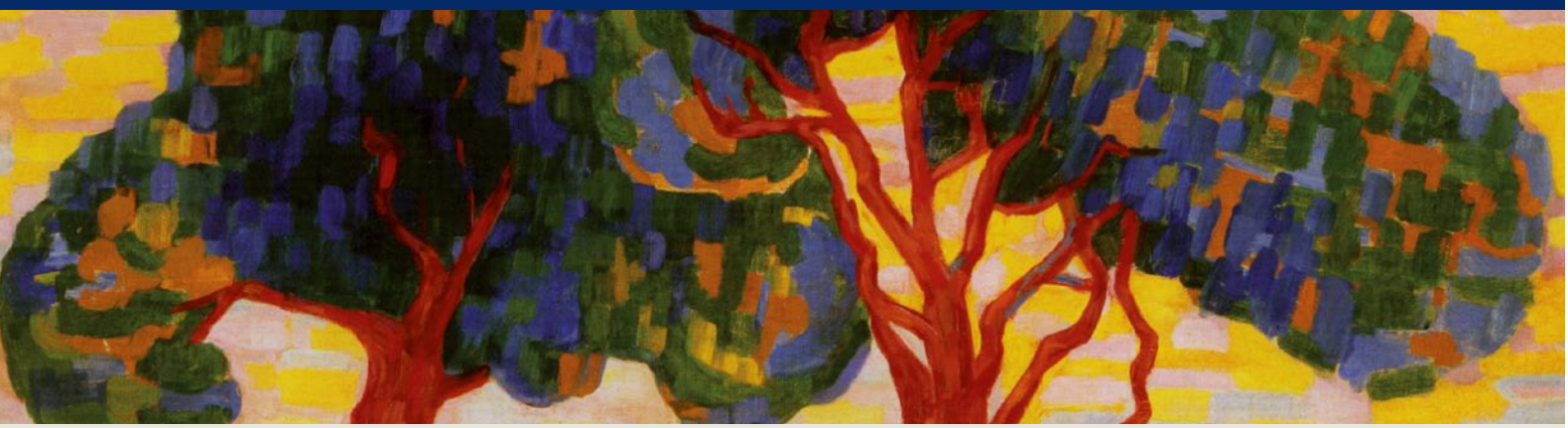
5 Mai 2011 _ 22. Jahrgang_www.BVDN.de

NeuroTransmitter

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



9. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag
Zwischen Konkurrenz und Kooperation

Versorgung psychisch schwer Kranker
Zeit für eine neue Psychiatrie-Enquête

Praxisorientierte Psychotherapie
Druck und Aggressionen abwehren

CME: Schizoaffektive Störungen
Zwischen-Fälle in der psychiatrischen Diagnostik

NeuroTransmitter 5/2011

Springer Medizin | Verlag Urban & Vogel GmbH, München

BVDN BDN BVDP

»Keinem Psychiater oder Nervenarzt würde es einfallen, mit dem Skalpell auf Patienten loszugehen, ebenso wenig sollten Chirurgen in der Psychiatrie dilettieren.«

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

Das Ende einer Karriere

Unter der Rubrik „Fundsache" las ich am Mittwoch, den 20. April 2011, folgende Notiz: „Männlicher Samen gegen Depression". Dr. Lazar Greenfield, gewählter Präsident der amerikanischen Chirurgengesellschaft ACS, hat seinen Rücktritt erklärt. Zum Verhängnis wurde ihm ein Editorial in den „Surgery News", in dem sich der 78-jährige Chirurg anlässlich des Valentinstages über die Bedeutung des männlichen Samens für das weibliche Glücksgefühl ausgelassen hat. Mit Berufung auf wissenschaftliche Quellen konstatierte der Autor: „Weibliche College-Studenten, die ungeschützten Sex hatten, waren signifikant seltener depressiv als jene, deren Partner Kondome benutzten". Das liege wohl an den im männlichen Samen enthaltenen Stimmungsaufhellern wie Oxytocin und Serotonin. Greenfields daraus abgeleiteter Rat, dass es zum Valentinstag ein „besseres Geschenk als Schokolade gebe", ging vielen dann doch zu weit. Den Vorwurf des Sexismus quittierte der Beschuldigte mit „tiefem Bedauern".

Was hat denn den geritten?

Zum Schmunzeln? Tragisch? Man stelle sich vor, da wird ein 78-Jähriger, also ein Mann in einem Alter, in dem man sonst höchstens noch Papst oder kommunistischer Parteichef von Kuba werden kann, President Elect der bedeutendsten amerikanischen Chirurgengesellschaft, ist außerdem nicht irgendeiner, sondern einer der bedeutendsten Gefäßchirurgen der USA, Verfasser von mehreren hundert wissenschaftlichen Arbeiten, Erfinder des Vena-cava-Filters, Herausgeber von weltweit geachteten Fachzeitschriften, und kommt trotzdem, noch ehe er sein Präsidentenamt antreten kann, auf dem schlüpfrigen Parkett des Editorialschreibens zu Fall.

Was mögen nur seine Beweggründe gewesen sein? Vielleicht ein revolutionärer Versuch, die „Surgery News" humoristisch auf etwas derbe Chirurgenart aufzupeppen? Dagegen spricht sein Konterfei, das schmale, aristokratisch wirkende Gesicht, dem alle barocken Charakteristika mangeln. Oder hatte er, vielleicht von einer bayerischen Großmutter großgezogen, gemeint, Karl Valentin sei der Namensgeber des Valentinstages? Dass die Fachgesellschaft die Notleine zog und sich schnellstens eines President Elect entledigen wollte, der plötzlich statt mit Wissen mit Witzen im Fachjournal zu brillieren versucht, ist ihr nicht ganz zu verdenken. Aber nicht das wurde ihm zum Verhängnis, sondern der Vorwurf des Sexismus, in den USA ein probates Mittel, jemanden los zu werden, ohne sich dem eigentlichen Skandal stellen zu müssen, und der liegt doch in Wirklichkeit darin, dass dieses Editorial 1. vermuten lässt, dass sein Autor angesichts der leicht frivolen Thematik anscheinend nicht mehr dazu in der Lage war, einfache Studien kritisch auf ihren Aussagewert zu hinterfragen, 2. unglaubliche Wissenslücken in der Psychiatrie verrät und 3. Vorstellungen über das Nervensystem präsentiert, die jeder Beschreibung spotten.

Ein jeder bleibe bei seinen Leisten

Ihm müsste doch aufgefallen sein, dass sich ein gewaltiger statistischer Bias auftut, wenn die befragten jungen Damen, die ungeschützten Sex betreiben, vielleicht einfach deswegen weniger depressionsanfällig sind, weil eher von feucht-fröhlichem Naturell, während die zweite Gruppe, weil ängstlicher, vorsichtiger, somit per se eher der Schwermut zuneigt.

Noch mehr disqualifizieren ihn aber seine Vermutungen, Serotonin in der Samenflüssigkeit könne direkt dem Gehirn zugute kommen. Stellt er es sich womöglich so vor, dass da ein Vena cava analoges Riesenaxon direkt vom Muttermund in die intimsten Nischen des limbischen Systems führt und das Katecholamin somit auf direktem Wege dorthin transportiert wird? Dann überträfe seine psychiatrische Ignoranz noch die der Internisten und Gynäkologen, mit deren Laboruntersuchungen auf Lithium ich mich ständig argumentativ mit meinen Patienten herumzuschlagen habe, da dessen Fehlen im Serum eine Depression ebenso beweisen soll wie ein erniedrigter Serotoninspiegel.

Die Konsequenz: Keinem von uns Psychiatern oder Nervenärzten würde es einfallen, mit dem Skalpell auf Patienten loszugehen, ebenso wenig sollten Chirurgen, auch wenn es noch so verlockend ist, in der Psychiatrie dilettieren.

Ihr

Inhalt 5 Mai 2011

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 Ambulante Kodierrichtlinien – Fortsetzung folgt

12 Gesundheitspolitische Nachrichten
Versorgungsgesetz in der Diskussion
Arzneimittelkosten gesunken
Nutzen des DMP Diabetes angezweifelt

14 9. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag
Ohne gute Strukturierung keine gute Versorgung
Kaum Integrierte Versorgung in der Psychiatrie
Mehr Aufklärung gefordert
Nervenärzte kooperieren mit Soziotherapeuten

Rund um den Beruf

22 Schwer psychisch Kranke
Es ist Zeit für eine neue Psychiatrie-Enquête

28 Trübe wirtschaftliche Aussichten
Stimmung bei Ärzten verharrt im tiefroten Bereich

29 Praxis-Qualitätsmanagement
Bis zum Jahresende gibt es noch Fördergeld

14 Kooperation im Blick

Weniger Konkurrenz, mehr Kooperation: Über die Patientenversorgung der Zukunft diskutierte beim 9. Deutschen Neurologen- und Psychiatertag in Köln auch der BVDN-Vorstand. Im Bild von links: Dr. Uwe Meier, Dr. Gunther Carl, Dr. Frank Bergmann, Dr. Paul Reuther, Dr. Christa Roth-Sackenheim, Dr. Roland Urban, Dr. Lutz Bode.

12 Interessengruppen gehen in Position

Derzeit werden im Bundesgesundheitsministerium die Eckpunkte für das geplante Versorgungsgesetz entwickelt. Die Krankenkassen üben schon einmal Kritik an dem, was bislang bekannt ist.

22 Schwer Kranke bleiben ausgegrenzt

Um die leichter psychisch Kranken kümmern sich 18.000 Psychotherapeuten, um die schwer Kranken nur 5.000 Nervenärzte und Psychiater. So mancher Vertragsarzt fordert daher ein generelles Umdenken in der ambulanten psychiatrischen Versorgung.

Wichtiger Hinweis!

Auf Seite 80 f. finden Sie „Pharmawissen aktuell“ mit dem Beitrag „Schnelle und anhaltende Verbesserung bei Depression – Agomelatin auch im Praxisalltag effektiv und sicher“. Des Weiteren liegt dieser Ausgabe „Zentrum Neuro, Wissenswertes für Praxis und Patienten – II/2011“ mit dem Thema „Die Frist für Ärzte läuft“ bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

Titelbild:
Jacoba van Heemskerck

30 Neue Ansätze in der Traumatherapie

Ein spezifisches Medikament gegen psychische Traumata – das wünschen sich viele Psychiater und Nervenärzte. Hoffnung geben neue Ansätze aus der translationalen Forschung. Dabei werden Erkenntnisse von Tiermodellen und klinischen Studien vernetzt. Entdeckt wurden dadurch etwa Proteine, die bei der Steuerung des Hypophysen-Nebenierensystems von Bedeutung sind. Solche Proteine könnten Zielscheiben von Antipsychotraumatika sein.

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)

BVDN BDN BVDP

Fortbildung

30 PTBS – Teil 2: Translationale Forschung
Schneller zu wirksamen Traumatherapien

37 Effektive Abwehr
Selbstverteidigung gegen Aggressionen in Beruf und Alltag

44 Interaktionslexikon – Teil 10
Eliminationshalbwertszeit – wie schnell die Plasmakonzentration einer Substanz sinkt

46 Heftige Reaktion auf ein Antiepileptikum
Mit abgelöster Haut ins Zentrum für Schwerbrandverletzte

50 Therapie bei Bipolar-I-Störungen
Asenapin – ein neues Antipsychotikum

52 Neurologische Kasuistik
Multiple Tumore, eine Ursache: das „von Hippel-Lindau-Syndrom"

58 CME: Schizoaffektive Störungen
Zwischen-Fälle in der psychiatrischen Diagnostik

65 CME-Fragebogen

Journal

74 Psychopathologie in Kunst und Literatur
João Guimarães Rosa – am dritten Ufer des Flusses

78 NeuroTransmitter-Galerie
Mondrian und De Stijl
Reduktion statt Unübersichtlichkeit

29 Leserbrief

69 Pharmaforum

83 Termine

84 Verbandsservice

89 Impressum/Vorschau

» Wir setzen uns als Verbände dafür ein, die Kodierrichtlinien zu vereinfachen, zu verschlanken und damit den administrativen Aufwand möglichst gering zu halten. «

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

Ambulante Kodierrichtlinien – Fortsetzung folgt

Die Geschichte der ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) entwickelt sich allmählich zu einem Fortsetzungsroman mit vielen Folgen. Bereits in § 295 Abs. 3 SGB V wurde vereinbart:

„Die Vertragsparteien (...) vereinbaren erstmalig bis zum 20. Juni 2009 Richtlinien für die Vergabe von Dokumentationen der Schlüssel nach Abs. 1 Satz V für die Abrechnung und Vergütung der Vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien)".

Am 3. Dezember 2010 erfolgte die Beschlussfassung in der Vertreterversammlung der KBV, die ambulanten Kodierrichtlinien zum 1. Januar 2011 flächendeckend und einheitlich für alle GKV-Versicherten in Kraft zu setzen, allerdings mit Sanktionsfreiheit bis zum 30. Juni 2011, um den erkannten Zeitbedarf sowie eine anwenderfreundliche Implementierung in die Praxis-EDV-Systeme zu ermöglichen, des Weiteren, um die hausärztlichen Besonderheiten bei der Kodierung zu berücksichtigen.

Mit Blick auf die nicht enden wollenden-Diskussionen über Sinnhaftigkeit und Anwenderfreundlichkeit der ambulanten Kodierrichtlinien, insbesondere auch im hausärztlichen Bereich, teilte das Bundesministerium für Gesundheit mit Datum vom 16. Februar 2011 an die KBV sowie den Spitzenverband der Krankenkassen mit: „Vor dem Hintergrund der Vorbereitungen eines Versorgungsgesetzes halte ich es für sachgerecht, die Übergangs- und Einführungsphase durch Vereinbarung der Bundesmantelvertragspartner um weitere sechs Monate bis zum 31. Dezember 2011 zu verlängern. Das gibt allen beteiligten Partnern insbesondere die Zeit, die Anwendung im Praxisalltag deutlich zu vereinfachen." Unterschrift: Dr. Philipp Rösler.

Dies führte zu einer mittlerweile kaum noch überschaubaren Gemengelage.

Verhandlungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband aufgenommen

Am 18. April 2011 teilt der Vorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, den KVen mit, dass die Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband sowie Gespräche mit der Regierungskoalition, die ebenfalls in den Eckpunkten zum Versorgungsgesetz leicht handhabbare und einfach umsetzbare Kodierrichtlinien fordere, aufgenommen worden seien. Zur Verlängerung der Übergangsregelung zur Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien habe die KBV das Unterschriftenverfahren mit dem GKV-Spitzenverband eingeleitet, nachdem die Krankenkassen die Forderung akzeptiert hätten, dass mit der Verlängerung der Einführungsphase keine unmittelbaren Konsequenzen für das Honorarvolumen im Jahr 2014 verbunden sein dürften. Allerdings forderten die Kassen weiterhin, die geringere Kodierqualität des Jahres 2011 bei der Festlegung der Veränderungsraten zu berücksichtigen, soweit auf Diagnosedaten des Jahres 2011 zurückgegriffen werde.

Des Weiteren diskutiert die KBV die Möglichkeit einer Stichprobenregelung und sieht darin die Chance, die Morbidität der Versicherten zutreffend und umfassend mit geringerem Aufwand abzubilden. Hierzu bestehe jedoch weiterer Erörterungsbedarf, unter anderem auch mit dem Bundesgesundheitsministerium.

Ergänzend weist die KBV in Informationen für die Praxis darauf hin, dass die gesetzliche Verpflichtung zum Kodieren nach der ICD-10-GM weiterhin bestehen bleibe.

Kodierte Diagnosen sind zur Messung der Morbidität nötig

Fakt ist, dass die kodierten Diagnosen der Vertragsärzte zur Messung der Morbidität benötigt werden, die wiederum ausschlaggebend für die Verhandlung der Honorarzuwächse ist. Mit der Koppelung der Morbidität an die Vergütung hatte der Gesetzgeber im Jahr 2007 eine langjährige Forderung der Ärzteschaft erfüllt. Zuvor waren Honorarzuwächse an die Grundlohnsummenentwicklung gekoppelt. Eben diese an die Morbidität gekoppelten Honorarzuwächse werden jetzt von den Kassen in den Verhandlungen erneut zur Disposition gestellt im Zusammenhang mit der geplanten Verschiebung der Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien. Immerhin handelt es sich um Summen zwischen 400 bis 600 Millionen Euro.

Fakt ist, dass viele Probleme mit den ambulanten Kodierrichtlinienvor allem in hausärztlichen Praxen entstanden sind. Vor diesem Hintergrund hat das Zentralinstitut (ZI) für die Kassenärztliche Versorgung im Auftrag der KBV einen Diagnosekatalog speziell für Hausärzte erar-

BVDN
Berufsverband Deutscher Nervenärzte

BDN
Berufsverband Deutscher Neurologen

BVDP
Berufsverband Deutscher Psychiater

beitet, damit die Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung besser abgebildet werden können.

Fakt ist, dass in vielen neurologischen, nervenärztlichen und psychiatrischen Praxen probeweise bereits mit den ambulanten Kodierrichtlinien gearbeitet wird. Dabei haben sich vergleichsweise geringe Probleme ergeben. Diese betreffen spezielle Kodierungen wie beispielsweise von Demenzerkrankungen. Bei einem Großteil der Fälle klappte die Umstellung von ICD-10 auf die ambulanten Kodierrichtlinien jedoch problemlos.

Einige Bundesländer wollen AKR zum 1. Juli verbindlich einführen

Fakt ist auch, dass unabhängig von der Diskussion über eine statistisch belastbare „Stichprobenlösung" bereits einige Bundesländer angekündigt haben, die ambulanten Kodierrichtlinien zum 1. Juli 2011 verbindlich einzuführen. Nicht ohne Grund, denn die zukünftige Verteilung der Finanzmittel zwischen den einzelnen Länder-KVen soll künftig morbiditätsbasiert erfolgen. Die Qualität der Kodierung in den vertragsärztlichen Praxen wird dafür die wesentliche Rolle spielen. Einfach ausgedrückt: Diejenigen Bundesländer, in denen gut und umfassend kodiert wird, haben die besten Chancen auf die vorderen Listenplätze in der bundesweiten Honorarverteilung.

Es wird in Zukunft also einen doppelten Wettbewerb um Finanzmittel geben. Zum einen konkurrieren die 17 Länder-KVen um die Verteilung der Gesamtvergütung von rund 30 Milliarden Euro und kämpfen dabei um jeden Cent. Darüber hinaus wird aber in Zukunft zunehmend die Morbidität auch in den einzelnen Fachgruppen eine hervorragende Rolle in der Honorarverteilung spielen. Nervenärzte, Neurologen und Psychiater mit der in ihren Praxen hoch verdichteten Morbidität der Patientenstruktur haben gute Gründe, die Morbidität der von ihnen zu versorgenden Patienten gut und umfassend zu dokumentieren.

Wir setzen uns als Verbände dafür ein, die Kodierrichtlinien zu vereinfachen, zu verschlanken und damit den administrativen Aufwand möglichst gering zu halten.

Über die Fortsetzung des Themas „Ambulante Kodierrichtlinien" werden wir zeitnah berichten.

In diesem Sinne

Ihr

VERSORGUNGSGESETZ

Interessengruppen positionieren sich

Derzeit werden im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Eckpunkte für das geplante Versorgungsgesetz entwickelt. Die verschiedenen Interessengruppen im Gesundheitswesen positionieren sich, stellen ihre Forderungen und üben bereits Kritik an dem, was bisher verlautete. Zum Beispiel die Krankenkassen: Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, kritisierte, dass es zu viele Ärzte mit eigener Praxis, zu viele Medikamente ohne nachgewiesenen Nutzen und zu viele Krankenhausbetten gebe. Die in letzter Zeit allenthalben beklagte Unterversorgung könne nur durch den Abbau von Überversorgung beseitigt werden. Derzeit gebe es zirka 45.000 niedergelassene Ärzte mehr als noch vor 20 Jahren, und dies bei sinkender Bevölkerungszahl. Wenn man allerdings davon ausgehe, dass es zu wenige Ärzte gibt und man deren Zahl erhöhen müsse, könne dies nur mit zusätzlichem Geld geschehen, dies werde teuer. Die Zulassung zum Kassenarzt solle nur noch auf Lebenszeit vergeben werden. Es müsse Schluss damit sein, das jeder Arzt die Lizenz, mit Krankenkassen abzurechnen, am Ende seines Berufslebens weiterverkauft. Man wolle die Ärzte aber nicht enteignen, der Verkauf der Zulassung sei Teil der Altersversorgung vieler heute berufstätiger Ärzte.

Laut Pfeiffer sollte man eine Zulassung auf Zeit einführen, um die hohe Zahl der Ärzte in überversorgten Städten zu senken. Es müsse verhindert werden, „dass sich immer wieder neue Ärzte in überversorgten Gebieten niederlassen". Ins gleiche Horn stößt übrigens auch Jens Spahn (CDU), gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion. Man wolle Ärzten, die aus Altersgründen in überversorgten Gebieten ihre Zulassung zurückgeben, den Praxis- und gegebenenfalls Immobilienwert zum Marktpreis bezahlen. Mit dem ersparten Geld könne man dann Sonderkonditionen für Ärzte in unterversorgten Gebieten finanzieren oder dort Ärzte in KV-Anstellung bezahlen.

Pfeiffer hält kleinere Planungsbezirke nicht für notwendig. Auch die Bundesländer sollten in den Zulassungsausschüssen kein Mitspracherecht haben. Schon das Länder-Mitspracherecht bei der Krankenhausplanung führe nicht zu überzeugenden Ergebnissen. Auch die Innovationen im Krankenhausbereich möchte Pfeiffer auf ihren Zusatznutzen und die Kosten besser überprüfen. Es solle mehr Wettbewerb im Krankenhausbereich geben. Krankenkassen soll es erlaubt sein, mit ausgewählten Kliniken besondere Verträge über die Behandlung ihrer Versicherten schließen zu können.

An den individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) übt Doris Pfeiffer harsche Kritik. IGeL-Verkaufsgespräche erinnerten an „Haustürgeschäfte durch Staubsaugervertreter". Viele Versicherte würden überrumpelt und verunsichert. Sie würden dann Leistungen kaufen, die sie eigentlich nicht bräuchten. Medizinisch notwendige Leistungen hingegen würden von den Kassen bezahlt.

Anfang April stimmten sich die Bundesländer in einer Sondersitzung der Gesundheitsministerkonferenz in ihrer Positionierung zum Versorgungsgesetz ab. Auch Dr. Markus Söder, der bayerische Gesundheitsminister, äußert sich zum Versorgungsgesetz. Er hat einen 10-Punkte-Katalog vorgelegt.

- Regionale Ausgestaltung der Bedarfsplanung: Nötig sind inhaltliche Abweichungsmöglichkeiten von bundesweiten Vorgaben.
- Regionale Steuerung der Arztniederlassung: Die Selbstverwaltung soll die Niederlassung der ambulanten Ärzte effektiv und am Bedarf vor Ort steuern. Die Selbstverwaltung soll auch neue Maßnahmen (etwa Garantie eines Mindestumsatzes, Stipendien für niederlassungswillige Studenten) ergreifen können, um lokale Versorgungsengpässe zu beheben.
- Kommunen soll ermöglicht werden, Eigeneinrichtungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu betreiben.
- Bessere Honorierung von Hausbesuchen im ländlichen Raum: Das Basishonorar soll abhängig von der jeweiligen Einwohnerdichte auf einen Betrag zwischen 25 Euro in der Großstadt und 40 Euro in ländlichen Gebieten steigen.
- Gerechte Honorarverteilung im ambulanten Bereich: Die bestehende Verteilung der Gesamtvergütung soll linear weiterentwickelt werden. Es dürfe zu keinem weiteren Mittelabfluss aus Bayern kommen.
- Sozial gerechte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds: Die Mittelverteilung durch den Gesundheitsfonds soll die regionalen Unterschiede in Deutschland (Miet-, Lebenshaltungs- und Lohnkosten) angemessen berücksichtigen.
- Niedergelassene Ärzte und Klinken sollen telemedizinische Leistungen mit den Krankenkassen adäquat abrechnen.
- Einbeziehung von Krankenhäusern in die ambulante Versorgung: Krankenhäuser sollen zur ambulanten Versorgung ermächtigt werden, wenn ein lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wird. Die Ermächtigungen sollen auch dann erfolgen, wenn es zusätzlichen Versorgungsbedarf vor Ort gibt.
- Die Pflicht eines Vertragsarztes, seinen Wohnsitz in der Nähe seiner Praxis zu wählen, soll gelockert werden, solange dadurch die Versorgung der Patienten nicht gefährdet wird.
- Familie und Beruf sollen besser vereinbar sein. Dazu sollen die Rahmenbedingungen für eine gemeinsame Berufsausübung verbessert werden.

Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

„Das geplante Versorgungsgesetz könnte eines der strukturell bedeutsamsten Gesundheitsreformgesetze werden."

Kommentar: *Das geplante Versorgungsgesetz könnte eines der strukturell bedeutsamsten Gesundheitsreformgesetze werden. In vielem scheinen sich Krankenkassen und Politiker verschiedener Parteien einig zu sein. Eine grundlegende Honorarreform gehört nicht dazu. Allerdings möchte man offenbar nun ernsthaft das Problem der regionalen Unterversorgung dadurch angehen, dass man regionale Überversorgung abbaut. Die bisherigen Modelle laufen offenbar darauf*

hinaus, dass zunächst der Bestandsschutz gewahrt bleibt. Ob dann allerdings bei der Zwangsauflösung der Kassenzulassung bei Ruheständlern in überversorgten Gebieten tatsächlich der Verkehrswert bezahlt wird und ob dies dem wahren Marktwert entspricht, muss offen bleiben. Hier gibt es sicher auch noch verfassungsrechtliche Fragen zu klären. Absolut sinnvoll sind Regelungen, in unterversorgten Gebieten mit besonders großen Praxen sowohl die Fallzahl- als auch die Arzneimittelbudgetierung aufzuheben, die Residenzpflicht zu lockern, insbesondere für Frauen die Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern und materielle Niederlassungsanreize in unterversorgten Gebieten zu setzen. **gc**

RABATTVERTRÄGE

Arzneimittelkosten 2010 um 5,7 Milliarden Euro gesunken

Nach Angaben von IMS-Health sanken im vergangenen Jahr die GKV-Medikamentenkosten von 30,7 auf 25,3 Milliarden Euro. Daran waren vor allem die Rabattverträge mit den Generikaherstellern mit zirka 1,5 Milliarden Euro beteiligt.
Die Rabattquote der zwischen Krankenkassen und Medikamentenherstellern ausgehandelten Kontrakte betrug durchschnittlich 30 Prozent. Die Apothekennachlässe betrugen zirka 1 Milliarde Euro, die Zuzahlungen der Patienten lagen im Jahr 2010 bei 1,8 Milliarden Euro.

Kommentar: *Offenbar führen die Rabattverträge nun doch zu den erwarteten hohen Einsparungen. Allerdings sind sie für den Patienten mit einem Gefährdungspotenzial gefunden. Durch die Substitutionsverpflichtung der Apotheker wird die Einnahmekontinuität und Dosistreue erheblich beeinträchtigt. Dies gilt vor allem dann, wenn teilbare Tabletten verordnet wurden oder wenn sich die Darreichungsform beziehungsweise das Aussehen des Arzneimittels eines anderen Herstellers ändert. Beim Arzt führen die Auswirkungen der Medikamentensubstitution zu wesentlich häufigeren und teils auch kontroversen Nachfragen und Erklärungen auf Verlangen des Patienten. Dieser Zeitaufwand ist zuweilen erheblich und wird natürlich nicht honoriert. Hierdurch reduziert sich das eigentlich für die Patientenbehandlung gedachte Zeitkontingent. Nicht wenige Apotheker halten sich zudem nicht an das Aut-idem-Kreuz. Noch mehr Pharmazeuten fordern allerdings den Patienten zum erneuten Arztbesuch auf, um das Aut-idem-Kreuz setzen zu lassen, obwohl dies eigentlich nicht erforderlich ist.* **gc**

DISEASE-MANAGEMENT-PROGAMM DIABETES

Nutzen infrage gestellt

Das wissenschaftliche Institut für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) stellte fest, dass das Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ zwei (T2PM) in der gegenwärtigen Form nicht ausreichend effektiv ist. Ein medizinischer Nutzen durch die DMP-Teilnahme sei nicht klar erkennbar. Dagegen behaupten die AOK Baden-Württemberg und die Barmer GEK, dass sich die medizinische Versorgung von Diabetikern nachweislich gegenüber nicht teilnehmenden Diabetikern verbessert habe. So sei die Lebenserwartung der Teilnehmer gestiegen, die medizinischen Werte hätten sich verbessert. Auch die diabetischen Folgeerkrankungen Nierenversagen, Amputationen oder Herzinfarkte treten seltener auf. Die Kosten für Medikamente und Krankenhauseinweisungen seien deutlich günstiger. Dies belegen der Verordnungsreport 2011 des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) und das Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität Köln.

Kommentar: *Im Gladiatorenkampf der gesundheitsökonomischen Institute belegt jeder das, wozu er beauftragt wurde? Zumindest werden die von fleißigen Ärzten produzierten Behandlungsdokumentationen offenbar zwischenzeitlich zumindest zum Teil ausgewertet. Allerdings sind die DMP innerhalb weniger Jahre zu gesundheitsökonomischen Fossilien mutiert. Denn ursprünglich waren sie dazu da, besonders aufwändige Kranke für die Kassen zu identifizieren, um über den Risikostrukturausgleich (RSA) Ausgleichszahlungen zu generieren. Dennoch wäre es für unser GKV-System letztendlich doch wissenswert, ob es sich bei den DMPs nur um eine der vielen gesundheitsökonomischen Irrwege oder tatsächlich um medizinische Behandlungsprogramme mit einem relevanten Mehrwert für Patienten und Ärzte gehandelt hat.* **gc**

Anzeige

9. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag

Ohne gute Strukturierung gibt es künftig keine gute Versorgung

Kooperation statt Konkurrenz – nur so lässt sich die ambulante Versorgung der alternden Gesellschaft sicherstellen. Dazu ist eine flächendeckende Strukturierung der neuropsychiatrischen Versorgung nötig, so Dr. Frank Bergmann, 1. Vorsitzender des BVDN. Hierbei sollten sowohl für ambulant tätige Vertragsärzte als auch für ambulant tätige Klinikärzte vergleichbare Bedingungen herrschen.

Neue Kooperationsformen und Versorgungsstrukturen standen im Zentrum vieler Diskussionen. Von links: Professor Wolfgang Oertel (DGN), Professor Peter Falkai (DGPPN) sowie vom BVDN Dr. Uwe Meier, Dr. Christa Roth-Sackenheim und Dr. Frank Bergmann (rechtes Bild).

© Thomas Müller

Immer mehr Menschen werden in Zukunft eine neuropsychiatrische Behandlung benötigen, ihnen stehen jedoch voraussichtlich immer weniger ambulant tätige Fachärzte zur Verfügung. Wie die Versorgung der Patienten unter diesen Bedingungen gewährleistet werden kann, war ein zentrales Thema beim 9. Deutschen Neurologen- und Psychiatertag am 8. und 9. April in Köln. Dabei skizzierte Dr. Frank Bergmann, 1. Vorsitzende des BVDN, zu Beginn die Probleme, die es in den nächsten Jahrzehnten zu bewältigen gilt. Da sind zum einen die Überalterung der Bevölkerung in Deutschland und mit ihr verbunden steigende Morbiditätskosten – sie sind bei über 60-Jährigen mehr als dreimal so hoch wie bei unter 60-Jährigen. Gleichzeitig nimmt der Anteil der Erwerbstätigen ab, so dass nach einer Analyse des Ökonomen Professor Fritz Beske aus Kiel im Jahr 2060 auf jeden Erwerbstätigen ein Nichterwerbstätiger kommen wird – derzeit ist das Verhältnis noch 3:1. Als Folge werden bis 2050 zusätzlich 800.000 Pflegeheimplätze benötigt sowie bis 2025 bereits zusätzlich etwa 125.000 Pflegekräfte und bis 2030 weit mehr als 100.000 Ärzte. Würde unter diesen Bedingungen das bisherige Leistungsspektrum in der GKV beibehalten, müsste der Beitragssatz der GKV auf über 50 Prozent im Jahr 2060 steigen.

Künftig Mangel an Vertragsärzten

Von großer Bedeutung bei dieser Entwicklung sind nach Ansicht von Bergmann gerade die neuropsychiatrischen Erkrankungen. Sie werden im Jahr 2030 etwa drei der vier wichtigsten Krankheiten stellen, welche die Lebensqualität und -dauer einschränken. So dürfte die unipolare Depression dann 10 Prozent aller krankheitsbedingten Behinderungen ausmachen, die Demenz gleichauf mit kardiovaskulären Erkrankungen etwa 6 Prozent, alkoholbedingte Erkrankungen knapp 5 Prozent. Dass solche Prognosen ernst zu nehmen sind, zeigen auch Zahlen zur Berentung wegen Berufsunfähigkeit. 1983 waren psychische Erkrankungen bei 9 Prozent Grund für die Berufsunfähigkeit, 2002 bereits bei 28 Prozent, sagte Bergmann.

Dem steigenden Bedarf an neuropsychiatrischer Behandlung steht aber eine konstante bis leicht sinkende Zahl von neuropsychiatrischen Vertragsärzten gegenüber. „Ein Mehr an Ärzten, wie es zur Deckung des erhöhten Versorgungsbedarfs nötig wäre, ist zurzeit nicht in Sicht“, so der BVDN-Vorsitzende. Er nannte als Beispiel die Zahl der Demenzkranken, die sich bis zum Jahr 2050 verdoppeln wird. „Das wird die Probleme in der ambulanten und stationären Pflege, wie wir sie kennen, erheblich verstärken.“ Zugleich warnte Bergmann aber vor Übertreibungen. Selbst wenn die Zahl der neuro-

Neustrukturierung der Versorgung

Für die Behandlung von Patienten mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen muss ein eigenes Segment geschaffen werden, das sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung umfasst. Das fordert der BVDN-Vorsitzende Dr. Frank Bergmann.
Er nannte auf dem 9. Deutschen Neurologen- und Psychiatertag die Voraussetzungen für eine dringend notwendige flächendeckende Neustrukturierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung:

- die Erarbeitung verbindlicher regionaler Behandlungspfade
- die Definition einheitlicher Leistungs- und Qualitätskriterien
- die Harmonisierung und Vereinheitlichung der Vergütung im vertragsärztlichen Bereich und in Ambulanzen
- die angemessene und gleiche Vergütung in allen Bundesländern
- Planungssicherheit
- ein angemessenes Verhältnis von Versorgungsleistungen, Aufwand, Administration und wirtschaftlichem Risiko auf der einen und wirtschaftlichem Ertrag auf der anderen Seite
- wirtschaftliche Tragfähigkeit der Vertragsarztpraxis ohne Quersubventionen
- Steigerung der Attraktivität der Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis für Neurologen und Psychiater durch wirtschaftliche Anreize **(iss)**

psychiatrischen Vertragsärzte bis dahin gleich bleibe, und sich nur ein Drittel mit Demenzpatienten beschäftigten, dann wären auch 2050 nur zwei Demenzpatienten pro Woche und Arzt zu untersuchen. „Dies ist sicher alles schwierig, aber auch zu bewältigen."

Um die ambulante Versorgung der Erkrankten in der Zukunft zu sichern, ist daher eine Vernetzung aller Beteiligten vom Hausarzt über niedergelassene Fachärzte bis zu MVZ und Kliniken nötig, sagte Bergmann. Entscheidend sei dabei vor allem eine gute Strukturierung der Versorgung in regionalen Behandlungspfaden sowie eine Harmonisierung der Rahmenbedingungen. „Wir brauchen einen Leistungskatalog mit einheitlichen Kriterien sowohl für die ambulanten Vertragsärzte als auch für die ambulant in einer Klinik tätigen Ärzte, die Qualitätsanforderungen müssen vergleichbar sein, und auch die Vergütung muss vergleichbar sein." Nur durch eine morbiditätsorientierte Strukturierung der Versorgung könne man erreichen, dass ein Patient, der dringend eine fachärztliche Behandlung braucht, diese auch bekommt. Dabei, so Bergmann, müsse man ein eigenes Versorgungssegment anstreben. Bei der Bedeutung, die neuropsychiatrischen Erkrankungen schon heute zukommt, sei dies unumgänglich. „Es kann nicht sein, dass die Versorgung bei epidemiologisch und volkswirtschaftlich bedeutsamen Krankheiten des ZNS davon abhängt, was etwa in chirurgischen oder urologischen Praxen geschieht!"

Bergmann forderte verbindliche Behandlungspfade und eine angemessene Vergütung in allen Bundesländern: „Dass in Nordrhein und Westfalen-Lippe die gleiche ärztliche Leistung für die Hälfte der Vergütung im Vergleich zu anderen Bundesländern erbracht werden muss, das halte ich für skandalös." Versorgungsleistungen, Arbeitsaufwand, Administration und wirtschaftliches Risiko in einer Vertragspraxis müssen nicht nur in einem angemessenen Verhältnis zueinander, sondern auch zum wirtschaftlichen Ertrag stehen. Zudem sollte eine Vertragsarztpraxis sich auch ohne GOÄ-Leistungen, Gutachten oder IGeL-Angebote wirtschaftlich tragen.

Schließlich müsste die Attraktivität der Arbeitsbedingungen für Neurologen und Psychiater durch wirtschaftliche Anreize auch im Hinblick auf den dringend benötigten Nachwuchs deutlich gesteigert werden, andernfalls werde jede Bedarfsplanung die anstehenden Versorgungsprobleme nicht nachhaltig lösen können. **(mut)**

Integrierte Versorgung – in der Psychiatrie noch ein Mauerblümchen

Auch in der Psychiatrie ist es dringend nötig, dass alle an der Versorgung Beteiligten besser kooperieren, sagte DGPPN-Präsident Professor Peter Falkai beim Neurologen- und Psychiatertag in Köln. „Die Vernetzung innerhalb unseres Systems ist optimierbar, um es vorsichtig zu formulieren." Verbesserungsbedarf gebe es etwa bei der Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten, Institutsambulanzen, fachpsychiatrischen Einrichtungen und Kliniken.

Als weitere Probleme bei der Versorgung psychisch Kranker sieht Falkai die zunehmende Zahl von Pflegeheimpatienten ohne ausreichende psychiatrische Betreuung, Fehlallokation finanzieller Ressourcen, eine Vielzahl von Kostenträgern wie Krankenkassen, Rentenkassen und Bundesanstalt für Arbeit, aber auch eine kürzere Verweildauer der Patienten in Kliniken bei gleichzeitig erhöhten Fallzahlen. So seien kürzere Liegezeiten nicht für alle ein Fortschritt, sondern würden dazu führen, dass Angehörige und ambulante Betreuer mit den Patienten überfordert sind. Die genannten Defizite haben für die Patienten mitunter gravierende Folgen, so Falkai. Sie erschweren eine kontinuierliche Betreuung und Behandlung, erhöhen die Gefahr von Rezidiven mit häufigen Wiedereinweisungen in Kliniken und sorgen damit wiederum für unnötig hohe Kosten.

Es muss klar sein, wer wann was zu tun hat

Nötig sei daher eine strukturierte und sektorenübergreifende Versorgung. Es müsse klar sein, wer wann was zu tun hat. Dabei könne die Integrierte Versorgung (IV) eine wichtige Rolle spielen, sagte er. „Es muss ein spezifisches Netz für eine spezifische Krankheit in einer spezifischen Region sein." Von den rund 5.000 IV-Verträgen beträfen derzeit aber nur 90 psychiatrische und psychotherapeutische Gebiete. „Wir würden uns wünschen, dass es mehr wären."

Ärzte sollen Integrierte Versorgung selbst in die Hand nehmen

Hier sieht Falkai die Ärzte selbst in der Pflicht. „Wir müssen uns intensiver um dieses Thema kümmern, damit nicht hinterher ein Modell über uns gestülpt wird, das wir so nicht haben wollen." Falkai sieht etwa kommerzielle Unternehmen als Partner von IV-Verträgen sehr kritisch.

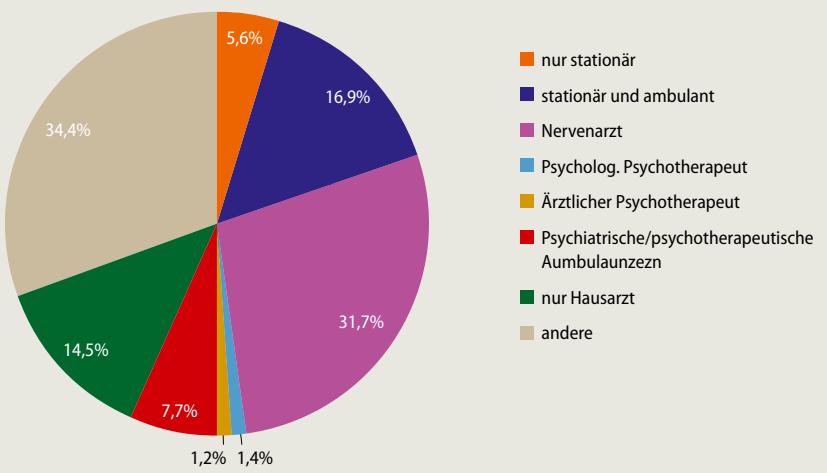
Als positives Beispiel nannte der DGPPN-Präsident ein vom BVDN und der DGPPN initiiertes IV-Projekt in Aachen. Teilnehmer sind Hausärzte, Krankenhäuser und das Universitätsklinikum als Leistungserbringer, als Kostenträger konnten mehrere große Krankenkassen gewonnen werden. Letztlich müssten sich IV-Projekte aber an ihrem Erfolg messen lassen: Dazu gehörten eine Therapieoptimierung beim Hausarzt und Facharzt, schnellere Arzttermine, gezieltere Überweisung zur Psychotherapie, Kostenreduktion aber auch weniger Arbeitsunfähigkeitszeiten und seltener stationäre Aufnahmen, sagte Falkai.

Über zukünftige Versorgungsformen hat sich die DGPPN auch in einem Zehn-Punkte-Papier Gedanken gemacht. Nach Ansicht der Gesellschaft bewegt sich die Versorgung psychisch Kranker in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern insgesamt auf einem guten Niveau. Das aktuelle System müsse folglich qualitativ weiterentwickelt, aber nicht grundsätzlich geändert werden. Dabei wird an einer Versorgungsstruktur mit ambulanten, teilstationären und stationären Elementen festgehalten. Gefordert wird ein neues Entgeltsystem, um sicherzustellen, dass der medizinische Fortschritt und der höhere Behandlungsbedarf aufgrund des demografischen Wandels ausreichend finanziert werden kann. Es soll zudem fachspezifische Unterschiede bei der Entgeltstruktur vermeiden.

Ziel ist eine flächendeckende strukturierte Versorgung

Der BVDN-Vorsitzende Dr. Frank Bergmann warnte jedoch davor, zu viel Energie in Modelle zu stecken, die mit einem großen Aufwand und hohen Kosten verbunden seien. Ziel müsse die flächendeckende Umsetzung einer strukturierten Versorgung sein. Seiner Einschätzung nach muss die derzeitige Versorgungsstruktur um eine Dimension ergänzt werden: regional abgestimmte und konsentierte Behandlungspfade. „Dann könnten wir unser hervorragendes Gesundheitssystem konstruktiv weiterentwickeln und zu einer exzellenten Versorgung kommen", sagte er. **(iss/mut)**

Hier werden psychisch kranke Menschen bisher behandelt



Quelle: Prof. Peter Falkai/Bundesgesundheitssurvey 1998, Wittchen und Jakobi 2001

Wichtige Ziele der Fachgesellschaften: Aufklärung und mehr Nachwuchs

Nicht nur Patienten mit ZNS-Erkrankungen haben es schwer, Gehör zu finden, auch Neurologen, Psychiater und Nervenärzte müssen noch viel tun, damit sie in der gesundheitspolitischen Debatte wahrgenommen werden. „Es ist erschreckend, wie wenig die Politik weiß, was psychiatrische Erkrankungen sind", sagte Professor Peter Falkai, Präsident der DGPPN auf dem Neurologen- und Psychiatertag in Köln. Er verwies dabei auf die erfolgreiche Lobbyarbeit der psychologischen Psychotherapeuten. Die Gefahr sei, dass weniger stark psychisch erkrankte Patienten psychotherapeutisch behandelt werden, während die Hauptlast der Versorgung bei den Psychiatern und Nervenärzten liege, denen man die Schwerkranken überlässt. „Oft wird so getan, als ob psychische Krankheiten vom Himmel fallen, behandelt werden und wieder weggehen", sagte Falkai. In Wirklichkeit sei der Verlauf fluktuierend – mal brauchen die Patienten viel, mal weniger Zuwendung. Dies sei jedoch nicht planbar. „Immer wieder wird gesagt, wir machen Psychotherapie, und dann ist das Thema gegessen. Das mag schon sein, aber nur für eine Subgruppe!" Der Großteil der Patienten, so Falkai, brauche dagegen eine langfristige Betreuung. „Hausarzt, Facharzt und Psychiater – sie begleiten diese Patienten ein Leben lang".

Neurologische Erkrankungen sind teuer

Auch Professor Wolfgang Oertel, Präsident der DGN, sieht Defizite in der öffentlichen Wahrnehmung: Jede dritte Notfallaufnahme im Krankenhaus ist inzwischen ein neurologischer Patient, und 17 der 80 teuersten Krankheiten sind neurologische Erkrankungen, „aber das weiß kein Politiker", sagte Oertel. Die Fachgesellschaften müssten hier noch mehr Aufklärungsarbeit leisten. Patienten mit Erkrankungen des Gehirns und ihre Angehörigen könnten sich zudem schlechter für ihre Interessen einsetzen als andere. „Sie sind darauf angewiesen, dass wir für sie kämpfen", betonte Oertel. Dazu gehöre auch, junge Menschen für den Beruf des Neurologen zu gewinnen. „Die Nachwuchsförderung ist das Thema Nummer Eins der DGN, nicht mehr die Wissenschaft." Der Direktor der Klinik für Neurologie an der Uniklinik Giessen-Marburg forderte, dass die neurologisch-psychiatrischen Fächer in der Approbationsordnung zum dritten Block neben der Inneren Medizin und der Chirurgie werden. **(iss/mut)**

Nervenärzte kooperieren mit Soziotherapeuten

Beim Neurologen – und Psychiatertag in Köln haben der BVDN und der Berufsverband der Soziotherapeuten e. V. im Einklang zum Thema der Tagung „Patientenversorgung in Neurologie und Psychiatrie zwischen Konkurrenz und Kooperation" beschlossen, im ambulanten Therapie- und- Nachsorgesektor zu kooperieren. Der 1. Vorsitzende des BVDN, Dr. Frank Bergmann, und die Vorsitzende des Berufsverbandes der Soziotherapeuten e. V., Dipl. Soz. Arb. Petra Godel-Ehrhardt sowie Vorstandsmitglied Dr. Sibylle Schreckling, waren sich einig, dass künftig die Schnittstellen zwischen nervenärztlich/psychiatrischer Behandlung und dem soziotherapeutischen Leistungsspektrum intensiviert werden müssen. Um eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten, müssen die Lücken zwischen medizinischer Behandlung und sozialer Wiedereingliederung geschlossen werden. Nur durch fachlich fundierte, individuelle Begleitung können so auf Dauer Drehtüreffekte vermieden werden, teilen die beiden Verbände mit.

Wollen künftig stärker zusammenarbeiten: Dipl. Soz. Arb. Petra Godel-Ehrhardt (links) und Dr. Sibylle Schreckling (rechts) vom Berufsverband der Soziotherapeuten e. V. sowie der BVDN-Vorsitzende Dr. Frank Bergmann (mitte).

© Thomas Müller

Der Berufsverband der Soziotherapeuten e. V. verfügt über Vernetzungsstrukturen zu komplementären Maßnahmen wie Ergotherapie und ambulante psychiatrischer Pflege sowie zu gemeindepsychiatrischen Einrichtungen wie Tagesstätten, Patientenclubs und Behindertenwerkstätten. Der Verband bemüht sich sowohl um die Darstellung des Tätigkeitsspektrums vor Ort, als auch auf berufspolitischer Ebene um Fortbildung und Qualifikation der Mitglieder. Eine enge Zusammenarbeit der beiden Berufsverbände soll eine gute Versorgung schwerstkranker Psychosepatienten trotz knapper Ressourcen gewährleisten. □

Versorgung von psychisch schwer kranken Patienten

Es ist Zeit für eine neue Psychiatrie-Enquête

Seit der Psychiatrie-Enquête 1975 hat sich die psychiatrische Versorgung in den Kliniken entscheidend verbessert, gibt der Nervenarzt und Psychotherapeut Dr. Heyo Prahm zu. Es hapert allerdings noch gewaltig in der ambulanten Versorgung. Um die leichter psychisch Kranken kümmern sich 18.000 Psychotherapeuten, um die schwer Kranken lediglich 5.000 Nervenärzten und Psychiater. Der größte Teil der ambulanten Honorare, so Prahm, geht damit an Psychotherapeuten – zulasten der schwer Kranken. An diesem Zustand seien Psychiater und Nervenärzte aber nicht ganz unschuldig.

Als Folge der Psychiatrie-Enquête sind die großen Anstalten verschwunden und in wesentlich kleinere, moderne Kliniken umgewandelt worden. Nach der Enthospitalisierung ist in der ambulanten Versorgung auch gesetzlich ein völlig neues System an ärztlichen und sozialpsychiatrischen Hilfen entstanden. Allerdings war diese Entwicklung abhängig von lokalen Initiativen, wie etwa in Oldenburg eine Vereinsgründung 1982 durch Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, den ich seit 1978 leitete. Jetzt allerdings droht der sozialpsychiatrischen Versorgung das Aus. In unserem Oldenburger Beispiel erleben wir die grundsätzlichen Probleme.

» Derzeit nehmen die leichter Kranken den schwer Kranken die Ressourcen weg. «

In Zusammenarbeit mit den verschiedenen Kostenträgern entstand in Oldenburg unter dem Dach des „Oldenburger Vereins zur Förderung der psychischen Gesundheit“ ein Netz von so genannten flankierenden oder komplementären Einrichtungen, die schließlich als eigene gemeinnützige Gesellschaft verselbstständigt wurden. Später wurden auch eine ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie aufgebaut. Aus der Idee der „Behandlungskette“ entwickelten wir pragmatisch eine Integrierte Versorgung, in die wir auch die Ärzte einbezogen.

Als großes Problem erlebten wir die in Deutschland übliche Zersplitterung der Kostenzuständigkeiten mit Zuständigkeitsgeschiebe („Der Plumpsack geht um ...“). Es fehlt das Verständnis, dass schwer psychisch kranke Menschen immer gleichzeitig krank und behindert sind, was wiederum eine unterschiedliche Kostenzuständigkeit von Krankenkassen und Rehaträgern zur Folge hat. Zudem fehlt eine gesamtverantwortliche Bedarfsplanung für die ambulante psychiatrische Versorgung wie das im stationären Sektor selbstverständlich ist.

Wir haben bis heute eine sehr unterschiedliche Versorgungsqualität und -struktur in den einzelnen Regionen Deutschlands, abhängig von lokalen Initiativen und nirgendwo befriedigend organisiert. Diese Initiativen gingen meist von den Fachleuten und Angehörigen aus, waren gemeinnützig orientiert und leisteten mit viel Idealismus und hohem persönlichem Einsatz mit viel Spendengeldern den Aufbau ambulanter Strukturen so gut es ging. Die Gesetzgebung half allmählich auf der Basis der Psychiatrie-Enquête, in den einzelnen Sozialgesetzen rechtliche Leistungsansprüche zu etablieren, psychiatrische Dienste bei den Gesundheitsämtern einzurichten und durch lokale Psychiatriepläne (ohne Verbindlichkeit) sowie ministerielle Psychiatrieausschüsse und Referenten (ohne Entscheidungsbefugnisse) die Entwicklung zu begleiten.

Der hohe Zeitaufwand für schwer psychisch Kranke ist das Hauptproblem

Die Rolle der niedergelassenen Nervenärzte und Fachärzte für Psychiatrie war und ist an die Möglichkeiten der kassenärztlichen Versorgung nach dem SGB V gebunden. Hauptproblem für diese Arbeit ist der hohe Zeitaufwand für schwer psychisch kranke Menschen. Dieser ergibt sich aus aufwändigen Behandlungsgesprächen mit oft unkooperativen Kranken sowie ihren sehr belasteten Angehörigen, weiter aus der Vermittlung notwendiger Hilfen wie Gespräche, Telefonate oder Berichte bei Behörden, Arbeitgebern, Ausbildungsstätten bis hin zu unplanbaren Notfallsituationen wegen häufiger depressiver Zusammenbrüche, akuter Erregungszustände und Suizidgefahr. Zudem werden zahlreiche schriftliche Stellungnahmen von Kostenträgern verlangt, die eine enge bürokratische Kontrolle der ärztlichen Empfehlungen und oft langwierige Verzögerung der möglichen Hilfen verursachen, mit daraus resultierenden weiteren zeitaufwendigen Stützungsgesprächen.

Den Kinder-und Jugendpsychiatern ist es im zähen, jahrzehntelangen Kampf gelungen, nach § 85, 2 Satz 4 und § 43a SGB V, durch die so genannte „Sozialpsychiatrievereinbarung“ in der gesamten

Republik in den Praxen diese zeitaufwendige Arbeit mit großem Erfolg zu leisten, finanziert durch eine Pauschale zusätzlich zur hierfür nicht ausreichenden ärztlichen Gebührenordnung.

In der Erwachsenenpsychiatrie, in der die „Sozialpsychiatrie" ja erfunden wurde, ist Vergleichbares bis heute nicht gelungen. Nach zähem Ringen wurden in den letzten zehn Jahren die ambulante psychiatrische Pflege und die Soziotherapie als verordnungsfähige Leistungen gesetzlich verankert, aber kaum etabliert aufgrund einer sehr restriktiven Haltung der Kassen bei der Genehmigung dieser Dienste. Wo sie vorhanden sind, lässt sich aber schon viel damit bewirken. Diese Kooperation ist aber normalerweise nicht organisiert und daher vom guten Willen der Beteiligten abhängig, wenn es nicht gelingt, diese Dienste und die weiteren flankierenden Hilfen aus den anderen Sozialgesetzbüchern in einem einheitlichen Rehaverbund zu organisieren. In Oldenburg ist dieser Rehaverbund in einheitlicher Trägerschaft (Zentrum für medizinische und berufliche Rehabilitation, ZmbR gGmbH) eine integrierte Versorgungsstruktur über die Grenzen der Sozialgesetzbücher hinweg – allerdings noch in loser Kooperation mit dem Krankenhaus und den niedergelassenen Ärzten.

Das größte Problem bleibt aber die fehlende Finanzierung des ärztlichen Zeitaufwandes, wodurch der sozialpsychiatrische Elan der 1980er- und anfänglichen 1990er-Jahre verloren ging. Zusätzlich sind die Psychiater in der ärztlichen Honorierung ohnehin das Schlusslicht. Für einen psychiatrischen Patienten wird pro Quartal dem Arzt ein Honorar von 35 bis 50 Euro je nach Bundesland gezahlt.

» Wir wiederholen in gewisser Weise die Ausgrenzung der schwer psychiatrisch Kranken. «

Die Ärzte können also Psychiatrie nur betreiben, wenn sie auch andere Quellen erschließen, wie es bei mir persönlich die eben besser bezahlte Kinder-und Jugendpsychiatrie war. Zusätzlich kann man sich an den zahlreichen Begutachtungen beteiligen oder in die Psychotherapie ausweichen. Psychiatrie selbst ist eine Hobbyveranstaltung aus ärztlichem Idealismus – zu wenig für eine verlässliche

Anzeige

Versorgungsstruktur. Eine unserer niedergelassenen Kolleginnen hat im letzten Herbst ihre große Praxis aus diesen Gründen aufgegeben und ist als Angestellte mit vielen ihrer Patienten in die Institutsambulanz gegangen – für die Krankenkassen sicher nicht billiger.

Jüngere Psychiater setzen auf die besser bezahlte Psychotherapie

Deshalb hat die Zahl der psychiatrisch tätigen Ärzte in den vergangenen zehn Jahren um etwa 30 Prozent abgenommen, wie interne Untersuchungen des niedersächsischen Berufsverbandes der Nervenärzte gezeigt haben. Jüngere Psychiater bevorzugen die psychotherapeutische Tätigkeit, da sie wesentlich besser bezahlt wird – etwa 350 Euro pro Patient und Quartal – und all die genannten aufwändigen Tätigkeiten der Psychiatrie entfallen. Selbst die hier notwendigen Psychotherapieanträge werden gut bezahlt. Da man hier nach dem Psychotherapeutengesetz genauso wie die nichtärztlichen psychologischen Psychotherapeuten arbeitet, kann man sich außerdem die Patienten aussuchen und ist nicht in die nervenaufreibende Akut- und Notfallversorgung eingebunden. So ist es denn kein Wunder, dass wir inzwischen in Deutschland rund 18.000 Psychotherapeuten, aber nur 5.000 Nervenärzte haben. Letztere versorgen aber etwa drei Viertel der psychiatrischen Patienten, die vielen Therapeuten nur das restliche Viertel. Die Finanzmittel sind jedoch genau umgekehrt verteilt, die große Zahl der psychisch Kranken bei den Nervenärzten und entsprechend tätigen Psychiatern muss mit lediglich einem Viertel der Gesamtsumme an ambulanten Honoraren behandelt werden. In den Statistiken zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung wird dieser Sachverhalt verdeckt, weil nicht ausreichend zwischen psychiatrischer und psychotherapeutischer Tätigkeit unterschieden wird und deshalb scheinbar Vollversorgung herrscht. Aber es nehmen die leichter Kranken den schwerer Kranken die Ressourcen weg, und der höhere psychiatrische Bedarf bleibt unerkannt.

Inzwischen wird ein heftiger Streit zwischen den psychotherapeutischen Berufsverbänden und den Psychiatern wegen dieser Zahlen ausgetragen, wobei die Psychotherapeutenverbände allen Ernstes behaupten, sie würden genauso schwere psychische Krankheiten wie Schizophrenie, bipolare Psychosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen behandeln wie die Psychiater. Mit anderen Worten: Letztere sind eigentlich überflüssig, und Psychopharmaka sind ja ohnehin von Übel. Diese Entwicklung und dieser Streit sind nur möglich geworden, weil die Psychiater (und psychiatrisch tätigen Nervenärzte) in den Jahren seit der Psychiatrie-Enquête keinen Unterschied zwischen leicht und schwer psychisch Kranken gemacht haben. Vielmehr haben sich die Psychiater wohl auch aufgrund der deutschen Geschichte aus Angst vor Stigmatisierung der psychiatrischen Patienten und ihrer Ärzte versteckt, indem sie den Begriff „psychisch Kranke“ bevorzugten, der auch Psychotherapiepatienten einschließt, und die eigene psychotherapeutische Kompetenz betont. Das höhere gesellschaftliche Ansehen der Psychotherapie, die Hoffnung auf Heilung „im Gespräch“ ohne Medikamente, die fehlende Unterscheidung von Psychotherapie und Psychiatrie bis hin in die kassenärztlichen Statistiken haben das allgemeine Bewusstsein von der Existenz und den Erfordernissen schwerer psychischer Erkrankungen bis heute verhindert. So wiederholen wir in gewisser Weise die Ausgrenzung der schwer psychiatrisch Kranken.

» Wir haben uns gescheut, diesen Krebs der Seele beim Namen zu nennen. «

Unser Schweigen hat die Verleugnung der Patienten gefördert

Wir Psychiater haben uns zu sehr gescheut, die Schwere der Erkrankungen unserer Patienten als das zu bezeichnen, was sie sind: Krankheiten mit einer lebensverändernden und stark einschränkenden Symptomatik, mit deutlich erhöhter Mortalität. Wir haben uns gescheut, diesen „Krebs der Seele“ beim Namen zu nennen. Stattdessen haben wir die Verleugnung unserer Patienten mitbetrieben durch unser Schweigen. Vielleicht ist das ein Grund, warum Psychiater so merkwürdig wenig durchsetzungsfähig im öffentlichen Verteilungskampf bleiben.

Gesetzliche Vorgaben werden nicht richtig umgesetzt

Dabei haben in den Jahren nach der Psychiatrie-Enquête die anfangs sehr erfolgreichen Psychiatrieverbände wie die Aktion Psychisch Kranke oder die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie eindrucksvolle gesetzliche Regelungen für psychisch Kranke erreicht. Dazu gehören die schon erwähnte Regelung der Sozialpsychiatrievereinbarung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die ebenso für die Erwachsenenpsychiatrie gelten könnte, bis hin zu den weitgehend Wunsch gebliebenen Bestimmungen zur psychiatrischen Pflege und Soziotherapie.

Es finden sich weitere Spezialbestimmungen in den Sozialgesetzbüchern: So heißt es im schon erwähnten § 85 SGB V in Absatz 4, Satz 4: „Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie, der Fachärzte für Psychiatrie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin … zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten.“ Diese Bestimmung ist nur bei den Psychiatern und Nervenärzten nicht umgesetzt! Schon in § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V heißt es: „Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.“

Im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) wird das Zusammenwirken der einzelnen Sozialgesetzbücher geregelt. In § 10, Abs. 3 heißt es wieder: „Den besonderen Bedürfnissen seelisch Behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen wird Rechnung getragen“.

Warum wird all diesen Bestimmungen für psychiatrisch schwer kranke Menschen bei der ärztlichen Behandlung nicht Rechnung getragen, bei den leichter Kranken aber sehr wohl? Die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben für die, für die sie ursprünglich geschaffen wurden, wäre ein erster Schritt, um den Knoten der verworrenen ambulanten Versorgungssituation zu lösen, etwa durch eine zeit-und aufwandsgerechte Zusatzpauschale der gesprächs- und organisationsintensiven ambulanten Tätigkeit des Psychiaters, so wie es das etwa in der Kinder-und Jugendpsychiatrie oder in der Methadonsubstitution längst gibt.

Ökonomisierung der Psychiatrie als Rettung?

Allmählich wird den Kostenträgern, vor allem den Krankenkassen, die Entwicklung in der Psychiatrie aber zu teuer. Besonders die hohe Zahl der Krankheitstage, der Frühverrentungen und der stationären Behandlung fallen auf und führen zu betriebswirtschaftlich konstruierten Modellen der Versorgung mit Angebotspaketen für schwer psychisch Kranke. Die steigende Zahl psychischer Erkrankungen, Fehltage und Frühverrentungen hat vermutlich mit der zunehmenden Dekompensation vieler Menschen in den Bedingungen unserer modernen Lebens- und Arbeitswelt zu tun, dennoch gibt es bei den schwer psychisch Kranken keine Zunahme: Ihre Prävalenz ist über die Zeiten und Kulturen konstant. Allerdings wirken sich mangelhafte Behandlungsstrategien kostentreibend aus, vor allem der bekannte Drehtüreffekt mit häufiger stationärer Aufnahme von stationär zu kurz und ambulant mangelhaft versorgten Patienten.

Das hat zur Rückbesinnung auf das Konzept der vernetzten Versorgung mit der jetzt so genannten „Integrierten Versorgung“ geführt, festgelegt im § 140 SGB V. In fast allen vergleichbaren westlichen Ländern gibt es längst ein integriertes Versorgungssystem, das wir in Deutschland in unserer zersplitterten Zuständigkeits- und Versorgungslandschaft jetzt mühsam angehen wollen. Ein einheitlich organisiertes Zusammenwirken von ambulanter und stationärer Versorgung, von ärztlicher Behandlung und sozialpsychiatrischen Hilfen einschließlich Rehabilitation war als Idee der Behandlungskette besonders aus den angelsächsischen Ländern übernommen worden. Davon sind aber auch die derzeitigen Integrationsmodelle weit entfernt. Die Debatte ist auf den einen Sektor der Krankenkassen (SGB V) beschränkt und kreist im Kern um die Vernetzung von ärztlicher Verordnung und psychiatrischer Pflege. Dabei sollen die Ärzte durch eine Pauschale eingebunden werden, in den kommerziellen Modellen abhängig vom Gewinn im System durch Einsparungen im stationären Sektor. Die traditionelle Konkurrenz zwischen Krankenhaus und ambulanter Behandlung wird dabei nicht aufgehoben, sondern verschärft, da inzwischen auch die Institutsambulanzen der Krankenhäuser mit ihrer wesentlich besseren Bezahlung bereits einen erheblichen Teil der ambulanten Behandlung übernommen haben. Auch die von Ärzteverbänden selbst initiierten Modelle einer Integrierten Versorgung können die Grenzen des SGB V nicht überwinden. Die Psychotherapie muss sich in diesen Modellen der Integrierten Versorgung wieder einmal nicht beteiligen.

Ärzte werden zunehmend zu Agenten der Kostenträger

Die psychiatrischen Leistungen der anderen Kostenträger sind nicht einbezogen, etwa die Leistungen des Arbeitsamtes, der Rentenversicherung, der Kinder-und Jugendhilfe oder des Sozialamtes (SGB III, VI, VIII, XII). Auch die Justiz erbringt an den Krankenkassen vorbei Leistungen, nämlich über die gesetzliche Betreuung vieler psychisch Kranker nach BGB und durch die stark angewachsene Forensik im Maßregelvollzug nach STGB mit 10.000 Betten (inzwischen 10 Prozent aller Psychiatriebetten) und einer Milliarde Kosten im Jahr. Sie deckt damit einen wesentlichen Anteil an der psychiatrischen Versorgung. Die Tätigkeit des Arztes wird bei solchen Entwicklungen neben den allgemeinen Problemen der niedergelassenen Ärzte (Regressbedrohung, Bürokratieflut) gerade in der Psychiatrie immer fragwürdiger, da er zunehmend zum Agenten der Kostenträger und kommerziellen Anbieter oder zum Opfer seiner eigenen wirtschaftlichen Überlebenslogik wird und immer weniger Anwalt des Patienten sein darf. Man kann es nur als Verzweiflungstaten ansehen, wenn die Psychiater sich entweder der reinen Psychotherapie zuwenden oder ihre therapeutische Freiheit für eine Pauschale an kommerzielle Anbieter verkaufen.

» Es sind wohl Verzweiflungstaten, wenn sich Psychiater der Psychotherapie zuwenden oder ihre therapeutische Freiheit an kommerzielle Anbieter verkaufen. «

So entwickelt sich die deutsche Psychiatrie derzeit in eine zerstörerische Richtung und entfernt sich immer mehr von den einstmals einstimmig im Bundestag beschlossenen Ideen der Psychiatrie-Enquête von 1975. Wir sind in Gefahr, unser bisher trotz allem relativ gut entwickeltes Versorgungssystem zu ruinieren und die schwer psychiatrisch kranken Menschen unter uns und ihre Angehörigen wieder einmal im Stich zu lassen. Nach über 30 Jahren ist es offenbar an der Zeit, eine erneute Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung in Deutschland zu verfassen – eine Bilanz der Psychiatrie-Enquête von 1975. □

AUTOR

Dr. med. Heyo Prahm
Nervenarzt – Psychotherapie,
Kinder-und Jugendpsychiater
1. Vorsitzender des Oldenburger Vereins zur Förderung der Psychischen Gesundheit (VPG) e. V.

Wirtschaftliche Aussichten

Ärztestimmung verharrt noch im roten Bereich

Die Stimmung in der Medizinbranche hellt sich allmählich auf. An niedergelassenen Ärzten ist dieser positive Schub weitgehend vorübergegangen. Vertragsärzte bleiben somit überwiegend pessimistisch, wenn es um die ökonomische Lage und die Aussichten ihrer Praxis geht.

Nach den zahlreichen positiven, sich aufhellenden Stimmungsbildern aus anderen Industriebranchen zeigt nun auch der aktuelle Medizinklimaindex (MKI) nach oben. Mit einem Wert von minus 11,7 klettert der Index sogar in die Nähe eines Rekordhochs. Nur vor vier Jahren war die Stimmung noch marginal besser (minus 11,63).

Seit Beginn der Erhebung im Herbst 2006 liegt der MKI durchgehend im negativen Bereich. Ursache ist vor allem die schon traditionell skeptische Erwartungshaltung der niedergelassenen Ärzte. Im Vergleich zu den Zahnärzten und den psychologischen Psychotherapeuten, deren Stimmung ebenfalls im MKI berücksichtigt wird, stufen nur wenige Ärzte ihre wirtschaftliche Situation und vor allem ihre künftige Entwicklung als positiv ein.

Die Ergebnisse im Detail

- Von den niedergelassenen Humanmedizinern schätzen 22 Prozent ihre persönliche aktuelle wirtschaftliche Lage als gut ein. 53,7 Prozent sind zufrieden, 24,3 Prozent empfinden ihre ökonomische Situation dagegen als schlecht. Für die kommenden sechs Monate rechnen nur 11,3 Prozent der niedergelassenen Ärzte mit einer guten Entwicklung, 47,3 Prozent erwarten Kontinuität, aber 41,4 Prozent schauen düster in die Zukunft.
- Der MKI nur für die niedergelassenen Ärzte liegt bei minus 16,2 und damit deutlich unter dem der Zahnärzte mit minus 3,3 und dem der psychologischen Psychotherapeuten mit plus 11,9. Die besseren Werte sind vor allem auf einen geringeren Anteil von Pessimisten hinsichtlich der künftigen wirtschaftlichen Entwicklung zurückzuführen. Zum Vergleich: Während bei den Ärzten über 40 Prozent mit einer negativen Entwicklung rechnen, erwarten nur acht Prozent der psychologischen Psychotherapeuten für die kommenden Monate eine ungünstigere Entwicklung. Bei den Zahnärzten sind dies 24 Prozent. Aussagen über die Gründe für den Pessimismus der ärztlichen Praxisinhaber liefert der MKI nicht.

© fotokalle / Fotolia.com

Innerhalb von fünf Jahren – seit 2006 wird der Medizinklimaindex halbjährlich erhoben – schwenkte das Barometer noch nie auf Grün.

Humanmediziner drücken das Stimmungsbarometer

Der halbjährlich erstellte Medizinklimaindex wird im Auftrag der Hamburger Stiftung Gesundheit von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse (GGMA) erhoben. Der Index wird aus dem Mittelwert der Salden der aktuellen und erwarteten Geschäftslage gebildet –analog zum IFO-Geschäftsklimaindex. Als Studienersteller sieht die GGMA den Medizinklimaindex auf Augenhöhe mit dem Geschäftsklimaindex. Er könne auf Trendwenden im Gesundheitsmarkt hinweisen. Damit kann ein Vergleich zu anderen Branchen gezogen werden. Bei diesem Vergleich fällt die über Jahre deutlich schlechtere Stimmung im Medizinbereich auf, die hauptsächlich von den Humanmedizinern getrübt wird.

Aktuell weist mit dem Bauhauptgewerbe mit minus 7,2 nur eine weitere Branche einen negativen Indexwert auf. Handel und Gewerbe hingegen glänzen mit deutlich positiven Werten zwischen 12 und 30 Prozent. **(di)**

LESERBRIEF

Anfrageflut durch Hartz-IV-Behörden

Zum Beitrag „Tägliche Anfragenflut – Mancher Arzt geht unter“ (NeuroTransmitter 3/2011) schreibt Dr. med. K.-J. Klees aus Pirmasens.

Es fehlt die Anfrageflut der Hartz-IV-Behörden – zumindest in Regionen mit vielen Arbeitslosen. Hier häuft sich folgender Ablauf:

Zunächst werden Arbeitslose, welche in falschen Maßnahmen sind oder die man nicht sanktionieren will (etwa wegen Aggressionsproblemen) zum Arzt zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung geschickt. Zugleich werden arbeitsunfähig Geschriebene zu „Arbeitssuchenden“, was die Arbeitslosenstatistik schönt. Jedoch macht die Krankenkasse Probleme, sollte der Mediziner solche Alg-II-Bezieher arbeitsunfähig schreiben: Es besteht kein Anspruch auf Krankengeld, und es gibt keinen Arbeitgeber – also ist die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung reine Bürokratie – auch für die Krankenkasse.

Wird aber keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wegen Fehlmaßnahmen ausgestellt,verlangt die Alg-II-Behörde ein Attest zur Begründung eines Maßnahmewechsels, natürlich ohne dies selbst liquidieren zu wollen, und der Alg-II-Bezieher ist oft blank. Wird daraufhin nicht nur keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sondern auch kein Attest ausgestellt, wird sanktioniert – es sei denn, der Arzt legt etwas vor, womit wir wieder am Anfang wären. Dieser Ablauf ist nicht nur bei aggressiven, sondern zunehmend auch bei depressiven bis suizidalen alleinerziehenden Müttern der Fall.

Ich zumindest habe im Bereich der Alg-II-Bezieher (welche oft längst in Grundsicherung sein müssten) eine Antragsflut, welche ich in keiner Publikation erwähnt finde – leider auch nicht im NeuroTransmitter. Gibt es dennoch einen Lösungsansatz des Berufsverbandes zu ihrer Eindämmung? □

Bis Jahresende gibt es noch Fördergeld fürs Praxis-Qualitätsmanagement

Arztpraxen können sich in diesem Jahr für ihr praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) noch Fördergelder aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) sichern. Dabei werden Beratungskosten bis zu einer Höhe von 1.500 Euro erstattet. Möglich macht es die „Richtlinie über die Förderung von Unternehmensberatungen für kleinere und mittlere Unternehmen sowie Freie Berufe“. Die Richtlinie, die seit Juli 2008 gilt, sagt nämlich ganz deutlich (in Punkt 2.2.3), dass eine QM-Beratung „zur Einführung oder Anpassung eines Qualitätsmanagementsystems im Unternehmen“ ebenfalls förderfähig ist. Allerdings muss die Beratung eine Analyse der Situation in der Praxis – also eine Ermittlung der Schwachstellen – sowie darauf basierende konkrete Handlungsempfehlungen beinhalten. Und es muss ein schriftlicher Beratungsbericht vorliegen. Dafür werden aber nicht nur die reinen Beratungskosten, sondern auch Auslagen und Reisekosten, mit Ausnahme der Umsatzsteuer, erstattet. Der Zuschuss beträgt in den alten Bundesländern einschließlich Berlin 50 Prozent der oben genannten Beratungskosten, in den neuen Bundesländern und dem Regierungsbezirk Lüneburg 75 Prozent der Beratungskosten (jeweils ohne Mehrwertsteuer). Wobei die Förderhöchstgrenze bei 1.500 Euro je Beratung liegt.

Und: Die Förderung gibt es nur für Beratungen, die bis zum 31.12.2011 begonnen werden. Dann nämlich läuft die Richtlinie aus. **(reh)**

Infos zur Antragstellung gibt es bei der Leitstelle für Gewerbeförderung des Bundes, Telefon 0221 362517, Internet: www.leitstelle.org

Anzeige

PTBS – Teil 2: Translationale Forschung

Schneller zu wirksamen Traumatherapien

Noch gibt es praktisch keine spezifischen Medikamente zu PTBS-Therapie. Neue Ansätze bieten translationale Forschungskonzepte. Sie versuchen Erkenntnisse der Grundlagenforschung möglichst rasch in klinische Diagnoseverfahren und Therapien umzusetzen. Dabei wurden Moleküle entdeckt, die bei Traumapatienten besonders stark exprimiert werden und Zielstrukturen für Arzneien sein könnten. Zudem stellen das FKBP51-Protein und die postexpositionelle REM-Schlaflatenz potenzielle PTBS-Biomarker dar.

ULRIKE SCHMIDT

© Dundanim / shutterstock

Traumatische Ereignisse hinterlassen Spuren im Gehirn. Diese kann man auch auf molekularer Ebene nachweisen.

30 **PTBS – Teil 2: Translationale Forschung**

37 **Effektive Abwehr**
Selbstverteidigung gegen Aggressionen in Beruf und Alltag

44 **Interaktionslexikon – Teil 10**

46 **Heftige Reaktion auf ein Antiepileptikum**
Mit abgelöster Haut ins Zentrum für Schwerbrandverletzte

50 **AGATE**
Asenapin – ein neues Antipsychotikum

52 **Neurologische Kasuistik**
Multiple Tumore – eine Ursache

58 **CME Schizoaffektive Störungen**
Zwischen-Fälle in der psychiatrischen Diagnostik

65 **CME Fragebogen**

Spezielle trauma-psychotherapeutische Verfahren wie beispielsweise EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), PITT (Psychodynamische imaginative Traumatherapie) und die Integrative, also schulenübergreifende, Trauma-Psychotherapie, zeigen zwar eine erfreulich gute Wirksamkeit bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), haben aber den Nachteil, dass die Wirkung sehr spät eintritt. Gerade bei komplexen Traumatisierungen setzen erste Therapiefortschritte oft erst nach Monaten ein, auch wenn eine zusätzliche symptomatische Psychopharmakotherapie erfolgt.

In Deutschland ist offiziell bislang nur ein einziges Medikament zur PTBS-Behandlung zugelassen, nämlich das Antidepressivum Paroxetin. Antidepressiva vom SSRI-Typ gelten momentan als der Goldstandard der Pharmakotherapie der PTBS. Jedoch zeigen nur etwa 20 bis 30 Prozent der PTBS-Patienten nach ausschließlicher SSRI-Behandlung eine Vollremission [Berger et al.], und das nach eigenen klinischen Beobachtungen auch nur dann, wenn die Erkrankung infolge so genannter einfacher Traumatisierungen, zu denen etwa Unfälle zählen, aufgetreten ist.

Studien über die Wirksamkeit anderer Substanzklassen wie Neuroleptika und Stimmungsstabilisatoren lieferten noch keine eindeutigen Ergebnisse. Sympathikolytika, wie der Betablocker Propranolol und der Alphablocker Prazosin vermögen zwar bei vielen Patienten PTBS-assoziierte Schlafstörungen sowie nervöses Hyper-Arousal zu mildern, haben aber nur unzureichenden Einfluss auf die quälenden Nachhallerinnerungen und das sozialdeprivierende Vermeidungsverhalten. Diese beiden Symptome bilden zusammen mit einer dauerhaften nervösen Übererregbarkeit die charakteristische Symptomtrias der PTBS, die zusätzlich noch häufig mit Suizidalität verbunden ist. Es bedarf also der Entwicklung neuer medikamentöser Therapiestrategien, die idealerweise synergistisch mit Psychotherapien den Heilungsprozess bei PTBS erheblich beschleunigen und vervollständigen sollten.

Epigenetik rückt ins Zentrum der Traumaforschung

Die Entwicklung solch einer neuen Medikamentenklasse, die man Antipsychotraumatika nennen könnte, fußt zunächst auf dem bisherigen Wissensstand über die Pathogenese der PTBS. Zahlreiche Autoren haben bei PTBS-Patienten Störungen des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Systems (HPA- oder HHN-Achse) gefunden, wobei die überwiegende Mehrheit der Studien eine verminderte HPA-Achsen-Aktivität bei PTBS-Patienten feststellte. Lediglich in einigen wenigen Studienpopulationen wurde eine Überaktivität dieses Stresshormonsystems gefunden.

Zudem wurden an zentralen Molekülen der HPA-Achse epigenetische Veränderungen festgestellt – sowohl bei PTBS-Patienten als auch bei Nagetieren, die an PTBS-äquivalenten Symptomen leiden. Epigenetische Schalter können die Aktivität der DNA etwa über Methylgruppen an- oder abschalten: Methylierte DNA ist „stumm", die auf ihr kodierten Proteinsequenzen können nicht abgelesen werden. Wird ein DNA-Abschnitt demethyliert, kann die Proteinproduktion wieder beginnen. Zumindest ein Teil des Epigenoms wird durch Umwelteinflüsse wie Ernährung oder Stress modifiziert und fungiert damit quasi als Kommunikationszentrale zwischen Genom und Umwelt.

Da traumatische Ereignisse maximale Stressoren darstellen, ist die Epigenetik in den Mittelpunkt der Traumaforschung gerückt. Besonders interessant ist, dass distinkte epigenetische Modifikationen höchstwahrscheinlich auch an nachkommende Generationen weitervererbt werden können.

Moshe Szyf und Kollegen von der McGill University konnten bei Post-mortem-Untersuchungen im Gehirn von Suizidopfern, die in ihrer Kindheit sexuell traumatisiert wurden, eine veränderte epigenetische Programmierung des HPA-Achsen-assoziierten Stresshormonrezeptors GR (Glukokortikoidrezeptor) nachweisen. Die Forschungsgruppe von Dietmar Spengler am Max-Planck-Institut (MPI) für Psychiatrie veröffentlichte kürzlich, dass frühkindlicher Stress in Mäusen zu epigenetischen Umprogrammierungen des HPA-Achsen-assoziierten Vasopressin-Gens führt und damit die Vasopressin-Produktion im Nucleus paraventricularis steigert. Dadurch konnten sie wiederum dauerhafte Depressions-äquivalente Verhaltensänderungen in den Nagetieren induzieren.

Mit Betablockern gegen Nachhallerinnerungen

Von zentraler Bedeutung bei der Stressadaptation ist neben der HPA-Achse auch das adrenerge System mit seinen Haupteffektoren Adrenalin und Noradrenalin, die ihre Wirkung über die Alpha- und Beta-Adrenorezeptoren vermitteln. Antagonisten dieser Rezeptoren wie beispielsweise Propranolol und Prazosin können PTBS-assoziierte Übererregungssymptome lindern. Die Effekte der bei PTBS oft erhöhten Noradrenalin-Serumspiegel können durch diese Medikamente abgeschwächt werden, wodurch das erhöhte allgemeine Erregungsniveau zurückgeht.

Vor einigen Jahren bereits machten hochrangige Publikationen Furore, in denen beschrieben wurde, dass die Inzi-

denz der PTBS durch eine Therapie mit Propranolol kurz nach einem traumatischen Erlebnis deutlich reduziert werden kann. Zwischenzeitlich wurden diese Befunde von verschiedenen internationalen Arbeitsgruppen bestätigt, von einigen jedoch auch widerlegt – offenbar scheint die präventive Wirksamkeit der Sympatholytika von einigen noch nicht identifizierten Variablen abhängig zu sein.

Adrenalin und Noradrenalin unterstützen die Konsolidierung von Gedächtnisinhalten. Es ist also durchaus vorstellbar, dass eine rechtzeitige Blockade ihrer Rezeptoren die Gedächtniskonsolidierung hemmen und damit einer Entwicklung pathologischer Nachhallerinnerungen wie Flashbacks und Intrusionen vorbeugt. Es gibt ethische Bedenken gegen die präventive Verabreichung von Propranolol, die sich vor allem auf Befürchtungen gründen, Sympatholytika könnten von Gewalttätern zur Vertuschung ihrer Tat gezielt als „Vergessenspillen" eingesetzt werden. Wie der langjährige Einsatz dieser Präparate als Antihypertonika bereits zeigte, erleiden die damit behandelten Patienten jedoch keine tiefgreifenden Verluste ihrer mnestischen Funktionen.

Die Tatsache, dass die Gedächtniskonsolidierung bei PTBS-typischen Nachhallerinnerungen bedeutsam ist, rückt auch das „Tor zum Gedächtnis", den Hippocampus, ins Zentrum des Interesses. Zahlreiche Studien zeigten bei der überwiegenden Mehrheit aller PTBS-Patienten eine MR-tomografisch messbare deutliche Verkleinerung ihrer Hippocampusvolumina, die teilweise auch von Verlusten distinkter Gedächtnisleistungen begleitet werden [siehe NeuroTransmitter 2011; 3: 26 – 30]. Eine Meta-Analyse von Woon et al. ergab, dass diese hippocampale Volumenreduktion keinen präexistenten Vulnerabilitätsfaktor darstellt, sondern erst durch das traumatische Erlebnis induziert wird: Traumatischer Stress induziert zwar auch in PTBS-resistenten exponierten Personen eine „Hippocampusschrumpfung", diese ist jedoch bei Individuen, die in Folge des traumatischen Ereignisses eine PTBS entwickeln, wesentlich stärker ausgeprägt. In einer Bildgebungsstudie an US-Soldaten betrug die Reduktion des Hippocampusvolumens bei schwersttraumatisierten PTBS-Patienten erstaunlicherweise bis zu 26 Prozent im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe.

Auch in anderen Hirnarealen weisen PTBS-Patienten Veränderungen auf. Zusammenfassend ergaben fMRT und PET-Studien, dass bei PTBS-Symptomen die Amygdala überaktiv und der cinguläre Kortex vermindert aktiv ist. Diese Veränderungen können sich nach erfolgreicher Traumapsychotherapie nachweislich wieder abschwächen.

Zahlreiche weitere Befunde bei PTBS-Patienten sind Immunveränderungen, die Identifikation von genetischen Polymorphismen in diversen potenziellen PTBS-Kandidaten-Genen und veränderte hippocampale Neurogenese- und Apoptoseraten.

Erkenntnisse von Tiermodellen und klinischen Studien werden vernetzt

Von der Entwicklung eines neuen Medikaments im Reagenzglas bis zu therapeutischen Anwendung ist es ein langer Weg. Die translationale Forschung versucht diesen Prozess zu verkürzen: Erkenntnisse der biomedizinischen Grundlagenforschung sollen möglichst rasch in klinische Diagnoseverfahren und Therapien umgesetzt werden. Umgekehrt sollen klinische Beobachtungen als Anregung in die Grundlagenforschung einfließen. Wichtig ist dabei auch die Vernetzung unterschiedlicher Studienmodelle und Experimentaltechniken. So wird unter der Leitung von Florian Holsboer am MPI für Psychiatrie wie auch an anderen Forschungs-instituten versucht, die PTBS-Pathogenese durch Vernetzung von klinischen Studien mit Tier- und Zellkultur-Modellen aufzuklären. Miteinander kombiniert werden zudem hypothesengeleitete und hypothesenfreie Forschungsansätze sowie eine Vielzahl unterschiedlicher Experimentaltechniken, die von der Proteinbiochemie über die Humangenetik bis zur Neuropsychologie reichen.

Hypothesenfreie Forschungsansätze werden in der biomedizinischen Forschung meistens in Form von Hochdurchsatzanalysen umgesetzt. Diese auch „Arrays" oder „Biochips" genannten Werkzeuge ermöglichen den Vergleich von biologischen Materialien gesunder und erkrankter Individuen. Analysiert wird damit eine Vielzahl von DNA-, RNA- oder Proteinmolekülen sowie Stoffwechselprodukten. Zur Detektion dieser Moleküle werden sehr große Mengen unterschiedlicher Sonden wie Antikörper oder DNA-Oligomere auf das Trägermaterial der Biochips aufgebracht („spotting"). Diese Chips werden dann mit dem zu untersuchenden Material inkubiert und hybridisiert. Nach einigen Waschschritten kann die Fluoreszenzintensität der gebundenen und zuvor en gros mit Fluoreszenzfarbstoffen markierten Probenmolekülen mit speziellen Lesegeräten quantifiziert werden. Es existieren unterschiedliche Varianten dieser Screeningmethoden, mit ihnen lassen sich neue Kandidatenmoleküle im Serum, Liquor oder in Hirngewebsproben von Patienten oder Versuchstieren aus zehntausenden von Testmolekülen identifizieren.

Die so identifizierten neuen Kandidatenmoleküle werden dann mittels hypothesengeleiteten Forschungsansätzen auf ihre Eignung als Biomarker für die Diagnostik oder als Zielstruktur für neue Medikamente geprüft. Oft werden dabei für weiterführende Analysen gentechnisch veränderte Maus- und Zelllinien hergestellt, denen das Kandidatenmolekül entweder fehlt (Knock-out-Modelle) oder die besonders viel davon exprimieren. Durch Verhaltens- und Molekularanalysen der so veränderten Organismen kann man Rückschlüsse auf die Bedeutung der jeweiligen Kandidatenmoleküle ziehen, ebenso kann man die Tiermodelle zur ersten Testung potenzieller neuer Medikamentenprototypen verwenden.

Mit molekularbiologischen, biochemischen und elektrophysiologischen Methoden können wichtige Informationen

über die Rolle der Kandidatenmoleküle im Zell- und Organstoffwechsel gewonnen werden. Im Idealfall lässt sich so ein neuer diagnostischer Parameter oder ein neues Therapieprinzip entwickeln.

Translationale Forschungskonzepte funktionieren idealerweise multidirektional: Die Impulse für neue Biomarker und Therapiestrategien kommen nicht nur aus Hochdurchsatzanalysen, sondern können auch aus klinischen Beobachtungen stammen, was dann wiederum in Tier- oder Zellkulturmodellen näher untersucht werden kann.

Natürlich kann man die PTBS nicht in einem Zellkulturmodell abbilden. In Zelllinien lassen sich jedoch Stress-induzierte Signaltransduktionskaskaden analysieren, die Funktion von Kandidatenmolekülen im Zellstoffwechsel bestimmen und die Wirkung von Medikamentenprototypen untersuchen. Carsten Wotjak hat am MPI für Psychiatrie ein spezielles PTBS-Mausmodell etabliert. Dabei entwickeln die Tiere zirka vier Wochen nach einem ungefährlichen aber schmerzhaften einmaligen Stromschlag eine mittels Startle-Reflex-Messung quantifizierbare erhöhte Übererregbarkeit und ein deutliches Vermeidungsverhalten, also PTBS-äquivalente Symptome. Gerade der Vergleich unterschiedlicher PTBS-suszeptibler Mauslinien bietet nun Möglichkeiten zur Analyse von Stoffwechselveränderungen, zur Suche von PTBS-Kandidatenmolekülen und zu pharmakologischen Studien. Wir haben bereits herausgefunden, dass Fluoxetin die Ausprägung der PTBS-Symptome bei den Tieren deutlich mildern kann.

Kandidatenmolekül für PTBS und Depression identifiziert

Das Protein FKBP51 wurde am MPI für Psychiatrie von der Forschungsgruppe um Theo Rein in Zellkulturexperimenten als Inhibitor des Stresshormonrezeptors GR und damit als HPA-Achsen-Regulator identifiziert. Jene Befunde veranlassten Elisabeth Binder und Kollegen in einer großen Kohorte depressiver Patienten in dem dazugehörigen fkbp5-Gen nach Polymorphismen zu suchen. Diese Suche war erfolgreich und so konnte fkbp5 als Kandidaten-Gen zunächst der depressiven Störung und vier Jahre später durch eine weitere Untersuchung (SNP-Genotyping) von Frau Binder an über 700 Probanden auch als PTBS-Kandidaten-Gen identifiziert werden: Je schwerer eine retrospektiv erfasste kindliche Traumatisierung in Probanden dieser Kohorte war, desto schwerer war die Ausprägung ihrer PTBS-Symptomatik im Erwachsenenalter und desto häufiger fanden sich auch vier distinkte Einzelnukleotid-Polymorphismen (Single Nucleotid Polymorphism, SNPs) im fkbp5-Gen der Betroffenen. SNPs bezeichnen

Anzeige

Downloadcenter auf SpringerMedizin.de

Neben Fortbildungen, aktueller Medizin und Gesundheitspolitik bietet Ihnen SpringerMedizin.de, das Fachportal für Ärzte, praktische Unterstützung für Ihre tägliche Arbeit: Im **„Downloadcenter“** finden Sie Dokumentationshilfen, wie ein Leichenschauprotokoll oder eine Checkliste zu Handgelenkverletzungen sowie standardisierte Fragebögen zum Beispiel zur Erfassung von Suchtverhalten oder zur Erkennung von Depressionen. Mit den Patienteninformationen, die speziell auf die Bedürfnisse von Laien zugeschnitten sind, können Sie Ihre Patienten informieren und die Therapietreue erhöhen. Einfach das PDF herunterladen, ausdrucken und mitgeben. Der Zugriff auf Inhalte im Downloadcenter ist Ärzten vorbehalten. Die kostenfreie Registrierung ist schnell erledigt. Sie finden das Downloadcenter unter dem Navigationspunkt „Interaktiv“. Also nichts wie rein ins Netz!

Variationen einzelner Basenpaare in einem DNA-Strang. Sie können auch in nicht kodierenden Bereichen der Erbsubstanz liegen und dort regulatorische Effekte haben.

Die Bedeutung von FKBP51 wurde im Jahr 2009 durch eine Kollaborationsstudie zwischen der Mount Sinai School of Medicine (Rachel Yehuda) und dem MPI für Psychiatrie weiter untermauert: In einem Kollektiv von Zeugen des Terroranschlags von New York am 11. September 2001 wurden die Transkriptome peripherer Blutmonozyten von Betroffenen mit und ohne PTBS in einem Genexpressionsarray (RNA-Hochdurchsatzanalyse) verglichen, wobei sich FKBP51 als der am stärksten regulierte Kandidat herausstellte: PTBS-Patienten zeigten eine deutlich stärkere FKBP51-Expression als die gesunden Kontrollprobanden. Dieser Array fand auch noch einige weitere Kandidatenmoleküle wie den Transkriptionsfaktor STAT-1. So wurde FKBP51 schließlich durch einen translationalen Forschungsansatz als Kandidatenmolekül für die depressive Störung und die PTBS identifiziert. Welche Rolle das Protein nun in der Pathogenese dieser parziell verwandten aber dennoch unterschiedlichen Erkrankungen spielt und ob es sich als diagnostischer Biomarker oder gar als Angriffsort für neue Pharmaka eignet, muss weiter evaluiert werden.

REM-Schlaflatenz als Prädiktionsmarker

Von großer Bedeutung sind für die biomedizinische Forschung neben molekularen Kandidaten auch nicht-molekulare Biomarker, die etwa mit bildgebenden und neuropsychologische Verfahren sowie Schlafuntersuchungen erfasst werden können. Sie lassen sich in translationalen Forschungskonzepten wiederum mit Molekularanalysen verknüpfen.

Wie bereits ausgeführt, sind die Gedächtniskonsolidierung und das Abrufen von Gedächtnisinhalten bei PTBS-Patienten gestört, was sich vor allem in quälenden Nachhallerinnerungen zeigt, die oft auch nachts in Verbindung mit Alpträumen und Schlafstörungen auftreten. Um den Zusammenhang zwischen Schlaf- und Angstgedächtnis genauer zu untersuchen, versetzte die Arbeitsgruppe von Michael Czisch vom MPI für Psychiatrie jungen, gesunden Versuchsteilnehmern einen angstauslösenden milden Stromimpuls auf den Handrücken und präsentierte ihnen gleichzeitig, im Sinne eines klassischen Konditionierungsexperiments, verschiedene geometrische Figuren. Das Ausmaß der sich entwickelnden Furchtreaktion wurde durch die Veränderung des Hautwiderstands gemessen. Parallel dazu wurde die Hirnaktivität der Probanden kernspintomografisch erfasst. In einer anschließenden Versuchsphase präsentierte man den Probanden die geometrischen Figuren, ohne dass Stromimpulse folgten. Die Testpersonen sollten hierdurch ihre vorher konditionierte Furchtreaktion wieder verlieren. Bevor jedoch der Erfolg dieser Furcht-Extinktion am Ende der Studie untersucht wurde, durften die Testpersonen einen Mittagsschlaf von 90 Minuten halten. Erstaunlicherweise zeigten nur 7 der 16 Teilnehmer ein normales Schlafprofil. Besonders die Probanden, die stark und dauerhaft auf die elektrischen Impulse reagiert hatten, zeigten eine höhte Einschlaf- und REM-Latenz oder konnten das REM-Schlafstadium gar nicht erreichen. Testpersonen mit fehlendem REM-Schlaf wiesen während der Stimulierung mit elektrischen Impulsen eine erhöhte Aktivität im Bereich des Hirnstamms auf. Diese Hyperaktivität fand sich interessanterweise unmittelbar neben dem postulierten REM-Schlaf-Zentrum.

Möglicherweise lässt sich daher die individuelle Fähigkeit zur Furcht-Extinktion und damit eventuell auch das Risiko eines Menschen, an einer PTBS zu erkranken, über die REM-Schlaflatenz nach Applikation harmloser elektrischer Impulse vorhersagen. Somit konnte die „postexpositionelle REM-Schlaflatenz" als potenzieller prädiktiver PTBS-Biomarker identifiziert werden.

Fazit

Es gibt also bereits vielversprechende Befunde zur Pathophysiologie der PTBS. Zu ihnen zählen vor allem Veränderungen der HPA-Achse und das damit verbundene Kandidatengen fkbp5 sowie Hinweise auf Traumastress induzierte epigenetische Modifikationen, einige Resultate bildgebender Untersuchungen und schließlich ein rezent entdeckter potenzieller PTBS-Prädiktionsmarker (postexpositionelle REM-Schlaflatenz). Translationale Forschungskonzepte erscheinen bei der Analyse einer so komplexen Erkrankung wie der PTBS besonders erfolgversprechend zu sein, wie sich auch im Falle der Identifikation des PTBS-Kandidatengens fkbp5 bereits gezeigt hat.

Die Diagnoseentitäten psychischer Erkrankungen gründen sich aktuell noch auf phänomenologische Kriterien, die mittels Exploration und klinischer Beobachtung erhoben werden müssen. Angesichts der hohen interindividuellen Variabilität der Gesamtheit unserer psychischen Merkmale, die sich auch in der individuellen Ausprägung psychischer Erkrankungen abbildet, ist es äußerst unwahrscheinlich, dass alle Individuen, die die derzeitigen Diagnosekriterien einer PTBS erfüllen, dieselbe molekulare Krankheitsursache dieses Syndroms aufweisen. Die Wahrscheinlichkeit, dass einzelnen Symptomen interindividuell vergleichbare oder gar identische Pathogenesemechanismen zugrunde liegen, ist hingegen bedeutend höher. Es ist somit sinnvoll, bei der PTBS diejenigen Patienten mit und ohne Dissoziation oder ausgeprägten Alpträumen zu vergleichen und sich beim Studium von Tiermodellen ebenfalls auf Symptom- und nicht Syndromäquivalente zu konzentrieren.

Nur die detaillierte Aufklärung molekularer pathogenetischer Mechanismen wird die Entwicklung verlässlicher diagnostischer Marker und wirksamer „Antipsychotraumatika" ermöglichen, die die Psychotherapie nicht ersetzen, aber hoffentlich den Therapieerfolg deutlich beschleunigen können. □

LITERATUR

bei der Verfasserin

Dr. med. Ulrike Schmidt
Max Planck Institut für Psychiatrie
Kraepelinstr. 10, 80804 München
E-Mail: uschmidt@mpipsykl.mpg.de

Effektive Abwehr

Selbstverteidigung gegen Aggressionen in Beruf und Alltag

Was tun, wenn der Chef ein Choleriker ist oder der Partner einem unablässig mit Forderungen unter Druck setzt? Viele Menschen können damit schlecht umgehen, ziehen sich zurück und werden mitunter ängstlich und depressiv. Mit einer neuen Form der praxisorientierten Psychotherapie, der „Effektiven Abwehr", erlernen solche Menschen einfache Abwehrstrategien. Damit können sie Aggressoren und dominante Mitmenschen auf Distanz zu halten.

PETER RÄFLE

Die Zusammenhänge zwischen psychischer Erkrankung und psychischem Druck wie etwa lang andauernde (aggressive) Dominanz durch einen Partner, durch Arbeitskollegen oder durch Vorgesetzte, aber auch durch Diskriminierung aufgrund des Geschlechts, der Ethnie oder der sexuellen Orientierung, sind in der psychotherapeutischen Praxis „das tägliche Brot". Sie waren bisher aber weder im Fokus wissenschaftlicher Studien, noch gab es ein psychotherapeutisches Konzept, das die Widerstandsfähigkeit gegenüber psychischem Druck und Aggressionen in den Mittelpunkt der Therapie stellte.

2010 wurden in einer Studie der Harvard Universität [1] Zusammenhänge zwischen ethnischer oder sexuell begründeter Diskriminierung und der Häufigkeit psychischer Krankheit untersucht. Dabei waren diejenigen, die Diskriminierungen ausgesetzt waren und die sich nicht mit anderen aktiv darüber auseinandersetzten, im Jahr vor der Untersuchung drei- bis vierfach häufiger an einer affektiven Störung, einer Angststörung oder an einem Substanzmissbrauch erkrankt als Menschen, die sich dagegen wehrten.

Zur Distanzierung gegenüber negativen Beziehungseinflüssen oder Personen, die mit negativen Emotionen und Verhaltensweisen bei vulnerablen Menschen psychische und physische Krankheiten auslösen können, eignet sich eine einfache und wirksame erlernbare sprach-

Nicht mitkämpfen, stattdessen den Gegner mit kurzen standardisierten Abwehr-Sätzen auf Distanz halten – das sind Kernpunkte der Effektiven Abwehr.

© Gina Sanders / Fotolia.com

liche Abwehr gut als Baustein verschiedener psychotherapeutischer Verfahren wie der IPT, der KVT und der PDT, genauso wie als eigenständiger Behandlungsansatz. Zwar gibt es therapeutische Verfahren zum Training sozialer Fertigkeiten, aber es existierte bisher keine praxisrelevante Methode, die speziell den Aufbau oder die Wiederherstellung eines wirksamen Abwehrverhaltens zur Therapie und Prophylaxe psychischer und somatischer Erkrankungen vorsah.

Die hier vorgestellte „Effektive Abwehr" eignet sich vor allem für Erkrankungen, deren Entstehung eng mit einem defizitärem Abwehrverhalten gegenüber negativem Stress verbunden ist, wie er durch Übergriffe, durch Druck und Aggressionen in Beziehungen, im Berufsleben, im familiären Alltag und in Form von Diskriminierungen entsteht. Die Effektive Abwehr ist dabei nicht zu verwechseln mit der „neurotischen Abwehr".

Psychische Symptome wie Angstzustände oder depressives Verhalten werden als Reaktion auf eine verringerte psychische Belastbarkeit sowie eines defizitären und unzureichenden Lernprozesses verstanden. Danach sind die Betroffenen nicht mehr ausreichend in der Lage, von außen einwirkende Emotionen wie Entwertungen, Kränkungen, Beleidigungen, offene oder versteckte Drohungen, aber auch in sich selbst entstehende Aggressionen, angemessen auf Abstand zu halten. Stattdessen reagieren solche Patienten unter Druck entweder mit Rückzug oder einem insuffizienten Verteidigungsverhalten, indem sie sich erfolglos rechtfertigen, entschuldigen oder mit ungenügenden Gegenangriffen versuchen, dagegen zu halten. Letzteres macht sie jedoch wiederum zu Mitkämpfern und befördert Dauerkonflikte.

Jede Form von Druck stellt eine Aggression dar

Viele Patienten haben also bereits eine lange Leidensgeschichte mit sich wiederholenden Streiterfahrungen und dem Dominiert-Werden durch andere hinter sich. Sie schildern, wenn sie danach befragt werden, entweder konkrete Auseinandersetzungen, in deren Verlauf sie sich immer wieder als unterlegen erleben. Oder sie berichten darüber, dass sie seit langem eine abwertende und entwürdigende Behandlung durch andere hinnehmen müssen. Deshalb wird den Patienten gleich am Anfang der Therapie erklärt, dass jede Form negativen Druckes in Beziehungen eine Aggression darstellt, egal ob kurzfristig situativ oder langfristig andauernd, beziehungsweise ob offen oder subtil und versteckt.

Auf der körperlichen Ebene ist es allgemein akzeptiert, dass es notwendig sein kann, sich mittels Selbstverteidigungstechniken zu wehren. Niemand fragt dann erst nach den Gründen für eine körperliche Auseinandersetzung, sondern in einer Situation, die körperlich eskaliert, geht es nur um eine schnelle und situationsgerechte und wenn möglich um eine angemessene, deeskalierende Abwehr des Angriffs.

Da im Beziehungsalltag Konflikte und psychische Gewalt, wie immer sie auch im Einzelfall aussehen, zuerst auf sprachlicher Ebene entstehen, ist eine automatisierbare, sprachliche Abwehrtechnik, die ganz konkret, ganz universell und fast reflexhaft, also quasi automatisch abläuft, für viele Patienten hilfreich und fast überlebensnotwendig. Anders formuliert, dient die Effektive Abwehr dazu, soziale Fertigkeiten zu vermitteln, die überschießende Emotionen verhindern sollen. Sie sollen so früh wie möglich, also bereits ganz am Anfang einer Auseinandersetzung eingesetzt werden, wenn die Entwertungs-, Kränkungs-, Verletzungs- oder die Wut- und Rachegefühle noch im Entstehen sind. Zusätzliche soziale Fertigkeiten zur Verhinderung negativer Emotionen oder zur Emotionsregulierung können und sollen auch problemlos mit integriert werden.

Da das Verfahren sehr einfach zu verstehen und zu erlernen ist, wird es von den Patienten sehr gut angenommen und bietet auch dem Therapeuten die Möglichkeit, sich schnell und ohne großen Aufwand in die Methode einzuarbeiten. Es kann im Rollenspiel und für sich alleine mit einem imaginären Übungspartner, wie etwa einem großen wuchtigen Schrank, eingeübt werden.

Die Effektive Abwehr besteht aus den Therapieelementen Psychoedukation, sprachliche Abwehrtechniken, Rollenspieltechniken sowie der Analyse der „Quälgeister".

© VRD/Fotolia.com

Tabelle 1

Standard-Abwehr-Sätze

Das passt nicht!	Das passt jetzt nicht!
Das geht (so) nicht!	Das geht jetzt nicht!
Das stimmt nicht!	Das stimmt so nicht!
Das bringt nichts mehr!	Das bringt jetzt nichts mehr!
Das reicht jetzt!	Das reicht jetzt, Ende, Aus!

Psychoedukation: Den anderen auf Distanz halten

Zu Beginn der Behandlung wird das Interesse der Patienten durch die Frage eingeleitet, ob man in der Lage sei, sich gut und angemessen zu wehren oder ob einem das eher schwerfalle. Daraus ergibt sich meistens die Frage, was denn unter „Sich-Wehren" zu verstehen sei? Hier setzt die Wissensvermittlung der Effektiven Abwehr ein. Der Patient lernt, dass es zwischen den beiden Polen von Gegenaggression und dem Sich-Zurückziehen (also dem Sich-Verteidigen, dem Sich-Rechtfertigen), noch eine dritte Abwehrstrategie gibt, eine, die ausschließlich darauf ausgerichtet ist, den oder die Anderen auf Abstand zu halten.

Als nächstes lernt der Patient seine Wahrnehmung zu verbessern, was in seinem täglichen Umfeld alles als übergriffig, als Druck und als Aggression verstanden werden kann oder wirksam ist. Dieser Wahrnehmungs- und Lernprozess führt zu einer deutlich verbesserten Identifizierung von offenem oder verstecktem negativem Druck und aggressivem Verhalten. Dabei erfährt der Patient – häufig zum ersten Mal bewusst, dass man unter aggressivem Druck weder in der Lage ist schlagfertig noch rational überlegend zu handeln, dass Personen, die Druck machen oder aggressiv sind, im Konfliktfall immer im Vorteil sind, dass man aggressive, druckmachende Menschen im Konfliktfall nicht mehr mit Argumenten erreicht und dass der Aggressor die Argumente zwar hört, diese aber im Konflikt nicht in sich aufnehmen kann.

So wird den Patienten ein grundlegendes Wissen über aggressives Verhalten vermittelt. Daraus werden insgesamt sieben grundlegende und einfach zu verstehende Regeln zum Verständnis von Aggressionssituationen abgeleitet.

Konkrete sprachliche Abwehrtechniken und Verteidigungsregeln

Zentraler Bestandteil der Therapie der Effektiven Abwehr sind kurze „Das-Sätze", die auf die unterschiedlichsten Druck-, Übergriffs- und Aggressionssituationen immer wieder gleich anwendbar sind und nach einigem Training fast reflexhaft angewendet werden können. Beispiele sind etwa „Das passt (jetzt) nicht!", „Das geht jetzt nicht!", „Das stimmt (so) nicht!", „Das reicht jetzt!" (Tabelle 1).

Die Das-Sätze können individuell angepasst und ergänzt werden, sie lassen sich zudem jeweils einer der folgenden Grundsituationen zuordnen. So ist der Satz „Das passt jetzt nicht!" für einfache Druck- oder Übergriffssituationen geeignet, also wenn A etwas von B mit „Nachdruck" verlangt oder etwas fordert, was B in dem Moment nicht gelegen kommt. Ein Beispiel für eine solche Drucksituation ist etwa ein Arbeitskollege, der verlangt, bestimmte Tätigkeiten für ihn zu übernehmen: „Die Briefe müssen noch mal weggebracht werden!" Oder: „Bring Du mal die Kartons ins Lager." Sehr häufig würde B jetzt sagen: „Ich war doch eben erst unten, das hat doch noch Zeit." Woraufhin A den Druck mit den Worten erhöhen würde: „Die müssen öfter weg, das weißt Du doch!" Um sich weitere Diskussionen zu ersparen, würde B jetzt entsprechend seinem bisherigen Muster, dieser Art von Druck nachgeben.

Ein kleines Fall-Beispiel:

A will von B, dass dieser den Hund ausführt, obwohl B gerade vor einer halben Stunde mit dem Hund draußen war:

A: „Hörst Du nicht, dass der Hund raus will?"

B: (ist gerade mit irgendwas beschäftigt) „Das passt jetzt nicht, ich lese gerade."

A: (erhöht daraufhin den Druck) „Der muss jetzt, hörst Du nicht, der winselt? Geh jetzt!"

B: (wiederholt sich ab hier nur noch) „Das passt jetzt nicht!"

A: „Du willst einfach nicht, Du machst ja nie, was Du sollst!"

B: „Okay", (wendet sich ab oder verlässt den Raum mit den Worten:) „Das reicht jetzt!"

© Kzenon/Fotolia.com

Tabelle 2

Die sieben grundlegenden Regeln der Effektiven Abwehr

1. Sich unangreifbar machen, indem man nur mit möglichst wenigen Worten und mit kurzen, standardisierten „Das-Sätzen" antwortet.
2. Sich auf kurze Wiederholungen beschränken.
3. Die Erkenntnis realisieren, dass man jemanden, der aggressiv ist, in dem Moment nicht mehr überzeugen kann.
4. Der Verzicht auf das Mitkämpfen, da der, der den Streit beginnt, bereits im Vorteil und somit meistens der Überlegenere ist.
5. Der Verzicht im Streit und unter Druck persönliche Fürwörter zu benutzen, wie das „Ich" und das „Du".
6. Sich einen Standardsatz gegen Kränkungen und Beleidigungen einzuprägen, etwa ein „Das sagt der/die Richtige!"
7. Die besonderen Abwehr-Regeln beachten, die für den Umgang mit Vorgesetzten, Lehrern und ähnlichen Autoritätspersonen gelten.

Solche scheinbar kleinen Drucksituationen entfalten ihre Wirkung bekanntlich besonders durch ihre Häufung und stellen damit für viele Patienten eine andauernde Belastung dar.

Der Satz „Das geht so nicht!" ist grundsätzlicherer Natur. Dieser Satz begrenzt ein aggressives oder ein freiraumbegrenzendes Verhalten anderer. Es kann als eine Grenze eingesetzt werden, als eine zwar um- oder vorsichtige, aber trotzdem beharrliche, oder als ganz klare, mit Nachdruck ausgesprochene Grenze. Ein Beispiel dafür wäre jemand, der sich übergriffig verhält, über einen bestimmen will, der einen anschreit, einen benachteiligt oder sich sonst irgendwie rücksichtslos verhält. Das sind alles Situationen, in denen ein dominant-aggressives Verhalten auf Dauer nicht mehr hinnehmbar ist.

Ein „Das stimmt (so) nicht!" beantwortet Vorwürfe und falsche Behauptungen. Also einen typischen Generalvorwurf wie „Du machst alles falsch!", „Du beachtest mich nie!", „Du kümmerst dich nur um dein Hobby, deine Arbeit, deine Freundinnen, deine Eltern!", „Du bist ja nie da!". Aber auch Vorurteile und Diskriminierungen lassen sich mit diesem Satz mühelos abwehren. Dafür können auch Varianten geübt werden wie: „Ach, hör auf damit!"

Die Sätze „Das bringt jetzt nichts mehr!" und „Das reicht jetzt!" sind schließlich zum Beenden einer aggressiven Situation gedacht. Mit diesen Sätzen lernen die Patienten, die aggressive Situation zu unterbrechen, indem sie entweder aus dem Raum gehen oder aber den Telefonhörer auflegen.

Gleichzeitig mit den Das-Sätzen lernen die Patienten auch einige wichtige Regeln zur Abwehr von Konflikten (Tabelle 2).

Regel Nr. 1: Sich unangreifbar machen, indem man nur mit möglichst wenigen Worten und mit kurzen, standardisierten Das-Sätzen antwortet. Dahinter steht die Erkenntnis: Je mehr man zur Verteidigung oder zur Rechtfertigung sagt, umso mehr bekommt der andere Gelegenheit zum Angriff.

Regel Nr. 2: Sich auf kurze Wiederholungen beschränken. Diese Wiederholungsregel ist die wichtigste Regel der Effektiven Abwehr. Die Patienten lernen, dass das kräfteschonendste Element einer guten Abwehr, in dem Sich-beschränken auf das zuerst Gesagte besteht. Konkret bedeutet das, ein „Das geht so nicht!" mehrfach zu wiederholen, da alles andere ja eh nicht ankommen würde. Dadurch konstituiert sich im Patienten bereits auch eine positive Beharrlichkeit als ein Element seiner gestärkten Widerstandsfähigkeit.

Regel Nr. 3: Zu beachten ist, dass jemanden, der aggressiv ist, in dem Moment nicht mehr überzeugt werden kann. Dies bedeutet, dass aggressive Emotionen die Vernunft und den klaren Verstand ausschalten. Damit kann man sich alle Gegenargumente und alle Erklärungen in der aggressiven Situation sparen.

Regel Nr. 4: Auf das Mitkämpfen verzichten, da derjenige, der den Streit beginnt, bereits einen Vorteil hat und somit meist der Überlegenere ist. Hier greift die allgemeine Erfahrung, dass ein Aggressor intuitiv weiß, wer schwächer ist und den Zeitpunkt sowie die Wahl der Waffen, also das Streit- oder Druckthema bestimmt.

Regel Nr. 5: Im Streit und unter Druck auf persönliche Fürwörter wie „Ich" und „Du" verzichten. Mit dem gesprochenen „Ich" macht man sich angreifbarer, und das „Du" bietet einem aggressiven Menschen Gelegenheit für einen Gegenangriff.

Regel Nr. 6: Sich einen (Standard-)Satz gegen Kränkungen und Beleidigungen einprägen, wie „Das sagt der Richtige!". Dies stellt so etwas wie eine Mauer gegen Vorhaltungen, Kränkungen und Beleidigungen durch andere dar. Hier findet sich versteckt ein Element aus der Kinderzeit wieder, nämlich der Reim „Wer es sagt, der ist es selber".

Regel Nr. 7: Die besonderen Abwehrregeln beachten, die für den Umgang mit Vorgesetzten, Lehrern und ähnlichen Autoritätspersonen gelten. Hier gilt erhöhte Zurückhaltung, um die Eskalation einer aggressiven Situation zu verhindern, da rasch existenzielle Konsequenzen angedroht werden können. Allerdings bedeutet Zurückhaltung nicht Zustimmung, sondern lediglich das Signal, dass der oder die Andere das Weisungsrecht hat.

Die Patienten werden also im Laufe ihrer Therapie immer wieder dazu angehalten, sich klar zu machen, dass sie den

anderen, nicht überzeugen oder besiegen können, dass dies aber auch nicht das Ziel einer guten Abwehr ist. Das Ziel ist der Schutz der eigenen Person, das Sich-Unempfindlich machen gegen sich wiederholt aggressiv verhaltende oder druckausübende Menschen, und nicht zuletzt auch gegen den so genannten „Inneren Aggressor".

Rollenspieltechniken – Übungen vor dem Schrank

Im therapeutischen Umgang beginnen die Patienten im Rollenspiel diese Abwehr- und Selbstbehauptungstechniken mit kleinen und für sie noch einfach zu bewältigenden Auseinandersetzungen zu üben. Anschließend üben sie diese zu Hause vor dem Schrank. Der Schrank, der möglichst wuchtig sein sollte, steht für einen imaginären Aggressor. Die Patienten stellen sich bestimmte Personen vor, mit denen sie Druck und Aggressionserfahrungen haben. Sie inszenieren diese negativen Erfahrungen möglichst real, so wie sie diese mitmachen mussten.

Die aggressiv-dominanten „Quälgeister" durchschauen

Gemeinsam mit den Patienten werden die Verursacher des Druckes und der Aggressionen immer wieder unter die Lupe genommen. Aggressiv-dominantes Verhalten in Beziehungen wird häufig als unbewusster Ausdruck einer massiven Selbstunsicherheit des Aggressors gedeutet. Diese Erklärung kann in Beziehungen, die geprägt sind durch (beiderseitige) Trennungs- und Verlustängste, sehr hilfreich und erleichternd sein. So werden etwa Trennungsdrohungen durch aggressive Partner so interpretiert, dass sie gerade dazu eingesetzt werden, um eine vom Aggressor befürchtete Trennung zu verhindern.

Die folgenden Kasuistik zeigt konkret, wie Patienten von der Therapie der Effektiven Abwehr profitieren können:

Eine Patientin, 21 Jahre alt, kommt mit einer bulimischen Symptomatik in Verbindung mit depressiven Symptomen in die ambulante Psychotherapie. Auslöser der ersten Brechattacke war, dass eine Bekannte zu ihr gesagt hätte: „Wenn ich so fett wäre wie du, dann hätte ich auch keine Probleme mehr". Daraufhin habe die Patientin der Bekannten „eine geklatscht, aber nicht sehr fest und dann hat die mich an den Haaren zu Boden gezogen bis mehrere sie getreten haben". Bereits einige Wochen vorher „hatte sie mir ein Glas Caipirinha ins Gesicht geschüttet, aber da bin ich erst mal zu den anderen Mädchen gegangen, und die haben mich nach Hause gebracht. Ich bin eigentlich der Mensch, der Streit aus dem Weg geht".

Zur gleichen Zeit habe die Patientin damals einen Freund gehabt, der zu viel Alkohol trank (auch der Vater war Alkoholiker). „Als ich meinen neuen Freund kennen gelernt habe, war das mit dem Brechen einen Monat später vorbei." Nach einem halben Jahr habe sie jedoch wieder mit dem Brechen angefangen. „Ich bin mit der Beziehung ein bisschen unzufrieden da wir jeden Tag aufeinander hocken, da fehlt mir der Freiraum. Aber wenn wir darüber reden, dann streiten wir sofort und hinterher bleibt alles beim Altem."

Die Patientin übte im Rollenspiel verschiedene Varianten, wie sie sich sowohl im Streit mit der damaligen Bekannten als auch gegenüber ihrem jetzigen Freund hätte distanzieren können. Wichtig waren dabei die distanzschaffenden Das-Sätze in Verbindung mit einem einzigen Argument wie etwa „ich brauche mehr Freiraum", um sich dann beim Drängen ihres Freundes oder dem Nicht-Verstehen ihres Wunsches nur noch auf die Wiederholung ihrer zentralen Aussage zu beschränken wie „Das geht so nicht, das wird zu viel, ehrlich!"

Die Patientin lernte so auch das Drängen ihres Freundes als nicht hinnehmbaren Übergriff zu verstehen, etwas, dass es ihr leichter machte, dessen Drängen auf Abstand zu bringen. Bereits nach wenigen Sitzungen erreichte die Patientin, dass ihr Freund ihren Wunsch nach mehr Freiraum akzeptierte. Sie wurde autonomer, unternahm wieder vermehrt eigene Aktivitäten, um sich schließlich von ihrem Freund zu trennen. Das Erbrechen und die depressive Symptomatik verschwanden zeitgleich mit ihrer zunehmenden Fähigkeit, sich erfolgreich gegen Druck und Übergriffe zu behaupten und andere in angemessener Form auf Abstand zu halten.

Das Konzept der Effektiven Abwehr stellt also eine neue, auch ergänzende Therapieform dar, die als therapeutische Vereinfachung in der Bewältigung vieler tagesaktueller Konflikte der Patienten gedacht ist und ihnen dabei hilft, rasch den überlebensnotwendigen Abstand zum „Aggressor" oder zum „Druckmacher" herzustellen. Die Effektive Abwehr setzt am konkreten Handeln des Einzelnen an. Als Therapeut fragt man deshalb nicht zuerst nach den Ursachen des auslösenden Konfliktes, übersieht sie jedoch auch nicht, sondern ermutigt und hilft den Patienten dabei, den aufkommenden Druck oder die Aggressionen, die mit zur Entstehung der Symptomatik geführt haben, sofort und mit einfachsten sprachlichen Mitteln auf Abstand zu halten. Das führt zu einem erheblichen Zugewinn an Autonomie und Selbstbewusstsein in Beziehungen aller Art.

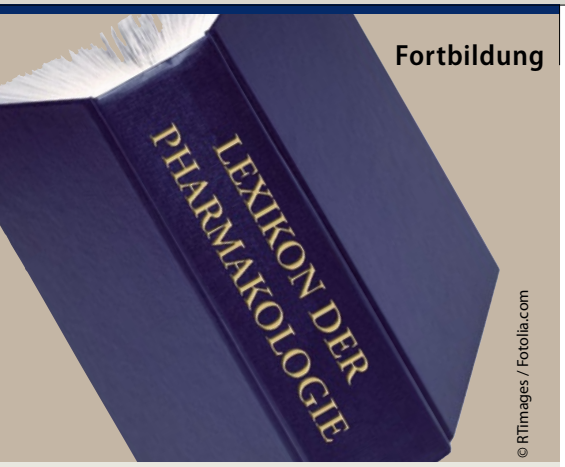
Die Therapiedauer ist gut auf 25 Sitzungen zu begrenzen, bei weniger gut strukturierten oder anlagebedingt ängstlicheren Patienten wird öfter auch der gesamte Umfang einer Langzeittherapie erforderlich. □

LITERATUR

[1] McLaughlin KA et al. Responses to discrimination and psychiatric disorders among Black, Hispanic, female, and lesbian, gay, and bisexual individuals. Am J Public Health 2010; 100: 1477 – 84

Eine ausführlichere Darstellung der Techniken der Effektiven Abwehr findet sich in dem Buch „Das Ende des Schreckens – Selbstverteidigung in Beruf und Alltag – Eine Anleitung um sich besser zu wehren" (Peter Räfle. Carl Hanser Verlag, 2011)

Dr. med. Peter Räfle
Diepenauer Str. 61
32339 Espelkamp
E-Mail: dr-raefle@t-online.de



© RTImages / Fotolia.com

SERIE
Interaktionslexikon

Frischen Sie Ihr pharmakologisches Basiswissen wieder auf! Dr. Christine Greiner, Neuss, erläutert Ihnen die wichtigsten Grundlagen.

Teil 1: Pharmakodynamik und Pharmakokinetik
NT 10/2009

Teil 2: Interaktionen
NT 11/2009

Teil 3: CYP-Isoenzyme – Teil 1
NT 12/2009

Teil 4: CYP-Isoenzyme – Teil 2
NT 1/2010

Teil 5: Therapeutisches Drug-Monitoring – die Grundlagen
NT 2/2010

Teil 6: Therapeutisches Drug-Monitoring – die Kenngrößen
NT 5/2010

Teil 7: P-Glykoprotein – Bedeutung für den Arzneistoffmetabolismus
NT 9/2010

Teil 8: Clearance: Wie Substanzen eliminiert werden
NT 12/2010

Teil 9: Verteilungsvolumen – Wie sich Substanzen im Körper verteilen
NT 3/2011

Teil 10: Eliminationshalbwertszeit – wie schnell die Plasmakonzentration einer Substanz sinkt
NT 5/2011

Diese Reihe entsteht in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen (AGATE) unter Leitung von Prof. Dr. Dr. Ekkehard Haen, Regensburg
www.amuep-agate.de

Eliminationshalbwertszeit – wie schnell die Plasmakonzentration einer Substanz sinkt

Der Begriff Eliminationshalbwertszeit ist gleichzusetzen mit der Plasmahalbwertszeit ($t_{1/2}$) einer Substanz. Es handelt sich dabei um diejenige Zeit, innerhalb der die Plasmakonzentration eines Arzneistoffes um die Hälfte des ursprünglichen Wertes absinkt. Die Eliminationshalbwertszeit bezieht sich dabei nur auf die Elimination der Substanz aus einem Kompartiment des Körpers. Hingegen spricht man von der biologischen Halbwertszeit, wenn die Elimination aus dem gesamten Körper beschrieben werden soll. Die im folgenden genannten Ausführungen beziehen sich auf die genannte Eliminations- sowie Plasmahalbwertszeit.

Nach Applikation eines Stoffes laufen gleichzeitig mehrere Verteilungs- und Eliminationsprozesse in den einzelnen Körperkompartimenten ab, so dass man mehrere Plasmahalbwertszeiten ermitteln kann. In der Regel wird die längste (terminale) Halbwertszeit als Plasmahalbwertszeit angegeben. Die Eliminationshalbwertszeit kann auf unterschiedlichen Wegen ermittelt werden. Bei einer Kinetik erster Ordnung ist die Geschwindigkeit der Elimination einer Substanz abhängig von der Plasmakonzentration (Abbildung 1). Sie wird geringer mit abnehmender Plasmakonzentration. Nachdem die Kurve also anfänglich einen steilen Verlauf nimmt, sinkt diese mit der Zeit immer langsamer ab. Dabei gilt die Gleichung:

$$t_{½} = \ln 2 / k_{el} = 0{,}693 / k_{el}$$

k_{el} ist dabei die Eliminationsgeschwindigkeitskonstante, die wiederum bestimmt wird durch die Clearance (Cl) und das Verteilungsvolumen (V) des Arzneistoffes:

$$k_{el} = Cl / V$$

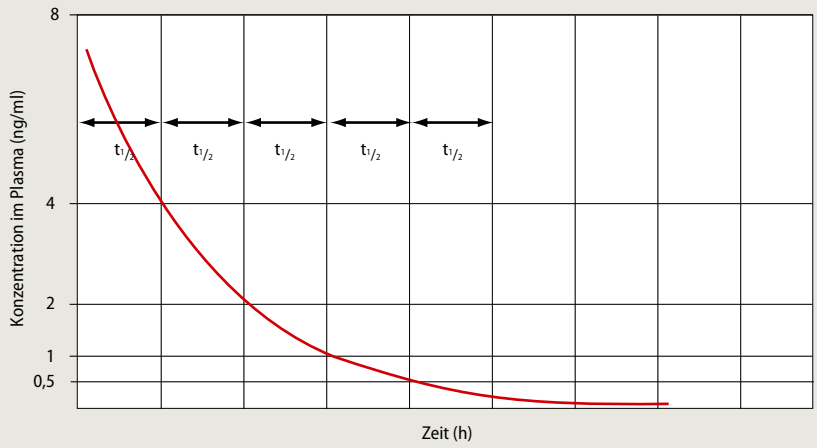
Es gibt aber auch andere Kinetiken, mit denen Stoffe eliminiert werden. Von einer Kinetik nullter Ordnung spricht man, wenn die verbleibende Plasmakonzentration keinen Einfluss auf die Geschwindigkeit der Elimination nimmt (Abbildung 2). Dies tritt etwa bei Ethanol auf oder bei hohen Dosen von Phenytoin.

Eliminationshalbwertszeit hängt von Clearance und Verteilungsvolumen ab

Bei der Eliminationshalbwertszeit handelt es sich um einen abgeleiteten Parameter, der von der Clearance und dem Verteilungsvolumen bestimmt wird. Da-

Abbildung 1

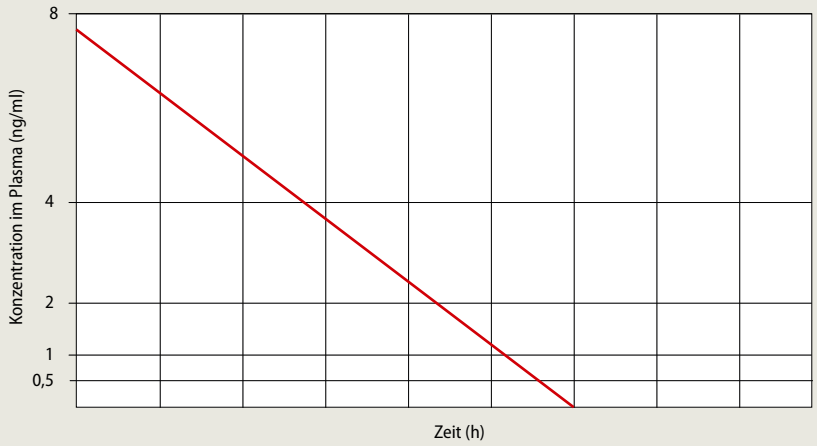
Lineare Darstellung einer Elimination erster Ordnung



Die Geschwindigkeit der Elimination sinkt mit abnehmender Plasmakonzentration

Abbildung 2

Lineare Darstellung einer Elimination nullter Ordnung



Die Geschwindigkeit der Elimination bleibt konstant – unabhängig von der verbleibenden Plasmakonzentration

her spricht man auch von einem „hybriden" pharmakokinetischen Parameter. Dies wird anschaulich durch eine Modifizierung der erwähnten Gleichung:

$t_{½} = \ln 2 \times V / Cl$

Die Eliminationshalbwertszeit nimmt also im Falle einer verminderten Clearance einen hohen Wert an. Liegt ein niedriges Verteilungsvolumen und eine hohe Clearance vor, wird der Arzneistoff eine kurze Halbwertszeit haben. Diese Zusammenhänge werden besonders dann wichtig, wenn Alterungs- und Krankheitsprozesse betrachtet werden, wie sie bereits bei den Beiträgen zu „Clearance" (Teil 8) und „Verteilungsvolumen" (Teil 9) besprochen wurden.

Fünf Halbwertszeiten bis zur vollständigen Elimination

Praktische Relevanz erlangt die Eliminationshalbwertszeit beim Abschätzen des Aufenthaltes der Substanz im Organismus. Aus Abbildung 1 wird ersichtlich, dass bei einer Kinetik erster Ordnung nach einer Halbwertszeit die Hälfte des Arzneistoffes aus dem Plasma eliminiert wurde. Mit jeder weiteren Halbwertszeit sinkt die verbleibende Plasmakonzentration, so dass nach fünf Halbwertszeiten nahezu die gesamte Substanz eliminiert wird. Die gleiche Überlegung kann man anstellen, wenn es um das Erreichen des pharmakokinetischen Gleichgewichtes geht („steady state"). Das pharmakokinetische Gleichgewicht wird bestimmt durch die Balance von Arzneistoffaufnahme und Arzneistoffelimination. Nach einer Halbwertszeit eines Medikamentes wird eine Konzentration von 50 Prozent des pharmakokinetischen Gleichgewichtes erreicht, nach der zweiten Halbwertszeit 75 Prozent, nach der dritten Halbwertszeit 87,5 Prozent. Nach jedem Eingriff in die Arzneimitteltherapie, sei es Dosisänderung oder Absetzen des Medikamentes oder Hinzufügen einer neuen Substanz, muss sich das pharmakokinetische Gleichgewicht neu einstellen. Handelt es sich dabei um Arzneistoffe mit sehr langer Halbwertszeit, etwa Digitalis-Glykoside oder trizyklische Antidepressiva, so muss man mit mehreren Wochen rechnen, bis das pharmakokinetische Gleichgewicht erreicht ist oder bis die Substanz vollständig aus dem Organismus entfernt ist. Auch muss man dies bedenken, wenn die Blutkonzentration eines Stoffes im Rahmen des therapeutischen Drug-Monitorings gemessen werden soll. Solange das Gleichgewicht nicht erreicht ist, kann keine verlässliche Aussage über die tatsächliche Arzneistoffkonzentration gemacht werden. □

LITERATUR

bei der Verfasserin

Dr. Christine Greiner
Apothekerin und Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Krankheiten
Pinienweg 9, 41470 Neuss

VORSCHAU auf den NT 7–8/2011

In Teil 11 des Interaktionslexikons geht es um die „Chronopharmakologie".

Anzeige

Heftige Reaktion auf ein Antiepileptikum

Mit abgelöster Haut ins Zentrum für Schwerbrandverletzte

Zwei Wochen nach Einnahme von Carbamazepin stand das Leben der Patientin auf Messers Schneide: Ein anfangs harmlos erscheinendes Erythem hatte sich zu einer ausgedehnten Epidermolyse entwickelt. Die intensivmedizinische Behandlung im Zentrum für Schwerbrandverletzte konnte die Patientin letztlich retten.

Die 42-jährige Patientin wurde wegen einer Trigeminusneuralgie erstmalig mit Carbamazepin behandelt. Acht Tage nach Therapiebeginn klagte sie über eine progrediente Abgeschlagenheit bei beginnendem kutanem Erythem. Am 14. Tag kam es zu einer Blasenbildung an Rücken und rechtem Arm. Am 15. Tag erfolgte die stationäre Einweisung auf die Intensiveinheit für Schwerbrandverletzte. Dort erhielt die Patientin bei der Aufnahme ein Wunddébridement im Spezialbad für Schwerbrandverletzte. Anschließend wurde ein antiseptischer Fettgaze-Feuchtverband (Polyhexanid) aufgebracht, welcher täglich erneuert wurde.

Aufgrund des massiven Schleimhautbefalls musste die Patientin bereits bei Aufnahme intubiert werden (siehe Abbildung unten). Nach Abklingen der Blasenbildung wurde am vierten Tag nach Aufnahme die Wundbehandlung mit einem temporären Epidermisersatz (Biobrane®) fortgeführt.

Im Verlauf entwickelte die Patientin eine pneumogene Sepsis auf dem Boden eine Pilzpneumonie und musste aufgrund der zu erwartenden Langzeitbeatmung temporär tracheotomiert werden. Nach abgeschlossener Re-Epithelialisierung der betroffenen Hautareale und abgeschlossener Entwöhnung vom Respirator konnte die Patientin nach 53 Tagen in eine Rehabilitationsklinik verlegt werden.

Toxisch epidermale Nekrolyse: Mortalität bis zu 70 Prozent

Die toxisch epidermale Nekrolyse (TEN) ist eine seltene und lebensbedrohliche Erkrankung (Inzidenz 1 bis 2/Mio./Jahr), die als nicht vorhersagbare Folge einer unerwünschten Arzneimittelreaktion auftritt [1, 2]. Die Erkrankung geht mit einer hohen Mortalitätsrate von bis zu 70 Prozent einher [6–9]. Auslöser können Infektionen (viral oder bakteriell) und Modulationen der Immunantwort sein [5].

Erst die Progredienz der Symptome führt den Patienten zum Arzt

Die ersten Symptome sind unspezifisch (Fieber, Malaise, Schluckbeschwerden, Abgeschlagenheit); es folgt ein Erythem, das in einer Blasenbildung mit epidermolytischen Arealen (über 30 Prozent der Körperoberfläche) gipfelt. Erosive orale oder auch periorale Läsionen können zusätzlich auftreten. Im Bereich der Augen können Synechien zu schwerwiegenden Komplikationen führen. Darüber hinaus können sämtliche Schleimhäute (oral, gastrointestinal, vaginal, tracheobronchial) betroffen sein. Je nach Ausprägung einer bronchialen Affektion ist mit unterschiedlich ausgeprägter Dyspnoe zu rechnen. Im Verlauf kann es zu Atelektasen, einem Lungenödem sowie Pneumonien kommen [3].

Das Nikolsky-Zeichen beschreibt ein Ablösen der Epidermis in den betroffenen Regionen schon bei geringster Reibung [4]. Neben dem charakteristischen kli-

© T. Namdar

Zeitliche Entwicklung perioraler Eruptionen bei einer 42-jährigen Patientin: a) vier Tage vor stationärer Aufnahme; b) drei Tage vor stationärer Aufnahme; c) zwei Tage vor stationärer Aufnahme; d) ein Tag vor stationärer Aufnahme; e) Befund bei stationärer Aufnahme.

Tabelle 1

Arzneimittel mit erhöhtem relativem Risiko für eine TEN*

- Nevirapin
- Lamotrigin
- Carbamazepin
- Phenytoin
- Phenobarbital
- Cotrimoxazol
- Sulfonamide
- Sulfasalazin
- Allopurinol
- Nicht-steroidale Antiphlogistika vom Oxikam-Typ

* Im Rahmen der EuroSCAR-Studie [10] werden schwere unerwünschte kutane Reaktionen nach Medikamenteneinnahme dokumentiert

nischen Bild dient die Histopathologie der Diagnosesicherung.

Die ersten Symptome treten meist in häuslicher Umgebung auf und werden vom Patienten nicht mit besonderem Krankheitswert belegt. Erst die Progredienz der Erkrankung führt zur ärztlichen Konsultation. In dieser Situation oder bei Patienten, die früher bereits generalisierte Hautreaktionen nach Medikamenteneinnahme zeigten, sind die vier Punkte nach Mockenhaupt et al. [10] zu rekapitulieren (Tabelle 2).

Tabelle 2

Diese Punkte sind bei Verdacht auf TEN beachten

- Wurde in den vergangenen vier bis 28 Tagen ein Medikament verabreicht, bei welchem ein erhöhtes Risiko für die Induktion einer TEN beschrieben ist?
- Wurden mehrere Arzneimittel eingenommen, sollte anhand der Zeitspanne das Medikament indentifiziert und umgehend abgesetzt werden.
- Bei einer antimikrobiellen Therapie einer Infektsituation haben Sulfonamide ein deutlich erhöhtes TEN-Risiko.
- Valproinsäure scheint kein TEN-Risikofaktor zu sein.

Bei TEN-Verdacht sofort ins Zentrum für Schwerbrandverletzte!

Die epidermolytischen Hautareale sind vergleichbar mit oberflächlichen zweitgradigen Verbrennungen [11]. Daher sollte bei klinischem Verdacht auf eine TEN eine sofortige Einweisung auf eine Intensiveinheit für Schwerbrandverletzte erfolgen. Dies gilt vor allem bei Kindern, Patienten in fortgeschrittenem Alter, reduziertem Allgemeinzustand, multimorbiden Patienten oder Progression der Erkrankung. Nach Eintreffen auf der Intensivstation werden zunächst sämtliche nicht lebensnotwendigen Medikamente abgesetzt.

Bei etwa 25 Prozent der TEN-Patienten mit tracheobronchialem Schleimhautbefall muss mechanisch ventiliert werden [12]. Die Beatmungspflichtigkeit geht mit einer signifikant erhöhten Mortalitätsrate einher [3, 13]. Mithilfe des so genannten SCORTEN-Systems lässt sich die Schwere der Erkrankung evaluieren [14]. Alter, Herzfrequenz, bestehende Malignome, initiales Ausmaß der Epidermolyse, Serumharnstoff und -bikarbonat sind unabhängige Risikofaktoren [14]. Es folgt ein Wunddébridement im Spezialbad und die Entnahme von Gewebeproben zur Diagnosesicherung. Ferner sind ein Ausgleich des Flüssigkeitshaushalts, die enterale (gegebenenfalls parenterale) Ernährung, eine konsequente Bronchialtoilette und Atemtherapie sowie eine augenärztliche Untersuchung vorzunehmen. Zeigt sich keine weitere Progredienz der Epidermolyse, werden die betroffenen Hautareale frühzeitig mit biologischen oder synthetischen Verbandsmaterialen versorgt. □

LITERATUR

beim Verfasser

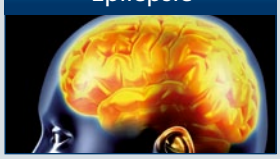
Dr. med. Thomas Namdar
Plastische Chirurgie, Handchirurgie
Intensiveinheit für Schwerbrandverletzte
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
E-Mail: thomas.namdar@uk-sh.de

Anzeige

weitere Infos bei **springermedizin.de**

Diese Artikel finden Sie, indem Sie den Titel oder die (in Klammern gesetzte) ID-Nummer in die Suche eingeben

Epilepsie



AMPA-Rezeptor-Antagonisten könnten schon bald Anfälle verhindern (366178)

Polyneuropathie

US-Ärzte haben jetzt eine neue Leitlinie zu diabetischer Polyneuropathie (355696)

Depression

Ein schnelles Absetzen von Antidepressiva erhöht das Rückfallrisiko (341970)

Alkohol

Mehr als 24 Gramm Alkohol pro Tag – das steigert schon das Krebsrisiko (355718)

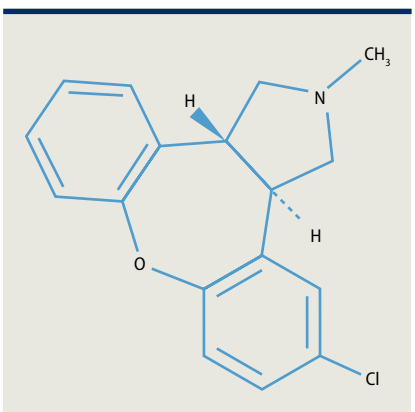
Therapie bei Bipolar-I-Störungen

Asenapin – ein neues Antipsychotikum

Mit Asenapin steht seit Mitte Dezember eine neues atypisches Antipsychotikum als Sublingual-Tablette zu Verfügung. Studien zeigten eine ähnlich gute Wirksamkeit wie Olanzapin und Risperidon. Zugelassen ist es in Deutschland derzeit aber nur bei manischen Phasen einer Bipolar-I-Störung.

Fragestellung

Bei einer Besprechung der „Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen" (AGATE) im Januar 2011 kam die Frage auf, welches Medikament sich hinter dem Handelsnamen Sycrest® verbirgt. Ein Klinikapotheker berichtete, dass dieses Präparat seit Mitte Dezember 2010 verfügbar sei, dass es aber das übliche Prämarketing nicht gegeben hätte, mit dem üblicherweise Ärzte und Apotheker über das neue Präparat zum Teil über ein Jahr im Voraus informiert werden. Wohl aus diesem Grund scheint es unter Ärzten wenig bekannt zu sein. Warum es kein Prämarketing gab, ist uns nicht bekannt, dieser Umstand eröffnet uns aber die Möglichkeit, unabhängig von Hersteller- und Sparinteressen sachlich die verfügbaren Informationen über das neue Medikament zusammenzustellen. Zu diesem Thema liegt bereits eine Stellungnahme der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft vor [1].



Die Strukturformel von Asenapin.

Der Wirkstoff

Allgemeines: Asenapin ist seit 1. September 2010 in der Europäischen Union zur Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden einer Bipolar-I-Störung bei Erwachsenen zugelassen [2]. Im Dezember 2010 wurde es unter dem Handelsnamen Sycrest® eingeführt. Wegen besserer Bioverfügbarkeit ist das Medikament als Sublingualtablette erhältlich (Bioverfügbarkeit beträgt 35 Prozent nach Sublingualtablette gegenüber weniger als 2 Prozent nach normaler Tablette) [3]. Die Sublingualtablette sollte unzerkaut unter die Zunge gelegt werden, bis sie sich vollständig aufgelöst hat. Dies geschieht innerhalb weniger Sekunden. Nach der Einnahme sollte zehn Minuten lang keine Nahrung aufgenommen werden. Asenapin wird über die Cytochrom-P450-Isoenzyme CYP1A2, CYP2D6 und CYP3A4 sowie das Kopplungsenzym UGT1A4 verstoffwechselt, CYP2D6 wird gehemmt [4]. Die wirksame Substanz ist die Muttersubstanz [4].

Struktur und Wirkung: Der Wirkstoff Asenapin hat ein tetrazyklisches Ringsystem, das aus einem zentralen siebengliedrigen Oxephan-Ring besteht, an den zwei Benzol- und ein Pyrrolidin-Ring anelliert sind [5]. Er weist damit strukturelle Verwandtschaft zu Clozapin, Olanzapin und Quetiapin auf. Der Wirkungsmechanismus ist noch nicht vollständig geklärt. Von besonderer Bedeutung scheinen antagonistische Effekte an D_2- und 5-HT_{2A}-Rezeptoren zu sein. Es wurden aber ebenfalls hemmende Wirkungen an den Serotonin-Rezeptoren 5-HT_{2B}, 5-HT_{2C}, 5-HT_6 und 5-HT_7, an den α_{1A}, α_{2A}-, α_{2B}- und α_{2C}-Adrenozeptoren sowie den Dopamin D_1-, D_3- und D_4-Rezeptoren beobachtet, die wahrscheinlich zur Gesamtwirkung beitragen [6]. Im Gegensatz zu Clozapin und Olanzapin zeigt Asenapin geringe Affinitäten zu Muskarin-Rezeptoren, wodurch weniger anticholinerge unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) zu erwarten sind.

Asenapin zur Behandlung von Bipolar-I-Störungen

Die Wirksamkeit von Asenapin auf die akute Symptomatik der manischen Episode bei Bipolar-I-Störungen wurde mittels zwei dreiwöchiger randomisierter, doppelblinder Studien untersucht, an denen 976 Patienten mit einem Score der Young Mania Rating Skala (YMRS) von mindestens 20 Punkten teilnahmen [6]. Beide Studien testeten Asenapin auf Nicht-Unterlegenheit gegenüber Olanzapin. Die Probanden erhielten zweimal täglich 10 mg Asenapin (anpassbar bis auf zweimal täglich 5 mg Asenapin), täglich 15 mg Olanzapin (anpassbar von 5 bis 20 mg Olanzapin) oder Placebo. Unter Asenapin verbesserte sich der YMRS-Wert um 14,2 beziehungsweise 13,1 Punkte und unter Olanzapin um 16,1 beziehungsweise 13,9 Punkte. Die Verbesserung war gegenüber Placebo (−10,8 sowie −7,4 Punkte) statistisch signifikant (alle $p < 0{,}05$). Asenapin war Olanzapin nicht unterlegen ($p < 0{,}0001$). Bereits am zweiten Tag wurde ein deutlicher Unterschied zwischen Verum und Placebo beobachtet. Das Körpergewicht nahm während der Behandlung unter Asenapin um 7 sowie 6 Prozent zu, unter Olanzapin um 19 und 13 Prozent, unter Placebo um 1,2 und 0 Prozent [7]. Asenapin wurde in beiden Studien gut vertragen.

Über weitere 49 Wochen wurden die Patienten bei einer Verlängerungsstudie weiterbehandelt, um die Verträglichkeit im Zeitraum von einem Jahr zu dokumentieren. Die Weitertherapie erfolgte mit Dosen von je 5 bis 10 mg Asenapin zweimal täglich oder täglich 5 bis 10 mg Olanzapin (kein Placebo mehr). Zwölf Wochen nach Behandlungsbeginn hatte unter Asenapin der YMRS-Score im Mittel um 24,4 Punkte abgenommen, unter Olanzapin um 23,9 Punkte. Nach 49 Wochen zeigten in beiden Gruppen über 90 Prozent der Patienten eine deutliche Verbesserung der Symptomatik (YMRS-Gesamtpunktzahl um mindestens 50 Prozent reduziert) oder sogar Beschwerdefreiheit (Punktzahl maximal 12). Die Zahl der Patienten, die bis zum Ende in der Studie verblieben waren, und die der Studienabbrüche waren ebenfalls vergleichbar [6].

65,7 Prozent der mit Asenapin und 61,7 Prozent der mit Olanzapin behandelten Patienten klagten während der Studie über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW). Unter Asenapin wurden häufiger EPMS (extrapyramidalmotorische Störungen) berichtet, unter Olanzapin häufiger Prolaktinerhöhung, Gewichtszunahme und metabolisches Syndrom [6]. In einer weiteren zwölfwöchigen Studie erhielten 326 Patienten, die eine manische oder gemischte Episode einer Bipolar-I-Störung mit oder ohne psychotische Merkmale aufwiesen und auf eine Monotherapie mit Lithium oder Valproat nicht angesprochen hatten, zusätzlich entweder Asenapin oder Placebo. Ab der dritten Woche führte die zusätzliche Anwendung von Asenapin zu einer Verringerung der Symptomatik, in der dritten Woche hatte der YMRS-Wert unter Asenapin um 10,3 Punkte abgenommen (unter Placebo um 7,9 Punkte), nach zwölf Wochen um 12,7 Punkte (unter Placebo um 9,3 Punkte) [2].

Asenapin zur Behandlung bei Schizophrenie

Zur Wirksamkeit von Asenapin bei Schizophrenie liegt eine sechswöchige doppelblinde Studie [8] vor: 174 Patienten wurden mit zweimal täglich 5 mg Asenapin, einmal täglich 3 mg Risperidon oder Placebo behandelt. Unter Asenapin verbesserte sich der PANSS-Wert (Positive and Negative Syndrome Scale) um 15,9 Punkte, unter Risperidon um 10,9 und unter Placebo um 5,3 Punkte (Asenapin versus Placebo $p < 0{,}005$). Die Verbesserung gegenüber Placebo war bereits ab der zweiten Woche statistisch signifikant.

Verträglichkeit von Asenapin

Untersuchungen zu Sicherheit und Verträglichkeit [8] ergaben, dass in den klinischen Studien mit Asenapin 83 Prozent und mit Placebo 79 Prozent der Patienten über mindestens eine UAW geklagt hatten. Die am häufigsten aufgetretenen UAW waren Schlaflosigkeit (11 Prozent), Somnolenz (11 Prozent), Übelkeit (11 Prozent) und Angst (10 Prozent). Das Körpergewicht scheint unter Asenapin kaum anzusteigen. Die Inzidenz von EPMS war unter Asenapin höher als unter Placebo (15,4 versus 11,0 Prozent). Ebenfalls erhöht war bei älteren Patienten das Risiko einer orthostatischen Hypotonie (4,1 gegenüber 0,3 Prozent). Besonders zu Beginn der Behandlung wurden auch häufig vorübergehende, asymptomatische Erhöhungen der Leberenzyme (ALT und AST) gemessen [2]. Asenapin gehört zu den eher sedierenden Antipsychotika. Somnolenz wird in der Fachinformation als „sehr häufige" Nebenwirkung angegeben und tritt bei über 10 Prozent der behandelten Personen auf [4].

Beurteilung

Asenapin ist sowohl bei der Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden einer Bipolar-I-Störung sowie bei der Behandlung der Schizophrenie wirksam. Dies wurde anhand der klinischen Studien deutlich, in denen der neue Wirkstoff Placebo signifikant überlegen war. Trotzdem wurde Asenapin in der EU nur zur Behandlung von manischen Episoden einer Bipolar-I-Störungen zugelassen, für die Wirksamkeit bei der Behandlung der Schizophrenie sah die Zulassungsbehörde EMA keine ausreichenden Nachweise [9]. In den USA ist der Wirkstoff Asenapin unter dem Handelsnamen Saphris® dagegen auch zur Behandlung der Schizophrenie zugelassen. Bei der Add-on-Therapie zu Lithium oder Valproinsäure bei Bipolar-I-Patienten wurde die Wirksamkeit von Asenapin belegt. In den vergleichenden Studien zu Olanzapin und Risperidon wurde bei den erwünschten Wirkungen die Nichtunterlegenheit statistisch gesichert.

Im Bereich der UAW bietet Asenapin Vorteile, die in den Studien vor allem bei der geringeren Zunahme des Körpergewichtes im Vergleich zu Olanzapin deutlich wurden. □

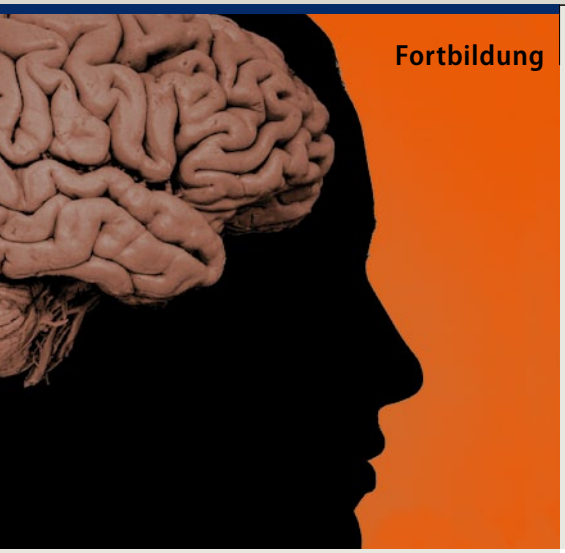
LITERATUR

bei den Verfassern

Cand. rer. nat. Katja Tischhauser
Professor Dr. med. Dr. rer. nat. Ekkehard Haen
Klinische Pharmakologie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität im Bezirksklinikum Regensburg
Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg.
E-Mail: ekkehard.haen@klinik.uni-regensburg

Anzeige

Seminar
Existenzielle Psychotherapie
10. – 14.8.2011 in Treseburg/Harz
mit Dr. Gerhard Stamer, Philosoph und
Dr. Michael Kögler Psychoanalytiker
Literatur: Y. Yalom, Existenzielle Psychotherapie
32 CME Punkte
Informationen und Anmeldung unter
www.stamer-reflex.com



Neurologische Kasuistik

Multiple Tumore, eine Ursache: das von Hippel-Lindau-Syndrom

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 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?

NT 2/2011
P: Schizophrenie und Neuroborreliose?

NT 3/2011
N: Multiple Balkenzysten – krankheitsrelevant oder Zufallsbefund

NT 4/2011
P: ADHS mit komorbider affektiver Störung

NT 5/2011
N: Multiple Tumore, eine Ursache: das von Hippel-Lindau-Syndrom

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

Anamnese

Ein 73-jähriger Mann mit seit über vier Jahren bestehendem L-Dopa-sensitivem Parkinsonsyndrom und Typ-2-Diabetes berichtet über mehrfach wöchentlich auftretende Bewusstseinsverluste. So falle er immer wieder vom Stuhl und könne sich an den genauen Sturzhergang nicht erinnern. Motorische Äußerungen, ein Urin- oder Stuhlabgang werden ebenso wie ein Zugenbiss verneint. Eine Fremdanamnese ist bei dem alleinlebenden Patienten nicht zu erheben. Die Beweglichkeit unter der Parkinsonmedikation sei im Alltag gut, sodass sich der Patient alleine versorgen könne.

Anamnestisch bekannt sind eine rezidivierende Depression, die unter Citalopram 20 mg/morgens und Mirtazapin 15 mg/abends remittiert sei, eine diabetische Polyneuropathie sowie ein Nierenversagen und Myokardinfarkt vor zwei Jahren. Zusätzlich ist eine arterielle Hypertonie bekannt. Eine Kernspintomografie des Schädels zwei Jahre zuvor, die bei einer stationären Behandlung des nach dem Nierenversagen verschlechterten Parkinsonsyndroms erfolgt war, hatte damals „zystische Raumforderung links temporopolar“ mit kleinen „mutmaßlichen petechialen Blutungsresten“ sowie großflächige signalreiche T2-Läsionen im Zentrum semiovale links mit „mäßiger vasogener Ödemkomponente“ gezeigt, die als temporale Arachnoidalzyste links und mikroangiopathische ischämische Marklagerläsionen eingeordnet worden waren.

Die Medikamenteneinnahme des Patienten: L-Dopa 3 x 100 mg und 100 mg retard zur Nacht, Pramipexol 0,35 bis 0,7 mg/d, Entacapon 3x200 mg, ASS 100 mg, Ramipril 2 x 5 mg, Furosemid 60 mg, Amlodipin 5 mg, Metoprolol 100 mg und Captopril 5 mg täglich sowie Omeprazol 20 mg 3 x/Woche.

Befunde

Eine kardiologische Untersuchung mit 24-Stunden-EKG hatte keine Ursache der Bewusstseinsstörungen erbracht. Die neurologische Untersuchung zeigt eine normale Mimik, normale Hirnnnervenfunktionen und eine unauffällige Okulo-

Viszerale Tumore beim von Hippel-Lindau-Syndrom

Lokalisation	Tumor	Häufigkeit
Auge	Hämangioblastom	25–60%
Gehör	Tumore des endolymphatischen Sackes	11–16%
Gehirn	Hämangioblastome	10–72%
Nebennieren	Phäochromozytom	7–46%
Pankreas	Zystadenome/neuroendokrine Tumore	35–70%
Nieren	Klarzelliges Nieren-Ca	25–60%
Nebenhoden	Papilläre Zystadenome	25–60%

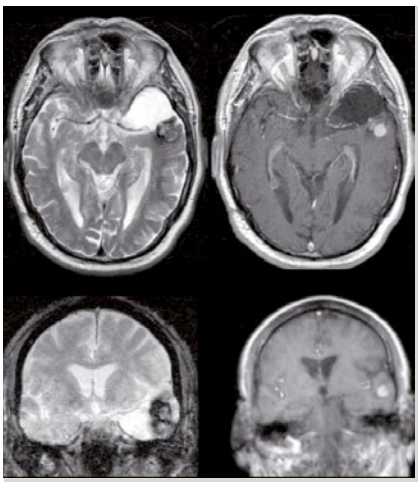


Abbildung 1. In den T2-Sequenzen (links) sind signalreiche temporale Zysten am vorderen Temporalpol links zu erkennen. Angrenzend ein Tumor mit gemischten Signalverhalten und randständiger Signalabsenkung. Nach Gadoliniumgabe (rechts) signalreicher Tumoranteil links temporal.

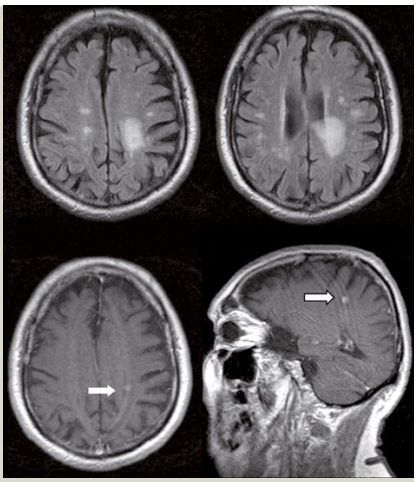


Abbildung 2: In den FLAIR-Sequenzen (oben) signalreiche paraventrikulär links gelegene großflächige Läsion. Zusätzlich multiple kleinere subkortikale Marklagerläsionen beiderseits. In den T1-Sequenzen sind nach Gadoliniumgabe kleine signalreiche Läsionen (Pfeile) erkennbar.

motorik. Das Gangbild ist ohne Starthemmung mit normaler Schrittlänge unauffällig, der Muskeltonus normal, kein Tremor. Die Sensibilitätsprüfung ergibt eine symmetrische strumpfförmige taktile Hypästhesie und Pallanästhesie an den Füssen beidseits. Die Reflexe sind seitengleich auslösbar. Pathologische Reflexe sind nicht nachweisbar. Es zeigen sich keine Paresen oder Atrophien. Die Blasen- und Mastdarmfunktion ist normal.

Die psychiatrische Untersuchung ergibt eine leichte depressive und eine deutliche kognitive Störung. Der Kognitionsteil des PANDA-Tests mit 9 von 30 Punkten ist deutlich pathologisch, der Depressionsscore mit 5 von 9 Punkten erhöht. Die extra- und transkranielle Dopplersonografie zeigt keine bedeutsamen Stenosen. Im EEG finden sich keine epilepsietypischen Potenziale.

Im Schädel-MRT zu erkennen ist links temporal eine 3 x 4 cm große Zyste am vorderen Temporalpol mit angrenzenden knotenartigen solidem Tumor, der nach Gadoliniumgabe signalreich darstellbar ist (Abbildung 1). Hier zeigt sich ein Hämosiderin-Randsaum. Neben multiplen signalreichen Marklagerläsionen stellt sich hochparietal links eine kleine, ebenfalls kontrastmittelaufnehmende Raumforderung dar (Abbildung 2).

Eine Kernspintomografie der HWS und BWS zeigt nur geringgradige degenerative Veränderungen der HWK 3 bis 7 und ein Wirbelkörperhämangiom (BWK 7). Die augenärztliche Untersuchung findet in Mydriasis am unteren Gefäßbogen des rechten Auges eine Angiomatosis retinae. Eine erneute internistische Untersuchung ergibt Zeichen einer Leberzirrhose, eine Nephrolithiasis, eine Nierenzyste links sowie den Verdacht auf ein kleines Angiolipom an der linken Niere.

Diagnose

Die Diagnose ergibt den Verdacht auf eine symptomatische Epilepsie, einen Morbus Hippel-Lindau mit zerebralem Hämangioblastom, eine Angiomatosis retinae, den Verdacht auf ein Angiolipom der linken Niere, ein L-Dopa-sensitives Parkinsonsyndrom sowie eine diabetische Polyneuropathie. □

LITERATUR

beim Verfasser

Dr. med. Peter Franz
Neurologische Gemeinschaftspraxis
Tagesklinik München Nord

Fragen

1. Klinisch kann die Diagnose einer VHL-Erkrankung bei negativer Familienanamnese nur gestellt werden, wenn sich neben einem zerebralen Hämangioblastom ...

a ... ein retinales Angiom,

b ... ein Phäochromozytom,

c ... ein klarzelliges Nierenkarzinom (vor dem 60. Lebensjahr),

d oder multiple Pankreaszysten finden.

e Alle sind richtig.

2. Welche Aussage über die ZNS-Hämangioblastome ist richtig?

a Sie treten bei VHL häufiger auf – bei über 40 Prozent multiple.

b Sie finden sich am häufigsten supratentoriell.

c Als benigne Tumore haben sie eine nur sehr geringe Wachstumstendenz.

d Zystische Tumoren wachsen im Allgemeinen langsamer als solide.

e Die Lokalisation des Tumors ist für die klinische Symptomatik unbedeutend.

3. Welche Aussage über die neuroradiologische Diagnostik von Hämangioblastomen ist falsch?

a Sie lassen sich nur mit einer zerebralen Angiografie erkennen.

b In den T1-Sequenzen zeigt der Tumor oft ein signalarmes oder intermediäres Signal.

c Aufgrund der guten Vaskularisation kommt es nach Gadoliniumgabe zu einer Signalerhöhung.

d Kleine Blutungsanteile im Tumor können zu einer Signalerhöhung in den T1-Sequenzen führen.

e Regelmäßige Tumorkontrollen sind auch bei stabilem Befund wegen des wechselnden Wachstumsverhaltens erforderlich.

4. Welche Aussage zur Therapie von ZNS-Hämangioblastomen ist richtig?

a Ein operative Resektion ist immer möglichst rasch anzustreben.

b Die Tumore sprechen auf eine spezifische Chemotherapie gut an.

c Die Tumore sprechen nicht auf eine Gamma-Knife Therapie an.

d Bei stabilem Befund kann auch eine beobachtende Kontrolle erfolgen.

e Bei multiplen Hämangioblastomen sollte eine Ganzhirnbestrahlung erfolgen.

Lösungen

1e; 2a; 3a; 4d

Die von Hippel-Lindau-Erkrankung (VHL) ist eine autosomal dominant vererbte Multisystemkrankheit, bei der es in verschiedenen Organen durch ein unkontrolliertes Wachstum von Blutgefäßen und Gewebsneubildung zur Entwicklung von Tumoren und Zysten kommt. Ursache dieser Erkrankung ist eine Mutation des von Hippel-Lindau-Gens auf dem kurzen Arm des Chromsoms 3 (Segement p26 – p25). Hierbei handelt es sich um ein Tumorsupressor-Gen, das sehr viele Funktionen hat und eine ganze Reihe von zellulären Regelkreisen beeinflusst.
In Deutschland liegt die Prävalenz nach früheren Untersuchungen bei 1 zu 39.000 [Neumann, 1991]. Etwa 20 Prozent der VHL-Erkrankungen sind Folge einer neu aufgetretenen Mutation und haben keine positive Familienanamnese [Richards, 1995].

Zu Frage 1
Die Diagnose einer VHL-Erkrankung kann klinisch bei Erkrankung eines Blutsverwandten in der Familie (positive Familienanamnese) bereits gestellt werden, wenn mindestens eines der typischen Symptome gefunden werden, wie zerebrale oder spinale Angioblastome, retinale Angiome, Phäochromozytome, multiple Pankreaszysten, papilläre Zystadenome des Nebenhodens oder am Ligamentum latum, ein Tumor des endolymphatischen Sacks, multiple Nierenzysten oder ein klarzelliges Nierenkarzinom (vor dem 60. Lebensjahr) [Maher, 1991].
Bei Patienten mit negativer Familienanamnese kann die Diagnose klinisch erst gestellt werden bei Nachweis von zwei oder mehr zerebralen/spinalen Hämangioblastomen sowie wie bei einem ZNS-Hämangioblastom und gleichzeitigem Nachweis eines weiteren typischen VHL-Tumors in den Nebennieren, dem Nebenhoden, im Pankreas oder der Niere. Da Zysten in den Nieren und im Nebenhoden auch in der Allgemeinbevölkerung häufig zu finden sind, können diese nicht zur Diagnosesicherung herangezogen werden [Lamiell, 1989]. Mit dem Nachweis einer Mutation im Tumorsuppressor-Gen als genetische Ursache der VHL-Erkrankung lässt sich heute auch bei Patienten, die (noch) nicht die klinischen Kriterien erfüllen, im Einzelfall die VHL-Diagnose dennoch frühzeitig sichern [Latif, 1993]. Man nimmt derzeit an, dass eine VHL-Erkrankung etwa ein Drittel aller ZNS-Hämangioblastome und über 50 Prozent der retinalen Angiome sowie 50 Prozent der scheinbar isolierten familiären Phäochromozytome verursacht [Maher, 2011]. Die Häufigkeit viszeraler Tumore liegt für das klarzellige Nierenkarzinom nach Literaturangaben bei 25 bis 60 Prozent, für das Phäochromozytom oder Paragliom bei 7 bis 46 Prozent, für neuroendokrine Pankreastumore bei 35 bis 70 Prozent und für papilläre Zystenadenome der Nebenhoden bei 25 bis 60 Prozent [Lonser, 2003]. Als Zufallsbefunde finden sich selten auch Zysten in der Leber, Milz, den Lungen und in den Knochen.

Zu Frage 2
Hämangioblastome können in der gesamten Neuroachse auftreten. Die häufigste Lokalisation ist dabei zerebellär gefolgt von spinal. Selten findet sich ein Hämangioblastom supratentoriell, in der Hypophyse oder dem Hypophysenstiel, dem Balken, dem Hypothalamus,

Lösungen

dem Seitenventrikel sowie an den Spinalwurzeln oder auch an den peripheren Nerven [Choyke, 1995; Giannini, 1998; Gläsker, 2005]. Als häufigster Tumor (60 bis 80 Prozent) bei einer VHL-Erkrankung findet dieser sich zu 44 bis 72 Prozent im Kleinhirn, bei 10 bis 25 Prozent im Hirnstamm und bei 13 bis 50 Prozent im Rückenmark. In weniger als einem Prozent treten die VHL-Hämangiobalstome supratentoriell oder in den Spinalwurzeln auf [Lonser, 2003]. In einer Serie mit 18 nur supratentoriellen Hämangioblastomen, 13 mit VHL-Erkrankung, lagen die meisten im Temporallappen. Klinisch imponierten Hirnddrucksymptome und Sehstörungen [Peyre, 2010].
Multiple Läsion finden sich fast ausschließlich bei VHL-Erkrankten (bei 40 bis 50 Prozent), weshalb der Nachweis multipler ZNS-Hämangioblastome bereits die klinische Diagnose sichert [Filling-Katz, 1989; Neumann, 1992]. Für die klinische Symptomatik entscheidend sind neben der Lokalisation das Wachstumsverhalten, das sehr variabel ist, zystische Tumoranteile (bei 30 bis 80 Prozent) sowie ein perifokales Begleitödem. In einer kernspintomografischen Verlaufsuntersuchung von 160 Patienten mit insgesamt 665 Hämangioblastomen zeigte sich, dass die Symptomatik stark von der Lokalisation und der Größe des Tumors abhängt. Dabei wuchsen symptomatische Tumoren zehnfach schneller im Vergleich zu asymptomatischen. Die Größenzunahme einer begleitenden Tumorzyste lag dabei für die symptomatischen Tumoren mit 3,2-fach und die asymptomatischen mit 1,7-fach noch deutlich über dem solidem Tumoranteil. Auch hier ergab sich erwartungsgemäß mit dem raschen Wachstum einhergehend eine zunehmende klinische Symptomatik. Dabei zeigten die Tumore im Verlauf Phasen eines raschen Wachstums im Wechsel mit zum Teil längeren stabilen Phasen ohne Größenzunahme. Einzelne Tumoren blieben in dieser Studie auch über Jahre unverändert [Wanebo, 2003]. Ein ungünstiger Effekt einer Zystenbildung zeigte sich auch in einer Untersuchung zum natürlichen Verlauf zerebellärer Hämangioblastome [Slater, 2003]. Das individuell sehr unterschiedliche Wachstumsverhalten und die damit einhergehende Zystenbildung wurde jüngst auch in Serien mit nur supratentoriellen Hämangioblastomen bestätigt [Peyre, 2010].

Zu Frage 3

Der Nachweis eines ZNS-Hämangioblastoms gelingt kerspintomografisch am besten mit einer T1-Sequenz vor und nach Gadoliniumgabe [Filling-Katz, 1989]. Aufgrund der starken Vaskularisation des soliden Tumoranteils zeigt sich hier eine meist deutliche Signalanhebung. In den T1-Sequenzen kann der Tumor signalarm bis intermediär erscheinen, in den T2-Sequenzen kommt er meist signalreich zur Darstellung. Am häufigsten erscheint der Tumor als Zyste mit randständigem Tumorknoten, als solider Tumor mit oder ohne zentrale zystische Anteile. Die Zyste selbst ist in den T2- und T1-Sequenzen signalreich. Häufig (bei 60 Prozent) zeigt sich als Folge der guten Vaskularisation randständig oder im Inneren des Tumors eine Signalauslöschung, die durch dilatierte zu- oder abführende Gefäße hervorgerufen wird [Elster, 1988]. Gelegentlich ist das Signal im soliden Anteil unregelmäßig mit signalreichen Anteilen in den T1-Sequenzen. Dies kann durch Fett oder Methämoglobin (nach vorangegangenen Blutungen) hervorgerufen werden. Gelegentlich kann man in den FLAIR-Sequenzen einen Kontrastmittelübertritt in den Zystenanteil des Tumors erkennen. Diese Untersuchungen legen nahe, dass die Zystenbildung durch eine mediatorvermittelte Permeabilitätssteigerung im Tumor erfolgt. Sobald die Extravasation der Flüssigkeit hier die Resorptionsfähigkeit des umgebenden Gewebes überschreitet bildet sich ein Ödem, und in der Folge entwickelt sich eine Zyste [Baggenstos, 2007].

Zu Frage 4

Die Bedeutung eines ZNS-Hämangioblastoms auch bei VHL wird durch eine große Studie mit 215 VHL-Patienten unterstrichen, in der das ZNS-Hämangioblastom die häufigste Todesursache war [Richard, 1998]. Bei klinisch symptomatischem Hämangioblastom kann daher abhängig von der Lokalisation eine mikrochirurgische Entfernung des Tumors versucht werden. So kam es in einer kleinen italienischen Studie von 20 VHL-Patienten, bei denen bei 28 Operationen insgesamt 48 Tumore operativ entfernt wurden, bei 75 Prozent zu einer Reduktion der klinischen Symptomatik [Pavesi, 2008]. Mit erhöhtem Risiko sind hierbei Tumoren im Hirnstamm und Rückenmark verbunden. Zu ähnlichen Ergebnissen kam Conway bei 40 Patienten mit ZNS-Hämangioblastomen, die in einem Zeitraum von 1973 bis 1999 operiert wurden. Dabei zeigte sich, dass sich bei VHL-Patienten im Vergleich zu sporadischen Fällen klinische Symptomen früher einstellten. Zudem hatten VHL-Patienten bereits häufiger multiple Tumore oder entwickelten neue. Eine Rückbildung oder zumindest die Verhinderung einer weiteren Krankheitsprogression konnte bei 66 Eingriffen in 88 Prozent erreicht werden [Conway 2001].
Auch die radiochirurgische Behandlung mit dem Gamma-Knife wird von einzelnen Gruppen bereits seit über 14 Jahren angewandt. In einer Zusammenstellung von 13 Patienten mit 38 Hämangioblastomen zeigte sich eine sehr gute Tumorkontrollrate von initial 97 Prozent, die auch nach fünf oder zehn Jahren noch bei 96 Prozent blieb. Lediglich ein Tumor zeigte nach einer Blutung eine Größenzunahme [Tago, 2005]. Wesentlich schlechtere Langzeitdaten wurden von Wang veröffentlicht. Ebenfalls nach Gamma-Knife-Therapie bei 35 Patienten (21 VHL-Patienten) fand sich nach einem Jahr eine vergleichbar hohe Tumorkontrollrate von 94 Prozent. Diese fiel dann nach zwei Jahren auf 85 Prozent und nach fünf Jahren sogar auf 71 Prozent ab [Wang 2005].
Eine spezifische medikamentöse Therapie ist derzeit noch nicht möglich. Für die Zukunft verheißungsvoll ist eine gezielter Therapieansatz über den Vascular Endothial Growth Factor (VEGF), einem Signalmolekül, das in der Vaskulogenese eine wichtige Rolle spielt. Die Gabe eines Tyrosinkinase-Inhibitors wurde hier bereits beim sporadischen Nierenzellkarzinom und bei einigen VHL-Tumoren versucht [Neumann, 1999; Walz, 2002].

Schizoaffektive Störungen

Zwischen-Fälle in der psychiatrischen Diagnostik

Noch immer wird intensiv darüber diskutiert, ob schizoaffektive Störungen ein eigenes Krankheitsbild darstellen. Für die Therapie ist jedoch entscheidend, welche Symptome im Vordergrund stehen. Entsprechend wird mit Stimmungsstabilisierern, Neuroleptika und Antidepressiva behandelt.

GERD LAUX

© yalayama / shutterstock

So richtig klar lassen sich Erkrankungen mit einem Symptomspektrum zwischen Schizophrenie und bipolarer Störung bislang nicht einordnen.

Etwa zwischen den Jahren 1980 bis 2000 wurde im deutschen Sprachraum die Diagnose schizoaffektive Psychose relativ häufig gestellt. Marneros, einer der führenden Autoren auf diesem Gebiet, charakterisiert die problematische Definition als einerseits existierende klinische Realität, andererseits als diagnostisches und nosologisches Ärgernis. Bis heute ungeklärt ist, ob es sich um eine eigene nosologische Entität, eine Subgruppe affektiver oder schizophrener Psychosen oder um einen Bestandteil eines psychotischen Kontinuums handelt. Reviews konstatieren, dass die diagnostische Validität fraglich sei, weder demografische Charakteristika noch neurobiologische oder neuropsychologische Befunde konnten schizoaffektive Störungen klar von schizophrenen und bipolaren Störungen abgrenzen [Malhi et al., 2008; Cheniaux et al., 2008].

In ICD-10 werden schizomanische und schizodepressive Episoden unterschieden; diese haben die Kriterien einer manischen oder depressiven Episode zu erfüllen. Gleichzeitig muss mindestens ein Schizophreniesymptom wie Wahn, Halluzination oder Ich-Störung vorliegen. Unter anderem durch die ABC-Studie des Zentralinstitutes für Seelische Gesundheit in Mannheim [Häfner et al., 2000] wurde deutlich, dass ein hoher Prozentsatz Schizophrener an depressiven Symptomen leidet und dass die Depression die Lebensqualität deutlich beeinträchtigt. Zudem erhöhte die Depression das Rezidivrisiko, geht mit erhöhtem Pflegebedarf einher und bestimmt die Gesamtprognose entscheidend mit. Entsprechend ließ sich die Prognose bei schizophrenen Psychosen eindeutig verbessern, wenn die Depressionssymptome reduziert wurden.

Während auf der einen Seite das alte Konzept der „Einheitspsychose" wiederbelebt wurde, propagierten vor allem US-amerikanische Autoren ein breites Konzept bipolarer affektiver Störungen. Durch die Ausweitung der klassifikatorischen Merkmale in den Diagnosesystemen DSM-IV und ICD-10 fallen viele Patienten unter die Kategorie „bipolare Störung mit psychotischen Merkmalen", welche in der klinischen Routine oft der Diagnose „schizoaffektive Psychosen" zugeordnet werden. Im Unterschied zur schizoaffektiven Psychose stehen bei der Manie mit psychotischen Symptomen affektive Symptome ganz im Vordergrund, während synthyme Wahninhalte (etwa Größenideen) oder Halluzinationen allenfalls nur kurzzeitig im Wellengipfel der Manie feststellbar sind. Derartige psychotische Symptome sind somit akzessorischer Natur und damit Ausdruck der Schwere der Manie. Schließlich wurden Spektrummodelle für bipolare und affektive Störungen mit Übergängen bis zu schizophrenen Psychosen vorgestellt (Abbildung 1).

Bei der Diagnosedominanz bipolarer affektiver Störungen, die sich fast als „Modewelle" bezeichnen lässt, fand psychopathologisch auch die „gemischte Episode", also das gleichzeitige Auftreten depressiver und manischer Symptome, zurecht vermehrt Beachtung (Abbildung 2). Hierbei interessant sind die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung (n = 1.006) in der deutschen Bevölkerung [Angermeier und Matschinger, 2005]: Dabei verstanden 61 Prozent der Befragten unter einer bipolaren Störung die „Eisschmelze am Nord- und Südpol", nur 4,6 Prozent eine „psychische Erkrankung".

In der ICD-10-Klassifikation bildet sich das Spektrum schizophrener bis affektiver Störungen wie folgt ab:

- Postschizophrene Depression (F 20.4)
- Schizophrenes Residuum (F 20.5)
- Schizophrenia simplex (F 20.6)
- Akute vorübergehende psychotische Störung (zykloide Psychose) (F 23)
- Schizoaffektive Störungen (F 25)
- Schizomanische Störung (F25.0)
- Schizodepressive Störung (F 25.1)
- Gemische schizoaffektive Störung (F 25.2)
- Manische Episode/bipolar (F 30.2/31.2)
- Psychotische Depression/bipolare affektive Störung (F 32.3, 33.3/31.5,6)

Therapie mit Antipsychotika und Stimmungsstabilisierern

Angesichts der nosologisch-definitorischen Unklarheiten überrascht es nicht, dass die Behandlung schizoaffektiver Erkrankungen kaum evidenzbasiert ist [Jäger et al., 2009]. Es liegen nur wenige kontrollierte Studien mit definierten, autonomen schizoaffektiven Patienten vor. Dies heißt auch, dass die eingesetzten Psychopharmaka sensu strictu als off label anzusehen sind.

Die medikamentöse Therapie der schizoaffektiven Störungen kann sich an dem Wirkspektrum psychotroper Substan-

zen zur Therapie bipolarer Störungen und der Schizophrenie orientieren (Abbildung 3). Bei den Stimmungsstabilisierern (Mood Stabilizer) haben sich neben den klassischen Substanzen Lithium, Carbamazepin, Valproat und Lamotrigin in den vergangenen Jahren auch atypische Antipsychotika als wirksam erwiesen (Tabelle 1). Da manisch-bipolare Patienten im Vergleich zu Schizophrenen bekanntlich eine erhöhte Empfindlichkeit für extrapyramidal-motorische Symptome unter Neuroleptika aufweisen, finden Atypika inzwischen vermehrt Anwendung.

Akutbehandlung erfolgt häufig mit Kombitherapien

Pragmatisch lässt sich die klinische Therapie der unterschiedlichen Leitsymptome und -syndrome wie folgt zusammenfassen:

- Schizomanie: Die zumeist notwendige stationäre Behandlung erfolgt mit typischen oder bevorzugt atypische Antipsychotika (etwa Quetiapin, Olanzapin, Risperidon), eventuell kombiniert mit Valproat als Mood Stabilizer. Jüngst neu zugelassen zur Manie- und Hypomanietherapie wurde das Atypikum Asenapin. In den USA ist es bemerkenswerterweise zur Schizophrenietherapie zugelassen. Interessant sind kontrollierte Studien [etwa Cetin et al., 2002], die zeigten, dass die Kombination Olanzapin plus Lithium oder Valproat signifikant wirksamer war als die Manie-Monotherapie mit Lithium oder Valproat.
- Die Behandlung einer Schizodepression erfolgt mittels Kombinationstherapie Antidepressivum plus Antipsychotikum, in schweren Fällen auch durch Elektrokonvulsion.
- Bipolare Depressionen sind aus US-amerikanischer Sicht ausschließlich mit Mood Stabilizern zu behandeln. Bei ausgeprägten Depressionen erfolgt aus europäischer Sicht eine Kombitherapie mit Mood Stabilizer und Antidepressivum [Bauer et al., 2005]. Eine ähnliche Vorgehensweise wird auch im Behandlungsalgorithmus des Weltverbands für Biologische Psychiatrie vorgeschlagen (Abbildung 4).
- Bei depressiven Symptomen stehen derzeit die SSRI Citalopram/Escitalopram, Sertralin sowie Mirtazapin und Venlafaxin im Vordergrund [etwa Laux, 2009; Benkert und Hippius, 2010].

Abbildung 1

Übergänge zwischen affektiven und schizophrenen Erkrankungen [Harrow et al., 2000]

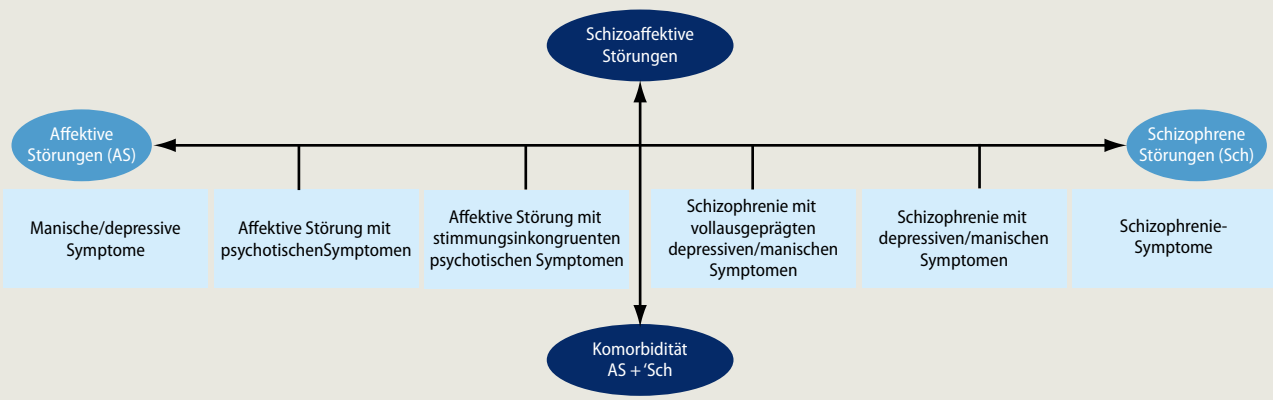
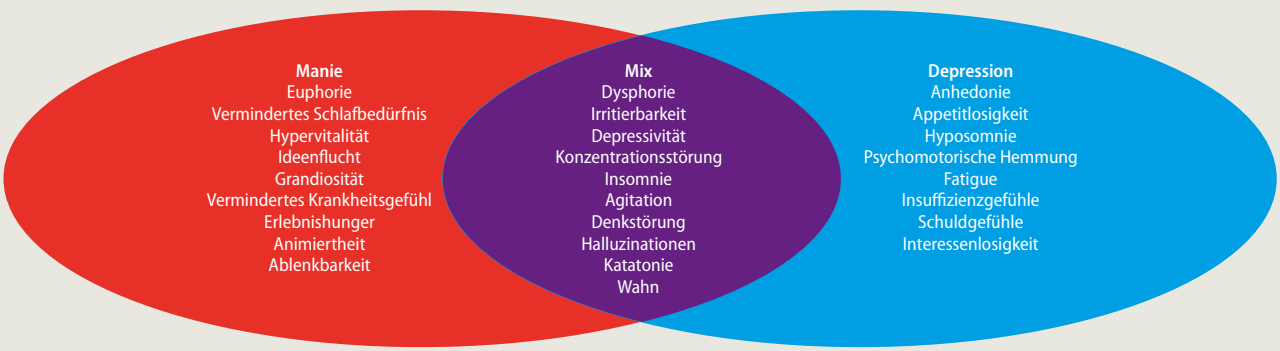


Abbildung 2

Symptome von Manie bis Depression



— Gemischte Episoden werden nach klinischer Evidenz mit atypischen Neuroleptika, eventuell kombiniert mit Valproat behandelt.

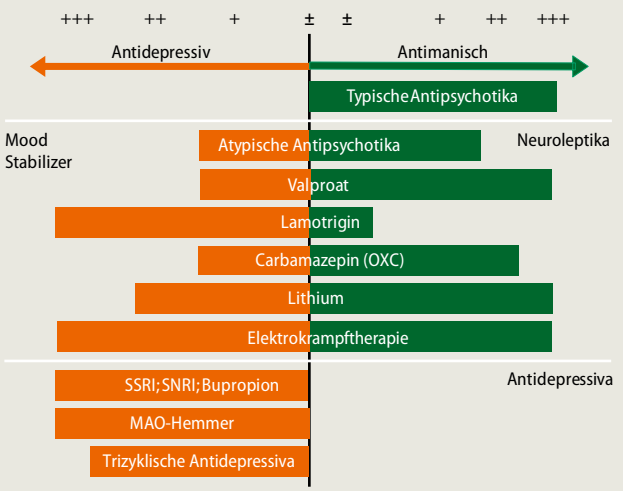
Interessant sind hierbei auch die Ergebnisse einer Befragung durch die Bundesdirektorenkonferenz zu den Verordnungsgewohnheiten an psychiatrischen Krankenhäusern, bei der 287 Bögen von deutschen Kliniken ausgewertet wurden [Laux et al., 2008; Messer et al., 2009]. Bei einer akuten Manie verordnen die Klinikpsychiater zu 41 Prozent Lithium, zu 26 Prozent Valproat und zu 20 Prozent Olanzapin. Häufigste Kombitherapien waren Valproat plus Olanzapin, gefolgt von Lithium plus Olanzapin. Bei der bipolaren Depression stand ebenfalls Lithium an erster Stelle (53 Prozent) gefolgt von Lamotrigin (21 Prozent), Carbamazepin (9 Prozent), und Olanzapin (9 Prozent). Die häufigsten Kombitherapien bestanden aus Lithium plus Antidepressivum (39 Prozent) sowie Antidepressivum plus Atypikum (13 Prozent).

Lithium plus Antipsychotikum zur Rezidivprophylaxe

Zur Rezidivprophylaxe bei affektdominanten schizoaffektiven Psychosen kann Lithium als Therapeutikum der Wahl gelten, bei schizodominanten schizoaffektiven Psychosen ist es die Kombination Lithium plus Antipsychotikum. Bei einer Lithium-Nonresponse oder Unverträglichkeit kann Valproat eingesetzt werden, eventuell auch Carbamazepin (Plasmaspiegel 6–12 µg/ml). Zu beachten ist dabei das Risiko einer Leukopenie sowie die Gefahr von allergischen Hautreaktionen (Tabelle 2).

Abbildung 3

Therapeutisches Wirkspektrum bei Bipolar-Störungen



Modifiziert nach Post, 2003

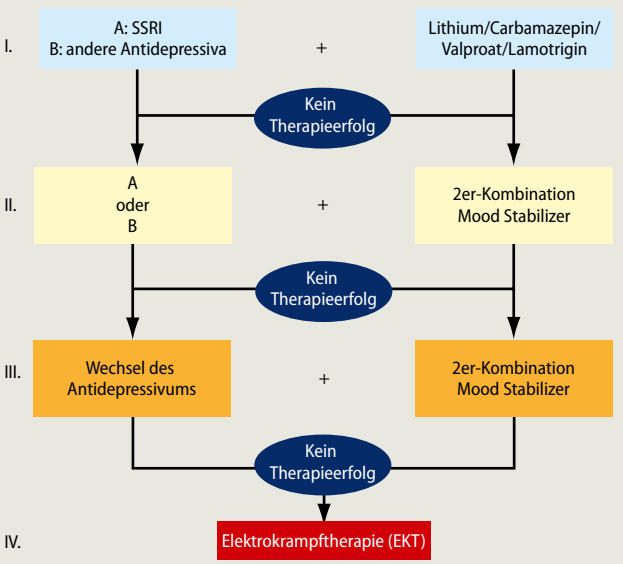
Tabelle 1

Therapie bipolarer Störungen

	Manie	Psychose	Rapid cycling	Depression	Rezidiv-prophylaxe
Lithium	++	+	–	++	++
Valproat	++	+	++	+/–	+
Lamotrigin	+/–	?	+/–	++	+
Olanzapin	++	++	++	++	++
Risperidon	+	+	?	?	?
Quetiapin	+	+	+	+	?

Abbildung 4

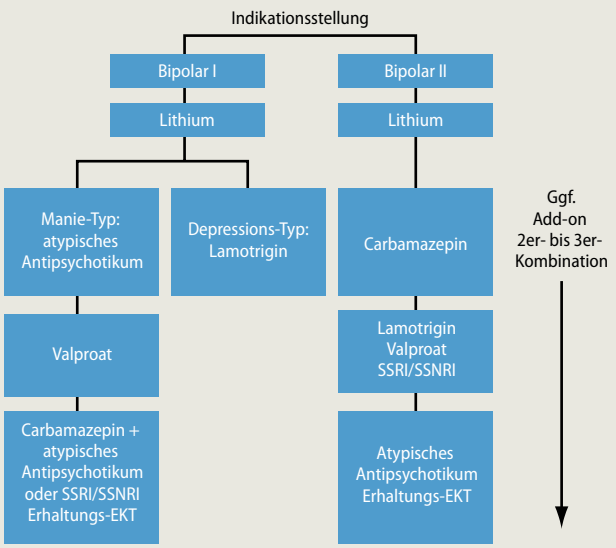
Behandlungsalgorithmus bipolare Depression



Quelle: Weltverband für Biologische Psychiatrie, 2005

Abbildung 5

Stufenplan Rezidivprophylaxe Bipolare Störungen



Quelle: Weltverband für Biologische Psychiatrie, 2005

Jetzt CME-Punkte hamstern!

einfach
kostenlos
schnell

Zertifizierte Continuing Medical Education CME Fortbildung

www.cme-punkt.de

Springer Medizin

Tabelle 2

Nebenwirkungen von Mood Stabilizern

- **Lithium:** Gewichtszunahme, kognitive Störungen, Hypothyreose, Diabetes insipidus, enge therapeutische Breite
- **Valproat:** Übelkeit, Sedierung, Tremor, Alopezie, Gewichtszunahme, Transaminasenerhöhung, teratogen
- **Carbamazepin:** Übelkeit, Sedierung, Blutbildstörung
- **Lamotrigin:** Hautexanthem (Rash), Interaktionen mit Antiepileptika

Quelle: Baldessarini, CNS Drugs 2002; Bowden, 2003, 2004

Für Patienten mit bipolaren Störungen wurde vom Weltverband für Biologische Psychiatrie im Jahr 2005 ein Behandlungsstufenplan zur Rezidivprophylaxe verabschiedet. Danach erfolgt die Therapie primär mit Lithium. Ist dieses unwirksam oder unverträglich wird bei Bipolar-I-Patienten mit einem atypischen Antipsychotikum (Manie-Typ) oder Lamotrigin (Depressions-Typ) behandelt. Bei Bipolar-II-Patienten ist Carbamazepin Mittel der zweiten Wahl. (Abbildung 5). Im Laufe dieses Jahres wird die S3-Leitlinie Bipolare affektive Störungen unter Federführung der DGPPN und der DGBS erwartet.

Etabliert haben sich inzwischen auch psychoedukative Maßnahmen, nicht zuletzt zwecks Förderung der bislang schlechten Compliance. Sie sind vor allem in Zusammenarbeit mit vernetzten sozialpsychiatrischen Diensten von Nutzen.

Fazit

Die nosologische Stellung von Krankheitsbildern mit simultaner manischer, depressiver und schizophrener Symptomatik wird nach wie vor diskutiert und bleibt ungewiss, wie die unterschiedlichen Zuordnungen schizoaffektiver Störungen in ICD-9, ICD-10 und prospektiv in ICD-11 zeigen. Derzeit stehen die Diagnosen bipolare affektive Störung und psychotische Depression im Vordergrund. Klinisch-therapeutisch erfolgt die Behandlung mit Mood Stabilizern, atypischen Antipsychotika und Antidepressiva. Angesichts des Verlaufs dieser Erkrankungen ist eine längerfristige Rezidivprophylaxe in den meisten Fällen indiziert. Dies impliziert eine hohe Herausforderung für die Arzt-Patienten-Beziehung bei der Compliance-Sicherung, der Psychoedukation sowie bei Kontrolluntersuchungen zum Medikations-Monitoring. □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gerd Laux
Ärztlicher Direktor des Inn-Salzach-Klinikums gGmbH
Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie,
Psychosomatische Medizin und Neurologie
Akademisches Lehrkrankenhaus der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Gabersee 7, 83512 Wasserburg a. Inn
E-Mail: g.laux-isk@t-online.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 den Fortbildungsbeitrag auf den vorangegangenen Seiten. Die Antworten ergeben sich zum Teil aus dem Text, zum Teil beruhen sie auf medizinischem Basiswissen.

Zertifizierte Continuing Medical Education CME Fortbildung

CME-Fragebogen

Schizoaffektive Störungen

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

1. Welche der genannten Störungen aus dem Bereich des schizoaffektiven Spektrums wird nicht in der ICD-10-Klassifikation abgebildet?

A Manische Episode/bipolar
B Gemischte schizoaffektive Störung
C Psychotische Depression
D Präschizophrene Depression
E Schizodepressive Störung

2. Welche Aussage zur medikamentösen Therapie bei schizoaffektiven Störungen ist richtig?

A Es gibt inzwischen viele kontrollierte Studien mit Medikamenten bei definierten, schizoaffektiven Patienten.
B Die Behandlung mit Psychopharmaka ist gut evidenzbasiert möglich.
C Der Einsatz von Psychopharmaka ist sensu strictu als off label anzusehen.
D Klassische Neuroleptika sind Mittel der Wahl.
E Extrapyramidale Störungen treten bei schizoaffektiven Patienten unter Neuroleptika seltener auf als bei Schizophreniepatienten.

3. Welche Aussage zur Akuttherapie bei schizoaffektiven Störungen ist falsch?

A Die Akuttherapie erfolgt häufig mit Kombitherapien.
B Bei Schizomanie wird stationär bevorzugt mit atypischen Antipsychotika behandelt, eventuell in Kombination mit Valproat.
C Bipolare Depressionen sind aus US-amerikanischer Sicht ausschließlich mit Mood Stabilizern zu behandeln.
D Bei Schizodepression erfolgt die Therapie bevorzugt mit einer Kombination aus Mood Stabilizern und Antidepressiva.
E Bei Depressionen stehen SSRI, Mirtazapin und Venlafaxin im Vordergrund.

4 . Zu den typischen Maniesymptomen gehört nicht ...

A ... Euphorie
B ... Hypervitalität
C ... Ideenflucht
D ... Erlebnishunger
E ... Psychomotorische Hemmung

5. Welche der Substanzen hat praktisch keine antimanischen Eigenschaften?

A Valproat
B Lamotrigin
C Carbamazepin
D Lithium
E Quetiapin

6. Welche Arzneimittel werden in deutschen Kliniken bei akuter Manie am häufigsten verordnet? (Ergebnisse einer Befragung der Bundesdirektorenkonferenz)

A Valproat, Olanzapin und Risperidon
B Lithium, Valproat und Haloperidol
C Lithium, Valproat und Olanzapin
D Valproat, Haloperidol und Olanzapin
E Lithium, Lamotrigin und Carbamazepin

Online punkten! www.cme-punkt.de

7. Welche Aussage zur Rezidivprophylaxe bei schizoaffektiven Störungen ist richtig?

A Sie ist in den meisten Fällen indiziert.
B Sie stellt eine hohe Herausforderung für die Arzt-Patienten-Beziehung dar.
C Sie erfordert regelmäßige Kontrolluntersuchungen zum Medikamenten-Monitoring.
D Sie erfordert psychoedukative Maßnahmen.
E Alle Aussagen sind richtig.

8. In seinem Stufenplan zur Rezidivprophylaxe bei bipolaren Störungen empfiehlt der Weltverband für Biologische Psychiatrie ...

A ... sowohl bei Bipolar-I- als auch Bipolar-II-Patienten primär eine Monotherapie mit Lithium.
B ... sowohl bei Bipolar-I- als auch Bipolar-II-Patienten primär eine Monotherapie mit Valproat.
C ... primär eine Kombitherapie aus Lithium und Valproat.
D ... immer eine Kombitherapie mit einem Antipsychotikum.
E ... immer eine Kombitherapie mit einem Antidepressivum.

9. Zur Therapie der bipolaren Depression empfiehlt der Weltverband für Biologische Psychiatrie ...

A ... primär eine Monotherapie mit einem Antidepressivum.
B ... eine Zweierkombination von Antidepressiva, wenn eine Antidepressiva-Monotherapie keinen Erfolg bringt.
C ... eine Elektrokrampftherapie, wenn der erste Versuch mit einem Antidepressivum scheitert.
D ... primär eine Kombitherapie mit einem Antidepressivum und einem Mood Stabilizer.
E ... eine Kombination von Antipsychotikum plus Mood Stabilizer, wenn der Patient auf ein Antidepressivum nicht anspricht.

10. Welche Aussage zu möglichen Nebenwirkungen von Mood Stabilizern ist falsch?

A Bei Lithium muss man auf Gewichtszunahme, kognitive Störungen und Diabetes insipidus achten.
B Zu den bekannten Nebenwirkungen von Valproat zählen auch Hypothyreose und Blutbildstörungen.
C Mit Lamotrigin wurden Hautexantheme sowie Interaktionen mit Antiepileptika beobachtet.
D Unter Carbamazepin können Blutbildstörungen auftreten.
E Übelkeit und Sedierung werden vermehrt unter Valproat und unter Carbamazepin beobachtet.

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

Führerschein als Argument für ADHS-Therapie

Jugendliche zur Mitarbeit in der Therapie ihrer ADHS zu bewegen ist zwar oft nicht einfach, aber für den Therapieerfolg notwendig. Gelingen kann dies leichter, werden relevante Themen wie der Erwerb des Führerscheins in den Mittelpunkt gestellt. Damit seien die jugendlichen ADHS-Patienten besser von einer kontinuierlichen Therapie zu überzeugen als über eine bessere schulische Leistung, sagte Professor Jörg M. Fegert, Ulm. Für Jugendliche und junge Erwachsene habe der Erwerb des Führerscheins eine zentrale Bedeutung für ihre Autonomieentwicklung, für ihre Stellung in der Peer-Group und nicht zuletzt auch für ihren Selbstwert, betonte Fegert.

Er wies darauf hin, dass Jugendliche und Adoleszente mit ADHS ein erhöhtes Risikoverhalten zeigen. Dazu gehören neben häufigem Substanzmissbrauch auch riskantes sexuelles Verhalten mit einer erhöhten Rate von Teenagerschwangerschaften und einem riskanten Fahrstil im Straßenverkehr mit einer zwei- bis vierfach erhöhten Zahl der Unfälle.

Das Ziel der Fahrtauglichkeit trotz ADHS kann eine starke Motivation darstellen, der medikamentösen Therapie die Stange zu halten. Denn „zahlreiche Studien belegen, dass Patienten, die an einem hyperkinetischen Syndrom erkrankt sind, sowohl in Fahrsimulatoren als auch in Real-Life-Situationen unter Behandlung mit Stimulanzien deutlich bessere Fahrergebnisse zeigen", so Fegert. Außerdem empfiehlt er ein Gruppentraining für Jugendliche nach dem Prinzip SAVE (Strategien zur Verbesserung der Aufmerksamkeit, der Verhaltensorganisation und der Emotionsregulation), das auf dem kognitiv-behavioralen Programm von Safren, Sprich, Perlman & Otto (2005) basiert.

Nach Aussage von Professor Götz-Erik Trott, Aschaffenburg, ist Methylphenidat derzeit nach wie vor der Goldstandard in der ADHS-Therapie. Die Dauertherapie erfolge dabei sinnvollerweise mit langwirksamen Stimulanzien, denn gerade bei Jugendlichen sei es aufgrund der hohen Unfallgefahr besonders wichtig, dass die späten Nachmittags- und frühen Abendstunden mit abgedeckt sind. Unter den Methylphenidat-Produkten mit verzögerter Freisetzung habe derzeit Concerta® mit zehn bis zwölf Stunden die längste Wirkdauer. Da das AMNOG mit einem Festbetrag die Unterschiede zwischen den Galeniken methylphenidathaltiger Arzneimittel ignoriere, werde für die Patienten ein Aufpreis von derzeit zirka 12 Euro für eine Dreimonatspackung fällig. Er habe jedoch die Erfahrung gemacht, dass die Zuzahlung oftmals in Kauf genommen werde, da Patienten und Angehörige die lange Wirkdauer zu schätzen wüssten, sagte Trott.

Dr. Gunter Freese

Pressegespräch „ADHS in der Adoleszenz: Compliance als Schlüssel zum Therapieerfolg" beim 6. ADHS-Gipfel, 25.2.2011 in Hamburg
Veranstalter: Janssen-Cilag

Nadelfreier Pen lindert schnell Kopfschmerzattacken

Mit Hilfe eines neuen nadelfreien Pens steht nun eine Behandlungsalternative zur Verfügung, mit der Migränepatienten in Selbstanwendung den Wirkstoff Sumatriptan mit Hochdruck direkt ins Gewebe applizieren können.

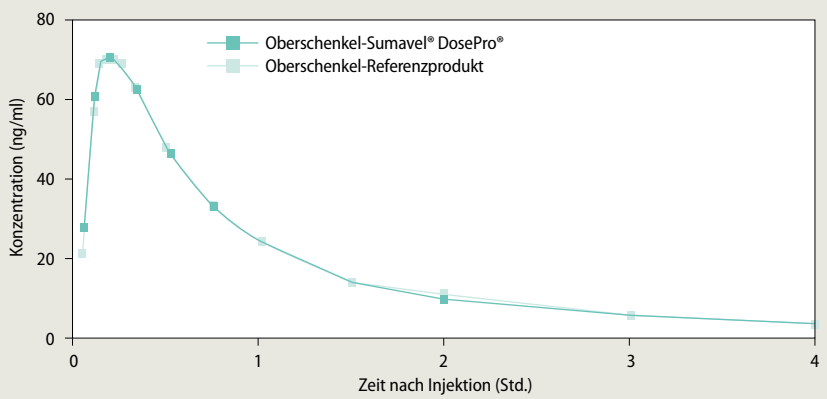
Bei Sumavel® DosePro® handelt es sich um ein einfach zu bedienendes System zur Einmalanwendung für die subkutane Selbstverabreichung. Es enthält 0,5 ml einer wässrigen Lösung mit 6 mg Sumatriptan. Der Wirkstoff befindet sich in einer Glaskapsel. Die Energie, die zur Freisetzung der Wirkstofflösung aus der Kapsel notwendig ist, wird in Form von komprimiertem Stickstoffgas bereitgestellt. Durch das Umlegen eines Hebels wird das System aktiviert und das Aufpressen des Pens auf die Haut löst die Freisetzung des Stickstoffgases aus der separaten Kammer aus. Dadurch wird die wässrige Sumatriptan-Lösung durch die Haut in das Unterhautgewebe gepresst. Für diesen Vorgang sind lediglich drei einfache Handgriffe nötig.

Dieser Applikationsweg ermöglicht eine rasche Aufnahme des Wirkstoffs in den Blutkreislauf sowie eine Schmerzlinderung bereits binnen 10 bis 15 Minuten nach der Applikation. Der nadelfreie Pen stellt eine Alternative für Migränepatienten dar, die klassische Schmerzmedikamente wegen der Begleitsymptome Übelkeit und Erbrechen nicht einnehmen können oder eine Abneigung gegen Injektionsnadeln haben.

In einer Studie zur Bioverfügbarkeit wurden die pharmakokinetischen Eigenschaften von Sumatriptan nach Applikation mit dem nadelfreien Pen mit der gleichen Dosis eines nadelbasierten Referenzprodukts verglichen. Es zeigten sich für beide Darreichungsformen vergleichbare Plasmakonzentrations-Zeitverläufe und es konnte Bioäquivalenz zum Referenzprodukt nachgewiesen werden.

Alexandra Höß

Plasmakonzentration nach Therapie mit 6 mg Sumatriptan



Presseveranstaltung: „Die große Premiere im Bereich Migräne-Therapie" am 23.2.2011 in Hamburg
Veranstalter: Desitin GmbH

Methylphenidat-Präparat für Erwachsene

Zur ADHS-Therapie bei Erwachsenen ist jetzt erstmals in Deutschland ein Methylphenidat-haltiges Präparat zugelassen worden. Medikinet® adult wird voraussichtlich im Sommer dieses Jahres erhältlich sein. Indiziert ist das Medikament zur Behandlung ab einem Alter von 18 Jahren, wenn ein ADHS seit dem Kindesalter fortbesteht und sich andere therapeutische Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben.

Nach Informationen von Medice

Webseite informiert über Rabattverträge

Mit vielen Krankenkassen gibt es inzwischen Rabattverträge für das Neuroleptikum Zyprexa®. Sie ermöglichen es Ärzten, zu günstigen Konditionen das Olanzapin-Originalpräparat zu verordnen. Für welche Kassen Rabattverträge bestehen, können Ärzte der Seite www.zyprexa.de entnehmen. Zudem lassen sich alle relevanten Informationen auch zur Dokumentation herunterladen. Eine Hotline informiert Interessenten unter Telefon 0800 5455960 kostenlos zu gesundheitspolitischen Fragen.

Nach Informationen von Lilly

Wechsel auf Rizatriptan kann sich lohnen

Für Migränepatienten, deren Attacken sich mit Sumatriptan nicht gut lindern lassen, kann der Wechsel auf Rizatriptan (Maxalt®) eine Alternative sein. Das hat eine Studie mit 109 Patienten ergeben, die auf eine Akuttherapie mit 100 mg Sumatriptan nicht oder unzureichend angesprochen hatten. Mit 10 mg Rizatriptan wurde eine deutliche Schmerzlinderung zwei Stunden nach der Einnahme signifikant häufiger erreicht als mit Placebo (51 versus 20 Prozent), ebenso eine anhaltende Schmerzlinderung innerhalb von 48 Stunden (35 versus 14 Prozent) sowie eine Schmerzfreiheit innerhalb von zwei Stunden (22 versus 12 Prozent).

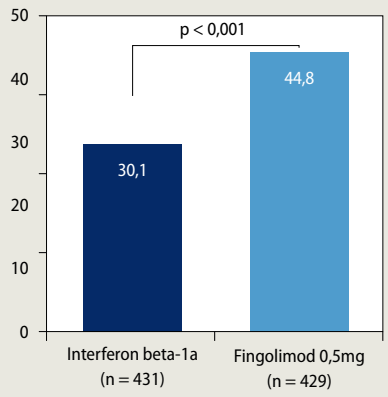
Nach Informationen von MSD

Orales MS-Therapeutikum zugelassen

Das orale MS-Therapeutikum Fingolimod (Gilenya®) hat vor kurzem die EU-Zulassung erhalten, und zwar zur Therapie bei schubförmig remittierender MS, die trotz hoher Krankheitsaktivität nicht auf Interferon beta anspricht oder schnell fortschreitet. Fingolimod bindet an die S1P-Rezeptoren auf der Zelloberfläche von T-Lymphozyten, hat Professor Bernd Kieseier, Düsseldorf, erläutert. Die so blockierten Rezeptoren reagieren nicht mehr auf Signale, die Lymphozyten zur Auswanderung aus den Lymphknoten veranlassen. Autoaggressive Lymphozyten, die den MS-Verlauf vorantreiben, blieben damit in den Lymphknoten gefangen.

Im klinischen Forschungsprogramm wurden über 4.000 Patienten mit Fingolimod behandelt, berichtete Professor Ralf Gold aus Bochum. Die Gesamtzeit belief sich auf rund 10.000 Patientenjahre, wobei sich etwa 140 Patienten bereits im siebten Behandlungsjahr befinden. In den Studien hat sich die Substanz in der heute empfohlenen Dosierung von täglich 0,5 mg in Wirksamkeit und Sicherheit gegen die etablierte Therapie bewährt. Ein Beispiel ist die Studie TRANSFORMS, an der 1.292 Patienten mit schubförmig remittierender MS teilnahmen: Mit der 0,5-mg-Dosierung betrug die durchschnittliche Schubrate in einem Jahr 0,16; mit einmal wöchentlich 30 µg Interferon beta-1a i.m. dagegen lag sie bei 0,33 – eine signifikante Differenz von 52 Prozent. Die orale Applikation komme dem Bedürfnis vieler MS-Patienten entgegen, vor allem wenn sie eine Aversion gegen Spritzen haben, sagte Professor Volker Limmroth aus Köln. **Werner Stingl**

Anteil krankheitsfreier Patienten nach zwölf Monaten Therapie (TRANSFORMS-Studie)



Pressegespräch „Gilenya – Der Perspektivenwechsel in der MS-Therapie“, 22.3.2011 in München
Veranstalter: Novartis Pharma

Antidementivum senkt Betreuungsaufwand

Wird bei leichter bis mittelschwere Alzheimer-Demenz angemessen medikamentös behandelt, dann lassen sich sowohl das Fortschreiten der Krankheit verzögern als auch die Kosten der Betreuung reduzieren.

Aufgrund ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit auf die kognitive Leistungsfähigkeit und ihres günstigen Effekts auf die Aktivitäten des täglichen Lebens werden Cholinesterase-Hemmer in der aktuellen S3-Leitlinie „Demenzen“ der Fachgesellschaften DGPPN und DGN als Therapie der ersten Wahl empfohlen.

Für Galantamin (Reminyl®) stellte das IQWiG bereits 2007 in seinem Abschlussbericht eine Verzögerung der begleitenden Psychopathologie sowie eine Verbesserung der Lebensqualität der betreuenden Angehörigen und eine Reduktion des Betreuungsaufwands fest. Aktuelle Daten aus den USA weisen Galantamin zudem als kostensparend aus, so Professor Matthias Riepe, Ulm/Günzburg: In einer gesundheitsökonomischen Studie auf der Basis gepoolter Daten von 1.595 Patienten zeigte sich, dass mit Galantamin gegenüber keiner Behandlung oder Ginkgo biloba eine Einsparung von knapp 4.000 Euro pro Patient über zehn Jahre möglich ist [Guo et al., 2010]. Da die Betreuung bei Alzheimerpatienten als höchster Kostenfaktor zu Buche schlägt, eignen sich bewährte Cholinesterase-Hemmer wie Galantamin zur leitliniengerechten Versorgung und tragen darüber hinaus dazu bei, Kosten zu sparen. **Ute Ayazpoor**

Pressekonferenz „Alzheimer Demenz: Herausforderungen an Therapie und Ökonomie in einer alternden Gesellschaft“, 16.3.2011, Frankfurt, Veranstalter: Janssen-Cilag

Besserer Schlaf bei Morbus Parkinson

Über zwei Drittel der Parkinsonpatienten leiden unter Schlafstörungen. Bedingt durch die abnehmende dopaminerge Stimulation im Verlauf der Nacht und besonders in den frühen Morgenstunden nimmt die motorische Aktivität zu. Es kommt zu nächtlichem Tremor, periodischen Beinbewegungen und REM-Schlaf-Verhaltensstörungen – einem bekannten Frühsymptom der Parkinson-Erkrankung, das bei mehr als der Hälfte der Patienten persistiert. Hinzu kommen nächtliche Akinese, die verhindert, dass die Betroffenen sich im Schlaf umdrehen können sowie Nykturie und vegetative Störungen infolge des Dopamindefizits. Erfasst werden können die Schlafstörungen mit dem PDSS-2-Fragebogen, der zweiten Version der Parkinson Disease Sleep Scale, wobei 15 Fragen von den Patienten oder ihren Angehörigen beantwortet werden. Es lohne sich die Patienten nach den Schlafstörungen zu fragen, die nicht nur sie selbst, sondern auch ihre Partner massiv beeinträchtigen, hat Professor Claudia Trenkwalder, Kassel, berichtet.

„Besonders die krankheitsspezifischen motorischen Störungen wie Akinese, Tremor, Schmerzen und die frühmorgendliche Off-Dystonie mit Verkrampfungen, Einwärtsrotation der Füße und Früherwachen können wir durch eine vermehrte dopaminerge Stimulation gut therapieren", so Trenkwalder. Studien zu langwirksamen Dopaminagonisten wie Ropinirol Retard (ReQuip-Modutab®) zusätzlich zu L-Dopa zeigen, dass sich im Vergleich zu Placebo die motorischen und nicht-motorischen Symptome signifikant verbessern und die Schlafqualität zunimmt. Studiendaten bestätigen den anhaltend positiven Effekt der Einmalgabe von retardiertem Ropinirol auf den Schlaf mit einer signifikanten Zunahme des PDSS-Scores – sowohl versus Placebo als auch im Vergleich mit unretardiertem Ropinirol. Die Therapie erhöhe nicht die Tagesmüdigkeit, sagte Trenkwalder. **Michael Koczorek**

Round-Table-Gespräch „Parkinson-Therapie 2.1: Die 24-Stunden-Erkrankung ganzheitlich betrachten", beim 7. Deutschen Parkinson Kongresses, Kiel, 11.3.2011, Veranstalter: GlaxoSmithKline

Gegen den Schmerz bei Polyneuropathie

Bis zu 50 Prozent der Diabetiker entwickeln eine diabetische Polyneuropathie, bei jedem vierten ist sie schmerzhaft. Distal betont kommt es zu Schmerzen und Missempfindungen, die sich im Verlauf nach proximal ausbreiten. „Bei über 90 Prozent sind die Füße betroffen, seltener die Hände", berichtete Professor Frank Birklein, Mainz. Die Schmerzen treten vor allem in Ruhe auf und sind gekennzeichnet durch ein Nebeneinander von Ausfallerscheinungen und Symptomen wie Par- und Dysästhesien, Spontanschmerz, Hyperalgesie und Allodynie.

Die Diagnose erfolgt über die Anamnese, bei der die Patienten neben Ruheschmerz und Taubheitsgefühl auch Wadenkrämpfe und Gangunsicherheit schildern. In der neurologischen Untersuchung fallen gestörte Muskeleigenreflexe, Sensibilitätsstörungen und Schwäche der Zehen- und Fußheber auf. Die Nervenleitgeschwindigkeit und das Vibrationsempfinden sind herabgesetzt. Besonders wichtig ist die Messung der Kalt- und Warmschwelle. So ist bei einer Polyneuropathie initial die Kaltschwelle herabgesetzt.

Für die symptomatische Therapie gehört Duloxetin (Cymbalta®) zu den Mitteln der ersten Wahl. Die DGN und die European Federation for Neurological Societies (EFNS) empfehlen den selektiven Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer zusammen mit anderen Präparaten für die First-Line-Therapie. Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) empfiehlt Duloxetin neben Trizyklika, vorzugsweise Amitriptylin, und Pregabalin. Für das britische National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) steht Duloxetin auch unter Berücksichtigung der Kosteneffektivität an erster Stelle.

Duloxetin führt in der Regel weder zu einer Sedierung noch zu einer Gewichtszunahme, was insbesondere bei Diabetespatienten von Bedeutung ist. **Michael Koczorek**

Pressegespräch „Zwischen Leid und Leitlinien – Herausforderungen in der Therapie der diabetischen Polyneuropathie" beim Deutschen Schmerz- und Palliativtag, Frankfurt am Main, 24.3.2011 Veranstalter: Lilly

Neue Add-on-Therapie bei Depressionen

Seit kurzem ist Seroquel Prolong® (retardiertes Quetiapin) als Zusatztherapie bei Depressionspatienten zugelassen, die unzureichend auf die Monotherapie mit einem Antidepressivum angesprochen haben. In Studien mit insgesamt 919 Patienten hatten sich bei einer sechswöchiger Add-on-Behandlung die Symptome damit signifikant gemildert [Journal of Affective Disorders 2010; 127: 19]. Der MADRS-Score verbesserte sich um knapp 15 Punkte, mit Placebo als Zusatztherapie dagegen nur um 12 Punkte. Die Ansprechraten lagen bei 58 und 54 Prozent, mit Placebo bei lediglich bei 46 Prozent.

Nach Informationen von AstraZeneca

Xeomin® nun auch als 4er-Packung

Das komplexproteinfreie Botulinumtoxin Typ A (Xeomin®) gibt es jetzt auch in einer neuen 4er-Packungsgröße: Mit der zusätzlich eingeführten Packungseinheit sind vier Durchstechflaschen mit je 100 LD_{50}-Einheiten Xeomin® pro Durchstechflasche im Handel verfügbar. Damit wird in einer Packungsgröße die maximale Gesamtdosis von bis zu 400 Einheiten des Präparates pro Behandlungssitzung in der Spastiktherapie angeboten. Weiterhin verfügbar bleiben auch die bisherigen Packungsgrößen.

Nach Informationen von Merz

Retigabine erhält EU-Zulassung

Die Europäische Kommission hat dem Wirkstoff Retigabine (Trobalt™) die Marktzulassung erteilt. Sie gilt für die Zusatztherapie bei partiell beginnenden Epilepsien mit oder ohne sekundäre Generalisierung. Nach Daten dreier Studien reduzieren sich solche Anfälle mit 600, 900 oder 1.200 mg bei mehr Patienten zu mindestens 50 Prozent als mit Placebo.

Nach Informationen von GlaxoSmithKline und Valeant Pharmaceuticals

Der Zusatznutzen von Escitalopram gegen Depressionen ist international anerkannt

„Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) gelten in der Therapie der Depression als Mittel der ersten Wahl", sagte Dr. Jens Kuhn, Hamburg. Sie sind gut wirksam, besonders bei ängstlichen, gehemmten oder antriebslosen Patienten. Zudem haben sie sich als gut verträglich erwiesen, selbst für Patienten mit Komorbiditäten wie Hypertonie, Herzerkrankungen oder Epilepsie. Eine gute Verträglichkeit zusätzlich zu einer schnellen und zuverlässigen Wirkung sei wichtig für die Therapietreue. Die Compliance wiederum ist zentral für den Behandlungserfolg und das Rezidivrisiko der Patienten. Der Experte aus Köln stellte eine Analyse zu zwölf Antidepressiva der neueren Generation vor. In dieser Auswertung von 117 Studien hatte Escitalopram (Cipralex®), gefolgt von Sertralin das günstigste Wirksamkeits-Akzeptanz-Profil [Lancet 2009; 373: 746]. „Auffallend war dabei der Unterschied zwischen den beiden ähnlichen Substanzen Escitalopram und Citalopram", sagte Kuhn. Die Überlegenheit von Escitalopram sei auf seine doppelte serotonerge Wirkung zurückzuführen.

Die Substanz ist das S-Enantiomer des Razemats Citalopram und verfügt unter allen SSRI über die höchste Affinität zum Serotonin-Transporter. Dort dockt sie sowohl an die primären als auch an die sekundären Bindungsstellen an. Während die primäre Bindung die Serotonin-Wiederaufnahme hemmt, moduliert die sekundäre Bindung die Stärke der primären Bindungsstelle und verstärkt so die antidepressive Wirkung.

Beim direkten Vergleich der beiden Substanzen waren mit Escitalopram Ansprechen und Remissionsraten signifikant besser als selbst mit der verdoppelten Dosis von Citalopram [Clin Ther 2007; 29: 2319].

Die Cochrane Collaboration und viele staatliche Bewertungsinstitutionen, etwa in Kanada, Frankreich, Spanien oder Schweden, erkennen den Zusatznutzen von Escitalopram an und bewerten das Antidepressivum als First-Line-Therapie bei Depression. Dabei orientieren sich die Autoren des internationalen Netzwerks an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) jedoch, dem dieselben Daten vorliegen, kommt zu einem anderen Ergebnis: Er sieht in Escitalopram keine therapeutische Verbesserung im Vergleich zu Citalopram.

Michael Koczorek

© Ben Goode / fotolia.com

Eine gute und schnelle Wirksamkeit von Antidepressiva ist wichtig für die Compliance.

Veranstaltung „Affektive Störungen aus der Sicht des Klinikers" in Hamburg am 24.2.2011
Veranstalter: Lundbeck

Einfache Alzheimertherapie – ohne viele Aufdosierungsschritte

Mit der S3-Leitlinie zu Demenzen der DGN und der DGPPN steht eine klare medizinische Handlungsempfehlung zur Versorgung von Alzheimerpatienten zur Verfügung. Hierin wird zu einer genauen psychiatrischen Untersuchung sowie einer anschließenden Betreuung des Patienten geraten. Dabei empfehlen nicht nur die S3-Leitlinien Cholinesterasehemmer bei leichter bis mittelschwerer Alzheimerdemenz, auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bescheinigt dieser Substanzklasse einen Nutzen bei der Kognition, hat Professor Lutz Frölich, Mannheim/Heidelberg, berichtet.

Es wird in den S3-Leitlinien explizit darauf hingewiesen, dass bei der Behandlung die maximal verträgliche Dosis angestrebt werden soll. Ein klarer Vorteil von Donepezil (Aricept®): Bereits die erste Dosierung (5 mg Donepezil) stellt eine Erhaltungsdosis dar. So kann sich der Arzt ohne zahlreiche Aufdosierungsschritte schon in den ersten Wochen ein adäquates Bild machen, ob die Behandlung in einer wirksamen Dosierung vertragen wird, sowie über eine Dosiserhöhung auf 10 mg nach einem Monat entscheiden.

Nach wie vor nicht eindeutig geklärt seien die Ursachen einer Alzheimer-Demenz, erläuterte Dr. André Fischer, Göttingen. Er wies darauf hin, dass die Pathogenese mit der verminderten Aktivität von Genen korreliere, die für die Funktionen von Nervenzellen und Lernprozesse wichtigen sind. „Der Grund für die Deregulation solcher Lerngene ist bislang allerdings weitgehend unklar. Wir konnten aber kürzlich einen wichtigen epigenetischen Schlüsselmechanismus identifizieren, der Lerngene im Alter und bei Alzheimer dereguliert", so Fischer.

Nach Informationen von Pfizer und Eisai, basierend auf dem Symposium „Alter und Alzheimer – Neues aus Gegenwart und Zukunft" beim Kongress der DGPPN im November 2010.

Journal

João Guimarães Rosa

Am dritten Ufer des Flusses

Der brasilianische Arzt und Dichter João Guimarães Rosa entführt den Leser in die von Mythen und Sagen gesättigte Landschaft des Sertão, einer Welt von Halb- oder Ganzverrückten, die getrieben von fixen Ideen und verdunkelt von Leidenschaft an der Grenze der vernunftorientierten Welt leben. Der Sieg des Irrationalen wird dabei zu einer Quelle der Poesie, die Sprache zum eigentlichen Helden.

© Vaclav Volrab / shutterstock.com

Der Sertão mit seinen Viehtreibern gilt als Wiege der brasilianischen Literatur.

74 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Sieg des Irrationalen
João Guimarães Rosa feiert den halbwüstenartigen Sertão mit seinen skurrilen Gestalten als Quelle der Inspiration.

78 Neurotransmitter-Galerie

Subtiles Gleichgewicht
Mondrian und die Künstlergruppe De Stijl suchen nach einem ausbalancierten Verhältnis von Farben und Formen.

Es dürfte wenig bekannt sein, dass Alfred Döblins berühmter Roman „Berlin Alexanderplatz" einen lateinamerikanischen Zwillingsbruder hat. Dies gilt nicht nur in literarischer, sprachschöpferischer und erzähltechnischer Hinsicht, sondern auch mit Blick auf den Schriftsteller und Mediziner Döblin selbst. Die Rede ist von João Guimarães Rosa und seinem Monumentalwerk „Grande Sertão: Veredas" (1956), das umrahmt wird von den Erzählsammlungen „Sagarana" (1946) sowie „Das dritte Ufer des Flusses" (1962) und dem Romanzyklus „Corps de Ballet" (1956). Der 1908 im Städtchen Codisburgo im brasilianischen Bundesstaat Minas Gerais als erster von sechs Geschwistern geborene Autor zeigte bereits im Kindesalter eine außergewöhnliche Sprachbegabung. Mit sieben Jahren erlernte er auf autodidaktischem Weg das Französische, und später bekannte er in einem Interview: „Ich spreche: Portugiesisch, Deutsch, Französisch, Englisch, Spanisch, Italienisch, Esperanto, etwas Russisch. Ich lese: Schwedisch, Holländisch, Lateinisch und Griechisch (aber mit dem Wörterbuch immer neben mir); ich verstehe einige deutsche Dialekte; ich studierte die Grammatik: Ungarisch, Arabisch, Sanskrit, Litauisch, Polnisch, Tupí, Hebräisch, Japanisch, Tschechisch, Finnisch, Dänisch; ich habe mich in mehreren anderen versucht. Aber nur auf der einfachsten Ebene. Und ich denke, dass den Geist und den Mechanismus anderer Sprachen zu studieren, sehr hilft, tiefer die eigene Sprache zu verstehen. Im Allgemeinen studiere ich jedoch, weil es mir Spaß macht, aus Begierde und zur Zerstreuung."

Die Grundschule absolvierte der von seinen Großeltern erzogene Schüler in Belo Horizonte und besuchte dann das Santo Antônio College in São João del Rei. Mit erst sechzehn Jahren bewarb er sich 1925 bei der medizinischen Fakultät der Universität von Minas Gerais. Im selben Jahr erschien auch seine erste Kurzgeschichte. 1930 beendete er sein Studium und heiratete die 16-jährige Lígia Cabral Penna, mit der er zwei Töchter hatte. Er begann als Arzt in Itaguara zu praktizieren. In dieser Kleinstadt kam er zum ersten Mal mit Menschen aus dem Sertão in Kontakt, jener Gegend, die später zum Bezugspunkt und zur Inspirationsquelle seines Werkes wurde. Zwei Jahre später finden wir ihn als Freiwilligen der Nationalgarde bei der konstitutionalistischen Revolution in Belo Horizonte wieder, ein Jahr später dient er bereits als Stabsarzt des 9. Infanteriebataillons in Barbacena. Wieder ein Jahr später tritt er ins Außenministerium ein, und 1938 wird er Vizekonsul seines Landes in Hamburg. Zu dieser Lebensphase Rosas schreibt Thomas Sträter: „In couragierter Überschreitung der Grenzen seines Amts gelang es ihm, mehr Juden, als ihm offiziell gestattet war, mit Visa die Ausreise zu ermöglichen; zusammen mit seiner Frau wurde er dafür von der israelischen Regierung geehrt."

Als Brasilien in den Krieg gegen Deutschland eintritt, wird er mit anderen Diplomaten 1942 in Baden-Baden interniert, kehrt zurück nach Rio und wird Botschaftssekretär in Bogota und Paris. Von nun an durchläuft er verschiedene Posten als Diplomat in Diensten des brasilianischen Außenministeriums. Vier Tage nach seiner lange ersehnten Aufnahme in die brasilianische „Academia de Letras" stirbt er im Alter von erst 59 Jahren am 19. November 1967 in Rio de Janeiro an einem Herzinfarkt. Im selben Jahr erschien der Roman „Hundert Jahre Einsamkeit" von Gabriel García Márquez, welcher insbesondere der lateinamerikanischen Literatur endlich zu weltweitem Ansehen verhelfen sollte.

Die Sprache als Held

Zweifellos gehört der schreibende Arzt und Diplomat Guimarães Rosa zu jenen Dichtern Brasiliens, die wesentlich zur Anerkennung des portugiesisch Brasilianischen als Literatursprache beigetragen haben, galt dieses doch lange Zeit als vulgärer Abkömmling, gewissermaßen als die heruntergekommene Kolonialform des Portugiesischen, das seit Camões und seinen „Lusiaden" seinen festen Platz in der Weltliteratur innehatte.

Dass wir in Deutschland ohne Kenntnis des Brasilianischen und ohne Wissen um die höchst komplexe Wort- und Sprachartistik Rosas dennoch in der Lage sind, dieses außerordentliche Werk lesen zu können, verdanken wir dem mittlerweile hundertjährigen Übersetzer und Schriftsteller Curt Meyer-Clason, der sich unschätzbare Verdienste um die Erschließung der lateinamerikanischen Literatur in Deutschland erworben hat.

Meyer-Clason hat sich über Jahrzehnte mit der Sprachartistik von Guimarães Rosa auseinandergesetzt und nahezu sämtliche Werke des Brasilianers übersetzt. Zwar sind nicht alle seine Bemühungen auf uneingeschränktes Lob in der Literaturkritik gestoßen, doch darf behauptet werden, dass wir ohne Meyer-Clasons ebenso unermüdliche wie verdienstvolle Tätigkeit nichts von Rosas literarischer Virtuosität wüssten. Der mehr als vierhundert Seiten umfassende, 2003 veröffentlichte Briefwechsel des Übersetzers mit „seinem" Autor zeigt nicht nur das hohe Maß an Vertrauen, das Rosa in Meyer-Clasons Arbeit setzte, sondern beweist auch, welch oftmals detektivisch akribische Kleinarbeit hinter der Übersetzung eines einzigen Satzes stecken kann: von einem Zyklus von sieben Romanen mit einem Umfang von nahezu achthundert Seiten wie „Corps de Ballet"

ganz zu schweigen. Den meisten deutschen Ausgaben sind Worterklärungen, kommentierende Glossare oder ein erläuterndes Nachwort beigestellt, welche die Lektüre nicht nur erleichtern, sondern ihr auch einen zusätzlichen Reiz geben. Man muss als deutscher Leser davon ausgehen, dass es dem Arzt und Dichter Rosa nachdrücklich darauf ankam, die Sprache neu zu gestalten und ihr, wie Susanne Sternke anmerkt, mit Farbigkeit und vorsätzlicher Mehrdeutigkeit neue Dimensionen zu erschließen. Der Böll-Biograph Christian Linder hat Guimarães Rosa gar einen „Meister der Sprachlandschaft" genannt und „Grande Sertão" unmittelbar neben den „Ulysses" von James Joyce gestellt.

Mit dem Sertão meinte Rosa nicht nur das ausgedörrte und wilde, halbwüstenartige, harten Lebensbedingungen unterworfene Innere des nordöstlichen Brasilien, sondern er definierte es über den geografischen Raum hinaus auch als poetische und linguistisch reiche Landschaft: „Der Sertão ist leicht zu erkennen. Er ist überall da, wo die Weiden keine Zäune haben, wo einer 15 Leguas (spanische Meilen) durchhetzen kann, ohne auf eine einzige Behausung zu stoßen, wo ein Totschläger seinen Stiefel herunterleben kann, weit weg vom Arm des Gesetzes."

Viel Magie kommt hier ins Spiel, wenn der Autor eine „Welt fast an der Mündung der Winde" beschreibt. Wirkliches und Unwirkliches, Gegenwart und Vergangenheit, Imaginiertes, Gehörtes, Erzähltes fließen in einem magischen Realismus ineinander, heben sich teilweise gegenseitig auf und erzeugen andererseits, indem sie sich und ihre Bilderwelten potenzieren, einen neuen poetischen Kosmos. Zum Sprachspiel gehört auch der kreative Umgang mit etymologischen Wurzeln und Lautmalereien, mit Füllwörtern, Pleonasmen, Alliterationen und Assonanzen.

Der Informationstext zur Erstausgabe von „Corps de Ballet" (deutsch 1966) beruft sich auf die französische Literaturkritik, welche die Struktur des Buches mit einem riesigen Altarbild vergleiche, das sich in sieben Tafeln gliedere, ein geschlossenes Ganzes, dessen Teile jedoch auch einzeln und unabhängig voneinander gelesen werden könnten: „Corps des Ballet – das ist der große Tanz des Alls" mit dem Tänzer als „Abbild des Lebens, das sich mit Kunst vollzieht."

Gespeist wird dieses Sprachkunstwerk „aus mittelalterlichen iberischen Quellen gleichermaßen wie aus dem Zusammenklang mit den afrikanischen Sprachen der ehemaligen Sklaven, aus den Namen für Orte, Tiere und Pflanzen der Indiosprachen der Ureinwohner samt all den Beiträgen der Einwanderer, die sich zu einem neuen, zu einem brasilianischen Portugiesisch vermählen", schreibt der Romanist und Translationswissenschaftler Thomas Sträter. Mit anderen Worten: Die Sprache ist der eigentliche Held des Romans „Grande Sertão", und diesem Umstand verdankt es Guimarães Rosa, dass sein Werk bleibend in der Geschichte der lateinamerikanischen Literatur verankert sein wird. Wer immer sich mit diesem Kontinent aus literarischer Sicht beschäftigen wird, der wird nicht umhin können, neben bekannten Namen wie Jorge Luis Borges, Gabriel García Márquez, Octavio Paz, Carlos Fuentes, Pablo Neruda oder Mario Vargas Llosa den Arzt, Diplomaten und Jahrhundertschriftsteller João Guimarães Rosa zu nennen.

Seine Werke markieren nicht nur innerhalb der brasilianischen Literatur eine literarästhetische Wende zur Moderne. Rosas Credo lautete: „Mein Zweifeln gilt der wahrnehmbaren augenscheinlichen Wirklichkeit." Für einen Arzt, der sich üblicherweise an naturwissenschaftlichen Koordinaten zu orientieren hat, ist dies ein überaus bemerkenswerter Satz, wie er für einen Dichter ein umfassendes ästhetisches Programm darstellt. Über all seinen Geschichten könnte der programmatische Satz stehen: „Was es nicht gab, das geschah", denn alle Erzählungen Rosas kennen das „dritte Ufer des Flusses".

Zu dieser Erlebniswelt gehören häufig Kinder sowie scheinbar Halb- oder Ganzverrückte, jedenfalls solche, die an der Grenze unserer vernunftorientierten Welt leben, mit einem Bein aber schon in einer anderen Dimension sind. Rosas Protagonisten sind einem Wort des brasilianischen Literaturkritikers Paulo Ronai zufolge „alle mehr oder minder Seher, einer fixen Idee ausgeliefert, verdunkelt von einer Leidenschaft, unangepasst an die Gesellschaft oder von ihr verworfen. Intuition und Wahn ersetzen in ihnen rationale Überlegung, die Worte hallen tiefer wider, die simpelsten Gesten und Handlungen verwandeln sich in Symbole. Was existiert, zerfließt, was es nicht gibt, nimmt Form an und wird Handlung. Dieser Sieg des Irrationalen über das rationale wird zur unablässigen Quelle der Poesie."

Doch ist vieles von dem nicht ganz ernst gemeint. Christian Linder charakterisiert diesen großgewachsenen und eleganten Mann, der gerne Fliegen trug anstelle von Krawatten, als einen, der bei aller Ernsthaftigkeit seiner multidimensionalen Erzählkunst zu manchem Spaß aufgelegt gewesen sei: „Das Leben muss auch gelesen werden. Nicht buchstäblich, aber in seinem Über-Sinn. Und wir lesen es bis jetzt nur in verdrehten Linien. Und plötzlich merken wir, dass wir lachen. Man denke an Plato, von dem wir das Höhlengleichnis haben."

Regionalismus und Landleben

In Rosas Geburtsjahr starb einer der großen brasilianischen Dichter der klassischen Moderne: Machado de Assis. Er galt als Chronist des Kaiserreichs, bewegte sich in den Zonen großstädtischer Bourgeoisie, war ein Kenner der Residenz- und Hauptstadt Rio de Janeiro, mithin „der urbane Romancier par excellence" (Sträter). Ganz im Gegenteil dazu steht Guimarães Rosa mit seiner Hinwendung zum Ländlichen und Provinziellen. Nicht die Stadt steht im Mittelpunkt, sondern das Hinterland, und statt des Großbürgertums rekrutiert sich sein nicht weniger aufregendes Personal aus Viehtreibern, Großgrundbesitzern, Tagelöhnern und Banditen.

Thomas Sträter vermutet, Nabokov hätte Rosa möglicherweise wie William Faulkner wegen seiner „hinterwäldlerischen Heimatchroniken geächtet. Sowenig die moderne nordamerikanische Literatur sich auf die Großstadt beschränkt, sondern ihren mythischen Ort der Frontier nach wie vor auch in den Südstaaten und im ehemals Wilden Westen, den menschenleeren Wüsten und Steppen hat (man denke an Faulkners erfundene Topografie des Yoknapatawpha County), so hat sich in Brasilien mit dem Sertão eine von Mythen und Sagen gesättigte Landschaft ins literarische Gedächtnis eingeschrieben: das Herz Brasiliens. Über Tausende von Kilometern breitet sich ein Hochland aus, ein Meer in Bodenwellen,

spärlich bewachsen, von immer wiederkehrenden Dünen heimgesucht, hin und wieder von schroffen Gebirgszügen und trägen Flüssen durchzogen."

Diese Landschaft hat Guimarães Rosa mit seinem Werk auch unter Berufung auf Epen aus dem 19. Jahrhundert als „Wiege der brasilianischen Literatur" verstanden und zugleich in zahlreichen Menschenporträts interpretiert. Susanne Sternke legt Wert auf die Feststellung, dass „Regionalismo" und „Sertão" in der brasilianischen Literatur zusammengehören wie bei uns „Heimatroman" und „Voralpenland", und Guimarães Rosa bekennt gegenüber einem deutschen Journalisten auf die Frage, ob er zu den „regionalistas" gehöre: „Ja und nein. Zumindest müssen wir betonen, dass der ‚regionalismo' für uns eine andere Sache bedeutet als in Europa. Natürlich würde ich es auch gar nicht mögen, wenn man mich in Deutschland für einen dieser schrecklichen ‚Heimatschriftsteller' halten würde, was in Ihrem Land mehr oder weniger unserer Bedeutung des ‚regionalista' gleichkommen dürfte."

Ein weiterer großer Unterschied wird von Sternke in der brasilianischen Darstellung sozialer Nöte, dem Aufgreifen psychoanalytischer Methoden sowie der Einbeziehung phantastischer Elemente gesehen. Der brasilianische „regionalismo" erscheint insgesamt nachhaltiger von den ästhetischen Prinzipien der klassischen Moderne geprägt als die stärker das Regredierende akzentuierende Heimatkunstbewegung in Deutschland, in Österreich und in der Schweiz.

Doralda, die weiße Lilie

Einen guten Einstieg in den Kosmos Guimarães Rosas findet der deutschsprachige Leser in dem kurzen, knapp 125 Seiten umfassenden Roman „Doralda, die weiße Lilie", der eine Auskoppelung aus dem großen Zyklus „Corps de Ballet" darstellt. Schauplatz ist wie immer der Sertão. Erzählt wird ein Tag aus dem Leben des Soropita, eines ehemaligen Viehtreibers. Er reitet nach Hause auf sein einsam gelegenes Landgut, und der Weg führt ihn durch Schluchten, Moore, Buschwald und weite Ebenen. Er wird begleitet „vom schrillen Klageschrei eines Sperbers und dem langgezogenen, traurigen Gurren der weißbrüstigen Trauertaube. Er denkt zurück an frühere Zeiten, als er nach wochenlangen Ritten in den Freudenhäusern der Stadt Einkehr hielt, im ‚guten Norden', und er denkt an Doralda, seine Frau, die man einst die ‚Weiße Lilie', aber auch ‚die Geile', ‚die Gefällige' genannt hat. Unterwegs trifft er Dalberto, seinen alten Freund; sie reden von Frauen, von Liebe, vom Heiraten. Bange Vermutungen bedrohen unversehens Soropitas scheinbar festgegründetes Glück. Gibt es ein geheimes Einvernehmen zwischen Doralda und Dalberto – kannten sie sich von früher her? Wer von den in seinem Haus Versammelten hatte sie vielleicht ebenfalls besessen, vielleicht Iladio, der riesenhafte Neger? Soropita verfängt sich immer mehr in abwegigen Vermutungen und Verdächtigungen, bis sich seine innere Spannung am nächsten Morgen gewaltsam entlädt", wie der Klappentext das Geschehen zusammenfasst.

Als es zum Showdown zwischen Iladio und Soropita kommt und der Schwarze schon auf den Knien um Gnade winselt, wird ihm diese völlig überraschend gewährt: „Du Lumpentier, du Kerl! Teufel noch mal! Steig auf dein Maultier und verdufte! Wie ein böser Gedanke verschwand der Neger, auf tausend Jahre hinaus. Aasgeier der Luft würden den Ruf des Schwarzen fressen." Und von Soropita, dem vermutlich Gehörnten, bekommen wir in den letzten Zeilen nach dieser nahezu mustergültigen literarischen Darstellung der Psychopathologie von Eifersucht ein wunderschönes Bild: „Von machtvollem Friedensgefühl durchdrungen, ritt er heim, zu Doralda. Doraldas Gegenwart – sie war wie der Duft von Pechholz, der von der Buschsteppe in Wellen mächtig herüberdrang, dessen warmer Nelkengeruch sich auf die Felder legte. Alles war gut, alles. Dass man das Leben von Neuem beginnen konnte, genau gleich, und zwar auf der Stelle, so oft er wollte …"

Dieses Verschmelzen existenzieller Erfahrungen mit romantisch-poetischer Naturbildern, die gewissermaßen auf ihre Alltagstauglichkeit hin überprüft werden, ist typisch für die Erzählweise von Guimarães Rosa. Es macht sie auf diese Weise zeitlos gültig, ohne ihr etwas vom je Aktuellen zu nehmen. Überdies dürfte es sich bei dem Kurzroman „Doralda, die weiße Lilie" um eine der eindrucksvollsten literarischen Studien der Moderne zum Thema Eifersucht handeln, zeigt die Geschichte doch, dass jenseits von Schopenhauers Diktum, Eifersucht sei eine Leidenschaft, die mit Eifer suche, was Leiden schaffe, auch noch ein gerüttelt Maß an Vorstellungswelten freigesetzt wird. Überraschend dabei ist, dass als Lösungsmodell diesmal nicht die Othello-Variante gewählt wird, sondern Eifersucht in ihren durchaus kathartischen Möglichkeiten gezeigt wird, die zu einem neuen Justieren des Gleichgewichts von Ich und Welt führen kann.

Rezeption

Thomas Sträter fasst die Problematik des ebenso grandiosen wie singulären Werkes von João Guimarães Rosa knapp und treffend zusammen, wenn er anmerkt: „Die alles entscheidende Frage war für Rosa die nach der Unsterblichkeit, der konkret-immanenten in der Welt wie der transzendenten im Jenseits.

Rosa machte sich indes keine Illusionen, dass man ihn im Ausland als Exoten rezipieren würde und es auch teilweise tat. Er war in erster Linie darauf erpicht, seinen Sertão überall, in möglichst allen Literaturen und Sprache, übertragen zu sehen." Obgleich dieses Werk dank der nicht versiegenden Leidenschaft Curt Meyer-Clasons schon in den 1960er-Jahren in Deutschland zugänglich war, ist es heute so gut wie aus dem literarischen Bewusstsein verschwunden. Die Rechte liegen laut einem Bericht der „Neuen Zürcher Zeitung" aus dem Jahre 2008 nicht mehr bei Rosas Stammverlag Kiepenheuer & Witsch, sondern bei einer Literaturagentur. Angesichts der mit wohlfeilen Superlativen rasch hochgejubelten literarischen Durchschnittsprodukte ist eine derartige Feststellung nicht nur betrüblich, sondern sie wirft auch ein beschämendes Licht auf das Verhältnis von Qualität und Akzeptanz im heutigen Literaturbetrieb. □

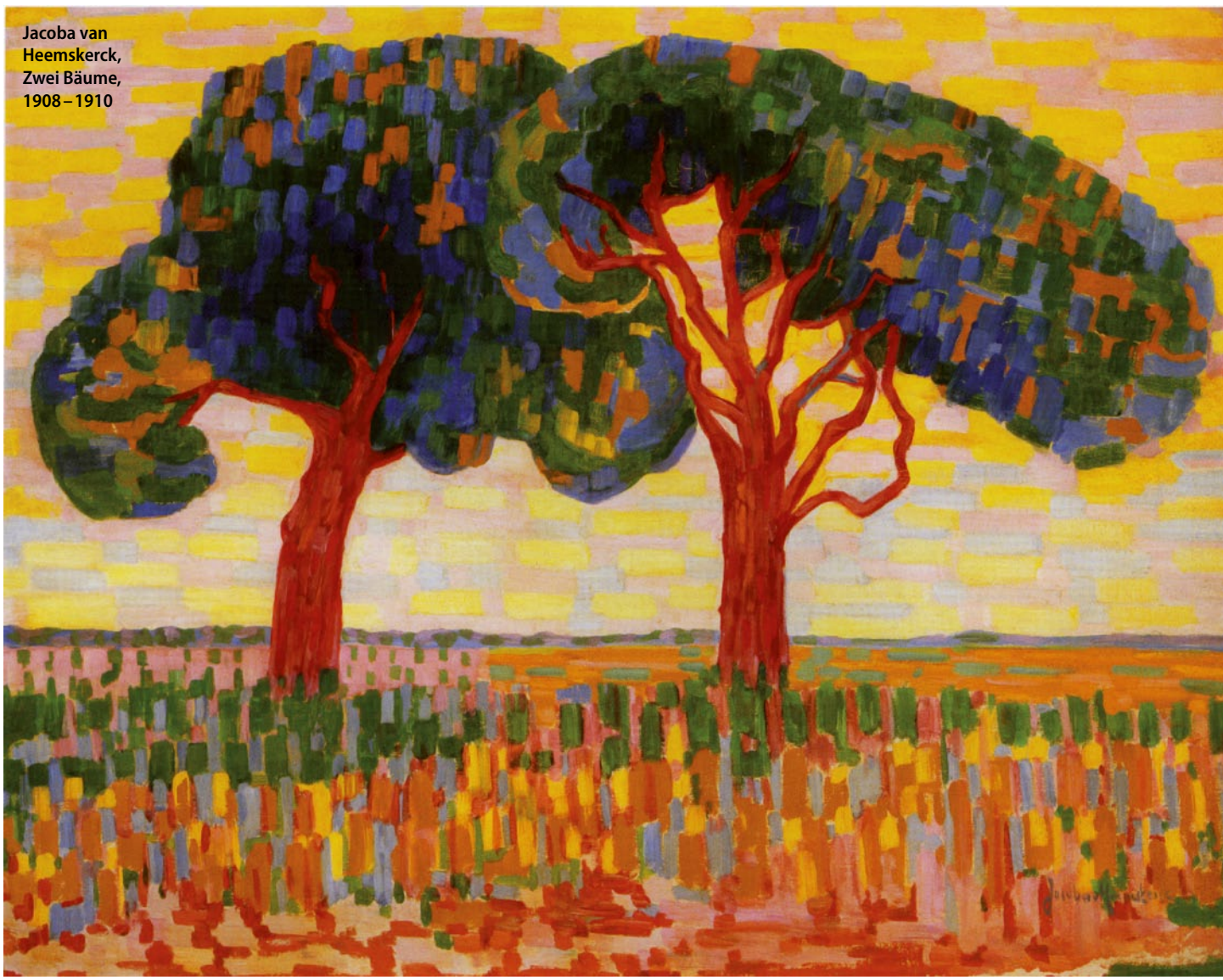
LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. Gerhard Köpf
Ariboweg 10, 81673 München
E-Mail: aribo10@web.de

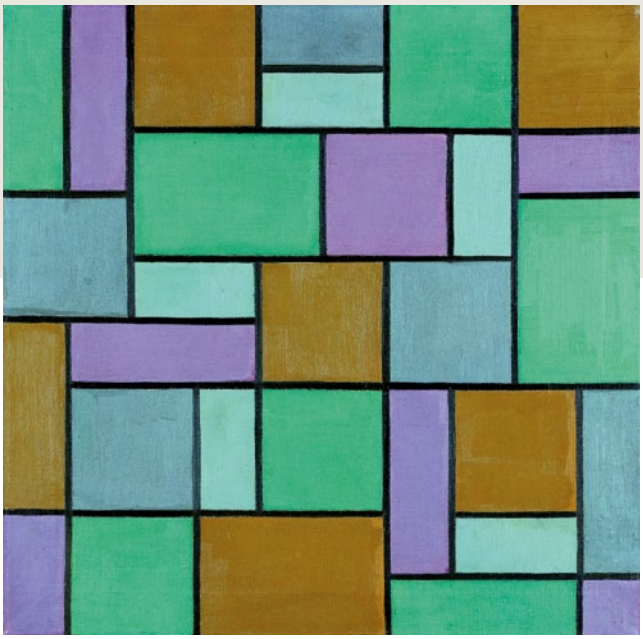
Mondrian und De Stijl
Reduktion statt Unübersichtlichkeit

Warum die strengen abstrakten Bildwerke des Piet Mondrian so unverwechselbar geworden sind, wie sein Weg zu diesen Bildern aussah und was ihn mit den Künstlern verband, die wie er in der Künstlergruppe De Stijl für klare, einfache Formen und Farben kämpften – das alles zeigt eine spannende Ausstellung, die derzeit in München zu sehen ist



Jacoba van Heemskerck, Zwei Bäume, 1908 – 1910

Gemeentemuseum Den Haag



Gemeentemuseum Den Haag

Theo van Doesburg, Komposition XVII, 1919. Öl auf Leinwand.

© 2011 Mondrian/Holtzman Trust c/o HCR International Virginia USA

Piet Mondrian, Bloeiende Appelboom (Blühender Apfelbaum), 1912.

Ähnlich wie in Deutschland das in Weimar gegründete Bauhaus hat die De-Stijl-Gruppe um Piet Mondrian und Theo van Doesburg versucht, durch Kunst und Architektur, durch Design und Möbelbau dem Leben wie dem Geist neue Klarheit in unübersichtlicher werdenden Zeiten zu geben. Bis heute wirken diese Ideen nach, sie muten sogar immer noch modern an – und sind in ihrer ikonografischen Klarheit auch gern übernommene Vorlagen für Gestaltung und Werbung. Gegründet wurde die Gruppe1917 in Leiden, begleitend dazu erschien bis 1928 auch eine Zeitschrift dieses Namens, herausgegeben von Theo van Doesburg. Aus vielen europäischen Ländern lieferten Künstler und Theoretiker dazu Beiträge, mit denen die Neugestaltung fast sämtliche Bereiche des Lebens diskutiert wurden.

Universelles und Individuelles in Balance bringen

Beispielhaft dafür stehen die Architekturentwürfe van Doesburgs ebenso wie die Bildtafeln Mondrians, die sich nach neoimpressionistischen und kubistischen Versuchen immer weiter einer strengen Beschränkung nähern, in denen nur noch senkrechte und waagrechte Linien und Farbfelder verschiedener Größe in den Primärfarben Blau, Rot und Gelb vorherrschen. Laut dem Manifest von De Stijl, das Mondrian und van Doesburg gemeinsam verfassten, sollte so ein „gleichmäßiges Verhältnis des Universellen und des Individuellen" hergestellt werden.

In gewisser Weise bildete sich bei De Stijl sogar so etwas wie ein einheitliches Erscheinungsbild heraus – so sehr die unterschiedlichen Künstler auch arbeiteten, man verbindet den von den Künstler geprägten „Stijl" auch heute noch vorwiegend mit einem sachlichen Konstruktivismus. Es ist augenfällig, wie sehr sich Mondrians Bilder mit den Architekturentwürfen van Doesburgs oder Gerrit Rietvelds Designentwürfen wie dem „Rot-Blauen Stuhl" zu einem „Corporate Design" verbinden.

Darüber hinaus zeigen sich in vielen Unternehmungen der De-Stijl-Gruppe durchaus lebenspraktische Bezüge, ob es um die Farbgestaltung von Jugendzimmern geht oder um Kleider für Kleinkinder, die diese – durchaus ungewöhnlich für das frühe 20. Jahrhundert – auch ohne fremde Hilfe an- und ausziehen können.

„Neue Realitäten"

Durch die strenge Geometrie dieser Bilder versuchte Mondrian, auch die letzten Bezüge zu realen Dingen zu eliminieren und dafür eine neue geistige Wirklichkeit zu prägen. Oder besser gesagt: eine grundlegendere, tiefer gehende Wirklichkeit, eine „reine", also geistig konstruierte Realität.

Die Art und Weise, wie Mondrian die Farbflächen auf der Leinwand zu teils spannungsvollen, teils wunderbar ausgeglichenen Kompositionen fügt, spricht jedenfalls auch heute noch einen universellen Sinn für eine Ruhe vermittelnde Ordnung an. □

AUTOR

Volker Schuck, München

Mondrian und De Stijl bis August 2011 in München

Die Ausstellung „Mondrian und De Stijl" ist noch bis zum 15. August 2011 in München im Kunstbau der Städtischen Galerie im Lenbachhaus zu sehen.
Der Katalog zur Ausstellung aus dem Verlag Hatje Cantz kostet an der Ausstellungskasse 32 Euro, im Buchhandel 39,80 Euro.

Termine der Fortbildungsakademie		
17. – 18. 6. 2011 in Frankfurt a. M.	**Interaktiver Workshop zur Evaluation der DGN-Leitlinie MS** *Referenten:* Prof. Dr. Ralf Gold, Bochum Prof. Dr. Heinz Wiendl, Münster Dr. Uwe Meier, Grevenbroich	Fortbildungsakademie c/o Athene, Nadya Daoud, Traubengasse 15, 97072 Würzburg, E-Mail: info@akademie-psych-neuro.de
Weitere Termine		
3. – 4. 6. 2011 in Günzburg	**Seminar Neurologische Begutachtung Modul II** *Kursleitung:* Prof. Dr. Dr. B. Widder	*Anmeldung:* Prof. Dr. Dr. B. Widder, Klinik für Neurologie und Neurologische Rehabilitation, Bezirkskliniken Schwaben, Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, 89312 Günzburg, Tel.: +49 (0) 8221 962282, Fax: +49 (0) 8221/962288, E-Mail: neurologie@bkh-guenzburg.de
16. 6. 2011 in Beelitz-Heilstätten	**Beelitzer Neuro-Symposium** Neurologie konkret – Fallbeispiel und Übersichten	*Information:* PD Dr. Georg Ebersbach, Neurologisches Fachkrankenhaus für Bewegungsstörung/Parkinson, Paracelsusring 6a, 14547 Beelitz-Heilstätten, Tel.: +49 (0) 33204 22781, Fax +49 (0) 33204 22782, E-Mail: libuda@parkinson-beelitz.de, www.parkinson-beeltiz.de
8. – 9. 7. 2011 in München (IFB^{LMU})	**Münchner Schwindelseminar VERTIGO XV** Periphere, zentrale und somatoforme Schwindelsyndrome. Eine Fortbildungsveranstaltung des „Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrums für Schwindel, Gleichgewichts- und Okulomotorikstörungen (IFB^{LMU})“ und der klinischen Forschergruppe „Vestibuläres System und Okulomotorik“	*Organisation und Info:* Sekretariat IFB^{LMU}, Frau Eßer, Tel.:+49 (0) 89 7095-4820, E-Mail: esser@nefo.med.uni-muenchen.de; Frau Appendino, Tel.: +49 (0) 89 7095-7826, E-Mail: Ute.Appendino@med.uni-muenchen.de *Anmeldung:* Fax: +49 (0) 89 7095-4801 oder www.schwindelambulanz-muenchen.de oder www.ifb.klinikum.uni-muenchen.de
15. – 16. 7.2011 in Nürnberg (Congress Center Ost)	**Bayerischer Fortbildungskongress (BFK)**	*Information und Auskunft:* MCN – Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Tel.: +49 (0) 911 39316-16 oder -54, Fax: +49 (0) 911 39316-56, E-Mail: hai@mcnag.info, Internet: www.bfk-blaek.de
2. – 3. 9. 2011 in Borna	**EEG-Tage Leipziger Land:** Didaktischer EEG-Grundkurs	*Auskunft:* Chefarzt Dr. A. Reinshagen, Klinik für Neurologie, HELIOS Klinikum Borna, R.-Virchov-Str. 2, 04552 Borna, Tel.: +49 (0) 3433 21-1481, Fax +49 (0) 3433 21-1482, E-Mail: neurologie.borna@helios-kliniken.de
11. – 13. 9. 2011 im ICC Berlin	**13. Hauptstadtkongress der DGAI für Anästhesiologie und Intensivtherapie mit Pflegesymposium**	*Information und Auskunft:* MCN – Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Tel.: +49 (0) 911 39316-40 oder -41, Fax: +49 (0) 911 39316-66, E-Mail: hai@mcnag.info Inernet: www.mcn-nuernberg.de
28. 9. – 1. 10. 2011 in Wiesbaden	**84. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie mit Fortbildungsakademie** *Kongresspräsident:* Prof. Dr. Albert C. Ludolph, Ulm	*Kongressorganisation:* Congrex Deutschland GmbH, Hauptstr. 18, 79576 Weil am Rhein, Tel.: +49 (0) 7621 98 33-0, Fax: +49 (0) 7621 7 87 14, E-Mail: info@congrex.de

BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

www.bvdn.de

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

1. Vorsitzende der Landesverbände
Baden-Württemberg: Falk von Zitzewitz, Klaus Peter Westphal
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Gisela Damaschke
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Werner Wolf
Mecklenburg-Vorpommern: Ramon Meißner, Frank Unger
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Frank Bergmann, Angelika Haus
Rheinland-Pfalz: 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 Angehörigengruppen: Vorstand

Referate
Demenz: J. Bohlken
Epileptologie: R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: P. Reuther
Neurootologie, Neuroophtalmologie: M. Freidel
Neuroorthopädie: B. Kügelgen
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 Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Neuss
Kto.-Nr.: 800 920 00, BLZ 305 500 00
BVDN Homepage: http://www.bvdn.de
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen

www.neuroscout.de

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

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

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

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

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

BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

www.bv-psychiater.de

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

Referate
Soziotherapie: S. Schreckling
Sucht: G. Sander
Psychotherapie/Psychoanalyse: H. Martens
Forensik: C. Vogel
Übende Verfahren – Psychotherapie: G. Wermke
Psychiatrie in Europa: G. Wermke
Kontakt BVDN, Gutachterwesen: F. Bergmann
ADHS bei Erwachsenen: 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 ☐ **niedergelassen** ☐ **in der Klinik tätig** ☐ **Chefarzt** ☐ **Facharzt**

☐ **Weiterbildungsassistent** ☐ **Neurologe** ☐ **Nervenarzt** ☐ **Psychiater**

☐ **in Gemeinschaftspraxis tätig mit:** _____

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

☐ **Fortschritte Neurologie / Psychiatrie** ☐ **Aktuelle Neurologie**

☐ **Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG** ☐ **Psychiatrische Praxis**

☐ **Die Rehabilitation** ☐ **Psychotherapie im Dialog**

☐ **PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie** n **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
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@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.ramm@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		
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
Dr. Werner Wolf	Dillenburg	ja	KV	02771 8009900	02771 8009908	praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband:	**MECKLENBURG-VORPOMMERN**					
Dr. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@ nervenaertze-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
Wißtstr. 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

Prof. Dr. Michael Faist
Hauptstr. 46, 77704 Oberkirch,
Tel.: 07802 6610, Fax: 07802 4361,
E-Mail: michael.faist@web.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 Bahnhofsplatz 4,
81241 München, Tel.: 089 896068-0,
Fax: 089 896068-22, E-Mail: fries@elfinet.de

Prof. Dr. Christian Gerloff
Universitätsklinikum Hamburg-Eppen-dorf,
Martinistr. 52, 20251 Hamburg
Tel.: 040 42803-0, Fax: 040 42803-6878

Dr. Heinrich Goossens-Merkt
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.bvdn@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: praxis.imdahl@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 Ottobrunn,
E-Mail: drjkrause@yahoo.com

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

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

Dr. Dr. habil. Paul Reuther
ANR Ahrweiler, Schülzchenstr. 10,
53474 Bad-Neuenahr-Ahrweiler,
Tel.: 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 Salaschek
Schulstr. 11,
49477 Ibbenbüren,
Tel.: 05451 50614-00,
Fax: 05451 50614-50,
E-Mail: salschek.ibb@t-online.de

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

Dr. 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: bvdnzacher@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: bvdnzacher@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

Arbeitgemeinschaft 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,
Traubengasse 15,
97072 Würzburg,
Tel.: 0931 2055526,
Fax: 0931 2055525,
E-Mail: g.schuster@athene-qm.de

Cortex GmbH
Gut Neuhof,
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld,
Tel.: 02151 4546920,
Fax: 02151 4546925,
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

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

Fortbildungsakademie
Traubengasse 15,
97072 Würzburg,
Tel.: 0931 2055516,
Fax: 0931 2055511,
E-Mail: info@akademie-psych-neuro.de
www.akademie-psych-neuro.de
Vorsitzender: PD Dr. A. Zacher,
Regensburg

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

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.schillinig@uke.uni-hamburg.de

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e. V. (BV ANR)
Pasinger Bahnhofsplatz 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-neurorehagodeshoehe.de
www.bv-neuroreha.de

Gesellschaft für Neuropsychologie (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@Neuroradiologie.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 Nesseler
E-Mail: sekretariat@dgppn.de
www.dgppn.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@vakjp.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin 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,
Furtbachkrankenhaus,
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: Alison Hepper (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 Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Druck:
KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© **Verlag Urban & Vogel GmbH, München**

ISSN 1436-123X

LA-MED geprüft Facharzt-Studie 2008

© dusk / fotolia.com

Vorschau

Ausgabe 6/2011

Juni

Erscheint am 15. Juni 2011

Die Angst fest im Blick

Eine Angsterkrankung zu erkennen, das ist selbst für den Facharzt oder Psychotherapeuten nicht immer einfach, da die Patienten oft nicht direkt von Ängsten berichten. Stattdessen wird über körperliche Symptome wie Schwindel oder Herzklopfen geklagt.

Vasovagale Synkopen

Obwohl Leitlinien zu vasovagalen Synkopen pragmatische Empfehlungen zur Abklärung und Behandlung liefern, ist die Abgrenzung zu epileptischen Anfällen oder kardiogenen Synkopen nicht immer einfach.

Permanent gute Stimmung

Krankhaft gehobene Stimmungen sind charakteristisch für den zyklotypen Formenkreis. Sie können auch durch Substanzen induziert werden und Symptom einer hirnorganischen Erkrankung sein.