

① Im Rahmen einer bestehenden neurotischen Störung kann es im Verlauf der Erkrankung auch zu Rententendenzen im Sinne einer Wunschreaktion kommen. In diesen Fällen ist der Rentenwunsch als Symptom der Neurose zu betrachten, entsprechend einzuschätzen und zu behandeln. Steht der Rentenwunsch ganz im Vordergrund des Krankheitsbildes, sollte dies in der diagnostischen Formulierung zum Ausdruck kommen, etwa: „Konversionsneurose bei hysterischer Persönlichkeit mit Rentenwünschen“.

② Nach äußeren Traumen (Unfälle; Kriegsverletzungen) können verschiedenartige psychoreaktive Störungen auftreten:

a) Es kommt zu einer Reaktion auf den Unfall *oder* auf das anschließende Entschädigungsverfahren im Sinne einer abnormen Erlebnisreaktion. Die abnorme Erlebnisreaktion klingt relativ bald wieder ab, unabhängig von einer Entschädigung. In seltenen Fällen können jedoch auch chronifizierte abnorme Entwicklungen entstehen.

b) Es kann durch das traumatische Ereignis zu einer Aktualisierung einer bereits bestehenden Neurose kommen.

c) Durch das Trauma kann es in seltenen Fällen bei zuvor unauffälligen Menschen zur Entwicklung neurotischer Symptome kommen, wobei meist Ängste oder Phobien auftreten.

Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, daß das im allgemeinen verwandte kategoriale System zur Diagnose von neurotischen Störungen dann wenig zuverlässig ist, wenn die Diagnose allein „Neurose“ bzw. „neurotische Persönlichkeit“ lautet. Die Zuverlässigkeit der Beurteilung wird erheblich erhöht, wenn eine dimensionale Methode verwandt wird, das heißt, wenn der Schweregrad der neurotischen Störung gewichtet wird –

eine Aufgabe, die vom psychiatrischen Sachverständigen stets zu leisten ist. Dies ist mit den Methoden einer allgemein psychotherapeutischen Befunderhebung möglich, zum Beispiel unter Verwendung der Beeinträchtigungsschwereskala von Schepank (Schepank, H.: Erb- und Umweltfaktoren bei Neurosen, Springer, Heidelberg 1984).

Privatdozent
Dr. med. K. Foerster
Abteilung Allgemeine Psychiatrie
mit Poliklinik – Nervenklinik
der Universität Tübingen
Osianderstraße 22
7400 Tübingen 1

Schlußwort

Man kann geteilter Meinung sein, ob ein Begriff wie „Rentenneurose“ überhaupt verwendet werden sollte. Mir ging es in erster Linie darum herauszuarbeiten, was es mit diesem Prägnanztyp, der seit dem vorigen Jahrhundert immer wieder die Gemüter erhitzt, eigentlich auf sich hat. Qua definitione sollte der Begriff nur dann verwendet werden, wenn eine *Neurose* vorliegt, des weiteren, wenn deren psychopathologisches Bild durch einen jahrelangen Rentenkampf geprägt wurde. Dies beinhaltet eine restriktive Anwendung des Begriffs „Rentenneurose“. Seine Verwendung gestattet eine gezielte Beschäftigung mit dieser typologisch herausragenden Gruppe.

Selbstverständlich ist die Entstehung einer Neurose vielschichtig und erschöpft sich nie in einem Rentenkampf. Allerdings ist nach jahrelangem Rentenkampf das ursprüngliche Gesicht der Neurose oft kaum noch zu erkennen. Wenn Foerster etwa von einer „Konversionsneurose bei hysterischer Persönlichkeit mit Rentenwünschen“ spricht, so ist damit nicht das gleiche gemeint. Der Anhang

„mit Rentenwünschen“ trifft auf alle neurotisch gestörten Menschen zu, die einen Rentenantrag gestellt haben, was innerhalb eines Sozialgerichtsverfahrens trivial ist, da in diesen Fällen ein Rentenwunsch unterstellt werden kann. Dagegen ist die von mir vorgeschlagene Verwendung des Begriffs „Rentenneurose“ enger gefaßt und berücksichtigt die Erfahrung, daß ein Rentenverfahren das Bild der Neurose nicht zwangsläufig prägt. Den Erfordernissen der Sozialgerichtsbarkeit genügt weder eine Formulierung wie „Rentenneurose“ noch der angeführte Vorschlag von Foerster. Immer ist darüber hinaus in differenzierter Form auf die „besonderen Umstände und die besondere Einzelpersönlichkeit und deren Belastung und Belastbarkeit“ einzugehen.

Die sozialmedizinische Bewertung neurotischer Störungen ist häufig schwierig und birgt die Gefahr eines emotionalen Urteils in sich. Nicht zuletzt deswegen sollte versucht werden, die Schwere neurotischer Störungen differenziert zu erfassen. Schepank hat eine Skalierung von vier Bereichen vorgeschlagen:

1. Körperlicher Leidens- und Beeinträchtigungsgrad
2. Psychischer Leidensdruck und Beeinträchtigungsgrad
3. Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad und
4. Vitale Gefährdung.

Diese Einteilung ist hilfreich, kann jedoch testpsychologische Untersuchungen nicht ersetzen, denn von der Sozialgerichtsbarkeit werden Aufschlüsse über verschiedene psychische Funktionen erwartet, etwa das Ausmaß der Beeinträchtigung der konzentrativen Belastbarkeit oder über die verfügbaren intellektuellen Fähigkeiten. Wir wissen wenig über die Prognose neurotischer Rentenbewerber. Unsere Untersuchungen

gebnisse stimmen mit den jüngst von Foerster vorgelegten Untersuchungsergebnissen weitgehend überein. Seine darin vorgenommene Formulierung: „Rente ist keine Therapie“ können wir nur bestätigen. Unsere Nachuntersuchungen haben übereinstimmend ergeben, daß weder die Berentung neurotischer Rentenbewerber noch eine Ablehnung gesetzmäßig zu einer Minderung des Leidensdruckes und der neurotischen Symptomatik führten.

Die resignative Einschätzung bezüglich der Veränderlichkeit und Behandelbarkeit neurotischer Störungen ganz allgemein, wie sie aus den Äußerungen von Herrn Reuß hervorgeht, vermag ich nicht zu teilen, weder aus eigener Erfahrung noch mit Blick

auf die diesbezügliche Literatur. Es waren ja gerade die häufigen Spontanheilungen, die Eysenck veranlaßten, die Effizienz psychotherapeutischer Maßnahmen in Frage zu stellen.

Umfangreiche Katamnesen, wie sie beispielsweise von Frau Dührssen vorgelegt wurden, lassen keinen Zweifel daran, daß neurotische Störungen im allgemeinen prognostisch günstig und therapeutisch durchaus beeinflussbar sind.

Diplompsychologe
Dr. med. Ludwig Teusch
Rheinische Landes- und
Hochschulklinik für Psychiatrie
Hufelandstraße 55
4300 Essen 1

gezählt werden, so sind die Meinungen über die Indikation zur Splenektomie im Kindesalter umstritten.

4. Meines Wissens gibt es keine Berichte, nach denen eine langfristige Immunglobulinbehandlung mit „zum Beispiel 1,5 bis 2 Milligramm pro Kilogramm täglich drei Wochen lang“ erfolgreich gewesen wäre. Mit 105 bis 140 Milligramm und Tag bei einem 70 Kilogramm schweren Patienten ist kein Effekt zu erwarten. Sollte es sich um einen Druckfehler handeln und Gramm gemeint sein, so wäre eine derartige Therapie bei einem 70 Kilogramm schweren Patienten mit 105 bis 140 Gramm IgG pro Tag (Gesamtdosis nach drei Wochen: 2205 bis 2940 Gramm!) weder medizinisch noch wirtschaftlich vertretbar.

Professor Dr. med.
C. Mueller-Eckhardt
Institut für Klinische Immunologie
und Transfusionsmedizin
Justus-Liebig-Universität
Langhansstraße 7
6300 Gießen

Idiopathische Thrombozytopenie: Abgrenzung und therapeutische Konsequenzen

Zu dem Editorial von Professor Dr. med. Rudolf Gross
in Heft 9/1985, Seiten 584–585

Stellungnahme

1. Der Nachweis thrombozytärer Autoantikörper über Agglutinationsreaktionen ist obsolet und nicht möglich. Heute werden Methoden verwendet, bei denen Störungen durch Gerinnungsvorgänge ausgeschlossen werden können.

2. Es ist nicht erwiesen, daß die Splenektomie bei ITP eine „besonders hohe postoperative Thromboembolierate“ hat. Obwohl von manchen Autoren bei einem Anstieg der Thrombozytenzahl über $500 \times 10^9/l$ im peripheren Blut eine Therapie mit Aggregationshemmern oder niedrig do-

siertem Heparin empfohlen wird, gibt es meines Wissens bisher keine kontrollierte Studie, die die Notwendigkeit einer solchen Therapie belegt (siehe hierzu auch: Shulmann, N., und Jordan, J. V.: Platelet Immunology, in: Colman, R. W.; Hirsh, J.; Marder, V. J.; Salzman, E. W. (Hrsg.): Hemostasis and Thrombosis, J. B. Lipincott Company [1982] Seite 274 ff.).

3. Die Splenektomie ist, ebenso wie alle anderen Maßnahmen, keine kausale, sondern eine (wenn auch oft wirkungsvolle) symptomatische Behandlungsform der ITP. Die Angabe, daß „das jüngere Lebensalter die besseren Aussichten hat“, ist unscharf definiert. Wenn hierunter auch Kinder

Schlußwort

Professor Mueller-Eckhardt danke ich für seine konstruktive Kritik an meinem Editorial über die „Idiopathische Thrombozytopenie“, der ich teilweise zustimmen muß:

Ad 1: Ich bezweifle nicht, daß Professor Mueller-Eckhardt über Antikörpernachweise verfügt, die die Interferenz mit Gerinnungsvorgängen ausschließen. Ich glaube aber nicht, daß solche Methoden allgemein im Gebrauch sind. Wer – wie ich – über zwei Jahrzehnte sich mit der Präparation von Plättchen beschäftigt hat, weiß, daß man wegen der außerordentlichen Labilität der Blutplättchen bei keiner Trennmethode (noch dazu im Routinebetrieb!) vor Artefakten gesichert ist. Deshalb betrachte ich unverändert den Nach-