungen richten eine Internet-Plattform zur Bewertung von Gesundheitsinnovationen ein.



Foto-Archiv

Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

„Die nächste Bundestagswahl naht und damit werden von gesellschaftlich relevanten Gruppierungen oder Organisationen erneut mehr oder weniger fundierte Strukturierungsvorschläge für unser Gesundheitswesen vorgestellt.“

Kommentar: Die nächste Bundestagswahl naht und damit werden von gesellschaftlich relevanten Gruppierungen oder Organisationen erneut – wie vor jeder Wahl – mehr oder weniger fundierte GKV-Strukturierungsvorschläge des Fraunhofer-Instituts für unser Gesundheitswesen vorgestellt. Nach den Gewerkschaften, Kirchen, Krankenkassen, Parteien, Ärzteorganisationen und gesundheitsökonomischen Instituten hier nun also das renommierte Fraunhofer-Institut. Manche Forderungen sind sinnvoll und überfällig, so zum Beispiel die Entwicklung von Wahltarifen, eines Basisleistungskataloges, Entkopplung von GKV-Beiträgen und Arbeitsentgelt, Kostenerstattungsmodelle etc. Andere Ergebnisse dieses „Think-Tanks“ lassen sich nur erklären, wenn man weiß, dass eine Vielzahl der mitwirkenden „Experten“ noch niemals ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis von innen oder einen echten Patienten persönlich kennengelernt haben. Manche Vorschläge wirken wissenschaftlich-akademisch und bürokratisch überfrachtet. Wir freuen uns schon auf die Mitwirkung der Gesundheitscoaches unserer Patienten, auf die wissenschaftlich fundierten Ergebniskriterien und Qualitätsstandards als routinemäßige Prüfinstrumente für die Leistungserbringer und den Internet-Ärzte-TÜV.

Bayerische Kollegen im Bundesministerium für Gesundheit Nicht mehr als eine vertrauensbildende Maßnahme

Im gesundheitspolitischen Tauziehen kann ein kontinuierlicher Basisprotest die Arbeit der Verbandsfunktionäre unterstützen. So wurde eine Gruppe bayerischer Neurologen, Nervenärzte und Psychiater kürzlich von Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder im Bundesministerium für Gesundheit empfangen und hatte die Gelegenheit, ihre Standpunkte zur Honorarreform zu präsentieren.

Am 28.4.2009 wurde eine Gruppe bayerischer Neurologen, Nervenärzte und Psychiater im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Berlin von Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im BMG, empfangen. Alarmiert über Meldungen, dass die wiederholt angekündigten Verbesserungen für unsere Fachgruppen wieder nicht auf der Tagesordnung des erweiterten Bewertungsausschusses Ende März standen, hatten wir uns im Vorfeld schriftlich und telefonisch an das BMG gewandt. Nachdem wir klar gemacht hatten, dass es uns um eine sachliche Lösung der uns bedrängenden Probleme und nicht um Polemik geht, stießen wir auf ein überraschend freundliches Interesse. Natürlich ist klar, dass von einem Treffen einer kleinen Gruppe unbekannter und be-

rufspolitisch bisher unerfahrener Neurologen und Psychiater aus der bayerischen Provinz im BMG keine konkreten Ergebnisse oder grundlegenden Neuigkeiten zu erwarten waren. Bemerkenswert erscheint uns dennoch die Tatsache, dass wir von Staatssekretär Schröder, Nr. 2 in der Hierarchie des BMG nach Ministerin Schmidt, überhaupt eingeladen wurden. Die Teilnehmer von unserer Seite waren Dr. Heino Sartor, Landshut (Neurologe und Psychiater), Dr. Stefan Brunner, Landshut (Neurologe), Dr. Harald Frohmann, Neutraubling (Psychiater), Dr. Felix Börner, Lappersdorf bei Regensburg (Psychiater) sowie Dr. Karl Ebertseder, Augsburg (Nervenarzt).

Nach unserem Eintreffen im BMG-Neubau in der Friedrichstraße wurden

wir aus der imposanten Glaskonstruktion der Eingangshalle in den Konferenzraum im 6. Stock geleitet. Neben Schröder nahmen auch Frau Radtke und Frau Lehmann aus dem für Honorarfragen und den Bewertungsausschuss zuständigen Referat an dem Gespräch teil.

Demotivierende Honorarreform

Harald Frohmann legte zu Beginn die Situation der Psychiater dar, Heino Sartor die der Nervenärzte und Neurologen. Schröder ging nur auf einzelne von uns vorgebrachte Punkte ein und gab allgemeine Statements aus Sicht des Ministeriums zu den angesprochenen Themen. In seinen Erwidern während des fast zweistündigen Gesprächs war Schröder uns allen gegenüber betont freundlich und wohlwollend.



Fotos: BMG, Berlin; Archiv



Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit

Das Bundesministerium für Gesundheit in der Berliner Friedrichstraße.

Lotsenfunktion der Neurologen und Psychiater

Er gab uns Recht, dass unsere Fachgruppe eine besondere Versorgungsrelevanz besitzt. Unser Argument, dass wir als Spezialisten für das Gehirn eine besondere Lotsenfunktion im Gesundheitssystem wahrnehmen müssten, nahm er scheinbar interessiert zur Kenntnis, ohne darauf aber näher einzugehen. Er fragte, wie wir uns konkret eine Honorarregelung nach unseren Wünschen vorstellen. Es sei ihm klar, dass eine angemessene Vergütung Voraussetzung für die Motivation der Ärzte sei (offenbar eine tatsächliche Sorge des Ministeriums), und von zentraler Bedeutung für die Patientenversorgung.

Wichtig war für Schröder offenbar, zu erfahren, warum sich bei uns eine derartige Frustration und Demotivation aufgrund der neuen Honorarregelung eingestellt hat. Die Betroffenheit und Sorge über das Ausmaß des fundamentalen Misstrauens gegenüber dem BMG klang meiner Einschätzung nach ehrlich. Dem Anschein nach war unser Treffen auch als Versuch einer Schadensbegrenzung und vertrauensbildenden Maßnahme gedacht. Wir betonten, dass wir die Hauptursache der Probleme bei den KVen und der KBV sehen, und uns deshalb um Hilfe an das BMG als Aufsichtsbehörde wenden. Schröder erklärte (wie zu erwarten), dass das Ministerium nur auf Beschlüsse der Selbstverwaltung oder des Bewertungsausschusses reagieren könne, wenn diese formal zu beanstanden seien, aber keine dezidierten Vorgaben machen könnte. Das BMG habe seitens der KBV im Vorfeld keinerlei Warnungen oder Bedenken bezüglich eventueller Verwerfungen, insbesondere zu Lasten der kleineren Fachgruppen, erhalten. Die Honorarreform habe das Ziel verfolgt, mehr Gerechtigkeit und Transparenz herzustellen sowie den Osten besser zu stellen; dabei hätte aber auch im Westen keine Fachgruppe verlieren, und bisher benachteiligte, wie unsere, auch gewinnen sollen. Dass seitens der KBV keine Konvergenzphase vorgesehen war, um die Auswirkungen empirisch festzustellen, erklärten wir einvernehmlich als unverständlich.

Die vorgebrachte Problematik der gedeckelten RLV und ungedeckelten

„freien Leistungen“ (quasi eine „Büchse der Pandora“ mit potenziell verheerenden Folgen für die Grundversorgung) schien Schröder grundsätzlich positiv aufzunehmen. Er betonte allerdings, dass das BMG nicht für die Details der Honorarregelung zuständig sei. Die KBV und die Länder-KVen hätten durchaus einen Handlungsspielraum, ohne diesen für unsere Fachgruppe zu nutzen.

Brisante Freiberuflichkeit

Die Freiberuflichkeit sprach Schröder von sich aus an (was zeigt, dass dem Thema Brisanz beigemessen wird), und beschwichtigte: Es sei seiner Meinung nach keine Frage, dass es auch in Zukunft freiberufliche Fachärzte in Deutschland geben werde. Aber angebotene Ärzte in der ambulanten Versorgung seien einfach notwendig und immer weniger der jungen Ärzte seien bereit zu einem so hohen Arbeitspensum und -einsatz (wie wir).

Die KV sei wegen des Sicherstellungsauftrags weiterhin notwendig und unverzichtbar. Eine Übertragung des Sicherstellungsauftrags an die Kassen sei jedenfalls problematisch (hier versucht das BMG, entgegen früherer Strategie, offenbar wieder zurückzurudern). Unser Argument, dass die KV gerne den Sicherstellungsauftrag behalten sollte, aber für die Honorare auch Regelungen außerhalb der KV gefunden werden sollten, schien Schröder zustimmend aufzunehmen.

Schließlich wurde die am 20.4.2009 beschlossene Herausnahme der Gesprächsziffern für Psychiater und Nervenärzte aus dem RLV angesprochen. Diese Verbesserung kam offensichtlich auf Druck des BMG zustande. Wir äußerten aber die Sorge, dass diese durch eine entsprechende Absenkung der Regelleistungsvolumina seitens der KVen wieder konterkariert werden könnte. Schröder forderte uns auf, das BMG zu informieren, sollte sich dies bestätigen.

Zum Thema Verbesserungen für die Neurologen, das von uns nachdrücklich vorgebracht wurde, kam leider seitens Schröder nichts Konkretes.

Keine konkreten Zusagen

Alles in allem also eine ernüchternde Bilanz: Viel bekundetes Wohlwollen, aber in der Sache vage und enttäuschend.

Dennoch positiv: Der persönliche Kontakt und die grundsätzliche Dialogbereitschaft des Ministeriums auch mit uns Basisärzten, die wir weiter nutzen sollten. Mein Fazit: Es ist wichtig, dass der Kontakt mit den politischen Entscheidungsträgern nicht nur über unsere Verbandsfunktionäre läuft, sondern dass wir uns (natürlich in Abstimmung mit diesen) von unten her einmischen. Ein machtvoller Basisprotest ist dabei weiterhin die Grundlage, um Druck zu erzeugen. Wenn wir uns darauf aber beschränken, besteht die Gefahr, dass wir letztlich nur instrumentalisiert werden. Die Situation ist so ernst und kompliziert, dass wir für alle Optionen offen sein müssen, die dem Ziel dienen, die Existenz unserer Praxen zu retten. Dies betrifft auch Selektivverträge (wobei wir hier aber aufpassen müssen, dass alle davon profitieren, und nicht nur elitäre Großpraxen und medizinische Versorgungszentren). Regionale Einzelaktionen dürften zum Scheitern verurteilt sein. Deshalb ist es wichtig, sich noch mehr in unseren Berufsverbänden BVDN, BDN und BVDP zu engagieren und einzumischen. Immer deutlicher wird, dass unser Hauptgegner die KV ist, in der ein knallharter Lobbyismus dazu führt, dass wir letztlich immer hinten runter fallen. □

AUTOR

Dr. Karl Ebertseder, Augsburg

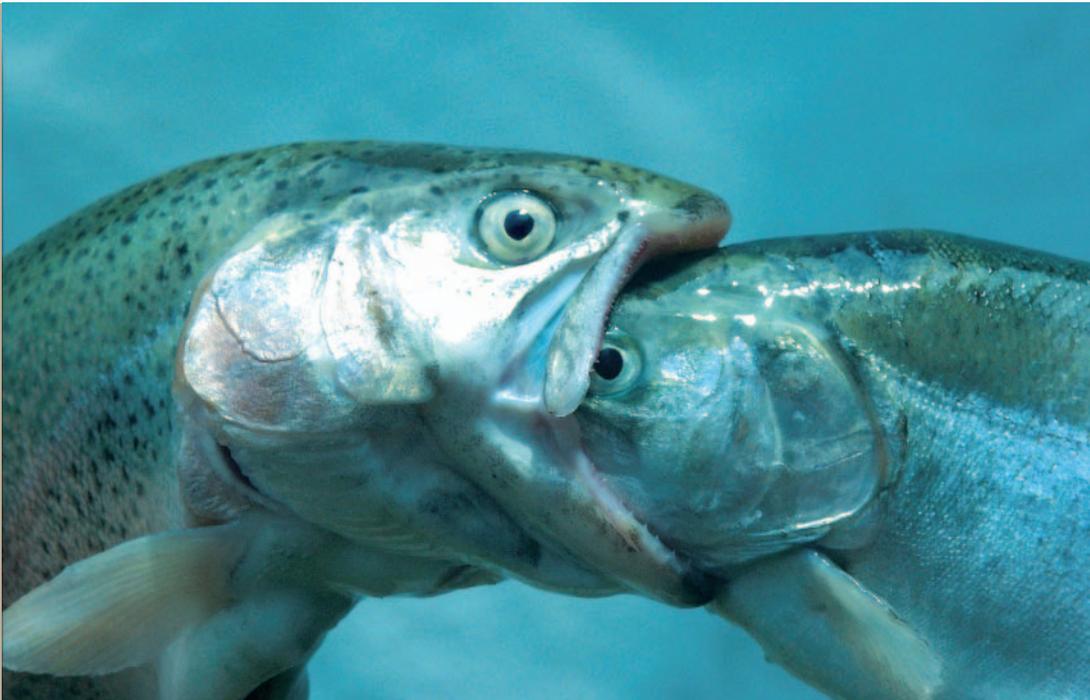


Foto: Fotolia.com/Walter Groessel

Zeichen der Zeit: der Starke schluckt den Schwachen. Auch in der Versorgung psychisch kranker Menschen muss schnell gehandelt und ein Mittelweg zwischen liberaler Kommerzialisierung und bürokratischem Zentralismus gefunden werden.

Wettbewerb in der Versorgung Konkurrenz um psychisch Kranke?

Psychisch kranke Menschen sind in ihrer Lebensführung meist erheblich beeinträchtigt. Jetzt werden diese Betroffenen zunehmend zum begehrten Objekt marktorientierter Konkurrenzkämpfe. Wir scheinen aus der aktuellen Finanzkrise 2009 immer noch nicht zu lernen, dass es lebensnotwendige Gemeinschaftsaufgaben gibt, die sich für Rivalität und die Risiken des freien Marktes nicht eignen.

2009 hat die AOK Niedersachsen „15.000 Schizophrene“ zur medizinischen Versorgung „ausgeschrieben“! Ein amerikanischer Anbieter soll den Zuschlag erhalten haben. 2008 wurden in Niedersachsen die bis dahin landeseigenen psychiatrischen Krankenhäuser privatisiert und zum größten Teil an kommerzielle Konzerne verkauft. Deren hohe Gewinnerwartungen werden unter anderem erwirtschaftet, indem das Personal in eigene Leiharbeitsfirmen ausgegliedert wird, um die vertraglich beim Kauf zugesicherte Tarifbindung zu umgehen. Die Gewinne der Konzerne müssen erklärtermaßen 15–20% Rendite betragen – eine Summe, die von der All-

gemeinheit der Beitragszahler aufgebracht werden muss.

Bundesdeutsche und europäische Richtlinien verlangen auch für psychiatrische Gesundheitsleistungen eine Ausschreibung und Vergabe an den „günstigsten“, also billigsten Anbieter. Nur Staaten mit einer klaren gemeinnützigen staatlichen Organisation des Gesundheitswesens können die medizinische Versorgung der Bevölkerung außerhalb des kommerziellen Konkurrenzdrucks sicherstellen.

Bis vor kurzem war die gesundheitliche Versorgung psychisch Kranker wirtschaftlich uninteressant und wurde dem Staat oder philanthropischen Idealisten

überlassen, weil sie finanziell auf Sozialhilfeniveau in großen Anstalten oder als Armenfürsorge stattfand. In der Nazizeit waren psychisch Kranke unnütze Esser, derer man sich einfach entledigte, indem man sie in einer beispiellos unmenschlichen Aktion (leider teilweise unter Mitwirkung verantwortlicher Psychiater) ermordete. Erst 1975 war durch die Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestages eine Psychiatriereform angestoßen worden, durch die Hunderttausende von schwer psychisch kranken Menschen von einem Anstaltsdasein befreit wurden und selbstständig leben lernten. Hierfür wurden ambulante Hilfseinrichtungen geschaffen wie Kontakt- und

Begegnungsstätten, betreutes Wohnen, Werkstätten, therapeutische Einrichtungen zur Wiedereingliederung ins Arbeitsleben, oft durch die freiwillige Initiative von Fachleuten und Bürgern in Hilfsvereinen für psychisch Kranke, in Wohlfahrtsverbänden oder im Rahmen staatlicher und kommunaler Träger.

Hohe Rendite statt gute Betreuung

In den verschiedenen Abschnitten des deutschen Sozialgesetzbuches wurden Rechtsansprüche zur Rehabilitation festgelegt: im Recht der Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Arbeitsagentur, des Jugendhilferechts, der Sozialhilfe. Auch kommerzielle Unternehmen wurden aufmerksam und begannen wie im Bereich der Altenpflege mit entsprechenden Angeboten zum Beispiel der Heimunterbringung psychisch Kranker oder der ambulanten Pflege und Betreuung (Eingliederungshilfe). Oberstes Ziel ist hierbei naturgemäß der erzielbare Gewinn und nicht die optimale Versorgung psychisch kranker Menschen. Für dieses Renditeziel werden Techniken der Personaleinsparung und der Leistungsrationierung eingesetzt, beispielsweise durch verkürzte Zuwendungszeiten, Auswahl von Patienten mit lukrativer Diagnose oder durch reduzierte Qualifikation des Personals. Allmählich zeigen sich die negativen Auswirkungen dieser Marktphilosophie. Bei stationärer Behandlung gibt es unter dem Druck der Krankenkassen und der Gewinnerwartungen zunehmend verkürzte Behandlungszeiten, reduzierte Zuwendung, Abbau der ärztlichen Kapazitäten (auch durch Flucht der Ärzte aus diesem unärztlichen System) oder konkurrierende Beteiligung an der ambulanten Versorgung durch eigene Ambulanzen und Dienste der Krankenhäuser, durchaus von den politischen Vorgaben der Gesundheitsreformen so gewollt.

In der ambulanten psychiatrischen Versorgung durch Ärzte, ambulante Dienste (Pflege, Soziotherapie, Ergotherapie) und Reha-Einrichtungen wird zwar meist noch auf hohem fachlichen Niveau gearbeitet, aber die wirtschaftliche Konkurrenz der Träger erschwert zunehmend die organisatorische Sicherheit und den Überblick über die kri-

senhilfemöglichkeiten. Ärzte als Verordnungsinstanz solcher Hilfen haben es mit einer steigenden Anzahl konkurrierender Anbieter zu tun und werden daher selbst zunehmend von Kontrollinstanzen (Kassen, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, ärztliche Dienste der Renten- und Arbeitslosenversicherung, der Jugend- und Sozialämter) überwacht und müssen ihre Verordnungen in bürokratischer Manier mit wachsendem Aufwand rechtfertigen.

Billiganbieter im Aufwind

Auch die Verschreibung von Psychopharmaka bei schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie, Depressionen oder Angst- und Verhaltensstörungen unterliegt dem Zwang, ständig die billigsten Anbieter zu kennen, ein starres Budget einzuhalten und sich unter ständiger Regressandrohung mit aufwendiger Dokumentation jedes Einzelfalles hinsichtlich solcher Prüfungen zu rechtfertigen. Dabei haben Studien auch im Auftrag der Krankenkassen klar gezeigt, dass eine gute ambulante Behandlung mit Medikamenten bei den erwähnten Erkrankungen stationäre Kosten erheblich einsparen kann. Nun werden solche Einsparungen zum Modell für Billiganbieter gemacht, ohne über die Folgen solcher Veränderungen des Versorgungssystems Klarheit zu haben. Man denke an die „Ausschreibung von 15.000 Schizophrenen“ der AOK Niedersachsen, ein Missbrauch schwer kranker Menschen für marktwirtschaftliche Renditeexperimente!

Die zunehmend kommerzialisierenden Arbeitsbedingungen widersprechen dem ärztlichen Berufsethos und sind deshalb gerade für Psychiater mit ihrem notwendigen hohen emotionalen Einsatz verheerend. Seit 1999 ist in Niedersachsen die Zahl der kassenärztlich tätigen Psychiater um mehr als 25% gesunken, bei weiter so bleibender Tendenz. Aus Altersgründen ausscheidende Ärzte finden keine Nachfolger. Einzelne Regionen, auch Großstädte wie Wilhelmshaven, haben keinen niedergelassenen Psychiater mehr. Hausärzte, Neurologen, Krankenhausambulanzen oder gar die Psychotherapeuten können die Leistung des langjährig vertrauten Psychiaters nicht ersetzen, sondern nur akute Kri-

senhilfe geben, wenn überhaupt. Oft bleibt dann nur die schnelle Einweisung in die überfüllte psychiatrische Klinik mit all den damit verbundenen Problemen.

Psychisch Kranke, Angehörige, behandelnde Ärzte und weitere Akteure verlieren im Gewirr der konkurrierenden Einrichtungen, der Kostenträger und Kontrollen den Überblick. Die Menschen finden nicht mehr die für ihre psychische Stabilität notwendige Vertrautheit und Verlässlichkeit. Im Gegenteil, durch den neuen Gesundheitsfonds sind die Krankenkassen zwar an Patienten mit schwerwiegenden Diagnosen kommerziell interessiert, weil sie dafür einen finanziellen Zuschlag erhalten. Sie haben aber auch das Interessiere, das Geld nicht weiterzugeben, sondern für andere Zwecke oder als Gewinn einzusetzen. Jedenfalls ist keine bessere Leistung für die Patienten in der Praxis vorgesehen.

Bevorzugte Psychotherapie

Stärkster Ausdruck der Kommerzialisierung der psychiatrischen Versorgung ist die wirtschaftlich bedingte, bereits längst manifeste Bevorzugung der Psychotherapie. Ärzte und Psychologen weichen wegen der besseren Bezahlung und Arbeitsbedingungen seit vielen Jahren in die ausschließlich psychotherapeutische Behandlung von leichter Erkrankten aus, wofür inzwischen 75% des zur Verfügung stehenden Geldes ausgegeben wird, ganz zu schweigen von der Vielzahl der psychosomatischen Kliniken, die es so nur in Deutschland gibt. Schwer psychisch Kranke in Deutschland sind ähnlich wie in dem weitgehend kommerzialisierten Gesundheitsmarkt der USA auf dem Wege, wieder zu Ausgestoßenen der Gesellschaft zu werden und bei völlig überforderten Angehörigen, in Billigquartieren und -heimen, in Obdachlosigkeit oder vermehrt in Gefängnissen und forensischen Langzeitkliniken zu landen.

Problematisch ist speziell in Deutschland auch die bekannte Konkurrenz gemeinnütziger Träger. Wohlfahrtsverbände, Rentenversicherungen, Arbeitsagenturen, Sozialämter, freie gemeinnützige Träger haben teils Parallelstrukturen besonders im Bereich der Rehabilitation geschaffen, die es in keinem anderen Land gibt. Das ist auf den traditionellen

Korporatismus in Deutschland zurückzuführen. Damit ist die seit der Kaiserzeit in Deutschland vorherrschende Vorstellung gemeint, dass die einzelnen gesellschaftlichen Gruppen zusammen den Staat bilden und stützen. Anfangs waren das die Stände von Adel, Bürgertum, Kirchen und Wohlfahrtsverbänden, reichlich spät auch auf Initiative von Helene Lange die Frauen als eigene Gruppe, durch deren „Kulturaufgabe“ ihr Recht auf Bildung durchgesetzt werden konnte. In der Weimarer Zeit kam die Arbeiterschaft mit eigenen Rechten, die Gewerkschaften und andere Verbände hinzu. In der Nazizeit wurde mit diesem Modell gleichgeschaltet unter autoritär-diktatorischer Führung gearbeitet.

Nach dem zweiten Weltkrieg bildeten sich diese Strukturen im demokratischen Rahmen mit wunderlichen Eigenrechten durch das Subsidiaritätsprinzip wieder neu, was es so in keinem anderen modernen Land gibt. Eine stärkere Zentralisierung der Verantwortung bei der Bundesregierung wurde nach 1945 bei der Schaffung des Grundgesetzes abgewehrt. So haben wir auch keine Kultur der zentralen Verantwortung für die Schwächsten wie den „Ombudsmann“ für Behinderte in Dänemark im Rang eines Ministers mit eigenen Vollmachten. Die epochale Leistung der Psychiatrie-Enquête des Deutschen Bundestages 1975 blieb leider eine Ausnahme von der Regel der konkurrierenden Korporationen und ihrer Interessen. Bis heute gibt es in Deutschland als einzigem EU-Land keinen statistischen Überblick über psychisch Kranke und Behinderte und dementsprechend auch keine Gesamtpläne für die notwendigen Versorgungseinrichtungen. Diese entstanden aus lokaler freiwilliger Initiative (oder eben auch nicht) und jetzt zunehmend aus kommerziellen Motiven.

Rückbesinnung erforderlich

Wir brauchen in Deutschland eine Rückbesinnung der Gesellschaft auf die zentrale Verantwortung für die Schwächsten, darunter die schwer an einer lebensverändernden psychischen Erkrankung leidenden Menschen. Dazu gehört der Schutz vor dem Missbrauch für kommerzielle Interessen. Für eine solche schützende Versorgung sollte deshalb

ernsthaft nach gemeinnützigen Versorgungsmodellen in anderen Ländern und bei den eigenen Erfahrungen mit der Psychiatriereform seit 1975 Ausschau gehalten werden. So gibt es wesentlich befriedigendere Modelle der Kooperation zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, Rehabilitation und Alltagsbetreuung, sei es in Österreich, Dänemark oder England und Italien, auch wenn die Realität dort manchmal halberzig ist. Es gilt einen kooperativen Mittelweg zwischen liberalisierter Kommerzialisierung und bürokratischem Zentralismus zu finden, wofür vielleicht ein einheitliches kooperatives System gemeinnütziger, selbstständig wirtschaftender Gesellschaften auf der Basis eines Gesamtplans der regionalen Versorgung geeignet wäre. □

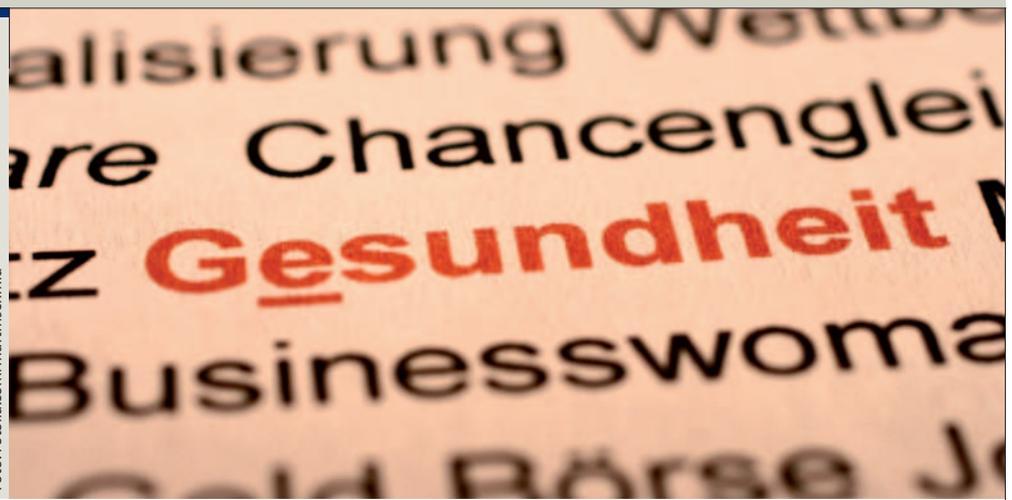
AUTOR

Dr. med. Heyo Prahm, Oldenburg

Nervenarzt, Kinder- und Jugendpsychiater,
Vorsitzender des Oldenburger Vereins zur
Förderung der psychischen Gesundheit

Wettbewerb, Management, Rationalisierung – diese Begriffe hört man immer öfter im Gesundheitssystem. Doch lässt sich aus der Therapie-Offerte einfach eine Marketing-Offerte machen?

Foto: fotolia.com/martinschmid



Ethische Überlegungen zum Gesundheitssystem Sind Patienten Kunden und Arztpraxen Unternehmen?

Viele Fragen um die Zukunft unseres Gesundheitssystems liegen im Ungewissen. Die Politik verweist oft ostentativ darauf, dass die auferlegten „Sparzwänge“ neue unkonventionelle Lösungen erforderten. Angesichts des wirtschaftlichen Drucks auf das Gesundheitssystem wird propagiert, Erkenntnisse der Ökonomiewissenschaften in die ärztliche Tätigkeit zu transferieren. Doch therapeutische und geschäftliche Situation haben völlig unterschiedliche Strukturen.

Angesichts des wirtschaftlichen Drucks wird gefordert, dass Ärzte zu „Therapiemanagern“ werden sollten und endlich lernen, was im Hinblick auf die effiziente Führung des „Unternehmens Arztpraxis“ und des „Unternehmens Krankenhaus“ zu tun sei [Carstensen, 1998]. Eilfertig ist dann vom Arzt als Unternehmer die Rede und vom Patienten als Kunden. Es gelte, die Erkenntnisse der Betriebswirtschaftslehre anzuwenden und ein professionelles Marketing zu betreiben.

Menschenbildliche und anthropologische Prämissen

In der Ankündigung eines Seminars, vorbereitet von einer ärztlichen Standesorganisation zum Thema „Professionelles Praxismanagement“, ist zu lesen: „Will der Arzt ein angemessenes Ergebnis erwirtschaften, muss er auch Führungsinstrumente einsetzen. Dies gilt insbesondere in Zeiten wachsender Konkurrenz, stagnierender Honorarzuwächse und zunehmender gesetzlicher Reglementierungen ...“ [Carstensen, 1998]. Eine solch erschreckende Orientierungslosigkeit seitens der Therapeuten

und Standesvertreter bezüglich der unterschiedlichen Struktur von therapeutischer und geschäftlicher Situation zeigt, dass es vordringlich ist, zunächst die unterschiedlichen anthropologischen Voraussetzungen des therapeutischen Handelns und der Regeln des geschäftlichen Handelns zu klären. Die erforderliche Differenzierung muss offensichtlich von ärztlicher Seite aus geleistet, zum Wohl des Ganzen vertreten und verteidigt werden. Von ökonomischer oder betriebswirtschaftlicher Seite kann hier keine Hilfestellung für eine adäquate therapeutische, das heißt ethisch zu vertretende Differenzierung erwartet werden, denn sie kennt die therapeutische Situation nicht. Den Patienten als Kunden oder die Klinik und Arztpraxis als Unternehmen zu sehen, beinhaltet so schwerwiegende anthropologische Schief lagen, dass sie von Ärzten, Patienten und von der Öffentlichkeit nicht hingenommen werden sollte; denn es gefährdet sowohl das individuelle Patientenwohl wie auch das Gemeinwohl.

Ökonomische Begrifflichkeiten in einen Bereich zu übertragen, in den sie nicht gehören, verdeckt die Komplexität

der therapeutischen Situation. Dies mag Ausdruck von Unkenntnis oder auch von simplifizierendem Wunschenken seitens der politischen Entscheidungsträger sein. Denn diese scheuen sich, die Rahmenbedingungen offenzulegen, die mit einer politisch zu verantwortenden Limitierung der Mittel für den medizinischen Bereich zu tun haben. Natürlich ist dem politischen Entscheidungsträger nicht anzulasten, dass er nur über begrenzte Mittel verfügt. Auch geht es nicht um die Frage, ob wir der Rationierung medizinischer Güter grundsätzlich zustimmen können. Vielmehr ist sozialetisch zu klären, nach welchen normativen Prinzipien die unvermeidbare Rationierung durchgeführt werden soll [Marckmann, 2003].

Im Folgenden soll die Problemlage aus der bislang erstaunlich vernachlässigten Perspektive der therapeutischen Situation entwickelt werden. Anschließend werden die sich daraus ergebenden weitreichenden Konsequenzen im Blick auf die politische Gestaltung der Randbedingungen oder der Makrosituation im Verhältnis zur Mikrosituation in wesentlichen Punkten dargestellt werden. Die Fragen der Allokation hinsichtlich nicht-

medizinischer versus medizinischer Anliegen und derjenigen innerhalb des medizinischen Gesamtbudgets [Wieland, 1995], die sich dabei ebenfalls aufwerfen, werden zunächst zurückgestellt.

Rollenbestimmungen von Patient und Kunde

Die Rollen von Patient und Kunde kontrastieren: Der Patient gerät durch Krankheit in eine Not und befindet sich, wenn er sich in Therapie begibt, in einer Not-Hilfe-Beziehung. Diese Beziehung ist, da ein Drittes, nämlich die Krankheit, die Not hervorruft, nicht frei bestimmbar [Schipperges, 1988]. Insofern dominiert ein Nicht-Können das Können, das heißt die noch verbleibenden Fähigkeiten [Firkorn, 2000]. Medizinisch ist damit begründet von Krankheit zu sprechen. Daraus resultieren notwendige therapeutische Konsequenzen, etwa Entlastung, Privilegien (Schonung) sowie eine eventuell eingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

Die Rolle des Kunden oder Geschäftspartners ist ganz anders festgelegt. Die Beziehung ist eine Geschäftsbeziehung. Sie geht von einem Bedarf und Wunsch aus, der in weiten Grenzen – mag er rational begründet sein oder nicht – frei, das heißt von einem Wollen oder Nicht-Wollen bestimmt ist. Die handelnden Personen verstehen sich als verantwortungsfähig hinsichtlich des Verhandlungsgegenstandes. Natürlich resultieren hieraus Anforderungen für die Befriedigung des Bedarfes und bezüglich eines entsprechenden Ausgleichs, beispielsweise einer Zahlung. Anspruch auf Schonung und Privilegien gibt es nicht, wohl jedoch auf Fairness und Respekt.

Bezüglich der therapeutischen Offerte, die unverzichtbarer Bestandteil der therapeutischen Situation ist, ist zu beachten: Ohne Krankheit kann es keine therapeutische Offerte geben und damit auch keine therapeutische Situation (Tab. 1). Die therapeutische Offerte dient der Minderung der Not. Gesundheit und Krankheit können keinen Warencharakter annehmen. Die Marketing-Offerte dient der Befriedigung eines Bedarfs, der nicht aus Krankheit hervorgeht. In der therapeutischen Offerte ist es obligatorisch, dass der Therapeut die Zweckmäßigkeit der Mittel und Interventionen fürsorglich überprüft [Kick und Diehl,

1998]. Dies geht soweit, dass der Therapeut dem Patienten beizustehen hat, auch wenn dies seinen wirtschaftlichen Interessen entgegensteht. Demgegenüber ist die Marketing-Offerte eine potenzielle Verhandlungssituation: Hier werden vorrangig eigene Interessen durchgesetzt. In der therapeutischen Offerte ist von vornherein die Aufklärungs-, Sorgfalts- und Verschwiegenheitspflicht führend und implizit, ferner Offenheit und Ehrlichkeit, auch seitens des Patienten. Demgegenüber gilt in der Marketing-Offerte, sofern dem Rechtsvorschriften nicht entgegenstehen, eine partielle Verdeckung als taktisch akzeptierte Modalität. Darauf beruht die jeder Verhandlung wesensmäßig zugrunde liegende Verfahrensweise, schrittweise Zugeständnisse zu machen, ohne die Grenze des Verhandlungsspielraumes von vornherein zu bezeichnen. Für die Therapie ist es von grundlegender Bedeutung, dass die Rahmenbedingungen, wozu der Beginn und das Ende der Situation gehören, nicht frei bestimmbar sind, sondern durch die Krankheit diktiert werden. Dabei dürfen die Rahmenbedingungen nicht zum Verhandlungsgegenstand werden, auch nicht die Fragen der Bezahlung oder die Höhe des Honorars für eine bestimmte therapeutische Leistung [Glaeske, 1998]. In der Marketing-Offerte dagegen sind die Grenzen der Situation weitgehend frei bestimmbar und auch veränderbar. Bestimmte taktische Manöver sind weitgehend akzeptiert, so wird beispielsweise ein Mangel künstlich konstruiert, Güter werden zurückgehalten oder es wird gedroht, die Verhandlung abubrechen. Dagegen bleibt eine bestehende therapeutische Situation und in ihr die therapeutische Offerte sinnbestimmt auch bei Misserfolg oder Nachteil (für den Therapeuten) aufrechterhalten. In der Marketing-Offerte ist das nicht zu fordern. Vielmehr wird bei Misserfolg oder Missfallen, bei Nichteinhalten expliziter oder impliziter Voraussetzungen die Offerte zurückgenommen, was man als zweckbestimmten Abbruch bezeichnen kann.

Der Therapeut richtet seine Interventionen auf eine dosierte Fürsorge aus, welche die Einbeziehung intakter autonomer Anteile des Patienten natürlich berücksichtigt. Wesentlich ist die Beachtung der unter Umständen nicht voll

umfänglich ausübbarer Souveränität des Patienten, die ihn als Partner eines Geschäftsprozesses ausschließt, nicht jedoch als Verhandlungspartner unter dem Aspekt der Fürsorge (seitens des Arztes) im Krankheitsgeschehen. Zu beachten ist, dass ein expliziter Wunsch des Patienten zwar in das Verhandlungsgeschehen der Behandlung einzubeziehen ist, jedoch nicht gleichzustellen ist mit einer tatsächlichen Notwendigkeit. Setzt der Therapeut zur Verfügung stehende Mittel im Bedarfsfall nicht ein, sind damit ethische Fragen der Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der therapeutischen Mikrosituation angesprochen. Sie sind dem Arzt nicht abzunehmen, müssen ihm überlassen bleiben. Sie sind im individuellen Falle nicht immer einklagbar, unterliegen jedoch stets dem Barmherzigkeitsgebot. Die Ethik der Mikrosituation besteht darin, die zur Verfügung gestellten Instrumente oder Verfahrensweisen, wo sie indiziert sind, notlindernd einzusetzen oder gleichfalls notlindernd und damit ethisch begründet darauf zu verzichten.

Sinn des ärztlichen Handelns innerhalb der therapeutischen Situation ist es, die Erkrankung eines jeden Patienten mit den vorhandenen (immer begrenzten) Mitteln optimal zu behandeln und dabei den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu berücksichtigen [Taupitz, 2005]. Zweck der Marketingsituation ist Wertschöpfung und Gewinnerzielung (für beide Parteien), was nicht ausschließt, dass die Ausgangslage vor Wertschöpfung durchaus als Not empfunden wird. Natürlich sind beide Situationen durch gesetzliche Rahmenbedingungen mitbestimmt, allerdings in völlig unterschiedlicher Weise. Bezüglich der Verkaufssituation bezieht sich der gesetzliche Regelungsbedarf beispielsweise auf das Thema Vertragsabschluss, Gewährleistung, Käuferschutz und anderes. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der therapeutischen Situation sind dagegen wesentlich vielschichtiger. Hier ist zum einen die komplexe Sicherung der therapeutischen Situation selbst zu gewährleisten (Aufklärungs-, Sorgfalts- und Verschwiegenheitspflicht des Therapeuten und ähnliches [Schipperges, 1988]). Zum anderen geht es um die Klärung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, wozu auch die Honorierung des Therapeuten gehört. Ein

Tabelle 1

Unterschiede zwischen therapeutischer Offerte und Marketing-Offerte		
Situative Konstellation	Marketing-Offerte	Therapeutische Offerte
Anthropologische Grundkonstellation	Partner-Partner-Geschäft	Therapeut-Patient-Krankheit
Zielwert	Befriedigung eines Bedarfs Gewinn für beide Partner	Minderung der Not Individuelles Optimum unter Verwendung der vorhandenen (begrenzten) Mittel
Interessenlage	Durchsetzen eigener Interessen gehört zur Geschäftsgrundlage: Wertschöpfung	Fürsorgliche Überprüfung der Zweckmäßigkeit der Mittel und Intervention. Der Therapeut hat dem Patienten beizustehen, auch wenn dies seinen wirtschaftlichen Interessen entgegensteht.
Verfahren – Verfahrensverpflichtung: Ethik der Akteure	Gestufte Aufdeckung bzw. Verdeckung als akzeptierte Modalität der Verfahrensweise	Aufklärungsverpflichtung, Sorgfaltspflicht, Verschwiegenheit, Offenheit, Ehrlichkeit (auch seitens des Patienten)
Rahmenbedingungen (Bestimmbarkeit der Grenzen: Beginn-Ende u.ä.)	Rahmenbedingungen (Grenzen) sind weitgehend veränderbar, bestimmbar (Konstruktion von künstlichem Mangel, Abbruch der Verhandlung)	Rahmenbedingungen (Grenzen) der Situation sind nicht frei bestimmbar. Sie dürfen in der akuten Situation nicht zum Verhandlungsgegenstand werden.
Anthropologischer Begründung (Sinn-Zweck)	Bei Misserfolg (Nichterreichen des Zielwertes, s.o.) wird die situative Offerte abgebrochen (zweckbestimmt)	Auch bei Misserfolg (Nichterreichen des Zielwertes, s.o.) wird die situative Offerte (sinnbestimmt) aufrechterhalten
Rechtliche und organisatorische Regulierung der Rahmenbedingung	Rechtliche Gestaltung unter Berücksichtigung wirtschaftsethischer Gesichtspunkte (z.B. Gesetze zum Thema Käuferschutz)	Rahmenbedingungen sind zu gestalten durch demokratische Institutionen / legitimierte Gremien unter Berücksichtigung sozialetischer Kriterien

weiterer zentraler Unterschied: In der therapeutischen Situation werden nicht Güter verkauft, sondern vielmehr verteilt. Diese Güter werden von der Allgemeinheit nach Maßgabe legitimer Gremien unter Berücksichtigung der Kriterien normativer und evaluativer Ethik zur Verfügung gestellt. Dies gilt auch, wenn dafür vom Patienten etwas bezahlt wird, da die „Preise“ der Therapie wesentlich von den Randbedingungen abhängen, für welche die Allgemeinheit mit einzustehen hat und die sie mitfinanziert.

Therapie versus Marketing

Aus anthropologischer Sicht sind im therapeutischen Prozessablauf (Tab. 2) und im Verkaufsprozess der Marketing-situation drei Stadien zu unterscheiden. **Stufe 1:** In der Stufe der Betroffenheit und Nähe, die den Beginn der Situation kennzeichnet, dominiert in der therapeutischen Situation die krankheitsbedingte Not, auf die die therapeutische Situation im Sinne der therapeutischen Offerte ein Beziehungsangebot der Fürsorge, des Schutzes und des Dienstes darstellt. Die Stufe 1 in der Marketingsituation dagegen besteht in dem Bewusstsein eines Bedarfs. Der

daraus hervorgehende Wunsch führt zur Suche nach einer Bedarfsdeckung und nach einem entsprechenden Angebot. Das sich als autonom definierende Subjekt strebt damit (für eine Gegenleistung) an, ein Objekt zu erwerben oder eine Dienstleistung in Anspruch zu nehmen, um diesen Bedarf zu decken.

Stufe 2: In der Stufe der Auseinandersetzung und Distanz werden in der therapeutischen Situation die Notlage objektiviert und nach professionellen Kriterien eingeschätzt, die Möglichkeiten und Risiken offengelegt, und schließlich ein Interventionsangebot vorgelegt, das die Not mindern soll. Wichtig ist, dass die Frage, welchen Nutzen der Therapeut davon hat, völlig außen vor bleibt, jedenfalls bleiben soll, da die Honorarfrage und ähnliches vorgängiges Verhandlungsergebnis der Randbedingungen und nicht Resultat einer Verhandlungssituation in aktueller Not darstellt. In der Marketing-situation kommt es dagegen gar nicht obligatorisch zu einer Objektivierung des Bedarfs, vielmehr zu einer Verdeutlichung der jeweiligen Interessenlage.

Prinzipiell, wenn auch selten konkret, konstellierte sich eine symmetrische

Positionierung der Partner. Im Verhandlungsgeschehen Informationen partiell zurückzuhalten, ist durchaus gängig, sofern nicht gesetzliche Vorschriften dem ausdrücklich widersprechen. Anstelle einer therapeutischen Intervention kommt es zu einer Interaktion, einem Tauschprozess, mit dem Ziel einer Wertschöpfung, eines Gewinns, für beide Partner. Für das Objekt oder die Dienstleistung wird der vereinbarte Preis bezahlt, wobei dieser als ein Ergebnis der Verhandlungssituation durch den aktuellen Bedarfsdruck oder gegebenenfalls Verzichtsmöglichkeit seitens der Verhandlungspartner mitbestimmt wird.

Stufe 3: In dieser Stufe des therapeutischen Prozessablaufes wird eine integrative Lösung angestrebt, wobei subjektive Leidensanteile ebenso wie objektive Notwendigkeit, das heißt ganzheitliche personale Gesichtspunkte, berücksichtigt werden. Das kann in eine Situation personaler Symmetrie und eine Begegnung der Partner münden. Die Marketingsituation hingegen ist durch den getätigten Geschäftsabschluss als einer Ablösung im Sinne einer gegenseitigen Entpflichtung gekennzeichnet, die im Kontrast steht zu

der potenziell möglichen Begegnung im Prozessablauf der Stufe 3 der therapeutischen Situation.

Mikro- und Makroebene in der Therapie und Marketingsituation

Anfang und Ende der therapeutischen Situation sind nicht frei bestimmbar. Diese wird bedingt durch das Bestehen und den Verlauf einer Krankheit. Vom Beginn der therapeutischen Situation an untersteht diese einem besonderen Schutz, der ethisch definiert und zusätzlich rechtlich abgesichert ist. Der anthropologische Kern des Schutzes der therapeutischen Situation besteht in der Unverletzlichkeit der Grenzen. Eine der Konsequenzen ist die, dass Rahmenbedingungen, zu denen Allokationsfragen, Ressourcenzuteilung und auch die Bezahlung des Therapeuten für seine Dienste zählen, nicht Verhandlungsgegenstand der therapeutischen Situation sind. Diese sind außerhalb der therapeutischen Situation zu klären, wobei die Grenzen der therapeutischen Situation gewahrt bleiben müssen. Verhandlungsgegenstand der therapeutischen Situation selbst ist einzig und allein, wie der krankheitsbedingten Not unter Berücksichtigung jeweiliger individueller oder personaler Gegebenheiten und unter Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen abzuwehren sei. Auf der Unverletzlichkeit der Grenzen beruht die besondere Vertrauensatmosphäre. Sie begründet auch das Wagnis der Asymmetrie seitens des Patienten, woraus sich wiederum die besondere ethische Verantwortung des professionellen Akteurs, des Therapeuten, ergibt. Ist man in der therapeutischen Situation an ein ausgehandeltes Zwischenziel gelangt, das sinnhaft eine Hilfe zur Linderung der Not, nicht in jedem Falle zur Beseitigung der Krankheit impliziert, ist jeweils eine wesentliche Zäsur und ein mögliches Ende der Therapie erreicht. Wenn außerhalb der therapeutischen Situation bestimmte therapeutische Instrumente und Vorgehensweisen (z.B. Leitlinien) für bestimmte Indikationen (z.B. aus Gründen der Ressourcenbegrenztheit) definiert und zwingend vorgeschrieben werden, sind sie Bestandteil der Ethik der Randbedingungen, also sozial-ethischer Kriteologie unterworfen, und nicht als Be-

standteil der Ethik der therapeutischen Mikrosituation zu regulieren. Außerhalb der therapeutischen Situation kann sich der Therapeut wie auch der Patient als politischer Mensch sozial-ethisch engagieren und sich für einen als angemessen gehaltenen oder größeren Anteil der Gesamtressourcen für den Gesundheitsbereich einsetzen. Stehen nämlich bestimmte Mittel für therapeutische Maßnahmen in der Mikrosituation gar nicht zur Verfügung, so ist nicht ein Appell an die Ethik des Therapeuten, sondern ein Appell zur Änderung der Makrosituation und der politischen und sozialetischen Rahmenbedingungen richtig.

Eine positive Gestaltung der therapeutischen (Mikro-)Situation hängt wesentlich davon ab, ob seitens des Therapeuten Verteilungsgerechtigkeit und Barmherzigkeit tatsächlich ausgeübt wird und ausgeübt werden kann. Zu bedenken ist, dass die Gesellschaft auf einen besonderen, unabhängigen und insofern geschützten Status des Therapeuten und der therapeutischen Situation nicht verzichten kann, wenn sie ein humanes und qualitativ optimales Therapieverfahren befördern möchte. Auch die bestgemeinten Marketingkonzepte passen nicht zu der Konstellation der therapeutischen Situation. Dieses Geben oder das Verfahren der Verteilung wird sichergestellt durch die Unverletzlichkeit der Grenzen der therapeutischen Situation und kann natürlich auch nur innerhalb solcher definierter und gesicherter Situationsgrenzen verwirklicht werden; sie würde sonst jedes menschliche Maß überziehen oder die Akteure überfordern.

Es bleibt der entscheidende Unterschied, dass ein Anbieter aus der Verkaufsverhandlung für sich einen Vorteil ziehen oder sich aus der Verhandlung zurückziehen, die Situation für beendet erklären kann, wie dies ebenso ein Käufer tun kann, wenn eine Einigung über Wert, Preis und Tausch nicht zustande kommt. Auch ein unter einer Not und einem erheblichen Problem oder Bedrucksdruck stehender Klient bleibt Verhandlungspartner. Ein Marketingpartner und Anbieter für bestimmte Problemlösungsmöglichkeiten bleibt Verkäufer, der an eine wenn auch noch so geringe und bescheidene Wertschöpfung aus dem Verkauf schließlich seine eigene wirtschaftliche Existenz knüpft.

Klinik und Praxis – Therapeutische Institution oder Geschäftsbetrieb?

Die Überlegungen zur therapeutischen Situationsstruktur und zur Charakteristik der therapeutischen Offerte, die Güter verteilt, nicht verkauft, und nicht zuletzt solche Güter verteilt, die durch noch soviel Geld nicht zu haben sind, zeigen, dass eine ärztliche Praxis oder eine Klinik als Institution den Auftrag hat, die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der Therapie zu gewährleisten und sicherzustellen. Bestimmte äußerliche Analogien in den Geschäftsabläufen einer ärztlichen Praxis und einer Klinik einerseits und eines Geschäftsbetriebs oder Unternehmens andererseits dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese völlig anderen Prinzipien unterliegen. Geschäftsbetriebe haben die Aufgabe, Gewinn zu erwirtschaften.

Im therapeutischen Prozessgeschehen sind nicht Einnahmen zu erwirtschaften, sondern immer nur Mittel zu verteilen. Die Struktur der therapeutischen Situation lässt Gewinnerwirtschaftung – und dies wird häufig auch in der Öffentlichkeit, in den Medien und kurioserweise von der Ärzteschaft selbst nicht richtig begriffen – prinzipiell nicht zu, weder in der Praxis noch in der klinischen Institution. Als Komponente einer Gewinnerwirtschaftung könnten in einer gewissen Analogie die Honorareinkünfte des Arztes angesehen werden. Dies hat jedoch mit der Erwirtschaftung von Gewinn, wie es in einem Geschäftsbetrieb der Fall ist, nichts zu tun, da es sich bei den Honoraren um eine leistungsbezogene Sponsorierung handelt, mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen der therapeutischen Situation und ihre Prozessabläufe aufrechtzuerhalten.

Die häufig gesundheitspolitisch ins Spiel gebrachten Rationalisierungsreserven sollten differenziert betrachtet werden. An einer Rationalisierung der Betriebsabläufe ist die Klinik als Institution oder der Praxisinhaber selbst interessiert, da überflüssige Ausgaben von den Einnahmen bezahlt werden müssen. Wichtig ist hier sicherzustellen, dass Rationalisierungsmaßnahmen nicht in der Weise durchgeführt werden, dass die therapeutische Situationsgestaltung und der Therapieprozess unangebracht reduziert oder beeinträchtigt werden. Den von der Politik formulierten Rationalisierungsaufforde-

Tabelle 2

Prozessablauf in der Therapie und in der Marketingsituation

Therapie	Marketing
Stufe 1 – Betroffenheit, Nähe	
Initiale Konstellation: Not	Initiale Konstellation: Bedarf
Therapeutische Offerte als Nothilfe	Angebot als Bedarfsdeckung
Beziehungstypologie: Fürsorge und Schutzbedürftigkeit des Patienten ist bestimmend für Ablauf und Art des Dienstes	Beziehungstypologie: Autonomie und Souveränität der Partner im Blick auf Werk, Objekt, Dienstleistung ist bestimmend
Stufe 2 – Auseinandersetzung, Distanz	
Objektivierung der Befundlage	Darlegung des Interesses und Bedarfs
Professionelle Asymmetrie Arzt-Patient	Symmetrie der Positionen
Offenlegung der Informationen in der ethisch und rechtlich geschützten Situation	Verdeckung von Informationen möglich (unter Beachtung impliziter Fairness-erwartung und der Rechtspflichten)
Interventionsvereinbarung unter Zustimmung des Patienten	Interaktion; Tauschvereinbarung
Ziel: Minderung der Not; Asymmetrie des Gewinns, Therapeut zieht keinen Nutzen als Folge der Aktion	Ziel: Wertschöpfung und Gewinn für beide Partner aus der Aktion selbst als Folge
Stufe 3 – Lösungsfindung, Integration	
Personale Symmetrie als Begegnung und ggf. als personale Ab-Lösung	Personale Symmetrie als Entpflichtung durch den (Geschäfts-)Abschluss
Geldfluss: Honorar ist nicht Ergebnis einer Verhandlungssituation aktueller Not, sondern Ergebnis der Definition der Rahmenbedingungen	Geldfluss: Preis als Ergebnis einer Verhandlung unter aktuellem Bedarfsdruck, u. U. Verzichtsmöglichkeit. Der Bedarfsdruck kommt vollumfänglich ins Spiel

„richtigen“ Gesundheitssystem und den notwendigen Reformen stellt, positionieren will. Es ist zugleich ihr Beitrag dazu, die Rahmenbedingungen der therapeutischen Situation zu gestalten, die Verhandlungsgegenstand zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft sind. Gegenüber der Gesellschaft muss die Ärzteschaft ethisch vor allem dafür eintreten, die Unverletzlichkeit der therapeutischen Situation sicherzustellen, damit sie als therapeutisches Verteilungsgeschehen bezüglich prinzipiell nicht käuflicher Güter außerhalb geschäftlicher Prozesse vollzogen werden kann. Darüber hinaus ist offenzulegen, welche wirtschaftlichen Voraussetzungen nötig sind, um die therapeutische Situation unter freiberuflichen Bedingungen aufrechtzuerhalten und gleichzeitig die Bereitschaft zu signalisieren, auch für andere Organisationsvarianten des Gesundheitssystems zur Verfügung zu stehen. So dürfte der Gesellschaft, der Öffentlichkeit und der Politik am ehesten deutlich werden, dass es in der aktuellen Diskussion nicht um die Durchsetzung von Standesegoismen geht, sondern um die Frage nach der Struktur eines Gesundheitssystems, das Rahmenbedingungen bereitstellt, innerhalb derer ethisches Handeln möglich ist und gerechtfertigtes Vertrauen wachsen kann. □

rungen ist mit Skepsis zu begegnen, da diese häufig nicht etwa Betriebsabläufe zu rationalisieren versuchen, sondern direkt in den therapeutischen Prozess eingreifen. Sie sind damit verkappte Rationierungsmaßnahmen. Zeitliche Budgetierung für eine Therapiemaßnahme oder therapeutische Verfahrensvorschriften (Therapie-richtlinien) sind keine Rationalisierungsmaßnahmen im eigentlichen Sinne. Sie sind vielmehr Rationierungsinstrumente, die von der Politik bestimmt werden, aber dennoch als Randbedingung in die Therapie bestimmend eingreifen. Rationierungsmaßnahmen sind nicht prinzipiell unethisch. Auch geht es nicht um die Frage, ob wir der Rationierung medizinischer Güter grundsätzlich zustimmen können. Infrage steht vielmehr, nach welchen normativen Prinzipien die unvermeidbare Rationierung durchgeführt werden soll [Dietrich, 2001].

Natürlich sind die rechtlichen und sozialpolitischen Grundsatzentscheidungen der Makrosituation nach sozial-

ethischen und wirtschaftsethischen Gesichtspunkten zu überprüfen. Ein gesundheitsökonomische Rationale, die allein der Logik der Kosteneffektivität folgt, genügt zur Begründung der Ressourcenauslokalisation nicht [Schlander, 2003]. Eine Rationierung ist aber immer dann unausweichlich, wenn Güter nur begrenzt zur Verfügung stehen. Dann ist sie auch sozial-ethisch zu rechtfertigen. Limitierung heißt Regulation. Regulative haben dienende Funktion: Sie dienen der Wertverwirklichung, wie sie in den jeweiligen menschenbildlichen Prämissen offenzulegen sind. Die Limitierung oder Rationierung möglichst human zu gestalten, ist zentrales Problem der Randbedingungen. Limitierung in einem sozialpolitischen Zusammenhang wirft immer Fragen nach Sinn und Ziel des Handelns auf.

Aus diesen Überlegungen resultieren auch Fragen an eine sozialpolitisch handelnde und ethische Verantwortung tragende Ärzteschaft, wie sie sich im Rahmen einer Gesellschaft, die Fragen nach dem

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. med. Hermes Andreas Kick

Institut für medizinische Ethik, Grundlagen und Methoden der Psychotherapie und Gesundheitskultur (IEPG)
Laymeystr. 36, 68165 Mannheim
E-Mail: info@institut-iepg.de

Terminhinweis!

Das 10. Mannheimer Ethik-Symposium findet am 10. Oktober 2009 unter dem Motto „**Schuld: Bearbeitung – Bewältigung – Lösung. Transkulturelle und transepocheale Perspektiven in interdisziplinärer Sicht**“ statt. Tagungssekretariat und Information: Sekretariat Prof. Dr. Kick, Tel.: 0621 328863 60; E-Mail: info@institut-iepg.de.

Was ist im Süden anders?

Die Honorarunterschiede der Kollegen in den verschiedenen Bundesländern stellt Klaus Rohrmann, Frankfurt, in seinem Leserbrief grundsätzlich zur Diskussion. Regionale Besonderheiten, gibt es die wirklich?

Sehr geehrter Herr Kollege Zacher,

ich wende mich an Sie, weil Sie den Eindruck erwecken, wirklich unser System zu verstehen. Ich selbst bin Facharzt für Neurologie und Psychiatrie in Frankfurt. Im Moment bewegt uns, wie ich aus meiner begrenzten Perspektive wahrnehmen kann, vor allem die desaströse Lage der Nervenärzte in Bayern und Baden-Württemberg. In Ihrer Zeitschrift kommen vor allem bayrische Nervenärzte zu Wort, die auf die unerträgliche Entwicklung aufmerksam machen, Protestwochen und Aktionswochen initiieren usw. Grund dafür ist die Reduktion des Quartalshonorars im Rahmen der Honorarreform von 60–70 Euro auf 50–60 Euro. Tenor dabei ist, dass die Gewinner der Honorarreform wieder etwas abgeben müssen, damit der Niedergang der süddeutschen Kollegen nicht so dramatisch ausfällt. Wir in Hessen beispielsweise sind Gewinner und können jetzt statt bisher 32 Euro pro Quartal mit 38 Euro pro Quartal rechnen. Wir sollten also auf einen Teil dieser Steigerung verzichten, damit die bayrischen Kollegen wieder mindestens 60 Euro im Quartal haben. Es ist dann oft von Gleichmacherei die Rede, regionale Besonderheiten etc. Ganz offensichtlich habe ich nicht verstanden, was die besondere Problematik in Süddeutschland ist. Ich gehe mit meinem begrenzten Überblick davon aus, dass wir in Frankfurt mindestens gleich hohe Mieten oder Gehälter wie in Bayern oder Baden-Württemberg haben. Klären Sie mich also auf, warum ein bayrischer Kollege mindestens das Doppelte von meinem Honorar benötigt, denn in den letzten Jahren war die hessische Situation ganz offensichtlich nie Anlass für so besorgte Kommentare wie jetzt insbesondere in Ihrer Zeitschrift. Helfen Sie mir mit Ihrem Verständnis und klären Sie mich auf.

Spaß beiseite: Diese gravierenden Honorarunterschiede von KV zu KV sind meines Erachtens der eigentliche Skandal in unserer Versorgungslandschaft und führen zu verzweifelten und zum Teil auch bösartigen Versuchen einzelner Regionen, sich auf Kosten anderer zu bereichern, sich gegenseitig auszuspielen und damit gegenüber der Bevölkerung den schiefen Eindruck zu erwecken, dass jeder gegen jeden kämpft, wiewohl diese Honorarunterschiede eigentlich einem Patienten kaum zu vermitteln sind und die Bevölkerung im Grunde nicht nachvollziehen kann, wie die eigentlichen (Verteilungs-)konflikte innerhalb der Ärzteschaft laufen.

Klaus Rohrmann, Frankfurt

Arzt für Neurologie und Psychiatrie



Neue Broschüren für Angehörige

Kinder psychisch Kranker sind nach wie vor in der Versorgungslandschaft kaum im Fokus, Hilfen für Kinder gibt es lediglich punktuell. Deshalb hat der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BAPK) in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der BKK im Rahmen eines Projekts Informationsmaterialien erstellt: Broschüren für Kinder, Jugendliche und erwachsene Bezugspersonen sowie einen Flyer für Praxen, Kliniken, Beratungsstellen, Dienste und Einrichtungen, der auf die verfügbaren Materialien hinweist. Diese Materialien können gegen Porto (ansonsten kostenfrei) beim BAPK abgerufen werden (E-Mail: bapk@psychiatrie.de).

Autistische Störungen bei Erwachsenen – Diagnostik und Therapie

Vorschnelle Selbstdiagnose Asperger-Syndrom

Ein unbedarfter Kommentar von Freunden oder ein Selbsttest im Internet kann Anlass für manchen Erwachsenen sein, anzunehmen er habe ein Asperger-Syndrom. Für den behandelnden Arzt gilt es, die Symptome richtig zu bewerten und eine eindeutige Diagnose zu stellen.

M. DOSE



Keine Freunde, Desinteresse und mangelndes Einfühlungsvermögen – für manche Erwachsene ein Anlass, bei sich selbst das Asperger-Syndrom zu diagnostizieren.

- 32** Vorschnelle Selbstdiagnose Asperger-Syndrom
- 37** Interview mit Prof. Dr. I.-G. Angheliescu: Diagnose schizoaffective Psychose muss kritischer gestellt werden

- 39** **AGATE:** Seltene unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- 42** **CME Stationäre Angebote bei Essstörungen**
Multimodale Strategien für eine erfolgreiche Therapie

- 47** **CME Fragenbogen**
- 49** **Neurologische Kasuistik**
Zunehmende Sprech- und Schluckstörung
Wie sicher ist die Diagnose?
- 56** **Für Sie gelesen**

Der frühkindliche (Kanner-)Autismus beeinträchtigt als tiefgreifende Entwicklungsstörung definitionsgemäß vor dem dritten Lebensjahr qualitativ die soziale Interaktion und Kommunikation eines Kindes und manifestiert sich in eingeschränktem, repetitivem Verhalten. Derart auffällige Kinder werden daher in der Regel bereits vor Erreichen des Schulalters bei Beratungsstellen oder Kinder- und Jugendpsychiatern vorstellig. Ausnahmen sind allenfalls Menschen mit schwersten Intelligenzminderungen, deren niedriges Funktionsniveau wenig spezifisch autistisches Verhalten erkennen lässt. Bei ihnen können (z. B. aufgrund aufmerksamer Verhaltensbeobachtung durch Bezugspersonen) autismspezifische Symptome auch nach dem dritten Lebensjahr entdeckt werden und zur Vorstellung und Diagnostik im Erwachsenenalter führen. Bestehen Einschränkungen in weniger als den für die Diagnose eines frühkindlichen Autismus geforderten Bereichen (soziale Interaktion, Kommunikation, stereotypes oder repetitives Verhalten) oder trat die Störung erst nach dem dritten Lebensjahr auf, kann die Diagnose eines atypischen Autismus (synonym: atypische kindliche Psychose; Intelligenzminderung mit autistischen Zügen) gestellt werden. Häufigster Anlass für eine Vorstellung von Erwachsenen zur Autismus-Diagnostik ist aber ein von den Betroffenen selbst, von Bezugspersonen oder konsultierten Therapeuten geäußerter Verdacht auf das Vorliegen eines Asperger-Syndroms oder die nach Durchführung entsprechender

Tests im Internet als gesichert angenommene Selbstdiagnose „Asperger“. Denn: Asperger ist in! Eine Internet-Suche zum Asperger-Syndrom führt zu 765.000 Einträgen. Im „Aspergia Shop“ werden „ASPIE-Produkte“ (Schlüsselbund mit Aufdruck „Born to be Aspie“, Einkaufstaschen mit Aufdruck „Greetings from Planet Aspergia“ und „Arne der Aspiebär“) zum Verkauf angeboten. Psychotherapeutische Praxen bieten Selbsttests und (bei auffälligen, also „Asperger-verdächtigen“ Werten) therapeutische Hilfe an. Eine Klinik in Münster wirbt mit „ambulanter Gruppentherapie unter Anleitung von zwei qualifizierten Psychotherapeutinnen mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie“ beim Asperger-Syndrom. Dieses wird unter anderem mit bedeutsamen Schwierigkeiten, Gefühle auszudrücken, zu verstehen und zu steuern sowie häufigem Missverstehen von indirekten Botschaften, Ironie oder non-verbalen Signalen beschrieben. Auf der Website von „ASPIES e. V.“ wird das Asperger-Syndrom als die „mildere Form des Autismus neben dem Kanner-Autismus“ definiert und (unter anderem nach einem Vorschlag von Tony Attwood) durch den Begriff „ASPIE“ ersetzt. Übersehen wird bei diesen inzwischen auch medial in Form von Talkshow-Auftritten flankierten Darstellungen, dass es sich auch beim Asperger-Syndrom um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung handelt, welche die Mehrzahl der Betroffenen, ihre Familien und ihre soziale Umgebung erheblich in den Möglichkeiten einer selbstständigen Lebensführung beeinträchtigt.

Was ist das Asperger-Syndrom?

Der österreichische Kinderarzt Hans Asperger (1906–1980) beschrieb 1943 in seiner Habilitationsschrift „Die autistischen Psychopathen im Kindesalter“ Fälle von – wie er es nannte – „kleinen Professoren“. Es handelte sich um Kinder, die in ihrem Sozialverhalten auffällig waren, andererseits aber auch durch herausragende Begabungen auffielen. Asperger schrieb: „In dem Bemühen, jene Grundstörung zu finden und begrifflich zu fassen, von der aus die Persönlichkeit dieser Gruppe abartiger Kinder durchorganisiert erscheint, haben wir die Bezeichnung ‚Autistische Psychopathen‘ gewählt. Der Name leitet sich von dem Begriff des Autismus her, jener bei Schizophrenen in extremer Weise ausgeprägten Grundstörung. Der Ausdruck – unseres Erachtens eine der großartigsten sprachlichen und begrifflichen Schöpfungen auf dem Gebiet medizinischer Namensgebung – stammt bekanntlich von Bleuler.“

Bei der Auswahl eines zusammenfassenden Begriffs für die geschilderte Störung wählte Asperger den (damals nicht abwertend konnotierten) Begriff „autistische Psychopathen“ und bezog sich dabei ausdrücklich auf den Schweizer Psychiater Eugen Bleuler, der als ein „Grundsypptom“ der Gruppe der Schizophrenen den „Autismus“ beschrieben hatte. Bleuler hob damit auf das in sich versunkene, selbstzufriedene Desinteresse am Austausch und am Kontakt mit der Umwelt und den Mitmenschen ab, das bei vielen Menschen mit Schizophrenie zu beobachten sei („Loslösung von der Wirklichkeit zusam-

men mit dem relativen oder absoluten Überwiegen des Binnenlebens“).

In der Zusammenfassung seiner Arbeit setzte sich Asperger auch mit differenzialdiagnostisch in Erwägung zu ziehenden Störungen auseinander. Er verwies auf Gemeinsamkeiten der „autistischen Psychopathen“ mit Störungsbildern wie den „schizothymen Persönlichkeiten“ (Kretschmer), den „Desintegrierten“ (Jaensch) und dem „introvertierten Denktypus“ (Jung), gleichzeitig aber auch darauf, dass diese Störungen bei Erwachsenen beschrieben sind und man bei den Kindern noch zu wenig wisse, wie und wohin sie sich entwickeln.

Asperger-Syndrom im ICD-10

Bis zum Erscheinen von ICD-10 (1992) wurde der frühkindliche Autismus nach der 1980 herausgegebenen 9. Revision der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten/ICD-9“ den „Typischen Psychosen des Kindesalters“ zugeordnet. Das Asperger-Syndrom wurde gar nicht benannt. Am ehesten war es mit dem Störungsbild der schizoiden Persönlichkeit beschrieben: „eine Persönlichkeitsstörung mit Neigung, sich von emotionalen, sozialen und anderen Kontakten zurückzuziehen, und mit autistischer Vorliebe für Phantasie und introspektive Zurückhaltung“ (DGPPN, 1980).

In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) heißt es über das Asperger-Syndrom, es sei eine „Störung von unsicherer nosologischer Prägnanz“, gekennzeichnet durch

- qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktionen (wie beim frühkindlichen Autismus),
- stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten (wie beim frühkindlichen Autismus),
- aber (unterschieden vom frühkindlichen Autismus) ohne bedeutsame sprachliche oder kognitive Entwicklungsverzögerung.

Als Ausschlussdiagnosen werden (neben reaktiver Bindungsstörung des Kindesalters) schizotype Störung (F21), Schizophrenia simplex (F20.6), zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F60.5) oder Zwangsstörung (F42) genannt. Daraus folgt, dass das Asperger-Syndrom nach den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 lediglich insofern eine mildere Form

des Autismus ist, als die für den frühkindlichen (Kanner-)Autismus geforderte allgemeine Entwicklungsverzögerung (die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert) fehlt. Demgegenüber sollen jedoch (nach der diagnostischen Leitlinie der ICD-10) die qualitative Beeinträchtigung in den sozialen Interaktionen und die eingeschränkten, sich wiederholenden stereotypen Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten vorhanden sein „wie beim Autismus“ (also nicht in milderer Form). Differenzialdiagnostisch sollen (Ähnlichkeiten hatte Asperger in seiner Originalschrift schon angedeutet) unter anderem schizotype Störungen, Schizophrenia simplex, zwanghafte Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen ausgeschlossen werden.

Vom Asperger-Syndrom zu „ASPIE“

Nach einer von dem Psychologen Tony Attwood autorisierten Schrift (herausgegeben von Diana Leineweber) dienen Diagnosen dem Zweck, „Schwächen, Symptome und Verhaltensweisen mit der Lehrmeinung in Einklang“ zu bringen. Nach Attwood sollte aber das Asperger-Syndrom durch „die Beobachtung von Stärken und Talenten“ identifiziert werden. Dann wäre es „nicht länger ein Syndrom“, weshalb dann auch der Begriff Asperger-Syndrom durch einen neuen Begriff, nämlich „ASPIE“ ersetzt werden müsse. Konsequenterweise folglich von Attwood die in Klassifikationssystemen wie ICD-10 geforderten Kriterien für das Asperger-Syndrom (z. B. „qualitative Beeinträchtigung der ... sozialen Interaktion“) umdefiniert zu einem „qualitativen Vorteil in sozialer Interaktion“, der dadurch entstehen soll, dass

1. Beziehungen zu Altersgenossen von Loyalität und Zuverlässigkeit geprägt sind,
2. Beziehungen frei von sexistischer, altersbezogener und kultureller Voreingenommenheit sind,
3. man sagt was man denkt,
4. persönliche Theorien oder Perspektiven trotz offenkundiger Konflikte verfolgt werden.

Aus dem „Repertoire eingeschränkter, stereotyper, sich wiederholender Interessen und Aktivitäten“ nach ICD-10 werden kognitive Fähigkeiten beschrieben, die durch

1. Details statt Gesamtbild,
2. originelle Problemlösung,
3. außergewöhnliches Gedächtnis,
4. Sammeln und Katalogisieren von Informationen über interessierendes Thema,
5. Beharrlichkeit des Denkens,
6. enzyklopädisches Wissen über ein oder mehrere Themen,
7. den Wunsch, Ordnung und Genauigkeit zu bewahren und
8. Entscheidungen ungeachtet politischer oder finanzieller Faktoren gekennzeichnet sein sollen.

So ansprechend es für Betroffene, ihre Angehörigen und Freunde sein mag, das Asperger-Syndrom statt als psychische Störung nun als qualitativen Vorteil in sozialer Interaktion bewertet zu sehen, ist die tiefgreifende Entwicklungsstörung bei aller Einzigartigkeit der Betroffenen und Wertschätzung für sie keine liebenswerte „Schrulle“, kein „Autismus light“, sondern eine die betroffenen Individuen meist behindernde und ihr soziales Umfeld belastende Störung. Das unterstützenswerte Bemühen, eine Störung anzusehen, sondern auch individuelle Stärken (Ressourcen) im Blick zu haben, sollte nicht dazu führen, dass bei der Diagnostik der Blick dafür verlorengeht, woran die Betroffenen leiden und warum sie psychiatrische, psychologische und sonstige Hilfen benötigen.

Diagnostik bei Erwachsenen

Erhöhte Aufmerksamkeit bei Ärzten, Psychologen und anderen Berufsgruppen, die stetige Zunahme an Fach- und Laien-Wissen über Asperger, mediale und Internet-Präsenz von Selbsthilfe- und Betroffenenengruppen bringen es mit sich, dass immer häufiger Erwachsene mit dem Verdacht auf ein Asperger-Syndrom in psychiatrischen Praxen erscheinen. Zwar wird bei Internet-Selbsttests in der Regel darauf verwiesen, dass es sich um einen Screening-Test und nicht um einen diagnostischen Test handelt. Dennoch werden Aussagen gemacht wie „Ihr Autismus-Spektrum-Quotient ist sehr hoch. Menschen, die an autistischen Störungen leiden, erreichen bei diesem Test mindestens 35 Punkte“. Solche Aussagen führen bei denjenigen, die derartige Tests absolvieren (trotz der

Warnung, ob man wirklich „autistisch“ sei, könne nur eine ärztliche Untersuchung klären) häufig bereits zur Gewissheit, dass ihre psychischen Probleme nur durch ein Asperger-Syndrom zu erklären sind. Tatsächlich lässt sich die Diagnose eines Asperger-Syndroms aber nur bei weniger als einem Drittel der Erwachsenen, die auf Verdacht eine spezialisierte Ambulanz aufsuchen, bestätigen.

Probleme der Differenzialdiagnostik

Neben anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sollen nach ICD-10 vor allem schizotype Störungen (ICD-10 F21), Schizophrenia simplex (F20.6), zwanghafte Persönlichkeitsstörungen (F60.5) und Zwangsstörungen (F42) ausgeschlossen werden. Dieser Ausschluss – und damit eine differenzialdiagnostische Klärung – kann jedoch nur innerhalb einer sorgfältigen Diagnostik erfolgen. Dazu gehören die Erhebung einer ausführlichen Anamnese, die Einholung aller verfügbaren Vorbefunde, Arztberichte, psychologischer Testuntersuchungen, soviel fremdanamnestic Angaben (Eltern, Geschwister, Freunde, Erzieher, Lehrer, Therapeuten etc.) wie möglich und eine gründliche psychiatrische Untersuchung, gegebenenfalls auch eine stationäre Verhaltensbeobachtung.

Fragebögen zur Selbst- und Fremdbeurteilung (durch Bezugspersonen) wie die „Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom/MBAS“ [Kamp-Becker und Remschmidt, 2005], das „Diagnostische Interview für Autismus-Revidiert/ADI-R“ [Bolte et al., 2006] oder der „Autismus-Spektrum Quotient/AQ“ [Baron-Cohen et al., 2001] enthalten keine Fragen, anhand derer sich eine schizotype oder paranoide Symptomatik ausschließen lässt. Sie können von Menschen, die zur schizotypen oder paranoiden Fehlinterpretation sozialer Situationen neigen, durchaus so ausgefüllt werden, dass die Verdachtsdiagnose eines Asperger-Syndroms nahegelegt wird, solange nicht in einem klinischen Interview die Hintergründe dieses Verhaltens geklärt sind. Dabei kann als Vorbereitung eines ausführlichen klinischen Interviews die Paranoide-Depressivitäts-Skala“ [von Zerssen] als weiteres Selbstbeurteilungsinstrument zur Abklärung paranoider Symptome eingesetzt werden.

Schizotype Störung (ICD-10 F21): Ein wesentliches Kriterium dafür, ob eine subjektiv wie objektiv gestörte soziale Kommunikation und Interaktion auf einer (dem Autismus zuzuordnenden) Unfähigkeit beruht, soziale Signale zu verstehen („dechiffrieren“), ist die Abgrenzung von gestörter sozialer Kommunikation und Interaktion infolge von Misstrauen und/oder paranoiden Ideen etwa bei schizotyper Störung. Hier resultiert die gestörte soziale Kommunikation und Interaktion aus der Neigung, selbst neutrale und/oder wohlwollende soziale Signale im Sinne von „Beziehungs- oder paranoiden Ideen“ als meist negativ, herabsetzend auf die eigene Person gemünzt und nicht zufällig zu interpretieren.

Was im Falle des Asperger-Syndroms auf mangelnder Fähigkeit oder mangelndem Interesse beruht, sich in das Empfinden und Verhalten anderer Menschen hineinzudenken („Theory of mind“, Empathie), ist bei schizotypen Störungen (wie auch bei der paranoiden Persönlichkeitsstörung) der Umstand, dass selbst neutrale Reize als feindlich gegen die eigene Person oder zumindest auf sie bezogen erlebt werden. Der schizotyp-paranoide Mensch hat nicht das Problem, soziale Signale nicht interpretieren zu können oder an seiner sozialen Umgebung kein Interesse zu haben – er überinterpretiert sie vielmehr auf der Basis seines Misstrauens und seines paranoiden Denkens.

Schizophrenie (ICD-10 F20) und Schizophrenia simplex (ICD-10 F20.6): Als Differenzialdiagnose zum frühkindlichen Autismus soll laut ICD-10 eine Schizophrenie (F20.) mit ungewöhnlich frühem Beginn, zum Asperger-Syndrom eine Schizophrenia simplex (F20.6) erwogen und geprüft werden. Hier stellt sich die Frage, ob ein im ICD-10 den negativen Symptomen zugeordneter sozialer Rückzug als Symptom einer schizophrenen Störung oder eines Asperger-Syndroms bewertet wird. Im Rahmen einer schizophrenen Störung tritt Rückzugsverhalten als negatives Symptom im Zusammenhang mit anderen, für die Diagnose einer schizophrenen Störung geforderten Symptomen (z. B. Gedankenlautwerden, Verfolgungs- oder Beeinträchtigungswahn, Halluzinationen, Affektstörung etc.) auf. Bei einer autistischen Störung ist die fehlende soziale und emotionale

Tabelle 1

Unspezifische Probleme bei autistischen Störungen nach ICD-10

- Befürchtungen, Phobien
- Schlafstörungen
- Essstörungen
- Wutausbrüche
- Aggressionen
- Selbstverletzungen

Gegenseitigkeit, der Mangel an Empathie oder „Theory of Mind“ Ausdruck der Grundstörung und nicht Begleitsymptom anderer schizophrener Symptome.

Schizophrenia simplex, in der ICD-10 als Differenzialdiagnose des Asperger-Syndroms benannt, steht für ein „seltenes Zustandsbild mit schleichender Progredienz von merkwürdigem Verhalten, der Unmöglichkeit, soziale Anforderungen zu erfüllen und mit Verschlechterung der allgemeinen Leistungsfähigkeit“. Im Unterschied zu anderen Schizophrenieformen (besonders auch zum schizophrenen Residuum) entwickeln sich die Symptome ohne dass jemals eine floride psychotische Episode (mit Positivsymptomen wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen) vorausgegangen wäre. Ein wichtiges Abgrenzungsmerkmal gegenüber autistischem Verhalten bei einem Asperger-Syndrom ist die langsam, schleichend-progredient verlaufende Entwicklung des Rückzugsverhaltens und die daraus resultierende Störung der sozialen Interaktion. Beim Asperger-Syndrom beginnt die qualitative Beeinträchtigung der gegenseitigen sozialen Interaktion bereits im Kindesalter und persistiert (ohne schleichend-progrediente Entwicklung) bis in die Adoleszenz oder das Erwachsenenalter.

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung und Zwangsstörung ICD-10 F60.5 und F42): Ausgeprägte Zwänge (Festhalten an ritualisierten Abläufen) und zwanghaftes Vermeiden unbekannter oder ungewohnter Situationen (Veränderungsängste) gehören zu den bei Menschen mit autistischen Störungen häufig auftretenden Verhaltensstörungen. Im Gegensatz zu Zwangssymptomen bei zwanghafter Persönlichkeits- oder Zwangsstörung sind sie aber nicht Kern

der Störung [Remschmidt und Kamp-Becker, 2007]. Nach den diagnostischen Leitlinien (F42) sollen die auftretenden Zwangsgedanken oder -handlungen quälend sein oder die normalen Aktivitäten stören. Das ist bei Zwangshandlungen autistischer Menschen (zumindest in Bezug auf quälend – außer für die Umgebung) in der Regel nicht der Fall. Auch das Erleben der Zwangsgedanken und -handlungen als sinnlos, als nicht angenehm und nutzlos ist bei den ritualisierten Stereotypen autistischer Menschen selten anzutreffen. Vielmehr scheinen bei Menschen mit autistischen Störungen stereotype Verhaltensweisen und Rituale lustbetont und mit einem Gefühl innerer Befriedigung verbunden zu sein. Demgegenüber stellen Zwangsrituale bei einer Zwangsstörung den wirkungslosen, symbolischen Versuch dar, ein aufsteigendes, inneres Spannungsgedühl abzuwehren. Auch bei Zwangshandlungen, die sich auf Reinlichkeit (Waschzwang), Ordnung oder wiederholtes Kontrollieren (Fenster, Türen, Herdplatte) beziehen, geht es um die Abwehr möglicher Gefahren, während den Ritualen autistischer Menschen in der Regel keine derartige Bedeutung zugesprochen wird. Ihnen geht es um Handlungsabläufe wie das starre Festhalten an Abläufen (Reihenfolge von Waschen, Zähneputzen, Kämmen, Anziehen von Hemd, Rock/Hose, Schuhen etc.) sowie die Beschäftigung mit Daten, Fahrplänen oder motorischen Stereotypen (wie das „Trallern“ genannte Spiel mit Fingern und Händen).

Einzelne Merkmale der anankastischen (zwanghaften) Persönlichkeitsstörung (Perfektionismus, übermäßige Gewissenhaftigkeit, Pedanterie, Rigidität und Eigensinn) können bei Menschen mit

autistischen Störungen vorhanden sein. Es fehlen aber meist die für die Diagnose einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung richtungsweisenden weiteren Merkmale wie Unentschlossenheit, Zweifel und übermäßige Vorsicht als Ausdruck tiefer persönlicher Unsicherheit, das Aufdrängen beharrlicher und unerwünschter Gedanken oder Impulse, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen. Umgekehrt können zwanghafte Persönlichkeiten zwar aufgrund ihrer Gewissen- und Skrupelhaftigkeit zwischenmenschliche Kontakte vernachlässigen oder in ihrer Fähigkeit zum Ausdruck herzlicher Gefühle beeinträchtigt sein. Es fehlt aber die für die Diagnose einer autistischen Störung geforderte qualitative Störung der sozialen Interaktion und Kommunikation. Soziale Kontaktstörungen und mangelnde Fähigkeit zum Ausdruck herzlicher Gefühle sind bei Menschen mit Zwangssymptomen eine Folge dieser Symptome, nicht das Symptom selbst.

Therapeutische Möglichkeiten bei autistischen Störungen Erwachsener

Die Behandlung autistischer Störungen erfordert einen von Akzeptanz und Wertschätzung getragenen, mehrdimensionalen und pragmatischen Therapieansatz, bei dem alle beteiligten Berufsgruppen, Angehörige und Betreuer vertrauensvoll zusammenarbeiten sollten. Derzeit liegen weder für die psychotherapeutische noch für die medikamentöse Behandlung ausreichend evidenzbasierte Erkenntnisse für einzelne Therapieformen oder Medikamente vor. Die Behandlungsplanung muss sich daher an den individuellen Ressourcen der Betroffenen und den in ihrer Lebenssituation vorhandenen Möglichkeiten orientieren. Mit den gegebenen Möglichkeiten erreichbare Ziele und die dafür erforderlichen Therapieschritte sollten gemeinsam er- und bearbeitet werden.

Psychotherapie: Erwachsene haben im Laufe ihres Lebens meist schon eigene Bewältigungsstrategien entwickelt, die oft (z. B. im Gespräch den Gesprächspartner immer anschauen; immer lächeln) für unterschiedliche soziale Situationen keine differenzierten Verhaltensoptionen beinhalten. Bei einer psychotherapeutischen Betreuung Erwachsener mit autistischen Störungen müssen daher zunächst mittels

einer Problem- und Verhaltensanalyse behandel- und/oder modifizierbare Zielsymptome identifiziert werden. Pragmatisch bewähren sich problemorientierte Ansätze der Psychotherapie zur Förderung sozialer Kompetenz (Einzel-/Gruppentherapie), Erhöhung der Flexibilität im Alltag (Abbau von Zwängen, Ritualen, Stereotypen), Förderung positiver Ressourcen (Überprüfung und Modifizierung selbst entwickelter Bewältigungsstrategien) und das Wecken und Fördern sozialer Interessen (Gruppenaktivitäten, Freizeitgestaltung).

Medikamentöse Behandlung: Eine autistische Störung im Erwachsenenalter ist per se keine Indikation für eine medikamentöse Behandlung. Begleitsymptome autistischer Störungen (Tab. 1) können aber den Einsatz von Psychopharmaka sinnvoll und notwendig machen, wenn nicht-medikamentöse Behandlungsansätze allein keinen zufriedenstellenden Erfolg zeigen. Zur kurzfristigen Krisenintervention eignen sich Benzodiazepine, alternativ (wenn bei häufigerer Anwendung ein Abhängigkeitsrisiko vermieden werden soll) sedierende Neuroleptika (z.B. Dipiperon, Melperon). Bei auto- und fremdaggressivem Verhalten sollte zunächst ein Behandlungsversuch mit Stimmungsstabilisierern (Lithiumsalze, Carbamazepin, Valproat), alternativ (bei Impulskontrollstörungen) einem SSRI unternommen werden. Führen diese Maßnahmen nicht zum Erfolg, können zur psychomotorischen Dämpfung und zum Spannungsabbau antipsychotisch wirksame Medikamente (Neuroleptika) eingesetzt werden. Depressive, Angst- und Zwangssymptome sollten entsprechend den Leitlinien für die jeweilige Symptomatik medikamentös behandelt werden. □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. med. Matthias Dose

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Ärztlicher Direktor des Isar-Amper-Klinikums, Klinik Taufkirchen
 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats
 „Autismus Deutschland“
 Bräuhausstr. 5, 84416 Taufkirchen
 E-Mail: m.dose@iak-kt.de

Informationen, Rat und Hilfe

Beim Bundesverband „Autismus Deutschland“ (www.autismus.de) können Literatur, Veranstaltungshinweise für Autismus-spezifische Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die Adressen von Kompetenzzentren für Diagnostik und Therapie und lokaler Selbsthilfegruppen abgerufen werden.

Zur Schwierigkeit einer exakten Klassifikation

Diagnose schizoaffektive Psychose muss kritischer gestellt werden

Lange Zeit war die schizoaffektive Psychose nicht als eigene Erkrankung anerkannt. Doch auch nach offiziellem Einzug in die Diagnosesysteme bestehen häufig Unsicherheiten bei der genauen Abgrenzung zu verwandten Störungsbildern.

? Seit wann gibt es die Krankheitseinheit „Schizoaffektive Psychose“ und wann wurde sie in das offizielle Krankheitsspektrum der Psychiatrie aufgenommen?

Prof. Dr. med. Ion-George Angheliescu: Mindestens seit Kraepelin gibt es Schwierigkeiten bei der Klassifikation derjenigen Patienten, die sowohl schizophrene als auch affektive Symptome haben, also nach unserem Verständnis als schizoaffektiv anzusehen sind. 1919 schrieb Kraepelin, dass er eine Differenzialdiagnose für überaus schwer zu treffen halte, wenn er sich dieser Mischung aus pathologischen Symptomen gegenüber sehe. Der zuerst von Kasanin 1933 benutzte Ausdruck der akuten schizoaffektiven Psychose beschreibt die Problematik treffend. Kasanin wandte diesen Begriff auf eine Patientengruppe mit folgenden Merkmalen an: plötzlicher Beginn, ausgeprägte emotionale Aufgewühltheit, verzerrte Wahrnehmung der Außenwelt und relativ schnelle Genesung. Diese Patientengruppe, die in der Querschnittserhebung als schizophren zu gelten schien, sich jedoch vollständig wieder erholte, zog in den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts zunehmend Aufmerksamkeit auf sich; seitdem fand der Ausdruck „Schizoaffektive Störung“ Eingang in das offizielle Krankheitsspektrum der Psychiatrie.

? Warum ist eine eigene Diagnoseeinheit „Schizoaffektive Störung“ eigentlich nötig?

Prof. Dr. med. Ion-George Angheliescu: Erst in DSM-III 1980 beziehungsweise im ICD-10 landeten die schizoaffektiven

Erkrankungen nach mehreren Hin- und Herschiebungen zuletzt in einer eigenen Subkategorie innerhalb der Kategorie Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung, diesmal mit ausgedehnter Beschreibung und fünf Subkategorien. In DSM-II und ICD-8 und sogar noch im ICD-9 wurde die schizoaffektive Erkrankung eher ignoriert. Das zeigt, dass schizoaffektive Psychosen einen Bereich darstellen, der noch viel Forschung benötigt. Es wird keinesfalls allgemein als notwendig erachtet, diese Störung als eigenes Krankheitsbild zu definieren. Nach meiner klinischen Erfahrung wird jedoch die Diagnose schizoaffektive Störung eher zu oft als zu selten gestellt, vor allem dann, wenn Unsicherheiten bestehen. Sie sollte meines Erachtens den Patienten vorbehalten bleiben, die tatsächlich innerhalb einer Episode zu gleichen Anteilen schizophrene und affektive Symptome haben. Diese gleichmäßig verteilte Intensität der Symptomatik ist jedoch interindividuell in Abhängigkeit vom jeweiligen Untersucher sehr schwer als solche zu belegen. Deshalb sollte im Alltag versucht werden, sich entweder auf eine schizophrene Störung mit affektivem Anteil oder eine bipolare Störung mit psychotischen Symptomen festzulegen, auch wenn im Laufe der Behandlung Änderungen der Einschätzung durch Hinzunahme der Längsschnittbeobachtung erfolgen müssen.

? Anhand welcher Kriterien lässt sich die schizoaffektive Psychose von der schizophrenen Psychose unterscheiden?

Prof. Dr. med. Ion-George Angheliescu: Patienten, die rein manische und/oder



Foto: Charité

Prof. Dr. med. Ion-George Angheliescu
Klinik und Hochschulambulanz für
Psychiatrie und Psychotherapie
Charité, Campus Benjamin Franklin,
Berlin

depressive Episoden, das heißt ohne psychotische Merkmale im Längsschnittverlauf haben und bei denen diese Symptome nicht in unmittelbarem Anschluss an schizophrene Symptome entstehen, sollten meines Erachtens als schizoaffektiv und nicht mehr als schizophren diagnostiziert werden. Das Kriterium des benigneren episodenhafteren Verlaufs der schizoaffektiven Störung im Vergleich zu schizophrenen Psychosen ist in manchen Fällen nicht gegeben. Handelt es sich jedoch um eine chronifizierte, schleichend progredient verlaufende Symptomatik mit psychotischen und affektiven Merkmalen, könnte eher der Diagnose einer schizophrenen Störung mit affektiven Symptomen der Vorzug gegeben werden.

? Welche Kriterien helfen bei der Unterscheidung der schizoaffektiven

Störung von der affektiven Störung, sei sie uni- oder bipolar, wenn wahnhaft Elemente vorkommen?

Prof. Dr. med. Ion-George Angheliescu:

In diesem Fall würde ich aus praktischen Erwägungen die Diagnosekriterien der amerikanischen Kollegen, DSM-IV TR, verwenden, die nur dann von einer schizoaffektiven Störung sprechen, wenn es im Verlaufe der Erkrankung eine mindestens vierwöchige Episode mit rein psychotischen Merkmalen ohne im Vordergrund stehenden affektiven Symptomen gegeben hat. Das bedeutet praktisch, dass Patienten, solange ihre wahnhaften Elemente ausschließlich innerhalb affektiver Episoden auftreten und diese wahnhaften Symptome vom Affekt getragen werden, meiner Meinung nach als bipolar mit psychotischen Merkmalen klassifiziert werden sollten.

• Gibt es Medikamente oder Medikamentenkombinationen, die sich bei der akuten Form der schizoaffektiven Psychose besonders bewährt haben?

Prof. Dr. med. Ion-George Angheliescu:

Olanzapin und Risperidon sind bei manischer, depressiver oder gemischter Symptomatik im Rahmen akuter schizoaffektiver Psychosen wirksam. Auch Ziprasidon und Aripiprazol waren Placebo bei dieser Indikation überlegen. Offene Studien legen außerdem die Wirksamkeit von Clozapin und Quetiapin bei Patienten mit schizoaffektiver Psychose, insbesondere bei manischer Symptomatik und den Kombinationen mit Stimmungsstabilisierern wie Lamotrigin oder Lithium nahe. Bei Patienten mit akuter schizomanischer Symptomatik sind Lithium und konventionelle Antipsychotika vergleichbar wirksam. Bei stark erregten Patienten hat die Kombination von Lithium als Basistherapie mit Antipsychotika in der Akutphase eine bessere Wirksamkeit als eine Monotherapie. Bei schizodepressiver Symptomatik im Rahmen schizoaffektiver Störungen kann die Kombination eines Antipsychotikums mit einem Antidepressivum empfohlen werden. Allerdings ist die Datenbasis, die für diese Kombinationstherapie spricht, sehr schmal. Es muss dem Behandler auch klar sein, dass keines der

gegenwärtig erhältlichen Psychopharmaka eine offizielle Zulassung zur Pharmakotherapie schizoaffektiver Störungen hat.

• Bei der bipolaren Depression haben sich in den letzten Jahren immer mehr Hinweise darauf ergeben, dass die klassischen Antidepressiva, vor allem allein gegeben, wenig oder keinen Nutzen bringen, sogar Schaden verursachen können. Gibt es ähnliche Hinweise für eine fehlende Wirkung von gängigen Antipsychotika, Phasenprophylaktika oder Antidepressiva bei schizoaffektiven Störungen?

Prof. Dr. med. Ion-George Angheliescu:

Meines Wissens gibt es solche Untersuchungen nicht, allerdings gilt auch hier zu bedenken, dass Patienten mit bipolaren und schizoaffektiven Störungen noch häufiger von kardiovaskulären Risiken betroffen sein können als Patienten mit Schizophrenie, sodass vor allem in der Langzeitbehandlung darauf Rücksicht genommen werden sollte.

• Allein schon die Diagnose Schizoaffektive Psychose beinhaltet die therapeutische Gefahr einer automatisierten Polypragmasie der Schub- oder Phasenprophylaxe wegen und aufgrund der janusköpfigen Symptomatik mit Schizoelementen und affektiven Symptomen. Welche Medikamente sind nach neuesten Erkenntnissen erste Wahl in Mono- oder Kombinationstherapie bei schizoaffektiven Störungen?

Prof. Dr. med. Ion-George Angheliescu:

Es sind leider nur sehr wenige kontrollierte Studien mit kleinen Fallzahlen zur Phasenprophylaxe veröffentlicht. Bisher gibt es kaum eine Absicherung der häufig geübten Praxis, prophylaktisch eine Kombination von Antidepressiva mit Antipsychotika zu geben. Lithium hat bei der schizoaffektiven Störung wahrscheinlich eine geringere Wirksamkeit als bei bipolaren Störungen, vor allem bei rein schizodepressiven Verläufen und bei im Vordergrund stehender psychotischer Symptomatik. Carbamazepin hat wahrscheinlich einen Vorteil bei rein schizodepressiven Verläufen und bei im Vordergrund stehender psychotischer Symptomatik. Bislang liegen keine ausreichenden Erfah-

rungen mit Valproinsäure bei schizoaffektiven Störungen vor.

• Verglichen mit der Erforschung der bipolaren Störung ist es um die schizoaffektiven Störungen in den letzten Jahren recht ruhig geworden. Woran liegt das?

Prof. Dr. med. Ion-George Angheliescu:

Möglicherweise an den diagnostischen Unschärfen und Unsicherheiten, die ich bereits erwähnte. Daher bin ich fest davon überzeugt, dass die Definition und Klassifikation der schizoaffektiven Störungen weiterhin im Fluss ist und dementsprechend Berücksichtigung bei neuen Klassifikationssystemen finden wird. Vielleicht wird das die Praktikabilität und Dynamik von Forschungsbemühungen erhöhen.

Herr Prof. Angheliescu, wir danken Ihnen für das aufschlussreiche Gespräch.

Das Interview führte PD Dr. Albert Zacher, Schriftleitung NEUROTRANSMITTER.

Seltene unerwünschte Arzneimittelwirkungen

Dunkle Materie der Pharmakovigilanz

Indizien in der physikalischen Kosmologie legen die Existenz der dunklen Materie nahe. Ohne die dunkle Materie, die so wenig Energie aussendet, dass sie nicht direkt beobachtet werden kann, würde unser Universum vielleicht gar nicht existieren, eine beruhigende Erkenntnis also, dass es sie gibt. Unter zugegeben sehr freier Assoziation kann man durchaus Parallelen zur Pharmakologie erkennen, jedoch weniger beruhigende.

M. WITTMANN, E. HAEN



Seltene unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), vor allem noch unbekannt, sind für den einzelnen Arzt nur schwer als UAW zu erkennen. Dies demonstriert die zufällige Entdeckung des Missbildungsrisikos von Thalidomid: Der australische Frauenarzt McBride stellte bei seinen Patientinnen ungewöhnlich viele missgebildete Neugeborene fest. Es waren in diesem Fall schwerwiegende, auffallend häufige Befunde; somit konnte sie ein einzelner Arzt als UAW mit einem Medikament in Verbindung bringen. McBrides Publikation in „The Lancet“ schlug wie eine Bombe ein. Thalidomid wurde sofort vom Markt genommen. Aber was wäre gewesen, wäre die Häufigkeit und Schwere der UAW geringer gewesen? Wäre sie dann auch aufgefallen? Oder erst viel später? Immerhin hatte zeitgleich die FDA aufgrund von Zweifeln an der Wirksamkeit von Thalidomid weitere Arzneimitteltests verlangt, sodass sich die Markteinführung in den USA hinzog und die USA vom Thalidomid-Skandal verschont blieben. Die Diskussion um den Skandal führte unter anderem dazu, dass sich Deutschland seit 1968 am UAW-Erfassungsprogramm der WHO beteiligt. Man hatte erkannt, dass durch Spontanerfassungssysteme auch sehr seltene UAW bei entsprechend großem Patientenkollektiv ein ausreichend starkes Signal liefern können, um als substanzbezogene UAW erkannt zu werden. Die Spontanerfassung von UAW ist seit 1978 als Aufgabe der Arzneimittelkommissionen der Heilberufskammern in der ärztlichen Berufsordnung. An dieser Stelle lohnt sich ein Blick in das 1898 erschie-

nene Buch „Die Nebenwirkungen der Arzneimittel“ von Louis Lewin (1850–1929), dem Begründer der Industrietoxikologie. Er schrieb über die „... Medikamente, die bisweilen schädliche Wirkungen äussern“ Folgendes: „Der ausreichende Schutz gegen die Möglichkeiten von staatlichem Einschreiten bei solchen Unglücksfällen scheint mir die vollkommenste und weiteste Veröffentlichung derselben zu sein.“ Beachtenswert ist nicht nur, dass Lewin einen schonungslosen und offenen Umgang mit UAW forderte. Er sah zudem die Gefahr der Intervention von Seiten des Staates, unter Umständen also wachsende Kontrolle und damit verbundene schwindende Therapiefreiheit. Ohne auf die gesundheits- und gesellschaftspolitische Aktualität dieser Zeilen einzugehen, ist die Meldequote der deutschen Ärzte im Vergleich zu anderen Ländern gering. Von „schonungsloser“ Veröffentlichung kann nicht gesprochen werden. So bemerkte auch Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) 2008: „Das Bewusstsein für Pharmakovigilanz ist bei Ärzten bislang nur rudimentär angelegt.“

„Pharmakosomnolenz“ in Deutschland?

Was die Meldequote von UAW betrifft, scheint das tatsächlich so zu sein: In den Jahren 2002 bis 2006 meldete Neuseeland pro Million Einwohner fast 800 Nebenwirkungen an die WHO und war damit internationaler Spitzenreiter. Von einem Süd-Nord-Gefälle kann nicht gesprochen werden, denn auch die Nieder-

lande meldeten im gleichen Zeitraum knapp über 600 UAW. Die Quote von Deutschland lag dagegen nur bei knapp 150 gemeldeten Fällen, selbst in Kuba lag die Quote deutlich höher. In wenigen Ländern wie Spanien, Island und Kroatien war sie noch geringer als hierzulande, was die hiesige Quote aber weder erklärt noch entschuldigt. An dieser Stelle von „Pharmakosomnolenz“ zu sprechen wäre jedoch zynisch, denn es kann eine Vielzahl von Gründen geben, die die geringe deutsche Meldequote erklären können wie etwa mangelnde Sensibilisierung für die Bedeutung von Pharmakovigilanzsystemen schon während der medizinischen Ausbildung oder ein bürokratisch überbordender Arbeitsalltag. In den Medien allerdings häufen sich populärwissenschaftliche Beiträge zu den möglichen Risiken einer Pharmakotherapie, es findet also eine zunehmende Sensibilisierung statt. Diesbezüglich ist es nicht verwunderlich, dass nur ein Bruchteil der UAW in Deutschland von Ärzten gemeldet wird (circa 10%).

Zulassungen für die Minderheit!

Gerade bei der Arzneimitteltherapie von Schwangeren und bei Kindern herrscht aufgrund lückenhafter Daten zur Arzneimittelsicherheit große Verunsicherung. Zu kranke oder zu alte Patienten, Schwangere und Kinder finden in den Zulassungsstudien meist keine Berücksichtigung. Diese sind daher nicht für die Mehrheit der Bevölkerung konzipiert, sondern für eine im Studienprotokoll definierte Population, die eher einer Minderheit mit einem geringeren Gefahren-

potenzial für schwere UAW entspricht. Natürlich werden auch nach Markteinführung Phase-IV-Studien überwiegend in Form von so genannten Anwendungsbeobachtungen durchgeführt, deren wissenschaftlicher Erkenntniswert und Nutzen für die Arzneimittelsicherheit jedoch fraglich ist. Dennoch werden in Deutschland jährlich rund 930 Millionen EUR für diese Studien ausgegeben. Den Hauptanteil daran tragen die Krankenkassen und damit die Beitragszahler!

Verzögerte Erkenntnisse

Das spätestens im Jahre 2005 bekannt gewordene erhöhte Risiko cerebrovaskulärer Ereignisse von Alzheimerpatienten unter Therapie mit Olanzapin und Risperidon wurde mittlerweile – vier Jahre und viele Studien später – auf prinzipiell alle Antipsychotika ausgedehnt. Würden Zulassungsstudien unter natürlicheren Bedingungen durchgeführt oder bestehende Pharmakovigilanzsysteme effizienter genutzt, wäre ein früheres Erkennen solcher substanzspezifischer UAW denkbar. In den Medien gab es in diesem Zusammenhang den üblichen Aufschrei. In regelmäßigen Abständen werden verschiedene pharmakologische Substanzgruppen, Industrie und Ärzte in den üblichen Angst erregenden TV-Kurzbeiträgen als todbringende Giftpillen, raffgierige Konzerne und willfährig-naive Verordner diffamiert, eine sachlich geführte Debatte fehlt. Denn man sollte nicht vergessen: Die Arzneimittelsicherheit hat sich in den letzten Jahrzehnten zweifelsohne erhöht, Hysterie ist daher unangebracht und erhöht nur die Zweifel und Ängste derer, die auf eine Arzneimitteltherapie angewiesen sind und von dieser unbestritten profitieren. Allerdings unterstreichen die zahlreichen Marktrücknahmen der letzten Jahre, wie beispielsweise die von Rofecoxib, Rimona-bant oder Nefazodon die Bedeutung der Spontanerfassungssysteme.

Welchen Anreiz gibt es für den einzelnen Behandler, vor allem schwere beobachtete UAW zu melden? Die in der Berufsordnung verankerte Pflicht reicht offensichtlich nicht aus und bei einer zunehmenden Arbeitsverdichtung ist es äußerst optimistisch, anzunehmen, dass die Meldequote in den nächsten Jahren hierzulande zunehmen wird. Eine Mög-

lichkeit wäre die Etablierung regionaler oder lokaler Pharmakovigilanzzentren. Zum Teil wird dies von verschiedenen Stellen gefordert, aber übersehen, dass es bereits gut etablierte regional/überregional arbeitende Pharmakovigilanzsysteme gibt. Lebenserhaltend wirkt sich auf diese Systeme jedoch nur das (größtenteils ehrenamtliche) Engagement der Mitarbeiter aus und die oft zwar knappe, aber überlebenswichtige Förderung durch die teilnehmenden Kliniken oder übergeordneten Trägerschaften. Von einer finanziellen Förderung aber, wie sie für eine effektive und effiziente Arbeit dieser Zentren vonnöten wäre, ist man, um wieder kosmologisch zu werden, Lichtjahre entfernt.

Der auf die Arzneimittelsicherheit bedachte Arzt kann selbst nicht auf die Daten der großen Pharmakovigilanzsysteme zugreifen, außer er bezahlt dafür. So kann er online über das „Uppsala Monitoring Center“ Informationen aus der UAW-Datenbank der WHO erhalten, wenn er bereit ist, etwa für eine „Case report“-Analyse einer Substanz die geforderten 15.000 schwedischen Kronen, (ca. 1.400 EUR) zu bezahlen. Dass einerseits gefordert wird, UAW zu melden, andererseits aber mangels Transparenz kein Zugang zu den erhobenen Daten besteht, mag die Motivation zu melden, zusätzlich verringern. Auch die EMEA bemerkt lediglich, dass in den nächsten Jahren ein Zugriff auf die UAW-Datenbank für Ärzte oder Patienten geplant ist.

Beispiel Psychiatrie: AMSP und AGATE

In der Psychiatrie findet man gleich zwei Beispiele für gut etablierte und funktionierende Pharmakovigilanzsysteme: das AMSP (Institut für Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie e.V.), in dem sich Kliniken aus der Schweiz, Österreich und Deutschland zusammenschlossen, und die AGATE (Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychischen Erkrankungen), einem Pharmakokompetenzsystem ausschließlich deutscher Kliniken, deren Pharmakovigilanzzweig AMÜP-Bayern als Regionalgruppe Süd von AMSP arbeitet. Beide agieren mit flachen Hierarchien und die Mitglieder treffen sich zu zentralen Fallkonferenzen, in denen die einzelnen UAW-Fälle gemeinsam beurteilt werden. Die AGATE erfüllt zusätzlich Aufgaben in der Fach-

arztweiterbildung und unterhält einen Arzneimittelinformationsdienst. Und es werden Nutzen-Risiko-Bewertungen durchgeführt sowie Stichtagserhebungen bezüglich der Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka. Im Februar 2009 wurde die „Kinder-AGATE“ gegründet, um UAW in der Arzneimitteltherapie von Kindern und Jugendlichen zu erfassen.

Ein Blick nach vorn

Die Spontanerfassung in Deutschland in ihrer jetzigen Form ist ineffektiv: Die Meldequote von UAW liegt laut verschiedener Schätzungen bei 2–5%, in Pharmakovigilanzzentren wird sie entsprechend höher mit circa 20% angegeben. Eine Möglichkeit der Verbesserung wäre das in Großbritannien übliche Prescription-Event-Monitoring. Dort werden nach Zulassung die ersten 10.000 Patienten erfasst, denen eine neue Substanz verordnet wird, und jede UAW dokumentiert. Eine weitere Möglichkeit wäre der Ausbau und die Förderung bestehender Pharmakovigilanzsysteme: Würde nur 1% der jährlich für Anwendungsbeobachtungen ausgegebenen Summe (also circa 9,3 Millionen EUR) für die Förderung bestehender Systeme verwendet, könnte eine deutliche Verbesserung der Spontanerfassung von UAW erreicht werden. Zusätzlich könnte man versuchen, naturalistischere Bedingungen für die Zulassung von Medikamenten zu schaffen. Natürlich ist es nicht vertretbar, Schwangere in Zulassungsstudien einzubeziehen. Aber ein verbessertes Monitoring der Verordnung (ob bewusst oder akzidenziell) neuerer Arzneimittel bei Schwangeren könnte auch in diesem Bereich die Arzneimittelsicherheit verbessern. So bleibt aber weiterhin vieles im Verborgenen und gerade der hohe Anteil von Off-Label-Verordnungen birgt die Gefahr noch unbekannter, potenziell gefährlicher UAW – die dunkle Materie der Pharmakovigilanz. □

AUTOREN

Dr. med. Markus Wittmann

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Ekkehard Haen

AGATE – Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum
E-Mail: markus.wittmann@medbo.de

Stationäre Angebote bei Essstörungen

Multimodale Strategien für eine erfolgreiche Therapie

Essstörungen wie die Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa oder die Binge-Eating-Störung treten vor allem in den westlichen Industrienationen auf. Schwere der Erkrankung und Krankheitsverläufe können stark variieren. Unbehandelt haben die Anorexia und Bulimia Nervosa ein hohes Chronifizierungsrisiko, was eine konsequente und intensive medizinisch-psychotherapeutische Behandlung erfordert. Wegen des hohen Rückfallrisikos muss die Therapie der Essstörungen langfristig geplant werden und neben ambulanten häufig auch stationäre Angebote umfassen.

C. EMMERLING, U. CUNTZ



In Deutschland hat sich in den letzten 30 Jahren eine hohe Qualität in der stationären Behandlung von Essstörungen entwickelt, die im internationalen Vergleich führend ist und vielfach als Vorbild gilt. Der stationären Therapie kommt auch deswegen in Deutschland ein besonders hoher Stellenwert im Rahmen der Therapieplanung zu.

Diagnostik und Epidemiologie

Anorexia Nervosa: Die Lebenszeitprävalenz der Anorexia Nervosa (AN) wird auf 0,53 % geschätzt. Frauen sind zehn- bis zwölfmal häufiger betroffen als Männer. Der Ersterkrankungsgipfel liegt zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr. Die Betroffenen reduzieren ihr Gewicht durch Diät, exzessive Bewegung, Erbrechen oder abführende Substanzen auf ein gesundheitlich bedenkliches Maß. Nach ICD-10-Kriterien muss zur Diagnose der AN das Gewicht bei oder unter einem BMI von 17,5 liegen. Für Kinder und Jugendliche wird als Definitionskriterium das Unterschreiten des 10. Altersperzentils vorgeschlagen. Es besteht eine ausgeprägte Angst, zuzunehmen, häufig verbunden mit einer Körperschemastörung, das heißt die Betroffenen empfinden sich trotz sichtbaren Untergewichts als zu dick. Im Untergewicht kommt es zu verschiedenen endokrinen Störungen, bei Frauen zum Ausbleiben der Menstruation (sekundäre Amenorrhoe).

Bulimia Nervosa: Die Lebenszeitprävalenz der Bulimia Nervosa (BN) liegt etwas über der für die AN. Hinzukommen dürfte eine nicht unbedeutende Dunkelziffer, da die betroffenen dazu tendieren, ihr gestörtes Essverhalten zu verbergen. Auch bei der BN sind Frauen etwa zehnmal häufiger betroffen als Männer, das Ersterkrankungsalter entspricht dem der AN. Es kommt zu Essattacken und dem Verzehr großer Nahrungsmengen in kurzer Zeit über das Sättigungsgefühl hinaus, verbunden mit dem Gefühl des Kontrollverlusts. Häufig werden weiche und süße Nahrungsmittel bevorzugt. Die Betroffenen haben eine ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme, der sie durch Maßnahmen wie Erbrechen, Laxantien- und Diuretikaabusus, Fasten oder Sport entgegenwirken. Das Körpergewicht liegt meist in einem gesunden Bereich oder ist nur leicht reduziert. Nach ICD-10 müssen die Essanfälle mit anschließenden gegensteuernden Maßnahmen mindestens zweimal pro Woche über mindestens drei Monate auftreten.

Binge-Eating-Störung: Im DSM-IV werden zusätzlich die Kriterien der Binge-Eating-Störung beschrieben (ICD-10: Essstörungen nicht näher bezeichnet). Hier kommt es zu wiederholten Episoden von Essanfällen ohne gegensteuernde Maßnahmen. Die Betroffenen essen sehr schnell in einem kurzen Zeitraum und zwar mehr, als die meisten Menschen unter ähnlichen Umständen essen würden, oft über das Sättigungsgefühl hinaus. Es kommt zu Gefühlen von Kontrollverlust, Scham, Ekel und Schuld. Die Störung geht häufig mit Adipositas einher.

Für andere Essstörungsbilder und atypische Symptomkomplexe werden im ICD-10, Kapitel F50, die Kategorien „Atypische Anorexia Nervosa“, „Atypische Bulimia Nervosa“, „Sonstige Essstörungen“ und „Essstörung nicht näher bezeichnet“ angeführt.

Die Häufigkeit der AN und BN hat in den Jahren zwischen dem zweiten Weltkrieg und den letzten Jahrzehnten des vergan-

genen Jahrtausends stark zugenommen. Diese Zahlen scheinen seit 15 Jahren nun jedoch gleich zu bleiben.

Verlauf von Essstörungen

Es liegen kaum Daten zum Verlauf von Essstörungen bei Nichtbehandlung vor. Selbst unter medizinischen und/oder psychotherapeutischen Interventionen werden Verläufe von mehreren Jahren beobachtet. In verschiedenen Arbeiten fanden sich Heilungsraten von knapp 50 % bei der AN und circa 70 % bei der BN. Es liegen wenige Ergebnisse zu Verläufen bei anderen Essstörungen vor. Circa 20–30 % der Betroffenen haben noch nach Jahren eine Restsymptomatik (oft Körperschemastörungen), bei circa 10–20 % zeigen sich chronifizierte Verläufe. Die AN hat von allen Essstörungen mit etwa 10 % die höchste Sterblichkeitsrate, die häufigsten Todesursachen dabei sind medizinische Komplikationen infolge des Untergewichts oder Suizid.

Prognose bei Essstörungen

Wahrscheinlich aufgrund besserer Versorgungs- und Therapiemöglichkeiten haben sich laut einigen Studien die Prognosen in den letzten Jahren deutlich verbessert. Insgesamt ist die Prognose der BN sowohl bezüglich der Mortalität als auch des Rückfallrisikos günstiger als die der AN.

Stationäres Behandlungskonzept bei Essstörungen

Indikation: In Deutschland gibt es drei übliche Behandlungssettings: das ambulante, teilstationäre/tagesklinische und das stationäre Setting. Die oft langjährigen Verläufe machen einen „Gesamtbehandlungsplan“, das heißt eine Kombination aus unterschiedlichen Settings im Verlauf erforderlich. Unter anderen sprechen folgende Kriterien für eine stationäre Behandlung: rapider oder anhaltender Gewichtsverlust (> 20 % über sechs Monate), gravierendes Untergewicht (BMI < 15), anhaltender Gewichtsverlust trotz ambulanter und/oder teilstationärer Maßnahmen, soziale und/oder familiäre Faktoren, die den Heilungsprozess eindeutig behindern, schwere komorbide psychische Störung, die stationäre Behandlung erfordert, schwere bulimische Symptomatik mit medizinischen Komplikationen, hochgradiges Übergewicht mit medizinischen Komplikationen, geringe Krankheitseinsicht, Überforderung im ambulanten Setting durch fehlende Struktur sowie ausbleibender Behandlungserfolg im ambulanten Setting.

In schwersten Fällen (lebensgefährliches Untergewicht und/oder gravierende medizinische Komplikationen) kann eine Behandlung gegen den Willen des Patienten notwendig werden. Dies sollte jedoch nur nach Ausschöpfung aller anderen Maßnahmen, in äußersten Notfällen und unter absoluter Berücksichtigung von Würde und Respekt der Patienten erfolgen.

Behandlungsziele: Hauptziel der stationären Behandlung der AN ist die körperliche Stabilisierung und das Erreichen eines altersentsprechend normalen Gewichts (BMI > 19 bei Erwachsenen, bei Jugendlichen entsprechend der Altersperzentilen auch niedrigeres Zielgewicht). Laut aktueller Studien haben Patienten, die beim stationären Aufenthalt ein Gewicht oberhalb 90 % des „idealen“ BMI erreichen, eine bessere Prognose und ein geringeres Rückfallrisiko. Ziel bei der BN und Binge-



eating-Störung ist primär die Regulierung des Essverhaltens und das Unterlassen der Essattacken, langfristig die Gewichtsstabilisierung oder Gewichtsreduktion. Ziel bei allen Essstörungen ist körperliche Stabilisierung und Normalisierung des Essverhaltens, das heißt regelmäßige Einnahme ausreichender Mahlzeiten und das Unterlassen gegensteuernder Maßnahmen. Patienten mit AN und BN stehen ihrer eigenen Erkrankung häufig hoch ambivalent gegenüber, der subjektive „Gewinn“ der Erkrankung ist für viele Patienten trotz der schweren körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen hoch. Darum ist der Aufbau von Veränderungsmotivation ein wichtiges Therapieziel. Die Gewichtszunahme und das Unterlassen gegensteuernder Maßnahmen löst bei den meisten Patienten intensive Ängste, Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle aus. Hier ermöglicht das stationäre Setting eine engmaschige Begleitung.

Da die Essstörungssymptomatik häufig mit Beeinträchtigungen in sozialen und familiären Kontakten bis zur Isolation einhergehen kann, bietet das stationäre Setting die Möglichkeit, durch Tagesstrukturierung und die Patientengemeinschaft soziale Kompetenzen und damit die Lebensqualität zu verbessern.

Hauptrichtung psychotherapeutischer Verfahren: Eine stationäre Essstörungstherapie ist in verschiedenen Kliniken nach unterschiedlichen therapeutischen Schwerpunkten ausgerichtet. Dabei werden sowohl die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) als auch psychodynamisch orientierte Verfahren, interpersonelle Therapie (IPT) und Familientherapie eingesetzt und zeigen Erfolge im Verlauf. Die meisten Wirksamkeitsstudien liegen zur CBT vor. Bisher gibt es keine Evidenz für eine Überlegenheit der CBT gegenüber anderen Verfahren. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine Integration von Methoden aus verschiedenen Therapieverfahren in einem multimodalen Behandlungssetting für die Patienten hilfreich ist. Das therapeutische Vorgehen bei Essstörungen beinhaltet darüber hinaus wesentliche Elemente, die heute in fast allen stationären Programmen zu finden sind und die das therapeutische Procedere im stationären Rahmen häufig mehr prägen als die jeweilige Schulenzugehörigkeit der Klinik. Wichtiger als die therapeutische Grundrichtung der Klinik ist das Vorhandensein von Spezialangeboten für Essgestörte. Die Betroffenen profitieren am besten, wenn im gleichen Setting vor allem andere Patienten mit Essstörungen behandelt werden.

Elemente der stationären Behandlung

Psychoedukation und Aufbau von Veränderungsmotivation: Bei Personen mit Essstörungen fehlt ein gesunder, realistischer und genussvoller Bezug zu Nahrungsmitteln. Die Wahrnehmung von Hunger und Sättigung ist gestört oder völlig verloren gegangen. Darum enthält eine stationäre Essstörungstherapie intensive Psychoedukation im Gruppensetting. Die Patienten werden über sinnvolle Nahrungszusammensetzung, Stoffwechselfvorgänge und Bedürfnisse des Körpers sowie über gesundheitsgefährdende Langzeitfolgen bei Essstörungen aufgeklärt. Dabei geht man davon aus, dass das individuelle Körpergewicht überwiegend biologisch determiniert ist und durch hypothalamische Regulationsprozesse unter normalen Bedingungen ohne aktive Steuerung der Individuen relativ konstant und in einem angemessenen Rahmen bleibt.

Dem hohen Leidensdruck der Patienten stehen langjährige dysfunktionale Essgewohnheiten sowie der Krankheitsgewinn der Essstörungen entgegen (Anerkennung, Aufmerksamkeit, Gefühl von Selbstwert und Selbstkontrolle, kurzfristige Reduktion unerwünschter Gefühle, Beeinflussung sozialer Beziehungen). Dies verursacht oft eine ambivalente Behandlungsmotivation. Viele Betroffene fallen während der Behandlung in alte Verhaltensmuster zurück und wehren sich direkt oder indirekt gegen eine Veränderung des Essverhaltens und gegen die Gewichtszunahme. Demensprechend muss eine Veränderungsmotivation kontinuierlich aufgebaut und anschließend erhalten werden.

Der Leidensdruck und die langfristig negativen Konsequenzen der Essstörungen müssen den Patienten permanent bewusst gemacht werden. Gleichzeitig muss die Aussicht auf positive Auswirkungen bei Normalisierung von Essen und Gewicht greifbar werden. Dies kann im stationären Setting durch konstantes Einüben neuer Verhaltensweisen, Rückmeldung und Begleitung durch Therapeuten sowie gegenseitige Unterstützung der Patienten erfolgen. Betroffene, die in der Therapie bereits erfolgreich fortgeschritten sind, können auf Mitpatienten als motivierende positive Vorbilder wirken.

Ernährungsmanagement: Im stationären Setting haben sich Vorgaben bezüglich der Nahrungsmenge und der Essenszeiten (beispielsweise drei Mahlzeiten pro Tag und gegebenenfalls Zwischenmahlzeiten) bewährt. Die anzustrebende wöchentliche Gewichtszunahme im stationären Rahmen liegt bei circa 700 g/Woche und sollte durch Wiegen ein- bis zweimal in der Woche überprüft werden. Die tägliche Energiezufuhr beginnt mit circa 2.200 kcal/Tag und sollte sich in der Folgezeit an der angestrebten Gewichtszunahme orientieren. Dabei ist zu beachten, dass die Gewichtszunahme nur über eine zusätzliche Energiezufuhr zu erreichen ist und der Energiebedarf durch eine Neuanpassung des Grundumsatzes im Verlauf der Gewichtszunahme erheblich ansteigt.

Bei ausbleibender Gewichtszunahme können mit den Patienten „Gewichtsverträge“ vereinbart werden, die bei Einhalten des wöchentlichen Zielgewichts mit positiven Konsequenzen und bei Nichteinhalten mit Verstärkerentzug einhergehen.

Bei schwerem Untergewicht werden Nasen-Magen-Sonden, Bettruhe oder Beschränkung auf das Klinikgelände vorübergehend eingesetzt.

Eine gemeinsame und therapeutisch begleitete Mahlzeiteinnahme ermöglicht die ständige Begleitung und Motivation, was im ambulanten Rahmen kaum zu verwirklichen ist. Viele Patienten empfinden trotz starker Ambivalenzen bezüglich der Nahrungseinnahme eine feste und begleitete Mahlzeitenstruktur als hilfreich.

Das Führen von Essprotokollen vor und nach jeder Mahlzeit soll den Patienten im Sinne des Selbstmanagementansatzes ermöglichen, eigene Bedürfnisse, Gedanken und Gefühle in Verbindung mit Essen besser kennenzulernen und auf gegensteuernde Maßnahmen zur Gefühlsregulation zu verzichten. Eine oekotrophologische Begleitung und „Lehrküchen“, in denen die Patienten kochen und sich mit Nahrungsmitteln auseinandersetzen, kann zur Vorbereitung auf selbstständiges Kochen zu Hause, zum Abbau von Ängsten in Zusammenhang mit fett- und zuckerhaltigen Nahrungsmitteln, sowie zur Förderung der Genussfähigkeit dienen.

Arbeit an dysfunktionalen Kognitionen: Typische dysfunktionale automatische Gedanken der AN und BN sind Katastrophisierungen (z. B. „Wenn ich 3 kg zunehme, sehe ich fett und hässlich aus“), abergläubisches Denken (z. B. „Wenn ich Butter aufs Brot nehme, wiege ich morgen 2 kg mehr“), dichotomes Denken (z. B. „Wenn ich anfangs, Süßes zu essen, kann ich nicht mehr aufhören“), selektive Abstraktion (z. B. „Ich bin nur dann liebenswert, wenn ich schlank/dünn bin“) und andere. Zur Modifikation jener Überzeugungen werden Methoden der CBT und anderer Therapierichtungen eingesetzt. In der CBT werden die Automatischen Gedanken und dahinter liegenden Grundannahmen (z. B. „Wenn ich nicht perfekt bin, werde ich abgelehnt“) mit Hilfe von SORK-Modellen und Gedankenprotokollen identifiziert. Anschließend werden durch Techniken wie „Sokratischer Dialog“, Pro-Contra-Diskussionen und Gruppenübungen alternative, funktionalere Kognitionen angestrebt. Durch verhaltenstherapeutische Übungen im Sinne einer Exposition (z. B. absichtlich kleine Fehler machen, regelmäßig „verbotene“ Nahrungsmittel essen) kann die direkte Erfahrung gemacht werden, dass die meisten Befürchtungen nicht eintreffen. Das stationäre Setting ermöglicht hier intensive gruppentherapeutische Maßnahmen, in deren Rahmen sich die Patienten austauschen und sich gegenseitig unterstützen, motivieren und spiegeln können. Außerdem ermöglicht es, neue Verhaltensweisen unter Begleitung im geschützten Rahmen einzuüben. Letztendliches Ziel der kognitiven Methoden ist die Entwicklung hilfreicher und selbstwertdienlicher „Lebensregeln“ (z. B. anstatt „Ich muss immer perfekt sein, um Liebe zu verdienen“ als neue Lebensregel „Ich habe viele liebenswerte Eigenschaften, Fehler sind keine Katastrophe“).

Therapie der Körperschemastörung: Eine typische Wahrnehmungsverzerrung bei Essstörungen ist der subjektive Eindruck, zu dick zu sein. Diese Wahrnehmung besteht bei der AN meist auch dann, wenn die Patienten untergewichtig sind. Bei der BN besteht eher eine ausgeprägte Furcht davor, zuzunehmen sowie das Empfinden von Kontrollverlust während der Heißhungeranfälle. Durch den Einsatz von Körpervideos, Spiegelübungen, Gestaltungstherapie und Körperpsychotherapie lernen die Patienten, sich auf neue Weise mit ihrem Körper aus-

einanderzusetzen, das verzerrte Körperbild zu korrigieren und liebevoller mit der eigenen Figur umzugehen. Die Gestaltungstherapie bietet die Möglichkeit zur nicht-sprachlichen, künstlerischen Auseinandersetzung (z. B. Körperbilder, Skulpturen) mit dem eigenen Körperbild. Sie ermöglicht eine direkte Konfrontation mit der eigenen Körpererfahrung, die von den Patienten auch häufig als weniger angstbesetzt erlebt wird als die Konfrontation mit Gewicht oder dem Spiegel. Auch körperpsychotherapeutische Methoden, Partnerübungen und Tanztherapie vermitteln eine positive Körpererfahrung und angenehme Emotionen ohne den direkten Blick auf Gewicht und Essen. Auch hier können die Patienten von der Möglichkeit, in Gruppen zu arbeiten, deutlich profitieren. Die Arbeit am Körperbild und der Körperschemastörung ist dennoch sehr langwierig. Eine verzerrte Körperwahrnehmung und Angst vor Gewichtszunahme können als letzte Symptome der Essstörung noch mehrere Jahre bestehen, auch wenn Symptome wie Untergewicht, Nahrungsrestriktion oder Erbrechen bereits erfolgreich aufgegeben wurden.

Arbeit am Selbstwertgefühl: Essstörungen beginnen oft in einem Alter, in dem das Gefühl einer eigenen, stabilen Identität noch im Aufbau und das Selbstwertgefühl leicht durch äußere Einflüsse erschütterbar ist. Die Essstörung stellt für die Betroffenen häufig einen Weg dar, den Selbstwert zu stabilisieren und ein Gefühl der Kontrolle über sich selbst, über die eigenen Gefühle und die Gestaltung sozialer Beziehungen zu gewinnen. Die Funktionalität der Essstörung ist diesbezüglich sehr hoch, die Betroffenen erhalten zunächst meist Anerkennung, Schonung, den Eindruck von Selbstkontrolle, Selbstbestimmung und Autonomie. Der Aufbau eines positiven, von Figur und Gewicht unabhängigen Selbstwertgefühls ist deswegen ein zentrales Therapieziel, was über den gesamten Therapieverlauf kontinuierlich verfolgt werden muss. Das stationäre Setting bietet hier aufgrund vielfältiger Gruppenangebote und dem täglichen Kontakt zu anderen Personen vor allem die Gelegenheit, soziale Kompetenzen zur Verbesserung sozialer Beziehungen intensiv einzuüben. Die Fähigkeit zur Gestaltung von befriedigenden Beziehungen unabhängig von der äußeren Erscheinung ist bei Essstörungspatienten ein bedeutender Faktor zum Aufbau von Selbstwert und Selbstvertrauen.

Einbeziehen der Familie: Ziel familientherapeutischer Interventionen ist die Entlastung der Familienmitglieder von Schuldgefühlen und Ohnmacht, Aufklärung über die Erkrankung sowie Reduktion familiendynamischer Faktoren. Die Familie oder der Partner sollen außerdem als Ressource gewonnen werden, um die Behandlung der Patienten zu unterstützen. Dies kann im stationären Setting bei jungen Patienten in Form von regelmäßigen Kontakten mit der Familie (telefonisch oder direkt) stattfinden, bei älteren Patienten in Form von etwa ein bis zwei Familiengesprächen. Die meisten Kliniken bieten keine Familientherapie im eigentlichen Sinne an, sondern beratende oder themenbezogene Gespräche. Einige Kliniken haben spezielle Programme zur Einbeziehung der Kernfamilie und der Partner in Form von „Familienwochenenden“. Dabei erhalten zwei bis drei Familien zusammen mit ihren betroffenen Mitgliedern die Gelegenheit zum Austausch. Dies soll vor allem der Psychoedukation, Entlastung, Förderung von gegen-

seitigem Verständnis und der Verbesserung des Umgangs mit der Essstörung im Familienalltag dienen.

Behandlung komorbider Störungen: Je nach Schwere der Essstörung und dem komorbiden Störungsbild wird die Behandlung parallel zur Essstörungstherapie eingeleitet (z.B. Abbau von Zwängen und Depressionen, Persönlichkeitsstörungen), oder nachrangig behandelt. Besonders sensibel ist die Behandlung einer komorbiden posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD). Zum einen ist eine Gewichtsrestitution, das Unterlassen gegensteuernder Maßnahmen und damit eine ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit Bedingung für die Behandlung einer PTSD. Schwere Essstörungssymptomatik (z.B. starkes Untergewicht oder häufiges Erbrechen) bieten den Betroffenen allerdings häufig die Möglichkeit, schmerzhafte Gefühle und Intrusionen unter Kontrolle zu halten. Bei einer Normalisierung von Gewicht und Essverhalten benötigen die Patienten darum besonders engmaschige therapeutische Begleitung zum Auffangen von möglichen Krisen und Ausprägung der PTSD-Symptomatik. Auch hier ist die Behandlung im stationären Setting die Alternative der Wahl, um schwere komorbide Störungen nachhaltig zu behandeln.

Medizinische Betreuung: Essstörungen gehen mit einer Vielzahl von körperlichen Folgeerkrankungen einher. Insbesondere bei der AN besteht auch ein hohes körperliches Risiko. Elektrolytstörungen, massive Ödembildung im Rahmen eines Pseudo-Bartter-Syndroms, Rhythmusstörungen, Pericardergüsse, Ascites oder die Gefährdung der Nierenfunktion sind häufige Begleitscheinungen und benötigen ein kontinuierliches Monitoring sowie entsprechende medizinische Interventionen, die bei schweren Krankheitsbildern auch nur im stationären Setting ausreichend gewährleistet sind. Osteoporose und bei jüngeren Patienten auch Wachstumsverzögerung sind häufige Folgen längerdauernder Mangelernährung im Rahmen der AN. Bei hochgradigem Untergewicht ist die Phase der initialen Gewichtszunahme durch die dann besonders ausgeprägten Elektrolytstörungen, die Veränderungen im Wasserhaushalt und die unausgewogene Bereitstellung lebensnotwendiger Substrate besonders gefährlich.

Zur Sicherstellung der Nahrungszufuhr ist die orale Gabe von Flüssigkost oder die Ernährung über eine nasogastrale Sonde geeignet. Wenn eine längerfristige Ernährung über eine Sonde erforderlich ist, sollte eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) vorgenommen werden. Bei der AN ist die Anlage einer PEG wegen der Dystrophie der Magenwände und des reduzierten Allgemeinzustandes nicht ohne Risiko. Die parenterale Ernährung ist dagegen zur Gewichtssteigerung nicht geeignet und birgt sehr hohe Risiken der Hyperhydratation und Elektrolytstörungen.

Pharmakotherapie: Die Psychopharmakotherapie ist bei untergewichtigen Patienten mit abnormen Essgewohnheiten, häufigem Erbrechen und erheblichen Störungen im Wasserhaushalt risikoreich. Die Indikationsstellung zur Pharmakotherapie muss deswegen bei diesen Patienten besonders streng gestellt werden. Psychische Störungen wie Depressionen und Zwangsstörungen, die im Rahmen einer AN auftreten, werden häufig analog der Störungen bei normalgewichtigen Patienten behandelt. Für diese Indikation fehlt jedoch die spezifische

empirische Evidenz, zumal sich die genannten Symptome häufig auch im Verlauf der Gewichtszunahme bessern. Antidepressiva sind in allen vorliegenden kontrollierten Studien ohne nachweisbaren Effekt auf die Kernsymptome der AN. Auch Antidepressiva, die bei normalgewichtigen Kollektiven zur Gewichtssteigerung führen, sind wirkungslos bei der AN. Dagegen gibt es begrenzte Hinweise darauf, dass niederpote Neuroleptika, besonders Olanzapin, die Begleitsymptome der AN positiv beeinflussen und deswegen eine unterstützende neuroleptische Behandlung bei einigen Patienten hilfreich sein kann.

Bei der BN unterstützen SSRI (am besten belegt für das Fluoxetin) die Unterdrückung von Essanfällen. Es gibt auch Hinweise auf eine wirksame Rezidivprophylaxe mit Medikamenten dieser Gruppe. Die Dosierung muss dabei vergleichsweise hoch gewählt werden.

Fazit

Die stationäre Essstörungstherapie in Deutschland bietet heute durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit von Behandlern aus unterschiedlichen Therapieschulen vielfältige Möglichkeiten und Ansatzpunkte zu einer beständigen Heilung. Besonders wichtig ist dabei eine detaillierte Kenntnis der therapeutischen Maßnahmen und die geschlossene Zustimmung aller behandelnden Personen zum Therapiekonzept. Patienten mit Essstörungen stehen ihrer Erkrankung fast immer ambivalent gegenüber und benötigen deshalb klare, verlässliche Richtlinien in der Behandlung, die essstörungsspezifische Verhaltensweisen konsequent erkennen und bearbeiten.

Das hohe Ausmaß der erforderlichen therapeutischen Betreuung und die bei vielen Patienten bestehende vitale Bedrohung lassen in vielen Fällen keine Alternative zur stationären Behandlung. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Dipl. Psych. Catrin Emmerling

PD Dr. med. Dipl. Psych. Ulrich Cuntz

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck

Am Roseneck 6

83209 Prien am Chiemsee

E-Mail: UCuntz@Schoen-Kliniken.de

Sammeln Sie CME-Punkte ...

... mit unserer von der Bayerischen Landesärztekammer anerkannten zertifizierten Fortbildung. Wenn Sie sieben bis neun der Fragen korrekt beantworten, erhalten Sie **2 CME-Punkte**. Beantworten Sie alle Fragen richtig, werden **3 CME-Punkte** vergeben. Weitere Informationen finden Sie unter www.cme-punkt.de/faq.html.

Bitte beachten Sie, dass jeweils die für Sie zuständige Landesärztekammer über die volle Anerkennung der im Rahmen dieses Fortbildungsmoduls erworbenen CME-Punkte entscheidet. Nähere Informationen dazu finden Sie unter www.cme-punkt.de/kammern.html.

So nehmen Sie teil!

Füllen Sie unter www.cme-punkt.de den Online-Fragebogen aus. Unmittelbar nach der Teilnahme erfahren Sie, ob Sie bestanden haben, und können die Bescheinigung für Ihre Ärztekammer sofort ausdrucken. Zudem finden Sie hier sämtliche CME-Module des Verlags Urban & Vogel. Auch die postalische Teilnahme ist möglich. Nutzen Sie dazu das Antwortformular auf der nächsten Seite.

Die Fragen beziehen sich auf den Fortbildungsbeitrag auf den vorangegangenen Seiten. Die Antworten ergeben sich zum Teil aus dem Text, zum Teil beruhen sie auf medizinischem Basiswissen.

CME-Fragebogen

Stationäre Behandlung von Essstörungen



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

1. Welches Symptom ist kein ICD-10-Kriterium der Anorexia nervosa (AN)?

- A Körperschemastörung
- B Selbstwertstörung
- C BMI < 17,5
- D selbst herbeigeführter Gewichtsverlust
- E selbst induziertes Erbrechen, intensive körperliche Betätigung oder Laxantiengebrauch

2. Welche Aussage trifft am ehesten zu?

- A Heißhungerattacken und Erbrechen schließen die Diagnose einer AN grundsätzlich aus.
- B Die Binge-Eating-Störung ist eine Unterform der Bulimia nervosa (BN).
- C Die AN kommt bei Frauen ab dem 18. Lebensjahr häufiger vor als die BN.
- D Bei AN und BN kann es als Folgeerscheinung zu Elektrolytstörungen kommen.
- E Personen mit BN haben immer Normalgewicht.

3. Eine stationäre Behandlung von Essstörungen ist ...

- A ... grundsätzlich indiziert, da die Störung mit schweren körperlichen Schäden einhergeht.
- B ... indiziert, wenn rapider Gewichtsverlust und gravierendes Untergewicht über mehr als sechs Monate bestehen.
- C ... nur bei Komorbidität mit anderen Störungen indiziert.
- D ... ist bei BN nicht notwendig, da die Patienten Normalgewicht haben.
- E ... ist nicht sinnvoll, wenn die Patientin nicht zur Behandlung motiviert ist.

4. Welche Aussage trifft zu?

- A Personen mit AN haben ständig Hunger, geben diesem jedoch nicht nach.

- B Personen mit Essstörungen sind aufgrund des hohen Leidensdrucks meist terapiemotiviert und compliant.
- C Die Kontrolle des eigenen Gewichts gibt Personen mit Essstörungen ein Gefühl von Selbstwert und Anerkennung.
- D Das Einnehmen von drei normalen Mahlzeiten pro Tag reicht in der Regel aus, um eine Gewichtszunahme zu erreichen.
- E Ab einem BMI < 14 muss eine Behandlung gegen den Willen der Patientin veranlasst werden.

5. Welche Aussage ist richtig? Gelingt es den Patienten, normal zu essen, Hunger und Sättigung zu spüren dann ...

- A ... reduzieren sich meist auch deutlich Gefühle von Wertlosigkeit und Selbstzweifel.
- B ... haben die Patienten weniger Angst vor Gewichtszunahme.
- C ... können die Patienten rasch aus dem stationären Aufenthalt entlassen werden.
- D ... ist die Hauptsymptomatik der Essstörung überwunden.
- E ... bestehen Körperschemastörungen oft noch lange Zeit weiter.

6. Welche Aussage trifft am ehesten zu?

- A Depressionen müssen bei Essstörungen nicht gesondert behandelt werden, da sie mit Gewichtsnormalisierung grundsätzlich von selbst verschwinden.
- B Kontakt mit der Familie sollte in der Klinik vermieden werden, da sie einen wesentlichen Anteil an der Ursache der Essstörung hat.
- C Patienten mit BN haben in der Regel Normalgewicht und darum keine Körperschemastörung.
- D Die Patienten sehen in ihrer Essstörung neben Nachteilen auch viele Vorteile.
- E Bei schweren komorbiden Erkrankungen (z. B. Zwang, Depression) sollte die Essstörung nachrangig behandelt werden.



7. Welche Aussage zur Pharmakotherapie trifft am ehesten zu?

- A Trizyklika führen bei der AN zu einer nachweisbaren Gewichtssteigerung.
- B Komorbide psychische Störungen bei der AN sollen nach den gleichen pharmakologischen Gesichtspunkten behandelt werden, wie bei normalgewichtigen Personen.
- C SSRI sollten zur Behandlung der BN relativ hoch dosiert werden.
- D Neuroleptika haben keine belegbare Wirkung in der Behandlung der AN.
- E Viele Kernsymptome der AN wie Gedankenkreisen um das Essen, Bewegungsdrang oder Körperschemastörung sprechen positiv auf die Behandlung mit SSRI an.

8. Welche Aussagen zur Ernährungstherapie bei AN trifft zu?

- A Der tägliche Kalorienbedarf zur Sicherstellung einer Gewichtszunahme ist bei der AN wegen des reduzierten Grundumsatzes niedrig.
- B Die Orientierungsgröße für die tägliche Gewichtszunahme liegt bei etwa 700 g.
- C Bei der Beurteilung der initialen Gewichtszunahme im Rahmen der Therapie der AN ist die erhebliche Neigung zur Ödembildung zu berücksichtigen.
- D Eine Kalorienzufuhr von mehr als 2.200 kcal/Tag sollte vermieden werden, um den Gastrointestinaltrakt nicht zu überlasten.

- E Um die Patienten nicht noch mehr auf ihr Körpergewicht zu fixieren, sollte das Wiegen möglichst selten erfolgen.

9. Welche der folgenden Aussagen ist falsch?

- A Bei hochgradiger AN kann eine Ernährung des Patienten gegen seinen Willen notwendig werden.
- B Parenterale Ernährung ist eine zwar aufwendige, aber besonders sichere Form der Sicherstellung einer ersten Gewichtszunahme.
- C Ergibt sich die Notwendigkeit einer längerfristigen Sonden-ernährung, ist auch die Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie zu erwägen.
- D Besonders zur Sicherstellung der ersten Gewichtszunahme können zur vollständigen Ernährung geeignete Trinknahrungen eingesetzt werden.
- E Therapieverträge, in denen die Patientin mit dem Therapeuten eine kontinuierliche und ausreichende Gewichtszunahme festlegt, gehören zum Standardrepertoire in der Therapie der AN.

10. Was kann keine gesundheitliche Folge der AN sein?

- A Nierenschäden
- B Pericardergüsse
- C Elektrolytstörungen
- D Arthrose
- E Osteoporose



Teilnahme per Post mit untenstehendem Antwortformular
Einsendeschluss per Post: 14.9.2009



Teilnahme im Internet unter www.cme-punkt.de
Online-Teilnahmeschluss: 15.1.2010

Antwortformular für die postalische Einsendung

NeuroTransmitter Ausgabe 7–8/2009

	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"/>									

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.

Nur vollständig ausgefüllte Coupons können ausgewertet werden!

Bei Teilnahme per Post senden Sie das ausgefüllte Formular bitte zusammen mit einem ausreichend frankierten Rückumschlag an:



Urban & Vogel GmbH
CME NeuroTransmitter
Postfach
81664 München

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)*

(Eintrag oder Aufkleber)

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

Datum

Unterschrift

*Eine Teilnahme an der zertifizierten Fortbildung ist nur möglich, wenn Sie Ihre EFN auf dem Antwortformular angeben!





Neurologische Kasuistik

Zunehmende Sprech- und Schluckstörung Wie sicher ist die Diagnose?

Anamnese

Ein 48-jähriger Mann bemerkte erstmals vor eineinhalb Jahren eine Sprechstörung mit undeutlicher Artikulation und reduzierter Lautstärke. Die Symptome nahmen im Verlauf langsam zu. Außerdem fiel ihm auf, dass er sich gelegentlich verschluckte.

Eine stationäre neurologische Untersuchung wenige Monate nach dem Beginn der Dysarthrie ergab lediglich eine deutliche Dysarthrophonie, ein Faszikulieren der Zunge, Parästhesien an den Beinen und eine subjektiv angegebene leichte Geschmacks- und Geruchsstörung. Eine pharyngeale Schluckstudie mit digitaler Kinematografie zeigte bei flüssigem und breiig eingedicktem Bolus eine normale orale, pharyngeale und ösophageale Schluckfunktion. Eine passagere diskrete Retention im Bereich der Valleculae und der Recessus piriformes entleerte sich beim Nachschlucken komplett. Es zeigte sich eine regelrechte Hebung des Larynx-Hyoid-Komplexes und eine zeitgerechte und komplette Absenkung der Epiglottis sowie eine normale Pharynxwandkontraktion und eine unauffällige Ösophagusperistaltik.

Das Schädel-MRT war nativ und nach Kontrastmittelgabe unauffällig. Die elektrophysiologische Untersuchung ergab eine normale motorische Nervenleitgeschwindigkeit (N. peroneus und des N. tibialis) einschließlich normaler F-Wellen-Latenzen sowie eine normale sensible Nervenleitgeschwindigkeit (N. suralis). Elektromyografisch war der Befund im M. tibialis anterior links, M. quadriceps femoris, M. biceps brachii, M. trapezius und M. interosseus dorsalis I rechts unauffällig ohne Hinweise auf eine chronische oder akute Denervierung.

Auch für eine Myopathie gab es einschließlich Einzelpotenzialanalyse keine Anhaltspunkte. Lediglich in der Zungenmuskulatur waren einzelne (bei jedoch sehr schlechter Entspannung) nur fragile Faszikulationspotenziale ableitbar. Eine repetitive Stimulierung des N. accessorius und N. ulnaris links ohne und mit Vorinnervation blieb ohne pathologisches De- oder Inkrement. Die laborchemischen Untersuchungen und die lumbale Liquordiagnostik waren bis auf eine leichte CK-Erhöhung unauffällig. Die folgenden Monate erlebte der Patient, der keine Erklärung für seine Beschwerden und keine Diagnose erhielt, als quälend und beunruhigend, sodass er sich sechs Monate später ambulant in der neurologischen Praxis vorstellte.

Befund

Neurologische Untersuchung: leichte Fazialisparese beidseits mit inkompletem Mundschluss beim Backenaufblasen; deutliche Dysarthrie mit Hypoglossusparese links und Zungenfaszikulieren. Die Stimme imponierte hauchig rau mit reduzierter Sprachmelodie; im Pharynx kein Speichelsee, normale Larynxhebung beim Trockenschlucken; übrige Hirnnerven wie die Okulomotorik unauffällig; normale Kraftentwicklung der Hals- und Nacken- sowie der Extremitätenmuskulatur; Muskeleigenreflexe allseits lebhaft ohne Reflexzonenverbreiterung; Pyramidenbahnzeichen nicht auslösbar; Gang- und Standstabilisierung unauffällig; keine autonomen Funktionsstörungen; Gewicht mit 90 kg bei 180 cm Körpergröße stabil.

Psychiatrische Untersuchung: depressive Verstimmung mit Sorgen um die Krankheitsbewältigung bei erhaltener affektiver

Testen Sie Ihr Wissen!

In dieser Rubrik stellen wir Ihnen abwechselnd einen bemerkenswerten Fall aus dem psychiatrischen oder dem neurologischen Fachgebiet vor. Hätten Sie die gleiche Diagnose gestellt, dieselbe Therapie angesetzt und einen ähnlichen Verlauf erwartet? Oder hätten Sie ganz anders entschieden? Mithilfe der Fragen am Schluss jeder Kasuistik vertiefen Sie Ihr Wissen.

Die Kasuistiken der letzten Ausgaben:

NT 1/2009

Zoster – auch wenn typische Zeichen fehlen daran denken!

NT 2/2009

Schwere depressive Episode und Kleptomanie

NT 3/2009

Hände und Sprache gehorchen nicht mehr

NT 4/2009

Münchhausen-Syndrom und dissoziale Persönlichkeitsstörung

NT 5/2009

Taubheitsgefühl und Hörminderung in der Schwangerschaft

NT 6/2009

EKT-Behandlung bei katatoner Schizophrenie

Das **Online-Archiv** finden Sie auf den Homepages der Berufsverbände unter www.bvdn.de
www.neuroscout.de
www.bv-psychiater.de



Schwingungsfähigkeit; keine Hinweise auf kognitive Störung, Angst- oder wahnhaftige Störung; Antrieb und Psychomotorik normal. Elektrophysiologie: Zentralmotorische Leitungszeit zu den Händen (M. abductor pollicis) beidseits normal.

Elektrophysiologie: Elektromyografie in der linksseitigen Zungenmuskulatur: Fibrillationspotenziale und deutliche Amplitudenreduktion der Potenziale motorischer Einheiten mit verminderter Willküraktivität. Im M. deltoideus und M. biceps brachii neurogener Umbau mit erhöhter Amplitude und vermehrter Polyphasie der Potenziale motorischer Einheiten mit Übergangs- bis Interferenzmustern bei maximaler Willkürinnervation.

Laborparameter: Die CK-Werte lagen mit 412 U/l über dem Doppelten des Normalbereichs (bis 190 U/l).

Einen Monat später zunehmende Faszikulationen an Armen und Beinen linksbetont. Durch verminderte Zungenbeweglichkeit war der Transport des Speisebreis im Mund und Rachenraum problematisch. Deutlicher Gewichtsverlust und vermehrtes Räuspern nach dem Essen. Neurologisch zeigte sich eine zunehmende atrophische Parese der Zungenmuskulatur links mit Faszikulationen. Inzwischen wurden außerdem an allen Extremitäten (links betont) sowie am Rumpf Faszikulationen bemerkt. Muskeleigenreflexe weiterhin lebhaft, Babinski'sches Zeichen beidseits positiv.

Eine Fiberoendoskopie bestätigte die Dysphagie mit Störung der praeroralen, oralen und pharyngealen Phase mit eingeschränkter Boluskontrolle besonders für Flüssigkeiten. Die Flüssigkeit glitt praede-gluttitiv bis tief in den Larynxeingang hinab und wurde nachfolgend aspiriert. Beim Folgeschluck kam es zu einem besseren veloglossalen Abschluss, ohne Leaking und Penetration oder Aspiration. Bei angedickter Flüssigkeit war der Schluckversuch unauffällig. Für feste und breiige Nahrung war jedoch auch der pharyngeale Transport durch die reduzierte Zungenkraft und -motilität erschwert, sodass Speisereste in den Valleculae und den Sinus piriformes verblieben. Durch Anteflexion des Kopfes konnten die Rückstände reduziert werden, die vollständige Entfernung gelang jedoch nur durch Nachtrinken.

Diagnose

Sehr wahrscheinlich handelte es sich um eine bulbäre Verlaufsform einer amyotrophen Lateralsklerose (ALS) □

AUTOR

Dr. med. Peter Franz, München

Fragen

1. Bei welcher Erkrankung ist eine Dysarthrie am wenigsten zu erwarten?

- a) Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom
- b) kortikale rechtshemisphärische Ischämie
- c) spinobulbäre Muskelatrophie (Kennedy-Syndrom)
- d) Multi-System-Atrophie
- e) amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

2. Welche Aussage zur Differenzialdiagnose einer Dysarthrie ist falsch?

- a) Dysarthrien können durch Störungen der Vokaltraktmuskulatur bei einer Myasthenie oder Muskeldystrophie hervorgerufen werden.
- b) Läsionen im Hirnstamm und dem Kleinhirn können zu einem inadäquaten Atmungsmuster („inspiratorisches Sprechen“) und Fluktuation von Tonhöhe und Lautstärke führen.
- c) Typisch für eine rigid-hypokinetische Dysarthrie ist eine verstärkte Stimm-lage mit erhöhter Lautstärke und reduziertem Sprechtempo.
- d) Beim Kennedy-Syndrom kommt es gehäuft zu einem Laryngospasmus.
- e) Eine ALS kann sowohl zu einer schlaffen als auch zu einer spastischen Dysarthrie führen.

3. Welche Aussage zur den Behandlungsmaßnahmen einer Dysarthrie bei bulbärer ALS ist falsch?

- a) Durch Reduzierung von Umgebungsgeräuschen (Fernseher, Gruppendiskussionen) kann die Verständlichkeit erhöht werden.
- b) Eine entspannte angepasste Sitzhaltung kann helfen, die spastische Komponente der Dysarthrie zu reduzieren.
- c) Bei rasch progredienter Verlaufsform sollten Patienten zu einem möglichst intensiven Sprech- und Artikulations-training motiviert werden.

- d) Durch den Einsatz von Vibratoren oder Eisstimulationen lässt sich kurzfristig eine verbesserte Verständlichkeit erreichen.
- e) Bei stark verminderter Sprechgeschwindigkeit sollten Kommunikationshilfen (Buchstabentafel, Wörter- oder Bildtafeln, elektronische Hilfen) eingesetzt werden.

4. Welche Empfehlung zur Ernährung bei ALS ist falsch?

- a) In der Frühphase ist das Andicken und Pürieren von Nahrung meist ausreichend.
- b) Ein ernährungsbedingter Gewichtsverlust sollte durch hochkalorische Nahrungsergänzungsmittel ausgeglichen werden.
- c) Durch Streckung des Halses nach vorne (supraglottisches Schlucken) kann die Aspirationsgefahr während des Kauens reduziert werden.
- d) Die Anlage einer PEG-Sonde sollte immer so lange wie möglich hinausgezögert werden.
- e) Eine nasogastrale Sonde führt häufig zu Ulzerationen im Nasopharynx und zu einer erhöhten oropharyngealen Sekretion.

5. Welche Aussage zum Verlauf der ALS ist richtig?

- a) Eine kognitive Störung findet sich als Begleitsymptomatik am häufigsten bei spinaler ALS.
- b) Durch die Gabe von Riluzol wird die Überlebensdauer bei spinaler ALS um sechs bis acht Monate erhöht.
- c) Die häufigste Todesursache ist eine respiratorische Insuffizienz.
- d) Etwa ein Viertel der Patienten verstirbt mit Erststichungsanfällen.
- e) Die schlechteste Prognose haben Patienten im jüngeren Lebensalter und mit spinaler Verlaufsform.

Warum diese Fallvorstellung?

Der dargestellte Fall zeigt, wie problematisch es ist, eine Diagnose in der Frühphase einer ALS zu stellen. Da es bisher keinen sicheren Biomarker für eine ALS gibt, wird sie immer noch in erster Linie klinisch diagnostiziert [Li, 1991]. Finden sich bei einem Patienten allseits gesteigerte Reflexe zusammen mit atrophische Paresen in mehreren Körperregionen und ist der Verlauf (oftmals nach fokalem Beginn) progredient, lässt sich die Diagnose rasch und sicher stellen. Durch ergänzende neuroradiologische und laborchemische Untersuchungen können die wichtigsten Differenzialdiagnosen schnell und zuverlässig ausgeschlossen werden. Dabei kann jedoch in Einzelfällen die Bildgebung (z. B. bei einer zusätzlich vorhandenen zervikalen Spinalstenose) das diagnostische Denken in eine andere Richtung lenken und damit die endgültige Diagnose verzögern [Brooks, 1999].

Waren die international anerkannten klinischen Kriterien zur Diagnose einer ALS (El-Escorial-Kriterien) noch vom klinischen Bild geprägt, wurde in die ergänzten Kriterien ein Algorithmus zum Einsatz neurophysiologischer Befunde zur Diagnostik der ALS eingearbeitet. Die Sicherheit dieser standardisierten Diagnosekriterien von el Escorial und deren Ergänzung wurde in mehreren Studien als sehr hoch bestätigt [Brooks, 2000]. So zeigte sich in einer Populationsstudie in Irland, wo alle ALS-Fälle in einem Register erfasst werden, dass in einem Zeitraum über fünf Jahre nur bei 32 von 437 Patienten (7,3 %) die Diagnose ALS im Verlauf revidiert werden musste. Die häufigste Fehldiagnose war eine multifokale motorische Neuropathie bei 22 % und eine spinobulbäre Muskelatrophie (Kennedy-Syndrom) bei 13 %. Die Zahl der Fehldiagnosen war bei spinalem Verlauf deutlich höher als bei einem bulbärem Verlauf. Abhängig von den El-Escorial-Kriterien zeigte sich, dass bei einer vorher aufgrund der standardisierten Diagnosekriterien als sicher eingestuft ALS nur in 3 % der Fälle eine Fehldiagnose gestellt wurde, 13 % fielen auf die Katego-

rie wahrscheinliche ALS und 84 % der Fehldiagnosen waren vorher nur als mögliche ALS diagnostiziert worden [Traynor, 2000]. Auf der anderen Seite ist die Zahl der falsch negativen Diagnosen, also die Zahl der Fälle in denen die Diagnose anfangs nicht gestellt werden konnte, sehr hoch. Dies bedeutet in der Praxis, dass nach den aktuellen Kriterien 22 % der Patienten mit einer pathologisch gesicherten ALS sterben, ohne eine höhere diagnostische Sicherheit als eine „mögliche ALS“ erhalten zu haben [Traynor, 2000].

Bei der Wertung elektrophysiologischer Untersuchungen haben sich die sehr strikten Kriterien als einschränkend erwiesen: So soll ein Befall eines Muskels nur anerkannt werden, wenn gleichzeitig aktive Denervierungszeichen (Fibrillationen oder positive Wellen) mit Zeichen der Re-Innervation (amplitudenerhöhte, frequenzinstabile Potenziale motorischer Einheiten mit verlängerter Dauer und vermehrte Polyphasie) gemeinsam vorliegen. In vielen betroffenen Muskeln lassen sich aber keine akuten Denervierungszeichen wie positive Wellen oder Fibrillationen ableiten. So fand de Carvalho bei 15 Patienten mit einem bulbären Beginn keine Fibrillationen oder positiven Wellen in den betroffenen Muskeln und nur bei sieben der 15 konnte er diese in den Extremitätenmuskeln ableiten [de Carvalho, 1999]. Daher forderte eine Konsensusgruppe 2008 auch eine Gleichstellung chronisch neurogener EMG-Veränderungen mit klinischen Befunden, wenn gleichzeitig Faszikulationspotenziale nachweisbar sind [de Carvalho, 2008]. Sie empfiehlt klinische und elektrophysiologische Befunde bei der ALS-Diagnose gleichberechtigt anzuerkennen und die Zusatzbezeichnung „laborgestützte ALS“ fallen zu lassen [de Carvalho, 2008]. Unterstützt wird die Aufwertung der neurophysiologischen Untersuchung auch durch eine Arbeit die nach klinischen Zeichen zur Differenzierung der verschiedenen Verlaufsformen der ALS suchte: Sie zeigte, dass die EMG-Veränderungen bei Patienten

mit anfänglicher alleiniger Schädigung des ersten Motoneurons im Median nach 3,17 Jahren nachweisbar waren und die klinischen Symptome des 2. Motoneurons erst sechs Monate später auftraten [Gordon, 2009]. In dem Bestreben, möglichst frühzeitig eine zuverlässige Differenzierung der unterschiedlich verlaufenden Motoneuronerkrankungen zu erreichen, wurde mittels Kernspintomografie auch die Wirbelsäule untersucht. Hierbei konnte jedoch lediglich für das Kennedy-Syndrom eine signifikante Atrophie im Hals- und oberen Brustmark identifiziert werden [Sperfeld, 2005].

Weiterführende Links

www.wolfgang-peter.net

Sehr persönlicher Krankheitsbericht eines ALS-Patienten. Insbesondere der Kalender der notwendigen Hilfsmittel ist für betreuende Ärzte und Angehörige hilfreich, um die entsprechenden Anträge rechtzeitig zu stellen.

www.sandraschadek.de

Zurecht mit dem Grimme Online Award ausgezeichnete Seite einer ALS-Patientin mit sehr vielen hilfreichen Links und Erfahrungsberichten.

www.lakefolks.org/cnt/de-intro.htm

Kostenlose Software für eine virtuelle Tastatur.

www.tcts.fpms.ac.be/synthesis/mbrola

Freie Software zur Generierung von Sprache aus Text in verschiedenen Sprachen. Besonders für bulbäre ALS-Patienten eine wichtige Hilfe.

www.meine-eigene-stimme.de

Dr. Eduardo Horwitz entwickelte eine Software, die es ermöglicht die Stimme eines Menschen aufzuzeichnen und als Grundlage für einen Sprachgenerator zu nutzen. Der Erhalt der eigenen Stimme, auch in einer Situation, in der die Stimme krankheitsbedingt für immer „versiegt“, ist für die Patienten und Angehörigen von unschätzbarem Wert.

1b; 2c; 3c; 4d, 5c

zu 1: Dysarthrien sind die häufigste Ursache einer neurogenen Kommunikationsstörung und bei einer Reihe von neurologischen Erkrankungen als Initialsymptom Grund für die Vorstellung bei einem Neurologen. Eine Zusammenstellung der Dysarthrieprevalenz zeigt, dass diese bei zerebrovaskulären Erkrankungen (in 15–30% der Fälle) meist nur transient auftreten. Bei schweren Schädel-Hirn-Traumata finden sich bei 30–50% dysarthrische Symptome, bei Multipler Sklerose bei 40–50% [Ziegler, 1998]. Dominierend sind jedoch die neurodegenerativen Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Morbus Huntington, Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom (PSP), Multisystematrophie, hier entwickelt sich in 75–90% der Fälle im Krankheitsverlauf eine Dysarthrie. Bei der amyotrophen Lateralsklerose kommt es bei fast allen Patienten (> 90%) zu einer Dysarthrie und 20–30% präsentieren sich bei der bulbären Verlaufsform mit dieser als alleinigem Erstsymptom.

Eine kortikale Repräsentation der Vokalisation wurde durch die Reizversuche von Penfield am Gyrus praecentralis in einer Region zwischen der zentralen Repräsentation der Hand und des Pharynx belegt [Penfield, 1938]. Dabei weisen neue prospektive Untersuchungen bei Hirninfarktpatienten darauf hin, dass unabhängig von der anatomischen Lokalisation linkshemisphärische Läsionen eine deutlich stärkere Beeinträchtigung der Artikulation und Sprechweise (Prosodie) als rechtshemisphärische auslösen [Urban, 2006]. Eine bei rechtshemisphärischen Prozessen veränderte Sprechweise ist daher nicht durch eine zentrale Innervationsstörung der Vokaltraktmuskulatur, sondern wahrscheinlich durch eine Änderung stimmlich-emotionaler Verhaltensmuster bedingt, wie sie auch bei depressiven Störungen auftreten.

zu 2: Aufgrund pathophysiologischer Modellvorstellungen lassen sich die bei den verschiedenen Erkrankungen auftretenden, dysarthrischen Störungen unterteilen in:

- eine schlaffe Dysarthrie (Läsion des 2. Motoneurons oder der neuromuskulären Übertragung)
- eine spastische Dysarthrie (Läsion des 1. Motoneurons)
- eine hypokinetisch-rigide Dysarthrie (Parkinson-Syndrom)
- eine ataktische Dysarthrie, bei Kleinhirnfunktionsstörungen

Dieser Einteilung können sprachtherapeutisch erfassbare Veränderungen der Stimmbildung, Artikulation, der Sprachmelodie und des -rhythmus (Prosodie) zur diagnostischen Einordnung zugeordnet werden. So ist die Stimme bei einer schlaffen Dysarthrie (Bulbärparalyse) bei erniedrigter Stimmlage eher hauchend von monotoner verlangsamter Sprechweise mit reduzierter Artikulationsschärfe. Bei einer spastischen Dysarthrie findet sich häufig eine eher gepresste Stimmqualität mit ebenfalls reduzierter Artikulationsschärfe und, bei rückverlagelter Zunge, eine Hypernasalität. Die rigid-hypokinetische Dysarthrie imponiert durch eine erhöhte Stimmlage bei monotoner Sprechweise und einer normalen oder sogar beschleunigten Sprechgeschwindigkeit. Die ataktische Dysarthrie zeigt oft ein inadäquates Atmungsmuster (z. B. inspiratorisches Sprechen) und deutliche Fluktuationen von Tonhöhe und Lautstärke, die einen explosiven polternden Lauteindruck hervorrufen [Ziegler, 1998]. Bei der bulbären Verlaufsform der ALS ist die Dysarthrie mit 93% das häufigste Symptom. Fast immer wird diese auch von einer Dysphagie (86%) begleitet. Ein Faszikulieren der Zungenmuskulatur findet sich bei fast zwei Drittel (64%) der Patienten [Chen, 2005]. Dabei werden die Motoneurone des N. hypoglossus stärker als die des N. trigeminus und N. facialis befallen [DePaul, 1988]. Ein Befund, der sich auch bei klinisch bulbär nicht betroffenen Patienten mit spinalem Verlauf nachweisen lässt. Jüngste funktionelle NMR-Untersuchungen zur Aktivierung bei vertikaler Zungenbewegung fanden in einer Gruppe von bulbären ALS-Patienten eine verminderte Aktivität sowohl in den präzentral motorischen und postzentral senso-

rischen Arealen und ein vollständiges Fehlen der Aktivierung im Thalamus. Dieser Unterschied zeigte sich besonders auch im Vergleich zu einer Gruppe von Patienten mit Kennedy-Syndrom [Mohammadi, 2009]. Deshalb wird von Autoren spekuliert, dass dieser sehr deutliche Effekt spezifisch für die bulbäre ALS ist und durch einen Befall des ersten Motoneurons hervorgerufen wird und nicht Folge der Muskelatrophie ist. In diesem Zusammenhang sind auch jüngste tierexperimentelle Untersuchungen an transgenen Mäusen bedeutsam, welche ein typisches Kennedy-Syndrom durch Überrepräsentation eines Wild-Typus-Androgenrezeptors nur in den Skelettmuskeln und nicht in den Motoneuronen entwickelten [Monks, 2008]. So fanden sich auch in einer Untersuchung an Muskelbiopsien bei sechs von acht Patienten mit Kennedy-Syndrom myopathische Veränderungen mit erhöhten CK-Werten, die über den üblichen Werten bei neurogenen Störungen lagen [Soraru, 2008]. Die spinobulbäre Muskelatrophie (Kennedy-Syndrom) ist auf eine genetische Störung des Androgenrezeptorgens auf dem X-Chromosom zurückzuführen [La Spada, 1991]. Eine Kombination aus bulbärer und spinaler Motoneurondegeneration, meist mit einer proximalen Binschwäche (44%) beginnend, mit endokrinen Störungen (52% Gynäkomastie; 10% Diabetes mellitus) und eine familiäre Belastung weisen oft den Weg zu der x-chromosomal-rezessiven Erkrankung. Allerdings kann die Familienanamnese bei 26–60% fehlen [Sperfeld, 2002]. Zusätzliche Hinweise sind eine Hodenatrophie oder Oligospermie sowie ein häufig bestehender Tremor (65–80%) [Mariotti, 2000]. In Abgrenzung zur ALS finden sich beim Kennedy-Syndrom neben allseits auftretenden Faszikulationen, diese fast immer auch perioral [Sperfeld, 2002]. Die Diagnose lässt sich bei klinischem Verdacht durch Bestimmung der Triplet-Repeat-Expansion im Androgenrezeptorgen sichern und stellt eine wichtige Differenzialdiagnose zur ALS dar [Parboosing, 1997]. Frauen, die bei x-chromosomal rezes-

siven Erkrankungen meist asymptomatisch sind, können jedoch bei einem Heterozygotenstatus durch X-Inaktivierung (nach der englischen Genetikerin Mary Lyon „Lyonization“ genannt) ebenfalls meist jedoch nur leicht symptomatisch (Muskelkrämpfe in 58%) werden [Mariotti, 2000].

Während die Lebenserwartung bei Kennedy-Syndrom im Gegensatz zur ALS im Allgemeinen nicht beeinträchtigt ist, kann es in Einzelfällen mit bulbärer Symptomatik doch zu Aspirationspneumonie und damit zu einer erhöhten Mortalität kommen [Chahin, 2008]. Das Risiko für einen, bisweilen auch wiederholt auftretenden, Laryngospasmus bei fast 50% der Kennedy-Patienten scheint im Vergleich zu anderen Motoneuronerkrankungen spezifisch zu sein [Sperfeld, 2005a]. Interessant sind in diesem Zusammenhang die Hinweise auf eine Störung der Muskelfasern selbst, die den bisher angenommenen Schädigungsmechanismus durch Überexpression eines falschen Androgenrezeptors in Motoneuronen und sensorischen Neuronen sehr infrage stellen [Soraru, 2008].

zu 3: Die beeinträchtigte Kommunikation, die im Verlauf der ALS bei fast allen Patienten auftritt, dominiert bei bulbärer Verlaufsform oft bereits in der Frühphase der Erkrankung. Dabei versuchen die Patienten anfangs häufig durch eine sehr kraftvolle Stimmbildung und Artikulation die Verständigungsprobleme zu kompensieren. Diese Anstrengung führt aber häufig zusammen mit verstärkter Atemlosigkeit zu keiner Verbesserung der Verständlichkeit. Ein Sprech- und Sprachtraining kann durch bewusstes Atemtraining und Anpassung von Stimmbildung und Artikulationsverhalten helfen. Ein Sprechtraining, das Widerstands- oder isometrische Übungseinheiten, ein Stimmstärkungsprogramm oder eine Steigerung der Lautheit anstrebt, ist bei stärkerem bulbärer Symptomatik jedoch zu vermeiden, da es darunter zu einer weiteren Verschlechterung der Verständlichkeit kommen kann [Watts, 2001].

Als sehr empfindlicher Parameter hat sich die Bestimmung der Sprechrate (Worte/Minute) zur Erfassung einer bulbären Sprechstörung herausgestellt. So kommt es unterhalb einer Sprechrate von 100 Worten/Minute (Normalpersonen erreichen eine Rate von durchschnittlich 195 Worte/Minute) bei ALS-Patienten zu einem steilen Abfall der Verständlichkeit und damit zu einer deutlichen Störung der Kommunikation [Ball, 2001]. Zusätzlich wirkt sich die bei bulbärer ALS auftretende Änderung der Stimmqualität (raue behauchte oder gepresst raue Stimme) negativ aus. In den letzten Jahren zeichnet sich hier auch auf Patientenseite eine zunehmende Akzeptanz technischer Hilfen ab, sodass nach Erhebungen in den USA der Prozentsatz der Patienten, die eine Kommunikationshilfe nutzen von knapp über 70% vor 1996 auf über 95% anstieg [Beukelmann, 2007]. Diese Entwicklung ist vor dem Hintergrund, dass fast 95% der ALS-Patienten vor ihrem Tod sprechunfähig werden und damit die Kommunikation auch über Fragen der Therapieanpassung und palliativer Maßnahmen sehr erschwert wird, erfreulich [Ball, 2004], ermöglicht sie es doch mit dem Patienten auch in der letzten Lebensphase „im Gespräch“ zu bleiben, Stimmungsänderungen und behandlungsbedürftige Affektstörung leichter zu erfassen und den ärztlichen Dialog auch in der wichtigen Entscheidung über lebensverlängernde Maßnahmen direkt mit dem Patienten führen zu können [Albert, 2009]. Dies ist auch zur Beurteilung einer depressiven Störung, die nach Selbstmitteilung bei 44–75% auftritt und bei 10% zu einer schweren depressiven Episode führt, entscheidend, wenn motorische Äußerungen als Ausdruck affektiver Zustände aufgrund der zunehmenden Paresen wegfallen und bei bis zu 50% ein pathologisches Lachen oder Weinen auftritt [Rankin, 2005].

Neue Sprachgeneratoren können die Sprache des Patienten aufnehmen und so verarbeiten, dass dieser später durch den Computer mit seiner eigenen Sprache „sprechen“ kann. Zu diesem Zweck

ist es jedoch notwendig gerade bei der bulbären ALS möglichst früh im Krankheitsverlauf, wo die Beeinträchtigung noch gering ist, eine entsprechende Sprachaufnahme vorzunehmen (siehe www.meine-eigene-stimme.de).

zu 4: Da die Dysarthrie bei einer bulbären ALS fast immer mit einer Dysphagie verbunden ist, sollte neben der Gewichtskontrolle auch immer eine Kontrolle der Schluckfunktion erfolgen. Anfangs ist es oft ausreichend durch Änderung der Nahrungszubereitung (Andicken und Pürieren von Speisen) und des Essverhaltens (Nachtrinken) eine Besserung der Dysphagie zu erreichen. Oftmals ist auch ein Konsistenzwechsel innerhalb der Mahlzeit sinnvoll, sodass nach festen Speisen flüssige oder breiige zugeführt werden und das Essen durch Trinken von klarem Wasser abgeschlossen wird. Eine ernährungsbedingte Gewichtsabnahme stellt einen Risikofaktor dar. So zeigte sich die Lebensdauer bei unterernährten ALS-Patienten deutlich reduziert und das Sterberisiko siebenfach erhöht [Desport, 1999]. Bei zunehmenden Problemen sollte eine endoskopische Kontrolle des Schluckaktes erfolgen. Hierbei können Störungen beim Schlucken unterschiedlicher Konsistenzen erkannt und spezifische Therapieempfehlungen gegeben werden. Unter logopädischer Anleitung kann der Patient im Verlauf Änderungen der Schlucktechnik wie das supraglottische Schlucken („chin tuck manoeuvre“) mit Anteflexion des Kopfes zur Verhinderung einer Aspiration beim Kauen erlernen [Heffernan, 2004]. Dabei können auch stimulierende Maßnahmen (Eisstimulation) insbesondere bei spastischer Dysphagie eingesetzt werden. Eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ist derzeit noch das Standardverfahren zur enteralen Ernährung bei ALS. Wenn bei weiterer Progredienz die orale Ernährung nicht mehr möglich ist, sollte möglichst bei noch gutem Allgemeinzustand eine PEG oder eine perkutane radiologische Gastrostomie (PRG) geplant werden, da das Risiko beim Legen steigt, wenn die Vitalkapazi-

tät unter 50% gefallen ist [Shaw, 2006]. Auch wenn die Ernährungssituation hierdurch gebessert werden kann, liegen keine Studien vor, die einen Schutz vor Aspiration oder eine Verbesserung der Lebensqualität belegen. Eine nasogastrale Sonde führt zu Reizungen und Ulzerationen im Nasen-Pharynxbereich und kann durch eine vermehrte oropharyngeale Sekretion Speichelfluss und vermehrten Husten auslösen [Heffernan, 2004].

zu 5: Untersuchungen an größeren Kollektiven zum natürlichen Verlauf der ALS zeigen, dass die mediane Überlebensdauer bei spinalem Verlauf vom Zeitpunkt der ersten Symptome bei drei bis fünf Jahren liegt. Bei der bulbären Verlaufsform ist die Zeit mit zwei bis drei Jahren deutlich kürzer [Chancellor, 1993; Logroscino, 2008]. Während in größeren klinischen Kohortenstudien die 3-Jahres-Überlebensrate bei 48% und die 5-Jahres-Überlebenszeit bei 24% liegt und immer noch ungefähr 4% länger als zehn Jahre überleben, liegen die 5-Jahres-Überlebensraten in den populationsgestützten Studien nur zwischen 4–30% [Chancellor, 1993; Testa, 2004]. Zu den wichtigsten Prognosefaktoren, die in den letzten Jahren herausgearbeitet werden konnten, zählen der klinische Typ der Motoneuronerkrankung, das Erkrankungsalter, eine kürzere Zeit bis zur Diagnosestellung und die Abnahme der anfänglichen forcierten Vitalkapazität [del Aquilla, 2003; Preux, 1996]. Von den Unterformen einer ALS hat insbesondere die progressive Muskelatrophie, die nur Zeichen einer Läsion des 2. Motoneurons mit schlaffen atrophischen Paresen aufweist, eine sehr viel bessere Prognose [Van den Berg-Vos, 2009]. Bei einer segmentalen Verteilung, die als Flail-Variante eine Diplegie der Arme oder Beine zeigt, wurde die mediane Überlebenszeit in einer großen Kohorte in London für den Befall der Arme mit 61 Monaten und der Beine mit 69 Monaten bestimmt. In der gleichen Studie wurden parallel Patienten aus Melbourne verfolgt. Hier lag die mediane Überlebensdauer für die Arme bei 66 Monaten und

für die Beine bei 71 Monaten. In der Londoner Gruppe lag die 5-Jahres-Überlebensrate bei einem Befall der Arme bei 52%, bei den Beinen bei 64%, während in der gleichen Kohorte bei spinalem Verlauf 20% und bei bulbärem Verlauf nur 8,8% fünf Jahre überlebten [Wijesekera, 2009]. Auch eine jüngste Populationsstudie aus Italien belegt die ungünstige Prognose bei bulbärem Verlauf der ALS. In dieser Untersuchung war auch eine kurze Zeit zwischen Beginn der Symptomatik und Diagnosestellung mit einer schlechteren Prognose verbunden, was Ausdruck der zur Diagnosesicherung notwendigen raschen Symptombreitung war [Zococolella, 2008]. Neueste genetische Untersuchungen an 1.821 sporadischen ALS-Fällen weisen auf einen möglichen neuen prognostisch günstigen Marker hin [Landers, 2009]. So war in dieser Studie eine verminderte Expression des Kinesin-assoziierten Proteins 3 (KIFAP3) mit einer verlängerten Überlebenszeit bei ALS korreliert. Möglicherweise könnte eine Beeinflussung der Motorproteine einen neuen therapeutischen Ansatz bieten. Neben einem rascheren Verlauf finden sich bei der bulbären ALS auch kognitive Funktionsstörungen häufiger als bei spinaler ALS [Schreiber, 2005]. Das Muster der Störungen mit reduzierter verbaler und non-verbaler Flüssigkeit und Störung der Konzeptbildung entspricht dabei einer frontotemporalen Dysfunktion und ist bereits frühzeitig nachweisbar; die kognitive Störung entwickelt sich unabhängig vom Verlauf des voranschreitenden motorischen Funktionsverlustes. Während kognitive Beeinträchtigungen bei 20–50% der Erkrankten nachweisbar sind, kommt es jedoch nur bei 3–5% zu einer Demenz [Abrahams, 1999]. Nach der Entwicklung eines Tiermodells, der transgenen ALS-Maus, wurden in den letzten Jahren eine Vielzahl von Medikamenten (> 100), mit zum Teil beeindruckender Wirkung im Tierversuch auch in klinischen Studien getestet. Für keines dieser Präparate gelang jedoch ein überzeugender Wirkungsnachweis [Übersicht Wijesekera, 2009]. So ist der-

zeit nur Riluzol, das unter anderem einen antiglutaminergen Effekt hat, zur Behandlung der ALS zugelassen. Eine Cochrane-Analyse belegt dabei eine Verlängerung der Lebenserwartung um etwa zwei bis drei Monate und eine Risikoreduktion von 9%, innerhalb von zwölf Monaten zu versterben (57% in der Placebo- und 66% in der Riluzolgruppe). Die number-needed-to-treat (NNN), um einen Todesfall über zwölf Monate zu verhindern, beträgt 11 [Miller, 2007]. Eine retrospektive Datenanalyse belegt jedoch sogar eine Verlängerung der Überlebenszeit von bis zu 20 Monaten [Traynor, 2003; Turner 2002]. In einer unlängst veröffentlichten Autopsiestudie aus Schottland wurde in einer Kohorte von 44 Patienten mit Motoneuronerkrankung in 32 von 44 Fällen (73%) eine Bronchopneumonie, in fünf Fällen eine Aspirationspneumonie (11%) und in vier Fällen eine Ateminsuffizienz (9%) als Todesursache ermittelt [Kurian, 2009]. Die Sicherheit der klinischen Diagnose wird durch die pathologisch in allen 44 Fällen bestätigte klinische Diagnose einer Motoneuronerkrankung belegt. In fünf Fällen (11%) wurde letztlich eine familiäre Motoneuronerkrankung gesichert, zwei hatten zusätzlich Alzheimer-typische Veränderungen und ein Patient Lewy-Körperchen-Veränderungen [Kurian, 2009]. Eine Studie aus Deutschland und England, welche die Terminalphase von ALS-Patienten retrospektiv untersuchte, zeigte, dass in Deutschland 82% und in England 96% an einem respiratorischen Versagen verstarben. Dabei war die Sterbephase bei 88% in Deutschland und 98% in England friedvoll [Neudert, 2001]. Über die Hälfte der Patienten verstarb dabei in beiden Ländern in ihrer eigenen Wohnung. Eine neuere Untersuchung aus Deutschland zeigt an einer kleinen Patientengruppe, dass auch ALS-Patienten die nicht-invasiv beatmet wurden, überwiegend friedlich verstarben. Patienten mit bulbärer Verlaufsform hatten jedoch häufiger Erststichungsattacken [Kühnlein, 2008].

Literatur beim Verfasser



Fortbildung

Für Sie gelesen

Foto: Archiv

Für Sie gelesen

Homocysteinsenkung mindert Risiko für Schlaganfall

Eine erneute Analyse der HOPE-2-Studie sollte klären, ob die kombinierte Gabe von Folsäure, Vitamin B6 und Vitamin B12 das Risiko von Schlaganfällen und deren Schwere senken kann.

Bei Patienten mit einer akuten zerebrovaskulären Erkrankung sind höhere Plasmakonzentrationen von Homocystein nachweisbar. Kontrollierte Untersuchungen wie VISP beziehungsweise HOPE-2 konnten jedoch nicht belegen, dass Homocysteinsenkende Substanzen den zuvor gewählten Studienendpunkt (Schlaganfallrezidiv beziehungsweise kombinierte Endpunkte) signifikant beeinflussen.

In die randomisierte HOPE-2-Studie wurden 5.522 Patienten im Alter von mindestens 55 Jahren eingeschlossen. Bei allen Studienteilnehmern waren entweder koronare Herzerkrankung, zerebrovaskuläre Erkrankung (TIA, Insult), periphere arterielle Verschlusskrankheit oder Diabetes mel-

litus bekannt. Zusätzlich bestand mindestens ein zusätzlicher kardiovaskulärer Risikofaktor wie arterielle Hypertonie, Dyslipidämie oder Rauchen. Die Patienten nahmen für fünf Jahre entweder täglich die Kombination aus 2,5 mg Folsäure, 50 mg Vitamin B6 und 1 mg Vitamin B12 oder ein Placebopräparat ein.

Bei der erneuten Analyse der HOPE-2-Daten nahm in der Verumgruppe die Homocysteinkonzentration um 2,2 µmol/l ab, unter Placebo stieg sie um 0,8 µmol/l. Während der Beobachtungszeit ereignete sich bei 258 Personen (4,7%) ein Schlaganfall. Dabei lag die Schlaganfall-Inzidenz unter Einnahme der Vitamine bei 0,88 pro 100 Personenjahren und in der Placebogruppe

bei 1,15 pro 100 Personenjahren; dieser Unterschied (Hazard Ratio, HR: 0,75) war statistisch signifikant. Auch die Rate der nicht tödlichen Schlaganfälle war unter der Vitaminskombination signifikant reduziert (HR: 0,72).

Es konnte kein statistisch auffälliger Unterschied zwischen den Gruppen für das neurologische Defizit 24 Stunden nach dem Insult und für die funktionelle Einschränkung am siebten Tag oder bei Entlassung festgestellt werden. Ein mindestens als Trend zu wertendes verbessertes klinisches Outcome unter Vitamintherapie bestand jedoch für folgende Subgruppen: Alter unter 69 Jahre, Regionen ohne Nahrungsanreicherung mit Folsäure, hohe basale Cholesterin- und Homocysteinwerte, keine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern oder Lipidsenkern.

Fazit: In der neuen Analyse der HOPE-2-Studiendaten reduzierte die Therapie mit Homocysteinsenkern das Schlaganfallrisiko signifikant. Die Schwere des Schlaganfalls und die Behinderungen blieben dagegen unbeeinflusst. Ein Benefit war diesbezüglich nur in einzelnen Subgruppen nachweisbar. **af**



Bei entsprechender Vorsorge können hohe Folgekosten für die Schlaganfallrehabilitation eingespart werden.

Saposnik G et al. Homocysteine-lowering therapy and stroke risk, severity and disability. Additional findings from the HOPE 2 trial. Stroke 2009; 40: 1365–72

Foto: Fotolia.com/Alfred Wekelo

Psychotherapie wirkt bis in die Tiefe

In der Behandlung der Depression steht neben der Pharmakotherapie auch die Psychotherapie als wirksame Option zur Verfügung. Dass die Psychotherapie allein so effektiv ist, dass sie sogar die Gentranskription ankurbelt, zeigten nun Wissenschaftler aus Kiel.

↳ Der Transkriptionsfaktor CREB (cyclic AMP response element-binding protein) vermittelt in Nervenzellen unter anderem die Expression von neuronalen Wachstumsfaktoren wie BDNF (brain-derived neurotrophic factor), die seit einiger Zeit mit der Wirkung antidepressiver Therapien in Zusammenhang gebracht werden. Als grundlegende Elemente in der Signaltransduktionskaskade sind sie für die zelluläre Widerstandsfähigkeit wichtig und es wird angenommen, dass sie auch bei der veränderten neuronalen Plastizität bei Depressionen eine entscheidende Rolle spielen. Die Kieler Forscher konnten zeigen, dass diese zellulären biologischen Marker bei Depression nicht nur auf Antidepressiva, sondern auch auf Psychotherapie allein ansprechen. Frühere Untersuchungen ergaben,

dass der Anstieg von aktiviertem, phosphoryliertem CREB (pCREB) in T-Lymphozyten signifikant mit einer verbesserten Symptomatik bei Patienten assoziiert war, die Antidepressiva einnahmen. Nun fokussierten die Wissenschaftler auf Patienten, die nur Psychotherapie erhielten. Neben pCREB in T-Lymphozyten wurde auch die Plasma-Konzentration von BDNF bestimmt; die Psychopathologie wurde anhand der Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD) ermittelt. 30 Patienten, welche die DSM-IV-Kriterien für die Major-Depression erfüllten, nahmen an der sechswöchigen Studie teil und erhielten zweimal in der Woche eine interpersonelle Psychotherapie (IPT). Nach sechswöchiger IPT waren 17 Patienten Responder (Verringerung des HAMD-Ausgangswerts um 50%). Bereits nach einer Woche

stieg bei ihnen im Vergleich zur Non-Responder-Gruppe die pCREB-Menge signifikant an. Bezüglich BDNF unterscheiden sich die Gruppen nicht voneinander. Auch war die Korrelation von BDNF-Konzentration und pCREB nicht signifikant.

Fazit: Die Autoren schlussfolgern, dass der frühe pCREB-Anstieg auf der Psychotherapie beruht und nicht auf pharmakologischen Effekten oder BDNF-Plasma-Spiegeln. Damit konnte zum ersten Mal auch auf molekularbiologischer Ebene ein Ansprechen auf Psychotherapie nachgewiesen werden. **cm**

Koch JM et al. Changes in CREB phosphorylation and BDNF plasma levels during psychotherapy of depression. Psychother Psychosom. 2009; 78 (3): 187–92

Angriffspunkt Laminine: Chance für die MS-Therapie

Bei der Ursachenerforschung der Multiplen Sklerose ist ein internationales Team einen großen Schritt weitergekommen. Die Forscher entschlüsselten den Mechanismus, der die zerstörerisch auf das Nervensystem einwirkenden Leukozyten in das Gehirn lockt.

↳ Um am Entzündungsort die Entzündungsreaktion voranzutreiben, verlassen die im Blutstrom zirkulierenden Leukozyten die Blutgefäße, überwinden die endotheliale Barriere und wandern in das subepitheliale Gewebe ein. Aus noch ungeklärter Ursache wird auch bei der Multiplen Sklerose (MS) eine Subpopulation von Leukozyten, die autoreaktiven T-Lymphozyten, in das ZNS rekrutiert und zerstört dort zunehmend die Myelinschicht. Werden Leukozyten durch Signalstoffe in das entzündete Gewebe gelockt, wandern sie aus den Gefäßen durch die Endothelzellen und treten danach in einem länger dauernden Prozess durch die Basalmembran, einer komplexen Struktur aus verschiedenen Glykoproteinen. Forscher nahmen nun die Barrierefunktion der Basalmembran genauer unter die Lupe. Eine aktuelle Studie

belegt, dass sich T-Lymphozyten bei ihrer Extravasation an einem bestimmten Proteintyp in der Basalmembran, den Lamininen, orientieren. Anhand von Mäusen mit experimenteller Autoimmun-Enzephalomyelitis (EAE, eine T-Lymphozyten-vermittelte Autoimmunkrankheit in enger Beziehung zur menschlichen MS) konnten die Forscher zeigen, dass die T-Lymphozyten genau dort das Blutgefäß im Gehirn verlassen, wo Laminin $\alpha 4$ in der Gefäßwand exprimiert wird. Bei Laminin $\alpha 4$ -knock-out-Mäusen, deren Gefäße vor allem ein anderes Laminin, die $\alpha 5$ -Variante, in ihrer Basalmembran tragen, ließ sich die Erkrankung nur schwer auslösen, die EAE war zudem nur sehr milde ausgeprägt und die Anzahl der T-Lymphozyten im Gehirngewebe war geringer. Ähnliches wurde mit EAE-Mäusen erzielt, bei denen der Rezeptor zur Erkennung

des Laminin $\alpha 4$ an den T-Lymphozyten (Integrin $\alpha 6 \beta 1$) fehlte oder bei denen das Zusammenspiel zwischen Rezeptor und Laminin durch Antikörper blockiert wurde. Die Daten zeigen, dass die Wechselwirkung von T-Lymphozyten und Lamininen ein kritischer Faktor in frühen Krankheitsstadien ist. Die spezifische Laminin-Zusammensetzung der Basalmembran könnte somit ein neuer Ansatz für Therapiemöglichkeiten sein. Denn würde der Zustrom von T-Lymphozyten zielgenau blockiert, könnten so die zerstörerischen Prozesse bei MS vermieden werden, die der Infiltration von Leukozyten in das ZNS folgen. **cm**

Chuan Wu et al: Endothelial basement membrane laminin $\alpha 5$ selectively inhibits T lymphocyte extravasation into the brain. Nature Medicine 2009; 15 (5): 519–27