2 November 2010 _ 21. Jahrgang

NeuroTransmitter

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

NeuroTransmitter SH 2/2010

BVDP-Sonderheft zum Kongress der DGPPN 2010

Standortbestimmung

Die Identität des Psychiaters

Springer Medizin | Verlag Urban & Vogel GmbH München

»Psychiater sollen breit aufgestellt, mit Hirn und Charisma, schlau und warmherzig, selbstbewusst und mit Respekt und Toleranz für das Besondere im Menschen sein.«

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
1. Vorsitzende des BVDP

Die Identität des Psychiaters

Liebe und sehr verehrte Kollegen und Kolleginnen,

in diesem Jahr heißt das Motto des Kongresses „Interdisziplinarität". Das Spannende daran ist, dass die Forschungsergebnisse und Diskussionsforen mit einem ganzen Kanon an anderen medizinischen Fachdisziplinen gemeinsam geplant und die ganze gelebte Vielfältigkeit unseres Faches präsentiert wird. Aber finden Sie nicht auch, dass wir Psychiater in diesem Kanon unsere eigene Stimme gut hörbar präsentieren müssen?

Nur unser Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie hat so viele Schnittstellen mit sowohl somatischen, operativen, technischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Nachbarn. Nur unser Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie erlebt, dass so viele Nachbardisziplinen oder auch nichtärztliche Berufe in ihrem Bemühen, sich selbst zu definieren, auch nach psychiatrischen Inhalten für sich selbst Ausschau halten. Allein die Historie der Entwicklung der S3-Leitlinie Depression mit all ihrer Komplexität und der Vielzahl von beteiligten Gesellschaften, Verbänden und Interessensgruppen spricht hier für sich. Nur unser Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie kämpft seit Jahren gegen Stigmatisierungen, gegen Unwissenheit und das Vorurteil der reinen Pharmako-Orientiertheit. Nur unser Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie hat seit Jahrzehnten eine „Anti-Bewegung".

Alle diese Gesichtspunkte sind mit Sicherheit der bisherigen relativen Unwissenheit der Medizin über die Funktionsweise des Gehirns geschuldet und relativieren sich mit zunehmender Kenntnis und Erkenntnis über die komplexen Zusammenhänge unseres wichtigsten Organs. Dennoch sei auch in diesem Editorial, wie auch schon im letzten Jahr, der Hinweis auf den „kollektiven Neglect" gestattet. Die Unerlässlichkeit psychiatrischer Diagnostik und Therapie, diese ärztliche Kunst der Mustererkennung im Längsschnitt, die Tatsache dass sie nicht ersetzbar ist, weder durch rein psychologische oder rein medizinisch-somatische Therapie, muss immer noch mit Nachdruck wiederholt werden.

Dieses Sonderheft des BVDP zum DGPPN-Kongress versucht, die Facetten der Identität des Psychiaters besonders an den Schnittstellen zu den Nachbarfächern zumindest teilweise zu beschreiben und zu besetzen. Der Bogen spannt sich vom relativ neuen Teilbereich der psychiatrischen Bildgebung über die Neuropsychologie bis hin zur störungsspezifischen Psychotherapie. Des Weiteren wird auf die Notwendigkeit von psychiatrischem Know-how in der Arbeitsmedizin hingewiesen. Ein weiterer wichtiger Beitrag ist das Interview mit Dr. Andreas Köhler, dem Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Vergütungssituation der niedergelassenen Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Weitere Informationen über die aktuelle Gesundheitspolitik und Gesetzgebung runden das Heft ab.

Das Heft soll so sein, wie wir denken, dass Psychiater sein sollen: breit aufgestellt, mit Hirn und Charisma, schlau und warmherzig, selbstbewusst und mit Respekt und Toleranz für das Besondere im Menschen.

Herzliche Grüße

Ihre

Christa Roth-Sackenheim

Die Identität des Psychiaters

Von Bildgebung bis Psychotherapie – kaum ein anderer Facharzt spannt einen so weiten Bogen und zieht so viele Nachbardisziplinen mit ein wie der Psychiater. Das ist faszinierend, erschwert aber auch eine eindeutige Verortung dieses Fachgebiets. Was ist die Identität des Psychiaters? Was grenzt ihn von Vertretern benachbarter Disziplinen ab?

Um diese Fragen soll es in dieser Sonderausgabe zum DGPPN-Kongress gehen. Zunächst bieten zwei aktuelle Fortbildungsbeiträge zu den Themen Bildgebung und Psychotherapie einen detaillierten Einblick in den derzeitigen Forschungsstand. In weiteren Beiträgen wird das Selbstverständnis des Psychiaters beleuchtet. Neben den Themen Arbeitsmedizin und ambulante Neuropsychologie geht es dabei auch um die aktuelle Honorarsituation der Psychiater und – natürlich – um die Zukunft des Fachgebiets.

.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:
Beate Huber
Telefon: 089 203043-1461, Fax: 089 203043-31461
E-Mail: beate.huber@springer.com
Dr. Fabienne Hübener (freie redaktionelle Mitarbeit)
E-Mail: huebener@fabtext.de

Schriftleitung dieser Sonderausgabe:
Dr. Christa Roth-Sackenheim
Telefon: 0160 97796487
E-Mail: bvdp@Dr-Roth-Sackenheim.de

Titelbild: Mardre / shutterstock.com

Inhalt Sonderheft 2/2010

3 Editorial

7 Impressum

Fortbildung

8 Besseres Krankheitsverständnis durch Bildgebung

24 Die Interpersonelle Psychotherapie als störungsorientierter Ansatz

Strukturen

38 Ambulante Neuropsychologie: Stiefkind der Versorgung

44 Arbeitsmedizin im Wandel

Anzeige

NeuroTransmitter

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

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN), 1. Vorsitzender: Dr. med. Frank Bergmann (fb),
Theaterplatz 17, 52062 Aachen, Tel.: 0241 36330, Fax: 0241 404972, E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Geschäftsstelle: D. Differt-Fritz, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

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

Verlag: Springer Medizin | Urban & Vogel GmbH, Aschauer Str. 30, 81549 München, Tel.: 089 203043-1300, Fax: 089 203043-1399, www.urban-vogel.de

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die Urban & Vogel GmbH ist 100 %ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100 %. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100 %ige Tochtergesellschaft der Springer Science + Business Media Deutschland GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science + Business Media Deutschland GmbH ist die Springer Science + Business Media Netherlands B. V., die 100 % der Anteile hält. Die Springer Science + Business Media Netherlands B. V. ist eine 100 %ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media Finance S.á R. L. Die Springer Science+Business Media Finance S.á R.L. ist eine 100%-ige Tochter der Springer Science+Business Media S.A.

Geschäftsführer: Harm van Maanen, Dr. Dirk Einecke, Ulrich Huber, Stephan Kröck, Dr. Esther Wieland, Matthias Wissel

Director Facharzt Medizin: Dr. Christoph Posch

Ressortleitung: Dr. Gunter Freese

Redaktion: Beate Huber (Leitung) Tel.: 089 203043-1461, Fax: 089 203043-31461, E-Mail: beate.huber@springer.com; Monika Hartkopf (CvD, -1409); Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

Herstellung: Edda Führer (Layout)

Corporate Publishing: Ulrich Huber (Leitung, Anschrift wie Verlag, -1331);

Anzeigenleitung: Peter Urban (Anschrift wie Verlag, -1333, E-Mail: peter.urban@springer.com) Anzeigenpreisliste Nr. 13 vom 1.1.2010

Vertrieb: Frank Niemann (Leitung, -1411)

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-4304, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter www.urban-vogel.de und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht zwei Monate vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft: 21 €. Jahresabonnement: 199 €. Für Studenten/AIP: 139 €. Versandkosten jeweils: Inland 24 €, Ausland 33 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder:
Jahresabonnement 48 € zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright – Allgemeine Hinweise: Veröffentlicht werden nur Arbeiten und Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wieder-gabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Druck: KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen
Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.
© Verlag Urban & Vogel GmbH, München ISSN 1436-123X

LA-MED geprüft Facharzt-Studie 2008

Inhalt Sonderheft 2/2010

Organisation

55 Die Identität des Psychiaters

59 Honorare und Reformen
Interview mit Dr. Andreas Köhler

61 Pharmaforum

66 Verbandsservice

Wichtiger Hinweis!

Auf S. 64 f. finden Sie den Kongress Report Aktuell „Weil Depression auch schmerzt – Frühe Schmerzreduktion steigert die Remissionswahrscheinlichkeit“.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Imaging bei Schizophrenien und Psychosen

Besseres Krankheitsverständnis durch Bildgebung

Die Schizophrenie-Erkrankung ist eine Herausforderung für die wissenschaftliche Bearbeitung von Ursachen und die Entwicklung entsprechender Behandlungsoptionen. Bereits die Definition, Klassifikation und Abgrenzung zu benachbarten Erkrankungen ist schwierig und Grundlage andauernder Diskussionen. Die Krankheitsentitäten der Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind seit Kraepelin empirisch-konstitutiver und weniger biologisch-pathologisch definierbarer Natur. So schwierig die Definition der Erkrankung, so komplex und vielschichtig zeigt sich die Psychopathologie, die sich durch Produktiv-Symptomatik, Negativ-Symptome und kognitive Störungen bei allerdings hoch-individueller Ausprägung und Verlaufsform auszeichnet. Bildgebende Verfahren sind für den Wissenschaftler in diesem Kontext ein methodisch gutes Bindeglied zwischen Symptomatik und Pathophysiologie.

UTE HABEL, INGO VERNALEKEN

© V. Yakobchuk / Fotolia.com

Die moderne Bildgebung erlaubt Einblicke in das Gehirn von Schizophreniepatienten. Die Forschung zeigt vor allem eines: wie komplex diese Erkrankung ist.

Im starken Gegensatz zur Komplexität der Erkrankungsbilder von schizophrenen Psychosen stehen der weiterhin noch recht einschichtige psychopharmakologische Behandlungsansatz und die recht geringe Integration psychotherapeutischer Ansätze in das Therapiekonzept. Bei letzteren haben neben der breit etablierten Psychoedukation vor allem familien- und verhaltenstherapeutische Ansätze gute Effektstärken in der Wirksamkeit gezeigt. Ebenso erwiesen sich multidimensionale integrierte psychologische Therapieprogramme, die kognitive, soziale und emotionale Aspekte aufgreifen, als erfolgversprechend. Bei der Pharmakotherapie erscheint trotz aller Evolutionen und Verbesserungen der zur Verfügung stehenden Präparate bisher der D_2-Rezeptor-Antagonismus (bei Reserpin dopaminerge Vesikelentleerung) bei allen derzeit klinisch gebräuchlichen Präparaten noch eine notwendige Bedingung für eine antipsychotische Wirkung darzustellen [Seeman and Lee, 1975].

Ansatzpunkt dopamaninerges System

Das dopaminerge Transmittersystem ist eines der weitaus bestuntersuchten Targets in der wissenschaftlichen Erforschung dieser Erkrankung. Obgleich die klinische Therapieforschung, die Neurochemie und auch tierexperimentelle Modelle hier zu relevanten Befunden geführt haben, bedarf es dennoch Untersuchungsmethoden, welche in-vivo einerseits dopaminerge Strukturen und deren (Dys-)regulation darstellen, andererseits die funktionellen Zustände der Zielstrukturen räumlich spezifisch beschreiben können. Insbesondere die räumlichen Informationen können nur durch bildgebende Verfahren dargestellt werden; hier sind vorrangig Methoden der molekularen Bildgebung mittels Positronen-Emissionstomografie (PET) oder der Single-Photon-Emission-Computer-Tomografie (SPECT) sowie die funktionelle Magnetresonanztomografie (fMRT) zu nennen. Während PET und SPECT molekular spezifisch Strukturen und deren Veränderungen quantifizieren können, bietet das fMRT eine Möglichkeit relative Aktivitätsveränderungen (Blutflussveränderungen) des Gehirns mit vergleichsweise hoher zeitlicher und räumlicher Auflösung abzubilden. Diese Methoden sind zwar bisher noch nicht in der Lage, in der individuellen Diagnostik hilfreiche Befunde zu liefern, können aber mittelbar durch das verbesserte Verständnis von Pathomechanismen und Wirkungsweise der Medikation für Patienten hilfreich sein.

Molekulare Bildgebung

Das Grundprinzip von PET und SPECT besteht in der Insertion eines radioaktiv markierenden Isotops an ein kleines bis mittelgroßes Molekül (bis 500 m), welches dann möglichst spezifisch an die Zielstruktur bindet oder aber verstoffwechselt und gespeichert wird. Im Rahmen der gegenüber dem SPECT zu präferierenden PET werden üblicherweise Liganden entwickelt und verwandt, welche eine ^{11}C- und ^{18}F-Markierung tragen. Die beiden Isotope zeichnen sich jeweils durch einen Mangel eines Neutrons im Kern aus, welcher durch Umwandlung eines Protons in ein Neutron und ein Positron stabilisiert wird. Dieses Positron wird daraufhin emittiert, zeigt aber lediglich eine Flugdauer von maximal circa 2 mm, während der es mit einem Elektron kollidiert und im Rahmen einer Vernichtungsstrahlung Energie abgibt. Diese γ-Strahlung erfolgt mit einer exakt definierten Energie (511 keV) und exakt in 180° voneinander entgegengesetzten Richtungen. Dieser Mechanismus ermöglicht eine ziemlich genaue Detektion eines solchen Zerfalls und Rekonstruktion der Lokalisation der Zerfallshäufigkeiten. Somit hat die PET die Möglichkeit, die räumliche Verteilung der Verfügbarkeiten entsprechender Zielstrukturen mit einem Absolutwert zu bestimmen.

Optimales Bild durch PET

Zielstrukturen sind üblicherweise Rezeptoren, Transporter und Enzyme. Kompliziert wird das Verfahren allerdings durch die Tatsache, dass auch der verwandte Ligand durch Aufnahme, Verteilung, Bindung, Abbau und Ausscheidung unterschiedlichen kinetischen Prozessen unterliegt. Um aus der dynami-schen Bildfolge letztlich die Zielparameter zu bestimmen, sind Beobachtungszeiten dieser kinetischen Prozesse von bis zu drei Stunden nötig. Die Haupteinschränkung der PET ist insofern die geringe zeitliche Auflösung. Auch die räumliche Auflösung ist selbst bei modernen Scannern auf 3 mm beschränkt (zumeist schlechter). Darüber hinaus ist die Interpretation der Absolutwerte schwierig, da beim Rezeptor-PET in der Regel nicht Konzentrationen von Strukturen sondern deren Verfügbarkeiten dargestellt werden, die aber immer auch von der Affinität des Liganden und der Konzentration endogener Liganden abhängen. Trotz dieser Limitierungen ist die PET das derzeit bestgeeignete Verfahren, molekulare Veränderungen in den Transmittersystemen in-vivo darzustellen.

Molekulare Befunde

Das Hauptinteresse der molekularen Bildgebung innerhalb dieser Erkrankungsgruppe lag und liegt vorrangig in der Beschreibung der psychopharmakologisch genutzten Zielstrukturen sowie deren funktionell verwandter Strukturen. So fanden eine Reihe von Untersuchungen statt, um D_2-artige Rezeptoren (D_2, D_3, D_4; im PET sind D_2- und D_3-Rezeptoren kaum zu separieren) aber auch D_1-Rezeptoren und $5HT_2$-Rezeptoren zu quantifizieren. Mit Enzymsubstratliganden kann ferner der präsynaptische Dopaminstoffwechsel beschrieben werden. Letztlich interessieren auch das Wirkprinzip antipsychotischer Medikation und die Reagibilität des Systems auf psychopharmakologische Reize.

Zerebrale D_2-Rezeptorverfügbarkeit

Ausgehend von der Erkenntnis, dass der D_2-Rezeptor ein obligates Target für die antipsychotische Pharmakotherapie der Schizophrenie darstellt, wurden sehr früh bereits Quantifizierungen dieser Rezeptoren durchgeführt [Farde et al., 1990; Wong et al., 1986]. Bisher wurde eine Vielzahl von Untersuchungen unter anderem zu diesem Thema mit verschiedensten Liganden beschrieben [Frankle, 2007]. Dabei stützte sich allerdings ein Großteil auf PET-Untersuchung mit so genannten niederaffinen Liganden, die eine Darstellung der D_2-artigen Rezeptoren nur in den striatalen Arealen zuließen.

Erstaunlicherweise kam es in dieser einfach anmutenden Fragestellung zunächst nicht zu einem einheitlichen Ergebnis. Eine erste Untersuchung mit [^{11}C]NMSP konnte striatal eine Erhöhung der $D_{2/3}$-Rezeptorverfügbarkeit darstellen [Wong et al., 1986], während Farde et al. (1990) mit dem substituierten Benzamid-Liganden [^{11}C]Racloprid keinerlei Veränderungen fanden. In Zusammenfassung aller Befunde konstatierte Laruelle (1998), dass eine Bindungspotenzial-(BP)-Erhöhung wahrscheinlich sei; eventuell steht diese aber auch in Abhängigkeit zum verwendeten Liganden. An dieser eigentlich einfachen Fragestellung manifestierte sich die Problematik der PET-Methodik sowie des Krankheitskonzepts. Zum einen ist die Methodik komplex und bietet eine Reihe von schlecht kontrollierbaren beziehungsweise unvermeidbaren Einflussvariablen, andererseits könnten die meisten Unstimmigkeiten auch durch die Heterogenität der Patientenpopulation bedingt sein. In diese Richtung weist ein weiterer Befund von Wong et al. (1997), welche beschrieben, dass die ohnehin bekannte Reduktion von D_2-Rezeptoren über die Lebensspanne (circa 5 bis 10 Prozent pro Dekade) bei Patienten mit einer Schizophrenie deutlich beschleunigt ist, so dass das BP bei jungen Patienten deutlich erhöht ist, sich diese Unterschiede aber im höheren Alter gegenüber gesunden Probanden wieder annähern [Wong et al., 1997]. Somit könnte das Alter einer Patientenpopulation oder deren Chronizität bereits eine wichtige Einfluss- beziehungsweise Störgröße sein.

Befund hängt von der Krankheitsphase ab

Die Situation unter Verwendung von modernen hochaffinen $D_{2/3}$-Rezeptorliganden, beispielsweise [^{18}F]Fallyprid, stellte sich wenig später als vergleichbar dar. Mit solchen Liganden können unter anderem auch Regionen mit geringerer D_2-Rezeptorendichte dargestellt werden (z. B. Thalamus, ACC, Temporal-Kortex etc). Auch hier fanden sich einerseits Befunde, die extrastriatal keine Veränderungen ergaben, solche Befunde, die Trends oder signifikante Erhöhungen ergaben oder auch Befunde von BP-Erniedrigungen [Buchsbaum et al., 2006; Kessler et al., 2009; Vernaleken et al., 2008b; Yasuno et al., 2004]. Als Gründe für diese Variation sind weniger methodische Faktoren anzusehen; wichtiger erscheinen die Charakteristika der entsprechenden Patientengruppen. Diese sind einerseits von unterschiedlichem Alter, zeigten unterschiedlich lange medikationsfreie Intervalle und befanden sich in unterschiedlichen Phasen ihrer Erkrankung. Analog zu den oben genannten Befunden von Wong et al. (1997) konnte eine deutlich beschleunigte Altersreduktion von anfänglich erhöhten extrastriatalen D_2-Rezeptorverfügbarkeiten erkannt werden [Vernaleken et al., 2008b].

Insbesondere die Phase der Erkrankung scheint von Bedeutung zu sein. So zeigen Patienten nach Erstmanifestation der Produktiv-Symptomatik die stärksten Erhöhungen (z. B. im Thalamus), während Patienten mit länger andauernden Erkrankungen sich durchschnittlich nicht von Gesunden unterschieden. Es ist allerdings auch anzunehmen, dass Patienten noch vor der Produktiv-Phase bereits eine erhöhte Ligandenbindung haben, da Hirvonen et al. (2005) zeigen konnten, dass monozygote nicht erkrankte Zwillinge von Patienten tatsächlich ebenfalls über erhöhte BP für [^{11}C]Racloprid im Caudatus verfügten.

Da ein Rezeptor-PET lediglich die Verfügbarkeit der Zielstrukturen, nicht aber deren Konzentration darstellt, könnten theoretisch erhöhte BP einerseits als tatsächliche Konzentrationserhöhung von $D_{2/3}$-Rezeptoren interpretiert werden oder aber als Erniedrigung der endogenen Dopaminkonzentration in den striatalen und extrastriatalen Strukturen.

Als Interpretationshilfe können post mortem-Untersuchungen hier trotz der methodischen Probleme (schlechtere Selektionsmöglichkeit der Patienten, häufig Medikationseffekte, post mortem-Veränderungen, Einfluss des zum Tode führenden Ereignisses/Krankheit) herangezogen werden. In der Summe gibt es Hinweise auf eine erhöhte striatale D_2-Rezeptorendichte bei Schizophrenie-Patienten. Extrastriatal gibt es zumindest einen Hinweis auf eine Erhöhung der mRNA für D_2-Rezeptoren [Tallerico et al., 2001].

Präsynaptischer Dopaminmetabolismus

Zusätzlich zu den eher postsynaptischen Veränderungen stellt sich auch die Frage, wie und ob der Dopaminmetabolismus bei dieser Erkrankungsgruppe verändert ist. Diese zumeist präsynaptischen Prozesse können gut mit einem markierten Substrat der Aromatischen Aminosäre-Decarboxylase (AADC) – dem [^{18}F]FDOPA – untersucht werden. Wenngleich die AADC im Gegensatz zur Tyrosin-Hydroxylase kein geschwindigkeitsbestimmendes Enzym in der Dopaminsynthese darstellt, so kann doch die Aktivität der AADC modulieren, welcher Anteil des Dihydroxy-Phenylalanin (DOPA) der Dopaminsynthese zugeführt wird, beziehungsweise wie hoch die Dopaminsynthesekapazität der untersuchten Struktur ist.

Auch [^{18}F]FDOPA- beziehungsweise [^{11}C]DOPA-Untersuchungen wurden mehrfach bei Patienten mit Schizophrenie-Erkrankungen durchgeführt. Analog zur Befundlage bei den D_2-Rezeptor-PET-Untersuchungen fand sich eine deutliche Heterogenität der Ergebnisse, in der Zusammenschau aber scheint die Dopaminsynthesekapazität in den Basalganglien erhöht zu sein [Laruelle, 1998]. Dabei ergaben sich einerseits Korrelationen zwischen der DOPA-Aufnahme und dem Grad der Produktiv-Symptomatik andererseits auch Erhöhungen bei Angehörigen und Prodrom-Patienten [Dao-Castellana et al., 1997; Howes et al., 2009].

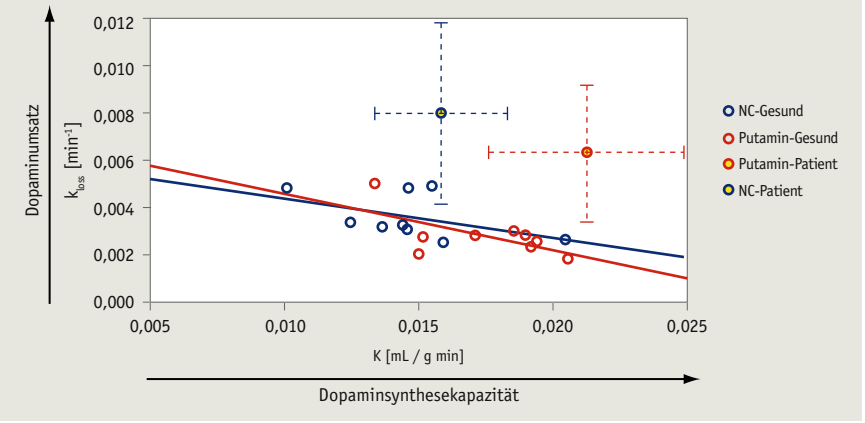
Insofern kann die erhöhte Dopaminsynthesekapazität als prämorbider/präpsychotischer Vulnerabilitätsfaktor angesehen werden. Jedoch sind sowohl beim Rezeptor-PET (D_2) als auch beim [^{18}F]FDOPA-PET die Unterschiede zwischen Gesunden und Patienten mit einer Schizophrenie (bis circa + 20 Prozent) wegen der deutlichen interindividuellen Varianz nicht separierend. Durch verfeinerte Analysemethoden [Kumakura et al., 2005] konnte allerdings neben der Dopaminsynthesekapazität auch ein Surrogatparameter für den Dopaminumsatz aus den [^{18}F]FDOPA-PET-Untersuchungen herausgerechnet werden.

Dieser erscheint bei Patienten vollständig dysreguliert (circa + 100 Prozent) [Kumakura et al., 2007]. In Ergänzung dazu konnte festgestellt werden, dass die kognitive Leistungsfähigkeit wie auch die frontale Aktivierungsfähigkeit im fMRT bei Patienten negativ mit der Dopaminsynthesekapazität korreliert [Meyer-Lindenberg et al., 2002].

Bei gesunden Personen zeigt sich hier ein entgegengesetzter Zusammenhang; so weisen gesunde Personen mit hoher Synthesekapazität eine bessere kognitive Leistungsfähigkeit auf als Menschen mit geringerer [^{18}F]FDOPA-Aufnahme [Vernaleken et al., 2007]. Der Dopaminumsatz ist bei Gesunden dabei streng in dem Sinne reguliert, dass Personen mit hoher Synthesekapazität eher geringere Raten an Dopamin umsetzen [Vernaleken et al., 2008c].

Ganz offensichtlich vermögen Personen mit hoher DOPA-Aufnahme bedarfsgerecht auf den aktuellen Bedarf zu reagieren. Bei Schizophreniepatienten scheint dagegen keine bedarfsgerechte Koppelung mehr stattzufinden (siehe Abb. 1).

Abbildung 1



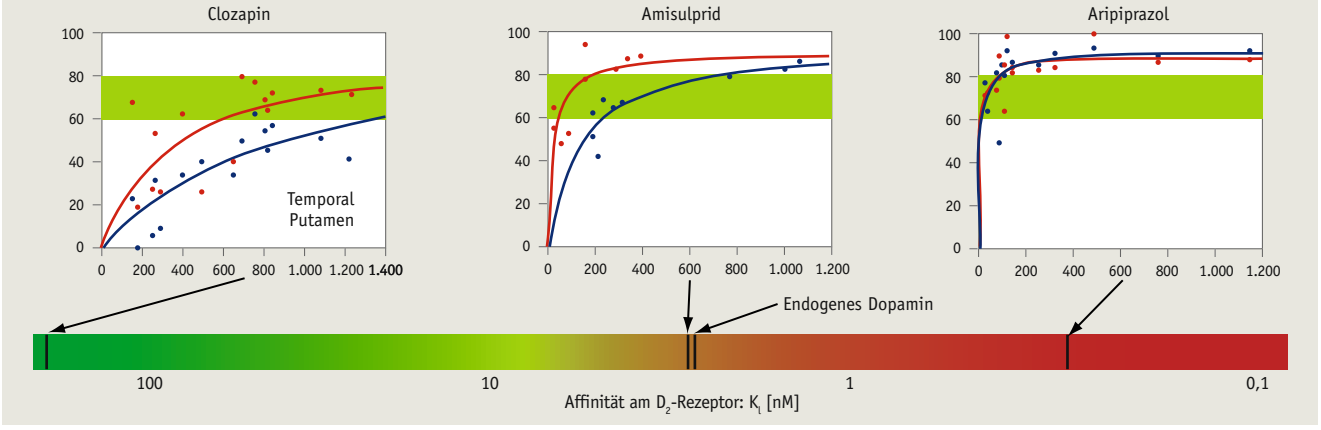
[^{18}F]FDOPA-Parameter gesunder Probanden (individuelle Daten, Kreise,blau/rot) und Patienten mit einer Schizophrenie (Mittelwert und 75 Prozent-Perzentile). Darstellung des bei gesunden Personen gut regulierten striatalen Dopaminumsatzes in Abhängigkeit von der Synthesekapazität sowie die Entkoppelung bei Schizophrenie-Patienten.

Fehlangepasste Signaltransduktion

Die dopaminerge Transmission stellt einen wichtigen Modulator in der zerebralen Informationsverarbeitung dar. Sowohl eine situationsinadäquate Verstärkung als auch eine Schwächung der Signaltransduktion von Zelle zu Zelle stört die Leistungsfähigkeit. Dabei stehen die D_1- und D_2-artigen Rezeptorenklassen häufig in einem funktionell antagonistischen Zusammenhang [Seamans and Yang, 2004]. Sowohl für die D_1-Rezeptor-vermittelten Mechanismen als auch auf der D_2-Ebene finden sich Hinweise dafür, dass die situationsadäquate Adjustierung von Bedeutung ist. Sowohl ein Exzess als auch ein Mangel kann zu kognitiven Einbußen führen [Kimberg et al., 1997; Vijayraghavan et al., 2007].

Unter Berücksichtigung dieser Befunde legen die oben genannten PET-Befunde nahe, dass ein entkoppelter dopaminerger Umsatz und ein auch auf Rezeptorebene hochreguliertes D_2-Rezeptorsystem die Signaltransduktion fehladjustieren, das heißt, eine situationsinadäquat liberale und wenig gefilterte Informationsverarbeitung verursachen. Beachtenswert ist allerdings, dass es diesbezüglich nur inkonsistente Befunde für korrelative Beziehungen zur akuten Produktiv-Symptomatik gibt, sondern diese Befunde eher längerfristiger Natur sind und somit als grundlegende Pathologie gegebenenfalls als Vulnerabilitätsfaktor der Erkrankung zu werten sind.

Abbildung 2



Striatale (Putamen, blau) und extrastriatale (Temporalpol, rot) $D_{2/3}$-Rezeptorbesetzung (ermittelt via [^{18}F]Fallypride-PET); niederaffine Antipsychotika zeigen deutlich stärkere präferenziell extrastriatale Bindungsmuster.

Charakterisierung der D_2-Rezeptorbesetzung durch Antipsychotika

Es ist weiterhin zu prüfen, inwiefern oben genannte Hypothesen zu Effekten der antipsychotischen Medikation unter klinischen Bedingungen passen. Wie bereits beschrieben sind alle handelsüblichen Antipsychotika auch Antagonisten am D_2-Rezeptor. Sehr früh wurde bereits begonnen, diesen D_2-blockierenden Effekt zu quantifizieren [Farde et al., 1992]. Aufgrund solcher Untersuchungen konnte rasch die Hypothese aufgestellt werden, dass eine mindestens 60-prozentige Blockade von D_2-Rezeptoren im Striatum notwendig ist, um eine antipsychotische Wirkung zu entfalten. Ab circa 80 Prozent-Besetzung steigt allerdings das Risiko für extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen (EPMS) deutlich an. Von diesen Werten ausgehend wäre ein Antipsychotikum optimal eindosiert, wenn es zwischen 60 und 80 Prozent-Rezeptorbesetzung verursacht.

Eine Vielzahl an PET-Untersuchungen wurde darauf verwandt, die Dosis- (beziehungsweise Konzentrations-) zu Besetzungsverhältnisse der verschiedenen Antipsychotika zu charakterisieren. Etliche – wenn auch nicht alle (z. B. nicht Quetiapin) – Antipsychotika zeigen stabile und signifikante Korrelationen zwischen Plasmakonzentration und Rezeptorbesetzung [in Zusammenfassung: Vernaleken et al., 2008a]. Der Verlauf dieser Kurve ist allerdings stark substanzabhängig. Ideal wäre entsprechend der oben genannten Vorgaben ein möglichst flacher Kurvenverlauf, der über einen möglichst breiten Konzentrations- oder auch Dosisbereich zwischen erforderlicher Besetzung (> 60 Prozent) und maximal verträglicher Besetzung (< 80 Prozent) verbleibt.

PET-Untersuchungsserien mit untereinander vergleichbarer Methodik konnten zeigen, dass der Kurvenverlauf insbesondere eine Funktion der D_2-Rezeptoraffinität des Antipsychotikums ist [Vernaleken et al., 2008a] (siehe auch Abb. 2). Beispielsweise ist bei Clozapin ein eher flacher Verlauf erkennbar, [Gründer et al., 2006], während der Verlauf bei den hochaffinen Substanzen (z. B. Aripiprazol) sehr viel steiler wird [Gründer et al., 2008]. Aufgrund dieser PET-Untersuchungen kann insofern die Hypothese aufgestellt werden, dass niederaffine D_2-Antagonisten ein geringeres Risiko aufweisen, EPMS zu erzeugen. Dies lässt sich auch mit der klinischen Realität in Deckung bringen.

Wichtige Rolle der extrastriatalen Regionen

In Rezeptorbesetzungsstudien mit hochaffinen $D_{2/3}$-Rezeptorliganden wurde festgestellt, dass die Bindung des Antipsychotikums nicht grundsätzlich in allen Regionen gleichmäßig ausgeprägt ist. Insbesondere zeigt wiederum die Gruppe von Antipsychotika mit niederer Affinität zum D_2-Rezeptor, zu der viele Zweitgenerationsantipsychotika (außer Aripiprazol: Partial-Agonist mit hoher Rezeptoraffinität) gehören, verhältnismäßig geringere Rezeptorbesetzungen im Striatum, während in extrastriatalen Regionen, so beispielsweise den medialen Thalamuskernen oder dem Temporalkortex, relativ höhere Bindungen (bis zu + 30 Prozent) vorliegen. Dies könnte möglicherweise durch eine unterschiedlich starke Kompetition zu den endogenen Dopaminkonzentrationen bedingt sein.

Bei sehr niederaffinen Antipsychotika wird die 60 Prozent-Rezeptorbesetzungsgrenze nur in extra-striatalen Arealen zuverlässig erreicht [Gründer et al., 2006; Vernaleken et al., 2009]. Insbesondere Clozapin und Quetiapin führen bei therapeutischer Dosierung in vielen Fällen trotz ausreichender klinischer Wirkung nur zu geringen striatalen Besetzungen. Auch wenn diese Arbeiten methodisch noch kontrovers diskutiert werden, geben diese Ergebnisse Anlass zur Überlegung, ob extra-striatale dopaminerge Synapsen wenn nicht die Hauptrolle, so doch einen wichtigen Teil in der Effektivität antipsychotischer Substanzen übernehmen.

Antipsychotikaeinflüsse auf den Dopaminmetabolismus

Es ist sicher, dass eine direkte Antagonisierung von dopaminergen Rezeptoren einen unmittelbaren Einfluss nicht nur auf die Signalprozessierung und deren Modulation haben, sondern dieser Effekt auch die dopaminerge Transmission rückkoppelnd steuert. Frühe laborchemische Untersuchungen von Blut, Urin und CSF zeigten einen Anstieg der Surrogatparameter für dopaminergen Umsatz nach neu initiierter Antipsychotikatherapie [Csernansky et al., 1994], während es im Rahmen elektrophysiologischer Untersuchungen bei subchronischer Behandlung eher zu einer Reduktion der neuronalen Feuerrate kam (Depolarisationsblock) [Grace et al., 1997]. Erst verhältnismäßig spät fand man in-vivo im [^{18}F]FDOPA-PET analoge Veränderung der Dopaminsynthesekapazität unter Antipsychotikabehandlung (akut Erhöhung, später Erniedrigung), die allerdings keine Korrelation zur psychopathologischen Verbesserung der Produktiv-Symptomatik aufzeigte [Gründer et al., 2003; Vernaleken et al., 2006]. Jedoch korrelierten die Veränderung der Kognition nach akuter Antipsychotikaeinnahme (bei gesunden Probanden) und auch die Negativ-Symptomatik (bei dauerhaft behandelten Patienten) mit den basalen [^{18}F]FDOPA-Parametern beziehungsweise der Veränderung unter Therapie [Gründer et al., 2003; Vernaleken et al., 2008c].

Ob die Antipsychotikaeffekte auf den präsynaptischen Dopaminstoffwechsel klinisch bedeutsam sind, kann aktuell nicht abschließend beurteilt werden. Rein beschreibend kann jedoch, belegt durch die Befunde der molekularen Bildgebung, festgehalten werden, dass Antipsychotika sowohl postsynaptisch im Striatum als auch verstärkt in kortikalen und thalamischen Regionen die D_2-Rezeptoren dosisabhängig antagonisieren und die Dopaminsynthesekapazität dauerhaft reduzieren; beide Strukturen beziehungsweise Parameter sind zuvor sowohl bei den bereits erkrankten Patienten als auch bei Risikopersonen zum Teil deutlich heraufreguliert. In dieser durchaus reduktionistischen dopaminergen Sichtweise erscheint ein Zusammenhang insofern plausibel.

Wie bereits geschildert, modulieren dopaminerge Rezeptorsysteme die zerebrale Signalvermittlung. Während man mit der PET diese Prozesse molekular darstellen kann, bleiben die funktionellen Effekte dieser Modulation dem PET verborgen. Durch geeignete fMRT-Untersuchungen kann man sich allerdings diesen Fragestellungen annähern.

Funktionelle Kernspintomografie

Die fMRT hat sich in den letzten Jahren als eine der bevorzugten Bildgebungsmethoden stetig weiter etabliert. Sie erfolgt nicht-invasiv, ohne radioaktive Strahlung, wodurch auch Mehrfachwiederholungsmessungen einfach möglich sind. Die zunehmende Verbreitung von Hochfeldgeräten mit Feldstärken bis 7 oder 9,4 T stellt hohe Anforderungen an das System, bietet aber bei optimaler Nutzung eine sehr hohe räumliche Auflösung und auch Verbesserungen im Signal-zu-Rausch-Verhältnis bei funktionellen Messungen. Allerdings sind Scanner mit so hoher Feldstärke meist noch wenig für Patienten- und Forschungsmessungen im Einsatz, sondern vielfach noch in methodischer Erprobung und Entwicklung.

Ein Kernspintomograf bildet eine Systemeinheit, bestehend aus einem starken supraleitenden Magneten, der das homogene Magnetfeld aufbaut, einem Shimspulensystem, das Magnetfeldinhomogenitäten ausgleicht, der Gradientensteuerung zur Orts- und Frequenzkodierung, einem Hochfrequenz-Pulsgenerator sowie dem dazugehörigen Hochfrequenzempfänger für das Erzeugen und die Detektion des MR-Signals und schließlich einem Computer, der zur Ablaufsteuerung, Signal- und Bildverarbeitung eingesetzt wird. Die funktionelle MRT beruht auf der Entdeckung von Relaxationszeitvariationen (T2) bei Wechselwirkung benachbarter Atome (Spin-Spin-Relaxation) im durchbluteten Gewebe, die auf den magnetischen Eigenschaften des Blutes basieren. Bei zerebraler Aktivierung kommt es zu einer Erhöhung der Oxyhämoglobinkonzentration im venösen Blut aufgrund einer Sauerstoffüberkompensierung. Gleichzeitig nimmt im Verhältnis die Desoxygenierung ab. Die Konzentration des Desoxyhämoglobins, das aufgrund eines fehlenden Sauerstoffatoms im Eisen eine paramagnetische Substanz ist, dient demnach als körpereigenes Kontrastmittel beim Signalaufbau. Durch diese Konzentrationsverschiebungen ändert sich die magnetische Suszeptibilität des Blutes. Dies führt zu T2-Veränderungen, die im Echo-Planar-Imaging (EPI) als Kontrast herangezogen werden. Diese Technik bei der funktionellen Bildgebung wurde als BOLD-Kontrast (blood oxygenation level dependent) [Ogawa et al., 1990] bekannt. Der registrierbare Signalanstieg erfolgt mit einer Verzögerung von circa 5 bis 8 Sekunden. Bislang richtete sich die Aufmerksamkeit hauptsächlich auf Signalanstiege. Es können jedoch auch systematische Signalreduktionen gemessen werden. Solche systematischen Minderperfusionen werden zunehmend beachtet, da sie aufgrund hemmender Projektionen in Rahmen funktioneller Netze bedeutsam sein können.

Unterschiedliche Designs möglich

Bei funktionell bildgebenden Messungen handelt es sich zumeist um relative Signaländerungen, so dass kontrastierende und gleichzeitig vergleichbare Bedingungen einander gegenübergestellt werden, welche sich nur in dem interessierenden untersuchten (z. B. kognitiven) Prozess unterscheiden. Dies geschieht in so genannten Block Designs (oder auch Box Car Designs), in welchen sich die Experimental- und Ruhebedingung(en) in Blöcken abwechseln. Trotz einer geringeren statistischen Power ist für bestimmte Fragestellungen und Funktionscharakteristiken der Einsatz von event related Paradigmen von Vorteil. Analog zu den ereigniskorrelierten Untersuchungen in der Elektrophysiologie bestehen sie aus einer Reihe kurzer und identischer Einzelaktivierungen (single trials), die anschließend gemittelt werden. Auswertungen erfolgen mittels parametrischer oder non-parametrischer verteilungsfreier Verfahren. Ferner unterscheidet man zwischen whole brain und Region of Interest Analysen (ROI). Bei ersteren wird die gesamte Hirnaktivierung betrachtet, ROI Analysen prüfen selektiv und hypothesengesteuert nur Aktivierungen in bestimmten definierten Regionen.

Funktionell bildgebende Befunde bei Schizophrenie

Die letzten Jahre funktionell bildgebender Schizophrenie-Forschung waren der Suche nach neuronalen zerebralen Korrelaten kognitiver und emotionaler Beeinträchtigungen gewidmet. Dabei war der Blick gleichzeitig auf den Nachweis neuronaler Endophänotypen gerichtet, die im Rahmen der neurobiologischen Ursachenforschung zur Erkrankung eine große Rolle spielen. Endophänotypen sollten komplexe Krankheitsphänomene auf eine einfachere stabile, genetisch vermittelte Basis stellen. Gottesmann und Gould (2003) definierten hiermit nicht direkt sichtbare, aber messbare (darunter neurophysiologische, biochemische, endokrinologische, neuroanatomische, kognitive oder auch neuropsychologische) Komponenten der Erkrankung, die auf dem Kontinuum zwischen Phänotyp und genetischer Grundlage angesiedelt werden können. Zahlreiche kognitive und emotionale Funktionen wurden seither im Hinblick auf ihre Bedeutung als Endophänotypen untersucht.

Kognition und Bildgebung

Im Rahmen schizophrener Störungen sind praktisch sämtliche kognitiven Funktionen beeinträchtigt und liegen im Mittel ein bis zwei Standardabweichungen unter den Leistungen Gesunder. Im Fokus der Bildgebung stehen dabei gestörte Sprach-, Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Exekutivfunktionen. Beispielhaft sollen hier einige Befunde dargestellt werden.

Aufmerksamkeitsprozesse sind besonders relevant, da sie als Grundfunktionen alle weiteren kognitiven Prozesse beeinflussen können. Einem bekannten und häufig zitierten Modell von Posner und Petersen (1990) zufolge, kann Aufmerksamkeit in drei Komponenten zerlegt werden: Aufmerksamkeitsaktivierung (Alertness), Aufmerksamkeitsausrichtung (Orienting) und exekutive Aufmerksamkeitskontrolle. Alertness bezeichnet den wachen Zustand, in dem eine Reaktion auf einen Warnreiz erfolgt, Orienting bezieht sich auf selektive Auswahlprozesse und das exekutive System beinhaltet eine Vielzahl von komplexen Prozessen der Konfliktentdeckung und -verarbeitung, der Planung, Entscheidung etc. Mit dem Attention Network Test (ANT) lassen sich diese Komponenten getrennt erfassen. Posner und Petersen (1990) haben zudem diesen Aufmerksamkeitskomponenten zugrundeliegende separate Netzwerke und Neurotransmittersysteme postuliert [Fan et al., 2002, 2007]. Besondere Bedeutung hat hier für das exe-

kutive System der dorsale Teil des anterioren cingulären Kortex (dACC) und der laterale präfrontale Kortex [Fan et al., 2005], während der dorsolaterale präfrontale Kortex hauptsächlich in die Konfliktlösung involviert ist [Botvinick et al., 2004]. Hirnregionen, die beim Orienting aktiviert sind, sind der superiore posteriore parietale Kortex bilateral und die linksseitige temporoparietale Übergangsregion, frontale Augenfelder und der posteriore laterale Thalamus [Posner and Peterson, 1990].

Mittels ANT haben Wang und Kollegen (2005) ein deutliches Defizit im Bereich der exekutiven Kontrolle und weniger ausgeprägt in der Aufmerksamkeitsausrichtung bei 77 schizophrenen Patienten objektiviert. Exekutive Funktionen werden bei Schizophrenie vielfach als gestört beschrieben unter Einsatz verschiedener Tests, so mittels STROOP (Farbe-Wort-Interferenztests) oder Flanker-Tests [Boucart et al., 1999; Yucel et al., 2002, auch Teil des ANT] und Aufgaben, die Hemmung und Konfliktverarbeitung erfordern. Die Verhaltensauffälligkeiten gehen oft mit reduzierten Aktivierungen im Bereich des anterioren cingulären Kortex einher [ACC, Carter et al., 2001; Yucel et al., 2002; Heckers et al., 2004]; bei vergleichbaren Leistungen zwischen Patienten und gesunden Probanden finden sich allerdings teilweise auch Hyperaktivitäten [Weiss et al., 2003].

Schwierig: Reize filtern

Auffälligkeiten im Bereich der selektiven Aufmerksamkeit treten bei Einsatz des Oddball-Paradigmas auf, bei dem auf seltene Zielreize selektiv reagiert werden soll. Auf diese Zielreize hin treten bei Patienten Hyperaktivierungen in einem breiten Netzwerk aus prämotorischen Arealen, ACC, temporalem Kortex, Insula und Hippokampus auf; bei verminderter Aktivität in superior temporalen, cingulären und frontalen Kortexarealen, Thalamus und den Basalganglien [Gur et al., 2007]. Distraktoren sind hingegen mit Hyperaktivierungen im ventrolateral präfrontalen Kortex [Wolf et al., 2008] sowie parietal-okzipitalen, präfrontalen und inferior frontalen Regionen assoziiert [Gur et al., 2007]. Verminderte Aktivität war ebenfalls feststellbar, hier okzipital und inferior parietal. Solche Auffälligkeiten scheinen Endophänotypen darzustellen, da sie auch bei erstgradigen Verwandten schizophrener Patienten mit erhöhtem Erkrankungsrisiko zu finden sind [Filbey et al., 2008]. Möglicherweise sind solche widersprüchlichen Befunde von Hyper- und Hypoaktivierungen eine Folge von transienter oder überdauernder Aufmerksamkeit. Trennt man bei der Analyse zwischen der gesamten Messzeit und der auf bestimmte Aufgaben bezogenen Zeit, so ergibt sich über die gesamten Aktivierungs- und Aufgabenblöcke hinweg eine größere Anzahl aktivierter Voxel bei Patienten in vielen der betrachteten Regionen, während bei den transienten Bearbeitungsphasen eine geringere Anzahl aktivierter Voxel auffiel [Carter et al., 2010].

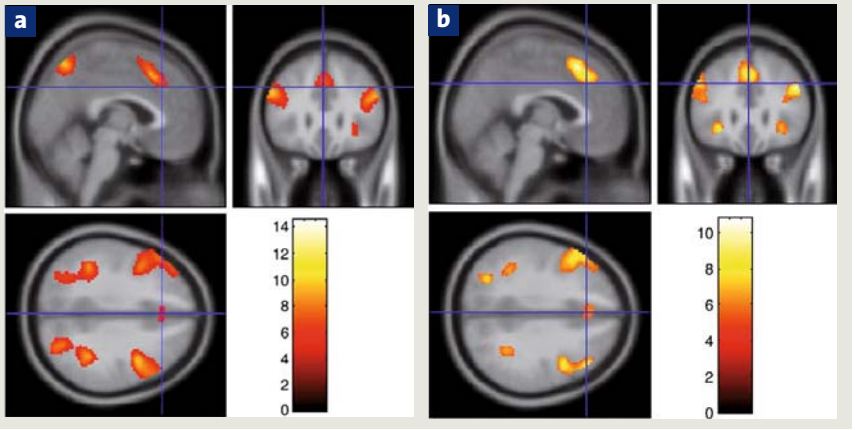
Insgesamt zeigen die Aufmerksamkeitsdefizite, dass Patienten besondere Schwierigkeiten haben, verhaltensrelevante Reize herauszufiltern und irrelevante Reize auszublenden sowie komplexere Prozesse zu überwachen. Das beteiligte und gestörte Netzwerk ist entsprechend breit und umfasst neben frontalen und parietalen auch weitere relevante Regionen des Systems.

Hypo- und Hyperaktivitäten im Gehirn

Im Rahmen der Prüfung von Gedächtnisprozessen wurden zahlreiche Untersuchungen zu Arbeitsgedächtnisprozessen durchgeführt. Das Arbeitsgedächtnis beinhaltet die Fähigkeit, Informationen kurzzeitig aktiv zu speichern und zu manipulieren, so dass komplexere Prozesse wie logisches Denken, Verstehen und Lernen möglich werden und ist damit auch Teil der exekutiven Funktionen. Damit handelt es sich ebenfalls um eine Grundfunktion, die Voraussetzung für viele weitere übergeordnete kognitive Prozesse ist. Mittels fMRT wurde bei schizophrenen Patienten meist eine Hypofrontalität oder Hyperfrontalität beobachtet [vgl. Manoach, 2003], deren Ausmaß sowohl von der Art als auch der Schwierigkeit der Arbeitsgedächtnisaufgabe mitbestimmt wird wie auch von der jeweiligen individuellen Leistung. Ansteigende Schwierigkeit geht mit ansteigender dorsolateral präfrontaler Aktivität einher [Karlsgodt et al., 2009], allerdings scheint dies noch abhängig von der Verhaltensleistung zu sein. Patienten mit schlechterer Leistung fielen eher durch Hypofrontalität auf, solche mit besserer Leistung durch Hyperaktivität im Vergleich zu Kontrollprobanden. In diesem Zusammenhang wurde eine umgekehrte U-Funktion zwischen Arbeitsgedächtnisbelastung und frontaler Aktivität postuliert [Manoach, 2003].

Bei 48 ersterkrankten Patienten einer Multicenterstudie innerhalb des Kompetenznetzes Schizophrenie konnte

Abbildungen 3a und b



Hirnaktivierung bei a) gesunden Kontrollprobanden und b) schizophrenen Patienten während einer n-back-Arbeitsgedächtnisaufgabe. Man sieht eine verminderte Aktivierung des Präkuneus bei Patienten. Aus Schneider et al., 2007

eine Hypoaktivität im Bereich des Präkuneus, einer relevanten Struktur für Arbeitsgedächtnisprozesse, nachgewiesen werden [Schneider et al., 2007] (Abb. 3a und b). Hyperaktivitäten zeigten sich im ventrolateralen präfrontalen Kortex. Demnach sind neben dem dorsolateralen präfrontalen Kortex weitere Areale des Arbeitsgedächtnisnetzwerkes betroffen.

Sowohl Hypo- als auch Hyperaktivierung könnten Ausdruck eines gestörten Systems sein, das auf unterschiedliche Weise versucht, den variierenden Aufgabenanforderungen gerecht zu werden. Man kann hier daher besser von einer dorsolateral präfrontalen Ineffizienz sprechen [Potkin et al., 2009], die es im Kontext eines komplex gestörten breiteren zerebralen Netzwerkes weiter aufzuklären gilt.

Gestörte Vernetzung

Neben dem frontalen Kortex gilt der temporale Kortex als weitere Zielstruktur bei der Schizophrenie; Störungen hier fallen besonders bei Gedächtnisprozessen auf. Hippokampale Minderaktivierungen wurden bei Gedächtnisabrufleistungen wiederholt berichtet [Hall et al., 2010; Rametti et al., 2009], allerdings teilweise auch Hyperaktivierungen [Zierhut et al., 2010] und meist auch im Zusammenhang mit einer präfrontalen Dysfunktion [Übersicht bei Preston et al., 2005; Ragland et al., 2009]. Dies führte bereits früh zu der Theorie einer dysfunktionalen Konnektivität im neuronalen Netzwerk [Friston und Frith, 1995]. In der Folge haben sich einige Untersuchungen spezifisch der Analyse funktionaler und effektiver Konnektivität gewidmet und Auffälligkeiten in der funktionellen Konnektivität fronto-temporaler (hippokampaler) Areale [Wolf et al., 2009; Skudlarski et al., 2010] festgestellt, aber auch weiterer kognitiv relevanter Netzwerke, die cinguläre, limbische, temporale, cerebelläre und okzipitale Regionen mit einbeziehen [White et al., 2010; Übersicht Calhoun et al., 2009]. Allerdings vermochten diese Arbeiten bislang nicht zu klären, inwiefern tatsächlich die fronto-temporale Interaktion gestört ist oder inwieweit es sich um Auswirkungen einer fokalen frontalen Funktionsstörung handelt. Weiterhin besteht auch die Möglichkeit, dass es sich um Interaktionsstörungen mehrerer funktionell zusammenhängender Netzwerke handelt [Ragland et al., 2007].

Emotion und Bildgebung

Emotionale Beeinträchtigungen blieben lange Zeit hinter der Erforschung der neurobiologischen Grundlagen kognitiver Defizite zurück. Auch hier hat inzwischen ein Wandel stattgefunden und die Zahl der Publikationen zu emotionalen Beeinträchtigungen schizophrener Patienten ist enorm gestiegen.

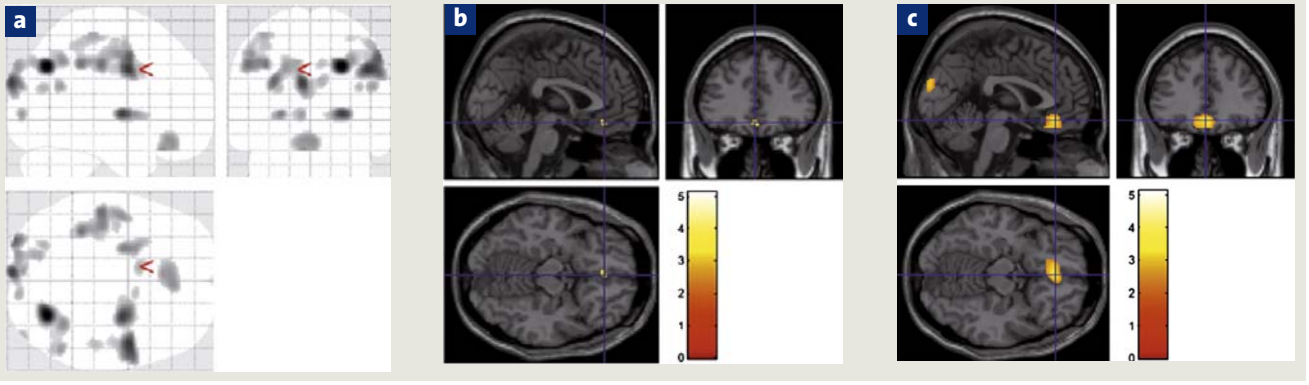
Emotionen sind ein fundamentaler Bestandteil menschlichen Verhaltens und Erlebens. Ihre Bedeutung erwächst zum einen aus ihrer biologischen und sozialen Funktion, zum anderen aus der evolutionären Entwicklung. In diesem Sinne ist auch eine Störung emotionaler Funktionen fundamental, indem sie das Verhalten und Erleben der Person nachhaltig beeinflussen und starke und umfassende Wirkung auf weitere Funktionen ausüben kann.

Emotionen bilden ein komplexes Konstrukt aus verschiedenen Subkomponenten, die getrennt betrachtet und untersucht werden können, darunter emotionales Erleben, Emotionserkennung, Interaktion mit kognitiven Prozessen, Emotionsregulation und Empathie. In fast allen dieser Bereiche weisen schizophrene Patienten, ähnlich den kognitiven Defiziten, Störungen auf, die, wie man zwischenzeitlich feststellte, einen bedeutsamen prädiktiven Beitrag für das soziale und berufliche Funktionsniveau haben [Hooker und Park, 2002; Kee et al., 2003]. So wurden Störungen bei der Erkennung emotionaler Gesichtsausdrücke als Endophänotyp identifiziert, der in Zusammenhang mit Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion steht. Auch bei den neuronalen Korrelaten, die sich vor allem in den subkortikal-limbischen Netzwerken, besonders auch in der Amygdala und im Gyrus fusiformis lokalisieren lassen, wurden vielfach funktionelle und strukturelle Auffälligkeiten dokumentiert.

Widerspruch zwischen Empfindung und Gehirnaktivität

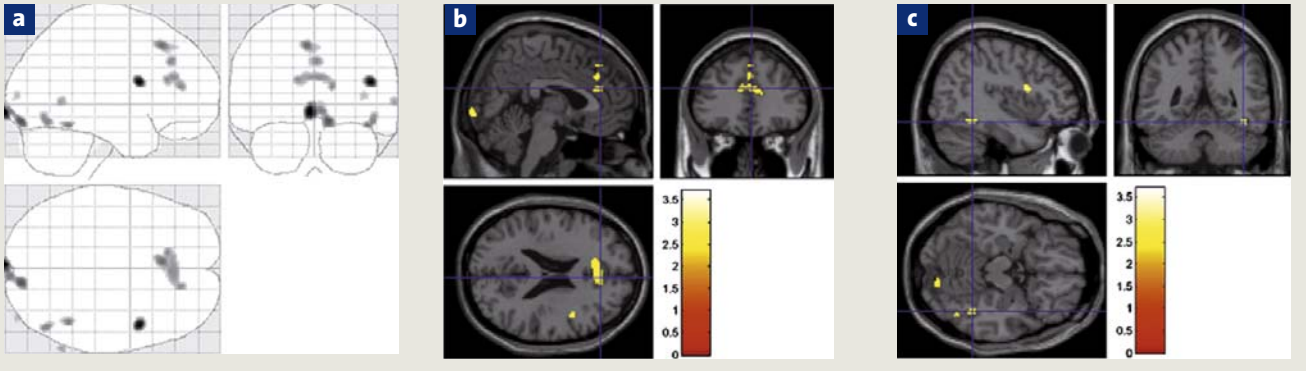
Emotionales Erleben wurde bei schizophrenen Patienten mit der fMRT während einer standardisierten Stimmungs-

Abbildungen 4a–c



Stärkere Aktivierung bei neutralen Gesichtern bei Patienten im Vergleich zu Gesunden im Bereich mittleren orbitofrontalen Kortex bis in den Bereich des subgenualen anterioren cingulären Kortex (a: Glashirn; b, c: auf ein Standardhirn überlagerte Aktivierung). Aus Habel et al., 2010

Abbildungen 5a–c



Verminderte Aktivierung der Patienten bei der Erkennung emotionaler Gesichter (a: Glashirn) im Bereich des anterioren cingulären Kortex, des dorsomedialen präfrontalen Kortex und des Cuneus (b) sowie des rechten Gyrus fusiformis (c). Aus Habel et al., 2010

induktion mittels emotionaler Gesichter sowie einer nicht-emotionalen Kontrollaufgabe (Geschlechterdiskrimination) untersucht. Das zerebrale Korrelat einer gelungenen Trauerinduktion bestand in einer signifikanten Aktivierung in einer für Emotionen zentralen Struktur, der Amygdala, die zudem mit dem subjektiven Emotionserleben korreliert war. Obwohl subjektiv eine Emotionsinduktion bei schizophrenen Patienten gelang, fehlte auf neurobiologischer Ebene das bei Gesunden nachweisbare Emotionskorrelat der Amygdalaaktivierung während der Trauer [Weiss, 1998; Schneider et al., 1998]. Dieses Defizit war bereits bei nicht erkrankten Angehörigen der Patienten vorhanden [Habel et al., 2004] und verweist damit auf eine genetische Modulation und ein endophänotisches Traitmerkmal der Erkrankung. Ähnlich der Stimmungsinduktion mittels emotionaler Gesichter, wurden auch olfaktorische Reize bei denselben schizophrenen Patienten und ihren gesunden Angehörigen eingesetzt und ergaben bei einer erfolgreichen subjektiven Stimmungsveränderung eine frontale und temporale Minderaktivität. Eine bei den gesunden Angehörigen ebenfalls reduzierte frontale Aktivität verwies erneut auf genetische Einflüsse bei zerebralen Dysfunktionen in Arealen, die mit höheren olfaktorischen Prozessen assoziiert sind [Schneider et al., 2007].

Problem Gesichtererkennung

Schizophrene Patienten haben deutliche Schwierigkeiten bei der Erkennung von Emotionen; eine für sozial erfolgreiche Interaktionen wesentlichen Voraussetzung. Defizite sind weniger auf die Sensitivität als auf die Spezifität bezogen, das heißt, dass es den Patienten besonders schwer fällt, zu entscheiden, dass es sich bei einem präsentierten Gesichtsausdruck nicht um eine bestimmte gesuchte Emotion handelt beziehungsweise, dass das Gesicht neutral ist und keine Emotion zeigt [Schneider et al., 2006].

Die beeinträchtigte Erkennung emotionaler Gesichter war mit einer abweichenden Aktivität des fusiformen Gyrus assoziiert, einer Struktur, die als Gesichtserkennungsareal bekannt ist. Dies war sowohl bei Prodromal- [Seiferth et al., 2009] als auch bei jugendlichen [Seiferth et al., 2008] und erwachsenen Patienten [Habel et al., 2010;

Reske et al., 2009; Quintana et al., 2003] der Fall. Interessanterweise findet sich bereits bei Prodromalpersonen, aber auch nach Krankheitsausbruch, erhöhte Aktivierung in emotionsassoziierten Arealen bei neutralen nicht-emotionalen Gesichtern, darunter im inferioren und superioren frontalen Kortex, Thalamus und Hippokampus [Seiferth et al., 2009], aber auch im anterioren cingulären Kortex und in den Basalganglien [Habel et al., 2010] (Abb. 4a–c), die mit emotionalen Fehlattributionen einherging. Demnach scheinen Patienten neutralen Reizen fälschlicherweise eine emotionale Bedeutung zuzuschreiben, was sich möglicherweise in psychopathologischen Symptomen wie Wahn oder Beziehungserleben ausdrückt.

Auch die Amygdala ist in diesem Kontext betroffen. Selbst wenn sich die Erkennensleistung zwischen Gesunden und Patienten nicht unterschied, konnten Hypoaktivierungen in Amygdala und Hippokampus beobachtet werden [Gur et al., 2002; Hempel et al., 2003], teilweise aber auch Hyperaktivierung [Holt et al., 2006], besonders bei automatischer vorbewusster Verarbeitung von maskierten Reizen [Rauch et al., 2010]. Reduzierte Erkennungsfähigkeit spiegelt sich demnach in einem dysfunktionalen Aktivierungsmuster wider, das je nach Aufgabestellung, Emotion, Symptomatik der Patienten und weiteren Einflussfaktoren differenziell betroffen ist [vgl. Li et al., 2010]. Die Auffälligkeiten im fusiformen Gyrus bei neutralem Material implizieren, dass bereits basale Prozesse der Gesichterverarbeitung gestört sind. Dies hat therapeutische Implikationen: Ein verhaltenstherapeutisches Training konnte erfolgreich dazu beitragen, die emotionale Erkennungsfähigkeit der Patienten zu steigern und die zerebralen Auffälligkeiten schizophrener Patienten bei emotionalen Prozessen zu reduzieren [Habel et al., 2010].

Mangelnde crossmodale Interaktion

Emotionen beeinflussen auch kognitive Prozesse. Dies beruht, wie man annimmt, auf der Interaktion zweier Netzwerte, eines präfrontalen und cingulären Kontrollsystems und eines kortiko-subkortikalen Emotionsnetzwerkes mit Amygdala und orbitofrontalem Kortex [Modinos et al., 2010, Ochsner und Gross, 2005]. Mittels olfaktorischer Stimulation lässt sich der Einfluss von Emotionen experimentell gut untersuchen, weil hierzu keine weitere kognitive Beteiligung erforderlich ist. Während einer Arbeitsgedächtnisaufgabe (n-back) wurden schizophrene Patienten und Gesunde daher mit vergorener Hefe als Duftstoff stimuliert. Diese negative Emotionsinduktion hatte, wie erwartet, eine leistungsmindernde Wirkung auf beide Gruppen im Vergleich zur neutralen Kontrollbedingung (normale Raumluftstimulation). Schizophrene Patienten zeigten zudem eine verminderte Beteiligung des dorsalen anterioren cingulären Kortex und des medialen superioren präfrontalen Kortex [Habel et al., 2009]. Die Aktivität des dorsalen Anteils des cingulären Kortex steigt normalerweise bei kognitiven Anforderungen und sinkt bei emotionalen. Schizophrene Patienten weisen damit bei kognitiven-emotionalen Interaktionen eine weniger effektive Modulation emotionsassoziierter Areale auf. Mit demselben Paradigma konnten auch weitere Dysfunktionen in einem thalamo-kortikalen Netzwerk, das besonders für die Integration konvergierender Informationen verschiedener Systeme wesentlich ist, bei Patienten mit early onset Schizophrenie objektiviert werden [Pauly et al., 2008]. Bei Personen im Prodromalstadium waren selbst bei fehlenden Verhaltensunterschieden zerebrale Dysfunktionen in Regionen, die für multimodale Integration relevant sind, nachweisbar und geben erneut Hinweis auf endophänotypische Merkmale. Man könnte daraus folgern, dass sich der Einfluss solcher cross-modalen Interaktionen auch therapeutisch nutzen ließe. Geruchsreize könnten als emotionale Hinweisreize oder Kontexteinflüsse für eine Gesichtererkennungsaufgabe positiv genutzt werden, um die Erkennung zu erleichtern. Erstaunlicherweise findet man bei der Untersuchung dieser Effekte bei gesunden Kontrollpersonen einen valenzunspezifischen erleichternden Effekt von Ekel- aber auch Vanillegeruch auf die Erkennung von Ekel-Gesichtsausdrücken; bei Patienten lässt sich dagegen kein Geruchseffekt bei der Ekelerkennung feststellen [Seubert et al., 2010]. Während die Gruppenunterschiede unter neutralen Geruchsbedingungen in der Erkennung von Ekel gering waren, traten sie auffällig in Erscheinung, als sich die Leistung der gesunden Probanden unter dem Einfluss eines Umgebungsreizes verbesserte. Anders als gesunde Personen profitieren Patienten also nicht von kongruenter multimodaler Stimulation. Damit zeigen die Ergebnisse, dass die Beeinträchtigung von Schizophreniepatienten im Erkennen emotionaler Gesichtsausdrücke im Kontext anderer emotionaler Stimulation nicht reduziert sondern verhältnismäßig verstärkt wird, was die Verhaltensauffälligkeiten im Alltag möglicherweise verständlicher macht.

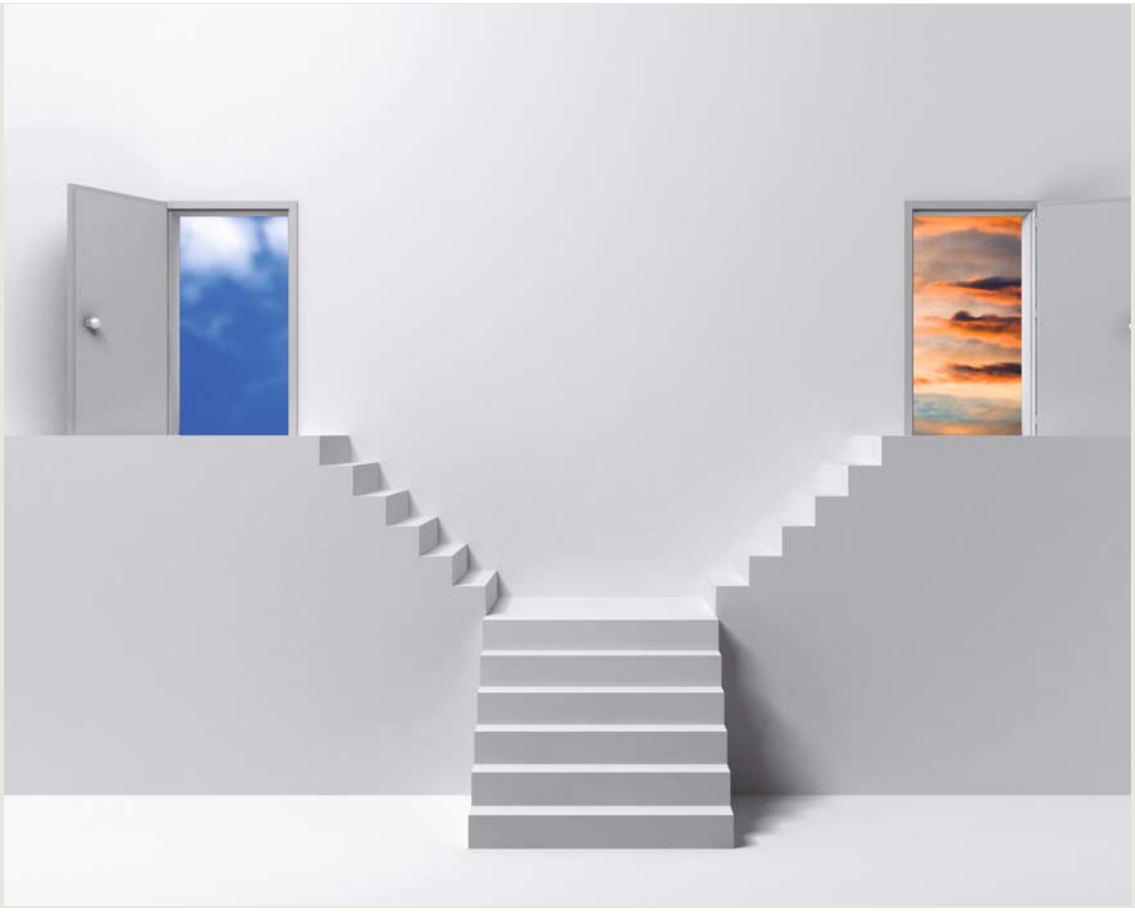
Bildgebung auch in der Therapie

Die Anwendung bildgebender Verfahren hat dabei geholfen, für Emotionen und Kognitionen funktional bedeutsame Netzwerke wie auch Dysfunktionen betroffener Areale innerhalb dieser Netzwerke abzubilden. Der Einsatz der fMRT darf und soll jedoch nicht begrenzt sein auf die Feststellung solcher Dysfunktionen. Es bleibt zu hoffen, dass mit Hilfe vorhandener und folgender Ergebnisse ein Beitrag zur Verbesserung sowohl der Diagnostik als auch der Therapie psychischer Störungen, insbesondere der Schizophrenie, geleistet werden kann. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Autoren
Prof. Dr. rer. soc. Ute Habel, Aachen
Prof. Dr. med. Ingo Vernaleken, Aachen



© Marko Cerovac /Fotolia.com

Der Weg aus der Depression führt in der Interpersonellen Psychotherapie über die zwischenmenschliche Beziehung.

Therapie der unipolaren Depression

Die Interpersonelle Psychotherapie als störungsorientierter Ansatz

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) wurde in den frühen 1990er-Jahren im deutschsprachigen Raum eingeführt. Sie hat sich aufgrund der belegten Wirksamkeit und ihrer kurzen Dauer gerade für schwer depressive Patienten in der stationären Anwendung verbreitet. In der ambulanten Therapie kommt sie jedoch noch zu selten zum Einsatz.

ELISABETH SCHRAMM, MATHIAS BERGER

Im ambulanten Setting hielt die IPT nur zögerlich Einzug, da sie noch nicht von den Kassen erstattet wird, obwohl sie auch in deutschsprachigen Leitlinien als evidenzbasierte Depressionsbehandlung empfohlen wird (z.B. Nationale Versorgungsleitlinie 2009, www.versorgungsleitlinien.de oder der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie: De Jong et al., 2007). Da die IPT der üblichen Vorgehensweise von Psychiatern ähnlich ist, wäre eine häufigere Anwendung in psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen nahe liegend.

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) wurde vor über 40 Jahren von dem amerikanischen Psychiater Gerald Klerman und Myrna Weissman [1984; Neuarbeitungen: Weissman et al., 2000, 2007; dt. Version: Schramm, 2010] speziell zur Akutbehandlung unipolar-de-

pressiver Episoden entwickelt. Der theoretische Hintergrund des Ansatzes beruht in erster Linie auf den Ideen der Interpersonellen Schule Sullivans (1953) sowie der Bindungstheorie Bowlbys (1969), die der Wechselwirkung von depressiven Symptomen und interpersonellen Problemen eine zentrale Rolle einräumen. Dementsprechend steht bei dieser Kurzzeittherapie der zwischenmenschliche Kontext, in dem sich die Krankheitsepisode entwickelte, im Vordergrund. Belastende Ereignisse im interpersonellen Umfeld (z.B. Partnerschaftskonflikte, unbetrauerte Verluste) haben demnach einen ausgeprägten Einfluss auf das Auftreten und den Verlauf depressiver Symptome.

Umgekehrt betrifft die Depression nicht nur den Patienten, sondern auch sein Beziehungsnetz, und die Störung selbst kann zwischenmenschliche Probleme auslösen oder verschlimmern. Deswegen wird neben der emotionalen Bearbeitung der interpersonelle Schwierigkeiten und der Vermittlung sozialer Bewältigungsfertigkeiten auch gleichzeitig gezielt an einer Symptomentlastung gearbeitet.

Entwicklungsgeschichte

Eine weitaus bedeutsamere Rolle als die theoretischen Wurzeln spielt die empirisch gestützte Ableitung der IPT. Sie kann gewissermaßen als Prototyp einer evidenzbasierten Psychotherapie bezeichnet werden, da sie nicht nur aus Forschungsergebnissen abgeleitet, sondern auch ihre Wirksamkeit von Anfang an kontinuierlich empirisch abgesichert und anhand dessen weiterentwickelt wurde. Die Strategien und Vorgehensweisen sind dementsprechend in einem Manual beschrieben [Klerman et al., 1984, up-dates: Weissman et al., 2000, 2007; dt. Version: Schramm, 2010]. Anstatt auf elaborierten theoretischen Konzeptionen beruht die Entwicklung der IPT also vielmehr auf dem empirisch nachgewiesenen Zusammenspiel zwischen Depression und bestimmten interpersonellen Problemfeldern, die als Behandlungsfoci vorgeschlagen werden (Trauer, Rollenwechsel, Konflikte, soziale Isolation). Dabei orientiert sie sich insgesamt an einem medizinischen Krankheitsmodell, das eine Vulnerabilität für depressive Erkrankungen voraussetzt. Trotz der Betonung des interpersonellen Kontextes galten die Begründer der IPT als Verfechter einer pluralistischen Sichtweise von Depressionen. Die besagt, dass Depressionen durch eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren bedingt sind ohne sich bezüglich ätiologischer Aussagen festzulegen. So beruht die Theorie und Praxis der IPT eher auf zwei nicht ätiologischen, jedoch klinisch-praktischen Annahmen:

1. Depression ist eine medizinische Erkrankung, die behandelbar ist.
2. Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Depression und belastenden Lebensereignissen.

Die wichtigsten Eigenschaften dieser Therapie sind in Tabelle 1 dargestellt. Während die Wirksamkeit der Intervention als nachgewiesen gilt, ist über die Wirkweise relativ wenig bekannt. Es bleibt also weiterhin zu überprüfen, ob der interpersonelle Fokus und die spezifischen Therapiestrategien der Grund für die Effektivität dieses Ansatzes sind.

Theoretischer Hintergrund

Die frühesten theoretischen Bezüge der IPT gehen auf Adolf Meyer (1957) zurück, der mit seinem Konzept der Psychobiologie psychische Störungen als misslungenen Versuch des Individuums betrachtete, sich an veränderte Umweltbedingungen, insbesondere an psychosoziale Stressoren anzupassen. Damit rückte er das psychosoziale Umfeld ins Blickfeld psychiatrischen Interesses, das bis zu diesem Zeitpunkt bestimmt war von dem Triebmodell Freuds sowie der weit verbreiteten Lehre der Krankheitsentitäten von Kraepelin und dem biomedizinischen Modell. Das Konzept von Meyer wurde von einem seiner Schüler, Harry Stack Sullivan (1953), erweitert und ergänzt. Sullivan gilt als der bekannteste Vertreter der Interpersonellen Schule und kam, wie andere

Tabelle 1

Die wichtigsten Merkmale der IPT

- **Dauer und Frequenz:** Fokussierte, zeitlich begrenzte Kurztherapie, 12 bis 20 wöchentliche, circa 50-minütige Einzelsitzungen
- **Indikation:** Ambulante Patienten mit akuter unipolarer Major-Depression, bei denen der Beginn der Depression mit belastenden Lebensereignissen beziehungsweise Lebensphasen in Zusammenhang steht
- **Geringe beziehungsweise keine Indikation:** Patienten mit psychotischen Merkmalen und/oder komorbider Substanzabhängigkeit. Patienten mit einer Vorgeschichte von schwerer, komplexer Traumatisierung und/oder ausgeprägter komorbider Persönlichkeitsstörung.
- **Anwendung:** Allein oder in Kombination mit antidepressiver Medikation. An einem Therapeutenmanual ausgerichtet
- **Behandlungsfokus:** Aktuelle zwischenmenschliche/psychosoziale Probleme oder Lebensveränderungen, die mit der depressiven Episode in Zusammenhang stehen
- **Behandlungsziele:** Remission der depressiven Symptome, Reduktion der interpersonellen Probleme, Aufbau beziehungsweise Nutzen eines sozialen Netzwerks
- **Hintergrund:** Hauptsächlich auf empirischen Befunden zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen beruhend. Wechselseitiger Zusammenhang zwischen Depression und interpersonellem Geschehen.
- **Zuordnung:** Keiner bestimmten Therapieschule zugeordnet.
- **Sichtweise der Depressionsverursachung:** Multifaktorielle Verursachungs- und Vulnerabilitätsfaktoren
- **Therapeutenrolle:** Aktiv, unterstützend, sich auf die Seite des Patienten stellend (Advokat), Übertragung wird nicht interpretiert
- **Wirksamkeit:** Empirisch als wirksam belegt

Begründer und Anhänger dieser Richtung (z. B. Mabel Blake Cohen, Frieda Fromm-Reichmann, Erich Fromm und Karen Horney) von der Neo-Psychoanalyse. Die Interpersonelle Schule vertrat ein transaktionales „Person x Umwelt"-Verständnis von psychischer Gesundheit, indem sie das Individuum als „aktive Variable" beim Umgang mit Lebensproblemen sah. Die eigentliche Durchführung der IPT nach Klerman und Weissman unterscheidet sich allerdings in vielen Punkten von Sullivans therapeutischem Vorgehen beziehungsweise der traditionellen, psychodynamisch ausgerichteten Interpersonellen Schule.

Eine weiterer Bestandteil des theoretischen Hintergrunds der Methode sind auch die Arbeiten des britischen Psychiaters John Bowlby (1969) und seiner Kollegin Mary Ainsworth (1978). Beide gingen von einem biologisch überlebenswichtigen und damit primären Bindungsbedürfnis des Menschen aus. Die Befriedigung dieses Bedürfnisses dient als sichere Basis für das Auskundschaften der inneren und äußeren Welt eines Individuums und für psychisches Wohlbefinden im Allgemeinen. In seiner Bindungstheorie (Attachment Theory) stellt Bowlby eine bedeutsame Verbindung her zwischen dem Verlust persönlicher Bindungen oder auch einem gestörten Bindungsverhalten zur Mutter in der frühen Kindheit und einer Vulnerabilität für psychische Störungen, insbesondere für Depressionen. Mit der Bindungstheorie wurde die Betonung der Bedeutung früherer interpersoneller Erfahrungen auf eine wissenschaftlich überprüfbare Ebene gehoben. Der Zusammenhang zwischen Bindungsstil und depressiven Störungen wurde von mehreren Autoren beschrieben und untersucht [Bifulco et al., 2006; Cyranowski et al., 2002].

In jüngerer Zeit wurde neben der Bindungstheorie auch Donald Kieslers interpersonelle Theorie [Kiesler, 1996] im Zusammenhang mit der IPT als eine moderne Erweiterung der theoretischen Basis diskutiert [Ravitz et al., 2008; Stuart und Robinson, 2003]. Während sich die Bindungstheorie auf Interaktionen zwischen Bezugspersonen bezieht, beschreibt die moderne interpersonelle Theorie Interaktionen in Beziehungen im Allgemeinen. Sie sollte deswegen auch für die IPT Berücksichtigung finden. Kiesler konzeptualisiert interpersonelle Muster von „zirkulärer Kausalität", wobei sich die Interaktionsmuster von Individuen permanent gegenseitig bedingen. Auf einem interpersonellen Circumplex beschreibt er die beiden unabhängigen Dimensionen „Dominanz-Unterwürfigkeit" sowie „Freundlichkeit-Feindseligkeit". Freundliches Verhalten ruft komplementäre Freundlichkeit und Nähe beim anderen hervor, Feindseligkeit bewirkt distanzierendes, ablehnendes Verhalten. Dahingegen zieht Dominanz reziproke Submissivität nach sich. Damit ließen sich interpersonelle Probleme als Resultat von maladaptiven Interaktionsmustern erklären, die zu selbstaufrechterhaltenden Beziehungsmustern führen. Gerade depressive Patienten zeigen häufig submissiv und passiv-aggressive Verhaltensweisen, was soziale Unterstützungsangebote verhindern kann [Ravitz et al., 2008]. Eine detaillierte Beschreibung der Vorläufer, Entwicklung und theoretischen Konzepte der Interpersonellen Schule findet sich bei Schramm und Zobel (2010).

Kritik

Es ist anzumerken, dass sich die theoretische Basis der IPT auf die oben genannten Betrachtungen beschränkt, während komplexere Arbeiten zur interaktionellen Natur depressiver Störungen [Joiner & Timmons, 2009] im IPT-Manual [Klerman et al., 1984; Weissman et al., 2000, 2007] wenig Beachtung finden. So scheint das Gesamtpotenzial eines interaktionellen Ansatzes zur Depressionstherapie bei der IPT noch nicht vollständig ausgeschöpft. Von Joiner und Timmons (2009) wird kritisch darauf hingewiesen, dass das Verfahren zwar kompatibel ist mit der modernen interpersonellen Perspektive der Depressionsentstehung, jedoch eine klare Diskontinuität zwischen der Grundlagenforschung zu interaktionellen Aspekten der Depression einerseits und der Entwicklung und Anwendung der IPT andererseits besteht. Gerade die Beschränkung der Intervention auf eine einfache und pragmatische Sichtweise kann allerdings auch als eine Stärke angesehen werden, denn das Konzept überzeugt Patienten und Kliniker durch Plausibilität und Übersichtlichkeit. Es ist relativ leicht zu erlernen und einfach nachvollziehbar.

Empirischer Hintergrund

Die oben beschriebene Sichtweise psychischer Erkrankungen beziehungsweise die Bedeutung interpersoneller Faktoren für depressive Erkrankungen wird durch zahlreiche empirische Untersuchungen bestätigt [Übersicht z. B. bei Hinrichsen und Emery, 2005 oder Gotlib und Hammen, 2009].

In den letzten Jahrzehnten beschäftigte sich die Depressionsforschung vorwiegend mit biologischen Faktoren sowie der Wirksamkeit von Antidepressiva. Auch wenn diese Komponenten eine zentrale Bedeutung für die Ätiologie depressiver Erkrankungen einnehmen, muss sozialen und interpersonellen Prozessen als Risikofaktor und verlaufsbestimmender Variable eine Schlüsselrolle eingeräumt werden [Berger et al., 2009]. Studien, die die Rolle sozialer und interpersoneller Faktoren als prädisponierend und auslösend für depressive Störungen bestätigen, kommen aus den Bereichen der Lebensereignis- und sozialen Unterstützungsforschung, der „Expressed-Emotion"-Forschung, aus epidemiologischen und entwicklungspsychologischen Studien sowie tierexperimentellen Arbeiten [Schramm und Zobel, 2010]. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen weisen nachdrücklich auf die herausragende Rolle interpersoneller Faktoren für Ätiologie, Verlauf und Therapie depressiver Störungen hin. Umgekehrt wurden auch Veränderungen in den Beziehungen und dem sozialen Status des Betroffenen sowie das Auftreten von Lebensbelastungen als Folgen der Depression gefunden.

Schlussfolgerungen

- Es gibt einen komplexen Zusammenhang zwischen negativen frühkindlichen Erfahrungen (z. B. körperlicher oder emotionaler Missbrauch oder Vernachlässigung, frühe gravierende Verluste) und einer erhöhten Vulnerabilität für das Auftreten depressiver Störungen [Goodman und Brand, 2009].
- Zahlreiche Forschungsergebnisse bestätigen, dass Lebensbelastungen, und zwar insbesondere solche zwi-

schenmenschlicher Natur, mit einem erhöhten Depressionsrisiko einhergehen und außerdem die Genesung sowie Rückfälle beeinflussen [Paykel, 2003]. Schwierigkeiten mit zwischenmenschlichen Beziehungen, wie beispielsweise mangelnde soziale Unterstützung oder konfliktreiche Beziehungen, stehen in engem Zusammenhang mit depressiven Symptomen [Kawachi und Berkman, 2001; Monroe et al., 2009].

- Depressive Erkrankungen beeinträchtigen die soziale Funktionsfähigkeit sowie zwischenmenschliche Beziehungen. Dies betrifft insbesondere die Beziehung zum Partner und zu den Kindern. Beides hält häufig auch dann an, wenn die depressiven Symptome zurückgegangen sind [Kennedy et al., 2007].
- Personen, die mit einem depressiven Menschen zusammenleben, haben ein erhöhtes Risiko selbst depressiv zu werden [Joiner und Timmons, 2009; Hammen, 2009].
- Zwischenmenschliche und psychosoziale Faktoren haben einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf einer Depression [Butzlaff und Hooley, 1998; Davila et al., 2009]. So können unterstützende Beziehungen eine protektive Wirkung haben, umgekehrt können kritische oder bevormundende Beziehungen eine negative Auswirkung auf den Genesungsprozess zeigen.

Aufgrund der Komplexität der zu untersuchenden Fragestellungen sind einige Studien allerdings mit methodischen Problemen belastet, was eine eindeutige Interpretation der Ergebnisse erschwert. Man konnte mit den Untersuchungen jedoch die Bedeutung emotionalen Bindungsverhaltens sowie einer vertrauensvollen Beziehung als wirksamen Schutz vor Depressionen untermauern. Außerdem wurde der Zusammenhang zwischen akuten und chronischen sozialen Stressereignissen und dem Auftreten und Verlauf einer Depression nachgewiesen. Das Auftreten einer Depression war wiederum gefolgt von Beeinträchtigungen sozialer Leistungsfähigkeit in Form gestörter partnerschaftlicher oder anderer Beziehungen oder dysfunktionalen Kommunikationsverhaltens.

Tabelle 2

Ziele, Techniken und Strategien in den drei Phasen der IPT (am Beispiel Rollenwechsel)

I. Initiale Phase (1. bis 3. Sitzung): Auseinandersetzung mit der Depression

- Diagnose erheben und den Patienten (und gegebenenfalls Angehörige) über die depressive Störung und das Rationale der IPT informieren, Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung abklären
- Dem Patienten die Krankenrolle zuteilen, ihn entlasten und Hoffnung vermitteln
- Mit Hilfe der Beziehungsanalyse die derzeitige depressive Episode in einen interpersonellen Kontext setzen
- Im Behandlungsvertrag den Fokus (Trauer, Konflikte, Rollenwechsel oder soziale Defizite) und die Therapieziele mit dem Patienten verhandeln
- Rollenerwartungen aneinander abklären

II. Mittlere Phase (4. bis 13. Sitzung): Arbeit am Problembereich

- Bearbeitung des Fokus durch angemessenes Betrauern des Verlustes, eine günstigere Anpassung an eine neue soziale Rolle, Klärung und Bewältigung von zwischenmenschlichen Konflikten und/oder den Aufbau neuer vertrauensvoller Beziehungen
- Die Bindungs- beziehungsweise Beziehungsmuster, Kommunikationsstrategien sowie die Emotionen des Patienten stehen bei der Bearbeitung im Vordergrund

III. Beendigungsphase (14. bis 16. Sitzung): Abschied nehmen

- Thematisieren des Therapieendes als Abschiedsprozess unter Berücksichtigung damit verbundener Emotionen (z. B. Trauer, Angst, Wut, Ärger)
- Zusammenfassung des in der Therapie Erlernten
- Ausblick auf zukünftig zu bearbeitende Themen sowie Abklärung der Notwendigkeit weiterer Behandlung

Risikofaktoren für Depressionen

Der psychosoziale und zwischenmenschliche Kontext stellt also einen bedeutsamen Mediator und Moderator der Risikofaktoren für eine Depression dar. Nicht nur die Quantität, sondern hauptsächlich die Qualität sozialer Beziehungen, die Sullivan als „sicherheitsspendend" bezeichnet hat, scheinen eine ausschlaggebende Rolle bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen zu spielen.

Depressionstypische zwischenmenschliche Verhaltensweisen (z. B. mangelnde soziale Fertigkeiten, negative verbale und nonverbale Kommunikation, exzessives Suchen nach Rückversicherung), unsichere Bindungsstile (z. B. ängstliche Bindungsmuster), sowie das „Ansteckungspotenzial" von Depressionen bilden gemeinsam den depressiven sozialen Kontext. Der genaue Zusammenhang dieser Risikofaktoren untereinander und bei der Entwicklung depressiver Erkrankungen ist noch nicht vollkommen geklärt.

Basierend auf den beschriebenen theoretischen und empirischen Beobachtungen wird bei der IPT konsequenterweise der Behandlungsschwerpunkt auf die Verbesserung der gegenwärtigen Interaktions- und Kommunikationsmuster des Patienten und seinen Bezugspersonen gelegt.

Durchführung der IPT

Ursprünglich wurde die IPT als zeitlimitiertes Verfahren zur ambulanten Behandlung unipolar-depressiver Patienten konzipiert. Die beschränkte Dauer von 12 bis 20 Sitzungen impliziert, dass der

Behandlungsschwerpunkt im „Hier und Jetzt", also auf der Bearbeitung gegenwärtiger Probleme, liegt. Auch wenn die Begründer des Ansatzes hinsichtlich der Ursachen für eine Depression einen multidimensionalen Standpunkt vertreten, gehen sie davon aus, dass die Depressionsentwicklung sowie der Verlauf in einem psychosozialen und interpersonellen Kontext stattfinden. Ein Ehekonflikt, der Verlust einer nahestehenden Person oder gravierende Lebensveränderungen nehmen beispielsweise Einfluss darauf, wie sich eine Depression entwickelt, verläuft und auf eine Behandlung anspricht.

Gemäß dem Konzept der IPT sind drei Prozesse an der Depressionsentstehung beteiligt:

- die Symptombildung,
- die zwischenmenschliche und soziale Konstellation und
- die Persönlichkeitsfaktoren.

Ziele

Aufgrund der kurzen Behandlungsdauer und des problemorientierten Vorgehens versucht die Methode nur auf der Ebene der Symptome und der interpersonellen Dysfunktionen zu intervenieren und nicht auf der Ebene der situationsüberdauernden Persönlichkeitsaspekte. Eine tiefgreifende Veränderung der Persönlichkeit wird also nicht erwartet. Entgegen dieser realistischerweise eingeschränkten Zielerwartung lassen sich jedoch auch nach nur 16 Sitzungen häufig bereits spürbare Veränderungen im Persönlichkeitsverhalten (z. B. weniger ängstlich-vermeidendes oder auch misstrauisches Verhalten) und im Bindungsstil des Patienten feststellen [Ravitz et al., 2008], bedingt durch eine im Therapieprozess erarbeitete kontinuierliche Veränderung des Kommunikationsstils beziehungsweise zwischenmenschlichen Verhaltens.

Die Ziele der IPT bestehen also darin, die depressiven Symptome zu reduzieren, die zwischenmenschliche Funktionsfähigkeit des Betroffenen zu verbessern, um soziale Unterstützung zugänglich zu machen und gemäß dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell an Problemen zu arbeiten, die durch Lebensveränderungen, Isolation oder konflikthafte Beziehungen zustande kamen.

Fallbeispiel

Der therapeutische Prozess war ursprünglich in drei Abschnitte untergliedert, die dem typischen Störungsverlauf einer akuten depressiven Episode folgen und entsprechend spezifische Therapiestrategien mit ganz bestimmten Funktionen beinhalten (siehe Tabelle 2). Anhand neuerer Erkenntnisse aus der Depressionsforschung wird seit einiger Zeit eine vierte Therapiephase als notwendig erachtet, die sich auf die Fortsetzung beziehungsweise Erhaltung des Therapieerfolgs bezieht [Weissman et al., 2000]. Das Vorgehen in der jeweiligen Behandlungsphase wird im Folgenden anhand eines Fallbeispiels beschrieben. Die Patientin (Frau F.) ist eine 32-jährige Mutter dreier schulpflichtiger Kinder, seit zehn Jahren verheiratet, derzeit als Hausfrau tätig. Die ersten depressiven Symptome traten vor zehn Monaten auf, nachdem sie erfuhr, dass ihr Mann einer beruflichen Beförderung zugesagt hatte, ohne die daraus folgenden Konsequenzen zuvor mit ihr und der Familie abzustimmen. Die Beförderung machte einen Wohnortwechsel nötig. Frau F. reagierte mit intensiven Emotionen: „Zuerst war ich wütend, aber ich sagte nichts aus Angst, ich könnte zu viel zerstören. Dann fühlte ich mich nur noch hilflos, niedergeschlagen und schuldig." Die Patientin musste nicht nur unfreiwillig ihre vertraute Umgebung und Beziehungen aufgeben, sondern fühlte sich vor allen Dingen von ihrem Mann übergangen und missachtet: „Er ist sehr dominant und seine Karriere ist das Wichtigste für ihn. Er ist nur noch für seine Arbeit da. Die Kinder und ich – wir sehen ihn kaum noch." Neben einem gezielten Symptommanagement durch den Einsatz pharmakologischer und psychologischer Strategien wurde mit der Patientin in der initialen Behandlungsphase der Fokus „Interpersonelle Konflikte" mit dem Partner sowie sekundär „Rollenwechsel" im Rahmen der Beförderung des Mannes (z. B. Umzug, Aufgabe von Beziehungen, veränderte soziale Rolle) im Behandlungsvertrag festgelegt. Als kurzfristig zu erreichende therapeutische Ziele nannte die Patientin:

1. Den Konflikt klar benennen und gemeinsam einen Handlungsplan entwickeln.
2. Die Kommunikation zwischen den Partnern verbessern.
3. Sich an die Lebensveränderungen anpassen.

Strategien

Die im Manual beschriebenen und in der mittleren Phase (ab der vierten Sitzung) eingesetzten Strategien beinhalteten:

- Das Stadium des Konflikts bestimmen (im vorliegenden Fall ein Paarkonflikt in der Sackgasse) und dementsprechend Verhandlungen zwischen den Partnern anzuregen.
- Herausfinden, worum es in dem Konflikt geht (im vorliegenden Fall um ein Ungleichgewicht von „Dominanz und Unterordnung" sowie von „Nähe und Autonomiebestreben" zwischen beiden Partnern) und dementsprechend eine Balance herzustellen.
- Die Kommunikation und/oder Erwartungen verändern (im vorliegenden Fall ein gleichberechtigter Austausch von Informationen, aber auch von Emotionen bezüglich der veränderten Lebenssituation).
- Eine Problemlösung bezüglich der veränderten Situation finden (im vorliegenden Fall die Unterstützung des Ehemannes beim Eingewöhnen in die neue Umgebung, beim Aufbau sozialer Kontakte und dem Integrieren in die neue gesellschaftliche Rolle).

Eingesetzte Techniken

Bei den Kommunikationsanalysen zeigte sich eine ausgeprägte Konfliktvermeidung vonseiten der Patientin, die im

Rahmen einer belastenden Bindungsgeschichte (häufige gewaltsame Auseinandersetzungen und frühe Scheidung der Eltern) verstehbar war. Frau F. kommunizierte weder ihre Bedürfnisse noch ihre Gefühle aus Angst auf Ablehnung zu stoßen. Vorbereitend für die drei Sitzungen, bei denen der Partner einbezogen wurde, probierte sie anhand konkreter Beispiele im Rollenspiel ihre Gefühle und Wünsche zu kommunizieren, beispielsweise: „Ich fühle mich von dir übergangen und es macht mich wütend, dass du mich nicht einbeziehst. Ich möchte, dass du in Zukunft alle Entscheidungen, die unsere Familie betreffen, vorher mit mir besprichst." Im Paargespräch wurden aber auch gemeinsam Verhaltensregeln verhandelt, zum Beispiel:

1. Die Bedürfnisse jedes Familienmitglieds sind wichtig, keiner wird übergangen.
2. Wenn jemand ein Anliegen hat, muss er es klar äußern.

Bei der emotionalen Arbeit, die bei der IPT eine zentrale Rolle spielt, wurden die Ängste von Frau F. im Zusammenhang mit Konfliktvermeidung geklärt sowie die Bindungsgeschichte exploriert. Im Anschluss erarbeitete sie Strategien zum Umgang mit ihren ausgeprägten Ängsten, verlassen zu werden. Die Patientin wurde außerdem dazu ermutigt, ihre Gefühle im Zusammenhang mit der Lebensveränderung zu kommunizieren (Ärger, Traurigkeit, Angst, aber auch Neugier auf die neue Situation, Erleichterung über die mit der Beförderung verbundene finanzielle Sicherheit und Stolz auf ihren Mann).

Im Rahmen einer Entscheidungsanalyse besprach sie mit ihrem Partner zunächst Alternativen zur neuen Situation des Wohnortwechsels. Sie willigte schließlich freiwillig ein, dort wohnen zu bleiben unter der Bedingung, dass sie auf die Unterstützung ihres Mannes bei der Eingewöhnung in das neue Umfeld zählen kann. Er schlug vor, seine Arbeitszeiten auf ein sozial vertretbares Maß zu begrenzen und sie beim Aufbau eines sozialen Netzes zu unterstützen (z. B. eine Einweihungsfeier arrangieren, gemeinsam einem Tennisclub beitreten, etc.).

Nachdem die Patientin den Entschluss gefasst hatte, von den alten Bezügen Abschied zu nehmen, zeigten sich bei ihr zahlreich vorhandene, jedoch zuvor durch die Depression blockierte soziale Fertigkeiten. Es gelang ihr schließlich sogar an dem neuen Wohnort eine befriedigende Tätigkeit mit hohem sozialem Ansehen zu übernehmen. Am wichtigsten war für sie jedoch, sich ihren Mann wieder nahe zu fühlen.

Nach 16 Sitzungen war Frau F. weitgehend remittiert. In der Abschlussphase gab sie an, gelernt zu haben, dass Konfliktvermeidung zu Einsamkeit und in eine Sackgasse führt: „Es gibt zwar immer noch Höhen und Tiefen in der Beziehung zu meinem Mann, aber ich habe gelernt, mit Unstimmigkeiten offen umzugehen und Auseinandersetzungen nicht mehr zu vermeiden. Wir sind uns dadurch wieder näher gekommen." Der Abschied vom Therapeuten fiel ihr schwer und war mit Sorgen verbunden, ohne seine Hilfe die gewonnene Stabilität zu riskieren. Die negativen Empfindungen wurden als normale Gefühle bei Abschied validiert und es wurden Auffrischsitzungen in zweimonatigen Abständen vereinbart.

Die vier Behandlungsphasen

Initiale Behandlungsphase

Die initiale Phase der Therapie, die bei ambulanten Patienten die ersten drei Sitzungen umfasst, gilt vorrangig der Reduktion der depressiven Symptomatik. Dieser Abschnitt widmet sich hauptsächlich der Entwicklung von Symptombewältigungsstrategien sowie der allgemeinen Entlastung des Patienten durch das Vermitteln von Hoffnung und Informationen zur Störung. Der Betroffene wird als mündiger Patient ernst genommen und es wird erklärt, dass es sich bei dieser Symptomkonstellation um eine Erkrankung handelt (medizinisches Krankheitsmodell), die stark verbreitet ist und die er sich nicht freiwillig ausgesucht hat. Der Therapeut macht außerdem Angaben zur Prognose und Behandlungsmöglichkeiten.

Die Prognose soll Hoffnung erwecken, während die Psychoedukation insgesamt ein Anfang zur Wiederherstellung der eigenen Kompetenz, Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle des Patienten sein soll. Beim psychoedukativen Teil der Therapie sollten die Angehörigen einbezogen werden, um deren Verständnis für die depressive Störung und für den Umgang mit dem Patienten zu erhöhen und sie zur Mitarbeit zu bewegen. Der Patient wird außerdem von überfordernden sozialen Verpflichtungen entlastet und ihm wird die Krankenrolle zugeschrieben. Falls nötig, wird aktiv dabei geholfen, Unterstützung von außen (z. B. Freunde, Nachbarschaftshilfe, soziale Dienste, Ämter etc.) zugänglich zu machen. Um als nächstes die Depression in einen interpersonellen Kontext zu stellen, werden Fragen gestellt wie beispielsweise: „Wann sind die ersten Symptome aufgetreten und was hat sich zu dieser Zeit in Ihrem Leben abgespielt?" „Welche Personen und welche belastenden Ereignisse haben eine Rolle gespielt?" „Wie sind Sie damit umgegangen?" „Welche Gefühle haben dabei eine Rolle gespielt?"

Darüber hinaus hilft die so genannte Beziehungsanalyse (interpersonal inventory) – eine gezielte Exploration der wichtigsten Bezugspersonen des Patienten – beim Identifizieren der Problembereiche. Der Patient soll dabei Zusammenhänge zwischen seinen Beschwerden und interpersonellen Problemen erkennen, um ihm schließlich ein plausibles Störungsmodell seiner Erkrankung anzubieten.

Die initiale Phase wird abgeschlossen, indem mittels eines Behandlungsvertrages der Therapiefokus und die Zielsetzung definiert werden. Die vier Bereiche, die empirisch und klinisch am häufigsten in Verbindung mit Depression gefunden wurden, sind

- Trauer,

- interpersonelle Auseinandersetzungen,
- Rollenwechsel und
- soziale Defizite beziehungsweise Einsamkeit/Isolation.

Mittlere Behandlungsphase

In der mittleren Behandlungsphase zwischen der vierten und 13. Sitzung sollen, je nach Problemfeld, der Verlust einer Bezugsperson angemessen betrauert, Konflikte oder Rollenwechsel erkannt und gelöst sowie soziale Defizite bewältigt werden. Es wird unter Anwendung der im Manual beschriebenen Strategien und Zwischenziele daran gearbeitet, angemessene Bewältigungsstrategien zu entwickeln oder alternative Verhaltensmöglichkeiten auszubilden. Der Fokus bleibt stets auf den interpersonellen Ereignissen, damit verbundenen Gefühlen sowie dem Umgang mit diesen Ereignissen. Der Therapeut fokussiert auf konkrete Beispiele und fragt, was der Patient und der Gesprächspartner genau gesagt haben und wie sich der Patient gefühlt hat. Der Therapeut bestärkt den Patienten oder man sucht gemeinsam nach anderen Möglichkeiten des Umgangs. Obwohl Anstrengungen unternommen werden, das Vermeidungsverhalten des Patienten zu reduzieren, bleibt das therapeutische Vorgehen in erster Linie unterstützend, ermutigend und weniger konfrontativ oder direktiv. Außerdem soll in der mittleren Phase weiterhin das Verständnis des Patienten für den Zusammenhang von depressiven Symptomen und Veränderungen innerhalb der Beziehungs- und Rollenkonstellation vertieft werden.

Beispiele für die einzelnen Foci

Trauer: Komplizierte Trauer nach dem Tod einer Bezugsperson
Beispiel: Herr R., 42 Jahre, leitender Angestellter einer Bank, verliert seine Frau nach zweijähriger Krebserkrankung. Die beiden gemeinsamen Kinder versucht er nun alleine groß zu ziehen. Über den Tod der Mutter wurde in der Familie nicht gesprochen, weder als er bevorstand noch nach dem Ereignis. Herr R. stürzt sich direkt nach dem Tod seiner Frau in übermäßige Aktivitäten sowie in einen raschen Wohnortwechsel. Um Schlaf zu finden, nimmt er dauerhaft Schlafmittel ein. Emotionale Anzeichen einer Trauer waren nach Angaben der Töchter nicht festzustellen. Als zwei Jahre nach der Beerdigung seiner Frau plötzlich sein Vater an Herzversagen stirbt, fällt er in eine tiefe Depression.

Rollenwechsel: Gravierende Lebensveränderungen. Zum Beispiel: Berufswechsel, Umzug, Berentung, ernsthafte Erkrankung, Trennung vom Partner, Beginn eines Studiums, Mutterschaft, Pflege eines Angehörigen
Beispiel: Die Mutter von Frau Z. wird nach einem Schlaganfall pflegebedürftig. Frau Z. nimmt sie unter Protest ihres Mannes zu sich nach Hause. Sie gibt vorübergehend ihre Arbeitstätigkeit auf und fühlt sich dennoch von der neuen Aufgabe überfordert. Sie ist meist übermüdet, ohne Energie und kaum ansprechbar. Nach drei Monaten zieht der Mann von zu Hause aus, weil er eine andere Frau kennengelernt hat.

c) Interpersonelle Auseinandersetzungen: Offene oder verdeckte Konflikte mit einem Partner, Kind, Verwandten, Freund, Vorgesetzten etc.
Beispiel: Herr B. will seinen Betrieb vorzeitig an seine Tochter übergeben, er möchte jedoch nicht dass der Schwiegersohn in den Betrieb einsteigt. Der Schwiegersohn hatte erst vor wenigen Jahren einen anderen Betrieb seiner Ansicht nach in den Bankrott getrieben. Die Tochter kann sich nicht entscheiden, ob sie mit dem Vater oder ihrem Mann loyal sein soll. Der Sohn von Herr B. droht seinen Anteil einzuklagen, die Frau von Herr B. fürchtet sich vor der vorzeitigen Berentung ihres Mannes, da er in letzter Zeit immer schlechter gelaunt und eifersüchtiger wurde.

Soziale Defizite: Einsamkeit, Isolation, keine Bindungen bei Abwesenheit von akuten Lebensereignissen. Keiner der oben genannten Problembereiche trifft zu.
Beispiel: Frau G. lebt seit vielen Jahren mit ihrer 91-jährigen Mutter zusammen im Elternhaus. Einen Partner hat sie seit 30 Jahren nicht mehr gehabt. Sie ist stark misstrauisch und vermutet stets finanzielle Motive hinter Annäherungen anderer Menschen. Andererseits gibt sie an, sich isoliert zu fühlen. Nachdem sie nicht zu einer Feier ihres Betriebes eingeladen wurde und die Mutter körperlich zunehmend abbaut, entwickelt sie depressive Symptome.

Beendigungsphase

Die Schlussphase der Akutbehandlung umfasst mehrere Sitzungen (14. bis 16. Sitzung) und wird explizit als Trauer- und Abschiedsprozess bearbeitet. Zu diesem Zweck sollen die Gefühle des Patienten über den Abschluss der Behandlung, also beispielsweise Ängste, Traurigkeit oder Wut, thematisiert werden. Weiterhin wird resümiert, was erreicht oder gelernt werden konnte, aber auch, was noch aussteht und für die Zukunft zu erwarten ist. Dazu gehört unter anderem, frühe Warnsignale für das Auftreten einer erneuten Depressionsphase mit dem Patienten zu besprechen. In der Schlussphase ist der Therapeut ganz besonders bestärkend und ermutigend. Er muss abschließend noch beurteilen, ob eine Weiterbehandlung beispielsweise in Form von Erhaltungssitzungen, im Rahmen eines Wechsel des Verfahrens, oder einer zusätzlichen oder anderen Medikation benötigt wird.

Erhaltungstherapiephase

Für die meisten Patienten empfiehlt sich nach der Akutbehandlung eine vierte Phase der Erhaltungstherapie anzuschließen. Diese dient der Fortsetzung des Therapieerfolgs und damit dem Rückfallschutz. Einen wirksamen Schutz bilden weitere wöchentliche Sitzungen über die Dauer von sechs Monaten als Fortsetzungstherapie [Klerman et al., 1974] oder monatliche Sitzungen für weitere drei Jahre als Erhaltungstherapie [Frank et al., 1990, 2007]. Die Erhaltungsform der IPT (IPT-M, maintenance) ist der Akut-IPT ähnlich, indem der Fokus weiterhin auf dem Zusammenhang zwischen interpersonellen Ereignissen und der Stimmung sowie der

sozialen Leistungsfähigkeit liegt. Das Hauptziel der IPT-M besteht darin, den Remissionszustand zu erhalten oder eine erneute depressive Episode zu verhindern, indem die Vulnerabilität für zukünftige Episoden reduziert wird.

Über den längeren Zeitraum können nun allerdings Probleme aus allen vier Problemfoci besprochen werden und es ist zu erwarten, dass auch überdauernde interpersonelle Verhaltensmuster, die mit der Persönlichkeitsstruktur des Patienten im Zusammenhang stehen, eine Veränderung erfahren.

Techniken

Die Techniken der IPT sind größtenteils aus anderen Therapierichtungen entlehnt und teilweise modifiziert worden. Dieses Verfahren ist im Vergleich zu anderen Psychotherapieformen nicht besonders stark technikorientiert. Im ersten Teil werden hauptsächlich explorative, psychoedukative und symptombewältigende Techniken wie beispielsweise Ermutigung, Ratschläge und positive Rückmeldung angewendet. In der zweiten und dritten Phase zielen sie vorwiegend darauf ab, dass der Patient Einsicht in emotionale Zusammenhänge (z. B. durch Klärung) gewinnt und lernt, zwischenmenschliche Probleme zu lösen (z. B. durch Entscheidungsanalysen). Die späteren Abschnitte dienen hauptsächlich dem konkreten Handlungs- und Verhaltensaufbau beziehungsweise dem Erwerb von Bewältigungsstrategien (z. B. durch Rollenspiele).

Emotionale Aspekte finden während des Behandlungsverlaufs die stärkste Berücksichtigung. Konfrontatives und interpretierendes Vorgehen sollen vermieden werden. Eine Auflistung der wichtigsten Interventionen, die gezielt eingesetzt beziehungsweise vermieden werden sollen, findet sich in Tabelle 3. Die Gesprächsführung ist am ehesten an das Vorgehen psychodynamischer Kurzzeittherapien angelehnt.

Die Haltung des Therapeuten ist dabei aktiv und unterstützend, stets explizit auf der Seite des Patienten. Es ist die Aufgabe des Therapeuten die von Bowlby geforderte „sichere Basis" aufzubauen, um dem Patienten eine angstfreie Erforschung seiner äußeren und inneren Welt zu ermöglichen.

Tabelle 3

Empfohlene und nicht-empfohlene Interventionen bei Anwendung der IPT (DOs und DON´Ts)

DOs

- __ Unterstützende, ermutigende Therapeutenhaltung einnehmen
- __ Durch Psychoedukation immer wieder für Entlastung des Patienten sorgen
- __ Behandlungsfokus (wie im Vertrag festgelegt) beibehalten, irrelevantes Material eingrenzen
- __ Bei der Festlegung des Problembereichs Vermeidungsstrategien des Patienten berücksichtigen
- __ Auf zwischenmenschliche Ereignisse und den Umgang damit eingehen
- __ Auf die mit der Problematik verbundenen Gefühle (positive und negative) eingehen
- __ Strategien in der Sitzung (z. B. im Rollenspiel) entwickeln und ausprobieren
- __ Im Hier und Jetzt bleiben
- __ Die Sitzung am Ende zusammenfassen
- __ Den Eindruck vermitteln, dass aktives Verhalten und positive Veränderungen erwartet werden
- __ Den therapeutischen Fortschritt von Zeit zu Zeit strukturiert erfassen

DON´Ts

- __ Den Fokus in die Vergangenheit, frühe Ursachen und Kindheitserlebnisse legen
- __ Den Fokus auf Kognitionen legen
- __ Den Fokus auf die Übertragungsbeziehung legen
- __ Den Fokus ohne Veränderung des Behandlungsvertrags wechseln
- __ Den Fokus auf somatische Symptome legen
- __ Freie Assoziation von Gefühlen zulassen
- __ Interpretationen und Deutungen vornehmen
- __ Abwehrmechanismen analysieren
- __ Lange schmerzhafte Schweigepausen
- __ Träume interpretieren
- __ Den Patienten mit Fehlern und Versagen konfrontieren
- __ Sich als Therapeut mit seiner persönlichen Reaktion in den Fokus stellen
- __ Eine Abhängigkeitsbeziehung zum Therapeuten unterstützen
- __ Die Therapie mit offenem Ende konzipieren

Bewertung und Vergleich

Ebenso wenig wie die verwendeten Therapietechniken sind die drei beziehungsweise vier definierten Therapiephasen für sich genommen einzigartig für die IPT. Eine ausführliche Psychoedukation über die psychiatrische Störung in supportiver und entlastender Weise ist auch in der Anfangsphase zahlreicher anderer Therapieprogramme zu finden. Therapieansätze wie beispielsweise das Training sozialer Fertigkeiten, die verhaltenstherapeutische Paartherapie oder die systemische Therapie fokussieren ebenso auf zwischenmenschlichen Interaktionsmustern und Kommunikationsprozessen. Und die Schlussphase entspricht im Grunde genommen dem Abschluss vieler anderer Therapiemethoden, insbesondere psychodynamisch orientierter

Kurztherapien. So macht vielmehr die strukturierte und durchaus spezifische Zusammenstellung der Behandlungselemente und -strategien die Besonderheit und möglicherweise die Wirksamkeit dieser Therapieform aus. Denn die Zusammenstellung der Therapieelemente ist pragmatisch auf den Erkenntnissen der Depressions- und Psychotherapieforschung aufgebaut. Auch die diagnostische Einordnung der Depression als psychiatrische Störung, die multifaktorielle Sichtweise der Depressionsverursachung und die damit verbundene Offenheit für medikamentöse Mitbehandlung sind an neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert.

Die IPT zeigt sich von allen Depressionstherapien mit am flexibelsten, da sie den Schwerpunkt auf ein Vorgehen legt, welches nicht an einer Therapieschule, sondern an einer Problemlösung orientiert ist, bei der Beziehungsaspekte besonders berücksichtigt werden. Somit kann sich dieses Verfahren sehr individuell an den Bedürfnissen, Eigenarten und Notwendigkeiten des Patienten ausrichten und ist nicht dogmatisch einer Therapierichtung verpflichtet. Diese rationale und ideologisch losgelöste Herangehensweise an die spezifisch auf eine Störung zugeschnittene Behandlung ist offensichtlich erfolgreich. Das zumindest belegen die bisherigen Wirksamkeitsüberprüfungen. Es wird sich zeigen, ob sie als Modell zur Entwicklung von Therapien für andere Störungen dienen und die schulorientierte Psychotherapie ablösen kann.

Indikation und Kontraindikation

Der ursprüngliche Indikationsbereich der IPT bezog sich auf ambulante, nichtpsychotische Patienten mit unipolar depressiven Episoden. Selbst bei schwer depressiven und stationär behandlungsbedürftigen, auch chronifizierten Patienten konnten mit dieser Intervention mit oder ohne begleitende Medikation Erfolge erzielt werden [Elkin, 1994; Luty et al., 2007; Schramm et al., 2007; Schramm et al., 2008]. Auch das Gruppenformat hat sich bewährt [Schramm und Klecha, 2010]. Der Einsatz der Methode wird in den Leitlinien der APA (1993) besonders für Patienten mit psychosozialen Problemen oder mit beruflichen oder partnerschaftlichen Schwierigkeiten empfohlen. War die Ursprungsform der IPT bei der Akutbehandlung erfolgreich, erwies sie sich jedoch zur langfristigen Verhinderung erneuter depressiver Episoden als nicht ausreichend. Zur Rezidivprophylaxe liegt deswegen eine hinsichtlich der Behandlungsdauer modifizierte und empirisch überprüfte Version vor [Frank et al., 1990, 2007].

IPT zeigte sich auch bei anderen Störungsbildern als nützlich. Es liegen mittlerweile zahlreiche Modifikationen vor und die ersten Ergebnisse zu den modifizierten Formen sind überwiegend viel versprechend [zusammenfassend siehe Schramm und Zobel, 2010]. Davon ausgenommen ist lediglich der Einsatz des Verfahrens bei Opiat- beziehungsweise Kokainabhängigen, bei körperlich stark beeinträchtigten Altersdepressionen ab 70 Jahren, bei Anorexie und bei „reiner" Dysthymie ohne depressive Episoden. Bei älteren depressiven Patienten zeigte sich eine Kombinationsbehandlung mit IPT und Medikation am effektivsten [Reynolds et al., 1999]. Besonders überraschend war die Wirksamkeit der Intervention bei bulimischen Patienten [Agras et al., 2000]. Kontraindiziert ist die Anwendung der IPT bei akut psychotisch depressiven oder manischen Patienten. Auch von der alleinigen Anwendung dieser Therapieform bei schwer melancholisch Depressiven wird abgeraten. Bei bipolareren Patienten in den depressiven Phasen erwies sich die begleitende Psychotherapie hingegen als nützlich [Frank et al., 2005].

Wirksamkeit und Wirkweise der IPT

Die IPT ist trotz ihres relativ jungen Alters bereits umfassend untersucht. Das ausgezeichnete Wirksamkeitsprofil wurde in den letzten 40 Jahren durch mehrere gut kontrollierte Studien belegt [Metaanalysen: Cuijpers et al., 2008; de Mello et al., 2005; Balslev-Jorgensen et al., 1998; Reviews: z. B. Hollon et al., 2005; Grawe et al., 1994]. Die Qualität der Forschungsarbeiten kann bis auf wenige Ausnahmen als anspruchsvoll bezeichnet werden. Eine ausführliche Darstellung der aktuellen Studienlage findet sich bei Schramm & Zobel (2010).

Die IPT wurde als Einzelbedingung im Vergleich zu oder in Kombination mit medikamentöser Therapie an meist großen Patientenstichproben überprüft. Sie wurde auch mit anderen Kurzzeitverfahren verglichen sowie mit medikamentösen und psychologischen Plazebobedingungen oder unbehandelten Wartekontrollgruppen. Fast alle Studien wurden an ambulanten depressiven Patienten durchgeführt.

Zusammenfassend weist die Methode eine hohe durchschnittliche Effektstärke auf und zählt zu den wirksamsten psychologischen Depressionstherapien. In der Metaanalyse von Balslev-Jorgensen et al. (1998) werden Prä-Post-Effektstärken von d = 1.72 für Psychotherapie (unter Einschluss von IPT) errechnet. Im Vergleich mit unbehandelten Wartekontrollgruppen verbessern sich depressive Patienten durch IPT deutlich (52 Prozent Vorteil), während sich zu anderen aktiven Psychotherapien (Kognitive Verhaltenstherapie) beziehungsweise zu antidepressiver Medikation nur geringe Unterschiede (10–13 Prozent) ergeben. Eine neuere Metaanalyse [de Mello et al., 2005] schloss 13 Studien zur IPT bei Depression ein und bestätigt im Wesentlichen diese früheren Berechnungen. De Mello et al. (2005) errechnen für die IPT bei der zum Behandlungsende erzielten Symptomreduktion sogar eine Überlegenheit gegenüber der KVT. Auch Cuijpers et al. (2008) berichten einen gering ausgeprägten Vor-teil der IPT gegenüber anderen Verfahren.

Nutzen für komplexere Störungen

Obwohl die Wirksamkeit der IPT durch zahlreiche Studien empirisch gestützt ist, gilt die Einschränkung, dass bei den meisten Untersuchungen relativ enge Ein- und Ausschlusskriterien verwendet wurden.

Das bedeutet, dass die Generalisierbarkeit auf komplexer gestörte Patienten wie man sie in der alltäglichen Praxis antrifft nicht in jedem Fall gegeben ist. Jedoch weisen einige so genannte „Effectiveness"-Studien [z. B. Browne et al., 2002; Schramm et al., 2004; Bodenmann et al., 2008] und klinische Erfahrung auf den Nutzen dieser Therapieform auch für komplexere Störungsbilder hin. Nach wie vor wird jedoch kritisiert, dass die Einschränkungen der Evidenz der IPT mehr berücksichtigt werden sollten, insofern die Überlegenheit der Methode gegenüber unspezifischeren Verfahren eher unter eng definierten (aufgrund zahlreicher Ausschlusskriterien) als unter universellen Bedingungen (klinische Routine) gültig ist [Parker und Fletcher, 2007].

Fasst man die empirischen Befunde zusammen, so darf konstatiert werden, dass die IPT bei der Akut-, Erhaltungs- und der prophylaktischen Therapie selbst schwerer depressiver Erkrankungen ohne psychotische Symptomatik eine brauchbare Alternative oder auch eine sinnvolle Ergänzung zu den pharmakotherapeutischen Maßnahmen darstellt. Dies kann insbesondere für Patienten nützlich sein, die keine Medikamente nehmen können oder wollen beziehungswenise nicht darauf ansprechen.

Wirkweise

Aus den bisher nur vereinzelt durchgeführten Prozessanalysen zur IPT lässt sich ableiten, dass komplexe Interaktionen zwischen Patientenmerkmalen (z. B. Feindseligkeit), dem Therapeutenverhalten (z. B. Kompetenz) und anderen Prozessvariablen (z. B. Manualtreue) bestehen [Schramm und Zobel, 2009]. Diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und den Behandlungserfolg. Im Unterschied zu verhaltenstherapeutischen Ansätzen wird bei der IPT mehr Gewicht auf zwischenmenschliche Beziehungen und weniger auf intrapersonale Aspekte gelegt. Außerdem unterstützen IPT-Therapeuten die Patienten stärker beim Erleben von Emotionen als Therapeuten in der kognitiven Verhaltenstherapie und arbeiten weniger direktiv und edukativ, dafür empathischer und weniger distanziert. Allerdings scheinen die unterschiedlichen psychotherapeutischen Vorgehensweisen das Ergebnis der Therapie nicht selbstständig voraussagen zu können. Stattdessen spielen auch Patientenvariablen eine bedeutsame Rolle, insofern diese mit den verschiedenen Techniken interagieren. Die IPT kann also zu den effektivsten Depressionsbehandlungen gerechnet werden und erwies sich bei der Behandlung von schweren Depressionen sogar der kognitiven Therapie als überlegen und der pharmakologischen Therapie als ebenbürtig.

Verbreitung der IPT

Trotz der überzeugenden Wirksamkeitsnachweise hat die IPT in den USA zunächst nur zögernd Einzug in Ausbildungsprogramme für Ärzte und Psychologen oder in die klinische Praxis gehalten. Einer der Gründe ist darin zu sehen, dass die meisten amerikanischen Weiterbildungsprogramme zum Facharzt im Bereich der Psychiatrie (psychiatry residency trainings programs) die IPT nicht vorschreiben. Ebenso wird die Methode im Krankenversicherungssystem nicht bevorzugt erstattet. Es gibt also für amerikanische Kollegen zu wenig ökonomische Anreize, in eine entsprechende Ausbildung zu investieren. Dahingegen wird der Ansatz als klinische Intervention in Europa, Australien und Kanada weitaus häufiger eingesetzt. Auch in Entwicklungsländern und anderen Kulturen (z. B. Afrika, Indien, Puertorico, etc.) hat der Einsatz der IPT in modifizierten Formaten (vorwiegend als Gruppenprogramm) in den letzten Jahren eine rasante Entwicklung genommen [z. B. Bolton et al., 2003]. Die in Europa, Kanada und Australien häufige Anwendung im stationären Kontext ist aufgrund der durchschnittlich immer kürzer werdenden Aufenthaltsdauer in den USA ohnehin nicht zu erwarten. Dennoch ist das Interesse an diesem Ansatz im Laufe der Zeit stark gestiegen, weil er in den amerikanischen, kanadischen, britischen und deutschen Leitlinien explizit als eine wirksame Form der Depressionsbehandlung empfohlen wird [z. B. Fochtmann et al.: APA, 2007; NICE, 2005; Nationale Versorgungsleitlinie, 2009, www.versorgungsleitlinien.de; De Jong et al., 2007; Anderson et al.: British Association of Psychopharmacology, 2008].

Zwischenzeitlich liegt sowohl in den USA als auch in Deutschland ein Curriculum für die Ausbildung in Interpersoneller Psychotherapie vor (siehe Tabelle 4). Dieses ist auf den Webseiten der International Society for Interpersonal Psychotherapy (ISIPT; www.interpersonalpsychotherapy.org) und der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie (AWP-Depression; www.IPT.AWP-Depression.de) näher beschrieben. Die Kriterien für eine Zertifizierung können allerdings je nach landesüblichen Standards unterschiedlich sein. Trotz der überzeugenden Datenlage hat sich bisher – wohl unter anderem auf Grund der

Tabelle 4

Curriculum zur IT

Curriculum der Arbeitsgemeinschaft Interpersonelle Psychotherapie zur IPT

Voraussetzungen für eine Zertifizierung in IPT (basierend auf den Vorgaben der International Society of Interpersonal Psychotherapy/ISIPT)

I. Abgeschlossene (oder nahezu abgeschlossene) Psychotherapieausbildung

II. Grundkenntnisse in der Behandlung depressiver Erkrankungen

III. 24 Stunden didaktische Einführung und Übungen in dem Verfahren der IPT

IV. Mindestens 8 bis 10 Stunden video- oder audiogestützte Supervision von mindestens zwei ambulanten depressiven Patienten (mindestens 16 bis 20 Therapiesitzungen) durch einen IPT-Supervisor. Erfolgreiche Durchführung der Therapie. Die Fälle sollten aus zwei verschiedenen Problembereichen stammen.

schulenunabhängigen Konzeption – keine der traditionellen Therapieschulen zuständig gesehen, die IPT vollständig in ihr Curriculum zu integrieren. Auch im deutschsprachigen Raum gibt es bisher lediglich ein Ausbildungsinstitut, das kontinuierlich Trainings und Supervision in IPT anbietet (AWP-Depression).

Anerkennung und Kostenerstattung

In Deutschland gehört die IPT ebenfalls noch nicht zu den von den Krankenkassen erstatteten Richtlinienverfahren, obwohl sie auch in deutschsprachigen Leitlinien als evidenzbasierte Depressionsbehandlung empfohlen wird [z. B. Nationale Versorgungsleitlinie, 2009; www.versorgungsleitlinien.de; Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie: De Jong et al., 2007]. Die Publikation des deutschsprachigen Manuals [1. Auflage Schramm, 1996], die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft IPT" sowie die Empfehlung der Methode als evidenzbasierte Depressionsbehandlung in deutschsprachigen klinischen Leitlinien löste zwar ein breites Interesse vor allem an der stationären Anwendung aus, dennoch ist es bisher nicht gelungen, den Ansatz bei den Krankenkassen als erstattungsfähig durchzusetzen. Es mutet paradox an, wenn eine Psychotherapie wie die IPT in den nationalen Versorgungsleitlinien einerseits als abgesicherte Empfehlung nahegelegt wird, andererseits aber nicht von den Kassen finanziert wird. Durch die Neuregelung der Psychotherapie-richtlinien, die im Juni 2006 vom gemeinsamen Bundesausschuss (Unterausschuss Psychotherapie) beschlossen wurden, ist nun allerdings der Weg gebahnt, dass die IPT als „Methode" von der Bundespsychotherapeutenkammer anerkannt werden kann. Ein entsprechen-der Antrag wurde beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie für die Störungsgruppe der Affektiven Störungen sowie der Essstörungen (Bulimie, Binge Eating Disorder) im Jahre 2006 positiv begutachtet. Somit könnte die IPT auch als wissenschaftlich anerkannte Methode im Richtlinienverfahren oder auch im Rahmen von Verträgen zu Integrierten Versorgungsnetzen Eingang finden. Dementsprechende Prozesse sind im Gange. Es zeichnet sich bereits jetzt ab, dass die IPT als evidenzbasierte Therapieform bei Direktverträgen mit Krankenkassen Teil der vertraglichen Leistungen werden dürfte.

Ausblick

Unter den modernen Aspekten der Ökonomie, der Zeiteffizienz und der Wirksamkeit ist zu erwarten, dass dieses strukturierte Therapieverfahren noch mehr an Bedeutung gewinnen wird. Dies gilt vor allem im Hinblick auf die jüngsten gesundheitspolitischen Entwicklungen in Deutschland und die zunehmenden finanziellen Restriktionen im Gesundheitswesen. Von Interesse ist ebenfalls die Tendenz zu einer Erweiterung des Anwendungsspektrums der IPT. Für die Zukunft könnte dies bedeuten, dass die IPT mit ihren Modifikationen als Ausgangspunkt beziehungsweise zum Kernkonzept für eine Vielzahl störungsspezifischer Psychotherapieformen jenseits der tradierten Schulrichtungen werden könnte. □

LITERATUR

bei den Verfassern

PD Dr. phil. Elisabeth Schramm, Freiburg
Prof. Dr. med. Mathias Berger, Freiburg

Ambulante Neuropsychologie

Stiefkind der Versorgung

Seit mehreren Jahren kämpfen die Berufsverbände für eine angemessene Versorgungsmöglichkeit für Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und deren dadurch bedingten Störungen. Das ambulante Versorgungssystem ist mit diesen „hirnorganischen Patienten" überfordert. Die Richtlinienpsychotherapie versagt bei diesen Krankheitsbildern in der Regel völlig, eine rein pharmakologische Therapie ist ebenfalls nicht zielführend. Die Zulassung einer neuen Behandlungsmethode beim gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) könnte Abhilfe aus der mangelhaften Versorgung versprechen.

CHRISTA ROTH-SACKENHEIM, PAUL REUTHER

© Fotolia/PA

Und nun? Nach der Behandlung in Reha-Kliniken steht Patienten mit Schlaganfall oder anderen Schädigungen des Gehirns oft keine adäquate Weiterbehandlung zur Verfügung.

Die Hirnforschung hat in den letzten zehn Jahren faszinierende Hinweise auf mögliche Therapieoptionen unter Nutzung der spezifischen Zeitfenster der Heilungsphasen nach Hirnverletzungen eröffnet. In der neurologischen stationären und ambulanten Rehabilitation ist eine neuropsychologische Behandlung derzeit bereits Standard. Nach der Entlassung aus der Rehabilitation sind die Patienten in der Regel dann unversorgt. Es mangelt an Nachsorgekompetenz und an umsetzbaren Nachsorgeplänen und -leistungen.

Neuropsychologische Diagnostik und Therapie ist bisher im ambulanten Versorgungsbereich praktisch nicht verfügbar. Im System der gesetzlichen Krankenkassen gibt es bislang keine ambulanten Neuropsychologen oder neuropsychologisch erfahrene Psychotherapeuten. Die Gebührenordnungen und Richtlinien des ambulanten Versorgungssystems sehen neuropsychologische Behandlung nicht vor mit Ausnahme des neuropsychologisch- orientierten Hirnleistungstrainings der Ergotherapeuten im Heilmittelbereich.

„Schwarz erbrachte" Leistungen

Einige diesbezüglich qualifizierte Ergotherapeuten, Logopäden und Sozialpädagogen erbringen Teile der funktionalen Hirnleistungstherapie, bedürfen aber der kompetenten Diagnostik und Supervision, die in der Regel nicht gewährleistet ist. Die etwa 50 ambulant-teilstationären neurologischen Rehabilitationseinrichtungen reichen nicht zur flächendecken-

den vor Ort Versorgung mit neuropsychologischer Therapie. Geriatrische tagesklinische Einrichtungen decken nur die geriatrische Versorgung im ADL-, Mobilitäts-, Pflege- und Tagesstrukturierungsbereich ab und haben in der Regel keine neuropsychologischen Therapiekonzepte. Einige neuropsychologisch qualifizierte Verhaltenstherapeuten verstecken die – „schwarz erbrachte" – neuropsychologische Leistung hinter verhaltenstherapeutischer Liquidation. Deshalb war es uns ein Anliegen, in der ambulanten Regelversorgung ein Therapieinstrument zu etablieren, das diese spezifische Therapie zu den hirnverletzten Menschen bringt. Ein solcher Weg führt über die Zulassung einer neuen Behandungsmethode beim G-BA.

Tabelle 1

Die Historie der Beratung im G-BA

07.2003	Prüfantrag eines Kassenverbandes an den G-BA
02.2004	Beauftragung des Unterausschusses „Heil- und Hilfsmittel"
	Berufung einer Arbeitsgruppe Neuropsychologie
2005-2009	Erstellung eines Nutzenberichtes, positive sektorenübergreifende Bewertung
2009-2010	Wechsel des Themas in Unterausschuss „Methodenbewertung"
	Verortung und Finanzierung noch nicht abschließend beraten
2011	Eventuell in der Versorgung?

Schädel-Hirntrauma

In Deutschland mit 80 Millionen Einwohnern verunfallen jährlich etwa 250.000 Menschen mit einem Schädelhirntrauma [Krankenhausstatistik, Gesundheitsberichtserstattung, sowie Firsching et al., 2005], für das Jahr 2006 benennt eine andere Quelle 273.000 Schädelhirnverletzungen, davon 71.000 Kinder und Jugendliche pro Jahr [Rickels et al., 2006]. Das ergibt eine Inzidenz von 332 pro 100.000 Einwohner (gesamt), davon 88 Kinder und Jugendliche pro 100.000 Einwohner. Davon haben schätzungsweise etwa 40.000 Patienten Bedarf für eine neuropsychologische Behandlung nach der Rehabilitation. Ältere Quellen benennen, dass nur etwa 50 Prozent der SHT-Patienten eine angemessene Behandlung der behandlungspflichtigen kognitiven und affektiven Defizite erhalten [Herrmann et al., 1997; Wallesch et al., 2001].

Folgen zerebrovaskulärer Erkrankungen

Bezüglich einer Hirnschädigung durch Schlaganfälle liegt die geschätzte Inzidenz bei 150.000 bis 250.000 Patienten jährlich [Quellen: Stiftung Schlaganfallhilfe; Kolominski Rabas et al., 2006; Winter et al. 2008]. Davon haben geschätzt 80.000 Patienten jährlich Bedarf an Rehabilitation und ambulant nachsorgender Behandlung. Die Prävalenz chronisch behandlungsbedürftiger Schlaganfallpatienten liegt nach verschiedenen Quellen bei 300.000 [Schätzung verschiedene Schlaganfallregister, Kolominsky-Rabas et al., 2006; Payne et al., 2006; van den Bussche, 2010]. Für andere Erkrankungen wie Entzündungen des Gehirns, MS, Epilepsien, Hirntumoren, toxische, metabolische und hormonelle Enzephalopathien sowie angeborene Defekte liegen die Schätzungen bei etwa weiteren 100.000 Patienten jährlich.

Schwerbehindertenstatistik

Kasten (1997) berichtet von etwa 100.000 Personen in der BRD mit Schwerbehinderung durch eine Schädigung des Gehirns. Stolz (2009) beschreibt eine konstante Prävalenz von circa 430.000 bis 460.000 Personen mit Schwerbehinderung (= GDB über 50) durch ein hirnorganisches Psychosyndrom mit oder ohne körperlicher Beeinträchtigung (Quelle: Jahre 1997 bis 2007 DeStatis). Das bedeutet, dass Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH) die größte Gruppe der Menschen mit geistiger, kognitiver und psychischer Schwerbehinderung darstellt. Aber, wie sieht dagegen die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit – auch in der Fachöffentlichkeit – aus?

Zusammenfassend gehen wir nach Bedarfsschätzung aus der Epidemiologie und verschiedenen Quellen von einem jährlichen Bedarf an ambulanter neuropsychologischer Behandlung für 40.000 bis 60.000 Patienten aus.

Versorgungsmöglichkeiten

Mühlig et al. veröffentlichten 2009 in der Zeitschrift für Neuropsychologie die Daten einer empirischen Studie mit bundesweiter Totalerhebung der Strukturen im Bereich der ambulanten neuropsychologischen Therapie. Sie befragten 181 ambulant tätige Neuropsychologen und erhielten einen Rücklauf von 65 Prozent (n = 118). Dabei zeigte sich, dass in Deutschland durchschnittlich etwa ein neuropsychologischer Leistungserbringer auf circa 350.000 Menschen kommt, wobei es ein starkes Ost-West-Gefälle gibt.

Beispiel regionaler Versorgungsbedarf

Der regionale Bedarf an ambulanter Neuropsychologie soll am konkreten Beispiel der Region Rhein-Ahr mit 160.000 Einwohnern verdeutlicht werden:
Patientenzahl in der Versorgung nach Akuttherapie und stationärer Rehabilitation

- **ca. 100** Zustand nach akutem Schlaganfall
- **ca. 30** Zustand nach schwerem SHT
- **ca. 20** Entzündliche ZNS Erkrankungen
- **ca. 10** Zustand nach globaler hypoxischer Hirnschädigung
- **ca. 10** Degenerative Hirnerkrankungen (Parkinson etc. ohne Demenzerkrankung)
- **ca. 80** Langzeit- oder Intervallbehandlung von Schwerbetroffenen mit SHT, SAB, Schlaganfall und Hypoxieschädigung und andere

Zur Bedarfsdeckung wäre neben dem vorhandenen ambulanten neurologischen Rehabilitations- und Nachsorgezentrum (ANR Ahrweiler) zusätzlich die Integration von ein bis zwei Neuropsychologen in die regionale ambulante Versorgung notwendig.

Die häufigsten Störungen nach Hirnschädigung

Neuropsychologische Leistungsstörungen nach Hirnschädigung betreffen häufig die visuelle und räumliche Leistungen und Wahrnehmungsfunktionen, die Aufmerksamkeitsbereiche (z. B. Modulierung und Wechsel von Aufmerksamkeit, Daueraufmerksamkeit etc.), den gesamten Bereich um Lernen und Wissensabruf, Gedächtnisfunktionen und Orientierung. Betroffen sind oft die Exekutivfunktionen wie Antrieb, aber auch die Planungsleistungen und die Handlungsregulation; problematisch sind häufig komplexe Wahrnehmungsstörungen sowie ganz oft eine mangelnde Störungseinsicht (awareness). Wichtig sind das Erleben (Emotionen/Affekte/Motivation), die affektiven Bewältigungsprozesse und das Sozialverhalten (Distanzminderung, Impulskontrollstörung). Diese Störungen führen häufig zu einer Veränderung der Persönlichkeit.

Die neuropsychologische Diagnostik umfasst die differenzierte Beurteilung – Messung und Beobachtung – kognitiver Funktionen, des Erlebens und Befindens, relevanter Verhaltensaspekte sowie psychosozialer Gegebenheiten im Hinblick auf geklagte Beschwerden und vermutete oder bekannte hirnorganische Läsionen.

Zwei Jahre nach der Hirnschädigung sind mangelnde Einsicht, Angst und Depression, Mangel an sozialer Wahrnehmung, Selbstbezogenheit, Aggressivität, Rigidität, Irritabilität und Impulsivität häufig ausgeprägter als direkt nach der Schädigung.

Das ist häufig die Folge davon, dass schon „normale" Belastungen des Alltags mit der Beanspruchung von herabgesetzten Multitasking-Fähigkeiten, bei genereller geistiger, emotionaler und/oder körperlicher Minderbelastbarkeit, eine Überforderung des Patienten darstellen und die „Spirale der Verschlechterung" [Trexler, 2003] einsetzt. Die Konfrontation mit prämorbiden Rollenanforderungen oder die Zuweisung neuer, stärker abhängiger Rollen (funktionell bedingte höhere Abhängigkeit von Unterstützung und Pflege, verstärkte Fürsorge, neue Machtbalance in Partnerschaft und Familie), aber auch die Konfrontation mit Vorurteilen oder Entwertungen und Beschämtheit trägt weiterhin zur dysfunktionalen Entwicklung des Betroffenen bei. Die Behandlungsplanung muss demnach immer auch das soziale Netzwerk mit einbeziehen, da auch dort oft massive Probleme auftreten.

Neuropsychologische Therapie

Man unterscheidet zum einen die Restitutionstherapie (Wiederherstellung von Funktionen) von Kompensationsverfahren (Ausgleich von Defiziten durch noch vorhandene Fähigkeiten oder externer Hilfen). Beide Behandlungsansätze haben spezifische Chancen und Probleme.

Bei einem restitutiven Therapieansatz darf die Schädigung nicht zu umfangreich sein, die Therapie ist häufig langwierig und bedarf eines sehr differenzierten, aufeinander aufbauenden Therapieplanes und oft repetitiver Interventionen. Dennoch zeigt sich häufig eine mangelnde Generalisierung der Therapieeffekte. Der Ansatz kann jedoch den Betroffenen stark motivieren und das Lernen fördern.

Bei einem eher auf Kompensation ausgerichteten Behandlungsprogramm muss der Patient über ein gewisses Maß an Störungsbewusstsein (awareness) verfügen. Die Entscheidung für die Kompensation bedeutet gleichzeitig das Ende der Hoffnung auf Funktionswiederherstellung und setzt eine erhebliche Bewältigungs- und Akzeptanzarbeit voraus.

Zudem führt die Kompensation einer Teilleistung selten zum vollständigen Ausgleich der gestörten Funktion.

Evidenzbasierte Methoden

Die spezifische Aufmerksamkeitstherapie [Sturm, 2010] verbessert Alertness und Vigilanz. Computergestützte Therapieverfahren haben sich dabei bewährt, die spezifische Aufmerksamkeitsleistungen in alltagsähnlichen Situationen trainieren. Eine ausreichende Anzahl und zeitliche Dichte von Therapiesitzungen ist notwendig, um positive Ergebnisse zu erzielen. Es kann jedoch bei Überforderung auch zu Leistungsverschlechterungen kommen. Weitere therapeutische Maßnahmen, beispielsweise lerntheoretisch fundierte Methoden, Hilfen bei der Organisation des Alltags, aber auch die Einbeziehung und Neuorganisation des Patientenumfelds sollten diese überwiegend die Restitution fördernden Verfahren ergänzen. Die Therapie neurovisueller Störungen verbessert homonyme Gesichtsfeldausfälle mit Störungen des Lesens und der visuellen Exploration durch visuelles und audiovisuelles Sakkadentraining und visuelles Explorationstraining (Evidenzklasse 1, 1b, 2b). Dabei kommt auch ein hemianopes Lesetraining auf der Grundlage der optokinetischen Fließtexttechnik mit sakkadischen Übungen bei homonymen Ge-

© forestpath / Fotolia.com

Unter den Menschen mit geistiger, kognitiver und psychischer Schwerbehinderung stellen Menschen mit erworbener Hirnschädigung die größte Gruppe. Schätzungsweise leiden bis zu 460.000 Deutsche unter einem hirnorganischen Psychosyndrom.

sichtsfeldausfällen zum Einsatz (Evidenzklasse 1, 1b, 2b).

Die Therapie des multimodalen Neglects stellt oft die größte Herausforderung dar: Hier wird ein visuelles Explorationstraining (Evidenzgrad 1, 1b, 2), die visuomotorische Prismenadaptation (2b), die optokinetische Stimulation mit Folgebewegungen (2b), die Nackenmuskelvibration (2b) sowie Aufmerksamkeitstraining (3) gestuft eingesetzt.

Bei der Therapie von Gedächtnisstörungen [Thöne-Otto, 2010] von leichten bis mittelschweren Ausmaßen, insbesondere nach Schädelhirntrauma, ist der Trainingserfolg abhängig von der Trainingsintensität. Gedächtnisdefizite im Alltag lassen sich häufig durch externe Gedächtnishilfen wie Gedächtnisbuch und elektronische Kalender kompensieren.

Bei höhergradigen Gedächtnisstörungen bedarf es zunächst der Vermittlung von persönlich-relevantem domänenspezfischem Wissen, die Vermeidung von Fehlern steht zuerst im Vordergrund. Durch die Darbietung und langsame Reduktion von Abrufhilfen (vanishing cues) oder durch ein allmähliches Ausdehnen des Abrufintervalls (spaced retrieval) lässt sich der Trainingserfolg festigen.

Individuelle Anpassung notwendig

Bei der Therapie von exekutiven Störungen [Müller, 2010] haben sich kognitiv übende Verfahren (Bearbeitung von Arbeitsgedächtnis- oder Dual-task-Aufgaben, Problemlösetraining) bewährt, hier gibt es eine gute Evidenzlage. Sie sind geeignet für Patienten mit kognitiven Defiziten bei nur geringen Verhaltensauffälligkeiten.

Der Einsatz externer Reize (Hinweisreize, Checklisten, Tonsignale) wird bei mittlerweile gesicherter Evidenzlage bei schwer beeinträchtigten Patienten angewandt. Das Verhaltensmanagement insgesamt mit Selbstinstruktionstechniken, Selbstbeobachtungstechniken, Zielmanagementtechniken zeigt deutliche Hinweise auf Wirksamkeit, wobei hier durchaus ein Berührungspunkt mit der kognitiven Verhaltenstherapie besteht. Bei der Therapie der Post-Stroke-Depression zeigen Kombinationen von Psychotherapie und Pharmakotherapie im Vergleich zu Monotherapien beachtenswerte Wirksamkeitseffekte und bilden eine vorläufige Leitlinienbasis. Weitere Probleme bei der neuropsychologischen Therapie sind dadurch gegeben, dass die Betroffenen selten nur eine neuropsychologische Störung aufweisen und komplexe individuelle Interventionen erforderlich sind. Betroffener und Angehörige haben oft eine eigene Vorstellung von dem, was hilft und diese Forderungen sind nicht immer mit evidenzbasierter Therapie übereinstimmend. Der Transfer von in der Therapie Gelerntem in den Alltag gelingt häufig nicht ohne Hilfe. Wichtig ist daher die Begleitung des Patienten in die Wohnung, zu Institutionen, an den Arbeitsplatz etc. über einen längeren Zeitraum notwendig (Langfrist-Coaching).

Ein wichtiger Behandlungsansatz liegt immer auch bei den Angehörigen. Sie benötigen kompetente Informationen über die Art der Störungen, über Möglichkeiten und Grenzen der Beeinflussung. Sie brauchen ferner Hilfen bei der Organisation des Alltags mit einem Patienten, manchmal auch Entlastung bei schwierigen Situationen (insbesondere bei Aggressionen) und manchmal auch eine eigene Richtlinien-Psychotherapie.

Verbesserte Versorgung

Die Verbände haben folgende Vision für eine Verbesserung der neuropsychologischen Versorgung:

- Zusammenarbeit zwischen Facharzt und Neuropsychologen (Arzt oder Psychologe) ohne Gutachterverfahren auf Grundlage der somatischen Diagnostik und der differenzialdiagnostischen Abklärung der Indikation
- Weiterbildung des Neuropsychologen nach der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammern oder nach dem Curriculum der Gesellschaft für Neuropsychologie oder gleichwertig
- Zulassung des Neuropsychologen durch die KV (Approbation)
- Zuwegung zur ambulanten NP-Versorgung über Reha-Klinik, über Facharzt-Praxis und über Neuropsychologie-Praxis
- Zweischrittige Indikationsstellung (Abstimmung zwischen Facharzt und Neuropsychologen, gemeinsame Dokumentation)

1. Schritt: somatische Diagnostik: ICD der ursächlichen Hirnerkrankung und Hirnschädigung
2. Schritt: spezielle, theoriegeleitete, testpsychologische Diagnostik und Bewertung der Verhaltensbeobachtung

Danach erfolgt nach einer notwendigen Anzahl von diagnostischen Sitzungen das Erstellen des gemeinsamen Therapieplanes. Danach beginnt die Regeltherapiephase mit der Möglichkeit der störungsspezifischen Variation der Dauer und Häufigkeit der Sitzungen mit einer Gesamtdauer bis beispielsweise zwölf Monaten, danach Verlängerung nach erneuter Abstimmung zwischen Facharzt und Neuropsychologen. Wenn weitere Verlängerung notwendig (Übergang in chronische Phase) gegebenenfalls Antrag an GKV und mit MDK Prüfung denkbar. Ergänzende Therapieinterventionen bei Bedarf nach Heilmittel-Richtlinien verordnet. Pharmakotherapie bei Bedarf durch Facharzt

Fazit

Es besteht unbestritten ein großer Bedarf an evidenzbasierter neuropsychologischer Therapie bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen. Die Berufsverbände der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater haben sich für die Regelversorgung dieser Menschen in der gesetzlichen Krankenversicherung stark gemacht. Möglicherweise steht die ambulante Neuropsychologie in den nächsten Jahren tatsächlich zur Verfügung. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Dr. Dr. med. Paul Reuther

Stellenwert des psychiatrischen Fachgebietes in der Arbeitsmedizin

Arbeitsmedizin im Wandel

Die Arbeitsmedizin hat sich in den letzten Jahren neben der ambulanten und stationären Versorgung sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst als eine vierte Säule im Gesundheitswesen etabliert. Standen früher vor allem Gefährdungen durch Berufskrankheiten im Mittelpunkt, geht es in der modernen Arbeitsmedizin auch um die Prävention bei chronisch kranken Beschäftigten. Psychische Erkrankungen spielen in der Arbeitsmedizin eine immer wichtigere Rolle.

ANNEGRET SCHOELLER

Der Ausschuss und die Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin" sind Gremien des Bundesärztekammer

Nach dem Arbeitssicherheitsgesetz hat der Unternehmer die Aufgabe, Gefahren durch die berufliche Tätigkeit von Beschäftigten abzuwenden. Für diese Aufgabe kann er Experten, wie Betriebsärzte für gesundheitliche Belange oder für technische Fragen Fachkräfte für Arbeitssicherheit bestellen. Die Gesundheit zu erhalten und zu fördern, aus dem Arbeitsleben resultierende schädliche Einflüsse zu verhindern, Krankheiten und Gesundheitsschäden früh zu erkennen sowie eine berufliche Wiedereingliederung nach länger dauerndem krankheitsbedingten Ausfall zu begleiten, ist Ziel einer wirksamen Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz. Dabei ist die Prävention von psychischen Erkrankungen und der Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Vordergrund gerückt. Entgegen dem Trend eines sinkenden Krankenstandes haben psychische Erkrankungen im letzten Jahrzehnt zu einem deutlichen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage geführt.

Angesichts zunehmender Erkenntnisse über arbeitsbedingte Erkrankungen hat sich in den letzten Jahrzehnten die Arbeitsmedizin als präventivmedizinisches Fach zu einer quasi vierten Säule im Gesundheitswesen neben der ambulanten und stationären Versorgung sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst entwickelt. Aus diesem Grund erfährt die Arbeitsmedizin eine besondere Unterstützung in der ärztlichen Selbstverwaltung, indem Besonderheiten der betriebsärztlichen Versorgung in den Arbeitsmedizin-Gremien der Bundesärztekammer unter dem Vorsitz von Dr. Udo Wolter, Präsident der Landesärztekammer Brandenburg und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, erörtert und Maßnahmen eingeleitet werden. Die berufspolitische Unterstützung der Bundesärztekammer ist sehr vielfältig, findet auf unterschiedlichen Ebenen statt und hängt von den herangetragenen Anforderungen ab. Einige der Themen, die verfolgt werden, werden im Folgenden dargestellt.

Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde"

Die Bundesärztekammer führt seit 1988 jährlich eine Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde" durch. Die Statistik ist gegliedert nach Ärztekammer-Berei-

© pdesign / Fotolia.com

Immer mehr Menschen arbeiten im Büro, immer weniger in der Fabrik. Dieser Trend verändert auch die Aufgaben der Arbeitsmedizin.

chen sowie zusammengefasst auf Bundesebene. Die Angabe der Zahl der Ärztinnen und Ärzte erfolgt mit den nach §§ 3 und 6 BGV A2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" in der Fassung vom 01.10.2005 möglichen betriebsärztlichen Qualifikationen. Ausgewiesen wird somit nicht nur die Zahl der Ärzte, welche die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin" oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin" zu führen berechtigt sind, sondern auch die Zahl derjenigen Ärzte, die nach Erfüllung der Voraussetzungen der Übergangsregelungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 2a) sowie Nr. 1 und 2b) BGV A2 weiterhin über die arbeitsmedizinische Fachkunde verfügen. Die Zahl dieser Ärzte nimmt entsprechend der Konstruktion dieser Vorschriften als Übergangsregelungen seit 1988 ständig ab.

Darüber hinaus ist die Zahl derjenigen Ärzte ausgewiesen, welche noch die nach § 6 Abs. 2 BGV A2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" erforderlichen Voraussetzungen erfüllen, um – befristet in der Regel auf drei Jahre – im Rahmen einer zweijährigen selbstständigen betriebsärztlichen Tätigkeit in einem „geeigneten Betrieb" die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin" erwerben zu können. Auch diese Zahl wird sich kontinuierlich verringern, da diese Qualifizierungsmöglichkeit von den Weiterbildungsordnungen der Kammern nicht mehr vorgesehen wird. Zudem haben einige Landesärztekammern die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin" nach § 3 Nr. 2 und § 6 Abs. 2 BGV A2 (Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen) vollständig abgeschafft.

Mangel absehbar

Aktuell versorgen 12.666 Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde die Beschäftigten in den Betrieben. Gegenüber dem Vorjahr ist deren Anzahl konstant geblieben (Stand: 31. 12. 2009). Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Facharztqualifikation „Arbeitsmedizin" hat sich dagegen um 1,5 % erhöht. Erwartungsgemäß hat sich der Anteil der Betriebsärzte mit der arbeitsmedizinischen Fachkunde nach § 6 Abs. 2 Unfallverhütungsvorschrift (UVV) „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" um 13 Prozent verringert, da die „Learning-by-Doing"-Weiterbildung aus Qualitätssicherungsgründen von allen Landesärztekammern abgeschafft wurde. Diejenigen, die noch aufgeführt sind, begannen ihre Weiterbildung nach der vorherigen (Muster-) Weiterbildungsordnung von 1992. Da es von Interesse ist, die Erhebung auch nach Altersgruppen zu differenzieren, wurde die Statistik „Arbeitsmedizinische Fachkunde" der Bundesärztekammer für das Jahr 2007 erstmals um eine Analyse nach Altersgruppen erweitert.

Die Analyse nach Altersgruppen im Jahr 2009 führt zu einer besorgniserregenden Bilanz. 1.534 Ärztinnen und Ärzte sind 60 bis 64 Jahre alt und 4. 718 Ärztinnen und Ärzte sind bereits 65 Jahre alt und älter. Damit sind 51 % aller Betriebsärztinnen und Betriebsärzte 60 Jahre alt oder älter. Von diesen sind sehr viele zwar noch betriebsärztlich tätig, jedoch ist abzusehen, dass sie mittelfristig der betriebsärztlichen Versorgung nicht mehr zur Verfügung stehen werden. Das Fach Arbeitsmedizin scheint wenig attraktiv für den ärztlichen Nachwuchs zu sein. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die in einem Alter unter 35 Jahren mit arbeitsmedizinischer Fachkunde betriebsärztlich tätig sind, hat sich gegenüber dem Vorjahr um 15,8 Prozent verringert – es waren bundesweit nur 39. Die Zahl der 35- bis 39-Jährigen beträgt nur 293 mit einer Verringerung gegenüber dem Vorjahr um 15,8 Prozent, die der 40- bis 44-Jährigen 1.021 um 8,2 Prozent.

Diese Zahlen zeigen, dass in den nächsten Jahren deutlich mehr Betriebsärztinnen und Betriebsärzte aus der betriebsärztlichen Tätigkeit ausscheiden als nachwachsen werden. Trotz dieser Zahlen ist derzeit aber noch kein erhöhter Mangel an Betriebsärztinnen und -ärzten zu beobachten. Zu erklären ist dieses Phänomen damit, dass viele Betriebsärztinnen und Betriebsärzte auch über das 65. Lebensjahr hinaus betriebsärztlich tätig sind. Es ist davon auszugehen, dass ein Mangel an Betriebsärztinnen und -ärzten erst mittelfristig sichtbar wird.

Realität und Perspektiven der Weiterbildung

Arbeitsmediziner benötigen in der heutigen Zeit neben den fachlichen Kenntnissen zunehmend weitergehende Fähigkeiten als in der Vergangenheit. Standen früher Arbeitsunfälle und klassische Berufskrankheiten im Vordergrund, sind heute eher psychosoziale Stressfaktoren und die Integration von Arbeitnehmern mit chronischen Leiden zu bewältigen. An Bedeutung gewonnen haben in der Arbeitsmedizin die Primärprävention und die Gesundheitsförderung. Das medizinische Fachwissen alleine reicht nicht mehr aus, um im Betrieb bestehen zu können. Betriebsärzte benötigen vor allem Kommunikationsvermögen, Durchsetzungskraft, Teamgeist, Führungsqualitäten und Kooperationsbereitschaft sowie auch wirtschaftliche Kenntnisse. Die Vermittlung dieser Kenntnisse und Fähigkeiten kann nicht allein den Akademien überantwortet werden. Es sind auch die Kammern, die Weiterbilder, die Betriebe, aber auch die Ärztinnen und Ärzte selber in der Pflicht. Die Realität in den Weiterbildungsstätten sieht jedoch besorgniserregend aus. Die Praxis in den Betrieben kontrastiert mit den im Grundkurs vermittelten Mindeststandards. Von den Aufsichtsorganen mehr Einflussnahme oder eine Qualitätssicherung einzufordern, ist zwar politisch korrekt, aber wenig aussichtsreich.

Mehrere Möglichkeiten der Einflussnahme und der Qualitätssicherung der Weiterbildung wurden von den Arbeitsmedizin-Gremien identifiziert:

- Die Kammern sollen überprüfen, ob sie einen Nachweis verlangen, der gewährleistet, dass im Hinblick auf die Einsatzzeiten wie auch andere Tätigkeiten eine zumindest annähernd rechtskonforme Praxis bei den Weiterzubildenden besteht.
- In den arbeitsmedizinischen Akademien muss mehr Gruppenarbeit angeboten werden.
- Die Weiterbilder sollen einen Nachweis über die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln führen, in denen sie die Möglichkeit des Austausches haben.
- Die Prüfer sollen sich einer Beurteilung durch die Geprüften stellen und müssen sich der Frage stellen, ob sie – auch beim Scheitern in der Prüfung – fair geprüft und nachvollziehbar geurteilt haben.

- Wenn ein Prüfling durch die Prüfung gefallen ist, soll die Ärztekammer den Weiterbilder in seinem Betrieb aufsuchen und sich vergewissern, ob die Weiterbildungsstätte und -strukturen den arbeitsmedizinischen Standards entsprechen.

Handlungsoptionen zur Nachwuchsförderung

Folgende Handlungsoptionen zur Begegnung der Nachwuchsproblematik in der Arbeitsmedizin wurden vom Ausschuss und Ständigen Konferenz „Arbeitsmedizin" aufgezeigt:

1. Verbesserte Studienbedingungen

- Mehr Möglichkeiten der Berufserkundung im vorklinischen Teil des Studiums
- Famulaturmöglichkeiten in werksärztlichen Diensten
- Bessere Vermittlung spezifisch arbeitsmedizinischer Aspekte im Studium (das Fach Arbeitsmedizin ist durch die letzte Novelle eigenständig in der Approbationsordnung aufgeführt)

2. Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf die ärztliche Kernkompetenz

- Delegation auf nichtärztliches Personal (Beachtung, dass Aufklärung, Diagnostik, Differenzialdiagnose, Therapie und ärztliche Beratung nicht delegierbar sind) nur unter Durchführungs- und Anordnungsverantwortung des Arztes

3. Optimierung der arbeits- beziehungsweise betriebsmedizinischen Weiterbildung

- Evaluation der Weiterbildungsbedingungen als Ist-Analysen
- Qualifizierung der Weiterbilder durch die Ärztekammer
- Bei fehlender qualifizierter Weiterbildung durch den Befugten Entzug der Befugnis
- Weiterentwicklung des Kursbuches für den dreimonatigen theoretischen Kurs in Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin; Weiterentwicklung der didaktischen Werkzeuge zur Vermittlung der Inhalte
- Adäquate Weiterbildungsstätten
- Anwendung der Logbücher
- Verbesserte Weiterbildungsbedingungen in Teilzeit, insbesondere für Ärztinnen
- Adäquate Vergütung der Tätigkeit

4. Gezielte Imagekampagnen

- Präsentation einzelner Betriebe sowie arbeitsmedizinischer Dienste in Hochschulen
- Imagekampagnen in Betrieben, um darzulegen, welchen Gewinn eine betriebsärztliche Betreuung für den Betrieb darstellt – Wertschöpfung durch Arbeitsschutz und Primärprävention
- Gesetzliche Regelungen, zum Beispiel eine GOÄ für Betriebsärzte durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung

Ein wichtiger Bestandteil der Berufsausübung ist die Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit. Der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) gründete nach eingehenden Vorarbeiten bereits Anfang 1999 eine unabhängige Gesellschaft mit dem Namen „Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung" (GQB). Als Gesellschafter dieser Gütegemeinschaft stellt der Berufsverband sicher, dass die Qualitätssicherung betriebsärztlicher Berufsausübung in ärztlicher Hand bleibt. Die Gütegemeinschaft hat die Geschäftsform einer GmbH mit Sitz in Karlsruhe und ist Trägerin des Qualitätssicherungssystems. Sie führt auf Antrag Qualitätsprüfungen durch, dazu bedient sie sich qualifizierter Auditoren. Die Schulung der Auditoren orientiert sich an dem Leitfaden für das Audit für Qualitätssicherung sowie an dem „Curriculum für ärztliches Qualitätsmanagement" der Bundesärztekammer. Der Aufbau der GQB wurde insbesondere in den ersten Jahren von der Bundesärztekammer aktiv mit Ressourceneinsatz unterstützt.

Der Beirat der GQB

Der Gütegemeinschaft ist ein Beirat unter Beteiligung verschiedener Akteure zur Seite gestellt: der Bundesärztekammer, der Ärztekammer Schleswig-Holstein, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, des Deutschen Gewerkschaftsbundes, des Verbandes Deutscher Sicherheitsingenieure, der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin sowie des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte. Die Bundesärztekammer hat für jeweils drei Jahre, wechselnd mit Vertretern der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI), den Vorsitz in diesem Beirat. In der Sitzung des Beirates nutzt die Bundesärztekammer die Möglichkeit, die Aktivitäten der Gesellschaft zu begleiten und aktuelle Themen zu forcieren. So ist eine von der Bundesärztekammer eingeforderte Evaluation des Qualitätssicherungsinstruments durchgeführt worden. Der Bericht wurde dem Beirat vorgelegt. Ferner werden konkrete Anregungen für die Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsinstruments eingebracht.

Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

Das seinerzeitige Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit hat bereits im Jahr 2004 durch eine Bundesratsinitiative (Drucksache 413/04) den Auftrag bekommen, zu überprüfen, ob zukünftig die Anforderungen an die arbeitsmedizinische Vorsorge in einer eigenen Verordnung zu regeln ist. Weniger Bürokratie, weniger staatliche Reglementierung – so lautete auch eine Bundesratsinitiative aus Baden-Württemberg. Der ehemalige Bundesminister Clement hatte sich diese Initiative zu Eigen gemacht. Die Ärzteschaft, insbesondere die Arbeitsmediziner, bewerteten diese politischen Strömungen anfangs mit Besorgnis. So griff das Deutsche Ärzteblatt im Jahr 2005 sogar in einem Leitartikel diese Thematik auf: „Bürokratieabbau im Arbeitsschutz – Über das Ziel hinausgeschossen – Der deutsche Arbeitsschutz steht auf dem Prüfstand".

Das Bundesarbeitsministerium gründete eine Arbeitsgruppe mit arbeitsmedizinischen Experten, an der auch die

Bundesärztekammer beteiligt war. Es wurde geprüft, ob eine Zusammenführung von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen aus den vielfältigen Gesetzes- und Verordnungstexten sinnvoll ist und welche Vorsorgeuntersuchung eine Pflicht- oder Angebotsuntersuchung sein soll. Das Ergebnis der Prüfung war, dass eine solche Verordnung erarbeitet werden soll. Nach langwierigen Verordnungsgebungsverfahren ist am 24.12.2008 die „Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge", kurz ArbMedVV genannt, in Kraft getreten. Die Beratungen haben eine Verordnung hervorgebracht, die zukunftsorientiert konzipiert ist. Früher stand der Schutz vor Berufskrankheiten, der Arbeitsschutz mit vorwiegender Betrachtung der Gefährdungsrisiken im Vordergrund, heute ist eher der Erhalt der Gesundheitsressourcen und die Förderung der Gesundheit das Ziel, um die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten.

Ganzheitlicher Gesundheitsansatz

Der durch diese Rechtsverordnung zu gründende „Ausschuss für Arbeitsmedizin", kurz „AfAMed" genannt, hat sich am 19.03.2009 konstituiert. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) berief Vertreter der Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Länderbehörden, der Gesetzlichen Unfallversicherung und Vertreter der arbeitsmedizinischen Wissenschaft in den neuen Ausschuss. Zum Vorsitzenden wählte der Ausschuss Herrn Prof. Dr. med. Stephan Letzel, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin e. V. Auch die Bundesärztekammer ist in diesem Ausschuss durch Dr. Udo Wolter als Mitglied und als stellvertretendes Mitglied, Frau Dr. Annegret Schoeller, vertreten. In dem Ausschuss ist breiter arbeitsmedizinischer Sachverstand vereint. Die Mitglieder sollen mit diesem Ziel des „ganzheitlichen Gesundheitsansatzes" bzw. des „erweiterten Präventionsauftrages" vor Augen, Regeln und Erkenntnisse zur Anwendung der neuen Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge ermitteln, Empfehlungen zu Wunschuntersuchungen aussprechen, Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsvorsorge erstellen und das BMAS in allen Fragen der arbeitsmedizinischen Vorsorge und des medizinischen Arbeitsschutzes beraten. Damit soll die Verbesserung der Präventionskultur in den Betrieben und die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten erreicht werden.

Dieser Ausschuss für Arbeitsmedizin ist für die Arbeitsmedizin eine Chance, diese Verordnung mit arbeitsmedizinischen Sachverstand zu füllen. Die im Ausschuss erarbeiteten Regeln sollen präventivmedizinisch sinnvoll und ohne übermäßige Formalismen ausgerichtet sein. Dies kann nur mit ärztlichem insbesondere mit arbeitsmedizinischem Sachverstand erfolgen. Die bisherigen Regeln der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung gelten weiterhin, bis der Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed) neue Technische Regeln verabschiedet hat.

GOÄ für Betriebsärzte?

Die Vergütung von arbeitsmedizinischen Leistungen sind derzeit nicht formal geregelt. Es gibt derzeit keine amtliche Gebührenordnung für Betriebsärztinnen und Betriebsärzte. Die überbetrieblichen Dienste, bei denen viele Arbeitsmediziner eingestellt werden, bieten oft betriebsärztliche Dienstleistungen zu Dumpingpreisen an, um den Betreuungsauftrag zu erhalten. Darunter leidet die Qualität der betriebsärztlichen Leistung. Die Bundesärztekammer erarbeitet derzeit ein vollkommen neues Konzept der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Hierbei sollen auch Positionen ausgearbeitet werden, die arbeitsmedizinischen Leistungen abbilden. Aber sie würde nur bei den Ärzten greifen, nicht bei überbetrieblichen Diensten (GmbH). Dennoch wünschen sich Betriebsärzte eine solche GOÄ, um den Wildwuchs mit so genannten Dumpingpreisen zu begrenzen.

Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe

Beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ist zur Beratung in allen Fragen des Arbeitsschutzes nach § 17 Biostoffverordnung (BioStoffV) im Jahr 2000 ein Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS) gebildet worden, in dem sachverständige Mitglieder der Arbeitgeber, der Gewerkschaften, der Länderbehörden, der Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung und der Wissenschaft angemessen vertreten sein sollen. Das Bundesministerium räumt der Bundesärztekammer seit dem Jahr 2003 ein Vorschlagsrecht zur Besetzung eines Mitgliedes des Ausschusses ein. Der Berufungszeitraum beträgt vier Jahre. Im Juni 2008 wurde Dr. Annegret Schoeller auf Vorschlag des Vorstandes der Bundesärztekammer als Mitglied des ABAS bestellt. Diese Mitarbeit ist insbesondere erforderlich, da die Beschlüsse des ABAS sich direkt auf Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten im Gesundheitswesen auswirken. Die neue Zusammenarbeit zwischen dem Arbeitsschutz (BMAS) und Gesundheitsschutz/Hygiene (BMG) wird von der Bundesärztekammer positiv bewertet.

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung

Auf Bundesebene wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Jahr 2000 eine Plattform geschaffen, um die Akteure der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung zusammenzuführen, Transparenz zu schaffen, Synergien zu erreichen, fehlenden Erfahrungsaustausch und gemeinsame Projekte zu ermöglichen sowie Qualität zu sichern. Diese Plattform heißt „AG 2 Betriebliche Gesundheitsförderung".

Nach der Ende November 2007 offiziell vollzogenen Fusion des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG) und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) führt die BVPG die Arbeitsgruppen 1 bis 4 zur Thematik „Gesundheitsförderung in Lebenswelten" weiter. Die AG 1 „Gesunde Kindergärten und Schulen" wird geleitet von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die AG 2 „Betriebliche Gesundheitsförderung" vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, unterstützt durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, die AG 3 „Gesund altern" von der BVPG sowie die AG 4 „Qualität entwickeln und sichern – Plattform für Wissens- und Praxistransfer" von der Berlin School of Public Health an der Charité in Berlin.

Die Arbeitsgruppen sind auf Settings und Lebensphasen zugleich bezogen und werden geleitet von Organisationen, die

mit der Thematik vertraut und Garant für Überparteilichkeit sind. Bei der Arbeitsgruppenarbeit innerhalb der BVPG sollen vor allem die auf Prävention und Gesundheitsförderung bezogenen Strategien, Programme und Aktionspläne im europäischen und im nationalen Bereich, die bereits existieren oder zukünftig beginnen werden, berücksichtigt werden.

Austausch und Kooperationen

Mitglieder der AG 2 „Betriebliche Gesundheitsförderung" sind Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums des Innern, der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter, der Bertelsmann-Stiftung, des Fachbereichs Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld, der freiberuflichen Gesundheitsmanagement-Gesellschaften, des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI), des Berufsverbandes der Physiotherapeuten und weiterer Akteure im Bereich „Betriebliche Gesundheitsförderung" sowie Vertreter der DGAUM, des VDBW und der Bundesärztekammer. Zwischenzeitlich hat sich das BMG aus der Geschäftsführung der AG 2 zurückgezogen. Das BMAS übernimmt mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wieder die Geschäftsführung. Mitglieder des DFPG sind weiterhin Mitglieder der AG.

Den Sitzungen vorgeschaltete Workshops sollten bewirken, dass die Akteure gegenseitig ihre Positionen austauschen und kooperieren können. Der letzte Austausch der Akteure in der Betrieblichen Gesundheitsförderung fand am 4. Oktober 2010 statt. Dort wurde auch darauf hingewiesen, dass eine Zusammenarbeit mit dem Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit angestrebt wird.

Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt

Ausschuss und Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin" haben für die Bundesärztekammer die Federführung für die Durchführung eines Symposiums „Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt" der Bundesärztekammer und des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit am 6. Oktober 2009 übernommen. Themen des Symposiums waren die betriebliche Gesundheitsförderung, der Arbeitsschutz und die berufliche Wiedereingliederung von psychisch kranken Menschen, dabei wurden insbesondere Modelle der guten Kooperation von Betriebsärzten, Hausärzten, Psychiatern etc. vorgestellt. Ein Betroffener berichtete von seinen Erfahrungen. Moderatoren des Symposiums waren Dr. Udo Wolter, Bundesärztekammer und Prof. Dr. Wolfgang Gäbel, Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit. Dieses Symposium fand erfreulicherweise große Beachtung in den Medien. Mehrere Radiosender und die Tagesschau berichteten.

Ausblick

Das präventivmedizinisch ausgerichtete Fach Arbeitsmedizin stellt einen Versorgungssektor außerhalb des gesetzlichen Regelungssystems des BMG dar. Arbeitsmediziner sind im gesetzlichen Regelungssystem des BMAS tätig. Es ist aber ein großes Anliegen der Betriebsärzte, im Interesse der Beschäftigten sektorenübergreifend mit Haus- und Fachärzten zu kooperieren. Es wird deshalb weiterhin vorrangig Aufgabe der Bundesärztekammer und ihrer Arbeitsmedizin-Gremien sein, das präventivmedizinische Fach Arbeitsmedizin und mit ihr die betriebsärztliche Versorgung der Beschäftigten als quasi vierte Säule des Gesundheitswesens gegenüber der Politik in Bund und Ländern zu stärken.

Ziel muss es vor allem auch sein, die Arbeitsmedizin für den Nachwuchs attraktiver zu machen. Dies bedeutet nicht zuletzt, dass die Arbeitsbedingungen und die Honorierung der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte deutlich verbessert werden müssen. Aber es muss auch deutlich werden, dass das Fach Arbeitsmedizin und die Zusatzqualifikation Betriebsmedizin – als die Kompetenz in der Primär- Sekundär- und Terziärprävention – einen wichtigen Platz im Arbeitsschutzsystem und in der Gesundheitsversorgung einnehmen. □

AUTORIN

Dr. med. Annegret E. Schoeller
Bereichsleiterin Arbeitsmedizin
Dezernat V, Bundesärztekammer

© CofkoCof / Fotolia.com

Wie es richtig geht, wissen alle. Trotzdem hapert es noch an einer einheitlichen sektorenübergreifenden Versorgung von psychiatrisch erkrankten Menschen.

Einheitlicher, gerechter, niederschwelliger

Psychiatrische Versorgung: quo vadis?

Die Wechselbäder, denen die ambulante psychiatrische Versorgung derzeit ausgesetzt ist, sind weder erfrischend noch anregend. Sie können mehr oder weniger als Indiz dafür angesehen werden, in welch volatilem beziehungsweise hilflosem Zustand sich die Honorarsteuerung auf Ebene der Selbstverwaltung (Krankenkassen/Körperschaften) bewegt. Weder sind Strukturen noch Vergütung psychiatrischer Leistungen geeignet, die Versorgung in den nächsten zwei Jahrzehnten angemessen zu organisieren und zu leisten, noch erlauben sie eine ausreichende Planungssicherheit für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

FRANK BERGMANN

An den erforderlichen Daten und Grundlagen für eine zukunftssichere Planung mangelt es indes nicht. Der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) und der Berufsverband Deutscher Psychiater(BVDP) haben in Zusammenwirken mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) in den letzten Jahren mehrfach diesbezügliche Erhebungen und Gutachten vorgestellt (IGES-Gutachten Oktober 2007, Melchinger 2008, Positionspapier von DGPPN, BVDN, BVDP, BDK und ACKPA zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland 2008, u.a.). Darüber hinaus wurde die Arztzahlentwicklung in den Gebieten Nervenheilkunde und Psychiatrie und Psychotherapie durch Bundesärztekammer und KBV in den letzten Jahren kontinuierlich aktualisiert, aktuell im Rahmen der so genannten kleinräumigen Bedarfsplanung.

Entwicklung im Kollektivvertrag

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, hatte schon in seiner Zeit als Dezernent beziehungsweise Hauptgeschäftsführer der KBV die Notwendigkeit einer individualisierten psychiatrischen Gesprächsbehandlung erkannt. Im Zusammenwirken mit den neuropsychiatrischen Berufsverbänden wurde daher schon im Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) 2000 die Grundlage für eine additiv zu erbringende Gesprächsziffer gelegt, die es erlaubt, psychiatrische Gespräche bedarfsadaptiert zwischen 10 bis zu 60 Minuten mit Patienten oder deren Angehörigen zu

führen. Dies ist eine bis heute unbestritten richtige Grundannahme. Diese Möglichkeit blieb bei Überarbeitungen und Reformen dieses EBMs bestehen. In der Umsetzung des EBMs und vor allem in der Anwendung von Honorarverteilungsmaßstäben (HVM) und Honorarverteilungsverträgen (HVV) wurden diese Abrechnungsmöglichkeiten allerdings weitestgehend konterkariert. Enge Budgetierungen in allen KVen und letztendlich die Umstellung auf so genannte Regelleistungsvolumina haben die Möglichkeiten psychiatrischer Therapie durch individualisierte psychiatrische Gespräche zu einer ausschließlich theoretischen Option werden lassen. Aus diesem Grunde hatten sich BVDN und BVDP mit Unterstützung der DGPPN seit Jahren für die Exbudgetierung der psychiatrischen Gesprächsleistungen aus Budgets oder Regelleistungsvolumina eingesetzt, zuletzt auch mit Unterstützung aus dem Bundesgesundheitsministerium. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung konnte daraufhin zum 01.07.2009 im Bewertungsausschuss die psychiatrischen Gesprächsziffern „ex-budgetieren", sie wurden in den folgenden Quartalen den so genannten freien Leistungen zugeordnet.

Überarbeitete Honorarreform

Die Einführung von Regelleistungsvolumina und „freien Leistungen" waren auf der Grundlage des GKV-WSG zum 01.01.2009 erfolgt. Allerdings konnte nicht – wie ursprünglich erhofft –, das Morbiditätsrisiko für die freien Leistungen auf die Krankenkassen verlagert werden. Damit verblieb das Risiko einer Mengenausweitung innerhalb einer Gesamtvergütung in der Ärzteschaft. Die Folgen waren absehbar katastrophal. Nicht nur Akupunkturleistungen, die den freien Leistungen zugeordnet waren, sondern auch Leistungen wie nächtliche oder notfallmäßig durchgeführte Hausbesuche erlebten eine nicht geahnte Mengendynamik. Dies führte bei gedeckelter Gesamtvergütung und fixierten Preisen durch einen bundeseinheitlichen Orientierungswert zu einem dramatischen kontinuierlichen Absacken der Höhe der Regelleistungsvolumina in allen Fachgebieten. Die Konsequenzen sind bekannt. Die ärztliche Selbstverwaltung sah sich aufgrund der ungebremsten Mengendynamik der freien Leistungen gezwungen, die Notbremse zu ziehen. In der Überarbeitung der Honorarreform zum 01.07.2010 wurden die freien Leistungen de facto abgeschafft, in dem die Leistungsmenge im Wesentlichen auf die Menge des Jahres 2008 zurückgeführt und begrenzt wurde. In diesem Zusammenhang beschloss die KBV die psychiatrischen Gesprächsleistungen wieder in das Regelleistungsvolumen einzugliedern. Diese Entscheidung wurde Psychiatern und Psychotherapeuten sowie Nervenärzten dadurch „schmackhaft gemacht", dass eine „normative" Erhöhung der Gesamtleistungsmenge um 25 Prozent erfolgte. Dieser Erhöhung lag die Überlegung zugrunde, dass es ausdrückliches Ziel der früheren Exbudgetierung der Gesprächsleistungen war, mehr psychiatrische Gespräche in der nervenärztlichen und psychiatrischen Praxis zu ermöglichen. Allerdings konnten in den wenigen Quartalen, in denen diese Regelung wirksam war, strukturelle Veränderungen in den betreffenden Praxen gar nicht erst umgesetzt werden.

Unterschiedliche Ressourcenverteilung

Diese Beschlüsse treten in Interaktion mit einer weiteren fatalen Entwicklung in der vertragsärztlichen Vergütung in den einzelnen KVen der Republik: die zunehmend asymmetrische Mittelverteilung zwischen den einzelnen KVen. Durch die Vereinheitlichung der Preise durch einen einheitlichen bundesweiten Orientierungspunktwert kam es zu sehr unterschiedlichen Ressourcenverteilungen in den einzelnen KVen. Während einige Bundesländer im Jahr 2009 dramatische Zuwächse, zum Teil auch wie beispielsweise in den neuen Bundesländern gewollt, verzeichneten, beklagten andere Bundesländer ein Null- oder Minuswachstum.

So erklärt sich, dass für das dritte Quartal 2010 Regelleistungsvolumina für Nervenärzte, Psychiater (und auch Neurologen) in den einzelnen KVen mitgeteilt wurden, die beinahe zu 100 Prozent in der Höhe differieren. So lag der mitgeteilte durchschnittliche Fallwert für Psychiater in Baden-Württemberg im dritten Quartal 2010 bei rund 77,00 Euro, in Nordrhein hingegen bei 43,00 Euro.

Vorgaben des Bundesgesundheitsministers Philipp Rösler sowie Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses im September beziehungsweise Oktober 2010 sollen durch eine jüngst beschlossene asymmetrische Verteilung der Zuwächse im Jahr 2011 für mehr Gerechtigkeit sorgen. Dies wird allenfalls im Ansatz gelingen. Darüber hinaus hat die Höhe der vorgesehenen Zuwächse für Vertragsärzte bereits zu erheblicher öffentlicher medialer Kritik geführt.

Das Problem einer gut strukturierten und zukunftssicheren psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen ist im Status quo in keiner Weise ausreichend gelöst. Die fehlende Möglichkeit individualisierter psychiatrischer Therapie und damit auch die fehlende Möglichkeit unterschiedliche Praxisbetriebsmodelle adäquat zu finanzieren, sind dabei die herausragenden Kritikpunkte.

Entwicklung der Selektivverträge

Neben dem kollektivvertraglichen System hat sich die selektivvertragliche Versorgung sehr unterschiedlich entwickelt. In einer Stellungnahme von Oktober 2010 weist die DGPPN unter anderem darauf hin, dass die Fraktionierung des psychiatrischen Versorgungssystems in verschiedene Versorgungsbereiche erhebliche Ressourcen verschlingt und psychisch kranke Menschen mit intensiviertem Behandlungsbedarf verstärkt Problemen aussetzt, eine kontinuierliche angemessene und umfassende medizinische Versorgung zu erhalten. In der Stellungnahme wird darauf hingewiesen, dass nur eine bedarfsgerechte Vernetzung ambulanter und stationärer Behandlungsangebote entsprechend der gesetzlichen Regelung des § 140 a ff SGB V, Grundlage für eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung psychisch Kranker sein könne. Hintergrund der Stellungnahme für die DGPPN ist zum einen, dass Verträge abgeschlossen wurden, die nicht sektorenübergreifend wirksam werden, indem Krankenhäuser an der integrierten Versorgung nicht beteiligt werden. Zum anderen geht es der wissenschaftlichen

Fachgesellschaft in ihrer Stellungnahme darum, kommerzielle Interessen abzuwehren. Beispielhaft wird ein Integrierter Versorgungsvertrag der AOK in Niedersachsen erwähnt. Kritisiert wird aus grundsätzlichen Erwägungen das Engagement der pharmazeutischen Industrie vor dem Hintergrund einer geplanten Regelung im aktuellen Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG), welches eine Erweiterung des § 140 b SGB V vorsieht: Vertragspartner von Krankenkassen beim Abschluss von Integrierten Versorgungsverträgen können jetzt auch Pharmaunternehmen sein. Damit wird der Industrie weit über den Abschluss von Rabattverträgen hinaus erneut die Möglichkeit eröffnet, psychiatrische Versorgung zu gestalten und zu organisieren.

Damit hat der amtierende Gesundheitsminister den Begriff von Wettbewerb im Gesundheitswesen noch wesentlich weiter interpretiert als seine Vorgängerin Ulla Schmidt.

Hausarztverträge

Die Einstellung zu Integrierte Versorgungsverträgen hat sich seit der letzten Bundestagswahl deutlich geändert. Insbesondere die von der früheren Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt favorisierten Hausarztverträge nach § 73 b werden zunehmend kritisch hinterfragt, zumal die bisher bekannt gewordenen Evaluationen weder Einsparungen noch eine nachhaltige Verbesserung der Patientenversorgung belegen konnten. Die mit diesen Verträgen verbundenen Mehrausgaben werden daher zunehmend kritisch beurteilt. Im aktuellen Gesetzgebungsverfahren will der Bundesgesundheitsminister daher auch hausarztintegrierte Versorgungsverträge nach § 73 b der Beitragsstabilität unterwerfen. Damit sind höhere Vergütungen als im kollektivvertraglichen System nur dann durchsetzbar, wenn Einsparungen an anderer Stelle erzielt werden können. Die Dynamik derartiger Verträge wird sich damit erheblich abschwächen. Viele Kassen, unter anderem auch die AOK Rheinland-Hamburg, stehen diesen Vertragsmodellen, die zwingend eine Bereinigung des Kollektivvertrages vorsehen, ohnehin sehr skeptisch gegenüber. Zum jetzigen Zeitpunkt muss die weitere Entwicklung der besonderen hausärztlichen Versorgung nach § 73 b, aber auch die Entwicklung der fachärztlichen Versorgung nach § 73 c eher skeptisch beurteilt werden.

Add-on-Verträge

Etwas anders stellt sich die Situation im Bereich der so genannten Add-on-Verträge durch integrierte Versorgungsverträge nach § 140 a ff dar. Diese Verträge müssen nicht zwingend zu einer Bereinigung des Kollektivvertrages führen. Sie können zur Steuerung und/oder Verbesserung der kollektivvertraglichen Versorgung abgeschlossen werden. Verträge dieser Art wurden in neurologisch-psychiatrischen Indikationen in nahezu allen Bundesländern mittlerweile abgeschlossen und werden in den Regionen häufig in den neurologisch-psychiatrischen Netzwerken gelebt. Beispiele hierfür sind Integrierte Versorgungsverträge in Berlin, Bayern, Rheinland-Pfalz oder auch der Vertrag zur Integrierten Versorgung „seelische Gesundheit" im Rheinland. Die Verträge weisen eine sehr unterschiedliche Regelungstiefe auf, darüber hinaus einen uneinheitlichen Grad der Vernetzung.

Neue Versorgungskonzepte

BVDN, BVDP und BDN hatten im November 2009 zusammen mit der Vertragswerkstatt der KBV ein Konzept für neurologisch-psychiatrische indikationsübergreifende Versorgung in den wichtigsten epidemiologischen und RSA (Risikostrukturausgleich)-relevanten Indikationen vorgelegt. Dieser Rahmenvertrag sieht eine strukturierte, einem generischen Behandlungspfad folgende, sektorenübergreifende, qualitätsgesicherte, Leitlinien-orientierte Versorgung neurologischer und psychiatrischer Patienten vor, an der Hausärzte, Psychiater, Psychotherapeuten, Nervenärzte, aber auch stationäre Einrichtungen sowie Vertragspsychotherapeuten beteiligt sind. Darüber hinaus ist regelhaft die Einbindung komplementäre Versorgungsstrukturen vorgesehen.

Die Erfahrungen mit selektiven Versorgungsverträgen in den letzten Jahren zeigen ebenso wie die aktuellen politischen Beschlüsse, dass es berufspolitisches Ziel der Verbände und auch der wissenschaftlichen Gesellschaft sein muss, strukturierte sektorenübergreifende Versorgung flächendeckend und einheitlich zu implementieren. Es entwickelt sich sonst zunehmend eine Versorgungslandschaft, vor der die Berufsverbände bereits vor einigen Jahren zum Start der integrierten Versorgung gewarnt hatten: Die Entwicklung einer zersplitterten kleinteiligen und von Partialinteressen dominierten Versorgungslandschaft, in der einzelne Praxen unterschiedliche Verträge mit zum Teil erheblichem bürokratischen Aufwand bedienen müssen. Dabei vollzieht sich ein deutlich wahrnehmbarer Wandel in der Steuerung der Versorgung, die den Vertragsärzten zunehmend aus der Hand genommen wird.

Einheitliche Versorgung auf hohem Niveau

Als Konsequenz lautet die Forderung von BVDN und BVDP: Psychiatrisch/psychotherapeutische Versorgung auf hohem Niveau muss einheitlich und flä-

Wer Weg zur integrierten Versorgung führt über Versorgungsverträge und Paragrafen.

© Nerlich Images / Fotolia.com

chendeckend und mit niederschwelligem Zugang für alle Patienten erhalten bleiben. Diese Forderungen erfüllen derzeit weder das kollektivvertragliche Versorgungssystem mit den oben dargelegten Problemen noch die kleinteilige und zersplitterte Versorgung durch einige wenige integrierte Versorgungsverträge. Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ist ein hoch sensibler Bereich, da von diesen Krankheiten Patienten betroffen sind, die ihre Interessen aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen nicht immer in ausreichendem Maße selber vertreten können. Sie unterliegen daher einem ganz besonderen Schutzbedürfnis. Sie sind aus diesem Grund nicht zu vergleichen mit Patienten, die – im vollen Besitz ihrer geistigen Kräfte – kritisch zwischen verschiedenen Angeboten eines wettbewerblichen Systems die für sie bestmögliche Versorgungsform wählen können. Die Versorgung dieser Patienten und die – partizipative – Entscheidung über notwendige Behandlungen und Hilfen gehört auch weiterhin ausschließlich in psychiatrisch-psychotherapeutische Hände.

Sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Das zentrale berufspolitische Thema des Jahres 2011 wird Fragen der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und Vernetzung berühren. BVDN und BVDP bringen sich in die Überlegungen und Beratungen der KBV zu einer Neuordnung der Bedarfsplanung ein. Eine kleinräumige Bedarfsplanung wirft – insbesondere aufgrund der unterschiedlichen beteiligten Facharztgruppen – nicht unerhebliche Probleme auf. Regional ist dabei die Zahl der praktizierenden Nervenärzte, der Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zu berücksichtigen. Darüber hinaus ist die institutionelle Versorgung durch psychiatrische Ambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern, Landes- beziehungsweise Bezirkskrankenhäusern und Universitätskliniken mit einzubeziehen. In der letzten Sitzung der Akademie der Gebietsärzte der Bundesärztekammer haben wir über das Thema unter anderem mit dem Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, diskutiert. Wer eine einheitliche sektorenübergreifende Bedarfsplanung will, muss auch für „gleich lange Spieße“ in der Vergütung der ambulanten Versorgungsleistungen sorgen.

Die Unterschiede in der Vergütung ambulanter Versorgungsleistungen in vertragsärztlichen Praxen und psychiatrischen Institutsambulanzen ist seit Jahren ein für alle Beteiligten unerfreuliches Thema. Der mit viel Kritik vom stationären Sektor begleitete Verhandlungsabschluss zwischen KBV, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft hat zu einer besseren Operationalisierung der Patientengruppen geführt, die der Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz bedürfen. Für eine reibungslose Kooperation im Sinne einer strukturierten sektorenübergreifenden Versorgung im eigentlichen Sinne ist jedoch auch dieser neue PIA-Vertrag nach § 118 Abs. 2 SGB V wenig geeignet.

Ein Muss: einheitliche Vergütungsregeln

Die Entwicklung der psychiatrischen Morbidität, aber auch die Entwicklung der Arztzahlen im vertragsärztlichen und stationären psychiatrischen Versorgungssektor lassen es aber dringend geboten erscheinen, Versorgung sektorenübergreifend und auf Regionen bezogen zu organisieren. Die Harmonisierung der Vergütungsregelungen für alle an der Versorgung Beteiligten ist hierfür eine essentielle Voraussetzung. Die flächendeckende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung gerät zunehmend in so genannten strukturschwachen Regionen unter Druck. Eine gute Vernetzung aller Leistungsanbieter auch in diesen Regionen kann helfen, Versorgungsengpässe zu beseitigen. Eine enge Koordination und Absprache ist dafür unabdingbar. Die von den Verbänden initiierten Netzstrukturen (ZNS: Zentrum für Neurologie und seelische Gesundheit) bieten hierfür eine gute Voraussetzung. Vielerorts haben sich bereits Netze gegründet und die Angebote von BVDN und BVDP und der Cortex GmbH für die Bereitstellung betriebswirtschaftlicher, juristischer und administrativer Expertise bereits genutzt. Darüber hinaus haben wir den Netzen mit unserem Kooperationspartner „Psychiater im Netz“ eine Möglichkeit geschaffen, sich mit einer einheitlichen Corporate Identity im Netz zu präsentieren.

Die Versorgung im Kollektivvertrag, die gemeinsame Durchsetzung wirtschaftlicher Interessen und die „Vertragsfähigkeit“ für Selektivverträge sind einige der Vorteile, die solche Netzstrukturen bieten. Ärztliche (neurologisch-psychiatrische) Versorgungszentren können auch überörtlich organisiert werden. Kooperation und gute Vernetzung sind nicht an gemeinsame räumliche Strukturen gebunden.

Zusammenfassung

Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung und die Verantwortung für die Versorgung sollten in der Hand von Psychiatern und Psychotherapeuten beziehungsweise Nervenärzten bleiben. Die Besonderheiten psychiatrischer Erkrankungen und das besondere Schutzbedürfnis psychiatrischer Patienten erfordern darüber hinaus einheitliche, transparente, flächendeckende und niederschwellige Strukturen der Versorgung. Dies betrifft nicht nur den Erhalt des direkten Zuganges zum Psychiater und Psychotherapeuten oder Nervenarzt, sondern auch Versorgungsstrukturen, die frei von Partialinteressen beispielsweise von Kostenträgern oder der Pharmaindustrie sind.

Psychiatrische Versorgung sollte aus vielen Gründen sektorenübergreifend abgebildet werden. Dies erfordert nicht nur eine klare Strukturierung der Versorgung wie zum Beispiel durch sektorenübergreifende Behandlungspfade, sondern auch eine Harmonisierung der Vergütungen für ambulante Versorgung. Der notwendigen Individualisierung der psychiatrischen Therapie muss in den Gebührenordnungen ausreichend Rechnung getragen werden. □

AUTOR

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Geschichte, Abgrenzung und Visionen

Die Identität des Psychiaters

Was unterscheidet die „Geschwisterdisziplinen“ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychotherapeuten voneinander? Norbert Bowe, Vorstandsreferent des Berufsverbands der Vertragspsychotherapeuten (BVVP), interviewte dazu Dr. Christa Roth-Sackenheim (Vorsitzende des BVDP) und Dr. Frank Bergmann (Vorsitzender des BVDN).

Die psychiatrische Arbeit fußt auf neurowissenschaftlichen Erkenntnissen, Pharmakologie und Psychotherapie.

© Schneider (1), Ambrophoto (2), by-Studio (3) / Fotolia.com

? Was können, was sollten Psychiater von Psychotherapeuten, was Psychotherapeuten von Psychiatern lernen?

Antwort: Diese Frage ist aus unserer Sicht nur zu beantworten, wenn man sich die Entwicklungshistorie beider Fächer anschaut. Schon die Medizinlehrbücher um 1800, das heißt noch vor der Etablierung der Psychiatrie als Fach, weisen auf die Dualität der Behandlung psychischer Erkrankungen hin: empfohlen wurden somatische und „moralische“ Behandlungen. Vieles spricht dafür, das psychiatrische Fachgebiet als Kind von Medizin und Aufklärungspsychologie und -pädagogik zu sehen, mithin als eine Art erste Assimilation von psychotherapeutischem Denken in der Medizin.

1784 war in Wien der Narrenturm, die erste „stationäre Psychiatrie“ auf dem Gelände der Universitätsklinik entstanden, heute ein wunderbares Museum. Überwiegend bestand die Behandlung psychischer Störung in Verwahrung und Bestrafung. Erst die deutsche Universitätspsychiatrie Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts hat psychische Krankheit als medizinisch behandelbar definiert und das Fach Psychiatrie entscheidend vorangebracht. Diagnostisch: Emil Kraepelin entwickelte die ersten systematischen Klassifikationssysteme psychischer Störungen. Methodologisch: Karl Jaspers gründete eine phänomenologische Psychopathologie. Psychotherapeutisch: Eugen Bleuler war der erste namhafte europäische Psychiater, der sich die psychoanalytischen Konzepte Freuds aneignete. Freud seinerseits war in Kontakt mit den führenden Neurologen seiner Zeit. Durch Otto Binswanger, Viktor Frankl und andere gab es weitere Impulse, moderne psychotherapeutische Ansätze in die Psychiatrie zu integrieren.

Dass es damals zu einer Art zweiten Assimilation psychotherapeutischen Denkens kam, lag auch an den engen Grenzen der somatischen Behandlungsmöglichkeiten. Bis zur Entdeckung der modernen Psychopharmaka in den

* Soweit hier von Psychiatrischer Versorgung und Psychiatern gesprochen wird, sind damit alle psychiatrisch Tätigen, auch Kinder- und Jugendlichenpsychiater und Nervenärzte gemeint.

1950er-Jahren waren die somatischen Behandlungen bei psychischen Störungen wenig effektiv.

Die stationäre Behandlung bis Anfang der 70er-Jahre erfolgte überwiegend in großen, gemeindefernen Kliniken hinter hohen Mauern und mit Verweildauern von durchschnittlich 200 Tagen. Zwar gab es damals ein knappes Dutzend „moderner" Medikamente zur Behandlung psychischer Störungen, deren Anwendung konnte aber die Verweildauern nicht entscheidend verkürzen. Behandelt wurden fast überwiegend schizophrene, depressive beziehungsweise bipolare und hirnorganisch bedingte Krankheitsbilder.

Die international präsente Antipsychiatrie und die gesellschaftlich Protestbewegung der 68er führte zu vielfältiger Kritik an der Anstaltspsychiatrie und schließlich zur Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975. In dieser Zeit aber gab es in der Psychiatrie auch von eo ipso eine Aufbruchstimmung: Die große Zeit der Sozialpsychiatrie begann. Namen wie Klaus Dörner oder Asmus Finzen sind untrennbar mit dieser Phase verbunden. Die Forderung nach einer gemeindenahen Psychiatrie stellte im Wesentlichen die Integration sozialtherapeutischer Ideen dar. Es ging den Sozialpsychiatern um die Verbesserung der Lebenssituation schizophren Erkrankter und um die Stigmaproblematik. Aber es bestanden auch hier fließende Übergänge zu psychotherapeutischen Behandlungsansätzen: die Soteria-Projekte deutscher Psychiater in der Schweiz, psychotherapeutische Psychosebehandlungen häufig ebenfalls durch deutschsprachige Psychiater in den USA.

Manche psychotherapeutischen Konzepte zur Behandlung schwerer psychischer Störungen stellten sich aber auch als tragischer Irrweg heraus (beispielsweise das Konzept der „schizophrenogenen Mutter").

Etwa zeitgleich etablierte sich die Psychoanalyse im Gesundheitssystem: Die psychotherapeutische Behandlung war zwar seit 1967 erstmals Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen, der Ausgabenanteil lag aber über Jahre bei unter einem halben Prozent der Gesamtausgaben. Viele der nicht-psychiatrischen ärztlichen Psychotherapeuten standen der Psychosomatik nahe, die sich in der Folge als eigenes Fach im Kanon der Medizinfächer etablieren wollte

An der damit einhergehenden Mehrfachbesetzung der Psychotherapie (Psychiatrie – Psychosomatik – Richtlinienpsychotherapie) leidet die Psychiatrie bis heute, da deren Identität als integrative biopsychosoziale Seelenheilkunde deutlich schwieriger zu vermitteln ist. Trotz aller Ganzheitlichkeit und trotz der Integration der Richtlinienpsychotherapie in die Facharztausbildung seit 1992 muss sich die Psychiatrie noch immer vor einseitiger Fremdwahrnehmung als Pharmakon-fixiert wehren. Dabei ist die moderne Psychiatrie in ihrem Selbstverständnis stets auch psychotherapeutisch wirksam, jedoch immer unter integrierender Berücksichtigung des sozialen und biologischen Kontextes der Erkrankung.

Die heutigen Psychiater wollen eine solche Integration aber nicht nur bei sich selbst, sondern auch zwischen sich und anderen Psychiatern und Therapeuten. Die modernen Themen der Vernetzung, Integration und Kooperation über Sektoren und Fachgrenzen hinaus sind schon immer Belange der Psychiatrie gewesen.

? Wie kann eine gut vernetzte ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung aussehen? Welche Kooperationsformen?

Die Antwort ist in der Frage schon vorformuliert. Es geht um Zusammenarbeit und Vernetzung ambulant tätiger Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. In den meisten Regionen funktioniert diese Zusammenarbeit bereits seit Jahren problemlos.

Darüber hinaus haben BVDN und BVDP eine Reihe von strukturierten Versorgungskonzepten vorgelegt, auch in Zusammenarbeit mit der DGPPN, in denen in klinischen Behandlungspfaden eine strukturierte Versorgung in einem Netz von Fachärzten für Psychiatrie, Psychotherapie, Nervenärzten, aber auch ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten beschrieben wurde. Dabei handelt es sich bisher in der Regel um Verträge nach § 140 a. Zuletzt wurde in einem § 73c-Rahmenvertrag zusammen mit der Vertragswerkstatt der KBV die Idee einer interdisziplinären Zusammenarbeit von Psychiatern, Nervenärzten, Neurologen und Hausärzten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in regionalen Netzen eingehend dargelegt. Bislang reagieren insbesondere psychologische Psychotherapeuten in der Regel nahezu reflexhaft abwehrend auf jegliche Form von Strukturierung der Behandlungspfade. Dies ist insofern bedauerlich, da augenscheinlich antizipierte Kränkungen und Zurückweisungen im Zusammenhang mit Hierarchisierung in den Konzepten gar nicht vorkommen. Man könnte spekulieren, ob diese Problematik zurückgeht auf viele Missverständnisse im Zusammenhang mit dem früheren Delegationsverfahren.

Es wird höchste Zeit, dass die in den Regionen gelebte gute Kooperation zwischen Nervenärzten und Psychiatern und Psychotherapeuten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten auch zu Veränderungen in der Haltung der Interaktion und Kommunikation der berufspolitisch agierenden Funktionäre führt.

? Die DGPPN hat wiederholt die Priorisierungsdebatte aufgegriffen – bestehen da keine Bedenken, ausgerechnet im Bereich psychischer Erkrankungen den Boden für Priorisierungen vorzubereiten?

Überhaupt nicht. Es wird höchste Zeit, dass psychischen Erkrankungen im Vergleich zur somatischen Medizin höhere Aufmerksamkeit zukommt und höhere Bedeutung beigemessen wird. Dabei geht es nicht nur um abstrakte Wertschätzung, sondern auch um eine angemessene Finanzierung. Im Übrigen hat die DGPPN diese Debatte nicht angestoßen. Aber als die Ethikkommission der Deutschen Ärzteschaft bereits im September 2007 im Deutschen Ärzteblatt ihre Stellungnahme dazu veröffentlicht hat, haben die DGPPN und die Berufsverbände gemeinsam sofort gesehen, dass psychische Störungen in der Stellungnahme nicht angemessen berücksichtigt, wenn nicht sogar völlig ausgeblendet worden waren. Zumindest ließen sich psychische Störungen nicht ohne weiteres in dem vierstufigen Modell der zulässigen Priorisierungskrite-

rien, die die Ethikkommission vorgeschlagen hat, wieder finden (1. Lebensschutz und Schutz vor schwerem Leid und Schmerzen; 2. Schutz vor dem Ausfall oder der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen; 3. Schutz vor weniger schwerwiegenden oder nur vorübergehenden Beeinträchtigungen des Wohlbefindens; 4. Verbesserung und Stärkung von Körperfunktionen).

DGPPN und die Berufsverbände argumentieren, dass sich psychische Störungen im Wesentlichen im Bereich der Stufen 1–2, eher selten im Bereich der Stufe 3 ansiedeln lassen, da psychische Erkrankungen in der Regel chronische und potentiell tödliche Erkrankungen sind.

? Lädt der in diesem Zusammenhang gebrauchte Begriff der Fehlallokation von Ressourcen in Bereichen psychotherapeutischer Versorgung nicht geradezu die Gesundheitspolitik dazu ein, nach Ration (alis)ierungsmaßnahmen im Feld psychischer Krankheiten zu suchen?

Dieser Zusammenhang erschließt sich uns nicht direkt. Kann es sein, dass hier die Sorge der Psychotherapeuten dahinter steckt, die beispielsweise von Herrn Beske vertretene These, Psychotherapie aus dem Leistungskatalog der GKV zu streichen, würde hier unterstützt? Dem würden wir auch entschieden entgegentreten. Richtlinienpsychotherapie ist eine wirksame Therapiemethode und richtig angewendet ein unverzichtbarer Bestandteil des Leistungskatalogs.

? Immer wieder wird von berufspolitischen Vertretern der Psychiatern vorgebracht, nervenärztlich/psychiatrisch würden die schwer und chronisch Kranken versorgt, während das psychotherapeutisch versorgte Klientel weniger behandlungsbedürftig sei, teilweise zu viele Ressourcen beanspruchte. Wie ist Ihre Meinung?

Nervenärzte und Psychiater versorgen Patienten mit schweren neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen. Das sind Erkrankungen wie Demenz, geistige Behinderung, Epilepsie, Schlaganfälle, aber auch chronische Psychosen. Diese Patienten können häufig alleine von einer Richtlinienpsychotherapie nicht profitieren. Neben einem somatisch orientierten Krankheitsmodell profitieren diese Patienten von der engmaschigen psychiatrischen Therapie.

Richtlinienpsychotherapie ist per definitionem eine hochspezialisierte, zeitlich eng begrenzte Maßnahme, für die die Indikation, die Wahl des Verfahrens und die Dauer im Verhältnis zur Morbidität des Patienten sehr genau überprüft werden muss. Sie ist keine Maßnahme der lebenslangen Begleitung". Von Richtlinienpsychotherapie profitieren Menschen, die „ihr Gehirn gut gebrauchen können", die also so gut strukturiert sind, dass sie diese hochspezialisierte, hochritualisierte Behandlung, die zudem hohe Ansprüche an die intellektuellen Fähigkeiten und an das Hilfesuchverhalten stellt, für sich nutzen können.

? Seit geraumer Zeit kursiert vermehrt der Begriff Neuropsychiatrische Versorgung. Dient dieser Begriff zur Abgrenzung und Positionierung gegenüber der psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung?

Nein, daran haben wir überhaupt nicht gedacht.

? Ist der Begriff Neuropsychiatrische Versorgung sozusagen Programm im Sinne einer somatischen Ausrichtung der Psychiatrie, eines Verständnisses von Seelenvorgängen als primär hirnorganischen pathologischen Prozessen?

Nein. Psychiatrie umfasst Veränderung der Seele durch primär hirnorganische pathologische Prozesse bis hin zu reaktiven, persönlichkeitsbedingten, suchtmittelverursachten und anderen Seelenvorgängen. Die Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung belegen, dass unsere Emotionen, Affekte und die Steuerung unseres Verhaltens Ausdruck und Folge biochemischer und hirnphysiologischer Vorgänge sind – andererseits sowohl pharmakologische, wie nicht-medikamentöse Einflüsse zu Veränderungen der Biochemie des Hirns führen. Dies ist die wissenschaftliche Grundlage dafür, dass die Versorgung somatisch und psychiatrisch/psychologisch sein muss. Dabei ist der Neuroradiologe als Spezialist auf der einen Seite genauso wichtig wie der psychologische Psychotherapeut auf der anderen.

Der Behandlung in nervenärztlichen und psychiatrisch/psychotherapeutischen Praxen liegt das biopsychosoziale Krankheitsmodell zugrunde.

Umgekehrt haben wir allerdings in der philosophischen Debatte den Eindruck eines kollektiven Neglect, in dem die Tatsache, dass das „Ich" beschädigt werden kann, wenn das Gehirn beschädigt wird, einfach ausgeblendet wird. Die Debatten in „ZEIT", „Gehirn und Geist" sowie „Psychologie heute" um den freien Willen, um nur einige zu nennen, gehen in der Regel von psychisch Gesunden aus.

? Übt ihrer Meinung nach das finanzielle Sponsoring psychiatrischer Publikationsorgane und Kongresse und die „fürsorgliche Dauerberatung" der Niedergelassenen seitens der Pharmafirmen einen Einfluss auf Einschätzung und Gewichtung von medikamentösen gegenüber psychotherapeutischen Behandlungsstrategien?

Die Möglichkeiten der Pharmakotherapie mit Antidepressiva und Antipsychotika haben die Erfolge der Psychiatrie mit dem historischen Bettenabbau vor allem in psychiatrischen Langzeitkrankenhäusern erst möglich gemacht und die Patienten aus kustodialer Ausgrenzung aus der Gesellschaft herausgeführt. In der aktuellen psychiatrischen Fachdiskussion korrespondiert ein multimodales Behandlungskonzept mit einem differenzierten biopsychosozialen Krankheitskonzept. Häufig sind es gerade mehrgleisige Therapiekonzepte, die eine Gesundung der Patienten ermöglichen. Die ausschließliche und einseitig ausgerichtete Pharmakotherapie birgt ebenso wie eine ausschließlich psychotherapeutische Behandlung jeweils spezifische Risiken.

Patienten wie Ärzte und Psychologen müssen sich vor Manipulationen jeglicher Art bezüglich geeigneter Therapieformen schützen.

? Seit Jahren wird in Publikationsorganen ständig wiederholt, dass die niedergelassenen Psychiater 72 Prozent aller Fälle behandeln und nur ein Viertel der Gesamtausgaben (Honorar der ärztlichen Leistungen) erhalten, während ärztliche und psychologische Psychotherapeuten zu-

sammen nur 28 Prozent der Fälle versorgen und dafür mehr als 74 Prozent der Ausgabenanteile erhalten.
Worum geht es bei der Publizierung dieses Dauerthemas? Geht es dabei auch um einen Ressourcen-Verteilungskampf zwischen diesen Berufsgruppen?

Machen wir uns nichts vor: In einem budgetierten System geht es immer auch um Ressourcenverteilung. Die Frage ist aber insofern absurd, da Psychiater an dem Ast sägen würden, auf dem sie selber sitzen, wenn sie sich für eine Verschlechterung in der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen einsetzen würden.

Bei der Publizierung dieses Themas geht es vor allem um Entstigmatisierung. Wir müssen als Berufspolitiker auf ein empirisches Gesetz aufmerksam machen, dass sich „Inverse Care Law" nennt und in den 1970er-Jahren von einem britischen Gesundheitsökonomen beschrieben wurde. Es besagt, dass je kränker ein Individuum ist, umso weniger Ressourcen für ihn aufgewendet werden. Am Beispiel chronisch psychisch kranker Menschen wird das besonders deutlich, da diese krankheitsbedingt ein völlig anderes Hilfesuchverhalten haben als beispielsweise somatisch Kranke.

? Ist die häufig beklagte geringe Zuwendungszeit für psychiatrische Patienten nicht auch eine Folge der Ausrichtung der Honorarpolitik der Psychiaterverbände, die mehr auf die Interessen der Praxen mit hohen Fallzahlen ausgerichtet ist, wie beispielsweise im Fall der eingeführten Betreuungspauschalen, die so richtig lukrativ nur für Praxen mit hohem Patientendurchlauf sind?
Die Honorarpolitik des BVDN und des BVDP ist stets darauf ausgerichtet gewesen, sowohl Praxen mit größerem Versorgungsauftrag, wie auch Praxen mit geringeren Fallzahlen eine adäquate Finanzierung ihres Leistungsspektrums zu ermöglichen. Unsere Fachgruppe ist die heterogenste im Kanon der fachärztlichen Versorger. Es ist aber ein wichtiges Strukturmerkmal der psychiatrischen und nervenärztlichen Versorgung, dass es sowohl Praxen mit 150 Fällen als auch welche mit 1.000 Fällen und mehr gibt. Demgegenüber vertreten die ausschließlich psychotherapeutischen Verbände in der Regel eine sehr homogen arbeitende Klientel.

Dass Betreuungspauschalen „so richtig lukrativ" nur für Praxen mit hohem Patientendurchlauf sind, ist falsch, denn diese Praxen können in der Regel Betreuungspauschalen nur in sehr geringem Umfang abrechnen, da sie ansonsten mit ihren Plausibilitätszeiten auffällig werden.

Wir treten insofern der Auffassung entschieden entgegen, dass unsere Honorarpolitik mehr auf die Interessen der Praxen mit hohen Fallzahlen ausgerichtet ist.

Ob ein Nervenarzt/Psychiater 150 oder 1.500 Fälle hat, hängt im Wesentlichen von seinem Zulassungsstandort ab. Die Psychiater mit den geringen Fallzahlen befinden sich in der Regel in den Stadtstaaten, in Großstädten und in psychiatrisch-psychotherapeutisch eher gut versorgten Gegenden. Sie decken hier ein wichtiges Versorgungssegment ab.

Den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, die sich in den östlichen Bundesländern und in Flächen-Bundesländern niedergelassen haben, bleibt oft keine andere Wahl als vielen Patienten eine Versorgung anzubieten, wenn sie dem Sicherstellungsauftrag gerecht werden wollen.

Die angesprochenen Betreuungspauschalen kommen in der Regel eher den kleinen Praxen zugute, da die Nervenärzte/Psychiater in den großen Praxen die Patienten häufig nur einmal im Quartal sehen können.

? Was halten Sie von der Forderung nach einem Zeitkontingent auch für die gesprächsintensiv mit chronisch psychisch Kranken arbeitenden Psychiater, die bei Vollauslastung nur auf Fallzahlen unter oder um 300 pro Quartal kommen?
Theoretisch wäre ein Zeitkontingent denkbar für Psychiater, die hauptsächlich Gesprächsleistungen erbringen. Das Tätigkeitsfeld der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie umfasst jedoch auch eine Reihe an somatisch-medizinisch-apparativen Leistungen sowie die Betreuungsleistungen, die hier nicht abgebildet werden würden. Wir sehen deshalb die Gefahr, dass sich diese Psychiater von ihrem ärztlichen Tun verabschieden würden. Eine weitere Sorge, die uns als Berufspolitiker für eine sehr inhomogene Arztgruppe hierbei bewegt, wäre die, dass hier einer Spaltung der Berufsgruppe Vorschub geleistet werden würde.

? Sind in Ihren Augen Richtlinienpsychotherapien, insbesondere die Durchführungen von Langzeittherapien, für die Sicherstellung der Versorgung verzichtbar?
Nein, wenn die Indikation stimmt.

? Wie schätzen sie die derzeitige Qualität der gemeinsam von Psychiatern und Psychotherapeuten getragenen Versorgung von psychisch Kranken ein?
Gemessen im europäischen Vergleich sehr gut. Wir glauben aber, dass die gemeinsame Vernetzung hier noch Verbesserungspotential bringt.

? Wie lautet ihr dringlichster Änderungswunsch an die Adresse der Psychotherapeuten bezüglich der gemeinsam getragenen Versorgung?
Kürzere Wartezeiten und Behandlungskapazitäten für Patienten mit schweren Störungen, beispielsweise forensische Patienten.

? Was ist Ihre Vision vom zukünftigen Zusammenspiel von Psychiatrie und Psychotherapie in der ambulanten und stationären Versorgung?
Unsere Vision ist, dass es dreimal so viele Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland gibt als heute. Die Zusammenarbeit mit Hausärzten und ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ist strukturiert in regionalen Netzen mit gemeinsamen Fallkonferenzen. Die Diagnostik und Fallsteuerung läuft leitliniengerecht. Stationäre Einweisungen sind die Ausnahme. Der behandelnde Facharzt oder Psychotherapeut kann den Patienten auch stationär weiterbehandeln.

Frau Dr. Christa Roth-Sackenheim, Herr Dr. Frank Bergmann, vielen Dank für das Interview. □

Honorare und Reformen

„Fach mit Zukunft“

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, stellt sich den Fragen des BVDP-Vorstandes zur Honorarentwicklung der Psychiater.

© KBV

Dr. Andreas Köhler
Vorstandsvorsitzender
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

„Im Interesse einer guten und strukturierten psychiatrischen Patientenversorgung müssen endlich gleiche qualitative und finanzielle Voraussetzungen für eine strukturierte und kooperative psychiatrische Versorgung an der ambulant-stationären Schnittstelle geschaffen werden.“

? Wie kamen die Psychiater in der Honorarsituation so weit ins Hintertreffen?

Dr. Andreas Köhler: Das bundesdurchschnittliche Honorar je Arzt ist in der Psychiatrie zwischen den Jahren 2006 und 2008 von 105.558 auf 109.289 Euro leicht gestiegen. Dennoch liegen die Honorare der Psychiater im Vergleich mit anderen Arztgruppen unter dem Durchschnitt. Ursachen gibt es mehrere. Während andere Arztgruppen auch „technische Leistungen“ abrechnen, welche zum Teil an entsprechend qualifiziertes Fachpersonal delegiert werden können, ist die Patientenversorgung in der Psychiatrie fast zu 100 Prozent an die persönliche Zuwendung des Arztes zum Patienten gebunden.

Weiterhin rechnen Psychiater ihre Leistungen nahezu ausschließlich innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ab. Die zum Beispiel wegen ihres stationsersetzenden Charakters als „besonders förderungswürdig“ geltenden ambulanten Operationen werden dagegen in voller Menge zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung finanziert. Solche Leistung sind aber für Psychiater nicht zugänglich. Auch bei den innovativen Leistungen, welche nach deren Zulassung durch den gemeinsamen Bundesausschuss zumindest zunächst extrabudgetär bezahlt werden, handelt es sich meist um „technische Leistungen“ außerhalb des psychiatrischen Fachgebietes.

? Welche Schritte hat die KBV seither zur Verbesserung der Honorarsituation der Psychiater unternommen?

Köhler: Die KBV hat in Vorbereitung der EBM-Reform zum Jahr 2008 eine Kostenstudie in den neuropsychiatrischen Fachgebieten durchgeführt, welche im EBM 2008 zu einer deutlichen Anhebung der Punktzahlbewertungen der psychiatrischen Leistungen geführt hat. Aufgrund der oben dargestellten Problematik, dass Psychiater ihre Leistungen nahezu ausschließlich innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abrechnen, hat sich dies im Jahr 2008 jedoch noch nicht nachhaltig auf der Honorarseite auswirken können. Erst mit der vertragsärztlichen Vergütungsreform ab dem Jahr 2009 war es der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möglich, sicherzustellen, dass die Aufwertungen des EBM 2008 auch bei der Vergütung der innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierten Leistungen wirksam werden. Dies hat im ersten Halbjahr 2009 im Vergleich mit dem Vorjahresquartal zu einem Anstieg des Honorars je Arzt im ersten Quartal in Höhe von bundesdurchschnittlich 10,3 Prozent und im zweiten Quartal in Höhe von bundesdurchschnittlich 6,0 Prozent geführt.

Um die psychiatrischen Gesprächsleistungen gezielt zu fördern, konnte die KBV mit Wirkung ab 1. Juli 2009 darüber hinausgehend durchsetzen, dass diese Leistungen auch innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als sogenannte „freie Leistungen“ behandelt werden. Dies hat dazu geführt, dass die psychiatrischen Gesprächsleistungen ohne Quotierungen in ihrer vollen Menge in Höhe der Preise der Euro-Gebührenordnung vergütet wurden. Im Ergebnis sind die Honorarzuwächse im dritten Quartal 2009 im Vergleich zum Vorjahresquartal um bundesdurchschnittlich 20,2 % angestiegen.

? Warum musste die 10-min-Ziffer zum 1.7.2010 wieder „einkassiert“ werden?

Köhler: Mit der Neufassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (so genannter RLV-Beschluss) zum 1. Juli 2010 wurden sämtliche „freien Leistungen“– so auch die psychiatrische Gesprächsleistung – wieder in die Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumen (RLV) oder sogenannte qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) überführt. Ursächlich hierfür waren die zum Teil deutlichen Mengenausweitungen zum Beispiel in der Akupunktur, welche ebenfalls bis zum 30. Juni 2010 als „freie Leistung“ finanziert worden war. Um aber die gewollte Förderung der psychiatrischen Gesprächsleistungen aufrecht zu erhalten, wurden die Regelleistungsvolumen der Psychiater ebenfalls ab dem 1. Juli 2010 um 24,25 % erhöht. Damit wurde die „Einkassierung“ der psychiatrischen Gesprächsleistungen zumindest deutlich kompensiert.

? Welche Ziele verfolgt die KBV mit der sogenannten „Währungsreform"?

Köhler: Die KBV verbindet mit der sogenannten „EBM-Währungsreform" das Ziel der Erhöhung des auszahlungswirksamen Orientierungswertes auf den Kalkulationspunktwert des EBM. Die Leistungsbewertungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab wurden so ermittelt, dass die je Leistung kalkulierten Kosten in Euro mit dem Kalkulationspunktwert in Höhe von 5,1129 Cent in Punktzahlen umgerechnet wurden. Mit der vertragsärztlichen Vergütungsreform ab dem Jahr 2009 wurde ein gesetzlicher Orientierungswert vorgegeben, aus welchem sich durch Multiplikation mit den EBM-Punktzahlbewertungen die Preise der Euro-Gebührenordnung ergeben. Dieser Orientierungspunktwert hat aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen entscheidenden Geburtsfehler: Der Gesetzgeber hat nämlich für die erstmalige Ermittlung des Orientierungspunktwertes für das Jahr 2009 im Gesetz eine Formel vorgegeben, nach der sich der Orientierungswert im Wesentlichen aus der Teilung der im Jahr 2008 für vertragsärztliche Leistungen ausgezahlten Honorare durch die im Jahr 2008 für vertragsärztliche Leistungen abgerechnete und anerkannte Punktzahlmenge ergeben hat. Damit ist ein Großteil der historisch entstandenen Unterfinanzierung vertragsärztlicher Leistungen als belastende Hypothek in die neue Systematik der vertragsärztlichen Vergütungsreform ab dem Jahr 2009 mit eingeflossen. Um dieses Problem abzustellen, arbeitet die KBV auf eine Anhebung des Orientierungswertes auf den Kalkulationspunktwert des EBM hin. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat auf Antrag der KBV im Schlichtungsverfahren am 20. Mai 2009 jedoch entschieden, dass vor einer Angleichung des Orientierungswertes an den Kalkulationspunktwert des EBM die Kalkulationsgrundlagen des EBM systematisch zu überprüfen ist.

Die Überprüfung der Kalkulationsgrundlagen des EBM erfolgt zurzeit durch das Institut des Bewertungsausschusses und ist noch nicht abgeschlossen. Weiterhin wird das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG), über welches am 22. September 2010 im Bundeskabinett und danach bis voraussichtlich November im parlamentarischen Verfahren beschlossen wird, geregelt werden, dass der Orientierungswert, welcher für das Jahr 2010 auf eine Höhe von 3,5048 Cent festgelegt wurde, in den Jahren 2011 und 2012 unverändert fortgelten wird. Damit wird die EBM-Währungsreform leider de facto auf das Jahr 2013 verschoben.

? Berentungen und Krankschreibungen, stationäre Behandlungstage wegen psychischer Störungen nehmen seit Jahren zu. Welche Strategie fährt die KBV, um diesem Versorgungsproblem Rechnung zu tragen?

Köhler: Zunächst einmal hofft die KBV, dass die mit dem EBM 2008 und im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütungsreform 2009/2010 ergriffenen Maßnahmen zur Stabilisierung der Honorare in der Psychiatrie entsprechende Früchte tragen. Weiterhin fordert die KBV eine Anpassung der Vergütungen für die vertragsärztliche psychiatrische Versorgung an das in der Regel höhere Niveau der Vergütung für die ambulante beziehungsweise teilstationäre Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen oder Krankenhäuser. Als problematisch ist anzusehen, dass nach den gesetzlichen Vorgaben aktuell ein pauschaliertes Entgeltsystem für die Krankenhausbehandlung entwickelt wird, welches für die psychiatrische, psychosomatisch und psychotherapeutische Versorgung Tagespauschalen vorgeben soll. Dieses ergänzend zum DRG-Fallpauschalen-System in Entwicklung befindliche System wird entgegen der Kritik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ohne jegliche Beteiligung und Einbeziehung der ambulanten Versorgung erarbeitet. Wir werden uns in den anstehenden Gesetzgebungsverfahren dafür einsetzen, dass es dadurch nicht zu einer weiteren Zementierung der unterschiedlichen Bedingungen der psychiatrischen Versorgung durch Krankenhäuser und Vertragsärzte kommt. Im Interesse einer guten und strukturierten psychiatrischen Patientenversorgung müssen endlich gleiche qualitative und finanzielle Voraussetzungen für eine strukturierte und kooperative psychiatrische Versorgung an der ambulant-stationären Schnittstelle geschaffen werden. Nur so kann auch der wachsenden Herausforderung der medizinischen Versorgung einer zunehmend alternden Bevölkerung mit einer abnehmenden Anzahl von Ärzten begegnet werden.

? Welche Rolle kann Patiomed dabei spielen?

Köhler: Das Angebot der Patiomed AG zielt darauf ab, die niedergelassenen Ärzte bei ihrer Arbeit ökonomisch und organisatorisch zu entlasten und für den ärztlichen Nachwuchs die Niederlassung als freiberuflicher Vertragsarzt in allen denkbaren Konstellationen zu erleichtern. Hierdurch soll generell, besonders aber auch in strukturschwachen Gebieten die Niederlassung attraktiver und planungssicherer gemacht werden. Dies wird auch entscheidend dabei helfen, die Versorgungsprobleme der Zukunft zu meistern.

? Wo wollen Sie die Psychiater in fünf Jahren sehen?

Köhler: Unser Ziel ist eine allerorts angemessene, planungssichere Vergütung der psychiatrischen Leistungen zu vergleichbaren Bedingungen wie in der psychiatrischen Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen und Krankenhäuser. Bis dahin steht uns – auch unter den aktuellen kritischen Bedingungen der Weltwirtschaft – noch ein schwieriger Weg bevor. Mit der EBM-Reform 2008 und der Honorarreform 2009/2010 konnten immerhin deutliche Verbesserungen realisiert werden. Die KBV wird sich weiterhin nachhaltig dafür einsetzen, dass die Psychiatrie durch die weiteren Schritte der Honorarreform, die Verbesserung der allgemeinen Arbeitsbedingungen der Vertragsärzte und die nun anstehende, längst überfällige Reform der Bedarfsplanung in fünf Jahren wieder ein „Fach mit Zukunft" sein wird. □

Herr Dr. Köhler, vielen Dank für das Interview und die in der Vergangeheit gewährte Unterstützung.

Innovativ – Filmstreifen erleichtert die Therapie

Ob im Pflegeheim, bei Kindern oder im Notfall – Tabletten schlucken kann sich manchmal recht schwierig gestalten. Auch chronisch Kranke gefährden oft den Therapie-Erfolg, weil sie die tägliche Tabletten-Einnahme leid sind. Daher hat die Firma Hexal eine neue Darreichungsform auf den Markt gebracht: Schmelzfilme. Der Schmelzfilm wird oral eingenommen und löst sich unmittelbar im Mund des Patienten auf. Die einfache Einnahme ohne Wasser fördert die Compliance und ist auch für unterwegs eine praktische Alternative.

Medikamente ganz diskret einnehmen

Die Schmelzfilme bestehen aus hydrophilen Polymeren, die sich im Mund bei Kontakt mit dem Speichel auflösen. Diese dünnen elastischen Streifen (2 bis 8 cm groß) können mit Arzneistoffen bestückt werden. Weitere Hilfsstoffe, zum Beispiel zur Verbesserung des Geschmacks, können zugesetzt werden. Der Wirkstoff wird teilweise über die Mundschleimhäute aufgenommen, wodurch es nicht notwendig ist zu schlucken. Sobald der Schmelzfilm verabreicht wurde, gilt das Medikament als eingenommen. Das gibt dem behandelnden Arzt oder dem Pflegepersonal in Altenheimen die Sicherheit, dass der Wirkstoff zugeführt wurde. Außerdem erhöht sich durch die neue Arzneiform die Wahrscheinlichkeit, dass Medikamente auch wirklich eingenommen werden, da der Patient den Schmelzfilm diskret einnehmen kann und auch kein Wasser nachgetrunken werden muss. Dank seiner innovativen Darreichungsform wird der Schmelzfilm auch nicht als Arzneimittel wahrgenommen und verliert dadurch die unangenehme Eigenschaft einer Medikation.

Das erste Medikament mit der innovativen Galenik ist Risperidon-HEXAL SF zur Behandlung bei schizophrenen Patienten ist. Verfügbar sind Packungen mit 14 (N1), 49 (N2) und 98 (N3) Schmelzfilmen jeweils in der Dosierung 0,5mg, 1mg, 2mg und 3mg.

Nach Informationen der Hexal AG

Jetzt auf dem Markt: Schmelzfilme, die leicht zu applizieren und schnell wirksam sind.

© Hexal AG

Alzheimer-Demenz: Richtige Therapie hilft Patienten und Angehörigen

Die Behandlung von Alzheimerpatienten mit dem Acetylcholinesterase(AChE)-Hemmer Galantamin (Reminyl®) macht nicht nur den Patienten, sondern auch den Angehörigen das Leben leichter. Nützliche kognitive Effekte ergab unter anderem eine 36 Monate umfassende Studie: Darin verzögerte sich die Abnahme der kognitiven Fähigkeiten im Vergleich zu Placebo unter täglich 24 mg Galantamin um rund 18 Monate. Einen günstigen Einfluss auf Verhaltensstörungen belegte bereits die fünfmonatige Zulassungsstudie: Nur unter Galantamin, nicht aber mit Placebo blieben die Werte des Neuropsychiatrischen Inventars stabil. Das ist auch für die Angehörigen wichtig, die besonders unter Verhaltensstörungen der Patienten leiden, so Professor Markus Jüptner, Mülheim. Tatsächlich zeigen Daten, dass unter Galantamin der Zeitaufwand für die Betreuung um eine Stunde abnahm.

Bei Verhaltenstörungen sind allerdings immer auch somatische Ursachen in Betracht zu ziehen, wie Dr. Torsten Kratz, Berlin, berichtete. Denn die Demenz ist nicht an allem schuld. Beispielsweise beruht aggressives Verhalten bei diesen Patienten häufig darauf, dass sie an Schmerzen leiden, dies aber nicht klar ausdrücken können – unerkannte osteoporotische Frakturen etwa sind gar nicht so selten. Nahrungsverweigerung wiederum sollte Anlass geben, das Vorliegen von Zahnproblemen und Entzündungen im Mund zu überprüfen. Vielleicht sitzt auch die Prothese nicht mehr richtig oder es steckt eine chronische Gastritis dahinter. Und die Ursache von „Wahn“ und „Halluzinationen“ kann sich durchaus als ausgeprägte Seh- oder Hörschwäche entpuppen.

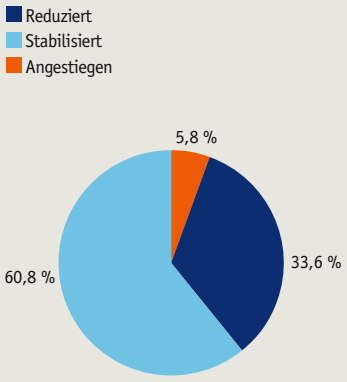
Helga Brettschneider

Pressekonferenz „Leitliniengerechte Therapie der Alzheimerdemenz mit Reminyl®“
Frankfurt/Main, 1. September 2010
Veranstalter: Janssen Cilag

Alzheimer-Demenz: Spezifisch wirksame Therapie nutzen

In interdisziplinären S3-Leitlinien empfehlen die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) erstmals gemeinsam das Vorgehen bei Demenz. Noch werden die Leitlinien zur Demenz aber nicht konsequent umgesetzt, wie Professor Richard Dodel, Marburg, anlässlich der diesjährigen Neurowoche in Mannheim berichtete [1]. In der „DIAS"-Querschnittstudie [2] gaben 903 Pflegedienste, die 12.975 Patienten mit diagnostizierter und weiteren 6.973 Patienten mit vermuteter Demenz, betreuen, nur bei 19 Prozent der Demenzpatienten eine demenzspezifische Therapie (Memantine, z. B. Axura®, oder Acetylcholinesterasehemmer) an. Arzneimittelkosten können nicht der Grund für diese Zurückhaltung sein, meint Dodel, denn ab einem mittleren Demenzgrad sind die Kostentreiber die Pflegekosten. Und die lassen sich durch Antidementiva reduzieren.

Entwicklung des zeitlichen Pflegebedarfs bei 24-wöchiger Therapie von Pflegeheimbewohnern mit mittelschwerer bis schwerer Demenz mit Memantine (nach [4])



Memantine-Therapie senkt die Gesamtkosten

Nach einer Analyse von Daten von 48.322 Versicherten einer großen deutschen Krankenkasse senkt die Memantine-Therapie die Gesamtkosten der Betreuung von Patienten mit Alzheimer Demenz gegenüber einer Therapie ohne Antidementiva, aber mit Psychopharmaka bzw. Hypnotika/Sedativa (PHS) sowie einer Versorgung ohne Arzneimittel signifikant [3]. Die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Patient und Jahr lagen in der Memantine-Gruppe mit 7.028 Euro klar unter denen der PHS-Gruppe (13.549 Euro) und der Gruppe ohne Arzneimitteltherapie (8.817 Euro).

Den ressourcensparenden Effekt von Memantine bestätigt auch eine prospektive Beobachtungsstudie mit 1.325 in Heimen betreuten Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz [4]. Die benötigte Betreuungszeit pro Patient und Tag nahm bei Memantinebehandlung in einem Drittel der Fälle (33,6 Prozent) ab. Gleichzeitig besserte sich die ärztliche Einschätzung des klinischen Gesamteindrucks (CGI-C) bei 76,3 Prozent der Patienten. Dabei beurteilten die Gutachter die Verträglichkeit von Memantine durchweg als gut bis sehr gut. **Friederike Klein**

Quellen

[1] Satellitensymposium „Alzheimer-Demenz – Status quo und Ausblick für Versorgung und Therapie. 83. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie mit Neurowoche, 24. September 2010
[2] Grass-Kapanke B et al. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. 2008; Band 7.
[3] Kiencke P et al. Med Klin 2010; 105: 327–33
[4] Riepe MW et al. Alzheimers Dement 2010; 6 (4): 304

Depression und Schmerz treten meist gemeinsam auf

„Wenn der Körper schmerzt, schmerzt auch die Seele – und umgekehrt", erinnerte Prof. Dr. Eckart Rüther, Feldafing, aus Anlass des 5. „Geburtstags" des dual wirksamen Antidepressivums Duloxetin (Cymbalta®) an eine Erkenntnis, die schon Kraepelin treffend mit „Depression = krank von Kopf bis Fuß" zusammenfasste. Rüther legte dar, warum depressive und körperlich-schmerzhafte Beschwerden häufig miteinander verwoben sind. Etwa zwei Drittel der Depressiven stellen sich ihrem Arzt zunächst ausschließlich mit körperlich-schmerzhaften Beschwerden wie Appetitlosigkeit, Beklemmungen in der Brust, insbesondere aber auch mit diffusen Schmerzen wie Rücken-, Kopf- oder Nackenschmerzen vor.
Auf die neurobiologischen Zusammenhänge zwischen Depression und Schmerz ging Dr. Heike-Ariane Washeim, Zirndorf, ein und zeigte anhand einer Zulassungsstudie, dass Duloxetin auf direktem Weg zur Schmerzbesserung beiträgt [1]. Eine frühe und deutliche Verbesserung der Schmerzen stellt auch einen Prädiktor für eine langfristige Besserung psychischer Symptome dar, wie Rüther an Daten aus der PADRE-Studie erläuterte [2].

Wirkstoff für die Akut- und Dauertherapie sowie Prophylaxe

Außerdem wies Rüther darauf hin, dass Duloxetin seit Ende 2009 auch für die Langzeitbehandlung der Depression zugelassen ist, es sei damit „der ganze Bereich der Anforderungen abgedeckt", da der Wirkstoff nun sowohl für die Akut- als auch für die Dauertherapie sowie die Prophylaxe zur Verfügung stehe. Der Wirkstoff ist auch indiziert zur Behandlung der Generalisierten Angststörung und der Behandlung von Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie. **Dr. Gunter Freese**

[1] Fava M et al. J Clin Psychiatry 2004; 65 (4):521–30
[2] Schneider E et al. Poster beim DGSS 7.–10.10.2009, Berlin

Pressegespräch „Erfahrungen aus 5 Jahren Cymbalta® – weil Depression auch schmerzt",
München, 8. Juni 2010
Veranstalter: Lilly Deutschland GmbH

Neue Substanzklasse bei starken chronischen Schmerzen

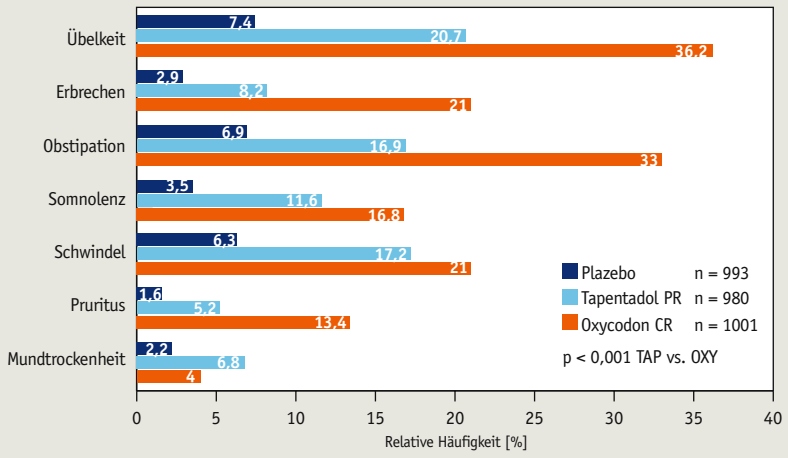
Das neuartige, zentral wirksame Analgetikum Tapentadol (Palexia® retard) wirkt aufgrund zweifachen, synergistischen Effekts bei allen Formen starker chronischer Schmerzen und ist durch seinen Opioid-Spar-Effekt deutlich besser verträglich als klassische Opioide.

„Mit einem Molekül nozizeptive, neuropathische und gemischte Schmerzen bei nur geringen Nebenwirkungen therapieren – das gab es noch nie", erklärte Professor Rolf Baron aus Kiel. Das zentral wirksame Analgetikum vereint zwei Wirkmechanismen in einem Molekül: Es agonisiert die aufsteigenden μ-Opioid-Rezeptoren (MOR) und unterdrückt so die Schmerzweiterleitung; und es hemmt die Noradrenalin-Wiederaufnahme (NRI) im synaptischen Spalt und aktiviert so absteigende schmerzhemmende Bahnen. Als MOR-NRI stellt das Medikament eine neue Substanzklasse dar.

Deutlich weniger Therapieabbrüche

Verglichen mit Morphin verfügt Tapentadol bei 50-fach geringerer Affinität zu den μ-Rezeptoren über eine nur drei- bis vierfach niedrigere analgetische Potenz. Geringere Affinität und bifunktionale Wirkung verringern bei vergleichbarer analgetischer Wirksamkeit typische opioid-bedingte Nebenwirkungen deutlich, wie ein umfangreiches, plazebo- und aktiv-kontrolliertes Studienprogramm zeigt. Eingeschlossen waren Patienten mit nozizeptiven (Arthrose), neuropathischen (diabetische Polyneuropathie) und gemischten Schmerzen (chronischer lumbaler Rückenschmerz). Unter Tapentadol nahm die Schmerzintensität signifikant und anhaltend ab, die Wirkung war bei äquianalgetischer Dosierung ähnlich effektiv wie unter der Vergleichssubstanz Oxycodon. Hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität (SF-36 mit acht Parametern) zeigte sich Tapentadol jedoch effektiver, unerwünschte Wirkungen waren deutlich geringer und Therapieabbrüche signifikant seltener. Auch in der Langzeittherapie über 52 Wochen erwies sich die Substanz ohne Toleranzentwicklung als anhaltend wirksam und sicher. **Michael Koczorek**

Verbessertes Verträglichkeitsprofil unter Tapentadol – Ausgewählte unerwünschte Ereignisse



Launch-Pressekonferenz „Palexia® retard – der neue Schlüssel für eine einfache und effiziente Schmerztherapie?", 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) Hamburg, 8. September 2010 Veranstalter: Grünenthal GmbH

Alzheimer-Demenz: Effektiv therapieren – Nebenwirkungen reduzieren

Mit Rivastigmin (Exelon®) als transdermales Pflaster steht eine Therapieform mit mehreren Vorteilen gegenüber der Einnahme von Kapseln zur Verfügung: Die konstante Abgabe des Wirkstoffs ermöglicht gleichmäßige Plasmaspiegel. Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen lagen in der IDEAL-Studie – bei gleicher Wirksamkeit – unter Gabe des Pflasters deutlich niedriger als bei Einnahme von Rivastigmin-kapseln. Die Häufigkeit der gastrointestinalen Nebenwirkungen nach Applikation des Rivastigmin-Pflasters war dabei vergleichbar mit der Einnahme von Kapseln, die nur Placebo enthielten [Winblad B et al. Int J Geriatr Psych 2007; 22: 456–67]. Ein weiterer Vorteil ist die Metabolisierung, die nicht über das Cytochrom-System der Leber erfolgt. Damit besteht ein sehr geringes Interaktionsrisiko für die oft multimorbiden Patienten.

Wichtig ist, den Verlauf der Alzheimer Demenz so früh wie möglich zu beurteilen, so Dr. Dipl.-Psych. Andrej Pauls, München. Neuropsychologische Tests (z. B. Minimental Status Test) sind mitunter von der „Tagesform" der Patienten abhängig. Untersuchungen wie die Bestimmung von phosphoryliertem Tau-Protein und des Beta-Amyloids 1-42 im Liquor sowie die frühe Volumenreduktion des Kortex in der Magnetresonanztherapie dürften für die Prädiktion der Erkrankung besser geeignet sein. In Zukunft, so Pauls, werden möglicherweise auch Bioassays zur Verfügung stehen, die mit einfachem Blutplasma durchgeführt werden können.

Dr. Andreas Fischer

Grünwalder Gespräche „Diagnose Alzheimer-Demenz: Wie das Vergessen aufhalten?" München, 7. September 2010 Veranstalter: Sanofi-Aventis Deutschland

Ich will **Mitglied** werden!

An die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45 46 925

☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 300–500 EUR, je nach Landesverband).**

☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 260 EUR für Fachärzte an Kliniken; 55 EUR für Ärzte in Weiterbildung).**

☐ **Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.**

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

☐ **Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.**

☐ **Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 625 EUR.**

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

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

E-Mail/Internet: _____

Ich bin ☐ **niedergelassen** ☐ **in der Klinik tätig** ☐ **Chefarzt** ☐ **Facharzt**
☐ **Weiterbildungsassistent** ☐ **Neurologe** ☐ **Nervenarzt** ☐ **Psychiater**
☐ **in Gemeinschaftspraxis tätig mit:** _____

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

☐ **NERFAX-Teilnahme gewünscht**

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

Konto-Nr.: _____

bei der _____ **BLZ** _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werde ich der Geschäftsstelle des Berufsverbandes mitteilen.

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

www.bvdn.de

Vorstand/Beirat
1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Paul Reuther, Bad-Neuenahr-Ahrweiler
Sektion neue Bundesländer: Lutz Bode, Eisenach
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich; Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler

1. Vorsitzende der Landesverbände
Baden-Württemberg: Falk von Zitzewitz, Klaus Peter Westphal
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Gisela Damaschke
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Werner Wolf
Mecklenburg-Vorpommern: Ramon Meißner, Frank Unger
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Frank Bergmann, Angelika Haus
Rheinland-Pfalz: Klaus Sackenheim
Saarland: Helmut Storz
Sachsen: Babette Schmidt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Fritz König
Thüringen: Konstanze Tinschert
Westfalen: Klaus Gorsboth

Gremien des BVDN
SEKTIONEN
Nervenheilkunde: F. Bergmann
Neurologie: U. Meier
Psychiatrie/Psychotherapie: C. Roth-Sackenheim

ARBEITSKREISE
Neue Medien: A. Hillienhof
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Th. Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: F. Jungmann
Konsiliarneurologie: S. Diez
Konsiliarpsychiatrie: N. N.
Belegarztwesen Neurologie: J. Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: K.-O. Sigel, R. Wietfeld
U. E. M. S. – Psychiatrie, EFPT: R. Urban
U. E. M. S. – Neurologie: F. Jungmann
DMP und IV: U. Meier, F. Bergmann, P. Reuther, G. Carl

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

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

Geschäftsstelle des BVDN
D. Differt-Fritz
Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Neuss
Kto.-Nr.: 800 920 00, BLZ 305 500 00
BVDN Homepage: http://www.bvdn.de
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen

www.neuroscout.de

Vorstand des BDN
Vorsitzende: Uwe Meier, Grevenbroich; Hans-Christoph Diener, Essen
Schriftführer: Christian Gerloff, Hamburg
Kassenwart: Karl-Otto Sigel, München
Beisitzer: Rolf F. Hagenah, Rotenburg; Frank Bergmann, Aachen; Peter Berlit, Essen; Heinz Herbst, Stuttgart
Beirat: Elmar Busch, Gelsenkirchen; Andreas Engelhardt, Oldenburg; Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt, Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder
IV und MVZ: U. Meier, P. Reuther
GOÄ/EBM: R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl
CME: P. Franz
Qualitätsmanagement: U. Meier
Risikomanagement: R. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN
DRG: R. Kiefer

Delegierte in Kommissionen der DGN
Leitlinien: U. Meier
Versorgungsforschung: U. Meier
Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung: R. Hagenah
Anhaltszahlen/Qualitätssicherung: F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation: H. Masur
CME: P. Franz, F. Jungmann, P. Reuther
DRG: R. Hagenah, R. Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden
DGNR: H. Masur / **AG ANR:** P. Reuther
BV-ANR: P. Reuther / **UEMS:** F. Jungmann

BDN-Landessprecher
Baden-Württemberg: Heinz Herbst
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf, Frank Freitag
Bremen: Helfried Jacobs, Bremen
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkt, Peter Emrich
Hessen: Alexander Simonow
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf, Joachim Beutler
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Joachim Eißmann, Richard Rohrer
Sachsen: Elke Wollenhaupt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Meyer-Hülsmannl
Thüringen: Barbara Schwandt
Westfalen: Klaus Gorsboth

BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP
1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: Christian Vogel, München
Schriftführer: Hans Martens, München
Schatzmeister: Gerd Wermke, Homburg/Saar
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Frank Bergmann, Aachen; Werner Kissling, München; Hans Martens, München; Greif Sander, Sehnde

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

BVDP-Landessprecher
Bayern: Hans Martens, Christian Vogel
Baden-Württemberg: Herbert Scheiblich
Berlin: Norbert Mönter
Brandenburg: n.n.
Bremen: n.n
Hamburg: Ute Bavendamm, Guntram Hinz
Hessen: Peter Kramuschke
Mecklenburg-Vorpommern: n.n.
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Christian Raida
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach
Saarland: Gerd Wermke
Sachsen: Bennemann
Sachsen-Anhalt: Regina Nause
Schleswig-Holstein: Uwe Bannert
Thüringen: Lutz Bode
Westfalen: Rüdiger Sassmannshausen