

[Anzeige]

neuro aktuell



LA-MED



Informationsdienst für Neurologen und Psychiater

Inhalt

Editorial		
Ärztmangel – Arzteschwemme? Vielleicht richten es die Älteren!	3	
Aktuelle Urteile		
Arztrecht – worauf Vorgesetzte in Praxis und Klinik besonders achten sollten	8	
Urteile zum Arbeitsrecht	8	
Kommentare		
Termingarantie beim Facharzt durch die Regierung?	9	
Vereinbarkeitswahn: Beruf und Familie (und vieles mehr) müssen vereinbar sein	10	
Schutz vor Kopfverletzungen – Helmpflicht für Radfahrer?	10	
Orphan Diseases		
Seltene Krankheiten – Schmerz und Muskelschwäche im Blick	12	
Neuro Forschung		
Langzeitgedächtnis – Einblick in die Speichertricks	14	
Neuroradiologen empfehlen früheren Einsatz erweiterter MRT-Techniken bei Epilepsie	14	
Studie findet kein erhöhtes Krebsrisiko für Patienten mit Depressionen	16	
Können Wachkoma-Patienten sogar kommunizieren?	16	
Wird chronischer Schwindel durch fehlerhafte Vorhersagen von Eigenbewegungen verursacht?	17	
Morbus Parkinson		
Blasenstörungen beim Parkinson-Syndrom	18	
Pharmakologie		
Handhabung pharmakogener und morbogener Risiken im Alter	20	
Schizophrenie / Bipolare Störungen		
Klinisches Profil und Stellenwert von Adasuve® in der Agitationstherapie	25	
Depression		
Der Depression die Stirn bieten – mit Botulinumtoxin	26	
Sucht		
Alkoholabhängigkeit – Einfluss von komorbiden Störungen auf die Behandlung und den Verlauf	31	
Gutachten		
Psychologische Verfahren im Rahmen von psychotraumatologischen Begutachtungen	32	
Kurz berichtet		
	34	
Neuro-Quiz		
Was passiert, wenn ein in einem MVZ angestellter Arzt seiner Fortbildungspflicht nicht nachkommt?	36	
Preise / News		
	39	
Für Sie gelesen		
	44	
Fußball-Weltmeisterschaft		
Reiseland Brasilien – Gesund zur WM und wieder zurück	49	
Impressum		
	51	

Von der Melancholie zu den affektiven Störungen

Wege und Irrwege der Psychiatrie

„*Medicina dividitur in duas partes, id est in theoreticam et practicam.*“

In den allermeisten medizinischen Darstellungen des Mittelalters bis hin zum 18. Jahrhundert findet sich wörtlich oder sinngemäß dieser Satz, und bis heute beinhalten alle Krankheits- und Behandlungskonzepte in der Medizin und somit auch in der Psychiatrie eine Untergliederung in Theorie und Praxis.

Krankheitskonzepte zu Theorie und Praxis brauchen wir aus vielerlei Gründen. Erworbenes Wissen muss geordnet werden. In seiner *Allgemeinen Psychopathologie* beschreibt Karl Jaspers die Wichtigkeit von Erklären und Verstehen. Ableitungen aus Krankheitskonzepten ermöglichen es, ärztliches Tun gegenüber der Öffentlichkeit zu rechtfertigen. Manchmal gelingt dies mit breiter Wirkung erfolgreich. Erinnerung sei an die breite Rezeption der Freud'schen Psychoanalyse über mehrere Jahrzehnte und viele Länder im vergangenen Jahrhundert. Nicht alles muss in der medizinischen Wissenschaft verifizierbar und falsifizierbar sein.

Fortsetzung auf Seite 5

[Anzeige]

Ärztmangel – Ärzteschwemme?

Vielleicht richten es die Älteren!

**Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,**

die Mitte April 2014 von BÄK-Präsident Professor Frank Ulrich Montgomery mitgeteilten Zahlen der aktuellen Ärztestatistik 2013 sind verwirrend. So steigt die Zahl der Ärzte weiter: um 2,5 Prozent auf 357.000 am Jahresende 2013. Dennoch ist ein Mangel insbesondere an Arztstunden eklatant und „in vielen Regionen Deutschlands längst Realität“ (Montgomery). Neue überzeugende Rezepte zur Behebung der Misere existieren offenbar nicht: Um den Ärztemangel zu bekämpfen, seien zunächst mehr Studienplätze notwendig. Ihre Zahl sei im Vergleich zu den 90er Jahren um fünf Prozent gesunken. Die Arbeit für Ärzte müsse attraktiver gestaltet werden, um mehr Berufsanfänger für die kurative Medizin zu begeistern. Überstunden und Bürokratie müssten abgebaut, flexiblere Arbeitszeiten und mehr Angebote für die Kinderbetreuung eingeführt werden.



Zwar wurden Ende 2013 2,5% mehr Ärzte registriert, zugleich stieg aber die Zahl der Arzt-Rentner um 3,8% auf 72.540. Zudem erhöhte sich in den letzten 10 Jahren die Zahl der teilzeitbeschäftigten Ärzte von 31.000 im Jahr 2001 auf 54.000 in 2011, was fast einer Verdoppelung entspricht.

In zunehmendem Maße strömen zwar Mediziner aus dem Ausland nach Deutschland. So stieg ihre Zahl um 10,3 Prozent auf inzwischen 31.216. Die meisten von ihnen kommen aber aus Rumänien, Griechenland und Polen, landen zudem überwiegend in den Krankenhäusern, und können sich kaum ausreichend in Deutsch verständigen, was zum Teil zu chaotisch-dramatischen Verhältnissen in den Akutabteilungen führt. Die Krankenhausverwaltungen versuchen, mit kurzzeitig engagierten „Honorarärzten“, nicht selten älteren Jahrgangs, die längst ihre Vertragsarztpraxis an Nachfolger übergeben haben, die größten Versorgungslücken zu überbrücken. So trifft man schon vielerorts an den ärztlichen Versorgungsbrennpunkten Ältere zwischen 75 und 85 an, die sich keineswegs zum „alten Eisen“ zählen und gelegentlich gar als „Generation Edelstahl“ bezeichnet werden. Sie schreiben Berichte, Gutachten, Anträge in Kliniken, Reha-Einrichtungen usw., ermöglichen häufig überhaupt erst den Einsatz von ausländischen Kollegen und verhindern nicht zuletzt auch,

dass exquisit ärztliche Tätigkeiten von nicht-ärztlichem Klinikpersonal übernommen werden. Aufschlussreich sind in diesem Zusammenhang die häufig an erster Stelle von Psychologen unterzeichneten „ärztlichen“ Entlassungsberichte aus Reha-Einrichtungen.

Deutschland verliert jedes Jahr mehr als ein Viertel eines Approbationsjahrgangs ans Ausland: Im vergangenen Jahr verließen 3.055 Ärzte, davon ein gutes Drittel Ausländer, Deutschland, um vor allem in der Schweiz, Österreich oder den USA zu arbeiten. Und von den Jungärzten will kaum noch einer Allgemeinarzt werden: Bei den insgesamt 123.629 niedergelassenen Ärzten sind nur noch 33.780 (27 Prozent) Fachärzte für Allgemeinmedizin. Unter allen Arztgruppen ist dies auch die älteste: Fast zehn Prozent sind über 65, jeder Dritte ist 60 Jahre oder älter; 39 Prozent sind zwischen 50 und 60 Jahren alt. Wahrscheinlich wird in Zukunft die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten in der eigenen Praxis noch bis ins hohe Alter der Normalfall sein, wenn Modelle einer sinnvollen Teilzeitbeschäftigung im Alter realisiert werden. Der Zukunftsfonds der *Generali* Versicherung und das Institut für Demoskopie *Allensbach* befragten Ende 2013 mehr als 4.000 Personen im Alter von 65 bis 80 Jahren zu ihrem Verhältnis zu Jüngeren, Enkelkindern und auch zur Arbeit. Diese Altersgruppe ist danach nicht nur gesünder als vielfach behauptet, politisch sogar interessierter als Jüngere, sondern auch grosszügiger, gebildeter und weniger einsam. Beinahe alle fühlten sich unabhängig vom tatsächlichen Alter fast 10 Jahre jünger und leben auch so. Viele haben noch Kinder, unterstützen diese und die Enkel mit viel Zeit, vor allem bei der Organisation des Alltags. Monatlich investiert jeder Ältere durchschnittlich 15 Hilfestunden (2,4 Milliarden Stunden pro Jahr, entsprechend 1,4 Mio. Vollzeitstellen). Die regelmäßigen Geldtransfers der Älteren für die Familien ihrer Kinder belaufen sich auf satte 9,7 Milliarden Euro jährlich (unabhängig von Erbschaften und einmaligen Hilfen in Notsituationen). Vielleicht müssen wir also in Zukunft noch viel häufiger auf die älteren Kolleginnen und Kollegen in der ärztlichen Versorgung und im Gesundheitssystem bauen.

Mit freundlichem kollegialem Gruß

Ihr Benno Huhn

[Anzeige]

Wege und Irrwege der Psychiatrie

Im Extremfall hilft der Glaube. Als Ärzte und Therapeuten brauchen wir eine Rechtfertigung, abgeleitet aus Theorie, für unsere Behandlungspraxis. Wenn diese Praxis nach einigen Jahren oder Jahrzehnten nicht den großen Durchbruch bringt, gibt es oft eine neue Theorie verbunden mit neuen Hoffnungen. Umfassende Theorien und Behandlungskonzepte in der Psychiatrie und Psychotherapie sind häufig von großer Breite. Unser Fachgebiet umfasst die unterschiedlichsten Dimensionen des Menschseins in Gesundheit und Krankheit.

Die antike Säftelehre hat bis weit in die Neuzeit Bestand

Im Abendland waren es zuerst griechische Denker und Ärzte, die fußend auf allgemeine Prinzipien für alles Seiende, ein humoralpathologisches Konzept (eine Säftelehre) entwickelten. Damit konnten sie gleichermaßen körperliche Erkrankungen sowie seelische Störungen, aber auch charakterliche Eigenwilligkeiten erklären. Eine schlechte Mischung von Körpersäften (Dyskrasie) bot einen Behandlungsansatz. Diese Körpersäfte konnten über Aderlässe, Abführmittel, schweißtreibende Behandlungen und Brechmittel wieder eingetaktet werden. Im *Corpus Hippocraticum* „De natura hominis“ werden vier Säfte benannt: Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle. Die fehlerhafte Mischung der Säfte verursachte charakterliche Eigenwilligkeiten, psychische und körperliche Störungen. Immer noch kennen wir als Charaktertypen den Sanguiniker, d. h. den heißblütigen Typ des Menschen; vom Übermaß an gelber Galle geprägt, den Choleriker; oder den Phlegmatiker, dessen Eigenwilligkeiten durch ein Übermaß des Schleimes im Körper verursacht wird. Schließlich gab es noch die Schwarzgalligkeit: Den Melancholiker. Im antiken Rom war es vor allem der Arzt Galen, der die Humoralpathologie zu einer umfassenden Lehre weiter entwickelte. Krankheitsvorbeugend setzte Galen auf Diätbehandlung. Damit war nicht nur eine ausgewogene Ernährung gemeint, sondern auch ein ausgewogener Lebensrhythmus. Diätetik sollte körperliche und seelische Gleichgewichte erhalten. Die Säftelehre als ein wichtiger Ansatz der frühen Behandlung in der Psychiatrie bestand bis in das 18. Jahrhundert. Erinnerung sei an Molières Komödien wie *Der eingebildete Kranke*. Der humoralpathologische Erklärungsansatz war ein Krankheitskonzept „aus einem Guss“ für körperliche und seelische Erkrankungen. Er leitete die Entwicklung der Psychiatrie im frühen 19. Jahrhundert ein.

Erinnert sei auch noch an die Konstitutionstypologie nach Ernst Kretschmer im 20. Jahrhundert. Die Konstitution bzw. der Körperbau und Charakter unterlägen einer bestimmten Typologie. Der pyknisch gebaute, untersetzte, zur Korpulenz neigende Mensch zeige einen cyclothymen Charakter. Er wäre ein Ge-

mütsmensch. Er sei anfällig für affektive Erkrankungen und bestimmte Störungen der Persönlichkeit. Im deutschsprachigen Raum der Psychiatrie erfreute sich die Lehre von Kretschmer großer Beliebtheit, weil es letztlich wie bei der Humoralpathologie ein Kontinuum von Gesundheit bis zu einer bestimmten körperlichen und seelischen Störung gab. Aus einer Konstitution leiteten sich charakterliche Eigenheiten ab. Im übersteigerten Rahmen begründeten die Auffälligkeiten der Konstitution Akzentuierungen oder gar Störungen der Persönlichkeit. Letztlich waren sie im zugespitzten Maße die Grundlage einer Anfälligkeit für depressive Störungen beim Pykniker, für schizophrene Erkrankungen beim Leptosomen, für andersartige Störungen beim athletischen Typus des Menschen und beim dysplastischen Menschen. Neuere Untersuchungen haben diese Korrelation nicht bestätigt. Eher war es im Gegenteil so, dass Psychiatrie-historische Nachuntersuchungen einige Belege dafür ergaben, dass unter dem Direktorat von Kretschmer in Tübingen Unpassendes passend gemacht wurde. Auch dies ist in der psychiatrischen Krankheitslehre kein seltenes Phänomen. Vermutlich sind Psychiater nicht die einzigen wissenschaftlich Tätigen, die Unpassendes passend machen.

Der Weg der Psychiatrie in die Moderne

Die moderne westliche Psychiatrie gibt es seit 200 Jahren. 1811 wurde an der Universität in Leipzig der erste Lehrstuhl für psychische Therapie mit Johann Christian August Heinroth besetzt. Erste psychiatrische Heilanstalten entstanden z. B. auf dem Sonnenstein bei Pirna in Sachsen oder im westfälischen Marsberg. Letztere Einrichtung feiert in diesem Jahr ihr 200-jähriges Bestehen. In der Stunde Null der Psychiatrie im deutschsprachigen Raum zeigte sich als bald ein Grundproblem: Psychische Störungen können und konnten nach den Auffassungen der Psychiater der ersten Generation primär seelische oder primär körperliche Ursachen haben. Heinroth nannte primär seelisch verursachte Störungen als unfreie Zustände. Durch eigenes Fehlverhalten hätten sich die Erkrankten in seelische Unfreiheit begeben. Der Psychiater als Wegweiser sollte den Patienten aus seinem moralischen Irrweg herausbringen. In einer der vielen Schriften von Heinroth vergleicht dieser die Rolle des Psychiaters mit der der Sonne. Diese werde von dunklen Planeten, d. h. von psychisch Kranken umkreist. Das Licht der Sonne soll nun den psychisch Kranken aus Unfreiheit und seelischer Finsternis herausführen. Selbst Heinroth verkannte nicht, dass auch gravierende körperliche Prozesse zu affektiven und geistigen Störungen führen könnten. Diese seien gebundene Zustände, d. h. verbunden mit der organischen Störung.

In sehr unterschiedlicher Terminologie, aber in der Sache übereinstimmend, teilten in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die meisten psychiatrischen Lehrstuhlinhaber und Klinikchefs der ersten Stunde

diese Dichotomie. Beispielsweise ging Christian Friedrich Nasse in Halle und Bonn davon aus, dass die Seele bei den idiopathischen Seelenstörungen an sich selbst erkrankt. Bei den sympathischen Störungen handelt es sich um körperliche Ursachen, die durch äußerliche organische Bedingungen das geistige Seelenleben beeinträchtigen. Psychosomatisch konnte nach der Auffassung des 18. und 19. Jahrhunderts das Leben durch Leidenschaften zerrüttet werden. Der Psychiater musste deshalb im Behandlungssetting Strukturen und Begrenzungen schaffen. Dies war einer der theoretischen Hintergründe, warum Psychiatrie damals (und heute?) reglementierend und strukturell gewaltsam auftrat bzw. auftritt. Aus der Not fehlender Behandlungsmöglichkeiten waren Fixierungen seinerzeit als Fesselung in Ketten an der Tagesordnung. Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurde die Zwangsjacke als „weiche Behandlung“ eingeführt. Affektiv gestörte Menschen, die *Melancholici* oder *Lunatici*, mussten zu meist nur abgedrückt und nicht fixiert werden.

In der zeitlichen Abfolge wurde das erste anthropologische Krankheitskonzept der Psychiatrie in der Zeit ab 1840 abgelöst von dem Konzept der Einheitspsychose nach Heinrich Neumann und Wilhelm Griesinger. Es gäbe in psychiatrischen Störungsbildern zu viele Übergänge als das man zu kategorischen Unterschieden in der Klassifikation kommen könne. Auch ließen sich körperliche, seelische und soziale Ursachen nicht gut abtrennen.

Es zeichnete sich allerdings mit Blick auf eine Vernaturwissenschaftlichung der Medizin bzw. der Psychiatrie ein Trend zur Favorisierung pathobiologischer Ansätze ab. Dies wurde im zeitlich nachfolgenden hirnspsychiatrischen Konzept der 70er und 80er Jahre des 19. Jahrhunderts in gewisser Weise auf die Spitze getrieben. Begründet auf einzelne Beobachtungen, wie sich beispielsweise Aphasien motorischer und sensorischer Art aus hirnlukalen Störungen ableiten ließen, glaubte man bei nur genügend sorgfältigen neuroanatomischen Untersuchungen jeweils Hirnzentren als Lokus für die konsekutive psychische Störung zu finden. Führende Repräsentanten waren Carl Wernicke, Theodor Meynert und Paul Flechsig. Die Hirnspsychiatrie hat heute viele Anhänger. Biologische Psychiatrie unserer Tage ist manchmal eingeengt auf die bunten Bilder, gewonnen mit modernen bildgebenden Verfahren. Heutige Vertreter sehen sich, wie die Hirnspsychiater vor 150 Jahren, kurz vor der Erreichung des Ziels nunmehr psychische Erkrankungen stimmig erklären zu können. Eine solche Gewissheit, fast vor dem krönenden Abschluss der Forschung zu stehen, beflügelt das eigene Arbeiten. Geldgeber für Forschung sind schneller bereit finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, wenn man suggeriert, bald ein Problem lösen zu können. Allerdings bestätigten sich mit der Hirnspsychiatrie verbundene Erwartungen gegen Ende des 19. Jahrhunderts nicht. Es war Emil Kraepelin, der um die Wende des 19. zum 20. Jahrhundert alternativ zur Hirnspsychiatrie ein klinisches Modell entwi-

ckelte. Da man die Ursache für diese oder jene Hirnkrankheit (noch) nicht habe, müsse man hilfswiese auf Symptomatologie und Verlauf zurückgreifen, um „wirkliche Krankheitsformen“ auseinander zu halten. Was Kraepelin in seinen Schriften ausführte war letztlich der Ansatz, der sich heute in operationalisierten Klassifikationen psychischer Störungen niederschlägt. Da wir eine von Kraepelin organisch verstandene Ursache der psychischen Erkrankung noch nicht haben, müssen wir uns behelfen. Über eine genaue Gruppierung der psychopathologischen Symptome und der Verläufe sei es möglich, wenigstens zu einer Klassifikation zweiter Wahl zu kommen.

Die Tendenz in der Depressionsbehandlung

Wir haben uns die Rückschau auf die Entwicklung des psychiatrischen Denkens und Handelns erlaubt, um Wege und Irrwege in der Vergangenheit unseres Faches aufzuzeigen. Auch in der Depressionslehre war es nicht anders. Immerhin scheint es nunmehr eine gewisse Tendenz zu geben. Bereits zu Beginn unseres Fachgebietes standen sich Psychiker und Somatiker gegenüber. Die einen sahen seelische Ursachen als das häufigere und vor allen Dingen prägende Feld der Psychiatrie an. Die anderen, d.h. die Somatiker, sahen die körperlichen Ursachen als häufiger und wichtiger an. Letztlich war dies im 19. Jahrhundert eine Grundfrage der Philosophie. Materialisten wie Karl Marx standen unversöhnlich Idealisten wie Friedrich Hegel gegenüber. Die „Grundfrage aller Philosophie“ lautete: „Ist es primär Körper oder Geist?“ Für viele hilfesuchende depressive Menschen ist es eine Grundfrage, ob ihr Gemütsleiden eher psychosozial oder organisch verursacht ist. Warum setzt der Psychiater bei einer Depressionsbehandlung Medikamente ein? Dies auch dann, wenn er im Dialog mit dem depressiven Patienten den seelischen Ursachen das größere Gewicht gibt. Eine zeitlang waren Erklärungen für ein solches Tun schwierig. Noch vor einer Generation war es die vornehmste Aufgabe des jungen Assistenzarztes, depressive Menschen erst einmal kategorial einzuordnen. Es gab die psychosozial verursachten reaktiven Depressionen, es gab endogene anlagebedingte Depressionen und exogene, durch massive organische Ursachen hervorgerufene Depressionsformen. Es gab allerlei Übergänge wie die endoreaktive Dysthymie nach Hans-Jörg Weitbrecht. Die Unterformen sollten streng getrennt behandelt werden. Psychotherapie sei nur bedeutsam für die reaktive Depression. Heute haben wir zumindest einen stimmigen Erklärungsansatz, warum wir in aller Regel sowohl körperlich, medikamentös als auch psychotherapeutisch behandeln: Reaktive Depressionen entwickeln sich zumeist unter einer äußerlich verursachten oder aus inneren Strukturen bedingten Stresssituation. Stresshormone bedingen Störungen in der Biochemie des Gehirns und Neurophysiologie. Wir haben vielleicht zum ersten Mal seit der antiken Humoralpathologie wieder einen Ansatz, körperliche und

seelische bzw. psychosoziale Ursachen in ein Krankheitskonzept der Melancholie bzw. der affektiven Störungen zu integrieren. Wir haben sicherlich nur auf Zeit einen Ansatz aus dem sich stimmig Therapieformen unterschiedlichster Art ableiten lassen.

Wie die nächste Psychiater-Generation über diese Aussage denkt, werden wir in zwei bis drei Jahrzehnten wissen.

Prof. Dr. med. Ulrich Trenckmann
LWL-Klinik Hemer · Hans-Prinzhorn-Klinik
Frönsberger Straße 72 · 58675 Hemer
Tel. 02372/861-110 · Fax: 02372/861-135,
E-Mail: ulrich.trenckmann@wkp-lwl.org
