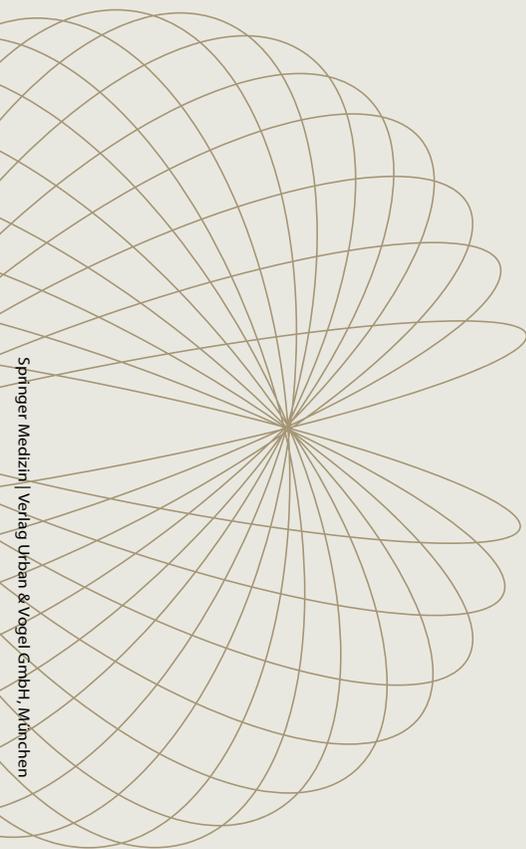


3

März 2012 _ 23. Jahrgang_www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

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



Versorgungsstrukturgesetz 2012

Diese Neuerungen müssen Sie kennen!

Prävention des Schlaganfalls

Neue Antikoagulanzen bei Vorhofflimmern

CME: Depression

Was tun bei Therapieresistenz?



BVDN



BDN



BVDP



»Ein gelegentliches Glas Rotwein hat möglicherweise entscheidenden Anteil daran, dass der westliche Mensch heute relativ spielend die Alzheimer-Schwelle erreicht.«

PD Dr. med. Albert Zacher
Schriftleiter

Iss und trink dich uralt! Altern mit Genuss

Dass jeder von uns alt werden, nicht aber alt sein und schon gar nicht alt aussehen will, gehört zu den grundlegenden Paradoxien des modernen Lebens und unterscheidet unsere Zeit dramatisch von so genannten heroischen Epochen der Menschheitsgeschichte, in denen sich der junge Heldentod ganz oben auf der Wunschliste gerade dem zarten Knabenalter Entwachsener fand, das Greisenalter aber mit Rauschebart und Würde gelebt werden durfte und in so hohem Ansehen stand, dass die Jungen sich mit den Attributen und damit der Aura des gesetzten Alters schmückten (Bart, Stock, Monokel, Zwicker etc.).

Also – diese Zeiten sind endgültig vorbei. Heutige flotte Omas nennen sich gegenseitig „Mädels“ und gefühlt endet auch für die Männer das Jünglingsalter erst bei Pflegestufe 2.

Spätestens ab Mitte der Vierziger steht Mensch also vor zwei seltsam widersprüchlichen, letztlich Ähnliches meinenden Fragen: Wie bleibe ich so jung wie möglich? Und: Wie werde ich so alt wie möglich?

Nur mit Letzterem wollen wir uns hier und heute etwas ausführlicher beschäftigen. Material gibt es en masse, vergeht doch kaum ein Tag, an dem nicht neue todsichere Rezepte für Langlebigkeit unters Volk gestreut werden. Und weil auf einer einzigen Seite nicht alle Verheißungen, mit diesem und jenem Tränklein Methusalem sogar noch zu übertreffen, erwähnt und diskutiert werden können, will ich mich auf besonders interessante und sympathische Rezepte für Jugend- und Lebensverlängerung beschränken: Gewonnene Lebensjahre, die Sie sich, dies versprechen zumindest ernsthaft dargebotene wissenschaftliche Studien, essen und ertrinken können.

One apple – no – chocolate and wine

Wissenschaft bringt gelegentlich erstaunlich erfreuliche Ergebnisse hervor: So wie jede Zigarette einen weiteren Sargnagel bedeutet (deshalb Finger weg!), so jede Tafel Schokolade (geschätzt wenigstens um ein paar Sekunden) längeres Leben! Grob überschlägig könnte das bedeuten, dass sich durch den täglichen Konsum einer Tafel Schokolade über insgesamt 60 Jahre hinweg das Leben vielleicht um 15 Tage genussvoll verlängern lässt! Trinken Sie auch noch ein Glas Rotwein dazu, kön-

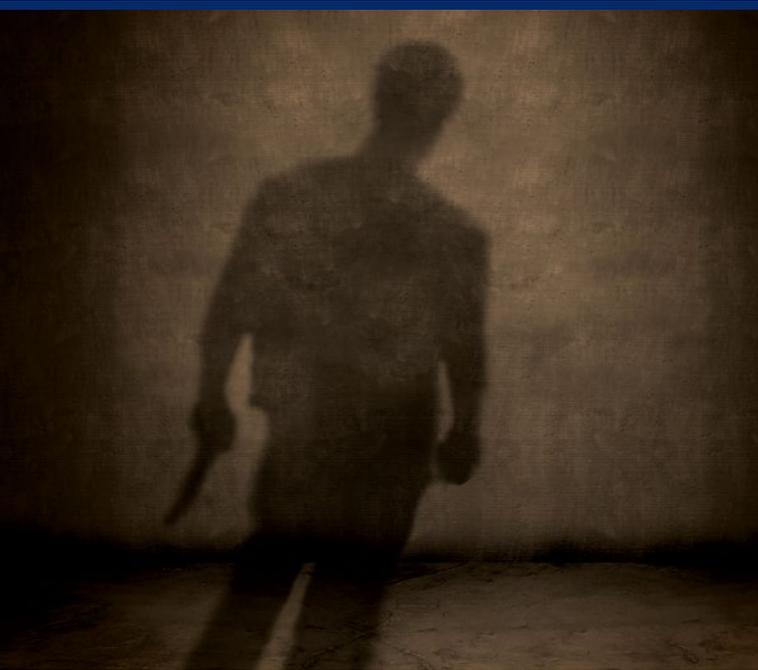
nen Sie mit weiteren Lebenstagen rechnen, weil dessen Genuss, früher eher als Laster gebrandmarkt, denn als Gesundbrunnen anerkannt, möglicherweise entscheidenden Anteil daran hat, dass der westliche Mensch, ob Japaner, Franzose, Australier oder auch Deutscher heute relativ spielend die Alzheimer-Schwelle erreicht. Somit gebührt hinfort der Ehrenpreis für diesen Erfolg nicht den Medizinern sondern den Winzern. Leider wurde allerdings kürzlich Wertmut in den Rotwein gegossen: Einer der meist zitierten Rotwein-Lebensverlängerungs-Forscher hatte anscheinend seine Ergebnisse in Auerbachs Keller eronnen, statt sie im Rechenzentrum zu generieren. Ein höchst bedauerlicher Forschungsskandal!

Tea for two

Nun – wenn vielleicht doch Chianti, Trollinger oder Burgunder nicht alt werden lassen, dann auf jeden Fall die legendäre „Cup of tea“! Schwarzer Tee – drei Tassen pro Tag – lässt den Blutdruck in drei Monaten um systolisch sage und schreibe 2 mmHg und diastolisch gar 2,1 mmHg sinken! Die Autoren der entsprechenden Studie (womöglich waren es die Herren Darjeeling, Earl Grey und Assam) kamen bei ihren weiteren Berechnungen (vermutlich beim Fünf-Uhr-Tee) überschlägig aber doch im Ergebnis ziemlich exakt auf eine Reduktion von 7–10% an kardiovaskulären Ereignissen in der Gesamtbevölkerung! Ja, so einfach ist das. Ruinieren Sie fürderhin nicht länger Ihre Gelenke, Bänder und Menisken, indem Sie sich sportlich abquälen, um alt zu werden und trotzdem jung zu bleiben, sondern setzen Sie sich in einen bequemen Sessel und genießen Sie hinfort stattdessen eine Tasse Tee mit Schokokeksen.

Sollten Sie sich fragen, wie ich selber es geschafft habe, in den letzten Jahren nicht älter zu werden, so muss ich gestehen, dass ich einfach das Bild links oben seit Jahren nicht habe austauschen lassen. Aber verraten Sie mich bitte nicht!

Ihr



24 Sicherheit vor Freiheit?

Im Interview mit dem NEUROTRANSMITTER beklagt Professor Norbert Nedopil, München, dass sich der Umgang mit psychisch kranken Straftätern aufgrund des gesellschaftlichen Drucks in den vergangenen Jahren stark verändert habe. Es sei ein „Paradigmenwechsel“ vom Primat der Freiheit zum Primat der Sicherheit zu verzeichnen. In vielen Fällen werde die forensische Psychiatrie nur als Etikett verwendet, um dem Wegsperrern einen humanen Anstrich zu geben.

34 Fahrtüchtig auch im hohen Alter?

Das Automobil ist für viele ältere Menschen fast unverzichtbar, um weiterhin selbstbestimmt und aktiv am Leben teilnehmen zu können. Im Alter treten vielfache Einschränkungen auf, die aber nicht per se zum Verlust der Fahreignung führen. Hier sind Sie als Arzt gefragt, zu differenzieren, ob alters- oder krankheitsbedingte Defizite dafür sprechen, das Auto künftig stehen zu lassen. Und: Ist dies der Fall, kommt es auf eine sensible, aber auch klare Kommunikation der resultierenden Empfehlung an.

Hinweis

In dieser Ausgabe finden Sie auf Seite 76 die Sonderpublikation Medizinreport aktuell „Compliance bei Demenz / Ist Substitution ein zu hohes Risiko?“. Außerdem liegt bei: Zentrum-Neuro, Ausgabe I/2012.

Wir bitten um Beachtung.

Titelbild:

Egon Schiele: Auf dem Bauch liegender weiblicher Akt, 1917
© Albertina Wien

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 Förderprogramme für die fachärztliche Versorgung auflegen!

10 Gesundheitspolitische Nachrichten

Hohe Zahl an Arztkontakten in Deutschland

Anteil psychischer Erkrankungen an AU-Fällen steigt weiter an

14 Versorgungsstrukturgesetz 2012 – das müssen Sie wissen!

Für Vertragsärzte wichtige Änderungen erklärt

20 „Für die KV Hamburg sind wir immer ein Stiefkind gewesen“

Neues aus dem Landesverband Hamburg

Rund um den Beruf

22 Für Sie gelesen:

Auch SSRI erhöhen Sturzgefahr bei Demenz

24 Paradigmenwechsel vom Primat der Freiheit zum Primat der Sicherheit

Interview mit Professor Norbert Nedopil zur forensischen Psychiatrie

28 Mehr Psychotherapie im Sprechstundenalltag ist möglich

Zwei Jahre Erfahrung mit Kurztherapie bei Depression

34 Fahrtüchtig auch im hohen Alter?

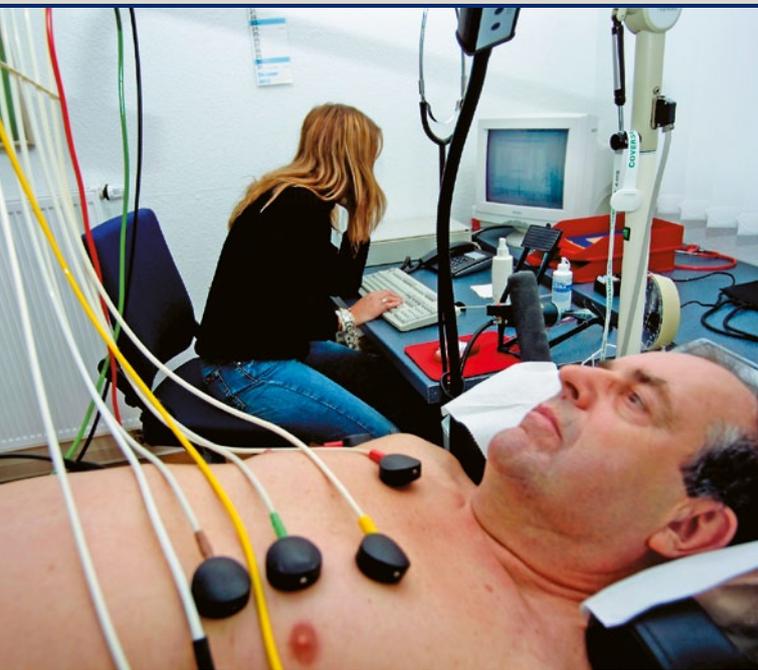
Senioren im Straßenverkehr

38 Für Sie gelesen:

Akupunktur zur Migräneprophylaxe

40 Beratung und Hilfe bei Transsexualität

Praxisporträt Michael Szukaj



42 Prävention des Schlaganfalls

Vorhofflimmern ist die häufigste Form der kardialen Arrhythmie im Alter und ein wichtiger unabhängiger Risikofaktor für ischämische Insulte. In der Vergangenheit wurden Patienten mit Vorhofflimmern mit Vitamin-K-Antagonisten antikoaguliert. Damit konnte das Schlaganfallrisiko um 60–70 % reduziert werden. Die neuen Antikoagulanzen haben den Vorteil, dass sie in einer fixen Dosis gegeben werden und dass keine Kontrolle der Gerinnungshemmung notwendig ist.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

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

Schriftleitung:

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

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



BVDN



BDN



BVDP

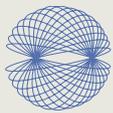
Fortbildung

- 42 Neue Antikoagulanzen bei Vorhofflimmern**
 Anwendung und Grenzen in der Prävention des Schlaganfalls
- 48 Gesundheit der Therapeuten auf dem Prüfstand**
 Berufliche Gesundheitsbelastung in der Psychotherapie im Fokus
- 53 PSYCHIATRISCHE KASUISTIK**
 Affektives Mischbild in der Postpartalzeit
- 60 KONBEST: Wirkstoffkonzentration mit klinisch-pharmakologischem Befund**
 NEUROTRANSMITTER-Interaktionslexikon Folge 13
- 64 CME: Was tun, wenn die antidepressive Behandlung versagt?**
 Strategien bei Therapieresistenz
- 71 CME-Fragebogen**



Journal

- 80 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
 André Maurois` Erzählung „Thanatos Palace Hotel“
- 86 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
 Egon Schiele: Kampf um die eigene Persönlichkeit
- 74 Pharmaforum**
- 89 Termine**
- 90 Verbandsservice**
- 97 Impressum/Vorschau**



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte



BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

Förderprogramme für die fachärztliche Versorgung auflegen!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nicht nur in Nordrhein weisen die aktuellen Zahlen zur Bedarfsplanung nahezu in allen Gebieten eine Überversorgung aus. Alle Planungsbezirke sind demzufolge gesperrt. Lediglich vakant werdende Arztsitze können, sofern sich ein geeigneter und williger Bewerber findet, nachbesetzt werden. Trotzdem klagen Patienten über Wartezeiten auf neurologische und psychiatrische Untersuchungstermine, bekannt sind Wartezeiten von Wochen bis zu mehreren Monaten.

Reform der ärztlichen Bedarfsplanung

Bereits im November 2011 legte die KBV ein erstes Konzept mit Überlegungen zur Reform der ärztlichen Bedarfsplanung vor. Darin sollen in Zukunft sämtliche Facharztgruppen einbezogen sein. Darüber hinaus neu ist die Einteilung so genannter „Raumtypen“. Für die hausärztliche Versorgung sollen dabei künftig die 4.628 Gemeindeverbände mit einer Verhältniszahl von 1.550 Einwohnern pro Hausarzt als Grundlage dienen. Demgegenüber umfasst die so genannte wohnortnahe Versorgung im Facharztbereich zehn Arztgruppen in vier Raumtypen auf Kreisebene mit 412 Planungsregionen. Dies wird durch zwei Sonderbereiche für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ergänzt. Es gilt das Prinzip: Mit zunehmender Spezialisierung der Ärzte soll auch die Größe der Planungsregionen wachsen.

Nervenärzte, Neurologen und Psychiater werden dabei zur wohnortnahen Versor-

gung gezählt, während dagegen beispielsweise Anästhesisten, Radiologen, aber auch Fachinternisten und Kinder- und Jugendpsychiater zum Sonderbereich 1 der fachärztlichen Versorgung gehören sollen.

Bis zu 1.000 neue nervenärztliche Sitze in Sicht?

Rechenmodelle der KBV ergeben, dass bei Neuordnung der Bedarfsplanung zwischen 12.000 und 20.000 zusätzliche Praxissitze fehlen. Entscheidend ist die so genannte Stichtagsregelung: Je nachdem, ob der 31.12.1990 (hier würde ein Demografiefaktor eingerechnet) die Grundlage bildet, oder ob beispielsweise der 31.12.2010 gewählt wird, ergeben sich völlig unterschiedliche Effekte. Bei einer Stichtagsregelung beispielsweise zum 31.12.2010 ginge die Zahl der überversorgten Regionen sehr deutlich zurück und es würden wesentlich mehr zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten geschaffen. So würden beispielsweise bei einer Stichtagsregelung 1990 plus Demografiefaktor rund 450 Nervenarztsitze (Neurologie und/oder Psychiatrie) geschaffen, bei einer Stichtagsregelung zum 31.12.2010 aber über 1.000 Sitze.

Noch dramatischere Zahlen würden für den Bereich Psychotherapie resultieren. Denn bei einer Stichtagsregelung zum 31.12.2010 ergäben sich rein rechnerisch rund 5.000 zusätzliche Psychotherapie-Niederlassungsmöglichkeiten. Schon jetzt befürchten die Krankenkassen eine Kostenexplosion mit zusätzlichen Kosten von mindestens vier Milliarden Euro. Voraussetzung: Es gibt auch entsprechend zahlreiche niederlassungswillige Ärzte und Therapeuten.

Verlagerung zu Ungunsten der allgemeinspsychiatrischen Versorgung

Aber auch ein ganz anderes Problem wird durch die aktuellen Berechnungen der KBV erkennbar. So lässt sich nachweisen, dass es einen sehr hohen Anteil von Vertragsärzten gibt, die weniger als 25 % der Durchschnittsfälle ihrer Fachgruppe behandeln beziehungsweise weniger als 60 Stunden im Quartal für die Versorgung von GKV-Patienten zur Verfügung stehen. Diese Quote beträgt bei den Hausärzten 6,4 %, bei den Nervenärzten wird der Anteil der Vertragsärzte, die pro Jahr weniger als 25 % des Fachgruppendurchschnitts behandeln, mit 18,3 % ausgewiesen.

Diese Zahlen sind interpretationsbedürftig: In der Gruppe der Nervenärzte werden nervenärztliche, neurologische und psychiatrische Fachärzte gemeinsam gezählt. Die gegenüber anderen Facharztgruppen deutlich höhere Zahl von Kollegen, welche die durchschnittliche Fallzahl ihrer Fachgruppe dramatisch unterschreiten, ist Ausdruck der Entwicklung, zunehmend richtlinienpsychotherapeutisch zu arbeiten. Diese Verlagerungseffekte zu Ungunsten der allgemeinspsychiatrischen Versorgung sind logische Konsequenz der seit Jahren bestehenden Unterfinanzierung der neurologischen beziehungsweise nervenärztlichen und psychiatrischen GKV-Tätigkeit. Auf das drängende Problem der schleichenden Umwandlung psychiatrischer Praxen in Richtlinienpsychotherapiepraxen machen wir in der ärztlichen Selbstverwaltung und in der Politik seit Jahren aufmerksam!



»Auf das Problem der schleichenden Umwandlung psychiatrischer Praxen in Richtlinienpsychotherapiepraxen machen wir seit Jahren aufmerksam!«

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

Neurologische und psychiatrische Versorgung fördern

Politik und Krankenkassen erkennen mittlerweile an, dass ein dramatischer Mangel im Bereich der hausärztlichen Versorgung in den nächsten Jahren und Jahrzehnten entstehen wird und versuchen, durch entsprechende Förderprogramme gegenzusteuern. Es wird höchste Zeit, dass entsprechende Förderprogramme auch für den Bereich der neurologischen und psychiatrischen Versorgung aufgelegt werden. Dringend erforderlich wären beispielsweise Förderprogramme für fachärztliche Weiterbildungsstellen in nervenärztlichen beziehungsweise neurologischen und psychiatrischen Praxen, in denen sich die nächste Generation von Neurologen und Psychiatern mit den Besonderheiten der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vertraut machen kann. Darüber hinaus ist eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Planungssicherheit für Neurologen und Psychiater eines der stärksten Argumente um junge Kolleginnen und Kollegen davon zu überzeugen, in die ambulante vertragsärztliche Versorgung zu investieren.

Milliarden-Überschüsse der GKV sinnvoll investieren

Die aktuellen milliardenschweren Überschüsse der Gesetzlichen Krankenkassen wären in diesem Segment der ambulanten Versorgung gut investiert, zumal nach einer Studie im Auftrage der Fachärzte für psychosomatische Medizin und der KBV insbesondere ein vernetztes Versorgungsangebot und ein niederschwelliges Gesprächsangebot geschaffen werden müssten. BVDN, BDN und BVDP fühlen sich durch

diese Aussagen bestätigt: Seit Jahren fordern wir eine Verbesserung der psychiatrischen und neurologischen Gesprächsmöglichkeiten in unseren Praxen, insbesondere in höherer Frequenz. Wie wir auch in unseren Integrierten Versorgungsprojekten nachweisen können, ist gerade ein verbessertes und höherfrequentes Gesprächsangebot geeignet, Krankenseinweisungen zu vermeiden und Chronifizierung von Depressionen und anderen neuropsychiatrischen Störungen entgegenzuwirken.

Die „Diagnose“ der geklagten Probleme ist mehrfach gestellt und auch bestätigt wor-

den. Es wäre jetzt höchste Zeit, die „Therapie“ einzuleiten!

In diesem Sinne verbleibe ich herzlich,

Ihr

ANALYSE DES ZENTRALINSTITUTS FÜR KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG

Hohe Zahl an Arztkontakten in Deutschland

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) hat Mitte Februar 2012 eine differenzierte Analyse der Anzahl an Arztkontakten bei GKV-Versicherten im Jahr 2007 vorgestellt. In den Medien war in den letzten Jahren mehrfach über die vergleichsweise sehr häufigen Arztkontakte deutscher GKV-Versicherter berichtet worden. So wurde beispielsweise im Arztreport der Barmer GEK Krankenkasse ein Mittelwert von 17,7 Arztbesuchen im Jahr 2007 angegeben. Im europäischen Durchschnitt liegt die Anzahl der Arztkontakte nach verschiedenen Quellen nur ein Viertel bis halb so hoch.

Versorgungsatlas veröffentlicht

Die jetzt vom ZI vorgelegte Studie ist im Internet unter www.versorgungatlas.de veröffentlicht worden. Die Daten stützen sich auf die ärztlichen Abrechnungsergebnisse aller GKV-Versicherten im Jahr 2007, sofern sie mindestens einen Arztkontakt hatten. Das Jahr 2007 wurde gewählt, weil vor Einführung der Versichertenpauschale am 1.1.2008 noch weitgehend alle Arzt-Patienten-Kontakte durch eine Abrechnungsziffer dokumentiert wurden. Labor- und Pathologiefälle wurden nicht mitgerechnet. Eingerechnet wurden jedoch auch Kontakte zur Abholung eines Rezeptes oder einer Überweisung und telefonische Kontakte, die zu einer Abrechnungsziffer führten.

Die Untersuchung zeigt eine mittlere Häufigkeit von 17 Arztkontakten je Versicherten im Jahr 2007. Frauen gingen demnach durchschnittlich 20-mal zum Arzt, Männer hatten im Mittel 14 Arztkontakte. 90% aller Versicherten gingen mindestens einmal pro Jahr zum Arzt. Männer und Frauen zwischen 85 und 90 Jahren hatten eine etwa gleich hohe Zahl (37- bzw. 35-mal) Arztkontakte. Mit zunehmendem Alter stieg der Anteil an Arztkontakten bei Hausärzten. Von 46% der Arztkontakte bei den 20- bis 35-Jährigen, kletterte dieser Wert auf 70 bis 80% bei den über 80-Jährigen. In diesem fortgeschrittenen Alter entfielen beinahe 20% der Arztkontakte auf Augenärzte, Internisten, Orthopäden und Urologen. Nervenärztliche Arztbesuche traten hier nicht besonders hervor. In den neuen Bundesländern gingen die Patienten mit etwa 15 Besuchen etwas weniger

häufig zum Arzt. Psychotherapeuten suchten Frauen zwei- bis dreimal häufiger auf als Männer. Der Anteil der Psychotherapeutenkontakte an allen Arztkontakten betrug 1,5%, was im Mittel 0,3 (von 17) Kontakten entspricht.

Höhere Morbidität, mehr Arztbesuche

16% der Patienten beanspruchten die Hälfte aller Arztkontakte. Ein Viertel der Patienten suchte pro Jahr 40-mal den Arzt auf, ein Viertel elf- bis 22-mal, ein weiteres Viertel hatte fünf bis sieben Kontakte und das restliche Viertel der Patienten hatte maximal vier Kontakte pro Jahr. Im Mittel 34 Arztkontakte hatten Patienten mit mindestens einer Morbi-RSA-Diagnose. Mit der höchsten Zahl an Arztkontakten stand bei Patienten mit Transplantation, mit Niereninsuffizienz, mit chronischer Hepatitis und mit malignen Erkrankungen zu Buche. Der Anteil der Patienten mit mindestens einer Morbi-RSA-Krankheit lag bei zirka 39%. Diese Patienten verursachten beinahe 70% aller Arztkontakte. Mit jeder RSA-Diagnose stieg die Anzahl der Arztkontakte pro Jahr um durchschnittlich sieben an.

Stadt-Land-Unterschiede

Menschen in Kernstädten und verdichtetem Umland besuchten ihre Ärzte deutlich häufiger als der Durchschnitt. Bewohner einer ländlichen Umgebung gingen statistisch signifikant seltener zum Arzt. In Regionen mit hoher Beschäftigungsquote und hohem Haushaltseinkommen gingen die Versicherten ebenfalls deutlich seltener zum Arzt. Ein hoher Prozentsatz niedrig qualifizierter Personen und ein hoher Anteil von Singlehaushalten führten zu höheren Arztkontakt-Zahlen.

Kommentar: Die Ergebnisse dieser Erhebung waren im Grunde so zu erwarten und sind auch überwiegend plausibel.

Die Zahl der Arztkontakte pro Jahr in Deutschland kann mit den OECD-Daten allerdings nicht ohne weiteres verglichen werden. Denn die europäische Datenbasis zählt nur den ersten Kontakt innerhalb eines Quartals. Dies erklärt sich aus anders strukturierten ärztlichen Abrechnungssystemen beziehungsweise Zuzahlungsregularien für die Patienten.



Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

»Es ist letztendlich Aufgabe der Gesellschaft zu entscheiden, ob die auch nach differenzierter Analyse hoch erscheinende Arztkontakt-Häufigkeit der deutschen GKV-Versicherten gewünscht wird.«

Die Streubreite der Häufigkeit von Arztkontakten ist enorm und hängt überwiegend von der Morbidität ab. Eine große Rolle für häufige Arztkontakte spielen aber auch der Wohnort in Großstädten und ein niedriger sozialer Status. Hier zeigt sich, dass sich niedrige Bildung und damit einhergehende soziale und wirtschaftliche Schlechterstellung auch gesundheitsökonomisch negativ auswirken.

Aufgrund methodisch-statistischer Unzulänglichkeiten konnte der Einfluss der Arztdichte auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme im Sinne einer angebotsinduzierten Nachfrage nicht geprüft werden. Ein Sechstel aller Patienten nimmt 50% aller Arztkontakte wahr. Ein Viertel aller Patienten hat im Mittel 40 ambulante Arztkontakte pro Jahr. Je RSA-Diagnose nimmt die jährliche Besuchshäufigkeit um sieben Kontakte zu. Alte Menschen gehen besonders häufig zum Hausarzt. Im jungen und mittleren Lebensalter ist die Anzahl der fachspezifischen Arztkontakte in etwa proportional zur Niederlassungshäufigkeit der einzelnen Fachgebiete. Die psychotherapeutische Kontakthäufigkeit der GKV-Versicherten ist im Vergleich zur Niederlassungsstärke extrem unterrepräsentiert. 15% (22.000) aller Vertragsärzte/Psychotherapeuten sind Psychotherapeuten, es finden aber nur 1,5% aller Arztkontakte beim Psychotherapeuten statt.

Betrachtet man die Gesamthäufigkeit aller ambulanten Arztkontakte, ist es letztendlich Aufgabe der Gesellschaft beziehungsweise der Beitragszahler zu entscheiden, ob diese auch nach differenzierter Analyse hoch erscheinende Kontakthäufigkeit der deutschen GKV-Versicherten gewünscht wird. Schließlich leben wir in einer hoch entwickelten Industrienation mit einem ausgefeilten Gesundheitswesen, zunehmend älterer und kränkerer Bevölkerung und ho-

hen Qualitäts- und Komfortansprüchen. Wenn wir diese Frage mit „Ja“ beantworten, müssen die Versicherten und Leistungsempfänger aber auch der notwendigen Finanzierung der Gesundheitsdienstleister zustimmen. Andernfalls ist es erforderlich, auf Patientenseite Mengeneinschränkungen einzuführen. Diese müssen gewährleisten, dass Bagatellbeschwerden nicht zu Arztkontakten auf GKV-Kosten führen, und gleichzeitig sicherstellen, dass für die Behandlung

wirklich Kranker und schwer Kranker ausreichende finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen. Ein sozial abgedecktes Zuzahlungssystem bei jedem Arztkontakt, jedoch mit obligatorischen Mindestbeiträgen auch bei sozial Schwachen, einschließlich Labor-, Pathologie-, Radiologie- und veranlassten beziehungsweise Überweisungsleistungen könnte eine entsprechende Steuerungswirkung entfalten.

gc

GESUNDHEITSREPORT DER DAK 2012

Anteil psychischer Erkrankungen an AU-Fällen steigt weiter an

Die Zahl der Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen steigt erheblich an. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit empfiehlt daher den Betrieben, den Fokus auf den Abbau psychosozialer Belastungen zu legen. 2011 war laut DAK (2,4 Millionen Mitglieder) das Jahr mit dem höchsten Krankenstandesniveau seit 15 Jahren. Die öffentliche Verwaltung und das Gesundheitswesen zeigten mit 4,2 % beziehungsweise 4,1 % die höchsten Werte. Einen unterdurchschnittlichen Krankenstand hatten Kleinbetriebe. 42 % aller AU-Tage wurden von 3,6 % der AU-Fälle verursacht. Damit ist der Anteil der Langzeitarbeitsunfähigkeiten erneut gestiegen. Umgekehrt waren 68 % aller AU-Fälle für nur 20 % der AU-Tage verantwortlich.

Das Herzinfarktisiko ist in den letzten 30 Jahren um 30 % zurückgegangen, obwohl der Anteil älterer Erwerbstätiger deutlich angestiegen ist. Die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen wegen Herzinfarkt ist in

den letzten Jahren nicht weiter gesunken, allerdings waren Krankenhausbehandlungen wegen Angina Pectoris und chronisch ischämischen Herzerkrankungen weiter rückläufig. Muskel-Skelett-Erkrankungen waren mit 21 % der Krankheitstage am häufigsten für AU-Schreibungen verantwortlich, Lungenerkrankungen mit 16 %, Verletzungen und psychische Erkrankungen mit je 14 %.

Weniger Stress im Beruf als gedacht?

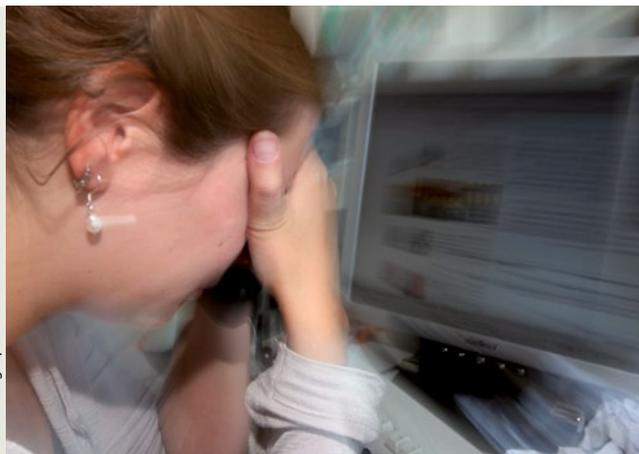
Die DAK versuchte mit einer repräsentativen Umfrage bei 3.000 Beschäftigten zu klären, ob neben den üblichen vaskulären Risikofaktoren Rauchen, Bluthochdruck, Diabetes und Fettstoffwechselstörung auch psychische Belastungsfaktoren in der Jobsituation für die Auslösung von Herzinfarkten verantwortlich sein könnten. Nur ein Zehntel der Befragten litt unter einer so genannten beruflichen Gratifikationskrise, zu wenigen Selbstbestimmungsmöglichkeiten und arbeitsbedingtem Stress. Diese zeigten allerdings ein

doppelt so hohes Herzinfarktisiko wie der Durchschnitt. Dabei waren Facharbeiter und Arbeiter mit etwa 11 % am häufigsten betroffen. Beamte waren an dieser Risikogruppe mit 7 % beteiligt, Freiberufler mit 4 %.

Kommentar: Der Befund ist bekannt. Seit etlichen Jahren steigt der Anteil psychischer Erkrankungen an den AU-Schreibungen kontinuierlich an. Dass dies ursächlich überwiegend mit heutzutage möglicherweise belastenderen Arbeitsplatzbedingungen, beruflichen Stressfaktoren – vor allem durch Arbeitsverdichtung und abnehmende Selbstbestimmungsmöglichkeiten – zusammenhängt, liegt zwar nahe, ist aber nicht bewiesen. Die vorliegende Umfrage der DAK, in der nur 10 % der Befragten über Arbeitsplatzstressoren klagten, spricht nicht unbedingt für diese Hypothese. Gerade in den letzten zehn Jahren sind die Arbeitsbedingungen in vielen Betrieben verbessert worden. Auch die institutionalisierten und informellen Mitsprachemöglichkeiten der Beschäftigten sowie die betriebsärztliche Versorgung haben sich im Durchschnitt verbessert. Natürlich gibt es auch Ausnahmen wie etwa bei der Leiharbeit.

Über den gegenwärtigen Stand, die bestehenden Möglichkeiten und derzeitigen Initiativen zur Erhaltung und Verbesserung der neuropsychiatrischen Gesundheitssituation von Arbeitnehmern am Arbeitsplatz informiert Sie der diesjährige **Neurologen- und Psychiartag** der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP unter dem Titel „Initiative Neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt“ am 22.3.2012 in der Urania Berlin (siehe Veranstaltungshinweise am Ende des Heftes).

gc



Berufliche Stressfaktoren werden oftmals als Gründe für die steigende Zahl psychisch bedingter AU-Fälle genannt. Eine DAK-Umfrage stützt diese Hypothese nicht.

Für Vertragsärzte wichtige Änderungen erklärt

Versorgungsstrukturgesetz 2012 – das müssen Sie wissen!

Am 1. Januar 2012 ist das Versorgungsstrukturgesetz in Kraft getreten, das für den Bereich der vertragsärztlichen Leistungen eine Reihe wichtiger Neuregelungen enthält. Aufgrund der hohen Anzahl der Änderungen ist es für den einzelnen Arzt schwierig, den Überblick zu behalten. Nachfolgend haben wir daher die für Vertragsärzte besonders relevanten Neuerungen skizziert.

Das Versorgungsstrukturgesetz (Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung) soll unterschiedlichen Zielen Rechnung tragen. Für niedergelassene Vertragsärzte sind die Regelungen in folgenden Bereichen relevant:

- Sicherstellung einer wohnortnahen, flächendeckenden medizinischen Versorgung;
- Erweiterung der Flexibilisierung der ärztlichen Tätigkeit;
- Anpassung der Regelungen für den Betrieb Medizinischer Versorgungszentren;
- Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems;
- Schrittweise Etablierung einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgungsebene;

— Sonstige Neuregelungen mit unmittelbarem Einfluss auf den Praxisbetrieb.

Nachfolgend sollen die für niedergelassene Vertragsärzte besonders wichtigen Neuregelungen – orientiert an diesen unterschiedlichen Zielsetzungen – dargestellt werden. Dabei können die Inhalte einzelner Neuregelungen selbstverständlich auch mehreren Zielen Rechnung tragen, die Übergänge zwischen diesen sind teilweise fließend.

Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Kernelement des Versorgungsstrukturgesetzes ist die Absicherung einer langfristigen, flächendeckenden Versorgung der Patienten in der GKV mit einer ganzen Reihe von Neuregelungen.

Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung wird flexibilisiert, damit auch künftig eine flächendeckende Versorgung sichergestellt werden kann. Bisherige Planungsbereichsgrenzen, die den Stadt- und Landkreisen entsprechen, können ab 2013 auch andersartig – zielgenauer – ausgestaltet werden, um insbesondere regionale Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung zu berücksichtigen. Diese können sich vor allem aufgrund der regionalen demografischen Entwicklung und der Morbiditätsstruktur der Versicherten ergeben. Praktische Relevanz wird diese Regelung für niedergelassene Vertragsärzte vor allem dadurch entfalten, dass bislang bekannte Planungsbereichsgrenzen aufgehoben oder angepasst werden. Damit einher gehen möglicherweise Änderungen der Umfeldbedingungen einer Praxis, die gegebenenfalls eine Neuorientierung im Wettbewerb vor Ort erfordern.

Im Jahr 2013 ist zu erwarten, dass die bisher keiner Bedarfsplanung unterliegenden Fachgruppen „beplant“ werden. Ob für Neurologen und Psychiater jeweils eine differenzierte Planung erfolgt, werden die Verhandlungen beim Gemeinsamen Bundesausschuss zeigen.

Nachbesetzungsverfahren

Zum 1. Januar 2013 tritt eine grundlegende Änderung des Nachbesetzungsverfahrens für Vertragsarztpraxen in Kraft, die zum Abbau regionaler Überversorgung beitragen soll. Sollten in einem Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen angeordnet sein, so entscheidet der Zulassungsausschuss darü-



Das neue Versorgungsstrukturgesetz bringt für niedergelassene Vertragsärzte, aber auch für Medizinische Versorgungszentren zahlreiche Neuerungen. Unter anderem werden die Honorare wieder regionalisiert.

ber, ob ein Nachbesetzungsverfahren überhaupt durchgeführt wird. Der Zulassungsausschuss kann den darauf ausgerichteten Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Für einzelne, ausdrücklich im Gesetz bezeichnete Nachfolger des bisherigen Praxisinhabers bestehen jedoch Ausnahmen. So kommt es bei Nachfolgern, die in enger familiärer Verbindung zum Praxisinhaber stehen, als dessen angestellter Arzt tätig waren, oder die Praxis mit ihm gemeinsam betrieben haben nicht primär auf die Versorgungssituation an und es hat ein Ausschreibungsverfahren zu erfolgen.

Wird der Antrag aus Versorgungsgründen abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) dem Vertragsarzt oder seinen Erben eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu bezahlen. Klagen gegen die ablehnende Entscheidung des Zulassungsausschusses, ein Nachbesetzungsverfahren durchzuführen, haben keine aufschiebende Wirkung, der ablehnenden Entscheidung ist zunächst Folge zu leisten.

Auswahl des Praxisnachfolgers

Im Rahmen der Nachbesetzung hat der Zulassungsausschuss eine Entscheidung orientiert an unterschiedlichen Kriterien auszuführen, die nunmehr – anknüpfend an die Zielsetzung der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung – um zwei weitere Kriterien ergänzt wurden. In die Entscheidung einzubeziehen ist unter anderem auch,

- ob der Bewerber eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet ausgeführt hat, in dem eine bestehende Unterversorgung festgestellt wurde, und
- ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung der KV definiert worden sind, zu erfüllen.

Bei der Dauer der ärztlichen Tätigkeit werden künftig Zeiten angerechnet, in denen ärztliche Tätigkeiten wegen Kindererziehung oder der Pflege von Angehörigen in häuslicher Umgebung unterbrochen werden mussten.

Verlegung des Vertragsarztsitzes

Beantragt ein Vertragsarzt die Verlegung seines Vertragsarztsitzes, so haben die

zuständigen Zulassungsausschüsse zu prüfen, ob Versorgungsgesichtspunkte einer Verlegung nicht entgegenstehen. Die Verlegung darf daher insbesondere nicht dazu führen, dass sich die Versorgungssituation am bisherigen Praxisstandort verschlechtert.

Konnten Verlegungen von Vertragsarztsitzen in der Vergangenheit häufig problemlos erreicht werden, können zukünftig weitergehende Prüfungen erfolgen, die „Hürden“ für eine Verlegung werden auf diese Weise erhöht. Deshalb sollten geplante Verlegungen frühzeitig und sorgfältig vorbereitet werden.

Befristung von Zulassungen

In einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen mit einem allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungs-

»Wird eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen abgelehnt, hat die KV dem Vertragsarzt oder seinen Erben eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu bezahlen.«

grad ab 100 % ist künftig durch den Zulassungsausschuss auch die Erteilung einer Zulassung unter einer Befristung möglich, um perspektivisch – so ausdrücklich die Gesetzesbegründung zum Versorgungsstrukturgesetz – die Entstehung und Festschreibung von Überversorgung zu reduzieren. Mit dem Ende der Befristung endet die Zulassung, ein Nachbesetzungsverfahren erfolgt nicht.

Sonderbedarfszulassung

Der Sonderbedarfszulassung kommt künftig als Instrument zur „Feinsteuerung“ der vertragsärztlichen Versorgung eine gewichtige Aufgabe zu. Sonderbedarfszulassungen können erteilt werden, wenn in einer Region trotz bestehender Überversorgung die Versorgung nicht sichergestellt werden kann. Diese sollen dazu beitragen, einen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Bedarf zu decken.

Ermächtigungen

Der jeweils regional zuständige Zulassungsausschuss hat zukünftig Krankenhausärzte, Ärzte aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und solche stationärer Pflegeeinrichtungen zur Teil-

nahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten in einer bestimmten Region ohne die ermächtigten Ärzte nicht sichergestellt wird. Der jeweilige Träger der Einrichtung muss dem zustimmen und der betreffende Arzt muss über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen.

Durch die Erweiterung der Möglichkeit für Ärzte, Ermächtigungen zu erreichen, wird sich der Wettbewerb in einigen Regionen verschärfen. Bereits in den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber stationären Einrichtungen vielfältige Möglichkeiten offeriert, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Dieser Weg wird zur Sicherstellung der Versorgung weiter beschritten.

Flexibilisierung der ärztlichen Tätigkeit

In den vergangenen Jahren ist durch vielfältige gesetzliche Neuregelungen insbesondere die vertragsärztliche Tätigkeit deutlich flexibilisiert worden. Wesentliche Grundlage dieser Flexibilisierung war sicherlich das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz mit einer Reihe gesetzgeberischer Vorgaben, die die Versorgungslandschaft mittlerweile deutlich prägen. Auch das neue Versorgungsstrukturgesetz enthält einzelne Elemente, die der Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit Rechnung tragen.

Rückumwandlung von Arztstellen

Mittlerweile sind deutschlandweit viele Mediziner als angestellte Ärzte tätig. Anders als beim Job-Sharing-Anstellungsverhältnis vermitteln diese Arztstellen abrechnungstechnisch eigene „Budgets“ und sind häufig dadurch entstanden, dass ein niedergelassener Vertragsarzt auf seine vertragsärztliche Zulassung zugunsten eines Dritten verzichtete, um zukünftig für diesen als Angestellter tätig zu werden. Während Klarheit bestand, wie diese Arztstellen geschaffen werden konnten, gab es bislang legislativ keine Grundlage für eine Rückumwandlung,

die nunmehr mit dem Versorgungsstrukturgesetz festgelegt wurde.

Derjenige, dem die entsprechende Arztstelle, auf der ein oder mehrere Angestellte tätig werden, zugeordnet ist, kann beim Zulassungsausschuss eine Umwandlung in eine Stelle für einen freiberuflich tätigen Vertragsarzt beantragen. Stellt er im Rahmen dieses Antrages nicht gleichzeitig einen Antrag auf ein Nachbesetzungsverfahren, wird dem bislang auf der Stelle tätigen Arzt die Zulassung übertragen. Die Option der Umwandlung in diesem Sinne gilt jedoch nur dann, wenn die Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen oder zumindest halben Versorgungsauftrag entsprach.

So kann etwa ein Arzt zunächst als Angestellter „auf Probe“ für einen Vertragsarzt tätig werden, der über die Arztstelle verfügt, um zu einem späteren Zeitpunkt, nach einer Phase des gegenseitigen Kennenlernens, Gesellschafter einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) mit dem zuvor anstellenden Arzt zu werden. Auch kann eine Arztstelle, für die ein angestellter Arzt nicht oder nicht mehr zur Verfügung steht, im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens an einen Dritten übertragen werden.

Zweigpraxis

Bereits vor dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz von 2007 war von der Rechtsprechung als prägendes Merkmal zur Gründung einer Zweigpraxis herausgestellt worden, dass das dortige Angebot an technischen und persönlichen Leistungen in ähnlicher Weise ausgestaltet sein musste wie am Praxissitz des Arztes, der die Zweigpraxis beantragt. Zudem war bisher bei einer Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz eine Zweigpraxis nicht zu genehmigen.

Das neue Gesetz stellt klar, dass ein ähnliches Leistungsangebot am Ort der Zweigpraxis wie am Vertragsarztsitz vertragsarztrechtlich im Grundsatz nicht erforderlich ist. Zudem sind geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes, die durch die Gründung der Zweigpraxis möglicherweise entstehen, unbeachtlich, wenn dieser Aspekt gleichzeitig durch die Verbesserung der Versorgung am weiteren Ort aufgewogen wird. Bei der Entscheidung

über die Genehmigung ist beispielsweise nicht schematisch auf die Entfernung zwischen dem Vertragsarztsitz und der Zweigpraxis oder auf die Fahrtzeit zwischen den beiden Sitzen abzustellen.

Die Beantragung von Zweigpraxen war in der Vergangenheit von erheblichen rechtlichen Unsicherheiten gekennzeichnet, häufig wurden sie abgelehnt. Es bleibt zu hoffen, dass durch die Neuregelung Klarheit Einzug hält.

Zeitraumen für Nebentätigkeiten

Bislang waren Vertragsärzten neben einem vollen vertragsärztlichen Versorgungsauftrag weitere Tätigkeiten in einem Umfang von bis zu 13 Wochenstunden gestattet, neben einem halben Versorgungsauftrag bis zu 26 Wochenstunden. In der Neufassung wird festgelegt, dass es für Nebentätigkeiten – unabhängig von zeitlichen Grenzen – nur darauf ankommt, dass der Vertragsarzt trotz der Nebentätigkeit den Patienten in einem dem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung steht und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anbietet. Die Neuregelung bietet reichlich Interpretationsspielraum im Einzelfall und wird eventuell dazu führen, dass bislang unbedenkliche Nebentätigkeiten nicht mehr akzeptiert werden.

Residenzpflicht

Bislang hatte ein Vertragsarzt seine Wohnung so zu wählen, dass er für die ärztliche Versorgung an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung steht (Residenzpflicht). Er musste in Sprechstundenfreien Zeiten seinen Vertragsarztsitz in angemessener Zeit erreichen können.

Bereits nach bisherigem Recht galt die Residenzpflicht für Vertragsärzte dann nicht, wenn sich der Sitz in einem unterversorgten Gebiet befand. Nunmehr wird die Aufhebung der Residenzpflicht insgesamt gesetzlich statuiert. Dies befreit den Vertragsarzt jedoch nicht von seiner Verpflichtung zur Teilnahme am organisierten Notdienst.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Die Beschäftigung eines Vertreters oder eines Assistenten darf auch dann erfolgen, wenn Zeiten der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Mo-

naten dies rechtfertigen, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss. Die Beschäftigung darf auch dann erfolgen, wenn die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten ausgeführt werden muss.

Medizinische Versorgungszentren

Die gesetzlichen Neuregelungen, die Medizinische Versorgungszentren (MVZ) betreffen, folgen dem Grundgedanken, dass die Entscheidungen der an den MVZ beteiligten Ärzte nicht primär durch wirtschaftliche Interessen geleitet sein sollen. Die Erfahrungen der letzten Jahre, so die ausdrücklichen Ausführungen in der Gesetzesbegründung zum Versorgungsstrukturgesetz, hätten gezeigt, dass MVZ allzu oft von Investoren gegründet worden seien, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung aufgewiesen hätten, sondern allein finanziellen Interessen gefolgt seien.

Gründer

MVZ können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nicht ärztlicher Dialyseeinrichtungen oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden. Die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich. Für Einrichtungen, die den neuen Vorgaben nicht Rechnung tragen, besteht ein vollumfänglicher Bestandsschutz. Sie können auch weiterhin an der vertragsärztlichen Versorgung im bisherigen Umfang teilnehmen.

Ärztlicher Leiter

Der ärztliche Leiter muss im MVZ selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein. Er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei.

Nachbesetzungsverfahren

Bewirbt sich ein MVZ in einem Nachbesetzungsverfahren, so wird es nachrangig berücksichtigt, wenn in ihm Vertragsärzte nicht die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte in-



Die Honorare werden künftig wieder regional aus-gehandelt.

© [M] Schmelting / Fotolia.com | sth/sb

nehaben. Dies gilt selbst dann, wenn es die beste Qualifikation vorweisen kann. Ausnahme sind MVZ die schon vor dem 31. Dezember 2011 bestanden und wenn bereits zu diesem Zeitpunkt die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei den Vertragsärzten lagen.

Vertragsärztliche Honorierung

Zum 1. Januar 2009 hat der Gesetzgeber mit den Regelleistungsvolumina ein Vergütungssystem im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung eingeführt, das im Wesentlichen davon geprägt sein sollte, über kurz oder lang eine bundeseinheitliche Vergütung zu etablieren. In den mehr als drei Jahren seit Einführung haben sich in der Umsetzung erhebliche Probleme ergeben. Der Gesetzgeber gibt mit dem Versorgungsstrukturgesetz zu erkennen, dass er die erst 2009 eingeführten Honorierungsmaßnahmen für dringend anpassungs- und überarbeitungsbedürftig erachtet.

Regionalisierung der Honorare

Bei der Honorarverteilung sollen wieder vermehrt regionale Aspekte berücksichtigt werden. Die Vergütung wird daher künftig wieder geprägt durch die regionalen Honorarverteilungsverträge der einzelnen KVen, die getrennt nach haus- und fachärztlichen Bereichen maßgebliche Regelungen enthalten sollen. Entscheidende Kompetenzen zur Honorarverteilung liegen wieder bei den KVen. Auf der Grundlage der einschlägigen Honorarverteilungsverträge wird die Honorierung neu ausgestaltet werden.

Förderung von Ärztenetzen

Besonders vorzugswürdige Ärztenetze können durch Honorarzuschläge gefördert werden, soweit dies der Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und das Netz von der KV anerkannt ist.

Spezialfachärztliche Versorgung

Durch das Versorgungsstrukturgesetz wird eine neue Versorgungsebene etabliert, die „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“. Sie soll der Versorgung konkret benannter schwerer Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, der Versorgung seltener Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen und der Erbringung hochspezialisierter Leistungen dienen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, bis zum 31. Dezember 2012 Anforderungen für eine Teilnahme festzulegen. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt durch die Krankenhäuser direkt über die Krankenkassen. Niedergelassene Ärzte können ebenso verfahren, zusätzlich können die KVen von den Ärzten dazu beauftragt werden, die Leistungen abzurechnen.

Wegen der besonderen Relevanz für Neurologen wird über die Entwicklung der Richtlinien zu § 116 b SGB V im NEUROTRANSMITTER aktuell berichtet werden.

Sonstige Regelungen

Zuweisung gegen Entgelt

Im Versorgungsstrukturgesetz wird die verbotene Zuweisung gegen Entgelt ins Vertragsarztrecht aufgenommen, um bislang bereits gültige berufsrechtliche Ver-

bote ausdrücklich auch vertragsärztlich zu sanktionieren. Im Gesetz ist dazu ausdrücklich Folgendes geregelt:

„Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. Unzulässige Zuwendungen sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Stellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.“

Tätigkeit im Auftrag des Krankenhauses

Zur Kooperation von Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten hat der Gesetzgeber zwei wichtige Neuregelungen in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen:

Ein Krankenhaus kann die Behandlung nach § 115 a SGB V (vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus) auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder in den Räumen der Arztpraxis erbringen. Dies kann auch für Nervenärzte eine interessante Option sein.

In der Vereinbarung nach § 115 b SGB V (ambulantes Operieren im Krankenhaus) ist vorgesehen, dass die entsprechenden Leistungen auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. □

AUTOR

Dr. Ingo Pflugmacher

Fachanwalt für Medizinrecht

Partner der Sozietät Busse & Miessen Bonn

Neues aus dem Landesverband Hamburg

„Für die KV Hamburg sind wir immer ein Stiefkind gewesen“

Konsequenzen aus dem Versorgungsstrukturgesetz oder aus sektorenübergreifenden Versorgungsverträgen sind in Hamburg genauso Stoff für Diskussionen wie in anderen BVDN-Landesverbänden. Ein Stadtstaat wie Hamburg bringt aber auch Besonderheiten mit sich.

In Hamburg zeigen sich zunehmend die Konsequenzen der Privatisierung der Kliniken. Die großen Konzerne, allen voran Asklepios, haben sich der ganzen Kliniklandschaft bemächtigt. Die Krankenhäuser in privater Hand streben laut Dr. Guntram Hinz, 1. Vorsitzender des BVDN-Landesverbandes Hamburg, an, ihr Angebot so weit wie möglich auszuweiten. In der ambulanten Versorgung werden alle Möglichkeiten genutzt, die vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellt wurden, ob Ambulanzen nach §116b SGB V und psychiatrische Institutsambulanzen oder Klinik-MVZ, in denen auch einige neurologische, psychiatrische und psychotherapeutische Sitze aufgegangen sind.

Hinz beobachtet mit Sorge eine Tendenz zur Versorgungsautarkie der Kliniken. Statt sektorenübergreifend zu agieren, entstehen neue Schnittstellen zwischen Klinikkonzernen mit ambulanten und stationären Angeboten auf der einen und Vertragsärzten auf der anderen Seite. „Das führt nicht zu einer größeren Flexibilisierung, sondern im Gegenteil zu einer Abschottung und einem Qualitätsmangel“, befürchtet er. Eine bedrohliche Konkurrenzsituation sieht Hinz aber noch nicht: „Der Behandlungsbedarf ist so enorm, dass die Kliniken diesem Versorgungsbedarf trotz ihrer gewachsenen Zahl an ambulanten Behandlungsplätzen nicht allein gerecht werden.“

Chancen der Kooperation nutzen

Zumindest für die niedergelassenen Neurologen sieht Hinz denn auch in Ambulanzen nach §116b SGB V weniger eine Konkurrenz, als eine Chance für neue Kooperationsmöglichkeiten. Hier lassen sich bei den schweren und chronischen neurologischen Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Parkinson, Epilepsie, Schlaganfall oder in der Schmerztherapie gut Behandlungspfade definieren. Es gibt bereits mehrere Ambulanzen nach §116b in der Neurologie in Hamburg und die fachliche Zusammenarbeit ist gut.

Stiefkinder der KV

Mit Sorge beobachtet Hinz die aufgrund des Versorgungsstrukturgesetzes erneut bei der KV Hamburg liegende Entscheidungsbefugnis über die Honorarverteilung. „Unsere Honorarsituation hatte sich gerade seit 2009 deutlich verbessert – aufgrund von Entscheidungen, die in Berlin gefallen sind, nicht in Hamburg. Es ist fraglich, ob das für unsere Fachgruppe von Dauer sein wird. Für die KV Hamburg sind wir immer ein Stiefkind gewesen.“ Noch heute ist der BVDN für den Zeitraum von 2004 bis 2008 mit Musterklagen gegen die KV tätig. Dazu kommt, dass die nervenärztlichen Berufsgruppen in der KV schlecht vertreten sind. „Wir können uns daher in den Gremien nur wenig zu Wort melden und haben nur begrenzt Einflussmöglichkeiten“, so Hinz.

Nicht auseinanderdividieren lassen!

Auf keinen Fall dürfen sich Nervenärzte, Neurologen und Psychiater von der KV auseinanderdividieren lassen, beschwört



Nur so geht's:
Mit vereinten
Kräften alle in
einem Boot!

© Friederike Klein

er seine Fachkollegen. „Es ist wichtig, für alle einen guten Weg zu finden.“ Die Einbindung der jüngeren Kollegen in die berufspolitische Arbeit gestaltet sich allerdings schwierig. Die erst seit Kurzem Niedergelassenen begegnen dem BVDN mit großer Zurückhaltung. „Ich glaube, da gibt es ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber jeder politischen und verbandsbezogenen Tätigkeit“, vermutet Hinz. Dabei hat der Berufsverband eine ganze Menge erreicht: Die spürbare Verbesserung der finanziellen Situation der Praxen seit 2009 war ja das Resultat einer sehr viel länger gehenden Initiative und eines starken Eintretens auch der Bundesvorstände aller drei Verbände auf der Berliner Ebene. „Das sollte eigentlich Mut machen, sich auch vor Ort stärker zu engagieren, mitzumachen, beizutragen“, findet Hinz.

Kommunikationsbedarf überall

Aufgaben gibt es genug. Die Beziehung zu den Kliniken ist wegen der angestrebten Versorgungsautarkie verbesserungswürdig. Auch in den Beziehungen zu den Krankenkassen gibt es einen erheblichen Optimierungsbedarf. Die Kommunikation werde von Seiten der Kassen dominiert durch Schuldzuweisungen, etwa wegen angeblich zu häufiger Krankschreibung von Arbeitnehmern mit psychischen Störungen, bedauert Hinz. Mehrere Gespräche mit Kassenvertretern und dem stellvertretenden KV-Vorsitzenden Plassmann bei der AOK Nordrhein/Hamburg zu diesem Thema verliefen erfolglos. Die Kassen schaffen noch nicht den Schritt vom Beklagen hoher Arbeitsunfähigkeitszeiten hin zu einem konstruktiven Gestalten von Versorgungsqualität. Deshalb beglückwünscht er die Fachkollegen in Baden-Württemberg, denen es gelungen sei, mit dem §73c-Vertrag einen anderen Weg einzuschlagen und mit den Hausärzten zusammen eine Kooperation mit der AOK einzugehen. Der BVDN Hamburg strebt laut Hinz allerdings keine Verträge mit einzelnen Kassen mehr an: „Das führt nur dazu, dass Patienten einer Kasse bevorzugt behandelt werden sollen – ein Gedanke, der unserem ärztlichen Denken und Handeln nicht entspricht. Ziel solcher Verträge muss sein, eine Regelversorgung zu

schaffen, die allen Versicherten zugute kommt!“

Vielleicht ein Alternativmodell: psychenet

Ein Anstoß dazu kam jetzt aus dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Das Projekt „psychenet“ gewann den Wettbewerb des Bundesforschungsministeriums (BMBF): „Gesundheitsregionen der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovation“. Seit 2011 soll das „Netzwerk Psychische Gesundheit“ (psychenet) die Versorgung psychisch Kranker verbessern, indem die Akteure zusammengeführt werden. In diesem Jahr ist auch die Beteiligung von Hausärzten und niedergelassenen Psychiatern und Nervenärzten vorgesehen, um psychisch Erkrankte früher zu erkennen, früher einer fachärztlichen Behandlung zuzuführen und besser mit den Kliniken zu kooperieren. Bisher stehen dafür ausschließlich Mittel aus dem Forschungsetat des BMBF zur Verfügung, aber das Forschungs- und Versorgungsprojekt soll in die Regelversorgung überführt werden. Die Interessenten auf Seiten der Versorger sind da. Jetzt laufen Verhandlungen zu einem breit aufgestellten IV-Vertrag mit den Krankenkassen an.

Perspektiven

Für den BVDN Hamburg wird es weiter darum gehen, die wirtschaftliche Existenzfähigkeit der nervenärztlichen, neurologischen und psychiatrischen Praxen in Hamburg zu erhalten. Dazu werden viele Verhandlungen mit der KV zu Bedarfsplanung und Honorarverteilung, aber auch immer wieder über das Schick-



Dr. med. Guntram Hinz
Facharzt für Neurologie und
Psychiatrie – Psychotherapie
1. Vorsitzender des BVDN-Landes-
verbandes Hamburg

»Zum Glück haben wir den
NEUROTRANSMITTER. Er ist ein
wichtiger Teil unseres
gegenseitigen Austausches.«

sal von Einzelpraxen geführt werden müssen. Zum anderen hat die Vernetzung und verbesserte Zusammenarbeit mit den klinischen Anbietern Priorität. Wichtig ist dabei, die Interessen von Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern zu bündeln. In der gegenwärtigen Versorgungslandschaft hilft laut Hinz nur eins: „Zusammenhalten und Kooperieren“.

AUTORIN

Friederike Klein, München

BVDN-Landesverband Hamburg

Vorsitzender:

Dr. Guntram Hinz
Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg
Tel.: 040/60 67 98 63; Fax: 040/60 67 95 76
E-Mail: guntram.hinz@t-online.de

Stellvertretender Vorsitzender:

Peter Emrich
Hamburger Str. 146, 22083 Hamburg
Tel.: 040/22 32 20, Fax: 040/22 75 60 45
E-Mail: amygdala@t-online.de

BDN-Landessprecher:

Dr. med. Heinrich Goossens-Merk
Wördemanns Weg 25, 22527 Hamburg
E-Mail: dr.goossens-merkt@
neurologie-hamburg.net

BVDP-Landessprecherin:

Dr. med. Ute Bavendamm
Oskar-Schlemmer-Str. 15, 22115 Hamburg
Tel.: 040/71 59 12 23, Fax: 040/71 57 422
E-Mail: dr.bavendamm.strobel@freenet.de

Antidepressiva im Alter

Auch SSRI erhöhen Sturzgefahr bei Demenzkranken

Nicht nur anticholinerge Trizyklika, auch moderne SSRI erhöhen offenbar bei Demenzpatienten das Sturzrisiko. Vor allem die Kombination von SSRI mit Hypnotika und Sedativa sollten Ärzte nach neuesten Studiendaten meiden.

Trizyklische Antidepressiva sind mit ihrer oft anticholinergen Wirkung bekanntlich nicht sehr gut für gebrechliche Menschen geeignet. Das Risiko für Stürze gilt als besonders hoch. Doch es mehren sich die Hinweise, dass auch SSRI – inzwischen Mittel der ersten Wahl bei älteren Menschen mit Depression – Stürze begünstigen. Eine im vergangenen Sommer veröffentlichte Studie mit knapp 61.000 Teilnehmern über 64 Jahren ergab für SSRI sogar ein deutlich höheres Sturz-

Für die Patienten lagen Angaben zur Medikation über einen Zeitraum von im Schnitt knapp einem Jahr vor. Außerdem wurden die Stürze erfasst, die zu Verletzungen wie Frakturen, Schwellungen, offenen Wunden oder Blutergüssen führten. Insgesamt dokumentierten die Wissenschaftler 683 Stürze bei 152 Patienten, im Schnitt fiel jeder Demenzkranke dabei dreimal pro Jahr. Etwa ein Drittel der Stürze führte auch zu Verletzungen.

Sturzrisiko bei SSRI plus Hypnotika um das Siebenfache erhöht

Ein fast ähnlich hohes dosisabhängiges Sturzpotenzial ergab sich auch für Hypnotika und Sedativa. Am häufigsten stürzten die Patienten, wenn sie eine Kombination dieser Medikamente mit SSRI bekamen. Wie hoch das Sturzrisiko im Einzelnen ist, veranschaulicht ein Beispiel: So fällt eine 85-jährige Frau ohne SSRI, Hypnotika und Sedativa an einem Tag mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,12 %. Unter einer Tagesdosis eines SSRI erhöht sich das Risiko auf 0,35 %, kommt noch eine halbe Tagesdosis eines Hypnotikums hinzu, steigt die Sturzgefahr auf 0,56 %, mit einer ganzen Tagesdosis auf 0,88 % und ist damit über siebenmal höher als ohne diese Medikamente.

Die Autoren folgern, dass man bei Demenzpatienten die Therapieschemata überdenken und das erhöhte Sturzrisiko unter SSRI berücksichtigen sollte. Allerdings wissen sie auch nicht genau, wie das erhöhte Risiko zu erklären ist. So kommen nach wie vor auch andere Ursachen als die Medikamente infrage. Eine Depression an sich könnte das Sturzrisiko erhöhen, ebenso Verhaltensstörungen wie Aggression und Agitiertheit, die oftmals eine SSRI-Gabe nach sich ziehen. Schließlich hemmen einige SSRI das Cytochrom-P450-System und führen zu erhöhten Plasmawerten der Komedikation. Werden dadurch etwa die Spiegel bestimmter Antihypertensiva erhöht, kann auch dies die Sturzfrequenz steigern. **mut**

Sterke CS et al. Dose-response relationship between SSRI and Injurious Falls: A study in Nursing Home Residents with Dementia. British Journal of Clinical Pharmacology Epub Jan 2012

»Therapieschemata bei Demenzpatienten überdenken und erhöhtes Sturzrisiko unter SSRI berücksichtigen!«

risiko als für Trizyklika (BMJ 2011; 343: d4551). Allerdings war dabei zu vermuten, dass gerade die gebrechlichsten Depressiven bevorzugt mit SSRI behandelt wurden, sodass die erhöhte Sturzrate nicht unbedingt auf die Medikamentenwahl, sondern eher die Auswahl der Patienten zurückzuführen war. Dieser potenzielle Fehler kann auch in einer aktuellen retrospektiven Analyse niederländischer Forscher nicht gänzlich ausgeschlossen werden. In ihrer Studie hing das Sturzrisiko von der Höhe der SSRI-Dosis ab, was zumindest als weiterer Hinweis für eine sturzfördernde Wirkung auch der modernen Antidepressiva bei alten Menschen gelten kann.

Im Schnitt stürzt jeder Demenzpatient dreimal pro Jahr

Dr. Carolyn Sterke aus Rotterdam und ihr Team haben Daten von 248 Demenzpatienten eines Pflegeheims ausgewertet.

Die Geriater setzten die Sturzfrequenz in Beziehung zur Medikation. Die Patienten bekamen an über 16 % aller Tage ein Antidepressivum, davon an 13 % aller Tage einen SSRI. In dieser Zeit war die Rate verletzungsträchtiger Stürze deutlich höher als ohne antidepressive Medikation, und zwar um den Faktor 3, wenn die Patienten die volle empfohlene Tagesdosis eines SSRI erhielten, um 73 % bei der halben Tagesdosis und immer noch um über 30 % bei einem Viertel der üblichen Tagesdosis. Eine solche Dosisabhängigkeit ließ sich nur für SSRI nachweisen, nicht jedoch für Trizyklika oder andere Antidepressiva, was aber vor allem daran liegen dürfte, dass diese kaum verordnet wurden, und falls doch, dann meist nur zu einem Bruchteil der empfohlenen Tagesdosis. Dagegen verabreichten die Ärzte bei einer SSRI-Medikation in der Regel über 80 % der empfohlenen Tagesdosis.

Forensische Psychiatrie

Paradigmenwechsel vom Primat der Freiheit zum Primat der Sicherheit



Professor Dr. med. Norbert Nedopil
Leiter der Abteilung für Forensische Psychiatrie der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig Maximilians Universität München

»In vielen Fällen wird die forensische Psychiatrie als Etikett verwendet, um dem Wegsperrten einen humanen Anstrich zu geben.«

? Herr Kollege Nedopil, Sie haben darauf hingewiesen, dass es im Bereich der forensischen Psychiatrie, vor allem im ambulanten Sektor, erhebliche Fortschritte gegeben hat. Worin sind diese zu sehen?

Professor Nedopil: Nachdem in den 1990er-Jahren erste Versuche einer ambulanten Nachsorge für entlassene Maßregelvollzugspatienten sehr erfolgversprechend waren, wurden in der darauffolgenden Zeit zunehmend bessere Konzepte der ambulanten forensisch-psychiatrischen Therapie entwickelt und erprobt. Dadurch gelang es, Patienten, die vorher wegen ihrer Gefährlichkeit nicht entlassbar waren, in betreute Wohngemeinschaften zu entlassen und sie fachkompetent zu betreuen. Andere Patienten konnten früher als dies ohne Nachsorge möglich gewesen wäre in Übergangseinrichtungen oder auch nach Hause entlassen werden.

Der Umgang mit psychisch kranken Straftätern hat sich aufgrund des gesellschaftlichen Drucks in den vergangenen Jahren verändert. Statt einer schuldangemessenen Strafe wird eine Präventionsstrafe gefordert. Als gefährlich einzustufende Menschen sollen mit dem Etikett einer psychischen Störung quasi in die Forensik abgeschoben werden. Im Rahmen einer Fortbildung im Bildungswerk Irsee stand Professor Norbert Nedopil dem NEUROTRANSMITTER Rede und Antwort.

? Wie sieht es mit den Rückfallraten aus?

Nedopil: In den zwischenzeitlich durchgeführten Untersuchungen hat sich gezeigt, dass die Zahl der Rückfälle mit delinquentem Verhalten bei den Patienten, die in der Nachsorge waren, im Vergleich zu jenen, die früher nicht nachbetreut wurden, um die Hälfte und die Zahl der gravierenden Rückfälle sogar auf ein Viertel bis ein Drittel zurückgegangen war. Während von Strafgefangenen, die aus einer Haftanstalt entlassen werden, 30–40 % allgemein und 10–15 % schwerwiegend (Körperverletzung, Sexualdelikt) rückfällig werden, waren es früher im Maßregelvollzug zirka 5–10 % mit schwerwiegender Delinquenz. Von den Patienten, die in der psychiatrischen Nachsorge sind, werden lediglich 9–15 % allgemein und 1,5–3 % schwerwiegend rückfällig. Wenn man diese Zahlen vergleicht zeigt sich, welche Fortschritte durch die ambulante Nachsorge erreicht wurden. Diese Erkenntnisse haben sich mittlerweile bundesweit durchgesetzt. In Bayern wurde im Jahr 2000 im Modellversuch und im Jahr 2007 flächendeckend die ambulante Nachsorge eingeführt. Mittlerweile gibt es auch für aus sozialtherapeutischen Abteilungen von Strafvollzugsanstalten entlassene Verurteilte eine ambulante Nachsorge, um auch bei ihnen das Rückfallrisiko dadurch weiter zu senken.

? Verläuft die Entwicklung der politischen Meinungsbildung und der gesetzlichen Umsetzung in Ihrem Sinne?

Nedopil: Die politische Meinungsbildung und die gesetzliche Umsetzung des Umgangs mit psychisch kranken Rechtsbrechern, aber auch mit Straftätern, die für gefährlich gehalten werden, ist weitgehend bestimmt von der Angst der Politiker, wegen eines Zwischenfalls oder eines Rückfalls eines Straftäters in der Boulevardpresse am Pranger zu stehen. In den letzten 20 Jahren hat sich damit ein deutlicher Paradigmenwechsel ergeben, der von einem Primat der Freiheit zu einem Primat der Sicherheit und von der schuldangemessenen Strafe zur Präventionsstrafe gegangen ist. Diese Entwicklung wirkt sich nachteilig und hinderlich auch auf die Resozialisierung psychisch kranker Rechtsbrecher aus. So hat sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Maßregelvollzugseinrichtungen von etwa vier Jahren im Jahr 1995 auf sechs bis sieben Jahre im Jahr 2009 erhöht. Die Hürden, um Lockerungen und Entlassungen zu ermöglichen, sind deutlich höher geworden und die Reglementierung durch Gesetzgebung und Rechtsprechung führen zu einem Verwaltungs- und Rechtfertigungsdruck in den Kliniken, der das therapeutische Arbeiten häufig in den Hintergrund treten lässt.

? Was hat die Gesetzgebung der letzten Zeit gebracht?

Nedopil: Die rasche Gesetzgebung hat in den letzten Jahren von 1998 bis 2010 13 Gesetzesänderungen für den Maßregelvollzug hervorgebracht und dazu geführt, dass das Regelungswerk unübersichtlich und für die Praktiker nicht mehr handhabbar ist. Diesem Durcheinander von Regelungswerken hat das Bundesverfassungsgericht mit dem Urteil vom 4. Mai 2011 insofern ein Ende gesetzt, als es den Großteil dieser Regelungen für verfassungswidrig erachtete und den Gesetzgeber aufgefordert hat, eine grundsätzliche Neuregelung zu schaffen. Die Psychiatrie ist von dieser Neuregelung in besonderem Maße betroffen und sie hat öffentlich den Entscheidungsträgern ihre Hilfe und die Kooperationsbereitschaft zu einer pragmatischen Regelung angeboten. Dieses Angebot ist allerdings, wenn überhaupt, dann nur sehr zögerlich aufgegriffen worden. Eine umfassende Regelung, die sowohl den Rechten der Untergebrachten wie den Schutz der Allgemeinheit in pragmatisch durchführbaren Konzepten ermöglicht, ist derzeit nicht in Sicht.

? Die Diskussion der Fachleute hat in mir den Eindruck erweckt, dass an die forensische Psychiatrie von gesellschaftlicher und politischer Seite Heilungserwartungen – wenn nicht gar Heilserwartungen – herangetragen werden. Sehen Sie das auch so?

Nedopil: Mir scheint es eher so, als ob die Verantwortung für den Umgang mit lästigen und unangenehmen Menschen möglichst wegdelegiert werden soll. Die forensische Psychiatrie ist jener Bereich, in den man derartige Menschen hinein-delegieren möchte. Zu diesem Zweck werden Menschen, die lediglich als gefährlich erachtet werden, mit dem Etikett einer psychischen Störung versehen und die Definition, was psychisch gestört ist und was nicht, wird dabei, wie sich in einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 15. September 2011 erkennen lässt, von Richtern, nicht aber von psychiatrischen Fachleuten, getroffen. Der Politik ist es weitgehend gleichgültig, ob Heilung oder Besserung tatsächlich erfolgt. Wichtig erscheint, dass es keine Zwischenfälle oder Rückfälle gibt. In vielen Fällen wird somit die Forensische Psychiatrie als Etikett verwendet, um dem Wegsperrern einen humanen Anstrich zu geben.

? Was steht hinter diesen Erwartungen, wer hat sie geweckt? Waren die Forensiker unter uns zu optimistisch? Haben sie der Politik und der Justiz zu viel versprochen?

Nedopil: Forensische Psychiater sind ebenso wie unsere Patienten nicht in einen Topf zu werfen. Einige von ihnen waren optimistisch, andere eher pessimistisch und viele resigniert. Entscheidend aus meiner Sicht für die Änderungen ist der bereits genannte Paradigmenwechsel, der den Spielraum psychiatrischer Behandlungs- und Resozialisationsmöglichkeiten einschränkt. Ein Paradigmenwechsel, der sich nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch unter den forensischen Psychiatern bemerkbar macht und der auch dazu führt, dass kaum ein Mensch noch bereit ist zu akzeptieren, dass das Leben und insbesondere der Umgang mit schwierigen Menschen immer risikobehaftet war und dies auch so bleiben wird. Durch den Versuch, jedwedes Risiko auszuschalten, wird eine Risikoabwägung, wie sie vom Bundesverfassungsgericht unter der Prämisse des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes gefordert wird, kaum noch durchführbar. Die forensische Psychiatrie ist ein wichtiger Bestandteil für die Sicherheit der Allgemeinheit und sie hat diese Aufgabe zu erfüllen. Sie hat auch gezeigt, dass sie durch vernünftiges Risikomanagement diese Aufgabe erfüllen und ihr Versprechen einlösen kann. Das Fach ist aber auch verantwortlich für die ihm anvertrauten Patienten und hat auch deren Belange zu vertreten. Auch unter diesem Aspekt ist Zwischen- und Rückfallvermeidung eine wichtige Aufgabe, weil jeder Rückfall die Perspektiven nicht nur dieses Patienten, sondern auch aller anderen Patienten verschlechtert. Wir versprechen der Politik und der Justiz nicht zu viel, wenn wir ihnen sorgfältige und gewissenhafte Arbeit versprechen. Heilung und die Lösung der Kriminalität wurden von der forensischen Psychiatrie noch nie versprochen.



Straftätern, die „nur“ gefährlich sind, soll zunehmend das Etikett „psychische Störung“ angeheftet werden, um sie in der forensischen Psychiatrie abladen zu können.

© Phase4Photography - Fotolia.com

Interview: PD Dr. med. A. Zacher

Zwei Jahre Erfahrung mit Kurztherapie bei Depression

Mehr Psychotherapie im Sprechstundenalltag ist möglich

Im NEUROTRANSMITTER 5/2010 berichteten wir erstmals über die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie in der psychiatrischen Sprechstunde im 20-Minuten-Setting. Mittlerweile haben wir über zwei Jahre gute Erfahrungen mit dieser Therapie gesammelt und wollen in diesem Artikel zeigen, dass psychotherapeutische Kurz-Interventionen lohnend sind. Wir wollen Kassenärzte ermutigen, sich die Psychotherapie mehr zu eigen zu machen und so zu einer ausgewogenen Balance von Psychiatrie und Psychotherapie in der Kassenarztpraxis zu kommen.

Als wir vor über zwei Jahren erwo- gen, die Psychiatrische Kurz- Psychotherapie (PKP) in der Pra- xis zu implementieren, sah die Ausgangs- lage in der Versorgung so aus:

- Die bisherige Standardversorgung depressiver Patienten ist die Behand- lung mit Antidepressiva.
- Die Forschung zeigt, dass begleitende Psychotherapie die Wirkung antide- pressiver Behandlung extrem steigert.
- Die Leitlinien der DGPPN zur Depressionstherapie sehen als neuen Standard die Kombination von Phar-

makotherapie und Psychotherapie vor.

- Standard der Richtlinien-Psycho- therapie ist das 50-Minutenformat, das nicht in die psychiatrische Sprechstunde zu integrieren ist.
- Wer außerhalb der Sprechstunde Richtlinien-Psychotherapie abrech- nen will, muss zuerst die psychothe- rapeutische Fachkunde nachweisen (Selbsterfahrung, Theorie, supervi- dierte Therapien).
- Die 20 Minuten der Sprechstunde werden durch organisatorische und

sozialpsychiatrische Themen auf- gebraucht, es bleibt kein Raum für vertiefte psychotherapeutische Ge- spräche.

Seit 25 Jahren arbeitet der Erstautor an Kurzzeittherapiekonzepten für die Psy- chiatrie [6, 7]. Deshalb war es auch nahe- liegend, eine Lösung für dieses Problem zu suchen. Die Problemlösung musste vier wesentliche Zielkriterien erfüllen; die PKP musste ...

- im 20-Minutensetting der psychiat- rischen Sprechstunde durchführbar sein,



Das 50-Minutenformat der Richtlinien-Psychotherapie ist oftmals nicht in die psychiatrische Sprechstunde zu integrieren. Eine Alternative stellt die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) dar.

- ohne zusätzliche Psychotherapie-Ausbildung und Fachkunde abrechenbar sein,
- den Vorgaben der DGPPN-Leitlinie „Depression“ folgen, und
- die unter diesen drei Bedingungen bestmögliche Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie herstellen.

Wie in der medikamentösen Behandlung geht es auch in der Psychotherapie darum, die richtige Intervention in der richtigen Dosierung, im richtigen Intervall und über den richtigen Zeitraum einzusetzen. Anders als beim Blumen gießen oder bei der Ernährung kommt kaum jemand auf die Idee, dass zu viel Psychotherapie angeboten und dadurch eventuell die Genesung nicht gefördert, sondern aufgehalten werden könnte. Diese Gedanken erinnern an das Prinzip der minimalen Intervention von Fredrik Kanfer: Nur so viel intervenieren, wie notwendig ist, nicht mehr [5]. Nur wenn der Patient auch wirklich mehr braucht, soll er mehr Intervention erhalten.

Im November 2009 bildeten wir eine Arbeitsgruppe (Christian Algermissen, Beate Deckert, Jürgen Deckert, Serge Sulz und Gerd Wermke, später kamen Jens Acker und Stephanie Backmund-Abedinpour hinzu) mit dem Ziel, das wirklich Machbare zu tun. Anders als in personell, apparativ und finanziell bestausgestatteten universitären Einrichtungen ging es darum, mit dem was in der psychiatrischen Kassenpraxis machbar ist, auszukommen und es bestmöglich zu nutzen.

Die Kunst des Verzichts

Psychiater beherrschen ohnehin die Kunst des Verzichts. Wenn sie nicht vieles von dem, was noch gut für den Patienten sein könnte, weglassen würden, wäre die Kassenpraxis gar nicht zu führen. Denn was ich dem einen Patienten gebe, nehme ich dem nächsten Patienten, der im Warteraum sitzt, weg. Also ist das Zeitmanagement das erste Thema. Obgleich es dem Patienten subjektiv gut tut, wenn ich empathisch und warmherzig zuhöre, bis er sein ganzes Leid geklagt hat, kann ich dem Zuhören nicht die ganzen 20 Minuten Raum geben. Wenn ich die 20 Minuten trotz meines zu langen Zuhörens einhalte, nehme ich dem Patienten, dem ich gerade so lange zuge-

hört habe, sehr viel weg – nämlich das therapeutische Einwirken auf seine Krankheit. Ich muss gemeinsam mit dem Patienten noch einiges tun, um seine Symptomatik zu reduzieren. Ich muss also abwägen zwischen den ärztlichen Angeboten, die ich dem Patienten zuteilwerden lasse.

Was soll ich in 20 Minuten psychiatrischer Sprechstunde anbieten?

- Zuhören (Bericht des Patienten über die Zeit seit der letzten Sprechstunde)
- Kurzbefund erheben (auch neurologisch, somatisch)
- Pharmakotherapie besprechen (Wirkung, Nebenwirkung, Dosierung etc.)
- Bestehende soziale Probleme und ihre Lösungen erörtern (Familie, Beruf, Wohnen etc.)
- Vertrauen und Zuversicht herstellen (Hoffnung und Glauben, dass es wieder besser wird)
- Mindestens eine psychotherapeutische Intervention (hierzu muss ein therapeutische Beziehung aufgebaut worden sein)

Für den Außenstehenden hört es sich technologisch an, aber nur mit dieser Aufteilung können wir den Praxisalltag bewältigen und allen Aufgaben gerecht werden:

- Zehn Minuten Zuhören, Befund, Pharmakotherapie, soziale Probleme besprechen
- Zehn Minuten Psychotherapie-Intervention.

Den ersten Teil kann ich nicht weglassen. Ohne den zweiten Teil ist meine antidepressive Therapie nur halb so wirksam.

Also bestand die Aufgabe darin, 10-Minuten-Interventionen als Psychiatrische Kurz-Psychotherapie zu entwickeln. Diesem Anliegen kam zugute, dass der Erstautor im Lauf der Jahre den Kern wirksamer Kurz-Interventionen zur Depressionsbehandlung bereits ausgearbeitet [8–13] und auch gemeinsam mit Ute Gräff-Rudolph veröffentlicht hatte [3, 14].

Die Zeit ist zu knapp, um mit dem Patienten gemeinsam zu erörtern, welches Thema am wichtigsten oder dringlichsten erscheint. Wenn kein überraschender akuter Notfall entstanden ist, wird einfach konsequent eine festgelegte Themenabfolge bearbeitet.

Die Themenabfolge ist durch Therapiekarten oder Sprechstundenkarten (SSK) bestimmt. Bei Bedarf können mehrere Karten ausgelassen werden. Was wie mit dem Patienten besprochen oder bearbeitet wird, steht mit wenigen Worten auf der Vorderseite der Karte. Auf der Rückseite steht, worauf es dabei ankommt und was beachtet werden sollte.

Auch wenn es schwer zu glauben ist, aber die meisten psychotherapeutischen Interventionen benötigen weniger als 10 Minuten. Damit lässt sich das Prinzip „pro Sprechstunde eine Intervention“ aufrecht erhalten.

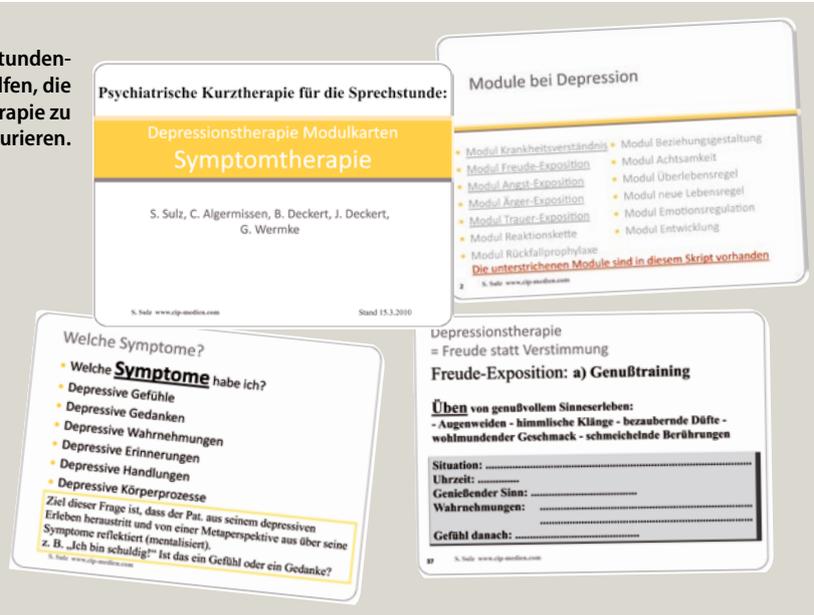
Evidenzbasiertes Vorgehen

Bei den auf den Sprechstundenkarten ausgearbeiteten Interventionen handelt es sich um Standard-Interventionen der kognitiv-behavioralen Therapie, deren therapeutische Wirksamkeit in zahlreichen Studien belegt werden konnte. Die psychotherapeutischen Interventionen sind also evidenzbasiert [2, 4] und entsprechen den Leitlinien „Depression“ der DGPPN [1].

Sollen oder können psychodynamisch orientierte Psychiater diese verhaltensorientierten Methoden in ihrer Sprechstunde einsetzen? Da das Störungs- und Therapiekonzept nicht an Therapie-schulen gebunden ist, sondern einem allgemein anerkannten psychiatrischen Krankheitsverständnis entspricht, ist es nicht wichtig, ob eine psychodynamische oder eine verhaltenstherapeutische Grundorientierung vorliegt. Es geht uns darum, Motive, Emotionen, Kognitionen und Handeln des Patienten aus der depressiven Hemmung herauszuführen und ihm seine ihm eigene Vitalität wieder verfügbar zu machen. Das ist das leicht erkennbare Ziel dieser Interventionen. Auch ihre Durchführung ist so einfach, dass keine Psychotherapie-Ausbildung als Fachkunde-Basis benötigt wird.

Die Rückseiten der Sprechstundenkarten sind prinzipiell selbst erklärend, sodass keine zusätzliche Schulung erforderlich ist. Das 20-seitige Benutzermanual beschreibt das Vorgehen leicht verständlich. Ergänzend bieten wir für Personen, denen das Do-it-yourself-Prinzip nicht ausreicht oder die spezielle Anwendungen in ihrem Praxis- oder Klinikalltag benötigen (Gruppen, Tagesklinik, etc.),

Sprechstundenkarten helfen, die Kurztherapie zu strukturieren.



mehrmals im Jahr ein- bis zweitägige Schulungen an.

Deshalb haben wir im Kartenformat alles verfügbar gemacht, was zu einer psychiatrischen Sprechstunde gehört. Diese Karten kann man von Beginn der Behandlung eines Patienten an nutzen und sie jedes Mal am Anfang einer Sprechstunde einsetzen. Bei geeigneten Patienten verlässt man das Sprechstundenkarten-Setting gar nicht mehr. Die Sprechstundenkarte kann als Leitfaden für jedes Gespräch mit Patienten mit Depression dienen.

Einige Karten werden gemeinsam mit dem Patienten ausgefüllt oder er füllt sie allein in der Sprechstunde aus. Andere bekommt er mit nach Hause, um sie dort zu bearbeiten und beim nächsten Mal ausgefüllt mitzubringen. Er hält damit Beobachtungen, Reflektionen und Handlungsberichte fest, die in der nachfolgenden Sprechstunde besprochen werden.

Die Sprechstundenkarten sind bei jedem sprachlichen und intellektuellen Niveau einsetzbar. Es ist das flexible Niveau der Psychoedukation, die schon fester Bestandteil vieler Behandlungskonzepte geworden ist. Der Patient erfährt Neues über seine Krankheit, über die Psyche des Menschen, wie Beziehungen funktionieren, wie Emotionen reguliert werden, was er selbst unternehmen kann.

Zu Beginn wird dem Patienten ein plausibles Störungsmodell vermittelt, aus dem sich Therapieziele und Therapieinterventionen ableiten lassen. Das ist einerseits ein vereinfachtes Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik. Andererseits geht aus ihm die Notwendigkeit der geplanten psychotherapeutischen Maßnahmen so zwingend hervor, dass dadurch eine große Bereitschaft des Patienten zur aktiven Mitarbeit entsteht, wenn er seine Gesundheit vorantreiben will.

Drei-Säulenprinzip

Wir beginnen, unserem Drei-Säulenprinzip folgend (Symptomtherapie – Fertigkeitenaufbau – Motivklärung) mit der Symptomtherapie, da hier die größte Motivation des Patienten vorhanden ist. Psychotherapeuten vergessen zu schnell die Bedeutung der noch vorhandenen Symptomatik und vertiefen sich sehr schnell in das komplexere Thema der Ursachen. Wegen des Widerstands des Patienten, sich mit diesem Thema zu befassen, wird entsprechend mehr Zeit benötigt. Die erste Säule besteht in der Vermittlung eines Krankheitsverständnisses, das über ein plausibles Störungsmodell hinausgeht, das hilft, die Krankheit anzunehmen (Akzeptanz), das zeigt, dass die Krankheit überwunden werden kann (Erfolgserwartung), und das den Pati-

enten zu aktiver Mitarbeit motiviert (Bereitschaft). Implizit geht daraus hervor, wie beim Wiederauftreten einer symptomauslösenden Situation die erneute Symptombildung verhindert werden kann (Rückfallprophylaxe). Zugleich wird der Patient darauf eingestimmt, die notwendige Medikation einzunehmen (Compliance).

Nur wenn dem Patienten Fertigkeiten fehlen, um in der Symptomtherapie weiter voranzukommen, wird zur zweiten Therapiesäule gewechselt und es erfolgt ein Fertigkeitentraining, mit dem die fehlenden Fertigkeiten systematisch aufgebaut werden:

— Freude-Exposition: Mich so verhalten, dass ich von meiner Umwelt das bekomme, was ich brauche, um psychisch gesund zu bleiben. Gelingt das, entsteht Freude.

— Angst-Exposition: Mich wehren und behaupten können, wo andere mir mein Recht nicht zugestehen. Um das zu erreichen, muss die dabei entstehende Angst gemeistert werden.

— Ärger-Exposition: Meine Gefühle als wichtige psychosoziale Signale wahrnehmen und für meine Kommunikation nutzen können, insbesondere Ärger, Wut, Zorn.

— Trauer-Exposition: Im Falle eines zu betauernden Verlusts etwa eines nahen Menschen in den Prozess der Trauer gehen können, statt diesen durch Depression zu vermeiden.

Die hierzu ausgeübten Aktivitäten und Unternehmungen des Patienten stehen unter dem Vorzeichen des heute als basal für die psychische Gesundheit erkannten Prinzips der Emotionsregulation. Jede neue Handlungsweise ist zugleich eine Exposition mit den Gefühlen, die bisher vermieden wurden.

Erst die dritte Säule befasst sich durch Motivklärung mit den Dispositionen und Vulnerabilitäten des Patienten (Persönlichkeitsstruktur) – wenn es dem Patienten schon deutlich besser geht. Warum und wozu reagiere ich so wie bisher und welche Vor- und Nachteile hat das? Auch hier folgen wir dem Prinzip der Einfachheit sowohl bezüglich der Störungs- und Therapietheorie als auch bezüglich des therapeutischen Vorgehens. Wir beschränken unsere Betrachtungen auf ein einziges dysfunktionales Schema, das in

der Kindheit gebildet wurde und im Erwachsenenleben maladaptiv ist. Zugleich ist es die zentralste Weichenstellung menschlichen Erlebens und Verhaltens: Die dysfunktionale Überlebensregel, die geholfen hat, heil durch die Kindheit zu kommen. Ein selbstunsicherer Mensch könnte als (ihm bisher nicht bewusste) Überlebensregel haben: Nur wenn ich immer zurückhaltend und niemals kritisch und konfrontativ bin, bewahre ich mir die Zuneigung und Liebe der mir wichtigen Menschen und verhindere Ablehnung und Verstoßen werden. Indem der Patient so oft wie möglich das Gegenteil dessen macht, was diese Überlebensregel ihm befiehlt, kann er diese durch eigene Erfahrung falsifizieren.

Die dritte Therapiesäule kann für andere psychische Störungen ebenso gut angewandt werden. Nur die Symptomtherapie und das Fertigkeitentraining sind depressionsspezifisch. Unsere Arbeitsgruppe ist dabei, auch Kartensets für andere psychische Störungen zu entwickeln. Für die meisten Störungen muss nur ein kleines störungsspezifisches Interventions-Karten-Set entwickelt werden. Die beiden großen Störungsbereiche Schizophrenie und Sucht benötigen ein grundlegend anderes Vorgehen. Ein Kartenset zu Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit ist fast fertiggestellt, an einem Set für Schizophrenie hat die Arbeit begonnen.

Machen Sie mit!

Was ist nun das Anliegen dieses Artikels? Wir wollen nicht warten, bis die Psychotherapieforschung auch für die psychiatrische Kassenpraxis Früchte trägt. Wir wollen die Versorgung durch Psychiater optimieren, indem in der Sprechstunde zusätzlich Psychotherapie durchgeführt wird. Wir wollen zeigen, dass psychotherapeutische Kurz-Interventionen lohnend sind und Kassenärzte ermutigen, sich die Psychotherapie mehr zu eigen zu machen. Wir wollen für eine ausgewogene Balance von Psychiatrie und Psychotherapie in der Kassenpraxis sorgen.

Setzen Sie die PKT selbst ein, die Sprechstundenkarten können Sie sich hier downloaden: cip-medien.com/media/PKT-Sprechstundenkarten.zip.

Da wir keine Fördermittel zur Verfügung haben, können wir keine finanziellen Anreize geben und sind auf den

Idealismus der Kassenärzte angewiesen. Wir packen alles tatkräftig an, was hilft, das Arbeiten mit den Sprechstundenkarten umzusetzen, zum Beispiel auch telefonische und E-Mail-Beratung. Wir freuen uns über Resonanz und Feedback von Seiten niedergelassener Psychiater, um den Ansatz weiter entwickeln, verbreiten und verbessern zu können. Wir hoffen, dass unseren Patienten damit noch besser geholfen werden kann und die Zufrieden-

heit des Psychiaters nach getaner Arbeit noch größer wird. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Dr. phil. Serge Sulz

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie – Psychoanalyse

Nymphenburger Str. 185, 80634 München

E-Mail sergesulz@gmail.com

Leserbrief zur Rezension „Vererbte Wunden“ (NEUROTRANSMITTER 12/2011)

Den Traumatisierten Verstehen entgegen bringen

„Lückenhaftes Gutmenschentum“ nennt F. Reimer das Buch von Curt Hondrich: „Vererbte Wunden. Traumata des Zweiten Weltkriegs“. Reimer versucht, es so „auf den Punkt zu bringen: Es gibt keine nachweisbaren Schäden, die Kindern entstanden sind durch Kriegsereignisse, die mehr oder weniger die gesamte Bevölkerung betroffen haben und es gibt schon gar keine Hinweise dafür, dass solche Schäden vererbt werden können. Damit ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Medizin, insbesondere die Psychopathologie und Psychotherapie, nicht durch gute Wünsche, modische Hypothesen und biologische Kapriolen zu bewältigen wäre.“

Hondrich schreibt: „Nachdem Nazi-Deutschland den Krieg über die Völker Europas gebracht hatte, kam der Krieg mit Zerstörung und Leid nach Deutschland zurück. 55–60 % der Zivilbevölkerung machte dabei durch Bombardierungen, Tieffliegerbeschuss, durch Besetzung, Flucht und Vertreibung traumatische Erfahrungen. 10 % davon wurden nachhaltig traumatisiert ...“

Das sind Fakten. Dass Traumata auch transgenerational weitergegeben werden können, ist inzwischen kein Geheimnis mehr. Die biopsychosoziale Einheit Mensch kennt mehrere Wege der Weitergabe. Selbst wenn Reimer einer psychosozialen Dimension nichts abgewinnen kann, bleibt die Möglichkeit der epigenetischen Weitergabe. Außerdem gibt es auch eine Tradierung über engste familiäre Beziehungen, von mikrosozialer bis zur gesellschaftlichen Dimension.

Bohler schreibt: „Kollektive Katastrophen wie Holocaust, Zweiter Weltkrieg, aber auch ethische Gewalt und Vertreibungen vermitteln die Erkenntnis, dass politische und soziale Katastrophen, so genannte „man-made disasters“, eine Gesellschaft so nachhaltig erschüttern, dass wir gezwungen sind, uns noch in den Generationen danach mit den traumatischen Auswirkungen auseinanderzusetzen ...“

In unserem psychoanalytischen Institut in Berlin (APB) wurden diese epigenetischen Zusammenhänge und insbesondere die psychosoziale und transgenerationale Weitergabe der Traumata und ihrer Folgen in einer differenzierten Untersuchung nachgewiesen (Seidler/Froese, 2006). Allen traumatischen Erfahrungen ist die Idee der Einmaligkeit und Außerordentlichkeit inhärent, deswegen befinden sich Traumatisierte immer in einem Ausnahmezustand und haben nicht die Hoffnung, verstanden zu werden. Die Rezension von Reimer ist allerdings nicht dazu angetan, Traumatisierten Verstehen entgegenzubringen. Über diese Prozesse muss dringend eine gesellschaftliche Debatte geführt werden. Es sind nämlich in der Tat viele Menschen, die unter diesen traumatisierenden Erfahrungen leiden und deren Biografien dadurch entstellt sind. Offen bleibt die Frage, wieso Reimer mit dieser Hybris über das Buch spricht. Vielleicht ist für manche Menschen die Vorstellung, dass es Psychotraumen gibt, so kränkend, dass sie derartige Erfahrungen mit einer Ideologie von defensiver Grandiosität abwehren müssen.

Übrigens: Das Wort „Gutmensch“ ist in der Wahl der Unworte des Jahres 2011 auf dem zweiten Platz gelandet. Dies weil es das ethische Ideal des guten Menschen in hämischer Weise aufgreift, um Andersdenkende pauschal und ohne Ansehen ihrer Argumente zu diffamieren. Das passt.

Priv.-Doz. Dr. sc. med. Christoph Seidler, Berlin

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg., 2010): Nationale Versorgungs-Leitlinie. Unipolare Depression (S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie), Berlin: Springer
2. DGPPN (2010): Hautzinger M, de Jong-Meyer R (1996): Wirksamkeit psychologischer Therapie bei Depressionen. Z Klin Psychol 25, Nr. 2 (ganzes Themenheft)
3. Gräff-Rudolph U. & Sulz S. (2006): Strategic Therapy for Depression. European Psychotherapy Vol. 6, 213-244
4. Hautzinger M, Stark W, Treiber R (1998): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. München: Psychologie Verlags Union
5. Kanfer F.H. (2000): Self-Management Therapy: Orchestration of Basic Components for Individual Clients. European Psychotherapy Vol. 1,
6. Sulz S. (1987): Psychotherapie in der Psychiatrie. Stuttgart: Thieme
7. Sulz S: (1994): Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien
8. Sulz S (1998b): Therapeutische Strategien bei Depression. In: Sulz S (Hrsg.): Das Therapiebuch. 2. Aufl. München: CIP-Medien, S. 503-532
9. Sulz S (2001): Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. München: CIP-Medien
10. Sulz S (2003): Depression Ratgeber & Manual für Betroffene, Angehörige und für alle beruflichen Helfer. München: CIP-Medien
11. Sulz S (2011): Therapiebuch III: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. München: CIP-Medien
12. Sulz S., Deckert B. (2011): Psychiatrische Kurz-Psychotherapie - PKP - Depression. Psychotherapie-Karten für die Praxis. München: CIP-Medien
13. Sulz S., Denk C., Deckert B. (2011): Tablet-PC-Version der Psychotherapie-Karten Psychiatrische Kurz-Psychotherapie - PKP - Depression. Software auf CD. München: CIP-Medien
14. Sulz S, Gräff-Rudolph U. (2011): Neue Ansätze der kognitiv-behavioralen Depressionsbehandlung. Ärztliche Psychotherapie 3, S. 168-173

Senioren im Straßenverkehr

Fahrtüchtig auch im hohen Alter?

Die gerne zitierte Alterspyramide belegt jedenfalls, dass auch die Autofahrer im Durchschnitt immer älter werden. Viele von ihnen haben eine langjährige Fahrpraxis und wollen die Vorteile des Autos weiter nutzen. Ob alters- oder krankheitsbedingte Einschränkungen auftreten, kann nicht generell gesagt werden. Dazu ist der Arzt gefragt.

Wie in der gesamten Gesellschaft, nimmt der Anteil der Älteren und Alten auch im Straßenverkehr zu. Zwar gehen bei manchen Senioren, oft aufgrund von Erkrankungen, die Fähigkeiten zum Führen eines Autos zurück, doch kann dies nicht verallgemeinert und allein an einem bestimmten Lebensalter festgemacht werden. Der Arzt hat hier eine wichtige Überwachungs- und Aufklärungsfunktion.

Unter Berücksichtigung des demografischen Wandels sind ältere Menschen der am stärksten wachsende Bevölkerungsanteil in Deutschland. Auch der Straßenverkehr ist hiervon in weitem Maße betroffen. Elf Millionen der im Jahr 2000 registrierten Führerscheinbesitzer waren 60 Jahre und älter. Auch für die Zukunft ist mit einer Zunahme der älteren Verkehrsteilnehmer zu rechnen. Die Menschen der jetzt alternden Generation sind oft mit dem Auto aufgewachsen und ha-

ben insbesondere die Vorteile des unabhängigen Transportmittels Auto schätzen gelernt [8]. 76 % der Rentnerhaushalte verfügen über mindestens einen PKW, und der Anteil der über 85-jährigen Führerscheininhaber steigt deutlich.

Fahreignung und Fahrtüchtigkeit

Das Führen eines Kraftfahrzeuges stellt eine sehr komplexe Aufgabe dar. Durch (altersbedingte) psychische und physische Erkrankungen, aber auch durch die Einnahme von Medikamenten kann es zu einer Beeinflussung sowohl der (allgemeinen) Fahreignung als auch der (aktuellen) Fahrtüchtigkeit kommen. Unter der Fahreignung wird die zeitlich stabile, von aktuellen Situationsparametern unabhängige Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs verstanden [1], wohingegen die Fahrtüchtigkeit eine situations- und zeitbezogene Fähigkeit definiert.

Verkehrsstatische Daten

Generell ist eine Pauschalisierung hinsichtlich der Korrelation eines hohen Lebensalters und einer daraus resultierenden aufgehobenen Fahreignung aufgrund vorliegender interindividueller Unterschiede nicht möglich. Insgesamt zeigt sich bei einem Vergleich zahlreicher Studien, dass der Anteil älterer Kraftfahrer an Verkehrsunfällen, verglichen mit dem der übrigen Altersklassen, eher geringer ist [7]. Mit zunehmendem Alter der Verkehrsteilnehmer sinkt der Anteil der Unfallbeteiligungen bezogen auf den Bevölkerungsanteil.

Als Ursache der Unfälle, in die ältere Verkehrsteilnehmer überproportional häufig verwickelt sind, ist eine Überforderung bei komplexen Fahraufgaben zu erkennen. Zu beobachtende Fahrfehler sind unter anderem Vorfahrtsmissachtungen, Fehler beim Wenden/Abbiegen und beim Spurwechsel an der Kreuzung oder Fehler beim Einparken. Zudem legen ältere Verkehrsteilnehmer weniger Kilometer im Jahr zurück, was auch durch die fehlende Fahrpraxis zu einem erhöhten Unfallrisiko führen kann.

Welchen Stellenwert haben die Einschränkungen des Alters?

Als ältere Menschen werden Personen bezeichnet, die die Altersgrenze von 65 Jahren überschritten haben, wobei diese Zahl nur einen groben Richtwert darstellen kann (unter Berücksichtigung der interindividuellen Unterschiede in der Bevölkerung). Als erwiesen gilt hingegen, dass sich im Alter verschiedene psychophysische Veränderungen abspielen, wie beispielsweise eine Verschlechterung des Hör- und Sehvermögens. So kommt es im Alter zu einer Abnahme der Dämmerungsschärfe (z. B. Reduktion der sta-



Viele Senioren sind begeisterte Autofahrer.

tischen Sehschärfe bei nächtlichen Fahrten älterer Menschen auf 65–77% des Niveaus von 25-Jährigen [5]), zu einer Zunahme der Blendempfindlichkeit sowie einer teilweise unbemerkten Einschränkung des Gesichtsfelds (Glaukom). Das sind Faktoren, die auch durch eine adäquate Versorgung mit Sehhilfen nicht entsprechend verbessert werden können. Auch können strukturelle Veränderungen des ZNS im Alter auftreten, wie beispielsweise eine Atrophie des Neokortex [9]. Resultierend hieraus kann es zur verlangsamten Entscheidungsfindung in Akutsituationen kommen, bedingt durch eine im Alter allgemeine Minderung des Leistungstempos. Neben normalen Alterungsprozessen finden sich unter Umständen auch pathologische Veränderungen, die zu einer Einschränkung der kognitiven Funktionen führen können (z. B. Demenz).

Alterskrankheiten mit Relevanz für die Verkehrssicherheit

Weiterhin leiden in der Altersgruppe der über 65-Jährigen immer mehr Personen an degenerativen Veränderungen des Körpers, die zu funktionellen Einschränkungen führen können [2]. Auch bei bestehenden chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus) sind im Alter naturgemäß Folgeschäden an Organen oder Gelenken zu erwarten. Die „Multimorbidität“ mit dem gleichzeitigen Auftreten mehrerer Krankheitsbilder stellt hierbei ein typisches „Altersphänomen“ dar. Zu den verkehrssicherheitsrelevanten Erkrankungen zählen insbesondere degenerative Gelenkerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen (z. B. Hypertonie), Diabetes mellitus, Demenzen und psychische Störungen.

Bei Personen mit Herzschrittmachern mit automatischer Defibrillation sollte die autonome Fahrreignung kritisch reflektiert werden. Auch die Warnzeichen und die akute Präventionsmaßnahmen bei einer Hypoglykämie sollten insulinpflichtigen allein fahrenden Patienten bekannt sein.

Welche Medikamente mit Vorsicht einnehmen?

Laut Angaben der Hersteller können zirka 15–20% der auf dem Markt gängigen Medikamente die Fahrtüchtigkeit beein-

Mit dem Alter sinkt das Sehvermögen in der Dämmerung und es steigt die Blendempfindlichkeit.



© Doc RaBe / Fotolia.com

trächtigen [6]. Besondere Berücksichtigung finden hierbei zentral dämpfende Arzneistoffe wie Antidepressiva, Benzodiazepine, Analgetika und Antipsychotika. Zudem ist bei der Behandlung von älteren Personen mit Arzneimitteln die im Alter veränderte Pharmakodynamik und Pharmakokinetik zu berücksichtigen, die den Stoffwechsel der verabreichten Substanzen wesentlich beeinflussen.

Auch muss bei älteren multimorbiden Menschen mit der häufigen Verabreichung zahlreicher unterschiedlicher Medikamente ein vermehrtes Augenmerk auf Arzneimittelwechselwirkungen gelegt werden. Die Aufklärung über mögliche Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit durch ein Medikament ist hierbei Aufgabe des behandelnden Arztes.

Voraussetzung einer ordnungsgemäßen Aufklärung ist eine hinreichende Einsichtsfähigkeit des Patienten. Der Arzt unterliegt der Pflicht zur Sicherheitsaufklärung, die er zum Schutz vor drohenden Gefahren beachten muss [3] und die eine Aufklärung über mögliche Beeinträchtigungen der Fahreignung beziehungsweise der Fahrtüchtigkeit durch die Erkrankung sowie die Medikation beinhaltet.

Verkehrsmedizinische Aufklärung

Eine Beurteilung, inwieweit einzelne Unfälle auf altersbegleitende Leistungseinbußen zurückgeführt werden können, ist nur eingeschränkt möglich. Es können lediglich typische Unfallsituationen mit bestimmten Altersklassen in Verbindung gebracht werden. Nichtsdestotrotz sollte die verkehrsmedizinische Aufklärungsarbeit bei älteren Patienten als wesent-

liches Ziel die Stärkung des Verantwortungsbewusstseins im Hinblick auf eine kritische Selbstkontrolle sehen.

Um dies zu erreichen, müssen zum einen dem Arzt und dem Patienten Kenntnisse über gesetzliche Regelungen in verständlichem Maße vermittelt werden und zum anderen die Kompetenz der betreuenden Ärzte, aber auch der Klinikärzte im Hinblick auf Verkehrssicherheitsfragen ausgebaut werden. In der Fahrerlaubnisverordnung (§ 2 FeV) ist festgelegt, dass sich jeder Kraftfahrer vor Antritt der Fahrt vergewissern muss, fahrtüchtig zu sein. Bewerber um eine Fahrerlaubnis müssen gleichermaßen die hierfür notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllen. Darüber hinaus kann die Fahrerlaubnisbehörde ein Gutachten anordnen, sobald Tatsachen bekannt werden, die gegen eine Eignung als Fahrzeugführer sprechen. Dies kann bis zum Entzug der Fahrerlaubnis durch die Fahrerlaubnisbehörde führen.

Bei der ärztlichen Untersuchung eines älteren, aktiv am Straßenverkehr teilnehmenden Patienten sollte neben den bekannten Grunderkrankungen auch ein vermehrtes Augenmerk auf den aktuellen Gesundheitsstatus gelegt werden. So kann eine akute Erkrankung (z. B. bakterielle Infektion) einen üblicherweise fahrtüchtigen Patienten fahrtüchtig machen.

Sprechen Sie Zweifel an der Fahrtüchtigkeit an!

Auch kann es bei einer vorübergehenden Verschlechterung einer chronischen Erkrankung, die prinzipiell mit der Fahreignung des Patienten vereinbar ist, zu

einer kurzzeitigen Einschränkung der Fahrtüchtigkeit kommen. Daher sollte im Rahmen einer ärztlichen Anamneseerhebung gegenüber dem kraftfahrenden Patienten die Pflicht beziehungsweise die Notwendigkeit der Überprüfung der Fahrtüchtigkeit thematisiert werden. Generell sollte die Problematik immer dann im ärztlichen Gespräch angesprochen werden, wenn der behandelnde Arzt Zweifel an der Fahreignung des Patienten hat.

Schweigepflicht (§ 203 StGB)

Eine generelle Meldepflicht für den Arzt beim Vorliegen von psychischen und/oder physischen Defiziten eines älteren, am Kraftverkehr aktiv teilnehmenden Patienten existiert nicht, vielmehr kann sich der Arzt jederzeit auf die ärztliche Schweigepflicht (§ 203 StGB) berufen. Auf der anderen Seite hat der Arzt eine Verantwortung der Allgemeinheit und auch dem betroffenen Patienten gegenüber. So muss er im ersten Schritt den Patienten über Mängel bei der Fahrsicherheit aufklären und gegebenenfalls Alternativen zur Steigerung/Verbesserung der Fahrfähigkeit aufzeigen (z. B. Technologie-Assistenz). Bei Kooperation des Patienten wäre dann die Einleitung weiterer Maßnahmen nicht notwendig, wengleich das Verhalten des Patienten und die Inhalte des Arzt-Patienten-

gespräches ausführlich dokumentiert werden sollten. Bei fehlender Compliance des Patienten sollte eine weitere, drastischere Aufklärung über mögliche Konsequenzen bei weiterer Teilnahme am Straßenverkehr trotz fehlender Fahreignung erfolgen (z. B. Aufzeigen von Rechtsansprüchen von Unfallgegnern). Bei einer hierauf erfolgten Versicherung des Patienten, nicht mehr aktiv am Straßenverkehr teilzunehmen, sollte auch dieses Gespräch ausführlich dokumentiert und das weitere Verhalten des Patienten beobachtet werden, weitere Maßnahmen sind in diesem Fall nicht indiziert.

Bei chronischer Uneinsichtigkeit und trotz aller Bemühungen, den Patienten zu überzeugen, nicht mehr aktiv am Straßenverkehr teilzunehmen, kann nach Abwägung durch den Arzt gegebenenfalls eine Meldung bei der Fahrerlaubnisbehörde, auch gegen den Willen des Patienten, angezeigt sein. Dieser Schritt ist als „Ultima Ratio“ anzusehen, wenn der Patient auch nach der Androhung dieser Maßnahme weiter uneinsichtig agiert. Gerechtfertigt ist die Meldung bei der Behörde durch die Anwendung des § 34 StGB (rechtfertigender Notstand) auch nach obergerichtlicher Rechtsprechung. Hierdurch wird die Sicherheit der Allgemeinheit als höherwertiges Rechtsgut gegenüber den Interessen des Patienten, seine Mobilität zu erhalten, geschützt.

Fazit

Das Alter stellt eine Lebensphase mit großer Interindividualität dar, die eine Pauschalisierung von Beeinträchtigungen der Fahrtüchtigkeit unmöglich macht. Das Lebensalter an sich begründet keinesfalls grundsätzliche Zweifel an der Fahreignung, wengleich sie durch altersbedingte Erkrankungen und/oder Medikamenteneinnahmen beeinträchtigt sein kann. Zur Prävention von Unfällen bei älteren Verkehrsteilnehmern ist es entscheidend, auf allen Ebenen Aufklärungsarbeit zu betreiben. Auf freiwillige präventive, periodisch an das Alter gebundene Untersuchungen sollte hingewiesen werden. Die Rolle des Arztes bei sich verschlechternden allgemeinen Leistungswerten sollte weiter gestärkt werden, um auftretende Defizite bei älteren Verkehrsteilnehmern frühzeitig zu erkennen. Bei konkreten Erkrankungen sollte weiterhin ein Facharzt zur genaueren Beurteilung der Konsequenzen für die Fahreignung hinzugezogen werden. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Claudia Helmreich

Institut für Rechtsmedizin der LMU München
Nußbaumstr. 26, 80336 München
E-Mail: claudia.dinges@med.uni-muenchen.de

Dr. med. Wolfram Hell

Prof. Dr. med. Matthias Graw

FÜR SIE GELESEN

Akupunktur zur Migräneprophylaxe

➔ Eine deutsch-chinesische Studie hat die Wirksamkeit der Akupunktur in der Migräne-Prophylaxe überprüft.

Die Autoren randomisierten 480 Migränpatienten in vier Gruppen, denen entweder eine von zwei Formen der traditionellen chinesischen Akupunktur (Shaoyang und Yangming) oder die dazugehörigen jeweiligen Scheinbehandlungen (Placebo) verabreicht wurden.

Der primäre Studien-Endpunkt war die Anzahl der Tage mit Migräneattacken in dem Zeitraum von fünf bis acht Wochen nach Studienbeginn. Die Auswertungen zeigten

keine signifikanten Differenzen dieses Parameters. Dennoch wurde von den Autoren der Schluss gezogen, dass die Akupunktur klinisch positive Effekte verursachte.

Kommentar: Diese Studie gibt mir Rätsel auf. Wie kann es sein, dass ein negatives Resultat stillschweigend in das Gegenteil umgekehrt wird? Zur Ehrenrettung der Autoren ist zu bemerken, dass einige sekundäre Endpunkte tatsächlich ein signifikant positives Ergebnis aufzeigen. Allerdings ist hier die Effektgröße gering, sodass die Autoren dies als nicht klinisch relevant bezeichnen. Auch eine Post-

hoc-Analyse von gepoolten Gruppen liefert ein positives Resultat. Solche Daten können interessant sein, sie sind jedoch nicht ausschlaggebend. Ist es also legitim, aus einer letztlich negativen Studie positive Schlüsse abzuleiten? Die meisten Experten würden hier wohl mit nein antworten. Dennoch passiert dergleichen im Bereich der Alternativmedizin leider viel zu häufig.

Prof. Dr. med. E. Ernst

Y. Li et al. Acupuncture for migraine prophylaxis: a randomized controlled trial. CMAJ 2011; DOI.10.1503.cmaj.110551

Praxisporträt

Beratung und Hilfe bei Transsexualität

Seit über 25 Jahren wenden sich Menschen, die ihr Geschlecht ändern wollen, an Dr. Michael Szukaj. Der Arzt prüft, ob sie wirklich transsexuell sind und die Folgen der geplanten Umwandlung psychisch gut verkraften können. Er ist als daher als Berater, Psychiater und Psychotherapeut gefragt.

Viele der Patienten, die es zu Dr. Michael Szukaj schaffen, haben eine lange Odyssee hinter sich, bei der sie kaum auf Verständnis von Freunden, Eltern oder Berufskollegen hoffen durften. Denn wer sein Geschlecht ändern will, der muss auch heute noch mit Ausgrenzung rechnen. Manche, so Szukaj, haben bei ihm das erste Mal das Gefühl, dass ihnen jemand nicht nur zuhört, sondern auch weiß, um was es geht.

Den Psychiater und Psychotherapeuten beschäftigen Menschen mit einem anderen Geschlechtswunsch nun schon über 25 Jahre. Als Anfang der 1980er-Jahre das Transsexuellengesetz in Kraft trat, waren plötzlich medizinische Gutachter gefragt. An der Uniklinik in Münster, wo Szukaj tätig war, gab es jedoch keine Spezialisten für Transsexualität. So nahm Szukaj die Chance wahr und wurde selbst zum Experten: Zusammen mit einem Kollegen gründete er in Münster eine Transsexuellenambulanz. Später eröffnete er mit seiner Frau, Dr. Heike Szukaj, eine Gemeinschaftspraxis am Rande von Münster.

Sind die Patienten stabil genug?

Die Arbeit mit Transsexuellen ist für Szukaj eine Mischung aus Beratung, psychiatrischen und auch psychotherapeutischen Gesprächen. Dabei geht es nicht nur um eine exakte Differenzialdiagnose und die Frage, ob jemand wirklich transsexuell ist, weil nur dann die Kassen die Kosten der angestrebten Geschlechtsangleichung übernehmen. Es gilt auch zu klären, ob die Patienten stabil genug sind, die Folgen der Umwandlung zu verkraften. „Wir reflektieren die Entscheidung der Patienten und erörtern die anstehenden Probleme, etwa ein drohender Jobverlust, finanzielle Schwierigkeiten, Ablehnung durch Eltern und Freunde oder



Praxis-Steckbrief

Inhaber: Dr. med. Michael Szukaj, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin.

Dr. med. Heike Szukaj, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Praxistyp: Gemeinschaftspraxis

Ort: 48161 Münster, Westfalen

Regionale Struktur: Städtischer Raum

Anteil Privatpatienten: 10–15%

Nächste Klinik: 4 km (Neurologie und Psychiatrie)

Mitarbeiterinnen: 3

Schwerpunkt: Transsexualität

Trennung vom Partner.“ Die Patienten müssen sich zudem im Klaren sein, dass eine Angleichung an das gewünschte Geschlecht nur bedingt möglich ist. Selbst wenn die plastischen Chirurgen gute Arbeit leisten: „Über zwei Meter groß, breite Hände und Schultern, Schuhgröße 50, – da wird es nachher schwer, als Frau wahrgenommen zu werden.“

Derzeit betreut Szukaj etwa 100 Transsexuelle, darunter auch einige Minderjährige – hier ist die Entscheidung für eine Hormontherapie oder gar Operation ethisch besonders schwierig. Die Praxis steht aber nicht nur Menschen mit Sexualstörungen offen, sondern für das ganze Spektrum der psychisch Kranken. Am Montagmorgen kann jeder auch ohne Termin in die Sprechstunde kommen. Die Termine für die übrigen Tage spricht der Arzt selbst ab. „Das hilft, eine gute Patientenbindung herzustellen“. Hinzu kommen Transsexuellengutachten, Fortbildungen für angehende Fachärzte sowie Balintgruppen mit Klinikern und Haus-

ärzten. Damit kommt Michael Szukaj auf eine Arbeitszeit von 40 bis 50 Stunden pro Woche. Heike Szukaj kümmert sich sowohl um neurologische als auch psychiatrische Patienten. Unterstützt werden die beiden von zwei Arzthelferinnen und einer Schreibkraft.

Interesse an Lebensgeschichten

Wichtig ist den beiden Ärzten, sich lieber etwas mehr Zeit für ihre Patienten zu nehmen, auch wenn sich das finanziell nicht immer lohnt. „Wir wollen auch noch Freude bei der Arbeit haben und am Ende des Tages wissen, wen wir gesehen haben.“ Michael Szukaj schätzt es, dass er trotz schwieriger Zeiten für die sprechende Medizin noch relativ entspannt Patienten begegnen und Wesentliches von ihnen erfahren kann. „Die Aufgabe ist doch, auch weiterhin eine differenzierte Diagnostik und Behandlung in therapeutischer Atmosphäre zu ermöglichen – trotz der sich ändernden Rahmenbedingungen.“ **mut**

Neue Antikoagulanzen bei Vorhofflimmern

Anwendung und Grenzen in der Schlaganfallprävention

Vorhofflimmern ist die häufigste Form der kardialen Arrhythmie im Alter und ein wichtiger unabhängiger Risikofaktor für ischämische Insulte. In der Vergangenheit wurden Patienten mit Vorhofflimmern mit Vitamin-K-Antagonisten antikoaguliert. Damit konnte das Schlaganfallrisiko um 60–70% reduziert werden. Die neuen Antikoagulanzen haben den Vorteil, dass sie in einer fixen Dosis gegeben werden und dass keine Kontrolle der Gerinnungshemmung notwendig ist.

HANS-CHRISTOPH DIENER, KARIM HAJJAR UND RALPH WEBER



Patienten mit Vorhofflimmern haben ein erhöhtes Schlaganfallrisiko.

- 42 **Neue Antikoagulanzen bei Vorhofflimmern**
Anwendung und Grenzen in der Schlaganfallprävention
- 48 **Berufliche Gesundheitsbelastung in der Psychotherapie**

- 53 **PSYCHIATRISCHE KASUISTIK**
Affektives Mischbild in der Postpartalzeit
- 60 **Interaktionslexikon**
KONBEST – TDM mit klinisch-pharmakologischem Befund

- 64 **CME Update Depression**
Behandlungsoptionen bei Therapieresistenz
- 71 **CME Fragebogen**

Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung. Das Lebenszeitrisko bei Menschen im Alter über 40 Jahre liegt bei 25 %. Ischämische Insulte sind die häufigste Komplikation und sind besonders schwerwiegend. Das Schlaganfallrisiko bei Patienten mit Vorhofflimmern nimmt mit dem Alter zu, es beträgt bei Patienten zwischen 50 und 59 Jahren 0,7 % und bei Patienten über 85 Jahren 18 % pro Jahr. Prädiktoren für ein erhöhtes Schlaganfallrisiko bei Patienten mit Vorhofflimmern sind zunehmendes Alter, Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie. Aus Sicht der Neurologen haben vorausgegangene transiente ischämische Attacken (TIA) und ischämische Insulte eine besondere Bedeutung.

Eine größere Zahl randomisierter placebokontrollierter Studien hat eindeutig belegt, dass eine orale Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten das Schlaganfallrisiko bei Patienten mit Vorhofflimmern um 64 % reduziert [1]. Dies gilt aber nur, wenn es gelingt, die INR (International Normalized Ratio) zwischen 2,0 und 3,0 zu halten. Demgegenüber sind Thrombozytenfunktionshemmer deutlich weniger wirksam [2]. Orale Vitamin-K-Antagonisten sind in vieler Hinsicht schwierig zu handhaben, da sie eine Vielzahl von Interaktionen mit Nahrungsmitteln und anderen Medikamenten haben, was bedingt, dass die Gerinnung regelmäßig kontrolliert werden muss. In der

klinischen Praxis liegen nur etwa 65 % aller mit Vitamin-K-Antagonisten behandelten Patienten im therapeutischen Bereich. Daher war es wichtig, neue Substanzen zu entwickeln, die zuverlässig zu einer Antikoagulation führen, ohne dass eine regelmäßige Gerinnungskontrolle notwendig ist.

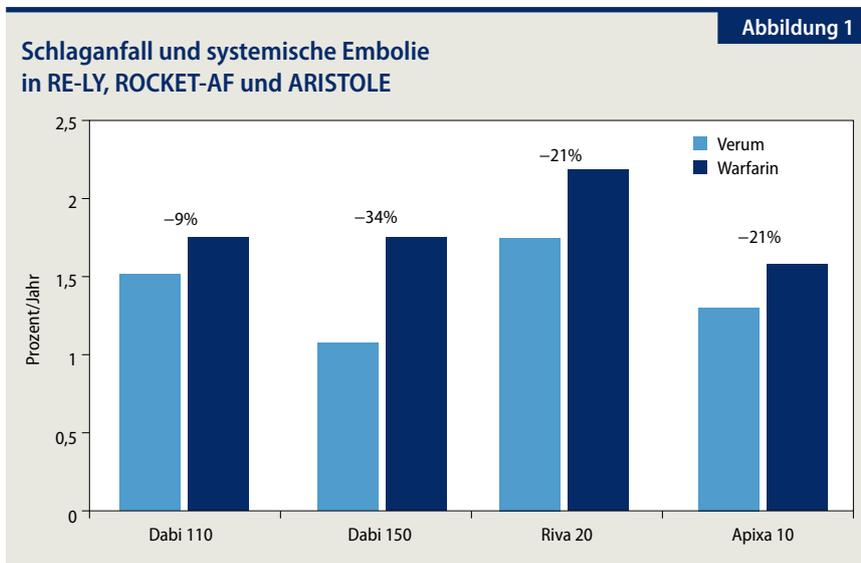
Neue Antikoagulanzen

Dabigatran

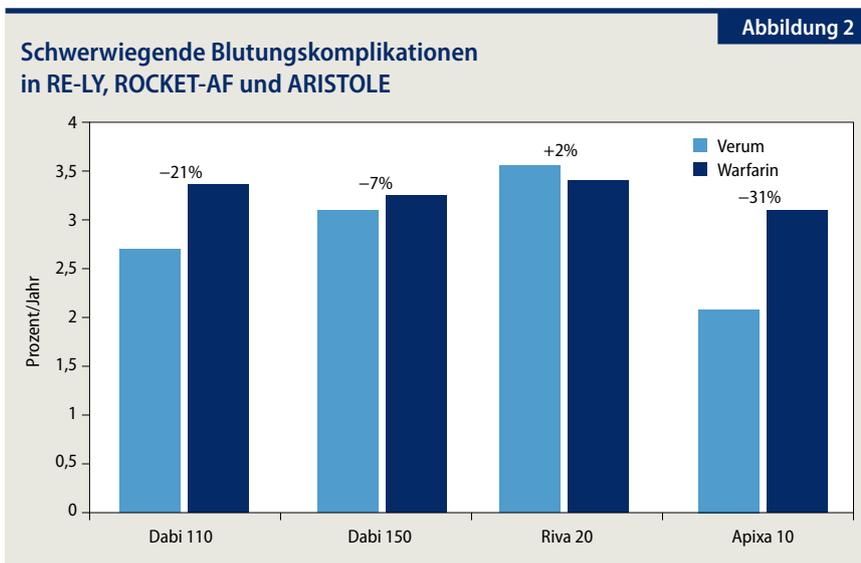
Dabigatran ist ein direkter Thrombinantagonist. Es besteht eine lineare Beziehung zwischen den Serumspiegeln von Dabigatran und der gerinnungshemmenden Wirkung. In der RE-LY-Studie wurde Dabigatran an 18.113 Patienten mit Vorhofflimmern und mindestens einem weiteren Risikofaktor untersucht und mit Warfarin verglichen [3]. Die Patienten wurden in drei Gruppen randomisiert und erhielten entweder 2 x 110 mg Dabigatran, 2 x 150 mg Dabigatran oder Warfarin mit einer Ziel-Gerinnung bezüglich der INR von 2,0–3,0. Der primäre Endpunkt waren Schlaganfälle und systemische Embolien. Für die niedrige Dosis von Dabigatran waren die Ereignisraten mit 1,53 % pro Jahr für Dabigatran und 1,69 % pro Jahr für Warfarin identisch. Bei Patienten, die mit der höheren Dosis von Dabigatran behandelt wurden, ergab sich eine relative Risikoreduktion von fast 40 % zugunsten von Dabigatran. Die Rate an schwerwiegen-

den Blutungskomplikationen war mit der niedrigen Dosis von Dabigatran signifikant niedriger als mit Warfarin und in der höheren Dosis von Dabigatran vergleichbar. Beide Dosierungen führten aber zu einer 60–80 %igen Reduktion von intrakraniellen Blutungen und parenchymatösen Hirnblutungen. Die einzige klinisch relevante Nebenwirkung von Dabigatran waren gastrointestinale Beschwerden, hier überwiegend Sodbrennen und abdominelle Schmerzen. Dies kann verhindert werden, wenn die Patienten Dabigatran zu den Mahlzeiten einnehmen oder vorübergehend mit Protonenpumpenhemmern behandelt werden. Bei Patienten, die bereits eine TIA oder einen Schlaganfall erlitten hatten, waren die Ergebnisse identisch [4]. Auch hier fand sich eine hoch signifikante Reduktion von intrakraniellen Blutungen unter einer Behandlung mit Dabigatran. Dabigatran ist seit August 2011 zur Prävention von Schlaganfällen und systemischen Embolien und Vorhofflimmern in Deutschland zugelassen.

Für Patienten, die eine TIA oder einen Schlaganfall erlitten haben, wird die höhere Dosis von Dabigatran empfohlen. Nur bei Patienten im Alter über 80 Jahren mit Risikofaktoren für eine Blutung sollte die niedrige Dosis Verwendung finden. Patienten mit einer TIA können unmittelbar nach Ausschluss einer zerebralen Blutung durch Bildgebung mit Dabigatran antikoaguliert werden. Bei Patienten mit



Jährliche Inzidenz von Schlaganfällen und systemischen Embolien in den Studien zu neuen Antikoagulantien bei Vorhofflimmern. Die Zahlen in der oberen Reihe zeigen die relativen Risikominderungen (Dabi = Dabigatran, Riva = Rivaroxaban, Apixa = Apixaban).



Jährliche Inzidenz von schwerwiegenden Blutungskomplikationen in den Studien zu neuen Antikoagulantien bei Vorhofflimmern. Die Zahlen in der oberen Reihe zeigen die relativen Risikominderungen (Dabi = Dabigatran, Riva = Rivaroxaban, Apixa = Apixaban).

einem leichten Schlaganfall kann die Antikoagulation nach drei bis fünf Tagen beginnen. Für die Dabigatran-Therapie wird die Überprüfung der Nierenfunktion durch die Bestimmung der Kreatinin-Clearance (CrCl) empfohlen, um Patienten mit schwerer Einschränkung der Nierenfunktion (CrCl < 30 ml/min) von der Behandlung auszuschließen. Bei Pati-

enten im Alter über 75 Jahre und bei vorbestehenden Nierenschäden muss die Nierenfunktion regelmäßig überprüft werden. Die einzig relevante Medikamenteninteraktion ist eine Wechselwirkung mit Verapamil. Bei Patienten, die mit Verapamil behandelt werden, sollte die 110-mg-Dosis von Dabigatran Verwendung finden.

Rivaroxaban

Rivaroxaban ist Faktor Xa-Antagonist und wurde in der ROCKET-AF-Studie bei Patienten mit Vorhofflimmern und Risikofaktoren für einen Schlaganfall untersucht [5]. Die Dosis beträgt 20 mg einmal am Tag. Rivaroxaban wurde mit Warfarin verglichen. In der ROCKET-Studie waren deutlich schwerer betroffene Patienten aufgenommen als in der RE-LY-Studie. So hatte beispielsweise fast die Hälfte der Patienten bereits eine TIA oder einen ischämischen Schlaganfall erlitten. In der Per-Protokoll-Analyse betrug die Häufigkeit von Schlaganfall und systemischen Embolien 1,71 % pro Jahr für Rivaroxaban und 2,16 % pro Jahr für Warfarin. Dies entspricht einer realen Risikoreduktion von 21 %. Schwerwiegende Blutungskomplikationen waren nicht unterschiedlich. In einer Subgruppenanalyse von Patienten, die bereits eine TIA oder einen Schlaganfall erlitten hatten, ließ sich das Ergebnis der Hauptstudie reproduzieren.

Apixaban

Apixaban ist ebenfalls ein Faktor Xa-Antagonist. In der AVERROES-Studie wurde Apixaban in einer Dosis von 2 x 5 mg am Tag mit Acetylsalicylsäure verglichen [6]. In diese Studie wurden Patienten aufgenommen, die sich weigerten Vitamin-K-Antagonisten zu benutzen oder bei denen der behandelnde Arzt der Meinung war, dass Vitamin-K-Antagonisten zu gefährlich oder kontraindiziert sind. Die Studie untersuchte 5.599 Patienten, die entweder mit Apixaban oder Acetylsalicylsäure behandelt wurden. Nach etwas mehr als einem Jahr brach das Sicherheitskomitee die Studie ab, da Apixaban mit einer relativen Risikoreduktion von 55 % für Schlaganfälle und systemische Embolien hoch signifikant wirksamer war als Acetylsalicylsäure. Bemerkenswert ist, dass die Häufigkeit von schwerwiegenden Blutungskomplikationen gleich hoch war wie bei Acetylsalicylsäure.

In der ARISTOTLE-Studie wurde Apixaban mit Warfarin bei über 18.000 Patienten mit Vorhofflimmern untersucht [7]. Die Ergebnisse zeigen eine 11%ige Reduktion der Mortalität, eine 21%ige Reduktion von Schlaganfällen und Embolien und eine 31%ige Reduktion von

schwerwiegenden Blutungskomplikationen zugunsten von Apixaban im Vergleich zu Warfarin.

Zusammenfassung

In der RE-LY-Studie war die niedrige Dosis von Dabigatran (2 x 110 mg) genauso wirksam wie Warfarin mit weniger Blutungskomplikationen und die höhere Dosis (2 x 150 mg) wirksamer mit vergleichbaren Blutungskomplikationsraten (**Abbildung 1 und 2**). Rivaroxaban (20 mg 1 x täglich) war in der ROCKET-AF-Studie Warfarin überlegen bei identischen Nebenwirkungen. In der ARI-STOTLE-Studie war Apixaban wirksamer als Warfarin bei signifikanter Reduktion schwerer Blutungen. In der AVERROES-Studie wurde Apixaban mit Acetylsalicylsäure (ASS) verglichen bei Patienten, die keine orale Antikoagulation wünschten oder bei denen der behandelnde Arzt Kontraindikationen sah. In dieser Studie war Apixaban Acetylsalicylsäure deutlich überlegen bei einer vergleichbaren Rate an Blutungskomplikationen. Zusammengefasst sind die neuen oralen Antikoagulanzen ein großer Fortschritt in der Primär- und Sekundärprävention des Schlaganfalls.

Fazit

Für die meisten Patienten, die bisher mit Vitamin-K-Antagonisten behandelt wurden,

sind die neuen Antikoagulanzen ein bedeutsamer Fortschritt. Diese Substanzen werden in einer fixen Dosis unabhängig von Alter, Körpergewicht, Größe, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit gegeben und Gerinnungskontrollen sind nicht notwendig. Es gibt keine Interaktion mit Nahrungsmitteln und fast keine Interaktion mit Medikamenten. Der Wirkungseintritt ist sehr rasch und das Abklingen der Wirkung bei Absetzen der Substanzen ebenfalls sehr schnell. In der Neurologie sollten vor allem Patienten mit den neuen Substanzen behandelt werden, die eine TIA oder einen Schlaganfall erlitten haben, Patienten, bei denen es nur schwer gelingt, die INR stabil einzustellen und Patienten mit einem erhöhten Risiko für intrakranielle Blutungen. Die regelmäßige Einnahme dieser Substanzen, das heißt Compliance und Adhärenz, sind allerdings bei den neuen Substanzen sehr viel wichtiger als bei Phenprocoumon.

Problematisch sind die neuen Substanzen wenn es zu einem akuten ischämischen Insult oder einer zerebralen Blutung kommt, da in der Notaufnahme derzeit noch kein Point-of-care-Gerät gibt, mit dem der Gerinnungsstatus rasch und zuverlässig gemessen werden kann. Die Einnahme der neuen Antikoagulanzen stellt eine Kontraindikation für eine systemische Lyse dar. Ob dies auch für die Thrombektomie (Penumbra, Solitaire) gilt ist bisher nicht untersucht. □

LITERATUR

1. Hart R, Benavente O, McBride R, Pearce L: Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. *Ann Intern Med.* 1999; 131: 492–501
2. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI: Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* 2007; 146 (12): 857–67
3. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A et al.: Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2009; 361: 1139–51
4. Diener HC, Connolly SJ, Ezekowitz MD, Wallentin L, Reilly PA, Yang S et al.: Dabigatran compared with warfarin in patients with atrial fibrillation and previous transient ischaemic attack or stroke: a subgroup analysis of the RE-LY trial. *Lancet Neurol.* 2010 Dec; 9 (12): 1157–63
5. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W et al.: Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation. *N Engl J Med.* 2011 Aug 10
6. Connolly SJ, Eikelboom J, Joyner C, Diener HC, Hart R, Golitsyn S et al.: Apixaban in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011; 364 (9): 806–17
7. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, Lopes RD, Hylek EM, Hanna M et al.: Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011; 365: 981–92

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener

Dr. med. Karim Hajjar

Dr. med. Ralph Weber

Universitätsklinik für Neurologie und Schlaganfallzentrum

Hufelandstr. 55, 45147 Essen

E-Mail: h.diener@uni-essen.de



Weitere Infos auf springermedizin.de

Auch stummes Vorhofflimmern bedroht das Hirn

Die ASSERT-Studie untersuchte bei Patienten mit einem Schrittmacher oder Defibrillator den Zusammenhang zwischen subklinischem Vorhofflimmern und Schlaganfallrisiko. (2306098).

Depression lockt den Schlaganfall

In einer Analyse von 28 prospektiven Kohortenstudien wurde der Zusam-

menhang von Schlaganfallrisiko und Depressionen bestätigt. (2314544).

Interventionelle Therapie des ischämischen Schlaganfalls

Der Beitrag fasst die Daten zur interventionellen Therapie des akuten ischämischen Schlaganfalls zusammen und skizziert eine pragmatische Vorgehensweise, wann und wie diese Verfahren zum Einsatz kommen können. (2314568).

Panikmache versus verantwortungsvolle Informationspolitik

Stellungnahme von H.-C. Diener zu den Presseberichten über die potenziellen Nebenwirkungen des direkter Thrombinantagonist Dabigatran (2305652).

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

Berufliche Gesundheitsbelastung in der Psychotherapie

Gesundheit der Therapeuten auf dem Prüfstand



Der Beruf des Psychotherapeuten ist mit einer hohen Anforderung an die psychische und physische Integrität des Therapeuten verbunden. Die seelischen Belastungen sind dabei besonders gravierend, denn sie wirken sich nicht nur auf die Gesundheit der Therapeuten aus, sondern durch die stetige Beziehungsarbeit auch auf ihre Patienten und damit den Heilungserfolg.

UTE MÜLLER

Ungeachtet der persönlich oft sehr bereichernden Auswirkungen ihrer beruflichen Tätigkeit, die durchaus Sinnkrisen, Zweifel und viele Belastungen kompensieren können, ist es nötig, dass Psychotherapeuten aktiv Selbstfürsorge praktizieren, um vorzubeugen und die vielfältigen Belastungen bewältigen zu können. Diese Sorge um sich selbst kann in unterschiedlicher Art und Weise praktiziert werden. Neben den eher körperbetonten gesunden Verhaltensweisen, wie beispielsweise sportliche Betätigung, gesunde Ernährung, Schlafhygiene und vernünftiger Umgang mit suchtfördernden Substanzen, sind geistige Anregung, intellektuelle und emotionale Durchdringung des eigenen Seins und Tuns sowie die Pflege der sozialen Eingebundenheit wichtige Voraussetzungen für die psychische Gesundheit und können einem Burnout vorbeugen.

Von März 2003 bis Dezember 2005 wurde in einer Studie untersucht, ob sich ärztliche und psychologische Psychotherapeuten entsprechend ihres Fachwissens selbst gesund verhalten, für sich sorgen

und wie sie im Hinblick auf ihre berufliche Belastung ihre Ausbildung und Berufszufriedenheit einschätzen. Ein besonderes Augenmerk lag auf körperlichen Aktivitäten und berufsspezifischen Präventions- und Bewältigungsmaßnahmen. Bei allen Fragestellungen wurden jeweils die Unterschiede zwischen den einzelnen Psychotherapeutengruppen betrachtet.

Aufbauend auf den Forschungsergebnissen von Ch. Reimer (Universität Gießen) entwickelte sich das Thema mit drei besonderen Schwerpunkten:

- Die berufliche Situation, wie Praxisform mit Wochenarbeitszeit und die bevorzugte Art und Weise der Arbeitsbewältigung, das heißt ob und wie die in der Fachliteratur zur Gesundheitspsychologie vielfältig genannten Methoden selbst genutzt werden.
- Der Zusammenhang zwischen dem eigenen Gesundheitsverhalten und den Empfehlungen an seine Patienten.
- Der Zusammenhang zwischen der eigenen Gesundheit und der Beurteilung

des eigenen Berufes. Dazu zählt auch die Bewertung der eigenen Psychotherapieausbildung in Hinblick auf die Bewältigung der kommenden Berufsbelastungen.

Methodik

Genutzt wurde der von H. B. Jurkat entwickelten Interviewleitfaden zum Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten von Ärzten/Ärztinnen beziehungsweise Psychologen/Psychologinnen in der erweiterten Fassung vom November 2002. Er enthält insgesamt 52 Fragen zum Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten sowie Empfehlung an Patienten, mit besonderem Gewicht auf körperlicher Aktivität als eine der Möglichkeiten, Stress zu bewältigen. Außerdem wird die Beurteilung der Ausbildung und der Berufszufriedenheit abgefragt. Auch wurde der interkulturell validierte Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) von Bullinger und Kirchberger ausgegeben, ein Standardinstrument zur krankheitsübergreifenden Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den Bereichen

körperliche und psychische Gesundheit. Der SF-36 diente als bewährtes Instrument der Objektivierung der zuvor genannten subjektiven Beschreibungen der Gesundheitszustände.

Mit Hilfe dieser Instrumente wurden im Großraum Köln 52 niedergelassene ärztliche (n = 26) und psychologische (n = 26) Psychotherapeuten mit je einer Untergruppe von n = 10 Kindertherapeuten untersucht. Das Verhältnis von Männern und Frauen betrug 1:1 (Tabelle 1). Die in persönlichen Interviews gewonnenen Daten wurden mit SPSS (Statistiksoftware) kodiert und dann entsprechend des Untersuchungsschwerpunktes gewichtet, berücksichtigt und ausgewertet.

Ergebnisse

Da die Untersuchung aufgrund der kleinen Stichprobe einen ausgeprägt explorativen Charakter hat und mehr hypothesengenerierend ist, steht die deskriptive Interpretation der Ergebnisse im Mittelpunkt. Bezugsgröße für die gewonnenen Ergebnisse waren die in der aktuellen Literatur beschriebenen Kollektive.

Die berufliche Situation und Belastung

Die meisten Kollegen waren in einer Einzelpraxis niedergelassen (44/52 = 84,61 %), 71,2 % führten eine Bestellpraxis und arbeiteten durchschnittlich 43 ± 11,2 Wochenstunden. Mehr als die Hälfte (55,8 %) beantwortete die Frage „Fühlen Sie sich häufig unter Zeitdruck?“ mit „Ja, ständig“. Hier war der Anteil bei den Medizinern höher (53,9 %) als bei den Psychologen (34,6 %). Dennoch wird die Frage „Können Sie sich ausreichend entspannen?“ von den meisten Therapeuten bejaht (94,2 %). Obwohl also die Mehrzahl durch den Zeitdruck Belastung empfindet, fühlen sich die Kollegen trotzdem in der Lage, sich ausreichend zu entspannen. Dazu nutzen sie unterschiedliche Methoden.

Bewältigungsstrategien

Interessant sind die Unterschiede bei den gewählten Bewältigungsmethoden: während die Mediziner mehr berufsferne Aktivitäten nutzen (Familie, Freunde, räumlich und zeitliche Distanz), betonten die Psychologen die berufsbezogenen Hilfen durch Supervision und berufliche Erfahrung (Tabelle 2). Vergleicht man Kinder-

Untersuchte Ärzte Tabelle 1

	Ausbildung		p-Wert
	Mediziner (n = 26)	Psychologe (n = 26)	
Geschlecht weiblich	50 %	50 %	1,00
Alter (Jahre)	51,6 ± 8,2	49,1 ± 8,3	0,42
BMI (kg/m ²)	23,8 ± 3,2	24,1 ± 3,2	0,81
Mit Partner lebend	69,2 %	72,0 %	1,00
Anzahl der Kinder	1,3 ± 1,3	1,5 ± 1,0	0,57

Bewältigungsstrategien von Mediziner und Psychologen Tabelle 2

	Mediziner	Psychologen	p-Wert
Familie, Freunde, sozio-emotionale Gemeinschaft	42,3 %	15,4 %	0,06
Supervision, Intervision, Fortbildung	19,2 %	46,2 %	0,07
Ausbildung, berufliche Erfahrung	19,2 %	42,3 %	0,13
Körperliche Betätigung, Bewegung, Sport	19,2 %	3,9 %	0,19
Räumliche/zeitliche Distanz	42,3 %	23,1 %	0,24

Bewältigungsstrategien von Kinder- und Erwachsenentherapeuten Tabelle 3

	Mediziner	Psychologen	p-Wert
Familie, Freunde, sozio-emotionale Gemeinschaft	55,0 %	12,5 %	0,01
Supervision, Intervision, Fortbildung	50,0 %	21,9 %	0,067
Ausbildung, berufliche Erfahrung	30,0 %	9,4 %	0,071
Körperliche Betätigung, Bewegung, Sport	45,0 %	25,0 %	0,220
Räumliche/zeitliche Distanz	55,0 %	12,5 %	0,001

mit Erwachsenentherapeuten, so fällt auch hier ein Unterschied auf, der bezogen auf die Nutzung sozialer Unterstützungssysteme hoch signifikant ist (Tabelle 3). Auch bei der Nutzung von Supervision sehen wir einen deutlichen Unterschied.

Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens

Die Ergebnisse bei den Fragen zum Gesundheitsverhalten zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Therapeutengruppen. Alle achteten auf die in der Literatur beschriebenen

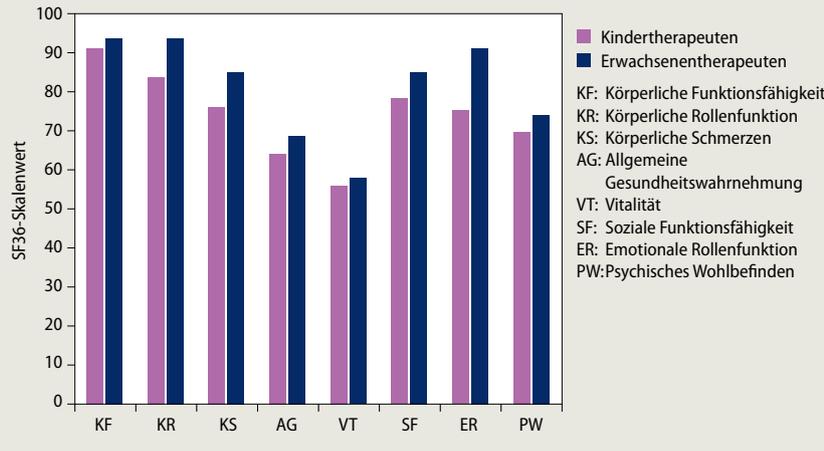
Aspekte Ernährung, Gewicht, Bewegung, Alkohol- und Tabakkonsum und genügend Schlaf. Die Erwachsenentherapeuten bewerteten ihr Gesundheitsverhalten tendenziell besser und schätzten auch ihren eigenen Lebensstil in der Auswirkung auf die Gesundheit signifikant besser ein als die Kindertherapeuten.

Zusammenhang von Gesundheitsverhalten und Patientenempfehlung

Aus den unterschiedlichen Aspekten des Gesundheitsverhaltens wurde ein Sum-

Abbildung 1

Gesundheitszustand von Kinder- und Erwachsenentherapeuten (Fragebogen zum Gesundheitszustand, SF-36)



menscore für den gesundheitsbezogenen Lebensstil errechnet, der insgesamt für alle Probanden normalverteilte Ergebnisse zeigte. Mit Hilfe des Summenscore wurde eine bessere Vergleichbarkeit und Inbezugsetzung möglich, etwa bei der Frage, ob die Therapeuten ihren Patienten körperliche Aktivitäten empfehlen. Hier hatten diejenigen Therapeuten, die das „immer“ taten, einen höheren Gesundheitsscore als die anderen. Trotz guter Werte waren die Mediziner eher zurückhaltend mit solchen Empfehlungen.

Um das im Gesundheitsscore zusammengefasste Gefühl von Gesundheit zu objektivieren, wurde der SF-36 mitgeführt. Ein besonderes Interesse lag im Vergleich der Kinder- mit den Erwachsenentherapeuten. **Abbildung 1** zeigt beispielhaft auf der deskriptiven Ebene einen deutlichen Unterschied zwischen beiden Gruppen:

In Anlehnung an die Definition der WHO, die seelisches, körperliches und soziales Wohlbefinden erfasst, sind hier besonders die körperliche Rollenfunktion (KR) und die emotionale Rollenfunktion (ER) beachtenswert, bei denen die unterschiedliche Beurteilung der beiden Therapeutengruppen sehr deutlich wird. Interessant dabei ist, dass die Bewertung des Gesundheitszustandes schlechter ausfällt als die Werte beim Gesundheitsscore, also dem geschilderten Gesundheitsverhalten.

Gesundheitsverhalten und Bewertung des eigenen Berufes

Es war von besonderem Interesse, wie die Therapeuten ihre Psychotherapieausbildung in Hinblick auf die kommende Berufsbelastung und die eigene Psychohygiene einschätzen. Über die Hälfte der Befragten (53,8 %) schätzten ihre Ausbildung diesbezüglich als nicht genügend hilfreich ein. Vor allem die Kindertherapeuten bemängeln dies im Vergleich zu den Erwachsenentherapeuten, unabhängig von ihrer derzeitigen Gesundheitseinschätzung. Obwohl man also davon ausgehen kann, dass der Weg in den Beruf nicht nur positiv bewertet wird, zeigt sich insgesamt nach etlichen Jahren im Beruf eine relative Zufriedenheit.

Berufszufriedenheit

Drei Viertel der befragten Psychotherapeuten würden diesen Beruf wieder wählen, unabhängig von ihrer derzeitigen gesundheitlichen Verfassung. In Übereinstimmung mit der Fachliteratur ist die Aussage darüber, dass man seinen Beruf wieder wählen würde, sehr gut als Indikator für Arbeitszufriedenheit zu nutzen. Diejenigen, die nicht zufrieden waren und diesen Beruf nicht mehr wählen würden, begründen dies mit den Ausbildungsbedingungen (z. B. zeitaufwendig/teuer) und mit den aktuellen gesetzlichen und berufspolitischen Rahmenbedingungen.

Kritische Bewertung

Die explorative Studie legt ihren Schwerpunkt auf eine qualitative Betrachtung und Interpretation, sie erhebt keinen Anspruch auf verallgemeinerbare Ergebnisse. Die befragten Psychotherapeuten waren gut über gesundheitsförderndes Verhalten informiert und körperlich aktiver als der Durchschnitt der Bevölkerung in NRW. Obwohl sie ihre körperliche Gesundheit im Vergleich zu den Altersnormen besser einschätzten, empfanden sie ihre psychische und soziale Gesundheit als schlechter. Auffallend war, dass 26,9 % aller Psychotherapeuten täglichen Alkoholkonsum angaben, ohne dass dies als Bewältigungsverhalten genannt wird oder daraus eine gesundheitliche Beeinträchtigung oder ein Risiko für die eigene Gesundheit empfunden wird.

Tendenziell ließen sich Belastungen und negative gesundheitliche Auswirkungen bei Psychotherapeuten nachweisen, die sich bereits in anderen Untersuchungen zeigten, wobei sich die Gruppe der Kindertherapeuten subjektiv besonders belastet einschätzt. Hier wären weiterführende Untersuchungen anzuregen, um besser zwischen äußeren und inneren persönlichkeitsrelevanten Ursachen differenzieren zu können. Es genügt auch nicht, alleine objektive Belastungsdaten zu erfassen, sondern es muss die Bewertung der Belastung, also die eigene innere Bilanz und Gewichtung, entsprechend der Literatur zur Gesundheitspsychologie, dabei mitberücksichtigt werden.

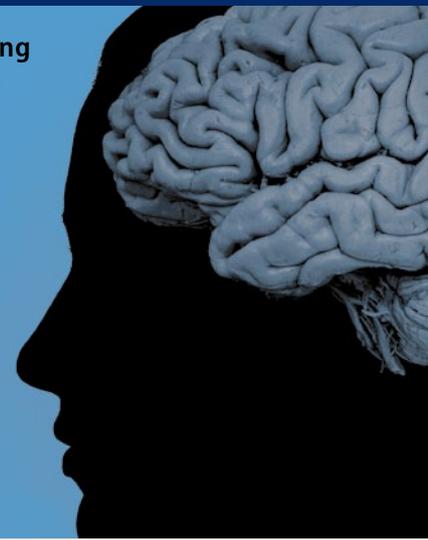
Wichtig wäre darüber hinaus eine allgemeine berufspolitische Diskussion im Kollegenkreis und zwischen den einzelnen Fachgruppen, zumal die strukturellen und systemimmanenten Bedingungen des Gesundheitswesens nicht unbedingt zur Entlastung des einzelnen Psychotherapeuten beitragen. □

LITERATUR

Originalarbeit im Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2009 (19) Heft 1, 2

Dr. med. Ute Müller

Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie
Von-der-Leyen-Str. 21, 51069 Köln
E-Mail: kjp-dr.u.mueller@netcologne.de



Psychiatrische Kasuistik

Affektives Mischbild in der Postpartalzeit

Anamnese

Die 28-jährige Patientin stellte sich gemeinsam mit ihrem vier Monate alten Säugling und ihrem Ehemann in unserer Aufnahmesprechstunde vor. Sie berichtete von dem aktuellen Gefühl, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren, sie stünde kurz davor „entweder Amok zu laufen, oder Selbstmord zu begehen“.

Begonnen habe diese Symptomatik schleichend etwa vier bis sechs Wochen nach der Geburt ihres Sohnes, ihres ersten Kindes. Der „ständige Schlafentzug“ und die mit einem Säugling verbundenen Belastungen hätten sie „geschafft“. Sie habe dann sehr viel gegrübelt, habe zum Teil nächtelang kaum mehr geschlafen, sei erschöpft und antriebslos gewesen. Der Antrieb sei teilweise so stark beeinträchtigt gewesen, dass sie morgens nicht mehr aus dem Bett gekommen sei.

Im weiteren Verlauf sei es dann zusätzlich zu starken Stimmungsschwankungen gekommen. Zustände tiefer Ratlosigkeit und Verzweiflung hätten sich mit Phasen starker Gereiztheit und Aggressivität abgewechselt. In diesen Phasen habe sie „für nichts garantieren“ können, habe sogar ihren Mann geschlagen und ihren Sohn angeschrien. Allerdings mache sie hierfür auch ihren Mann dafür verantwortlich, der „einfach unfähig“ sei, und nichts so mache, wie sie es von ihm verlange.

Ihr Schlafbedürfnis schwanke stark. An manchen Tagen habe sie schwerste, subjektiv quälende Ein- und Durchschlafstörungen. An anderen Tagen wiederum habe sie – wie auch in der vorangegangenen Nacht – das Gefühl, sie „brauche gar keinen Schlaf“.

Mit ihrem Kind könne sie mittlerweile „überhaupt nichts mehr anfangen“,

was zum Teil massive Schuldgefühle in ihr auslöse. Seit Wochen habe ihr Mann die Versorgung des Kindes übernommen. Ihr Kind sei „sehr anstrengend“, weine die ganze Zeit, sie wisse überhaupt nicht, was es eigentlich von ihr wolle.

Bereits in der Schwangerschaft, welche im Übrigen weitestgehend unkompliziert gewesen sei, habe sie immer wieder unter depressionsähnlichen Beschwerden gelitten. Sie habe sich nicht so freuen können „wie andere Mütter“, habe unter Versagens- und Zukunftsängsten gelitten. Die Geburt des Kindes sei termingerechtere und unkompliziert erfolgt. Sie habe ihr Kind zunächst gestillt, dies jedoch mit Zunahme der oben genannten Beschwerden aufgeben müssen.

Fremdanamnese

Der Ehemann der Patientin berichtet sehr besorgt, seine Frau „so nicht“ zu kennen. Sie sei zum einen sehr gereizt, angespannt und antriebsgesteigert, dann aber auch wieder tief verzweifelt, ratlos und antriebsarm bis apathisch. Mit dem gemeinsamen Sohn sei sie zum Teil sehr ungeduldig, schreie ihn an und schimpfe lautstark mit ihm, sei dann aber wiederum plötzlich gar nicht mehr in der Lage, sich um ihn zu kümmern. Sie sitze dann beispielsweise stundenlang mit den Händen vor dem Gesicht am Esstisch, ohne die Kraft zu finden aufzustehen. An manchen Tagen sei sie dann wieder „rechthaberisch“, dulde keinen Widerspruch, man könne ihr „nichts Recht machen“, sie suche dann Streit und Konfrontationen.

Er mache sich große Sorgen, dass sich seine Frau selbst töten oder ihm und/oder dem gemeinsamen Kind etwas antun könnte. Vor wenigen Tagen sei er von der

Testen Sie Ihr Wissen!

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

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

NT 9/2011

P: Kein Tic, sondern eine dissoziative Bewegungsstörung

NT 10/2011

N: Schluckstörung – Wenn die Wirbelsäule zum Hindernis wird

NT 11/2011

P: Aphasie als Leitsymptom frontotemporaler Lobärdegeneration

NT 12/2011

N: Hohes Alter – kognitive Störungen – M. Alzheimer: ein zunehmender Reflex?

NT 1/2012

P: Krampfanfälle bei Benzodiazepinentzug

NT 2/2012

N: Chronisch rezidivierende Kopfschmerzen

NT 3/2012

P: Affektives Mischbild in der Postpartalzeit

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

www.neuroscout.de

www.bv-psychiater.de



Arbeit nach Hause gekommen und habe das gesamte Wohnzimmer verwüstet und zerstört vorgefunden. Auf seine Nachfrage hin habe seine Frau ihm entgegnet, er könne „froh sein“, dass sich ihre Wut nur gegen das Mobiliar gerichtet hätte. Der Zustand seiner Frau habe ihn derart beängstigt, dass er selbst bereits seit Wochen nicht mehr zur Arbeit gegangen sei, so dass er rund um die Uhr zu Hause anwesend sein konnte.

Bis vor wenigen Wochen sei seine Frau ein ausgeglichener und fröhlicher Mensch gewesen. Er könne sich nicht erklären, was nun „mit ihr los“ sei, wisse jedoch um die psychische Erkrankung ihres Vaters.

Psychiatrische Vorgeschichte

Die Patientin berichtete, im Alter von 17 Jahren für mindestens vier Monate unter niedergedrückter Stimmung, Selbstzweifeln, Zukunftsängsten, Antriebslosigkeit, Lebensüberdruß und starker Anhedonie gelitten zu haben. Ihrer Familie sei dies zwar aufgefallen, doch es hätte sich „niemand darum gekümmert“, im Verlauf sei die Episode dann „von selbst“ abgeklungen. Besondere psychosoziale Stressoren, die zum Auftreten der Episode beigetragen haben könnten, seien nicht vorhanden gewesen, die Episode habe „wie aus dem Nichts“ schleichend begonnen und sei dann ebenso wieder ohne spezifische Behandlung zurückgegangen.

Substanzanamnese

Der Konsum jeglicher legaler oder illegaler Suchtmittel aktuell oder in der Vorgeschichte wird glaubhaft verneint.

Familienanamnese

Der Vater der Patientin leide nach ihren Angaben unter einer Bipolar-I-Störung mit zahlreichen schweren depressiven und manischen Phasen. Weitere Auffälligkeiten ergeben sich aus der Familienanamnese nicht.

Soziobiografische Anamnese

Die Patientin berichtete, in Berlin geboren und aufgewachsen zu sein. Sie habe zwei Geschwister (die Schwester sei drei Jahre älter, der Bruder drei Jahre jünger als sie). Der elterliche Erziehungsstil sei „kalt“ gewesen, sie und ihre Geschwister

hätten „funktionieren“ müssen. Verbale oder körperliche Zuneigungsbekundungen habe es in ihrer Familie nie gegeben. Die bipolare Erkrankung ihres Vaters sei „totgeschwiegen“ worden, er sei dann immer wieder „in der Psychiatrie verschwunden“, ohne dass darüber innerhalb der Familie gesprochen worden wäre.

Sie sei immer eine gute Schülerin gewesen, habe „spielend leicht“ das Abitur geschafft. In der Schule selbst sei sie „immer die Außenseiterin“ gewesen, sei aufgrund ihrer „dicken Brille“ gehänselt worden. Nach dem Abitur habe sie zunächst ein „Schnupperstudium“ begonnen, das heißt, vier Semester Lehramtsstudium. Sie habe dann aber für sich festgestellt, dass sie statt mit Schulkindern viel lieber mit Kleinkindern arbeite, was dann zum Abbruch des Lehramtsstudiums und Beginn und Abschluss einer Erzieherinnenausbildung geführt hätte.

Ihren Ehemann habe sie vor drei Jahren über gemeinsame Freunde kennengelernt, sie seien dann rasch in eine gemeinsame Wohnung gezogen und hätten geheiratet. Das gemeinsame Kind hätten sie sich beide gewünscht. Finanziell sei sie abgesichert, sei derzeit noch in Elternzeit. Ob sie danach wieder in ihren erlernten Beruf zurückkehre sei noch unklar, da sie auch zahlreiche andere Pläne (u. a. Eröffnung einer eigenen Kinderkrippe etc.) habe.

Vorerkrankungen

Keine

Psychopathologischer Befund bei Aufnahme

Die 28-jährige Patientin ist etwas nachlässig gekleidet und wirkt leicht ungepflegt. Sie ist wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten vollständig orientiert. Ihre Auffassung, Konzentration und Aufmerksamkeit sind leicht herabgesetzt. Sie ist im formalen Denken beschleunigt und ideenflüchtig. Es besteht eine Grübelneigung, aber kein Anhalt für Zwänge oder Phobien. Inhaltlich hat sie leichte Größenideen, aber auch Schuldgefühle und hypochondrische Befürchtungen. Die Patientin hat keinen Wahn, keine Sinnestäuschungen und keine Ich-Störungen. Ihre Stimmung ist gedrückt, im Affekt ratlos und verzwei-

felt, aber auch dysphorisch-gereizt und ambivalent. Sie ist affektstarr, psychomotorisch agitiert, hat starke innere Anspannung und leichte Logorrhoe. Es bestehen ein vermindertes Schlafbedürfnis, Lebensüberdruß und intermittierende Suizidgedanken sowie aggressive Gedanken gegenüber dem Säugling, jedoch keine akute Suizidalität. Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht sind nur eingeschränkt vorhanden. Es bestehen keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung.

Weitere Befunde

Der internistisch-neurologischer Untersuchungsbefund ist vollständig unauffällig. Das Labor einschließlich Endokrinologie und Drogenscreening ist ohne Auffälligkeiten. Das EKG ist unauffällig. Es zeigen sich auch keine Auffälligkeiten im EEG und cMRT.

Diagnose

Gemischte affektive Episode. Die Aufnahme der Patientin erfolgte mit dem komplexen Bild eines affektiven Mischzustandes mit depressiven und manischen Symptomen. Anamnestisch ließ sich eine stattgehabte depressive Episode in der Adoleszenz eruieren.

Wir stellten die Diagnose einer gemischten affektiven Episode bei einer bipolar affektiven Störung nach ICD-10 (F31.6) und DSM-IV (296.6).

Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-IV

Unter gemischten affektiven Episoden versteht man Krankheitsepisoden, in deren Verlauf sich sowohl depressive als auch manische Symptome manifestieren.

Forschungskriterien ICD-10

1. Die aktuelle Episode ist durch eine Mischung oder einen raschen (innerhalb weniger Stunden) Wechsel hypomanischer, manischer und depressiver Symptome charakterisiert.
2. Sowohl die manischen als auch die depressiven Symptome müssen die meiste Zeit während eines Zeitraums von mindestens zwei Wochen gleichermaßen im Vordergrund stehen.
3. Mindestens eine hypomanische, manische, depressive oder gemischte Episode in der Vorgeschichte.

DSM-IV

1. Die Kriterien sowohl für eine manische Episode als auch eine Episode einer Major Depression sind, mit Ausnahme des Zeitkriteriums, fast täglich über einen mindestens einwöchigen Zeitraum erfüllt.

2. Die Stimmungsveränderung ist schwer genug, um eine deutliche Beeinträchtigung der beruflichen Funktionsfähigkeit, der sozialen Aktivität oder der zwischenmenschlichen Beziehungen zu verursachen oder eine Hospitalisierung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung notwendig zu machen, oder es bestehen psychotische Symptome.

3. Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament oder andere Therapie) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

Zu beachten: Episoden, die gemischten Episoden ähneln, aber eindeutig durch eine somatische antidepressive Behandlung (Medikation, Elektrokampftherapie, Lichttherapie) ausgelöst wurden, werden nicht einer Bipolar-I-Störung zugerechnet.

Therapie und Verlauf

Die Aufnahme der Patientin erfolgte unter der Verdachtsdiagnose einer gemischten affektiven Episode. Die Patientin wurde gemeinsam mit ihrem sechs Monate alten Säugling auf unsere Mutter-Kind-Station aufgenommen. Bei Aufnahme zeigte sich eine deutliche Störung der Mutter-Kind-Beziehung mit zahlreichen dysfunktionalen Interaktionsmustern.

Eine Behandlung mit Olanzapin oder Valproinsäure lehnte die Patientin aufgrund des erhöhten Risikos einer Gewichtszunahme strikt ab. Einer Medikation mit Quetiapin mit zwar ebenfalls vorhandenem, jedoch geringer ausgeprägtem Risiko einer Gewichtszunahme, stimmte die Patientin zu.

Die medikamentöse Behandlung erfolgte daher initial mit Quetiapin, welches jedoch bereits nach einer Aufdosierung auf 100 mg/Tag aufgrund eines ausgeprägten Restless Legs Syndroms (RLS) wieder abgesetzt werden musste. Das RLS zeigte sich mit dem Absetzen von Quetiapin wieder vollständig regredient.

Ein zweiter medikamentöser Behandlungsversuch erfolgte mit Aripiprazol, was jedoch bereits in einer Dosierung von 5 mg zu ausgeprägter, von der Patientin nicht tolerierter Akathisie führte, sodass auch dieses Medikament wieder abgesetzt werden musste.

Auch im Verlauf ließ sich die Patientin nicht auf eine Therapie mit Olanzapin oder Valproinsäure ein, stimmte jedoch nach zahlreichen Gesprächen einem Therapieversuch mit Lamotrigin zu.

Das affektive Mischbild sprach für die Medikation mit Lamotrigin gut an, sowohl die depressiven als auch die manischen Symptome bildeten sich im Verlauf von vier Wochen vollständig zurück. Lamotrigin zeigte auch in seiner Zieldosis von 200 mg (Lamotrigin als Stimmungsstabilisierer im therapeutischen Bereich mit 4,4 µg/ml) eine gute Verträglichkeit.

Parallel zur Behandlung der affektiven Störung der Patientin legten wir einen zweiten Schwerpunkt auf die Behandlung der gestörten Mutter-Kind-Interaktion. Unter Teilnahme an unserer Mutter-Kind-Therapie, welche sowohl einzeln als auch in der Gruppe erfolgt, klang die Interaktionsstörung vollständig ab. Die Patientin konnte stabil und im Zustand der Remission entlassen werden.

Diskussion

Die hier vorgestellte Patientin entwickelte etwa vier Wochen postpartal ein affektives Mischbild, welches sowohl nach den diagnostischen Kriterien des ICD-10 als auch des DSM-IV die Kriterien einer gemischten affektiven Episode bei bipolar affektiver Störung erfüllt.

Eine komorbide Persönlichkeitsstörung sowie andere medizinische Krankheitsfaktoren, welche zum Störungsbild

Fragen

1. Für die Diagnose einer gemischten affektiven Episode nach ICD-10 ...

- a ... müssen sowohl die depressiven als auch die manischen Symptome gleichermaßen im Vordergrund des klinischen Bildes stehen.
- b ... muss die Symptomatik mindestens eine Woche bestanden haben.
- c ... müssen während der aktuellen Episode die hypomanischen, manischen und depressiven Symptome gleichzeitig oder im raschen Wechsel vorhanden sein.
- d ... muss ein Zeitkriterium von mindestens zwei Wochen erfüllt sein.

2. Bei der Therapie der gemischten affektiven Episode ...

- a ... haben sich Lithium und Valproinsäure als gleichermaßen wirksam erwiesen.
- b ... wird der Einsatz atypischer Antipsychotika durch die aktuelle Datenlage unterstützt.
- c ... sollten Antidepressiva nicht zum Einsatz kommen.
- d ... sollte in jedem Fall ein Therapieversuch mit Lamotrigin unternommen werden.

3. Störungen in der Postpartalzeit ...

- a ... manifestieren sich in den meisten Fällen als gemischte affektive Episode.
- b ... unterscheiden sich bezüglich der Therapie grundsätzlich von außerhalb der Peripartalzeit auftretenden affektiven Episoden
- c ... treten bei bis zu 70% der bipolar erkrankten Patientinnen auf.
- d ... sind nicht nur mit einem erhöhten Suizidrisiko, sondern auch mit einem erhöhten Filizidrisiko assoziiert.

4. Ein Ausschlusskriterium für die Diagnosesstellung einer gemischten affektiven Episode ...

- a ... ist ihr Auftreten in der Postpartalzeit.
- b ... ist ihre Induktion durch somatische antidepressive Therapiemaßnahmen.
- c ... ist ihr erstmaliges Auftreten ohne vorangegangene depressive oder manische Episode.
- d ... ist das Auftreten als direkte Folge einer Drogen- oder Medikamenteneinnahme.

(Es können eine oder mehrere Antworten richtig sein.)

beitragen könnten, konnten in der diagnostischen Phase ausgeschlossen werden.

Gemischte affektive Episoden sind eine häufige, trotzdem jedoch weit unterdiagnostizierte, bipolare Manifestationsform. Sie treten Schätzungen zufolge bei 20 bis 40% der bipolaren Patienten auf [Marneros und Goodwin 2005].

Die gemischte affektive Episode äußert sich in vielen Fällen nicht im Sinne eines einfachen „Nebeneinander“ oder zeitlich versetzten Auftretens klassischer depressiver oder manischer Symptome, sondern vielfach in äußerst vielschichtigen, häufig auch fluktuierenden und instabilen klinischen Bildern. Darüber hinaus sind gemischte affektive Episoden

mit einem vielfach erhöhten Suizidrisiko und einer höheren Komorbidität gegenüber einer manischen Episode verknüpft [Krüger et al 2006].

Bezüglich der Behandlung gemischter affektiver Episoden ist die aktuelle Datenlage unzureichend. Angesichts der Häufigkeit des Störungsbildes besteht ein hoher Bedarf an methodisch gut durchgeführten, insbesondere doppelblinden placebokontrollierten klinischen Studien (RCT).

Die aktuelle Datenlage unterstützt den Einsatz der atypischen Antipsychotika Olanzapin, Quetiapin und Aripiprazol bei gemischten affektiven Episoden. Darüber hinaus scheint Valproinsäure besser wirksam zu sein als Lithium.

Die Datenlage zu Lamotrigin ist spärlich, im aktuell vorgestellten Fall zeigte es sich jedoch sowohl hinsichtlich der depressiven als auch der manischen Symptome als überaus wirksam.

Bei unserer Patientin handelte es sich um eine gemischte affektive Episode in der Postpartalzeit. Heutzutage weiß man, dass Patientinnen mit einer bipolaren Störung in einem besonderen Maße gefährdet sind, eine postpartale psychische Störung zu erleiden. Laut der aktuellen Datenlage erkranken etwa 60–70% der bipolaren Patientinnen an einer peripartalen affektiven Episode [Azorin et al. 2011]. Aufgrund dieser Zahlen ist – sowohl im Hinblick auf die aktuellen Risiken, aber auch hinsichtlich einer hohen Wiedererkrankungsrate im Falle einer erneuten Schwangerschaft – die korrekte Diagnosestellung einer bipolaren Störung (besonders in Abgrenzung zur depressiven Episode bzw. unipolar depressiven Störung) besonders wichtig.

Dies ist, besonders für den Fall einer sich erstmalig manifestierenden depressiven Episode in der Postpartalzeit, nicht immer einfach. Welche Besonderheiten beziehungsweise Merkmale einer postpartalen Depression dabei eher für einen bipolaren Verlauf sprechen wurde kürzlich in der BRIDGE-Studie ausführlich untersucht [Azorin et al. 2011].

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei einer postpartalen affektiven Episode eine bipolare Erkrankung differenzialdiagnostisch stets in Betracht gezogen werden sollte. Diese kann sich in Form einer depressiven beziehungsweise manischen Episode mit oder ohne psychotische Symptome, aber eben auch nicht selten in Form einer gemischten affektiven Episode mit komplexer Symptomkonstellation manifestieren. □

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

Lösungen

Zu Frage 1

Richtig sind die Antworten a, c und d. Die im Prinzip sehr ähnlichen Diagnosekriterien der gemischten affektiven Episode nach ICD-10 beziehungsweise DSM-IV unterscheiden sich in einem wichtigen Punkt, dem Zeitkriterium. Nach ICD-10 kann die Diagnose einer gemischten affektiven Episode nach frühestens zwei Wochen, nach DSM-IV bereits nach einer Woche Dauer gestellt werden. Die übrigen Aussagen sind richtig (siehe Text: Diagnosekriterien).

Zu Frage 2

Richtig sind die Antworten b und c. Trotz spärlicher Datenlage gibt es bereits Hinweise, die eine Behandlung mit den atypischen Antipsychotika Olanzapin, Aripiprazol und Quetiapin rechtfertigen. Lithium scheint bei gemischten affektiven Episoden der Valproinsäure unterlegen zu sein. Der Einsatz von Antidepressiva wird nicht empfohlen. Lamotrigin sollte angesichts der Studienlage keinesfalls als Mittel der ersten Wahl empfohlen werden, kann aber zur Kombinations- oder Monotherapie in Erwägung gezogen werden, wenn andere Therapieoptionen ausscheiden (wie im Fall der beschriebenen Patientin).

Zu Frage 3

Richtig sind die Antworten c und d. Affektive Störungen in der Postpartalzeit manifestieren sich in den meisten Fällen

als depressive Episode. Die postpartale Depression tritt mit einer Häufigkeit von 10–15% auf. Bipolare Patientinnen sind besonders gefährdet, an einer peripartalen psychischen Störung zu erkranken, 60–70% der betroffenen Frauen erleiden eine affektive Episode im Peripartalzeitraum. Die Therapie der postpartalen affektiven Störungen orientiert sich dabei an den für die Störung üblichen Behandlungsempfehlungen. Grundsätzliche Unterschiede der Behandlungsempfehlungen existieren dabei (für nicht stillende Mütter) nicht.

Eine postpartale affektive Störung ist nicht nur mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden, sondern gleichzeitig mit einem erhöhten Risiko negativer Konsequenzen für das Kind. Dazu gehören auch Kindesvernachlässigung, Kindesmisshandlung und Kindstötung.

Zu Frage 4

Richtig sind die Antworten b und d. Eine gemischte affektive Episode darf nicht diagnostiziert werden, wenn ihr Auftreten die direkte Wirkung eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Vorliegen eines Gehirntumors) oder einer Einnahme von Drogen oder bestimmten Medikamenten (z. B. Glukokortikoide) ist. Ein weiteres Ausschlusskriterium nach DSM-IV ist die Induktion der gemischten Episode durch somatische antidepressive Therapien (z. B. Medikation oder Elektrokrampftherapie).

LITERATUR

bei den Verfassern

Dr. med. Natascha Schwertfeger

Prof. Dr. med. Michael Dettling

Mutter-Kind-Einheit der

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Campus Benjamin Franklin

Eschenallee 3, 14050 Berlin

E-Mail: natascha.schwertfeger@charite.de

SERIE

Interaktionslexikon

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

Teil 4: NT 1/2010

Teil 5: NT 2/2010

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

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

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

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

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

Teil 11: Chronopharmakologie – Wann wirken Arzneimittel am besten?
NT 9/2011

Teil 12: Gefährliche Arzneimittelinteraktionen in der psychiatrischen Praxis – Wie sollen Sie damit umgehen?
NT 12/2011

Teil 13: KONBEST – Konzentrationsbestimmungen in der Psychiatrie
NT 3/2012



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



KONBEST: Wirkstoffkonzentration mit klinisch-pharmakologischem Befund

Die Konzentration eines Wirkstoffs, gemessen im Serum oder Plasma, beschreibt die Wirkung eines Arzneimittels besser als die Dosierung. Zum diesem Thema wurde im Interaktionslexikon (siehe NT Ausgabe 2/2010) bereits ein Beitrag verfasst.

Im Folgenden soll ergänzend ein in Regensburg erstelltes und etabliertes System vorgestellt werden, dass dort seit einigen Jahren eingesetzt wird, um den Informationsgehalt von therapeutischen Konzentrationsbestimmungen (TDM) zu erkennen und zum Zweck der Therapieleitung auszuwerten.

Hintergrund

In der Klinischen Pharmakologie (Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) der Universität Regensburg werden zentral für die derzeit 42 angeschlossenen AGATE-Häuser (Stand Februar 2012) Wirkstoffkonzentrationsbestimmungen durchgeführt.

Im Unterschied zu anderen kommerziellen Laboratorien beschränkt sich das dortige Team (Leitung Prof. Dr. med. Dr.

rer. nat. Ekkehard Haen) aus klinisch-pharmakologischen Experten nicht nur auf die Angabe des jeweiligen Messwertes unter Bezug auf einen therapeutischen Referenzbereich. Vielmehr erfolgt eine Kommentierung der gemessenen Konzentration zusammen mit einem klinisch-pharmakologischen Befund. Der Messwert wird dabei auch in Relation zu der verordneten Dosis gesetzt (dosisbezogener Referenzbereich).

Durch diese Vorgehensweise wird der behandelnde Arzt über die im Einzelfall vorliegende Relevanz von Arzneimittelinteraktionen in der Komedikation des Patienten, über genetisch und altersabhängig (Kinder und ältere Patienten) bedingte Stoffwechselvarianten des Patienten, sowie über Complianceprobleme des Patienten informiert.

KONBEST – eine Web-basierte Datenbank

Vor dem oben geschilderten Hintergrund der Vielfältigkeit der Ursachen für Konzentrationen, die der verabreichten Dosis nicht entsprechen, sollte eine

Abbildung 1

Zu bestimmende Medikamente		Grund der Anforderung					
Wirkstoff	Bestimmte Konzentration	<ul style="list-style-type: none"> Verlaufskontrolle Konzentration im therapeutischen Bereich? Verhältnis von Konzentration zu eingesetzter Dosis? Arzneimittelinteraktion Metabolisierungsstatus des Patienten 					
Aripiprazol	Konzentration folgt						
Citalopram	Konzentration folgt						
Clozapin	539 ng/ml (Norclozapin: - ng/ml)						
Risperidon	Konzentration folgt (9-OH-Risperidon: Konzentration folgt)						
Gesamtmedikation am Vortag der Abnahme							
Präparat/Wirkstoff	Dosis (mg)						Seit wann oder letzte Dosisänderung? Wann 1. Depotinjektion?
	morgens	mittags	abends	nachts	Depot		
<input type="checkbox"/> Abilify	10,00						länger als eine Woche
<input type="checkbox"/> Citalopram	20,00						länger als eine Woche
<input type="checkbox"/> Clozapin	75,00			275,00			länger als eine Woche
<input type="checkbox"/> Risperdal	2,00						länger als eine Woche
<input type="checkbox"/> Furosemid	40,00						länger als eine Woche
<input type="checkbox"/> Spasmex	30,00		30,00		30,00		länger als eine Woche
<input type="checkbox"/> Valproat	600,00				1200,00		länger als eine Woche
<input type="checkbox"/> L-Thyroxin	0,15						länger als eine Woche
<input type="checkbox"/> Beloc-Zok	95,00			47,50			länger als eine Woche
<input type="checkbox"/> Omeprazol	40,00			40,00			länger als eine Woche
<input type="checkbox"/> Dominal					40,00		länger als eine Woche
Sonstiges							
<ul style="list-style-type: none"> Patient ist deutlich krank und wurde in den letzten Tagen etwas besser Patient ist Nichtraucher Patient konsumiert Koffein Es sind keine unerwünschten Arzneimittelwirkungen aufgetreten Es wurden keine UAWs angegeben. 							

Auszug des Anforderungsbogens für eine therapeutische Konzentrationsbestimmung (www.agate-klinikverbund.de/downloads).

Abbildung 2

Abnahme	Eingang	Bestimmung	Befundung	Ausgang
Mo, 23.01.2012	Mi, 25.01.2012	Do, 26.01.2012	Do, 26.01.2012	Do, 26.01.2012

Gesamtwert: 539 ng/ml	Clozapin:	539 ng/ml	Metaboliten:	siehe Anmerkungen
Dosisbezogener Referenzbereich für eine Tagesdosis von 350 mg: 167-470 ng/ml				
Therapeutischer Referenzbereich: 350-600 ng/ml				
Dosisbezogener Referenzbereich	Therapeutischer Referenzbereich			
		zu niedrig	passend	zu hoch
	zu niedrig			
	passend			
zu hoch		X		

Verdacht auf Arzneimittelinteraktion

Stoffwechselwege der Medikation der Patientin													
Wirkstoff	Niere	CYP 1A2	CYP 2A6	CYP 2B6	CYP 2C8	CYP 2C9	CYP 2C19	CYP 2D6	CYP 2E1	CYP 3A4/5/6	UGT 1A4	Pgp	pNAT
Clozapin		X	X		X H	X H	X	X H		X H			
Aripiprazol								X		X			
Citalopram		X H		X H			X H	X H		X			
Furosemid	X												
Koffein		X H			X	X		X	X	X			X
Levothyroxin												X I	
Metoprolol							X	X H		X			
Omeprazol		X I	X H		X H	X H	X H	X H				X H	
Prothipendyl													
Risperidon								X H		X H			
Trospiumchlorid								X H		X H			
Valproinsäure			X I	X	X H	X H	X H	X H	X	X H	X H		

X: Substrat, H: Hemmung, I: Induktion

Endbefund mit 9-Felder-Tafel und Interaktionstabelle.

systematische Auswertung der Angaben der verschreibenden Ärzte geschaffen werden. Dabei müssen die pharmakodynamischen und pharmakokinetischen Eigenschaften der zu bestimmenden Substanz, aber auch die jeweilige Komedikation berücksichtigt werden.

Als internetbasierter Auswerte- und Befundungscomputer eröffnet KONBEST mit umfangreichen Datenbanken dabei eine direkte Kommunikation zwischen Arzt und Labor. Fehler in der Medikation können auf diese Weise schnell entdeckt werden und der verordnende Arzt kann direkt beraten werden. Die Befundung der Konzentrationen kann – mithilfe pseudonymisierter Patientendaten – von jedem Ort der Welt über das Internet erfolgen. Dies bietet Ärzten und Apothekern von überall her die Möglichkeit, sich zu dieser Thematik selbst fort- und weiterzubilden.

Der Anforderungsbogen

Die Voraussetzung für die Konzentrationsbestimmung und deren Auswer-

Abbildung 3

Klinisch-Pharmakologischer Befund

Bei einer Tagesdosis von 350 mg Clozapin würden wir eine Wirkstoffkonzentration zwischen 167 und 470 ng/ml erwarten. Clozapin hat mit Aripiprazol, Citalopram, Koffein, Metoprolol, Omeprazol, Risperidon und Valproinsäure gemeinsame Stoffwechselwege (CYP1A2, CYP2A6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4/5/6), die durch Citalopram, Koffein, Metoprolol, Omeprazol, Risperidon und Valproinsäure gehemmt, andererseits jedoch durch Omeprazol und Valproinsäure induziert werden. Aripiprazol ist lediglich als Substrat der Stoffwechselwege verzeichnet. Wir führen die in Relation zur Dosis zu hohe Wirkstoffkonzentration auf ein Überwiegen der Enzymhemmung durch Citalopram, Koffein, Metoprolol, Omeprazol, Risperidon und Valproinsäure zurück.

Da die Konzentration im therapeutischen Bereich liegt, die Patientin deutlich krank ist, ihr Zustand unter der angegebenen Medikation etwas besser wurde und die Patientin keine UAW zeigt, besteht aus labormedizinischer Sicht im Prinzip die Möglichkeit, die Dosierung vorsichtig noch etwas zu steigern. Hinweise auf einen außergewöhnlichen Metabolisierungsstatus der Patientin sehe ich derzeit nicht.

Endbefund am Beispiel Clozapin mit Auswertung vorhandener Informationen und Ergebnis des Befunders.

tung mittels KONBEST ist ein Anforderungsbogen, der über das Internet heruntergeladen werden kann. Er wird ausgefüllt und zusammen mit der zu untersuchenden Blutprobe an das Labor in Regensburg versendet. Neben den Angaben zum Patienten und zum Arzneistoff, der bestimmt werden soll, sind weitere Informationen zur umfassenden Auswertung anzugeben (**Abbildung 1**).

Der Grund für die Anforderung gibt dem Befunder einen groben Leitfaden: geht es hier zum Beispiel um die Überprüfung der Therapietreue (Compliance), eine Verlaufskontrolle, eine Ersteinstellung mit einem bestimmten Pharmakon oder um den Verdacht einer Arzneimittelinteraktion. Ist letzteres von Interesse, dann ist im folgenden Abschnitt des Anforderungsbogens die Angabe der Begleitmedikation mit genauer Bezeichnung und zeitlicher Einordnung der Gabe nötig. Genussmittel, wie Koffein, Tabak und Alkohol haben ebenfalls eine Auswirkung auf die Höhe der Blutkonzentration verschiedener Arzneistoffe, vor allem durch Interaktionen mit dem CYP-Isoenzym-system.

Zuletzt werden im Anforderungsbogen noch der Zustand des Patienten mittels CGI (clinical global impression) und eventuell bereits aufgetretene Arzneimittelinteraktionen abgefragt. Nur wenn alle Angaben sorgfältig gemacht wurden, ist eine genaue Einschätzung der Therapie des Patienten möglich, die sich dann im Endbefund widerspiegelt.

Die Befundausgabe

Nach der Konzentrationsbestimmung wird der Wert vom Labor der jeweiligen

Probe zugeordnet und der Befund erstellt. Grafisch beinhaltet dieser eine 9-Felder-Tafel, die sich aus möglichen Kombinationen von therapeutischem und dosisbezogenem Referenzbereich zusammensetzt (siehe auch Ausgabe 2/2010 des NT-Interaktionslexikons). In einem Musterbefund (**Abbildung 2**) wurde das Neuroleptikum Clozapin bestimmt und der gemessene Wert als passend für den therapeutischen Referenzbereich und zu hoch für den dosisbezogenen Referenzbereich angegeben. Aufgrund der für diesen Patienten im Anforderungsbogen angegebenen Komedikation wurde die Vermutung auf eine Arzneimittelinteraktion geäußert.

Bis vor kurzem musste dann der Befunder die jeweils möglichen Stoffwechselinteraktionen „zu Fuß“ herausuchen und auswerten. Dabei unterstützt nun KONBEST, indem dem System eine Datenbank hinterlegt wurde, die eine nach Haen und Göpfert modifizierte und gekürzte Form einer (CYP-450-)Interaktionstabelle darstellt. Dabei werden neben psychiatrischen Arzneistoffen auch interistische Substanzen berücksichtigt.

Die Interaktionstabelle beinhaltet alle auf dem Anforderungsbogen der Konzentrationsbestimmung angegebenen Substanzen. In diesem Fall liegt der Verdacht nahe, dass tatsächlich eine Arzneimittelinteraktion mit der Komedikation vorliegt, die einen hemmenden Effekt auf die Metabolisierung von Clozapin hat (**Abbildung 3**).

Im Anschluss an die Erklärung des labormedizinischen Ergebnisses wird dem behandelnden Arzt eine klinische Einschätzung der Therapie übermittelt. Wei-

ter werden Hinweise gegeben, wie mit der vorhandenen Medikation umgegangen werden kann. Dabei soll sich die Empfehlung natürlich immer an dem klinischen Bild des Patienten orientieren.

Der Nutzen

Es bleibt festzuhalten, dass eine Konzentrationsbestimmung und nachfolgende Befundung eine Dienstleistung darstellen, die natürlich zunächst einmal offensichtlich Kosten verursacht. Diese sind allerdings überschaubar, setzt man den Nutzen einer detaillierten Information zur Therapie einem (verlängerten) Krankenhausaufenthalt des Patienten gegenüber. Dieser kann beispielsweise dann notwendig werden, wenn Arzneimittelinteraktionen, Complianceprobleme oder Metabolisierungsbesonderheiten (schnelle oder langsame Metabolisierer) nicht erkannt werden. So können etwa unwirksame Medikamente frühzeitig abgesetzt werden, Patienten mit mangelnder Compliance von oralen Darreichungsformen auf Depotformulierungen umgestellt werden etc.

Durch die Einbindung von klinisch-pharmakologisch aktiven Befundern leistet KONBEST nebenbei einen wertvollen Beitrag zu Forschung und Aus- und Weiterbildung. Es gilt das Vier-Augen-Prinzip gerade in der Einarbeitungsphase neuer Kollegen. So wird eine standardisierte Qualität der erstellten Befunde gewährleistet. □

AUTORIN

Dr. Christine Greiner

Apothekerin und Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen
Pinienweg 9, 41470 Neuss

Therapieresistenz

Was tun, wenn die antidepressive Behandlung versagt?

Die Therapie mit dem ersten Antidepressivum wirkt längst nicht bei jedem Patienten. In diesen Fällen gibt es verschiedene medikamentöse Behandlungsstrategien, bei denen die Dosierung erhöht, der Wirkstoff gewechselt oder ein zweites Arzneimittel zur Kombination oder Augmentation eingesetzt wird. Eine sinnvolle Therapie erfordert gute Kenntnisse, für welche dieser Strategien Nutzen und Wirksamkeit belegt sind oder wann unerwünschte Nebenwirkungen auftreten können.

MAX SCHMAUSS



Bei therapieresistenten Depressionen kann eine geänderte Medikation erfolgversprechend sein.

Zur Behandlung der Therapieresistenz auf Antidepressiva wurden mittlerweile eine Reihe unterschiedlicher pharmakologischer Behandlungsstrategien entwickelt [1–3]. In diesem Beitrag sind die wichtigsten Strategien detailliert dargestellt (**Abbildung 1**).

Hochdosierung von Antidepressiva

Bei einer Therapieresistenz ist der erste Schritt im Behandlungsregime die Optimierung der Dosierung und Behandlungsdauer des aktuell eingenommenen Antidepressivums. Aufgrund der erheblichen interindividuellen Variabilität bezüglich pharmakokinetischer und -dynamischer Prozesse und einer eher selten vorhandenen engen Dosis-Wirkungsbeziehung ist für den Patienten die notwendige Dosierung individuell zu definieren. Wenn trotz zuverlässiger Einnahme der Antidepressiva die Plasmaspiegel unterhalb des therapeutischen Bereichs liegen oder wenn bei Antidepressiva weder eine Therapieresponse noch unerwünschte Wirkungen zu beobachten sind, kann eine Hochdosisbehandlung in Erwägung gezogen werden. Eine Hochdosisbehandlung bedeutet dabei eine Dosierung an der oberen Grenze oder oberhalb des empfohlenen Dosierungsbereichs.

In einer Übersichtsarbeit von Adli et al. [4] finden sich elf Studien, welche die Wirksamkeit einer Hochdosisbehandlung bei therapieresistenten Depressionen untersuchten. Von den elf Studien waren sieben doppelblinde, randomisierte, kontrollierte klinische Studien (RCT) und vier kleinere offene Studien. Zu Trizyklika lag keine Studie vor, jedoch fanden sich unter anderem fünf Studien zu Fluoxetin, zwei zu Sertralin und eine zu Paroxetin.

Auf der Basis der zur Verfügung stehenden Studien lässt sich die Wirksamkeit einer Antidepressiva-Hochdosisbehandlung nicht eindeutig beantworten. Für Tri- und Tetrazyklika finden sich keine Studien zur Wirksamkeit der Hochdosisbehandlung, für SSRI (Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer) scheint die Hochdosisbehandlung keine sinnvolle Strategie zu sein. Für MAO-(Monoaminoxidase-)Hemmer lassen sich in einer äußerst dünnen Datenlage Hinweise für eine mögliche Effektivität sehr hoher Dosen Tranylcypromin finden. Für Venlafaxin ist die Datenlage ebenfalls eher spärlich, zwei vor kurzem publizierte Studien [5, 6] belegen jedoch den klinischen Eindruck und weisen auf eine mögliche positive Dosiswirkungsbeziehung hin.

Wechsel (Switching) zu einem neuen Antidepressivum aus der gleichen Klasse

Antidepressiva aus der gleichen Klasse weisen nicht notwendigerweise das identische pharmakologische Profil oder die identische chemische Konfiguration auf. In der Konsequenz können Antidepressiva aus der gleichen Klasse deshalb unterschiedliche Wirkungen und auch Nebenwirkungen hervorrufen. Dies ließ sich in einer Reihe von offenen Studien zeigen, da SSRI-Nonresponder zu 40–70 % auf einen anderen SSRI ansprachen [7]. In einigen weiteren Studien lässt sich ebenfalls ein antidepressiver Effekt nach dem Wechsel von einem SSRI auf den anderen belegen [8]. Bei all diesen Studien handelt es sich jedoch um unkontrollierte Untersuchungen, sodass daraus nicht gefolgert werden kann, dass tatsächlich der Wechsel des SSRI oder aber

lediglich die längere Dauer der Pharmakotherapie zu einer Besserung der depressiven Symptomatik führte.

Wechsel (Switching) zu einem neuen Antidepressivum aus einer anderen Klasse

Bei Therapieresistenz kann der Wechsel zu einem anderen Antidepressivum einer anderen Klasse mit einem anderen Wirkmechanismus sinnvoll sein. So kann der Einsatz eines selektiven Noradrenalinwiederaufnahmehemmers (SNRI) nach einem SSRI in Betracht gezogen werden. Fava et al [9] berichten über Wirksamkeit, Sicherheit und gute Verträglichkeit bei einem Therapiewechsel von Fluoxetin auf Reboxetin ohne wash-out bei therapieresistenten Patienten. Bei SSRI und TZA (trizyklische Antidepressiva) werden etwa 50 % der Patienten, die nicht auf das jeweilige Antidepressivum ansprechen, auf die Substanz aus der anderen Klasse respondieren [10].

Es gibt zudem Hinweise, dass bei Therapieresistenz auf Trizyklika eine Behandlung mit irreversiblen MAO-Hemmern wie Phenelzin und Tranylcypromin erfolgversprechend sein kann [11]. Die Strategie des Wechsels zu einem Antidepressivum einer anderen Klasse zeigte in der großen US-amerikanischen STAR-D-Studie eher ernüchternde Ergebnisse [12]. Patienten, die unter naturalistischen Bedingungen keine Remission auf eine bis zu zwölfwöchige Behandlung mit dem SSRI Citalopram in einer Dosierung von 20–60 mg gezeigt hatten, wurden entweder mit einem anderen SSRI (Sertralin), einem SSNRI (Venlafaxin) und einem SNDRI (Bupropion) weiterbehandelt. Lediglich etwa 25 % der Patienten zeigten nach diesem Switch eine Remission ihrer Depression, zwischen den einzelnen Wechselstrategien bestand kein signifikanter Unterschied.

Vorteile der Switching-Strategien liegen in einer Minimierung polypharmazeutischer Behandlungsstrategien. Dies trägt dazu bei, toxische Wirkungen zu minimieren, Arzneimittelinteraktionen zu vermeiden, die Compliance der Patienten zu fördern und – speziell unter ambulanten Behandlungsbedingungen – Kosten zu reduzieren. Ferner beinhaltet der Wechsel des Antidepressivums im Vergleich zur Fortführung der bisherigen Behandlung eine größere Chance auf einen Placeboeffekt. Neben der eher dürftigen Datenlage sind mögliche Nachteile ein partieller Wirksamkeitsverlust beim Antidepressivawechsel sowie die relativ lange Zeitspanne bis zum Wirkeintritt des neuen Antidepressivums (späterer Wirkeintritt im Vergleich zu einer Dosiserhöhung oder Kombinations- bzw. Augmentationsbehandlung). Das erste Antidepressivum sollte langsam ausgeschlichen werden, da ansonsten Absetzeffekte auftreten können, besonders dann, wenn das Antidepressivum über einen längeren Zeitraum verabreicht wurde [13]. Bei Wechsel von oder zu einem irreversiblen MAO-Hemmer ist eine zweiwöchige Auswaschperiode zwischen den beiden Antidepressiva zu beachten, vor allem, wenn es sich beim folgenden Antidepressivum um einen SSRI, SSNRI oder um Clomipramin handelt.

Kombinationstherapien

In den Kombinations- beziehungsweise Augmentationstherapien soll der pharmakologische Effekt der Antidepressiva durch Kombination mit einem zweiten Antidepressivum oder einem anderen Medikament gesteigert werden [14–16]. Eine Kombi-

nations-/Augmentationstherapie kann besonders bei den Patienten indiziert sein, die bereits eine teilweise Response auf die Initialtherapie zeigten und für die das Risiko besteht, nach Absetzen der Initialtherapie die Response zu verlieren. Eine antidepressive Kombinationsbehandlung kann eine bessere Response hervorrufen als eine Monotherapie. Sinnvolle Antidepressivakombinationen basieren auf komplementären, synergistischen Wirkmechanismen [1, 2, 15, 17]. In der stationär psychiatrisch-psychotherapeutischen Depressionsbehandlung erhält einen Großteil aller Patienten Kombinations- oder Augmentationsbehandlungen [18], darunter am häufigsten Kombinationen oder Augmentationen mit einem Antidepressivum und einem Neuroleptikum oder einem Benzodiazepin.

Trizyklika und SSRI

Die Behandlungserfolge einer derartigen Antidepressivakombination (TZA plus SSRI bzw. SSRI plus TZA) wird auf einen möglichen synergistischen Effekt der Antidepressiva zurückgeführt. Dies stützen tierexperimentelle Befunde, bei denen die gleichzeitige Verabreichung beider Substanzen zu einer schnelleren und ausgeprägteren „Beta-Down“-Regulation adrenerger Rezeptoren führt [19]. Einen guten Überblick über die bisher durchgeführten TZA-SSRI- beziehungsweise SSRI-TZA-Kombinationen gibt die Arbeit von J. C. Nelson [20]. Ein wesentliches Problem dieser Kombinationstherapie besteht in der Tatsache, dass die TZA Substrate der Cytochrom-P450 2D6-Isoen-

zyme (CYP2D6) darstellen, sodass es zu einer Erhöhung der TZA-Plasmaspiegel bei gleichzeitiger Verabreichung bestimmter SSRI (z. B. Fluoxetin) kommen kann. Massiv erhöhte Trizyklikaspiegel beinhalten das Risiko kardialer Toxizität.

SSRI und noradrenerges Trizyklikum

Studien an Tiermodellen geben die theoretische Basis für die Kombination von noradrenergen und serotonergen Antidepressiva: die Kombination des vorwiegend noradrenergen Trizyklikums Desipramin mit dem SSRI Fluoxetin erzielt eine schnellere Down-Regulation von Beta-Adrenorezeptoren als Desipramin allein [19]. Resultate darauf basierender erster klinischer Studien ergaben, dass Patienten, die kombiniert behandelt wurden, eine schnellere Response zeigten [21].

SSRI und Mianserin

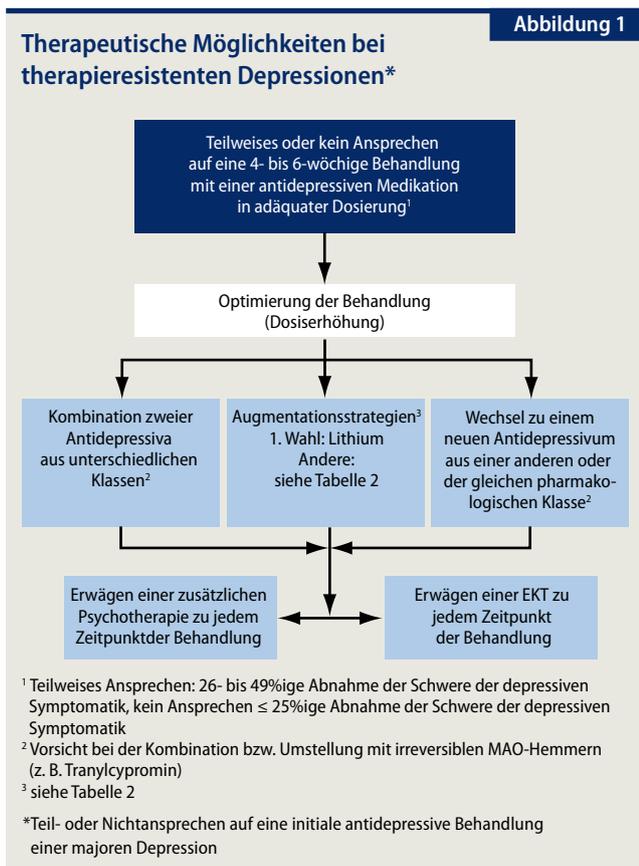
Die Kombination von Fluoxetin (20 mg/Tag) mit Mianserin (30–60 mg/Tag) erwies sich in drei kontrollierten Studien als wirksam und sicher [22–24].

SSRI und Mirtapazin

Mirtazapin ist ein Antidepressivum mit komplexen pharmakologischen Wirkungsmechanismen, zu denen unter anderem ein Antagonismus auf α_2 -Rezeptoren gehört. Es erhöht die Aktivität in noradrenergen und serotonergen Systemen über einen anderen pharmakologischen Wirkungsmechanismus als über die Wiederaufnahmehemmung. In randomisierten kontrollierten Studien [25, 26] ließ sich die Überlegenheit einer Kombinationstherapie mit Mirtazapin versus einer Monotherapie mit einem SSRI, SSNRI oder Bupropion gut zeigen. Die Kombinationstherapie eines SSRI und Mirtazapin kann auch zur Besserung der SSRI-induzierten sexuellen Dysfunktion beitragen [27]. Wesentliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen dieser Kombinationsstrategie sind Gewichtszunahme und Sedation [25]. In der vor kurzem veröffentlichten STAR-D-Studie (eine prospektive, randomisierte, jedoch nicht placebokontrollierte Studie), ergaben sich eher mäßige Remissionsraten für eine Venlafaxin-Mirtazapin-Kombination (13,7%) und sehr mäßige Remissionsraten für eine Tranylcypromin-Hochdosistherapie (6,7%) als vierter Behandlungsoption für Patienten mit einer Major Depression. Dabei zeigte die Venlafaxin-Mirtazapin-Kombination ein deutlich besseres Verträglichkeitsprofil als die Tranylcypromin-Hochdosistherapie [28].

SSRI und Bupropion

Bupropion das strukturell mit Amphetaminen verwandt ist, wirkt selektiv auf das noradrenerge und dopaminerge System. Fallserien und offene Studien ergaben positive Resultate [29] für die Kombination von SSRI und Bupropion beziehungsweise SSNRI [30] und Bupropion. Der wesentliche Nachteil dieser Kombinationstherapie besteht jedoch im gelegentlichen Auftreten von Tremor und selten auch Panik als unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Auch wurden Bedenken wegen des Risikos von Krampfanfällen während der Kombinationstherapie geäußert. Ein Vorteil dieser Kombinationstherapie könnte jedoch der positive Effekt von Bupropion auf die SSRI-induzierten sexuellen Funktionsstörungen darstellen, der in einigen



Studien berichtet wurde [31]. In einer ausgezeichneten Übersichtsarbeit kommen Zisook et al. [32] zum Ergebnis, dass die Kombination eines SSRI beziehungsweise eines SSNRI mit Bupropion im Allgemeinen gut verträglich ist, und sowohl die antidepressive Wirksamkeit bei Therapieresistenz wie auch die SSRI- oder SSNRI-assoziierten sexuellen Nebenwirkungen verbessern kann. In dem bereits erwähnten STAR-D-Projekt zeigte die Kombination aus Citalopram und Bupropion mit einer etwa 30 % Remissionsrate im Vergleich mit der Augmentation von Citalopram mit Bupropion keine Wirksamkeitsunterschiede bei depressiven Patienten, die nicht ausreichend auf eine Citalopram-Monotherapie angesprochen hatten [33].

Zusammenfassende Beurteilung der Kombinationstherapien

Kombinationstherapien zweier Antidepressiva werden im klinischen Alltag sehr häufig durchgeführt. Sinnvolle Antidepressivakombinationen nutzen den Vorteil komplementärer Wirkmechanismen, um einen synergistischen Nutzen zu erzielen [34]. Vorteile einer Kombinationstherapie bestehen in der Fortführung einer partiellen Response auf eine Monotherapie und dem gleichzeitig damit verbundenen Vermeiden der Gefahr einer Verschlechterung depressiver Symptome durch Absetzen des partiell wirksamen Antidepressivums. Nachteile dieser Strategie bestehen in dem Risiko von Antidepressivawechselwirkungen, einer möglichen Potenzierung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und höheren Behandlungskosten.

Obwohl Kombinationsstrategien in der klinischen Praxis oft angewandt werden, gibt es im Gegensatz zu einigen Augmentationsstrategien nur sehr wenig kontrollierte Studien, um ihren Nutzen und ihre Wirksamkeit zu belegen (Evidenzlevel C, dies trifft auf nahezu alle Kombinationstherapien zu). Wichtig erscheint es darauf hinzuweisen, dass die Zugabe eines SSRI zu einem trizyklischen Antidepressivum einen erhöhten Blutspiegel und eine verzögerte Metabolisierung des trizyklischen Antidepressivums herbeiführen kann, was eventuell ein erhöhtes Toxizitätsrisiko der trizyklischen Medikation nach sich zieht. Die Kombination eines irreversiblen MAO-Hemmers mit einem SSRI oder anderen Antidepressiva, die auf das serotonerge System wirken (z. B. Clomipramin, Venlafaxin und Duloxetin) sollte aufgrund des Serotoninsyndroms unter allen Umständen vermieden werden.

Augmentationstherapien

Augmentationstherapie bedeutet im Rahmen der Depressionsbehandlung einen zweiten Wirkstoff, bei dem es sich um kein Antidepressivum handelt, zum Antidepressivum hinzuzufügen, mit dem Ziel, den antidepressiven Effekt zu verbessern, wenn zuvor keine oder nur eine teilweise Response erreicht wurde.

Augmentation mit Schilddrüsenhormonen

Positive Effekte niedrig dosierter T3-(Trijodthyronin-)Therapie als Zusatz zu einer Trizyklikabehandlung wurden in einer großen Anzahl von offenen Studien mit mehr als 200 Patienten beschrieben, wobei die meisten Studien 25–37,5 µg/Tag einsetzten, um die Response auf trizyklische Antidepressiva zu potenzieren [35]. Zusammenfassend ist zur Wirkung der Kombinationstherapie trizyklischer und neuerer (SSRI) Antidepressiva mit T3

anzuführen, dass der antidepressive Effekt dieser Behandlung üblicherweise in den ersten zwei bis drei Wochen eintritt und die Behandlung bei unzureichendem Erfolg auch nach diesem Zeitraum wieder abgesetzt werden kann. Auch im Falle einer Remission der depressiven Symptomatik und Schilddrüsenhormongabe kann nach vier bis fünf Wochen ein Absetzversuch unternommen werden, ohne dass ein Rezidiv zu erwarten ist. Insgesamt ist jedoch unklar, weshalb eine niedrige T3-Dosierung bei chronischer Applikation zu erhöhten Spiegeln der T3-Konzentration im Serum oder gar in einzelnen Organen führen sollte. Denn eine T3-Zusatzmedikation wird über den bekannten Feedback-Mechanismus zu einer Hemmung des TSH sowie im folgenden der T4-(Thyroxin-)Sekretion führen, und somit werden vermutlich innerhalb relativ kurzer Zeit die physiologischen T3-Spiegel wieder hergestellt sein [36].

Nahezu alle Studien, in denen T3 in einer Dosierung von 25–50 µg pro Tag zu Standarddosen von trizyklischen Antidepressiva verabreicht wurde, haben diese Kombinationsbehandlung als sicher bezeichnet. Mit Trijodthyronin erhöht sich weder die Zahl der üblichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen einer der beiden Substanzen, noch produziert sie signifikante additive Effekte.

Augmentation mit Lithium

Lithium als Monotherapie scheint neben seinem antimanischen und rezidivprophylaktischen Effekt auch eine gewisse antidepressive Wirksamkeit bei depressiven Erkrankungen zu besitzen. Wesentlich größeres klinisches Interesse als die Monotherapie bei depressiven Erkrankungen hat jedoch in den letzten Jahren der Effekt von Lithium in Kombination mit trizyklischen und nicht trizyklischen Antidepressiva bei therapieresistenten Depressionen erlangt. Von bisher zehn vorliegenden placebokontrollierten Doppelblindstudien zur Wirksamkeit einer Lithium-Augmentationstherapie zeigen zwei Studien ein negatives und acht Studien ein positives Ergebnis mit einer Responderate von bis zu 50 %. Eine aktuelle Metaanalyse [37] über diese zehn placebokontrollierten Studien mit insgesamt 269 Patienten bestätigte, dass die Lithium-Augmentation einer Placebo-Augmentation bei unipolarer schwerer Depression mit einer durchschnittlichen Responderate von 41 % versus 14,2 % ($p < 0,001$) über alle Studien überlegen ist und somit die best-dokumentierte und evidenzbasierte Behandlungsstrategie bei therapieresistenter Depression darstellt. Bisher gibt es keine antidepressive Substanz, die mit ausschließlich erfolgloser Lithium-Augmentation verbunden ist.

Das praktische Vorgehen bei der Lithium-Augmentationstherapie wird von verschiedenen Autoren [48, 49] übersichtlich zusammengefasst. Bei Patienten, die auf eine Lithium-Augmentationstherapie ansprechen, sollten wirksame Lithiumdosen (Serumspiegel: 0,6–0,8 mmol/l) zusätzlich zum Antidepressivum über einen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten nach der Remission verabreicht werden [38]. Als Wirkmechanismen für die Lithium-Augmentation wurden zunächst vor allem die dem Lithium eigenen serotonergen Effekte (u. a. auf die Syntheserate für Serotonin) sowie gegebenenfalls zusätzlich modulatorische Eingriffe in die Regulation der Rezeptorsensibilität oder das Second-Messenger-System diskutiert [38].

Der Beginn der Therapie mit einer vollen Lithium-Erhaltungsdosis wird von den meisten Patienten problemlos vertragen und kann deshalb zur routinemäßigen Anwendung empfohlen werden. Dies ist ausdrücklich hervorzuheben, da es bei Lithium-Behandlungen in der Regel üblich ist, die Dosis allmählich zu steigern. Die somatischen Nebenwirkungen der Augmentations-therapie entsprechen den unter Lithium im Allgemeinen auftretenden Nebenwirkungen (**Tabelle 1** [39]). Die bekannten Kontraindikationen für Lithium gelten selbstverständlich auch bei der Augmentations-therapie.

Augmentation mit Antipsychotika

Während man vor rund 20 Jahren noch davon ausging, dass die Augmentation von Antidepressiva mit Antipsychotika außer bei der wahnhaften Depression in der Behandlung der therapieresistenten Depression keine Vorteile zeigt, gibt es nunmehr auch Ansätze, atypische Antipsychotika bei therapieresistenten Depressionen einzusetzen [40]. Offene Studien mit Risperidon, Olanzapin, Quetiapin, Ziprasidon oder Aripiprazol zeigen ebenso wie erste placebokontrollierte Untersuchungen mit Risperidon, Olanzapin, Quetiapin und Aripiprazol positive Ergebnisse. Es liegen jedoch andere Doppelblindstudien vor, die keine Überlegenheit einer Augmentationstherapie über eine antidepressive Monotherapie demonstrieren. In einer ersten Metaanalyse [41] von zehn Studien und 1.500 Patienten (Ergebnisse teils bisher nur als Abstracts verfügbar) mit Olanzapin, Quetiapin und Risperidon als atypische Antipsychotika in der Augmentationsbehandlung therapieresistenter Depressionen wurden Response-raten von 57,2% für atypische Antipsychotika und 35,4% für Placebo ($p < 0,001$) und Remissionsraten von 47,4% für atypische Antipsychotika und 22,3% für Placebo ($p < 0,0001$) festgestellt.

Augmentation mit Modafinil

Modafinil ist eine vigilanzsteigernde Substanz, die mit den gängigen Stimulanzien Amphetamin und Methylphenidat

nicht verwandt ist. In therapeutischen Dosen besitzt Modafinil keinen Einfluss auf die bisher bekannten Neurotransmitter-rezeptorsysteme im Gehirn [42]. Soweit bisher bekannt, beruht die Verbesserung der Aufmerksamkeit beziehungsweise des Wachseins auf noch nicht exakt bestimmten Mechanismen, die im vorderen Hypothalamus stattfinden. Diese Mechanismen unterscheiden sich deutlich von denen der bisher bekannten Stimulantien wie Amphetamin und Methylphenidat. Die Wirksamkeit einer Modafinil-Augmentation wurde bisher lediglich in offenen Studien mit relativ geringen Fallzahlen gezeigt [43], es bedarf deshalb kontrollierter doppelblinder Untersuchungen, um die Evidenz dieser Behandlungsstrategie zu untermauern.

Augmentation mit Bupiron

Bupiron ist ein Azaspirodecanedion, das als partieller Serotoninagonist am 5-HT_{1A}-Rezeptor wirkt. Bupiron hat möglicherweise antidepressive Eigenschaften, wenn es in einer Monotherapie bei depressiven Patienten verordnet wird. Zusammenfassend haben die bisher veröffentlichten offenen Studien die Wirksamkeit einer Bupiron-Augmentationstherapie mit einer Response-rate von 43–100% gezeigt. Eine randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Studie zur Bupiron-Augmentation an 119 Patienten mit Nonresponse auf eine vierwöchige Monotherapie mit Fluoxetin oder Citalopram zeigte jedoch keinen Unterschied in der Response-rate im Vergleich zur Placebo-gruppe (51% resp. 47% [57]).

Augmentation mit dopaminergen Substanzen

Die Augmentation mit dopaminergen Substanzen stellt eine interessante Strategie in der Behandlung therapieresistenter depressiver Störungen dar. Es gibt Berichte über die Wirksamkeit einer antidepressiven Augmentation mit den dopaminergen Substanzen Amantadin (200–400 mg/Tag), Bromocriptin, Pergolid (0,25–2 mg/Tag) und Pramipexol (0,375–0,75 mg/Tag). Bei dieser Augmentationsstrategie sind die bisher vorliegenden Studien jedoch meist unkontrolliert und beinhalten eine relativ geringe Fallzahl [61]. Es bedarf kontrollierter Studien, um die Wirksamkeit der dopaminergen Augmentationstherapie zu belegen. Der Vorteil dopaminergischer Substanzen in der Augmentation der Antidepressiva könnte in der Besserung der SSRI-induzierten sexuellen Dysfunktion liegen.

Zusammenfassende Beurteilung der Augmentationstherapien

Unter den zur Verfügung stehenden Augmentationsoptionen (**Tabelle 2**) ist die Wirksamkeit der Lithiumaugmentation anhand einer großen Zahl von Doppelblindstudien am besten dokumentiert und kann unter Evidenzaspekten (Level A) im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans bei allen Patienten empfohlen werden, die sich als resistent auf eine Pharmakotherapie mit zwei unterschiedlichen Antidepressiva in ausreichend hoher Dosierung und über einen genügend langen Zeitraum gezeigt haben.

Die Augmentation von Antidepressiva mit Schilddrüsenhormonen ist in einer Reihe von kasuistischen und offenen Studien als effizient beschrieben. Kontrollierte Studien, welche

Tabelle 1

Lithium-Augmentationstherapie bei therapieresistenten Depressionen [39]

Vorteile

- Gute Wirksamkeit
- Kurze Wirklatenz in einer Subgruppe depressiver Patienten
- Gute Verträglichkeit
- Keine signifikanten pharmakokinetischen Interaktionen

Nachteile

- Höheres UAW-Risiko bei älteren Patienten
- Drug Monitoring erforderlich
- Risiko eines Serotoninsyndroms bei Clomipramin und SSRI möglich
- Keine Daten zur Absetzlatenz

Tabelle 2

Häufige Augmentationsstrategien bei therapieresistenten Depressionen

Behandlungsstrategie	Mechanismus/Klassifizierung	Evidenzlevel	Dosis/Anwendungshinweise	UAW
Lithium	Phasenprophylaktikum	A	2 x 400 mg Lithiumcarbonat/Tag Spiegel 0,6–0,8 mmol/l Augmentation mindestens 3–4 Wochen durchführen	UAW-Risiko bei älteren Patienten (z. B. Tremor). Serotoninsyndrom bei Augmentation von SSRI und Clomipramin selten, aber möglich.
Atypische Antipsychotika	Atypische Antipsychotika (D ₂ - und 5HT ₂ -Antagonismus)	A	Niedrige Dosierungen (z. B. 2,5–5 mg Olanzapin, 1–2 mg Risperidon, 40–80 mg Ziprasidon, 200–300 mg Quetiapin, 5–15 mg Aripiprazol) Besserung von Grübeln und Angst	Arzneimittelinteraktionen beachten! Verstärkung von UAW wie Gewichtszunahme und anticholinerge Effekte möglich.
Trijodothyronin (T3)	Schilddrüsenhormon	B	25–50 µg T3/Tag Keine Änderung der Plasmaspiegel der Antidepressiva	Üblicherweise gut verträglich, keine kardiotoxischen Effekte mit TZA, gelegentlich Tremor.
Buspiron	5HT _{1A} - und D ₂ -Rezeptoragonist	C	5–20 mg Buspron/Tag Besserung von Angst und Unruhe	Besserung von UAW der SSRI (sexuelle Dysfunktion) möglich.
Modafinil	Vigilanzsteigernde Substanz Wirkmechanismus im vorderen Hypothalamus	C	200–400 mg Modafinil/Tag gute Verträglichkeit	Unruhe Abhängigkeitspotenzial nicht eindeutig geklärt.
Dopamin-Agonisten	Dopaminagonisten	C	200–400 mg Amantadin/Tag 0,375–0,75 mg Pramipexol/Tag	Möglicherweise sogar Besserung SSRI-induzierter sexueller Dysfunktion

die Wirksamkeit solcher Augmentationsstrategien überprüft haben, liegen jedoch nur wenige vor. Die bisher publizierten Untersuchungen legen jedoch den Schluss nahe, dass die Augmentation von Antidepressiva mit Schilddrüsenhormonen überlegenswerte Behandlungsalternativen bei Therapieresistenz auf Antidepressiva sind. Im Gegensatz zur Lithium-Augmentation stellen sie in einem Gesamtbehandlungsplan zur Zeit jedoch eine nachgeordnete Therapiealternative (Evidenzlevel B) dar. Weitere kontrollierte Studien zu dieser Augmentationsstrategie erscheinen dringend angezeigt.

Augmentationsstrategien mit Antipsychotika sind in den letzten Jahren unter klinischen Bedingungen zunehmend häufiger durchgeführt worden, einige placebokontrollierte Studien und eine Metaanalyse unterstützen bereits die Wirksamkeit dieser Behandlungsstrategie (Evidenzlevel A). Augmentationsstrategien mit Buspiron, Modafinil sowie dopaminergen Substanzen sind in den letzten Jahren häufig im Rahmen von Fallserien und offenen Studien mit guten Ergebnissen untersucht worden, umfangreiche placebokontrollierte Doppelblindstudien zu diesen Strategien liegen bisher jedoch nicht vor. Weitere kontrollierte Studien zu diesen Augmentationsstrategien erscheinen hier dringend indiziert.

Eine Übersicht über die wichtigsten Augmentationsstrategien einschließlich Hinweisen zu den wichtigsten UAW findet sich in **Tabelle 2**. Augmentation mit Stimulantien, Antikonvulsiva, Östrogenen oder Testosteron und Pindolol stellen interes-

sante klinische Forschungsansätze in der Behandlung therapieresistenter Depressionen dar, spielen derzeit in der klinischen Praxis jedoch eher eine untergeordnete Rolle. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Max Schmauss

Ärztlicher Direktor

Bezirkskrankenhaus Augsburg

Dr.-Mack-Str. 1, 86156 Augsburg

E-Mail: m.schmauss@bkh-augsburg.de

Erklärung zu Interessenkonflikten

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ und dass keine potenziellen Interessenkonflikte bestehen. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrages von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

Sammeln Sie CME-Punkte ...

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

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

So nehmen Sie teil!

Füllen Sie unter www.cme-punkt.de den Online-Fragebogen aus. Unmittelbar nach der Teilnahme erfahren Sie, ob Sie bestanden haben, und können die Bescheinigung für Ihre Ärztekammer sofort ausdrucken.

Zudem finden Sie hier sämtliche CME-Module des Verlags Urban & Vogel.

Die Fragen beziehen sich auf die beiden Fortbildungsbeiträge der vorangegangenen Seiten. Die Antworten ergeben sich zum Teil aus dem Text, zum Teil beruhen sie auf medizinischem Basiswissen.



CME-Fragebogen

Behandlungsstrategie therapieresistenter Depressionen

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

1. Was kennzeichnet die Lithium-Augmentationstherapie bei therapieresistenten Depressionen?

- A Signifikante pharmakokinetische Interaktionen
- B Kein Drug-Monitoring erforderlich
- C Niedriges UAW-Risiko bei älteren Patienten
- D Schlechte Verträglichkeit
- E Gute Wirksamkeit

2. Was ist *kein* geeignetes Vorgehen, wenn Patienten nur teilweise oder nicht auf eine vier- bis sechswöchige antidepressive Medikation ansprechen?

- A Optimierung der Dosierung
- B Überprüfung der Patientencompliance
- C Beginn einer Hochdosisbehandlung
- D Optimierung der regelmäßigen Einnahme
- E Antidepressive Medikation zunächst zwei bis drei Monate unverändert weiterführen.

3. Welche Aussage trifft zu? Für eine Hochdosisbehandlung mit Antidepressiva ...

- A ... ist die Wirksamkeit von Trizyklika in klinischen Studien nachgewiesen.
- B ... scheinen SSRI keine sinnvolle Strategie zu sein.
- C ... liegt die Dosierung keinesfalls oberhalb des empfohlenen Dosierungsbereichs.
- D ... ist die Wirksamkeit von Tetrazyklika in klinischen Studien belegt.
- E ... gibt es keinerlei Daten zur Wirksamkeit vom MAO-Hemmern.

4. Welche Aussage trifft *nicht* zu? Häufige zur Augmentationstherapie bei therapieresistenten Depressionen eingesetzte Wirkstoffe sind:

- A Lithium
- B Schilddrüsenhormone
- C Dopaminagonisten
- D COMT-Hemmer
- E Atypische Antipsychotika

5. Welche Behandlungsstrategie erscheint bei Therapieresistenz auf Antidepressiva *wenig* erfolgversprechend?

- A Kombination zweier Antidepressiva aus unterschiedlichen Klassen
- B Augmentationsstrategie mit Lithium
- C Augmentationsstrategie mit einem atypischen Antipsychotikum
- D Wechsel zu einem neuen Antidepressivum aus einer anderen pharmakologischen Klasse
- E Kombination von drei Antidepressiva

Online punkten!
www.cme-punkt.de

**6. Welche Aussage trifft nicht zu?****Switching-Strategien in der Depressionsbehandlung ...**

- A ... sind aufgrund einer guten Datenlage evidenzbasiert (Level A).
- B ... tragen zur Minimierung toxischer Wirkungen bei.
- C ... tragen dazu bei, Arzneimittelinteraktionen zwischen unterschiedlichen Psychopharmaka zu vermeiden.
- D ... reduzieren Kosten.
- E ... können zu Absetzeffekten von Antidepressiva führen.

7. Welche Aussage trifft nicht zu?

- A Für Kombinationstherapien zweier Antidepressiva gibt es nur wenige Studien die Nutzen und Wirksamkeit belegen.
- B Bei Kombinationstherapien besteht das Risiko von Antidepressivawechselwirkungen.
- C Kombinationstherapien zweier Antidepressiva erhöhen die Behandlungskosten.
- D Sinnvolle Antidepressivakombinationen nutzen komplementäre Wirkmechanismen für einen synergistischen Nutzen.
- E Kombinationstherapien zweier Antidepressiva werden im klinischen Alltag nur selten eingesetzt.

8. Bei der Augmentation von SSRI mit Schilddrüsenhormonen tritt der antidepressive Effekt meist ...

- A ... in den ersten 1–2 Tagen ein.
- B ... in den ersten 1–2 Wochen ein.
- C ... in den ersten 2–3 Wochen ein.
- D ... in 4–5 Wochen ein.
- E ... frühestens in sechs Wochen ein.

9. Wie lange sollten wirksame Lithiumdosen zusätzlich zum Antidepressivum bei Patienten eingesetzt werden, die auf eine Lithium-Augmentation ansprechen?

- A 4 Wochen
- B 8 Wochen
- C 12 Wochen
- D 16 Wochen
- E mindestens 6–12 Monate

10. Welche Aussage trifft nicht zu?**Bei therapieresistenten Depressionen kann die Augmentation von Antidepressiva mit ...**

- A ... atypischen Antipsychotika zu einer Verstärkung anticholinergischer Effekte führen.
- B ... Dopaminagonisten möglicherweise eine Besserung SSRI-induzierter sexueller Dysfunktion bewirken.
- C ... Schilddrüsenhormonen zu kardiotoxischen Effekten mit TZA auftreten.
- D ... Lithium das Risiko für UAW bei älteren Patienten erhöhen.
- E ... atypischen Antipsychotika zu einer Gewichtszunahme führen.



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

LITERATUR

- Möller HJ. Therapieresistenz auf Antidepressiva. *Nervenarzt* 2004a; 75: 499-517.
- Möller HJ. Medikamentöse Therapiestrategien bei therapieresistenter unipolarer Depression. *Psychopharmakotherapie* 2004b; 11: 34-41.
- Souery D, Papakostas GI, Trivedi MH. Treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (Suppl 6): 16-22
- Adli M, Baethge C, Heinz A, et al. Is dose escalation of antidepressants a rational strategy after a medium-dose treatment has failed? A systematic review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 387-400.
- Harrison CL, Ferrier N, Young AH. Tolerability of high-dose venlafaxine in depressed patients. *J Psychopharmacol* 2004; 18: 200-204.
- Thase ME, Shelton RC, Khan A. Treatment with venlafaxine extended release after SSRI non-response or intolerance: a randomized comparison of standard- and higher-dosing strategies. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26: 250-258.
- Thase ME, Rush AJ. When at first you don't succeed: sequential strategies for antidepressant nonresponders. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (Suppl) 13: 23-29.
- Thase ME, Feighner JP, Lydiard RB. Citalopram treatment of fluoxetine nonresponders. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 683-687.
- Fava M, McGrath PJ, Sheu WP, et al. Switching fluoxetine to reboxetine: an efficacy and safety study in depressed patients resistant to fluoxetine (abstract p03.198). *Int J Neuropsychopharmacol* 2000; 3: 234.
- Thase ME, Rush AJ. Treatment-resistant depression. In: Bloom FE, Kupfer DJ (eds) *Psychopharmacology: the fourth generation of progress*. Raven Press, New York, 1995; pp 1081-1097.
- AHCP. Depression Guidelines Panel-Depression in primary care: Clinical practice guideline no. 5 AHCP pub No 93-0550, Rockville MD, 1993.
- Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006; 354: 1231-1242.
- Taylor D, Stewart S, Connolly A. Antidepressant withdrawal symptoms-telephone calls to a national medication helpline. *J Affect Disord* 2006; 95: 129-133.
- Dodd S, Horgan D, Malhi G, et al. To combine or not to combine? A literature review of antidepressant combination therapy. *J Affect Disord* 2005; 89: 1-11.
- Schmauß M, Messer T. Kombination von Antidepressiva – eine sinnvolle Behandlungsstrategie bei therapieresistenten Depressionen? *Fortschr Neurol Psychiatr* 2009a; 77: 316-325.
- Schmauß M, Messer T. Polypharmazie in der Behandlung depressiver Störungen. In: Messer T, Schmauß M (Hrsg): *Polypharmazie in der Behandlung psychischer Erkrankungen*. 2. Auflage. Springer, Wien, 2009b; 51-51.
- Bauer M, Linden M. Die Kombination verschiedener Antidepressiva in der Behandlung therapieresistenter Depressionen. *Nervenarzt* 1993; 64: 343-347.
- Frye MA, Ketter TA, Leverich GS, et al. The increasing use of polypharmacotherapy for refractory mood disorders: 22 years of study. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 9-15.
- Baron BM, Ogden A, Seigel BW et al. Rapid down regulation of β -adrenoreceptors by co-administration of desipramine and fluoxetine. *Eur J Pharmacol* 1988; 154: 125-134.
- Nelson JC. Augmentation strategies with serotonin-noradrenergic combinations. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 65-68.
- Nelson JC, Mazure CM, Browers MBJ et al. A preliminary, open study of the combination of fluoxetine and desipramine for rapid treatment of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 303-307.
- Dam J, Ryde L, Svejso J, Lauge N et al. Morning fluoxetine plus evening mianserin versus morning fluoxetine plus evening placebo in the acute treatment of major depression. *Pharmacopsychiatry* 1998; 31: 48-54.
- Ferreri M, Lavergne F, Berlin I et al. Benefits from mianserin augmentation of fluoxetine in patients with major depression non-responders to fluoxetine alone. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 66-72.
- Maes M, Vandoolaeghe E, Desnyder R. Efficacy of treatment with trazodone in combination with pindolol or fluoxetine in major depression. *J Affect Disord* 1996; 41: 201-210.
- Carpenter LL, Yasmin S, Price H. A double-blind, placebo-controlled study of antidepressant augmentation with mirtazapine. *Biol Psychiatry* 2002; 51: 183-188.
- Debonnel G, Gobbi G, Turcotte J et al. The alpha-2 antagonist mirtazapine combined with the SSRI paroxetine induces a greater antidepressant response: a double-blind controlled study. Presented at the 39th ACNP Meeting, Dec 10-14, San Juan, Puerto Rico, 2002.
- Farah A. Relief of SSRI-induced sexual dysfunction with mirtazapine treatment (letter). *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 260-261.
- McGrath PJ, Stewart JW, Fava M, et al. Tranylcypromine versus venlafaxine plus mirtazapine following three failed antidepressant medication trials for depression: a Star*D report. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1531-1541.
- Lam RW, Hossie H, Solomons K, et al. Citalopram and bupropion SR: combining vs. switching in patients with treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 337-340.
- Papakostas GI, Worthington JJ, Iosifescu DV, et al. The combination of duloxetine and bupropion for treatment-resistant major depressive disorder. *Depress Anxiety* 2006; 3: 178-181.
- DeBattista C, Solvason HB, Poirier J, et al. A prospective trial of bupropion SR augmentation of partial and non-responders to serotonergic antidepressants. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23: 27-30.
- Zisook S, Rush AJ, Haight BR, et al. Use of bupropion in combination with serotonin reuptake inhibitors. *Biol Psychiatry* 2006; 59: 203-210.
- Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR, et al. Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006; 12: 1243-1252.
- Lam RW, Wan DD, Cohen NL, Kennedy SH. Combining antidepressants for treatment-resistant depression. A review. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 685-693.
- Bauer M, Whybrow PC. Thyroid hormone, neural tissue and mood modulation. *World J Biol Psychiatry* 2001; 2: 57-67.
- Baumgartner A. Schilddrüsenhormone und depressive Erkrankungen. *Teil I Nervenarzt* 1993; 64: 1-10.
- Crossley NA, Bauer M. Acceleration and augmentation of antidepressants with lithium for depressive disorders: two meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 935-940.
- Bauer M, Forsthoef A, Baethge C, et al. Lithium augmentation therapy in refractory depression - update 2002. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 132-139.
- Zullino D, Baumann P. Lithium augmentation in depressive patients not responding to selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacopsychiatry* 2001; 34: 119-127.
- Shelton RC, Papakostas GI. Augmentation of antidepressants with atypical antipsychotics for treatment-resistant major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117: 253-259.
- Papakostas GI, Shelton RC, Smith J, et al. Augmentation of antidepressants with atypical antipsychotic medications for treatment-resistant major depressive disorder: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 826-831.
- Robertson P Jr, Hellriegel ET. Clinical pharmacokinetic profile of modafinil. *Clin Pharmacokinet* 2003; 42: 123-137.
- Ninan PT, Hassman HA, Glass SJ, McManus FC. Adjunctive modafinil at initiation of treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor enhances the degree and onset of therapeutic effects in patients with major depressive disorder and fatigue. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 414-420.
- Landen M, Bjorling G, Agren H et al. A randomized, double-blind, placebocontrolled trial of buspirone in combination with an SSRI in patients with treatment refractory depression. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 664-668.
- Cassano P, Lattanzi L, Fava M et al. Ropinirole in treatment-resistant depression: a 16-week pilot study. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 357-360.

Spielend Kompetenzen erlernen

➔ Beim DGPPN-Kongress in Berlin hat das Unternehmen Janssen-Cilag das therapeutische Spiel „kompetenz“ vorgestellt. Als Ergänzung zur Pharmakotherapie und weiteren psychosozialen Interventionen soll es Schizophreniepatienten helfen, emotionale und soziale Kompetenzen zu verbessern. Patienten mit Schizophrenie leiden unter Defiziten in der sozialen, der emotionalen und der metakognitiven Kompetenz. Wie das therapeutische Spiel „kompetenz“ positiv auf diese krankheitsbedingten Defizite einwirken kann, erläuterte PD Dr. Karsten Wolf, Chefarzt in Marienheide.

In den Alltag integrierbar

Experten auf den Gebieten der sozialen, der emotionalen und der metakognitiven Kompetenz sowie der Psychoedukation haben „kompetenz“ zusammen mit einem Spielentwickler erdacht. Das mit 1.000 Karten und Spielfiguren ausgestattete Brettspiel ist für zwei bis drei Spielgruppen mit jeweils zwei bis drei Teilnehmern vorgesehen. Da die Spielzeit vor Beginn festgelegt wird und jeweils bis zu neun Patienten mit einbezogen werden

können, ist das Spiel gut in den therapeutischen Alltag integrierbar.

Gewinnen steht nicht im Vordergrund

Das Gewinnen träte beim Spielen in den Hintergrund, erklärte Wolf, Autor des weltweit ersten Buches zur emotionalen Kompetenz bei Schizophrenie. Ziel sei es, in Kleingruppen an Problemen zu arbeiten und so Defizite, zum Beispiel das bei der Schizophrenie bekannte Problem, Stimmungen aus Gesichtern zu lesen, zu erkennen und zu verbessern. Anhand von Beispielfragen machte Wolf deutlich, wie das funktioniert: Ein weibliches Gesicht auf einer Spielkarte zeigt einen Gesichtsausdruck, der aber nicht eindeutig ist, sondern zu jeweils 50 % aus zwei Stimmungen am Computer zusammengesetzt wurde. Dieser Ausdruck soll einem von sechs möglichen Gefühlen wie „Überraschung“, „Angst“, „Wut“, „Ekel“, „Trauer“ oder „Freude“ zugeordnet werden, dem er am nächsten kommt. Zusammen diskutieren die Patienten über die richtige Lösung. Mitunter sehen zwei Patienten das genau gegensätzlich. So wird ihnen klar, dass Gesichtsausdrücke verschieden wahrgenom-

men werden können und setzen sich so spielerisch mit der für sie oft schwierigen Wahrnehmung und Zuordnung von Emotionen auseinander. Die Fehlinterpretation von Gesichtsausdrücken trägt auch dazu bei, dass schizophrene Patienten Schwierigkeiten dabei haben, Bindungen einzugehen. Auch dieses Problem soll sich durch das Spiel mittelbar verbessern.

Angewendet werden kann „kompetenz“ schon kurz nach der Krankenseinweisung, erklärte Wolf, der es mit stationären schizophrenen Patienten getestet hat. Die weniger psychotischen Patienten versuchten dann, die schwerer Erkrankten mit einzubeziehen und die Fragen gemeinsam zu beantworten.

Heike Grosse

Pressegespräch „Nachhaltige Schizophrenie-therapie heute – das Zusammenwirken von medikamentösen und psychosozialen Behandlungsansätzen“, DGPPN-Kongress, Berlin, 24.11.2011
Veranstalter: Janssen-Cilag

Alemtuzumab punktet im direkten Vergleich mit IFN beta-1a

➔ In der Phase-III-Studie CARE-MS II, in welcher der humanisierte monoklonale Antikörper Alemtuzumab (Lemtrada™) bei Patienten mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (MS) mit Interferon beta-1a s.c. (44 µg) verglichen wurde, sind die beiden primären Endpunkte erreicht worden. Unter Alemtuzumab waren die Schubrate und die anhaltende Akkumulation von Behinderungen hochsignifikant geringer als unter Interferon.

Schubrate deutlich reduziert

840 Patienten nahmen an der randomisierten Studie teil. Eine der Einschlussbedingungen war ein Schub unter einer vorhergehenden Behandlung. Bei Patienten, die mit 12 mg Alemtuzumab behandelt wurden, verringerte sich die Schubrate im Vergleich zu Interferon beta-1a während des zweijährigen Verlaufs um 49 % ($p < 0,0001$). Auch das Risiko für eine anhaltende Verschlechterung von Behinderungen, gemessen am Expanded Disability Status Scale (EDSS), reduzierte sich im Vergleich um 42 % ($p < 0,01$). Die voll-

ständigen Ergebnisse aus CARE-MS II sollen in Kürze auf einem internationalen Kongress vorgestellt werden.

Das Sicherheitsprofil stimmte mit demjenigen überein, das bereits zuvor bei der Anwendung von Alemtuzumab bei MS beobachtet worden war. Die häufigsten in der CARE-MS-II-Studie beobachteten Nebenwirkungen waren infusionsbedingte Reaktionen. Die Symptomatik bestand hauptsächlich aus Kopfschmerzen, Ausschlag, Übelkeit, Nesselsucht, Fieber, Jucken, Schlaflosigkeit und Müdigkeit. Infektionen traten in beiden Gruppen häufig auf, wobei die Inzidenz in der Alemtuzumab-Gruppe höher war. Die häufigsten Infektionen bei Patienten, die Alemtuzumab erhielten, waren Infektionen der oberen Atemwege, Harnwegsinfektionen, Sinusitis und Herpes-simplex-Infektionen. Die Infektionen waren größtenteils leicht bis mittelschwer ausgeprägt. Behandlungsbedingte lebensbedrohliche oder tödliche Infektionen traten nicht auf.

Etwa 16 % der mit Alemtuzumab behandelten Patienten entwickelten während der

Studie eine Autoimmunerkrankung der Schilddrüse und etwa 1 % eine Immuntrombozytopenie. Die Fälle wurden im Rahmen eines Überwachungsprogramms frühzeitig entdeckt und mit konventionellen Therapiemethoden behandelt. Eine Überwachung aller Patienten auf Immundefiziten und Schilddrüsen- oder Nierenstörungen ist Bestandteil der vom Hersteller (Genzyme) finanzierten klinischen Studien zu Alemtuzumab als Prüfpräparat für die Behandlung von MS.

Der Hersteller will den Zulassungsantrag für Alemtuzumab im ersten Quartal 2012 bei den Arzneimittelbehörden in den USA und der EU einreichen. Genzyme, eine Tochtergesellschaft von Sanofi, entwickelt Alemtuzumab zur Behandlung von MS in Zusammenarbeit mit Bayer HealthCare. **red**

Nach Informationen von Sanofi-Aventis

Generisches Donepezil

Das Antidementivum Donepezil steht ab sofort als Generikum von neuraxpharm zur Verfügung. Das neue Donepezil-HCl neuraxpharm® ist in Form von Filmtabletten in den Wirkstärken 5 mg und 10 mg erhältlich.

Nach Informationen von neuraxpharm

Interaktive Fortbildung

In einer interaktiven Fortbildung wird die Umstellung bei einer Depression auf das dual wirksame Duloxetin (Cymbalta®) vorgestellt. Die Spurensicherung erfolgte durch Medizindirektiv Dr. Wolgemuth: „Wie ein Zeuge berichtete, war Karin Bauer einst eine lebenslustige Frau. Nun verkriecht sie sich, ist antriebslos trotz Medikamenten. Was ist passiert?“ Setzen Sie gemeinsam mit Dr. Wolgemuth die Puzzesteine zusammen und finden eine Weg, um Frau Bauer wieder aktiv werden zu lassen. (www.lillyfortbildung.de).

Nach Informationen von Lilly

Parkinsontherapie

Das Unternehmen Orion Pharma teilt mit, dass das Kombinationspräparat Levodopa/Carbidopa/Entacapone (Stalevo®) ab sofort in sieben Dosisstärken zur Verfügung steht. Dies ermögliche dem Arzt Flexibilität in der Behandlung der motorischen und nicht-motorischen Symptome eines Wearing-off im Verlauf einer Parkinsonerkrankung.

Nach Informationen von Orion Pharma

Mittelschwere Depression

In einer prospektiven Versorgungsforschungsstudie zum Einsatz von hochdosiertem Johanniskrautextrakt (Laif® 900) bei mittelschwerer Depression (Kresimon J et al.: Gesund ökon Qual manag, DOI: 10.1055/s-0031-1299123) zeigte sich auch im Praxisalltag eine Nicht-Unterlegenheit bei signifikant besserer Verträglichkeit und Compliance im Vergleich zur Gruppe der SSRI.

Nach Informationen von Steigerwald

Frühe und anhaltende Therapie der Multiplen Sklerose lohnt sich

Langzeitdaten zur RRMS belegen, dass MS-Patienten von einer frühen und anhaltenden immunmodulatorischen Basistherapie hinsichtlich Schubrate, Behinderungsprogression und Lebenserwartung profitieren können.

Dass die frühe Therapie mit Interferon beta-1b (IFNβ-1b, Betaferon®) prägend in den Krankheitsverlauf der schubförmig-remittierenden MS (RRMS) eingreifen kann, hatte bereits die Studie BENEFIT (Betaferon® in Newly Emerging Multiple Sclerosis for Initial Treatment) dokumentiert [1]. Die 8-Jahresdaten der offenen Nachbeobachtung, über die Professor Ralf Gold, Bochum, berichtete, zeigten im Vergleich zum ursprünglichen Placeboarm dieser Studien eine signifikante Verzögerung bis zum zweiten Schub um fast vier Jahre, eine reduzierte Schubrate sowie ein besseres kognitives Leistungsvermögen. Bei mehr als 90% der Betroffenen verlief die Erkrankung so stabil, dass keine Eskalationstherapie vorgenommen werden musste.

Weniger Behinderung, weniger schwere Verläufe

Die retrospektive Datenerhebung der RRMS-Zulassungsstudie über 16 Jahre zeigte in der ursprünglichen Verumgruppe einen Zeitgewinn bis zum Erreichen eines EDSS von 6,0 (Hilfe erforderlich, um etwa 100 Meter zu gehen) von knapp fünf Jahren. Gleichzeitig verzögerte sich die Zeit bis zum Übergang in den sekundär-progredienten Verlauf um

zirka 6,6 Jahre. Darüber hinaus bestätigte sich die gute Verträglichkeit der Substanz. „Angesichts der Tatsache, dass MS-Patienten oft 30 bis 40 Jahre mit der Erkrankung leben müssen, sind diese Sicherheitsdaten ein sehr großer Schatz“, betonte Dr. Sven Schippling, Zürich.

Geringere Mortalität

Die aktuellen 21-Jahres-Daten der RRMS-Zulassungsstudie, der bisher längsten Nachbeobachtung auf dem MS-Sektor, belegen darüber hinaus einen Überlebensvorteil in der Patientengruppe, die in der damaligen Zulassungsstudie IFNβ-1b 250 µg erhalten hatte gegenüber den damaligen Placebopatienten (**Abbildung 1**): Patienten der damaligen IFNβ-1b-250µg-Gruppe hatten ein um knapp 47% geringeres Sterblichkeitsrisiko, unabhängig von der Todesursache [2]. „Gestützt durch diese Langzeitdaten wird IFNβ-1b auch künftig einen hohen Stellenwert in der Erstlinientherapie der MS haben“, ist Schippling überzeugt.

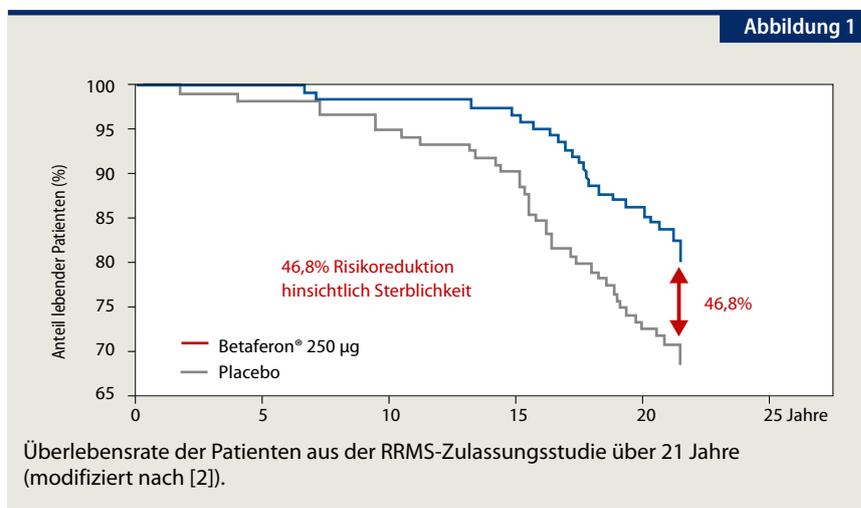
Dr. Martina-Jasmin Utz

- Ebers GC et al. Clin Ther 2009; 31: 1724–36
- Goodin D et al. 2011; Poster P07.163 AAN Honolulu

Pressekonferenz: „Neues zur Früh- und Langzeittherapie bei MS: Paradigmenwechsel im Blick“

Köln, 1.12.2011

Veranstalter: Bayer Vital GmbH



RLS: Positive Langzeitdaten für Rotigotin

➔ Patienten mit Restless Legs-Syndrom (RLS) erleben unter dopaminergem Therapie häufig eine Augmentation ihrer Beschwerden. Eine geringe Augmentationsrate wurde bei Therapie mit dem Dopaminagonisten Rotigotin in zugelassenen Dosen beobachtet – über bis zu fünf Jahre.

„In der neuen RLS-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie wird Rotigotin erstmals enthalten sein“, kündigte Professor Karin Stiasny-Kolster, Marburg, an. „Es ist als transdermales System seit 2009 auch für RLS-Patienten verfügbar.“ In einer offenen Phase-II-Folgestudie über fünf Jahre konnte mit transdermale Rotigotin (Neupro®) bei 59 % der bis dahin noch eingeschlossenen Patienten ein IRLS-Wert unter zehn Punkten erreicht werden. „39 % waren völlig asympto-

matisch“, so Stiasny-Kolster. „Auch die Augmentationsrate war niedrig. Sie betrug 5,1 % bei den Patienten, bei denen die zugelassene Tageshöchstdosis für diese Indikation, 3 mg, nicht überschritten wurde [1].“

Ein weiteres Thema des Symposiums waren Pathophysiologie, Diagnose und Therapie bei Narkolepsie. Professor Thomas Pollmächer, Ingolstadt, betonte, dass auf dem Boden einer genetischen Prädisposition unterschiedlichste Auslöser der Erkrankung in Frage kämen. „Auch die Narkolepsie als Impfschaden nach der pandemischen H₁N₁-Impfung im Herbst 2009 war im Gespräch“, erläuterte Pollmächer. „Es haben sich aber in einer Kohorte von mehr als 1,3 Millionen Geimpften im Großraum Stockholm – mehr als die Hälfte der dortigen Bevölkerung – kei-

nerlei Anzeichen überzufällig häufiger Neuzugänge an Narkolepsien gezeigt [2].“ Stattdessen wurde in einer Studie in und um Peking eine Korrelation zwischen der Narkolepsie-Inzidenz und der Zahl natürlicher H₁N₁-Infektionen beobachtet, also von der jeweiligen Grippezeit [3]. **SimoneReisdorf**

1. Oertel W et al. Lancet Neurol 2011; 10: 710–20
2. Bardage C et al. BMJ 2011; 343: d5956
3. Han F et al. Ann Neurol 2011; 70: 410–7

„RLS – mehr als nur Schlafstörungen“ 19.
DGSM-Jahrestagung, Mannheim, 11.11.2011
Veranstalter: UCB Pharma GmbH

Kombinationstherapie bei Alzheimer

➔ Hierzulande leben etwa 1,3 Millionen Menschen mit einer Alzheimer-Demenz, bis zum Jahr 2050 wird sich die Zahl verdoppelt haben. Für leichte bis mittelschwere Stadien sind Acetylcholinesterase-Hemmer (z. B. Donepezil®) geeignet, für moderate bis schwere Stadien Memantine (z. B. Ebixa®). Nach Datenlage und Praxiserfahrung gilt laut Professor Rainer Hellweg, Berlin: „Ein früher Therapiebeginn ist besser als ein späterer und ein späterer Beginn ist besser als keine Therapie“. Aktuelle Responderanalysen belegen erneut die Wirksamkeit von Memantine [1]. Für die Kombination von Memantine und Donepezil werden synergistische Effekte postuliert; diese Verstärkung zeigte unter

anderem eine 24-Wochen-Studie [2]. Es könne sich lohnen, Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz kombiniert zu behandeln, so Hellweg.

„Individuelle nicht-medikamentöse Maßnahmen sind als Zusatz zur Arzneimitteltherapie ein wichtiger Baustein der Behandlung“, betonte Dr. Brigitte Grass-Kapanke, Krefeld. Als Beispiele nannte sie Bewegungstherapien, kognitives Training, kreatives Arbeiten, Selbsterhaltungstraining, Schulung der Angehörigen und Umfeldgestaltung. Die verschiedenen Optionen sollten individuell für jeden Patienten ausgewählt werden. Eine Überforderung – etwa im kognitiven Training – könnte zu Frustration, Scham, Rückzug oder

auch Aggressivität führen. Individuell passende Angebote hingegen können zusätzlich zu dem Übungseffekt auch das Selbstwertgefühl erhöhen. Gerade der Erhalt des Selbstwertgefühls und die Vermeidung der Scham sei für Demenzpatienten wesentlich, betonte Grass-Kapanke.

Dr. Friederike Holthausen

1. Hellweg R et al. Int J Geriatr Psychiatry, 2011; doi: 10.1002/gps.2766
2. Tariot PN et al. JAMA 2004; 291: 317–24

Expertengespräch „Alzheimer-Demenz: Welche Therapien sind optimal für den Patienten?“, DGPPN-Kongress, Berlin, 25.11.2011; Veranstalter: Lundbeck GmbH

Wann MS-Therapie umstellen?

➔ Nach Versagen einer Basistherapie wird die Behandlung der schubförmigen MS häufig auf eine Eskalationstherapie umgestellt, obwohl das Komplikationsrisiko erhöht ist. Meist bedarf es jedoch keiner Eskalationstherapie. Dieser Schluss ergibt sich aus der multinationalen COPTIMIZE-Studie, in der mit einem β -Interferon unzureichend behandelte Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit vom Switch auf Glatirameracetat (GLAT) profitierten.

An der nicht-interventionellen Studie nahmen 690 Patienten teil, die drei bis sechs

Monate vor Einschluss von einer in der Regel β -Interferon-basierten Therapie auf GLAT umgestellt worden waren. Die Gründe für den Switch bestanden in Unwirksamkeit, intolerablen Nebenwirkungen oder dem Nachweis neutralisierender Antikörper. Die Dauer der GLAT-Behandlung bis zur Auswertung betrug median 382 Tage. Die Ergebnisse einer Zwischenauswertung wurden auf dem ECTRIMS/ACTRIMS 2011 in Amsterdam mitgeteilt (Ziemssen T et al. P510). Danach führte der Switch auf GLAT zu einem signifikanten Rückgang der jährlichen Schubrate von 0,84

auf 0,34. Außerdem profitierten die Patienten von einer signifikanten Verbesserung von Mobilität, Kognition und Fatigue. 53,4 % der Patienten gaben eine subjektive Besserung des Wohlbefindens durch den Switch auf GLAT an, 41 % fühlten sich unverändert. Die meisten Patienten (69,6 %) berichteten, die Verträglichkeit der Therapie würde ihnen seit dem Switch weniger Probleme bereiten ($p < 0,0001$); lediglich 4,8 % berichteten von einer Zunahme der Nebenwirkungen. **red**

Nach Informationen von Teva

Bei generalisierter Angststörung immer kombiniert behandeln?

➔ In einer Pro-Con-Debatte wurden auf einem Satellitensymposium im Rahmen des DGPPN-Kongresses die Argumente für und wider einer Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie bei generalisierter Angststörung (GAD) präsentiert. Konsens war: Die Datenlage ist äußerst dünn, manches spricht für die Kombination, diese ist aber keineswegs immer verpflichtend.

Kaum Studien zur Kombination bei GAD

Professor Borwin Bandelow, Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Göttingen, betonte, dass viele Patienten für eine Psychotherapie erst durch medikamentöse Therapie zugänglich werden. In der Praxis würde auch die überwiegende Zahl der Psychotherapiepatienten zusätzlich mit Medikamenten behandelt. Meta-Analysen hätten – zumindest bei der Panikstörung – einen deutlichen Vorteil der Kombination gezeigt. Zu sozialen Phobien gebe es weniger Studien, allerdings

auch Hinweise zugunsten der Kombination. Bei der GAD lägen jedoch fast keine Studien vor. Es sei aber anzunehmen, dass Medikamente und Psychotherapie an unterschiedlichen Stellen im Gehirn ansetzen und deshalb synergistische Effekte zu erwarten seien. Es liege nahe, dass Psychotherapie im präfrontalen Kortex wirke und somit kognitiv höher stehende Zentren beeinflusse, während Medikamente an vielen Stellen im Gehirn wirkten, also auch auf „primitive“ Angstzentren wie die Amygdala, erläuterte Bandelow.

Integratives therapeutisches Denken gefordert

Dr. Dr. scient. pth. Dipl.-Psych. Reinhard J. Boerner, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Christlichen Krankenhaus Quakenbrück, plädierte für eine differenzierte Betrachtung der Indikation zur Kombinationstherapie bei GAD. Eine A-priori-Kombinationstherapie sei weder durch die empirische Datenlage, noch durch eine all-

gemeine Indikation beziehungsweise auch nicht unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte gerechtfertigt. Zur GAD seien bisher nur zwei Studien durchgeführt worden, von denen eine Studie eine problematische Pharmakotherapie beinhaltet habe. Eine Kombinationstherapie sei somit nicht generell, sondern nur bei spezifischen Indikationen begründbar, so etwa bei Therapieresistenz, ausgeprägter Komorbidität sowie Berücksichtigung der Kosten-Nutzen-Relation. Boerner forderte ein integratives therapeutisches Denken auf dem Hintergrund eines systemischen Therapie- und Störungsmodells, welches Therapieinterventionen je nach klinischer Notwendigkeit erlaube und gegebenenfalls kombiniere.

Dr. Gunter Freese

Satellitensymposium „GAD näher beleuchtet: Gibt es eine reine GAD? Welche Therapie ist die beste?“, DGPPN-Kongress, Berlin, 23.11.2011
Veranstalter: Pfizer Pharma GmbH

Schlaganfallprävention: Antikoagulanzen im Vergleich

➔ Auf einem Satellitensymposium beim DGN-Kongress 2011 in Wiesbaden wurden Daten zur Wirksamkeit von Apixaban in der Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern vorgestellt.

Der Faktor-Xa-Hemmer Apixaban (Eliquis®) ist bisher für die Prophylaxe venöser Thromboembolien bei erwachsenen Patienten nach elektiven Hüft- oder Kniegelenkersatzoperationen zugelassen. Es hemmt sowohl den freien als auch den im Prothrombinase-Komplex und im Thrombus gebundenen Faktor Xa und damit die Umwandlung von Fibrinogen zu Fibrin.

Apixaban ist Warfarin signifikant überlegen

Professor Hans-Christoph Diener, Direktor der Neurologischen Uniklinik Duisburg-Essen, stellte Ergebnisse aus den Studien AVERROES und ARISTOTLE vor, die das Medikament im Rahmen des Expanse-Studienprogramms unter anderem für die Schlaganfallprophylaxe bei Patienten mit Vorhofflimmern (VHF) untersuchten.

„ASS ist out“

In der doppelblinden, multizentrischen ARISTOTLE-Studie wurde Apixaban (n=9.120, 2 x 5 mg/d bzw. 2 x 2,5mg/d) mit Warfarin (n=9.081; INR-Zieldosierung 2,0–3,0) an Patienten mit VHF und mindestens einem weiteren Risikofaktor für einen Schlaganfall verglichen. Im Vergleich zur Standardtherapie verringerte Apixaban das Risiko für Schlaganfälle und systemische Embolien signifikant um 21 %, das Risiko schwerer Blutungen signifikant um 31 % und die Sterblichkeitsrate um 11 %. Damit ist Apixaban, das sich noch in der klinischen Entwicklung befindet, das erste neue orale Antikoagulanzen, das die Rate von Todesfällen jeglicher Ursache im Vergleich zu Warfarin signifikant reduziert. Bereits in der AVERROES-Studie hatte sich Apixaban (n=2.808) gegenüber Acetylsalicylsäure (ASS, n=2.791) als signifikant überlegen gezeigt. Unter Apixaban sank die Schlaganfallrate bei Patienten, die für eine Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten nicht infrage kamen, um mehr als 50 %, ohne eine signifikante Erhöhung

schwerer Blutungen. Die relative Risikoreduktion für den sekundären Wirksamkeitseffekt, die Kombination aus Schlaganfall, systemischer Embolie, Myokardinfarkt und vaskulärem Tod betrug 34 %. Diener ergänzte, dass es unter der Behandlung mit Apixaban keine Hinweise auf Leberschäden gegeben habe und prognostizierte: „In Zukunft spielen ASS keine und die Vitamin-K-Antagonisten nur noch eine untergeordnete Rolle. Oder, um es in den Worten unserer Kinder zu sagen: ASS ist out.“

Heike Grosse

Satellitensymposium „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern“, 84. DGN-Kongress, Wiesbaden, 29.9.2011
Veranstalter: Bristol-Myers Squibb und Pfizer

Journal

André Maurois` Erzählung „Thanatos Palace Hotel“

All inclusive ...

Schon Albert Camus erkannte in seinem berühmten Werk ‚Der Mythos von Sisyphos‘: „Es gibt nur ein wirklich ernstes philosophisches Problem: den Selbstmord.“ Nicht erst seit der Dignitas-Bewegung erscheint den Menschen ein assistierter Suizid attraktiv. In seiner Erzählung über eine Selbstmordpension, das Thanatos Palace Hotel, bricht André Maurois ironisch die Verzweiflung auf: „Es geschieht immer aus Mangel an Geduld, dass man hier ist.“



Lebensmüde und ein Stück der Verantwortung für den eigenen Tod abgeben? André Maurois und andere Schriftsteller gehen das Thema facettenreich an.

© Martina Berg / Fotolia.com

80 Psychopathologie in Kunst & Literatur

All inclusive ...

Die Verzweiflung eines Lebensmüden, der den Tod in einer Selbstmordpension sucht, bricht André Maurois in seiner Erzählung „Thanatos Palace Hotel“ ironisch auf.

86 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Kampf um die eigene Persönlichkeit

Eine Ausstellung in München versucht, die scheinbar so unverwechselbare Kunst Egon Schieles in Beziehung mit aktuellen Strömungen zu setzen.

Noch in den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts galt André Maurois (1885–1967) als einer der erfolgreichsten Schriftsteller Frankreichs. Er war Schüler des berühmten französischen Pädagogen und Philosophen Alain, i.e. Émile-Auguste Chartier (1868–1951), der „moralischen Stimme Frankreichs“ zwischen den beiden Weltkriegen, und später Erzieher am englischen Königshof. Das Mitglied der ruhmreichen Académie Française war überdies einer der Mitbegründer der psychologisierenden „biographie romancée“, und nicht wenige Literaturwissenschaftler hielten ihn für das französische Pendant von Stefan Zweig. „Geistvoll, feinfühlig, elegant und mit scharfen Analysen dringt er in das Empfindungsleben seiner Gestalten ein. Bei aller Zartheit, romantischer Herzenswärme und Wehmut ist er zugleich feinnerviger Beobachter der Realität des Alltags, durchleuchtet er mit abgeklärter Ironie und souveräner Skepsis die menschliche Gesellschaft von heute. Die Menschen wahr und gerecht zu malen und ihr Bild nicht durch satirische oder schönfärberische Übertreibungen zu verunstalten, hat er sich in seinen Werken bemüht.“ So rühmt 1961 ein Klappentext zu der Novellensammlung „Begegnung und Abschied“ den Schriftsteller aus dem Elsass, Literaturwissenschaftler und Historiker, der eigentlich Émile Salomon Wilhelm Herzog hieß. Man kann sein Werk in drei Abteilungen aufgliedern: Da sind die Geschichtsbücher über Deutschland, England, Amerika und Frankreich, die Biographien über Shelley, Proust, Lord Byron, die drei Dumas, Balzac, George

Sand und Victor Hugo sowie schließlich die Romane „Claire oder Land der Verheißung“ (1963); „Im Kreis der Familie“ (1943); „Instinkt für das Glück“ (1934); „Rosen im September“ (1957); „Schule für Eheleute“ (1955); „Wandlungen der Liebe“ (1955); „Fragmente einer Weltgeschichte. Veröffentlicht von der Universität Timbuktu im Jahre 2025“ (1948). Einige Romane wurden auch verfilmt. „Thanatos Palace Hotel“ lief 1969 in der ARD unter dem Titel „Tod auf Bestellung“.

Thanatos Palace Hotel

Einer breiteren Leserschicht bekannt wurde André Maurois mit seiner kurzen Erzählung „Thanatos Palace Hotel“. Die Geschichte könnte sich heute zugetragen haben und liest sich doch zugleich wie ein Kommentar des berühmten ersten Satzes aus „Der Mythos von Sisyphos“ seines Landsmannes Albert Camus: „Es gibt nur ein wirklich ernstes philosophisches Problem: den Selbstmord.“

Ein gewisser Jean Monnier, dessen Name als eine phonetische Anspielung auf „monnaie“ (französisch: Münze, Währung) verstanden werden darf, hat sich an der Börse verspekuliert und ist abgebrannt bis auf sein letztes Hemd. Auch seine Liebe zu einer Frau namens Fanny ist gescheitert. Zwar hat sich Monnier von unten hochgearbeitet, doch von nun an geht's nur noch bergab. Fazit: „Das ist eben die Krise“. Ihm bleiben weniger als 600 Dollar in einer Lage, die gänzlich trostlos ist: „Seit einer Woche las man fast täglich in den Zeitungen Berichte über Selbstmorde. Bankleute, Angestellte, Spekulanten zogen den Tod einer schon ver-

lorenen Schlacht vor. Ein Sprung aus dem zwanzigsten Stockwerk? Wie viele Sekunden? Drei? Vier? – Dann zerschmettert! Wenn aber der Aufprall nicht tödlich war? Er stellte sich fürchterliche Leiden vor, zermalmte Glieder (...), geht dann aber gemütlich frühstücken und genießt seinen mit Sirup übergossenen Pfannkuchen.

„... keine Vorwürfe mehr hören ...“

Doch ändert der nichts an der grundsätzlich bedrohlichen Situation, in der Monsieur Monnier einen seltsamen Brief erhält. Er kommt von einem „Thanatos Palace Hotel“ in New Mexico und enthält unter drei geprägten Zypressen, bekanntlich Trauersymbole, seltsame Zeilen. Man verfüge über Informationen über seine existentielle Notlage, liest der erstaunte Empfänger, und man biete ihm gewisse Dienste an in einer derart hoffnungslosen Lage, in der jeder Kampf nur noch sinnlos „und der Gedanke an den Tod wie eine Befreiung erscheint. Die Augen schließen, einschlafen, nicht mehr aufwachen, keine Fragen, keine Vorwürfe mehr hören (...).“

Hat nicht schon jeder einmal diesen Traum geträumt? Doch in dem Brief wird auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die meisten Selbstmorde fehl schlugen und schreckliche Folgen für die Betroffenen hätten. Das Thanatos Palace Hotel jedoch biete hundertprozentig zuverlässige Abhilfe: ohne Leiden und „gefährlos“. „Im Thanatos Palace Hotel wird der Tod Sie im Schlaf ereilen, und zwar in der sanftesten Form.“ Fünfzehn Jahre Erfahrung und mehr als 2.000 Klientensprachen für sich: „Wir wollen noch hin-

zufügen, dass wir für die Besucher, die von berechtigten religiösen Bedenken gepeinigt sind, mit Hilfe einer sinnreich erdachten Methode jede moralische Verantwortung aus der Welt schaffen.“ Auch auf die prekäre finanzielle Lage der meisten Klienten werde Rücksicht genommen. Es genüge, wenn bei Ankunft ein Pauschalbetrag von 300 Dollar entrichtet werde, der sämtliche anfallenden Kosten des „Verfahrens, des Begräbnisses und schließlich auch der Grabpflege“ sowie des Bedienungsgeldes decke.

Zuletzt verweist das makabere Schreiben auf die gepflegte Umgebung: vier Tennisplätze, 18-Loch-Golfanlage, Schwimmbecken, Gäste beiderlei Geschlechts, Bus-Shuttle (...). Kurz: Jean Monnier beißt an und macht sich auf eine zwei Tage und zwei Nächte dauernde Reise bis zur Station Deeming, New Mexico: „Ihn wunderte, wie selbstverständlich er seine letzte Reise antrat (...)“, auf der ihm bald zwei junge blonde Mädchen auffallen, die ihm folgen. Sollten sie ebenfalls (...)?

Der Shuttlebus steht am Zielbahnhof bereit. Er ist in lebhaftem Blau mit blaugelber Polsterung gehalten und sieht überhaupt nicht aus wie ein Leichenwagen. Monnier versucht, mit dem Fahrer ins Gespräch zu kommen, der andeutet, er sei einst ebenfalls als Gast gekommen, doch dann (...). Weiter kommt der Besucher nicht, denn der Chauffeur sagt: „Monsieur, ich habe diese Stellung angenommen, um nicht mehr über mich zu

sprechen, und die Kurven sind schwierig (...)“

„Wir tun ja nichts, was unseren Pflichten widerspricht“

Als Jean Monnier im Hotel eintrifft, das in spanisch-indianischem Stil gehalten ist, stellt er fest, dass alle Zimmer nach Süden gehen und sonnenüberflutete Veranden haben. Er stößt auf den Portier namens Sarconi, den er glaubt, aus dem „Ritz“ in Barcelona zu kennen, entrichtet die Gebühr von 300 Dollar und füllt die Anmeldeformulare aus. Er soll zwei Adressen von Freunden oder Angehörigen hinterlassen, die verständigt werden sollen. Überdies möge er handschriftlich und in der jeweiligen Muttersprache folgenden Text schreiben: „Ich, der Unterzeichnete, gesund an Körper und Geist, bezeuge hiermit, dass ich freiwillig aus dem Leben scheidet und dass die Direktion und das Personal des Thanatos Palace Hotel, für den Fall, dass mir etwas zustößt, keinerlei Verantwortung tragen.“

Die beiden blonden Mädchen aus dem Bus unterschreiben ebenso wie er. Monnier lernt den eloquenten und geschmeidigen, stets überaus freundlichen Direktor Henry M. Boerstecher kennen, auf dessen Idee das gesamte Unternehmen, mittlerweile Eigentum einer Aktiengesellschaft, basiert. Auf seine etwas naive Frage, ob denn das Hotel mit seinem speziellen Angebot keine „Schwierigkeiten“ mache, antwortet der „Direktor auf Lebenszeit“: „Schwierigkeiten? (...)“

Aber wir tun ja nichts, Monsieur, was unseren Pflichten widerspricht. Wir geben unseren Kunden, was sie wünschen (...). Außerdem gibt es hier keine Ortsbehörde (...).“ Offenbar weiß man gar nicht genau, ob das auf der (realen wie symbolischen) Grenze liegende Grundstück zu den USA oder zu Mexiko gehört. Einer Sage zufolge seien hier einmal Indianer zusammengekommen, um gemeinsam zu sterben und so den Europäern zu entkommen. Die Leute der Gegend meinten, die Seelen der Toten verböten den Zugang zum Gebirge. Deshalb habe man das Grundstück günstig erwerben können. Monnier bekommt schließlich das Zimmer 113. Nein, er sei nicht abergläubisch, bekennt er, sondern er sei vielmehr fromm erzogen, gestehe aber, dass der Gedanke an Selbstmord „unangenehm“ sei. „Aber hier handelt es sich nicht um Selbstmord“, beruhigt ihn der Direktor, der seinem neuen Klienten schließlich Mrs. Clara Kirby-Shaw als Tischdame vorschlägt: sehr anregend, beste Manieren, intelligent, künstlerisch veranlagt (...). Monnier ist zunächst etwas indigniert, ändert seine Meinung jedoch sofort, als er die Dame sieht: „Eine sehr hübsche Frau. Braunes welliges Haar fiel ihr tief in den Nacken und wurde von einem Knoten festgehalten. Unter einer hohen und kräftigen Stirn blickten sanfte und kluge Augen. Warum wollte eine so anziehende Frau sterben?“ Schon beichtet die Lady ihr Lebensgeheimnis: eine unglückliche Ehe, eine Romanze mit einem jungen Schriftsteller, der sie aber nur benutzt, ein Ehemann, der sie nicht zurücknimmt, feindschaftlich gesinnte Verwandte (...). Kurz: Sie fürchte das Leben mehr als den Tod.

Das Leben ist (doch) schön

Als ihr Monnier im Smoking von seinen Niederlagen und den Gründen seines Hierseins erzählt, versucht Mrs. Kirby-Shaw nach Kräften, ihn dem Leben zurückzugewinnen und zeigt sich als exakt der Typ Frau, den Monnier immer schon gesucht hat: eine, die den Kampf nicht scheut und zugleich „in der Armut einen romantischen Reiz findet“. Die beiden verabreden sich für den nächsten Morgen – den sie hoffentlich erleben – zu einem gemeinsamen Spaziergang in den Bergen. Nach bestens durchschlafener Nacht stellt Monnier anderentags fest,



wie herrlich es doch ist zu leben. Unterwegs erzählt ihm Clara das Schicksal der beiden jungen Blondinen, zweier Schwestern. Beide hätten sich zugleich in einen ungarischen Adligen verliebt, „schön wie ein Halbgott, musikalisch wie ein Zigeuner“, doch der Ungar habe nur um die Hand der einen angehalten, weswegen die andere Schwester versucht habe, ins Wasser zu gehen – bis sich schließlich beide Mädchen entschlossen hätten, auf Graf Nicky zu verzichten und lieber gemeinsam zu sterben.

In diesem kunstvoll ironisch gebrochenen Kontext entdeckt Clara ihrem verliebten Jean den tieferen Grund der Anwesenheit sämtlicher Gäste des Thanatos Place Hotel: „Es geschieht immer aus Mangel an Geduld, dass man hier ist.“ Eng umschlungen kehrt das Paar ins Hotel zurück. Monnier beschließt, mit Clara am Leben zu bleiben und informiert den Direktor. Dieser zeigt sich überhaupt nicht überrascht, sondern im Gegenteil hoch erfreut: „Wir sind hier an solche Theatereffekte gewöhnt.“ Bleibt noch die leidige Frage nach dem Geld und dem nötigen Startkapital für das junge Glück. Was ist mit den 300 Dollar? Auch hier zeigt sich der Direktor äußerst verständnisvoll und konzilient und berechnet nur 20 Dollar pro Tag plus Bedienungsgeld.

„Sie sind alle romantisch“

Kaum hat der überglückliche Monnier die Szene verlassen, als der Direktor den Portier ruft: „Sarconi, Sie müssen schon heute das Gas auf Nr. 113 aufdrehen; gegen 2 Uhr morgens (...) und morgen die beiden Kleinen von Nr. 17, wie verabredet.“ Doch da erscheint Clara mit den Worten: „Ich denke, ich verdiene Anerkennung. Das war doch gute Arbeit (...). Armer Junge! Er war nett, romantisch.“ „Sie sind alle romantisch“, antwortet der Direktor. Doch sie hält ihm vor, grausam zu sein: gerade jetzt, wo Monnier wieder Lust am Leben finde. „Grausam? Im Gegenteil. Gerade darin besteht ja die Humanität unserer Methode. Dieser Mann hatte religiöse Skrupel. Ich entkräfte sie (...). Übermorgen habe ich einen neuen Ankömmling für dich. Es ist wieder ein Bankmann, diesmal ein Schwede (...).“ Dabei streicht der gewissenhafte, stets freundliche Direktor mit Lineal und Rotstift sorgfältig einen Namen auf der Liste.

Der Traum des Julian Barnes

Nicht ohne Reiz ist es, in Julian Barnes großartigem Buch über den Tod, das in deutscher Übersetzung unter dem Titel „Nichts, was man fürchten müsste“ 2010 erschien, zu lesen, dass er ähnlich wie der arme Jean Monnier träumt, sich „in einer Selbstmordpension in einem Land anzumelden, das sich Todsuchenden gegenüber tolerant zeigt. Ich habe die Formulare unterschrieben und meine Frau hat eingewilligt.“ Doch anstelle eines Grand Hotels findet er eine schäbige Pension mit billigen Möbeln und einem nach früheren Bewohnern stinkenden Bett. Der träumende Barnes sieht seinen Fehler ein, doch offenbar kann er nicht zurück. Kommentar: „Ich war zwar nicht gerade stolz auf diesen neuen Traum, aber doch erfreut, dass mein Unterbewusstsein sich noch aktualisierte, noch Schritt hielt mit den Entwicklungen auf der Welt. Weniger erfreut war ich, als ich im letzten Buch des Lyrikers D. J. Enright, ‚Injury Time‘, entdeckte, dass er fast genau denselben Traum gehabt hatte (...). In seinem Fall war der Selbstmordpension das Giftgas ausgegangen. Darum sollten Enright und seine Frau nunmehr per Minibus in das örtliche Postamt überführt werden, und er hatte die – nur allzu verständliche – Befürchtung, dort dürften die Anlagen weniger human und weniger effektiv sein.“

Barnes Buch ist eine ironische, nichtsdestotrotz ernsthafte, rührende und zugleich sarkastische, verängstigte und flapsige, trostvolle und desillusionierende, immer aber scharfsinnige und geistvolle Auseinandersetzung mit der Angst vor dem Sterben und der gar nicht immer so wesensverwandten Angst vor dem Tod. Wir dürfen davon ausgehen, dass der in Oxford zum Romanisten ausgebildete Barnes die Erzählung von André Maurois gekannt hat und dieses Wissen gewissermaßen in seinen Traum eingebaut hat.

„Ludwigshöhe“

Nahezu zeitgleich, aber gänzlich unabhängig von Barnes gewinnt der geistreiche Münchner Schriftsteller Hans Pleschinski dem Thema in seinem weit ausholenden Roman „Ludwigshöhe“ (2008) eine weitere Variante ab. Der Klappentext gibt Auskunft: „Die drei Geschwister Clarissa, Monika und Ulrich Berg ma-

chen ein vertracktes Erbe. Onkel Roberto bedenkt sie mit gewaltigen und weit verzweigten Vermögenswerten, allem voran mit einer Villa am Starnberger See. All dies könnte sie auf einen Schlag von ihrem ermüdenden, nicht unbedingt aussichtsreichen Existenzkampf befreien. Aber er macht ihnen eine Auflage: Sie müssen dieses Haus als Hort für Lebensmüde betreiben; nicht nur rechtlich eine Gratwanderung.

Wachsende Zahl „Finalisten“

Voller Skrupel und Ängste, aber auch scharf auf das Erbe öffnen die Geschwister die Villa an der Ludwigshöhe für eine stetig wachsende Zahl von ‚Finalisten‘. Da findet sich eine verzweifelte Verkäuferin neben dem Bühnenbildner mit gewissen körperlichen Defiziten ein, eine ausgebrannte Lehrerin neben einer vereinsamten Schauspielerin, eine medikamentenabhängige Witwe neben der liebeskranken Domina, ein bankrotter Verleger, aber auch eine 17-jährige syrische Immanitin, die Angst hat, Opfer eines Ehrenmordes zu werden. Während die Geschwister den Keller des Hauses mit praktischen Kühltruhen füllen, machen die ‚Lebensmüden‘ fast gar keine Anstalten mehr, ihrem dunklen Drang zu folgen. Die Villa erlebt ein Fest des Lebens.“

Ohne zu viel zu verraten darf doch mitgeteilt werden, welche bedeutende Rolle schließlich die Kunst für Suizidanten, Finalisten und potenzielle Selbstmordkandidaten spielt. Der Kritiker Jens Bisky schreibt dazu in der „Süddeutschen Zeitung“: „Statt den Bewohnern der Villa eine Lösung und dem Leser einen grellen Schlusseffekt zu präsentieren, bietet Pleschinski eine Form, das Nebeneinander von Glücksanspruch und Vergänglichkeit auszuhalten, ihm heiter zu begegnen. Bescheiden ist das Ende nicht, so sanft und unaufdringlich es auch herbeigeführt wird: Es ist die Kunst, die das letzte Wort behält.“ □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. Gerhard Köpf

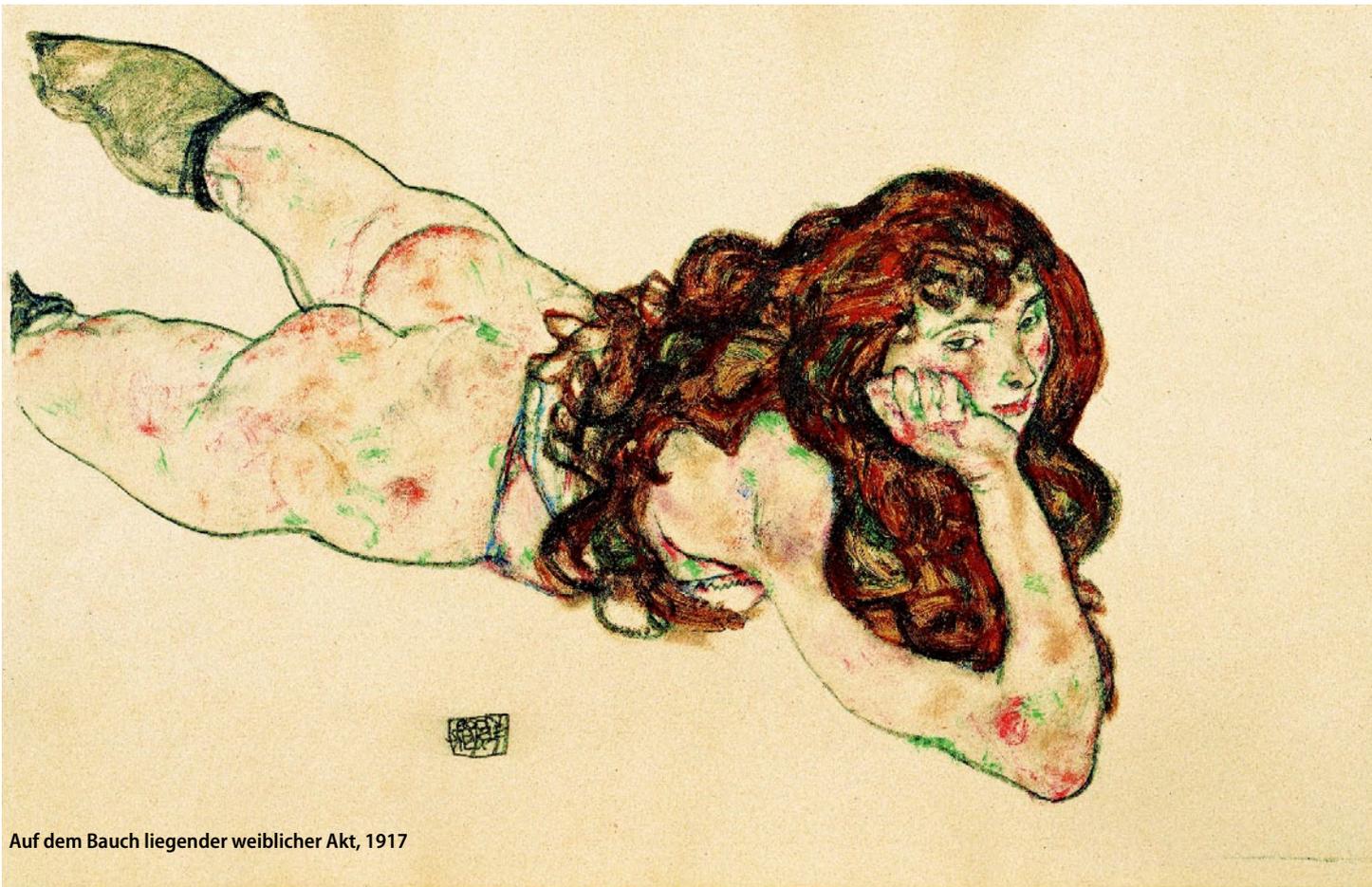
Ariboweg 10, 81673 München

E-Mail: aribo10@web.de

Egon Schiele

Kampf um die eigene Persönlichkeit

Der Maler Egon Schiele (1890–1918) zählt mit seinen expressiven Bildern und radikalen Kompositionen immer noch zu den wichtigsten Neuerern der Moderne. Vor allem die Tatsache, dass er in wenigen Jahren ein beeindruckendes Werk geschaffen hat, das ebenso wie sein manchmal rauschhaftes Leben auch für Skandale sorgte, hat ihn fast zur Legende gemacht. Eine Ausstellung in München versucht derzeit, seine scheinbar so unverwechselbare Kunst in Beziehung mit zeitgenössischen Strömungen und Gedanken zu setzen.



Halbwüchsiges
Bauernmädchen,
1910



© Albertina Wien

Ausgangspunkt für die Revision von Schieles Werk ist die Stimmung, die Wien um 1900 prägte; neben den gesellschaftlichen Umwälzungen um die Jahrhundertwende sorgten beispielsweise die Arbeiten Freuds auch dafür, dass eine Krise des Individuums konstatiert wurde: Was macht den einzelnen Menschen aus, wenn ihn ständig neue Einflüsse formen und verändern? Der Literaturkritiker Hermann Bahr prägte dafür, bezugnehmend auf Ernst Machs Schrift „Analyse der Empfindungen“, den Begriff „das unrettbare Ich“.

Das „ewige Kind“

In der Münchner Ausstellung wird dies zu einem der Ausgangspunkte, die diversen Selbstbildnisse Schieles als Festhalten der vielen Facetten der eigenen Persönlichkeit zu werten. Gerade in ihren oft unnatürlich verdrehten, übersteigerten Körperhaltungen wird versucht, das Unbeständige der Persönlichkeit zu betonen. In Kinderporträts kann Schiele zeigen, wie offen und noch ungeformt das Individuum unbelastet von Lebenserfahrungen ist. Für sich selbst beansprucht er diese Offenheit auch, mit einem Gedichttitel bezeichnet er sich daher als „Ich ewiges Kind“. Im Zuge dieser Suche nach dem Wesenskern von Persönlichkeit löst Schiele bei seinen Darstellungen von menschlichen Körpern auch den eindeutigen Raumbezug auf; wodurch „weniger das dargestellte Motiv, als vielmehr der Raum selbst zum Bildthema wird“.

Sexuelle Drastik

Ein weiterer Versuch, sich aus den lähmenden Konventionen zu lösen, war für Schiele auch die Betonung der Geschlechtlichkeit, die er ebenso dem Wandel unterworfen sieht wie die Individualität. Noch heute wirken die teils unnatürlichen Posen, die expressiven Formen und die gezielt eingesetzte Farbigkeit dieser Darstellung konfrontativ. Auch hierin zeigt sich eine Infragestellung von sexuellen Identitäten sowie von Konventionen. Schieles Ruf, sein Mythos, speist sich aus solchen Bildern wie aus dem „Martyrertum“, wegen der falschen Anschuldigung des sexuel-



© Albertina Wien

Selbstbildnis in oranger Jacke, 1913

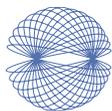
len Übergriffs auf Minderjährige – von der schließlich nur der Vorwurf der „Verbreitung unsittlicher Zeichnungen“ übrig blieb – ins Gefängnis gewandert zu sein. Auch hier versucht die Ausstellung, Schiele sowohl in den damaligen Zeitströmen zu verorten wie auch die Bezüge zu prägenden Künstlern, beispielsweise japanischer Holzschnittmeister, herzustellen.

Das „Was wäre, wenn“, das Schieles früher Tod aufgrund der Spanischen Grippe immer wieder provoziert, lässt sich vielleicht an den Porträts der letzten Lebensjahre erkennen: Sie verzichten weitgehend auf die Herausforderung des Betrachters und werden realistischer, auch plastischer. Schiele wurden in dieser Zeit daher auch häufiger Porträtaufträge zuteil. vs □

Über die Ausstellung

Die Ausstellung „Egon Schiele – ‚Das unrettbare Ich‘. Werke aus der Albertina“ wird noch bis zum 4. März 2012 im Kunstbau im Lenbachhaus, München, gezeigt. Der Katalog zur Ausstellung kostet 32,00 €

Ort	Veranstaltung	Anmeldung / Organisation
22.3.2012 in Berlin, Urania	10. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag „Initiative – Neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt“	Geschäftsstelle des BVDN, Dagmar Differt-Fritz Gut Neuhof, Am Zollhof 22a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
24.3.2012 in Nürnberg, Maritim Hotel	Bayerische BVDN-Frühjahrstagung „Nervenärzte, Psychiater, Neurologen – Wie teilen wir uns die neuropsychiatrische Versorgung?“	Athene Akademie Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055526, Fax: 0931 2055525 E-Mail: g.schuster@athene-qm.de
21.4.2012 in Aachen	Wissenschaftliches Symposium der Arbeitsgemeinschaft Autonomes Nervensystem	PD Dr. Christina Haubrich, Neurologische Klinik, Universitätsklinikum Aachen Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen E-Mail: chaubrich@ukaachen.de Prof. Dr. Rolf R. Diehl, Neurologische Klinik, Alfried-Krupp-Krankenhaus Essen Alfried-Krupp-Str. 21, 45131 Essen E-Mail: Rolf.diehl@krupp-krankenhaus.de
21.4.2012 in Dinklage	7. Nordwestdeutscher Psychiatrie- und Psycho- therapietag (NWPT) / Quakenbrücker Jahressymposium zur Psychologischen Medizin	Geschäftsstelle der DGNB e. V., Gabriele Agerer Hirschstr. 18, 89278 Nersingen-Strass Tel.: 07308 923-261, Fax 07308 923-262 E-Mail: sekretariat@dgnb-ev.de
11.–12.5.2012 Kreuzlingen/Schweiz	3. Fachtagung „Alltagsorientierte Rehabilitation emotionaler und kognitiver Störungen	Akademie bei König & Müller Sammelstr. 36/38, 97070 Würzburg Tel.: 0931 46079033, Fax: 0931 46079034 E-Mail: akademie@koenigundmueller.de
31.5.–2.6.2012 in Hamburg, University Medical Center, Campus Lehre	RIMS 2012 Rehabilitation in Multiple Sclerosis 17 th Annual Conference 2012	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Institut für Neuroimmunologie und Klinische MS-Forschung (inims), Prof. C. Heesen Martinistr. 52, 20246 Hamburg Tel.: 040 7410-54076, Fax: 040 7410-56973 www.inims.de / www.uke.de
14.–16.6.2012 in München	13. Münchner Neuroradiologie Symposium <i>Schwerpunkte:</i> Hirnanatomie, Entzündliche und metabolische ZNS-Erkrankungen, Neuro- pädiatrische Bildgebung, Epilepsie etc.	LMU – Klinikum der Universität München Campus Großhadern, Abteilung Neuroradiologie Marchioninstr. 15, 81377 München E-Mail: eveline.jung@coacs.de
16.6.2012 in Aachen	Symposium 2012 „ Aggressive Verhaltensstörung im Jugendalter – Möglichkeiten kooperativer Hilfen durch Kinder- und Jugendpsychiatrie “ der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	Stiftung-KJPP, Christian K. D. Moik Lütticher Str. 512b, 52074 Aachen Tel.: 0241 73960, Fax: 0241 79419 E-Mail: info@Stiftung-kjpp.de www.stiftung-kjpp.de
Termine der Fortbildungsakademie		
28.4.12 in Hamburg 5.5.12 in Berlin 2.6.12 in Köln 16.6.12 in München	ADHS im Erwachsenenalter	Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP, Nadya Daoud Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax 0931 2055511 E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de
		



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: Peter Laß-Tegethoff
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: Rüdiger Sassmanshausen

Ansprechpartner für Themenfelder

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

Ausschüsse

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

Referate

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

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

Geschäftsstelle des BVDN

D. Differt-Fritz
 Gut Neuhofer, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925
 E-Mail: 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, Gelsenkirchen; Peter Berlit, Essen; Heinz Herbst, Stuttgart

Beirat: Elmar Busch, Gelsenkirchen; Andreas Engelhardt, Oldenburg; Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt, Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder

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



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: Christian Vogel, München
Schriftführer: Sabine Köhler, Jena
Schatzmeister: Oliver Biniash, Ingolstadt
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Frank Bergmann, Aachen; Greif Sander, Sehnde

Referate

Soziotherapie: S. Schreckling
Sucht: G. Sander
Psychotherapie/Psychoanalyse: H. Martens
Forensik: C. Vogel

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

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: Delia Peschel
Bremen: n.n
Hamburg: Ute Bavendamm, Guntram Hinz
Hessen: Peter Kramuschke
Mecklenburg-Vorpommern: Christine Lehmann
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Christian Raida
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach
Saarland: Gerd Wermke
Sachsen: Bennemann
Sachsen-Anhalt: Regina Nause
Schleswig-Holstein: Uwe Bannert
Thüringen: Lutz Bode
Westfalen: Rüdiger Sassmannshausen

Ich will Mitglied werden!

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

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 300 – 500 EUR, je nach Landesverband).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 485 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 350 EUR für Fachärzte an Kliniken/Gemeinschaftspraxismitglieder; 90 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 485 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 350 EUR für Fachärzte an Kliniken/Gemeinschaftspraxismitglieder; 90 EUR für Ärzte in Weiterbildung).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 625 EUR.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

Konto-Nr.: _____

bei der _____ BLZ _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: BADEN-WÜRTTEMBERG						
Prof. Dr. J. Aschoff	Ulm	nein	ÄK	0731 69717		
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	ÄK/KV	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@web.de
BVDN-Landesverband: BAYERN						
Dr. Ch. Andersen-Haag	München	ja	KV	089 62277260	089 62277266	christina.andersen@t-online.de
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	ÄK/KV	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. Karl Ebertseder	Augsburg	ja	KV	0821 510400	0821 35700	dr.ebertseder@t-online.de
Dr. H. Martens	München	ja	ÄK	089 2713037	08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
Dr. K.-O. Sigel	München	ja	ÄK	089 66539170	089 66839171	dr.sigel@neuropraxis-muenchen.de
Dr. C. Vogel	München	ja	ÄK	089 2730700	089 27817306	praxcvogel@aol.com
BVDN-Landesverband: BERLIN						
Dr. G. Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	dr.g.benesch@t-online.de
Dr. H.-J. Boldt	Berlin	ja	KV	030 3186915-0	030 3186915-18	BoldtNA@t-online.de
Dr. D. Rehbein	Berlin	ja	ÄK	030 6931018	030 69040675	
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 3922021	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband: BRANDENBURG						
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 748720-7	0331 748720-9	st-alder@t-online.de
Dr. Gisela Damaschke	Lübben	ja	KV	035464038		mail@nervenarztpraxis-damaschke.de
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband: BREMEN						
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	ÄK/KV	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband: HAMBURG						
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. Andre Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
Dr. Rita Trettin	Hamburg	ja	ÄK	040434818		dr.trettin@gmx.de
BVDN-Landesverband: HESSEN						
Peter Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 9779745	tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de
Werner Wolf	Dillenburg	ja	KV	02771 8009900		praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN						
Dr. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@nervenaerzte-rostock.de
BVDN-Landesverband: NIEDERSACHSEN						
Dr. Ralph Luebbe	Osnabrück	ja	KV	0541434748		ralph.luebbe@gmx.de
BVDN-Landesverband: NORDRHEIN						
Dr. F. Bergmann	Aachen	ja	KV	0241 36330	0241 404972	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. M. Dahm	Bonn	ja	ÄK/KV	0228 217862	0228 217999	dahm@seelische-gesundheit-bonn.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	ÄK/KV	0221 402014	0221 405769	hphaus1@googlemail.com
BVDN-Landesverband: RHEINLAND-PFALZ						
Dr. Michael Dapprich	Bad Neuenahr	ja	ÄK	02641 26097	02641 26099	Dapprich@uni-bonn.de
Dr. Günter Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. Volkmar Figlesthaler	Speyer	ja	ÄK	06232 72227	06232 26783	vrfr@aol.com
Dr. Rolf Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. Christa Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	0160 97796487	02632 964096	C@Dr-Roth-Sackenheim.de
Dr. Klaus Sackenheim	Andernach	ja	ÄK/KV	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. Siegfried Stepahn	Mainz	ja	ÄK	06131 582814	06131 582513	s.stephan@nsg-mainz.de
BVDN-Landesverband: SAARLAND						
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	ÄK/KV	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. Ulrich Mielke	Homburg	ja	ÄK	06841 2114	06841 15103	mielke@servicehouse.de
Dr. Helmut Storz	Neunkirchen	ja	KV	06821 13256	06821 13265	h.storz@gmx.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN						
Dr. Mario Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733672625		mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN-ANHALT						
Dr. H. Deike	Magdeburg	nein	KV	0391 2529188	0391 5313776	
BVDN-Landesverband: SCHLESWIG-HOLSTEIN						
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	ÄK/KV	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband: THÜRINGEN						
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband: WESTFALEN						
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	KV	0231 515030	0231 411100	boettger@AOL.com
Dr. U. Thamer	Gelsenkirchen	ja	KV	0209 37356	0209 32418	Thamer.Herten@t-online.de

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

Dr. Uwe Bannert

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

Dr. Martin Bauersachs

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

Dr. Gerd Benesch

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

Dr. Frank Bergmann

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

Dr. Ralf Berkenfeld

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

Prof. Dr. Peter-Dirk Berlit

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

Dr. Joachim Beutler

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

Dr. Oliver Biniarsch

Friedrich-Ebert-Str. 78, 85055 Ingolstadt,
Tel.: 0841 83772, Fax: 0841 83762
E-Mail: psypraxingo@t-online.de

Dr. Lutz Bode

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

Dr. Jens Bohlken

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

PD Dr. Elmar Busch

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

Dr. Gunther Carl

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

Dr. Mike Dahm

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

Dr. Gisela Damaschke

Bergstr. 26, 15907 Lübben,
Tel.: 03546 4038, Fax: 03546 8409
E-Mail: mail@nervenarzt-luebben.de

Dr. Martin Delf

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

Prof. Dr. Hans-Christoph Diener

Universitätsklinikum Essen,
Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Dr. Ulrich Döle

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

Dr. Reinhard Ehret

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

Dr. Joachim Eißmann

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

Dr. Joachim Elbrächter

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

Dr. Günther Endrass

Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt,
Tel.: 06359 9348-0, Fax: 06359 9348-15

E-Mail: g.endrass@gmx.de

Prof. Dr. Andreas Engelhardt

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

Prof. Dr. Michael Faist

Hauptstr. 46, 77704 Oberkirch,
Tel.: 07802 6610, Fax: 07802 4361
E-Mail: michael.faist@web.de

Dr. Peter Franz

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

Dr. Matthias Freidel

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

Dr. Frank Freitag

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

Prof. Dr. Wolfgang Fries

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

Prof. Dr. Christian Gerloff

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

Dr. Heinrich Goossens-Merk

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

Dr. Holger Grehl

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

Dr. Klaus Gorsboth

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

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah

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

Dr. Angelika Haus

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

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

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

Dr. Guntram Hinz

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

Dr. Werner E. Hofmann

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

Dr. Thomas Hug

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

Dr. Ulrich Hutschenreuter

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

Dr. Birgit Imdahl

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

Dr. Josef Kesting

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

Dr. Werner Kissling

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

Dr. Sabine Köhler

Dornburger Str. 17a, 07743 Jena,
Tel.: 03641 443359
E-Mail: sab.koehler@web.de

Dr. Fritz König

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

Dr. Johanna Krause

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

Prof. Dr. Peter Krauseneck

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

Dr. Thomas Krichenbauer

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

Dr. Bernhard Kügelgen

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

Dr. Peter Laß-Tegethoff

Frankfurter Str. 71, 35625 Hüttenberg,
Tel.: 06441 9779722, Fax: 06441 9779745
E-Mail: tegethoff@neuropraxis-
rechtenbach.de

Dr. Andreas Link

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

Dr. Wolfhard Lünser

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

Dr. Hans Martens

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

Dr. Norbert Mayer-Amberg

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

Dr. Ramon Meißner

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

Dr. Uwe Meier

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

Dr. Norbert Mönter

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

Dipl. med. Delia Peschel

Fröbelstr. 1, 03130 Spremberg,
Tel.: 03563 52213, Fax: 03563 52198
E-Mail: delip@web.de

Dr. Rolf Peters

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

Dr. Walter Raffauf

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

Dr. Elisabeth Rehkopf

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

Prof. Dr. Fritjof Reinhardt

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

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

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

Dr. Christa Roth-Sackenheim

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

Dr. Klaus Sackenheim

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

Dr. Manfred Salaschek

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

Dr. Greif Sander

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

Dr. Michael Schwalbe

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

Dr. Karl-Otto Sigel

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

Matthias Stieglitz

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

Dr. Helmut Storz

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

Dr. Siegfried R. Treichel

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

Dr. Roland Urban

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

Dr. P. Christian Vogel

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

Prof. Dr. Klaus Peter Westphal

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

Dr. Gerd Wermke

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

Dr. Elke Wollenhaupt

Anton-Graff-Str. 11, 01309 Dresden,
Tel.: 0351 4413010
E-Mail: elke.wollenhaupt.web.de

Dr. Werner Wolf

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

PD Dr. Roland Wörz

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

PD Dr. Albert Zacher

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

Dr. Falk von Zitzewitz

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

1. Vertragliche Kooperationspartner der Berufsverbände

Arbeitsgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)

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

Athene Akademie

Qualitätsmanagement im
Gesundheitswesen
Geschäftsführerin:
Gabriele Schuster,
Traubengasse 15,
97072 Würzburg,
Tel.: 0931 2055526,
Fax: 0931 2055525,
E-Mail: g.schuster@athene-qm.de

Cortex GmbH

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

Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie (DIQN)

Schanzenstr. 27, Schlosserei 4,
51063 Köln, Tel.: 0221 955615-95,
Mobil: 0173 2867914,
E-Mail: info@diqn.de

Fortbildungsakademie

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

QUANUP e.V.

Verband für Qualitätsentwicklung in Neurologie und Psychiatrie e.V.,
Hauptstr. 106, 35745 Herborn,
Tel.: 02772 53337,
Fax: 02772 989614,
E-Mail: kontakt@quanup.de
www.quanup.de

2. Politische Kooperationspartner der Berufsverbände

Bundesärztekammer (BÄK) Arbeitsgemeinschaft der

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

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

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

Neurologie

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Geschäftsführung:
Dr. Thomas Thiekötter,
Reinhardtstr. 14,
10117 Berlin,
www.dgn.org

Fortbildungsakademie der DGN

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

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e.V. (BV ANR)

Pasinger Bahnhofplatz 4,
81242 München,
Tel.: 089 82005792,
Fax: 089 89606822,
E-Mail: info@bv-anr.de
www.bv-anr.de

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)

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

Bundesverband Neuro-Rehabilitation (BNR)

Vorsitz: R. Radzuweit,
Godeshöhe, Waldstr. 2–10,
53177 Bonn-Bad Godesberg,
Tel.: 0228 381-226 (-227),

Fax: 0228 381-640,
E-Mail: r.radzuweit@bv-neurorehagodeshoehe.de
www.bv-neuroreha.de

Gesellschaft für Neuro-psychologie (GNP) e.V.

Geschäftsstelle Fulda,
Postfach 1105,
36001 Fulda,
Tel.: 0700 46746700,
Fax: 0661 9019692,
E-Mail: fulda@gnp.de
www.gnp.de

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN)

Vorsitz: Dr. M. Prosiegel,
Fachklinik Heilbrunn,
Wörnerweg 30,
83670 Bad Heilbrunn,
Tel.: 08046 184116,
E-Mail: prosiegel@t-online.de
www.dgnkn.de

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

Alte Jakobstr. 77,
10179 Berlin,
Tel.: 030 284499 22,
Fax: 030 284499 11,
E-Mail: gs@dgnc.de
www.dgnc.de

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)

Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin,
Tel.: 030 284499 33,
Fax: 030 284499 11,
E-Mail: gs@bdnc.de
www.bdnc.de

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)

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

Psychiatrie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Reinhardtstr. 14,
10117 Berlin,
Tel.: 030 28096601/ 02,
Fax: 030 28093816
Hauptgeschäftsführer:
Dr. phil. Thomas Nessler

E-Mail: sekretariat@dgppn.de
www.dgppn.de

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) e.V.

Postfach 1366,
51675 Wiehl,
Tel.: 02262 797683,
Fax: 02262 9999916,
E-Mail: G5@dggpp.de
www.dggpp.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)

Reinhardtstr. 14,
10117 Berlin,
Tel.: 030 28096519,
Fax: 030 28096579,
E-Mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de, www.dgkjp.de

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)

Von-der-Leyen-Str. 21,
51069 Köln,
Tel.: 0221 16918423,
Fax: 0221 16918422,
E-Mail: mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO)

Brücker Mauspfad 601,
51109 Köln,
Tel.: 0221 842523,
Fax: 0221 845442,
E-Mail: staeko@vakjp.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

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

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

Vorsitzender: Univ.-Doz. Dr. med. Elmar Etzersdorfer,
Furtbachkrankenhaus,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Furtbachstr. 6, 70178 Stuttgart,
Tel.: 0711 6465126,
Fax: 0711 6465155,
E-Mail: etzersdorfer@fbkh.org
www.suizidprophylaxe.de

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgeber:

Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN),
1. Vorsitzender: Dr. med. Frank Bergmann (fb),
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

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse:

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

Geschäftsführer:

Harm van Maanen, Stephan Kröck,
Dr. Esther Wieland, Matthias Wissel

Director Facharzt Medizin: Dr. Christoph Posch

Ressortleitung: Dr. Gunter Freese

Redaktion: Dr. Gunter Freese (Leitung),
Tel.: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435,
E-Mail: gunter.freese@springer.com;
Thomas Müller (-1461);
Dr. 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, -1331);

Anzeigenleitung:

Peter Urban (Anschrift wie Verlag, -1333,
E-Mail: peter.urban@springer.com)

Anzeigenpreisliste Nr. 14 vom 1.10.2011

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 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise:

Einzelheft: 22 €. Jahresabonnement: 203 €. Für Studenten/ AIP: 142 €. Versandkosten jeweils: Inland 28 €, Ausland 40 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 49,95 € 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 Fernscharaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrhG zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Druck:

KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel

GmbH, München
ISSN 1436-123X



© Klaus Rose

Vorschau

Ausgabe 4/2012

April

Erscheint am 17. April 2012

Entzündliche Neuropathien

Die multifokale motorische Neuropathie ist eine rein motorische Neuropathie, bei der Paresen und Atrophien dem Verteilungsmuster einzelner peripherer Nerven folgen und die gut auf hochdosierte humane Immunglobuline anspricht.

Demenz

Das Verständnis der Erkrankungen, die mit kognitiven Defiziten assoziiert sind, hat bedeutende Fortschritte gemacht. Die unterschiedliche Symptomatik der Krankheitsbilder erfordert jedoch gute differenzialdiagnostische Kenntnisse.

ErwerbsCoaching

Die Zusatzqualifikation „Erwerbs-Coaching“ fasst das außermedizinische und medizinische Wissen zum Arbeitsthema zusammen. Diese Publikationsserie stellt neue Sichtweisen und Interventionsmöglichkeiten vor.