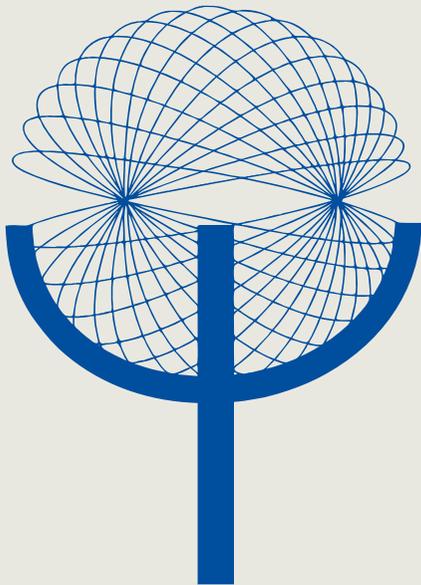


2 November 2011 _ 22. Jahrgang_www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

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

BVDP-Sonderheft
zum Kongress der
DGPPN 2011



Psychiatrie und Psychotherapie

Personalisierte Medizin
und die Individualität
des Behandlers



» In keinem anderen Fach ist der Arzt selbst so sehr das ‚Mittel der Wahl‘. «

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

Anforderungen an die Individualität des Psychiaters

Liebe und sehr verehrte Kollegen und Kolleginnen, das Titelthema „Personalisierte Psychiatrie und Psychotherapie“ des diesjährigen Kongresses passt aus meiner Sicht ganz hervorragend zu unserem Berufsbild des Psychiaters. Welcher Berufsstand hätte sonst den Anspruch an sich, derart individuell zu sein und auch sein zu müssen? Auch die Erwartungen von Kollegen und von Patienten an einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gehen in diese Richtung: Der Psychiater soll Zeit für den Menschen haben, möglichst immer für eine Krisenintervention erreichbar sein, sich der Geschichte und dem „so-geworden-Sein“ des Patienten widmen und dann eine maßgeschneiderte Lösung finden. Diese kann Krisenintervention, Richtlinienpsychotherapie, störungsspezifische Psychotherapie, niederfrequente Therapie, Psychoedukation, Soziotherapie, Psychopharmaka-Akut- und Erhaltungstherapie sowie individuelle Rückfallprophylaxe, ambulante und stationäre Rehabilitation, teilstationäre und stationäre Behandlung, berufliche Wiedereingliederung, modulare zusätzliche Hilfen wie ambulante psychiatrische Pflege, Einleitung einer Betreuung, zusätzlich Arbeit mit Angehörigen, Kontakte mit mitbehandelnden Ärzten oder Betriebsärzten umfassen. Alles in allem das perfekte Gegenteil der Industrialisierung in der Medizin!

Ist der Psychiater nun ein Vorreiter einer Gegenbewegung in der Medizin, eine Art Slow Food, ein Tante-Emma-Laden, eine personifizierte Burnout-Prophylaxe?

Psychiater als Vorreiter einer Gegenbewegung in der Medizin?

Ja und eigentlich Nein. Ja, weil Psychiatrie unter industriellen Bedingungen einfach nicht funktioniert. Zwar kann man in Klinik und Praxis Abläufe vereinheitlichen und standardisieren, Qualitätsmanagement einführen etc. Dieses wird sich aber im Wesentlichen immer nur auf Strukturgegebenheiten beziehen können, wie etwa Termine in der Praxis planen und vergeben oder in welchem Modus Infusionsplätze sauber gehalten werden. Wir können niemals unter industriellen Bedingungen eine psychiatrische Anamnese erheben und einen Behandlungsplan erstellen. Eine psychiatrische Anamnese lässt sich auch nicht „modular aufbauen“ und zusammensetzen aus einem Anamnesefragebogen, psychometrischen Tests und gegebenenfalls einem strukturierten Interview der medizinischen Fachgestellten

oder der Aufnahmepflegekraft. Hier sind Hirn und Persönlichkeit des Psychiaters gefragt: sein medizinisches Wissen, seine Erfahrung, seine Biografie, seine Intuition, seine psychosoziale Kompetenz, seine Bindungsfähigkeit und seine individuelle Belastbarkeit. In keinem anderen Fach ist der Arzt selbst so sehr das „Mittel der Wahl“.

Eigentlich Nein, weil er das besser nicht sein sollte. Der individuelle und psychosoziale Blick muss auch in den anderen somatischen Fachgebieten unbedingt integriert bleiben. Es geht nicht, dass die Ärztin/der Arzt die Nachricht einer tödlichen Krankheit dem Patienten nur mitteilt und ihn dann auf psychologische Mitarbeiter verweist, um damit klar zu kommen. Dieses Schisma tut der gesamten Medizin nicht gut und schadet dem Patienten. Meine berufspolitische Vision ist,

- dass wir in Zukunft so viele Psychiater haben, dass sich der Patient (ähnlich wie bei der Wahl des Hausarztes) den am besten zu ihm passenden aussuchen kann,
- dass der Psychiater in Ruhe, mit Freude und konzentriert mit seinen Patienten in seinem selbstgewählten Schwerpunkt arbeiten kann, und zwar
- mit Hilfe einer selbstgewählten Palette von Interventionsmöglichkeiten, die ihm individuell am meisten liegt und
- in einem Grad der Vernetzung, der ihm individuell am meisten bringt,
- dass wir mehr Hausärzte mit psychiatrisch-psychotherapeutischer Basiskompetenz und
- mehr medizinische Gebiete mit psychosomatischer Basiskompetenz haben.

Dafür setzen wir uns als BVDP unermüdlich ein.

Mit dieser Sonderausgabe soll die Individualität des Fachs auf den Punkt gebracht werden. Freuen Sie sich auf innovative Psychotherapietechniken, die Darstellung des Psychiaters in den Krimi-Serien „Tatort“ und „Notruf 110“, auf Versorgungsforschungsberichte sowie auf hochkarätige Berufspolitik.

Herzlichst Ihre

Für den gesamten BVDP-Vorstand



© Mauritius Images / dieKleinert

Die Individualität des Psychiaters

Nachdem lange die evidenzbasierte Medizin als das neue Maß aller Dinge propagiert wurde, rückt nun zunehmend wieder in den Fokus, dass am Ende doch immer ein Individuum unsere Zuwendung, Hilfe und Behandlung sucht. Psychiater und Psychotherapeuten überrascht dieser „neue“ Ansatz nicht, täglich geschieht in Klinik und Praxis genau dies: nämlich die individuelle Behandlung von individuellen Menschen mit ihren Erkrankungen.

Damit wir in Zeiten des demografischen Wandels auch künftig eine individuelle und adäquate neuropsychiatrische Versorgung sicher stellen können, müssen wir unsere Kräfte bündeln. Ein Ziel sollte dabei sein, dass Diagnostik und Behandlung dort erbracht werden, wo die beste Expertise besteht und dem Patienten eine hohe fachärztliche Kompetenz angeboten werden kann.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. Gunter Freese (Leitung)
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435
E-Mail: gunter.freese@springer.com
Monika Hartkopf (CvD, -1409)
E-Mail: monika.hartkopf@springer.com

Schriftleitung dieser Sonderausgabe:

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Telefon: 0160 97796487
E-Mail: bvdp@Dr-Roth-Sackenheim.de

Hinweis

Auf S. 52 finden Sie „Pharmawissen aktuell“ mit dem Thema „Therapie mittelschwerer Depressionen unter Alltagsbedingungen / Erste Versorgungsforschungsstudie zementiert klinische Daten“.

Wir bitten um freundliche Beachtung!

3 Editorial

Aktuell

6 Neuropsychiatrische Versorgung braucht gebündelte Kräfte

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Neurologie & Seelische Gesundheit

8 Versorgung sichern, Nachwuchs fördern

Interview mit Dr. Andreas Köhler,
Vorstandsvorsitzender KBV

12 Hand in Hand

Interview mit Dr. Carl-Heinz Müller,
Vorstand KBV

16 Positionen des BVDP

GKV-VStG

18 Richtig abrechnen während der laufenden Behandlung

Ziffer 801 GOÄ

Fortbildung

22 Wenig Licht, viel Schatten

Ambulante psychiatrische Versorgung

26 Expositionsbasiert zu Akzeptanz und Veränderung

DBT bei PTBS nach sexuellem Missbrauch
in der Kindheit

34 Nur noch Stiefkind der Psychiatrie?

Klinische Psychopharmakologie

44 Stigmatisierende Krimis – Ein Fall für den Nachwuchs

Interview mit Medizinstudentin Leonor Heinz

21 Impressum

49 Pharmaforum

54 Verbandsservice

Anzeige

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Neurologie & Seelische Gesundheit

Neuropsychiatrische Versorgung braucht gebündelte Kräfte

Neurologisch-psychiatrische Ressourcen und der zukünftige Versorgungsbedarf in den Bereichen Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatik rücken zunehmend in den Fokus des gesundheitspolitischen Interesses. Dies ist nicht zuletzt dem sich abzeichnenden demografischen Wandel unserer Gesellschaft geschuldet.

Das Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel veröffentlichte im September 2011 ein Gutachten unter dem Titel „Solidarische transparente und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel durch Priorisierung und Rationierung“ [1]. Voraussichtlich nimmt die Bevölkerungszahl bis 2060 um 17 Millionen ab, wobei die nachwachsende Generation um 5 und die Zahl der Erwerbsfähigen um 17 Millionen schrumpft sowie gleichzeitig die über 66-Jährigen um circa 5 Millionen zunehmen. Die Folge: Das Verhältnis Erwerbstätiger zu Rentnern von 3:1 im Jahre 2010 wird sich 2060 auf 1:1 verschieben.

Morbiditätsstruktur verändert sich

Erwartet wird eine Zunahme von Multimorbidität und insbesondere von Alterserkrankungen, konkret eine Zunahme der Herzinfarktpatienten um 75%, der Schlaganfallpatienten von 62% und der Karzinompatienten um 27%. Die Zahl der an Demenz erkrankten Personen wird sich von jetzt circa 1,1 auf 2,2 Millionen und die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,25 auf 4,5 Millionen Personen verdoppeln. Dies alles bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Finanzsituation der GKV. Trugen im Jahr 2008 51 Millionen Mitglieder die GKV-Ausgaben in Höhe von 160 Milliarden Euro, werden im Jahr 2060 bei Fortschreibung der der-

zeitigen Verhältnisse 40 Millionen Mitglieder Ausgaben der GKV in Höhe von circa 468 Milliarden Euro tragen müssen. Dies würde zu einem hypothetischen Beitragssatz von über 50% führen.

Versorgung auch in Europa prekär

Parallel zu dem deutschen Gutachten hat eine Arbeitsgruppe um Professor Hans-Ulrich Wittchen eine Untersuchung zur neuropsychiatrischen Krankheitslast in Europa vorgelegt [2]. Danach erkranken 38,2% aller Einwohner der EU einmal pro Jahr an einer klinisch bedeutsamen psychischen Störung, wobei Patienten mit neurologischen Erkrankungen außer den Demenzen noch gar nicht mitgezählt wurden. Die Autoren heben die vier Erkrankungen Depression, Demenz, Alkoholabhängigkeit und Schlaganfall besonders hervor und stellen fest: „Hirnerkrankungen sind vor Krebs und Herzkrankungen die häufigsten und am meisten belastenden Erkrankungen“. Sie mahnen an, dass höchstens ein Drittel aller Betroffenen in der EU irgendeine Therapie erhalten, ferner, dass nur rund 10% der Therapien „minimal adäquat“ sind und dass sich die Versorgung seit 2005 nicht wesentlich verbessert hat. Insgesamt sei die Versorgung erschwert durch die gesellschaftliche und politische Tendenz, psychische und neurologische Erkrankungen zu marginalisieren und zu stigmatisieren, aber auch durch das Unwissen in der Bevölkerung und der Gesundheitspolitik über psychische Erkrankungen, ihre Ursachen und Therapien. Ein Beispiel ist die Versorgung von 4 bis 5 Millionen Patienten durch rund 5.000 vertragsärztlich tätige Neurologen,



Ein Ziel der Bundesarbeitsgemeinschaft Neurologie & Seelische Gesundheit ist es, dass Diagnostik und Behandlung dort erbracht werden, wo die beste Expertise besteht und dem Patienten eine hohe fachärztliche Kompetenz angeboten wird.

Nervenärzte und Psychiater im System, ergänzt durch rund 18.000 psychologische Psychotherapeuten, die circa eine Million Fälle im Jahr versorgen. Die für die Versorgung aufgewendete Mittelverteilung erfolgt allerdings im Verhältnis 75:25%.

Mehr Richtlinienpsychotherapie löst Probleme nicht

Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert aufgrund dieser Untersuchungen die Schaffung von mehr Vertragspsychotherapeutensitzen für psychologische Psychotherapeuten. Begründet wird dies unter anderem mit langen Wartezeiten auf Psychotherapieplätze. Die „Bundesarbeitsgemeinschaft Neurologie & Seelische Gesundheit“ stellt klar, dass die alleinige Schaffung von mehr psychotherapeutischen Behandlungsplätzen das Problem der neurologisch-psychiatrischen Unterversorgung in der EU und in Deutschland nicht lösen kann. Das Argument der zu langen Wartezeiten relativiert sich durch die Tatsache, dass in den Regionen mit sehr hoher Psychotherapeutendichte die Wartezeiten gegenüber dem Bundesdurchschnitt nicht wesentlich kürzer, teilweise sogar länger sind (z.B. in Heidelberg, Freiburg, Tübingen). Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten von 14 Stunden und von Erwachsenenpsychotherapeuten von circa 22 Stunden unterstützt ebenfalls nicht die Forderung nach Schaffung zusätzlicher psychotherapeutischer Behandlungsplätze.

Ein weiteres Problem: Gerade ältere Patienten, aber auch Patienten mit Suchterkrankungen, schizophrenen oder affektiven Psychosen sowie forensische Patienten und Notfälle von psychologischen Psychotherapeuten werden regelhaft nicht behandelt. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass ausbildungsbedingt psychologischen Psychotherapeuten auch die hierzu erforderliche Expertise fehlt. Dies wurde unter anderem auch im Forschungsgutachten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes festgestellt. Die Bestrebungen der Bundespsychotherapeutenkammer, die psychiatrische Ausbildung der Psychotherapeuten im Praktikum von 1.200 auf 600

Stunden zu reduzieren, wird dieses Problem eher akzentuieren.

Konzertierte Aktion notwendig

Bei begrenzten Ressourcen können die dringenden Probleme der neurologisch-psychiatrischen Unterversorgung der Bevölkerung nur durch eine konzertierte Aktion bewältigt werden. Dazu gehört vorrangig die Feststellung eines besonderen gesetzgeberischen Versorgungs- und Regelungsbedarfes in diesem spezifischen Versorgungssegment, das mindestens ein Drittel aller Erkrankten im Deutschen Gesundheitssystem betrifft.

Auf der Handlungsebene ist eine morbiditätsgeleitete Vernetzung und Darstellung der Behandlungsabläufe in einem klinischen Behandlungspfad unter Berücksichtigung aller an der Versorgung Beteiligten erforderlich. Das alleinige Verändern einiger Stellschrauben, wie zum Beispiel Hausarztzentrierung in der Versorgung oder eine noch weitere Öffnung der Kliniken ohne ein dahinter stehendes umfassendes Versorgungskonzept ist wenig zielführend. Dies würde nur zu weiterer Fehlallokation von Ressourcen und der Etablierung konkurrierender Versorgungssektoren führen und wäre dem Ziel eines Paradigmenwechsels von institutionell- zu morbiditätsgesteuerter Versorgung der Kranken wenig dienlich.

Was bringt das Versorgungsstrukturgesetz?

Im Versorgungsstrukturgesetz soll der neue Bereich der „Spezialärztlichen Versorgung“ nicht nur die strikte Trennung der stationären und ambulanten Versorgung auflockern. Es ist auch erklärtes Ziel in diesem Versorgungssegment seltene Erkrankungen, aber auch Erkrankungen mit besonderen Verläufen, speziellen Behandlungs- oder auch Kooperationsanforderungen einer spezialisierten fachärztlichen Versorgung zuzuführen, entweder in spezialisierten Klinikambulanzen oder spezialisierten Schwerpunktpraxen. In dieser Neuformulierung des § 116 b SGB V liegt vor allem dann eine Chance, wenn es gelingt, dass komplexe Behandlungen mit der dazu gehörigen Diagnostik dort erbracht werden, wo die beste Expertise besteht und dem Patienten eine hohe fachärztliche Kompetenz angeboten wird.

Bundesarbeitsgemeinschaft Neurologie & Seelische Gesundheit

Hier sind neben BVDN, BDN und BVDP auch die Berufsverbände für Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie & Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands und der Berufsverband der Neurochirurgen gegenüber Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung, anderen Verbänden, Kostenträgern, Politik und Öffentlichkeit vertreten.

Facharzt obligatorisch

Entscheidend ist allerdings, dass nur ein Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung in der spezialärztlichen Versorgung tätig wird. Der im Krankenhaus obligatorische Facharztstandard, der lediglich festschreibt, dass Facharztkompetenz im Hintergrund vorgehalten wird, reicht keinesfalls aus. Der Gesetzgeber hat vor diesem Hintergrund unabhängig vom Ort der Leistungserbringung nicht nur eine gleiche Vergütung für spezialärztliche Versorgung vorgesehen, sondern auch gleiche Qualitätsstandards. Die Fehler, die in der Ausgestaltung des § 118 SGB V (Psychiatrische Institutsambulanzen) gemacht worden sind, sollten sich bei Einführung der spezialärztlichen Versorgung nach § 116 b nicht wiederholen. Es könnte insofern manches dafür sprechen, die Regelungen des § 118 in Zukunft den Regeln der spezialärztlichen Versorgung anzupassen. □

LITERATUR

1. Beske F, Brix F. Schriftenreihe Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung. Band 121. Kiel 2011
2. Wittchen H-U et al. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21: 655–79

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
Sprecher der Bundesarbeitsgemeinschaft Neurologie & Seelische Gesundheit



Dr. med. Andreas Köhler
Vorstandsvorsitzender der Kassen-
ärztlichen Bundesvereinigung (KBV)
seit dem Jahr 2005

»Das Versorgungsstrukturgesetz ist mehr als ein reines Kostendämpfungsgesetz. Es wird die Versorgung der Patienten verbessern und ist mitnichten, wie Kritiker behaupten, ein Ärztegesetz ... Wir begrüßen die im Regierungsentwurf enthaltenen Maßnahmen, die der Sicherung der ambulanten Versorgung insbesondere im ländlichen Raum dienen. Die KBV unterstützt vorbehaltlos die neuen Instrumente gegen den Ärztemangel, ... auch wenn diese noch nicht ausreichend sind.«

TIPPI!

Die KBV-Broschüre „Beruf und Familie verbinden: Wie sieht das in der Praxis aus?“ stellt auf 28 Seiten familienfreundliche Aspekte der ambulanten Tätigkeit und hilfreiche Angebote von Kassenärztlichen Vereinigungen und anderer Institutionen, etwa zu den Themen Bereitschaftsdienst, Vertretungsregelungen, Elternzeit und Wiedereinstieg ins Berufsleben nach der Kinderbetreuung vor. Interessierte können die Broschüre per E-Mail bestellen unter familie@kbv.de oder auf der Internetseite www.praxis-und-familie.de herunterladen.

Interview mit Dr. Andreas Köhler

Versorgung sichern, Nachwuchs fördern

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz sollen die Weichen für die flächendeckende Versorgung in der Zukunft gestellt werden. Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV nimmt Stellung dazu, wie die KBV dem Ärztemangel auf dem Land, Nachwuchsschwierigkeiten und den Herausforderungen der Versorgung im neuro-psychiatrischen Bereich bei einer immer weiter alternden Bevölkerung begegnen will.

? Wie sehen Sie die Rolle der KBV in den kommenden fünf Jahren?

Dr. Andreas Köhler: Die KBV versteht sich auch in Zukunft als die übergreifende Interessenvertretung der niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Deutschland. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert sie in sinnvoller Arbeitsteilung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Versorgung mit ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen für alle Versicherten. Basis dafür ist und bleibt der Kollektivvertrag in einem sinnvollen Nebeneinander mit anderen Versorgungsverträgen.

Grundsätzlich sehen wir es jetzt und auch künftig als Aufgabe der KBV, für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen. Neben einer angemessenen, sicheren und nachvollziehbaren Vergütung, dem Abbau unnötiger Bürokratie und der Förderung des ärztlichen und psychotherapeutischen Nachwuchses, bedeutet dies vor allem, dass auf der Grundlage eines geschützten Patienten-Arzt-Verhältnisses die Behandlung und Betreuung der Menschen in einem von Arzt und Psychotherapeut selbst bestimmten Umfang stattfinden muss. Für die Patienten streben wir deren größtmögliche Zufriedenheit an. Das erfolgt durch die konsequente Ausrichtung unserer Arbeit auf ihre Bedürfnisse sowie durch mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung.

Für die laufende 14. Amtsperiode haben wir uns konkret folgende Ziele gesteckt:

- Modernisieren des Kollektivvertrages als Grundlage einer haus- und fachärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der Versorgungsgerechtigkeit,
- föderal ausgerichtete Arbeitsteilung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV,
- Verbesserung von Information und Kommunikation gegenüber Vertragsärzten und -psychotherapeuten und deren Selbstverwaltungsorganen sowie
- die Förderung von Versorgungsforschung und innovativen Versorgungsstrukturen.

All diese Maßnahmen sollen zur Steigerung der Attraktivität ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeit beitragen.

? Welche Chancen bietet das Versorgungsstrukturgesetz?

Köhler: Das Versorgungsstrukturgesetz ist mehr als ein reines Kostendämpfungsgesetz. Es wird die Versorgung der Patienten verbessern und ist mitnichten, wie Kritiker behaupten, ein Ärztegesetz. Unsere Bilanz fällt in weiten Teilen positiv aus. Wir begrüßen die im Regierungsentwurf enthaltenen Maßnahmen, die der Sicherung der ambulanten Versorgung insbesondere im ländlichen Raum dienen. Die KBV unterstützt vorbehaltlos die neuen Instrumente gegen den

Ärztemangel, wie die Aufhebung der Residenzpflicht oder mobile Arztstationen, auch wenn diese noch nicht ausreichend sind. Dem Entwurf nach ist auch geplant, dass Ärzte im ländlichen Raum keine Abstriche mehr bei der Leistungsvergütung hinnehmen müssen, wenn sie eine sonst geltende Mengenbegrenzung überschreiten. Außerdem soll es die Option geben, ihnen für besonders förderungswürdige Leistungen einen Zuschlag auf den Orientierungswert zu zahlen. Im Gegenzug soll es in Ballungsräumen keine Leistungsabschläge geben. Denn die Ärzte dort versorgen viele Patienten aus dem Umland mit. Wir erwarten, dass die Koalition dabei bleibt. Trotz all dem ist es unbedingt erforderlich, dass die noch vorhandenen, teilweise gravierenden Schwachstellen beseitigt werden. Dazu gehören die ungleichen Wettbewerbsvoraussetzungen für ambulante und stationäre Ärzte in der spezialärztlichen Versorgung sowie die Regressregelungen. Nur so kann das neue Gesetz ein entscheidender Schritt in Richtung Reformierung des Gesundheitssystems sein.

? Welche Vorstellungen hat die KBV zur Lösung des enormen Versorgungsproblems im Bereich der ZNS-Erkrankungen?

Köhler: Die Menschen werden immer älter. Das bedeutet natürlich auch, dass ihre Versorgung über einen längeren Zeitraum hinweg sichergestellt werden muss. Wenn wir uns vor Augen führen, dass fast jeder Zweite in Deutschland einmal im Leben an einer psychischen Krankheit leidet und weitere Millionen an neuropsychiatrischen Krankheiten, sollte uns die Dimension klar werden, von der wir hier sprechen. Ein Beispiel: In unserem Land leben etwa eine Million Frauen und Männer mit Demenz. Die Häufigkeit dieser Erkrankung steigt mit zunehmendem Lebensalter. Die Zahl der Kranken könnte sich bis 2050 verdoppeln. Dazu kommt, dass der Leidensdruck nicht nur für die betroffenen Patienten immens ist, auch deren Angehörige bedürfen häufig der Hilfe. Für uns alle heißt das: Um eine möglichst optimale Versorgung bei Krankheitsbildern dieser Art sicherzustellen, müssen wir teamübergreifend und interdisziplinär arbeiten. Das von uns gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte,

dem Berufsverband Deutscher Psychiater, dem Berufsverband Deutscher Neurologen und den Patientenorganisationen erarbeitete Versorgungskonzept, das im Rahmenvertrag nach § 73c SGB V zu ZNS-Erkrankungen festgehalten wird, ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

? Wie bewerten Sie diesen Rahmenvertrag?

Köhler: Das Konzept umfasst Erkrankungen wie Depression, Demenz, Schizophrenie, Epilepsie, Multiple Sklerose und Suchterkrankungen, die meist chronisch verlaufen und oft mit Invalidität, Behinderungen und Erwerbsunfähigkeit verbunden sind. Diese Krankheitsbilder sind komplex und erfordern das wechselseitige Zusammenwirken der beteiligten Haus- und Fachärzte, das durch regional angepasste Behandlungspfade in Versorgungsnetzwerken vor Ort gemeinsam geregelt wird. Außerdem koordinieren Haus- und Fachärzte für ihre Pati-

kation ist dabei ein notwendiger Baustein der Behandlung. Er hilft den Patienten, ihre Krankheit im Alltag zu bewältigen. Ergänzt wird das Angebot durch Patientenleitlinien, individuelle Patienteninformationen sowie Informationen und Adressen der Selbsthilfverbände.

Unser gemeinsames Konzept unterstützt auch die Ärzte und Therapeuten bei ihrer Arbeit. Sie erhalten die Möglichkeit, sich vertragsspezifisch fortzubilden, sich an der regionalen Netzarbeit zu beteiligen und mindestens viermal jährlich einen themenbezogenen Qualitätszirkel zu besuchen sowie bei Bedarf an Fallkonferenzen teilzunehmen. All das dient letztendlich dem Ziel, den Leidensdruck der Patienten zu mindern und sie zuverlässig durch das Gesundheitssystem zu navigieren. Konkret heißt das für die Patienten: feste Ansprechpartner, geringe Wartezeiten für Behandlungstermine und Therapieplätze sowie spezifische Notfallangebote.

» Basis ist und bleibt der Kollektivvertrag in einem sinnvollen Nebeneinander mit anderen Versorgungsverträgen. «

enten auch die Zuweisung zu komplementären Leistungsangeboten wie der Pflege. Sie tauschen sich in den regionalen Netzwerken ebenfalls mit den Spezialisten der Krankenhäuser im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgungsplattform aus. So stellt der Vertrag eine qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Versorgung der Patienten sicher. Voraussetzung ist, dass sich alle beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten zur Kooperation und Zusammenarbeit verpflichten. Hierbei gilt der Grundsatz ambulant vor stationär.

Mit diesem Versorgungskonzept bieten wir neuropsychiatrisch erkrankten Patienten sowohl im akuten Krankheitsstadium als auch im Langzeitverlauf flächendeckend eine optimierte Behandlung in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung an. Elementar ist es bei dem neuropsychiatrischen Patientenkreis die Angehörigen einzubeziehen. Patienten und ihre Angehörigen werden umfassend und regelmäßig an der Behandlung beteiligt. Die Patientenedu-

? Wie sollte sich die Bedarfsplanung für Nervenärzte/Psychiater weiterentwickeln?

Köhler: Die bisherige Bedarfsplanung beruht auf Verhältniszahlen des Jahres 1990. Auch die Planungsräume sind in ihrem Kern seit damals nicht angepasst worden. Medizinischer Fortschritt, demografische Veränderungen und auch Veränderungen im Bereich der Weiterbildungsordnung erfordern gerade für die ZNS-Fächer neue Rahmenbedingungen, um auch künftig für stabile Versorgungsverhältnisse sorgen zu können. Das Versorgungsstrukturgesetz will die Planungsbereiche flexibilisieren und die Verhältniszahlen anpassen. Das begrüßen wir. Wir fordern zudem, dass der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt wird, um zu klären, wie die tatsächliche Krankheitslast der Bevölkerung in der Bedarfsplanung auf dem Wege der Verhältniszahlen und der Planungsbereiche berücksichtigt werden kann. Bei der Bedarfsplanung treten wir dafür ein, dass

den Ländern bei der Beteiligung in Landesausschüssen keine Befugnis eingeräumt wird, Entscheidungen mit Finanzwirksamkeit für die Gesamtvergütung zu treffen, wie etwa bei den vorgesehenen Ersatzvornahmen. Zumindest müsste in diesen Fällen geregelt werden, dass die Krankenkassen die hierdurch erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen müssen.

Für die Gruppe der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen stehen schwierige Entscheidungen an: Sollen alle wie bisher in einer Gruppe beplant werden? Oder sollen jeweils getrennte Bedarfsplanungsgruppen eingerichtet werden? Dies bedeutet mehr Niederlassungsmöglichkeiten bei gleichbleibender Honorarmenge, ist aber gegebenenfalls näher dran am tatsächlichen Bedarf.

»Für die Gruppe der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen stehen schwierige Entscheidungen an: Sollen alle wie bisher in einer Gruppe beplant werden?«

? Welche berufspolitischen Ziele sollten sich Ihrer Meinung nach die Psychiater in den nächsten zehn Jahren setzen?

Köhler: Bei den Arbeiten am Versorgungsstrukturgesetz haben wir uns dafür eingesetzt, die Interessen der verschiedenen Arztgruppen – auch die der Psychiater – bestmöglich zu vertreten und den Arztberuf für den medizinischen Nachwuchs attraktiver zu gestalten. Der Ärztemangel betrifft alle Berufsgruppen, auch die Psychiater. Wir ziehen alle an einem Strang. Beispielsweise wenn es darum geht, sich dafür stark zu machen, dass die Bedarfsplanung künftig stärker in den Regionen geregelt wird. Wir wollen die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Situation versetzen, flexibel reagieren zu können. Zuerst einmal müssen wir wissen, wie sich die Krankheitsbilder und die chronischen Erkrankungen in Deutschland entwickeln. Alle Arztgruppen, auch die Psychiater, sollten sich daher für eine gesicherte Versorgungsforschung und -planung engagieren. Nur wenn wir den Bedarf tatsächlich belegen können, lassen sich rechtzeitig Maßnahmen ergreifen.

? Wie sieht die KBV die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf?

Köhler: Die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf ist ein brandaktuelles Thema und uns ein sehr wichtiges Anliegen. Für Nachwuchsmediziner, die überlegen, ob sie sich niederlassen sollen, spielt diese Frage eine entscheidende Rolle, wie eine Befragung von 12.500 Medizinstudierenden letztes Jahr ergab. Einerseits sind immer mehr Medizinstudierende weiblich, andererseits fordern auch die männlichen Kollegen eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Im ambulanten Bereich gibt es bereits verschiedene Maßnahmen, die es Ärzten und Psychotherapeuten leichter machen, Berufliches und Privates in Einklang zu bringen. Seit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes 2007 sind

die Arbeitsmöglichkeiten vielfältiger und die Niederlassungsoptionen breiter geworden: Neben der klassischen Einzelpraxis gibt es immer mehr Praxisformen, die eine stärkere Kooperation mit Kollegen oder eine Tätigkeit an mehreren Standorten erlauben. Auch eine Tätigkeit in Teilzeit oder im Angestelltenverhältnis ist heute möglich. Eine ganz aktuelle Errungenschaft des geplanten Versorgungsstrukturgesetzes ist, dass sich Ärztinnen, die ein Kind bekommen, künftig mindestens ein Jahr vertreten lassen können. Bislang lag die Grenze bei sechs Monaten. Die KBV will den jungen Medizinerinnen auch in diesen Fragen beratend zur Seite stehen. Seit Anfang Mai ist unsere Website www.praxis-und-familie.de online. Wir wollen vor allem den persönlichen Erfahrungsaustausch anregen: In kurzen Videobeiträgen und in einem Blog schildern Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Fachangestellte ihre Erfahrungen, wenn es darum geht, Beruf und Familie in Einklang zu bringen. Wir würden uns freuen, wenn möglichst viele junge Ärzte von unserem Angebot Gebrauch machen und vielleicht selbst ihre eigenen Erfahrungen und Lösungswege

dort aufzeigen. Begleitend zu diesem Internetangebot hat die KBV die Broschüre „Beruf und Familie verbinden: Wie sieht das in der Praxis aus?“ herausgegeben.

? Welche Maßnahmen ergreift die KBV zur Nachwuchsgewinnung?

Köhler: Vor allem auf dem Land fehlt es an Medizinerinnen. Auch die psychologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist überhaupt nicht gesichert. Nach unseren Angaben fanden im vergangenen Jahr 18% der niedergelassenen Ärzte, die ihre Praxis aufgaben, keinen Nachfolger. 692 Praxen mussten schließen. Die KBV hat errechnet, dass wir bis zum Jahr 2020 einen Ersatzbedarf von rund 48.500 Vertragsärzten haben werden. Die Situation wird sich also noch verschärfen. Wer den Ärztemangel jetzt noch infrage stellt, verkennt die Situation.

Um die medizinische Versorgung sicherzustellen, arbeiten wir mit Nachdruck daran, den Arztberuf für junge Menschen attraktiver zu gestalten. Dazu gehören unter anderem alle Maßnahmen, die der Wiederherstellung einer angemessenen ärztlichen und psychotherapeutischen Vergütung dienen. Wir setzen uns dafür ein, dass Maßnahmen wie die Aufhebung der Regressregelung und mehr Bürokratieabbau ins geplante Versorgungsstrukturgesetz aufgenommen werden. Um mehr Ärzte für ländlichere Regionen zu gewinnen, kämpfen wir dafür, dass sie keine Abstriche mehr bei der Leistungsvergütung hinnehmen und auch sonst die Rahmenbedingungen vorfinden, die sie brauchen. Es gibt vielfältige Initiativen der Kassenärztlichen Vereinigungen, hierbei insbesondere den jungen Ärzten unter die Arme zu greifen. Sie unterstützen beispielsweise Praxisneugründungen beziehungsweise -übernahmen, finanzieren Lehrstühle für Allgemeinmedizin, kooperieren mit Krankenhäusern bei der Weiterbildung und vergeben Stipendien und andere Fördermittel. Alle diese Rahmenbedingungen können jedoch weder die KBV noch die KVen alleine beeinflussen. Hier sind Gesellschaft und Politik insgesamt gefragt, bis hin zu den Kommunen.

Das Interview führte Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach



Dr. med. Carl-Heinz Müller
 Facharzt für Allgemeinmedizin und
 Vorstand der Kassenärztlichen
 Bundesvereinigung (KBV)
 seit dem Jahr 2007

» Die Regressregelung schreckt junge Ärztinnen und Ärzte ab. Eine Onlineumfrage unter 12.500 Medizinstudenten hat ergeben, dass drohende Regressforderungen einer der wichtigsten Gründe sind, sich nicht niederzulassen. In Zeiten des Ärztemangels, wo wir auch perspektivisch an die Sicherung der künftigen Versorgung denken müssen, verpassen wir so die Gelegenheit, junge Kollegen für den Beruf zu gewinnen. «

Patientenrechtegesetz

Elemente des Eckpunktepapiers:

- Mehr Transparenz über Patientenrechte
- Mehr Informationsmöglichkeiten
- Verbesserung der Durchsetzung der Patientenrechte
- Gesetzliche Verankerung des Behandlungsvertrags mit Rechten und Pflichten für Patienten und Ärzte
- Förderung der Fehlervermeidungskultur auf freiwilliger Basis
- Mehr Transparenz bei Haftungsfragen, Vereinheitlichung von Schlichtungsverfahren, Schaffung von Arztthaftungskammern

Interview mit Dr. Carl-Heinz Müller

Hand in Hand

Haus- und Fachärzte, stationäre Einrichtungen, Apotheken und Krankenkassen, – alle sind gefragt, an der Lösung drängender Probleme der Versorgung psychiatrischer Patienten mitzuwirken.

Sei es zur Verbesserung der Kooperationsstrukturen, der Arzneimittelsicherheit oder bei der Abschaffung von Richtgrößenprüfung und Regress. Wir sprachen mit KBV-Vorstand und Allgemeinmediziner Dr. Carl-Heinz Müller über anstehende Aufgaben und Lösungsvorschläge.

? Gibt es aus Ihrer hausärztlichen Sicht Verbesserungspotenzial in der Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten für Psychiatrie?

Dr. Carl-Heinz Müller: Der Hausarzt ist die erste Ansprechperson des Patienten. Das ist auch sinnvoll, denn er kennt die persönlichen Lebensumstände und die familiären Bedingungen seines Patienten meist schon über einen längeren Zeitraum. Für eine medizinisch optimale und finanziell sinnvolle Versorgung des Patienten ist es dann wichtig, dass Haus- und Fachärzte in der Psychiatrie gut zusammenarbeiten. Ich unterstütze daher – auch aus hausärztlicher Sicht – das von der KBV und den neuropsychiatrischen Berufsverbänden ausgearbeitete Konzept für eine qualitätsgesicherte, ambulante neuropsychiatrische Versorgung. Kernelement ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit der an der Behandlung beteiligten Psychiater, Nervenärzte, Neurologen, Hausärzte und Therapeuten in regionalen Netzen. Sie zielt darauf ab, dort Lösungen zu finden, wo dies in der Regelversorgung bisher nur ungenügend gelingt. Die innovativen und vernetzten Versorgungsformen können das Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter haus- sowie fachärztlicher Behandlung und dem stationären Sektor verbessern. Diese bessere Kooperation kann beispielsweise Wartezeiten auf Behandlungstermine und Therapieplätze vermeiden, stationäre Behandlungen und Doppeluntersuchungen weitestgehend reduzieren und die Qualitätssicherung verbessern. Letztere erfolgt unter ande-

rem durch interdisziplinäre Fortbildungen und Eingangsschulungen für Ärzte und Therapeuten sowie durch die Implementierung interdisziplinärer Qualitätszirkel und Fallkonferenzen.

Ohnehin haben wir in den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten die Entwicklung beobachtet, dass niedergelassene Haus- und Fachärzte nicht nur medizinische, sondern auch immer mehr soziale Verantwortung übernehmen. In unserer modernen Gesellschaft sind die Familien oft reduziert auf Kleinfamilien. Vor allem in Großstädten nimmt der Anteil an Singles deutlich zu. Familiäre Hilfe und Unterstützungssysteme greifen nicht mehr in ausreichendem Maße. Auch staatliche Programme können diesen Bedarf nicht auffangen. Die Konsequenz: Viele Menschen erfüllen ihr Bedürfnis nach Zuwendung immer öfter in der Arztpraxis; der Arzt wird zur Anlaufstelle für viele Probleme, die sich natürlich auch gesundheitlich negativ auswirken. Längst werden bei den wohnortnahen Grundversorgern nicht nur somatische Erkrankungen behandelt, sondern im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes auch psychosoziale und psychosomatische Aspekte berücksichtigt. Dies ist im Übrigen auch eine schlüssige Erklärung für die hohe Zahl der durchschnittlichen Arztbesuche in Deutschland.

? Ein besonderes Anliegen ist Ihnen die Abwendung der Medikamentenregressdrohung für die Vertragsärzte (Richtgrößenprüfung). Welche Strategien schlagen Sie vor?

Müller: Wir schlagen vor, die bestehende Richtgrößenprüfung durch Versorgungsziele auf Basis eines Medikationskatalogs zu ersetzen. Die Therapiehoheit bleibt in vollem Umfang erhalten, dem Arzt kommt sogar eine stärkere und aktivere Rolle im Versorgungsmanagement zu. Rund 700 Millionen Euro können über den Medikationskatalog eingespart werden. Dieser steuert etwa zwei Drittel der GKV-Arzneimittelausgaben so, dass teure Analogarzneimittel durch ebenso wirksame, evidenzbasierte Standardwirkstoffe ersetzt werden. Weitere 300 Millionen Euro weniger Ausgaben kommen durch die Wirkstoffverordnung zustande, denn die Zeitverzögerung, bis Rabattverträge oder Festbeträge vereinbart sind, entfällt.

? *Wie kann aus Ihrer Sicht die Arzneimittelsicherheit erhöht werden?*

Müller: Für Patienten und Vertragsärzte ist eine funktionierende Arzneimittelversorgung von zentraler Bedeutung. Vor allem angesichts der zunehmenden Multimorbidität und der damit einhergehenden Polymedikation ist es notwendig, neue Wege zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit, der Compliance und der leitliniengerechten Arzneimittelverordnung zu gehen. Wir wissen beispielsweise, dass ungefähr die Hälfte der chronisch Kranken die ihnen verordneten Medikamente nicht wie verschrieben einnehmen. Damit wird nicht nur das Behandlungsziel verfehlt, sondern es kostet auch unnötig viel Geld. Hinzu kommen unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Aus diesem Grund haben die Ärzte und Apotheker ein gemeinsames Konzept entwickelt. Es besteht aus einem Medikationskatalog, einer Wirkstoffverordnung und einem Medikationsmanagement.

Der Medikationskatalog nennt für wichtige Krankheiten Mittel der Wahl sowie Reservewirkstoffe. Damit kann eine bundesweit einheitliche, kassenübergreifende, optimale und leitliniengerechte Versorgung sichergestellt werden. Fachgruppenspezifische Zielvereinbarungen werden mit Eskalationsmechanismen wie Beratung und Fortbildungsmaßnahmen versehen. Dadurch entfällt die Richtgrößenprüfung. Vorbild für das Konzept des Medikationskatalogs war das Bremer Arz-

nemittelregister, welches von der Kassenärztlichen Vereinigung, Hausärzten, Krankenkassen und dem pharmakologischen Institut des Klinikums Bremen Mitte gemeinsam entwickelt und erfolgreich erprobt wurde.

Bei der Wirkstoffverordnung verordnet der Arzt künftig Wirkstoff, Stärke, Menge und Darreichungsform. Auf der Arzneimittelpackung wird der enthaltene Wirkstoff deutlich lesbar dargestellt. Patienten können so das Rezept mit dem abgegebenen Präparat vergleichen. Unsicherheiten, die sich durch den Austausch mit rabattierten Arzneimitteln ergeben, werden so deutlich reduziert, Doppel- oder Nichteinnahmen vermieden. Der Arzt kann dem Patienten zudem künftig einen Medikationsplan auf Wirkstoffebene mitgeben, der nicht in Abhängig-

» Angesichts der zunehmenden Multimorbidität und der damit einhergehenden Polymedikation ist es notwendig, neue Wege zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit, der Compliance und der leitliniengerechten Arzneimittelverordnung zu gehen. «

keit von dem aufgrund von Rabattverträgen abgegebenen Medikament permanent verändert werden muss. Die Aut-idem-Regelung wird beibehalten und ermöglicht dem Arzt auch künftig in medizinisch begründeten Ausnahmefällen die Verordnung konkreter Präparate. Die Therapiehoheit der Ärzte ist damit sicher gewahrt. Gleichzeitig gibt es Vorteile für die Praxisabläufe, denn kassenspezifische Unterschiede durch die Rabattverträge fallen nicht mehr ins Gewicht.

Patienten, die chronisch krank sind und mindestens fünf systemisch wirkende Arzneimittel dauerhaft einnehmen, haben nach unserem Konzept einen Anspruch auf das Medikationsmanagement. Dazu wählen sie sich einen Arzt und einen Apotheker ihres Vertrauens, die sie ein Jahr lang kontinuierlich in allen Fragen der Medikation betreuen. Diese erfassen die Gesamtmedikation inklusive der Selbstmedikation, prüfen auf potenzielle Arzneimittelrisiken und führen intensive Beratungsgespräche. Damit werden die Compliance gesteigert, das Risiko unerwünschter Arzneimittelereignisse reduziert, arzneimittelbezogene Probleme

behoben und gegebenenfalls die Medikation mehrerer Ärzte koordiniert und optimiert.

Dieses Konzept bietet für Patienten, Ärzte und Krankenkassen Vorteile. Es erhöht die Qualität der Arzneimittelversorgung und spart gleichzeitig Kosten. Denn über das Medikationsmanagement können Therapieversagen, Krankenhauseinweisungen und unnötige Arzneimittelausgaben vermieden werden. Der Medikationskatalog sorgt für die Substitution von Analogarzneimitteln und für die Verordnung von leitliniengerechten Standardwirkstoffen. Im Sinne der Therapiefreiheit und einer den individuellen Notwendigkeiten der Patienten Rechnung tragenden guten Versorgung umfasst der Medikationskatalog selbstverständlich auch Reservewirkstoffe, so dass es Alter-

nativen gibt. Die Wirkstoffverordnung führt zu einer direkten Umstellung auf Generika, wenn ein Patent ausläuft. Die Qualität wird durch die Medikationspläne und die Steigerung der Compliance ebenso erhöht wie durch leitliniengerechte Arzneimitteltherapie. Arzneimittelrisiken werden deutlich verringert.

? *Wie sehen Sie die Chancen und Risiken der Delegation ärztlicher Leistungen insbesondere im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich?*

Müller: Unser Grundsatz lautet in dieser Frage ganz klar: Delegation, nicht Substitution. Wir sind für eine sinnvolle Arbeitsteilung, die die Pflegekräfte genauso einbezieht wie die Medizinischen Fachangestellten. Nötig und wichtig sind qualitativ gut ausgebildete Kräfte in allen Bereichen. Dann können alle Beteiligten, gerade auch die Patienten, davon profitieren. Die Gesamtverantwortung und Koordination bleibt dabei beim Arzt. Nur er kann letztendlich die medizinische Situation einschätzen. Wir fordern den Gesetzgeber dazu auf, den Partnern des Bundesmantelvertrages – der

KBV und dem Spitzenverband der Krankenkassen – eine Richtlinienkompetenz zu übertragen, um die delegationsfähigen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu bestimmen. Alle Beteiligten der Gesundheitsversorgung haben letztlich nur ein Ziel, nämlich den Patienten optimal zu versorgen.

? *Wie bewerten Sie die Pläne für ein Patientenrechtegesetz?*

Müller: Der Patient steht im Zentrum der Gesundheitsversorgung. Wir begrüßen daher, dass die Bundesregierung die Rechte der Patienten stärken und ihre Beteiligung in der Selbstverwaltung ausbauen will. Das von uns mitgestaltete Eckpunktepapier zum geplanten Patientenrechtegesetz ist ein sinnvoller Vorstoß. Der Entwurf sieht beispielsweise vor, den Patienten mehr Informationsmöglichkeiten zu geben. Die Rolle der Patienten in der Gesundheitsversorgung hat sich gewandelt, sie sind mündiger und informierter geworden. Erklärtes Ziel dieses Gesetzes ist es, über die bereits existierenden, aber in vielen unterschiedlichen Stellen verankerten Rechte von Patienten Transparenz zu schaffen und die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern. Es geht in diesem Gesetz nur an sehr wenigen Stellen darum, Neues zu verankern oder größere Veränderungen festzulegen; es geht darum, die ständige Rechtsprechung zu kodifizieren.

Der Vorschlag, den Behandlungsvertrag mit seinen Rechten und Pflichten gesetzlich zu verankern, ist sowohl für

Patienten als auch Ärzte sinnvoll. Hier geht es unter anderem auch um Aufklärungs- und Dokumentationspflichten. Auch die Förderung der Fehlervermeidungskultur ist sinnvoll. Besonders begrüßt die KBV dabei, dass im Grundlagenpapier von einer Freiwilligkeit bei der Meldung von Fehlern und Beinahe-Fehlern ausgegangen wird. Alles andere wäre aus unserer Sicht kontraproduktiv und würde die bereits sehr erfolgreich laufenden Fehlervermeidungsprogramme eher behindern als fördern.

Hinsichtlich der Haftungsfragen bei Behandlungsfehlern geht es darum, bereits bestehende, ständige richterliche Rechtsprechung, etwa zur Beweislastverteilung, zu kodifizieren. Gleichzeitig sollen Schlichtungsverfahren in den Bundesländern vereinheitlicht und die Rechtsprechung durch die Schaffung von Arzthaftungskammern an den Landgerichten verstetigt werden. Außerdem sollen Krankenkassen verpflichtet werden, ihre Versicherten bei Verdacht auf Behandlungsfehler zu unterstützen.

Einige Patientenrechte sollen durch das geplante Artikelgesetz ausgebaut werden, etwa durch eine Fristsetzung für Krankenkassen bei genehmigungspflichtigen Leistungen. Wird ein Antrag, zum Beispiel auf Rehabilitation, nicht innerhalb einer bestimmte Frist beschieden, gilt er als genehmigt. Außerdem soll der Anspruch auf Versorgungsmanagement beim Übergang aus dem stationären in den ambulanten Sektor verbessert werden. Dies ist vor allem mit Blick auf die bessere Verzahnung beider Sektoren sehr hilfreich.

Unbedingt erwähnen möchte ich an dieser Stelle das regionale, auf zwei Jahre angelegte Modell-Projekt „Netzwerk CIRS-Berlin“, das vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) – einer Einrichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer – gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin getragen wird.

CIRS

CIRS ist die Abkürzung von „Critical Incident Reporting Systeme“, einem gemeinsamen Berichtepool, dessen Ziel es ist, dass Mediziner aus dem ambulanten und stationären Bereich kritische Ereignisse und Beinaheschäden bewusst wahrnehmen, sich darüber in direktem und kontinuierlichem Dialog austauschen und so mögliche Schäden vom Patienten abwenden. Im Internet können sich Interessenten über dieses Modellprojekt informieren unter

www.cirs-berlin.de

Das Interview führte Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach.

GKV-VStG

Positionen des BVDP

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) soll Versorgungsstrukturen verbessern und will dazu nach eigenem Bekunden starre Planungsvorgaben lockern. Die Maßnahmen müssen aber stärker als bisher geplant auch die Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten psychiatrischen Versorgung berücksichtigen.

Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Der BVDP fordert ...

- ... die steigende Morbiditätslast durch psychiatrische Erkrankungen in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Sofern sich hierdurch eine Erhöhung der Vertragsarztsitze ergibt, ist diese zusätzliche Leistungsmenge im Rahmen einer durch gestiegene Morbidität anzupassenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zusätzlich zu vergüten.
- ... die in Kliniken, PIA und MVZ tätigen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in die Bedarfsplanung nur entsprechend ihres Zulassungsstatus und Versorgungsumfangs und nur bei der Analyse der Versorgungssituation einzubeziehen, nicht jedoch bei der Festsetzung des Versorgungsgrades.

Ambulante spezialärztliche Versorgung

Der BVDP lehnt den derzeitigen Entwurf ab, wenn nicht Nachbesserungen zur Herstellung der Wettbewerbsgleich-

heit zwischen den Versorgungsbereichen erfolgen.

Medizinische Versorgungszentren

Der BVDP begrüßt die Modifizierung der Zulassungsregelungen für MVZ zur Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen.

Arzneimittelversorgung

Der BVDP lehnt das Konzept der Wirkstoffverordnung ab. Der BVDP fordert, dass ...

- ... die bisherigen Richtgrößenprüfungen nach Kosten- und Preiskriterien entfallen.
- ... die Aut-idem-Möglichkeit beibehalten wird.

Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems**Anpassung der Vergütungen an den Versorgungsbedarf**

Der BVDP fordert, dass die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versi-

cherten beginnend mit dem Jahr 2012 in den KVen, die hierbei unterdurchschnittlich liegen, sockelwirksam zumindest auf das bundesdurchschnittliche Niveau des Jahres 2012 angehoben wird. Dabei ist eine Umverteilung zwischen den KVen auszuschließen.

Vorgaben für die Honorarverteilung

Der BVDP fordert, die Regionalisierung der Honorarverteilung nicht wieder herzustellen.

Abbau des Pauschalierungszwangs im Einheitlichen Bewertungsmaßstab

Der BVDP begrüßt die Anstrengungen des Gesetzgebers, zur Einzelleistungvergütung zurückzukehren und fordert darüber hinausgehende Maßnahmen.

Vergütung der Leistungen der Richtlinienpsychotherapie außerhalb der MGV

Der BVDP fordert: Die Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit, die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie, probatorische Sitzungen sowie die für die Einleitung und Fortführung einer Psychotherapie notwendigen Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. □



Das GKV-VStG wird an den viel zu langen Wartezeiten bei Psychiatern nichts ändern.

© Monkey Business Images / shutterstock

AUTORIN

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

Ziffer 801 GOÄ

Richtig abrechnen während der laufenden Behandlung

© Athanasia Nomikou / shutterstock



Die eingehende psychiatrische Untersuchung nach Ziffer 801 GOÄ ist neben der Behandlung nach den Ziffern 804 oder 806 GOÄ abrechenbar – wenn sie im Einzelfall notwendig ist.

Mit der Ziffer 801 GOÄ wird die eingehende psychiatrische Untersuchung abgerechnet. Die Ziffern 804 und 806 GOÄ beschreiben die Abrechenbarkeit psychiatrischer Behandlungen. Bei der Ziffer 804 GOÄ, die keinen zeitlichen Mindestumfang fordert, ist die gezielte Exploration fakultativer Inhalt der Leistung. Bei der Leistung nach Ziffer 806 GOÄ erfolgt die psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch.

Das gleichzeitige Berechnen der Ziffer 801 GOÄ einerseits und der Ziffern 804 GOÄ oder 806 GOÄ andererseits ist nicht ausgeschlossen. Die psychiatrische Untersuchung kann somit selbstverständlich neben der psychiatrischen Behandlung abgerechnet werden. Hiermit folgt die Systematik der GOÄ für den Bereich der psychiatrischen Betreuung derjenigen in somatischen Fächern, wonach die Untersuchung gesondert stattfindet, gesondert abrechenbar ist und in der Regel Grundlage der weiteren Behandlung bildet.

Auch mehrfach abzurechnen

Eine einzelne Krankenversicherung stellt allerdings infrage, ob die Ziffer 801 GOÄ während der laufenden, gegebenenfalls länger andauernden Betreuung eines psychiatrisch erkrankten Patienten ohne besondere Begründung erneut bezie-

hungsweise mehrfach abgerechnet werden kann. Dass dies grundsätzlich notwendig ist, wird von der intervenierenden Krankenversicherung nicht in Frage gestellt. Da das gleichzeitige Berechnen der Ziffer 801 GOÄ und der Ziffern 804 GOÄ oder 806 GOÄ nicht ausgeschlossen ist, richtet sich die Frage der Erbringung und Abrechenbarkeit einer im Katalog der GOÄ aufgeführten Leistung nach § 1 Abs. 2 GOÄ. Hiernach darf – und muss – der Arzt Vergütungen für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Entscheidend ist also, ob die erneute psychiatrische Untersuchung während der laufenden Behandlung notwendig ist. Die Notwendigkeit einer Heilbehandlung ist allein aus medizinischer Sicht zu beurteilen (BGH vom 12.3.2003, IV ZR 278/01). Diese medizinische Beurteilung kann und muss anhand des Einzelfalls, nämlich des konkreten, individuellen Krankheitszustandes des Patienten erfolgen. Pauschale Bewertungen einer medizinischen Erforderlichkeit einer Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahme verbieten sich. Selbstverständlich ist es möglich, Beispiele zu benennen, denen gedanklich eine bestimmte Patientenkonstitution und ein bestimmter Krankheitsverlauf zugrunde liegt, und anhand dieses Bei-

spielpatienten dann die medizinische Erforderlichkeit der Erbringung einzelner Leistungen der GOÄ zu erläutern. Richtig ist deshalb die Ausführung von Dr. Anja Pieritz im Deutschen Ärzteblatt 104, Heft 44, vom 2.11.2007, Seite A-3056, wonach sich die „Kombination der Nummern 801 und 804 GOÄ oder 806 GOÄ im Verlauf einer Behandlung als notwendig erweisen kann, wenn sich durch eine deutliche Änderung des Krankheitsbildes erneut die medizinische Indikation ergibt, eine eingehende psychiatrische Untersuchung durchzuführen, oder wenn eine neue psychiatrische Erkrankung auftritt“.

Die medizinische Notwendigkeit zählt

Falsch ist allerdings die Äußerung, wonach „außer zu Beginn einer Behandlung die Kombination der Ziffern 801 GOÄ mit 804 GOÄ oder 806 GOÄ nicht regelhaft medizinisch notwendig“ sei. Die Richtigkeit einer solchen Aussage würde voraussetzen, dass es den „regelmäßigen Patienten“ oder „regelmäßigen Krankheitsverlauf bei psychiatrischen Patienten“ gibt. Dies ist aber ersichtlich nicht der Fall. Deshalb wurde diese Aussage von Pieritz im GOÄ-Ratgeber des Deutschen Ärzteblattes 106, Seite A-312, im Jahr 2009 korrigiert. Es wurde eindeutig klargestellt, dass die GOÄ „keine formalen Beschränkungen zur Häufig-

Auszug aus der GOÄ

GOÄ-Ziffer	Leistung	Punkte	Gebühr in Euro
801	Eingehende psychiatrische Untersuchung	250	14,57
804	Psychiatrische Behandlung, eingehendes therapeutisches Gespräch	150	8,74
806	Psychiatrische Behandlung, eingehendes therapeutisches Gespräch, Mindestdauer 20 Minuten	250	14,57

keit des Ansatzes der Ziffern 801 GOÄ und 806 GOÄ enthält, weswegen auch im Rechtsverhältnis zwischen Arzt und Patient allein die medizinische Notwendigkeit ausschlaggebend ist“.

Entscheidung von Fall zu Fall

Bei der Bewertung der medizinischen Notwendigkeit einer erneuten psychiatrischen Untersuchung ist unter anderem zu berücksichtigen, ob dem Arzt der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten ohne Weiteres ersichtlich beziehungsweise bekannt ist, oder ob es eben einer Untersuchung bedarf. Das Landgericht Berlin hat zum Beispiel in seiner Entscheidung vom 3.7.2008 (7 S 47/07) bezüglich einer Patientin, die unter einer bipolaren affektiven Störung litt, festgestellt, dass bereits im Hinblick auf die Medikation und die Phasenprophylaxe eine ständige ärztliche Betreuung und eine regelmäßige ärztliche, psychiatrische Untersuchung erforderlich sind. Gerade bei chronischen Erkrankungen mit wechselnden Krankheitsverläufen werden regelmäßige Untersuchungen medizinisch notwendig sein. Andererseits dürfte sich die medizinische Notwendigkeit einer erneuten Untersuchung zum Beispiel dann nicht begründen lassen, wenn die letzte Untersuchung beispielsweise erst drei Tage zurückliegt und keinerlei Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine erneute Untersuchung zu neuen, für die Betreuung bedeutsamen Erkenntnissen führt.

Zwischen Untersuchung und Behandlung unterscheiden

Die teilweise anzutreffenden Gedanken, marginale Änderungen im Krankheitsverlauf könnten durch die gezielte Exploration nach Ziffer 806 GOÄ erfasst wer-

den und würden nicht die psychiatrische Untersuchung nach Ziffer 801 GOÄ erforderlich machen, sind unzutreffend. Sie verkennen die grundsätzliche Unterscheidung der GOÄ zwischen Untersuchung und Behandlung. Die Exploration nach den Ziffern 804 und 806 GOÄ ist Bestandteil der psychiatrischen Behandlung. Die Behandlung erfolgt, wenn aufgrund der psychiatrischen Untersuchung die Behandlungsbedürftigkeit festgestellt wurde. Es besteht somit bereits medizinisch ein Primat der Untersuchung, wenn deren – selbstverständlich zu dokumentierenden – Ergebnisse maßgeblich für die nachfolgende Behandlung sein können. Dies ist im Rahmen einer ex ante-Beurteilung durch den behandelnden Arzt festzustellen.

Ohne Dokumentation geht es nicht

Sowohl das Ergebnis dieser ex ante-Beurteilung, also die Gründe, weshalb der Arzt die erneute Untersuchung für erforderlich hielt, als auch die Ergebnisse der Untersuchung sind zu dokumentieren. Sollte eine Krankenversicherung ihren Patienten auffordern, zur Beurteilung der Notwendigkeit der psychiatrischen Untersuchung eine ergänzende Darlegung des behandelnden Psychiaters beizubringen, so sind diese dokumentierten Überlegungen und Ergebnisse der Krankenversicherung – über den Patienten – zur Begründung der Notwendigkeit mitzuteilen. □

AUTOR

Dr. jur. Ingo Pflugmacher, Fachanwalt, Bonn

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), Kapuzinergraben 19, 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

Geschäftsführer: Harm van Maanen, 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 Riedel (-1327); Monika Hartkopf (CvD, -1409); Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

Layout: Alison Hepper (Leitung), Edda Führer (Layout)

Corporate Publishing: Ulrike Hafner (Leitung, Anschrift wie Verlag, -1325)

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

Vertrieb: Frank Niemann (Leitung, -1411)

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

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

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

Druck: KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen
Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München
ISSN 1436-123X



Ambulante psychiatrische Versorgung

Wenig Licht, viel Schatten

Die Verbesserung der Versorgung von schwer und chronisch psychisch Kranken war das prioritäre Ziel der Psychiatrie-Enquête, die 1975 im Bundestag einstimmig verabschiedet wurde. In den folgenden 20 Jahren wurden beachtliche Verbesserungen in der Versorgung erreicht. Bilanziert man heute, welche Gruppen von all den Reformen im ambulanten Sektor am wenigsten profitiert haben, ist das Ergebnis eindeutig: Die chronisch Kranken sind die Verlierer [12, 13].

HEINER MELCHINGER, CHRISTA ROTH-SACKENHEIM



Durch die Psychiatrie-Enquête sollte sich auch die ambulante Versorgung schwer und chronisch Kranker verbessern. Doch es kam anders.

In den Medien erfahren derzeit psychische Störungen eine große Aufmerksamkeit. „Burnout“ ist aktuell eines der beherrschenden Themen. Nach Daten des wissenschaftlichen Instituts der AOK hat sich die Zahl der jährlichen Krankschreibungen wegen Burnout von 2004 auf 2010 verneunfacht [20]. In den jährlichen Gesundheitsberichten der Krankenkassen ist schon seit einigen Jahren von deutlichen Zuwächsen bei psychischen Erkrankungen die Rede. Die DAK spricht in ihrem aktuellen Gesundheitsreport [5] sogar von alarmierenden Zuwächsen. 2009 erhielten 31 % der GKV-Versicherten eine ambulante psychiatrische Diagnose [8]. Im aktuellen Gesundheitsre-

port der Techniker Krankenkasse (TK) wird festgestellt, dass der Anteil der mit Antidepressiva behandelten Studierenden seit 2006 um mehr als 40 % angestiegen ist [17]. Die TK sieht den Bolognaprozess als ursächlich für diese Entwicklung. Der Karrieredruck hätte zugenommen und die Prüfungsjahrgänge der Studierenden seien dadurch gestiegen. Zur Kompensation von Fehlentwicklungen in der Bildungspolitik werden Psychopharmaka benötigt und mit jeder Verordnung eines Antidepressivums wird ein weiterer Fall von psychischer Erkrankung geschaffen. Kritiker sprechen dagegen von einer Psychopathologisierung des Alltags. „Was gestern noch Trauer war, ist heute Depres-

sion. Wer einmal zerstreut oder flutterhaft genannt wurde, dem wird jetzt eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung bescheinigt“ (Thomas Thiel in FAZ vom 4.5.2011).

Eine allgemeine Zunahme von psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter wird durch Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen (Prävalenz- und Längsschnittstudien) jedoch nicht bestätigt. Lediglich bei leichteren Formen von Depressionen und bei neurotischen Störungen sind Zuwächse der 12-Monats-Prävalenz sowie des Lebenszeitriskos erkennbar [9, 21]. Natürlich gibt es Zunahmen von altersassoziierten psychischen Erkrankungen, in erster Linie von Demenzen, die aber allein durch die demografische Entwicklung bedingt sind.

Fortschritte ohne konsequente Umsetzung

In der Versorgung zählt zu den Verbesserungen seit der Psychiatrie-Enquête von 1975 unter anderem die ambulante Psychotherapie. Im Jahr 2000 wurde sie als Leistungsanspruch für chronisch psychisch Kranke gesetzlich festgeschrieben. Psychotherapie wurde damals vom Bundesgesundheitsministerium gewürdigt als „erste und bisher einzige Leistung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung, die der Vorgabe des § 27, Abs. 1 SGB V ‚Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen‘ folgt“. Aus Kostengründen wird dieses Gesetz durch die Krankenkassen – von wenigen Ausnahmen abgesehen – bis heute blockiert. Bürokratische Hürden und prohibitiv niedrige Vergütungssätze verhindern, dass

flächendeckende Angebote umgesetzt werden und die gesetzlich verankerte Leistung in Anspruch genommen werden kann. Einem chronisch psychisch Kranken, für dessen Stabilisierung gelegentliche Unterstützung durch ambulante Soziotherapie konstitutiv sein könnte, wird diese Hilfe verweigert.

2005 wurde mit der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege ein zweites Versorgungsangebot für chronisch psychisch Kranke gesetzlich verankert. Die Erfahrungen aus der Praxis sind sehr positiv. Auf der Landkarte findet man aber heute nur einige wenige Flecken, wo ambulante psychiatrische Krankenpflege tatsächlich angeboten wird. Die Gründe für die Blockade von ambulanter psychiatrischer Krankenpflege sind die gleichen wie die für die Verweigerung von ambulanter Soziotherapie aufgeführt.

Psychotherapie auf dem Vormarsch

In Deutschland gibt es gegenwärtig rund 18.300 psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, denen rund 5.000 niedergelassene Nervenärzte/Psychiater entgegenstehen. Auf einen Nervenarzt kommen also rund vier Psychotherapeuten. Regionale Disparitäten zeigen sich in der Dichte der Psychotherapeuten, aber auch in deren therapeutischer Ausrichtung. So kann das eingesetzte Therapieverfahren vom Wohnort des Patienten abhängig sein. Einige Beispiele aus Regionen (jeweils Postleitzonen): In München-Stadt/Mitte wird Psychotherapie von depressiven Patienten in rund 30% der Fälle von Psychoanalytikern geleistet, in der Region Hamm dagegen in keinem einzigen Fall. In der Region Niederrhein kommt in 77% dieser Fälle Verhaltenstherapie zum Einsatz, im Vogtland nur in 16% der Fälle.

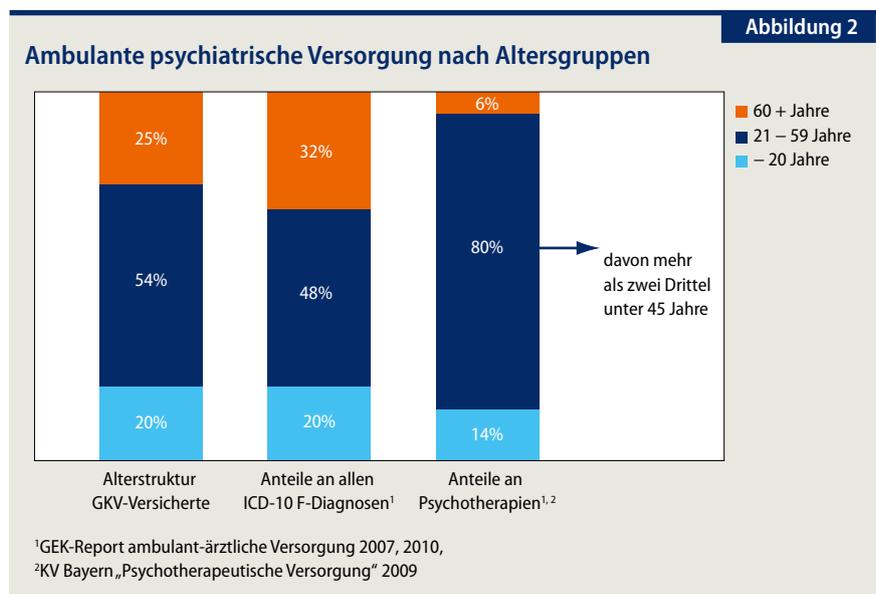
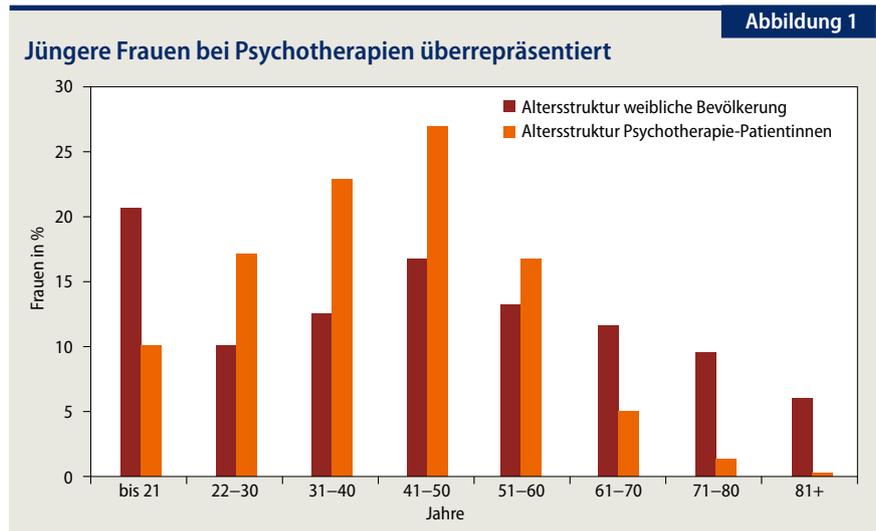
Eine Richtlinienpsychotherapie erhalten laut Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) pro Jahr mindestens 960.000 Patienten, also rund eine Million Patienten. Gegenwärtig besteht für die Kostenträger der wesentliche Unterschied zwischen den Therapieverfahren im Ressourcenverbrauch. Bei gleicher Diagnose kann ein Patient an einem Ort 25 Stunden Psychotherapie erhalten, an einem anderen Ort 100 Stunden oder mehr, die Therapie kann ein halbes Jahr dauern oder auch zwei Jahre. Ein Problem sind laut einer Presseerklärung der BPtK monate-

lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz: „In der Versorgung von psychisch kranken Menschen stoßen wir seit Langem an Kapazitätsgrenzen, die sich nur durch ein größeres Angebot an Behandlungsplätzen lösen lassen. Wer in einer psychischen Krise steckt, findet meist keinen Psychotherapeuten, sondern landet nur auf einer Warteliste. Selbst in relativ gut versorgten Großstädten erhält ein Patient häufig erst nach Wochen einen ersten Gesprächstermin“ [4].

Psychotherapeuten-Studie 2010

Im Jahr 2010 legte die Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung, ein Zusam-

menschluss von knapp 8.000 Psychologischen Psychotherapeuten, die Ergebnisse einer in Zusammenarbeit mit dem Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen durchgeführten schriftlichen Befragung ihrer Mitglieder vor [18]. 2.500 Psychologische Psychotherapeuten dokumentierten Behandlungen von rund 29.000 Patienten. Es ist die bislang umfangreichste Studie auf diesem Gebiet. Die Zahl der dort angegebenen wöchentlichen Therapiestunden erscheint niedrig (Tabelle 1). Sie erklärt sich dadurch, dass Teile der Psychotherapeuten zwar einen vollen Psychotherapeutensitz in



Anspruch nehmen, aber nur in Teilzeit therapeutisch tätig sind. Eine Ursache ist der hohe und stetig wachsende Frauenanteil, denn der Beruf des Psychotherapeuten ist einer der wenigen akademischen Berufe, die es ermöglichen, Familie und Beruf zu vereinbaren und – in der Regel als Zweitverdiener – mit relativ geringer Zeitinvestition relativ gut zu verdienen. Was unter familien- und beschäftigungspolitischen Gesichtspunkten zu begrüßen ist, stellt sich unter versorgungspolitischen Aspekten und Qualitätsgesichtspunkten als höchst bedenklich dar.

Psychotherapie für alle ...

Über die Frage, ob Psychotherapie auch schwerer psychisch Kranke erreicht, herrscht zwischen Fachleuten Dissens. Thomas Bock, Leiter der Psychose-Ambulanz am Universitätskrankenhaus Eppendorf, stellt fest: „Die Struktur von (Psychotherapie-)Einzelpraxen hat wesentlich dazu beigetragen, dass immer

mehr finanzielle Ressourcen in die Arbeit mit fast gesunden Menschen eingebunden sind und bei eher schwer psychisch Kranken fehlen. Entsprechende Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit Psychosen oder bipolaren Störungen hier fast ausgeschlossen sind. ... Ähnliche Konsequenzen hat die unsinnige, kostentreibende und in Europa einmalige Trennung beziehungsweise Doppelung psychiatrischer und psychosomatischer Strukturen“ [3].

Auch Angehörigenverbände sind mit der gegenwärtigen Praxis der Psychotherapie unzufrieden. So äußert der Vorsitzende des Landesverbandes Hamburg der Angehörigen psychisch Kranker e. V. in einem Leserbrief an das Deutsche Ärzteblatt: „Bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung wird von uns vor allem moniert, dass sich kaum Psychotherapeuten finden, die fachlich qualifiziert und außerdem bereit sind, Patienten zum Beispiel mit Schizophrenie, Persön-

lichkeitsstörungen, insbesondere Borderline, und Zwangserkrankungen zu behandeln. Dies sind unsere Erfahrungen in einer Groß- und Universitätsstadt, wie mag es im Flächenstaat aussehen? Wir halten es für einen untragbaren Zustand und beschämend für das System und diejenigen, die Verantwortung hierfür tragen, dass gerade schwer erkrankten Menschen die erforderliche therapeutische Hilfe in praxi vielfach nicht zuteil wird“ [14]. In der Folge erklärte der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. diese Aussage des Hamburger Vorsitzenden als ubiquitär gültig.

... oder nur für leichte Fälle?

Diesen pointierten Einschätzungen steht die Aussage des Bundesvorsitzenden der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung, Dieter Best, gegenüber, der in dem Verbandsmagazin Projekt Psychotherapie im letzten Jahr feststellte: „Psychotherapeuten behandeln psychische Störungen aller Schweregrade“ [2]. In einem offenen Brief vom September 2011 schreibt Best, dass in der Psychotherapie „fast ausnahmslos schwer kranke Patienten“ behandelt werden. Die große Psychotherapeuten-Studie bietet allerdings keine einzige Angabe zu Diagnosen und Schweregraden der Erkrankung. Dafür liefert Dieter Best in der gleichen Ausgabe von Projekt Psychiatrie implizit eine Erklärung: „Tatsache und gewissermaßen Tradition ist, dass Psychotherapeuten in den Kassen zugänglichen Dokumenten für die Anträge und Abrechnungen abgeschwächte Diagnosen angeben, um ihren Patienten möglichst wenig zu schaden“. Wenn es Brauch ist, dass die Therapeuten keine validen Diagnosen angeben, macht es natürlich auch wenig Sinn, diese Daten zu erheben.

Besondere Beachtung verdient in diesem Zusammenhang die Aussage des Vorsitzenden des Landesverbands Bayern der Vertragspsychotherapeuten, Benedikt Waldherr, im Verbandsmagazin Projekt Psychiatrie [19]. Waldherr wehrt sich dort gegen den Vorwurf der Rosinenpickerei, mit dem Psychotherapeuten immer wieder konfrontiert werden, und schreibt: „Psychotherapeuten sind auch gehalten, vor allem Patienten mit guten Veränderungspotenzialen durch eine Psychotherapie zu behandeln. Im Übrigen gibt es

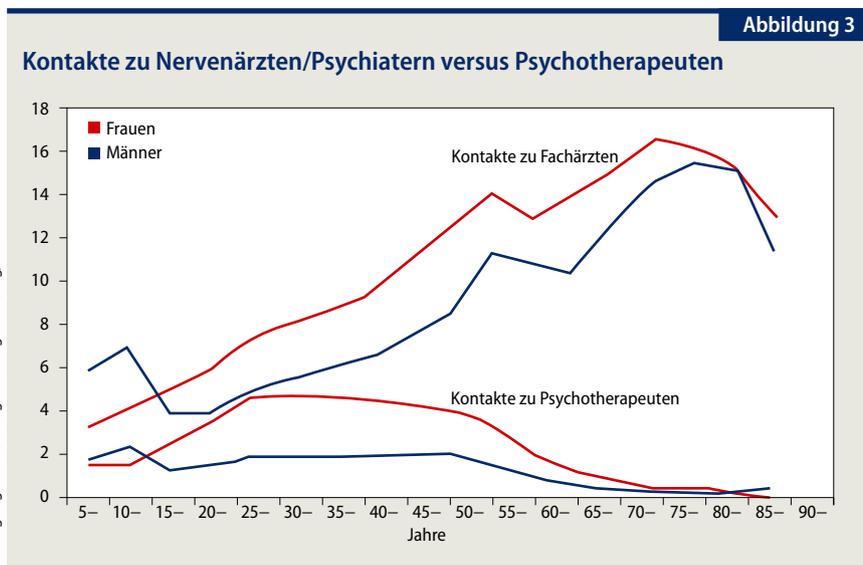
Nach Walendzik A et al. 2010

Tabelle 1

Versorgung durch Psychologische Psychotherapeuten (PT)

Gruppe	Anzahl Therapiestunden/Woche	Standardabweichung
Alle PT:	23,7	7,6
PT männlich	28,1	8,3
PT weiblich	23,0	7,3
Alter zwischen 51 bis 60 Jahren	25,9	7,8
Alter zwischen 31 bis 40 Jahren	21,7	7,4

Nach Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW. GEK-Report ambulanz-ärztliche Versorgung 2007. St. Augustin: Asgard-Verlag, 2007



in jedem Fachgebiet ungeliebte und damit weniger gut versorgte Patienten.“ Nach dieser Vorstellung müssten sich Richtlinienpsychotherapeuten also auf leichter Erkrankte fokussieren, für die bessere Veränderungspotenziale Definitionsmerkmal sind. Damit wäre implizit die Regel aufgestellt: Für leichter Erkrankte sind Psychotherapeuten zuständig, für schwerer Erkrankte Psychiater.

Junge gefragt

Im Vergleich zur Altersverteilung der Bevölkerung zeigt sich in Psychotherapeuten-Studie 2010, dass unter weiblichen Psychotherapiepatienten (ausgenommen Kinder- und Jugendpsychiatrie) die jüngeren und mittleren Jahrgänge deutlich überrepräsentiert sind (Abbildung 1). Für männliche Patienten zeigt sich eine ganz ähnliche Konzentration auf die jüngeren Jahrgänge. Insgesamt sind Frauen unter Psychotherapiepatienten deutlich überrepräsentiert. Das Verhältnis von Frauen zu Männern liegt etwa bei 3:1.

Die Benachteiligung älterer Patienten wird noch einmal in Abbildung 2 deutlich. In der zweiten Säule sind alle in der ambulanten Versorgung erfassten psychiatrischen Diagnosen gegliedert nach Häufigkeit in den Altersgruppen erfasst. Auf 60-jährige und ältere Patienten entfallen 32 % aller psychiatrischen Diagnosen, aber nur 6 % aller Psychotherapien. Hätte man eine Altersgruppe nicht ab 60, sondern ab 65 gebildet, wären die Unterschiede noch krasser ausgefallen. Mit dieser Darstellung korrespondiert eine nach Altersgruppen gegliederte Analyse der Häufigkeit von Kontakten zu Nervenärzten und zu Psychotherapeuten (Abbildung 3). Die Häufigkeit von Nervenarztbesuchen nimmt mit dem Alter der Patienten zu, bis dann im höheren Alter Einschränkungen der Mobilität Arztbesuchen entgegenstehen. Die Häufigkeit zu Kontakten mit Psychotherapeuten hat ihren Gipfel bei jüngeren Patienten und nimmt dann stetig ab.

Gründe liegen im System

Kann man Psychotherapeuten Vorwürfe machen, weil sie in der Regel eher leichter kranke und jüngere Patienten behandeln, keine Gruppenpsychotherapie anbieten, nicht in die regionale Versorgung eingebunden sind, nicht an Kriseninter-

ventionen beteiligt sind? Eigentlich nicht. Solange das System so ist, dass ein Psychotherapeut bei hoher Nachfrage und bei gleichem Entgelt zwischen schwierigen und weniger schwierigen Patienten wählen kann, wird er natürlich die Patienten mit guten Veränderungspotenzialen auswählen, Fälle, die mit weniger Aufwand zu behandeln sind, Fälle mit erwarteter guter Compliance, Fälle, die den getakteten Tagesablauf des Therapeuten nicht gefährden etc.

Andere psychotherapeutische Hilfen

Bisher wurde Psychotherapie mit Richtlinienpsychotherapie gleichgesetzt. Aber auch Psychologen und Sozialarbeiter/pädagogen in Beratungseinrichtungen, Soziotherapeuten im Rahmen von IV-Verträgen, von ambulanter psychiatrischer Krankenpflege erbringen teilweise Psychotherapie. Das Heilpraktikergesetz ermöglicht eine Zulassung als „Psychotherapeut nach dem Heilpraktikergesetz“, dessen Leistungen von einigen Kassen bezahlt werden. Von zentraler Bedeutung ist die Frage, an welcher Stelle auf dem Kontinuum zwischen leichteren Belastungen oder Befindlichkeitsstörungen bis hin zu schweren psychischen Erkrankungen die Grenze zu ziehen ist, von der an eine Behandlung durch akademisch ausgebildete Psychotherapeuten erforderlich/gerechtfertigt ist.

Morbiditätsorientierter Zugang zu fordern

Für zahlreiche leichtere Belastungen und Befindlichkeitsstörungen gibt es flächendeckend eine Vielzahl von psychosozialen Beratungsstellen in unterschiedlicher Trägerschaft. Es gibt Beratungseinrichtungen mit den Angeboten Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Erziehungsberatung, Krisenintervention, Suchtberatung, Sexualberatung, Beratung für psychisch Kranke; Hochschulen unterhalten psychotherapeutische Ambulanzen für Studierende, Gewerkschaften bieten psychosoziale Beratung an, in größeren Verwaltungen und Unternehmen werden im Rahmen von betrieblichem Gesundheitsmanagement psychosoziale Hilfen angeboten, Volkshochschulen bieten vielfältige Kurse zur Lebensbewältigung an etc. Auch in diesen Einrichtungen sind qualifizierte Fachleute tätig.

Psychotherapie sollte den Patienten vorbehalten bleiben, die im engeren Sinn psychisch krank sind. Die Entscheidung über die Bewilligung von Therapien muss sich an überprüfbaren morbiditätsorientierten Zugangskriterien orientieren. Der Zugang zu Psychotherapie muss durch externen Sachverstand gesteuert werden. Die derzeitige Praxis, bei dem der Gutachter allein auf der Basis von schriftlichen Anträgen Stellung nimmt, hat sich als nicht tauglich erwiesen. Als ein weiteres Kriterium für die Bewilligung von Richtlinienpsychotherapie sollte der Nachweis gefordert werden, dass Hilfeangebote unterhalb der Schwelle von Richtlinienpsychotherapie ausgelotet/ausgeschöpft wurden und sich als nicht geeignet oder nicht ausreichend erwiesen haben.

Politik gefordert

Die Erfahrung zeigt, dass die ärztlichen Selbstverwaltungsorgane bisher nicht in der Lage sind, die dargestellten Fehlentwicklungen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung aus eigener Kraft zu korrigieren. Dringend erforderlich ist ein steuernder Eingriff durch die Politik. Diese scheut aber Konflikte mit einflussreichen Gruppen und zieht sich deshalb gerne auf das hehre Argument zurück, sich nicht in die Belange der Selbstverwaltung einmischen zu wollen. Wenn sich die Politik auch weiterhin um eine Intervention drückt, könnte Heinrich Kunze Recht behalten, wenn er befürchtet, dass eine Situation eintreten könnte, wo die Neugründung von psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten zu einer humanitären Verpflichtung werden müsste, weil sich sonst niemand um die schwer und chronisch Kranken kümmert. Dann wären wir wieder dort gelandet, wo 1975 die Psychiatrie-Enquête ansetzte. □

LITERATUR

unter www.springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. phil. Heiner Melchinger

Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung
Hannover, Klinik für Medizinische Rehabilitation und Geriatrie
Schwemannstr. 19, 30559 Hannover
E-Mail: heiner.melchinger@gmx.de

ONLINE STELLEN!

LITERATUR

- [1] Bakker, H.: In Beitrag: KV Bremen erhöht Druck auf Psychotherapeuten und kauft Sitze auf. Ärztezeitung, 15.07.2009
- [2] Best, D.: Wenig glaubwürdig. Kommentar. Projekt Psychotherapie 4, S. 5, 2010
- [3] Bock, T.: Raus aus Reduktionismus und Bequemlichkeit. Projekt Psychotherapie 3, S. 22-24, 2010
- [4] BPTK Presseerklärung vom 08.02.2011
- [5] DAK Gesundheitsmonitor, Februar 2011
- [6] Dörner, K.: Kranker Kopf oder kranke Gesellschaft? In: Technikerkrankenkasse (Hg.) TK Medienservice. Psychische Störungen, S. 9-12, Hamburg, 2010
- [7] Gallas C./Kächele, H./Kraft, S./Kordy, H./Puschner, B.: Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Psychotherapeut 6, S. 414-423, 2008
- [8] ISEG, Schriften zur Gesundheitsanalyse Band 1: BARMER GEK Arztreport, Asgard-Verlag St. Augustin 2010
- [9] Jacobi, F./Klose, M./Wittchen HU.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 8, 2004
- [10] Linden, M.: Akademische oder nichtakademische Psychotherapie? Verhaltenstherapie 20, S. 165-166, 2010
- [11] Margraf, J.: Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturobwertung. Springer-Verlag, Heidelberg, 2009
- [12] Melchinger, H.: Versorgungsrealität. Schlechte Karten für schwer Kranke (1): NeuroTransmitter 5, S. 25-28, 2010; dito (2) NeuroTransmitter 6, S. 2-4, 2010
- [13] Melchinger, H.: Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der GKV. Gutachten im Auftrag der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Medizinische Hochschule Hannover, 2008
- [14] Meyer, HJ: Beschämend für das System. NeuroTransmitter 2, S. 7, 2009
- [15] Prahm, H.: Es ist Zeit für eine neue Psychiatrie-Enquête. NeuroTransmitter 5, S. 22-23, 2011
- [16] Ruprecht, T.: Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung – Die Sicht der TK. Vortrag. 21. Kammerversammlung der Bundespsychotherapeutenkammer am 25.04.2008
- [17] Techniker Krankenkasse: Gesundheitsreport 2011 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 26
- [18] Waldendzik, A./Rabe-Menssen, C./Lux, G./Wasem, J./Jahn, R.: Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, 2010
- [19] Waldherr, B.: Im Schulterchluss. Projekt Psychotherapie 3, S.11-13, 2010
- [20] Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), Pressemitteilung vom 19.04.11
- [21] Wittchen, HU.: Haben Depressionen wirklich zugenommen – oder werden sie nur häufiger erkannt, diagnostiziert und behandelt? Vortrag. Medizinkongress 2011 von BARMER GEK und Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen am 28.06.2011 in Berlin

DBT bei PTBS nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit

Expositions basiert zu Akzeptanz und Veränderung

Etwa ein Drittel aller Opfer von sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend entwickelt im Laufe des Lebens eine schwerwiegende Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mit einer Vielzahl dysfunktionaler Bewertungsprozesse, Körperkonzepte und Emotionen, die sich häufig in negativen Selbstkonzepten verdichten. Am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim wurde ein dreimonatiges Behandlungskonzept nach den Richtlinien der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT-PTBS) entwickelt und evaluiert.

MARTIN BOHUS, KATHLEN PRIEBE, ANTJE KRÜGER, REGINA STEIL, NIKOLAUS KLEINDIENST



Die Erfahrung sexuellen Missbrauchs in der Kindheit ist länger anhaltend und somit meist bis in das Erwachsenenalter folgen-schwer. Mit der DBT-PTBS gibt es nun ein Behandlungskonzept für komplexe posttraumatische Belastungsstörungen im Erwachsenenalter.

Die Erfahrung von sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend (childhood sexual abuse; CSA) prädisponiert für die Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter [1]. So weisen, laut einer kürzlich publizierten prospektiven Kohortenstudie, Personen mit CSA etwa 2,5-mal häufiger eine Achse-I-Störung (18,4 vs. 7,0 %) und circa 5-mal häufiger eine Achse-II-Störung (3,6 vs. 0,7 %) auf als Menschen, denen diese Erfahrung erspart blieb [2]. Die Wahrscheinlichkeit eine PTBS zu entwickeln liegt bei Opfern von CSA zwischen 29 % und 35 % [3–6]. Dabei ist die PTBS nach CSA kaum mit einer PTBS nach Traumatisierungen im Erwachsenenalter zu vergleichen. Sexuelle Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend ist in den meisten Fällen länger anhaltend, und die Täter finden sich im näheren Umfeld der Familie wieder. Die Betroffenen sind also gezwungen, die frühen sexuellen (Gewalt)-Erfahrungen als „normal“ zu bewerten, um so das intrafamiliäre Bezugssystem als „normal“ zu attribuieren. Zudem wenden die Täter in aller Regel Vertuschungsstrategien an, indem sie den Kindern die Rolle von Komplizen zuweisen. Entsprechend ist die sich entwickelnde Psychopathologie geprägt von einer Vielzahl dysfunktionaler Bewertungsprozesse, Körperkonzepte und Emotionen, die sich schließlich in äußerst negativen Selbstkonzepten verdichten. Schuldgefühle, Scham und Ekel gegenüber dem eigenen Körper sind neben Intrusionen, dissoziativen Phäno-

menen und Suizidalität die häufigsten Probleme [7–9]. Zur nosologischen Abgrenzung dieser Symptomatik von der adulten PTBS werden in der Fachliteratur die Diagnosevorschläge der „komplexen PTBS“ oder „Disorder of extreme Stress not otherwise specified“ (DESNOS) diskutiert [10, 11]. Wie schwerwiegend sich diese Störungen auf die Betroffenen auswirken können, zeigen die Daten einer konsekutiv erhobenen Stichprobe von 84 Patientinnen, die sich für eine psychotherapeutische Behandlung ihrer PTBS nach sexuellem Missbrauch am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim angemeldet hatten [Bohus et al., eingereicht]: Die im Mittel 35-jährigen Patientinnen erfüllten neben der PTBS noch die Kriterien von vier weiteren Achse-I-Erkrankungen. Nur 12% konnten einer geregelten Arbeit nachgehen, die Global Assessment of Functioning-Skala (GAF) ergab im Mittel einen Wert von 41. Nahezu alle Patientinnen hatten viele Jahre ambulante Therapie und zahllose Klinikaufenthalte ohne relevante Verbesserung der Symptomatik hinter sich.

Empirisch wenige Therapien gesichert

Die Datenlage zur empirisch gesicherten psychotherapeutischen Behandlung der PTBS nach CSA ist relativ dünn – trotz der hohen klinischen Relevanz. Dies liegt insbesondere daran, dass in vielen Studien zur Psychotherapie der PTBS schwere komorbide Symptome wie zum Beispiel Dissoziation oder selbstverletzendes Verhalten, die für die PTBS nach CSA typisch sind, ausgeschlossen werden [12–14]. Entsprechend sind auch Behandlungsleitlinien von Unsicherheit geprägt. Während hinsichtlich der „non-komplexen“ PTBS die Autoren großer Meta-Analysen [14–16] und internationale Leitlinien (z.B. [17–19]) recht übereinstimmend traumafokussierende kognitiv-behaviorale Behandlungsverfahren beziehungsweise Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) empfehlen, scheint die Diskussion um die adäquate Behandlung der PTBS nach CSA in der Fachwelt stark von Emotionen geleitet. Unklar ist insbesondere, ob expositionsbasierte Verfahren angewendet werden können und ob dabei eventuell Modifikationen gegenüber dem Standardvorgehen notwendig sind.

Im deutschsprachigen Raum wird meist eine ausgiebige Vorbereitungsphase – eine „Stabilisierung“ – vor der Expositionsphase empfohlen (z.B. [20]), teilweise sogar der Verzicht auf die Exposition [21], obgleich in der zugrunde liegenden Studie kein Wirksamkeitsnachweis von rein stabilisierenden Maßnahmen erbracht wurde. In der 2011 aktualisierten Leitlinie PTBS der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) [22] wird gegenüber der früheren Version [23] stärker die Bedeutung der Exposition betont. Trotz der generellen Verschiebung hin zu einem traumafokussierten Vorgehen wird bei stärker expositionsbasierten Methoden auf erhöhte Abbruchraten und mögliche adverse Effekte hingewiesen. Eine Meta-Analyse fand jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den Abbruchraten verschiedener traumafokussierender Methoden [24].

Der in Deutschland häufig mit Traumatherapie assoziierte, jedoch wissenschaftlich kaum definierte und untersuchte Begriff der „Retraumatisierung“ verstärkt die Befürchtungen der Kliniker im Zusammenhang mit dem Einsatz traumafokussierter Methoden. Trotz der wissenschaftlichen Evidenz für die Wirksamkeit expositionsbasierter Methoden (zumindest in Bezug auf die Folgen von singularer Traumatisierung im Erwachsenenalter) herrscht in der klinischen Praxis eine generelle Skepsis [25, 26]. Als Gründe werden Schwierigkeiten mit einem manualisierten Vorgehen, geringe Kenntnis sowie Angst vor einer Symptomzunahme angeführt [27]. Stationär wie ambulant werden Patienten mit PTBS nach CSA deshalb im deutschsprachigen Raum selten mit traumafokussierende Methoden behandelt.

Entwicklung eines empirisch gesicherten Programms

Angesichts dessen entwickelten wir in enger Absprache mit M. Linehan ein manualisiertes Programm (Tabelle 1), das spezifisch auf die Behandlung der Folgen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit zielt. Es ist auf klinisch „schwerste Fälle“ zugeschnitten, also für Patienten mit komorbider Borderline-Störung, schwerer dissoziativer Symptomatik,

Selbstverletzungen etc. Andererseits können auch Patienten behandelt werden, die an den langjährigen Folgen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit leiden, ohne dass sie das Vollbild einer Borderline-Störung entwickelt haben. Es handelt sich um ein dreimonatiges stationäres multimodulares Programm, basierend auf den Prinzipien und Methoden der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) und traumaspezifischen kognitiv-behavioralen Methoden. Hinzu kommen einige neu entwickelte, primär körpertherapeutische Interventionen. Wir haben mittlerweile über 300 Patienten (95% Frauen) entsprechend behandelt. Im Rahmen einer Pilotstudie erhoben wir zunächst prä-post-Daten an 29 konsekutiv, das heißt nicht selektiert aufgenommenen Frauen. Keine Patientin zeigte eine Verschlechterung der Symptomatik. Die prä-post-Effektstärken für die traumaspezifische Symptomatik, gemessen mit der Posttraumatischen Diagnoseskala (PDS; [28]) sechs Wochen nach Entlassung, sprechen für eine sehr gute Wirksamkeit (Cohens $d = 1.22$; vgl. [29]). Dies schuf die Voraussetzungen, um die Wirksamkeit der DBT-PTSD im Rahmen einer DFG-geförderten randomisiert- und Wartelisten-kontrollierten Studie zu überprüfen. Die Ergebnisse der Vorstudie konnten bestätigt beziehungsweise weitgehend übertroffen werden [Bohus et al., eingereicht]. Damit liegt nun erstmals ein empirisch abgesichertes Behandlungsprogramm für Patienten mit schwerer PTBS nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit und schwerwiegender Komorbidität wie etwa Borderline-Störungen vor.

Theoretischer Hintergrund

Die Behandlung der PTBS nach CSA erfordert den zusätzlichen Umgang mit sekundären Emotionen wie Scham, Selbsthass und Schuld, sowie von Ekel, der sich auf den eigenen Körper bezieht [30]. Zudem haben die meisten Patientinnen die kognitiv-emotionalen Folgen des Missbrauchs als negatives Selbstkonzept integriert und sich in sozialen Umgebungen etabliert, die diese Selbstkonzepte häufig verstärken. Die Behandlung dieses komplexen Störungsbildes erfordert also einerseits eine detaillierte, individuelle Analyse der jeweiligen aufrecht-

erhaltenden Bedingungen, andererseits erfordert die knapp bemessene Zeit unter stationären Bedingungen eine Konzentration auf die Bearbeitung des originären Traumas. Die DBT-PTBS versteht sich daher als ein stationäres Intensivprogramm im Rahmen einer längeren ambulanten Behandlung, welche die eventuell notwendige Vor- und Nachar-

beit leistet. Diese ambulanten Komponenten sind noch nicht standardisiert und werden in der Regel von den einweisenden Psychotherapeuten durchgeführt.

Therapieziele

Das Ziel einer erfolgreichen PTBS-Behandlung ist aus unserer Sicht die Linderung der Folgen der erlebten Traumata.

Dazu ist es in erster Linie nötig zu lernen, dass traumaassoziierte Emotionen im gegenwärtigen Kontext relativiert werden können. Die automatisierte Verknüpfung von Emotionen wie Angst, Ekel oder Ohnmacht oder auch sexueller Erregung an ein komplexes Netzwerk von traumaassoziierten Gedanken, Emotionen und Verhaltensmustern ist zu lösen, adäquate realitätsbezogene Bewertungsprozesse sollen ermöglicht werden.

Erinnerungen an das Erlebte und damit verbundene aversive Emotionen werden also bleiben, aber als erträglich, weil vergangen erlebt werden. Vergleichbar mit einer Mutter, die den Tod ihres Kindes erleben musste – auch sie wird, wenn sie sich im Laufe ihres Lebens an dieses Kind erinnert, einen kurzen Moment der Trauer verspüren, der fortan zu ihrem Leben gehört, aber dieses nicht unbedingt prägen muss. Der zentrale Schritt zu diesem Ziel ist die Akzeptanz des erlebten Traumas, so wie es war, um dabei zeitgleich zu erleben, dass die initialen, also während des Traumas aktivierten Emotionen wie Ohnmacht, Ekel oder Angst, bei der Erinnerung an das Ereignis zwar kurz anklingen, sich jedoch rasch nivellieren, weil sie im gegenwärtigen Kontext nicht mehr von Relevanz sind.

Akzeptanz und Veränderung in Balance

Um diesen Prozess einzuleiten, ist es zunächst nötig, dysfunktionale Bewältigungsstrategien aufzugeben, die bislang eingesetzt wurden, um emotional gefärbte Erinnerungen an das Trauma zu blockieren. Die von M. Linehan für die Standard-DBT propagierte Balance von „Acceptance and Change“ [31] ist also in der traumaspezifischen Behandlung besonders wichtig. Das gesamte Behandlungsprogramm ist so konzeptualisiert, dass akzeptanzbasierte Verfahren wie Übungen zur inneren Achtsamkeit und veränderungsorientierte Verfahren wie kognitive Umstrukturierung ineinander greifen. Diese Grundhaltung durchzieht die Komposition der einzelnen Behandlungsmodule wie etwa Edukationsprogramme zur pathogenetischen Bedeutung von Meidung, die mit täglichem Training von innerer Achtsamkeit kombiniert werden. Aber auch in der Methodik und Dynamik der Einzeltherapie

DBT-PTBS		Tabelle 1
Ziel:	Rasches Erreichen der Akzeptanz des Ereignisses und zeitgleich der Revision dysfunktionaler Bewältigungsstrategien	
Setting:	Voll- oder teilstationär	
Dauer:	Zwölf Wochen zuzüglich vor- und nachstationärer Phasen	
Behandlungsteam:	Multiprofessionell	
Aufbau:	Fünf Phasen, aufeinander aufbauend, aber je nach Behandlungsverlauf dynamisch modifizierbar	

Indikation und Kontraindikationen der DBT-PTBS		Tabelle 2
Indikation:	<ul style="list-style-type: none"> — Symptomatik einer PTBS plus — Schwere Störungen der Emotionsregulation 	
Kontraindikationen:	<ul style="list-style-type: none"> — Letzter lebensgefährlicher Suizidversuch oder medizinisch schwerwiegende hochfrequente Selbstverletzungen oder lebensgefährliches Hochrisikoverhalten vor weniger als vier Monaten — Psychopathologien, die eine Behandlung in einem anderen Setting erfordern, zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none"> – drohende Entzugssymptomatik bei aktueller Alkohol- oder Substanzabhängigkeit – Anorexie mit einem BMI kleiner 16 — Akute Psychose — Aktuelle manische Episode — Schwere Demenz — Internistische Erkrankungen, bei denen ein erhöhtes Erregungsniveau während der Exposition problematisch ist (z.B. schwere kardiovaskuläre Erkrankungen) 	

Parameter, die eine erfolgreiche Exposition gegenüber dem sogenannten Indextrauma potentiell behindern könnten		Tabelle 3
	<ul style="list-style-type: none"> — Motivationale Faktoren (intrapsychische und soziale Hindernisse) — Automatisierte kognitive, emotionale und behaviorale Meidungs- und Escapestrategien — Neurophysiologische Parameter, die emotionales Lernen behindern (Dissoziation, sedierende oder das Lernen beeinträchtigende Substanzen, schwere Depression etc.). 	

findet sich diese Balance wieder, indem etwa gezielt darauf hingearbeitet wird, sekundäre Emotionen wie Schuld („Ich bin dafür verantwortlich, dass mein Vater mich missbraucht hat, ich hätte mich ja besser wehren können.“) aufzulösen und die Akzeptanz primärer, traumaassoziierter emotionaler Wahrnehmung zu fördern („Ich war zum Zeitpunkt des Traumas tatsächlich völlig ohnmächtig und wehrlos – aber das ist Vergangenheit.“). Die dialektische Grundprämisse achtsamkeitsbasierter Verfahren „Das Leiden reduziert sich mit der Akzeptanz des Schmerzes“ wirkt auch hier: Das Akzeptanz der Ohnmacht reduziert auch die Macht der Schuld und deren verheerende Wirkung auf das Selbstkonzept der Betroffenen. Die DBT-PTBS vermittelt den Patientinnen also einen dialektischen Blick auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung: „Oft werden Lösungsversuche zum Problem“, indem die von den Opfern entwickelten

Bewältigungsstrategien im Laufe der Jahre zu pathogenetisch relevanten Faktoren werden. Daher liegt es primär in der Hand des Betroffenen, die jeweiligen dysfunktionalen Bewältigungsstrategien aufzugeben, um sich neuen Erfahrungen zu öffnen („Die Opfer haben die Taten nicht verursacht, aber sie müssen daran arbeiten, die verheerenden Folgen zu reduzieren.“).

Struktur der DBT-PTBS

Die DBT-PTBS ist als zwölfwöchige voll- oder teilstationäre Behandlung konzipiert. Eine Modifikation für das ambulante Setting wird derzeit erstellt. Wir halten es für sinnvoll, eine homogene Störungsgruppe und ein multiprofessionelles Behandlungsteam aus ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten, Pflegekräften, Körpertherapeuten und Sozialarbeitern zu etablieren.

Zentral ist ein sorgfältiges Kontingenzmanagement. Das gesamte Behand-

lungsteam wird trainiert, erwünschtes Verhalten, zum Beispiel die Bewältigung einer schwierigen Situation mit Hilfe von Skills, gezielt zu verstärken, etwa durch soziale Aufmerksamkeit. Auf der anderen Seite wird Problemverhalten, zum Beispiel Selbstverletzungen, dissoziative Anfälle, Essanfälle, so wenig wie möglich mit sozialer Aufmerksamkeit belegt. Konsequenzen, die auf eine Verletzung des Behandlungsvertrags folgen, sind klar und abhängig von dem Schweregrad des Verstoßes. Problemverhaltensweisen, wie beispielsweise Selbstverletzung, werden mit einer zwei Stunden dauernden Auszeit („Time-Out“) belegt. In dieser Zeit erstellt die Patientin abgeschieden in ihrem Zimmer eine detaillierte Verhaltens- und Lösungsanalyse zum jeweiligen Problemverhalten. Diese werden mit einer Pflegekraft beziehungsweise Mitpatienten besprochen, um Verhaltensalternativen zu finden und diese umzusetzen. Bei wiederholtem Problemverhalten können

Anzeige

notfalls größere Time-Out-Zeiträume vereinbart werden.

Das stationäre Behandlungsprogramm DBT-PTBS ist so strukturiert, dass das Ziel der Akzeptanz des Ereignisses und die zeitgleiche Revision dysfunktionaler Bewältigungsstrategien so rasch als möglich erreicht und gefördert wird. Im Zentrum steht dabei die gezielte Exposition mit dem als maximal aversiv erlebten Ereignis, das sogenannte Indextrauma, und den damit verbundenen primären Emotionen. In aller Regel handelt es sich dabei um Hilflosigkeit, Erniedrigung, Angst, Ohnmacht, Ekel oder auch ungewollte sexuelle Erregung. Die Patientin soll erleben, dass dieses Ereignis erinnert und kommuniziert werden kann.

Beispiele für optionale, individuell zugeschnittene Interventionen

Bei starkem Ekel

Ein Diskriminierungstraining soll die Belastung durch situative Auslöser traumabezogener Gefühle wie zum Beispiel Gerüche, Getränke oder Personen senken. Die Patientin lernt, bei Konfrontation mit diesen Auslösern ihre Aufmerksamkeit nicht auf die Gemeinsamkeiten mit der traumatischen Situation (gleiches Rasierwasser wie der Täter), sondern auf allen sensorischen Ebenen auf die Unterschiede zu damals zu fokussieren (z. B. Aussehen des Mannes, eigenes Aussehen, Anblick der Umgebung, Geräusche, Temperatur).

Bei intensiven Alpträumen

Das Imagery Rehearsal Training nach Krakow [35] reduziert die Häufigkeit von Alpträumen sowie die mit diesen einhergehende Belastung und verbessert die Schlafqualität. Die Patientin erarbeitet für einen häufigen Alptraum ein neues Ende (anyway you wish) und lernt, dieses Ende zu imaginieren. Danach wird der gesamte Traum mit dem veränderten Ende täglich bis zur Besserung der Symptomatik imaginiert.

Schlafstörungen zeigen eine deutliche Assoziation mit der PTBS-Symptomatik und allgemeiner Gesundheit [36], bei Bedarf wird ein umfassendes Schlafhygienemanagement eingesetzt.

Die jeweils erlebten (primären) Emotionen können reaktiviert werden, aber sie entsprechen nicht mehr den gegenwärtigen realen Bedingungen.

Behandlungsphasen der DBT-PTBS

Die DBT-PTBS gliedert sich in fünf Phasen. Phase 2, 3 und 4 werden im stationären Setting durchgeführt, die Phasen 1 und 5 erfolgen prä- beziehungsweise post-stationär:

Phase 1 (vorstationär): Hier erfolgt die operationalisierte Diagnostik: Wie ausgeführt, richtet sich die DBT-PTBS an Patientinnen, die unter der Symptomatik einer PTBS und schweren Störungen der Emotionsregulation leiden.

Ausgeschlossen werden Patientinnen mit Psychopathologien, die eine Behandlung in einem anderen Setting erfordern, zum Beispiel drohende Entzugssymptomatik bei aktueller Alkohol- oder Substanzabhängigkeit oder Anorexie mit einem BMI kleiner 16 (weitere Kontraindikationen in Tabelle 2). Die wichtige Frage, welche Voraussetzungen Patientinnen mit PTBS erfüllen müssen, um gefahrlos an dieser expositionsbasierten Therapie teilzunehmen, wurde gründlich diskutiert und operationalisiert. Wir orientieren uns an der von M. Linehan konzeptualisierten Skalierung der Borderline-Schweregrade [31] und entwickelten ein Interview zur Einschätzung von Ausmaß und Gefährlichkeit dysfunktionaler Verhaltensmuster (Severe Behavior Dyscontrol Interview; SBDI, [32]). Hierbei werden jeweils Risiko, Intention und Methodik von Suizidversuchen, Selbstverletzungen, Hochrisikoverhalten und aggressiven Durchbrüchen der letzten zwölf Monate erfasst und quantifiziert. Für die Aufnahme in das DBT-PTBS-Programm setzen wir voraus, dass der letzte lebensgefährliche Suizidversuch oder medizinisch schwerwiegende hochfrequente Selbstverletzungen oder lebensgefährliches Hochrisikoverhalten (etwa Sitzen auf Bahngleisen) vor mindestens vier Monaten stattgefunden haben. Gelegentliche Selbstverletzungen, die keiner chirurgischen Akutversorgung bedürfen, stellen also keine Kontraindikation dar. Das gleiche gilt für dissoziative Symptomatik und gelegentliche Intoxikationen. Hier muss allerdings darauf hingewiesen werden,

dass das Programm gegenwärtig unter stationären Bedingungen und von einem gut eingespielten Team durchgeführt wurde, und daher ein hohes Maß an Sicherheit gewährleistet ist. Unter diesen Bedingungen fanden wir keine Exazerbation von Selbstverletzungen während oder nach der Expositionsbehandlung.

Etwa drei Wochen vor der stationären Aufnahme wird den Patientinnen eine von unserer Arbeitsgruppe entwickelte CD-ROM zugesandt, mit der Bitte, sich die entsprechenden Fertigkeiten zur Stress- und Emotionsregulation im Selbsthilfverfahren anzueignen [33].

Phase 2 (drei Wochen stationär): In diesen ersten drei stationären Wochen wird eine genaue Analyse derjenigen Parameter erstellt, welche eine erfolgreiche Exposition gegenüber dem sogenannten Indextrauma potenziell behindern könnten (Tabelle 3). Als Indextrauma definiert die DBT-PTBS dasjenige Ereignis, das gegenwärtig die intensivsten Intrusionen hervorruft, und dessen Erinnerung von der Betroffenen am heftigsten gemieden wird. Auf der Basis dieser individualisierten Problem- und Bedingungsanalysen wird die Behandlungsplanung konzeptualisiert und, nach drei Wochen, in Gegenwart der Patientin im Team diskutiert.

Während dieser Phase erfährt die Patientin im Rahmen der Psychoedukationsgruppe theoretisches Hintergrundwissen, sie erarbeitet sich die relevanten Fertigkeiten zu Stressregulation (Skills), nimmt täglich an Gruppen zur Förderung der inneren Achtsamkeit sowie an einem Sportprogramm zur Verbesserung von Kraft und Ausdauer teil.

Phase 3 (sieben Wochen stationär): In den ersten zwei Wochen dieser Phase werden die in Phase 1 identifizierten problematischen Verhaltens- und Erlebensweisen bearbeitet, welche die Durchführung einer erfolgreichen Exposition behindern würden. Die vielen verschiedenen Parameter erfordern breit gefächerte therapeutische Methoden. Das reicht vom Paargespräch, zum Beispiel wenn davon auszugehen ist, dass der Partner sich nach der Therapie auf ein verändertes Rollen- und Sexualverständnis einzustellen hat, über die kognitive Bearbeitung dysfunktionaler Schuld, das Diskrimina-

tionstraining bei intensivem Ekel, die Vermittlung von Stress-Toleranz-Skills bei Selbstverletzungen, das Kontingenzmanagement bei restriktivem Ess- und Trinkverhalten bis zum Selbstmanagement dissoziativer Episoden.

In den folgenden fünf Wochen steht die formale, Skills-unterstützte Exposition mit Erinnerungen an das Indextrauma im Mittelpunkt. Nach dem formalen Bericht über das Ereignis und dem Erarbeiten damaliger und heutiger traumabezogener Gefühle verfasst die Patientin zunächst einen schriftlichen Bericht und liest diesen der Therapeutin vor. Dies dient dazu, bereits auf niedrigem Stress-Level potenzielles Meidungsverhalten zu identifizieren und entsprechend zu intervenieren. Während der nun folgenden in-sensu-Exposition (detaillierte imaginative Aktivierung des Ereignisses) achtet die Therapeutin sehr genau darauf, dass die Balance zwischen emotionaler Aktivierung und Realitätsbezug gewährleistet ist („Skills-unterstützte Exposition“). Die Therapeutin führt die Patientin sehr eng und versucht, einerseits die traumaassoziierten primären Emotionen so intensiv als möglich zu aktivieren, und zeitgleich den Bezug zur Realität aufrecht zu erhalten. Neigt die Patientin dazu, unter emotionaler Belastung zu dissoziieren (und dies ist häufig der Fall), so wird etwa die Exposition im Stehen, auf einem Schaukelbrett beziehungsweise unter Anwendung anderer antidissoziativer Skills durchgeführt. Der Realitätsbezug kann durch kognitive Interventionen oder durch sensorische Stimulationen (laute Geräusche, Händedruck, Gerüche etc.) verstärkt werden. Akzeptanzfördernde Einsichten der Patientin („Ich bin tatsächlich klein, und habe keine Chance mich zu wehren.“) können gegebenenfalls von den Therapeuten unter Rückbezug auf die heutige Gegenwart verstärkt werden („Das stimmt, Sie hatten damals keine Verantwortung für diese Vergewaltigung, könnten Sie sich heute wehren?“). Während der gesamten Exposition kontrolliert die Patientin ihre subjektive Belastung („Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie hoch ist ihre Belastung jetzt?“). Da die wissenschaftliche Datenlage bezüglich der Notwendigkeit von Habituation während der Exposition uneinheitlich ist, beenden wir derzeit die Exposition nach etwa 40 Mi-

nuten, auch wenn noch keine messbare „in-session“-Habituation stattgefunden hat.

Die gesamte Therapiestunde wird auf einem Tonträger aufgezeichnet, damit die Patientin bis zur nächsten Einzeltherapie (in zwei bis vier Tagen) täglich über circa 60 Minuten die entscheidenden Passagen hören und sich erneut exponieren kann. Um eine spontane Dissoziation zu verhindern, setzen sich viele Patientinnen an Fitnessgeräte wie Fahrräder, Laufbänder oder auch Rudergeräte, während sie sich über Kopfhörer exponieren. Das Ausmaß der subjektiven Belastung sowie der Drang zu dysfunktionalem Verhalten (Schneiden, Erbrechen, etc.) wird engmaschig im Selbstmanagement gemonitort, und mittels Skills kupiert. Erfahrungsgemäß erfolgt die Habituation zwischen den Sitzungen (between-session habituation), so dass sich nach etwa fünf bis acht Sitzungen die emotionale Belastung während der Exposition erheblich reduziert. Exposition in vivo setzen wir, wenn möglich, ein. Die Patientin besucht beispielsweise den Ort der Traumatisierung beziehungsweise konfrontiert sich in Begleitung der Therapeutin und zunehmend alleine mit Situationen, die bislang vermieden wurden, zum Beispiel Kontakt zu Männern, die äußerlich dem Täter ähneln, männlicher Schweißgeruch, Besuche beim Gynäkologen etc. Insbesondere die emotionale Meidung verringert sich, ebenso wie die typischen dysfunktionalen Emotionen Schuld, Scham und Ekel. Die Verbesserung der Akzeptanz geht oft mit einer Phase der Trauer einher, der ausreichend Platz gegeben werden sollte.

Falls noch Zeit bleibt (in circa 60 % der Fälle), kann das nächste Indextrauma in Angriff genommen werden. Wir haben klinisch den Eindruck, dass die Bearbeitung des zweiten Traumas dann wesentlich schneller erfolgt und weniger belastend erscheint. Die Auswertung der Daten wird zeigen, ob sich unser klinischer Eindruck bestätigt, dass die Bearbeitung von einem oder zwei zentralen traumatisierenden Ereignissen die Gesamtsymptomatik klinisch relevant verbessert.

Der gesamte Therapieverlauf wird engmaschig durch den wöchentlichen Einsatz der PDS [29]) sowie Ratings vor und nach jeder Einzeltherapie überwacht. Zeigen sich nach vier bis fünf Expositi-



onsbehandlungen keine relevanten Veränderungen, erfolgt, in Zusammenarbeit mit der Patientin, eine sorgfältige Problemanalyse. In den meisten Fällen können so verdeckte Meidungsprozesse identifiziert und bearbeitet werden.

Optional werden weitere auf die individuelle Symptomatik zugeschnittene Interventionen eingesetzt (siehe Kasten). Zusätzlich zur Einzeltherapie nimmt die Patientin an Gruppentherapiemodulen teil. Eine besondere Bedeutung kommt unseres Erachtens der Körpertherapie zu, wenn auch bislang keine Komponentenanalysen dazu stattfanden. Gerade nach sexuellen Gewalterfahrungen ist der Bereich des Körpers und der Sexualität mit traumabezogenen Erinnerungen und Gefühlen verbunden. Viele Patientinnen ekeln sich vor ihrem Körper und haben Schwierigkeiten bei der Körperpflege. Körpertherapeutische Interventionen im Rahmen der DBT-PTBS zielen auf die Verbesserung des Körpererlebens und der Körperakzeptanz sowie langfristig des sexuellen Erlebens. Hier kommen insbesondere Übungen zur achtsamkeitsbasierten Körperwahrnehmung sowie kognitiv geleitete Spiegelexposition zum Tragen [34].

Phase 4 (zwei Wochen stationär): In dieser Phase der Behandlung wird die Entlassvorbereitung forciert: Im Mittelpunkt der Therapie stehen nun Prozesse zur Umsetzung des veränderten Selbst- und Körperkonzeptes im sozialen Rahmen. Möglicherweise toxische Partnerschaften müssen überdacht werden, jahrelange Berentung oder Berufsunfähigkeit erfordert eine sorgsame Planung des Wieder-

einstieges. Diese Prozesse können einerseits optimistisch stimmen, andererseits, weil die Pfade des Gewohnten verlassen werden, auch beängstigend erscheinen. Sehr viele Verhaltensexperimente in der Praxis stehen auf der Tagesordnung, eventuell noch abschließende Expositionen in vivo (Aufsuchen des Ortes der Traumatisierung) etc. Nicht wenige Patienten müssen in dieser Zeit ausgeprägte agoraphobische Verhaltensmuster (Zugfahrten, Einkaufen etc.) ablegen und neue Wirkungskreise erobern. Spätestens zu diesem Zeitpunkt erfolgt die genaue Abstimmung mit dem weiterbehandelnden Therapeuten.

Phase 5 (sechs Wochen nach Entlassung): Auch wenn es sich hier nur um eine einstündige Sitzung handelt, um den Verlauf nach der Entlassung von Station zu reflektieren, ist dieser Termin therapeutisch sehr relevant: Die Patientinnen erhalten zum Entlasstermin meist dezidierte „Aufträge“, die sie in diesen sechs Wochen umsetzen sollen. In der schwierigen Phase der Neuorientierung ist dieser Termin daher sehr hilfreich.

Dynamische Hierarchisierung der Behandlungsfoki

Wie ausgeführt, gliedert sich die stationäre DBT-PTBS in fünf Behandlungsphasen, die aufeinander aufbauen, und im Idealfall auch in dieser Reihenfolge zur Anwendung kommen. Wie bei komplexen Störungsbildern üblich, unterliegt der Behandlungsverlauf jedoch multiplen Störvariablen: Manche Patientinnen greifen während der Exposition auf dysfunktionale Bewältigungsstrategien zurück und beginnen, wieder zu erbrechen oder zu schneiden. Manchmal tauchen externe Störvariablen auf, wenn etwa ein Zuhälter die Patientin bedroht, weil er erfahren hat, dass sie nach der Therapie nicht mehr für ihn arbeiten will. Bisweilen intervenieren Partner, die über allzu rasche Veränderung ihrer patriarchalversorgenden Rolle besorgt sind, und manchmal erfährt man erst im Laufe der Therapie, dass die Patientin vor der Aufnahme doch große Mengen Benzodiazepine eingenommen hat, ohne dies zu berichten. Um den Anforderungen dieser häufig wechselnden Parameter gerecht zu werden, und andererseits das

zentrale Ziel nicht aus den Augen zu verlieren, hat die DBT-PTBS eine dynamische Behandlungshierarchie entwickelt. Grundprinzip ist, dass nur diejenigen Probleme vor der Behandlung der Kernsymptomatik der PTBS bearbeitet werden, welche

- entweder das Leben oder die Gesundheit des Patienten oder
- die Durchführbarkeit der Therapie gefährden, und welche
- die Wirksamkeit der Interventionen für die PTBS massiv beeinträchtigen (wie beispielsweise Dissoziation oder Drogenkonsum, welche das Lernen allgemein beeinträchtigen).

Wann immer ein höherrangiges Problemverhalten erneut auftritt, wird es wieder in den Fokus genommen.

Zusammenfassung

Mit der DBT-PTBS liegt erstmals ein empirisch abgesichertes manualisiertes Behandlungskonzept für komplexe Störungen nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit vor. Das Behandlungsprogramm ist entsprechend der modernen Therapieentwicklung als multimodularer Algorithmus konzipiert. Die Komposition der jeweiligen Interventionen orientiert sich an Schweregrad, individueller Motivationslage und spezifischen aufrechterhaltenden Bedingungen. Im Zentrum steht jedoch die Skillsunterstützte Exposition gegenüber den primären, also während der Traumatisierung erlebten Emotionen, und deren Relativierung im gegenwärtigen Kontext. Die derzeitige Datenlage wurde unter stationären Bedingungen und einem gut eingespielten Behandlungsteam erhoben. Ob unter ambulanten Bedingungen ähnliche Ergebnisse zu erzielen sind, werden zukünftige Studien zeigen. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Martin Bohus
Dipl.-Psych. Kathlen Priebe
Dipl.-Psych. Antje Krüger
Dr. Dipl.-Psych. Regina Steil
Dr. Dipl.-Stat. Nikolaus Kleindienst
 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
 Mannheim
 J5, 68195 Mannheim

Online stellen!

LITERATUR

- [1] Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 647-657
- [2] Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR et al. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl* 2010; 34: 813-822
- [3] Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 626-632
- [4] Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-1060
- [5] Maercker A, Forstmeier S, Wagner B et al. Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt* 2008; 79: 577-586
- [6] Perkonig A, Kessler RC, Storz S et al. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 46-59
- [7] Cloitre M, Scarvalone P, Difede JA. Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *J Trauma Stress* 1997; 10: 437-452
- [8] Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S et al. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 83-93
- [9] Zlotnick C, Zakriski AL, Shea MT et al. The long-term sequelae of sexual abuse: support for a complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1996; 9: 195-205
- [10] Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992; 5: 377-391
- [11] Van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005; 18: 389-399
- [12] Bradley R, Greene J, Russ E et al. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 214-227
- [13] Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectr* 2009; 14: 32-43
- [14] Spinazzola J, Blaustein M, van der Kolk BA. Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *J Trauma Stress* 2005; 18: 425-436
- [15] Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18: CD003388
- [16] Bisson JI, Ehlers A, Matthews R et al. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 97-104
- [17] Foa E, Keane T, Friedman M et al. *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press; 2005
- [18] Forbes D, Creamer M, Phelps A et al. *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder*. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41: 637-648
- [19] National Collaborating Centre for Mental Health. *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Gaskell and the British Psychological Society; 2005
- [20] Frommberger U, Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F4). In: *Vorderholzer U, Hohagen F, Hrsg: Therapie psychischer Erkrankungen*. München: Urban & Fischer; 2011: 209-218
- [21] Lampe A, Mittmansgruber H, Gast U et al. Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatr* 2008; 22: 189-197
- [22] http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051010I_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung.pdf (17 Mai 2011)
- [23] Flatten G, Gast U, Hofmann A et al. *Posttraumatische Belastungsstörung Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2004
- [24] Hembree EA, Foa EB, Dorfman NM et al. Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *J Trauma Stress* 2003; 16: 555-562
- [25] Pitman RK, Altman B, Greenwald E et al. Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 17-20
- [26] Cahill SP, Foa EB, Hembree EA et al. Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2006; 19: 597-610
- [27] Becker CB, Zayfert C, Anderson E. A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behav Res Ther* 2004; 42: 277-292
- [28] Steil R, Mitte K, Ehlers A. *Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)*. Universität Jena, Institut für Psychologie. Unveröffentlichtes Manuskript; in Vorbereitung
- [29] Steil R, Dyer A, Priebe K, Kleindienst N. et al. *Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Sexual Abuse: A Pilot Study of an residential program*. *Journal of Traumatic Stress* 2011; 24(1):102-6
- [30] Rusch N, Lieb K, Gottler I, et al. Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164:500-508
- [31] Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.; 1993
- [32] Borgmann E, Bohus M. *SBDI: Severe Behavioral Dyscontrol Interview*. Interview zur Erfassung schwerwiegender Störungen der Verhaltenskontrolle, from www.zi-mannheim.de/materialien.html; 2008
- [33] Bohus M, Wolf M. *Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten*. Die CD-ROM für Betroffene. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2009
- [34] Bohus M, Brokuslaus I. *Körpertherapie im Rahmen der Dialektisch Behavioralen Therapie*. In: Rimmel A ed, *Handbuch Körper und Persön-*
- [35] Krakow B, Neidhardt J. *Alpträume erfolgreich behandeln*. Niedernhausen: Falken-Verlag; 1995
- [36] Belleville G, Guay S, Marchand A. Impact of sleep disturbances on PTSD symptoms and perceived health. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:126-132

Klinische Psychopharmakologie

Nur noch Stiefkind der Psychiatrie?

Ab Mitte der 1950er-Jahre erlebte die Psychopharmakologie einen rasanten Aufstieg. Jetzt steckt sie in der Krise – die großen Würfe bei pharmakologischen Innovationen bleiben mehr und mehr aus. Das hat viele Gründe.

ARMIN SZEGEDI*

Als Mitte der 1950er-Jahre wirksame medikamentöse Therapien zur Behandlung psychiatrischer Störungen eher zufällig denn zielgerichtet entdeckt wurden, erlebte die damit sprunghaft zu Bedeutung gelangte Disziplin der Psychopharmakologie einen rasanten Aufstieg. Rasch wurde klar, dass nunmehr wirksame Behandlungen für vormals kaum oder nicht behandelbare Störungsbilder zur Verfügung standen, etwa im Bereich der Schizophrenie oder der affektiven Störungen. Ihre Verfügbarkeit veränderte die Prognose für die Betroffenen in oft fundamentaler Weise.

Wichtiger Beitrag zur Integration

Historisch betrachtet haben wirksame Psychopharmakotherapien einen entscheidenden Beitrag für eine effektive soziale Integration dieser Patienten in die Gesellschaft geliefert. Eine wirksame Pharmakotherapie stellte in vielen Fällen die Grundlage für eine effiziente wohnortnahe soziale Einbindung der Patienten dar. Sie ermöglichte vielfach erst einen psychotherapeutischen Zugang zu den Patienten, der ohne die medikamentöse Behandlung entweder nicht möglich oder sehr viel langwieriger und schwieriger gewesen wäre. In

der Folge wurden in die Psychopharmakologie hohe Erwartungen gesetzt, die erreichten Behandlungsmöglichkeiten weiterzuentwickeln, zu verbessern und auf andere noch nicht effektiv behandelbare Zielsyndrome auszudehnen. Die anfangs dank sorgfältiger klinischer Beobachtung gemachten Entdeckungen wurden auf pharmakologischer Ebene systematisch weiter untersucht. Ziel dabei war es, sowohl die Pathophysiologie der Störungsbilder besser zu verstehen als auch Ansatzpunkte für die Entwicklung neuer Medikamente zu finden.

Zusammen mit den deutlich angestiegenen Kosten für Neuentwicklungen zwingen die sinkenden Einnahmen viele Unternehmen dazu, ihre Forschungsbudgets auf Entwicklungen zu konzentrieren, bei denen die höchsten Erfolgsaussichten bestehen.



Scheinbar endlose Möglichkeiten

Zunächst schien dieses Gebiet endlose Möglichkeiten sowohl für Wissenschaftler und Kliniker akademischer Institutionen als auch für Forscher auf Seiten von pharmazeutischen Unternehmen zu bieten, neue Medikamente zu entwickeln. Zudem wurde die gesundheitspolitische Bedeutung von neuropsychiatrischen Erkrankungen in ihrer volksgesundheitlichen Bedeutung weltweit in den letzten Jahren eher aufgewertet. Stellte sich doch in einer Reihe von aussagekräftigen Studien heraus, dass diese Erkrankungen schwerwiegende Belastungsfaktoren darstellen, die die Lebensqualität der Betroffenen und ihres Umfelds regelhaft erheblich einschränken, und mit erheblichen direkten wie indirekten Kosten verbunden sind. Dies alles führte zunächst zu einem grossen Interesse an der Entwicklung innovativer Therapien.

Wenig nicht-privatwirtschaftliche Entwicklungen

Die Entwicklung neuer medikamentöser Therapien ist in den letzten circa 60 Jahren sowohl in den USA als auch in Europa in ganz überwiegendem Ausmass von der pharmazeutischen Industrie durchgeführt worden. Im Wesentlichen entwickelten nur diese privatwirtschaftlichen Unternehmen die notwendigen strukturellen und personellen Mittel, um eine Entwicklung eines Moleküls von dessen Synthese bis zu seiner Zulassung in koordinierter Weise durchzuführen. Einer umfassenden Analyse der Neuzulassungen zufolge wurden in den USA in allen Indikationsbereichen seit 1950 circa 1.200 New Molecular Entities (NMEs, innovative Wirkstoffe) zugelassen. Hier von wurden nur 13 (!) NMEs von nicht-privatwirtschaftlichen Organisationen (sprich: nicht von der pharmazeutischen Industrie) entwickelt [1]. Die Zahlen mögen in anderen Ländern etwas ausfallen. Ein wesentlich anderes Ergebnis in Europa und speziell Deutschland ist jedoch sehr unwahrscheinlich, da Präparate, die in den USA zugelassen wurden, in der Regel auch in vielen anderen Ländern zur Zulassung gelangen und die Entwicklung innovativer Medikamente überwiegend global stattfindet.

*Meinem klinischen Lehrer Hermann Wetzel gewidmet.

Die genannten Zahlen mögen vielleicht manchen überraschen, sie lassen aber bereits ahnen, dass es derzeit zu der aufwendigen Infrastruktur, die die pharmazeutischen Unternehmen in den letzten Jahrzehnten aufgebaut haben, um die gewaltige Aufgabe der Entwicklung neuer Medikamente zu meistern, keine kurzfristige Alternative gibt. Weltweit wurde und wird nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Entwicklung neuer Medikamente durch öffentliche Gelder finanziert (etwa durch Träger wie dem NIH in den USA oder der DFG oder dem BMBF in Deutschland).

Fruchtbare Kooperation mit Wissenschaft und Klinik

Zweifellos haben pharmazeutische Unternehmen von oft fruchtbaren Kooperationen zwischen Wissenschaftlern oder Klinikern akademischer Institute oder Versorgungseinrichtungen mit den Forschungsabteilungen der privatwirtschaftlichen Unternehmen profitiert. Dies gilt insbesondere für die frühe Phase der Medikamentenentwicklung, wo die Identifizierung von neuen „Targets“ für die Synthese von neuen Molekülen sich oft auf grundlagenwissenschaftliche Ergebnisse von akademischen Forschungslabors stützt. Die Durchführung der praktischen Entwicklungsarbeit für Neuzulassungen sowie die damit verbundenen massiven finanziellen Investitionen wurde aber ganz überwiegend durch privatwirtschaftliche Unternehmen getragen, die in diesem Bereich spezifisches Know-how und Expertise aufbauten.

Entwicklungseuphorie erhält Dämpfer

Im Bereich der Psychopharmakologie wurden auf Seiten der pharmazeutischen Industrie in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten zahlreiche Weiterentwicklungen der ersten Antidepressiva, Antipsychotika und Anxiolytika auf den Markt gebracht. Dahinter stand die Hoffnung, mit den neuen Präparaten die Wirksamkeit und Verträglichkeit der ersten Substanzen verbessern zu können. Während im Bereich der Sicherheit und Verträglichkeit oft deutliche Fortschritte erreicht wurden, stellte sich die Entwicklung von neuen Medikamenten mit gesteigerter Wirksamkeit wesentlich schwieriger dar

als erwartet. Die meisten neuen Präparate stellen in der Regel Variationen der Wirkmechanismen der ersten Präparate dar (die beispielsweise im Bereich der Antidepressiva im Wesentlichen den Stoffwechsel von Serotonin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin modulierten). Die Entwicklung grundlegend neuer Wirkmechanismen (meist initiiert durch akademische präklinische Forschung, die die Grundlage für neue pharmakologische Zielstrukturen durch die Industrie lieferte) scheiterte hingegen bislang in den meisten Fällen, obwohl oft initial sehr ermutigende Ergebnisse oder gar positive „proof-of-concept“-Studien an Patienten vorlagen (wie zum Beispiel im Falle der NK1-Antagonisten als Antidepressiva). Bislang gelang es in der Mehrzahl der Fälle auch nicht, im Bereich psychiatrischer Störungen einen neuartigen Wirkmechanismus hypothesengesteuert in der klinischen Prüfung so zu bestätigen, dass daraus eine Zulassung oder gar eine quantitative Wirksamkeitsverbesserung erreicht werden konnte. Dieses grundlegende Problem blieb lange unbeachtet, wohl auch durch eine relativ fruchtbare Periode zwischen circa 1990 und 2005 bedingt, in der eine ganze Reihe von Neuzulassungen erfolgten, und sich eher ein Eindruck des Überflusses als der des Mangels einstellte.

Entwicklung in der Krise

In den letzten zwei bis drei Jahren haben sich jedoch einige Rahmenbedingungen, die diesen komplexen und langwierigen Vorgang der Neuentwicklung von Medikamenten beeinflussen, geradezu dramatisch verändert. Derzeit erlebt das früher erfolgreiche Modell der Entwicklung innovativer Medikamente durch privatwirtschaftliche Unternehmen der pharmazeutischen Industrie weltweit eine Krise, zu deren Entstehung eine Reihe von Faktoren beigetragen haben und deren Auswirkungen in der Zukunft aller Wahrscheinlichkeit nach auch in der Versorgung psychiatrischer Patienten in Deutschland zu spüren sein werden.

Analyse der Krise

Folgende Faktoren, die in ihrer Gesamtheit die Rahmenbedingungen für die Entwicklung neuer Medikamente (unabhängig von der Indikation) grundlegend

verändert haben, sind zusammengekommen:

- Die **Entwicklungskosten neuer Medikamente** (von der präklinischen Entwicklung neuer Wirkmechanismen bis zur Zulassung für die Patientenversorgung) sind in allen Indikationsgebieten in den vergangenen Jahren sehr stark angestiegen. Die Gründe hierfür sind wahrscheinlich vielfältig. Sicher ist, dass die Durchführung von zulassungsrelevanten Studien und klinischen Prüfungen in den letzten Jahren kontinuierlich komplexer und teurer geworden ist. Dies liegt in vielen Fällen daran, dass es für methodisch akzeptable Studien notwendig ist, eine ausreichend große Anzahl von Patienten (adäquate Stichprobengrößen umfassen meist mehrere hundert Patienten) in relativ kurzer Zeit zu rekrutieren, was in der Regel nur noch in großen multizentrischen Studien gelingt. Solche meist global durchgeführte Studien, an denen oft 30 bis 60 (zum Teil auch erheblich mehr) Studienzentren in mehreren Ländern mit unterschiedlichen Sprachen, kulturellen Prägungen, gesetzlichen Regelungen und Gesundheitssystemen teilnehmen, stellen erhebliche organisatorische und logistische Herausforderungen dar. Deren erfolgreiche Bewältigung erfordert in aller Regel

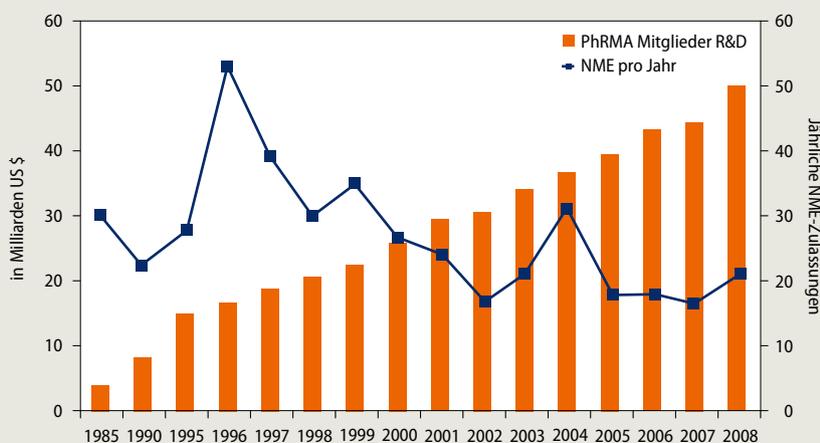
einen erheblichen zusätzlichen Kostenaufwand.

- Die **Produktivität** der Entwicklung innovativer Medikamente, gemessen an der Zahl der Zulassungen von neuen Wirkmechanismen (NMEs), erlebte in den letzten zwei Jahrzehnten keine entsprechende Steigerung, sondern blieb im Durchschnitt relativ konstant [1]. Abbildung 1 gibt die Größenordnung der Problematik wieder. Im Durchschnitt müssen derzeit weit über 1 Milliarde US \$ an Entwicklungskosten für eine erfolgreiche Neuzulassung aufgewendet werden, im Jahr 1980 lagen die entsprechenden Zahlen noch bei circa 100 Millionen und 1990 bei circa 300 Millionen US \$ [2].
- Die Entwicklungsdauer für eine Neuentwicklung hat sich nicht wesentlich geändert. Von der Synthese eines neuen Moleküls bis zu seiner Zulassung vergehen immer noch im Schnitt 10 bis 15 Jahre. Dabei schafft es von etwa 5.000 synthetisierten Molekülen eines bis in die Klinik. Immer noch werden von den Neuentwicklungen, die es in die klinische Prüfung am Menschen schaffen (also in die sogenannte Phase 1), nur 8% in ZNS-Indikationen für die Patientenbehandlung zugelassen (Abb. 2, [3]). Diese Zahlen wurden zudem für einen Zeitraum errechnet, in denen

die Erfolgsrate der Pipelines vergleichsweise groß war. Im Entwicklungsverlauf scheitert etwa die Hälfte aller Neuentwicklungen in Phase 3, also sehr spät im Entwicklungsprozess, nachdem bereits ein erheblicher Anteil der Kosten bereits aufgewendet wurde. Diese Durchschnittswerte zeigen, dass die **Medikamentenentwicklung im Bereich von ZNS-Indikationen ein besonders hohes Risiko** in sich trägt.

- Die **Anforderungen von Zulassungsbehörden** weltweit für Neuzulassungen sind in den letzten Jahren stetig und sehr erheblich angestiegen – sowohl hinsichtlich qualitativer als auch quantitativer Aspekte von klinischen Entwicklungsprogrammen. Ein globales Entwicklungsprogramm ist heute erheblich umfangreicher und somit kostenintensiver als noch vor circa zehn Jahren, unter anderem weil die Zulassungsvoraussetzungen regional sehr unterschiedlich sein können und nach der Zulassung erhebliche Verpflichtungen durch den Sponsor eingegangen werden müssen (post-approval commitments).
- Die **weltweit angestiegenen Kosten in vielen nationalen Gesundheitssystemen** haben die Preisdynamik für die Bezahlung von neuen Medikamenten stark verändert. Begrenzte oder gar abnehmende nationale Budgets zwingen vielfach dazu, nach Wegen zu suchen, die ansteigenden Kosten im Gesundheitswesen wirksam zu begrenzen. Ein diskutierter Faktor hierbei stellen Neuzulassungen und deren Erstattung durch Kostenträger im Gesundheitswesen dar. Heute werden in vielen Ländern für eine Kostenerstattung von Neuzulassungen erheblich höhere Anforderungen an den Nachweis eines Zusatznutzens erwartet als dies noch vor zehn Jahren der Fall war. Dies trifft insbesondere für Westeuropa (z. B. Vereinigtes Königreich, Frankreich, Deutschland) zu. Im Bereich der Psychiatrie ist es in vielen Ländern, in denen bereits ein relative hoher medizinischer Versorgungsstandard erreicht wurde und in denen der Kostendruck in der Finanzierung des Gesundheitswesens angestiegen

Abbildung 1
R&D-Produktivität: Jährliche Investments versus zugelassene NMEs



Investitionskosten steigen, Zulassung nicht

Quelle: Parexel's Bio/Pharmaceutical R&D Statistical Source Book 2009/2010

ist, zu einer Diskussion gekommen, die den Nutzen von neuen Medikamenten in Frage stellt.

- Auf der Seite der **Einnahmen** wird von Seiten der forschenden pharmazeutischen Industrie als Konsequenz des Dargestellten mittelfristig von einer Abnahme der Einnahmen ausgegangen. Die früher hohen Einnahmen aus wirtschaftlich erfolgreichen Entwicklungen (blockbuster) werden in den nächsten Jahren für viele Unternehmen nach dem Auslaufen des Patentschutzes für diese Medikamente erheblich abnehmen. Aufgrund der stagnierenden Produktivität ist auf der andere Seite nicht mit einem kurzfristigen Ersatz zu rechnen. Zusammen mit den dramatisch angestiegenen Kosten für Neuentwicklungen zwingen die sinkenden Einnahmen viele Unternehmen dazu, ihre Forschungsbudgets auf Entwicklungen zu konzentrieren, bei denen die höchsten Erfolgsaussichten bestehen.

Konkurrenz mit anderen Fachgebieten

Die hier skizzierten Faktoren haben in ihrer Gesamtheit dazu geführt, dass pharmazeutische Unternehmen sich gezwungen sehen, ihre langfristigen Strategien zu überdenken. In manchen Fällen hat dies zu einer deutlichen Reduktion der Forschungs- und Entwicklungsbudgets geführt. Forschende Unternehmen, die sich weiterhin zu ihrer gesellschaftlichen (historisch gewachsenen) Rolle als wesentlicher Faktor für die Einführung innovativer Therapien bekennen, müssen die vorhandenen Ressourcen und Budgets auf die erfolgversprechendsten Gebiete fokussieren. Dazu müssen die Erfolgsaussichten in Bereich psychiatrischer Indikationen im Vergleich zu denen von Neuentwicklungen in anderen medizinischen Bereichen beurteilt werden (z. B. im Bereich kardiovaskulärer Erkrankungen, Infektionserkrankungen, Impfungen, Stoffwechselerkrankungen etc.), in denen viele Unternehmen zeitgleich forschen.

Psychiatrie-spezifische Probleme

Die Entwicklung neuartiger Medikamente im Bereich der Psychiatrie hat in diesem Zusammenhang eine Reihe von zusätzlichen grundsätzlichen spezifi-

schsen Schwierigkeiten zu überwinden – vielleicht mit Ausnahme des Bereichs der Alzheimer-Demenz, die aber im Drug Development im Bereich der Neurologie angesiedelt ist, was manchen hierzulande verstimmen mag.

Während in einigen medizinischen Bereich ein detailliertes Wissen über die Pathophysiologie vorhanden ist, ist ein entsprechendes Wissen für viele psychiatrische Störungen nach wie vor nicht gegeben oder die enorme Flut neuer Daten konnte bislang in ihrer Komplexität nicht vollständig verstanden werden.

- Wir wissen nach wie vor im Einzelnen nicht, was die neurobiologischen Vorgänge sind, die die klinischen Symptome etwa von Depression, Manie oder schizophrenen Psychosen vermitteln. Zumindest wissen wir nicht genug, um daraus vorhersagbare Wirkungen (und Nebenwirkungen) bei einer innovativen pharmakologischen Intervention abzuleiten.
- Ein grundlegendes Problem stellen auch die neurobiologisch heterogenen psychiatrischen Diagnosen dar, wie sie durch heute etablierte Diagnosesysteme wie DSM-IV oder ICD-10 generiert werden. In der Praxis bedeutet dies, dass in klinischen Studien mit einer definierten Diagnose heterogene Patientenkollektive eingeschlossen werden, deren Zusammensetzung oft von unbe-

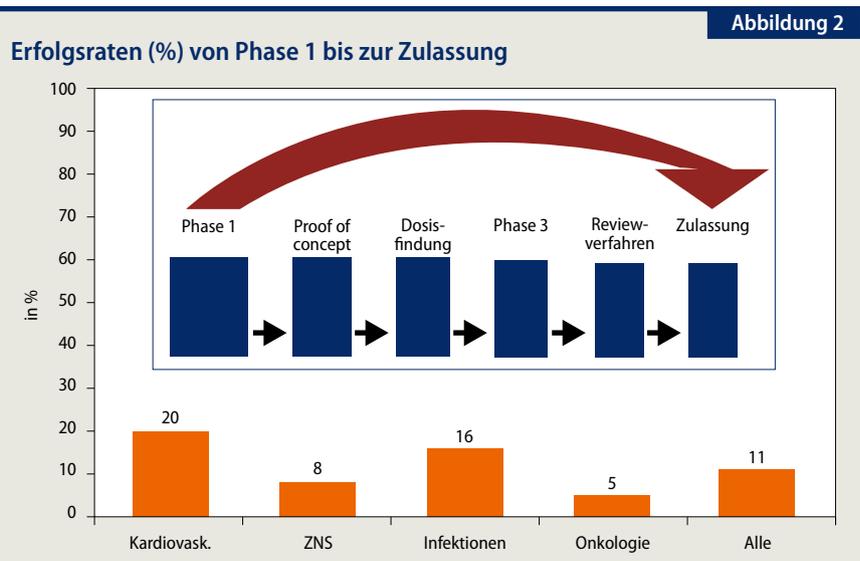
kannten Faktoren bestimmt wird, die nicht prospektiv kontrolliert werden können. Zudem sind die pathophysiologischen Mechanismen, die einem Symptom/Syndrom oder einer Diagnose zugrunde liegen, nicht im Detail bekannt.

- Die Vorhersagekraft von Tiermodellen für die klinische Forschung ist derzeit für psychiatrische Störungen sehr begrenzt, in vielen Fällen schlichtweg nicht vorhanden.
- Auch gibt es bislang keine validen Biomarker oder gar Surrogatmarker, die die klinische Wirksamkeit von bereits zugelassenen Medikamenten zuverlässig vorhersagen könnten, geschweige denn von neuartigen Wirkmechanismen.

Diese grundsätzlichen Schwierigkeiten, den Zusammenhang zwischen Neurobiologie und klinischer Symptomatik zu verlässlich zu verstehen, führten in der Vergangenheit dazu, dass relevante Neuentwicklungen eher zufällig stattfanden. Für den heute im Bereich des Drug Developments geforderten Standard für eine rational begründete und geleitete Entwicklung stellen diese konzeptuellen Lücken ein großes Problem dar.

Placebo-Fallstricke

Ein weiterer Faktor gesellt sich im Bereich der Durchführung klinischer Studien dazu. In den letzten Jahren ist es in



Nur 8 von 100 ZNS-Wirkstoffen schaffen es von der Phase 1 bis zur Zulassung

Quelle: Kola & Landsi, 2004

vielen psychiatrischen Indikationen zu einem im Durchschnitt steigenden Ansprechen auf Placebo und damit zu reduzierten Placebo-Verum-Unterschieden gekommen [4, 5, 6]. Dies betraf früher schon Indikationen wie Depression oder Angsterkrankungen, hat sich aber auch – klinisch schwer zu verstehen – auf früher nicht betroffene Indikationen wie etwa akut exazerbierte schizophrene Psychosen ausgedehnt. Der Nachweis eines signifikanten Unterschieds zwischen einer medikamentösen Behandlung und Placebo in klinischen Studien ist aber nach wie vor die essenzielle Grundlage für den Wirksamkeitsnachweis einer Behandlung. Wenn sich in großen Multicenterstudien ein signifikanter Unterschied zwischen einem als wirksam zugelassenen Antidepressivum und Placebo nur in etwa einer von zwei durchgeführten Studien nachweisen lässt (ohne dass bislang geklärt werden konnte, woran das im Einzelnen liegt), kommen zu den oben skizzierten theoretischen Problemen noch praktische Probleme hinzu, die allesamt das notwendige Vertrauen in die Möglichkeit einer planbaren, rationalen und letztlich erfolgreichen Neuentwicklung in diesem Gebiet schmälern. Derzeit überwiegt weithin die Auffassung, dass dies in vielen psychiatrischen Indikationen mit dem bisher betriebenen Aufwand nicht hinreichend präzifizierbar ist. Hierin liegt ein wesentlicher Grund für die derzeitige Skepsis, die am Beispiel der Schizophrenie kürzlich exemplarisch in einer Serie von Beiträgen in der Zeitschrift *Nature* diskutiert wurde [7, 8, 9], verbunden mit dem Versuch, mögliche Auswege aus dem Dilemma vorzuschlagen.

Eine kurze Kritik der öffentlichen Diskussion

Die dargestellten Sachverhalte malen derzeit für die Weiterentwicklung der Psychopharmakologie im Sinne einer Entwicklung neuer medikamentöser Behandlungen für die Allgemeinheit ein düsteres Bild. Die pharmazeutische Industrie hat in vielen großen Unternehmen die systematische Erforschung neuer Wirkmechanismen auf breiter Basis eingestellt, da die Erfolge der Vergangenheit den betriebenen enormen Kostenaufwand für privatwirtschaftliche Unter-

nehmen nicht mehr zu rechtfertigen scheinen. Eine Alternative außerhalb der pharmazeutischen Industrie, diese Funktion (und die damit verbundenen Kosten) zu übernehmen, lässt sich nicht erkennen. Einfach ausgedrückt bedeutet dies, dass es derzeit keine adäquat entwickelten und funktionsfähigen Alternativen gibt, die ein privatwirtschaftliches Engagement in der Entwicklung innovativer Medikamente kurz- oder mittelfristig ersetzen könnten. Wenn es gesellschaftspolitischer Konsens sein sollte, die privatwirtschaftlichen Initiativen durch öffentlich finanzierte Strukturen zu ersetzen, muss weltweit dringend gehandelt werden, denn die bestehenden Strukturen selbst in den hochrangigsten Institutionen wie dem NIMH in den USA oder den Max-Planck-Instituten in Deutschland sind derzeit nicht darauf vorbereitet, eine so weitreichende und komplexe Funktion wahrzunehmen. Dies stellt derzeit auch gar nicht ihre primäre Aufgabe dar.

Ende aller Innovationen?

Bedenkt man die Latenzzeit, die von der Entdeckung eines Moleküls bis zu seiner Zulassung vergeht, muss demnach damit gerechnet werden, dass in den nächsten Jahren sehr wahrscheinlich die Anzahl von neuen Medikamenten in der Psychiatrie deutlich abnehmen wird [10]. Möglicherweise wird es gar auf längere Sicht wenig oder gar keine Innovationen geben. Diese Perspektive scheint in der öffentlichen Diskussion wenig Beachtung zu finden, was einen doch etwas überraschen kann. Es ist bemerkenswert festzustellen, dass in Anbetracht der Größenordnung des hier diskutierten Problems die Reaktionen von Seiten der Patienten und Therapeuten bislang weitgehend ausgeblieben sind. Bedenkt man, welche gesundheitspolitische Bedeutung neuropsychiatrische Störungen haben, und welche begrenzte Wirksamkeit die verfügbaren medikamentösen Therapien, ist die fehlende Resonanz auf die Aussicht stagnierender oder ganz fehlender Innovation sehr verwunderlich. Wenn man die Literatur studiert und auf Kongressen den Experten zuhört, scheint doch Einigkeit darüber zu bestehen, dass die derzeit verfügbaren Therapien zwar in manchen Bereichen und einigen Fäl-

len zu guten Ergebnissen führen, dass aber viele Patienten mit den heutigen Mitteln allenfalls suboptimal behandelt werden können, und somit reichlich Raum für Verbesserungen besteht. Die Notwendigkeit von wirksameren und dabei besser verträglichen Medikamenten wird doch weitgehend bestätigt. Auch seitens Angehörigenverbände und Patientenorganisationen wird regelmäßig der Wunsch nach neueren, besseren Behandlungen geäußert. Wie kommt es dann, dass das drohende Ende des Innovationsstroms auf absehbare Zeit nicht lauter diskutiert wird?

Problembewusstsein fehlt

Die Gründe hierfür sind vermutlich vielfältig und könnten zum Beispiel in der fehlenden Information der Öffentlichkeit über die hier dargestellten Sachverhalte liegen. Vielen Bürgern ist vermutlich die Komplexität des Problems gar nicht bewusst. Auch ist wohl vielen nicht klar, wie es zur Entwicklung neuer Behandlungen kommt. In diesem Zusammenhang wird die Rolle privatwirtschaftlicher Unternehmen in Deutschland selten umfassend und ohne eine gewisse Tendenz dargestellt. Meist werden forschende Unternehmen dafür gescholten, mit erfolgreich entwickelten Produkten einen Gewinn anzustreben, ohne klarzustellen, dass dies eine notwendige Voraussetzung ihres Überlebens darstellt, da auf der Kostenseite erhebliche Beträge auszugleichen sind, die anderweitig nicht aufgebracht werden. Dabei wird in der Grundlagenforschung der pharmazeutischen Unternehmen auf breiter Front und mit großem Aufwand versucht, innovative Ansätze zu finden und sie in wirksame Therapien zu verwandeln. Dass daraus für die Psychiatrie bislang nur sporadisch, wenn überhaupt, erfolgreiche innovative Therapien hervorgegangen sind, liegt nicht am mangelnden Einsatz, sondern vielmehr an der Schwierigkeit des Unterfangens und der Größe der Erkenntnislücken, die derzeit vielfach nicht überwunden werden können. Der mitunter zu hörende Vorwurf, innovative Therapien würden bewusst zugunsten von „Scheininnovationen“ zurückgehalten, zeugt von mangelnder Sachkenntnis. Gäbe es irgendwo in einer Schublade innovative Therapien,

die sich klinisch bewährt haben, sie wären spätestens in der gegenwärtigen Krise schnellstens hervorgeholt worden.

Vorurteile statt Fakten

Es gibt vermutlich noch weitere Faktoren, die die Akzeptanz der klinischen Psychopharmakologie vermindern. Vielfach lässt sich ein Grundtenor einer ablehnenden Haltung gegenüber einer medikamentösen Behandlung psychiatrischer Störungen ausmachen, der zwar in vielen Details von empirischen Daten nicht unterstützt wird, nichtsdestotrotz aber in weiten Teilen der Gesellschaft als intuitiv richtig erlebt wird. Der medizinische Nutzen beispielsweise von Antidepressiva wird in grundlegender Weise erneut debattiert, als gäbe es nicht die mittlerweile jahrzehntelange klinische millionenfache Erfahrung des individuellen Nutzens. Das Potenzial der Psychopharmakologie, das Leben der Menschen zu verbessern, wird immer weniger wahrgenommen und diskutiert. Hingegen werden die wahrgenommenen Risiken und Nachteile umso intensiver fokussiert. Zudem gibt es unter dem medizinischen Nachwuchs ein offenbar abnehmendes Interesse am großartigen Fach Psychiatrie, und unter den Interessenten nur wenige, die ihr Engagement der Psychopharmakologie und ihrer faszinierenden Komplexität widmen wollen. Dies ist aus meiner ganz persönlichen Sicht eine bedauerliche Entwicklung. Ohne hieraus einen allgemeingültigen Anspruch ableiten zu wollen, ist es doch für mich eine fundamental prägende Erfahrung als Arzt und Psychotherapeut gewesen, in vielen Einzelfällen zu erleben, wie persönliche Zuwendung, psychotherapeutisches Wissen, aber eben auch eine differenzierte und rationale Psychopharmakotherapie das Befinden und die Lebenssituationen der Betroffenen erheblich verbessert und qualitativ verändert haben. Der Beitrag der Psychopharmakotherapie war hierbei oft ein großer, ja entscheidender, und musste oft gegen den initialen, eher auf Vorurteilen denn auf Fakten beruhenden Widerstand der Patienten in mühevoller Überzeugungsarbeit zu ihrem letztendlichen Vorteil nahegebracht werden. Die Energie hierfür kam aus persönlichen Erfahrungen, dass dies Behandlungen mit großem Po-

tenzial sind, und die Erfahrungen konnten ich machen, weil kompetente, engagierte und informierte Lehrer mir den Weg zu diesen Erfahrungen wiesen. Dies geschah in einem Umfeld, in dem mit wissenschaftlichem Eifer, aber auch mit der gebotenen Skepsis und der notwendigen Achtsamkeit für den Einzelnen, der zur Behandlung kam, eine individuelle Therapielösung gesucht und vielfach auch gefunden wurde. Ich kann mir in vielen Fällen nicht denken, wie eine dauerhaft erfolgreiche Behandlung ohne kompetente Psychopharmakologie möglich gewesen wäre.

Hoffnung auf neue, gemeinsame Wege

Dass dieser reiche Erfahrungsschatz allmählich zum Nachteil aller in Vergessenheit geraten könnte, das Erreichte diskreditiert würde oder dass es in diesem wichtigen Gebiet keinen fassbaren Fortschritt mehr geben sollte, ist eine bedrückende Vorstellung. Ich kann nur hoffen, dass sich weiterhin leidenschaftliche klinische Lehrer finden, die das Interesse und das Engagement des Nachwuchses wecken. Ich kann nur hoffen, dass Industrie, akademische Institute und staatliche Instanzen den Dialog suchen und finden, um neue Wege der Zusammenarbeit zu finden und den Motor der Innovation weiterhin am Laufen halten, den die Gesellschaften weltweit dringend benötigen. In jedem Fall wäre es aber sehr wünschenswert und ganz im Interesse der Patienten, die Diskussion um den Stellenwert und die Zukunft der Psychopharmakologie öffentlich und vor allem sachlich zu führen, um Wege aus der Krise und ihrer möglichen langfristigen Folgen zu finden. Die Psychopharmakologie in Forschung und Klinik ist für das Fach Psychiatrie zu wichtig, um zu ihrem Stiefkind zu werden. □

AUTOR

Armin Szegedi, MD, PhD
Merck Research Laboratories
126 E. Lincoln Ave
Rahway, NJ 07065
USA

LITERATUR

1. Munos B. Lessons from 60 years of pharmaceutical innovation. *Nature Reviews Drug Discovery* 2009; 8: 959–68
2. Parexel's Bio/Pharmaceutical R&D Statistical Sourcebook 2009/2010. Parexel International Corporation, Waltham, MA, 2009
3. Kola I, Landis J. Can the pharmaceutical industry reduce attrition rates? *Nat Rev Drug Discov* 2004; 3: 711–5
4. Khin NA, Chen YF, Yang Y, Yang P, Laughren TP. Exploratory analyses of efficacy data from major depressive disorder trials submitted to the US Food and Drug Administration in support of new drug applications. *J Clin Psychiatry* 2011; 72: 464–72
5. Kemp AS, Schooler NR, Kalali AH, Alphas L, Anand R, Awad G, Davidson M, Dubé S, Ereshefsky L, Gharabawi G, Leon AC, Lepine JP, Potkin SG, Vermeulen A. What is causing the reduced drug-placebo difference in recent schizophrenia clinical trials and what can be done about it? *Schizophr Bull* 2010; 36: 504–9
6. Walsh BT, Seidman SN, Sysko R, Gould M. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *JAMA* 2002; 287: 1840–7
7. Abbott A. Schizophrenia: The drug deadlock. *Nature* 2010; 468: 158–9
8. Insel TR. Rethinking schizophrenia. *Nature* 2010; 468: 187–93
9. Meyer-Lindenberg A. From maps to mechanisms through neuroimaging of schizophrenia. *Nature* 2010; 468: 194–202
10. Cressey D. Psychopharmacology in crisis. *Nature news* (<http://www.nature.com/news/2011/110614/full/news.2011.367.html>)

Zur Person

Professor Dr. Armin Szegedi ist Leiter des Bereichs Psychiatrie in der Abteilung Neurosciences & Ophthalmology von Merck (New Jersey, USA) und verantwortlich für die klinischen Entwicklungsaktivitäten des Unternehmens im Bereich Psychiatrie von der Phase 2 bis zur Phase 4 weltweit. Zuvor war er für ZNS-Forschungsbereiche verschiedener anderer pharmazeutischer Unternehmen verantwortlich. Seine neuroärztliche Ausbildung absolvierte er an der Universität Mainz. Später hatte er eine Professur für klinische Psychiatrie an der Charité in Berlin inne.

Der Artikel gibt die persönlichen Ansichten des Autors wieder, nicht notwendigerweise die Ansichten von Merck & Co.

Interview mit Leonor Heinz

Stigmatisierende Krimis – Ein Fall für den Nachwuchs

Der Faszination der Psychiatrie und Psychotherapie kann sich der medizinische Nachwuchs bis heute nicht entziehen. Im Falle der Promotionsarbeit von Leonor Heinz paarte sich das im Studium entstandene Interesse an der Psychiatrie mit einer besonderen Medienaffinität. Ihr Thema: Die Darstellung von psychisch Kranken in Fernsehkrimis in Ost und West.



© Leonor Heinz

Leonor Heinz

Die 26-jährige Medizinstudentin aus Berlin promoviert mit dem Thema „Die Darstellung psychisch Kranker in Kriminalfernsehserien – Eine Analyse der Serien ‚Tatort‘ und ‚Polizeiruf 110‘ der 1970er-Jahre“.

» Es geht bei diesen Fernsehserien nicht um tatsächliche Realität, sondern um das ritualisierte Ab-bilden und Festigen eines künstlichen Realitätskonzepts, das auf den Zuschauer stabilisierend und beruhigend wirkt. ... Wenn die Welt aus den Fugen gerät und einzelne, das heißt die anderen, kriminell, unberechenbar, gefährlich, wahnsinnig werden, dann kommt der Kommissar und stellt die Ordnung wieder her. «

? Was war für Sie ausschlaggebend, im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie ärztlich tätig zu werden?

Leonor Heinz: Im Reformstudiengang der Charité in Berlin konnte ich sehr praxisbezogen studieren und war vom ersten Semester an eingebunden in die ärztliche Arbeit in Praxen und Kliniken. Dabei habe ich keinen anderen Fachbereich als so faszinierend erlebt. Das möchte ich nach dem Studium nicht mehr missen. Noch ist es allerdings nicht ganz so weit, ich stehe kurz vor dem Staatsexamen.

? Welche Tätigkeit stellen Sie sich für die Zukunft vor?

Leonor Heinz: Als Assistenzärztin arbeiten, Sicherheit und Routine bei den Anforderungen des Krankenhausalltags entwickeln – das wäre mein nächstes Ziel, wobei ich meine Facharztweiterbildung gern in der Neurologie beginnen würde.

? Wie kam es zur Entscheidung zum genannten Promotionsthema?

Leonor Heinz: Als sich die Möglichkeit ergab, in der Arbeitsgruppe von Dr. Jakob Hein unter der Leitung von Professor Andreas Heinz (zu dem keine Verwandtschaft besteht) mitzuarbeiten, gab es kein Zögern. Vor dem Medizinstudium habe ich mich viel mit Film und Medien beschäftigt und so fesselte mich die Untersuchung der Darstellung psychisch kranker Charaktere in den deutschen Krimiserien „Tatort“ und „Polizeiruf 110“ von Anfang an. Ausgewertet wurden Folgen aus 30 Jahren. Dabei ar-

beiteten wir mit einem Katalog an Kodierregeln für 49 Items, nach denen jeder identifizierte psychisch kranke Charakter bewertet wurde. Ich habe dabei alle von 1970 bis 1979 gesendeten Filme des in Westdeutschland produzierten „Tatort“ und des ostdeutschen „Polizeiruf 110“ gesichtet – insgesamt 169 Filme.

? Hatten Sie Bedenken bei der Themenwahl? Welche Rolle spielte das Thema Stigmatisierung?

Leonor Heinz: Der so offensichtlich populärwissenschaftliche Beigeschmack des Promotionsthemas hat mich angeregt, die Geschichte der Stigmaforschung besonders intensiv zu untersuchen, um die Legitimation der Arbeit als medizinische Doktorarbeit klar darlegen zu können. Seit den 1950er-Jahren wird die Frage der Stigmatisierung von psychisch Kranken erforscht. Die frühen Arbeiten stammen zumeist aus Amerika und Kanada, ab den 1970er-Jahren zunehmend auch aus Europa. Seit den 1990er-Jahren ist die Zahl der veröffentlichten Studien von Jahr zu Jahr enorm gestiegen. Matthias C. Angermeyer, Patrick W. Corrigan, Bruce G. Link haben beispielsweise hierzu sehr viel beigetragen. Inzwischen ist die gesundheitspolitische Relevanz der Stigmatisierung anerkannt, wie etwa das internationale Anti-Stigma-Programm der World Psychiatric Association (WPA) „Open the doors“ zeigt.

Als Fazit kann man festhalten, dass die Bevölkerung psychisch Kranke bis heute, seit das Thema erforscht wird, als gefährlich und unberechenbar einschätzt und daher soziale Distanz wünscht, ins-

Krimiserie „Polizeiruf 110“ im Jahre 1972. Szene aus „Die Maske“ mit Sigrid Göhler als Leutnant Vera Arndt (links) und Friederike Aust als Frau Hösken



© Deutsches Rundfunkarchiv, Standort Babelsberg/Nickel

besondere, wenn es sich um Schizophrenie sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit handelt. Andererseits werden in Fallvignetten beschriebene psychische Erkrankungen, die nicht explizit als solche benannt werden, nur selten als psychische Erkrankung erkannt – dies trifft vor allem auf Depression und Alkoholabhängigkeit zu. Dass psychische Erkrankungen sowohl von den Betroffenen als auch von deren sozialem Umfeld nicht als solche erkannt beziehungsweise anerkannt werden, trägt einen großen Teil zu Unterdiagnostik und Unterversorgung bei. Diese Verleugnung kann man auch als sozial integrative Leistung verstehen, wenn man davon ausgeht, dass das Label der psychischen Erkrankung durch seine stigmatisierende Wirkung zur sozialen Vereinzelung der Betroffenen beiträgt. Dabei hat nicht nur die ablehnende Haltung des Umfelds, sondern auch die Selbststigmatisierung der Betroffenen, die angesichts der Diagnose an Selbstsicherheit verlieren, deutlich negative Auswirkungen. Dies schränkt dann wiederum die positive Wirkung einer Behandlung durch Psychi-

ater/Psychotherapeuten ein. Deshalb ist die Thematik für die Fachrichtung so relevant.

? *Wie lief die praktische Umsetzung des Promotionsthemas ab? Wie kamen Sie an das Filmmaterial heran?*

Leonor Heinz: Zum einen konnten wir das Filmmaterial von Krimi-Fans, die die Sendungen regelmäßig aufgezeichnet hatten, organisieren, zum anderen Teil waren die Filme in Bibliotheken zu finden. Von vier „Polizeiruf 110“-Folgen, die nicht überliefert waren, fanden sich die Originaldrehbücher im Deutschen Rundfunkarchiv Berlin.

? *Fanden Sie Unterschiede in der Konzeption der Serien, die Rückschlüsse auf das Menschenbild in beiden deutschen Staaten zulassen?*

Leonor Heinz: Zunächst zeigten sich im Vergleich von „Polizeiruf 110“ und „Tatort“ viele Gemeinsamkeiten – in beiden Serien machten psychisch Kranke knapp 6% der Charaktere aus, in mehr als jeder zweiten untersuchten Folge kamen psy-

chisch Kranke vor. Was Merkmale wie Gefährlichkeit, Kriminalität, Täterschaft etc. betraf, ließen sich keine signifikanten Unterschiede finden: Der Anteil lag jeweils zwischen 40 und 50%. In beiden Serien sind Alkoholabhängigkeit und Anpassungsstörung mit Abstand die häufigsten Diagnosen. Die wenigen Unterschiede ließen sich oftmals auf die staatlichen Vorgaben der DDR an die Filmschaffenden zurückführen, in der Serie unter anderem den Kontrast von Abwechslern und stützender Gesellschaft

Krimis erhöhten in den 1970er-Jahren die Einschaltquoten

Sowohl der „Tatort“ als auch der „Polizeiruf 110“ hatten in den 1970er-Jahren extrem hohe Einschaltquoten von 50–60%. In mehr als jeder zweiten Sendung kamen psychisch Kranke vor, die zu 43% Täter, zu 40% gefährlich und in 56% der Fälle kriminell waren.

herauszuarbeiten. So sind psychisch Kranke im „Polizeiruf 110“ signifikant häufiger als im „Tatort“ unzuverlässig und eine Last für andere, während sich das Umfeld signifikant häufiger hilfsbereit verhält. Auch hatten sich die Filmschaffenden des „Polizeiruf 110“ an der realen Kriminalstatistik der DDR zu orientieren. Daher passierten im Vergleich zum „Tatort“ nur halb so viele Morde und psychisch Kranke waren nur zu 14,3% Mörder, während im Tatort mit 54,3% über die Hälfte der psychisch Kranken als Mörder dargestellt wurden. Suizide sind interessanterweise sehr viel seltener: Im „Tatort“ suizidierten sich 12,6% der psychisch kranken Charaktere, im „Polizeiruf 110“ 3,8%.

? *Gab es Unterschiede in der Darstellung psychischer Störungen?*

Leonor Heinz: Am weitaus häufigsten kamen in den 1970er-Jahren Störungen durch Alkohol (44%) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpas-

sungen sowie einer affektiven Störung betroffen. Schizophrenie/psychotische Störungen und Zwangsstörungen kamen fast gar nicht vor. Ganz ähnliche Zahlen wurden für „Tatort“ und „Polizeiruf 110“ der 1980er-Jahre ermittelt. In neueren Studien zur Darstellung psychisch Kranker in Fernsehserien kommen psychotische Störungen allerdings häufiger vor.

Was sich – von den 1970er-Jahren bis heute – in der Mediendarstellung als relativ konstant erweist, ist die hohe Rate an Gewalttätigkeit und Gefährlichkeit psychisch Kranker. Ein gegenläufiger Trend ist seit Neuestem in manchen amerikanischen Fernsehserien – beispielsweise „Monk“, „30 Rock“ – zu beobachten, hierzu gibt es allerdings noch keine systematisierten Erhebungen.

? *Warum haben psychische Erkrankungen ein so negatives Image?*

Leonor Heinz: Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten. Mittlerweile scheint klar, dass nur ganz bestimmte psychische Stö-

die besonders schaurige Bluttaten verübt haben, als psychisch krank tituliert werden – auch dann, wenn dies nach professioneller Einschätzung nicht zutreffen würde.

? *Woher kommt es, dass Laiendefinition und ärztliche Definition von psychischer Erkrankung so auseinanderklaffen?*

Leonor Heinz: Zunächst etablierte sich Ende des 19., Anfang des 20. Jahrhunderts die Psychiatrie zunehmend als eigene ausdifferenzierte Fachrichtung, die nicht mehr die bloße Abweichung, sondern komplexe Krankheitsbilder beschrieb. Eine zweite Umbruchphase waren die 1970er-Jahre. Das Rosenhan-Experiment stieß in Amerika die kritische Neubewertung der psychiatrischen Diagnosestellung an. Dann wurde 1973 in Deutschland der § 175 geändert. Vor dem Hintergrund der Vorkommnisse im dritten Reich wurde neu über die Rolle der Gesellschaft bei der Beurteilung von psychischen Störungen nachgedacht. So kam im akademischen Bereich eine Entwicklung zum Einordnen psychischer Erkrankungen in Gang, der die Gesellschaft nicht in derselben Geschwindigkeit folgen konnte. Der Ausbau der gemeindenahen Psychiatrie legte die Diskrepanz zwischen ärztlicher und Laiendefinition dann offen.

Die internationalen Anti-Stigma-Kampagnen der letzten Jahre versuchten, die öffentliche Einschätzung psychiatrischer Erkrankungen der ärztlichen anzugleichen. Leider sind die Evaluationsergebnisse dieser Kampagnen eher ernüchternd. Das Bild vom unberechenbaren, gefährlichen, sozial nicht integrierbaren psychisch Kranken scheint sehr tief verwurzelt und schwer beeinflussbar. Also muss dieses negative Bild eine spezifische, für die Allgemeinheit wichtige und sinnvolle Funktion erfüllen. Darum wird es ja auch so beständig und zuverlässig durch Kulturprodukte wie Nachrichten und Fernsehserien, die ja spezifisch für die Bedürfnisse der Allgemeinheit hergestellt werden, immer wieder bestätigt und gefestigt.

? *Welche Funktion könnte denn die Laiendefinition der psychischen Erkrankung für die Menschen haben?*

» Das Bild vom unberechenbaren, gefährlichen, sozial nicht integrierbaren psychisch Kranken scheint sehr tief verwurzelt und schwer beeinflussbar. ... Womöglich handelt es sich hier um eine Art kollektiver Abwehr. «

sungsstörungen (35%) vor. Typischerweise waren Personen mit Anpassungsstörungen weiblich und zeichneten sich im Vergleich zu anderen psychischen Störungen durch zahlreiche positive Eigenschaften aus, waren beispielsweise signifikant häufiger sozial angepasst und integriert, zuverlässig, sensibel. Zudem war das Umfeld sehr viel verständnisvoller und hilfsbereiter als bei anderen psychischen Störungen; interessanterweise waren die Betroffenen jedoch genauso häufig Täter und etwas häufiger Mörder. Alkoholiker wiederum wurden signifikant häufiger als männliche, unzuverlässige, ungepflegte Personen gezeigt, die sich jedoch vergleichsweise gut sozial einfügten, seltener unberechenbar, Täter oder Mörder waren. 8% der registrierten Charaktere litten an einer Störung durch andere Drogen als Alkohol – zumeist junge, rebellische, unangepasste Charaktere. Jeweils 7% waren von einer sexuellen Störung, einer Persönlichkeitsstö-

rungen, nämlich akute Psychose, Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie antisoziale Persönlichkeitsstörung mit häufigerem gewalttätigem Verhalten im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung assoziiert sind. Die verbreiteten Angst-, Zwangs- und affektiven Störungen gehen dagegen überhaupt nicht mit vermehrter Gewalttätigkeit einher.

Es scheint einen kulturell tief verwurzelten, weit verbreiteten Begriff von psychischer Erkrankung zu geben, der sich nicht mit der medizinischen Definition von psychischer Erkrankung deckt. Während Mediziner sich vielleicht an der ICD-10 orientieren, nutzt die Allgemeinheit ein Diagnosesystem, nach dem die Merkmale „unvernünftig, unverständlich, labil, unberechenbar, gefährlich, Angst einflößend“ beziehungsweise „nicht integrierbar in die soziale Gemeinschaft“ psychische Krankheit bedeuten. Diese Laiendefinition wird auch von den Medien genutzt, wenn beispielsweise Mörder,

Leonor Heinz: Womöglich handelt es sich hier um eine Art kollektiver Abwehr. In unserer Gesellschaft ist der Vollbesitz der geistigen Kräfte die Basis von Identität und Selbstwert des Individuums. Der Gedanke, diese Basis verlieren zu können, ist vielleicht einfach inakzeptabel und so werden psychisch Kranke als von vorneherein nicht zur sozialen Gemeinschaft zugehörig einsortiert. Beobachtet man die Geschichte des Kulturbegriffs des Wahnsinns, wird deutlich, dass psychische Erkrankung oft als Gegenentwurf zum Ideal definiert wurde: im christlichen Mittelalter als Besessenheit, in der Aufklärung als tierähnlicher Zustand, in der bürgerlich-demokratischen Gesellschaft nun als soziale Unintegrierbarkeit, sprich Kriminalität und Gewalt. Scheinbar existiert auch in jeder Gesellschaft ein intensives Bedürfnis, sich eingehend mit dem Gegenentwurf zum Ideal zu beschäftigen, womöglich um die Position des Ideals zu festigen.

Das Krimigenre spielt seit dem 19. Jahrhundert eine wichtige Rolle in der abendländischen Kulturlandschaft. Dabei finde ich besonders faszinierend, dass der Realitätsbezug eine so wichtige Komponente der Kriminalgeschichte ist – oft tragen diese den Beititel „eine wahre Geschichte“. Insbesondere die Fernsehserien „Tatort“ und „Polizeiruf 110“ werben mit ihrem hohen Realitätsanspruch, alles muss bis ins Kleinste ‚wahrheitsgemäß‘ sein, sonst hagelt es Zuschauerbriefe in den Fernsehredaktionen. Umso faszinierender ist, dass psychische Erkrankungen so unrealistisch dargestellt sind. Und dann wünscht die Ansagerin oftmals „spannende Unterhaltung“ – dabei passiert doch rein gar nichts Unvorhersehbares. Es ist klar, dass der Kommissar den Täter fassen wird etc. ... Es geht bei diesen Fernsehserien nicht um tatsächliche Realität, sondern um das ritualisierte Abbilden und Festigen eines künstlichen Realitätskonzepts, das auf den Zuschauer stabilisierend und beruhigend wirkt. Die moderne Welt kann leicht aus den Fugen geraten. Es gibt keine Leitfigur, keine klare Richtung in der demokratischen, pluralistischen Gesellschaft. Aber wenn etwas schief geht, wenn die Welt aus den Fugen gerät und Einzelne, das heißt die Anderen, kriminell, unberechenbar, gefährlich, wahnsinnig werden, dann

kommt der Kommissar und stellt die Ordnung wieder her. Der Stereotyp des „Wahnsinnigen“ spielt bei diesem Ritual also eine sehr wichtige, den Zuschauer in seiner Welt stabilisierende Rolle. Deshalb ist es meiner Ansicht nach so schwierig, gegen diese stigmatisierenden Stereotype anzugehen. Der Zuschauer, die Allgemeinheit will sich dieses liebgewonnene, stabilisierende, strukturierende Element nicht wegnehmen lassen.

? Welche Szenen oder Sequenzen haben Sie am meisten beeindruckt?

Leonor Heinz: Im Verlauf der Auswertung des Filmmaterials wurde mir immer klarer, was für großartige zeitgeschichtliche Dokumente diese Kriminalfernsehserien sind – so nah am „Puls der Zeit“, für ein breites Publikum, für den Alltagsgebrauch produziert. Nun habe ich ja die 1970er-Jahre bearbeitet, die ich selbst nicht miterlebt habe, und es wechselte bei mir dabei Begeisterung und Erschauern ab. Beim Schauen der ostdeutschen Serie „Polizeiruf 110“ fühlte ich mich zu Beginn der 1970er-Jahre recht wohl. Es gab im „Polizeiruf 110“ beispielsweise von der ersten Serie an eine attraktive Polizistin, Leutnant Arndt (Sigrid Göhler), die Karate konnte, fest ins Ermittlerteam eingebunden war und gleichzeitig eine Familie hatte. Undenkbar im westdeutschen „Tatort“, wo die erste weibliche Ermittlerin, ein gebrochener, allein lebender Charakter, erst 1978 auftauchte. Doch auch die im „Polizeiruf 110“ dargestellten Frauen waren zusätzlich zu ihrer „Werkstätigkeit“ wie selbstverständlich allein für den Haushalt zuständig und wurden durch verschiedene weibliche Schwächen wie beispielsweise Emotionalität meistens – ebenso wie die westdeutschen weiblichen Filmcharaktere – in ihren Fähigkeiten als deutlich eingeschränkt dargestellt.

Sehr intensiv habe ich zur Mitte der 1970er-Jahre im „Polizeiruf 110“ eine schleichende Veränderung erlebt. Zunehmend zeigten die Folgen die Ermittler wie selbstverständlich als Teil des privaten Raums, als solle dem Zuschauer nahegebracht werden, dass mit der Präsenz eines guten Polizisten eben überall gerechnet werden müsse. Auch die Verflechtung der Polizei beziehungsweise der bekannten Ermittler mit dem Militär wurde erstmals

dargestellt. Gleichzeitig werden zum Ende der 1970er-Jahre verschärfte Versuche der Filmschaffenden offenbar, die Zustände in der DDR anzuprangern, so zum Beispiel in der Folge „Schuldig“ (1978) von Rolf Römer, der als Konsequenz seines kritischen Werks vom DDR-Kulturbetrieb ausgeschlossen wurde. Die Original-Drehbücher der Serien von „Polizeiruf 110“ mit ihren zahlreichen Ausstreichungen und Anmerkungen dokumentieren, wie die Arbeit der Filmschaffenden geprägt war durch die sogenannten „gesellschaftlichen Partner“ – vor allem durch das Ministerium des Innern der DDR.

Der westdeutsche „Tatort“ der 1970er-Jahre war ein buntes Experimentierfeld, in dem sich die gesellschaftlichen Umbrüche der Zeit widerspiegelten. Es wurden extreme Gegensätze geschaffen. So existiert zu Beginn der 1970er-Jahre nebeneinander beispielsweise einerseits der österreichische Meister der alten Schule, Kommissar Marek (Fritz Eckhardt), wo sich große Teile der Handlung in der Amtsstube in Kammerspiel-ähnlichem Setting abspielen, andererseits der James-Bond-Verschnitt des Zollfahnders Kressin (Sieghardt Rupp), der auf eigene Faust abenteuerliche Auslandsreisen unternimmt und dem als Accessoires Frauen und teure Autos zur Seite stehen. Es herrscht eine besondere Offenheit, die Grenzen des Genres beziehungsweise des Fernsehens als Medium an sich auszuloten, beispielsweise in der Folge „Tote Taube in der Beethovenstraße“ (1973) von Samuel Fuller. Durchgängiges Thema ist Sexualität und der Generationenkonflikt, wobei eine skurrile Mischung aus bürgerlicher Verkrustung und Nacktheit (teils mit Darstellerinnen des „Schulmädchen-Reports“) entsteht. Glanzlichter der Serie in den 1970er-Jahren sind für mich die Regiearbeiten von Wolfgang Petersen. Abgesehen von der berühmten Folge „Reifezeugnis“ mit Nastassja Kinski gibt es einige Folgen aus den frühen 1970er-Jahren, bei denen Petersen Genreelemente des Westerns vor der Kulisse der norddeutschen weiten Graslandschaft nutzt – Bilder von einmaliger atmosphärischer Spannung und Poesie. □

Das Interview führte Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach.

Therapiesicherheit von Phytopharmaka im Fokus

➔ Die Therapiesicherheit von Phytopharmaka wird immer wieder kritisch hinterfragt. Wirksamkeit und Verträglichkeit des standardisierten Ginkgo-biloba-Extrakts EGb 761® (Tebonin®) werden seit mehr als 20 Jahren systematisch untersucht, sodass dieser Extrakt heute als das weltweit am besten erforschte und dokumentierte pflanzliche Arzneimittel gelten kann.

Ginkgo-biloba-Extrakt verbessert die Fließeigenschaften des Blutes und fördert die Durchblutung, insbesondere im Bereich der Mikrozirkulation, ohne dabei aber das Blutungsrisiko zu erhöhen. Dies bestätigte eine aktuelle Metaanalyse von 18 randomisierten kontrollierten Studien mit 1.985 Erwachsenen, die entweder Ginkgo-biloba-Extrakt oder Placebo eingenommen hatten [1]. 87% der Studienteilnehmer waren demenzkrank, hatten eine periphere arterielle Verschlusskrankheit oder waren Diabetiker. 13% waren gesunde Probanden. Untersucht wurde der Einfluss von Ginkgo-biloba-Extrakt auf Blutfluss, Blutviskosität, Adenosin-5-Diphosphat-(ADP-) induzierte Plättchenhemmung, Fibrinogen, aktivierte Thromboplastinzeit (aPTT) und Prothrombinzeit (PT).

Während der Blutfluss durch den pflanzlichen Wirkstoff signifikant verbessert wurde

und die Blutviskosität messbar sank, wurde keiner dieser Gerinnungs-Parameter unter der Ginkgo-Behandlung in Richtung eines erhöhten Blutungsrisikos verschoben.

Über das Cytochrom-P450-System induzierte Wechselwirkungen können bei vielen Arzneimitteln ein Problem darstellen. Für EGb 761® gab jetzt eine randomisierte klinische Studie Entwarnung [2]. Bei 18 gesunden Probanden wurde der Einfluss des Ginkgo-Spezialextrakts auf fünf relevante CYP-Isoenzyme (1A2, 2C9, 2C19, 2D6 und 3A4) untersucht, die unter anderem für die Metabolisierung von Koffein oder häufig verwendeten Arzneimitteln wie etwa Omeprazol verantwortlich sind. Die Studie lief über drei Phasen, in denen die Probanden jeweils acht Tage lang entweder den standardisierten Ginkgo-biloba-Extrakt (120 mg 2 x/d oder 240 mg 1 x/d) oder Placebo erhielten. Bei keiner der beiden Dosierungen des Ginkgo-biloba-Spezialextrakts wurden klinisch relevante Interaktionen beobachtet.

Dr. med. Kirsten Westphal

1. Kellermann AJ, Kloft C: Pharmacotherapy 2011; 31: 490–502
2. Fuhr U et al. Post er. 10th Congr. EACPT, Budapest, 26.6.–29.6.2011

Wo stehen MAO-Hemmer heute?

➔ Bei einem Expertengespräch im Juni 2011, an dem unter anderem Professor Max Schmauß vom Bezirkskrankenhaus Augsburg, Privatdozent Dr. Mazda Adli von der Klinik für Psychiatrie der Charité, Professor Ulrich Trenckmann von der Ruhr-Universität Bochum sowie Dr. Patrick Thilman, niedergelassener Facharzt für Nervenheilkunde in Mannheim, teilnahmen, setzten sich die Experten mit dem Stellenwert des Monoaminoxidase-(MAO)-Hemmers Trancylpromin (Jatrosom®) im Jahr 2011 auseinander. Im Mittelpunkt standen die Dosis-Wirkungs-Korrelation und eine aus dem „German Algorithm Project“ hervorgegangene Algorithmus-gestützte Therapie.

Auf Basis der Datenlage zur Effektivität und zum Nebenwirkungsspektrum diskutierten die Experten die Gründe für die Vorbehalte junger Kollegen gegenüber MAO-Hemmern.

Sie seien im Wesentlichen der die Therapie begleitenden tyraminarmen Diät geschuldet, vermutete Adli und berichtete von positiven Erfahrungen seiner Patienten mit dieser Diät. Ferner wies er auf die Dosis-Wirkungs-Korrelation hin, nach der der maximale Effekt erst bei Trancylpromin-Dosen von 60 mg/d eintritt. Einer der wichtigsten Punkte des Expertengesprächs war ein Stufenalgorithmus, der nach der Behandlung mit einem First-Line-Antidepressivum zunächst eine Augmentation mit Lithium, dann eine Therapie mit Trancylpromin und zuletzt eine Elektrokrampftherapie (EKT) vorsieht. Bei konsequenter Umsetzung des Algorithmus im klinischen als auch im ambulanten Bereich benötigten viel weniger Menschen eine EKT, erklärte Adli. **red**

Nach Informationen von Aristo Pharma

Zweigleisig gegen Schmerzen

— Der μ -Opiodrezeptor-Agonist (MOR) und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NRI) Tapentadol (Palexia®retard) kann seine einjährige Zulassung in Deutschland feiern. Die Retardtablette, die zwei Wirkmechanismen vereint, wurde im Oktober 2010 auf dem deutschen Arzneimittelmarkt zugelassen und ist in den Dosierungen 50, 100, 150, 200 oder 250 mg erhältlich. Das neue Analgetikum des Unternehmens Grünenthal ist für Patienten indiziert, die eine Analgesie über 24 Stunden brauchen. Die Wirkweisen des Medikaments greifen jeweils auf körpereigene Mechanismen zurück: die Schmerzhemmung der aufsteigenden Bahnen, vom Rückenmark zum Gehirn, und die Schmerzhemmung der absteigenden Bahnen, mit Ausschüttung der Botenstoffe wie zum Beispiel Noradrenalin. Dessen Rückresorption aus dem synaptischen Spalt zurück ins Axoplasma präsynaptischer noradrenerger Neurone wird durch die NRI-Komponente von Tapentadol verhindert und verstärkt mit der erhöhten Noradrenalin-Konzentration die schmerzhemmenden Systeme. Die Opiod-Wirkkomponente ist im Vergleich zu den klassischen Opioiden gering. Deshalb entstehen unter Tapentadol viel weniger opioidtypische Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen oder Verstopfung. **red**

Nach Informationen der Grünenthal GmbH

Neu: Olanzapin Hennig®

— Das Unternehmen Hennig Arzneimittel hat sein Sortiment um Olanzapin Hennig® zur Behandlung von Schizophrenie und manischen Episoden erweitert. Das atypische Neuroleptikum wirkt stimmungsstabilisierend, antipsychotisch und antimanisch und ist auch zur Phasenprophylaxe bei Patienten mit bipolarer Störung indiziert. Olanzapin Hennig® ist erhältlich als Filmtablette in den Wirkstärken 2,5, 5, 7,5, 10, 15 und 20 mg sowie als Schmelztablette in den Wirkstärken 5, 10, 15 und 20 mg. Weitere Informationen sind unter www.hennig-am.de erhältlich. **red**

Nach Informationen von Hennig Arzneimittel

Mit Phytopharmaka aus der Angstspirale

➔ Etwa 22% der Bundesbürger leiden unter Angst- und Unruhezuständen. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Online-Befragung im Juli 2011 bei 1.050 Bundesbürgern zwischen 18 und 75 Jahren [1]. Was die Betroffenen umtreibt ist vor allem die Sorge um den Verlust des Arbeitsplatzes und dem sozialen Abstieg sowie die Angst vor Einsamkeit. Diese Ängste, die Frauen doppelt so häufig wie ihre männlichen Altersgenossen plagen, sind keine Bagatelle, sondern unbedingt behandlungsbedürftig. Bereits unerschwellige Angststörungen müssen therapiert werden: „Die Gefahr der Chronifizierung und des Auftretens von Folgeerkrankungen, allen voran Burnout, ist sehr hoch, dazu kommen die sozioökonomischen Konsequenzen“, so Dr. Wolfgang Grebe, niedergelassener Internist aus Frankenberg, Hessen. Was jedoch in vielen Fällen vor der Inanspruchnahme einer professionellen Therapie abhält, seien

weitere Ängste, nämlich die vor einer Stigmatisierung und der Verordnung von Psychopharmaka.

Alltagstauglichkeit wiedererlangen

„Bitte kein Psychopharmakon ...“ ist die klare Aussage vieler Angstpatienten. Ihre Befürchtungen vor Sedierung, Abhängigkeit und Persönlichkeitsveränderung sind sehr ausgeprägt. Dennoch wollen die Patienten laut Grebe wieder „Alltagstauglichkeit und eine spürbare Erleichterung ihrer Beschwerden“. Einen Ausweg aus diesem Dilemma eröffnen Phytopharmaka wie Silexan (WS® 1265/La-sea®). Das spezielle Lavendelöl aus den Blättern von *Lavandula angustifolia* wirkt binnen weniger Tage signifikant anxiolytisch. Das bestätigen sowohl placebokontrollierte Studien [2] als auch eine Studie versus Lorazepam in der Einstiegsdosierung 0,5 mg [3], in der sich Silexan® als ebenbürtig erwiesen hat

– bei guter Verträglichkeit und ohne Interaktionen mit anderen Pharmaka. Diese Effekte gehen auf die beiden wirksamkeitsbestimmenden Inhaltsstoffe von Silexan®, Linalool und Linalylacetat, zurück: Sie bewirken einen verringerten Einstrom an Kalziumionen in die Nervenzellen und in Folge eine geringere Ausschüttung an erregenden Neurotransmittern wie Noradrenalin und Serotonin [4].

Birgit Frohn

1. TNS Infratest: Die Ängste der Deutschen; Juli 2011/60.05.123370
2. Kasper S et al. (2010) *Int Clin Psychopharmacol* 25 (5): 277–87
3. Woelk H et al. *Phytomedicine* 2010; 17 (2): 94–99
4. Schuwald A et al. Annual meeting Society of Neuroscience, San Diego, 2010

Pressekonferenz „Die Ängste der Deutschen – Befindlichkeitsstörung oder behandlungsbedürftig?“, Hamburg, 13.9.2011

Veranstalter: Spitzner Arzneimittel

SSNRI lindert Schmerzen und bessert Alltagsfunktionen bei diabetischer PNP

➔ Neuropathische Schmerzen sind ein häufiges Symptom bei Diabetes und Prädiabetes. Die symptomatische Behandlung sollte auch funktionelle Beeinträchtigungen berücksichtigen und gut verträglich sein.

Patienten mit schmerzhafter diabetischer Polyneuropathie (DPNP) leiden nicht nur unter Schmerzen und Missempfindungen, sondern häufig auch unter den damit einhergehenden funktionellen Beeinträchtigungen, etwa der Alltagsaktivität, der Arbeitsfähigkeit oder des Gehvermögens. Für die medikamentöse Therapie der DPNP forderte Professor Dan Ziegler, Düsseldorf, daher über die Schmerzlinderung hinaus auch eine Verbesserung der Lebensqualität, der physischen und psychischen Funktionen sowie der Schlafqualität. Unter gleich effektiven Substanzen sollte die Verträglichkeit ein Auswahlkriterium sein.

Als Medikament, das diese Forderungen weitgehend erfüllt, ist Duloxetin (Cymbalta®) zur Therapie der schmerzhaften DPNP bei Erwachsenen zugelassen. Der selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) reduziert Schmerzen rasch, effektiv und anhaltend. Durch die effektive Schmerzlinderung verbessert sich auch die

Schlafqualität und die Alltagsfunktionalität. Das Verträglichkeitsprofil ist im Allgemeinen günstig: Es kommt in der Regel nicht zu einer Gewichtszunahme, häufigere Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen sind oft transient und können durch eine einschleichende Behandlung verringert werden.

Laut Leitlinie Mittel der ersten Wahl

Internationale und nationale Leitlinien empfehlen Duloxetin für die Pharmakotherapie der DPNP, wie ein Überblick zeigte, den Professor Claudia Sommer vom Universitätsklinikum Würzburg präsentierte. So bewertet die neue Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Diabetische Neuropathie“ Duloxetin 60 mg/d als ein Mittel der ersten Wahl zur symptomatischen Behandlung der DPNP. Das britische National Institute for Health and Clinical Evidence (NICE) betrachtet den SSNRI als Erstlinientherapie und beurteilt ihn darüber hinaus als kosteneffektivste Behandlung der DPNP. Die European Federation for Neurological Societies (EFNS) empfiehlt Duloxetin neben Pregabalin und Trizyklika als Firstline-Therapie. Die International Association for the Study of Pain (IASP) gibt keine spezifische Empfehlung zur DPNP, empfiehlt

aber neben Trizyklika und Pregabalin Duloxetin zur Behandlung neuropathischer Schmerzen.

Michael Koczorek

Satellitensymposium „Pain in Diabetic Neuropathy: New Insights into the Mechanisms and Treatment Guidelines“, 7. Kongress der European Federation of IASP® Chapters (EFIC®), Hamburg, 23.9.2011

Veranstalter: Eli Lilly and Company

Neu: Olanzapin-neuraxpharm®

Die neuraxpharm Arzneimittel GmbH hat ihr Produktportfolio um das atypische Antipsychotikum Olanzapin (Olanzapin-neuraxpharm®) erweitert. Alle oralen Wirkstärken werden analog zum Erstanbieter angeboten. 2,5, 5, 7,5, 10, 15 und 20 mg sind als Filmtabletten und 5, 10, 15 und 20 mg als Schmelztabletten erhältlich. Die verfügbaren Packungsgrößen sind 35, 56 und 70 Stück (N1, N2, N3). **red**

Nach Informationen von neuraxpharm

Alzheimer-Demenz kosteneffizient behandeln

➔ Drei Viertel der Patienten mit einer diagnostizierten Alzheimer-Demenz sind unterversorgt. Eine leitliniengerechte Monotherapie mit Memantin ist nicht nur mit einem Benefit für die Patienten und ihre Angehörigen assoziiert, sondern ist auch kosteneffektiv.

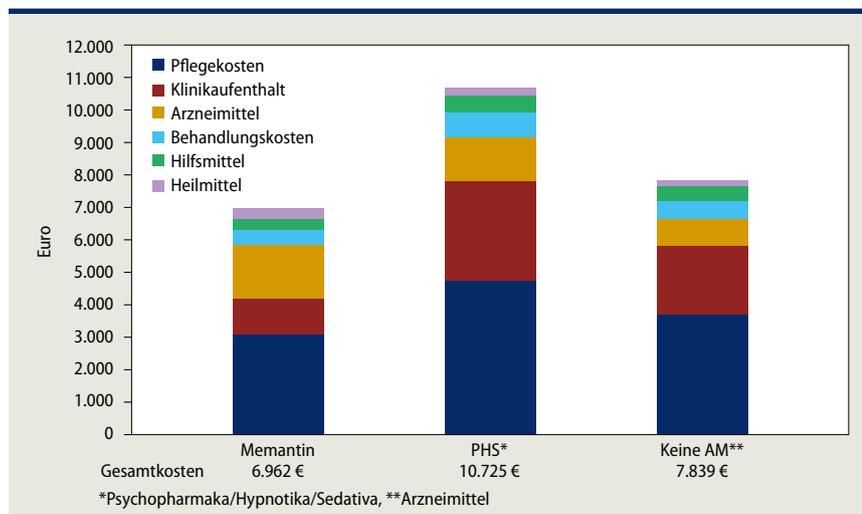
Dass die Versorgungssituation von Alzheimer-Patienten in Deutschland nach wie vor unzureichend ist und die Leitlinienempfehlungen offensichtlich nicht wie erforderlich umgesetzt werden, zeigen die Ergebnisse

einer Versorgungsanalyse. In die retrospektive Studie flossen die anonymisierten Daten der diagnostizierten Patienten mit Alzheimer-Demenz (n = 35.684) ein, die im Jahr 2005 bei der Barmer Ersatzkasse versichert waren. In die Auswertung wurden letztendlich die Daten von 21.512 Patienten einbezogen, berichtete Professor Reinhard Rychlik, Burscheid. Die Hälfte (n = 12.561) erhielt keine leitliniengerechte antedementive Therapie, sondern lediglich Psychopharmaka beziehungsweise Hypnotika/Sedativa. Ein wei-

teres Drittel der Patienten (n = 7.503) wurde gar nicht wegen der Demenz behandelt. Nur 7% (n = 1.448) erhielten eine leitliniengerechte Monotherapie mit Memantin (z. B. Ebixa®). „74% der Alzheimer-Patienten in Deutschland sind nach diesen Daten unterversorgt“, konstatierte Rychlik.

Die Versorgungsanalyse bestätigte, dass eine Unter- bzw. Fehlversorgung auch aus ökonomischer Perspektive unververtretbar ist. Trotz höherer Ausgaben für die medikamentöse Therapie schnitt die Gruppe der mit Memantin behandelten Patienten in den Bereichen ärztliche Leistungen, Krankenhausaufenthalte, Pflegeleistungen sowie Heil- und Hilfsmittelverordnungen deutlich besser ab als die beiden Vergleichsgruppen (s. Abb.). Die mittleren Gesamtkosten pro Patient beliefen sich im Jahr 2005 in der Memantin-Gruppe auf 6.962 Euro pro Patient gegenüber 10.724,96 Euro in der Psychopharmaka/Hypnotika/Sedativa-Gruppe und 7.838 Euro in der Gruppe der unbehandelten Patienten.

Abdol A. Ameri



Aufteilung der Gesamtkosten für die Alzheimer-Demenz (nach: Kiencke P et al. Eur J Health Econ 2010, DOI 10.1007/s10198-010-0267-x)

Pressegespräch „Optimale Versorgung und Wirtschaftlichkeit in der Alzheimer-Therapie: Ein Widerspruch?“ anlässlich des DGN-Kongresses, Wiesbaden, 28.9.2011
Veranstalter: Lundbeck

Atypikum auch antidepressiv wirksam

➔ Nach aktuellen Daten der Weltgesundheitsorganisation WHO sind weltweit mehr als 120 Millionen Menschen von depressiven Episoden betroffen. Unabhängig davon, ob depressive Symptome bei einer unipolaren Depression, einer Schizophrenie oder bipolaren Störung auftreten – sie sind für Betroffene quälend und sollten daher möglichst schnell und effektiv behandelt werden.

Eine Therapieoption ist retardiertes Quetiapin (Seroquel Prolong®), das in Deutschland seit Kurzem zur Behandlung depressiver Erkrankungen (Episoden einer Major Depression) als Zusatztherapie bei Patienten zugelassen ist, die unzureichend auf die Monotherapie mit einem Antidepressivum angesprochen haben. Quetiapin ist nicht nur bei Patienten mit einer bipolaren Störung in der

manischen Episode, sondern auch in der depressiven Episode wirksam. Damit unterscheidet sich das atypische Neuroleptikum von anderen Substanzen dieser Klasse, für die Wirksamkeitsnachweise bei Patienten mit einer bipolaren Depression bisher ausstehen. Der Grund dafür ist wahrscheinlich im besonderen Rezeptorbindungsprofil von Quetiapin zu suchen.

Quetiapin und dessen aktiver Metabolit Norquetiapin beeinflussen alle drei Neurotransmittersysteme im Gehirn, die maßgeblich mit der Entstehung von depressiven Symptomen bei betroffenen Patienten in Verbindung gebracht werden. Quetiapin und Norquetiapin führen durch antagonistische und teilweise auch agonistische Effekte im dopaminergen, serotonergen und noradrenergen Neuro-

transmittersystem zu einer Erhöhung der entsprechenden Neurotransmitter Serotonin, Noradrenalin und Dopamin. Von diesen wird angenommen, dass sie bei Patienten mit depressiven Symptomen in einer erniedrigten Konzentration im Gehirn vorliegen. Norquetiapin wirkt wie einige andere Antidepressiva auch als Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer mit einer hohen Bindungsaffinität zum Noradrenalin-Transporter. Ein weiterer Aspekt, in dem sich retardiertes Quetiapin wesentlich von anderen atypischen Neuroleptika unterscheidet. **red**

Nach Informationen der AstraZeneca GmbH

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 Chefarzte/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 Chefarzte/Fachärzte an Kliniken/Niedergelassene).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN** – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP** – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 625 EUR.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

Konto-Nr.: _____

bei der _____ BLZ _____

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

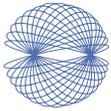
Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvndn.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. Hillienhoff

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/Sozialpsychi-

atrie:

N. Mönter

Weiterbildungsordnung:

F. Bergmann, U. Meier, C. Roth-Sackenheim,

W. Lünser, Ch. Vogel

Leitlinien: F. Bergmann, U. Meier,

C. Roth-Sackenheim

Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigen-

gruppen: Vorstand

Referate

Demenz: J. Bohlken

Epileptologie: R. Berkenfeld

Neuroangiologie, Schlaganfall: P. Reuther

Neurootologie, Neuroophthalmologie: 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 Neuhofer, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld

Telefon: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925

E-Mail: bvndn.bund@t-online.de

Bankverbindung: Sparkasse Neuss

Kto.-Nr.: 800 920 00, BLZ 305 500 00

BVDN Homepage: <http://www.bvndn.de>

Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg

2. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich

Schriftführer: Heinz Wiendl, Münster

Kassenwart: Karl-Otto Sigel, München

Beisitzer: Frank Bergmann, Aachen; Elmar Busch, Gel-

senkirchen; Peter Berlit, Essen; Heinz Herbst, Stuttgart

Beirat: Elmar Busch, Gelsenkirchen; Andreas Engel-

hardt, Oldenburg; Peter Franz, München; Matthias

Freidel, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz

Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt,

Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: U. Meier, P. Reuther

GOÄ/EBM: R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl

Qualitätsmanagement: U. Meier

Risikomanagement: R. Hagenah

Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN

DRG: R. Kiefer

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: U. Meier

Versorgungsforschung: U. Meier

Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:

R. Hagenah

Anhaltzahlen/Qualitätssicherung:

F. Reinhardt, P. Reuther

Rehabilitation: H. Masur

CME: F. Jungmann, P. Reuther

DRG: R. Hagenah, R. Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

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-Merkel, Peter Emrich

Hessen: Alexander Simonow

Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff

Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf, Joachim Beutler

Nordrhein: Uwe Meier

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Joachim Eißmann, Richard Rohrer

Sachsen: Elke Wollenhaupt

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Meyer-Hülsmannl

Thüringen: Barbara Schwandt

Westfalen: Klaus Gorsboth, Martin Boursachs



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychoiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzender: 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