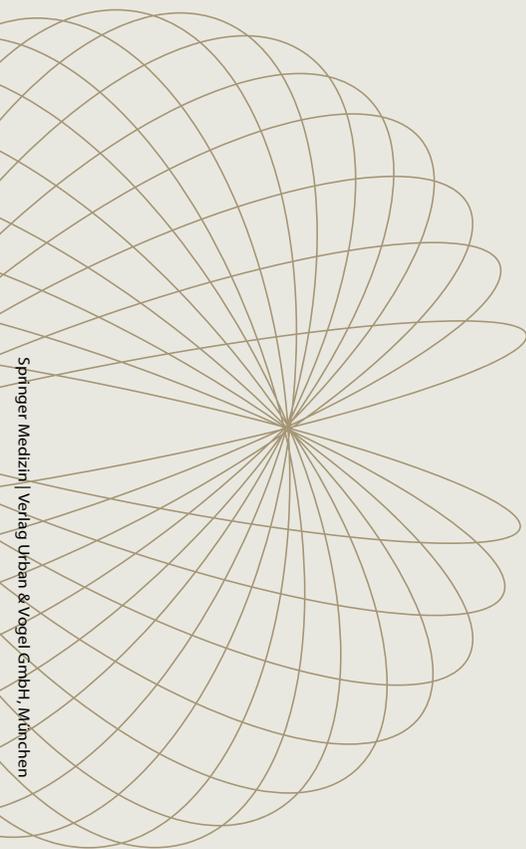


2 Februar 2011 _ 22. Jahrgang_www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

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



RLV-Werte im ersten Quartal

Nachbesserungsbedarf bei Neurologen

Vergütung psychiatrischer Gesprächsleistungen

Viele Gespräche werden nicht bezahlt

CME: Sexuelle Funktionsstörungen

Wenn Psychopharmaka das Liebesleben lähmen

NEUROTRANSMITTER-Telegramm

Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände in dieser Ausgabe





»Die Kollegen des Bayerischen Hausärzteverbandes haben verhindert, dass die medizinische Versorgung Bayerns ins Chaos getrieben wurde.«

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

Apocalypse no!

Puh, da hat das deutsche Gesundheitssystem (und nicht nur dessen bayerischer Ableger) am 22. Dezember letzten Jahres gerade noch mal die Kurve gekriegt, als der Bayerische Hausärzteverband (BHÄV) in Nürnberg nur 40 statt der erhofften 60 Prozent der einige Tausend zählenden Versammlungsmitglieder dazu bewegen konnte, für den Systemausstieg zu stimmen.

„Abhaken“ werden jetzt viele meinen und zur Tagesordnung übergehen wollen. Aber damit versäumen sie, sich vorzustellen, was geschehen wäre, hätten sich die vielen system-, rechts- und gesetzestreuen Hausärzte an diesem Tag nicht auf die winterlich vereisten Straßen und Gleise gewagt, um bei der für sie (vor allem für die jüngeren, verschuldeten Kollegen) existenziellen Abstimmung ihrem Vorstand zu zeigen, dass sein politisches Agieren doch nicht so ganz dem Wunsch und Willen der Mehrheit seiner Mitglieder entsprach.

Ein bedrohliches Szenario

Mit ihrem Votum haben diese Kollegen verhindert, dass die medizinische Versorgung Bayerns mit in ihrer Gänze gar nicht abzuschätzenden Folgen ins Chaos getrieben wurde, denn den Hausärzten kommt in der kassenmedizinischen „Nahrungskette“ halt doch die elementare „Schlüssel- und Eingangsrolle“ zu (ein Grund für das politische Pfund, mit dem sie bis jetzt wuchern konnten).

Was wäre in den Praxen der Radiologen, der Laborärzte, was wäre in den Apotheken (um nur einige der direkt Betroffenen zu nennen) los gewesen, hätten sich die Mitglieder des BHÄV des Rechtes beraubt, Überweisungen und Rezepte auszustellen?

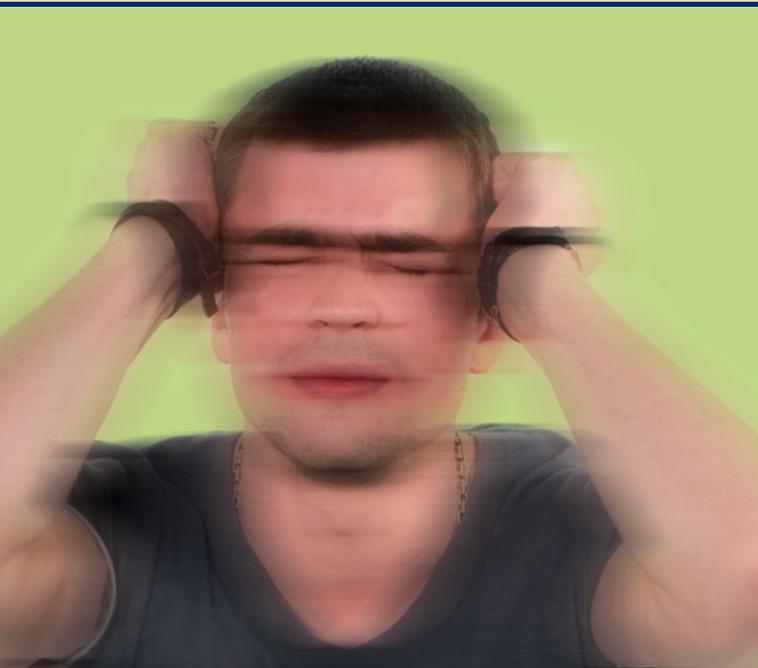
Und in erster Linie natürlich: Was hätte das für die Schwerkranken bedeutet? Es besteht ja keine gesetzliche Grundlage für den von den Ausstiegswilligen angestrebten Versorgungsnotstand. Und eine vom Hausärzteverband erhoffte „Lex Hoppenthaller“ hätte auf Bundesebene erst einmal die ganzen Instanzen der Gesetzgebung durchlaufen müssen, um wirksam werden zu können (wenn die Politik dies denn je ins Auge gefasst hätte). Nun, der Systemausstieg wurde abgeblasen und der apokalyptische Kollaps des Gesundheitssystems blieb aus.

Aber wie wird es weitergehen?

Der Protagonist des ganzen Geschehens, der damalige bayerische Hausärztechef verkündete nach dieser persönlichen Niederlage (so muss er das Abstimmungsergebnis eigentlich empfunden haben) den Rücktritt von seinen politischen Ämtern; und Bayerns Gesundheitsminister Söder ließ es sich nicht nehmen, ihm öffentlich den guten Rat zu unterbreiten, nun auch noch gleich den persönlichen Systemausstieg zu vollziehen und die Kassenzulassung zurückzugeben. Aber weder auf diese noch auf seinen Sitz in der Vertreterversammlung der Bayerischen KV mochte jener verzichten. Und nun stellt dank seiner Überzeugungsfähigkeit und einiger fachärztlich Koalitionäre im Wesentlichen der BHÄV den Vorstand derjenigen Institution, die er angetreten war, mit aller Macht zu zerstören. Kann das gut gehen? Und, wird die Politik dabei untätig bleiben?

Deren Vertreter mögen manchmal durchaus töricht, manchmal auch überfordert wirken, aber eines wird man ihnen nicht absprechen: Sie wirken sehr wohl lernfähig, wenn es um Machtfragen geht. Wahlversprechen zu vergessen fällt ihnen meist relativ leicht, aber das sollte nicht als allgemeine Gedächtnisstörung interpretiert werden. Wenn sie sich an jemanden erinnern wollen, der drohte, sie ohne jedes Pardon der Öffentlichkeit vorzuführen, werden sie über hervorragende mnestic Funktionen verfügen. Es sollte mich wundern, wird nun nicht in schnellstmöglicher Frist tatsächlich eine „Lex Hoppenthaller“ verabschiedet – und wahrscheinlich sogar einmal mit Unterstützung der Opposition – allerdings wohl ganz und gar nicht dazu angelegt, die Position der Ärzteschaft zu stärken.

Ihr



10 Netzwerke gründen

Nicht wenige Psychiater sehen ambulante Netzwerke als Chance. Statt darüber zu jammern, so fordern sie, sollten Psychiater lieber selbst die Initiative ergreifen, eigene Netzwerke gründen und Selektivverträge abschließen. Denn sonst tun es andere.

12 Fallwerte unter Druck

Nur noch 31,46 Euro – auf diesen Betrag ist der RLV-Basisfallwert für Neurologen in Hessen im ersten Quartal 2011 gesunken. Auch in manchen anderen Regionen müssen Neurologen mit ähnlich niedrigen Fallwerten klar kommen. Das nährt Forderungen nach einem einheitlichen RLV für Neurologen, Psychiater und Nervenärzte.

26 Klingeln im Ohr – und in der Kasse

Unter bestimmten Umständen muss die Private Unfallversicherung auch bei einem Tinnitus zahlen – und zwar dann, wenn ein Organschaden als Ursache der Ohrgeräusche nachweisbar ist.

Wichtiger Hinweis!

Dieser Ausgabe liegen zwei Sonderpublikationen bei: Das „Zentrum-Neuro, Wissenswertes für Praxis und Patienten I/2011“ sowie der „NeuroTransletter“ mit dem Thema „Therapie der Schizophrenie mit Antipsychotika – Rezeptorbindungsprofile erklären klinische Effekte“.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Titelbild:

Siegfried Neuenhausen, Skulpturenpark KRH Psychiatrie Wunstorf

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 Versorgung von Demenzkranken – die Zeit drängt

9 Solidarischer Kraftakt stärkt BVDN Berlin

Gemeinsame RLV für Neurologen und Nervenärzte

10 Offener Brief: Vernetzen statt jammern

Ambulante Netzwerke bieten auch Chancen

12 Offener Brief: Inakzeptable Fallwerte

Für Neurologen in Hessen spitzt sich die Honorarsituation im ersten Quartal zu

14 Gesundheitspolitische Nachrichten

18 Jahresrückblick der Fortbildungsakademie

20 Psychiatrische Gesprächsleistungen

Viel Aufwand, wenig Honorar

Rund um den Beruf

26 Tinnitus in der Privaten Unfallversicherung

Organischer Schaden oder rein psychische Reaktion?

33 Zuschlag „vertiefte Exploration“

EBM-Position 35141 muss auch ohne Quartalsbindung abrechenbar sein

34 Versöhnung als Prozess

Grenzsituationen sind auch Gelegenheiten, alte Traumata zu überwinden



42 Hohe Belastung, rasche Heimaufnahme

Irgendwann ist es den pflegenden Angehörigen zu viel, dann lässt sich die Aufnahme Demenzkranker in ein Heim nicht mehr vermeiden. Doch ein Teil der Angehörigen empfindet die Pflege als belastender, als sie eigentlich ist. Werden solche Menschen gezielt unterstützt, können sie Demenzpatienten noch für längere Zeit zuhause betreuen.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. Gunter Freese
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435,
E-Mail: gunter.freese@springer.com

Schriftleitung:

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

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



Fortbildung

- 42 Belastung von pflegenden Angehörigen**
Wann droht eine Aufnahme ins Pflegeheim?
- 46 Psychiatrische Kasuistik**
Schizophrenie und Neuroborreliose?
- 52 CME: Sexuelle Funktionsstörungen**
Wenn Psychopharmaka das Liebesleben lähmen
- 61 CME-Fragebogen**



Journal

- 70 Psychopathologie in Kunst und Literatur**
Dino Buzzati: „Die Tatarenwüste“
- 77 Buch-Tipp**
Gefühlserbschaft und Rechtsextremismus
- 78 NEUROTRANSMITTER-Galerie**
Siegfried Neuenhausen – Befreiende Kraft des Schaffens
- 63 Pharmaforum**
- 80 Termine**
- 81 Verbandsservice**
- 87 Impressum/Vorschau**



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



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte



BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

Versorgung von Demenzpatienten – die Zeit drängt

Am Beispiel der Demenz lässt sich die Notwendigkeit zur Entwicklung von Behandlungspfaden und vernetzter Versorgung besonders gut darstellen – Forderungen, die sich jetzt auch in den politischen Konzeptpapieren wiederfinden.

Entwicklung des Bedarfs

In der Gruppe der 75- bis 79-Jährigen wird der Anteil Demenzerkrankter mit 6 Prozent angenommen, in der Gruppe der 85- bis 89-Jährigen bereits mit rund 24 Prozent, und bei den über 90-Jährigen mit rund 35 Prozent. Die Bevölkerung begrüßt eine in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich und deutlich gestiegene Lebenserwartung. Sie wird in West- und Ostdeutschland ab 2020 gleich hoch sein und im Jahr 2050 sowohl für Männer wie für Frauen deutlich über 80 Jahren liegen. Waren Anfang dieses Jahrzehntes nur 4 Prozent der Bevölkerung 80 Jahre und älter, werden es 2050 etwa 12 Prozent der Bevölkerung sein. Mit der überproportionalen Zunahme der Gruppe der Älteren wird auch eine überproportionale Zunahme von Demenzerkrankungen einhergehen. Es wird erwartet, dass sich die derzeitige Zahl der Demenzerkrankten von rund einer Million ab dem Jahr 2030 auf etwa zwei Millionen verdoppelt. Gleichzeitig kann sich parallel dazu die Zahl der Pflegebedürftigen um etwa 50 Prozent erhöhen.

Ressourcen

Diesem zu erwartenden Versorgungsbedarf stehen nur sehr begrenzte Ressourcen zur Verfügung, und zwar sowohl in der ärztlichen wie auch in der pflegerischen Versorgung. Im Bereich der ärztlichen Versorgung gehören nach Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowohl Hausärzte wie auch Nervenärzte, Neurologen und Psychiater zu denjenigen Arztgruppen, bei denen zukünftig Versorgungsengpässe zumindest regional zu befürchten sind. Sowohl in der stationären wie auch in der ambulanten

Pflege kann schon aktuell der Bedarf kaum gedeckt werden.

Optimierungspotenziale

Status quo: Die ärztliche Versorgung in Bezug auf leitliniengerechte Diagnostik und Therapie der Demenz weist aktuell ein erhebliches Optimierungspotenzial auf. Nur etwa ein Drittel der Patienten, bei denen eine Demenz diagnostiziert wird, wird von einem Neurologen oder Psychiater gesehen. Bei weniger als 20 Prozent wird eine Bildgebung veranlasst, der Anteil derjenigen Patienten, bei denen eine testpsychologische Untersuchung durchgeführt wird, liegt bei unter 10 Prozent. Zuzuordnen sind dabei nach klinischen Kriterien etwa 50 bis 70 Prozent der Demenzerkrankten der Alzheimer-Demenz und etwa 15 bis 25 Prozent der vaskulären Demenz. Diese Unterscheidung und der Ausschluss anderer Ursachen für die Entstehung demenzieller Syndrome haben aber nicht unerhebliche Konsequenzen auf weitere essenzielle Therapieentscheidungen. Nur rund die Hälfte der Patienten mit der Diagnose Alzheimer-Demenz erhält eine spezifische Medikation.

Erforderliche Maßnahmen

Das zukünftige Versorgungsmanagement für Demenzerkrankte erfordert gut zwischen den Versorgungsebenen (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus) abgestimmte, vernetzte und transparente Behandlungspfade, damit schon bei Verdacht auf eine beginnende Demenzerkrankung zügig die erforderliche Diagnostik durchgeführt werden kann. Dabei werden in Zukunft ökonomische Aspekte genauso zu beachten sein wie die wissenschaftlichen Leitlinien. Die frühzeitige Diagnose und Weichenstellung für die richtige Therapie sowie regelmäßige Kontrollen sind eine unabdingbare Voraussetzung dafür, den Zeitpunkt für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit, aber auch die Notwendigkeit einer Heimunter-

bringung soweit wie möglich nach hinten zu verschieben. Diese Forderung hat an erster Stelle eine patientenbezogene und ethische Legitimation, ganz abgesehen von den mit zunehmendem Krankheitsverlauf sowie mit Pflege- und Heimunterbringung verbundenen Folgekosten. Nota bene: „Die Angehörigen sind der größte Pflegedienst der Republik.“

Fazit

Vor einer möglichen Pflegebedürftigkeit mit allen Erfordernissen eines professionellen Pflegemanagements der meist multimorbiden Patienten (etwa auch beim Problem Polypharmazie) steht die frühe Diagnostik und ärztliche Therapie! Die Versorgung von Demenzerkrankten erfordert in Zukunft eine enge Verzahnung der vorhandenen personellen und materiellen Ressourcen. Dies wird im ärztlichen Sektor nur durch eine hervorragende Vernetzung des haus- und fachärztlichen Versorgungssektors gelingen. Dafür sind sorgsam abgestimmte regionale Behandlungspfade erforderlich, die auch die Leistungsangebote der stationären Anbieter mit einbeziehen. Sektorenübergreifende Bedarfsplanung sowie eine Reform anachronistischer Disparitäten der Honorierung in den unterschiedlichen Sektoren sind wichtige strukturelle Voraussetzungen für eine gute und qualitätsgesicherte Versorgung an Demenz erkrankter Menschen. Dies gilt in gleicher Weise für weitere neurologische und psychiatrische Erkrankungen. Allerdings: Viel Zeit bleibt für diese Reformüberlegung nicht!

Mit besten Grüßen

Ihr

Rückblick des BVDN-Landesverbandes Berlin

Solidarischer Kraftakt stärkt den Berliner Berufsverband

Zum IV. Quartal 2010 erfolgte die Wiedereingliederung der RLV-Gruppe der Neurologen in die RLV-Gruppe der Nervenärzte. Dies rettete nicht nur die Neurologen vor dem Ruin, sondern verhinderte auch die Spaltung des Berliner Berufsverbandes. Das Engagement der Kollegen machte sich 2010 aber auch in zahlreichen Netzwerken bemerkbar.

Die Wiedereingliederung der RLV-Gruppe der Neurologen in die Gruppe der Nervenärzte war ein nicht unumstrittener Kraftakt und wurde nur durch den solidarischen Verzicht der Nervenärzte auf 10 Prozent ihres erhöhten Fallwertes ermöglicht. Die KV verpflichtete sich im Gegenzug zum einen beide Gruppen weiterhin parallel zu berechnen, zum anderen zukünftig durch ein Monitoring Fehlentwicklungen oder Benachteiligungen der einen oder anderen Gruppe frühzeitig zu erkennen und vorzubeugen.

In Berlin sind zur Zeit 177 von etwa 320 vertragsärztlich tätigen Fachkollegen Mitglied im Berufsverband. Die meisten sind noch Nervenärzte. Von 55 niedergelassenen Neurologen sind 39 Prozent an MVZ angebunden. Unter dem Namen „Neurologennetz Berlin“ (NNB) hat sich seit 2009 eine schlagkräftige Gemeinschaft von Neurologen und schwerpunktmäßig neurologisch tätigen Nervenärzten zusammengefunden, welche als eine Untersektion des BVDN-LV unter dem Vorsitz von Walter Raffauf (stellvertretender Vorsitzender des BVDN-LV Berlin und Neurologischer Landessprecher des BDN) die neurologischen Interessen wahrnimmt.

Bereits seit 2004 gibt es eine große Gruppe von Psychiatern und schwerpunktmäßig psychiatrisch arbeitenden Nervenärzte im Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPsG e. V.), der sich vor allem als Initiative für eine verbesserte Versorgung von Menschen mit schizophrenen oder affektiven Psychosen versteht. Über 200 Mitglieder setzten in den letzten Jahren durch auf-



Der neue Vorstand des BVDN-Landesverband Berlin (Verein Berliner Nervenärzte e. V.). Im Bild von links oben nach rechts unten: Ralph Drochner (FA für Nervenheilkunde), Schatzmeister; Gerd Benesch (FA für Nervenheilkunde), Vorsitzender; Hans-Jürgen Boldt (FA für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie), 2. Stellvertreter; Angelika Christopher (FA für Neurologie und Psychiatrie); Walter Raffauf (FA für Neurologie), 1. Stellvertreter; Norbert Mönter (FA für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie), Beisitzer. Nicht im Bild: Mathias Stieglitz (FA für Psychiatrie und Psychotherapie) und Roland Urban (FA für Neurologie und Psychiatrie), ebenfalls Beisitzer.

wändige Netzarbeit einen lebendigen Vertrag zur Integrierten Versorgung um. Ihr Vorsitzender Norbert Mönter hat, unterstützt vom VBN-Vorstand, inzwischen die PIBB GmbH (Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg) gegründet, um als kompetenter Vertragspartner gegenüber den Krankenkassen auftreten zu können. Darüber hinaus sind sehr viele Vereine, Arbeitskreise und Qualitätszirkel (QZ) dank des Engagements von Kollegen des Berufsverbandes aktiv: Parkinsonverein, MS-Arbeitskreis, QZ Schlaganfall, QZ Heimversorgung, QZ Neuropsychologie, Arbeitskreis Elektrophysiologie, Arbeitskreis Botulinumtoxin oder QZ Demenz. Als unseren politischen Interessenvertreter konnte nur Gerd Benesch in der gerade abgelaufe-

nen Wahl in die Vertreterversammlung der KV-Berlin wieder gewählt werden. In die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin schaffte es leider kein Fachkollege.

Gesundheitspolitische Herausforderungen der nächsten Quartale werden in Berlin etwa die Konkurrenz durch § 116-Ambulanzen und die Stabilisierung der Fallwerte sein. Hierbei setzt der LV-Berlin auf eine enge Zusammenarbeit mit dem BVDN-Bund. Eine bundesweite Harmonisierung der Mitgliedsbeiträge wird vom Berliner Vorstand ausdrücklich unterstützt. □

AUTOR

Dr. med. Gerd Benesch, Berlin

Offener Brief

„Das Schicksal in die Hand nehmen, statt zu jammern“

Ambulante Netzwerke in der Psychiatrie bergen durchaus Risiken, darin stimmt Dr. Martha Ertl-Gehrke aus München dem Beitrag von Dr. Heyo Prahm aus Oldenburg zu (NEUROTRANSMITTER Nr. 11/2010, S. 10). Gerade deshalb fordert sie ihre Kollegen auf, das Heft selbst in die Hand zu nehmen und Netzwerke zu gründen – bevor es andere tun.

Sehr geehrter Kollege Prahm,

die von Ihnen verbalisierten Ängste bezüglich der Einschränkung der Therapiefreiheit sind nachvollziehbar und teilen viele Kolleginnen und Kollegen mit Ihnen. Gerade deswegen ist es wichtig, dass wir uns als Fachgruppe organisieren und Netzwerke bilden, um zu vermeiden, dass andere Gruppen wie Pharmafirmen, Klinikbetreiber oder obskure Managementgesell-

wollen Sie dagegen tun? Entweder jammern oder selbst das Schicksal in die Hand nehmen? Die zweite Option ist doch besser oder nicht? Wollen Sie den politisch gewollten Wandel mit dem Ziel der merkantilen Ausrichtung des Gesundheitssystems mittels einer außerparlamentarischen Opposition aufhalten?

Im Herbst 2008 habe ich in Nürnberg eine kleine Veranstaltung des Berufsverbandes zum Thema Netzwerke

bern begreifen auch die Chancen, die den Ärzten vom Gesetzgeber geboten werden.

Wir haben einen Selektivvertrag mit der Arbeiterwohlfahrt in München, dem größten Anbieter von soziotherapeutischen Leistungen in München. Wie Sie auch in Ihrem Beitrag bemängeln, bildet der EBM keine soziotherapeutischen Leistungen für Erwachsene ab. Durch unseren Vertrag mit der Arbeiterwohlfahrt ist zum Beispiel die Verordnung einer psychiatrischen Pflegekraft möglich, wenn nötig rund um die Uhr. Mit diesen Möglichkeiten können wir unseren Patienten oft die Einweisung in eine psychiatrische Klinik ersparen. Durch unseren Vertrag mit der Arbeiterwohlfahrt wird die Therapiefreiheit des behandelnden Arztes in keiner Weise eingeschränkt, die einzelnen Maßnahmen müssen vom Arzt verordnet werden. Brain-insight hat den Vertrag mit der Arbeiterwohlfahrt im Sinne der assoziierten Kollegen ausgehandelt. Eine zusätzliche Kostenebene entsteht nicht, im Gegenteil, Brain-insight verursacht viel weniger Kosten als die KV. Zur Durchsetzung Ihrer Oldenburger Erklärung ermuntere ich Sie doch auch ein Ärztenetz zu gründen. Der Berufsverband gibt dazu gute Hilfestellungen. □

„Wir müssen den Mut haben, selbst gestalterisch in Vertragsverhandlungen mit den Kassen einzusteigen. Selektivverträge sind eine Möglichkeit, dies zu tun.“

schaften die Steuerungsebene besetzen und wir zu reinen Dienstleistern ohne Mitspracherecht und Gestaltungsmöglichkeit degradiert werden.

Ihre im NEUROTRANSMITTER veröffentlichte Erklärung zum Erhalt der psychiatrischen Versorgung ist absolut erstrebenswert, aber wie wollen Sie Ihre Ziele durchsetzen? Appelle an die Politik sind seit Jahren zwecklos. Wir müssen den Mut haben, selbst gestalterisch in Vertragsverhandlungen mit den Kassen einzusteigen. Selektivverträge wie das Netzwerk Psychiatrie sind eine vom Gesetzgeber vorgesehene Möglichkeit, dies zu tun. Der Gesetzgeber hat diese Möglichkeit für alle eröffnet, die an der Kassenversorgung teilnehmen. Dies sind neben Apotheken, Psychologen, Physiotherapeuten, Podologen und Ärzten auch Pharmaunternehmen. Was

besucht. Damals wurde mir klar wo die Reise hingeht: Auch das Gesundheitssystem soll als letzte Bastion dem Wettbewerb geöffnet werden. Ich habe in Dr. Christina Andersen eine engagierte Mitstreiterin gefunden, und wir haben im März 2009 „Brain-insight“ (siehe auch www.brain-insight.de) gegründet. Hierbei handelt es sich um eine GmbH, die dem Zweck dient, Selektivverträge abzuschließen. Beide nehmen wir seit vielen Jahren an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Es haben sich bereits viele Kollegen aus München und Umgebung vertraglich an das Netz gebunden. Wie von Ihnen vielleicht befürchtet, handelt es sich hier nicht um ignorante Kollegen, die nicht in der Lage sind, Systemveränderungen oder Abhängigkeiten zu reflektieren. Vielmehr sehen wir nicht nur das Negative, son-

AUTORIN

Dr. med. Martha Ertl-Gehrke, München
Fachärztin für Neurologie, Nervenheilkunde,
Psychiatrie und Psychotherapie

Offener Brief an den BVDN-Vorstand

Einheitliches RLV für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater!

Mit Einführung der qualitätsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) sollte sich die Honorarsituation eigentlich entspannen. Für Neurologen trifft das nach Aussage von Dr. Thomas Briebach aus Friedberg nicht zu. So liegt der RLV-Basiswert für Neurologen in Hessen im ersten Quartal 2011 bei 31,46 Euro, für Nervenärzte ist er mit 60,15 dagegen fast doppelt so hoch.

„Mit Entsetzen habe ich den RLV-Fallwert für Neurologen in Hessen für das Quartal I/2011 zur Kenntnis genommen. Der RLV-Basisfallwert beläuft sich auf 31,46 Euro. Die qualitätsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) sind inflationär geschrumpft: Sonografie 1,34 Euro, Betreuung neurologisch Kranker 0,96 Euro, psychosomatische Grundversorgung 0,46 Euro. Daraus ergibt sich ein Fallwert von zusammen 34,22 Euro. Dies bedeutet gegenüber dem Quartal III/2010 (dem ersten mit QZV) mit einem damaligen RLV-Fallwert von 40,60 Euro einen dramatischen und für mich nicht nachvollziehbaren Einbruch in Höhe von 6,38 Euro oder 22,5 Prozent. Der Fallwert liegt heute nur minimal über dem im kritischen Quartal II/2010 (32,32 Euro).

Honorarsituation hat sich verschärft

Hat der Vorstand für diese Entwicklung eine nachvollziehbare Erklärung und was gedenkt der BVDN dagegen zu unternehmen? Den Mitgliedern wurde von offizieller Seite des Berufsverbands immer wieder versprochen, dass sich die Honorarsituation mit Einführung der QZV entspannen würde. Tatsächlich verschärft sich die Situation für uns Neurologen ganz im Gegensatz zu der Honorarsituation der Nervenärzte: Betrug deren Fallwert in Hessen im Quartal II/2010 noch 36,95 Euro, stieg er im Quartal III/2010 auf durchaus befriedigende 62,97 Euro (einschließlich QZV „Betreuung“ und „Sonografie“) und sank moderat auf 60,15 Euro (einschließlich QZV) im Quartal I/2011. Dies bedeutet konkret,

dass bei einem vergleichbaren Versorgungsspektrum und ähnlicher Patientenzahl (wie in unserer Gemeinschaftspraxis in Mittelhessen) der nervenärztliche Partner im Quartal I/2011 je 25,88 Euro mehr pro Patient abrechnen kann als der Neurologe. Er kann also 75 Prozent mehr pro Patient abrechnen und entsprechend 75 Prozent mehr GKV-Umsatz im Quartal generieren. Sie werden mir zustimmen, dass dies nicht gerecht oder sachlich begründbar ist.

Zahl der Nervenärzte sinkt

Welche konkreten Schritte wird der Berufsverband unternehmen, um hier Abhilfe zu schaffen? Und wie sieht eigentlich die Situation in den anderen KV-Bezirken und Landesverbänden aus?

Insofern die Nervenärzte davon profitieren, dass ihre Anzahl sinkt und auf Grund der sich zunehmend auswirkenden Neuordnung der Facharztweiterbildung die Anzahl der „reinen“ Neurologen und Psychiater weiter steigen wird, könnte der erste Akt der so viel beschworenen Solidarität in unserem Berufsverband sein, gegenüber den KVen und den Kassen ein einheitliches RLV für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater zu fordern.

Was halten Sie davon? Sind Sie bereit, diese Forderung zu unterstützen?

Ich freue mich auf Ihre Antwort und eine rege Diskussion im NEUROTRANSMITTER.“

AUTOR

Dr. med. Thomas Briebach, Friedberg/Hessen

Stellungnahme des BVDN

„Der Fallwert für Neurologen in Hessen mit 31,46 Euro ist eine Zumutung. Er entspricht im Übrigen dem neurologischen RLV in Nordrhein. Auch wenn noch (kleinere) Beträge für ein QZV hinzuzurechnen sind, kann für einen derartigen Fallwert ein neurologischer Patient nicht versorgt werden, und zwar weder in einer neurologischen noch in einer nervenärztlichen Praxis. Darüber besteht sicher kein Dissens.

Über die Problematik der RLV-Entwicklung in den KVen haben wir im NEUROTRANSMITTER, insbesondere auch in den Sonderausgaben zum DGN- und DGPPN-Kongress 2010 mehrfach ausführlich berichtet. Die kaum vermittelbare Asymmetrie der verfügbaren Mittel für die Honorarverteilung in den einzelnen KVen als Auswirkung der Honorarreform zum 1. Januar 2009 ist Hauptbegründung für die gewaltigen Unterschiede in der Honorierung von Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern in Hessen und Nordrhein im Vergleich zu den wohlhabenderen Länder-KVen in Hamburg, Saarland oder Bayern. Die Unterschiede in der Vergütung unserer Arbeit in den Bundesländern liegen mittlerweile bei nahezu 100 Prozent.

Darüber hinaus ist es zu sehr schwer vermittelbaren Disparitäten zwischen der Vergütung von Neurologen und Nervenärzten gekommen, und zwar aufgrund einer Blitzentscheidung im Bewertungsausschuss im Zusammenhang mit der Streichung der Gesprächsziffern nach 21220 und Wiedereingliederung in das RLV. Dies war, wie Sie wissen, begründet worden mit der Systemumstellung und Abschaffung der Freien Leistungen, nachdem in diesem Honorarsegment vor allem durch andere Fachgebiete eine erhebliche Mengenausweitung vorgenommen

worden war, mit der Folge eines drastisch verfallenden RLV in allen Fachdisziplinen. Als „Ausgleich“ wurde bei uns in den Fachgebieten, in denen diese Gesprächsziffern abgerechnet werden konnten, eine normative Anhebung der Leistungsmenge um 25 Prozent vorgenommen. Mit anderen Worten, die Berechnungsgrundlage für die pauschalierte nervenärztliche und psychiatrische Vergütung (nichts anderes als eine Pauschale ist ja das RLV) wurde kurzerhand um 25 Prozent erhöht.

Diese normative Erhöhung folgte insofern nicht tatsächlich abgerechneten Leistungsmengen, sondern der Überlegung, dass die Exbudgetierung der psychiatrischen Gesprächsziffern ein Jahr zuvor erfolgt war. Die Ausgliederung der Gesprächsziffern sollte Psychiatern und Nervenärzten die Möglichkeit geben, ihre Praxisstruktur so auszurichten, dass sie Patienten häufiger und intensiver betreuen können. Da die vier Quartale, in denen Gespräche exbudgetiert waren, gar nicht ausgereicht haben, um eine derartige Strukturwirkung entfalten zu können, erfolgte der oben genannte Beschluss, von dem die Neurologen nur deswegen primär nicht profitieren konnten, da sie von vorneherein diese psychiatrischen Gesprächsleistungen nicht abrechnen konnten. Gleichzeitig wurde den Neurologen wieder ermöglicht, neurologische Gespräche mit ihren Patienten zu führen, dafür wurde ihr Leistungskontingent normativ um 5 Prozent aufgestockt.

KBV lässt gemeinsame RLV prüfen

Dies ist der Hintergrund, der von Ihnen völlig zurecht angemahnten Unterschiede in der Vergütung zwischen neurologischen und nervenärztlichen Praxen – ein Unterschied, der in keiner Weise durch Praxisstruktur oder realistische Betriebskosten begründbar ist. Die KBV hatte deswegen in der Folge in einem Rundschreiben an die Länder-KVen angeregt, die Möglichkeit zu prüfen, vorübergehend neurologische und nervenärztliche RLV zusammenzulegen und einheitlich zu berechnen. Wir haben daraufhin eine außerordentliche Länderdelegiertenversammlung im August 2010 in Berlin einberufen und auf dieser Versammlung entschieden, auf Bundesebene diesem Vorschlag nicht zu widersprechen, zum einen, um den augenscheinlich benachteiligten Neurologen die Möglichkeit zu geben, von dieser Regelung zu partizipieren, zum anderen, um zu verhindern, dass mit dem tatsächlichen Abrechnungsverhalten innerhalb kürzester Zeit den Nervenärzten durch eine Veränderung des Steigerungsfaktors

dieser unverhoffte Honorarzuwachs wieder gekürzt wird.

Genau dies ist bereits eingetreten, zumindest haben bereits einige KVen Gespräche mit den Landesverbänden des BVDN geführt mit dem Ziel, den Anpassungsfaktor von 25 auf 12,5 Prozent zu halbieren. Damit würden sich neurologische und nervenärztliche Honorare angleichen, aber ausschließlich nach unten.

Fachgruppen sollten ihr Geld behalten

Wir haben als Bundesvorstand unseren Verhandlungspartner gegenüber keinen Zweifel daran gelassen, dass die Finanzierung unserer fachärztlichen Leistungen Aufgabe der KV respektive der Krankenkassen ist und dass wir daher jeder Regelung im Sinne einer wechselseitigen Stützung von Fachgruppen ausgesprochen skeptisch und grundsätzlich ablehnend gegenüberstehen. Nichts desto weniger haben wir die Landesverbände gebeten, vor dem Hintergrund der oben skizzierten Argumente zu prüfen, ob eine vorübergehende gemeinsame Berechnung der RLV einerseits das Problem der neurologischen Unterfinanzierung abmildern könnte, zum anderen aber auch helfen könnte, das der Fachgruppe zur Verfügung gestellt Geld auch wirklich in der Fachgruppe zu halten.

In Nordrhein gab es dazu beispielsweise Mitte Januar eine sehr lebhaft außerordentliche Mitgliederversammlung, bei der sowohl Argumente kontra als auch Argumente pro einer solchen Regelung intensiv diskutiert wurden. Letztendlich hat sich eine knappe Zweidrittelmehrheit der anwesenden Nervenärzte für eine passagere Zusammenlegung der RLV ausgesprochen. Wir haben dieses Ergebnis mit der KV Nordrhein als Meinungsbild der Mitgliederversammlung kommuniziert. Wir sind unabhängig davon mit dem Vorstand der KV Nordrhein übereingekommen, dass Musterberechnungen durchgeführt werden müssen auf der Basis der Zahlen des dritten Quartals, um die Auswirkungen einer solchen – wenn auch vorübergehenden – Zusammenlegung der RLV abschätzen zu können.“

AUTOR

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

Wichtiger Abrechnungshinweis: GOP 01435 bleibt auch 2011 gültig!

— Mehrere Kolleginnen und Kollegen fragten nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01435 (Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale), die im EBM-Text noch bis Ende Dezember 2010 als nur bis zum 31.12.2010 gültig ausgewiesen war. Erst in den ersten Januartagen wurde nach einem Beschluss des Berliner Bewertungsausschusses Ende Dezember 2010 die zeitliche Beschränkung aufgehoben. Somit ist die GOP 01435 auch 2011 weiterhin gültig.

Text der GOP 01435 im Wortlaut:

01435 Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale 250 Punkte 8,76 €
Obligator Leistungsinhalt

- Telefonische Beratung des Patienten durch den Arzt im Zusammenhang mit einer Erkrankung bei Kontaktaufnahme durch den Patienten und/oder
- Anderer mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen einmal im Behandlungsfall

Anmerkung

Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die GOP 01435 nicht berechnungsfähig. Die GOP 01435 ist nicht neben anderen GOP berechnungsfähig. Die GOP 01435 ist im organisierten Not(fall)-dienst nicht berechnungsfähig. Die GOP 01435 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Die GOP 01435 ist nur bis zum 31.12.2010 berechnungsfähig.

Kommentar: Der Wert der GOP 01435 ist zwar nicht besonders hoch, dennoch hat diese GOP eine nicht zu unterschätzende strukturelle und wirtschaftliche Bedeutung für die Honorarabrechnung. Bitte beachten Sie, dass die GOP 01435 insbesondere bei Fällen mit ausschließlichem telefonischen, indirekten (etwa Fax) oder mittelbaren (z. B. über Angehörige) Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal zum Tragen kommt. Dies ist bei chronisch Kranken, Demenzkranken oder Heimpatienten nicht selten der Fall. Die GOP 01435 löst einen budgetrelevanten Fall aus. Die Verwaltungsgebühr 01430 löst dagegen keinen budgetrelevanten Fall aus. In Fällen mit nur telefonischem, mittelbarem oder indirektem Arzt-Patienten-Kontakt ist die Ordinationsgebühr als budgetauslösende Ziffer nicht abrechenbar.

qc

REFORMEN

CDU/CSU schlägt 14 Eckpunkte eines Versorgungsgesetzes vor

➔ Ausdrücklich als ergebnisoffen hat die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion 14 Vorschläge zur Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland gemacht. Dabei wird zu folgenden Themengebieten Stellung genommen:

- Sektorenübergreifender regionaler Versorgungsausschuss zur Versorgungsplanung
 - Einheitliche Rahmenbedingungen und Vergütungen an der Sektorengrenze
 - Abbau von Überversorgung und Fehlsteuerung
 - Kooperation von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern
 - Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Arztstationen
 - Weitere Maßnahmen zur Förderung der Attraktivität des Arztberufes
 - Nachwuchsförderung und Weiterbildung
 - Honorarreform
 - Delegation ärztlicher Leistungen und Telemedizin
 - Stärkung der Hausärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen
 - Verbesserung der erlebten Versorgungsrealität der Patienten
 - Schönheitsoperationen
 - Zahnärztliche Versorgung
 - Verhältnis von Kollektiv- und Selektivvertrag
- Das Positionspapier formuliert eine Lagebeschreibung der gegenwärtigen Versorgungssituation und macht Vorschläge, mit welchen

Maßnahmen auf die zu erwartenden epidemiologischen und demografischen Änderungen reagiert werden kann und wie die Bedürfnisse der Patienten auch in Zukunft gut zu berücksichtigen sind.

Derzeit bestehe weiterhin Überversorgung, nur in der hausärztlichen Versorgung sei in ländlichen Regionen eine Unterversorgung zu befürchten. 1990 sprach man bei einer Versorgungssituation von 300 Ärzten pro 100.000 Einwohnern von einer „Ärztenschwemme“. Bei einer um 28 Prozent höheren Versorgungsdichte von 383 Ärzten pro 100.000 Einwohner im Jahr 2008 wurde bereits von einem drohenden „Ärztmangel“ ausgegangen. Die Zahl der Vertragsärzte stieg von 1990 bis 2008 um fast 60 Prozent von 92.000 auf 138.000. Um die flächendeckende haus- und fachärztliche Versorgung zu sichern sollen sektorübergreifende regionale Versorgungsausschüsse geschaffen werden. Die Planungsbezirke sollen flexibler gestaltet und kleinräumiger werden. Das Nebeneinander von Überversorgung in Städten und Unterversorgung im nahe gelegenen ländlichen Raum müsse verhindert werden. Ähnliches gilt für die stark streuende Versorgungssituation in einzelnen Stadtgebieten in Ballungsräumen. Die ärztliche Vergütung müsse die unterschiedlichen Ausgangslagen in Metropolregionen und auf dem Land stärker berücksichtigen. Hier seien auch finanzielle Anreize zu setzen. Die Notdienstbezirke müssen neu organisiert werden. Der regi-



Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

„Das Thesenpapier greift tatsächlich versorgungsrelevante Probleme auf. Offenbar wurde auch die schwierige Versorgungssituation bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems erkannt.“

onalen KV müsse erlaubt werden, zulasten der Gesamtvergütung Ärzte anzustellen, um die Versorgung in der Fläche oder in Pflegeheimen zu gewährleisten. Den KVen müsse die gesetzliche Möglichkeit gegeben werden, in überversorgten Gebieten Praxen aufzukaufen, sodass hier auf eine Nachbesetzung verzichtet werden kann. Zu- und Abschläge in der Vergütung zur Niederlassungssteuerung in über- und unterversorgten Gebieten sollen definiert werden. In überversorgten Regionen sollen auch zeitlich befristete Zulassungen möglich sein.

Werden in bestimmten Bereichen Patienten ambulant von niedergelassenen Ärzten und auch stationären Einrichtungen versorgt, müssen gleiche Konditionen gelten. Dies betrifft einheitliche Qualitätskriterien, zum Beispiel bei der Mindestmengenregelung und der Facharztkompetenz, und eine einheitliche pauschalierte Vergütung.

Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern sei zu verbessern. Die Mitarbeit niedergelassener in Krankenhäusern soll flexibler gestaltet werden das Belegarztwesen soll gestärkt werden. Das Entlastmanagement nach Krankenhausbehandlung sei zu optimieren.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind grundsätzlich förderungswürdig, weil sie Ärzten ermöglichen, auch angestellt ambulant tätig zu sein. Allerdings muss sichergestellt sein, dass die Leitung in der medizinischen Versorgung eines MVZ rechtlich und praktisch in ärztlicher Hand liegt. Vertragsärzte müssen den MVZ in ihren



Eine bessere finanzielle Ausstattung soll sich nach den Wünschen der CDU/CSU-Fraktion auch im Alltag der Patienten bemerkbar machen – etwa durch kürzere Wartezeiten bei Facharztterminen.

Möglichkeiten gleichgestellt sein. Bei MVZ oder Vertragsärzten angestellte Kollegen müssen Arbeitnehmerrechte wie Mutterschutz und Elternzeit erhalten. Mobile oder kooperative (Zweig-)Arztstationen sind zu ermöglichen. Viele bürokratische Regelungen machen den Arztberuf unattraktiv. Richtgrößenprüfungen für Heil- und Arzneimittel sollen durch geeignetere Instrumente ersetzt werden ebenso Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Die Mengensteuerung in unterversorgten Gebieten soll entfallen. Nachwuchsförderung und Weiterbildungsmöglichkeiten sind zu verbessern: „Mehr Ärzte braucht das Land“. Die Anzahl der Studienplätze sei zu erhöhen, die Zulassungskriterien müssen sich in Zukunft auch auf persönliche Eignung und Motivation sowie bisherige berufliche Erfahrungen stützen. Eine „Ländarztquote“ soll geschaffen werden. Die finanziellen Anreize, Jungärzte weiterzubilden sind zu verbessern. Die Arbeitsplätze sollen familienfreundlich gestaltet und strukturiert werden. Die Honorarordnung ist zu modifizieren. Die Regelleistungsvolumina (RLV) müsse die medizinische Grundversorgung der Patienten in einer Facharztgruppe ausreichend finanzieren. Die RLV dürfen durch extrabudgetäre Leistungsabrechnung nicht gemindert werden. Der Pauschalierungszwang der Vergütung soll aufgehoben werden, um Anreize für eine leistungsgerechte Vergütung zu schaffen. Typische Leistungen der primärärztlichen Versorgung, wie Hausbesuche oder Betreuung von Pflegeeinrichtungen müssen angemessen bezahlt werden. Mit Einhaltung der Kodierrichtlinien soll die reale Morbidität in der ambulanten Medizin umfassend dokumen-

tiert werden, um die Honorierung danach ausrichten zu können. Nichtärztlichen medizinischen Mitarbeitern sollen bessere Tätigkeits- und Aufstiegsmöglichkeiten eröffnet werden. Hier wird das Modell der „Gemeindeschwester“ besonders erwähnt. Telemedizinische Kooperationen sind zu fördern. Hausärzte sollen in den KVen weiter gestärkt werden. Die Trennung der haus- und der fachärztlichen Budgets sei fortzuführen. Die Interessensvertretung von Haus- und Fachärzten in den Vorständen der KVen soll besser austariert werden. Es soll je ein Vorstandsmitglied für die Haus- und die Fachärzte geben. Die jeweilige Gruppe hat das ausschließliche Vorschlagsrecht. Im dreiköpfigen KV-Vorstand soll es außerdem einen Vorstandsvorsitzenden geben. Die beratenden haus- und fachärztlichen Fachausschüsse sind zu stärken.

Die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion weist ausdrücklich darauf hin, dass in den Jahren 2009 und 2010 insgesamt zusätzlich 8,5 Milliarden Euro in die ambulante und stationäre Versorgung geflossen sind. Die Patienten könnten daher zu Recht erwarten, dass sich diese bessere finanzielle Ausstattung im erlebten Versorgungsalltag bemerkbar macht. Krankenhäuser mit Vierbettzimmern sollen einen Abschlag bei der Vergütung erhalten. Wartezeiten auf einen Facharzttermin sollen drei Wochen nicht überschreiten. Begründete Ausnahmen kann es in Facharzt Disziplinen geben, in denen es nachweislich zu wenige Fachärzte gibt, etwa für Neurologen.

Das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivvertrag in der medizinischen Versorgung soll grundsätz-

lich neu bestimmt werden. Es solle abschließend geklärt werden, ob und inwieweit Selektivverträge den Kollektivvertrag tatsächlich ersetzen oder „nur“ ergänzen (add-on) sollen. Das Ziel der Integrierten Versorgung sei eigentlich eine regionale, populationsbezogene Vollversorgung. Hier ist die Frage zu stellen, ob gemeinsame und einheitliche Lösungen im Vertragsverhältnis zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft erforderlich sind. Die Bereinigungsregelung im Rahmen der KV-Gesamtvergütung muss konkretisiert werden. Das ausgeglichene finanzielle Verhältnis zwischen der besonderen Versorgung chronisch Kranker und den Interessen der übrigen Versicherten muss gewährleistet bleiben. Die weitere Notwendigkeit von Disease-Management-Programmen (DMP) vor dem Hintergrund der Berücksichtigung dieser Erkrankungen im M-RSA (Risikostrukturausgleich) ist zu prüfen.

Kommentar: Eine Vielzahl dieser Vorschläge stammt in der einen oder anderen Weise aus der Ärzte- und Patientenschaft, den Berufsverbänden und vor allem der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Das Thesenpapier greift tatsächlich versorgungsrelevante Problemkreise auf und zeigt ein Bemühen um vernünftige, praxisgerechte Lösungen. Daher kann man zunächst einmal darüber hinweg sehen, dass manche populistische und kaum umsetzbare Forderungen dabei sind. Offenbar wurde die schwierige Versorgungssituation im Bereich der Erkrankungen des zentralen Nervensystems in diesem Gremium erkannt, wie die Erwähnung unserer Fachgruppe im Kapitel „Verbesserung der Versorgungsrealität der Patienten“ zeigt.

REGRESSRISIKO

Verordnungsfähigkeit von Methylphenidat weiter eingeschränkt

☞ Die Verordnungsfähigkeit bestimmter Stimulanzien wird aufgrund des Risikos, das vor allem für Kinder und Jugendliche mit der Einnahme dieser Medikamente verbunden ist, künftig noch weiter eingeschränkt. Eine entsprechende Entscheidung hat der GBA getroffen. Er setzte damit Änderungen der Fach- und Gebrauchsinformationen von Methylphenidat-haltigen Arzneimitteln als Ergebnis eines europäischen Risikobewertungsverfahrens in der Arzneimittel-Richtlinie um. Bisher sieht die Arzneimittel-Richtlinie des GBA vor, dass Stimulantien wie Methylphenidat nicht verordnungsfähig sind und nur ausnahmsweise zur Behandlung bestimmter Erkrankungen wie ADS/ADHS

eingesetzt werden dürfen. Die entsprechende Regelung wurde nun noch enger gefasst, indem weitere Anforderungen an Diagnose und ärztliche Fachkenntnis bei der Behandlung gestellt werden. Die Verordnung dieser Medikamente darf nur noch von Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen erfolgen. Zudem muss die Therapie regelmäßig unterbrochen werden, um ihre Auswirkungen auf das Befinden des Kindes beurteilen zu können.

Kommentar: Der Beschluss des GBA trat am 1.12.2010 in Kraft. Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen sind laut Beschluss Kinder- und Jugendpsychiater, Ner-

venärzte, Psychiater und Neurologen, ärztliche Psychotherapeuten mit Zusatzqualifikation und Hausärzte in ländlichen Gebieten als Folgeverordnung unter Aufsicht eines Spezialisten. Für Erwachsene und Kinder unter sechs Jahren besteht für Methylphenidat keine Zulassung. Diese ist in näherer Zukunft auch nicht zu erwarten. Daher erfolgen alle Methylphenidat-Verordnungen bei Erwachsenen off-label und sind mit einem erheblichen Regressrisiko behaftet. Die Verordnung wird jedoch häufig von den Krankenkassen bis zum 21. Lebensjahr bei Erstverordnung vor dem 18. Lebensjahr toleriert. Bei den Nebenwirkungen sind neben den bekannten Effekten besonders auch Herz-Kreislauf-Störungen und mögliche Arrhythmien zu beachten.

ANTIDEPRESSIVA-THERAPIE

Reboxetin ab 1. April nicht mehr zulasten der GKV verordnungsfähig

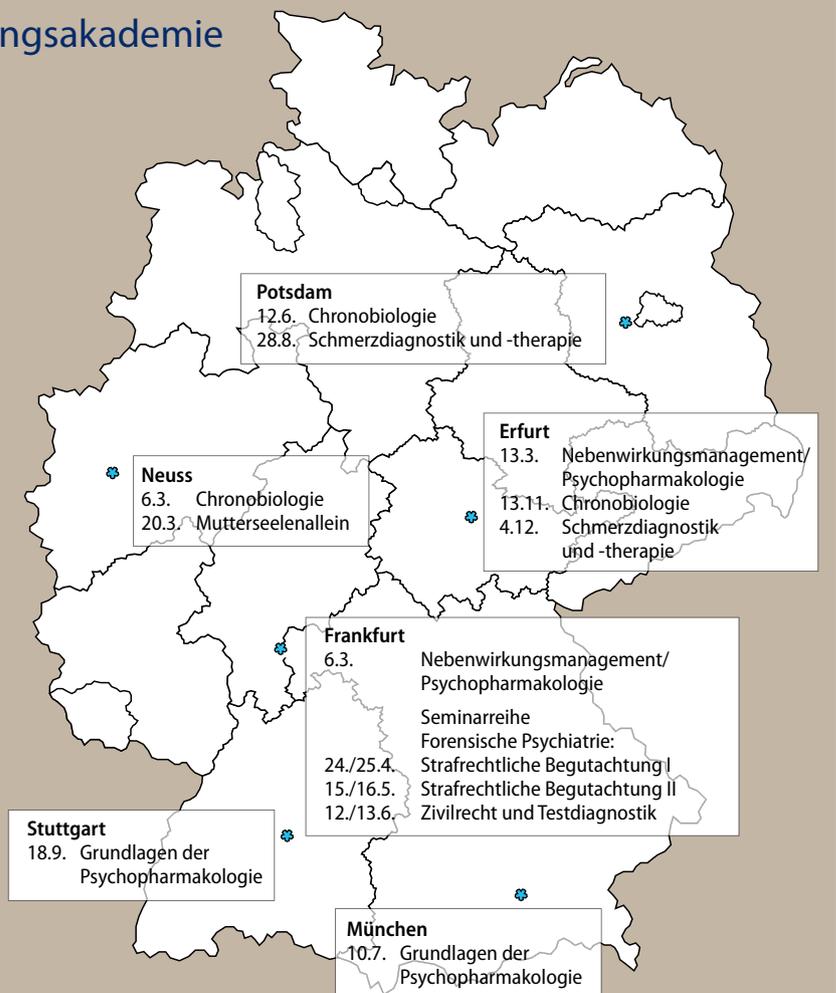
➔ Antidepressiva mit dem Wirkstoff Reboxetin sind künftig nicht mehr zulasten der GKV verordnungsfähig. Das hat der GBA im September 2010 beschlossen und damit eine entsprechende Nutzenbewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in seiner Arzneimittel-Richtlinie umgesetzt. Die Nutzenbewertung ergab für Reboxetin keine Belege für einen Nutzen im Vergleich zu Placebo in der Depressionstherapie. Im Vergleich zu anderen Arzneimitteln wurde in Studien sogar eine Unterlegenheit von Reboxetin belegt. Grundsätzlich ist der GBA gesetzlich ermächtigt, die Verordnung von Arzneimitteln einzuschränken

oder auszuschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist. Verordnungseinschränkungen oder -ausschlüsse sind auch möglich, wenn Arzneimittel unzureichend wirksam sind oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Es steht inzwischen eine große Zahl antidepressiv wirksamer Substanzen mit einem belegten Nutzen nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin zur Verfügung.

Kommentar: Im Beschluss des GBA wurde festgehalten, dass in gut begründeten einzelnen Ausnahmefällen nach § 31 Abs. 1 Satz 4 SGB V Reboxetin dennoch zulasten der GKV verordnet werden kann. Um die wirksame und sichere Weiterbehandlung betroffener Patienten zu gewährleisten und eine Therapieumstellung zu ermöglichen, wird der Beschluss erst zum 1.4.2011 in Kraft gesetzt. Bekanntermaßen waren mehrere Therapiestudien mit Reboxetin, die keine antidepressive Wirkung nachweisen konnten, nicht veröffentlicht worden (Publikations-Bias).

Jahresrückblick der Fortbildungsakademie

Auch im Jahr 2010 konnten dank finanzieller Unterstützung durch die Unternehmen AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Lilly und Servier wieder Seminarveranstaltungen erfolgen. Insgesamt waren es 13 Seminare, die über ganz Deutschland verteilt stattfanden (siehe Grafik). Zu acht Seminaren waren regionale Teilnehmer eingeladen. Drei Wochenendseminare fanden bundeszentral in Frankfurt am Main statt. An 14 Seminartagen konnten insgesamt 406 Teilnehmer verzeichnet werden. Wie bereits erwähnt, ist die Finanzierung eines wesentlichen Teils der Seminare, die sich jeglicher Werbeaussage enthalten müssen, durch die Sponsorierung von einzelnen Firmen gewährleistet. Zwei Seminare wurden aus Rücklagen des Fördervereins der Fortbildungsakademie getragen. Als Vorsitzender der Fortbildungsakademie und des Fördervereins danke ich an dieser Stelle sowohl den unterstützenden Firmen als auch den Referenten. Die aktuellen Seminartermine in 2011 finden Sie auf Seite 80 in dieser Ausgabe. Da der Plan für dieses Jahr noch nicht komplett ist, bitte ich Sie, dem Seminarprogramm der Fortbildungsakademie auch in den folgenden Ausgaben des NEUROTRANSMITTER Ihre Aufmerksamkeit zu schenken. **Dr. med. Albert Zacher**



Honorierung psychiatrischer Gesprächsleistungen

Psychotherapie ist nicht die Lösung!

Psychiatrische Gesprächsleistungen sind gegenwärtig nur sehr eingeschränkt abzurechnen. Der Berufsverband hat daher mehrfach auf die Möglichkeit verwiesen, stattdessen auf die nicht budgetierte Psychotherapie umzusteigen. Der Münchner Qualitätszirkel „Psychiatrie und Psychopharmakologie“ wehrt sich gegen eine solche Verwässerung des psychiatrischen Berufsbildes.

Seit psychiatrische Gesprächsleistungen nicht mehr zu den Freien Leistungen zählen, sondern in das Regelleistungsvolumen (RLV) zurückgeführt wurden, stößt die Versorgung psychisch Kranker durch Psychiater an enge Grenzen. So wurde mit dieser Änderung in Bayern das RLV für das dritte Quartal 2010 zwar auf 59,16 Euro erhöht. Doch dieses Budget enthält auch die Ordinationsziffer (etwa für Verwaltung und Dokumentation) in Höhe von rund 19 Euro. Bei einem Wert von 13,48 Euro pro 10 Minuten psychiatrischer Gesprächsleistung sind diese somit nur noch dreimalig im Quartal abzurechnen, es verbleiben also 30 Minuten Gesprächsleistung für drei Monate! In manchen anderen Bundesländern ist die Honorierung noch schlechter ausgefallen.

Psychotherapeutische Leistungen sollen nicht diskreditiert werden

Psychotherapieleistungen wiederum werden als Freie Leistungen von der Gesamtvergütung ärztlicher Leistungen vorab abgezogen und den einzelnen Therapeuten unbegrenzt mit 81,16 Euro pro 50-minütiger Therapiestunde vergütet. Diese Absicherung der Honorierung durch Vorab-Wegnahme aus dem Honoraropf zu einem angemessenen Stundenpreis ist im Sinne der Förderung der sprechenden Medizin sehr zu begrüßen, zumal auch wir Psychiater zumindest zum Teil mit Psychotherapie das Behandlungsspektrum ergänzen. Daher sollen hier nicht psychotherapeutische Leistungen diskreditiert werden. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, warum psychiatrische Gespräche im Rahmen einer psychiatrischen Basistherapie mit 67,40 Euro

pro 50 Minuten schlechter und dann auch noch begrenzt auf ein geringes Kontingent vergütet werden. Zudem ist damit die Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen oder ambulanten Diensten nicht abgedeckt, ebenso wenig sind es Notfalltermine, die häufig die psychiatrische Behandlungsroutine aus der Balance bringen – sicher öfter als in einer rein psychotherapeutisch ausgerichteten Praxis. Schon heute werden aber 75 Prozent der psychisch Kranken durch Nervenärzte und Psychiater mit einem Anteil von nur 25 Prozent des Budgets für psychische Behandlung versorgt, während Psychotherapie den Löwenanteil von 75 Prozent des Budgets für die Behandlung von wiederum nur 25 Prozent der psychisch Kranken verschlingt.

Die schlechte Honorierung psychiatrischer Leistungen mag auch daran liegen, dass manchen Verantwortlichen in nervenärztlichen Berufsverbänden, aber auch den Funktionären der Krankenkassen und KVen nicht klar ist, was psychiatrische Basistherapie überhaupt beinhaltet – was zu der Empfehlung führt, nun doch auf besser bezahlte und nicht budgetierte Psychotherapie umzusteigen. Dr. Christa Roth-Sackenheim, ihrerseits Vorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP), führt hierzu als Charakteristika etwa die zeitliche Unbegrenztheit psychiatrischer Therapie an, zudem ein schulenübergreifendes und niederschwelliges Vorgehen, die Berücksichtigung sozialer Bezüge, Unterstützung in der Verarbeitung und im Selbstmanagement der Erkrankung sowie die Hilfestellung in schweren Krisen, etwa in einer schizophrenen Episode, einer

Depression oder nach einem Suizidversuch. Dass dabei über psychotherapeutische Interventionen hinaus begleitendes und psychoedukatives Vorgehen ebenso notwendig ist wie fachärztliche Ursachenabklärung, etwa durch Blutuntersuchung, der Einbezug von Angehörigen, die Kooperation mit anderen Hilfeinrichtungen wie dem Sozialpsychiatrischen Dienst sowie die Behandlung durch Psychopharmaka, versteht sich von selbst. Das wichtigste und wirksamste Element der psychiatrischen Basistherapie ist das Aufrechterhalten der therapeutischen Beziehung, teilweise über lange Zeit, dafür aber mit selteneren und kürzeren Terminen – verglichen mit wöchentlichen Psychotherapiestunden.

Höhere Kosten beim Psychiater erfordern höhere Honorierung

Die beschriebenen, äußerst komplexen Maßnahmen verlangen vom Psychiater ein hohes Maß an Flexibilität und Belastbarkeit. Zudem erfordern sie ein Wartezimmer, Einrichtungen zur Blutentnahme sowie Arzthelferinnen. Dies würde schon allein wegen der zusätzlichen Kosten eine höhere Honorierung rechtfertigen als für Richtlinienpsychotherapie. Die Abrechnung von Psychotherapieleistungen für psychiatrische Gespräche ist daher aus mehreren Gründen nicht sinnvoll:

- 25 Stunden Kurzzeittherapie sind bei Befreiung von der Gutachterpflicht zwar einfach beantragt, für Patienten aber oft nicht ausreichend, gerade für chronisch Kranke.
- Bei Gutachterverfahren, spätestens dann bei Umwandlung in Langzeittherapie, ist der Antrag schwerlich tiefenpsychologisch oder ver-

haltenstherapeutisch perfekt zu formulieren, was aus obigen Überlegungen hervorgeht. Man wäre also zur Täuschung mit Hilfe von Textbausteinen gezwungen.

- Außerdem ist dem ewigen Hamsterrad endlich Einhalt zu gebieten, immer auf den gerade aktuellen Honorarzug mit allen möglichen Verrenkungen aufspringen zu müssen. Nötig sind vielmehr nachhaltige und länger gültige Honorarbedingungen. Denn wer verspricht den Psychiatern und Therapeuten, dass nicht in wenigen Jahren die freien Psychotherapieleistungen wieder heruntergefahren werden, wenn sie diese, wie zu erwarten, erheblich ausweiten?
- Die Inhalte der psychiatrischen Basistherapie und somit das Berufsbild des Psychiaters können nicht deckungsgleich mit dem des Psychotherapeuten sein. Beide ergänzen sich und benötigen einander gegenseitig, zum Beispiel in der häufig sinnvollen Kombination aus Psychopharmakotherapie und Psychotherapie.

Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung nicht mehr gewährleistet

Die sinkenden Honorare entwerten die psychiatrische Arbeit und führen bei parallel rapide ansteigendem Bedarf an psychiatrischer Behandlung und Krisenintervention zu einer hohen Belastung der Psychiater bis hin zum Burnout. Die schlechte Honorierung psychiatrischer Leistungen entwertet und stigmatisiert jedoch vor allem die psychiatrischen Patienten, die damit erneut schlechter behandelt werden als Patienten anderer Fachgruppen. Dies wird der zunehmenden Bedeutung psychischer Krankheiten, die zu einer überdurchschnittlich hohen Zahl von Krankschreibungen und Frühberentungen führen, nicht gerecht. Die Versorgung dieser Patientengruppe ist nicht mehr sichergestellt.

Als Psychiater wollen wir offensiv auf die Missstände hinweisen und uns für den Erhalt unseres Berufsbildes einsetzen, denn der wohnortnahe Psychiater wird so sehr benötigt wie der Hausarzt um die Ecke – für viele un-

Forderungen zum Erhalt der psychiatrischen Versorgung

Münchener Qualitätszirkel „Psychiatrie und Psychotherapie“

Ergänzend zur Oldenburger Erklärung 2010 (NEUROTRANSMITTER 11/2010), deren Problemanalyse und Vorschläge wir in vollem Umfang mittragen, fordern wir eine höhere Anerkennung und Honorierung der Versorgung psychisch kranker Patienten, die schon jetzt nicht mehr sicher gestellt ist.

Die Begründung:

- Maximal 40 Minuten finanzierte psychiatrische Gesprächszeit pro Quartal erlauben keine leitliniengerechte Behandlung psychischer Störungen.
- Die Nachfrage nach psychiatrischer Behandlung nimmt zu, nicht zuletzt aufgrund gesellschaftlicher Verunsicherung mit Wirtschafts- und Finanzkrise sowie vermehrtem Druck in den Arbeitsverhältnissen.
- Als Folgen werden Krankschreibungen und Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen häufiger, dies führt zu längeren Wartezeiten auf Behandlungstermine und ist auch nicht durch weitere Verkürzung des jeweiligen Einzelkontaktes zu bewältigen.
- Eine weitere Steigerung der schnellen Durchlaufbehandlung führt zu einer geringen Arbeitszufriedenheit des Psychiaters und der Gefahr einer weniger reflektierten Medikamentenverordnung, was wiederum die Behandlungskosten steigen lässt und die häufig schon vorhandene Regressbedrohung verstärkt.
- Neben vermehrten Krankenhauseinweisungen führt eine schlechtere psychiatrische Versorgung auch zu mehr Fehlversorgung im somatischen Bereich (etwa geringeres Erkennen psychischen Leidens hinter körperlichen Symptomen), was im Sinne der Patienten, aber auch aus Kostengründen zwingend zu vermeiden ist.
- Psychotherapie als unbudgetierte Gesprächsleistung ist kein Ersatz für komplexe fachärztliche psychiatrische Behandlungsformen.

Zu fordern ist daher ...

- ... die Herausnahme der psychiatrischen Gesprächsleistungen aus dem RLV und stattdessen die Vorabfinanzierung als Freie Leistung analog zur Psychotherapie oder zumindest die adäquate Ausstattung des RLV als Behandlungspauschale. Eine Pauschale von 90 Euro pro Fall dürfte – mit Abrechnungsvereinfachung durch Wegfall von psychiatrischen QZV – mindestens anzusetzen sein. Eine höhere Pauschale für Erstuntersuchungen als Anreiz für eine Bewältigung der steigenden Nachfrage wäre denkbar.
- Frei werdende Psychiater-Kassensitze sollten auch nur durch Psychiater wieder besetzt werden, und nicht etwa durch Neurologen.

serer Patienten nehmen wir sogar Hausarztfunktionen wahr. Daher können auch Institutsambulanzen an psychiatrischen Kliniken den Mehrbedarf an Behandlung nicht auffangen, ganz abgesehen davon, dass sie nur für komplex und sehr schwer Erkrankte zuständig sind. Mit deutlich höheren Fallpauschalen, unbegrenzten Budgets für Medikamente und Ergotherapie (wofür es in Praxen schon Regresse gegeben hat!) und sozialpädagogischen Interventionen sind sie außerdem viel kostenintensiver als dezentral ausgerichtete psychiatrische Praxen (was aber auch zeigt: umfassende Behandlung kostet Geld!). Komplex Erkrankte

und chronisch Kranke behandeln wir ebenso zahlreich in unseren Praxen, können aber den vermehrten Betreuungsbedarf nicht oder wenn, dann weitgehend nur unbezahlt leisten. Psychiatrische Kliniken haben zudem bereits heute Schwierigkeiten, freierwerdende Arztstellen zu besetzen und stoßen somit selbst bei gleichzeitig steigender Nachfrage an Kapazitätsgrenzen.

Es besteht die Gefahr, dass durch die Verschlechterung der ambulanten Versorgung psychisch Kranker stationäre Einweisungen im Sinne einer Drehtürpsychiatrie zunehmen und Rückschritte hinter die Psychiatrie-

Reform der letzten Jahrzehnte erfolgen. Die Psychiatrie-Reform hat einerseits die Humanisierung und Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung zum Ziel, andererseits aber gerade die Förderung der wohnortnahen ambulanten psychiatrischen Versorgung. Diese aber ist jetzt durch steigenden Behandlungsbedarf bei gleichzeitig sinkenden Honoraren in Qualität und Bestand gefährdet, wäre jedoch auch bei besserer Honorierung deutlich kostengünstiger möglich als durch reine Psychotherapie oder durch Behandlung in Institutsambulanzen. □

AUTOREN

Dr. Andreas Meißner (QZ-Moderator), Dr. Martin Ehrlinger, Dr. Martin Fraaz, Dr. Anka Garbrecht, Dr. Claus Grethe, Dr. Ingeborg Leopold, Dr. Uli Paggen, Erdmann Reinhard, Dr. Wolfgang Rietschel, Dr. Erich Schiller, Dr. Ursula Schütz, Dr. Barbara Weinmayer (Psychiater und Psychotherapeuten).

Kommentar

Herr Meißner legt den Finger in die größte Wunde, die die ewige Geschwisterrivalität zwischen Psychiatrie und Richtlinien-Psychotherapie in den letzten Jahrzehnten der ambulanten Psychiatrie und den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Nervenärzten zugefügt hat: Durch die feste Vergütung psychotherapeutischer Leistungen und deren Vorwegabzug im Gegensatz zur Vergütung der psychiatrischen Leistungen wird der Öffentlichkeit signalisiert: Dem Gesundheitssystem ist Psychotherapie wichtiger als psychiatrische Behandlung.

Psychiater und Nervenärzte lesen das so: „Die leichter Kranken sind wichtiger als die Schwerkranken“. Wir Psychiater haben das Gefühl, innerhalb der medizinischen Disziplinen nicht wertgeschätzt zu werden. Wir haben das Gefühl, unsere Arbeit wird nicht wertgeschätzt, unsere Patienten werden nicht wertgeschätzt. Manchmal haben wir sogar das Gefühl, dass Kollegen anderer Fachrichtungen so arbeiten, als gäbe es das Gehirn und seine Störungen nicht, als hätte der Mensch und Patient gar keine Psyche, die vielleicht auch mal gestört sein kann.

Eine Verbesserung erreichten die Berufsverbände, als die Zehn-Minuten-Gesprächsziffer als

Freie Leistung zum 1. Juli 2009 definiert wurde. Für ein Jahr hatten wir das Gefühl, unser Gespräch ist etwas wert, es wird nicht auf dem großen Wühltisch des RLV verramscht. Dafür hatten die Verbände lange gekämpft. Aber unser Gespräch war ja nicht die einzige Freie Leistung. Auch andere Leistungen anderer Fachgruppen, die nicht wie unsere Zehn-Minuten-Ziffer höchstpersönlich erbringbar, nicht beliebig vermehrbar, nicht delegierbar und zeitgebunden waren, konkurrierten sozusagen mit uns.

Die Tatsache war: Wir Psychiater haben nach dem 1. Juli 2009 etwa 30 Prozent mehr Gesprächsleistungen abgerechnet als vorher, Akupunktur wurde seit dem 1. Januar 2009 um mehr als 1.000 Prozent häufiger abgerechnet. Psychiater und Nervenärzte haben nicht den Grund geliefert, dass alle freien Leistungen ab 1.7.2010 mengenbegrenzt werden mussten, um das System einigermaßen stabil zu halten. Die Freien Leistungen anderer Fachgruppen waren derart in die Menge gegangen, dass die übrige Geldmenge nicht mehr ausreichte, um die RLVs auszustatten. Es zehrten diese „besonders förderungswürdigen Leistungen“ die Basisversorgung schlicht aus. Wir zahlen somit die Zeche für ein Abrechnungsverhalten anderer Fachgruppen, das offensichtlich rein anreizbezogen ausgeführt wurde.

Eine Option hätten wir Berufsverbände in der Verhandlungssituation Anfang 2010 noch als Alternative zur erneuten Versenkung der Gesprächsleistungen ins RLV gehabt: Die Gespräche hätten theoretisch ausserhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung MGV angesiedelt werden können. Wir wussten aber zu diesem Zeitpunkt schon, dass der Vergütungsanteil außerhalb der MGV einer noch rigideren Mengenbegrenzung unterliegen würde als die MGV selbst. Deshalb haben wir dieser Option keinen Vorzug gegeben, was sich im Nachhinein als vollkommen richtige Entscheidung erwiesen hat. Denn es ist genauso gekommen, wie wir befürchteten mussten: Außerhalb der MGV angesiedelt wären unsere Gesprächsleistungen komplett auf den Stand vor dem 1. Januar 2009 zurückgeführt worden. Die KBV hat uns aber einen anderen Weg ermöglicht, nämlich die normative Erhöhung der RLVs um knapp 25 Prozent.

Liebe Kollegen, wir wären mit dem „Klammerbeutel gepudert“ gewesen, wenn wir dieses Angebot nicht angenommen hätten! Es gab einfach keine Möglichkeit, die Zehn-Minuten-Ziffer als

einzigste Freie Leistung von allen, die mengenbegrenzt werden sollten, zu erhalten. Im Übrigen will der BVDN Bayerns mit seiner Empfehlung, doch auch Richtlinienpsychotherapie abzurechnen, sicher nicht so verstanden werden, dass Psychiatriepatienten künstlich zu Psychotherapiepatienten umgewidmet werden sollten.

Aber wir Psychiater sollten schon genau prüfen, wo es sich bei unseren Patienten um eine Indikation zur Richtlinienpsychotherapie handelt und wo man diese dann konsequenterweise auch beantragen sollte. Immerhin haben wir dieses Instrument ebenfalls zur Verfügung und können es auch indikationsgerecht dort, wo es gebraucht wird, einsetzen. Auch bei unseren schwer und chronisch kranken Patienten!

Der Forderungskatalog des Münchner Qualitätszirkels zur Besserstellung der psychiatrischen Leistungen entspricht im Übrigen fast Eins zu Eins der berufspolitischen Zielsetzung des BVDP und des BVDN. Es ist diesem eigentlich nichts hinzuzufügen.

Zwei Dinge möchten wir jedoch allen psychiatrisch tätigen Kollegen noch dringend mit auf den Weg geben:

— Bitte rechnen Sie alle erbrachten Leistungen auch ab! Begrenzen Sie sich nicht artifiziiell auf das RLV und QZV. Ihr Leistungsumfang in Punkten ist Grundlage für die Berechnung Ihres RLV und QZV für das Vergleichsquartal im darauffolgenden Jahr. Wenn Sie so verfahren, dass Sie versuchen, Ihr RLV und QZV nicht zu überschreiten, laufen Sie Gefahr, Ihr RLV und QZV über die kommenden Jahre herunter zu regeln.

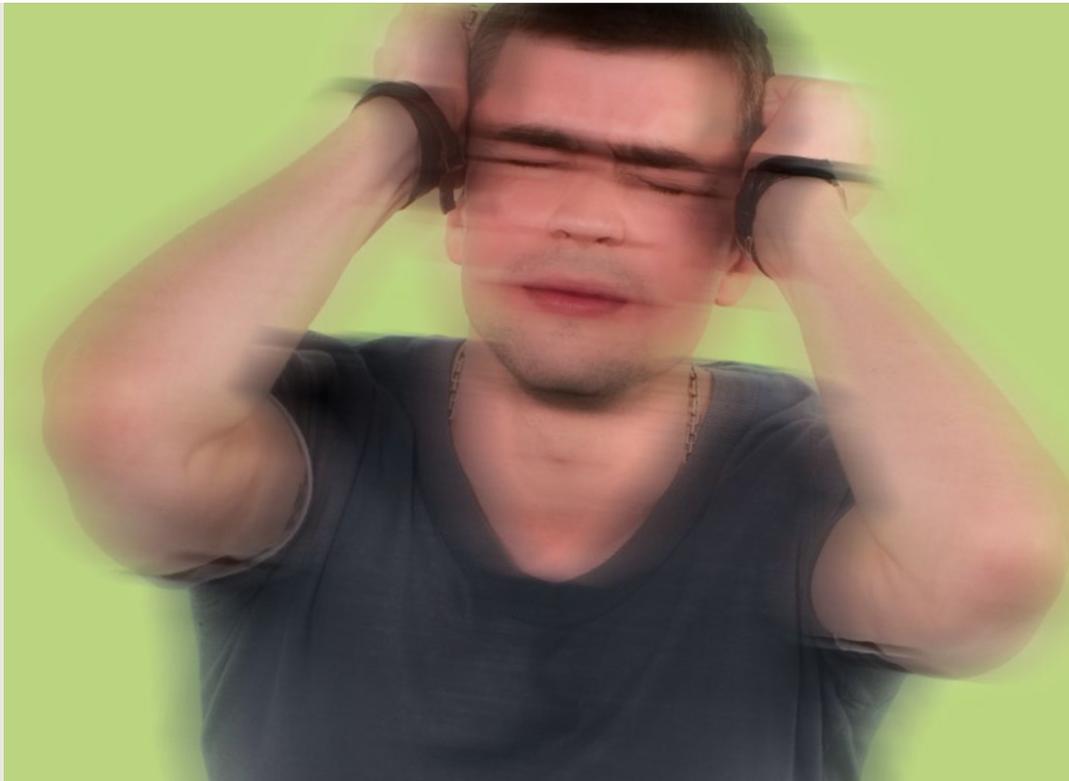
— Bitte prüfen Sie jedes Quartal, bei welchen Patienten die Voraussetzungen für die Abrechnung der Betreuungsziffern vorliegen. Und dann rechnen Sie die Betreuungsziffern bitte auch ab! Der Anteil der bundesweit abgerechneten Betreuungsziffern ist nicht kongruent mit den in unseren Praxen behandelten Patientendiagnosen. Es muss also eine Vernachlässigung der Betreuungsziffern in unserer Fachgruppe geben! Faustregel: 40 bis 60 Prozent des üblichen Patientenkontexts einer Psychiaterpraxis erfüllen die Voraussetzung der Betreuungsziffern. □

AUTOREN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Tinnitus in der Privaten Unfallversicherung

Organischer Schaden oder „rein psychische Reaktion“?



Tinnitus kann zur Invalidität führen. Ob die private Unfallversicherung dafür zahlen muss, hängt von der Ursache ab.

© okssi / Fotolia.com

Tinnitus galt viele Jahre als „psychische Reaktion“, für die in der Privaten Unfallversicherung kein Versicherungsschutz bestand. Das ist seit einigen Jahren anders: Nach einem Spruch des Bundesgerichtshofes hat die Versicherung zu leisten, wenn ein Organschaden als Ursache des Tinnitus nachweisbar ist.

Schon die alten Germanen hatten ein Entschädigungssystem, das den Verlust von Gliedern oder Sinnesorganen mit Geld aufwog, und auch schon damals wurde der Grad der teilweisen Gebrauchsunfähigkeit eines Körperteils oder Sinnesorgans berücksichtigt. Zwar ging es dabei nicht um unfallbedingte Schäden, sondern eher um „Schmerzensgeld“ für den körperlichen Schaden durch gewalttätige Auseinandersetzungen, das die Blutrache nach der Re-

gel „Auge um Auge, Zahn um Zahn“ verhindern sollte. Dennoch basiert auch die heutige Private Unfallversicherung (PUV) auf dem Prinzip der Entschädigung für einen erlittenen körperlichen Schaden.

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen

In der Regel schließt man eine PUV ab, um gegen die Folgen eines Unfalls abgesichert zu sein. Solange nichts an-

deres vereinbart wird, basiert der Abschluss auf den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB). Die AUB der PUV legen in einem privatrechtlichen Vertrag fest, dass Körperschäden durch Einwirkungen von außen – einen Unfall – versichert sind. Diese unfallbedingten Körperschäden werden nach der Gliedertaxe entschädigt, die in den AUB niedergelegt ist. Sie bestimmt den Grad der Invalidität als abstrakten Wert der körperlichen

(nicht der psychischen!) Beeinträchtigung, der allein auf anatomischen und funktionellen Gesichtspunkten beruht und sich historisch entwickelt hat. Für den vollständigen Verlust des Gehörs auf einem Ohr wird heute ein Invaliditätsgrad von 30 Prozent angenommen. Der Invaliditätsgrad bestimmt, welcher Teil der Versicherungssumme als Entschädigungsleistung bezahlt wird (Beispiel: Versicherungssumme 100.000 Euro, Taubheit auf einem Ohr = 30 Prozent, 30.000 Euro Leistung). Steigerungssätze können in besonderen Vereinbarungen festgelegt werden; auch die Versicherungssumme ist variabel.

Die AUB sind im Verlauf der Jahre weiterentwickelt und an Gesetze sowie die Rechtsprechung angepasst worden. Sie tragen daher zur besseren Unterscheidung immer das Jahr ihrer jeweiligen Fassung (AUB 61, AUB 88, AUB 94, AUB 2000). In den AUB ist auch geregelt, was vom Versicherungsschutz ausgenommen ist. Gerade hinsichtlich des Tinnitus ist der Leistungsausschluss in § 2 IV AUB 94 von besonderer Bedeutung. In diesem Paragraphen wird geregelt, dass für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind, kein Entschädigungsanspruch besteht. Daher wird der § 2 IV AUB 94 auch als „Ausschlussparagraf“ bezeichnet. 1997 hatte ich als Sachverständiger in einem Gerichtsprozess vor dem Landgericht Köln die Ansicht vertreten, dass Tinnitus einem organischen Innenohrschaden zu-zurechnen sei, wenn durch den Unfall eine nachweisbare Hörstörung eingetreten ist. Bei einer Schädelbasisfraktur sei Tinnitus eine Folge der unfallbedingten Schädigung der Hörnerven. Das Landgericht Köln sprach daraufhin dem Versicherten für seinen Tinnitus eine Leistung aus der PUV zu. Die Versicherung ging in die Berufung vor das Oberlandesgericht (OLG) Köln. Dort wurden die Ausführungen, nach denen der Tinnitus als Folge des Schädelbasisbruchs eingetreten sei, geradezu gegensätzlich verstanden. Das OLG Köln vertrat die Auffassung, dass der Tinnitus zwar eine eigenständige Funktionsbeeinträchtigung des Sinnesorgans Ohr darstelle. Diese sei aber rein psychischer Natur, womit der Ausschluss-

Checkliste der Plausibilitätskriterien zur Anerkennung von Tinnitus als Körperschaden

Tabelle 1

Plausibilitätskriterien	Ja	Nein
Unfallbedingter Körperschaden in Form eines Hörverlustes nachweisbar		
Ohrgeräusch sofort nach dem Unfall		
Reproduzierbarkeit von Frequenzzuordnung und Verdeckbarkeit bei der Audiometrie, Residualinhibition		
Nicht nur in Ruhe empfundenes Ohrgeräusch		
Fortdauerndes, nicht unterbrochenes, „fixiertes“ Ohrgeräusch		

Um eine Versicherungsleistung für Invalidität durch Tinnitus auszulösen, müssen alle 5 Punkte mit „Ja“ beantwortet sein. (Anmerkung: Zur Annahme eines Dauerschadens im unfallrechtlichen Sinne in der PUV ist die Leistungsgrenze nach Ablauf von drei Jahren zu verstehen).

statbestand in den Unfallversicherungsbedingungen greife. Der betroffene Versicherte und seine Anwälte ließen es darauf beruhen, obwohl sie vor den Bundesgerichtshof (BGH) hätten ziehen können. Dieses Urteil bestimmte ja-relang die Rechtsprechung. Tinnitus wurde generell nicht als Unfallfolge entschädigt.

Rechtsprechung des BGH

Zwei Urteile des BGH vom 23. Juni 2004 (IV ZR 130/03) und vom 29. September 2004 (IV ZR 233/03) korrigierten diese Rechtsauffassung und folgten den Argumenten, dass Tinnitus als Folge eines unfallbedingten Körperschadens entschädigt werden müsse. Im Urteil vom 29. September 2004 stellt der BGH fest: „Krankhafte Störungen, die eine organische Ursache haben, sind nicht gemäß § 2 IV AUB 88 vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, auch wenn im Einzelfall das Ausmaß, in dem sich die organische Ursache auswirkt, von der psychischen Verarbeitung durch den Versicherungsnehmer abhängt (hier: Tinnitus).“ Gleichzeitig hat diese höchstrichterliche Rechtsprechung einen rechtlichen Rahmen geschaffen, der ab sofort die Bewertung von Tinnitus in der PUV bestimmte. Die Ausschlussklausel für Tinnitus in der PUV gilt danach für jene Fälle nicht mehr, in denen ein Tinnitus mit nachweisbarer und auf den Unfall zurückzuführender organischer Schädigung (Gehörschädigung) auf einem Unfallereignis beruht.

Zwar gilt nach diesen Urteilen weiterhin, dass ein Tinnitus ohne nachweisbare organische Schädigung – also ohne Hörverlust – nach einem Unfallereignis in der Regel als reine psychische Reaktion im Sinne der AUB zu betrachten ist und daher keine Leistungspflicht besteht. Ein Leistungsanspruch für Tinnitus ist jedoch nach diesen Urteilen des BGH nicht mehr ausgeschlossen, wenn als physische Grundlage ein nachweisbarer Schaden im Bereich des Innenohres oder des Hörnervs vorliegt, der nach den zu fordernden Regeln der Ursächlichkeit auf den fraglichen Unfall zurückzuführen ist. Die Richter des BGH verglichen dies mit dem Versicherungsschutz, der beispielsweise gewährt wird, wenn ein Armbruch, der durch einen Sturz bei einem epileptischen Anfall bedingt ist, entschädigt wird, wenn die Epilepsie auf einem unfallbedingten Hirnschaden beruht. Ein Armbruch aufgrund eines Sturzes bei einer angeborenen Epilepsie wird dagegen weiterhin nicht entschädigt, da hier der Ausschlussparagraf greift.

Invaliditätstabelle zur Leistungshöhe

Bewertungsempfehlungen für Tinnitus existieren für die gesetzliche Unfallversicherung sowie das soziale Entschädigungsrecht und das Schwerbehindertengesetz (Sozialgesetzbuch). Sie sind zum Beispiel in den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“ zu finden (früher: „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit“). Da diese be-

stehenden Empfehlungen auf vollkommen verschiedenen juristischen Systemen und Überlegungen beruhen, sind sie auf die PUV aber nicht übertragbar. Anhand aktueller wissenschaftlich-medizinischer Erkenntnisse und mit der geforderten Anlehnung an das vorhandene Bewertungssystem der PUV wurde eine Invaliditätstabelle zur Entschädigung des körperlich bedingten Tinnitus entwickelt.

Um den Anspruch auf Leistung durch die PUV auszulösen, muss das Hörvermögen im Sinne eines objektivierbaren Körperschadens vermindert sein. Ohne diese Kopplung ist weiterhin der Ausschlussatbestand nach § 2 Abs. 4 AUB 88 gegeben, da dann davon auszugehen ist, dass die psychische Reaktion des Betroffenen im Vordergrund steht. Dies gilt besonders für ein so genanntes „Bagateltrauma“. Juristisch gesehen ist das Vorliegen eines schädigenden Ereignisses zu verneinen, „wenn der Unfall nach Art und Intensität seiner Einwirkungen oder nach Art und Schwere der behaupteten Unfallfolgen schlechterdings ungeeignet ist, diese zu bewirken.“ Bagatellunfälle (mit Prellungen, Abschürfungen, Beulen) gehören zum allgemeinen Lebensrisiko, das jeder selber tragen muss.

Nicht versichert ist zudem die so genannte „Gelegenheitsursache“. Eine solche ist anzunehmen, wenn „es nur noch eines geringfügigen, auch im nicht-versicherten Alltagsleben ständig vorkommenden Anlasses bedurfte, um den Gesundheitsschaden auszulösen.“ Gemäß aktueller Rechtsprechung ist jedoch nur dann von einer „Gelegenheitsursache“ auszugehen, wenn der strittige Körperschaden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auch ohne den Unfall aufgrund der bestehenden Disposition „durch ein alltäglich vorkommendes Ereignis zu annähernd derselben Zeit und in ungefähr gleichem Ausmaß“ eingetreten wäre.

Liegt kein adäquater Körperschaden vor – also im Fall eines angegebenen Ohrgeräusches keine objektivierbare Hörstörung – liegt auch keine Invalidität vor. Dieser „Eckpunkt“ wurde im Urteil des Bundessozialgerichts vom 23.06.2004 (IV ZR 130/03) festgelegt. Ein Tinnitus, der aus sich selbst heraus

– quasi spontan – entstanden ist, oder der lediglich in einem zeitlichen Zusammenhang mit einem Unfall ohne nachweisbare Innenohrschädigung auftritt, ist weiterhin als psychische Reaktion zu werten.

Abstufung der Leistung je nach körperlicher Beeinträchtigung

Da Ohrgeräusche nicht objektivierbar sind, sind Kriterien notwendig, die nach bekannten und in der medizinischen Literatur unbestrittenen Erkenntnissen einen organischen Schaden plausibel erscheinen lassen und den hohen Anforderungen an die Kausalität in der PUV erfüllen. Diese Kriterien sind in der Checkliste in Tabelle 1 aufgeführt. Die Checkliste ist bewusst einfach und damit für alle Beteiligten nachvollziehbar gestaltet.

Wie stark der Tinnitus die Leistungsfähigkeit einschränkt, ist anhand des Körperschadens einzuschätzen. Darunter fällt natürlich auch eine Abstufung der Leistung je nach körperlicher Beeinträchtigung, also in Beziehung zum Funktionsverlust des Ohres/Gehörs.

Basierend auf den vorgegebenen Werten der Gliedertaxe hat Burggraf 1989 eine Tabelle zur Abschätzung des Schwerhörigkeitsgrades beider Ohren veröffentlicht. In dieser Tabelle setzte er die Hörverlustwerte beider Ohren (in Prozent) in Beziehung zueinander und nahm nach der Gliedertaxe (AUB 94) als Eckwerte die vollständige Taubheit auf einem Ohr mit 30 Prozent und auf beiden Ohren mit 60 Prozent. Bei Schritten von jeweils 10 Prozent Hörverlust hat die Tabelle eine Abstufung um jeweils drei Prozentpunkte. Daraus ergibt sich, dass bei einem einseitigen Hörverlust zwischen 0 und 100 Prozent und bestehender Normalhörigkeit auf dem anderen Ohr eine Entschädigung zwischen 0 und 30 Prozent zu erwarten ist. Nimmt man 10 Prozent des jeweiligen Invaliditätsgrades der Burggraf-Tabelle aus dem Hörverlust beider Ohren, so ergeben sich Invaliditätsgrade für Tinnitus, die proportional zum Körperschaden sind, und unabhängig von einer psychischen Reaktion den Anteil der abstrakten Beeinträchtigung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit erfassen.

Tabelle 2

Kombinierte Bewertungstabelle nach Michel und Brusis (2007) zur Abschätzung des Invaliditätsgrades für Hörverlust mit Tinnitus für die PUV

Hörverlust in %																					
	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
0	0,0	1,7	3,3	5,0	6,6	8,3	9,9	11,6	13,2	14,9	16,5	18,2	19,8	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0
5	1,7	3,3	5,0	6,6	8,3	9,9	11,6	13,2	14,9	16,5	18,2	19,8	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7
10	3,3	5,0	6,6	8,3	9,9	11,6	13,2	14,9	16,5	18,2	19,8	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3
15	5,0	6,6	8,3	9,9	11,6	13,2	14,9	16,5	18,2	19,8	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0
20	6,6	8,3	9,9	11,6	13,2	14,9	16,5	18,2	19,8	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6
25	8,3	9,9	11,6	13,2	14,9	16,5	18,2	19,8	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3
30	9,9	11,6	13,2	14,9	16,5	18,2	19,8	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9
35	11,6	13,2	14,9	16,5	18,2	19,8	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6
40	13,2	14,9	16,5	18,2	19,8	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6	46,2
45	14,9	16,5	18,2	19,8	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6	46,2	47,9
50	16,5	18,2	19,8	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6	46,2	47,9	49,5
55	18,2	19,8	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6	46,2	47,9	49,5	51,2
60	19,8	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6	46,2	47,9	49,5	51,2	52,8
65	21,5	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6	46,2	47,9	49,5	51,2	52,8	54,5
70	23,1	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6	46,2	47,9	49,5	51,2	52,8	54,5	56,1
75	24,8	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6	46,2	47,9	49,5	51,2	52,8	54,5	56,1	57,8
80	26,4	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6	46,2	47,9	49,5	51,2	52,8	54,5	56,1	57,8	59,4
85	28,1	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6	46,2	47,9	49,5	51,2	52,8	54,5	56,1	57,8	59,4	61,1
90	29,7	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6	46,2	47,9	49,5	51,2	52,8	54,5	56,1	57,8	59,4	61,1	62,7
95	31,4	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6	46,2	47,9	49,5	51,2	52,8	54,5	56,1	57,8	59,4	61,1	62,7	64,4
100	33,0	34,7	36,3	38,0	39,6	41,3	42,9	44,6	46,2	47,9	49,5	51,2	52,8	54,5	56,1	57,8	59,4	61,1	62,7	64,4	66,0

Fazit

Der BGH hat mit seinem Urteil sozusagen einen Paradigmenwechsel in Gang gesetzt, bei dem nun auch juristisch festgestellt wird, dass die vorangegangene organische Schädigung im Bereich des Innenohres oder des Hörnervs eine „conditio sine qua non“ für die physische Entstehung des Tinnitus darstellt. Anders herum ist die Entschädigung eines Tinnitus nach dem BGH ausgeschlossen,

wenn keine organische Veränderung – also zum Beispiel keine erkennbare und nachweisbare Hörstörung – vorhanden ist. Mit Hilfe einer Checkliste der Plausibilitätskriterien zur Anerkennung von Tinnitus als Körperschaden und einer neuen Bewertungstabelle, die sich an die Tabelle von Burggraf anlehnt, lässt sich der Körperschaden durch Tinnitus bestimmen. □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. med. O. Michel
 Universitair Ziekenhuis
 Vrije Universiteit Brussel UZ-VUB
 Laarbeeklaan 101, B-1090 Brüssel
 E-Mail: OMichel@uzbrussel.be

Zuschlag „vertiefte Exploration“

EBM-Position 35141 muss auch ohne Quartalsbindung abrechenbar sein

Muss die EBM-Position 35141 (Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die vertiefte Exploration) im selben Quartal wie die 35140 (biografische Anamnese) abgerechnet werden? So sieht es offenbar die KV Bayern, berichtet ein Kollege. Das Vorgehen der KV ist jedoch recht fragwürdig.

Kollege Dr. Oliver Biniash aus Ingolstadt stellt die Frage: „Die KV-Bayern lässt die Abrechnung der EBM-Position 35141 nur in dem Quartal zu, in dem die 35140 abgerechnet wird. Dies steht im Widerspruch zur Kommentierung der 35141 im Abrechnungskommentar EBM 2010, 8. Ausgabe vom Juli 2010 von G. Carl und A. Zacher. Was ist richtig? Wichtig kann die Beantwortung sein, weil die Abrechnung der 35141 in einem anderen Quartal auch ein Psychotherapie-QZV auslösen könnte.“

Der EBM-Text zur Gebührenordnungsposition (GOP) 35141 lautet: „Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die vertiefte Exploration. Obligater Leistungsinhalt: differentialdiagnostische Einordnung des Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbsterbrachten Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 35140 im Zusammenhang mit einem Antragsverfahren oder bei Beendigung der Therapie. Dauer: mindestens 20 Minuten je Sitzung. Die Gebührenordnungsposition 35141 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig ...“

Im Abrechnungskommentar von Carl/Zacher heißt es: „Im Laufe von vier Quartalen im Anschluss an die Erstabrechnung der biografischen Anamnese (35140) kann die Ziffer 35141 insgesamt zweimal abgerechnet werden. Der persönliche Kontakt mit dem Patienten muss 20 Minuten dauern. Eine so genannte Nacharbeit im Sinne einer

Schreibtischziffer erfüllt den Leistungsinhalt nicht.“

Beantwortung der Frage:

Der Abrechnungskommentar von Carl/Zacher hält sich strikt an den Wortlaut und an die Begriffsdefinitionen des EBM 2010. Er legt im Interesse der praktizierenden Kollegen den EBM-Wortlaut jedoch nicht juristisch so eng, sondern so weit wie möglich aus. Im kürzlich erschienen Kölner Kommentar (Herausgeber: A. Köhler, also der KBV-Vorsitzende selbst) nimmt die Besprechung der GOP 35141 fast zwei Seiten ein und ist in sich nicht widerspruchsfrei. So wird in diesem Kommentartext anstelle des Legendenbegriffes „Krankheitsfall“ der Begriff „Behandlungsfall“ verwendet. „Krankheitsfall“ kann im EBM den Behandlungszeitraum, der eine umschriebene Erkrankung erfasst (diagnosenorientiert), aber auch den Zeitraum eines Jahres umfassen. Beide Definitionen finden sich im EBM. Der „Behandlungsfall“ umfasst per Definition des EBM strikt ein Quartal.

Im Kölner Kommentar steht nun, dass die GOP 35141 sowohl vor als auch während einer genehmigten Psychotherapie erbracht werden könne. Die Kennzeichnung als Zuschlag weise darauf hin, dass die biografische Anamnese vorausgegangen sein müsse. Der Kommentar räumt nun selbst ein, dass der Begriff „Zuschlag“ irreführend sei, weil mit diesem Begriff eigentlich ein direkter zeitlicher Zusammenhang beider Leistungen assoziiert werde. Im Text folge aber nach, dass diese GOP mit Antragsstellung oder dem Beenden

der Therapie erbracht werden könne. Dadurch sei der direkte zeitliche Zusammenhang mit der GOP 35140 durch die weitere Legende aufgehoben.

Weiterhin heißt es im Kölner Kommentar, dass die Berechnung der GOP 35141 nicht gesondert begründet werden müsse. Ein zeitlicher Zusammenhang mit der Beantragung oder dem Ende der Therapie können als hinreichend plausible Gründe für eine vertiefte Exploration gelten.

Der Kölner Kommentar verwirrt allerdings die Situation dadurch, dass er, statt vom „Krankheitsfall“ vom „Behandlungsfall“ schreibt, der per Definitionem ein Quartal umfasst. Nimmt man allerdings den Legendeninhalt zu Hilfe, nach dem die GOP 35141 im Zusammenhang mit einem Antragsverfahren oder der Beendigung der Therapie abgerechnet werden kann, dann zeigt es sich, dass der Begriff „Behandlungsfall“ an dieser Stelle tatsächlich nichts verloren hat, denn der EBM kann nur so verstanden werden, dass der Begriff „Krankheitsfall“ bei dieser Ziffer als Behandlungszeitraum einer umschriebenen Erkrankung (Diagnose) aufgefasst werden sollte. Weil die Antragstellung meist nicht direkt im Zusammenhang mit der biografischen Anamnese (GOP 35140) erfolgt, sondern oft Wochen später und somit in einem anderen Quartal, und natürlich das Therapieende zu einer völlig anderen Zeit als im Quartal der Abrechnung der GOP 35140 stattfindet, muss die GOP 35141 ohne Quartalsbindung an die GOP 35140 abgerechnet werden können. Das bayerische Regelwerk liegt damit verkehrt. **za**

Traumata überwinden

Versöhnung als Prozess: „Hiroshima – mon amour“

Neue Grenzsituationen bieten immer auch Chancen, alte Traumata zu überwinden: Im Film „Hiroshima – mon amour“ gelingt es den Protagonisten mit einer ungewöhnlichen Liebesgeschichte, abgespaltenen Fragmente traumatisierender Erlebnisse in einer Atmosphäre von Vertrauen und Geborgenheit endlich wahrzunehmen und zu reintegrieren.

Von einem seelischen Trauma sprechen wir dann, wenn eine intensive, überwältigende Erfahrung überdauernde destruktive oder desorganisierende Auswirkungen in der seelischen Struktur nach sich zieht [Fischer, Riedesser 1998]. Das traumatisierende Ereignis setzt im Gefolge des zunächst auftretenden Ohnmachtserlebens gleichzeitig seelische Dynamik frei [Janzarik 1980], die – strukturell nicht mehr gebunden – in schwer vorhersehbare, auto- oder heteroaggressive Reaktionsweisen kulminieren kann. Häufig kommt es allerdings aufgrund der ungleichen externen sowie sozialen Kräfteverhältnisse oder aufgrund von Scham- und Schultschränken gar nicht zu einer Reaktion nach außen. Dann wirkt das Trauma, einhergehend mit seelischem Schmerz und dem Gefühl der Ohnmacht, über das akute traumatisierende Ereignis hinaus im seelischen Innenraum weiter, erhöht entweder die emotionelle Spannung oder befördert und verstärkt im zeitlichen Verlauf die Verformung der seelischen Struktur.

Trauma und Grenzsituation im Phasenmodell

Dargestellt wird im Folgenden ein in der Traumaliteratur bisher nicht hinreichend elaboriertes Konzept, das berücksichtigt, dass mit einer Reaktualisierung der abgespaltenen Anteile eine Grenzsituation im Sinne von Karl Jaspers eintritt, einhergehend mit damit gegebenen Chancen, Risiken und Konsequenzen. Anschaulich nahegelegt wird der Ansatz besonders durch Fol-

gendes: Hinsichtlich der Genese und Vorgeschichte kann man erkennen, dass die Abspaltung zur Abwehr einer als (lebens-)bedrohlich empfundenen Situation entstand und dass diese Abspaltung dem Überleben, das heißt der Stabilisierung der Dynamik diene.

Die Definition der Grenzsituation, wie sie Karl Jaspers in der „Allgemeinen Psychopathologie“ gibt [Jaspers 1965], lautet: „Sofern es aber letzte Situationen gibt, die, obgleich im Alltag verborgen oder nicht beachtet, unumgänglich das Ganze des Lebens bestimmen (wie Tod, Schuld, Kampf als Unausweichlichkeiten), sprechen wir von Grenzsituationen.“ Aus der hier gewählten Sicht lässt sich der Prozessablauf [Kick 2009], in den die Grenzsituation eingefügt ist, wie folgt in drei Phasen ordnen:

- **Die präkritische Phase:** Hier werden durch situative Belastungen und Konfrontation Grundfragen der Existenz offengelegt und dynamisch relevant.
- **Die kritische Phase:** Krise und Grenzsituation als Entscheidungssituation
- **Die postkritische Phase:** Hier ist zu unterscheiden zum einen der Übergang in ein pathologisches Prozessgeschehen oder in einen (auto)destruktiven Prozess von Rache und Vergeltung und zum anderen die Verarbeitung als postkritische Restitution oder Versöhnung.

Krise, Grenzsituation und postkritische Phase: Zur Aufrechterhaltung der Trennung der abgespaltenen Ich-Anteile vom „gesunden“ Ich müssen Kräfte

aufgewandt werden. Ruppert spricht davon, das „Überlebens-Ich“ Sorge nach Kräften dafür, dass das „Trauma-Ich“ nicht (wieder) die Kontrolle über die gesunden Anteile erlange [Ruppert 2007]. Geben die bisher dem Überleben dienenden Werte, die gleichzeitig die Abspaltung aufrecht erhielten und in gewisser Weise rechtfertigten, jedoch nach, werden die abgespaltenen Strukturanteile erneut mit Dynamik befrachtet und gelangen zur Reaktualisierung. Dem liegt zugrunde, dass in der durch die Abspaltung gekennzeichneten Situation die in ihr gültigen Werte zur Integration und Stabilisierung der Dynamik nicht mehr ausreichen. Prozessdynamisch ausgedrückt, kann die bestehende Situation nur geregelt und in einen stabilen Zustand übergeführt werden durch eine neue Situation, die der höheren Komplexität angemessen ist. Inhaltlich ist die neue Situation eingeleitet und gekennzeichnet worden durch das wieder ins Bewusstseinsfeld tretende traumatisierende Ereignis. Die Grenze bezeichnet eine Zäsur, die das Regelwerk der präkritischen Situation trennt von der neuen kritischen Situation, die charakterisiert ist durch höhere Komplexität, höhere Risiken, aber auch neue Chancen. Mit Erreichen der Grenze drohen somit einerseits Katastrophe und Chaos, kurzum tödliche Gefahr, wie sich andererseits die Chance der Transzendierung hin zu einer neuen Sehweise und damit zu bisher nicht bekannten und erfassten Handlungsansätzen eröffnet.

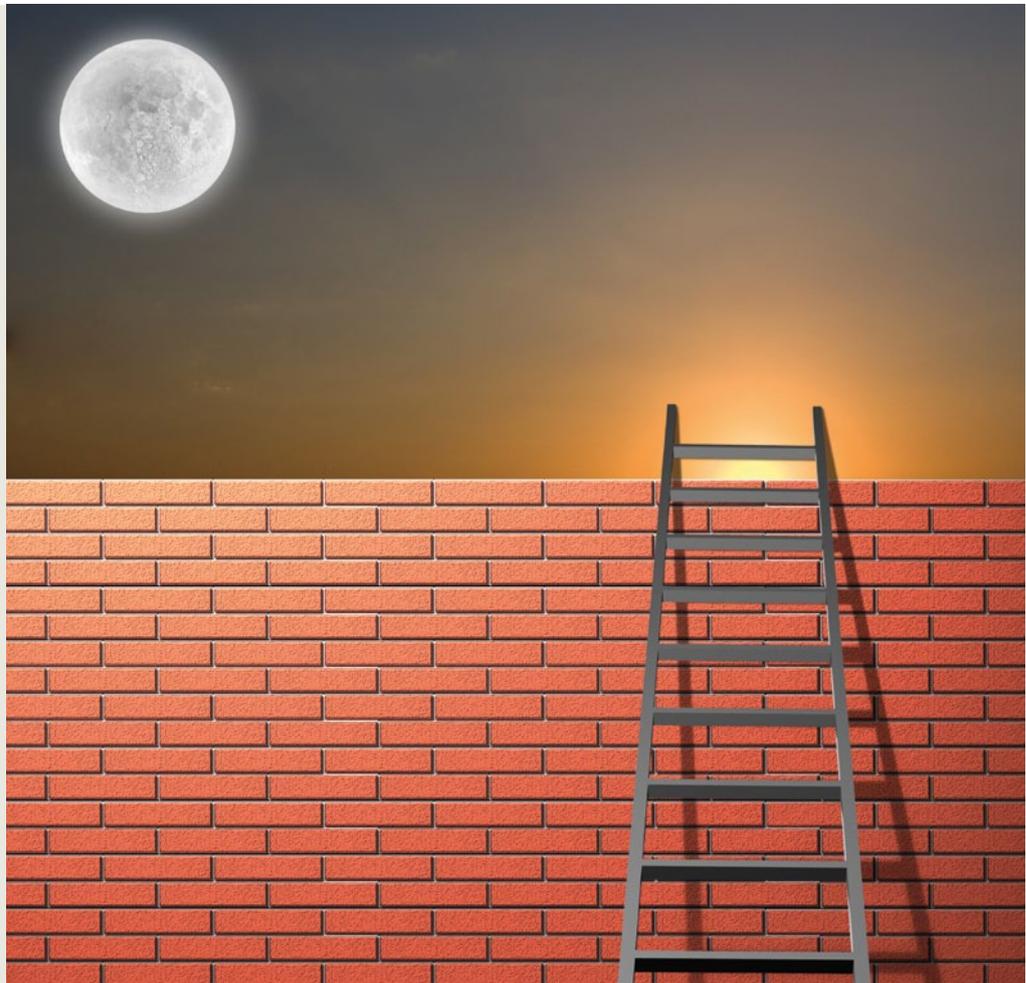
Die Verzweiflung am Sinn wird die Keimzelle neuer Sinnsuche

Mit Überschreiten der Grenze, also mit Wiedereintritt des traumatisierenden Ereignisses in das Bewusstseinsfeld, beginnt die Grenzsituation. Zwischen Ausgangs- und Grenzsituation besteht eine existenzielle Diskontinuität. Es heißt dies auf die einzelne konkrete biografische Entwicklung bezogen, dass sich die Grenzsituation nicht verstehensmäßig bruchlos aus der praktischen Initialsituation ableiten lässt. Der in der Verzweiflung offengelegte Sinnverlust – genauer die Verzweiflung am Sinn – ist nach der Grenzüberschreitung jedoch die Keimzelle neuer Sinnsuche. Nach der Grenzüberschreitung wird die traumatische Situation, das traumatisierende Ereignis, zur unausweichlichen Konfrontation. Die bislang durch die Abspaltung aufrecht

erhaltene Verdeckung wird entdeckt. Eben dies ist auch die Voraussetzung der Existenzerhellung [Jaspers 1965] und zugleich die Chance, die zur neuen Form, das heißt zur Konsolidierung führt. Das geschieht durchaus nicht immer. Regelmäßig droht das Risiko der persistierenden, destruktiven dynamischen Entgleisung [Janzarik 1980] und damit das Ingangkommen eines pathologischen Prozessgeschehens. Empirisch anerkannt ist, dass akzidentelle Reaktualisierungen, das heißt das Wiederbewussterwerden des traumatisierenden Ereignisses, beispielsweise durch Trigger [Ruppert 2007], zum Ingangkommen eines pathologischen Prozessgeschehens führen können; hierzu zählen psychosomatische Erkrankungen, Psychosen und bedrohliche Akzentuierungen autodestruktiver Persönlichkeitsanteile

einschließlich suizidaler und homizidaler Handlungen. In einem pathologischen Prozessgeschehen wird nun allerdings die *Conditio humana* nicht offengelegt, sondern erneut verdeckt und zusätzlich noch komplexer verschlüsselt als zuvor (Abb. 1). Kommt es dagegen nach der Grenzüberschreitung postkritisch zu einer Wahrnehmung und Berücksichtigung der *Conditio humana*, so vollzieht sich in der Grenzsituation eine Begegnung der Existenz in ihrer Ganzheit. Diese entdeckende Begegnung ist begleitet von einer enormen Angst. Sie wird angestoßen durch das Bewusstwerden des traumatisierenden Ereignisses und bezieht sich auf drei elementare Gefährdungen der Seinsbereiche [Tillich 1965]: die Angst des Schicksals und des Todes, die Angst der Leere und der Sinnlosigkeit (Entfremdung) und die

Lebenskrisen eröffnen oft neue Perspektiven und weisen Wege zur Überwindung traumatischer Ereignisse.



© rolffimages/fotolia.com

Angst der Schuld und der Verdammung. In der Grenzüberschreitung und in der Grenzsituation liegt somit etwas schwer Vorhersagbares, Doppeltes: zum einen das Risiko, in die noch komplexere Verdeckungsstrategie einer pathologischen Prozessvariante zu entgleisen, und zum anderen die Chance, durch eine Entdeckung der *Conditio humana* zum eigentlichen Existieren [Heidegger 1953] zu gelangen. „Was der Mensch eigentlich ist und werden kann, hat seinen letzten Ursprung in der Erfahrung, Aneignung und Überwindung der Grenzsituationen.“ [Jaspers 1965]

Grenzsituationen können zur Existenzhellung führen

Grenzsituationen sind eine Herausforderung, sich Orientierung und Verantwortung bewusst zu machen und, wo notwendig, zu einer Neuorientierung und dadurch zu einer Neuordnung der präkritischen Strukturelemente, also der abgespaltenen psychischen Anteile zu gelangen. Seitens der Existenzphilosophie wurde die Angst in den Mittelpunkt gestellt. Dies ist richtig insofern, als das Sichtbarwerden der Existenz



und solcher zuvor verworfener Fragmente mit ihren biografischen Brüchen, das Gewährwerden der Gefährdung der Existenz, intensive Angst hervorruft. Richtig ist aber auch, dass in der Grenzsituation Kräfte freigesetzt werden, die zu einer neuen Perspektive, zu einer Durchblickbahn auf die Existenz in ihrer Ganzheit und damit zur Existenzhellung führen. Die Frage ist allerdings, ob es gelingt, der existenziellen Angst eine Kraft des Mutes entgegenzusetzen und dem Lebensprozess und der Seinsmächtigkeit Raum zu geben. In einer so gewonnenen neuen Lösung unter erschwerten Bedingungen bewährt sich menschengemäße Vitalität [Tillich 1965]. Die Fähigkeit, in dieser kritischen lebensbedrohlichen Grenzsituation auf etwas hin zu transzendieren, was außerhalb dieser Situation Halt bietet, bedeutet gleichermaßen erweiterte Realitätserkenntnis wie Schutz gegen die sich sonst perpetuierende Verzweiflung. Transzendierung kann hierbei bezogen sein auf anthropologische Gehalte (Glaube an das Gute im Menschen), auf kosmologische Bestände (Vertrauen in das Aufgehobensein in der welthaften Ordnung), schließlich auf theologische Inhalte (Vertrauen auf einen sorgenden und fürsorgenden Gott).

Von hohem Interesse ist für den vorliegenden Ansatz, wie eine solche Grenzüberschreitung als gewissermaßen „begleitete“, orientierte Grenzüberschreitung vollzogen werden kann, sei es anthropologisch als Begegnungsgeschehen, sei es in spezieller therapeutischer Intention. Das postkritische Stadium der Reintegration und der therapeutischen Neuordnung der präkritischen Strukturelemente wird im Folgenden im Mittelpunkt der Überlegungen stehen.

Das Kunstwerk als Paradigma: „Hiroshima – mon amour“

Im Folgenden soll am Paradigma eines Kunstwerks, des Films „Hiroshima – mon amour“ (Regie: Alain Resnais 1959), auf die Bedingungen der Reaktualisierung der abgespaltenen traumatischen Anteile und der sich daraus ergebenden Heilung fokussiert werden. „Hiroshima – mon amour“ ist Alain

Resnais' erster Spielfilm. Er eröffnet die französische Nouvelle Vague und ist somit ein Meilenstein der cinematografischen Moderne überhaupt. Aus dem Schock der geschichtlichen Katastrophe, die am 6. August 1945 durch die amerikanische Atombombe über Hiroshima hereinbrach, erwächst in ihm ein Diskurs über Vergessen und Erinnern als ein zentrales humanes Anliegen. Als Humanum ist das Verhältnis von Vergessen und Erinnern sowohl im privaten wie im öffentlichen Raum nicht nur ein Thema der Ästhetik, sondern der Moral und dies, weil Vergessen gefährdet, beliebiges Erinnern allein ohne ein „Darüber hinaus“ freilich nicht nur nicht hilft, sondern in neue Gefährdungen führt.

Selbstfindung in der Begegnung mit der Apokalypse

Zum Inhalt: In Japan begegnen sich eine französische Filmschauspielerin, die dort Filmaufnahmen für einen Antikriegsfilm dreht, und ein japanischer Architekt. Sie verlieben sich. In die Liebesbegegnung mischen sich schon im Prolog des Films innere Monologelemente der Protagonistin, die sich auf ihr Thema, nämlich die Begegnung mit dem Elend und der Apokalypse des Atombombenabwurfs fokussieren. Schroff wird sie konfrontiert mit der Feststellung des Mannes: „Nichts hast du in Hiroshima gesehen. Gar nichts!“ Die Protagonistin antwortet: „Alles habe ich gesehen. Alles.“ Dass sie hiermit ein persönliches Trauma des Mannes berührt, weiß sie zunächst nicht. Sie ist vor allem erstaunt über dessen Beharren, sie möge in Japan bei ihm bleiben, wo sie doch von vornherein erklärt hatte, dass sie in 24 Stunden zurück nach Paris fliegen müsse. Die beiden verlieren und finden einander immer wieder in Straßen, Restaurants, Wartesälen. Der Japaner besteht darauf, ihre Vorgeschichte zu erfahren, „wie sie zu der Frau wurde, die sie jetzt ist.“ Nicht nur die Bilder der Atomkatastrophe bringt Alain Resnais in eine dialektische Konfrontationsmontage zu der Liebesszene, sondern Schritt um Schritt auch Szenen des Erinnerungsschmerzes der Vergangenheit der Französin, von ihrer ersten großen Lie-

be nämlich, die ihr wieder in den Sinn kommt. Von neuem erlebt sie diese vergangenen Episoden der Liebe zu einem deutschen Besatzungssoldaten in Nevers, ihrem Heimatort, von seinem Tod am Tag der Befreiung, von ihrer Ächtung als Kollaborateurin. Am Tag der Befreiung wurde er vor ihren Augen erschossen. Ihr schnitt man als Zeichen der Schande die Haare ab. Ihre Eltern verbargen sie im Keller, weil sie sich ihrer schämten, und schickten sie dann heimlich nach Paris. Unter dem Druck dieser Wiedererinnerung, immer im situativen Kontext der Katastrophe von Hiroshima, kommt es zu einer biografischen Rekontextualisierung und Selbstannahme unter der Geborgenheit schenkenden Zuwendung des japanischen Geliebten. Wenn sie beim Abschied äußert „Ich werde dich vergessen. Ich vergesse dich bereits ...“, so bedeutet dies etwas ganz anderes als ihr zu Beginn geäußertes Satz „Nein. Ich bleibe nicht.“ Auch der Japaner hat sich gefunden, wollte sich finden in der unbewussten Zuwendung, Seelenverwandschaft und in der Auseinandersetzung mit der französischen Pazifistin: Er entdeckt sich und

sein zu ihm gehörendes Leid über den Verlust seiner Familie in der atomaren Katastrophe von Hiroshima.

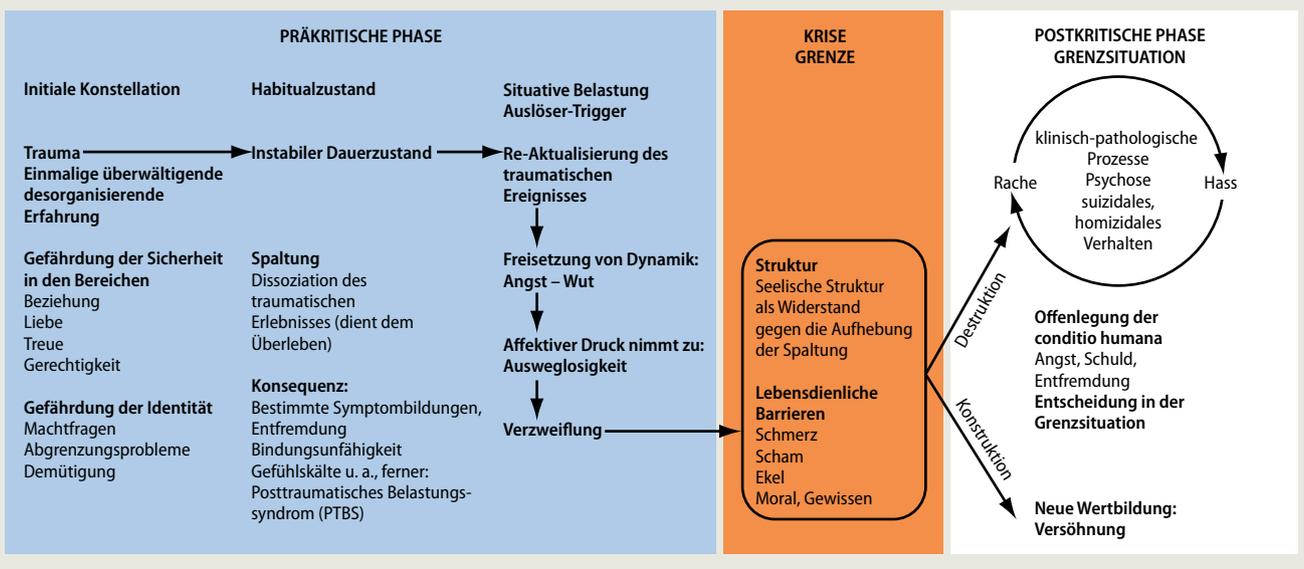
In der Begegnung haben sich die französische Schauspielerin und der Japaner entdeckt in dem, was an Leiden zu ihnen gehört. Dies kann einen Sinn erlangen dann, wenn es nicht vergessen wird und schließlich zu einer Art universaler Solidarität des Leidens der Opfer und in diesem Sinne auch zu einer Versöhnung führt. So endet der Film mit einer Trennung, aber einer Trennung besonderer Art, die das Paradox einer gültigen Begegnung umgreift: „Du bis Hiroshima“, sagt sie. „Du bist Nevers“, sagt er.

In dem Film wird in exemplarischer Weise erfasst und dargestellt, wie der traumatischen Situation, soll es zur Heilung kommen, eine salutogenetische Situation gegenüberzustellen ist. Für die traumatische Situation ist unbestritten, dass diese als existenzielle Situation eine subjektiv-objektive Doppelstruktur aufweist, folglich nicht nur definiert ist durch die objektiven Ereignisse, sondern auch durch die rezipierende Person, also deren Subjektivität. Dass bei Extremsituationen wie dem Atombom-

benabwurf oder auch den Verlusten und Demütigungen der Protagonistin die quasi-objektiven Faktoren eine enorme Durchschlagskraft besitzen, das heißt so gut wie jede Persönlichkeit davon zutiefst betroffen worden wäre, ist vorauszusetzen. Die salutogenetische Situation beginnt mit Betroffenheit über das So-Sein und einer in solchem So-Sein zu erkennenden allgemeinen Not. Die konkrete Not ist damit noch nicht erfasst, kann erst in liebender Zuwendung zugänglich werden. Der Film zeigt eine salutogenetische Situation für beide Protagonisten, ja mehr noch, gerade in der Bedürftigkeit beider, die auf hintergründiger, zunächst unbewusster Traumatisierung beruht, bezieht die komplementäre Attraktion der Personen in der Begegnung ihre Kraft. Sie ist Grundlage eines Liebesszenarios, das sich zugleich dialektisch zu einer Konfrontation mit der atomaren Apokalypse ausfaltet. Der gemeinsame humane Wert, der sich schon früh abzeichnet, aber nur erst vorbewusst ist, lautet: „Wir müssen uns erinnern, sonst wird sich alles wiederholen.“ Unter diesem Thema ereignet sich die Liebesbegegnung für den Mann, der ebenso wie die Frau

Abbildung 1

Phasenmodell



Phasenmodell: Wertgefährdung, Grenzüberschreitung und Versöhnung als neue Wertbildung. Zu erkennen ist die Phasenfolge und damit die Gegebenheit, dass die Re-Aktualisierung lebensbedrohlicher Traumata als solche in eine Grenzsituation führt mit den damit gegebenen Chancen, Risiken und dem Aufruf zur Entscheidung.

die Singularität der Begegnung spürt: eine „Sehnsucht ... so stark ist sie nicht immer“, äußert sie.

Liebesbeziehung reaktiviert vergangene Schreckensbilder

Wird die Liebesbeziehung also zu einem Trigger für eine Reaktivierung, das heißt für eine Wiedererinnerung des Traumas in Nevers am Ende des Krieges, in dem ihre erste Liebe zu einem deutschen Soldaten jäh beendet wurde? Das Ingangkommen der salutogenetischen Situation wird in dem Film erfasst in einer Szene, in der die Frau den Japaner nach der Liebesnacht noch halb schlafend liegen sieht; hierbei führt ihre gefühlshafte Betroffenheit, ihr gefühlshafte Angesprochensein in einem Switch-Over zur Reaktivierung einer früheren Liebesszene. Das bisher verworfene, nicht verarbeitete Trauma, das Abgespaltene, kehrt nunmehr von außen wieder: Visionäre Schreckensbilder aus der Vergangenheit drängen in die Gegenwart ein. Mit der situativen Resonanz der Protagonistin ist somit die Chance gegeben zu einer Einordnung und Neuordnung der subjektiven Bedeutung in eine sinnhafte Ordnung, in ein größeres Wertganzes. Durch die auf solcher Affektionalität [Kick, Richter 1993] beruhende Betroffenheit der Protagonistin durch die ihr erneut begegnende Welt und die dadurch in Gang kommende vertiefte Empathie bezüglich ihrer selbst ist ein zugleich kognitiver und emotionaler Vorgang angesprochen, eingefügt in eine Situation als einem Szenario zwischen historischem Gewordensein und künftigem, das Inten-

dieren beanspruchendem Sollen. Affektionalität wird hier also wirksam im Sinne der biografisch gewordenen, individuell variablen Empfänglichkeit, die zur Grundlage des folgenden Begegnungswegs zu sich selbst wird. Erschwerend für die Verarbeitung der Traumatisierung der Protagonistin zeigen sich in den weiteren Erinnerungssequenzen, dass sie seinerzeit beim Tode des Geliebten spürte, wie er langsam kalt wurde, ja sie spürte „keinen Unterschied zwischen seinem und meinem Körper.“ Eine Komponente ihres Traumas besteht also darin, dass sie mit dem toten Körper des Geliebten verbunden blieb und damit ein Teil ihrer selbst tot war. Kein Trost wurde ihr zuteil von denen, die ihr nahestanden, statt dessen wurde sie gedemütigt, zusätzlich gekränkt und geächtet, indem sie von ihren Eltern im Keller versteckt wurde. Die Kränkung wurde durch persönliche Scham und politische Schuldkontexte zusätzlich tabuisiert und der Kommunikation mit der Mitwelt und mit sich selbst entzogen. Von nun an blieb das Trauma unberührt, abgespalten und tabuisiert, wirkte jedoch massiv in das gelebte Leben als Entfremdung, stagnative Beziehungsgestaltung und Bindungsangst hinein und wirkte weiter als Motivation, etwas für den Frieden und Versöhnung zu tun.

Die vorliegende Scham-Schuld-Tabuisierung wird im Rahmen der liebenden Begegnung aufgebrochen, dadurch zugänglich und ermöglicht – immer wieder erschwert durch Zweifel – einen dialogischen und kommunikativen Zugang und Kontakt zu den

traumatisierenden Ereignissen. Inter-subjektive Kreativität stimuliert eine Externalisierung, die verstehend rezipiert wird. Die Äußerung „Ich halte diesen Schmerz nicht mehr aus“ wird verstehend und tröstlich zugleich aufgenommen kraft der liebenden Zuwendung und der existenziellen Empathie des Partners: „In Nevers ... da hast du angefangen, die Frau zu werden, die du heute noch bist.“

Mehr und mehr verstehen beide, zuerst die Protagonistin, dann auch der Japaner, was es mit dem Vergessen der Demütigung, dem Engagement für den Frieden und mit dem Vergessen des persönlichen Verlustes in der Apokalypse von Hiroshima auf sich hat. Als die Protagonistin, um der Ächtung am Heimatort in Nevers zu entgehen, nach Paris übersiedelt, wird sie mit der Nachricht über den Atombombenabwurf in Hiroshima konfrontiert. Im weiteren Verlauf der Begegnung wird deutlich, was komplementär zu der pathogenetischen Situation der Traumatisierung das Element der salutogenetischen Situation ist: Der überwältigenden Erfahrung der universalen Desorganisation und Destruktion steht gegenüber die Singularität der personalen Zuwendung und die Einzigartigkeit der Beziehung. Der Mann äußert: „Ich bin der einzige.“ Sie: „Wenn er mich in seine Arme nimmt, bin ich verloren.“ Eben darum geht sie am Ende auch nicht auf das Angebot ein zu bleiben, weil sie spürt, das wäre nicht Heilung, sondern narzisstisches Substitut und Schein statt Findung der Ganzheit und Sein.

Die ganzheitliche prozessdynamische Perspektive

Im filmischen Paradigma lassen sich überzeugende Konvergenzen zu den gültigen wissenschaftlichen Modellen erkennen. Wer Heilung will, muss sich zuvor in der Krise und Grenzsituation entscheiden. Damit ist gesagt: Die salutogenetische Situation ist prozessdynamisch nicht allein charakterisiert durch eine Aufhebung der Spaltung und ein Freiwerden der Erinnerung, sondern durch den Umstand, dass in dem Wiederaufleben der Angst der Grenzsituation die Chance gegeben ist, die Tiefe der Existenz und damit das,



worauf es wirklich ankommt, zu erfassen und sodann eine Entscheidung zu fällen. Welche Voraussetzungen solcher konstruktiver Bewältigung sind zu beachten? Blicken wir auf die Protagonisten, dann dies: Zum einen geht es darum, die in der Grenzsituation gewonnene Erkenntnis hinsichtlich der mit der *Conditio humana* gegebenen Grenzen und Möglichkeiten zu akzeptieren, und zum anderen darum, dass es dazu der Nähe eines Menschen bedarf und mit ihm und durch ihn der liebenden Annahme. So entsteht primäres Vertrauen, Geborgenheit, gestaltet sich mystische Einheit. Aus diesem Zustand der Geborgenheit und Einheit – in der Oberflächenstruktur des Filmszenarios umgesetzt als gegenseitig sich Liebe schenkende Paarbeziehung – bereitet sich die Möglichkeit vor, die abgespaltenen Fragmente, in denen die traumatisierenden Erlebnisse enthalten sind, wahrzunehmen und solche davon ausgehenden Impulse aufzunehmen. Wenn diese ins Bewusstseinsfeld eintreten und damit die Grenzsituation auflösen, ist es von zentraler Bedeutung, die von fundamentaler Angst begleitete Bedrohlichkeit anzuerkennen, dann jedoch in eine Auseinandersetzung mit dieser einzutreten.

Versöhnung erfordert Mut zur Nähe, zur Distanz und zur Synthese

Ziel ist es, durch eine solche Auseinandersetzung zu einer neuen lebhaften Form zu gelangen. Diese hat etwas zu tun mit Versöhnung, einer Aufhebung zunächst unüberbrückbar erscheinender Gegensätze in einem Neuen, das erst noch zu finden und zu gestalten ist. Der Weg der Versöhnung bedarf des dreifachen Mutes: des Mutes zur Nähe, des Mutes zur Distanz und des Mutes zur Synthese. Der Weg zur Versöhnung kann anhand des dreistufigen Stadienmodells der Kreativität veranschaulicht werden (postkritische Phase, Abb. 1).

Die auf ganz unterschiedlichen methodischen Wegen gewonnenen wissenschaftlichen und künstlerischen Einsichten lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die bestehende Abspaltung des traumatischen Erlebens wird durch

eine neu auftretende Situation aufgehoben, damit eine Reaktualisierung des traumatischen Erlebens und schließlich eine Grenzsituation in Gang gesetzt. Dass diese Reaktualisierung im Sinne des Ideals einer geordneten Grenzüberschreitung im künstlerischen Paradigma erfolgreich verlief, hing von günstigen situativen Gegebenheiten ab, die Beachtung verdienen: Die schrittweise Reaktivierung und Aktualisierung des Traumas geschah in einer Situation liebevoller – geschützter – komplementärer Attraktion, die zudem auf einer beiderseitigen, zunächst unbewussten Traumatisierung der Protagonisten basierte. Die Liebesbeziehung als poetische, filmische Fiktion zeigt, worauf es anthropologisch im Durchlaufen der Grenzsituation ankommt: Entscheidung für das Konstruktive, für Versöhnung, die in der Situation liebevoller Annahme möglich ist. Der Prozess der inneren Heilung bedarf der Dialektik von Nähe beziehungsweise emotionaler Intensität und nüchterner Distanz und schließlich einer kreativen Leistung, die auf eine kurzschlüssige Lösung im Sinne eines narzisstischen Substitutes verzichtet um eines Größeren willen, der Selbstwerdung. Diese Selbstwerdung geschieht unter den damit gegebenen erschwerten Bedingungen der Grenzsituation, aber auch unter den erweiterten Erkenntnismöglichkeiten der *Conditio humana*. Der Verzicht auf die Verwirklichung der individuellen Liebesbeziehung steht künstlerisch und existenziell für einen Zugang zu einer universellen Solidarität mit den Leiden der Opfer, die die Versöhnung vom Intrapersonellen zum Interpersonellen, schließlich zum Universellen hin erweitert und eben dadurch in besonderer Weise überzeugend werden lässt. □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. med. Hermes Andreas Kick

Direktor des Instituts für medizinische Ethik, Grundlagen und Methoden der Psychotherapie und Gesundheitskultur (IEPG), Mannheim
www.institut-iepg.de

Belastung von pflegenden Angehörigen

Wann droht eine Aufnahme ins Pflegeheim?

Empfinden Angehörige von Demenzkranken die Pflege als sehr belastend und stimmen Ärzte dem zu, lässt sich eine Heimeinweisung kaum noch vermeiden. Haben Ärzte und Angehörige jedoch unterschiedliche Auffassungen zur Belastung, können Aufklärung und externe Hilfen die Heimaufnahme oft noch verzögern. Das bestätigt eine Befragung pflegender Angehöriger in einer Schwerpunktpraxis für Demenzen.

JENS BOHLKEN, UWE KONERDING, THOMAS KOHLMANN



Irgendwann ist auch den Angehörigen die Pflege von Demenzkranken zu viel. Dieser Zeitpunkt lässt sich aber durch ärztliche Unterstützung hinauszögern.

- 42 **Belastung von pflegenden Angehörigen**
Wann droht die Heimaufnahme?
- 46 **PSYCHIATRISCHE KASUISTIK**
Schizophrenie und zugleich Neuroborreliose?
- 52 **CME Sexuelle Funktionsstörungen**
Wenn Psychopharmaka das Liebesleben lähmen
- 61 **CME Fragebogen**

Die Verzögerung der Heimeinweisung gilt als zentraler Endpunkt der ambulanten Behandlung von Demenzkranken. Ganz unterschiedliche Faktoren bedingen dieses Ereignis. Hierzu zählen die Wohnsituation, die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen durch kognitive und nicht-kognitive Störungen, die Verfügbarkeit von ärztlicher Versorgung, Pflegediensten und Tagesstätten und nicht zuletzt die Widerstandskraft der pflegenden Angehörigen [5, 6]. In den Leitlinien wird die Einbeziehung der Angehörigen in das Behandlungskonzept deshalb durch hohe Empfehlungsgrade berücksichtigt [www.degam.de; www.dgppn.de].

Objektive Einschätzung der Belastung

Derzeit werden Angehörige sowohl bei Gruppenmaßnahmen als auch individuell in die Behandlung integriert [2, 3, 4, 7]. Bei beiden Behandlungsformen ist es wichtig, die Belastung der Pflegenden und deren Belastbarkeit klinisch einzuschätzen. Dabei lässt sich die Perspektive der pflegenden Angehörigen von der der behandelnden Ärzte unterscheiden. Im Gegensatz zur Perspektive der Angehörigen enthält die ärztliche Perspektive immer auch Aspekte der objektiven Belastung, die sich aus den klinischen, psychopathologischen und testpsychologischen Befunden ergeben.

Pflegende Angehörige bewerten Belastung anders als Ärzte

Die Erfahrungen im klinischen Alltag einer Schwerpunktpraxis [1, 2] deuten daraufhin, dass die Belastung aus Sicht des pflegenden Angehörigen sich sehr von der Belastung aus Sicht des Arztes unterscheiden kann. Es gibt durchaus pflegende Angehörige, die aus ärztlicher Sicht eine gewaltige Bürde zu tragen haben, die dies aus ihrer Sicht aber gar nicht so empfinden. Andererseits gibt es Angehörige, die eine Situation als überaus belastend empfinden, die vom Arzt als nicht belastend eingeschätzt wird. Damit lassen sich vier verschiedene Typen von Belastungskonstellationen definieren:

Typ A, geringe Belastung: Angehörige mit geringer subjektiver und geringer objektiver Belastung.

Typ B, Hilflosigkeit: Angehörige mit hoher subjektiver aber geringer objektiver Belastung.

Typ C, hohe Resilienz: Angehörige mit geringer subjektiver aber hoher objektiver Belastung.

Typ D, Überlastung: Angehörige mit hoher subjektiver und hoher objektiver Belastung.

Beim Typ A ist in der Regel mit einem geringen Heimeinweisungsrisiko zu rechnen. Die Typen B und C bedürfen besonderer Achtsamkeit. Durch gezielte ärztliche und ergotherapeutische Interventionen kann ein höheres

Heimeinweisungsrisiko vermieden werden. Bei dem Typ D ist trotz therapeutischer Gegenmaßnahmen mit einer höheren Heimeinweisungsrate zu rechnen. Im Folgenden wird eine Untersuchung zur Prüfung dieser Hypothesen vorgestellt.

Befragung bei 62 Angehörigen von Demenzpatienten

Im Zeitraum vom 18. Februar bis 2. April 2008 wurden konsekutiv 62 Angehörige von Demenzpatienten befragt. Einschlusskriterien waren eine Demenzdiagnose nach ICD 10, eine seit drei Monaten bestehende Antidementivtherapie, eine ergotherapeutische Mitbehandlung, sowie die schriftliche Einverständniserklärung des Patienten und des Angehörigen.

Das Belastungserleben der Angehörigen wurde mit der Frage 22 („Wie belastet fühlen Sie sich insgesamt durch die Betreuung Ihres Angehörigen?“) des Zarit Burden Interviews (ZBI) erfasst [8]. Für die Auswertung wurde die fünfstufige Kategorienskala in die Kategorien geringe und hohe Belastung dichotomisiert. Wir kontrollierten die Antworten durch die gleichzeitige Befragung mittels des gesamten ZBI. Die ärztliche Einschätzung der Belastungssituation des Angehörigen wurde mit einer vierstufigen Kategorienskala erfasst: „Wie schätzen Sie aus ärztlicher Sicht die Belastung des An-

gehörigen durch die Demenzerkrankung des Patienten insgesamt ein?“

Die vierstufigen Antwortmöglichkeiten wurden ebenfalls dichotomisiert in geringe und hohe Belastung. Die gleiche Frage wurde auch der mitbetreuenden Ergotherapeutin gestellt, der die Arzteinschätzung nicht bekannt war. Zusätzlich erfolgte die Auswertung der in der Praxis verwendeten Standarddokumentation. Sie enthält etwa den Mini-Mental-State-Test (MMST), die Skala zu Instrumental Activities of Daily Life (IADL) und Hinweise auf behandlungsbedürftige Verhaltensstörungen. Zwölf Monate später, im März 2009, wurde die Heimeinweisungsrate erfasst.

49 Angehörigen-Patienten-Paare dokumentiert

Kein Patient oder Angehöriger lehnte die Studienteilnahme ab. Im Verlauf von zwölf Monaten gab es 13 Abbrü-

che. Fünf Patienten verstarben und vier wechselten den Arzt. Bei vier Angehörigen-Patienten-Paaren konnte der Verlauf über zwölf Monate dokumentiert werden. Von den dazugehörigen Patienten wiesen 88 Prozent nach ICD 10 eine Alzheimerdemenz auf. Bei 12 Prozent der Patienten handelt es sich um eine gemischte Demenz. 24 Patienten waren Männer und 25 Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 76,5 Jahre bei einer Spanne von 57 bis 88 Jahren. Die MMST-Werte lagen im Durchschnitt bei 17,5 mit einer Spanne von 0 bis 28 Punkten. Bei den 49 Angehörigen überwogen die Frauen mit 67 Prozent (33 von 49). 71 Prozent wohnten im gleichen Haushalt. 8 Prozent wohnten mehr als eine Stunde Fahrzeit entfernt von der Wohnung der Patienten. Bei 67 Prozent handelt es sich um die Ehepartner. 31 Prozent sind Kinder oder Schwiegerkinder.

Jeder dritte Pflegende ist aus Arztsicht stark belastet

Die Rangkorrelation zwischen den Belastungseinschätzungen des behandelnden Arztes und der behandelnden Ergotherapeutin beträgt 0,60. Die Rangkorrelation der Frage 22 des ZBI mit dem gesamten ZBI 0,66. Alle Korrelationen sind auf dem 1-Prozent-Niveau statistisch signifikant. Aus Sicht des Arztes sind 32 der 49 Angehörigen gering belastet, aus Sicht der Angehörigen sogar 37. Die Urteile von Arzt und Angehörigen weichen aber häufig von einander ab. So gibt es sechs Angehörige, die ihre Belastung als hoch erleben, während diese vom Arzt als gering eingestuft wird. Andererseits gibt es elf Angehörige, die aus Sicht des Arztes hoch belastet sind, die dies aber selber nicht so erleben (Tab. 1). Der Phi-Koeffizient, der den Zusammenhang zwischen dem Arzt- und dem Angehörigenurteil widerspiegelt, beträgt lediglich 0,18.

Die vier Typen unterscheiden sich kaum beim MMST-Wert. Bei den Belastungskonstellationen B, C, D wurden jeweils mehr als die Hälfte der Patienten auch wegen nicht-kognitiver Störungen behandelt. Die Betreuungszeit war beim Typ B mit 27 Stunden am geringsten beim Typ D mit 75 Stunden pro Woche am höchsten. Bei der Nachuntersuchung waren elf Patienten in einem Pflegeheim untergebracht. 38 Patienten wohnten noch zu Hause. Bei den Belastungstypen A, B und C war die Einweisungsrate unter 20 Prozent. Bei dem Belastungstyp D liegt die Einweisungsrate bei über 80 Prozent (Tab. 2). Dieser Unterschied ist trotz der kleinen Stichprobe statistisch signifikant.

Die Typologie der Pflegenden ist sehr hilfreich für die Therapieplanung

Unsere Vermutung konnte bestätigt werden. Der Belastungstyp D unterscheidet sich bei der Heimeinweisungsrate nach zwölf Monaten von den Typen A, B und C. Die Heimeinweisung ist dann am ehesten zu erwarten, wenn sowohl Arzt als auch Pflegender die Belastung als hoch einschätzen. Besondere ärztliche Achtsamkeit ist dann gefordert, wenn die Fremdbeurteilung durch den Arzt und die Selbstbeurtei-



Tabelle 1

	Geringes	Hohes	Gesamt
	Belastungserleben	Belastungserleben	
Geringe Belastung, Sicht des Arztes	26	6	32
Hohe Belastung, Sicht des Arztes	11	6	17
Gesamt	37	12	49

Tabelle 2

	Insgesamt	Typ A	Typ B	Typ C	Typ D
	Heimeinweisung	22 Prozent	12 Prozent	17 Prozent	18 Prozent

lung durch den Pflegenden weit voneinander abweichen. Das ist dann der Fall, wenn Pflegende sich trotz geringer „objektiver“ Belastung hoch belastet fühlen oder wenn Pflegende sich trotz hoher „objektiver“ Belastung gering belastet fühlen.

Die hier berichteten Ergebnisse sind nur begrenzt zu verallgemeinern, da lediglich das Urteil eines einzigen Arztes betrachtet worden war. Mögliche Fehleinschätzungen des Arztes wurden aber durch die Parallelbeurteilung der Ergotherapeutin kontrolliert. Auch die Patientenzahl ist gering. Trotz dieser Einschränkungen sprechen die berichteten Befunde für die Eigenschaften der Typologie. Diese Typologie ist plausibel und für die Therapieplanung sehr hilfreich. So implizieren die einzelnen Typen unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen: Beim Typ A geht es um die vorbereitende Wissensvermittlung

und individualisierte Kompetenzvermittlung; beim Typ B um Versachlichung, Entlastung, Unterstützung sowie Befähigung des pflegenden Angehörigen; beim Typ C um eine supervidierte Verleugnung, Aufrechterhaltung externer Hilfen und Entlastungen sowie eine Förderung der Bereitschaft zu Heimunterbringung, wenn die Dekompensation des Pflegenden droht, und schließlich beim Typ D um die Aktivierung externer Unterstützung und um eine Strategie, die Heimunterbringung zu fördern. □

LITERATUR

1. Bohlken J. Neurotransmitter 2005; 3: 62–66
2. Bohlken J et al. Neurotransmitter 2007; 10: 13–16
3. Gräßel E. Die Situation betreuender Angehöriger von Demenzkranken – Bedarf und Wirksamkeit von Entlastungsmaßnahmen. ZaeFQ 2007; 101: 61–62

4. Kurz A et al. Evaluation of a brief educational program for dementia carers: The AENEAS Study. Int J Geriatr Psych 2010; 25 (8): 861–69
5. Lippa M et al. Prediction of Institutionalisation in Dementia. A systematic Review. Dement Geriatr Cogn Disord 2008; 26: 65–78
6. Riedel-Heller S G et al. Institutionalisierung psychisch kranker alter Menschen Psychiat Prax 2010; 37: 53–55
7. Selwood A et al. A systematic review of the effect of psychological approaches to family caregivers of people with dementia. Journal of Affective Disorders 2007; 101 (1): 75–89
8. Zarit SH et al. Relatives of the impaired elderly. Correlates of Feelings of Burden. Gerontologist 1980; 20 (6): 649–55

Dr. med. Dipl. Soz. Jens Bohlken

BVDN Referat Demenz

E-Mail: Dr.J.Bohlken@gmx.net

PD Dr. Uwe Konerding

Trimberg Research Academy, Universität Bamberg

Prof. Dr. Th. Kohlmann

Institut für Community Medicine

Universität Greifswald



Psychiatrische Kasuistik

Schizophrenie und Neuroborreliose?

Testen Sie Ihr Wissen!

In dieser Rubrik stellen wir Ihnen abwechselnd einen bemerkenswerten Fall aus dem psychiatrischen oder dem neurologischen Fachgebiet vor. Hätten Sie die gleiche Diagnose gestellt, dieselbe Therapie angesetzt und einen ähnlichen Verlauf erwartet? Oder hätten Sie ganz anders entschieden?

Mit Hilfe der Fragen und Antworten am Ende jeder Kasuistik vertiefen Sie Ihr Wissen.

Die Kasuistiken der letzten Ausgaben (N = neurologisch, P = psychiatrisch):

NT 6/2010

N: Spinales Kavernom mit zwei unterschiedlichen Verläufen

NT 7-8/2010

P: Lithium-assoziiertes serotonerges Syndrom

NT 9/2010

N: Erneute Okulomotoriusparese nach Aneurysma-Klippung

NT 10/2010

P: Postpartale psychische Erkrankung

NT 11/2010

N: Mehrere Gehirnerschütterungen – kein Fußball mehr?

NT 12/2010

P: Hyperprolaktinämie unter antipsychotischer Therapie

NT 1/2011

N: Herr Doktor – sind Sie bereit für eine neue MS-Therapie?

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

Anamnese

Ein 30-jähriger Student stellte sich nachts in der Ambulanz unseres Hauses vor, nachdem der ihm vertraute Hausarzt in Urlaub gefahren sei und die Vertretung ihm zu einer psychiatrischen Behandlung geraten habe.

Der junge Mann berichtete, sich zu Hause nicht mehr sicher zu fühlen und unter vielen körperlichen Beschwerden zu leiden, welche er auf eine Infektion mit *Borrelia burgdorferi* zurückführte. Er verspüre im Genick, hinter dem Ohr und im Oberkiefer/Gaumenbereich ein Kribbeln, diffuse Schmerzen sowie ein Knacken, welches besonders nach dem Verzehr von Kohlenhydraten auftrete. Er habe gelesen, dass Borrelien bei Stress Sphäroplasten, eine Art Überlebensform, ausbilden könnten und bei kohlenhydratarmer Ernährung in diesem niedrigaktiven Stadium verweilen würden. Nach langwieriger antibiotischer Therapie mit mäßigem Erfolg könne er nur noch durch kohlenhydratfreie Diät, die übrigens von seinem Hausarzt gebilligt werde, das Fortschreiten der Erkrankung eindämmen. Falls er nun doch einmal Kohlenhydrate zu sich nehme oder anderen Triggerfaktoren wie Kälte ausgesetzt sei, hätte er ein Gefühl „als würde alles bersten, als würde ihm eine Faust in den Rachen fassen und alles herausstemmen“. Zudem fühlte er sich von einem ehemaligen Kommilitonen bedroht. Er gab an, Angst zu haben, von diesem erschossen zu werden, da dieser einmal geäußert habe, er wolle einen Jagdschein machen.

Erste Beschwerden seien im April 2005 während seines Maschinenbaustudiums aufgetreten. Damals habe er auf Grund von Schlafstörungen seine

Klausuren nicht absolvieren können. Beim Versuch, diese später nachzuholen, habe er ein ‚Burn-out‘-Syndrom und Suizidgedanken entwickelt. Er habe sich exmatrikuliert, sei zurück zu seinen Eltern gezogen und habe Anfang 2006 eine Psychoanalyse auf eigene Kosten begonnen, da er damals „noch nicht die infektiöse Genese seiner Beschwerden erkannte“. Er begann erneut zu studieren, Altgriechisch, was er aber auf Grund von Gedächtnisschwierigkeiten, Antriebsmangel und Überforderung kurz vor den Prüfungen habe abbrechen müssen.

Im Oktober 2007 habe er einen auf Borreliose spezialisierten Hausarzt konsultiert. Seine Beschwerden mit Erschöpfung und Kribbeln am ganzen Körper führte der Patient nun auf einen Zeckenstich im Sommer 2006 zurück. Eine lokale Hautreaktion wie bei einem Erythema migrans habe der Patient aber zu keinem Zeitpunkt bemerkt.

Nach positivem ELISA mit Nachweis von hohen Titern von Borrelien-spezifischen IgG bei jedoch negativen IgM-Werten diagnostizierte der Allgemeinmediziner eine Neuroborreliose – ohne eine Liquoruntersuchung heranzuziehen. Eine objektivierbare neurologische Symptomatik habe nicht vorgelegen. Mittels eines MRTs waren eine intrazerebrale Raumforderung und eine Encephalomyelitis disseminata ausgeschlossen worden. Das MRT hatte keinerlei pathologischen Befund erbracht. Eine Antibiose erfolgte mit Doxycyclin über drei Wochen und Rocephin über vier Wochen. Zu diesem Zeitpunkt habe der Patient sich etwas besser gefühlt und erneut begonnen zu studieren, Rechtswissenschaft, aber auch dieses



Studium nach kurzer Zeit abbrechen müssen. Auf eigenen Wunsch stellte sich der Patient 2008 ambulant in der Neurologie vor. Mittels einer Lumbalpunktion, die keinerlei auffälligen oder pathologischen Liquorbefund ergab, wurde eine Neuroborreliose ausgeschlossen. Ein damals vom Hausarzt vorgenommener Lymphozyten-Transformationstest (LTT) sei jedoch schwach positiv gewesen. Nach Aussage der Mutter sei der Patient zu diesem Zeitpunkt bereits „klar paranoid“ gewesen, habe sich abgehört gefühlt und sei zum reden in den Keller gegangen.

Auf drängenden eigenen Wunsch hin hat der Patient ab September 2009 bis März 2010 eine Dreifach-Antibiose mit Ceftriaxon, Minocyclin und Clarithromycin erhalten.

Diagnostik bei Aufnahme

Die Borrelienserologie in unserer Klinik ergab positive IgG-, aber negative IgM-Werte, was aktuell für eine durchgemachte, nicht aber für eine aktive Infektion spricht. Eine erneute Lumbalpunktion ergab keinen pathologischen Liquorbefund, besonders keine intrathekale Antikörpersynthese. Auch in der körperlichen neurologischen Untersuchung fanden sich keine Auffälligkeiten. Im EEG zeigte sich eine regionale Hirnfunktionsstörung im Sinne eines leichten intermittierenden Herdbefundes rechts temporal mit assoziierten Zeichen einer leicht fokal erhöhten Anfallsbereitschaft. Im cMRT fand sich eine winzige Gliose rechts cerebellär paramedian.

Psychiatrische Vorgeschichte

Bis auf die zuvor erwähnte Psychoanalyse sind keine nervenärztlichen oder psychotherapeutischen Kontakte erfolgt. Fremdanamnestic war zu erfahren, dass der Patient in der Grundschule unter Schulangst gelitten und im Alter von sieben bis acht Jahren Suiziddrohungen geäußert habe. Später habe er nach der Flucht aus dem Zivildienst gedroht, sich die Hände zu verbrennen, falls man ihn zurückschicke.

Sozialanamnese

Die zwei Jahre ältere Schwester des Patienten sei im Magisterstress ebenfalls

psychotisch geworden und habe eine Glaukomerkrankung als Erklärungsmodell – die Mutter nennt als Diagnose eine Schizophrenie. Die Eltern des Patienten hätten sich in einer Tuberkuloseklinik kennengelernt. Die Mutter habe nach einem Autounfall mit schweren Mittelgesichtsfrakturen und multiplen Wiederherstellungsoperationen vermehrt an Infekten gelitten. Der Großvater väterlicherseits sei an einem Magenkarzinom verstorben und der Vater des Patienten leide seit Jahrzehnten unter der überwertigen Idee, ebenfalls an einem Magenkarzinom zu erkranken.

Therapie und Verlauf

Nach ausführlicher Differentialdiagnostik mit Ausschluss einer Borrelieninfektion, wurde in psychotherapeutischen und ärztlichen Gesprächen mit dem Patienten die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie erörtert. Dennoch glaubte der Patient lange, die Störung sei einzig durch eine Neuroborreliose bedingt und ging von einer unzureichenden Borreliosedagnostik aus. Eineinhalb Wochen nach Beginn einer Medikation mit Amisulprid konnte eine „Kohlenhydratexposition“ stattfinden. Der Patient kann seither wieder Vollkost zu sich nehmen und auch das besetzte häusliche Umfeld aufsuchen, was er zuvor stets abgelehnt hatte.

Diskussion

In vielen Weiterbildungen wird zu Recht auf die Möglichkeit von rein psychiatrischen Erstmanifestationen neurologischer Erkrankungen hingewiesen. Eine gründliche somatische Ausschlussdiagnostik ist Standard bei einer erstmals aufgetretenen psychiatrischen Symptomatik. Nicht nur Hirntumore, sondern auch chronisch oder akut entzündliche Hirnerkrankungen wie die Encephalomyelitis disseminata oder eine Herpesencephalitis können sich vorrangig zunächst mit psychiatrischen Symptomen präsentieren [Habek 2006; Reimer 2006]. Sehr selten ist dies auch bei der Neuroborreliose beschrieben worden [Bär 2005]. Häufiger als Begleitsymptomatik anderer neurologischer Ausfälle sind in der Literatur Depressions-, Angst- und Schmerz-

symptome als psychiatrische Manifestationsformen einer Neuroborreliose erkannt worden [Blanc 2007; Fallon 1993]. Auch eine schizophrenieforme Symptomatik kann die Neuroborreliose als „neuer großer Imitator“ hervorrufen [Roelcke 1992] – und das auch ohne Vorliegen weiterer neurologischer Symptome [Hess 1999].

Anhand der diagnostischen Kriterien der DGN-Leitlinie konnte bei dem Patienten zu keinem Zeitpunkt eine aktive Borreliose nachgewiesen werden. Die IgM-Titer waren mehrfach negativ gewesen. Nur der Lymphozytentransformationstest (LTT) war zu einem früheren Zeitpunkt schwach positiv ausgefallen. Die Leitlinien zum diagnostischen Vorgehen bei einer unspezifischen Symptomatik, die vom Pati-

Diagnostische Kriterien einer Neuroborreliose gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Mögliche Neuroborreliose

Typisches klinisches Bild (Hirnnervenausfälle, Meningitis/Meningoradikulitis, fokale neurologische Ausfälle) Borrelien-spezifische IgG- und/oder IgM-Antikörper im Serum, Liquorbefund nicht vorliegend/ Liquorpunktion nicht durchgeführt

Wahrscheinliche Neuroborreliose

Wie „mögliche Neuroborreliose“, jedoch zusätzlich entzündliches Liquorsyndrom mit lymphozytärer Pleozytose, Blut-Liquor-Schrankenstörung und intrathekaler Immunglobulinsynthese und Ausschluss anderer Ursachen für die vorliegende Symptomatik.

Gesicherte Neuroborreliose

Wie „wahrscheinliche Neuroborreliose“, jedoch zusätzlich intrathekale Synthese Borrelien-spezifischer Antikörper (IgG und/oder IgM) im Liquor oder positiver kultureller- oder Nukleinsäurenachweis (PCR) im Liquor und Ausschluss anderer Ursachen.

Anmerkung zu weiteren diagnostischen Verfahren

Antigennachweis aus Körperflüssigkeiten, PCR aus Serum und Urin, Lymphozytentransformationstests (LTT) und der „Visual Contrast Sensitivity Test“ (VCS-Test = „Graustufentest“) sind nicht zur Diagnose einer Borreliose geeignet.

Fragen

1. Symptome einer Schizophrenie wie Wahn und/oder Halluzinationen etc. treten bei welcher der genannten Erkrankungen beziehungsweise Störungen auf?

- a) Encephalomyelitis disseminata
- b) Hirntumore
- c) Sehminderung nach Katarakt o.ä.
- d) Depression
- e) Cannabisabusus

2. Welche der Aussagen trifft für die Neuroborreliose zu?

- a) Eine Radikulitis ist die häufigste Manifestationsform.
- b) Radikuläre Schmerzen können zunächst auch ohne begleitende Sensibilitätsausfälle und Paresen vorliegen.
- c) Bei klinischem Verdacht sollte bei negativer Serologie eine Liquoruntersuchung erfolgen.
- d) Erregernachweis im Liquor mittels Kultur oder PCR ist diagnostisches Mittel der Wahl.

- e) Ceftriaxon i. v. einmal täglich ist Mittel der Wahl, da es Doxycyclin oral in der Effektivität erheblich überlegen ist.

3. Welche der genannten Symptome sind typische Symptome des Prodromalstadiums einer Schizophrenie?

- a) Leistungsknick
- b) Sozialer Rückzug
- c) Antriebsmangel
- d) Konzentrationsstörungen
- e) Gedrückte Stimmung

4. Bei Vorliegen einer einem Prodromalstadium einer Schizophrenie ähnelnden Symptomatik sollte zunächst folgendes getan werden:

- a) Aufklärendes Gespräch mit den Eltern
- b) Vermittlung an ein Früherkennungsprogramm
- c) Zügiger Beginn einer antipsychotischen Therapie
- d) Somatische Ausschlussdiagnostik mittels cCT/cMRT
- e) Einholen einer Zweitmeinung in der Ambulanz einer psychiatrischen Klinik

enten in Zusammenhang mit einem früheren Zeckenstich gesehen wird, sind jedoch sehr unterschiedlich. So ist nach DGN beispielsweise der LTT nicht zur Diagnostik einer Borreliose geeignet, die Deutsche-Borreliose-Gesellschaft e. V. hingegen weist diesem Test gerade bei unklarer Serologie eine Schlüsselrolle in der Diagnostik zu.

Nach den vorliegenden Liquorbefunden zu urteilen, hat gemäß den Kriterien der DGN bei dem Patienten zu keinem Zeitpunkt eine Neuroborreliose vorgelegen. Ungeklärt bleibt dabei allerdings der leichte intermittierende Herdbefund im EEG temporal sowie die kleine Gliosenarbe paramedian cerebellär.

Die Fallgeschichte unseres Patienten soll aber auch auf einen anderen Aspekt hinweisen: Wie sehr die Angst, an einer psychiatrischen Erkrankung wie der Schizophrenie zu leiden, Patienten an einem nicht stigmatisierten neurologischen Krankheitskonzept festhalten lassen kann. Dies erfolgte im vorliegenden Fall offenbar so sehr und anscheinend überzeugend, dass Hausarzt und Psychotherapeut diesem

folgten und eine psychiatrische Vorstellung nicht initiierten. Verpasst wurde damit die Chance, die Beschwerden des Patienten als mögliche Prodromi einer schizophrenen Psychose zu erkennen.

Die Borreliose ist eine häufige Erkrankung und noch häufiger findet sich eine asymptomatische Serokonversion nach Infektion. Die Schizophrenie ist eine psychiatrische Störung mit einer Inzidenz von etwa 0,1/1000. Sie manifestiert sich bevorzugt bei jungen Erwachsenen (bei Männern im Alter von 20 bis 25 Jahren, bei Frauen von 25 bis 30 Jahren), wobei eine bis zu fünfjährige Phase mit zunächst unspezifischen Symptomen vorangeht. Natürlich könnte eine kausale Beziehung zwischen einer durchgemachten Borreliose und einer zunächst unspezifischen (Prodromal-)Symptomatik bestehen, sehr viel häufiger wird jedoch die zufällige Koexistenz sein.

Sicher ist allgemein zu empfehlen, dass selbst dann, wenn eine neurologische Erkrankung diagnostiziert wird, bei psychiatrischen Symptomen auch eine psychiatrische Vorstellung erfolgt.

„Post-Lyme-Disease-Syndrom“ – Stellungnahme der DGN

Die Leitlinien der DGN weisen auf die kontroverse Diskussion um die Bedeutung chronischer unspezifischer Beschwerden (Chronic fatigue, fibromyalgieartige Beschwerden) bei positiver Borrelienserologie hin. Selbst wenn in der Anamnese keine eindeutige akute Borreliose eruierbar sei, werde vielfach eine „chronische Lyme-Borreliose mit unspezifischen Beschwerden“ angenommen, unter der Vorstellung, dass die akute Borreliose inapparent verlaufen sei. Eine teilweise unsachliche Berichterstattung habe, so die DGN, zu einer weit verbreiteten Angst davor geführt, dass die Lyme-Borreliose zu chronischen Schmerzen, Depression, Müdigkeit und Konzentrationsstörungen auch ohne typische neurologische Lyme-Borreliose-Symptome führen könnte. Aus dieser Angst heraus seien vermehrt serologische Untersuchungen als Screening-Tests bei Patienten mit weit verbreiteten unspezifischen Beschwerden eingesetzt worden. Dies habe angesichts der hohen Seroprävalenz in Endemiegebieten zu einer entsprechend häufigen Diagnose und Behandlung einer vermeintlichen „chronischen Lyme-Borreliose mit unspezifischen Beschwerden“ geführt. Die DGN weist darauf hin, dass klinische Verlaufsuntersuchungen und epidemiologische Studien aber zeigten, dass die genannten unspezifischen Beschwerden nach einer Lyme-Borreliose nicht häufiger auftreten als bei Kontrollpersonen oder nach anderen Erkrankungen. Die Empfehlung der DGN lautet: „Bei einem vermeintlichen Post-Lyme-Disease-Syndrom oder bei Verdacht auf eine chronische Lyme-Borreliose mit unspezifischen Beschwerden sollte in erster Linie eine ausführliche Differenzialdiagnostik erfolgen (depressive Störung, Autoimmunerkrankung, chronische Infektion anderer Ätiologie, andere internistische chronische Erkrankung, Alkohol-/Drogenabusus).“

Zudem sollte immer nicht nur eine neurologische oder allgemein-internistische Genese einer unspezifischen psychiatrischen Symptomatik sondern auch eine psychiatrische Genese unspezifischer somatischer beziehungsweise pseudo-neurologischer Symptome bedacht werden.

Mit Blick auf die Problematik des Festhaltens an einer Labor- und Apparatemedizin angesichts unspezifischer psychovegetativer Symptome und Beschwerden, wie sie auch unser Patient zu Anfang gezeigt hatte, ist einem kürzlich erschienen neurologischen Editorial zuzustimmen: „Es ist an der Zeit, dass die wirklich relevanten Leistungen der ärztlichen Versorgung wie ärztliches differenzial-diagnostisches und –therapeutisches Denken und Gespräch wieder in den Vordergrund gerückt werden.“ [Gerlhoff 2010]. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Dr. med. Lara Rzesnitzeck,
 Prof. Dr. med. Malek Bajbouj
 Klinik und Hochschulambulanz für
 Psychiatrie und Psychotherapie, Charité –
 Campus Benjamin Franklin, Berlin
 E-Mail: lara.rzesnitzeck@charite.de

Lösungen

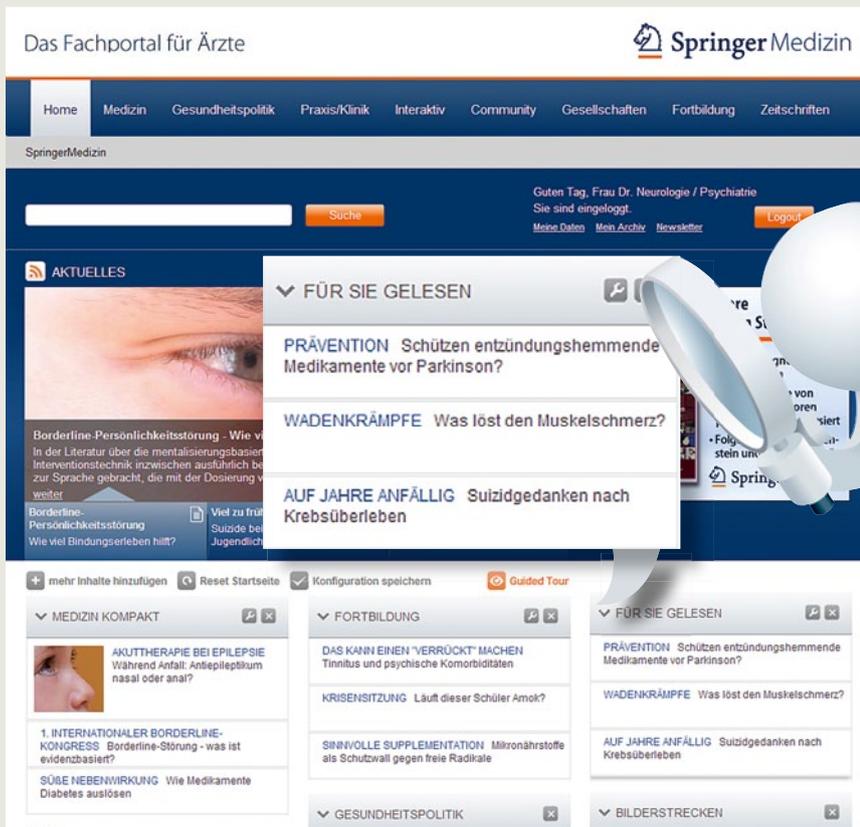
Lösungen: 1abcde; 2abc; 3abcde; 4e

Zu 1: Symptombilder mit gleichzeitigem Vorliegen von Wahn und akustischen Halluzinationen sind u.a. sowohl bei der Encephalomyelitis disseminata als auch bei Hirntumoren beschrieben. Im Rahmen einer Depression können psychotische Symptome wie insbesondere Verarmungs- und Versündigungswahn oder Leibhalluzinationen auftreten. Bei Sehstörungen ist etwa das „Bonnet-Syndrom“ beschrieben, bei dem es zu Pseudohalluzinationen kommt, deren Trugcharakter dem Patienten aber einsichtig ist. Unter Cannabiskonsum kann es zu sogenannten drogeninduzierten Psychosen kommen, deren Verlauf selbstlimitierend ist. Darüberhinaus scheint Cannabiskonsum zur Erstmanifestation einer Schizophrenie beitragen zu können.

Zu 2: Die Sensitivität des Erregernachweises im Liquor mittels Kultur oder PCR bei der akuten Neuroborreliose wird mit nur 10 bis 30 Prozent angegeben. Die Methode sollte deshalb nur in Ausnahmefällen, wie etwa bei Immunsuppression Anwendung finden. Ceftriaxon gilt als Mittel der Wahl dank seiner guten Liquor- und Gewebegängigkeit. Ein Unterschied im Behandlungserfolg zwischen der einmal täglichen i.v. Gabe von Ceftriaxon und einer oralen Einnahme von Doxycyclin zeigte sich aber in einer diesbezüglichen Metaanalyse acht europäischer Studien mit mehr als 300 Patienten insgesamt nicht [vgl. Kaiser 2010].

Zu 3: Das Prodromalstadium einer Schizophrenie kann bis über fünf Jahre hinweg einer Depression sehr ähnlich sehen.

Zu 4: Viele Kliniken bieten spezifische Früherkennungsprogramme und Therapien an, deshalb sollte wenn irgend möglich immer als erstes eine Vorstellung in der Poliklinik einer psychiatrischen Klinik erfolgen, die dann hinsichtlich der weiteren Differenzial- und Ausschlussdiagnostik sowie der Therapie berät oder gegebenenfalls diese zu übernehmen anbieten kann.



Für Sie gelesen auf SpringerMedizin.de

Was tut sich in der Welt der Wissenschaft? Welche neuen Ergebnisse sind wichtig für Ihre Arbeit in der täglichen Praxis? Auf SpringerMedizin.de erfahren Sie es: Im Portal „Für Sie gelesen“ sammeln sich die Studien, die für Ihr Fachgebiet von Bedeutung sind. Prägnant referiert und zu meist mit einem interessanten Kommentar vom Experten versehen.

Wenn Sie sich bei der Registrierung mit Ihrem Fachgebiet eingeloggt haben, hält das **Portal** „Für Sie gelesen“ auf Ihrer maßgeschneiderten Startseite die neuesten Studien aus Ihrem Fachgebiet schon bereit. Möchten Sie auch über den eigenen fachspezifischen Tellerrand hinausschauen? Ganz einfach: Wählen Sie in der blauen Navigationsleiste unter „Medizin“ das gewünschte Fachgebiet und klicken Sie dort im Pull-down-Menu „Für Sie gelesen“ an. Schon wissen Sie, was bei den Psychiatern, Neurologen oder Nervenärzten up to date ist.

Sexuelle Funktionsstörungen

Wenn Psychopharmaka das Liebesleben lähmen

Sowohl Antidepressiva als auch Antipsychotika können sexuelle Funktionen beeinträchtigen. Dies sollte nicht unterschätzt werden, da mit dem Sexualleben oft auch die Therapieadhärenz leidet. Eine gute Aufklärung der Patienten und mitunter ein frühzeitiger Präparatewechsel sind nötig, um den Therapieerfolg nicht zu gefährden.

MATTHIAS J. MÜLLER



Ein zufriedenes Sexualleben ist auch unter Psychopharmakabehandlung wichtig – sonst steht die Therapieadhärenz auf dem Spiel.

Sexualität als komplexe und zentrale biologische Funktionalität wird durch die meisten psychischen Krankheiten und viele andere Erkrankungen verändert und gestört. Wirksame Therapien können die sexuelle Funktionsfähigkeit deutlich verbessern und wiederherstellen, aber auch sexuelle Funktionsstörungen induzieren oder verstärken. In besonderem Maße trifft dies auf viele der heute verfügbaren Psychopharmaka zu. Die Besserung und Remission von Symptomen kann einerseits erfüllte Sexualität wieder ermöglichen; andererseits können sexuelle Funktionsstörungen neu auftreten oder vorbestehende sexuelle Funktionsstörungen verstärkt werden.

Sorgsame Anamnese ist entscheidend

Als sexuelle Funktionsstörung oder funktionelle Sexualstörung werden Störungen des Ablaufs und des Erlebens sexueller Reaktionen subsumiert. Sexuelle Funktionsstörungen werden bei Männern und Frauen meist in drei Bereiche unterteilt, treten jedoch häufig kombiniert auf:

- Störungen des sexuellen Interesses und des Verlangens (Libidostörungen)
- Störungen der sexuellen Erregungs- und Reaktionsfähigkeit (Erektionsstörungen beim Mann, Störungen der Lubrikation und der sexuellen Erregung bei der Frau)
- Störungen des sexuellen Erlebens (Orgasmusstörungen, beim Mann auch Ejakulationsstörungen)

Die Erfassung sexueller Funktionsstörungen ist problematisch: Sowohl Ärzte als auch Patienten neigen zur Tabuisierung, Frauen offensichtlich noch mehr als Männer. Unterschiede zwischen Spontanangaben und systematischer Erfassung sind daher in Forschung und Klinik beträchtlich. Die behutsame, sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung sind die wichtigsten Informationsquellen, dazu können standardisierte Fragebogenverfahren und weitere medizinische Untersuchungen kommen. Neben organischen Komponenten müssen sowohl subjektives Erleben und individueller Leidensdruck bei nicht erfüllten Erwartungen als auch gesellschaftliche und kulturelle Vorstellungen von Sexualität berücksichtigt werden. Angstsymptome sind von besonderer Bedeutung; Erwartungs- und Versagensangst, verstärkte Selbstbeobachtung und erhöhte Anspannung können zu einem „Teufelskreis“ führen und sind mit einem normalen sexuellen Reaktionszyklus physiologisch inkompatibel. Neben aktuellen Belastungen ist auch an frühere Traumatisierungen und Missbrauch zu denken.

Multifaktorielle Entstehung

Nach ICD-10 (F52) und DSM-IV werden sexuelle Funktionsstörungen klassifiziert, die nicht „durch eine organische Störung oder Krankheit“ verursacht sind (Tab. 1). Die Klassifikation ist unbefriedigend, da zunehmend „organische“ Befunde bei sexuellen Störungen berichtet werden und für die meisten sexuellen Funktionsstörungen (etwa erektile Dysfunktion) eine multifaktorielle Entstehung wahrscheinlich ist (Abb. 1). Zudem gibt es kaum andere Störungen, die so stark vom subjektiven Erleben, also vom Leidensdruck und Veränderungswunsch, geprägt sind. Subjektives Leiden

und Behandlungsbedürftigkeit bei sexuellen Funktionsstörungen (etwa bei Ejaculatio praecox) aus Sicht des Betroffenen und seines Partners müssen nicht mit dem objektivierbaren Störungsmaß (z. B. intravaginale Ejakulationslatenz) korrelieren. Sie sind bei Diagnose und Therapie jedoch in besonderer Weise zu berücksichtigen.

Psychopharmaka und Antihypertensiva als Ursache

Medikamente sind nicht selten die Ursache einer sexuellen Funktionsstörung, insbesondere erektile Dysfunktionen sind unter internistischen Medikamenten häufig. Dazu zählen etwa ACE-Hemmer, β -Rezeptorenblocker, Clonidin, Kalziumantagonisten, Reserpin, Statine, Spironolacton, Thiazide, Kortikosteroide, Methyl dopa, Metoclopramid sowie Cimetidin.

Unter Psychopharmaka können Veränderungen in allen Bereichen sexueller Funktionen auftreten und sowohl mit einer pathologischen Steigerung als auch – sehr viel häufiger – mit einer Beeinträchtigung und Verminderung der sexuellen Funktion einhergehen. Dazu zählen Antipsychotika, Antidepressiva (vor allem SSRI, Venlafaxin, Trizyklische Antidepressiva), Carbamazepin, Lithium und Benzodiazepine.

Alkohol und Nikotin können bei chronisch hohem Konsum zu erektiler Dysfunktion führen, unter Opiaten sind sexuelle Störungen bei Langzeitmissbrauch häufig. Für Stimulanzien und Kokain sind insbesondere akute Libidosteigerungen beschrieben (Tab. 3).

Durch Psychopharmaka bedingte sexuelle Funktionsstörungen werden besonders mit serotonergen Effekten wie Ejakulationsverzögerung und Orgasmusstörungen, direkt Dopamin-D2-Rezeptor blockierenden Wirkungen sowie mit einer Prolaktinerhöhung in Verbindung gebracht. Auch anticholinerge und GABAerge Wirkungen sind mit sexuellen Dysfunktionen assoziiert (Tab. 2 und 3).

Priapismus: nicht nur unter α -adrenolytischen Substanzen

Anhaltende schmerzhafte Erektionen (> 4 h) sind ein dringender urologischer Notfall! Priapismus kommt vor allem unter α -adrenolytischen Substanzen vor, die häufigsten Fallbeschreibungen gibt es für Trazodon. Wahrscheinlich hemmt die α_1 -Rezeptorblockade die Detumeszenz der Corpora cavernosa, allerdings kann auch unter Beteiligung anderer Mechanismen Priapismus auftreten. Fallberichte liegen auch für Alprostadil, Sildenafil, SSRI und Antipsychotika vor, auch für solche ohne α_1 -blockierende Effekte. Im Einzelfall sind unter α -blockierenden Substanzen (vor allem Trazodon) auch schmerzhafte Schwellungen der Klitoris (klitoraler Priapismus) aufgetreten.

Sexuelle Funktionsstörungen häufig unter SSRI-Therapie

Große Studien haben ergeben, dass sexuelle Störungen unter Antidepressiva in unterschiedlicher Inzidenz und Prävalenz auftreten (Tab. 3). Unter SSRI können dosisabhängig Ejakulationsverzögerungen, aber auch Störungen der sexuellen Appetenz sowie der Erektions-, Erregungs- und Orgasmusfähigkeit auftreten. Die serotonerg vermittelte Verzögerung der Ejakulationslatenz kann therapeutisch genutzt werden.

Sowohl Clomipramin als auch SSRI sind bei Ejaculatio praecox wirksam. Mittlerweile ist mit Dapoxetin ein kurzwirkender SSRI in dieser Indikation zugelassen.

Die angenommenen Mechanismen bei der Entstehung Antidepressiva-induzierter sexueller Funktionsstörungen sind gleichzeitig Ansatzpunkte für deren Behandlung, es gibt allerdings keinen empirisch validierten Behandlungsalgorithmus. Individuell sollten – wenn möglich unter Einbeziehen eines Partners – pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsstrategien entwickelt werden. Folgende Therapiemaßnahmen können angewendet werden:

Beratung und Abwarten („watchful waiting“): Bei schweren sexuellen Störungen ist Zuwarten jedoch nicht anzuraten. Bei SSRI-induzierten Ejakulations- und Orgasmusstörungen ist ein Rückgang der Beschwerden bei 20 bis 60 Prozent der Patienten nach sechs Monaten möglich.

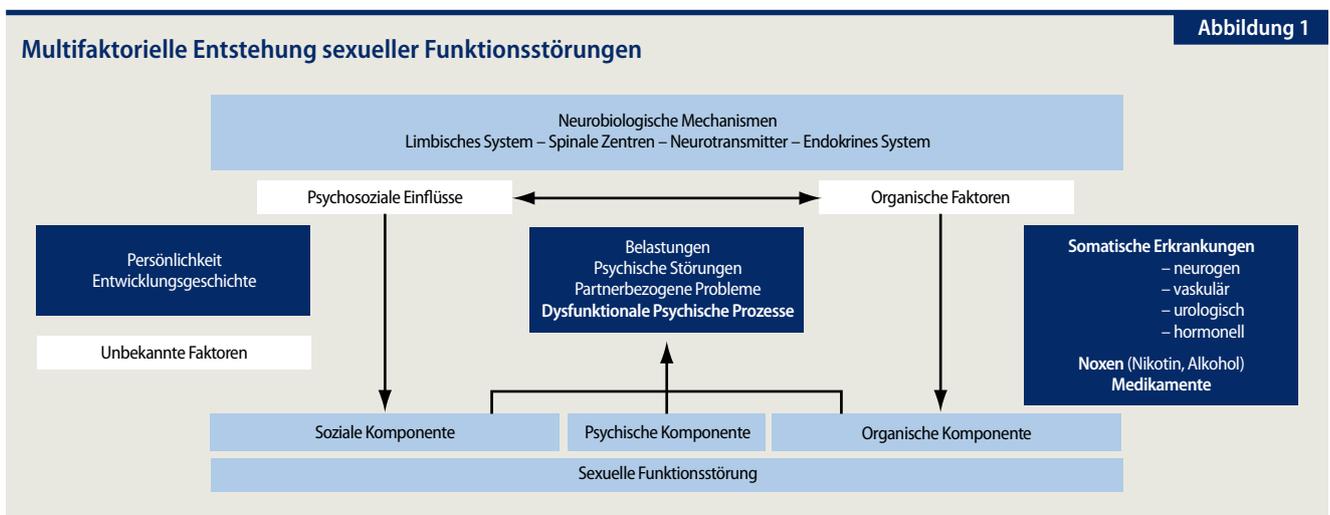
Dosisreduktion oder „drug holidays“ (wenn psychiatrisch vertretbar): Ein Aussetzen der SSRI-Medikation über das Wochenende war für Sertralin und Paroxetin begrenzt erfolgreich. Das Risiko einer Verschlechterung der psychischen Störung muss gegen einen möglichen Nutzen abgewogen werden.

Zusätzliche Gabe eines Pharmakons zur Neutralisierung oder Behandlung der pharmakogenen sexuellen Funktionsstörung (Augmentierung):

- **Mirtazapin** in niedriger Dosis (7,5–15 mg/Tag), mitunter auch Mianserin. Die 5-HT_{2C}-Blockade scheint einen günstigen Effekt zumindest bei Männern zu haben.
- **Agomelatin** (Melatonin-Rezeptoragonist, 5HT_{2C}-Antagonist) könnte in dieser Indikation ebenfalls wirksam sein, muss jedoch noch geprüft werden.
- **Bupropion** (selektiver Dopamin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, Dosis 75–300 mg/Tag) kann durch SSRI bedingte sexuelle Funktionsstörungen bei Männern und Frauen bessern.
- **Buspiron** (5-HT_{1A}-Agonist, Dosis bis 60 mg/Tag). Für die zumindest kurzfristige Wirksamkeit bei krankheitsbedingten und SSRI-induzierten sexuellen Funktionsstörungen liegen Ergebnisse aus offenen Studien vor.
- **Amantadin** (NMDA-Antagonist mit prodopaminergere Wirkung, Prolaktinhemmung, Dosis 50–100 mg/d); positive Wirksamkeitshinweise bei Männern; nicht aber in einer placebokontrollierten Studie bei Frauen.
- Nach Ausschluss von Kontraindikationen Gabe eines **PDE-5-Inhibitors** bei Erektionsstörungen oder andere Therapien zur Behandlung gegen erektile Dysfunktion. Für Sildenafil liegen Studien zum Wirksamkeitsnachweis auch bei medikamentös induzierter erektiler Dysfunktio-

Tabelle 1

Sexuelle Funktionsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV		
ICD-10	DSM-IV	Sexuelle Funktionsstörungen
F52.0	302.71	Mangel oder Verlust an sexuellem Verlangen
F52.1	302.79	Sexuelle Aversion
F52.2	302.72	Verlust genitaler Reaktionen, nicht-organische Lubrikations- beziehungsweise Erektionsstörung
F52.3	302.73/4	Orgasmusstörungen (Ausbleiben, starke Abschwächung oder erhebliche Verzögerung)
F52.4	302.75	Ejaculatio praecox (vorzeitige Ejakulation mit Leidensdruck)
F52.5	306.51	Vaginismus (unwillkürliche reflexartige Verkrampfung der Beckenbodenmuskulatur)
F52.6	302.76	Dyspareunie (ausgeprägte Schmerzen in Verbindung mit sexueller Aktivität)
F52.8/9	302.70	Sexuelle Funktionsstörungen (nicht näher bezeichnet)
T88.8 Y57.9	995.2	Medikamentöse Nebenwirkungen



Komplex vernetzte neurobiologische Systeme sind an sexuellen Funktionsstörungen beteiligt. Für die meisten Störungen ist bisher keine spezifische Pathophysiologie bekannt; die Dysregulation eines Systems hat häufig Folgen auf allen sexuellen Funktionsebenen.

on vor. Zudem gingen mit der erektilen Dysfunktion auch depressive Symptome zurück, die Lebens- und Partnerschaftsqualität nahm zu.

— Bei anhaltenden sexuellen Störungen unter Antidepressiva muss bei Gefährdung der Medikamentenadhärenz ein Wechsel vorzugsweise auf Agomelatin, Mirtazapin, Bupropion oder Moclobemid erwogen werden.

Antipsychotika können sexuelle Funktionen beeinträchtigen

Unter Antipsychotika sind sexuelle Störungen ebenfalls häufig (bei 40 bis 70 Prozent). Während bei unbehandelten Patienten mit Schizophrenie vor allem Störungen von Libido und sexuellem Erleben auftreten, werden unter Behandlung

mit Antipsychotika zudem Erektionsstörungen berichtet. Sexuelle Funktionsstörungen sind ein wichtiger Aspekt reduzierter Lebensqualität unter Antipsychotika – auch nach Besserung der Psychopathologie – und werden als ein häufiger Grund für Nonadhärenz angenommen.

Für die sexuellen Funktionsstörungen unter Antipsychotika werden direkte D2-Rezeptor-antagonistische Wirkungen und die D2-antagonistisch vermittelte Prolaktinerhöhung durch viele Antipsychotika verantwortlich gemacht.

Die wichtigsten Funktionen von Prolaktin sind die Förderung der Laktation sowie die zyklusabhängige Steuerung der Progesteronsekretion bei Frauen und die Verstärkung der Testosteronproduktion bei Männern. Normwerte liegen für

Tabelle 2

Psychopharmakologisch relevante Neurotransmitter und sexuelle Funktionen

Neurotransmitter	Mechanismus	Männer	Frauen
Serotonin (5-HT)	5-HT ₂ -Stimulation (SSRI, Venlafaxin)	Ejaculatio retardata Erektionsstörungen, PRL-Erhöhungen	Libidostörungen Orgasmusstörungen, PRL-Erhöhungen
	5-HT ₂ -Blockade (Cyproheptadin)	Besserung von Libidostörungen	Besserung von Orgasmusstörungen
	5-HT _{1A} -Stimulation (Buspiron, Aripiprazol)	Positive Wirkung auf sexuelles Erleben	Positive Wirkung auf Libido
Noradrenalin (NA)	NA-Stimulation (Yohimbin)	Besserung von Erektionsstörungen und Anorgasmie	Positive Wirkung auf Erregung und Orgasmus
	NA-Stimulation (Duloxetine, Reboxetin)	Selten sexuelle Funktionsstörungen als Nebenwirkung	Selten sexuelle Funktionsstörungen als Nebenwirkung
Adrenalin (A)	α-adrenerge Stimulation	Verbesserung der Detumeszenz	In Grenzen positive Wirkungen auf Erregung und Orgasmus
	α-Blockade (Trazodon, Antipsychotika, v.a. Asenapin)	Priapismus Libido- und Orgasmusstörungen	Libido- und Orgasmusstörungen
Dopamin (DA)	D ₂ -Stimulation (DA-Agonisten, Apomorphin)	Positive Wirkung auf Libido und Erektion, Besserung von Erektionsstörungen	Fraglich positive Wirkung auf Libido
	D ₂ -Rezeptor-Antagonisten (Antipsychotika)	Häufig sexuelle Funktionsstörungen, vor allem Libido- und Erektionsstörungen, PRL-Erhöhungen, Testosteronabfall	Libidostörungen, Orgasmusstörungen PRL-Erhöhungen Östrogenabfall
	Kokain (Dopaminagonist)	Niedrige Dosis: Libidozunahme Hohe Dosen: Orgasmusstörungen	Niedrige Dosis: Libidozunahme Hohe Dosen: Orgasmusstörungen
Acetylcholin (ACh)	ACh-Agonisten (Bethanechol u. a.)	Stimulierung der Erektion, Besserung von Erektionsstörungen	Unbekannt
	Anticholinergika (Biperiden u. a.)	Häufig sexuelle Funktionsstörungen, vor allem Libido- und Erektionsstörungen	Sexuelle Funktionsstörungen
GABA	GABA-Stimulation (Benzodiazepine)	Variable Inhibition der Sexualfunktionen mit Libido-, Erektions- und Orgasmusstörungen	Variable Inhibition der Sexualfunktionen mit Libido- und Orgasmusstörungen
Histamin	Histamin-H ₂ -Blockade (Cimetidin, Ranitidin)	Libido- und Erektionsstörungen	Libidostörungen
Opioide	μ-Agonisten (Analgetika, Heroin)	Libido-, Erektions- und Orgasmusstörungen (Langzeitwirkung)	Libidoveränderungen und Orgasmusstörungen (Langzeitwirkung)
	Opiatentzug μ-/κ/δ-Antagonist (Naloxon)	Libidozunahme, Erektionssteigerung, im Opiatentzug auch Spontanejakulationen und Spontanorgasmus	Inkonsistente Ergebnisse

Tabelle 3

Sexuelle Funktionsstörungen unter Psychopharmaka		
Psychopharmaka ^a	Sexuelle Funktionsstörung	Prävalenzschätzung
Antidepressiva		
SSRI und Venlafaxin	Vor allem Ejakulationsverzögerung (Männer) und Orgasmusstörungen (Frauen)	30 – 80%
TCA, Duloxetin, Reboxetin	Vor allem Erektions- und Orgasmusstörungen	30 – 50%; (seltener als unter SSRI)
Mirtazapin	Geringere Häufigkeit, vor allem Libidostörungen	20 – 25%
Bupropion	Geringere Häufigkeit	5 – 20%
Agomelatin	Sehr geringe Häufigkeit	5 – 10%; mit Placebo vergleichbar
Moclobemid	Sehr geringe Häufigkeit	5 – 10%; mit Placebo vergleichbar
Hypericum	Sehr geringe Häufigkeit	5 – 10%; mit Placebo vergleichbar
Antipsychotika		
Konventionelle hochpotente Antipsychotika (Haloperidol), Amisulprid, Zotepin, Risperidon (PRL-erhöhend)	Libido-, Erregungs- und Orgasmusstörungen	25 – 80% (vor allem Männer) 40 – 50%
Clozapin, Quetiapin, Olanzapin, Ziprasidon (nicht PRL-erhöhend)	Libido-, Erregungs- und Orgasmusstörungen	15 – 50%; nicht sicher seltener unter Quetiapin und Clozapin
Aripiprazol (partiell dopaminagonistisch, PRL-neutral oder PRL-reduzierend)	Libido-, Erregungs- und Orgasmusstörungen (unter Umständen Hypersexualität)	10 – 20%; wahrscheinlich seltener als unter anderen Antipsychotika, Fallberichte von Hypersexualität
Benzodiazepine	Dosisabhängig alle sexuellen Funktionsstörungen	?
Anticholinergika	Erektions- und Orgasmusstörungen	?
^a auch unter verschiedenen anderen Pharmaka können sexuelle Funktionsstörungen auftreten, gehäuft unter Antihypertensiva, Lipidsenkern, Antihistaminika, Antiepileptika, Zytostatika, Steroidhormonen		

erwachsene Frauen (etwa 5–25 ng/ml) höher als für Männer (2–20 ng/ml). Die Untersuchung sollte wegen der zirkadianen Rhythmik am besten durch wiederholte Blutproben nüchtern 2 Stunden nach dem Aufwachen erfolgen. Die physiologische Prolaktinausschüttung wird etwa durch Opiate, Endorphine, Östrogene, Noradrenalin und Serotonin stimuliert, während als Prolactin-Inhibiting Factor endogenes Dopamin über D2-Rezeptoren fungiert. Erhöhungen auf das fünf- bis zehnfache der Normwerte werden nicht selten kurzzeitig nach Krampfanfällen und anderen massiven Stressoren oder bei konventionellen Antipsychotika (meist zwei- bis dreifache Erhöhung, bei Männern höher) gefunden, bei anhaltender deutlicher Prolaktinerhöhung (häufig mit Kopfschmerzen) ist an einen prolaktin-produzierenden Tumor zu denken.

Nach Absetzen oraler Antipsychotika normalisieren sich Prolaktinwerte nach etwa zwei bis drei Wochen, bei Depot-Antipsychotika dauert dies bis zu 24 Wochen nach letzter Injektion. Unter manchen atypischen Antipsychotika sind Prolaktinerhöhungen transient und gering oder fehlen gänzlich (bei Aripiprazol, Clozapin, Quetiapin, Olanzapin, Ziprasidon, Asenapin). Dies wird durch partial-agonistische Wirkung am D2-Rezeptor (Aripiprazol), eine geringere D2-Blockade von Hypophysen-Rezeptoren, eine geringe Bindungsaffinität oder ein rascheres Dissoziieren vom D2-Rezeptor und eine damit bessere endogene Dopaminwirkung erklärt. Konventionelle Antipsychotika (Haloperidol) und manche

Atypika (Zotepin, Risperidon, Paliperidon, Sulpirid, Amisulprid) führen zu deutlichen Prolaktinerhöhungen. Die Korrelation zwischen Serumprolaktinspiegeln und sexuellen Funktionsstörungen ist allerdings gering, die individuelle Reaktion auf Prolaktinerhöhungen ist folglich nicht gut vorhersagbar.

Studien zum Vergleich von konventionellen und atypischen Antipsychotika haben Vorteile für Atypika bezüglich sexueller Funktionsstörungen nicht konsistent belegen können. Für Aripiprazol verdichten sich allerdings Befunde, dass sexuelle Funktionsstörungen seltener sind und die Prolaktin normalisierende Wirkung von Aripiprazol bei prolaktininduzierten Störungen unter anderen Antipsychotika gebessert werden kann („add-on“ oder Umstellung). Allerdings sind in Einzelfällen unter Aripiprazol auch Libidosteigerungen und unerwünschte Hypersexualität aufgetreten.

Bei konventionellen hochpotenten Antipsychotika und dosisabhängig bei Risperidon und Paliperidon, selten unter Olanzapin, insbesondere aber unter Sulpirid und Amisulprid, gehen die deutlichen Prolaktinerhöhungen häufig auch mit Zyklusunregelmäßigkeiten, Amenorrhö, Libidostörungen; Galaktorrhö bei Frauen (bei 2 bis 6 Prozent) sowie Gynäkomastie bei Männern einher. Durch Histamin-H1-Blockade (Sedierung), anticholinerge und α -adrenolytische Wirkungen werden sexuelle Funktionsstörungen auch ohne Prolaktinerhöhung bei anderen Antipsychotika (etwa Quetiapin und Clozapin) erklärt.

Bei Langzeittherapie mit prolaktinerhöhenden Substanzen besteht die Gefahr eines Androgen- und Östrogenmangels mit konsekutiver Osteopenie. Die Zusammenhänge zwischen chronischer Hyperprolaktinämie und Brustkrebsrisiko werden weiterhin diskutiert. Ein erhöhtes Brustkrebsrisiko bei Frauen unter Langzeiteinnahme von konventionellen Antipsychotika wurde bisher nicht bestätigt. Bis zu einem Drittel der Patienten entwickelt auch unter konventionellen Antipsychotika keine persistierende Hyperprolaktinämie. Insgesamt wird derzeit jedoch empfohlen, bei sexuellen Funktionsstörungen unter Psychopharmaka (etwa unter Dopamin-D2-Rezeptorantagonisten, selten unter SSRI) die dosisabhängige Prolaktinerhöhung zu beachten und darauf zu reagieren (Dosisreduktion, zusätzliche Gabe eines Dopaminagonisten, Absetzen).

Dosisreduktion erhöht das Risiko für eine Exazerbation

Ein generelles Vorgehen bei durch Antipsychotika induzierten sexuellen Störungen ist noch nicht etabliert, ein individuelles Vorgehen unter Berücksichtigung der psychosozialen Komponenten wird daher angeraten:

- Wenn möglich, zunächst eingehende Beratung und Abwarten.
- Wenn psychopathologisch vertretbar, bei Persistenz der sexuellen Störungen vorsichtiger Versuch der Dosisreduktion; jede Dosisreduktion bei stabil eingestellten Patienten mit schizophrener Störung erhöht das Risiko für eine Exazerbation.
- Bei sexuellen Funktionsstörungen unter Antipsychotika kann die Prolaktinbestimmung im Plasma zielführend sein.
- Bei prolaktinerhöhenden Antipsychotika und persistierenden, subjektiv nicht tolerierbaren Störungen ist die Umstellung auf ein Antipsychotikum ohne Prolaktinerhöhung wie Aripiprazol, Quetiapin oder Clozapin zu erwägen.
- In Einzelfällen wurde über eine Prolaktinsenkung durch die zusätzliche Gabe eines niedrig dosierten Dopaminagonisten wie Bromocriptin, Cabergolin oder Amantadin eine Reduktion sexueller Funktionsstörungen beschrieben (Gefahr der potenziell psychotogenen Wirkung); vorher sollte ein Versuch mit Aripiprazol als „add-on“ erfolgen.
- Bei nicht prolaktininduzierten sexuellen Funktionsstörungen kann bei erektiler Dysfunktion eine Zusatzmedikation mit einem PDE-5-Inhibitor nach Ausschluss von Kontraindikationen empfohlen werden. Sildenafil hat sich bei Erektionsstörungen unter antipsychotischer Behandlung als wirksam erwiesen. Für niedrig dosiertes Mirtazapin liegen in dieser Indikation Einzelfallberichte vor.

Bei erektiler Dysfunktion und Ejaculatio praecox sollten immer auch psychotherapeutische Maßnahmen – wenn möglich unter Einbeziehen des Partners – erwogen werden. Besondere Erwähnung verdienen das „sensitive focusing“-Verfahren bei Ejaculatio praecox und Psychotherapien bei komplexen Sexualstörungen. Zudem sind bei erektiler Dysfunk-

tion und Lubrikationsstörungen auch lokal applizierbare Prostaglandine (E1), die von manchen Patienten gut akzeptiert werden (intracavernös SKAT, transurethral MUSE), verfügbar. Hormongaben (Testosteron, Östrogene) sollen nach aktuellem Kenntnisstand nur bei nachweislichem Defizit und unter engmaschiger Kontrolle erfolgen.

Fazit

Sexuelle Funktionsänderungen unter Psychopharmaka sind sehr häufig, exakte Inzidenz- und Prävalenzangaben aber kaum möglich. Besonders häufig sind Störungen der Sexualfunktion bei Antidepressiva wie SSRI und Venlafaxin sowie bei Dopamin-D2-Rezeptor blockierenden Substanzen, die auch mit einer ausgeprägten Prolaktinerhöhung einhergehen können (etwa Risperidon, Paliperidon, Amisulprid, Sulpirid).

Die Behandlung sollte nach sorgfältiger Diagnostik individuell unter Abwägung von Risiken und Nutzen erfolgen. Evaluierbare Algorithmen sind nicht verfügbar. Sollten Zuwarten und Dosisreduktion nicht möglich sein, sind Substanzen mit bekanntem positivem Effekt auf die sexuelle Funktion eine Option. Zugelassen sind hier Dapoxetin gegen Ejaculatio praecox und die PDE-5-Inhibitoren Sildenafil, Vardenafil und Tadalafil bei erektiler Dysfunktion.

Alternativ oder begleitend sind immer psychotherapeutische Maßnahmen zu erwägen, letztlich bleibt oft nur der Wechsel auf ein alternatives Psychopharmakon mit bekannter oder wahrscheinlich geringerer ungünstiger Wirkung auf die sexuelle Funktion. Mit dem Wechsel sollte nicht zu lange gewartet werden, da sexuelle Funktionsstörungen die Lebensqualität massiv beeinträchtigen können und nicht selten Ursachen für einen Abbruch der Psychopharmakabehandlung sind. □

LITERATUR

bem Verfasser

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych.

Matthias J. Müller

Vitos Klinikum Giessen-Marburg

Licher Straße 106, 35394 Giessen

E-Mail: mjmueller@vitos-giessen-marburg.de

Sammeln Sie CME-Punkte ...

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

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

So nehmen Sie teil!

Füllen Sie unter www.cme-punkt.de den Online-Fragebogen aus. Unmittelbar nach der Teilnahme erfahren Sie, ob Sie bestanden haben, und können die Bescheinigung für Ihre Ärztekammer sofort ausdrucken. Zudem finden Sie hier sämtliche CME-Module des Verlags Urban & Vogel. Die Fragen beziehen sich auf die beiden Fortbildungsbeiträge der vorangegangenen Seiten. Die Antworten ergeben sich zum Teil aus dem Text, zum Teil beruhen sie auf medizinischem Basiswissen.

**CME-Fragebogen**

Sexuelle Funktionsstörungen

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

1. Sexuelle Funktionsstörungen bei psychischen Störungen ...

- A ... haben keinen wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität.
- B ... verbessern sich regelmässig unter spezifischer Therapie der psychischen Störung.
- C ... treten bei etwa 5 bis 10 Prozent der Patienten mit depressiven Störungen auf.
- D ... haben häufig einen negativen Einfluß auf die Therapieadhärenz.
- E ... beschränken sich in der Regel auf Männer.

2. Bei der Diagnostik sexueller Funktionsstörungen steht nicht an erster Stelle:

- A Sorgfältige Sexualanamnese
- B Körperliche Untersuchung
- C Medikamentenanamnese
- D Prolaktinbestimmung bei entsprechenden Symptomen
- E Apparative gynäkologische oder urologische Verfahren

3. Welche der folgenden sexuellen Störungen wird nicht zu den sexuellen Funktionsstörungen gerechnet?

- A Paraphilie
- B Orgasmusstörung
- C Libidostörung
- D Erektile Dysfunktion
- E Ejaculatio praecox

4. Welches der folgenden Medikamente führt in der Regel nicht zu sexuellen Funktionsstörungen?

- A Ibuprofen und andere nichtsteroidale Antiphlogistika
- B Haloperidol und andere konventionelle Antipsychotika
- C ACE-Hemmer und andere Antihypertensiva
- D Paroxetin und andere SSRI
- E Cimetidin und andere Histamin-H2-Rezeptorenblocker

5. Welche der folgenden Aussagen zu zentralnervösen physiologischen Grundlagen von sexuellen Störungen trifft zu?

- A Serotonerge Rezeptoraktivierung führt zur Verkürzung der Ejakulationslatenz
- B Acetylcholin-Rezeptoraktivierung führt zu Hyperprolaktinämie
- C Noradrenerge Stimulation führt zur Ejakulationsverzögerung
- D GABA-erge Stimulation führt häufig zu Libidosteigerungen
- E Dopamin-D2-Rezeptoraktivierung kann Libido und Erektion verbessern



6. Priapismus: welche der Aussagen trifft zu?

- A Tritt nie unter α -adrenolytischen Substanzen auf
- B Ist eine harmlose Nebenwirkung vieler Psychopharmaka
- C Entsteht durch sexuelle Überstimulation
- D Kann auch unter Clozapin auftreten
- E Wird als anhaltende schmerzhafte Erektion länger als 24 Stunden definiert

7. Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen unter Antidepressiva: welche Reihung ist richtig?

- A SSRI > Venlafaxin > Bupropion > Trizyklika > Agomelatin
- B SSRI = Venlafaxin > Duloxetin > Bupropion > Trizyklika
- C Duloxetin = Mirtazapin > SSRI > Trizyklika > Tranylcypromin
- D Venlafaxin > Duloxetin > Mirtazapin > Bupropion > Hyperikum
- E SSRI > Moclobemid > Mirtazapin > Trizyklika > Agomelatin

8. Welches der folgenden Antipsychotika führt zu den geringsten Prolaktinerhöhungen?

- A Haloperidol
- B Risperidon
- C Quetiapin
- D Amisulprid
- E Fluphenazin

9. Welche Aussage zur Prolaktinerhöhung unter Antipsychotika trifft nicht zu?

- A Keine Prolaktinerhöhung unter Aripiprazol
- B Sehr hohe Korrelation zwischen Prolaktinspiegel und sexuellen Störungen
- C Hohe interindividuelle Variabilität der Prolaktinerhöhung bei derselben Substanz
- D Ein Langzeiteffekt von deutlichen Prolaktinerhöhungen ist vor allem Osteopenie
- E Passagere geringe Prolaktinerhöhungen unter Olanzapin sind möglich

10. Welches Vorgehen bei einer unter konventionellen Antipsychotika auftretenden und anhaltenden Erektionsstörung ist als erster Schritt am wenigsten anzuraten?

- A Umsetzen des Antipsychotikums nach Prolaktinbestimmung
- B Nach Ausschluß von Kontraindikationen: Sildenafil
- C Versuch einer Dosisreduktion unter engmaschiger Kontrolle
- D Zusätzliche Gabe von Bromocriptin
- E Zusätzliche Gabe von Aripiprazol



**Teilnahme nur im Internet
unter www.cme-punkt.de**

Neue Kombinationstherapie optimiert die Behandlung von Epilepsiepatienten

➔ Mit den derzeit verfügbaren Antiepileptika ist eine effektive Therapie bei Epilepsie möglich, allerdings werden nach Angaben von Professor Dieter Schmidt, Berlin, etwa zwei Drittel der Patienten nicht anfallsfrei. Es bestehe deshalb durchaus noch Bedarf für neue Antiepileptika, betonte der Neurologe. Dies gilt umso mehr, als

nach wie vor viele Patienten als pharmakoresistent eingestuft werden.

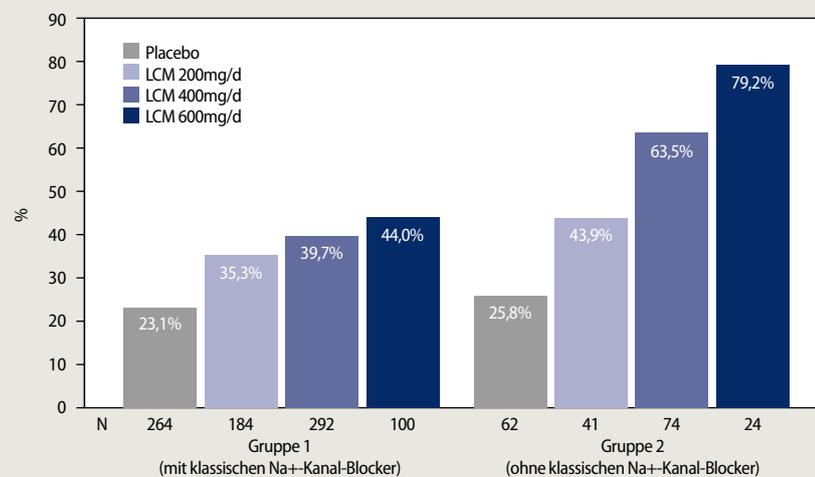
„Die Pharmakoresistenz ist aber nur einer Frage der Alternative“, sagte Professor Christian E. Elger aus Bonn. Insofern biete jedes neue Antikonvulsivum eine neue Chance für den Patienten. Verbessern lassen sich die Behandlungsergebnisse

häufig durch eine Kombinationstherapie. Das zeigte eine Analyse der klinischen Studien zu Lacosamid (Vimpat®). Das Medikament entfaltet eine zusätzliche Wirkung in Kombination mit unterschiedlichen Antiepileptika, und zwar sowohl mit klassischen Natriumkanalblockern als auch mit Nicht-Natriumkanalblockern. Durch die Zusatztherapie mit Lacosamid wurde in den analysierten Studien mit beiden Wirkstoffgruppen die Ansprechrate verbessert und die Häufigkeit fokaler Anfälle reduziert. Die zusätzliche Wirkung von Lacosamid war dabei am ausgeprägtesten, wenn das Antiepileptikum zusammen mit einem Nicht-Natriumkanalblocker verabreicht wurde. So wurde in Kombination mit einem klassischen Natriumkanalblocker bei nahezu 40 Prozent der Studienpatienten eine Anfallsreduktion um mindestens 50 Prozent erwirkt. Bei der Kombination mit einem Nicht-Natriumkanalblocker lag die Rate sogar noch etwa 20 Prozent höher.

Christine Vetter

Satellitensymposium „Moderne Epilepsitherapie: Mythen und Fakten“, Update Neurologie, 2. Dezember 2010 in Düsseldorf
Veranstalter: UCB Pharma

Lacosamid: Anteil der 50-Prozent-Responder (gepoolte Daten)



Quelle: UCB Pharma

Antidementivum zeigt Wirksamkeit bei Alzheimer schon nach vier bis zwölf Wochen

➔ „Eine Therapie mit Memantine wirkt sich nicht nur günstig auf das Gedächtnis aus, sondern auch auf Orientierung und Sprachverständnis. Darauf hat Professor Hans Förstl aus München hingewiesen. Wie Förstl bei einem Symposium beim DGPPN-Kongress in Berlin betonte, erhalten aber noch immer nur 10 bis 20 Prozent der Patienten mit Alzheimer-Demenz eine Therapie mit Antidementiva. Die Chancen zur Verzögerung der Demenz mithilfe von Medikamenten wie Cholinesterase-Hemmern und Memantine (Axura®) sollten daher besser genutzt werden.

Die Verzögerung der Erkrankung zeigte sich in mehreren Studien, etwa einer Auswertung der Rohdaten aus sechs Zulassungsstudien zu Memantine. Danach verlangsamte die Therapie mit Memantine (20 mg/d) bei moderater bis schwerer Demenz im Verlauf von 24 Wochen den

Abbau der Kognition signifikant im Vergleich zu Placebo. Bei Patienten mit moderater Alzheimer-Demenz zeigte sich der Effekt einer sechsmonatigen Therapie mit Memantine im Vergleich zur Placebo auch bei verschiedenen Einzelitems der Skala ADAS-cog. So konnten die Patienten Testanweisungen besser verstehen, auch Orientierung und Sprachverständnis waren besser als mit Placebo. Selbst bei schwerer Demenz ließen sich anhand der Severe Impairment Battery (SIB) eine Verzögerung des Verlaufs und günstige Effekte einer sechs Monate dauernden Therapie mit Memantine im Bereich Kognition und Kommunikation feststellen.

Unterschiede waren bereits nach vier bis zwölf Wochen erkennbar. Insgesamt war der ADAS-cog-Wert nach 12 und 24 Wochen etwa 1,5 Punkte besser als mit Placebo, auf der SIB-Skala war der Wert im Schnitt um 3 bis 4 Punkte höher

als mit Placebo. Bei den Patienten in der SIB-Gruppe blieben die kognitiven Leistungen über zwölf Wochen hinweg besser als zu Studienbeginn, in der ADAS-cog-Gruppe sogar über die gesamten 24 Wochen hinweg [Int J Geriatr Psychiatry 2009; 24: 532].

Die Studienautoren betonen, dass diese Ergebnisse eine hohe Relevanz für den Alltag der Alzheimerpatienten und ihrer Angehörigen haben.

Friederike Klein

Satellitensymposium „Alzheimer Demenz – Perspektiven für Diagnostik & Therapie“, DGPPN-Kongress, 24. November 2010 in Berlin
Veranstalter: Merz Pharmaceuticals GmbH

Generikum für die Parkinsontherapie

Das Generika-Unternehmen CT Arzneimittel nimmt einen neuen Dopamin-Agonisten für die Initial- und Erhaltungs-therapie der Parkinsonkrankheit ins Portfolio auf. Pramipexol-CT Tabletten gibt es in den vier Wirkstärken 0,088 mg, 0,18 mg, 0,35 mg und 0,7 mg. Die Arznei ist in Packungen zu 30 (N1) und 100 (N3) Tabletten erhältlich. Außer den Tabletten mit der niedrigsten Dosierung sind alle Tabletten teilbar und bieten besonders in der Langzeittherapie einen Preisvorteil von bis zu 40 Prozent im Vergleich zum Erstanbieter.

Nach Informationen von CT Arzneimittel

Dopamin-Agonist in zusätzlicher Wirkstärke

Als Pramipexol-neuraxpharm® ist der derzeit meistverordnete, nicht-ergoline Dopamin-Agonist Pramipexol nun auch vom Unternehmen neuraxpharm verfügbar. Das Arzneimittel ist dabei bioäquivalent zum Erstanbieter. Erhältlich ist das Präparat in den Wirkstärken 0,088 mg (Packungen mit 30 und 50 Tabletten), 0,18 mg (30, 50 und 100 Tabletten), 0,35 mg (30, 50 und 100 Tabletten) sowie 0,7 mg (50 und 100 Tabletten). Außerdem gibt es eine zusätzliche Wirkstärke mit 1,1 mg (50 und 100 Tabletten). Bis auf die niedrigste Dosierung sind alle Tabletten teilbar.

Nach Informationen von neuraxpharm

Pramipexol mit Bioäquivalenz zum Erstanbieter

Das neue Präparat Pramipexol AbZ verfügt über eine nachgewiesene Bioäquivalenz des Dopamin-Agonisten zum Erstanbieter von 100,6% und ermöglicht damit eine einfache und sichere Umstellung. Für eine gute Compliance sorgt auch das identische Aussehen der Tabletten zum Erstanbieter. Erhältlich sind Pramipexol-Wirkstärken von 0,088 mg (Packungen mit 30 Tabletten), 0,18 mg (30 und 100 Tabletten), 0,35 mg (30 und 100 Tabletten) sowie 0,7 mg (50 und 100 Tabletten).

Nach Informationen von AbZ-Pharma

Reizbarkeit, Ärger, Sucht – das ist typisch für Depressionen bei Männern

Zahlreichen epidemiologischen Studien zufolge haben Frauen im Vergleich zu Männern ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für eine Depression. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer schweren Depression zu erkranken, liegt bei Männern bei etwa 10 bis 12 Prozent, bei Frauen bei etwa 25 Prozent. Im Alter und bei Multimorbidität steigt es nochmals deutlich an, erinnerte Dr. Michael Enzl aus Münster. Die geringere Depressionsprävalenz bei Männern habe verschiedene Ursachen: Männer seien bei psychischen Beschwerden oftmals weniger bereit, Hilfe aufzusuchen, zudem spiele die Andersartigkeit der männlichen Depression eine Rolle. Ähnlich wie bei der Altersdepression stünden Kernsymptome wie Freudlosigkeit, Depression und Antriebsmangel nicht so stark im Vordergrund. Bei der „männlichen Depression“ würden die Hauptsymptome oft durch Reizbarkeit, Ärger und vermehrtes Suchtverhalten maskiert, sodass häufig Fehldiagnosen wie Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen gestellt werden.

Nach Einschätzung Enzls sind geschlechtsspezifische Therapien depressiver Störungen unzureichend untersucht. Als Therapie der ersten Wahl gelten moderne SSRI und SNRI. Leider würden immer noch zu häufig unkritisch Benzodiazepine verordnet, bemängelte Enzl.

Professor Hans-Peter Volz, Werneck, rief die Ergebnisse eine unabhängigen Meta-Analyse in Erinnerung, in der sich Escitalopram (Ciprallex®) in einem Vergleich mit elf anderen Antidepressiva der neuen Generation mit der besten Wirksamkeit bei zugleich bester Therapieakzeptanz erwiesen habe [Cipriani A et al., Lancet 2009]. Zwar könne die Meta-Analyse wegen der darin vorgenommenen indirekten Vergleiche auch kritisch gesehen werden, aber die jeweilige Einstufung der Antidepressiva auf den Skalen „Wirksamkeit“ und „Verträglichkeit“ spiegele die klinische Erfahrung durchaus wider. Für Escitalopram spreche auch das schnelle Ansprechen und die überlegene Wirksamkeit bei schweren Depressionen. Die Daten zahlreicher klinischer Studien der Evidenzklasse Ia und Ib zeigten eine deutliche Überlegenheit von Escitalopram gegenüber Citalopram. „Kein anderer Vergleich zweier Antidepressiva hat so konsistent eine Überlegenheit eines Antidepressivums gezeigt“, sagte Volz.

Dr. Gunter Freese

Pressegespräch „Ciprallex®: Innovativ und ein-fach stark bei Depression“, DGPPN-Kongresses, 26. November 2010 in Berlin
Veranstalter: Lundbeck GmbH

Teriflunomid senkt die Rezidivrate bei Patienten mit MS

Das einmal täglich oral einzunehmende neue Arzneimittel Teriflunomid von Sanofi-Aventis senkt die jährliche Rezidivrate im Vergleich zu Placebo bei rezidivierender Multipler Sklerose nach zwei Jahren signifikant. Darauf deuten die Ergebnisse der zweijährigen Phase-III-Studie TEMSO zu dem neuen Arzneimittel hin. In der Studie mit 1.088 MS-Patienten reduzierte Teriflunomid in beiden untersuchten Dosierungen (7 und 14 mg) die jährliche Schubrate im Vergleich zu Placebo signifikant um 31 Prozent. Behinderungsprogressionen, gemessen anhand des EDSS-Scores, traten bei einer Dosierung von 14 mg um 30 Prozent seltener und mit der 7-mg-Dosierung um 24 Prozent seltener auf als mit Placebo. In der höheren Dosierung war der Unterschied signifikant. Teriflunomid war in beiden Dosierungen gut verträglich und die Zahl der Patienten, bei de-

nen während der Behandlung unerwünschte Ereignisse vorkamen, war in der Behandlungsgruppe und in der Placebo-Gruppe vergleichbar. Eine Reihe von MRT-Messungen belegte im Vergleich zu Placebo auch eine signifikante Senkung der Krankheitsaktivität im Gehirn, darunter auch einen Rückgang des Gesamtläsionsvolumens um 39 Prozent für die 7-mg-Dosis und 67 Prozent für die 14-mg-Dosis. Teriflunomid ist ein neuer, oraler anwendbarer, krankheitsmodifizierender Wirkstoff gegen rezidivierende Multiple Sklerose. Er hemmt die De-novo-Pyrimidin-Synthese und reduziert so ohne zytotoxische Wirkung die Proliferation von T- und B-Zellen.

Nach Informationen von Sanofi-Aventis

Orales MS-Medikament nimmt wichtige Zulassungshürde

Die Zulassung des ersten oralen MS-Basistherapeutikums in der EU steht nun kurz bevor: Der Ausschuss für Humanarzneimittel der Europäischen Arzneimittelagentur EMA erteilte seine „Positive Opinion“ für die Zulassung von Fingolimod 0,5 mg zur MS-Therapie. Die Experten des Ausschusses empfehlen das Medikament zur Therapie von Patienten mit einer schubförmig remittierenden MS, die trotz hoher Krankheitsaktivität auf eine Therapie mit Interferon beta nicht ansprechen oder die an einer schnell fortschreitenden schweren schubförmig remittierenden MS leiden. Mit Fingolimod befindet sich jetzt ein ganz neues Therapieprinzip, die Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptor-Modulation, kurz vor der Zulassung.

Nach Informationen von Novartis

Neuer Immunmodulator punktet in Phase-III-Studien

Bei einer Therapie mit Laquinimod haben Patienten mit schubförmiger MS verglichen mit Placebo signifikant geringere jährliche Schubrate. Das hat die über zwei Jahre laufende Phase-III-Studie ALLEGRO ergeben. Laquinimod ist eine neue, einmal täglich oral zu verabreichende immunmodulatorische Substanz. Das globale klinische Entwicklungsprogramm zur Bewertung von Laquinimod bei MS beinhaltet die zwei Phase-III-Studien ALLEGRO und BRAVO. In der Studie ALLEGRO haben 1.106 MS-Patienten nach einem Zufallsprinzip einmal täglich 0,6 mg Laquinimod oder Placebo eingenommen. Mit Verum war die jährliche Schubrate (primärer Endpunkt) dabei signifikant niedriger als mit Placebo. Darüber hinaus sind weitere klinische Endpunkte erreicht worden, etwa eine signifikante Verringerung der Behinderungsprogression. Die Studie BRAVO, in der Laquinimod mit Placebo sowie mit Interferon beta-1a verglichen wird, läuft derzeit noch. Erste Ergebnisse werden im dritten Quartal 2011 erwartet. Laquinimod wurde bereits im Februar 2009 von der US-amerikanischen Zulassungsbehörde FDA ein beschleunigtes Prüfungsverfahren (Fast Track designation) bewilligt.

Nach Informationen von TEVA Deutschland

Neun von zehn GAD-Patienten profitieren von einer Therapie mit Medikamenten

➔ Patienten mit Generalisierten Angststörungen (GAD) stellen sich in der Primärversorgung häufig mit Schmerzen, anderen somatischen Erkrankungen/Beschwerden oder mit Schlafstörungen vor. Nur 13 Prozent der GAD-Patienten nannten in einer Studie „Angst“ als Konsultationsanlass, so Professor Borwin Bandelow aus Göttingen.

Die meisten Patienten mit einer GAD profitieren von einer medikamentösen Therapie. Dies wird auch von der Beobachtungsstudie CALM mit Pregabalin (Lyrica®) bestätigt [Möller et al., Psychopharmakotherapie 2009]. An der vierwöchigen Studie nahmen 331 Psychiater und Nervenärzte mit 578 erwachsenen GAD-Patienten teil. Am Studienende lag der Dosierungsbereich von Pregabalin bei 100–600 mg/d, der Großteil der Patienten erhielt 150 mg/d (39 Prozent) oder 300 mg/d (32 Prozent). Zielparameter waren verschiedene Depressions-, Angst-, Schlaf- und Schmerzskaalen. Alle Parameter wurden zur Baseline, nach einer und nach vier Wochen erhoben. In der Studie kam es bei 90 Prozent der Patienten mit GAD zu einer mindestens geringfügigen Besserung, bei 57 Prozent zu einer starken beziehungsweise sehr starken Reduktion der GAD-

Symptome. Signifikant besserten sich auch die Schlafqualität und die Schmerzen der Patienten. Nur 1,2 Prozent der Patienten brachen die Studie wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen ab, die Behandlung wurde also in der Regel gut vertragen. Als limitierende Faktoren der Studie benannte Bandelow das offene Studiendesign sowie eine fehlende Kontrolle zusätzlicher Therapien. Bandelow rief in Erinnerung, dass in der Therapie von Angststörungen eine ausreichende Evidenz bei positivem Risiko-Nutzen-Verhältnis für SSRI, SNRI, Pregabalin sowie Verhaltenstherapie bestehe. Ähnlich gut wirksam, aber mit einem einschränkenden Risiko-Nutzen-Verhältnis seien Quetiapin, trizyklische Antidepressiva, Benzodiazepine und MAO-Hemmer.

Dr. Gunter Freese

Satellitensymposium „Ein Übel kommt selten allein. GAD-Therapie im Spannungsfeld psychischer und somatischer Komorbiditäten“, DGPPN-Kongress, 24. November 2010 in Berlin
Veranstalter: Pfizer

Arznei lindert sowohl psychische als auch körperliche Symptome bei Depressionen

➔ Viele Depressive haben auch körperliche Beschwerden wie Schmerzen. Gehen die Schmerzen mit Duloxetin (Cymbalta®) schnell zurück, verschwindet meist auch die Depression. Darauf hat Dr. Johanna Sasse vom Uniklinikum Dresden hingewiesen.

Dass viele depressive Patienten oft auch körperliche Symptome haben, bestätigt eine internationale Studie mit knapp 1.150 später als depressiv eingestuften Patienten: 69 Prozent von ihnen wurden nur wegen Schmerzen, Verspannungen, Benommenheit, Schwindel, allgemeiner Schwäche, Erschöpfung oder Herzklopfen beim Arzt vorgestellt.

Die Bedeutung von Schmerzen bei Depressionen wird auch in der nicht-interventionellen Studie PADRE deutlich: Diejenigen der über 4.500 Teilnehmer, die in den ersten vier Wochen mit Duloxetin eine Schmerzreduktion um mehr als 50 Prozent erreichten, erzielten zu 67 Prozent auch eine Remission der Depression nach

sechs Monaten – von den übrigen waren es nur 37 Prozent. „Das gute Ansprechen beim Schmerz hatte also einen hohen prädiktiven Wert für die Depression an sich“, so Sasse. Auch die depressive Kernsymptomatik könne durch Duloxetin deutlich reduziert werden, sagte Sasse. Zudem verfüge das Arzneimittel über ein gutes Verträglichkeitsprofil: In der Regel treten weder Sedierung noch Gewichtszunahme auf.

Simone Reisdorf

Symposium „Psychiatrische Patienten und die Rückkehr in den Alltag – Erfolge und Perspektiven“ im Rahmen des DGPPN-Kongresses am 26. November in Berlin
Veranstalter: Lilly Deutschland GmbH

Bald Lockerung des Leberwertmonitorings ?

➔ Nach den Ergebnissen einer Sicherheitsstudie zu Tolcapon, der EMEA-Label-Change-Studie, erhofft man sich nun in Europa von der EMEA eine Lockerung der Vorschriften zur Anwendung des COMT-Hemmers Tolcapon (Tasmar®) analog der FDA-Richtlinien. In die Studie wurden in Europa knapp 400 Parkinsonpatienten aufgenommen und mit Tolcapon behandelt. Regelmäßige Bestimmungen der ALT-(GPT-) und AST-(GOT-)Werte zeigten, dass das Präparat sicher und gut verträglich ist. Die Ergebnisse spiegeln auch die Resultate der schweizerischen und amerikanischen Monitorprogramme wider, die bereits 2006 zu einer Lockerung der FDA-Richt-

linien führten. Die Initiatoren der Studie erhoffen sich nun, dass die überzeugenden Daten der neuen Studie auch hierzulande zu einer Änderung der Vorgaben zum Lebermonitoring führen. Damit würde die Anwendung des COMT-Hemmers deutlich vereinfacht, ohne dabei Sicherheitsaspekte zu vernachlässigen.

Yvette Zwick

Satellitensymposium „Morbus Parkinson und Myasthenia gravis – Neue Daten zur Therapieoptimierung“, Neurowoche 2010, 24. September 2010 in Mannheim
Veranstalter: MEDA Pharma

EMA – FDA: Richtlinien zu Tolcapon (Tasmar®)

	EMEA	FDA
Lebermonitoring	→ 1. Jahr: alle 2 Wochen → Dann 6 Monate: alle 4 Wochen → Dann: alle 8 Wochen	→ 6 Monate: alle 2–4 Wochen → Dann: nach ärztlichem Ermessen
Aussetzen der Medikation	AST/ALT > ULN	AST/ALT > 2 x ULN

Frühe Therapie verzögert Heimaufnahme

➔ Aktuelle Studienergebnisse zeigen, dass Galantamin (Reminyl®) im Vergleich zur Behandlung mit Ginkgo biloba bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz langfristig das Fortschreiten der Erkrankung verzögert, den Aufenthalt im Pflegeheim verkürzt und die Betreuungszeit verringert. Dadurch werden die Gesamtkosten für die Behandlung deutlich reduziert.

Auf der Basis gepoolter Daten von knapp 1.600 Patienten der Galantamin-Studien USA-1 und USA-10 wurden in einem gesundheitsökonomischen Modell die langfristigen medizinischen Effekte und Kosten des Medikamentes bestimmt. Analysiert wurden die Effekte einer Dosierung von 16 mg/d und 24 mg/d über einen Zeitraum von zehn Jahren im Vergleich zu keiner pharmakologischen Behandlung und zur Behandlung mit Ginkgo biloba (240 mg/Tag).

Die Ergebnisse zeigen, dass Galantamin das Fortschreiten der Erkrankung in das schwere Stadium (ADAS-cog Score über 47 Punkte) verzögert, und zwar um 3,6 Monate versus keine Behandlung sowie 3,4 Monate versus Ginkgo

biloba). Auch der Eintritt in ein Pflegeheim wird verzögert (um 2,3 Monate versus keine Behandlung und 2,2 Monate versus Ginkgo biloba), und die Betreuungszeit wird um 113 Stunden verringert. Dadurch werden die Gesamtkosten für die Behandlung um jeweils knapp 4.000 Euro reduziert.

Eine Subgruppenanalyse zur Auswirkung des Alters auf die Nettoersparnis pro Patient ergab, dass diese bei Patienten bis zu 60 Jahren sogar knapp 7.300 Euro und bei Patienten zwischen 61 und 70 Jahren etwa 6.900 Euro beträgt. Die Nettoersparnis könnte also noch deutlich erhöht werden, wenn Patienten bereits in jüngerem Alter und mit einem geringeren Schweregrad der Alzheimer-Demenz behandelt werden, als dies gegenwärtig der Fall ist [J Med Econ 2010; 4: 641–49]. Die Studienergebnisse wurden auch beim 13. Europäischen Kongress der International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) in Prag vorgestellt.

Nach Informationen von Janssen-Cilag

Journal

Dino Buzzati

Vergebliches Warten auf den Feind

Der junge Offizier Drogo will sich in Dino Buzzatis Parabel „Die Tatarenwüste“ auf einer abgelegenen Festung bewähren, muss aber bald erkennen, dass es dort noch nie einen militärischen Einsatz gab. Doch er fügt sich seinem Schicksal und wartet sein ganzes Leben auf den Ansturm der Tataren. In dieser nur von strengen Ritualen strukturierten räumlichen und seelischen Einöde verschmilzt er immer mehr mit einer Welt flimmernder Visionen und Gerüchte, in der noch das Banalste zum Ereignis wird.



Beim sinnlosen
Warten in der Einöde
verdunstet langsam
die Existenz.

70 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Zerdehnte Zeit

Dino Buzzati macht die Zeit in der „Tatarenwüste“ zur alles beherrschenden Metapher, das endlose Warten zur „Krankheit des Ortes“.

77 Buch-Tipp

Vererbte Gefühle

Jan Lohl sieht den Rechtsextremismus als eine Art paranoiden Wahn, der über Generationen hinweg weitergegeben wird.

78 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Menschliche Abgründe

Siegfried Neuenhausen offenbart mit seinen Skulpturen und Gemälden doppelbödig menschliche Haltungen, Abgründe und Hoffnungen.

Der Romanistin Ute Stempel, einer intimen Kennerin der italienischen Literatur, verdanken wir folgende Erinnerung an eine Begegnung mit Dino Buzzati im Verlagshaus der größten italienischen Tageszeitung, des „Corriere della Sera“, in dem jahrzehntelang zwei bedeutende Schriftsteller nebeneinander gearbeitet haben – der Lyriker Eugenio Montale (Nobelpreis für Literatur 1975) und der Erzähler Dino Buzzati: „Während Montales schwerlastiger weißhaariger Kopf in seinem verschlagähnlichen Zimmer zwischen dem geradezu apokalyptischen Wirrwarr von Buch- und Manuskriptstapeln kaum mehr auszumachen war, herrschte bei Buzzati jene akribische Ordnung, die Beamtenräume so nüchtern und phantasielos erscheinen lassen. Auch aus den Gesichtszügen Dino Buzzatis ließ sich nur asketische Distanz ablesen. Ein nüchterner Mann, kein Träumer – so wenigstens schien es –, mit Windsorkragen, dunkler Krawatte und meist anthrazitfarbenen Maßanzügen.“

Traurigkeit als Teil des Wesens

Im Gegensatz zu dem eigenwilligen sanguinisch-melancholischen Montale wirkte Buzzati wie ein Offizier, der Trauer trug, doch wenn man ihm in die Augen sah, erkannte man, dass er sie nicht nur trug, sondern dass die „tristezza“, die Traurigkeit, Teil seines verschlossenen Wesens war. Wirklich geöffnet hat er sich im Gespräch eigentlich nur dann, wenn man auf den Begriff des „destino“ zu sprechen kam.

Auf ein Wort, das im Italienischen „Schicksal“ bedeutet, aber dort nicht ganz so metaphysisch überfrachtet klingt wie im Deutschen, obwohl es bei Buzzati geradezu leitmotivisch die fatale Qualität eines nach Schopenhauer sehr dunklen Sachverhältnisses erhält, welches die vermeintlich so rational abgesicherte Alltagswelt seiner Erzählungen und Romane bedrohlich doppelbödig erscheinen lässt.“

Der auf Fotos meist finster dreinblickende Dino Buzzati, geboren 1906 in Belluno in der Provinz Venetien, war der Sohn eines Jura-Professors und wollte eigentlich Germanistik studieren, schloss jedoch auf ausdrücklichen Wunsch des Vaters 1928 sein Jurastudium ordnungsgemäß ab, ehe er in die Redaktion des „Corriere della Sera“ in Mailand eintrat, wo er bis zu seinem Lebensende blieb. Im Krieg wurde er Sonderberichterstatte in Äthiopien, avancierte zum Chef der Feuilletonbeilage der Sonntagsausgabe und debütierte 1933 mit der Erzählung „Bárnabo von den Bergen“. Nach dem Roman „Die Tatarenwüste“ („Il deserto dei Tartari“, 1940), der ihm den internationalen Durchbruch brachte, verfasste er Erzählungen, Theaterstücke, Kinderbücher, Humoresken, betätigte sich als Librettist und Bühnenbildner, veröffentlichte Gedichte sowie einen Comic-Strip und wandte sich schließlich zunehmend der Malerei zu, ohne seinen Beruf als Journalist und Kunstkritiker aufzugeben. Neun Jahre vor seinem Tod schockierte er die Mailänder Bourgeoisie mit einer

„unverhohlenen autobiografisch grundierten Lolita-Variante ‚Un amore‘ über das Callgirl Laide“, berichtet Maike Al-bath. Buzzati starb im Januar 1972 mit erst 66 Jahren in Mailand an Krebs.

Die Wüstenfestung Bastiani

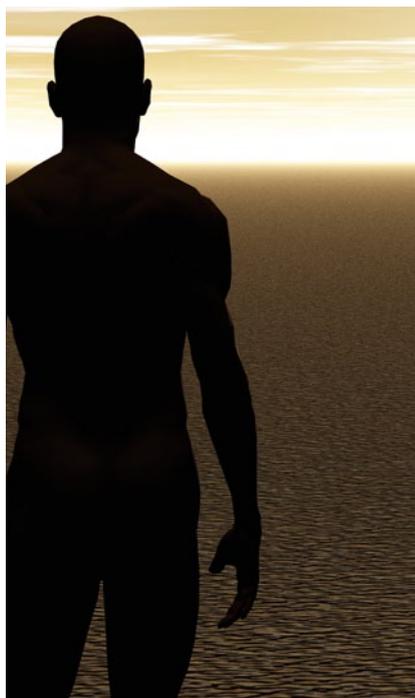
Einem Wort Voltaires zufolge nehmen wir immer den Geist der Mauern an, die uns umgeben. Dies gilt wohl auch in besonderem Maße für Leutnant Giovanni Drogo in Dino Buzzatis Meisterwerk „Die Tatarenwüste“. Der Roman erschien zuerst 1940 bei Rizzoli in Mailand und erlebte verschiedene deutsche Ausgaben: 1942 unter dem Titel „Das vergessene Fort“ übersetzt von Richard Hoffmann, als „Die Festung“ in der Übersetzung von Percy Eckstein und Wendla Lipsius 1954 und schließlich als „Die Tatarenwüste“ bei Ullstein 1977, bei Reclam Leipzig 1982 und bei Klett-Cotta in einer Neuübersetzung von Stefan Oswald, 1990.

Erzählt wird die Geschichte des jungen Leutnants Drogo, der – fast eine Art italienischer Bruder des Leutnants Trotta in Joseph Roths „Radetzky-marsch“ – voller Tatendrang zu der Festung Bastiani aufbricht, seinem ersten militärischen Bestimmungsort nach seiner Ernennung zum Offizier. Bereits die Anreise dauert länger als vorgesehen, und endlich im Fort angekommen erfährt er, dass es dort noch nie einen militärischen Einsatz gegeben hat. Die überaus imposante Festung am Rande der Tatarenwüste ist bisher nie zu etwas nütze gewesen. Freilich herrscht in ihr

nach gnadenlosem Reglement eine nahezu paranoide Wachbereitschaft gegenüber einem vermeintlichen Feind, der aus der angrenzenden Wüste heraus überraschend angreifen könnte.

Drogo will sich soldatisch bewähren und strebt deshalb zurück in die Stadt, doch ehe ein ärztliches Attest wirksam wird, muss er wenigstens vier Monate bleiben. Nach und nach, eher schleichend als abrupt, wird Drogo von einem Mechanismus erfasst, dem seine Kameraden längst erlegen sind: Gegen seinen Willen bittet er darum, in der Festung bleiben zu dürfen.

Visionen, Gerüchte von angreifenden Tataren, Todesträume und eine Vielzahl bedrückender Gedanken bestimmen den ausschließlich von einem strengen militärischen Ritual beherrschten Festungsalltag. Es geschieht nichts, absolut nichts. Einmal geht es um ein entlaufenes Pferd, das die Garnison derart in Aufregung versetzt, dass ein Kamerad die Parole vergisst und deshalb erschossen wird. Offiziere wie Mannschaften konzentrieren sich auf die imaginären Tataren, die aber nie kommen. Tataren ist ein Name für viele Völker, der sich womöglich aus dem griechischen „Tartaros“ herleitet: „die aus der Hölle kommen.“ Es gibt den-



noch Unterbrechungen der Ödnis von Warten und stumpfsinnigem Vollstrecken der Dienstvorschriften: Ein Vermessungstrupp der Gegenseite taucht auf, durch die Wüste wird eine schnurgerade Straße gebaut. Man nimmt es zur Kenntnis, doch dann wird Bastiani wieder von der Ereignislosigkeit eingekesselt: „Alles schien auf einen unbestimmten Zeitpunkt vertagt zu sein.“ Die Sprache des Romans gleicht sich dem an, der Literaturwissenschaftler Horstmann spricht von einem „von spukhaften Echos, Spiegelungen, Reprisen durchsetzten, flirrenden und zugleich wüstenhaft-kargen Text“. Eine stilistische Eigenheit, die Ute Stempel mit dem Begriff „Fissura“ kennzeichnet, die jenen kleinen Riss bedeutet, durch den in unserer scheinbar so durchrationalisierten und vernünftig gefügten Welt das Phantastische aufscheint.

Drogo bleibt für den Rest seines Lebens auf der Festung, steigt militärisch höher von Rang zu Rang, obgleich er nie im Feuer stand, und sein Leben wird darüber immer sinnleerer. Selbst die kleinste Regung in der Wüste, die banalste Beobachtung, die gemeldet wird, verursacht eine bis zur Unerträglichkeit gesteigerte Anspannung. Man kann sich dazu aktuelle Szenarien in Afghanistan vorstellen.

Drogo wird alt und krank, ist längst nicht mehr diensttauglich und wird schließlich gegen seinen Willen abtransportiert. Als er auf dem Weg in die Stadt in einem armseligen Wirtshaus im Tod seinen einzigen wirklichen Feind erkennt und noch einmal seinen Uniformknopf zurechtrückt, heißt es, dass die Tataren anrücken. Drogo stirbt, als die sein Lebtag lang ersehnte Bewährungsprobe zu kommen scheint.

Rolle und Funktion des Arztes

Obleich es sich auf den ersten trügerischen Blick nur um eine Nebenrolle handelt, kommt doch dem Festungsarzt im Geschehen eine entscheidende Funktion zu: Der bereits über fünfzigjährige Dr. Ferdinando Rovina ist gekennzeichnet von resignierter Müdigkeit. Er trägt statt der Uniform, die einem Wort des Futuristen Marinetti zufolge stets die „körperliche Feigheit

einsperrt“, einen langen dunklen Rock, der einem Richtertalar gleicht. Allein diese kleine Zuschreibung kennzeichnet bereits die Bedeutung des Arztes. Es ist für ihn zu spät, sich von der Festung versetzen zu lassen, weswegen er durchaus Verständnis für die Jungen hat, die wegstreben. Noch ehe Drogo etwas sagen kann, nimmt schon Dr. Rovina das Wort. Auf Drogos Hinweis, er sei infolge eines Irrtums auf Bastiani, antwortet der Arzt: „Alle sind infolge eines Irrtums hier. Der eine mehr, der andere weniger. Auch die, die nicht wieder fortgegangen sind.“

Er fordert den Leutnant auf, Platz zu nehmen, und sagt ihm auf den Kopf zu, dass er an Herzstörungen leide und sein Organismus die Höhenluft nicht aushalte, weswegen er ihm ein Attest ausstelle und zugleich auch noch einen Erholungsurlaub obendrauf verordne: „Machen wir's so?“ Mit dieser Frage erweist sich der Festungsarzt als das pure Gegenteil seiner Kollegen, wie wir sie etwa aus der Musterungsszene in Thomas Manns „Felix Krull“ kennen. Der müde und resignierte Rovina bekennt gegenüber dem Neuling Drogo: „Mehr als die Hälfte von euch allen will nach drei oder vier Monaten wieder fort. Auch ich würde es so machen wie ihr, wenn ich nochmals von vorne beginnen könnte. Aber im Grunde ist es doch schade, dass ihr ...“ Er vollendet seinen Satz nicht, aber er zeichnet damit dennoch den kompletten künftigen Weg vor, den Leutnant Drogo nehmen wird. Trotz des bereitwillig ausgestellten Attestes wird auch er auf der Festung Bastiani bleiben, er wird noch beim ersten Gespräch mit dem Arzt darauf bestehen, gesund zu sein, und er wird darum bitten, dieser möge das Zeugnis fortwerfen. In dieser Stunde hat sich sein Schicksal entschieden.

Drogo, Sohn eines Arztes, bekommt im Festungsarzt Dr. Rovina einen zweiten Vater, der ihn – im Vorgriff auf Samuel Becketts Schauspiel „Warten auf Godot“ (1953) – mit der umfassenden Bedeutung der Dimension Zeit vertraut macht und ihn, ohne die Sache groß auszusprechen, die „Krankheit des Ortes“ lehrt. Die Zeit nämlich wird „zur alles beherrschenden Metapher, wobei Handlungs- und

Aussageebene vielfältig miteinander verknüpft sind. Das Gleichnis des menschlichen Daseins ... spiegelt sich auch hier in der Lebensgeschichte des Protagonisten wider, dessen Lebenslauf dem Zeitablauf gleichgesetzt wird. Im Unterschied zwischen objektiver und subjektiver Zeit wird die objektiv auf den Tod sich zu bewegend Zeitperspektive vom Helden nicht wahrgenommen; wichtiger sind dem Menschen Ereignisse, die in die Zeit einschneiden und so ihre Wahrnehmung überhaupt erst ermöglichen, den Blick auf die Lebenszeit jedoch verstellen.

Die gegenläufige Zeiteinschätzung überträgt sich auf das Kompositionsprinzip des Romans: Je länger die Zeitabläufe dauern, umso knapper wird der Kapitelumfang. Anfangs gezählte Stunden und Tage dehnen sich zu Monaten und Jahren, wobei die ersten zehn Kapitel den Zeitraum von vier Monaten umfassen, die nächsten zwölf den von vier Jahren, die restlichen acht Kapitel hingegen fünfundzwanzig Lebensjahre umspannen. Erzählzeit und erzählte Zeit geraten also in einen unaufhaltsamen Widerspruch“ (Schilling). In solchen Fällen spricht man in der Erzählforschung vom Sanduhr-Prinzip der Zeit-Dramaturgie.

Monotonie des Wartens

Drogo passt sich zunehmend der strikten Einhaltung der Kommando- und Befehlsstrukturen als dem allein bestimmenden Ritual an, wodurch eine umfassende Monotonie des Wartens generiert wird, die andererseits erzählstrategisch das wirksamste Mittel zur Herstellung von Suspense abgibt. Silke Schilling hat darauf aufmerksam gemacht, dass sich parallel zur Dramaturgie der Zeit die Dramaturgie des Raumes verhält, der dadurch eine nahezu mythische Dimension gewinnt.

Das Prinzip der Zerdehnung der Zeit spiegelt sich in jenem der Zerdehnung des Raumes, wofür die scheinbar unendliche Wüste steht, aus welcher die Tataren eines Tages kommen sollen. Dieses Ineinsfallen beider Zerdehnungsprinzipien versetzt die Wahrnehmung von Zeit und Raum in ein „vages Fremdbewußtsein, ein nie konkret fassbares Unbehagen im Dasein.



Sinnloser Zugriff auf das Schicksal

Die Frage nach jedweder subjektiven Sinngewinnung wird von Buzzati pessimistisch beschieden: Ein persönlicher Zugriff auf das eigene Schicksal ist sinnlos, bleibt Illusion. Selbsttäuschung und Ent-Täuschung (sic) sind bei Buzzati einander bedingende Metaphern für ein Leben, dessen Erkenntnis nie gelingt“ (Schilling). Buzzati erweist sich vielmehr als Virtuose in der Darstellung der menschlichen Selbsttäuschung auf der handlungsorientierten wie auf der allegorisch-parabolischen Ebene: Der Feind ist nicht das enigmatische, mythenbehaftete Tatarenheer, sondern der individuelle Tod, der am Ende die Hoffnung auf das außergewöhnliche Bewährungsereignis einlösen und zugleich ad absurdum führen wird. Am Ende nämlich kommt Drogo sein Leben vor „wie ein schlechter Scherz“. Als es jedoch ans Sterben geht, „stieg aus dem bitteren Brunnen der Vergangenheit, den unerfüllten Wünschen und dem erlittenen Unrecht eine ungeahnte Kraft auf, die ihn selbst überraschte. Mit unaussprechlicher Freude stellte Giovanni Drogo auf einmal fest, dass er völlig ruhig war, ja beinahe ungeduldig, sich der Probe noch einmal zu stellen.“ Und er besteht sie, schreibt Ulrich Horstmann, „mutterseelenallein, ohne falschen Trost, vorschriftsmäßig zugeknöpft und mit einem ins Dunkel gerichteten Lächeln.“

Nähe zu Kafka

Während Ute Stempel Buzzatis Werk voller Bewunderung eine „zeitlos in-

tensive Parabelhaftigkeit“ mit realistischer Detailgenauigkeit und phantastischer Überhöhung attestiert, spricht Manfred Hardt in seiner „Geschichte der italienischen Literatur“ von einem „anspruchlos geschriebenen Roman“. Das erscheint unverständlich naiv angesichts der zahlreichen Stimmen, die Buzzatis Werk mit seinen Figuren zwischen Hoffnung und Verzweiflung, Aufbegehren und Resignation, Realitätsnähe und Phantastischem immer wieder in die Nähe Franz Kafkas gerückt haben. Der auf der Festung Bastiani vorzeitig zum Greis gewordene Drogo wird vor dem entscheidenden Ereignis weggebracht – ähnlich wie Kafkas Hungerkünstler zusammen mit dem verfaulten Stroh, nachdem er sein Leben „verwartet“ hat, bis er seine Hungerkunst zu dem ersehnten, für seine Umgebung allerdings gänzlich absurden Punkt treiben konnte: „Dieser vergleichende Blick auf Kafka lässt besonders deutlich erkennen, wie verzweifelt Buzzati darum ringt, seinen Helden vor dem schicksalhaften Verurteiltsein zu retten. Der totalen Konsequenz im Handeln der getriebenen oder gejagten Gestalten Kafkas (der Offizier in der Strafkolonie oder der Hungerkünstler) setzt Buzzati auch in der „Tatarenwüste“ die Möglichkeit der eigenen Erlösung durch moralische Stärke entgegen ... Er lässt die Möglichkeit offen, dass Drogo mit einer neuen, letzten Illusion stirbt ... Buzzati stattet den Menschen mit der Gabe der Hoffnung beziehungsweise der religiös gefärbten Erwartung auf Gnade, auf innere Befreiung aus“ (Mudry).

Freilich sind Bastiani und Drogo kein „Schloss“ und kein Landvermesser K, der mit einer willkürlichen Schlossverwaltung um eine „Aufenthaltsgenehmigung“ im Sinne einer Existenzberechtigung ringen muss. Die Bewährungsprobe findet statt, und die Festung, die längst zu einer „besseren Straßensperre“ verkommen ist, scheint aus ihrem fiebergeschüttelten Dornröschenschlaf zu erwachen. Nur besitzt Drogo da keine Widerstandskraft mehr, er ist für nichts mehr (wehr-)tauglich.

Für Maike Albath stellte sich Buzzati mit seinen surrealen Verrätselungen, den parabelartigen Zuspitzungen und seinem Hang zum Phantastischen ähnlich wie Tommaso Landolfi jenseits der Strömungen der damaligen zeitgenössischen italienischen Literatur. So wird er zum „Meister der Ambiguität, setzt mit seiner präzisen, schlichten Sprache Katastrophen wirkungsvoll in Szene und knüpft mit seinen halluzinatorischen Wendungen eher an E.T.A. Hoffmann, Poe und Kafka an als an erzählerische Traditionen der Halbinsel“ (Albath).

Es gibt noch ein weiteres Werk, das oft im Zusammenhang mit Buzzatis Tatarenwüste genannt wird: den Roman „Das Ufer der Syrten“ des Franzosen Julien Gracq (1951). Dennoch sind auch hier die Unterschiede augenfällig, worauf Ute Stempel hingewiesen hat, wenn sie anmerkt: „Während Gracq mit lyrisch-symbolistischem Raunen die Ereignislosigkeit in einer sterbenden Seerepublik zelebriert (nicht ohne faszinierende Seitenblicke auf Spenglers „Untergang des Abendlandes“), stellt Buzzati die Fabel Giovanni Drogos ganz auf die Beispielhaftigkeit ab.“

Literatur und Leben

Trotz der vielfältig und multifunktional interpretierbaren Dimensionen des Romans betonte Buzzati stets die Verankerung seines Werkes in der unmittelbaren Alltagserfahrung: Inspiriert hatten den Journalisten seine Nachtdienste beim „Corriere della Sera“ mit ihrer ständigen Erwartung einer großen Sensation wie etwa der eines Tatarenangriffs, wobei anzumerken ist, dass sogar das Gebäude der

Zeitung, genannt „die Kathedrale“, mit seinen weitläufigen Fluren und zahllosen Räumen das Modell für die Festung Bastiani abgab. Es ist anzunehmen, dass auch die streng hierarchischen Strukturen in einer Zeitungsredaktion mit ihren rituellen Abläufen Pate standen für das sinnentleerte Reglement eines totalitären Festungssystems an einer toten Grenze, an der nichts anders stattfindet als jene (von Adorno so genannte) „organisierte Sinnlosigkeit“.

Opfer für das Glück von übermorgen

Der Anglist und Schriftsteller Ulrich Horstmann schließt seine Besprechung der Neuübersetzung der Tatarenwüste mit folgender Bemerkung: „Nicht die gleichsam verdunstete Existenz, die Sinnlosigkeit des Wartens auf diverse Sankt-Nimmerleins-Tage, die unermesslichen Lebensopfer für das Glück von übermorgen stehen bei Buzzati am literarischen Pranger. Das Verstörende und Betörende des Romans liegt vielmehr in der leeren Erfüllung am Schluss, im ganz gewöhnlichen Heldentum des Totenkämpfers Drogo, der ein ‚Durchschnittsmensch‘ bleibt und mit Anstand stirbt wie unzählige vor und nach ihm. Die Medizin hat den Respekt vor jener letzten Chance in der letzten Agonie verlernt, verwüstet den guten Tod und damit das Leben. Dino Buzzati aber ehrt einen der Millionen atemlosen Sieger, die auch auf den Intensivstationen nicht aussterben dürfen.“

In einer deutsch-französisch-italienischen Koproduktion wurde „Die Tatarenwüste“ 1976 unter der Regie von Valerio Zurlini zur Musik von Ennio Morricone mit hochkarätiger Besetzung verfilmt (Vittorio Gassman, Giuliano Gemma, Helmut Griem und Jean Louis Trintignant als Festungsarzt). □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. Gerhard Köpf

Ariboweg 10, 81673 München
E-Mail: aribo10@web.de



Jan Lohl:

Gefühlserbschaft und Rechtsextremismus. Eine sozialpsychologische Studie zur Generationengeschichte des Nationalsozialismus. Psychosozial-Verlag, Gießen, 1. Aufl. 2010. 525 S., kart., 49,90 Euro. ISBN 978-3-8379-2059-8

Dem Thema Gefühlserbschaft und Rechtsextremismus nimmt sich ein Sozialwissenschaftler an, der nachzuweisen versucht, dass sich rechtsextreme Einstellungen quasi bis in die dritte Generation verfolgen lassen. Literatur sei bisher zu diesem Thema nicht vorhanden. Er verweist aber auf Mitscherlich, der nach 1945 ein ähnliches Thema in seinen Veröffentlichungen aufgegriffen hat. Der Autor verweist auf „die Entwicklung eines theoretischen Konzepts, anhand dessen sich der anvisierte, drei Generationen umfassende intergenerationale Prozess in seinen Tiefenstrukturen und Erscheinungen nach Erscheinungsweisen verstehen lässt“. Er spricht dabei von Gefühlserbschaft, eine quasi weitergegebene, fast möchte man annehmen genetisch fixierte Eigenschaft, die sich in rechtsextremen Gefühlen und Ansichten tummelt. Des weiteren spricht er bei Rechtsextremismus immer von einer Art Wahn, von einer paranoiden Idee, die dahintersteckt und sich eben in rechtsextremen Denk- und Vorstellungswelten niederschlägt.

Dazu ist anzumerken: Rechtsextremismus ist auf jeden Fall dem Linksextremismus sehr ähnlich und man weiß längst, dass sich Extreme im politischen Bereich berühren und viele Gemeinsamkeiten haben. Extremismus rechts und links ist keine paranoide Angelegenheit, keine Wahnidee – jedenfalls nicht im üblichen medizinischen und psychiatrischen Sinne. Gerade die Erfolge rechtsextremer Ideologien, etwa in den ersten Jahren Hitler-Deutschlands, zeigen, dass von Wahn keine Rede sein kann.

Diese verschiedenen Grundauffassungen werden extrem kompliziert – oft kaum lesbar, analytisch und unnötig ausgebreitet dargestellt, sodass man kaum in der Lage ist, dieses Buch zusammenhängend oder auch nur vollständig zu lesen.

Kurzum eine soziologisch, sozialpsychologisch, politisch-psychologisch, generationenforschende Abhandlung für die sich einige, die in diesem Bereich beruflich tätig sind, interessieren werden.

Prof. Dr. med. Fritz Reimer, Weinsberg

Siegfried Neuenhausen

Befreiende Kraft des Schaffens

Das Werk und Schaffen von Siegfried Neuenhausen aus Hannover ist für Psychiater in mehrfacher Hinsicht spannend: Seine Skulpturen und Gemälde offenbaren menschliche Wünsche und Abgründe, seine Arbeit mit psychisch kranken Menschen hat wesentlich dazu beigetragen, dass man in den meisten psychiatrischen Einrichtungen heute Ateliers und Kunstwerkstätten findet. Hannover erinnert mit drei Ausstellungen an sein Gesamtwerk.





© Siegfried Neuenhausen

Gefolterter (Textil, Polyester, 1970)



© Andreas Spengler

Jacke (Bronze, 1996)

Als Künstler ist Siegfried Neuenhausen ein zentraler Repräsentant einer politischen realistischen Ausdrucksform. Er thematisierte seit den 1960er-Jahren Folter, Unterdrückung, gesellschaftliche Konflikte; später zunehmend Rollen und innere Konfliktszenarien. Seine Arbeit auf einen „politischen Realismus“ mit schlichten Botschaften zu reduzieren, greift zu kurz. Die Plastik „Gefolterter“ aus dem Jahr 1970 zieht den Betrachter in die gewaltsame inhumane Szene hinein und macht ihn zum Gegenüber des namenlos Leidenden. Seine über Jahrzehnte unverwechselbare Bildsprache erstreckt sich auf große Skulpturen, Reliefs – auch im öffentlichen Raum, auf ein zeichnerisches Werk mit Tagebüchern, auf Gemälde, seit den 1990er-Jahren auch auf kleine Bronzen. Sie zeigen oft doppelbödig menschliche Haltungen, Abgründe, Wünsche, Hoffnungen. Die „Jacke“ (1996) zeigt die Leere eines Wüterichs, den nur seine äußere Pose zusammenhält.

1931 in Dormagen geboren, studierte Neuenhausen von 1952 bis 1959 Malerei an der Düsseldorfer Kunstakademie, belegte Philosophie in Köln. Er wirkte seit 1961 als Kunsterzieher, lehrte von 1964 bis 1996 als ordentlicher Professor an der Hochschule für bildende Kunst in Braunschweig Bildhauerei und prägte eine Künstlergeneration mit. Von 1985 bis 1988 war er Vorsitzender des Deutschen Künstlerbundes. Gastprofessuren führten ihn nach Texas und Indonesien. Er wirkt bis heute in seinen Atelierräumen im Stadtteil Hainholz in Hannover.

Neuenhausen wandte sich um 1981 bis 1982 auch Psychiatriepatienten zu und betreute Bildhauerprojekte für den öffentlichen Raum der Kliniken in Wunstorf und Hamburg-Ochsenzoll, ein ähnliches Projekt realisierte er mit Strafgefangenen in Bremen. Die Patientenkünstler haben nach in-

tensiven Lernprozessen großartige Skulpturen und Plastiken geschaffen, deren Kraft und Eigentümlichkeit bis heute berührt und einen eigenen Dialog herstellt. Der Skulpturenpark in Wunstorf ist ein zentraler Ort im Krankenhauspark. Zwei große Werke von Patienten in Ochsenzoll wurden leider 2008 abgerissen.

Neuenhausen engagierte sich 2010 als künstlerischer Leiter bei der Ausstellung „Elementarkräfte“ in Hannover. Er schuf mit Bewohnern seines Stadtteils Hainholz große Werke für den öffentlichen Raum. Für die Förderung, Emanzipation und öffentliche Wahrnehmung von Künstlern, die jenseits ihrer Erfahrung als Patienten hinaus eine eigene Bild- und Formensprache finden, hat Neuenhausen Pionierarbeit geleistet. Er trug wesentlich mit dazu bei, dass Ateliers und Kunstwerkstätten heute in vielen psychiatrischen Einrichtungen etabliert sind. Die befreiende Kraft gestalterischen Schaffens erlebbar zu machen, Sprachlosigkeit überwinden zu helfen, das ist seine Mission über die eigenen Werke hinaus. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Andreas Spengler, Wunstorf

Ausstellungen zu Neuenhausen

Neuenhausens Werk ist in Museen und im öffentlichen Raum in Deutschland sowie international vertreten. Sein Gesamtwerk wird 2011 in mehreren Ausstellungen in Hannover gewürdigt, ab Juli im Sprengel-Museum und im Kunstverein, ab Mitte November in der Städtischen Galerie Kubus.

Termine der Fortbildungsakademie

19.3.2011 in Erfurt
(Termin war ursprünglich für
den 13.11.2010 geplant)

8 CME-
Punkte

**„Chronobiologie: zukunftsweisendes Wissen
für Psychiatrie und Neurologie“**

Referenten:

Prof. Dr. A. Wirz-Justice, Basel
Prof. Dr. M. Wiegand, München

Fortbildungsakademie **Athene**
Nadya Daoud
Huttenstr. 10, 97072 Würzburg
Tel.: +49 (0) 931 20 555 16, Fax: 0931 20 555 11
E-Mail: info@akademie-psych-neuro.de

7.5.2011 in München

**Die Rolle der KV in der Zukunft –
Versorgungswirklichkeit bei Nervenärzten –
Alternative Kollektivvertragskonzepte**
Tagung des BVDN Landesverbandes Bayern

Athene Akademie
Huttenstr. 10, 97072 Würzburg
Tel.: +49 (0) 931 20 555 26, Fax: 0931 20 555 25
E-Mail: g.schuster@athene-qm.de

14.–15.5.2011 in Frankfurt

14 CME-
Punkte

„Update Forensische Psychiatrie: Sozialrecht“

Referenten:

Dr. C. Stadtland, München
W. J. Kainz, München

Fortbildungsakademie **Athene**
Nadya Daoud
Huttenstr. 10, 97072 Würzburg
Tel.: +49 (0) 931 20 555 16, Fax: 0931 20 555 11
E-Mail: info@akademie-psych-neuro.de

Weitere Termine

2.–4.3.2011 in Potsdam

**Führungskräftekongress
Interdisziplinäre Intensivmedizin (F II)**

Auskunft: MCN – Medizinische Congress-
organisation Nürnberg AG
Tel.: +49 (0) 911 39 316-40
Fax: +49 (0) 911 39 316-66
E-Mail: fii@mcnag.info
www.mcn-nuernberg.de

18.3.2011 in Münster

**Symposium zur Erforschung der
Hereditären Spastischen Spinalparalyse (HSP)**

Wissenschaftliche Betreuung: Prof. Dr. Peter Young
(Uni Münster) und Dr. Christian Beetz (Uni Jena)
Anmeldung: www.hsp-info.de

6.–7.5.2011 in Grainau
(Zugspitzdorf)

DGN-Fortbildungsakademie

Vorsitz: Prof. Dr. C. Weiller, Freiburg
Organisation: Karin Schilling, Hamburg
Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Fortbildungsakademie
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Anmeldung: www.dgn.org/fortbildungsakademie-
der-dgn.html



Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvbn.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: Günther Endrass
Saarland: Helmut Storz
Sachsen: Babette Schmidt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Fritz König
Thüringen: Lutz Bode
Westfalen: Klaus Gorsboth

Ansprechpartner für Themenfelder

Neue Medien: A. Hillienhof
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Th. Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: F. Jungmann
Belegarztwesen Neurologie: J. Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: R. Urban
U.E.M.S. – Psychiatrie, EFPT: R. Urban
U.E.M.S. – Neurologie: F. Jungmann

Ausschüsse

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: A. Zacher, U. Meier
Ambulante Neurologische Rehabilitation: P. Reuther
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie: N. Mönter
Weiterbildungsordnung: F. Bergmann, U. Meier, C. Roth-Sackenheim, W. Lünser, Ch. Vogel
Leitlinien: F. Bergmann, U. Meier, C. Roth-Sackenheim
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigen-gruppen: Vorstand

Referate

Demenz: J. Bohlken
Epileptologie: R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: P. Reuther
Neurootologie, Neurooptalmologie: M. Freidel
Neuroorthopädie: B. Kugelgen
Neuropsychologie: P. Reuther
Neuroonkologie: W. E. Hofmann

Pharmakotherapie Neurologie: G. Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: R. Urban
Prävention Psychiatrie: C. Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: P. Reuther
Schlaf: R. Bodenschatz, W. Lünser
Schmerztherapie Neurologie: U. Meier, M. Körwer
Schmerztherapie Psychiatrie: R. Wörz
Suchttherapie: U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie: M. Freidel

Geschäftsstelle des BVDN

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



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
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
Anhaltzahlen/Qualitätssicherung: F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation: H. Masur
CME: F. Jungmann, P. Reuther
DRG: R. Hagenah, R. Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNER: 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-Merkel, 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-Hülsmann
Thüringen: Barbara Schwandt
Westfalen: Klaus Gorsboth, Martin Boursachs



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: B. Otto
PTSD: C. Roth-Sackenheim
Migrationssensible psych. Versorgung: G. Sander

BVDP-Landessprecher

Bayern: Hans Martens, Christian Vogel
Baden-Württemberg: F. von Zitzewitz, Birgit Imdahl, Thomas Hug
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

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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.)

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

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: BADEN-WÜRTTEMBERG						
Prof. Dr. J. Aschoff	Ulm	nein	ÄK	0731 69717		
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	ÄK/KV	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Dr. W. Maier-Janson	Ravensburg	ja	KV	0751 36242-0	0751 36242-17	kontakt@neurologie-ravensburg.de
Dr. U. Farenkopf	Gengenbach	ja	KV	07803 98071-3	0703 98071-4	Neurologie_gengenbach@t-online.de
Dr. R. Sattler	Singen	ja	KV	07731 9599-10	07731 9599-39	dr.adam@web.de
BVDN-Landesverband: BAYERN						
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	ÄK/KV	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. C. Vogel	München	ja	ÄK	089 2730700	089 27817306	praxcvogel@aol.com
Dr. H. Martens	München	ja	ÄK	089 2713037	08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
Dr. Karl Ebertseder	Augsburg	ja	KV	0821 510400	0821 35700	dr.ebertseder@t-online.de
Dr. Ch. Andersen-Haag	München	ja	KV	089 62277260	089 62277266	christina.andersen@t-online.de
Dr. K.-O. Sigel	München	ja	ÄK	089 66539170	089 66839171	dr.sigel@neuropraxis-muenchen.de
BVDN-Landesverband: BERLIN						
Dr. G. Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	dr.g.benesch@t-online.de
Dr. H.-J. Boldt	Berlin	ja	KV	030 3186915-0	030 3186915-18	BoldtNA@t-online.de
Dr. D. Rehbein	Berlin	ja	ÄK	030 6931018	030 69040675	
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 3922021	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband: BRANDENBURG						
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 748720-7	0331 748720-9	st-alder@t-online.de
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
Dr. Gisela Damaschke	Lübben	ja	KV	035464038		mail@nervenarztpraxis-damaschke.de
BVDN-Landesverband: BREMEN						
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	ÄK/KV	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband: HAMBURG						
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.rramm@gmx.de
Dr. Andre Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
Dr. Rita Trettin	Hamburg	ja	ÄK	040434818		dr.trettin@gmx.de
BVDN-Landesverband: HESSEN						
Dr. B. Ende	Buseck	nein	ÄK	06408 62828		
Dr. S. Planz-Kuhlendahl	Offenbach	ja	KV	069 800-1413	069 800-3512	planz-kuhlendahl@t-online.de
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
Peter Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 447424	tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de
BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN						
Dr. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@nervenaerzte-rostock.de
BVDN-Landesverband: NIEDERSACHSEN						
Dr. Ralph Luebbe	Osanbrück	ja	KV	0541434748		ralph.luebbe@gmx.de
BVDN-Landesverband: NORDRHEIN						
Dr. F. Bergmann	Aachen	ja	KV	0241 36330	0241 404972	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	ÄK/KV	0221 402014	0221 405769	hphaus1@googlemail.com
Dr. M. Dahm	Bonn	ja	ÄK/KV	0228 217862	0228 217999	dahm@seelische-gesundheit-bonn.de
BVDN-Landesverband: RHEINLAND-PFALZ						
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	02632 96400	02632 964096	c@dr-roth-sackenheim.de
Dr. Klaus Sackenheim	Andernach	ja	ÄK/KV	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	0635993480		g.endrass@online.de
BVDN-Landesverband: SAARLAND						
Dr. Ulrich Mielke	Homburg	ja	ÄK	06841 2114	06841 15103	mielke@servicehouse.de
Dr. Helmut Storz	Neunkirchen	ja	KV	06821 13256	06821 13265	h.storz@gmx.de
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	ÄK/KV	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN						
Dr. Mario Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733672625		mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN-ANHALT						
Dr. H. Deike	Magdeburg	nein	KV	0391 2529188	0391 5313776	
BVDN-Landesverband: SCHLESWIG-HOLSTEIN						
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	ÄK/KV	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband: THÜRINGEN						
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband: WESTFALEN						
Dr. U. Thamer	Gelsenkirchen	ja	KV	0209 37356	0209 32418	Thamer.Herten@t-online.de
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	KV	0231 515030	0231 411100	boettger@AOL.com

* Diese Liste der ÄK- und KV-Vertreter wird unter Vorbehalt veröffentlicht.

Dr. Uwe Bannert

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

Dr. Martin Bauersachs

Wißstr. 9, 44137 Dortmund,
Tel.: 0231 142818
E-Mail: info@klemt-bauersachs.de

Dr. Gerd Benesch

Bundesallee 95, 12161 Berlin,
Tel.: 030 3123783, Fax: 030 32765024,
E-Mail: Dr.G.Benesch@t-online.de

Dr. Frank Bergmann

Kapuzinergraben 19, 52062 Aachen,
Tel.: 0241 36330, Fax: 0241 404972,
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Dr. Ralf Berkenfeld

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

Prof. Dr. Peter-Dirk Berlit

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

Dr. Joachim Beutler

Fasanenstr. 25, 38102 Braunschweig,
Tel.: 0531 337717

Dr. Lutz Bode

Mühlhäuserstr. 94, 99817 Eisenach,
Tel.: 03691 212343, Fax: 03691 212344,
E-Mail: lutzbode@t-online.de

Dr. Jens Bohlken

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

PD Dr. Elmar Busch

Munckelstr. 55, 45879 Gelsenkirchen,
Tel.: 0209 160-1501 oder 0173 2552541
E-Mail: busch@evk-ge.de

Dr. Gunther Carl

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

Dr. Mike Dahm

Meckenheimer Allee 67-69,
53115 Bonn
Tel.: 0228 217862, Fax: 0228 217999,
E-Mail: dahm@seelische-gesundheit-
bonn.de

Dr. Gisela Damaschke

Bergstr. 26, 15907 Lübben,
Tel.: 03546 4038

Dr. Martin Delf

Lindenallee 7, 15366 Hoppegarten/Berlin,
Tel.: 03342 422930, Fax: 03342 422931,
E-Mail: dr.delf@neuroprax.de

Prof. Dr. Hans-Christoph Diener

Universitätsklinikum Essen,
Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Dr. Ulrich Dölle

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

Dr. Reinhard Ehret

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

Dr. Joachim Eißmann

Brühlstr. 15, 66606 St. Wendel/Saar,
Tel.: 06851 2112, Fax: 06851 2777

Dr. Joachim Elbrächter

Marktallee 8, 48165 Münster,
Tel.: 02501 4822/4821, Fax: 02501 16536,
E-Mail: dr.elbraechter@freenet.de

Dr. Günther Endrass

Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt,
Tel.: 06359 9348-0, Fax: 06359 9348-15
E-Mail: g.endrass@gmx.de

Prof. Dr. Andreas Engelhardt

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

Dr. Peter Franz

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

Dr. Matthias Freidel

Brauerstr. 1-3, 24568 Kaltenkirchen,
Tel.: 04191 8486, Fax: 04191 89027

Dr. Frank Freitag

Berliner Str. 127, 14467 Potsdam,
Tel.: 0331 62081125, Fax: 0331 62081126

Prof. Dr. Wolfgang Fries

Pasinger Bahnhofplatz 4,
81241 München, Tel.: 089 896068-0,
Fax: 089 896068-22, E-Mail: fries@elfinet.de

Prof. Dr. Christian Gerloff

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Martinistr. 52, 20251 Hamburg
Tel.: 040 42803-0, Fax: 040 42803-6878

Dr. Heinrich Goossens-Merk

Wördemanns Weg 25, 22527 Hamburg
E-Mail: dr.goossens-merkt@neurologie-
hamburg.net

Dr. Holger Grehl

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

Dr. Klaus Gorsboth

Bahnhofstr. 10, 59581 Warstein,
Tel.: 02902 9741-0, Fax: 02902 9741-33,
E-Mail: gorsboth.bvbn@gmx.de

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah

Appelhorn 12, 27356 Rotenburg,
Tel.: 04261 8008, Fax: 04261 8400118,
E-Mail: rhagenah@web.de

Dr. Angelika Haus

Dürener Str. 332, 50935 Köln,
Tel.: 0221 402014, Fax: 0221 405769,
E-Mail: hphaus1@aol.com

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

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

Dr. Guntram Hinz

Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg,
Tel.: 040 60679863, Fax: 040 60679576,
E-Mail: guntram.hinz@yahoo.de

Dr. Werner E. Hofmann

Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg,
Tel.: 06021 449860, Fax: 06021 44986244
E-Mail: praxis@wehofmann.de

Dr. Thomas Hug

Bergheimer Str. 33 69115 Heidelberg,
Tel.: 06221 166622
E-Mail: hug.hug-pa@t-online.de

Dr. Ulrich Hutschenreuter

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

Dr. Birgit Imdahl

Bergstr. 5, 78628 Rottweil,
Tel.: 0741 43747
E-Mail: praxisimdahl@t-online.de

Dr. Josef Kesting

Käthe-Kollwitz-Str. 5, 04109 Leipzig,
Tel.: 0341 4774508, Fax: 0341 4774512
E-Mail: josef.kesting@gmx.de

Dr. Werner Kissling

Möhlstr. 26, 81675 München,
Tel.: 089 41404207,
E-Mail: w.kissling@lrz.tum.de

Dr. Fritz König

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

Dr. Johanna Krause

Schillerstr. 11a, 85521 Ottoberbrunn,
E-Mail: drjkrause@yahoo.com

Prof. Dr. Peter Krauseneck

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

Dr. Thomas Krichenbauer

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

Dr. Bernhard Kügelgen

Postfach 20 09 22, 56012 Koblenz,
Tel.: 0261 30330-0, Fax: 0261 30330-33

Dr. Andreas Link

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

Dr. Wolfhard Lünser

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

Dr. Hans Martens

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

Dr. Norbert Mayer-Amberg

Bödekerstr. 73, 30161 Hannover,
Tel.: 0511 667034, Fax: 0511 621574,
E-Mail: mamberg@htp-tel.de#

Dr. Ramon Meißner

Hinter der Kirche 1b, 19406 Sternberg,
Tel.: 03847 5356, Fax: 03847 5385,
E-Mail: rc.meissner.praxis@gmx.de

Dr. Uwe Meier

Am Ziegelkamp 1 f, 41515 Grevenbroich,
Tel.: 02181 7054811, Fax: 02181 7054822,
E-Mail: umeier@t-online.de

Dr. Norbert Mönter

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

Dr. Rolf Peters

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

Dr. Walter Raffauf

Dircksenstr. 47, 10178 Berlin,
Tel.: 030 2832794 Fax: 030 2832795,

Dr. Elisabeth Rehkopf

Bischofsstr. 30, 49074 Osnabrück,
Tel.: 0541 8003990, Fax: 0541 80039920,
E-Mail: elisabeth.rehkopf@web.de

Prof. Dr. Fritjof Reinhardt

D.-Chr.-Erleben-Str. 2,
01968 Senftenberg,
Tel.: 03573 752150, Fax: 03573 7074157,
E-Mail: ProfReinhardt@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

ANR Ahrweiler, Schülzchenstr. 10,
53474 Bad-Neuenahr-Ahrweiler,
Tel.: 02641 98040, Fax: 02641 980444,
E-Mail: preuther@rz-online.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim

Breite Str. 63, 56626 Andernach,
Tel.: 0160 97796487, Fax: 02632 9640-96,
E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de

Dr. Klaus Sackenheim

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

Dr. Manfred Salschek

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

Dr. Greif Sander

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

Dr. Michael Schwalbe

Annendorfer Str. 15,
06886 Lutherstadt-Wittenberg,
Tel.: 03491 442567; Fax: 03491 442583

Dr. Karl-Otto Sigel

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

Matthias Stieglitz

Reichenberger Str. 3,
13055 Berlin,
Tel.: 030 9714526,
E-Mail: matthias.stieglitz.praxis@
t-online.de

Dr. Helmut Storz

Stieglitzweg 20,
66538 Neunkirchen,
Tel.: 06821 13256, Fax: 06821 13265,
E-Mail: h.storz@gmx.de

Dr. Siegfried R. Treichel

Halterner Str. 13,
45657 Recklinghausen,
Tel.: 02361 2603-6, Fax: 02361 2603-7

Dr. Roland Urban

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

Dr. P. Christian Vogel

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

Prof. Dr. Klaus Peter Westphal

Neuer Graben 21,
89073 Ulm,
Tel.: 0731 66199, Fax 0731 66169,
E-Mail: bvndzacher@t-online.de

Dr. Gerd Wermke

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

Dr. Werner Wolf

Hindenburgstr. 11,
35683 Dillenburg,
Tel.: 02771 8009900,
E-Mail: praxis@dr-werner-wolf.de

Dr. Elke Wollenhaupt

Anton-Graff-Str. 31,
01309 Dresden,
Tel.: 0351 4413010,
E-Mail: elke.wollenhaupt@web.de

PD Dr. Roland Wörz

Friedrichstr. 73,
76669 Bad Schönborn,
Tel.: 07253 31865, Fax: 07253 50600

PD Dr. Albert Zacher

Watmarkt 9,
93047 Regensburg,
Tel.: 0941 561672, Fax 0941 52704,
E-Mail: bvndzacher@t-online.de

Dr. Falk von Zitzewitz

Schillerplatz 7,
71638 Ludwigsburg,
Tel.: 07141 90979, Fax 07141 970252,
E-Mail: falk.von-zitzewitz@gmx.de

1. Vertragliche Kooperationspartner der Berufsverbände

Arbeitsgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)

von BVDN und BDN,
Sprecher: Dr. Dr. Paul Reuther,
 Schülzchenstr. 10,
 53474 Ahrweiler,
 E-Mail: preuther@rz-online.de

Athene Akademie

Qualitätsmanagement im
 Gesundheitswesen

Geschäftsführerin:

Gabriele Schuster,
 Huttenstr. 10, 97072 Würzburg,
 Tel.: 0931 88029396,
 Fax: 0931 88029398,
 E-Mail: g.schuster@athene-qm.de

Athene ist die Qualitätsmanagementakademie der Berufsverbände. Sie übernimmt für die Verbände die Aufgabe, QM-Konzepte für Praxen und Kliniken zu entwickeln, zu pflegen, distribuieren sowie Mitglieder zu beraten und zu schulen. Athene pflegt die Kontakte zu zertifizierten und institutionellen Anbietern von QM-Konzepten. In diesem Zusammenhang ist sie auch für die Verbände offizieller Vertragspartner der KBV für QEP-Schulungen. Weiterhin unterstützt Athene bei Verhandlungen, Vertragsgestaltungen und operationaler Umsetzung von integrierten Versorgungsstrukturen und anderen Direktverträgen. Athene ist als Wirtschaftsunternehmen eigenständig, verpflichtet sich aber, die Interessen und Ziele der Verbände umzusetzen. Wirtschaftliche Verflechtungen zwischen den Verbänden und Athene bestehen nicht.

Cortex GmbH

Gut Neuhoof,
 Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld,
 Tel.: 02151 4546920,
 Fax: 02151 4546925,
 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
 Cortex, die Management-GmbH der Berufsverbände, akquiriert und entwickelt Projekte hauptsächlich in Zusammenarbeit mit Sponsoren aus der Industrie.

Hierunter fällt die Finanzierung unserer Rundbriefe, Praxiskommentare und anderer Kommunikationsmittel. Auch IV-Verträge mit Krankenkassen werden bis zur endgültigen Registrierung unserer Genossenschaft über Cortex abgerechnet und verwaltet. Gesellschafter sind treuhänderisch die jeweiligen Vorstandsmitglieder. Die Geschäftstätigkeit wird von einem gewählten Beirat aus BVDN-Landesvorsitzenden kontrolliert.

Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie (DIQN)

Schanzenstr. 27, Schlosserei 4,
 51063 Köln, Tel.: 0221 955615-95,
 Mobil: 0173 2867914,
 E-Mail: info@diqn.de
 Das DIQN wurde 2005 von DGN, BDN und BVDN als GbR gegründet. Die Kooperation dient der Erforschung, Weiterentwicklung, Förderung und Verbreitung von Behandlungs- und Versorgungsstrukturen auf den Gebieten der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Neurologie. Im DIQN haben die Gesellschaften und Verbände eine Plattform zur Förderung, Koordination, Registrierung und Präsentation von Qualitätsprojekten und zur Erfassung und Darstellung von Kennzahlen der Versorgung und Forschung. Weitere Tätigkeitsfelder sind der Aufbau einer Datenbank für Versorgungsdaten in der Neurologie, Beratung und Information politischer Institutionen und der Öffentlichkeit sowie Recherche und Auskünfte im Bereich der neurologischen Versorgungsqualität im Auftrag. Das DIQN arbeitet mit den etablierten Kommissionen der Verbände zusammen und versteht sich als Koordinations- und Schnittstelle der Kommissionen, Arbeitsgruppen und Initiativen, die sich mit der Qualität neurologischer Versorgung und Forschung befassen.

Fortbildungsakademie

Huttenstr. 10, 97072 Würzburg,
 Tel.: 0931 2055526,
 Fax: 0931 2055525,
 E-Mail: info@akademie-psych-neuro.de
 www.athene-qm.de
 Die Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP wurde vor zehn Jahren gegründet, um ein auf die Bedürfnisse der niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater/Psychotherapeuten optimal zugeschnittenes Fortbildungsprogramm regional anbieten zu können. Mehr als 200 Seminare, die an Samstagen stattfinden und insgesamt acht Fortbildungsstunden umfassen, wurden seitdem durchgeführt. Das Programm wird jährlich nach den Vorschlägen und Wünschen der Teilnehmer umgestaltet. Die Referenten werden – orientiert an den Ergebnissen der Evaluation durch die Teilnehmer – ausgesucht. Die Teilnehmerzahl ist inzwischen auf 30 beschränkt, damit die Atmosphäre für einen intensiven Austausch gewährleistet ist. Das Motto der Fortbildungsakademie lautet: Wissen ist Pflicht, Lernen macht Spaß. Ausführliche Übersichten über das Seminarangebot finden sich jeweils in der Dezember- und Januar-Ausgabe, der Seminar kalender in jedem NEUROTRANSMITTER. Vorsitzender der Fortbildungsakademie ist PD Dr. A. Zacher, Regensburg, stellvertretender Vorsitzender Dr. U. Meier, Grevenbroich.

QUANUP e.V.

Verband für Qualitätsentwicklung in Neurologie und Psychiatrie e.V.,
 Hauptstr. 106, 35745 Herborn,
 Tel.: 02772 53337,
 Fax: 02772 989614,
 E-Mail: kontakt@quanup.de
 www.quanup.de
 QUANUP wurde 2001 als unabhängige Einrichtung durch die Berufsverbände gegründet, um neue Formen der Zusammenarbeit, des Disease-Managements, der integrierten Versorgung und des Datenaustausches zwischen Neurologen und Psychiatern,

zwischen Klinik und Praxis sowie Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und der Pharmaindustrie zu entwickeln.

Laufende Projekte sind:

1. Strukturierte Versorgung Parkinson mit dem Kompetenznetz Parkinson: beteiligt 30 Praxen, 4 klinische Zentren, über 400 Patientendatensätze im Langzeitverlauf
2. Weiterbildung der Praxishelferin zur Facharztassistentin in verschiedenen den Bereichen, Förderung Parkinson, Multiple Sklerose, Sozialpsychiatrie, Integrierte Versorgung (Curricula fortlaufend und bundesweit, siehe www.quanup.de)
3. Förderung der Integrierten Versorgung in Neurologie und Psychiatrie

2. Politische Kooperationspartner der Berufsverbände

Bundesärztekammer (BÄK)

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern,
 Herbert-Lewin-Platz 1,
 10623 Berlin,
 Tel.: 030 4004 560,
 Fax: 030 4004 56-388,
 E-Mail info@baek.de
www.bundesaerztekammer.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Herbert-Lewin-Platz 2,
 10623 Berlin,
 Postfach 12 02 64,
 10592 Berlin,
 E-Mail: info@kbv.de
www.kbv.de

Neurologie

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Vorsitz: Prof. Dr. Heinz Reichmann, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, E-Mail: heinz.reichmann@neuro.med.tu-dresden.de
Geschäftsführung:
 Dr. Thomas Thiekötter, Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin, www.dgn.org

Fortbildungsakademie der DGN
Geschäftsführung: Karin Schilling, Neurologische Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, E-Mail: k.schilling@uke.uni-hamburg.de

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e.V. (BV ANR)
 Pasinger Bahnhofplatz 4, 81242 München, Tel.: 089 82005792, Fax: 089 89606822, E-Mail: info@bv-anr.de www.bv-anr.de

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)
1. Vorsitzender:
 Prof. Dr. Eberhard König, Neurologische Klinik Bad Aibling, Kolbermoorstr. 72, 83043 Bad Aibling, Tel.: 08061 903501, Fax: 08061 9039501, E-Mail: ekoenig@schoen-kliniken.de www.dgnr.de

Bundesverband Neuro-Rehabilitation (BNR)
Vorsitz: R. Radzuweit, Godeshöhe, Waldstr. 2-10, 53177 Bonn-Bad Godesberg, Tel.: 0228 381-226 (-227), Fax: 0228 381-640, E-Mail: r.radzuweit@bv-neurorehabilitation.de www.bv-neuroreha.de

Gesellschaft für Neuro-psychologie (GNP) e.V.
 Geschäftsstelle Fulda, Postfach 1105, 36001 Fulda, Tel.: 0700 46746700, Fax: 0661 9019692, E-Mail: fulda@gnp.de www.gnp.de

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN)
Vorsitz: Dr. M. Prosiegel, Fachklinik Heilbrunn, Wörnerweg 30, 83670 Bad Heilbrunn, Tel.: 08046 184116, E-Mail: prosiegel@t-online.de www.dgnkn.de

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
 Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin, Tel.: 030 284499 22, Fax: 030 284499 11, E-Mail: gs@dgnc.de www.dgnc.de

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)
 Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin, Tel.: 030 284499 33, Fax: 030 284499 11, E-Mail: gs@bdnc.de www.bdnc.de

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)
 Straße des 17. Juni 114, 10623 Berlin, Tel.: 030 330997770, Fax: 030 916070-22, E-Mail: DGNR@Neuro radiologie.de www.neuroradiologie.de

Psychiatrie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
 Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin, Tel.: 030 28096601/ 02, Fax: 030 28093816
Hauptgeschäftsführer:
 Dr. phil. Thomas Nessler E-Mail: sekretariat@dgppn.de www.dgppn.de
Präsident: Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Aachen, RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen, Tel.: 0241 8089633, E-Mail: fschneider@ukaachen.de
Aus-, Fort- und Weiterbildung, CME: Prof. Dr. med. Fritz Hohagen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck Tel.: 0451 5002440 E-Mail: fritz.hohagen@psychiatrie.uk-sh.de

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) e.V.
 Postfach 1366, 51675 Wiehl, Tel.: 02262 797683, Fax: 02262 9999916, E-Mail: GS@dggpp.de www.dggpp.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)
 Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin, Tel.: 030 28096519, Fax: 030 28096579, E-Mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de www.dgkjp.de

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)
 Stuttgarter Str. 51 (Im Spital), 71263 Weil der Stadt, Tel.: 07033 691136, Fax: 07033 80556, E-Mail: bkjpp@dr-schaff.de www.bkjpp.de

Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO)
 Brücker Mauspfad 601, 51109 Köln, Tel.: 0221 842523, Fax: 0221 845442, E-Mail: staeko@vakjpp.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (vorm. DGDS) e.V.
 c/o Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel. und Fax: 040 42803 5121, E-Mail: info@dgsuchtmedizin.de www.dgsuchtmedizin.de/

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)
 Vorsitzender: Univ.-Doz. Dr. med. Elmar Etzersdorfer, Furtbachkran- kenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Furtbachstr. 6, 70178 Stuttgart, Tel.: 0711 6465126, Fax: 0711 / 6465155, E-Mail: etzersdorfer@fbkh.org www.suizidprophylaxe.de

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 (za) (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.springerfachmedien-medizin.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, Ulrich Huber, Stephan Kröck,
Dr. Esther Wieland, Matthias Wissel

Director Facharzt Medizin: Dr. Christoph Posch

Ressortleitung: Dr. Gunter Freese

Redaktion: Dr. Gunter Freese (Leitung),
Tel.: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435,
E-Mail: gunter.freese@springer.com;
Thomas Müller (-1461);
Monika Hartkopf (CvD, -1409);
Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

Layout: Christian Staral (Leitung),
Edda Führer (Layout)

Corporate Publishing:

Ulrike Hafner (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.springerfachmedien-medizin.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 Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebühreinzahlung 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



© Sven Weber / Fotolia.com

Vorschau

Ausgabe 3/2011

März

Erscheint am 16. März 2011

Wege aus der Sucht

In Deutschland gilt die Abstinenz noch immer als Hauptziel bei Suchterkrankungen. Ebenso wichtig ist jedoch die Rückfallprophylaxe, denn nur damit lassen sich langfristige Erfolge erzielen. Eine geeignete Pharmakotherapie kann dabei das Rückfallrisiko deutlich mindern.

Neue Optionen gegen Epilepsie

Trotz vieler Fortschritte in den vergangenen Jahren sind zahlreiche Epilepsiepatienten weiterhin schwer behandelbar. Sie könnten jetzt von einigen neu eingeführten Antikonvulsiva profitieren.

Depressiv in der Psychose

Schizophreniepatienten mit depressiven Syndromen sind keine Seltenheit. Diese Patienten zu erkennen und gezielt zu behandeln ist besonders wichtig, denn die Rezidiv- und Suizidraten sind bei ihnen stark erhöht.



IA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2008