

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVDN



BDN



BVDP

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, des Berufsverbandes Deutscher Neurologen und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater



Was zeigt dieses Bild? Seite 60

Corona-Pandemie 6

Auswirkungen auf unsere Praxen

Berufspolitik für alle! 11

Rückblick und Ausblick

Migräneaura 30

Therapieansätze bei geringer Evidenzlage

Schwere Zwangserkrankung 44

Aufsuchende Versorgung im Fokus



JETZT

Impulse setzen für ein aktives Leben mit MS.



LEMTRADA[®]
alemtuzumab^{12mg}_{IV}

LEMTRADA[®] 12 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Wirkst.:** Alemtuzumab. **Zusammens.:** 1 Durchstechfl. à 1,2 ml enth.: *Arzneil. wirks. Bestandt.:* 12 mg Alemtuzumab (10 mg/ml). *Sonst. Bestandt.:* Na₂HPO₄, 2 H₂O, Na₂EDTA-, KCl, KH₂PO₄, Polysorbat 80, NaCl, Wasser f. Injekt.-zwecke. **Anw.-geb.:** für die krankheitsmodifizierende Monotherapie b. Erw. m. hochaktiver schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (relapsing remitting multiple sclerosis, RRMS) bei folg. Patientengruppen: Pat. m. hochaktiver Erkr. trotz vollständiger u. angemessener Behandl. m. mind. einer krankheitsmodifizierenden Therapie (disease modifying therapy, DMT) od. Pat. m. rasch fortschreitender schwerer schubförmig-remittierender Multipler Sklerose, definiert durch 2 od. mehr Schübe m. Behinderungsprognose in einem Jahr, u. m. einer od. mehr Gadolinium-anreichernden Läsionen in der MRT des Gehirns od. m. einer signif. Erhöhung der T2 Läsionen im Vergleich zu einer kürzlich durchgeführten MRT. **Gegenanz.:** Überempfindl. gg. Alemtuzumab od. sonst. Bestandt., HIV-Infektion. B. schwerer aktiver Infekt. bis diese vollständig abgeklungen ist. Pat. m. unkontrollierter Hypertonie. Pat. m. Dissektionen zervikozephaler Arterien, Schlaganfall, Angina pectoris od. MI in der Anamnese. Pat. m. bek. Koagulopathie, unter Therapie m. Thrombozytenaggregationshemmern od. Antikoagulanzen. Pat. m. bestehenden Autoimmunerkrankungen (außer MS). **Nebenw.:** Aus klin. Studien u. nach Markteinführung: Infekt., parasit. Erkrank.: Sehr häufig Infekt. d. ob. Atemw., Harnwegsinfekt, Herpesvirus-Infekt. Häufig Herpes zoster-Infekt., Infekt. d. unt. Atemw., Gastroenteritis, orale/vulvovag. Candidose, Grippe, Ohrinfekt., Pneumonie, Vaginalinfekt., Zahninfekt. Gelegentl. Onychomykose, Zahnfleischentz., Pilzkrank. d. Haut, Tonsillitis, akute Sinusitis, Zellulitis, Pneumonitis, Tbc, Zytomegalievirus-Infekt. Nicht bek. Listeriose/Listerienmeningitis. Epstein-Barr-Virus (EBV)-Reaktivierung. *Gut-, bösartige, unspezif. Neubildg.:* Häufig Papillom der Haut. Blut, Lymphsyst.: Sehr häufig Lympho-, Leuko-, einschl. Neutropenie. Häufig Lymphadenopathie, idiopath. thrombozytopenische Purpura, Thrombozytopenie, Anämie, erniedr. Hämatokritwerte, Leukozytose. Gelegentl. Panzytopenie, hämolytische Anämie, erworbene Hämophilie A. Selten Hämophagozytische Lymphohistiozytose (HLH). Immunsyst.: Häufig Zytokin-Freisetzungssyndr., Überempfindlichk., einschl. Anaphylaxie. *Endokrine Erkrank.:* Sehr häufig M. Basedow, Hyper-/Hypothyreose. Häufig Autoimmunthyreoiditis einschl. Thyreoiditis subakut, Struma, pos. Schilddrüsen-AK-Test. *Stoffw., Ernährung:* Gelegentl. vermind. Appetit. *Psyche:* Häufig Schlaflosigkeit, Angstlichk., Depression. *Nerven:* Sehr häufig Kopfschm. Häufig MS-Schub, Schwindelgef., Hypo-/Parästhesie, Tremor, Geschmacksstör., Migräne. Gelegentl. Gefühlsstörg, Hyperästhesie, Spannungskopfschmerz. Nicht. bek. Hämorrhagischer Schlaganfall, Dissektion zervikozephaler Arterien. *Augen:* Häufig Konjunktivitis, endokrine Orbitopathie, verschwomm. Sehen. Gelegentl. Diplopie. *Ohr u. Labyrinth:* Häufig Vertigo. Gelegentl. Ohrenschn. *Herz:* Sehr häufig Tachykardie. Häufig Bradykardie, Palpitationen. Gelegentl. Vorhofflimmern. Nicht bek. Myokardischämie, Myokardinfarkt. *Gefäße:* Sehr häufig Hitzegef. Häufig Hypo-, Hypertonie. *Atemw., Brust-, Mediast.:* Häufig Dyspnoe, Husten, Epistaxis, Schluckauf, Schm. i. Oropharynx, Asthma. Gelegentl. Engegef. im Hals, Rachenreiz. Nicht bek. Pulmonale alveoläre Blutung. *GI:* Sehr häufig Übelk. Häufig Abdominalschm., Erbrech., Diarrhö, Dyspepsie, Stomatitis. Gelegentl. Obstipat., gastroösophag. Reflux, Zahnfl.-bluten, Mundtrockenh., Dysphagie, Erkrank. d. GIT-trakts, Hämatochezie. *Leber u. Galle:* Häufig erhöhte Aspartat-Aminotransferase-, Alanin-Aminotransferase Werte. Gelegentl. Cholezystitis, einschl. akalkulöser u. akuter akalkulöser Cholezystitis. Nicht bek. Autoimmune Hepatitis. *Haut, Unterhautzellgew.:* Sehr häufig Urtikaria, Ausschlag, Pruritus, general. Ausschlag. Häufig Erythem, Ekchymose, Alopezie, Hyperhidrose, Akne, Hautläsionen, Dermatitis. Gelegentl. Blasenbildg, nächtl. Schweißausbrüche, Gesichtsschw., Ekzem. *Skelettmusk., Bindegew., Knochen:* Häufig Myalgie, Mskl.-schwäche, Arthralgie, Rücken- u. Nackenschm., Schm. i. Extremität, Mskl.-spasmen, muskuloskeletale Schmerzen. Gelegentl. muskuloskeletale Steifheit, Beschw. d. Gliedmaßen. *Niere, Harnwege:* Häufig Proteinurie, Hämaturie., Gelegentl. Nephrolithiasis, Ketonurie, Nephropathien, einschl. Anti-GBM_Krankheit. *Geschlechtsorg., Brustdrüse:* Häufig Menorrhagie, unregelmäß. Menstruation. Gelegentl. Zervixdysplasie, Amenorrhoe. *Allgem. u. Beschw. a. Verabreichungsort:* Sehr häufig Pyrexie, Ermüd, Schüttelfrost. Häufig Beschw. i. d. Brust, Schmerz, periph. Ödeme, Asthenie, grippeähnl. Erkrank., Unwohlsein, Schm. a. Inf.-stelle. *Untersuch.:* Häufig erhöh. Kreatinin im Blut. Gelegentl. erniedr. od. erhöh. Gewicht, ernied. Anzahl roter Blutzellen, Nachweis von Bakterien, erhöh. Blutglukose, Erhöh. d. mittl. Zellvolumens. *Verletz., Vergift. u. d. Eingriff bed. Komplik.:* Häufig Prellung, infusionsbedingt. Reakt. **Verschreibungspflichtig. Sanofi Belgium, Leonardo Da Vincilaan 19, B- 1831 Diegem, Belgien Stand: Januar 2020** 2002_LEM_C – GZDE.LEMT.20.02.0080

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.

Mit wegweisenden Therapien komplexen Erkrankungen begegnen.

SANOFI GENZYME 



»Einige KVen haben bereits signalisiert, dass in dieser Ausnahmesituation Gesprächsleistungen auch telefonisch erbracht werden können.«

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
Vorsitzende des BVDN

Corona und kein Ende

In den vergangenen Wochen haben wir uns in immer enger werdenden Kreisen bewegt. Eine Angst vor unsichtbarer Gefahr entwickelte sich und legte sich wie ein lähmender Nebel über uns. In den Supermärkten wurden Klopapier und Dosensuppen knapp. Unsere Praxen füllten sich zunächst mit Patienten, die auch gesundheitlich vorsorgen wollten. Hier mischten sich Gespräche über reale Gefahrensituationen bei immunsupprimierten Patienten mit Kriseninterventionen, insbesondere aufgrund von Ängsten und psychotischem Entgleisen und dem Abwägen tatsächlichen Interventionsbedarfs, denn auch besorgte Menschen mit Problemen ohne Krankheitswert suchten Rat bei uns. Das Praxispersonal war nonstop an den Telefonen, beruhigte, tröstete, organisierte und ordnete. An einem Sprechstundentag von 7:30 bis 13:00 Uhr hatte ich 100 Patientenkontakte! Ende März ebte der Patientenstrom etwas ab. Ich ahne aber, dass bei Aufhebung der Ausgangssperren und Selbstbegrenzungen ein neuer Sturm losgehen wird, denn die gesellschaftlichen Veränderungen nach Corona werden zu neuen Verunsicherungen führen, die wir durch erhöhte Inanspruchnahmen in den Praxen bemerken werden. Wir müssen uns also gut rüsten.

Aktuelle Situation in den Praxen

Die Umsetzung der Hygienevorschriften und Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes ist für unsere Praxen und den Umgang mit Patienten, Mitarbeitern und unserem persönlichen Umfeld eine Selbstverständlichkeit. Vermeidung von Kontakten, die nicht unbedingt erforderlich sind, Behandlung nur bei unaufschiebbaren Interventionen sowie die Erbringung ärztlicher Leistungen im Notdienst und in den regional unterschiedlich organisierten „Corona-Sprechstunden“ gehören für viele Kollegen natürlich zum Alltag. Dabei gilt es, Patienten und sich selbst vor Ansteckung zu schützen. In den Praxen musste Krisenmanagement zur Versorgung der Patienten, aber auch zur Organisation unter den Ausnahmebedingungen bewältigt werden. Größere Praxen arbeiten zum Beispiel seitdem in festen Teams unabhängig voneinander, in manchen Regionen organisierten und vernetzten sich die neurologischen und psychiatrischen Praxen, um Versorgung ohne permanente physische Präsenz aller zu leisten.

Verunsicherung schafft die Minderauslastung der Praxen und die wirtschaftliche Schieflage, die damit droht. Die meisten unserer Kollegen sind Kleinunternehmer und müssen nicht nur für sich sorgen, sondern fühlen sich auch für ihre Angestellten

verantwortlich. Steuerberater können hier wertvolle Tipps geben, auch unser Justiziar steht für Fragen zur Verfügung.

Neue Wege

Die aktuelle Ausnahmesituation führt alle Menschen an Grenzen. Sie führt aber auch dazu, dass bisher stiefmütterlich betrachtete Kommunikationswege endlich Bedeutung gewinnen. So veröffentlichte die KBV eine Liste zertifizierter Videosprechstundenanbieter. Die telefonische Erbringbarkeit von Gesprächsleistungen soll möglich werden, wie einzelne KVen bereits signalisiert haben. Die physische Präsenz eines Patienten in einer Praxis stellt ein Risiko für alle dar und deswegen wird diese *conditio sine qua non* deutlich gelockert – wir können auch ohne Einlesen der Chipkarte behandeln!

Alle Veranstaltungen wurden abgesagt, Kongresse, Seminare und Arbeitstreffen finden nicht mehr statt. Wir lernen aber, mit Videokonferenzen umzugehen und entdecken, wie bequem über dieses Medium von zu Hause gearbeitet werden kann. Die Welt steht also nicht still, sie dreht sich nur anders weiter.

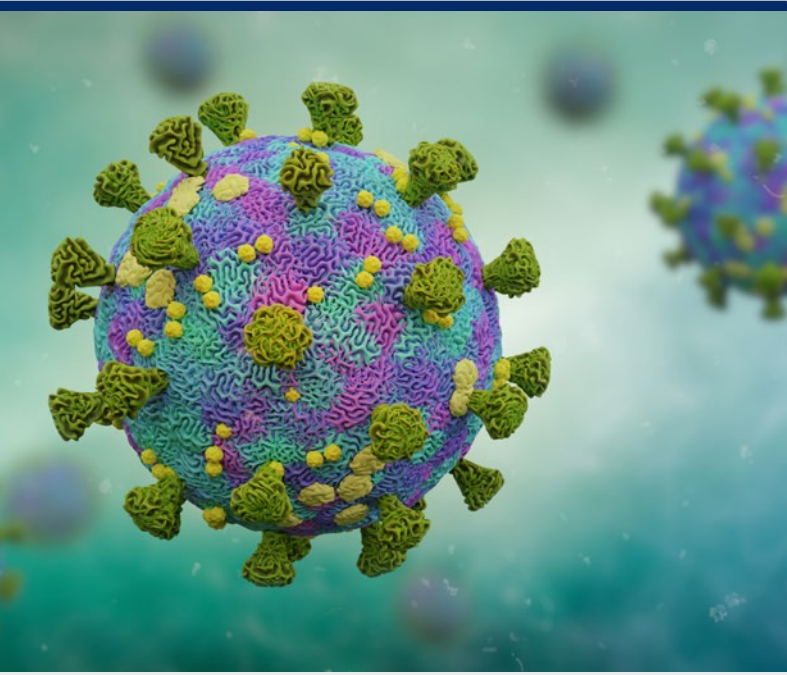
NuP-Tage 2020 online – ein voller Erfolg!

So fanden die Neurologen- und Psychiaterstage vom 27. bis 28. März 2020 aufgrund der Pandemie ausschließlich online statt. Per Videoschaltung wurden Vorträge, Seminare und Diskussionsrunden nach Hause übertragen. Es bestand die Möglichkeit, Fragen zu stellen und so interaktiv hochwertige Fortbildungen zu erleben. Mehr als 120 Kollegen nutzten diese moderne Form der Fortbildung und füllten die parallel laufenden Vorträge und Seminare. Ebenso Premiere hatte die BVDN-Delegiertenversammlung via Videokonferenz. Die Delegierten aus den BVDN-Landesverbänden konnten unkompliziert teilnehmen, Wort- und Chat-Beiträge einbringen und gemeinsam Beschlüsse fassen. Wir wollen diese neuen Wege zur Information und Kommunikation auch weiterhin nutzen! Dennoch freuen wir uns, wenn wir Sie im kommenden Jahr wieder persönlich in Köln begrüßen können. Der persönliche Dialog, die Pausengespräche und der Gesellschaftsabend haben einen besonderen Wert, den wir nicht missen möchten.

Blieben Sie mit Ihren Familien behütet!

Ihre

Sabine Köhler



Inhalt 4

April 2020

9 COVID-19: Risikoabschätzung für Praxen

Derzeit werden wir mit immer neuen Alarmmeldungen und Einschränkungen konfrontiert – wir müssen konstatieren, dass die Coronavirus-Pandemie absolut gefährlich und disruptiv ist. Um die Zahl der Todesfälle und die Überforderung des Gesundheitswesens zu vermindern, ist es unbedingt notwendig, Maßnahmen wie häusliche Isolation, Heimquarantäne und soziale Distanzierung zu ergreifen. Auch für unsere Praxen bleibt die Pandemie nicht folgenlos.

Covid-19

Springer Medizin informiert Sie über die wichtigen Fakten und neuesten Entwicklungen online in einem eigenen Online-Dossier unter der Adresse www.springermedizin.de/covid-19.

Zudem finden Sie freizugänglich in englischer Sprache die neuesten Forschungsergebnisse unter www.springernature.com/gp/researchers/campaigns/coronavirus

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

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

Schriftleitung:

Dr. med. Gunther Carl
Telefon: 09321 5355, Fax: 09321 8930
E-Mail: carlg@t-online.de

Aboservice:

Bei Fragen rund um Abonnement und Postbezug
Telefon: 06221 345-4304; Fax: 06221 345-4229
E-Mail: leserservice@springer.com

3 Editorial

Corona und kein Ende
Sabine Köhler

Die Verbände informieren

6 Gesundheitspolitische Nachrichten

— Corona-Pandemie: Auswirkungen auf nervenärztliche, neurologische, psychiatrische Praxen

Gunther Carl

8 Recht

— Patientenverfügung verhindert psychiatrische Zwangsbehandlung nicht
— Praxisabgabe: Ein Nachbesetzungsantrag darf wieder zurückgenommen werden

Bernhard Michatz

9 COVID-19: Risikoabschätzung und Planungsgrundlagen für unsere Praxen

Corona-Pandemie
Wolfgang Freund

11 Berufspolitik für alle!

Rückblick auf das vergangene Jahr
Sabine Köhler, Klaus Gehring

14 Systemische Therapie als Richtlinienverfahren etabliert

Neues aus dem G-BA
Markus Weih

15 Von Problemlösung keine Spur

BVDN-Landesverband Brandenburg
Holger Marschner

Rund um den Beruf

18 Paradigmenwechsel in den Praxen

Telematikinfrastruktur und elektronische Patientenakte
Andreas Meißner

21 Pflegenotstand durch Bürokratie?

Pflegeinfrastruktur unter Druck
Argeo Bäumayr

24 One in, none out?

Bürokratieabbau im Gesundheitswesen
Markus Weih

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

27 Fachübergreifende Qualifizierung nutzen
Curriculum: Spezialisierte schlafmedizinische Versorgung
Rita Wietfeld

29 Die richtige Archivierung von Patientendokumenten
Zwischen Bundesmantelvertrag und DSGVO
Gunther Carl

Fortbildung

30 Therapieansätze bei geringer Evidenzlage
Migräneaura
Victoria Schubert, Tobias Freilinger

35 Depressiv und immer wieder müde ...
Neurologische Kasuistik
Wolfgang Freund

38 Differenzialdiagnostik bei schizophreniformen Erkrankungen
Autoantikörper-assoziierte Autoimmunenkephaliden
Dominique Endres, Kimon Runge, Patrick Süß, Kathrin Nickel, Ludger Tebartz van Elst

44 CME Aufsuchende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung
Menschen mit schweren Zwangserkrankungen
Ina Jahn, Katarina Stengler

Journal

56 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR
Über den Hass
Anmerkungen zur Literarizität eines zeitlosen Phänomens
Gerhard Köpf

60 NEUROTRANSMITTER-GALERIE
Kraft der Auslassung
Angelika Otto

- 14 Kleinanzeigen
- 27 Buchtipps
- 54 Pharmaforum
- 62 Verbandsservice/Termine
- 63 Verbandsservice
- 67 Vorschau/Impressum



44 Aufsuchende Versorgung

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, wie etwa schweren Zwangserkrankungen, sollten die Möglichkeit haben, von mobilen, multiprofessionellen Teams über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, aufsuchend behandelt zu werden. Mit einem integrativen Therapiekonzept können Behandlungsschritte im häuslichen Umfeld der Patienten durchgeführt und so ihre allgemeine Versorgungssituation und die Förderung von Teilhabechancen verbessert werden.



Titelbild (Ausschnitt): „Schweine“ von Dana Meyer.
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 60.

Die Verbände informieren

CORONA-PANDEMIE

Auswirkungen auf nervenärztliche, neurologische, psychiatrische Praxen

➔ Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege, für eine Monatszeitschrift wie den *NeuroTransmitter* ist es natürlich schwierig, ein so aktuelles Thema wie die Auswirkungen der Coronakrise auf nervenärztliche, neurologische und psychiatrische Praxen aktuell darzustellen. Aber außergewöhnliche Zeiten erfordern ungewöhnliche Informationswege. Hier finden Sie kurz zusammengefasst Informationen zur Coronaproblematik und wie wir in unseren Praxen damit umgehen können. Bitte beachten Sie, dass unsere Angaben ohne Gewähr sind. Es handelt sich um eine Situation, wie es sie in der Nachkriegszeit noch nicht gab. Die Lage ändert sich täglich, und ein Teil dieser Informationen kann morgen schon überholt sein. Bitte verfolgen Sie die Meldungen in der Laienpresse und natürlich die Aussagen der KVen. Alles in allem sind wir davon überzeugt, dass wir in einem sehr gut organisierten und ausgestatteten Staats- und Gesundheitswesen leben und daher diese Krise vergleichsweise für jeden Einzelnen ertragbar meistern können. Wichtig ist, dass wir als Ärzte und Praxisunternehmer unseren Patienten und Mitarbeiterinnen gegenüber rationale Gelassenheit, Professionalität, Empathie und Optimismus ausstrahlen.

Hygiene: Händedesinfektionsmittel und Schutzmasken/-kleidung sind im Handel nicht mehr zu bekommen. Die Landesregierungen und die KVen bemühen sich um Beschaffung. Bisher ohne konkrete Ergebnisse. Seit wenigen Wochen dürfen Apotheker Händedesinfektionsmittel selbst herstellen und in Kanistern an die Praxen verkaufen. Allerdings fehlt es mittlerweile häufig an dem hierfür nötigen Alkohol. Die direkte Finanzierung als Praxisbedarf über die Krankenkassen steht noch aus. Mittlerweile hat die Bundesrepublik Deutschland die Finanzierung zusätzlicher Hygienemaßnahmen zugesagt (DÄB 12/2020). Alle Patienten sollen sich direkt beim Ein-

treten in die Praxis die Hände desinfizieren. An der Anmeldetheke können Sie ihr Personal durch Plexiglasscheiben vor Patientenaerosolen schützen. Infektübertragung über Kontaktflächen wie Chipkarten oder Türklinken scheinen kaum eine Rolle zu spielen. Mundschutzmasken sind in unseren Praxen in der Regel bisher nicht erforderlich. In besonderen Risikosituationen oder wenn sich Ihre Mitarbeiterinnen besonders vorsichtig verhalten möchten, können Sie für Patienten mit Atemwegserkrankungen OP-Masken (MNS, Papiervlies) zur Verfügung stellen. Behandlungspersonal kann insbesondere bei körperlicher Nähe zum Patienten FFP2-Masken (hält 94 % Aerosol zurück) tragen; etwa beim Blut abnehmen oder bei elektrophysiologischen Messungen.

Ausgehbeschränkung: Möglicherweise werden die Ausgehbeschränkungen noch weiter verschärft. Hier ist es sicher sinnvoll, wenn Ärzte ihren Arztausweis mitführen und unsere Mitarbeiterinnen eine Bestätigung als „systemrelevante“ Beschäftigte im Gesundheitswesen.

Coronainfizierte Patienten: Bitte beachten Sie die täglich aktualisierten Nachrichten des Robert Koch-Institutes (RKI): www.rki.de. Die Tendenz geht mittlerweile dahin, die Testung erheblich auszuweiten. So sollen Risikopersonen besser vor Infizierten geschützt werden.

Praxisorganisation und Struktur: Zeitliches und örtliches Aufeinandertreffen von Patienten sollte entzerrt werden. In Gemeinschaftspraxen können voneinander zeitlich und/oder örtlich unabhängig agierende Teams gebildet werden. Atemwegs- oder risikoerkrankte MFA sollten/könnten zuhause bleiben. Atemwegs- oder risikoerkrankte Patienten brauchen gegebenenfalls nicht in die Praxis zu kommen und können telefonisch behandelt werden. Falls

nötig, können diese Patienten in der Praxis zeitlich oder örtlich separat behandelt werden. Routinepatienten ohne akuten Behandlungsbedarf können gegebenenfalls telefonisch behandelt werden und erhalten einen deutlich späteren Ersatztermin. Insgesamt ist hier die individuelle Praxisentscheidung gefragt.

Videosprechstunde: Bisherige Mengen- und Genehmigungsrestriktionen der Videosprechstunde wurden vorübergehend aufgehoben: www.kbv.de. Abrechnung: Grundpauschalen 16/21220, Pseudo-GOP Video alleine im Quartal 88220, Authentifizierung 01444, Technikzuschlag 01450, Anschubförderung 01451. Siehe auch zu Technik, zertifizierten Anbietern, Registrierung, Patienteninformation: www.kbv.de/ Videosprechstunde. Nach bisheriger Erfahrung scheint die Videosprechstunde jedoch für ältere, kognitiv eingeschränkte, behinderte und technisch unerfahrene Patienten wenig geeignet zu sein. Diese sind aber häufig hilfebedürftig und telefonisch erreichbar. Die Berufsverbände bemühen sich weiter intensiv um die Abrechnungsfähigkeit telefonischer Leistungen in Coronazeiten.

Abrechnung telefonischer Leistungen: Telefonische AU-Schreibungen sind auch ohne direkten Patientenkontakt vorübergehend möglich, in Ausnahmefällen auch ohne das Einlesen der Versichertenkarte: www.kbv.de. Alleiniger telefonischer Kontakt im Quartal mit dem Patienten: GOP 01435 (Bereitschaftspauschale) ist wie bisher budgetauslösend. GOP 21216 (10 Minuten Fremdanamnese bei schwerer psychischer Erkrankung) ist wie bisher telefonisch erbringbar. Derzeit laufen Bemühungen, dass weitere EBM-Leistungen (psychiatrische und neurologische Gesprächsleistungen, psychotherapeutische Sprechstunde) ausschließlich telefonisch erbracht werden können, vor allem bei Patienten, die für eine Videosprechstunde nicht geeignet sind

oder bei denen die technischen Voraussetzungen hierfür nicht vorhanden sind. Leider waren diese Bemühungen bisher nur in wenigen KVen erfolgreich (Rheinland-Pfalz, Hessen, Sachsen-Anhalt, Baden-Württemberg). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sträubt sich bisher.

Rezepte per Post und eGK: Bei postalischer Zusendung von Rezepten jeglicher Art kann bis zum 30. Juni 2020 die Portogebühr 40122 (90 Cent) auch neben der Verwaltungsgebühr 01430 oder der Bereitschaftspauschale 01435 abgerechnet werden. War ein telefonischer oder postalischer Patient im Quartal noch nicht in der Praxis, können die Versichertendaten der eGK aus dem Vorquartal übernommen werden. Bei solchen Neupatienten ist auch die telefonische Übermittlung der eGK-Daten samt Versicherungsnummer im Ersatzverfahren möglich.

Kurzarbeit bei MFA: Fragen Sie hierzu Ihren Steuerberater (er ist auch beim Ausfüllen der Formulare behilflich) oder direkt das Arbeitsamt. Die Bundesregierung hat die Bedingungen für die Beantragung von Kurzarbeit bei Mitarbeitern von gewerblichen oder freiberuflichen Betrieben deutlich erleichtert. Antragsformulare finden Sie unter www.arbeitsagentur.de. Wenn der deutlich verringerte Personalbedarf länger als wenige Wochen dauert, muss man sich als Praxisinhaber ernsthaft mit dem Thema Kurzarbeit befassen. Die Regelungen wurden stark flexibilisiert. Die Arbeitsauslastung muss nur noch bei 10% der Arbeitnehmer um 10% vermindert sein. Mit den einzelnen Arbeitnehmerinnen kann ein unterschiedliches Ausmaß der Kurzarbeit vereinbart werden, unter Berücksichtigung von Teilzeitregelungen. Nötig ist dafür eine Betriebsvereinbarung mit Einverständnis der Arbeitnehmerin. Bei Mitarbeiterinnen mit Kindern zahlt das Arbeitsamt 67% des Lohndefizits, bei Kinderlosen 60%. Die Sozialbeiträge werden voll ersetzt. Nach Anzeige und nachfolgender Genehmigung der Kurzarbeit beim Arbeitsamt (Formblatt) kann dann der Arbeitgeber die Kurzarbeit konkret einleiten.

Ausfallentschädigung bei Praxisschließung durch das Gesundheitsamt: Fragen Sie auch hierzu den Steuerberater. Zuständig sind die Bezirks- oder Landesregierungen, etwa www.freistaat.bayern/dokumente/leistung/668069451898. Wird ein Betrieb oder eine Praxis vom Gesundheitsamt aufgrund des Infektionsschutzgesetzes (InSG) geschlossen, hat sie Anspruch auf Entschädigung nach §56 InSG. Bezahlt werden auf Antrag Gewinnausfall, Kosten und Gehälter der Angestellten, wobei wir zunächst bei Krankheit sechs Wochen Arbeitgebergehaltsfortzahlung vorstrecken müssen. Hat die Praxis eine Betriebsausfallversicherung abgeschlossen, sind auch hier je nach individuellen Versicherungsbedingungen Zahlungen vorstellbar.

Umsatzverlust bei reduzierter Patientenversorgung: Wenn wir aufgrund des Fernbleibens von Patienten oder von Mitarbeiterinnen aus Vorsichtsgründen einen erheblichen Umsatzeinbruch verzeichnen, unterliegt dies dem Unternehmerrisiko und wir erhalten dafür keinen Ausgleich. Im Gegensatz zu anderen Freiberuflern oder Betriebsinhabern bekommen wir zunächst unsere monatlichen Abschlagszahlungen von der KV weiter ausbezahlt. Diese werden jedoch nach einem halben oder dreiviertel Jahr gegebenenfalls auf die niedrigen „Krisen-Fallzahlen“ sinken. Hier stehen uns gegenüber natürlich der Staat und die Krankenkassen mit Ausfallentschädigungen ebenso in der Pflicht wie gegenüber Krankenhäusern und der übrigen Wirtschaft, „was immer es kostet“. Denn wir halten die Gesundheitsversorgung der nicht Coronakranken aufrecht, inklusive der vorsichtshalber aus den Krankenhäusern entlassenen Patienten.

Der finanzielle Schutzschirm für uns niedergelassene Ärzte ist mittlerweile vom Gesetzgeber zugesagt. Das Gesetz zum Ausgleich finanzieller Belastungen in Gesundheitseinrichtungen infolge von COVID-19 regelt, dass im ambulanten Bereich die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) trotz reduzierter Leistungsmenge in regulärem Umfang ausgezahlt wird. Extrabudgetäre



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

Leistungen (EGV) werden zu 90% ausgezahlt, sofern der Gesamtumsatz der Praxis um mindestens 10% gegenüber dem Vorjahresquartal sank und die Fallzahl zurückging. Ob der Schutzschirm 100%ig das abdeckt, was wir verlieren – da ist Skepsis angebracht. Denn in circa einem halben Jahr, wenn unsere monatlichen KV-Abschlagszahlungen sinken, sind schon viele Milliarden in die übrige Wirtschaft abgeflossen.

Anträge auf Steuererleichterung/Stundung oder Soforthilfeprogramme: Informationen und Anträge zu weiteren finanziellen Unterstützungen finden Sie auf folgenden Internetseiten:

- EDV-Steuererleichterungsantrag: www.finanzeamt.bayern.de
- EDV-Sofortkredit für Unternehmer: www.kfw.de
- EDV-Antrag auf Gewährung eines Zuschusses für von der Coronakrise 3/2020 besonders geschädigte gewerbliche Unternehmen und Angehörige Freier Berufe in Bayern: www.stmwi.bayern.de

Weitere empfehlenswerte Informationsquellen

- Hausärzterverband: www.degam.de
- NAV-Virchow-Bund: www.virchowbund.de
- Medizinisch zu Corona: www.thieme.de/corona

ANGEORDNETE UNTERBRINGUNG

Patientenverfügung verhindert psychiatrische Zwangsbehandlung nicht

➔ Das Landgericht Osnabrück hat die Wirksamkeit einer Patientenverfügung abgelehnt, mit der eine psychiatrische Zwangsbehandlung verhindert werden sollte. Nach Ansicht des Gerichts können auch beim Vorliegen einer solchen Verfügung Zwangsbehandlungen angeordnet werden, wenn dies dem Schutz der Allgemeinheit dient.

Der Fall

In dem Verfahren beantragte eine Gemeinde für eine psychisch kranke Mitbürgerin die zwangsweise gerichtliche Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung sowie Zwangsmedikation. Die betroffene Person habe sexuell enthemmtes und aggressives Verhalten gezeigt, dem nur durch Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung mit begleitender medikamentöser Behandlung begegnet werden könne. Auch sei die Person aufgrund einer potenziell lebensbedrohlichen körperlichen Erkrankung auf weitere Medikation angewiesen. Allerdings verweigere sie sich der Be-

handlung, da sie aufgrund der psychischen Erkrankung die Lage nicht erfassen könne.

Das abschließende Urteil

Das Amtsgericht gab dem Antrag statt und verwies auf drohende Gefahren für die betroffene Person selbst und für Dritte. Die betroffene Person wandte sich mit einer Beschwerde an das Landgericht Osnabrück. Die Beschwerde wurde mit einer formal gültigen „Patientenverfügung“ begründet, die „jede Zwangsbehandlung egal mit welchen als Medikamenten bezeichneten Stoffen“ ablehnte. Außerdem sei die „Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung strikt und verbindlich und unter allen Umständen zu unterbinden.“ Das Landgericht wies die Beschwerde zurück, da die gerichtliche Anordnung der Patientenverfügung in diesem Fall nicht entgegenstehe. Die Website, die das Muster der konkreten Patientenverfügung bereitstellt, richte sich offenkundig in politischer

Weise gegen bestimmte Formen der psychiatrischen Behandlung. Das sei im konkreten Einzelfall bei der Auslegung der Verfügung zu berücksichtigen. Die zwangsweise Behandlung körperlicher Beschwerden könne daher ungeachtet der Patientenverfügung zum Schutz der betroffenen Person angeordnet werden, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorlägen. Insbesondere also, wenn die betroffene Person selbst die zwingende Notwendigkeit einer Behandlung nicht mehr erkennen könne.

Praxistipp!

Gerade bei chronisch kranken Patienten ist es empfehlenswert sich als zuständiger Facharzt mit dem Thema „Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht“ zu beschäftigen. Frühzeitige Aufklärung können strittige Fälle im Vorfeld entschärfen und für die nötige Klarheit bei den Patienten und deren Angehörigen sorgen.

PRAXISABGABE

Ein Nachbesetzungsantrag darf wieder zurückgenommen werden

➔ Abgabewillige Praxisinhaber können sich bis zum Abschluss des Nachbesetzungsverfahrens noch umentscheiden. Das Bundessozialgericht stärkt in seinem Urteil die Rechtsposition des abgebenden Arztes gegenüber Bewerbern deutlich.

Der Fall

Ein Orthopäde wollte nach dem Verkauf seiner Praxis befristet weiterarbeiten und sich von einer benachbarten Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) anstellen lassen. Das wurde auch genehmigt. Ein Mitbewerber klagte jedoch dagegen und erhielt vor dem Sozialgericht auch einstweiligen Rechtsschutz. Daraufhin zog der abgebende Arzt seinen Antrag auf Nachbesetzung zurück und verzichtete infolge auf seinen Sitz. Um Missbrauch zu verhindern, ordnete das Bundessozialgericht (BSG) an, dass er nun mindestens drei Jahre bei der BAG angestellt tätig bleiben muss.

Der Mitbewerber war aber der Ansicht, dass der abgebende Arzt seinen Antrag auf Nachbesetzung nicht mehr hätte zurücknehmen dürfen, da der Berufungsausschuss bereits rechtskräftig entschieden habe.

Das abschließende Urteil

Das BSG war anderer Meinung und urteilte, dass die Rücknahme zulässig sei. Die Richter legten dar, dass sich durch die Entscheidung, ein Nachbesetzungsverfahren durchzuführen, nichts an den Rechtspositionen der Beteiligten ändere. Das Nachbesetzungsverfahren soll demnach die Belange des abgebenden Arztes sichern. Die seien aber mit der Entscheidung für eine Nachbesetzung noch nicht abschließend berücksichtigt. Für den abgebenden Arzt gehe es um seinen Sitz, für Kandidaten dagegen nur um Chancen. Bewerber könnten Rechte daher erst gegen die abschließende Auswahlentscheidung geltend machen.

Das BSG stellt in seinem Urteil klar, dass sich abgabewillige Praxisinhaber bis zum Abschluss des Nachbesetzungsverfahrens noch umentscheiden können. Die Rechtsposition des abgebenden Arztes wird gegenüber den Bewerbern deutlich gestärkt.

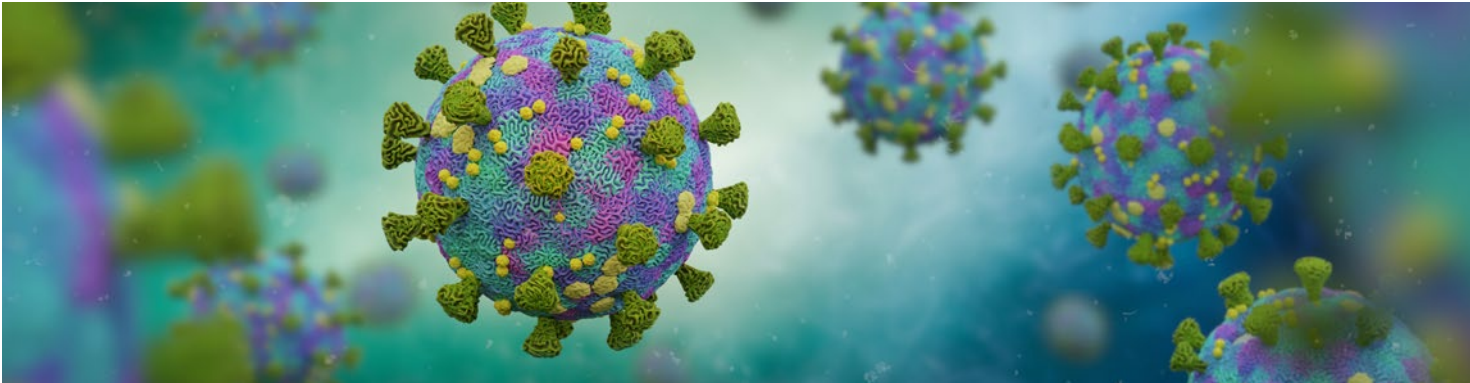
AUTOR

Bernhard Michatz

Rechtsanwalt
Geschäftsführer
Spitzenverband ZNS
(SpiZ)
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

E-Mail: Bernhard.
Michatz@spitzenverband.de





Corona-Pandemie

COVID-19: Risikoabschätzung und Planungsgrundlagen für unsere Praxen

Derzeit werden wir mit immer neuen Alarmmeldungen und Einschränkungen konfrontiert. Als Selbstständige und Arbeitgeber sollten wir eine Einschätzung der Lage durchführen und eventuelle Maßnahmen zum richtigen Zeitpunkt ergreifen und zwar so, dass wir sie über ausreichende Zeit beibehalten können. Zu drastische Maßnahmen lassen sich nicht durchhalten, zu früh ergriffene Maßnahmen verpuffen sinnlos.

Starten wir mit einer historischen Rückblende. Die „Spanische Grippe“ 1918/19 verursachte weltweit zwischen 27 und 50 Millionen Todesfälle [1], bei einer damals zwar kriegsgeschwächten, aber mit 1,6 Milliarden Menschen deutlich kleineren Weltbevölkerung als heute. Sie verlief in insgesamt drei Wellen über einen Zeitraum von einem Jahr. Man geht von damals 426.000 Toten für Deutschland aus [1].

Empfehlenswerte Podcasts

Es gibt aktuell hörensvalue Podcasts zur Corona-Pandemie im NDR, die maßgeblich vom Leiter der Virologie der Charité, Prof. Dr. Christian Drosten, bestritten werden [2]. In diesen Podcasts wird auf eine aktuell wegweisende Studie des Imperial College, London, zur Beeinflussung der Fallzahlen verwiesen [3]. Die Wissenschaftler stellen nichtpharmakologische Ansätze der Beeinflussung der Pandemie vor. Sie betrachten häusliche Isolation, Heimquarantäne, soziale Dis-

tanzierung der Senioren oder der ganzen Bevölkerung und Schulschließung. Dabei graduieren sie die Wirksamkeit der Interventionen in Abschwächung und Unterdrückung. Abschwächung nutzt einzelne Maßnahmen, um die Welle zu verzögern und damit die Überforderung des Gesundheitssystems zu vermindern. Sie kann die Todeszahlen halbieren. Die Unterdrückung der Welle verlangt eine Kombination von Maßnahmen und ist einschneidender. Die Autoren merken an, dass die Unterdrückung der Infektion in China und Südkorea zumindest derzeit gelungen ist, jedoch mit hohen sozialen und ökonomischen Kosten.

Modellrechnungen zur Corona-Pandemie

Die Basisannahmen der Simulationsrechnung [3] werden von Drosten [2] bestätigt beziehungsweise gering modifiziert: Beginn der Pandemie im Januar 2020, erwartete Durchseuchung 81 %. Zwei Drittel der Fälle bemerkt innerhalb

eines Tages die Erkrankung und isoliert sich selbst. Die Infektion ist in 0,9 % der Fälle letal, 4,4 % werden im Krankenhaus behandelt, davon 30 % auf der Intensivstation. Die Berechnung der Interventionseffekte wird als konservativ (d.h. pessimistisch) bezeichnet, die Dauer der Interventionen zur Abschwächung wird mit drei, die der Unterdrückung mit fünf Monaten angenommen.

Die Modellierung der Pandemie ohne Eindämmungsmaßnahmen geht von einem Maximum der Mortalität in Großbritannien für Mitte Juni aus, Deutschland dürfte einen Monat früher liegen. Wenn man die Zahlen für Großbritannien umrechnet, würde das aufgrund der Bevölkerungszahl für Deutschland 640.000 Todesfälle bedeuten. Das Gesundheitssystem Großbritanniens würde zusammenbrechen, denn die Zahl der benötigten Intensivbetten wäre 30 mal so hoch wie die reale Kapazität.

Hochinteressant wird in der Studie [3] gezeigt, dass bestimmte Maßnahmen



Sie lesen Qualität

Damit das auch so bleibt,

befragen wir Sie in

Kooperation mit **ifak**

in den nächsten Wochen.

Ihr Urteil ist uns wichtig.

Bitte nehmen Sie teil!



Die Verbände informieren

unterschiedliche Auswirkungen auf Hospitalisierung und Todesrate haben: Schulschließung reduziert die Inanspruchnahme der Intensivstationen, erhöht aber die Todesrate. Der Zeitpunkt der Inkraftsetzung der Maßnahmen (bei einer Dauer von drei Monaten) ist relevant: Ein späterer Start der Restriktionen wirkt besser. Die Autoren schlagen als „Trigger“ die Belegung der Intensivstationen vor. Erst ab einer kritischen Zahl soll die Restriktion greifen.

Abschwächen oder unterdrücken?

Nachdem die reinen Abschwächungsmaßnahmen nicht ausreichend wirksam sind, um einen Zusammenbruch des Gesundheitssystems zu verhindern, müssen Maßnahmen der Infektionsunterdrückung (Dauer fünf Monate) erwogen werden. Die Daten zeigen die Wirksamkeit der Maßnahmen, jedoch nach deren zwangsläufigem Ende auch eine zweite Erkrankungswelle im kommenden Winter.

In einem Interview mit der Wochenzeitung DIE ZEIT vom 20. März 2020 sagte der Virologe Drosten: „Wir müssen vielleicht davon ausgehen, dass wir gesellschaftlich ein Jahr im Ausnahmezustand verbringen müssen. Aber man wird wahrscheinlich nicht alle Maßnahmen genauso weiterführen, wie man sie jetzt gestartet hat. Man wird nachjustieren können und müssen. Man muss dann einzelne Dinge zurückfahren. Aber während der ersten Phase von jetzt bis zur Woche nach Ostern muss man wirklich konsequent handeln und gleichzeitig die Fallentwicklung beobachten.“ [4]

Praxischließung keine gute Idee

Zusammenfassend muss konstatiert werden, dass die Pandemie absolut gefährlich und disruptiv ist. Maßnahmen der Risikominderung sind unbedingt notwendig, um die Zahl der Todesfälle und die Überforderung des Gesundheitswesens zu vermindern. Die Schließung der Praxen wäre keine gute Idee. Sie würde zwar deutlich machen, wie wichtig wir sind, aber um den Preis der sofortigen Dekompensation des Systems. Allerdings ist die Zeitachse deutlich länger als zunächst angenommen. Der Zeitpunkt der Implementierung von

Maßnahmen ist wichtig, denn sie müssen drei bis fünf Monate durchgehalten werden. Ohne einen Impfstoff wird eine zweite Welle auf uns zu rollen, die so heftig wie die erste ausfallen wird. Daher hat der Virologe Drosten zu Recht eine beschleunigte Zulassung von Impfstoffen mit Risikübernahme durch den Staat gefordert [2]. Abgewogen werden muss für die politischen und unternehmerischen Entscheidungen der direkte Gesundheitsschutz gegen ökonomische und gesellschaftliche Faktoren, denn unser System wird nur weiter funktionieren, wenn die Bürger die Maßnahmen mittragen und in der Lage sind, das benötigte Geld zu verdienen und die gesamten Produktionsketten zur Versorgung des Lebens am Laufen zu halten [5].

Literatur

1. Maybaum T. Ein Virus – Millionen Tote. Deutsches Ärzteblatt Medizin Studieren SS 2018: 36 (www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=197155)
2. Drosten C, Henning K. Wir brauchen Abkürzungen bei der Impfstoffzulassung. Coronavirus update Folge 16 (<https://www.ndr.de/nachrichten/info/coronaskript132.pdf>) Zugriff 23.3.2020
3. Ferguson NM et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College London 16.3.2020 (<https://doi.org/10.25561/77482>)
4. Schumann F. Wir müssen jetzt die Fälle senken. Sonst schaffen wir es nicht. Zeit Online 20.3.2020; <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-03/christian-drosten-coronavirus-pandemie-deutschland-virologe-charite>
5. Wissmann H: Alle Macht dem Virus? Frankfurter Allgemeine Zeitung, 20.3.2020, <https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/welche-folgen-das-coronavirus-fuer-unser-gesellschaft-hat-16686351.html>

AUTOR

**Prof. Dr. med.
Wolfgang Freund**

Arzt für Neurologie
und Diagnostische
Radiologie,
Psychotherapie
Waaghausstraße 9
88400 Biberach

E-Mail: freund@neurologie-biberach.de



Rückblick auf das vergangene Jahr

Berufspolitik für alle!

Das berufspolitische Jahr 2019 war geprägt durch immer neue Herausforderungen, den hochfrequent vorgestellten Gesetzesentwürfen ihren potenziellen versorgungsrelevanten Schaden zu nehmen. Wir geben Ihnen einen Überblick über die vielen unterschiedlichen Aktivitäten der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) beschäftigte uns das ganze Jahr über. Außer Frage steht, dass dieses Gesetz einen nur schwer zu ertragenden Eingriff in unsere Praxisorganisation bedeutet. Es führt an der Versorgungsrealität vorbei, denn ohne zusätzliche Arztstellen können keine zusätzlichen Termine geschaffen werden. Wenn internetversierte Patienten rascher Termine bekommen, haben medial weniger Erfahrene das Nachsehen. Ebenso wenig ist unstrittig, dass es sinnvollere und organisatorisch einfachere Anreize hätte geben können, etwa eine extrabudgetäre Vergütung der Grundpauschale, wie sie die KBV vorgeschlagen hatte.

Besonderer Stein des Anstoßes waren und sind die sogenannten „offenen Sprechstunden“, zu denen wir als grundversorgende Fächer, die wir nach unserem Verständnis sind, verpflichtet sind. Hier konnte allerdings der Wille des Gesetzgebers („freier Zugang zu Facharztterminen für gesetzlich Versicherte“) dadurch für uns leichter umsetzbar gemacht werden, dass eigene Patienten beispielsweise in Krisen oder bei Erkrankungsschüben diese Sprechstundenzeiten nutzen dürfen. Damit bietet uns das Gesetz durch die Hintertür die Möglichkeit, etwas gesondert honoriert zu bekommen, was wir schon immer tun, nämlich unsere Patienten notfallmäßig zu sehen.

Es gelang uns, einem weiteren Gesetz, das quasi im „Huckepack“ des TSVG vorgestellt wurde, die Bedrohlichkeit zu nehmen. Das Psychotherapeuten-Ausbildungs-Reformgesetz sieht eine Befähigung der Psychotherapeuten zur Verordnung von Medikamenten – das war tatsächlich Inhalt des Ursprungsentwurfes – nicht mehr vor.

Die EBM-Reform – Politik der kleinen Schritte

In zahllosen Gesprächen vorbereitet war dagegen die Reform des jetzigen EBM. Was war in der Vergangenheit nicht alles an neuen Leistungen diskutiert und auch schon konsentiert worden. Aufwändige Untersuchungen von evozierten Potentialen (EP), Nervenleitgeschwindigkeitsmessungen (NLG) und Elektromyografien (EMG) sollten (um mit den Spezialambulanzen der Kliniken gleichziehen zu können) aufgewertet, Botulinumtoxin-Injektionen endlich vergütet oder eine neurologische Kontrolluntersuchung (bei Neurologen!) eingeführt werden.

Angleichung der Honorierung von Gesprächsleistungen

Für Psychiater standen neue Ziffern etwa für eine vertiefte Exploration oder eine psychiatrische Kontrolluntersuchung im Raum. Gemeinsam mit den anderen Verbänden des Spitzenverbands ZNS (SPIZ) hatten wir immer wieder beanstandet, dass unsere Gesprächsleistungen sich inhaltlich nicht von denjenigen der Psychotherapeuten unterscheiden, sie aber deutlich schlechter vergütet werden. Unter der Maßgabe der Kostenneutralität reduzierte sich jetzt die „kleine“ Reform für uns im Wesentlichen auf diese Angleichung insbesondere in der Vergütung unserer Gesprächsleistungen.

Nur wenige neue Leistungen fanden Einzug in den EBM. Entsprechend der gesetzlichen Forderung, die „sprechende Medizin“ zu stärken, wurden insbesondere die Gesprächsziffern 16220 und 21220 deutlich aufgewertet. Deutlich abgewertet wurden in unserem Fachgebiet dagegen die Ordinationskomplexe und die technischen Leistungen, letzteres

trifft in erster Linie die Neurologen. Die Auswirkungen der Reform hängen deshalb innerhalb unserer Fachgruppe sehr von der Praxisstruktur ab. Je länger die Patientenkontakte sind, desto eher bietet sich die Gelegenheit, von der Aufwertung der Gesprächsziffern zu profitieren. Für diejenigen, die sich bei hohen Fallzahlen oft nur einen kurzen Patientenkontakt pro Quartal leisten können, fällt vor allem die Abwertung der Grundpauschale ins Gewicht.

Damit setzt die Reform eindeutig Fehlanreize hin zu häufigeren Patientenkontakten. So werden keine Behandlungstermine zusätzlich vergeben, keine Wartezeiten verkürzt, das TSVG also konterkariert. Der mögliche Steuerungseffekt, der eine grundlegende Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten mit psychischen und neurologischen Krankheiten hätte nach sich ziehen können, bleibt aus. Damit ist die Chance vertan, die „sprechende Medizin“ nachhaltig zu fördern.

Sehr deutlich haben wir gegenüber der KBV herausgestellt, dass mit dieser Reform der Wille des Gesetzgebers nicht umgesetzt wird und wir zudem weiterhin auf die seit Jahren überfällige Einführung neuer Leistungen warten. Es besteht Konsens, dass eine wirkliche Reform nur durch zusätzliche Finanzierung gelingen kann. Nach der Reform ist deshalb vor der Reform. Die nächsten Gesprächstermine mit der Honorarabteilung der KBV sind bereits vereinbart.

Neue Bedarfsplanung – Gegenfinanzierung ist Pflicht

Bereits 2018 erfolgte eine Neuberechnung der Bedarfsplanung für alle Fachrichtungen der ambulanten medizinischen Versorgung. Komplexe Formeln

fürten zur Ausweisung zusätzlicher Arztsitze in allen Teilen Deutschlands. Aufgrund der oft schon bestehenden guten Versorgung in den Ballungsräumen findet man zukünftig freie Vertragsarztsitze vor allem in den strukturschwächeren und ländlichen Regionen.

Durch Forderungen unserer Berufsverbände – nach Ausweitung der medizinischen Versorgung für Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen sensibilisiert – wendeten die Berechnungsexperten des G-BA Verhältnisformeln an, die nun zu einem besonderen Zuwachs von Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern führen werden. Die Fachgruppe Nervenheilkunde bleibt erhalten. Dieser gehören unverändert Nervenärzte (analog Doppelfachärzte, also Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie), Neurologen und Psychiater an.

Ermutigung von Kollegen zum Schritt in die Selbstständigkeit

Dabei kommt zusätzlich zur Vermehrung der Vertragsarztsitze eine Quoten-

regelung regional zur Anwendung: 25 % der Sitze der Fachgruppe sollen mit Nervenärzten (Doppelfachärzten) besetzt werden. Die restlichen 75 % werden hälftig mit Neurologen und Psychiatern besetzt. Durch diese Quotenregelung kann es auch zu zusätzlichen Vertragsarztsitzen in den Bereichen Neurologie oder Psychiatrie kommen, nämlich dann wenn eine Fachgruppe bislang in einer Region unterrepräsentiert ist.

Wir ermutigen Kollegen, den Schritt in die Selbstständigkeit zu wagen und sich in der Wunsch-KV um einen Sitz zu bewerben. Aktuell werden in den Landes-KVen die Anzahl der Sitze berechnet. Diese müssen dann den Landesausschüssen vorgelegt und bestätigt werden und dann werden sie über die jeweiligen Zulassungsausschüsse ausgeschrieben. Es lohnt sich, hier aktive individuelle Informationen der Landes-KV einzuholen!

Auch über der neuen Bedarfsplanung liegt der schwere Deckel der Kostenneutralität. Wir werden keine Gelegenheit verstreichen lassen, aufzuzeigen, dass

neue Stellen selbstverständlich gegenfinanziert sein müssen, will man Versorgung verbessern. Das Geld muss der Leistung folgen, es kann nicht sein, dass das Honorar für zusätzliche neue Kollegen allein aus einem gedeckelten Fachgruppentopf verteilt werden soll.

Weiterbildung auch für ambulante Neurologie und Psychiatrie

Auf dem Ärztetag 2018 in Erfurt wurde die Musterweiterbildungsordnung (M-WBO) der Bundesärztekammer nach vielen Jahren Erarbeitung und mit sichtbar veränderter Struktur über alle Fachrichtungen verabschiedet. In der Phase vor Verabschiedung der M-WBO waren die Mitglieder der Vorstände unserer Berufsverbände aktiv über die wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Erstellung der Ordnung einbezogen worden. Mit dem Ergebnis sind wir nicht in allen Punkten zufrieden, konnten aber sowohl im Fachgebiet Neurologie als auch im Fachgebiet Psychiatrie die Vielfalt der ambulanten Versorgung und

Aus aktuellem Anlass zur Corona-Pandemie

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Mit diesem Artikel wollten wir Ihnen einen Überblick über die Arbeit der Berufsverbände in den vergangenen Monaten geben und Sie einstimmen auf die zu erwartenden Veränderungen und Entwicklungen des laufenden Jahres. Die Corona-Pandemie verändert nun unser Leben völlig. Das betrifft nicht nur das private Leben jedes Einzelnen und die veränderte Praxisorganisation. Auch das berufspolitische Leben folgt nun anderen Gesetzen.

Schutz vor Infektionen und Versorgung Infizierter

Zentrale Themen sind der Schutz vor Infektion, der Umgang mit Infizierten sowie die Versorgung der Schwerkranken. Wir werden in den kommenden Wochen lernen, welche Herausforderungen die veränderte Situation für unsere neurologischen und psychiatrischen Praxen bereithält.

Hier einige Tipps für Sie ...

... zur Terminvereinbarungen und Patientenversorgung:

- Physische Kontakte möglichst vermeiden
- Telefonische Abklärung ist notwendig
- Abklärung der Dringlichkeit muss erfolgen
- Wir fordern die Erleichterung der Abrechnungsmodalitäten
- Video- und Telefonsprechstunden sind möglich – auch für die Versorgung von Pflegeheimbewohnern
- KBV-Veröffentlichung der zertifizierten Videoanbieter: https://www.kbv.de/media/sp/Liste_zertifizierte_Videodienst-anbieter.pdf

... zur Vergütung

- Versorgung muss aktuell niedrigschwellig und indikationsgerecht fachgruppenübergreifend erfolgen
- Als ambulant tätige Neurologen und Psychiater sind wir verantwortlich dafür, Patienten in deren Lebensumfeld zu versorgen. Wir müssen Patientenströme in die Kliniken vermeiden. Das ist die Stunde der ambulanten Medizin! Dafür benötigen wir entsprechende Vergütung und werden das einfordern. Unterstützen Sie uns mit Ihrem individuellen beruflichen Engagement!

... zur koordinierten Versorgung

- Wir können vernetzte Versorgung von Patienten jetzt realisieren. Dabei werden neue Kommunikationsmedien unverzichtbar sein. Diese haben durch die Verhinderung direkter sozialer Kontakte schon in unserem Alltag an Bedeutung gewonnen. Nutzen Sie jede Möglichkeit, Patienten gemeinsam mit Haus- und anderen Fachärzten, aber auch mit Pflegediensten und Sozialarbeitern, konsiliarisch oder über Videokontakte zu versorgen. Fallzahleinbrüche in den Praxen können so abgemildert werden und die Versorgung der Patienten kann unter Berücksichtigung aller Schutzmaßnahmen ermöglicht werden.

Als Berufsverbände werden wir Sie über Neuigkeiten auf dem Laufenden halten. Verfolgen Sie uns auf den Webseiten und kontaktieren Sie uns direkt.

Ihre Sabine Köhler und Klaus Gehring

die damit verbundenen Erfordernisse an eine fundierte Ausbildung immer wieder einbringen. Seitdem wird nun an der Umsetzung in den einzelnen Landesärztekammern gearbeitet. Die WBO sieht die Erstellung eines Fachlich empfohlenen Weiterbildungsplanes (FEWP) vor. Für die Erstellung des FEWP wurden einzelne Landesärztekammern beauftragt. Die Landesärztekammer Nordrhein erarbeitet den FEWP für das Fachgebiet Neurologie, die Landesärztekammer Schleswig-Holstein erstellt den FEWP unter anderem für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie. In beiden Arbeitskreisen sind wir als Vorstand unserer Berufsverbände sehr aktiv vertreten und haben natürlich eine gute Umsetzbarkeit der Weiterbildung im ambulanten Bereich im Blick.

G-BA: Erarbeitung einer Richtlinie zur koordinierten Versorgung

Im Referentenentwurf des TSVG war zu lesen, dass eine koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erarbeiten sei. Dies war nicht nur die Folge der in den Medien wahrgenommenen Versorgungsengpässe für psychisch Kranke gewesen, sondern vielmehr das Ergebnis der berufspolitischen Arbeit unserer Berufsverbände.

Vorgeschichte: In der Vertragswerkstatt der KBV hatte es vor vielen Jahren bereits einmal eine Arbeitsgruppe unter Mitwirkung von Dr. Frank Bergmann, Dr. Christa Roth-Sackenheim und Dr. Uwe Meier gegeben, die sich mit einer kooperativen Versorgung von Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen befasste. Dabei entstand ein Versorgungskonzept, das weiterentwickelt schließlich über den Innovationsfond finanziert die Versorgung in Nordrhein aktuell verändert.

Hier wird beispielhaft eine kooperative und koordinierte Versorgung möglich, die Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten aber auch viele andere Versorger für eine schnelle und indikationsgerechte Behandlung der Patienten zusammenführt. Zeit und Kosten sowie teure Klinikbehandlungen können so gespart werden. Die Patienten profitieren von einer raschen und auch schnell greifenden multiprofessionellen

vertragsärztlichen Versorgung innerhalb dieses Projekts. Wir erwarten eine positive Evaluation, die dann die Implementierung dieser guten Versorgung für alle GKV-Patienten möglich macht. Ohne die zukunftsweisende Vorarbeit der Kollegen über viele Jahre hätte dieses Projekt nicht wachsen können.

Widerstand von Seiten der Psychotherapeuten

Petition der Psychotherapeutenverbände 2019: Nachdem der Gesetzgeber nun deutlich gemacht hat, dass koordinierte und kooperative Versorgung gewünscht ist und gefördert werden soll, entstand zunächst Anfang 2019 Widerstand in den Reihen der Psychotherapeuten. Diese unterstellten die Absicht, psychotherapeutische Behandlung reglementieren zu wollen und starteten eine letztlich sehr erfolgreiche Petition gegen die Festbeschreibung der strukturierten und koordinierten Versorgung im TSVG. Damit war der neue Versorgungsansatz nicht mehr Teil des TSVG.

Neue Richtlinie: Der Gedanke der Weiterentwicklung einer multiprofessionellen Behandlung und die damit verbundene Nutzung von Ressourcen war aber mittlerweile stark und im Psychotherapeutenausbildungs-Reformgesetz wurde letztlich eine entsprechende Formulierung als Omnibusgesetz gefunden, die es möglich macht, das Vorhaben durch eine Arbeitsgruppe im G-BA weiter zu verfolgen. Bis zum Ende dieses Jahres soll eine Richtlinie vorliegen, die die koordinierte Versorgung für Patienten mit psychischen Erkrankungen beschreibt. Hier ist Dr. Frank Bergmann Sprecher der KBV und Dr. Sabine Köhler eine seiner Vertreterinnen.

Arzneimittellengpässe ein andauerndes Problem

Ein beratendes Gremium für den Vorstand der Bundesärztekammer ist die „Akademie der Gebietsärzte“. An den zweimal im Jahr stattfindenden Sitzungen nehmen regelmäßig Dr. Roland Urban und die Dr. Sabine Köhler teil. Diese machte im Herbst 2019 bereits auf die spürbaren Lieferschwierigkeiten für verschiedene Psychopharmaka aufmerksam und daraufhin wurde das Thema, das sich im Laufe der Monate weiter zu-

spitzte auf die Tagesordnung der Februarsitzung 2020 gesetzt.

Eine breite Diskussion um Definitionen von „Engpässen“ und „versorgungsrelevante Arzneimittel“ sowie die Ursachen der Lieferengpässe fand statt. Im Ergebnis forderte die Kollegin die Fachgesellschaft DGPPN auf, das Gespräch mit der Bundesärztekammer zu suchen, um die für die Versorgung unserer Patienten notwendigen Medikamente zumindest in die Liste der versorgungsrelevanten Arzneimittel aufzunehmen. Hier bedarf es neben der wichtigen Versorgungssicht der wissenschaftlichen Begleitung und Argumentation.

Als Vorstände der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP sind wir in allen wichtigen Bereichen der Versorgung aktiv. Wir vertreten damit die Interessen der Kollegen, die Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen versorgen, und setzen uns für eine gute Behandlung dieser Patienten ein. Zusätzlich entwickeln wir zukunftsfähige Versorgungskonzepte und gestalten aktiv an der Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland mit.

AUTOREN

Dr. med. Sabine Köhler

Vorsitzende des BVDN
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Dornburger Straße 17
07743 Jena

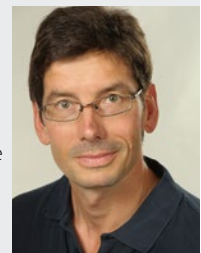
E-Mail: sab.koehler@web.de



Dr. med. Klaus Gehring

Vorsitzender des BVDN, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie-Neurozentrum am Klosterforst
Hanseatenplatz 1
25524 Itzehoe

E-Mail: info@neurologie-itzehoe.de



Neues aus dem G-BA

Systemische Therapie als Richtlinienverfahren etabliert



Rund um den Jahreswechsel hat der G-BA wichtige Entscheidungen zu Richtlinienpsychotherapie getroffen. So kann die systemische Therapie jetzt auch ambulant angewendet werden.

Mit der systemischen Therapie hat der G-BA am 22. November 2019 ein weiteres Verfahren als Richtlinienverfahren für die gesetzliche Krankenversicherung anerkannt [1]. Damit kann neben Psychoanalyse, Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie ein viertes wissenschaftlich geprüftes Verfahren für Menschen mit psychischen Erkrankungen ambulant angewendet werden, entsprechende Qualifikation vorausgesetzt. Dieser Beschluss ist ein Erfolg für die entsprechenden Fachgesellschaften und Fachverbände, die bisher relativ benachteiligt waren. Die Anerkennung wird vermutlich auch dazu führen, dass die im Vergleich zur populären Verhaltenstherapie etwas in Vergessenheit geratene systemische Therapie wieder „Aufwind“ bekommt.

Die Änderung der Psychotherapierichtlinien wird nun wie üblich dem

Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt. Das Verfahren war bereits 2013 angestoßen worden und auch der Nutzen stand schon seit einem Jahr fest. Basis der aktuellen Entscheidung waren jedoch die (obligatorischen) Stellungnahmen der Fachgesellschaften und der Abschlussbericht des IQWiG von 2017. In diesem ersten (!) Bericht zu einem Psychotherapieverfahren waren positive Effekte bei Angst, Zwang und Schizophrenie festgestellt worden. Aussagen zu Nebenwirkungen waren aber nicht möglich [2].

Darüber hinaus hat der G-BA am 7. Januar 2020 mitgeteilt, dass die 2008 aufgrund einer Selbstverpflichtung aufgenommenen Beratungen zu den bereits anerkannten Psychotherapieverfahren Tiefenpsychologie, Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie eingestellt werden [3]. Grundlage war ein Urteil des

Bundessozialgerichts (BSG: B 6 KA 22/09), wonach die seit Jahrzehnten bekannten Richtlinienverfahren keiner erneuten Rechtfertigung bedürfen und der Aufwand eine Prüfung auch sehr hoch wäre.

Schlecht sieht es hingegen weiter für die Gesprächspsychotherapie aus, die schon seit 2005 als nicht ausreichend wissenschaftlich evident belegt gilt.

Prof. Dr. Markus Weih, Nürnberg

Literatur

1. www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/826/
2. www.iqwig.de/download/N14-02_Abschlussbericht_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen_V1-0.pdf
3. www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/836/

Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Neurologische Praxis sucht Facharzt Neurologie (m/w/d) zur Anstellung ab 6/2020. Praxis mit Schwerpunkt MS, Bewegungsstörungen, BoNT, Funktionsdiagnostik. Südöstlicher Stadtrand von Berlin, S-Bahnbereich S5, Gehalt VB, bei Qualifikation/Eignung bis OA-Gehalt.
Kontakt: neurologiestelle@freenet.de

Nervenarztpraxis nahe Heidelberg sucht Nachfolger (Neurologe oder Psychiater, m/w/d) oder bietet WB Psychiatrie (Vollzeit sechs Monate oder Teilzeit bis zu einem Jahr) mit der Option des anschließenden Einstieges/Einkaufes in die Praxis. Geregelter Arbeitszeit, keine Bereitschaftsdienste, gut ausgebildetes freundliches Team, gute wirt-

schaftliche Erträge. Weitere Informationen über Homepage: www.antje-huber.de.
Kontakt: info@antje-huber.de

Umsatzstarke, nervenärztliche Einzelpraxis in Baunatal (Landkreis Kassel) mit neurologischem Schwerpunkt abzugeben, mit vielen Gutachten, moderner Ausstattung, aktueller EDV-Infrastruktur und Fahrstuhl, zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Gemeinsame Übergangszeit möglich.
Kontakt: neuroschirmer@gmail.com

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (m/w/d) in Teilzeit-Tätigkeit (ca. 20 Std.) gesucht, in familiärer Praxis mit sehr nettem Arbeitsklima und besten Bedingungen. Nähe München.
Kontakt: psychiatrie-karlsfeld@gmx.de

Geschäftsstelle und Redaktion übernehmen keine Haftung für die Richtigkeit der in den Anzeigen gemachten Angaben.

Exklusiv für Mitglieder: kostenlos inserieren!

Mitglieder von BVDN, BDN und BVDP können ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige kostenlos im NeuroTransmitter inserieren.

Und so geht's: Senden Sie Ihre Anzeige (maximal 300 Zeichen mit Leerzeichen) bitte ausschließlich per E-Mail (Fax/telefonische Anzeigenaufgabe und Chiffre nicht möglich) an die Geschäftsstelle in Krefeld: bvdn.bund@t-online.de

Einsendeschluss: 28. April 2020

BVDN-Landesverband Brandenburg

Von Problemlösung keine Spur

Neben Corona überschatten die aktuellen gesundheitspolitischen Probleme momentan den Arbeitsalltag und machen uns das Leben nicht leichter – in Brandenburg will man sich das so nicht gefallen lassen – offizieller Protest ist die Folge. Dennoch gibt es auf Landesebene vielversprechende Ansätze, die es auszubauen gilt.

Klein, fein, aber effektiv – so könnte man den Landesverband Brandenburg und dessen Arbeit bezeichnen. Das ist auch nötig, denn mit der Bundeshauptstadt vor der Haustür erleben wir die aktuellen Kapriolen der Gesundheitspolitik hautnah – Tag für Tag. Jeden Monat ein neues Gesetz, das ist Rekord, aber wie so oft fehlt dabei das entsprechende Fingerspitzengefühl der Regierenden. Man bekommt den Eindruck, Statistiken und Zahlen werden nach wie vor nicht richtig gelesen oder schlichtweg ignoriert, sonst hätte man sich wohl die Hälfte der Gesetze sparen können.

Umsetzung des TSVG und die neue Bedarfsplanung

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und dessen Umsetzung haben wir wohl derzeit alle am meisten zu kämpfen. Zahlreiche Kollegen in Brandenburg und sicher bundesweit empfinden die Regelungen als unnötig und groben Eingriff in die Praxisorganisation. Für viele in Brandenburg sind die Vorgaben einfach auch nicht umsetzbar, weil sie durch weiterhin sehr hohe Fallzahlen schon jetzt am Limit arbeiten und keine zusätzlichen Kapazitäten mehr besitzen. Das drückt auf die Stimmung, die wohl momentan auf einem Tiefpunkt angekommen ist, bis dahingehend, dass Kollegen überlegen, ihre Tätigkeit in der Praxis eher zu beenden als ursprünglich geplant, weil sie die Flut an neuen Regelungen und Vorgaben nicht mehr aushalten können beziehungsweise wollen.

Einigermaßen Abhilfe könnte da natürlich die neue Bedarfsplanung schaffen. Für Brandenburg sind nach inoffiziellen Angaben insgesamt 33 neue Nie-

derlassungsstellen für die Bereiche Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie vorgesehen, wenn denn alle Stellen besetzt werden können, und wenn da nicht die bis dato ungeklärte Finanzierung der neuen Sitze wäre. Nach Rückfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Brandenburg sollen die neuen Stellen über den bestehenden Honorarverteilungsmaßstab (HVM) finanziert werden, es werde keine neuen Mittel geben – vorerst. Bei der Masse der neuen Stellen wäre somit mit realen Einkommensverlusten zu rechnen, das ist so nicht hinnehmbar.

Aus den vorgenannten Gründen hat die Mitgliederversammlung auf der Herbsttagung in Bad Saarow am 23. November 2019 eine Protestresolution beschlossen, die entsprechend an Bundesgesundheitsminister Spahn und die KV Brandenburg verschickt wurde. Diese ist bei Interesse im Downloadbereich der Internetseite des BVDN-Landesverbands Brandenburg einzusehen:

www.gesamtverband-nervenaerzte-brandenburg.de

EBM-Reform als Mogelpackung

Die „kleine Reform“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), wie sie ab 1. April 2020 in Kraft treten wird, soll zwar die „sprechende Medizin“ stärken, wird diese Erwartungen aber voraussichtlich nicht erfüllen können. Insbesondere in KV-Bereichen, in denen Fachkollegen sehr hohe Fallzahlen erbringen, also beispielsweise in Brandenburg, werden vergleichsweise weniger Gesprächsleistungen erbracht, einerseits wegen des Zeitprofils, andererseits aus Kapazitätsgründen. Da gleichzeitig die fachärztliche Grundpauschale abgesenkt wird,

kann durchaus bei dem ein oder anderen Kollegen sogar mit Honorarverlust gerechnet werden. Wir haben bereits über die Zusammenhänge informiert.

Versorgung gefährdet durch Medikamentenengpass

Große Probleme bereitet den Brandenburger Kollegen (und sicher nicht nur uns) der seit Mitte letzten Jahres fortbestehende Engpass, die Beschaffung und Lieferung bestimmter Medikamente betreffend. Stellvertretend sei hier nur das Venlafaxin genannt. Dadurch sehen wir die Patientenversorgung gefährdet, außerdem besteht ein deutlich erhöhter bürokratischer und zeitlicher Aufwand durch Nachfragen von Apotheken und Patienten. Die für die Misere Verantwortlichen tun mal wieder wenig bis gar nichts und lassen uns mit dem Problem allein.

Arbeitskreis medizinische Heimversorgung

Die haus- und fachärztliche Heimversorgung gestaltet sich zunehmend problematisch. Einerseits ausgelöst durch die demografisch bedingte Zunahme der Inanspruchnahme, andererseits limitiert aus Kapazitätsgründen, hervorgerufen durch den zunehmenden Ärztemangel in allen Bereichen, insbesondere natürlich im ländlichen Raum. Stationäre Heimbewohner sind im Rahmen der Bedarfsplanung oft nicht berücksichtigt. Dazu kommt, dass aus medizinisch-organisatorischer und auch juristischer Sicht viele Tätigkeiten nicht oder nur unzureichend schriftlich abgebildet sind – das bedeutet im Ernstfall jede Menge Mehrarbeit und Stress, meistens für die Praxismitarbeiter. Diesen Umstand woll-

ten wir verändern und haben auf Initiative unseres Vorstandes einen „Arbeitskreis medizinische Heimversorgung“ gebildet. Dieser setzt sich aus Vertretern des BVDN, des Hausärzterverbandes, der Rechtsabteilung der Landesärztekammer, der KV Brandenburg, der AOK Nordost und des Landesgesundheitsministeriums zusammen. Ein großer Katalog ungeklärter Fragen wurde aufgestellt und seit März 2019 wurden in bislang vier Sitzungen mehrere Themenkomplexe abgearbeitet. Ziel soll die Aufstellung eines „Konsensuspapiers“ sein, an denen sich sowohl versorgende Ärzte als auch die Einrichtungen bezüglich Eckpunkten der Zusammenarbeit verlässlich orientieren können, bis dahin ist jedoch noch ein ordentliches Stück Weg zu absolvieren.

Agnes-pn wiederbelebt

Die „agnes^{zwei}“-Fachkraft ist die arztunterstützende Fallmanagerin in Brandenburg, die in der Regel in unseren Praxen angestellt ist. Bereits 2015 gab es seitens unseres Berufsverbandes Bestrebungen, mittels einer fachspezifischen Weiterbildung Neurologie und Psychiatrie im Rahmen eines Zusatzmoduls eine fachliche und auch finanzielle Aufwertung dieser Fachkraft zu erreichen. Doch erst im Januar 2020 scheint wieder Bewegung in diese Angelegenheit gekommen zu sein, ein erstes Sondierungsgespräch zwischen der KV Brandenburg, BVDN und AOK Nordost hat stattgefunden, weitere sollen folgen. Fernziel ist es, die Fallmanagerin in die Regelversorgung zu überführen.

Wirtschaftlichkeitsvereinbarung und vorgegebene Quoten

Seit 2019 gibt es in Brandenburg eine neue Prüfvereinbarung zur Wirtschaftlichkeitsvereinbarung, seit 1. April für die Neurologen, seit Dezember auch für die Psychiater. Geprüft wird nach Zielsubstanzen und vorgegebenen Quoten. Dabei ist das fachliche Ergebnis aus neurologischer Sicht wenig erfreulich, was vordergründig daran liegt, dass im Vorfeld keine fachliche neurologische Expertise, zum Beispiel unter Mitarbeit des Berufsverbandes, eingeholt wurde. Vielmehr entschieden KV-Apotheker und Krankenkassen nach Zahlen und Daten. Da half bislang auch kein hartnäckiger

Protest, die Vereinbarung wurde nicht geändert. Allerdings konnte erreicht werden, dass für die fachliche Selektion der Medikamentengruppen und Zielsubstanzen für den psychiatrischen Bereich diesmal im Vorfeld der Berufsverband mit einbezogen wurde, was sich dann in einem deutlich positiveren Ergebnis niederschlug.

Get-together-Veranstaltungsreihe

Mit „Get together“ initiierten wir in Brandenburg eine Veranstaltungsreihe des Berufsverbandes zur Nachwuchsgewinnung und des sektorenübergreifenden Kennenlernens und Verstehens. Die Veranstaltung findet in einer neurologischen oder psychiatrischen Klinik statt, wird dabei als interne Weiterbildung deklariert, um einen geschlossenen Personenkreis zu erreichen. Durchgeführt wird das Ganze dann durch Mitglieder des Berufsverbandes und regionale Kollegen. Vorgestellt werden die ambulante Arbeit, Weiterbildungsmöglichkeiten für Assistenten, Positives und Negatives in der Zusammenarbeit zwischen Klinik und ambulanter Medizin. Die Reihe fand bislang großen Anklang bei allen Beteiligten.

EKG-Diagnostik: Monitoring in eigener Hand

Die EKG-Diagnostik nimmt in unseren Fachgebieten einen immer größeren Stellenwert ein, so zum Beispiel im Monitoring moderner MS-Präparate, von Neuroleptika (QTc-Zeit), aber auch anderer neuropsychiatrischer Medikamente, insbesondere auch vor dem Hintergrund möglicher P450-Interaktionen. Auch in der zerebrovaskulären Diagnostik spielt das EKG eine nicht unerhebliche Rolle, haben wir doch im Duplex oder Doppler der hirnersorgenden Gefäße nicht selten den Verdacht auf eine absolute Arrhythmie. Wir alle kennen die zunehmenden Probleme, unsere Monitoring-Diagnostik bei Hausärzten durchführen zu lassen, dabei muss man sich nicht selten als „Bittsteller“ betätigen, um zu bekommen, was man möchte und erforderlich ist. Deshalb führten wir im Juli 2018 eine für Berufsverbandsmitglieder und deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen kostenfreie EKG-Schulung mit Zertifizierung durch, an der 14 Ärzte und 16

Helferinnen erfolgreich teilnahmen. In diesem Zusammenhang konnten wir für unsere Kollegen mit einem Medizinproduktevertreiter ausgehandelten Gruppenrabatt hochwertige EKG-Geräte der Firma Nihon-Kohden zu einem sehr günstigen Preis vermitteln.

Fördermittel für ambulante Facharztweiterbildungen

Als weiterhin problematisch und nicht zielführend schätzen wir die Modalitäten der KV Brandenburg zur Vergabe von Fördermitteln für ambulante Facharztweiterbildungsstellen ein. Die bestehende Stichtagsregelung, bis zu welchem Termin man einen entsprechenden Antrag stellen müsste, ist weiterhin unrealistisch und viel zu früh angesetzt. Hier sind insbesondere die Kollegen des BDN in Brandenburg sehr aktiv, um entsprechende Änderungen herbeizuführen. Gleiches gilt für die Therapie mit Botox – auch hier wird weiter für die Anerkennung als besonders förderungswürdige Leistung gekämpft. Bislang aber leider ohne Erfolg. Auch der MS-Strukturvertrag mit der AOK kam trotz mehrfacher Anmahnungen seitens des BDN in Brandenburg keinen Schritt weiter.

Positiv zu erwähnen ist, dass unser DGPPN-Trio bereits umgesetzt wurde, wenngleich personell nicht wie erwartet – hier hätten wir uns von ambulanter Seite gern ein aktives Mitglied des Berufsverbandes gewünscht. In Anlehnung an die Initiative der DGPPN habe ich bei Dr. Uwe Meier äquivalent die Bildung von DGN-Trios angeregt.

Sie sehen, es ist und bleibt auch in Brandenburg spannend – bleiben Sie in diesen Zeiten vor allem aber standhaft und gesund.

AUTOR

Holger Marschner

Facharzt für
Nervenheilkunde
Zossner Damm 33
15827 Blankenfelde

E-Mail: bvdn@nervenarztpraxis-marschner.de





**JETZT
BEWERBEN**

 Springer Medizin

CharityAward 2020

Mit diesem Preis zeichnet Springer Medizin das herausragende Engagement von Stiftungen, Organisationen und Institutionen aus, die sich in besonderer Weise der Gesundheitsversorgung in Deutschland verpflichtet fühlen. Damit würdigt die Fachverlagsgruppe die vielen Menschen, die Tag für Tag ehrenamtlich für Patienten, ihre Angehörigen sowie für andere bedürftige Gruppen unverzichtbare Dienste leisten.

- Dotiert ist der Preis mit einem Preisgeld von 60.000 Euro und zusätzlichen Medienleistungen, aufgeteilt auf insgesamt 3 Gewinner.
- Bewertungskriterien sind: soziales Engagement, Nachhaltigkeit, Vorbildwirkung und gesellschaftliche Relevanz.
- Eine unabhängige Experten-Jury wählt aus den eingereichten Bewerbungen die Sieger aus.
- Die Sieger werden im Rahmen der Springer Medizin-Gala am Abend des 22.10.2020 in Berlin bekannt gegeben und geehrt.
- Schirmherr ist der Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn.

Interessierte können sich bis zum 31. Mai 2020 bewerben.

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Bitte schicken Sie Ihre Bewerbungsunterlagen (Kurzbeschreibung Ihrer Institution auf zwei Seiten DIN A4, Flyer oder Link zu Ihrer Website) an:

Springer Medizin Verlag GmbH

Frau Sabine Springer

Postfach 21 31

63243 Neu-Isenburg

E-Mail: charity@springer.com

www.springermedizin.de/charity

Rund um den Beruf

Telematikinfrastuktur und elektronische Patientenakte

Paradigmenwechsel in den Praxen

Die über Jahrtausende hinweg vertrauliche Arzt-Patient-Beziehung verändert sich grundlegend durch Telematikinfrastuktur und elektronische Patientenakte. Die Petition gegen die zentrale Speicherung von Gesundheitsdaten sowie den Zwang zum TI-Anschluss wird öffentlich am 20. April im Petitionsausschuss in Berlin verhandelt – Anlass, die Thematik auf den neuesten Stand zu bringen.

Eine Patientin kürzlich zur Internistin Karen von Mücke, Mit-Initiatorin der Petition gegen die zentrale Speicherung von Gesundheitsdaten: „Ich komme nicht mehr oder nur noch anonym in Ihre Praxis, wenn die Internetspeicherung meiner Gesundheitsdaten beginnt.“ Eine weitere Patientin befürchtet indes, dass die Behandlung ihres Diabetes durch Telematikinfrastuktur (TI) und elektronische Patientenakte (ePA) von außen kontrolliert werden könnte. Leben retten aber werden TI und ePA nicht – was anlässlich des Lipobay-Skandals 2001 die eigentliche Intention

bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) war. So werden Notfallpatienten, schwer krank oder gar bewusstlos, kaum ihre PIN und Passwörter für ihre Notfalldaten nennen können, worauf Jürgen Windeler, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), treffend hingewiesen hat [1]. Wechselwirkungen können längst durch Software verhindert werden. Notfalldaten und Medikationsplan gehören besser ausgedruckt in die Hand des Patienten und auch gleichzeitig dezentral auf dem Chip der eGK gespeichert. Doppelunter-

suchungen nach Aufnahme in Kliniken oder aufgrund gewünschter Zweitmeinung wird es weiterhin geben. Auch hat der Patient die Entscheidungshoheit, welche Daten gespeichert werden sollen und welche nicht. Dadurch können die Gesundheitsdaten in der ePA teils unvollständig sein, was deren Informationsgehalt und Aussagekraft maßgeblich begrenzen könnte. Politisch dürfte ein Zwang zur Speicherung aller Daten kaum durchsetzbar sein – wünschenswert wäre er ebenso nicht.

Zu Lipobay sei noch ergänzt, dass schon 2001 darauf hingewiesen wurde,



Bei der zentralen Datenverarbeitung werden digitale Metadaten bereits zur Vorbereitung der jeweiligen elektronischen Patientenakte vorstrukturiert vorgehalten. Dies lässt an der ePA-Freiwilligkeit zweifeln.

dass eben jene miteinander unverträglichen Arzneien meist von ein und denselben Ärzten verschrieben worden sind [2]. Die Zwangsvernetzung hätte hier also kaum etwas verhindern können.

Was rechtfertigt die massenhafte Erhebung von Gesundheitsdaten?

Darüber hinaus ist kein gesundheitlicher Notstand in Deutschland erkennbar, der einen ePA-Zwang rechtfertigen würde. 75 % der Erwachsenen bewerten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, so ein Bericht des Robert-Koch-Instituts von 2015 [3]. Die Zahl der Neuerkrankungen und die Sterblichkeit sind demnach sowohl bei Herzinfarkt als auch bei Schlaganfall gesunken. Allerdings nehmen chronische Erkrankungen zu. Ihre Ursachen sind dem Bericht zufolge eng verwoben mit den Lebensbedingungen und dem Gesundheitsverhalten. Hinzu kommen die weiter zunehmende Alterung der Gesellschaft sowie eine durch den Sozialstatus bedingte gesundheitliche Ungleichheit. Lösbar durch TI und ePA? – Wohl kaum. Zudem werden gerade sozial Schwache, schwer körperlich oder psychisch Kranke sowie ältere Menschen mangels Technikaffinität schwerlich ihre ePA verwalten können. Das wären jedoch genau die Patienten, die viele Befunde dafür hätten.

Die Kunst unserer Anamneseerhebung ist es, mit wenigen Fragen wesentliche Beschwerden sowie Vorerkrankungen zu erfassen. Mitgeliefert bekommen wir dabei allerdings eine große Menge analoger Metadaten – wie jemand über sein gegenwärtiges Befinden spricht, wie gut er oder sie die eigenen Medikamente kennt, oder wie sich eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufbauen lässt, und vieles mehr.

Weiter fehlende Datenschutz- und Technikfolgeabschätzung

Digitale Metadaten wiederum entstehen zahlreich bei zentraler Datenverarbeitung und meist unverschlüsselt. Der seit Jahren mit eGK und TI befasste System-

administrator Rolf D. Lenkewitz, Kläger gegen das eGK/TI-System im deutschen Gesundheitswesen, weist darauf hin, dass allein schon zur Vorbereitung der jeweiligen Patienten-ePA, Datenbanken mit Metadaten vorstrukturiert vorgehalten werden müssten. Durch Anmeldung würden sie dann letztlich in weitere Datenbanksysteme überführt. Dieser Art der Datenvorverarbeitung mit zwangsläufiger Entstehung von Metadaten entgehe somit kein gesetzlicher Versicherter, so Lenkewitz, weshalb die ePA-Freiwilligkeit zu bezweifeln sei.

Der gewünschte Zugriff auf die ePA über das Smartphone oder andere mobile Endgeräte erhöht die Unsicherheit des Systems weiter. Dazu kommt, dass mangels geeigneter zertifizierter IT-Techniker viele IT-Netzwerke in Praxen sowie schon Sicherheitsmängel aufweisen. In diese unsichere Umgebung wird nun auch noch der Konnektor eingebaut, für den ebenso bereits vielfältige Schwachstellen und Verwundbarkeiten veröffentlicht wurden [4].

Ein unlösbarer juristischer Konflikt

Auf eine kleine Anfrage der FDP-Fraktion hin musste die Bundesregierung aktuell im Dezember einräumen, dass ihrer Kenntnis nach bisher keine Datenschutzfolgeabschätzung für die TI durchgeführt worden ist. Daraus ergibt sich ein bisher unauflösbarer juristischer Konflikt zwischen den Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DGSVO) und dem Sozialgesetzbuch, das den Honorarabzug bei Nichtanschluss an die TI regelt. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat in einem offenen Brief an Gesundheitsminister Jens Spahn im Januar genau auf dieses Dilemma hingewiesen. Denn eine nach Artikel 26 DSGVO erforderliche Vereinbarung über die Verantwortlichkeiten der gemeinsamen Datenverarbeitung zwischen Praxen und der gematik GmbH fehlt bis heute. Damit nicht genug – infolge dieses ungeklärten juristischen Sachverhalts können unter Umständen Geldbu-

ßen drohen. Auch im jetzt vorgelegten Entwurf zum Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) wird dazu nichts geregelt, was der Datenschutzbeauftragte Baden-Württembergs deutlich kritisiert hat. Er moniert zudem, dass die gematik GmbH laut diesem Gesetzentwurf von jeder datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeit freigestellt werden soll.

Aus technischen, datenschutzrechtlichen und juristischen Gründen rät Diplom-Informatiker Thomas Maus, Fachmann für IT-Sicherheitsfragen, daher in einem Beitrag für die Fachzeitschrift c't, den Konnektor sofort abzuschalten [6]. Tatsächlich sind allein dem Techniker und Systemadministrator Jens Ernst rund 50 Praxen bekannt, die den TI-Stecker wieder gezogen haben [7]. Der Anschluss war ja sowieso weniger aus Überzeugung, denn vielmehr durch den Sanktionsdruck vollzogen worden.

Genomdaten in die ePA – fragliche Prävention

Zu bedenken ist, dass die Verwendung von Daten nachträglich noch geändert werden kann, wie zuletzt beim Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG). Damit werden schon Diagnosen und Behandlungsdetails aus unseren Abrechnungsdaten an ein am Bundesgesundheitsministerium angesiedeltes Forschungsdatenzentrum weitergeleitet – ohne Widerspruchsmöglichkeit für Patienten. Allein hiermit ist das Vertrauen der Arzt-Patient-Beziehung bereits erheblich beschädigt worden. Markus Leyck Dieken, Geschäftsführer der gematik GmbH, fordert nun noch eine Berechtigung für die Industrie ein, auf Daten der ePA zugreifen zu können [8]. Er will auch Genomsequenzierungen in der ePA speichern lassen und erhofft sich davon mehr Prävention. Diese aber wäre anderweitig viel dringender, gerade mit Blick auf die gesundheitlichen Entwicklungen.

Nur 11 % der 2015 für einen Gesundheitsreport Befragten leben, was Bewegung, Ernährung, Rauchen, Alkohol und Stressumgang betrifft, wirklich gesund

[9]. Weniger als die Hälfte der sechs- bis zwölfjährigen Kinder erreicht dem Bericht zufolge die empfohlene Mindestzeit von einer Stunde körperlicher Aktivität täglich. Dabei dürfte auch das sich in immer jüngere Jahrgänge verbreitende Smartphone eine Rolle spielen – das, auch mit der ePA, wiederum immer unverzichtbarer wird.

Geringe Nachhaltigkeit – hohe Kosten

Prävention würde aber auch bedeuten, mehr gegen den Klimawandel zu unternehmen. Über 1.000 Hitzetote gab es 2018 allein in Hessen und Berlin [10]. Zwar hat Spahn sein Ministerium um eine Fachabteilung für Klima und Gesundheitsschutz erweitert und der in Kürze beginnende Deutsche Ärztetag den Klimawandel zum Schwerpunktthema erkoren, doch wäre das Internet ein Land, so würde sich sein Energieverbrauch weltweit bereits an dritter Stelle befinden [11]. Der nach fünf Jahren nötige Austausch von Konnektoren und Zugangskarten benötigt ebenso Ressourcen – und verschlechtert zusätzlich die Kostenbilanz von TI und ePA.

Die sieht jetzt schon nicht gut aus. Über 650 Millionen € hat allein die gematik GmbH für ihren Betrieb bisher benötigt [12], dazu kommen über 2,2 Milliarden € für Entwicklung und Verbreitung der eGK. Der Bund der Steuerzahler kritisierte diese Kostenexplosion schon 2017 [13]. Seitdem kamen mindestens nochmals über 500 Millionen € für die TI-Installation der bis Ende 2019 angeschlossenen 117.000 Praxen hinzu [14]. Kein guter Umgang mit Versichertenbeiträgen. Mit den bisher aufgewendeten gut 3,3 Milliarden € und jährlichen Folgekosten von etwa 190 Millionen € könnte man für wirkliche Notwendigkeiten im Gesundheitswesen wesentlich mehr tun – etwa gegen den Pflegenotstand.

Pflicht zur Datenverarbeitung in den Praxen

Um nun aber die ePA-Daten auswerten zu können, wird deren Standardisierung notwendig. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) will hierzu „Medizinische Informationsobjekte“ (MIO) entwickeln. Der PDSG-Entwurf verpflichtet niedergelassene Ärzte zudem dazu, die

Versicherten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung über den Anspruch auf die Daten in der Patientenakte zu informieren und die Daten „auf Verlangen des Versicherten in die elektronische Patientenakte nach § 341 zu übermitteln und dort zu speichern“. Dafür sollen sie einmalig 10 € erhalten. Die weitere Datenpflege sollen Ärzte dann offenbar umsonst erbringen. Krankenkassen wiederum dürfen dem Gesetzentwurf zufolge ihren Versicherten „Zusatzangebote“ machen, wenn diese ihre Daten ihnen gegenüber offenlegen. Für eine kostenlose Rückenschulung etwa, wird das sicher so mancher arglos tun.

Öffentliche Anhörung zur Petition

Die Daten, das wird deutlich, wecken Begierlichkeiten bei Industrie und Krankenkassen, und das grenzüberschreitend. Eine „Soziale Marktwirtschaft im europäischen Datenraum“ haben Jens Spahn und Ursula von der Leyen das bereits genannt [15]. Auch über diese Dimensionen wird am 20. April (Termin vorbehaltlich der Auswirkungen der Corona-Epidemie) bei der öffentlichen Anhörung der Bundestagspetition gegen TI-Zwang und zentrale Speicherung von Patientendaten zu sprechen sein.

Mit über 65.000 Mitzeichnern hatte die Petition des Bündnisses für Datenschutz und Schweigepflicht das für eine öffentliche Anhörung nötige Quorum Mitte Januar erreicht – trotz Zeichnungsfrist über die Feiertage hinweg. Gerade Patienten in den Praxen haben sich nahezu durchgehend gegen die ePA in der jetzt geplanten Form ausgesprochen. Die meisten hatten dadurch überhaupt das erste Mal davon gehört.

Was gut ist, setzt sich von alleine durch

Allein schon der Monatsrhythmus der Spahn'schen Gesetzgebung verhindert eine vorherige fundierte Diskussion über die jeweiligen Pläne – vielleicht kein Zufall. So wird gegenwärtig eines der größten IT-Projekte der Welt, TI und ePA, fast schon heimlich an der Öffentlichkeit vorbei implementiert. Dem soll die Petition mit ihrer öffentlichen Erörterung entgegenwirken. Denn so wie die amerikanischen Datenkraken-Konzerne zur Demokratie- und Freiheitsbedrohung

geworden sind, droht hierzulande der Staat selbst mit eigener Datensammelwut dem nachzueifern – für die Patienten kaum bemerkbar.

Für die Behandler aber muss es weiterhin ein „Recht auf Nicht-Vernetzung“ geben, wie dies auch die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein 2019 gefordert hatte. Man sollte sich jedoch stets vor Augen halten: Was gut ist, setzt sich von alleine durch. Auch deswegen gibt es die ärztliche Schweigepflicht im Vertrauensraum der Behandlung schon so lange.

Literatur

1. Windeler J. Reden wir über Digitalisierung. Ersatzkasse magazin 2018;5/6:26–7
2. Sürig D. Der Nutzen eines Passes ist sehr fraglich. Süddeutsche Zeitung, 10.11.2001
3. Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheit in Deutschland, 2015
4. Maus T. Hinweise auf mögliche Verwundbarkeiten der Medizin-Telematik. c't 2020;3:14–7
5. Grunwald A. Mail an den Autor, 23.1.2019
6. Maus T. Die Bomben ticken. Warum zehntausenden Arztpraxen ein Daten-GAU droht und welche Alternativen es gibt. c't 2019;26:166–71
7. Ernst J. Mail an den Autor, 23.2.2020
8. Trappe T. Die Vermessung des Patienten. Wem gehören meine Gesundheitsdaten? Tagesspiegel, 17.2.2020
9. Maibach-Nagel E. DKV-Gesundheitsreport 2015 – Sitzen geblieben. Deutsches Ärzteblatt, 30.1.2015
10. Meyer R. Sommerhitze 2018 fordert Todesfälle in Hessen und Berlin. Deutsches Ärzteblatt, 7.6.2019
11. Lobe A. Wie schädlich ist das Internet? Der Standard, 13.10.2019
12. Bürgerservice BMG. Mail an den Autor, 29.1.2020
13. Hillienhof A. Elektronische Gesundheitskarte – Bund der Steuerzahler kritisiert Kostenexplosion. Deutsches Ärzteblatt, 13.10.2017
14. Hinzmann T. KBV. Mail an den Autor, 30.1.2020
15. Von der Leyen U, Spahn S. Soziale Marktwirtschaft für den europäischen Datenraum. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 10.10.2019

AUTOR

Dr. med. Andreas Meißner

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Tegernseer Landstraße
49, 81541 München

E-Mail: psy.meissner@posteo.de



Pflegeinfrastruktur unter Druck

Pflegenotstand durch Bürokratie?

Krankheitsbedingte Fehlzeiten belasten die deutsche Pflegeinfrastruktur schwer. Dieser Notstand in der Pflege ist kein monokausales Phänomen, sondern symptomatisch für eine Reihe von Fehlentwicklungen. Eine offene lösungsorientierte Diskussion, wie sich spürbare Verbesserungen in der Pflege realisieren lassen, findet gesellschaftlich kaum statt. Zeit dies zu ändern.

Der Pflegereport 2019 des wissenschaftlichen Instituts der AOK fordert im Untertitel „Mehr Personal in der Langzeitpflege“ und fragt sogleich: „aber woher?“ [1] – bei der Vorstellung dieses Reports forderte die AOK weiter: „Die Sicherstellung von Personal und Finanzierung drängt.“ [2]

Insgesamt 49 Mitwirkende haben diesen Report des Pflegenotstands im Auftrag des wissenschaftlichen Instituts der AOK auf 336 Seiten mit folgendem Ergebnis erstellt: Ursächlich für den Pflegenotstand sind hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten der Pflegekräfte durch „psychische und physische Belastungen“, häufig als „bescherend empfundene Arbeitszeitlagen“ sowie das als „nicht leistungsgerecht erlebte Einkommen“. Der Report bestätigt eine hohe Abwanderungsrate des Personals, wie dies auch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsorganisation im Januar 2016 in ihrem Leitfaden für Pflegeeinrichtungen festgestellt hat: „Zudem kehren viele Pflegekräfte ihrem Beruf nach nur wenigen Jahren den Rücken.“ [3]

Von den genannten Ursachen für den Pflegenotstand erscheinen nur die psychischen Belastungen plausibel. Da sowohl bescherend empfundene Arbeitszeiten, als auch nicht leistungsgerecht erlebte Einkommen eine psychische Belastung darstellen, können diese ohne Bedenken zu den erhöhten Fehlzeiten aufgrund „psychischer Belastungen“ hinzuaddiert werden. Körperliche Belastungen als Ursache für eine hohe Abwanderung sind im Vergleich zu psychischen Belastungen vernachlässigbar. Zwar fallen infektsbedingte Fehlzeiten in der Regel länger aus, allerdings soll so eine Ansteckung von Bewohnern ver-

mieden werden. Auch Erkrankungen des Bewegungsapparats sind eher Folge einer psychischen Demotivation, als eine organisch fassbare Erkrankung aufgrund schweren Hebens. Apparative Hilfsmittel können diese Erkrankungen weitgehend vermeiden.

Ein Mangel an Auszubildenden erklärt den Pflegenotstand auch nicht. Machen Auszubildende und Berufsanfänger jedoch die Erfahrung, dass die gewünschte pflegerische Betätigung permanent durch bürokratische Aufgaben erschwert wird, kann die hieraus resultierende Frustration und Demotivation leicht zu einer baldigen beruflichen Umorientierung führen.

Demotivation durch Bürokratie als Auslöser rascher Berufsaufgabe?

Die viel beklagte Dominanz der Bürokratie ist auch in Pflegeeinrichtungen unübersehbar. Der Report blendet das Thema Bürokratie komplett aus und unterlässt die Untersuchung dieser naheliegenden Ursache der Demotivation.

Unter der wachsenden Bürokratiebelastung leiden neben Ärzten vor allem das Pflegepersonal. Über Infektanfälligkeiten und schwergewichtige Patienten, Schichtdienste und niedrigen Lohn beschwerte sich niemand, so meine langjährigen Erfahrungen in nervenärztlich versorgten Altenheimen. Geklagt wurde vorwiegend über die alles beherrschende



© Carmen Jaspersen / dpa

Bürokratie in Form der täglich von jeder Schicht durchzuführenden Dokumentation von Selbstverständlichkeiten über den gesamten Zeitraum der Pflegebedürftigkeit. Diese „gigantische Pflegebürokratie“ wurde bereits 2001 im Deutschen Ärzteblatt thematisiert [4]. Neben den Blättern für tägliche Berichte, Vitalzeichen, Fragen an den Arzt, Medikamenten- und Pflegeplanung ist die Grundpflege anhand von 63 und die Behandlungspflege anhand von 44 Merkmalen dreimal täglich jeweils vom Früh-, Spät- und Nachtdienst zu dokumentieren. Hierzu gehören zum Beispiel die Handgriffe des Pflegepersonals im Minutentakt, wie etwa „Haare kämmen“, „Rasur“, „Slipwechsel“, „Bekleidungswechsel teilweise“ oder auch „Toilettengang“. Obendrein kommt der bürokratische Verwaltungsaufwand für Qualitätseinstufungen von Pflegeheimen („Pflege-TÜV“). Nachdem der alte Pflege-TÜV in einem Desaster von Bestnoten in nahezu allen Heimen geendet hat, gibt es seit 2019 einen neuen Pflege-TÜV. Dieser neue Pflege-TÜV mit nur noch drei Qualitätsbeurteilungen „im“, „unter“ oder „über“ dem Durchschnitt erfordert einen mindestens gleich hohen Aufwand wie der alte Pflege-TÜV. Zur Untauglichkeit dieser wenig aussagekräftigen Einstufung kommt noch hinzu, dass Aufnahmen in Pflegeheimen meist nach Klinikentlassungen so eilbedürftig sind, dass jegliche Wahlmöglichkeit entfällt.

Ein weiteres Dokumentationssystem in der Pflege stellte die Pflegepersonal-Regelung (PPR) dar. Hierzu musste in Krankenhäusern der täglich vorliegende Pflegebedarf in Minutenwerten ermittelt werden, indem Patienten einer von neun Pflegestufen bei Erwachsenen (27 Stufen bei Kindern) zugeordnet wurden. Der so ermittelte finanzielle Mehrbedarf von 20% veranlasste die Krankenkassen bereits nach vier Jahren zur Einstellung der PPR 1997 [5]. Damit wird deutlich, dass solche Dokumentationssysteme überflüssig sind und daher keiner Verbesserung der medizinischen Versorgung, sondern nur der Minimierung finanzieller Ausgaben dienen sollen.

Die Aussparung der Rolle der Bürokratie im Pflegereport ist ursächlich systemisch. Die AOK beauftragt ihr wissenschaftliches Institut, eine Untersuchung durchzuführen, welches, gewollt oder ungewollt, die selbst inszenierte Rolle der Bürokratie beim Pflegenotstand ausspart. Die Theorielastigkeit der Verfasser des Reports verhindert, dass die bürokratisch penible Ausgestaltung der Dokumentationspflichten als bedeutende Ursache der Demotivation des Pflegepersonals erkannt wurde. Daher kann der Pflegereport keine Lösungen aufzeigen, die das Pflegepersonal psychisch so entlasten könnte, dass es wieder hoch motiviert seinen Beruf ausübt.

Bürokratie der Pflegeeinstufung und deren Folgen

Fragt man nach dem Sinn und Zweck der ununterbrochenen Dokumentation aller Pflegeleistungen, dann findet man hierfür einen entscheidenden Grund: Es

»Die Aussparung der Rolle der Bürokratie im Pflegereport ist ursächlich systemisch.«

ist die Pflegeeinstufung, die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) als externe Organisation vorgenommen wird. Für die hierzu erforderlichen Erst- und Höhereinstufungen müssen Pflegekräfte, wie über einen Gegenstand, oft jahrelang Buch führen, anstatt sich mit den Bewohnern zu beschäftigen. Dadurch werden bürokratisch genormte Kriterien und Kontrollen der Pflegebedürftigkeit wichtiger als der Mensch selbst.

Den Pflegekräften ist diese Buchführung ein Gräuel, das ihnen viel Zeit für den erwünschten zwischenmenschlichen Kontakt mit den Pflegebedürftigen entzieht. Die aus diesem Zeitentzug resultierende zwischenmenschliche Unterversorgung kann zu Spannungen zwischen dem Pflegepersonal und Pflegebedürftigen führen. Dies wiederum frustriert und demotiviert Pflegekräfte noch weiter.

Viele Pflegekräfte würden sich deutlich weniger fremdbestimmt fühlen, wenn sie ausschließlich wichtige Abläufe (z. B. Medikamentenplan) und medi-

zinisch relevante Ereignisse (z. B. Erbrechen) und bedeutende Vorkommnisse (z. B. Fremdgefährdung) dokumentieren müssten. Da jedoch weder Gesundheitsministerien, noch Krankenkassen oder deren wissenschaftlichen Institute eine psychodynamische Konfliktforschung betreiben – verlaufen alle bisherigen Behebungsversuche des Pflegenotstands erfolglos. Diese werden auch weiterhin so lange erfolglos bleiben, bis das Grundübel unseres heutigen Gesundheitssystems beseitigt wird.

Vor 30 bis 40 Jahren hat ein grundlegender Systemwandel im Gesundheitswesen begonnen. Hatte bis dahin die Medizin die Priorität vor der Bürokratie, so hat sich heute die Medizin der Bürokratie unterzuordnen. Ersichtlich ist dies anhand von über hunderttausend Geboten, Verboten und Vorschriften. Auch im Pflegebereich ist eine destruktive bürokratische Dominanz der Krankenkassen (AOK) spürbar, die aus meiner Sicht nicht zu einer nachhaltigen Interessenskonfliktlösung beiträgt.

Obwohl berechnete Zweifel bestehen, ob Pflegestufen überhaupt den realen Pflegebedarf korrekt abbilden, stellt sich die Frage, ob eine bürokratiearme Festsetzung der Pflegestufe möglich ist, oder ob diese unverändert einer externen Ermittlung mit einem unvermeidlich hohen bürokratischen Aufwand bedarf? Bisher werten Gutachter, meist in ihrer Funktion, als beim MDK angestellte Pflegefachkräfte, die in den Heimen erstellten Dokumentationsmappen aus und befragen die zu begutachtenden Pflegebedürftigen. Ihre Ermittlungen werden den Ärzten des MDK vorgelegt, die in Form eines Gutachtens nach Aktenlage die Pflegestufe festsetzen.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) ermittelte für Deutschland im Zeitraum von 1996 bis 2012 die enorme Anzahl von 23.362.530 Begutachtungen der Pflegebedürftigkeit [6]. Mit einer Zunahme von 24,6% erfolgten im selben Zeitraum 1.517.591 Begutachtungen aufgrund von Widersprüchen. Dies sind 6,5% aller Begutachtungen [7]. Die Vielzahl von Widerspruchs- oder Klageverfahren sind die Folge dieses sehr konfliktbehafteten Verfahrens bei

deutlich divergierenden Interessenlagen aller Beteiligten. Der ambulante Sektor ist das schwächste Glied in der Kette. Während 16,7% Erstbegutachtungen 2012 im stationären Sektor abgelehnt wurden, waren es im ambulanten Sektor mit 34,3% doppelt so viele. Der MDK erfüllt damit die Erwartungen der Pflegekassen, zumal bekannt ist, dass nur jedem zweiten Ablehnungsbescheid im ambulanten Bereich widersprochen wird.

Letztendlich sind die Pflegeeinstufungen oft strittig, weil das geistige, psychische und organische Leistungsvermögen von Pflegebedürftigen in seiner Gesamtheit eine subjektive Werteinschätzung darstellt, die nicht objektivierbar ist. Eine noch so akribisch geführte Dokumentation kann diesen Mangel nicht beseitigen, denn – ob ein Betroffener wirklich gefüttert werden muss, oder ob nur die Zeit fehlt, das Ende einer eigenständigen Essensaufnahme abzuwarten, kann ein externer Gutachter so wenig abschätzen, wie die Richtigkeit von dokumentierter und tatsächlich aufgenommener Flüssigkeit.

Alternative Pflegeeinstufung

Da die kontinuierliche Buchführung der Pflegedokumentation ein bürokratisches Ungetüm darstellt, ist die Ausarbeitung einer bürokratiearmen Alternative zeitnah geboten. Sie muss in der Lage sein, Demotivation und Abwanderung von Pflegekräften nachhaltig zu beenden.

Das bisherige bürokratische Monster ließe sich mit einfachen Mitteln kostengünstig ersetzen. Ein lösungsorientierter Vorschlag wäre in diesem Zusammenhang, dass der Hausarzt, eventuell gemeinsam mit einem Nervenarzt, eine formularmäßige Einschätzung der Pflegestufe vornehmen. Haus- und Nervenärzte sind hochqualifiziert die Pflegestufe ohne bürokratische Buchführung stimmig einzuschätzen. Sie kennen sowohl den jeweiligen Pflegebedürftigen, seine Umstände und dessen soziales Umfeld, das Heim und dessen Personal am besten. Die Seriosität dieses Verfahrens wäre zu jedem Zeitpunkt gewährleistet, da es sich bei den behandelnden Ärzten um Angehörige einer Körperschaft des öffentlichen Rechts handelt. Es ist zu erwarten, dass sich hierdurch Fehl-

schätzungen, Widersprüche und Klagen reduzieren lassen.

Zur Verifizierung der Eignung von ärztlich eingeschätzten Pflegeeinstufungen durch Vertragsärzte bietet sich ein Testlauf an, in welchem diese Ärzte vor der MDK-Einstufung ihre Einschätzung einer neutralen Stelle mitteilen, welche nach Eingang der Pflegestufe durch den MDK einen Vergleich der Übereinstimmung vornimmt. Alternativ dazu käme auch nur eine vier- bis achtwöchige Dokumentation des Pflegeaufwands vor der Festlegung der Pflegestufe in Betracht. Das wäre ebenfalls schon eine signifikant spürbare Entlastung des Pflegepersonals.

Wie steigert man die Zahl des Pflegepersonals?

Der Bürokratieabbau ist die Basis, ansonsten ist eine weitere Demotivation des Pflegepersonals vorprogrammiert und alle weiteren Maßnahmen werden unausweichlich ins Leere laufen. Der vorgeschlagene Abbau der Bürokratie in Form von Aufhebung der Dokumentationspflichten von Selbstverständlichkeiten und der Reduktion auf medizinisch relevante Vorkommnisse ist legislativ umsetzbar und hätte unschätzbare Vorteile:

1. Formulärmäßig eingeschätzte Pflegeeinstufungen durch den Vertragsarzt, vergütet in Form von Pauschalen, sparen Kosten in der Pflegekasse und beim MDK ein.
2. Eine alternative Reduktion der bisherigen Dokumentationspflichten auf vier bis acht Wochen vor einer Feststellung der Pflegestufe entlastet das Pflegepersonal deutlich, vermindert allerdings nicht die administrativen Kosten bei Pflegekassen und MDK.
3. Die Motivation und die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals steigt, wenn es von sinnlosen und demotivierenden krankmachenden Dokumentationspflichten entbunden wird.
4. Das Pflegepersonal kann sich wieder vermehrt seinen pflegerischen Aufgaben widmen.
5. Abwanderungen werden reduziert.
6. Die Organisation der Personalführung bei einem erniedrigtem Krankenstand wird erleichtert.
7. Auszubildende und Umschüler werden generiert.

Dieser hier dargelegte Vorschlag zum Abbau der Bürokratie ist die Antwort auf die Frage „Mehr Personal in der Langzeitpflege, aber woher?“ [1], die der Pflegereport 2019 des wissenschaftlichen Instituts der AOK eingangs eröffnete. In Verbindung mit der beabsichtigten finanziellen Besserstellung des Pflegepersonals sollte so der Pflegenotstand ein rasches Ende finden können. Nutznießer wären dann nicht nur die Pflegekräfte, sondern in erster Linie die Pflegebedürftigen selbst.

Literatur

1. Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A: Pflegereport 2019, Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Springer Open, <http://ots.de/igZT7k>
2. AOK: Pflegereport 2019. Die Sicherstellung von Personal und Finanzierung drängt, <https://www.lifepre.de/inaktiv/wido-wissenschaftliches-institut-der-aok-berlin/Pflege-Report-2019/boxid/758992>
3. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsorganisation (BAuA): Gute Stationsorganisation, ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen, https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Praxis/Stationsorganisation.pdf?__blob=publicationFile&v=8
4. Bämayer A. Alten- und Pflegeheime – Gigantische Pflegebürokratie, in: DÄB 98 (2001), Heft 50: A 3350
5. Osterloh F. Pflegekräfte. Den Personalbedarf messen, in: DÄB 116 (2019), Heft 35–36, 1240–2
6. Gesundheitsberichterstattung GBE: Von Medizinischen Diensten durchgeführte Begutachtungen der Pflegebedürftigkeit, Gliederungsmerkmale: Jahr, Grund der Begutachtung, ambulant und stationär, www.gbe-bund.de
7. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: Die Medizinischen Dienste in Zahlen, <http://www.mdk.de/314.htm> (abgerufen am 11.10.2014)

AUTOR

Dr. med. Argeo Bämayer

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Postfach 1364
96450 Coburg

E-Mail: drbaemayer@ungwana.de



Bürokratieabbau im Gesundheitswesen

One in, none out?

Beim Thema Bürokratie sind im Vergleich der Jahre 2018 und 2019 für die Verwaltungen, den Bürger, die mittelständische Wirtschaft und tatsächlich auch für die Ärzteschaft leichte Verbesserungen festzustellen. Was bedeutet das für den Praxisalltag? Eine Bestandsaufnahme.

Bürokratie ist ein viel diskutiertes Thema in der mittelständischen Wirtschaft, der Politik und nicht zuletzt im Praxisalltag der Ärzteschaft. So erwähnte Annegret Kramp-Karrenbauer schon im September 2019: „Wir haben eine Dornenhecke, einen Dschungel aufwachsen lassen.“ [1] Vor diesem Hintergrund sollten sich Entscheider bei jeder neuen Normsetzung im Vorfeld die Frage stellen, welche Bürokratielasten anfallen und welche Auswirkungen resultieren.

Quo vadis, Bürokratieaufwand?

Auf politisch-wirtschaftlicher Ebene beschäftigt sich der Nationale Normenkontrollrat (NKR) mit dem Thema Bürokratisierung. Der NKR selbst ist ein unabhängiges Beratungsgremium der

Bundesregierung. Sein Auftrag ist die transparente und nachvollziehbare Darstellung der Bürokratiekosten. Seit 2011 unterliegt ihm die Ermittlung der gesamten Folgekosten (Erfüllungsaufwand) in allen Gesetzes- und Verordnungsentwürfen der Bundesregierung.

Dem Jahresbericht 2019 des NKR ist zu entnehmen, dass der jährliche Erfüllungsaufwand im Saldo in Deutschland um 6,6 Milliarden € gestiegen ist [2]. Alleine im Zeitraum zwischen 2018 und 2019 wuchs der Erfüllungsaufwand um 831 Millionen €, was einem Plus von 15 % entspricht. Diese deutliche Mehrbelastung fällt dabei überwiegend in der Verwaltung an [2]. Der Bürger hingegen wurde im selben Zeitraum um 31 Millionen € entlastet.

Der NKR mahnt die wichtige „One-in one-out-Regel“ an, die seit 2015 in Kraft ist und den geforderten Bürokratieabbau gestalten soll. Die Regel besagt, dass eine neue bürokratische Pflicht erst dann rechtskräftig eingeführt werden darf, wenn dafür eine alte, überholte oder inzwischen unnötige Pflicht wegfällt. Im Bericht des NKR spielt der Blick auf das Gesundheitswesen eine nur untergeordnete Rolle. Am ehesten findet noch das 2019 verabschiedete Versorgungsstärkungsgesetz eine Erwähnung. Künftig plant der NKR, auch die EU-Gesetzgebung in seine Einschätzung einzubeziehen. Er empfiehlt dringend, Daten nur einmal zu erheben („One-Stop-Shop“ bzw. „Once-Only“), was an dieser Stelle auch direkt einen Bezug zum Thema Digitalisierung herstellt. Der NKR attestiert dem hiesigen Verwaltungsapparat nüchtern, dass Deutschland sich im EU-weiten Vergleich in der Abstiegszone befindet.

Dass die voranschreitende Digitalisierung das Gesundheitswesen vor große Aufgaben stellt ist unbestritten. Für Krankenhäuser ist hier das Entlassmanagement sicher weiter ein prominentes Thema, für Praxen hingegen ist es die Telematikinfrastruktur (TI). So ist die Verfügbarkeit der Konnektoren limitiert und es wird von technischen Ausfällen beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) berichtet. Auch die viel diskutierten Sicherheitsbedenken bezüglich der Konnektoren müssen hier erwähnt werden. Beim Thema Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zeigt sich eine weitgehende Umsetzung der rechtlichen Vorgaben. Die Klagewelle scheint ausgeblieben zu sein und auch der bürokratische Aufwand hat sich meines Erachtens seit 2018 nicht geändert.



Die „one in one out“-Regel besagt, dass eine neue bürokratische Pflicht erst dann eingeführt werden darf, wenn dafür eine überholte Pflicht wegfällt.

Neue Gesetzesvorgaben: TSVG und GSAV

Für das Gesundheitswesen sind seit 2018 einige Veränderungen zu kommentieren. So ist durch das 2019 eingeführte Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eine weitere Differenzierung der Versorgungslandschaft in TSS-Fälle, Hausarztfälle, Neupatienten und Dringlichkeitszuschläge zu verzeichnen. Entsprechende neue Ziffern mussten eingeführt werden, deren Abrechnung sicher zu einer Zunahme der Bürokratie führen wird. Der Berufsverband empfiehlt, dass Sie Ihre medizinischen Fachangestellten (MFA) entsprechend schulen, um eine korrekte und effektive Abrechnung zu gewährleisten.

Weitere nicht so offensichtliche Veränderungen betreffen die Honorarkorrekturen. Abrechnungs- oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen müssen nun innerhalb von zwei und nicht mehr vier Jahren nach Erlass des Honorarbescheids festgesetzt werden. Ein Lichtblick: Möglicherweise wird es dadurch weniger Prüfungen und weniger Bürokratie geben. Auch müssen die Einzelfallprüfungen nun besser begründet sein. Durchschnittsprüfungen sind aber leider weiterhin möglich. Ineffektive Wirtschaftlichkeitsprüfungen wurden gestrichen.

Im Juni 2019 wurde das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) beschlossen. Es ist damit zu rechnen, dass damit die Genehmigung von Cannabisrezepten vereinfacht wird, weil nicht mehr jede Dosisanpassung detailliert dokumentiert werden muss.

Relativ viel Aufmerksamkeit zog im September der Entwurf des G-BA für die neue Heilmittelverordnung auf sich. Es bleibt vorläufig abzuwarten, ob sich dadurch Entlastungen in der Praxis ergeben. Im gleichen Zeitraum wurde der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) zum dritten Bürokratieentlastungsgesetz für die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) vorgelegt. Die KBV gab eine entsprechende Stellungnahme ab. Allgemein wird der Erfüllungsaufwand für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf 20 Sekunden geschätzt, was einem Gegenwert von 23,7 Millionen € pro Jahr an

Arbeitskosten entspricht. Obwohl die Krankenkassen künftig die elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an den Arbeitgeber senden werden, sollen Vertragsärzte dennoch weitere zwei Jahre in unnötiger doppelter Infrastruktur eine Papierbescheinigung ausstellen. Es ist also bis auf weiteres keine Entlastung abzusehen.

Wie wird Bürokratie gemessen?

Der seit 2012 bestehende Bürokratiekostenindex (BKI) des Statistischen Bundesamtes soll im zeitlichen Verlauf die Belastung der Wirtschaft durch den täglichen Verwaltungsaufwand greifbar machen, allen voran die Informations- und Dokumentationspflichten. Im Verlauf und Vergleich des Jahres 2018 zeigt sich, dass die Belastung durch Bürokratie im Zeitraum von Januar bis Juli etwas abgenommen hat, aber spätestens seit Dezember 2018 wieder auf hohem Niveau stagniert (**Tab. 1**). Der Nachteil des BKI ist, dass er leider nicht spezifisch genug ist für die Situation im Gesundheitswesen.

Eine weitere wertvolle Informationsquelle ist der von der KBV veröffentlichte Bürokratieindex (BIX). Dieser wurde zusammen mit dem Nationalen Zentrum für Bürokratiekostenabbau der Fachhochschule des Mittelstandes (FHM) entwickelt und wird jährlich seit 2016 aktualisiert (**Abb. 1**) [4]. Der BIX ist dabei analog wie der BKI eine Datensammlung nach dem Standardkostenmodell (SKM). Jedoch ist der BIX spezifischer auf die Bedürfnisse von Ärzten zugeschnitten. Im aktuellen vierten BIX von 2019 musste leider eine Zunahme der Informationspflichten von 395 auf 410 allein aus den Bereichen G-BA, Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä), Bundesärztekammer (BÄK), KBV und besondere Kostenträger festgehalten werden. Nicht betrachtet durch den BIX werden bundesgesetzliche Vorgaben, Leistungen für Privatpatienten, regionale oder kommunale Besonderheiten.

Leider bildet aber auch der BIX nicht die spezifischen Probleme in der Nervenheilkunde, Neurologie oder Psychiatrie ab. Die berichteten Entlastungen betreffen beispielsweise das entfallene Ausfüllen und Archivieren von Muster-30-Formularen. Die Erhebung der Daten

Tab. 1: Entwicklung des Bürokratiekostenindex (BKI) 2018 bis 2019 [3]

| | 2018 | 2019 |
|-----------|------|------|
| Januar | 99,2 | 99,5 |
| Februar | 99,2 | 99,5 |
| März | 99,1 | 99,5 |
| April | 99,1 | 99,5 |
| Mai | 99,1 | 99,5 |
| Juni | 99,1 | 99,6 |
| Juli | 99,1 | 99,6 |
| August | 99,2 | 99,7 |
| September | 99,2 | 98,5 |
| Oktober | 99,2 | |
| November | 99,1 | |
| Dezember | 99,5 | |

im Ersatzverfahren für die eGK soll ebenfalls erleichtert sein, was ich aus der Praxis aber nicht bestätigen kann. Spürbar vereinfacht haben sich hingegen die Psychotherapieanträge durch den Wegfall der regelhaften Gutachterverfahren für die ersten 35 Therapien. Auch die Beantragung der Langzeittherapie ist nun erleichtert. Durch die allgemeine Arbeitsverdichtung sind die Arbeitsstunden für administrative Tätigkeiten von 54 auf 55 Millionen Stunden angestiegen. Hier zeigt sich wiederum, ähnlich wie im BKI, eine leichte Zunahme. In konkreten Zahlen stiegen die Nettostunden um 0,21 % auf 54 Millionen Nettostunden beziehungsweise 60 Nettoarbeitsstunden pro Praxis.

Die Top-25-Informationspflichten

Die Hauptbelastung für Ärzte und Psychotherapeuten ergibt sich im Allgemeinen aus einer kleinen Zahl von Informationspflichten mit hohen Fallzahlen [4]. Die Informationspflichten betreffen vor allem die Qualität der Versorgung, aber auch allgemein die Umsetzung von Verordnungen, Bescheinigungen, Auskünfte an Kostenträger, anfallende Formulare wie Überweisungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und sonstige Pflichten. Im Beobachtungszeitraum 2018/2019 ist es bei 162 Informationspflichten zu einer Mehrbelastung auf-

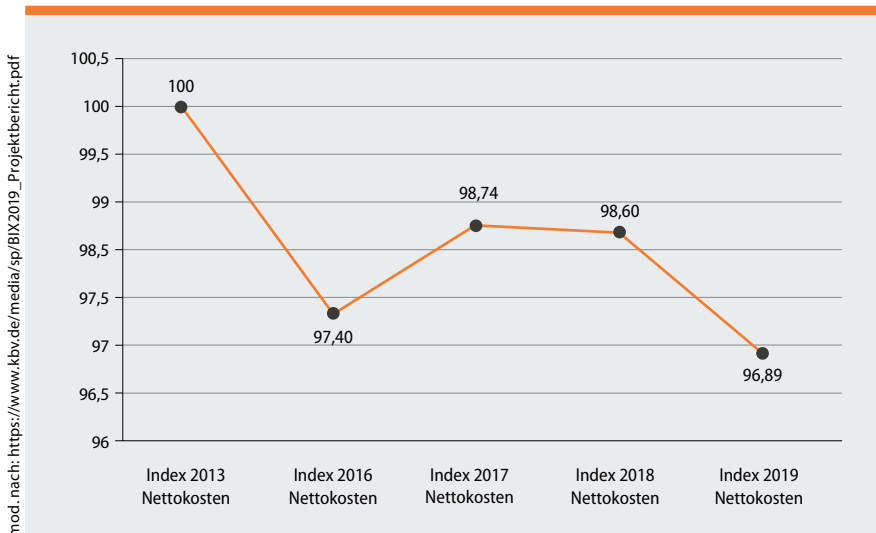


Abb. 1: Verlauf des jährlich aktualisierten Bürokratieindex aus den Jahren 2013 bis 2019.

grund erhöhter Fallzahlen gekommen, bei 125 Informationspflichten hat sich jedoch der Aufwand verringert, während bei 123 Informationspflichten der Aufwand konstant geblieben ist. Im Berichtsjahr 2019 sind 29 Informationspflichten hinzugekommen und 15 wurden abgeschafft. [4]

Aktuelle Daten belegen, dass ein Großteil der bürokratischen Belastungen durch nur 25 „Top-Pflichten“ ausgelöst werden. So verursachen 6% der Informationspflichten knapp 91% des bürokratischen Aufwands für Ärzte und Psychotherapeuten. Diese sind unter anderem:

1. Überweisungen (5,9 Millionen Gesamtstunden)
2. Auskünfte an Krankenkassen (5,8 Millionen Gesamtstunden)
3. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (4,9 Millionen Gesamtstunden)
4. Verordnungen Krankentransport (3,9 Millionen Gesamtstunden)
5. Foto-, Video- und Bilddokumentationen (3,1 Millionen Gesamtstunden)

Als Top-Belastung aus unserem Bereich nennt der BIX das Formular für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die Krankentransport und die Patienteninformatik zur Psychotherapie. Auch sind Disease-Management-Programme (DMP) als maßgeblicher Faktor für eine erhöhte Arbeitsbelastung in anderen Bereichen zu nennen. Einen guten Teil des diesjährigen Rückgangs macht der Weg-

fall des Musters 30 für die Gesundheitsuntersuchung aus. Dies erfolgte durch Änderung der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie durch den G-BA am 18. Juli 2018 [5], wird aber eher den Hausarzt betreffen.

Fazit für die Praxis

Beim Thema Bürokratie sind im Vergleich der Jahre 2018 und 2019 für die Verwaltungen, den Bürger, die mittelständische Wirtschaft und für die Ärzteschaft allgemein auf weiter hohem Niveau leichte Verbesserungen festzustellen. Diese Veränderungen sind aber beim Nervenarzt, Neurologen oder Psychiater noch nicht angekommen, nicht spürbar oder nicht relevant (Wegfall der Form 30 für Gesundheitsuntersuchungen). Hinsichtlich der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist für die nächsten Jahre durch die ungeschickten gesetzlichen Vorgaben auch keine Erleichterung zu erwarten. Auch die Vorgaben durch das TSVG haben die Vorgänge eher komplizierter gemacht. Eine Erleichterung durch die Schlagworte Digitalisierung und TI liegt in weiter Ferne. Das Thema Bürokratie bleibt damit gegenwärtig und auf unserer Agenda. Sollte sich der Trend und politische Wunsch zur Verdichtung der Arbeitsintensität, wie im TSVG durchgesetzt, bestätigen, muss ich leider trotz leicht gegenteiliger Entwicklung, wie durch den NKR, BIX und BKI angedeutet, ein eher pessimistisches Fazit zur Entbürokratisierung für unser Fachgebiet ziehen.

Aktuell ist weiter festzuhalten, dass es wichtig ist, die Berichterstattung des NKR und Instrumente zur Büromessung wie BIX oder BKI im Auge zu behalten. Auch macht die KBV durchaus praxisnahe und vernünftige Vorschläge zur Entbürokratisierung. So könnte zum Beispiel 2020 eine Abschaffung des von allen Seiten kritisierten, unbeliebten und ohnehin schlecht bewerteten Konsiliarberichts ins Auge gefasst werden. Davor muss natürlich eine somatische Abklärung vor einer Psychotherapie weiter sichergestellt bleiben. Wir werden das Thema weiter aufmerksam verfolgen und Fehlentwicklungen weiter kritisch kommentieren.

Literatur

1. <https://www.welt.de/politik/deutschland/video200295210/Annegret-Kramp-Karrenbauer-kritisiert-Buerokratie-in-Deutschland.html> Zugriff 16.9.19.
2. <https://www.normenkontrollrat.bund.de/resource/blob/300864/1680506/03-1c2177c968abf4b7e12dff189d219c/2019-10-22-nkr-jahresbericht-2019-des-nationalen-normenkontrollrates-data.pdf?download=1> Zugriff am 30.11.2019
3. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Buerokratiekosten/Tabellen/buerokratiekostenindex.html> Zugriff 1.11.2019
4. https://www.kbv.de/media/sp/BIX2019_Projektbericht.pdf Zugriff 29.11.2019
5. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5157/2018-07-19_GU-RL_Anpassung-GU-Erwachsene_TrG.pdf Zugriff 29.11.2019

AUTOR

**Prof. Dr. med.
Markus Weih**

Vorsitzender der Fortbildungsakademie,
Vorstand Förderverein
Allersberger Straße 89,
90461 Nürnberg

E-Mail: markus.weih@gmx.de



Curriculum: Spezialisierte schlafmedizinische Versorgung

Fachübergreifende Qualifizierung nutzen

Das Curriculum „Spezialisierte schlafmedizinische Versorgung“ zielt darauf ab, Wissen zu Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen neurologischer, psychiatrischer und pneumologischer Ausrichtung zu vermitteln, um die Versorgung von Patienten mit Schlafstörungen im ambulanten Bereich zu verbessern.

Nach jahrelanger Vorarbeit konnte endlich im Sommer 2019 das erste Curriculum zum Thema „spezialisierte schlafmedizinische Versorgung“ durchgeführt werden. Damit haben wir die außerhalb der Versorgung schlafbezogener Atmungsstörungen brachliegende Diagnostik und Behandlung von Schlafstörungen in unser Fachgebiet zurückgeholt. Im Fokus standen insbesondere die Wiedereingliederung von Hypersomnien, Parasomnien, Insomnien, Narkolepsien und die zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmusstörung. Auch die Entwicklung spezifischer Therapiekonzepte bei Schlafstörungen im Alter waren uns ein großes Anliegen.

An dieser Stelle sei noch einmal ganz herzlich Prof. Dr. Peter Young, dem ehemaligen Leiter des Instituts für Schlaf-

medizin am Universitätsklinikum Münster, für seinen Einsatz gedankt. Ohne seine Bereitschaft, das Curriculum inhaltlich zu gestalten und Referenten zu gewinnen, wäre dieses fachübergreifende Qualifizierungsangebot nicht zustande gekommen.

Detaillierte Informationen zu Ablauf und Inhalt des Curriculums können bei Interesse in einem ausführlichen Bericht im Westfälischen Ärzteblatt Ausgabe 8/2019 nachgelesen werden. Auch besteht die Möglichkeit sich auf der entsprechenden Internetseite (www.aekwl.de) zu erkundigen.

Die Vermittlung der exzellent dargestellten Inhalte erfolgt in vier Präsenzveranstaltungen. Darüber hinaus bieten wir E-Learning-Module an, sodass die Fortbildung grundsätzlich auch von

Kollegen aus anderen Bundesländern genutzt werden kann. Augenblicklich lassen sich diese zusätzlich erworbenen Kompetenzen nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abbilden. Die Notwendigkeit, zusätzliche Qualifizierungen und Leistungen entsprechend zu honorieren, kann nur dann überzeugend geltend gemacht werden, wenn das auch gelebt wird.

Aus fachärztlicher wie auch aus berufspolitischer Sicht möchte ich alle Kollegen ermutigen, sich dem Thema „Spezialisierte schlafmedizinische Versorgung“ zu widmen. Wir können aufgrund einer höheren Spezialisierung eine bessere Versorgung unserer Patienten anbieten und damit auch zur Stärkung der Fachgruppe insgesamt beitragen.

Dr. med. Rita Wietfeld Witten

BUCHTIPPS

Neurobiologie und Selbstfürsorge

Die Verbindung zu biologischen, Lebens- und Jahreszeitrhythmen erweitert den Horizont, zumal wir in der Moderne den Bezug zu diesen Rhythmen teilweise verloren haben. Das Buch stellt neurobiologische Bezüge her und weist auf kleine Zieletappen beim schwierigen Ändern eingefahrener Gewohnheiten hin. Auch wenn manche Aussage etwas oberflächlich wirkt, lässt die Lektüre auch den erfahrenen Mediziner über die Einrichtung kleiner Achtsamkeitsinseln im Alltag nachdenken.

Dr. med. Andreas Meißner, München



Harald Görlich
Lebensrhythmus und Achtsamkeit
 Klett-Cotta-Verlag
 25,00 €
 ISBN 978-3-608-40003-8

Medizinische Gutachten

Sachverständigentätigkeit vor Sozialgerichten ist schwierig, aber von großer Bedeutung, weshalb die Qualität der medizinischen Gutachten besonders wichtig ist. Dieses Buch – quasi ein Handbuch zur Sache – richtet sich an alle Mediziner. Die einschlägigen Rechtsbegriffe sind aufgeführt und auch Themen wie Qualitätssicherung, Datenschutz, Befangenheit und Urheberrecht werden behandelt. Alle Kollegen, die mit der sozialen Gerichtsbarkeit im Sinne der Begutachtung zu tun haben, sollten auf dieses Buch nicht verzichten.

Prof. Dr. med. F. Reimer



Dirk Bieresborn
Einführung in die medizinische Sachverständigentätigkeit vor Sozialgerichten
 Referenz-Verlag
 59,80 €
 ISBN 978-3-943441-17-8

AUSSCHREIBUNG 2020



Zur Ehrung ausgezeichneten Forschung

GALENUS-VON-PERGAMON-PREIS

Für eine herausragende Arzneimittel-Innovation in Deutschland in den Kategorien Primary Care, Specialist Care und Orphan Drugs

DER PREIS

Um die pharmakologische Forschung im Dienste der Entwicklung neuer und innovativer Arzneimittel zu fördern, vergibt der Springer Medizin Verlag seit 1985 den Galenus-von-Pergamon-Preis in Deutschland. Der Preis in Form einer Medaille würdigt ein herausragendes Arzneimittel, jeweils in den Kategorien Primary Care, Specialist Care und Orphan Drugs. Er wird von einem unabhängigen Preiskollegium verliehen. Teilnahmeberechtigt sind pharmazeutische Unternehmen. Die Zulassung des Arzneimittels darf, in der eingereichten Indikation, bis zum Zeitpunkt der Einreichungsfrist nicht länger als drei Jahre zurückliegen. D. h. der Einführungszeitraum muss zwischen dem 30. April 2017 und dem 30. April 2020 liegen.

Die Preisverleihung findet am 22. Oktober 2020 in Berlin statt.

www.galenus-von-pergamon.de

ERFORDERLICHE UNTERLAGEN

Ein zusammenfassendes Executive Summary mit allen notwendigen Informationen auf ca. vier Seiten DIN A4: Produktname, Substanzname, Zulassungsdatum, Einführungsdatum, Indikation, Wirkmechanismus, pharmakologische Eigenschaften, Verträglichkeit, aktuelle Studienlage zum Zeitpunkt der Zulassung, weitere (Studien-) Erfahrungen nach der Zulassung. Eine Liste der aktuellen Publikationen zur Substanz (Pubmed).

Dazu die wichtigsten Studien im Original, die zur Zulassung geführt haben, mit den wesentlichen wissenschaftlichen Ergebnissen, der pharmakologischen und klinischen Prüfung in der Langfassung (auch in englisch). Zusammenfassung seither gewonnener Erkenntnisse und Studienergebnisse sowie weitere Indikationsmöglichkeiten (auch angestrebte).

Alle Unterlagen sind je einmal in Papierform und in elektronischer Version einzureichen an:

Springer Medizin Verlag GmbH
Sekretariat Galenus-von-Pergamon-Preis
Frau Sabine Springer
Am Forsthaus Gravenbruch 5
63263 Neu-Isenburg
(sabine.springer@springer.com)

Ende der Bewerbungsfrist 30. April 2020

TEILNAHMEGEBÜHREN

Die Teilnahmegebühren sind, wie das gesamte Jurierungsverfahren zweistufig. Für Stufe 1 betragen die Teilnahmegebühren € 22.500 und für Stufe 2 weitere € 16.000, jeweils zuzüglich Mehrwertsteuer.

ZUERKENNUNG

Über die Zuerkennung des Preises entscheidet ein unabhängiges Kollegium von mindestens 12, höchstens 16 Fachleuten. Die Mitglieder werden vom Springer Medizin Verlag berufen. Stufe 1 erreichen alle Kandidaten, die die notwendigen formalen Voraussetzungen erfüllen. In einem Vorentscheid werden von der Jury im Sommer alle Kandidaten der Stufe 1 auf ihre Preiswürdigkeit geprüft und je Kategorie in der Regel fünf Kandidaten für die Stufe 2 bestimmt. Die finale Zuerkennung des Preises erfolgt in einer nicht-öffentlichen Sitzung am Tag der Preisverleihung. Vertreter des Stifters nehmen an der Sitzung ohne Stimmrecht teil.

RECHTSWEG

Die Mitglieder des Kollegiums arbeiten ehrenamtlich und unentgeltlich. Der Rechtsweg ist für alle Teilnehmenden um den Galenus-von-Pergamon-Preis ausgeschlossen. Die eingereichten Unterlagen werden nicht zurückgesandt. Der Stifter des Galenus-von-Pergamon-Preises ist jederzeit befugt, diese Satzung zu ändern. Eine solche entfaltet jedoch keine Wirkung auf eine bereits laufende Ausschreibung bis zur Verleihung des Preises.

PREISRICHTER-KOLLEGIUM

Prof. Dr. Erland Erdmann
Köln
Präsident der Jury

Prof. Dr. Marylyn Addo
Hamburg

Prof. Dr. Marianne Dieterich
München

Prof. Dr. Thomas Eschenhagen
Hamburg

Prof. Dr. Tanja N. Fehm
Düsseldorf

Prof. Dr. Dagmar Führer-Sakel
Essen

Prof. Dr. Michael Hallek
Köln

Prof. Dr. Joachim Klosterkötter
Köln

Prof. Dr. Josef Köhrle
Berlin

Prof. Dr. Heyo Kroemer
Berlin

Prof. Dr. Burkhard Schraven
Magdeburg

Prof. Dr. Claus Vogelmeier
Marburg

Prof. Dr. Andreas M. Zeiher
Frankfurt

Prof. Dr. Fred Zepp
Mainz



Zwischen Bundesmantelvertrag und DSGVO

Die richtige Archivierung von Patientendokumenten

In Zeiten zunehmender Digitalisierung und elektronischer Archivierung von Patientenunterlagen reduziert sich die papiergebundene Menge von Dokumenten immer weiter. Dennoch gibt es noch etliche patientenbezogene Dokumente auf Papier, die in der Praxis aufbewahrt werden müssen.

Überweisungsscheine, Fremdbefunde, Durchschläge von Betäubungsmittel-(BtM)-Rezepten, eigene Aufzeichnungen und vieles mehr – Ärzte müssen laut § 7 des Bundesmantelvertrags Patientenakten bis zu zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahren. Sie müssen bei Bedarf zur Einsicht zur Verfügung stehen. Für digital archivierte Daten gilt das Gleiche. Für manche Dokumente gelten kürzere Zeiträume.

Archivierung bis zu zehn Jahren

- Zehn Jahre archiviert werden müssen Patientenakten auf Papier oder elektronische mit eigenen Befunden und Aufzeichnungen, eigene Arztbriefe, Röntgenbilder/-befunde, Heil-/Hilfsmittelrezepte, Krankenseinweisungen und Medikamentenrezepte (Dokumentation über Art, Dosis, Menge).
- Drei Jahre gelten für Papierdurchschläge und Anforderungsscheine für BtM-Rezepte. Dazu zählen auch fehlerhaft ausgefüllte und nicht an den Patienten weitergegebene Rezepte.
- Zwei Jahre archiviert werden müssen Überweisungs- und Lieferscheine für den Sprechstundenbedarf,
- nur ein Jahr hingegen die Durchschläge von Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen.

Diese Fristen gelten ausschließlich für medizinische patientenbezogene Dokumente. Auch die Daten verstorbener Patienten müssen mit den genannten Fristen ab dem letzten Behandlungstag aufbewahrt werden. Für anderweitige Unterlagen etwa mit steuerlichem Bezug

gelten andere Aufbewahrungszeiten. Soweit Patientenunterlagen primär digital erzeugt oder zur digitalen Archivierung eingescannt werden können, brauchen sie nicht auf Papier aufbewahrt zu werden. Dies gilt beispielsweise für Kurven- oder Bildaufzeichnungen und Befunde apparativer Untersuchungen, wie Neurophysiologie- oder Röntgenbefunde.

Mit einem Textverarbeitungsprogramm erstellte Arztbriefe, die direkt aus dem Computer gefaxt oder gemailt werden, müssen nicht ausgedruckt werden und bleiben auf der Festplatte gespeichert. Dies gilt auch für die Durchschläge und Dokumentationen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Krankenseinweisungen und Rezepte jeglicher Art (Ausnahme: BtM-Rezepte).

Als Papierunterlagen verbleiben heutzutage in den Praxen üblicherweise nur noch von den Patienten mitgebrachte Überweisungsscheine, Durchschläge und Anforderungszettel für BtM-Rezepte und die Lieferscheine des Sprechstundenbedarfs.

Besser Daten nicht nach zehn Jahren löschen

Elektronisch gespeicherte Dokumente lassen sich praktisch kostenfrei annähernd unendlich lange speichern. Im Gegenteil, es wäre aufwändiger und teurer, länger als zehn Jahre zurückliegende Befunde und Dokumente zu ermitteln und von der Festplatte zu löschen. Hier kommt allerdings die Aufforderung des neuen europäischen Datenschutzgesetzes ins Spiel, Patientendaten nach zehn Jah-

Sie fragen – wir antworten!

Haben Sie in Ihrer Praxis ein wenig zufriedenstellend gelöstes oder gar ungelöstes Problem, das auch in anderen Praxen relevant sein könnte? Wir versuchen, uns kundig zu machen, und publizieren einen entsprechenden – nicht rechtsverbindlichen – Lösungsvorschlag. Eine Haftung ist ausgeschlossen. Auf Wunsch sichern wir jedem Ratsuchenden auch Anonymität zu. Schreiben Sie mit dem Betreff „Praxisprobleme“ an:
bvdn.bund@t-online.de

ren zu eliminieren. Überwiegende Auffassung von Praxisbetreibern und Juristen ist aber, die Daten weiter zu verwahren. Denn es kommt tatsächlich vor, dass Patienten auch nach weit zurückliegenden Behandlungen Schadensersatzansprüche geltend machen. Fehlt es dann an der ärztlichen Dokumentation, kann sich der Arzt nur sehr schwer dagegen wehren.

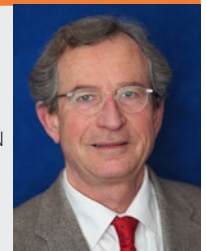
Bei Praxisaufgabe und Nachbesetzung in einer Gemeinschaftspraxis gilt die berufsrechtliche Auffassung, dass sowohl der verbleibende als auch der ausscheidende Kollege die Unterlagen aller (nicht nur der eigenen) Patienten aufbewahren soll. Dies wird mit der gemeinschaftlichen Haftung begründet. Der ausscheidende Kollege nimmt dazu eine Festplattenkopie mit nach Hause. Sollen die Patientenunterlagen ausschließlich beim Nachfolger oder einem anderen Arzt verbleiben, so müssen nach überwiegender Auffassung die Patienten dieser Vorgehensweise jeweils zustimmen.

AUTOR

**Dr. med.
Gunther Carl**

Stellvertretender
Vorsitzender des BVDN
Facharzt für Neurologie,
Psychiatrie und Psychotherapie
Friedenstraße 7
97318 Kitzingen

E-Mail: carlg@t-online.de



Fortbildung



Visuelle Symptome sind die häufigste Form der Migräneaura.

Migräneaura

Therapieansätze bei geringer Evidenzlage

Etwa ein Drittel aller Migränepatienten leidet unter einer Aura, die viele Betroffene als störender empfinden als die Kopfschmerzen selbst. Besonders bei Seh- und Sprachstörungen oder Hemiparese ist eine gute Therapie der Aura nötig, um den Leidensdruck der Patienten zu verringern.

VICTORIA SCHUBERT, TOBIAS FREILINGER

Die Migräne ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen mit einer Prävalenz von 15 % und ist weltweit verbreitet. Sie ist durch die charakteristischen Eigenschaften des Kopfschmerzes – einseitige Lokalisation, pulsierender Charakter, mittelstarke bis starke Intensität mit Zunahme bei Bewegung – zusammen mit typischen Begleitsymptomen wie Übelkeit/Erbrechen, Licht- und Geräuschempfindlichkeit definiert. Bei etwa bei einem Drittel der Patienten kommt es zu transienten fokalen-neurologischen Reiz- oder Ausfallsymptomen, die den Kopfschmerzen vorangehen oder diese begleiten: einer Aura.

Als pathophysiologisches Korrelat der Migräneaura wird die sogenannte Cortical spreading depolarisation (CSD) angenommen, eine sich langsam ausbreitende Welle von supprimierter kortikaler Aktivität. In gleicher Weise finden sich je nach Ausdehnung der CSD verschiedene, sequenziell aufeinanderfolgende Symptome, die unterschiedliche Systeme betreffen können: visuell, sensibel, aphasisch und motorisch. Dabei stellen visuelle Symptome die häufigste Form der Migräneaura dar. Das Auftreten von anderen Symptomen im Rahmen der Aura ist deutlich seltener und kommt praktisch immer in Kombinati-

on mit visuellen Symptomen vor. Motorische Auren im Sinne einer Hemiparese gelten als eine seltene Sonderform der Migräneaura. Diese sogenannte hemiplegische Migräne (HM) nimmt zusätzlich dadurch eine Sonderstellung ein, weil sie als monogene Unterform der Migräne einzuordnen ist. Punktmutationen in den Ionenkanal- beziehungsweise die Transportgene CACNA1A, ATP1A2 und SCN1A können dieser Erkrankung in familiärer (autosomal-dominanter Erbgang) oder sporadischer Form zugrunde liegen. Dennoch tritt der klinische Phänotyp auch bei Patienten ohne Nachweis einer passenden Mutation auf. Diese schwerste Form der Migräne mit Aura kann durch Verwirrheitssymptome, Fieber, epileptische Anfälle oder prolongierte Auren von über 72 Stunden weiter kompliziert werden. Für Patienten, die unter derart schweren Aurasymptomen leiden, steht der Kopfschmerz meist erst an zweiter Stelle.

Stolpersteine auf dem Weg zur evidenzbasierten Therapie

Patienten mit offensichtlichen funktionellen Einschränkungen wie Sehstörungen, Sprachstörungen oder Hemiparese im Rahmen der Aura fühlen sich durch die Unkontrollierbarkeit des Auftretens oft stigmatisiert und unsicher bei Pla-

nung von Aktivitäten im Alltag. Eine effektive Behandlung der Auren ist in diesen Fällen wünschenswert, um den Leidensdruck der Patienten zu verringern. Die Etablierung geeigneter Therapien steht allerdings vor mehreren Hürden. Eine Akutmedikation zur Behandlung der Migräne Aura würde ein sehr rasches Anfluten voraussetzen, da die Aura per Definition in unter einer Stunde selbstlimitierend verläuft und eine Medikation, deren Wirkung etwa nach 30 Minuten einsetzt, bereits zu spät kommen kann.

Bisherige Studien zu prophylaktischen Therapien bei Migräne generell unterliegen meist dem Problem, dass Migräne mit und ohne Aura als Subgruppen oft nicht in der Auswertung berücksichtigt wurden. Selbst wenn die Migräne mit Aura in der Studienpopulation separat erfasst wurde, wurde meist die Besserung des Kopfschmerzes und nicht der Aura als primärer Endpunkt ausgewertet. Die Baseline der Attackenfrequenz wurde zudem oft nur anamnestisch erhoben, was zu falsch hohen Ausgangswerten führen kann. Zur prophylaktischen Therapie der Aurasymptome allein gibt es bislang kaum kontrollierte Studien. Die derzeit vorliegende Evidenz bezieht sich daher hauptsächlich auf Fallserien und Einzelfallberichte.

Mögliche Therapieansätze

NMDA-Rezeptorantagonisten

Bisherige Überlegungen zu möglichen Therapieansätzen gründeten sich beispielsweise auf Erkenntnissen aus der Erforschung der monogenen hemiplegischen Migräne als Modellerkrankung für die Migräne mit Aura und der CSD als pathophysiologisches Korrelat. Eine lokale Verschiebung der Elektrolytkonzentrationen entlang der neuronalen Zellmembran durch eine veränderte Funktion der verschiedenen mutations-tragenden, transmembranösen Ionenkanäle führt als gemeinsame Endstrecke zu einer Erhöhung von extrazellulärem Glutamat und Kalium [1]. NMDA-Rezeptorantagonisten wie Ketamin wären in diesem Modell potenziell in der Lage die Glutamat-vermittelte Hyperexzitabilität von kortikalen Neuronen zu inhibieren. Im Jahr 2000 wurde in einer offenen Studie mit elf HM-Patienten eine Akuttherapie der Migräneaura mit Ketamin-Nasenspray untersucht [2]. Bei fünf Patienten konnte die Attackenschwere gelindert und die Auradauer verkürzt werden. 13 Jahre später wurde eine randomisierte, gegen Midazolam kontrollierte Studie mit 20 Patienten mit prolongierter Migräne mit Aura oder HM durchgeführt, in der drei behandelte versus drei unbehandelte Attacken miteinander verglichen wurden [3]. Eine Verkürzung der Aura durch Ketamin-Nasenspray konnte hier nicht bestätigt werden, wohl aber die Linderung der Symptomschwere, wohingegen die Anwendung von Midazolam ohne Effekt blieb. Beide Studien wiesen allerdings auf eine hohe Rate an Nebenwirkungen wie Sedierung, Koordinationsstörung und Derealisationsphänomene durch die Ketamin-Therapie hin.

Auch für den pflanzlichen Wirkstoff Ginkgolide B aus Ginkgoextrakt wird eine modulatorische Wirkung auf Glutamatrezeptoren vermutet. Von einer italienischen Arbeitsgruppe wurde sowohl der Einsatz eines Präparats zur Akutbehandlung in einer offenen Studie mit 22 Patienten sowie die prophylaktische Anwendung über sechs Monate mit 45 Patienten mit Migräne mit Aura untersucht [4, 5]. Als Akutmedikation konnte die Anwendung in 60 % die Attacken-

dauer reduzieren. Allerdings wurde nur jeweils eine behandelte Attacke mit einer unbehandelten Attacke in dieser offenen Studie untersucht. Die prophylaktische Behandlung konnte gemäß den Ergebnissen der Autoren auch Dauer und Häufigkeit der Aura reduzieren. Einschränkung sollte jedoch erwähnt werden, dass es sich in dieser ebenfalls offenen Studie um ein Mischpräparat von Ginkgolide B, B-Vitaminen und Coenzym Q10 handelte, sodass die Wirkung nicht sicher allein dem Ginkgoextrakt zugeschrieben werden kann.

Antikonvulsiva

Eine Reihe von Fallserien berichtete eine anhaltende Reduktion der Häufigkeit von Migräne mit Aura um durchschnittlich über 70 % durch die prophylaktische Behandlung mit Lamotrigin in einer individuell unterschiedlichen Tagesdosis von 25–100 mg [6, 7, 8, 9]. Da für Lamotrigin in der prophylaktischen Behandlung der Migräne ohne Aura kein Effekt nachgewiesen werden konnte, liegt es nahe, dass der Wirkstoff als Natriumkanalblocker alleine in der Hemmung der CSD eine Rolle spielt. Interessanterweise findet sich als Ursache für die familiäre hemiplegische Migräne Typ 3 eine pathogene Mutation in dem Gen SCN1A, das für einen spannungsabhängigen Natriumkanal auf inhibitorischen Interneuronen kodiert. Funktionelle Untersuchungen konnten zeigen, dass der Kanal durch die Mutation eine „gain of function“ erwirbt [10]. Bei den betroffenen Patienten wird somit eine Überaktivität des Kanals angenommen, dessen Blockade für die Behandlung der Migräneaura effektiv erscheint. Eine erste kontrollierte klinische Studie zur Behandlung der hemiplegischen Migräne mit Lamotrigin (HeMiLa, EudraCT-Nr. 2016-003223-30) wird derzeit am Universitätsklinikum Tübingen durchgeführt.

Auf ähnliche Weise könnte auch Topiramamat in den Pathomechanismus der CSD eingreifen. Es blockiert ebenfalls spannungsabhängige Natriumkanäle und gilt gleichzeitig als negativer Modulator von Glutamat an AMPA-Rezeptoren. Eine erste offene, Baseline-kontrollierte Studie zur Topiramamat-Behandlung von zwölf Patienten mit Migräne mit

Aura aus 2004 konnte klinisch jedoch zunächst keinen prophylaktischen Effekt nachweisen. Erst eine Post-hoc-Analyse der doppelblinden, randomisiert und placebokontrollierten PROMPT-Studie aus 2010, die den prophylaktischen Einsatz von Topiramamat bei 818 Migränepatienten (darunter 269 Migräne mit Aura) untersucht hatte, konnte einen Behandlungseffekt aufzeigen [11]. Eine Subgruppenanalyse zeigte, dass Topiramamat ähnlich effektiv eine Reduktion von Attacken mit Aura wie der Attacken ohne Aura herbeiführen konnte. Betrachtete man allein das Verhältnis von Attacken mit und ohne Aura für die Patienten, die beide Varianten hatten, so war der Rückgang von Attacken mit Aura deutlich ausgeprägter als der der Attacken ohne Aura. Diese Beobachtung untermauert die Vermutung, dass Topiramamat unabhängig von der reinen Kopfschmerzprophylaxe auch eine prophylaktische Wirkung auf die Migräneaura hat.

Zu anderen Antikonvulsiva in der Anwendung bei Migräne mit Aura gibt es kaum Daten. Eine Fallserie mit 16 Patienten deutete unter sechsmonatiger, offener Behandlung mit Levetiracetam einen Rückgang der Attackenfrequenz an [12]. Fallberichte zur Behandlung von familiärer hemiplegischer Migräne aus 2015 beschrieben einen deutlicheren Rückgang der Aurafrequenz unter einer Kombination aus Valproat mit Lamotrigin als durch Lamotrigin allein [13]. Eine therapeutische Sicherheit lässt sich anhand der Studien jedoch kaum ableiten.

Acetazolamid

Acetazolamid, ein Carboanhydrasehemmer aus der Gruppe der Sulfonamide, wird als wirkungsvolle Therapie bei der episodischen Ataxie Typ 2 eingesetzt. Wie bei einer Untergruppe der familiären hemiplegischen Migräne, der FHM1, liegt der episodischen Ataxie Typ 2 eine Mutation im CACNA1A-Gen zugrunde. Tatsächlich finden sich mehrere Fallberichte, in denen auch eine Wirksamkeit von Acetazolamid bei Patienten mit hemiplegischer Migräne beschrieben wurde [14]. Eine offene Studie aus 2005 untersuchte folglich auch die Wirksamkeit bei Patienten mit Migräne mit Aura und ohne Aura [15]. Für beide Gruppen zeigte sich ein Rückgang der Attackenfrequenz.

quenz unter Therapie, allerdings zeichnete sich ein stärkerer Rückgang in der Gruppe mit Aura ab. Eine Kontrolle gegenüber Placebo fand nicht statt. Zusätzlich kam es zu einer auffällig hohen Nebenwirkungsrate von über 70 % Parästhesien.

Translationale Ansätze

Basierend auf Untersuchungen zu CSD im Tiermodell wurden seit der Jahrtausendwende einige translationale Ansätze zur Behandlung der Migräneaura entwickelt und in klinischer Anwendung untersucht. In einem Tiermodell konnte gezeigt werden, dass nach Induktion einer CSD durch lokale Applikation von extrazellulärem Kalium die Dauer der CSD durch intravenöse Gabe des Schleifendiuretikums Furosemid verkürzt werden kann. In einem Fallbericht aus dem Jahr 2000 sind zwei Fälle beschrieben, bei denen es nach intravenöser Gabe von Furosemid in einer prolongierten Migräneaura zu einem Rückgang der Symptome kam [16].

Für Amilorid, ein kaliumsparendes Diuretikum, das seine Wirkung durch die Blockade von epithelialen Natriumkanälen (ENaC) entfaltet, konnte ebenfalls im Tiermodell eine hemmende Wirkung in Bezug auf die CSD gezeigt werden. In der Anwendung am Patienten wurde durch die prophylaktische Einnahme von Amilorid über sechs bis 24 Monate zumindest bei vier von sieben Patienten mit Migräne mit Aura von einer Reduktion der Häufigkeit und Intensität berichtet [17].

Das Benzopyran-Derivat Tonabersat ist ein Gap-Junction-Inhibitor, der zunächst im Tiermodell als Hemmstoff für die CSD eingesetzt wurde. 2009 wurde die Anwendung erstmals in einer Phase-II-Studie mit 31 Patienten mit Migräneaura in einer Baseline- und placebo-

kontrollierten Crossoverstudie untersucht [18]. Interessanterweise nahm die Frequenz der Aura unter Therapie im Schnitt von drei auf eine pro Monat ab. Gleichzeitig zeigte sich jedoch im Vergleich zu anderen prophylaktischen Medikamenten wie etwa Topiramamat keine Reduktion der Kopfschmerzstage. Daraus lässt sich ableiten, dass Tonabersat zwar in der Lage ist, die CSD zu unterdrücken, den darauffolgenden Übergang in die Kopfschmerzphase im Vergleich zu anderen Prophylaktika aber nicht verhindern kann. Bislang gibt es kein zugelassenes Arzneimittelpräparat mit dem Wirkstoff Tonabersat.

Interventionelle Verfahren

Zwischen Migräne mit Aura und dem Vorliegen eines persistierenden Foramen ovale (PFO) besteht eine auffällig hohe Koinzidenz. Die Prävalenz eines PFO bei Migräne mit Aura liegt etwa doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung. Observative Fallstudien postulierten bei diesen Patienten in der Vergangenheit einen therapeutischen Effekt eines PFO-Verschlusses in Hinblick auf die Migräne. 2008 wurde ein potenzieller Nutzen der Intervention bei 147 Patienten mit Migräne mit Aura in der randomisierten, kontrollierten MIST-Studie untersucht [19]. Schlussendlich konnte keine signifikante Attackenreduktion durch die Intervention erreicht werden und die Studie verfehlte alle festgelegten Endpunkte. Auch zwei spätere, randomisierte kontrollierte Studien (PREMIUM, PRIMA) konnten keinen signifikanten Nutzen des PFO-Verschlusses bei Migräne mit Aura nachweisen, und das Risiko von Komplikationen überzog gegenüber der Attackenreduktion einzelner Individuen [20, 21].

Transkutane Vagusnervstimulation wurde zuletzt in der PRESTO-Studie als



e.Med Abrechnung

Die kommentierte Datenbank zur Abrechnung

- ✓ Zugriff auf alle Gebührenordnungen
- ✓ Kontinuierliche Kommentierung und Aktualisierung
- ✓ Praktische Verlinkungen innerhalb der Positionen und Ziffern
- ✓ Urteile zur Abrechnung und ärztlichen Behandlung
- ✓ Steuer- und Finanztipps rund um den Praxis- oder Klinikbetrieb



Gleich informieren:
bit.ly/emed_abrechnung

SpringerMedizin.de

Tab. 1: Wirksame Optionen zur Akuttherapie und Prophylaxe bei Migräne mit Aura

| Akuttherapie | Prophylaxe [nach 24] |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – Ketamin (nur in strenger Indikationsstellung unter Abwägung des Nebenwirkungsrisikos sinnvoll) | <ul style="list-style-type: none"> – Lamotrigin – Topiramamat – Acetazolamid – Valproat (plus Lamotrigin) |

nicht medikamentöse Option der Akuttherapie bei Migräne aufgrund seiner überlegenen Wirkung gegenüber einer Sham-Kontrolle aufgezeigt [22]. Eine potenzielle Wirkung auf die Migräneaura wurde bei der Auswertung nicht berücksichtigt. Jedoch gibt es tierexperimentelle Daten über die Auswirkung einer transkutanen Nervenstimulation auf die CSD. Diese Daten zeigten eine erhöhte Schwelle für das Auslösen einer CSD sowie eine verzögerte kortikale Ausbreitung der CSD, allerdings erst 30 Minuten nach einer transkutanen Stimulation des Nervus vagus [23].

Fazit für die Praxis

Von einem nicht unwesentlichen Teil der Patienten mit Migräne mit Aura wird die Aurasymptomatik als störender und einschränkender empfunden als der darauffolgende Kopfschmerz. Gerade diese Patienten profitieren von einer suffizienten Therapie. Im Gegensatz zur Behandlung des Migränekopfschmerzes ist die Therapie der Migräneaura jedoch bislang nicht gut untersucht.

Für die Mehrheit der Patienten hat eine prophylaktische Therapie einen größeren Stellenwert als die Akuttherapie der Aura. Diese kommt nur in seltenen Fällen von Patienten mit prolongierten Auren wie etwa bei hemiplegischer Migräne überhaupt in Betracht, da die Aura in der Regel in kürzerer Zeit selbstlimitierend verläuft, als die Wirkung der Therapie einsetzen könnte. Unzweifelhaft Untersuchungen mit mäßig zuverlässigem Erfolg gibt es hier am Menschen bislang nur für Ketamin-Nasenspray, wenn auch die begleitenden Nebenwirkungen der Anwendung in der Regel keine sinnvolle Alternative zu dem Erleben der Aura selbst darstellen.

Die zur Prophylaxe von Migräneaura noch am besten untersuchten Medikamente – wenn auch hauptsächlich im Rahmen von offenen, unkontrollierten Studien – sind die Antikonvulsiva Lamotrigin, Topiramate und Valproat (in Kombination mit Lamotrigin). Daneben kann auch Acetazolamid eine mögliche Alternative darstellen (Tab. 1). In jedem Fall ist angesichts der geringen Evidenzlage eine engmaschige klinisch-neurologische Kontrolle des Therapieansprechens sowie die Aufklärung der Patienten über potenzielle Nebenwirkungen im Rahmen der Off-Label-Therapie obligat. Die

Wahl einer Therapie ist letztendlich nur gemeinsam mit dem Patienten im Sinne einer Einzelfallentscheidung abzuwägen.

Literatur

- Moskowitz MA et al. Deciphering migraine mechanisms: clues from familial hemiplegic migraine genotypes. *Ann Neurol* 2004;55:276–80
- Kaube H et al. Aura in some patients with familial hemiplegic migraine can be stopped by intranasal ketamine. *Neurology* 2000;55:p139–41
- Afridi SK et al. A randomized controlled trial of intranasal ketamine in migraine with prolonged aura. *Neurology* 2013;80:642–7
- Allais G et al. The efficacy of ginkgolide B in the acute treatment of migraine aura: an open preliminary trial. *Neurol Sci* 2013;34(Suppl 1):S161–3
- D'Andrea G et al. Efficacy of Ginkgolide B in the prophylaxis of migraine with aura. *Neurol Sci* 2009;30(Suppl 1):S121–4
- D'Andrea G et al. Effectiveness of lamotrigine in the prophylaxis of migraine with aura: an open pilot study. *Cephalalgia* 1999;19:64–6
- Lampl C et al. Lamotrigine in the prophylactic treatment of migraine aura – a pilot study. *Cephalalgia* 1999;19:58–63
- Lampl C et al. Lamotrigine reduces migraine aura and migraine attacks in patients with migraine with aura. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:1730–2
- Pascual J et al. Preventing disturbing migraine aura with lamotrigine: an open study. *Headache* 2004;44:1024–8
- Cestele S et al. Self-limited hyperexcitability: functional effect of a familial hemiplegic migraine mutation of the Nav1.1 (SCN1A) Na⁺ channel. *J Neurosci* 2008;28:7273–83
- Reuter U et al. Migraines with and without aura and their response to preventive therapy with topiramate. *Cephalalgia* 2010;30:543–51
- Brighina F et al. Levetiracetam in the prophylaxis of migraine with aura: a 6-month open-label study. *Clin Neuropharmacol* 2006;29:338–42
- Pelzer N et al. Familial hemiplegic migraine treated by sodium valproate and lamotrigine. *Cephalalgia* 2014;34:708–11
- Russell MB and A Ducros. Sporadic and familial hemiplegic migraine: pathophysiological mechanisms, clinical characteristics, diagnosis, and management. *Lancet Neurol* 2011;10:457–70
- De Simone R et al. Acetazolamide efficacy and tolerability in migraine with aura: a pilot study. *Headache* 2005;45:385–6
- Rozen TD. Treatment of a prolonged migrainous aura with intravenous furosemide. *Neurology* 2000;55:732–3
- Holland PR et al. Acid-sensing ion channel 1: a novel therapeutic target for migraine with aura. *Ann Neurol* 2012;72:559–63
- Hauge AW et al. Effects of tonabersat on migraine with aura: a randomised, double-blind, placebo-controlled crossover study. *Lancet Neurol* 2009;8:718–23
- Dowson A et al. Migraine Intervention With STARFlex Technology (MIST) trial: a prospective, multicenter, double-blind, sham-controlled trial to evaluate the effectiveness of patent foramen ovale closure with STARFlex septal repair implant to resolve refractory migraine headache. *Circulation* 2008;117:1397–404
- Mattle HP et al. Percutaneous closure of patent foramen ovale in migraine with aura, a randomized controlled trial. *Eur Heart J* 2016;37:2029–36
- Tobis JM et al. Percutaneous Closure of Patent Foramen Ovale in Patients With Migraine: The PREMIUM Trial. *J Am Coll Cardiol* 2017;70:2766–74
- Tassorelli C et al. Noninvasive vagus nerve stimulation as acute therapy for migraine: The randomized PRESTO study. *Neurology* 2018;91:e364–73
- Chen SP et al. Vagus nerve stimulation inhibits cortical spreading depression. *Pain* 2016;157:797–805
- Diener HC et al. Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne. S1-Leitlinie, 2018; AWMF-Registernummer: 030/057; in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg). Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-057_S1_Migraene-Therapie_2019-10.pdf (Zugang am 11.3.2020)

AUTOREN

Dr. med. Victoria Schubert

Abteilung Neurologie mit Schwerpunkt Epileptologie, Universitätsklinikum Tübingen Crona Kliniken Hoppe-Seyler-Straße 3 72076 Tübingen

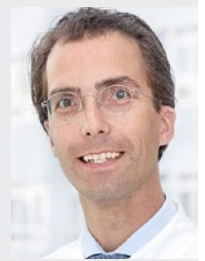
E-Mail: Victoria.Schubert@med.uni-tuebingen.de



Prof. Dr. med. Tobias Freilinger

Facharzt für Neurologie, Klinik für Neurologie, Klinikum Passau, Innstraße 76 94032 Passau

E-Mail: Tobias.Freilinger@klinikum-passau.de



Neurologische Kasuistik

Depressiv und immer wieder müde ...

Mitte 2017 stellt sich die damals 19-jährige Patientin erstmals vor. Sie wurde vom Hausarzt zur neurologischen Ausschlussdiagnostik geschickt. Sie kommt in Begleitung der Mutter und berichtet von einer depressiven Verstimmung und Müdigkeit. Die Depression läuft schon länger. Medikation und Psychotherapie wurden erfolglos versucht, nichts hat geholfen. Die Patientin stören Müdigkeit und Schlafstörung, Selbstwertzweifel und Grübeln halten sie nachts wach. Tagsüber ist sie müde und schläft bei der Arbeit immer wieder ein. Ihr Chef ist nett und toleriert, dass sie manchmal nicht so gut drauf ist. Manchmal passieren Fehler, weil sie automatische Handlungen macht und in Gesprächen den Faden verliert, wenn sie müde ist. Sie kann hinterher nicht mehr rekonstruieren, was sie getan hat. Die Patientin hat dennoch Sorge, dass der Chef das auf die Dauer nicht mitmachen wird.

Frage 1

Sind die Angaben typisch für eine depressive Störung?

- Ja, Schlafstörung und Müdigkeit passen.
- Nein, es gibt Hinweise für eine epileptische Störung.
- Ja, es scheint noch ein zusätzliches Rentenbegehren vorgelegen zu haben.
- Nein, die Beschreibung der Interaktion mit dem Chef legt nahe, dass er die Patientin als wertvolle Mitarbeiterin mit einem isolierten Problem empfindet.
- Nein, der ganze Kontext und auch die Präsentation in einer neurologischen Kasuistik lassen einen komplexeren Fall erwarten.

Zu Antwort a: Natürlich sind Schlafstörung und Müdigkeit häufige Symptome bei depressiven Störungen. Jedoch sind die beschriebenen Fehler nicht affektiv konnotiert als Hinweis, dass es der Pati-

entin psychisch besonders schlecht geht, sondern diese Symptome laufen mit Eigendynamik, sodass an eine eigenständige zusätzliche Störung zu denken ist.

Zu Antwort b: Eine atypische Absencenepilepsie könnte durchaus isolierte Automatismen und ein Verlieren des Fadens bewirken.

Zu Antwort c: Die zusätzlichen Symptome werden eher beiläufig und nicht dramatisierend geschildert. Auch die Interaktion im Betrieb ist eher dissimulierend, sodass eine Symptomatik mit Zielrichtung Krankheitsgewinn unwahrscheinlich ist.

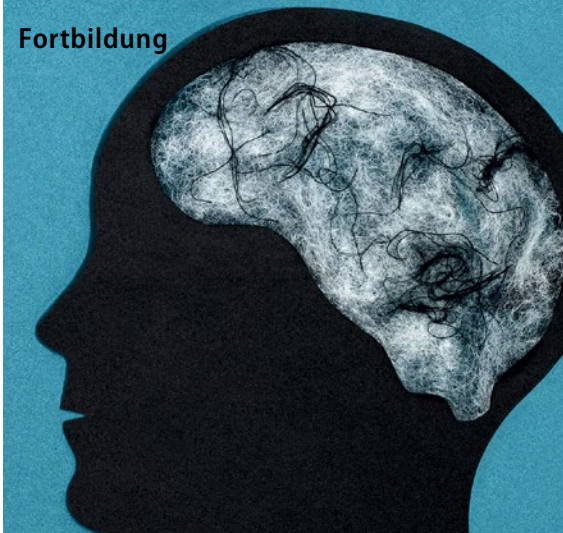
Zu Antwort d: Tatsächlich würde ich die Konstellation als Hinweis auf ein zusätzliches (neurologisches) Problem sehen.

Zu Antwort e: Lassen wir uns überraschen.

Die Patientin wird einer ausführlichen organischen Abklärung zugeführt. In der körperlichen Untersuchung bei unauffälligem neurologischen Status finden sich multiple oberflächliche Schnittverletzungen, vor allem am nicht dominanten Unterarm. Die weiteren apparativen Zusatzuntersuchungen, inklusive EEG und MRT Schädel, sind alle unauffällig.

Psychiatrisch wird die depressive Störung bestätigt, es finden sich Hinweise für eine emotionale Instabilität mit Selbstverletzungen. Die Schlafanamnese (fremdanamnestic von der Mutter bestätigt) ergibt keine Atemstörung, aber nächtliches Schreien und Somnambulismus. Tagsüber kommt es bei affektiver Stimulation (positiv wie negativ) zu Schwächeanfällen, manchmal „klappt sie zusammen“. Es werden kurzzeitiges Doppeltsehen und auch Einschlafatta-

Fortbildung



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:

- NT 3/2020
Augenbewegungsstörung bei Kopfschmerzpatienten
- NT 1-2/2020
Schreien und Schlagen im Schlaf
- NT 12/2019
Kopfschmerzen beim Rübenaufladen
- NT 11/2019
Antidepressiva: Sexuelle Funktionsstörungen und Absetzsymptome
- NT 10/2019
Rezidivierende lumboschialgieforme Symptomatik
- NT 9/2019
Antipsychotika-induziertes Pisa-Syndrom
- NT 7-8/2019
Progrediente Ophthalmoplegie
- NT 5/2019
Ein Fall mit ulnar betonter Brachialgie

Das Online-Archiv unter
<https://www.springermedizin.de/link/16383722>



cken geschildert, gegen die sich die Patientin nicht wehren kann.

Frage 2

Welche weitere Diagnostik und Behandlungsversuche unter welcher Verdachtsdiagnose sind in so einem Fall sinnvoll?

- a. Antikonvulsiver Behandlungsversuch mit 2 x 100 mg Lamotrigin bei Temporallappenepilepsie
- b. Hochdosierte Neuroleptikatherapie bei Selbstgefährdung durch die emotionale Instabilität
- c. HLA-Bestimmung und Behandlungsversuch mit Modafinil bei Verdacht auf Narkolepsie
- d. Bei Narkolepsie mit Kataplexie vorrangig Na-Oxybat
- e. Antidepressiver Versuch mit Venlafaxin, was nebenbei die Neigung zu Kataplexie vermindert

Zu Antwort a: Eine epileptische Ursache ist trotz negativem EEG möglich, aber nicht wahrscheinlich, aufgrund der übrigen Symptome in diesem Fall, die für eine Narkolepsie mit Kataplexie sprechen.

Zu Antwort b: Bei emotional instabiler Persönlichkeit sind Medikamente nicht kausal wirksam, können aber syndromal indiziert sein. In diesem Fall aber sicherlich nicht Neuroleptika.

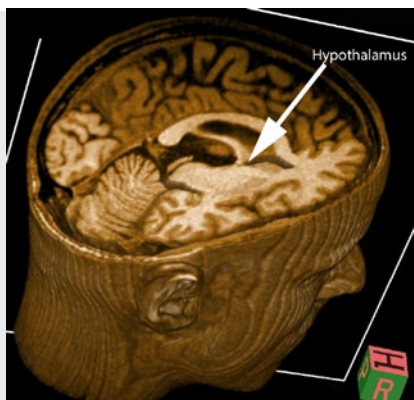


Abb. 1: Region des Hypothalamus auf Höhe des Chiasma in einer 3D-Rekonstruktion einer T1-gewichteten Sequenz. Im Hypothalamus wird Hypocretin produziert, hier vermutet man die für die Narkolepsie ursächliche autoimmune Schädigung der hormonproduzierenden Zellen.

Zu Antwort c: Die aktuelle Leitlinie [1] ist leider veraltet und wird überarbeitet. Trotzdem kann sie als Referenz dienen. Die Bestimmung der HLA-Ausstattung ist hilfreich, jedoch eher zur Bestätigung der klinischen Diagnose. 98 % der kaukasischen Narkolepsiepatienten haben den HLA DRB1*1501, DQB1*0602-Typ. Nachdem 25–35 % der Normalbevölkerung diese genetische Variante aufweisen, dient der Test eher nur dem Ausschluss. Wenn die Variante nicht vorliegt, wird es sich auch nicht um eine Narkolepsie handeln. Modafinil ist relativ gut wirksam gegen die Tagesmüdigkeit. Nachteil: Kurze Wirkdauer und Gewöhnung. Modafinil reduziert die Wirkung der oralen Antikonzeption, sodass eine frauenärztliche Vorstellung empfohlen wird.

Zu Antwort d: Na-Oxybat ist nur bei Narkolepsie von Typ 1 (mit Hypocretinmangel und Kataplexie) auf Betäubungsmittelrezept verordnungsfähig und bessert nicht nur die Tagesschläfrigkeit, sondern auch den ursächlich gestörten Nachtschlaf. Leider ist es kompliziert in der Anwendung (Patient muss sich Wecker stellen für zweite Gabe). Außerdem ist es bei relevanter psychiatrischer Komorbidität (vor allem Suchtanamnese) kontraindiziert. Bei unserer Patientin also eher nicht erste Wahl (**Abb. 1**).

Zu Antwort e: Sicher eine gute Überlegung, wird begonnen.

Verlauf 1: Die HLA-Analyse bestätigt den Verdacht. Diagnose: Typ 1 Narkolepsie (mit Kataplexie). Die Behandlung mit Modafinil 100 mg und Venlafaxin 75 mg Retard morgens wird begonnen, ab Woche 2 dann 150 mg. Drei Wochen später stellt sich die Mutter mit einer weinerlichen Patientin wieder vor: Jetzt sei alles noch schlimmer, Suizidgedanken, vermehrte Selbstverletzung, nach Absetzen der Medikamente zunehmend Kataplexien und Stürze. Die Tochter soll zu einem erfahrenen Arzt kommen, am besten in eine Klinik.

Frage 3

Was tun?

- a. Besprechung mit den Kollegen (Nervenärzte) und Modifikation der Medikation

- b. Einweisung in eine beschützte Umgebung, also geschlossene Psychiatrie
- c. Einweisung in eine neurologische Klinik
- d. Lumbalpunktion zur Bestimmung des Hypocretinspiegels
- e. Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeit für zwei Wochen und Einleitung einer Rehabilitation

Zu Antwort a: Ein kollegiales Gespräch ist immer gut, zumal hier eine relevante Komorbidität vorliegt, die die Grenzen des neurologischen Fachgebiets überschreitet. Wir einigen uns auf die Reduktion von Venlafaxin auf 37,5 mg und später den Versuch der Dosiserhöhung auf 75 mg. Unser Angebot eines sedierenden Medikaments wird von der Patientin nicht angenommen, nachdem im Gespräch deutlich wird, dass die emotionale Instabilität zwar kurzfristig zugezogen hat, die übrige Symptomatik aber unter der Medikation deutlich besser geworden ist. Der sich einstellende desolante Zustand kam nach dem abrupten Absetzen der Medikation. Eine Überweisung zur konsiliarischen Mitbetreuung in der psychiatrischen Universitätsklinik beruhigt die Mutter, wird aber von der Patientin nicht umgesetzt.

Zu Antwort b: Für den Fall von deutlicher Selbstgefährdung eine gute Möglichkeit, wobei zu befürchten ist, dass dort die neurologischen Aspekte weniger gewürdigt würden.

Zu Antwort c: Problematisch, da wegen der starken Fachtrennung zu befürchten ist, dass gerade diese komorbide Patientin mit ihren psychiatrischen Anteilen zu kurz kommen würde.

Zu Antwort d: Der Hypocretinspiegel ist interessant und stellt die Kausalität klar (autoimmuner Verlust der Hypocretinsynthese), hilft aber bei klinisch sicherer Diagnose auch nicht weiter.

Zu Antwort e: Eine Entlastung kann manchmal guttun, in diesem Fall aber wäre das Problem nur auf die lange Bank geschoben.

Verlauf 2: Die Patientin kommt gelöst ohne Mutter wieder. Ihr geht es besser. Sie profitiert von Modafinil und kann in der

Arbeit besser mithalten. Das Gespräch mit dem Chef, die Vorlage eines Attests, ein besseres Verständnis für die Symptome, kurze Schlafpausen mittags und bei Bedarf entspannen die Lage am Arbeitsplatz deutlich. Im Verlauf ist eine Erhöhung von Venlafaxin auf 75 mg möglich, die depressive Symptomatik lässt nach, Kataplexien werden seltener. Auf Modafinil reagiert sie anfangs mit etwas Kopfschmerz, später gibt sich das. Mit der Zeit lässt die Wirkung von Modafinil nach. Die Dosierung muss auf 2-1-0 erhöht werden und allmählich kommen auch wieder Kataplexien hervor. Die Patientin fragt nach anderen Möglichkeiten.

Frage 4

Was können wir anbieten?

- Dosiserhöhung von Modafinil bis maximal 600 mg
- Na-Oxybat (Xyrem®)
- eine Verhaltenstherapie
- Pitolisant (Wakix®)
- Solriamphetol (Sunosi®)

Zu Antwort a: Tatsächlich kann die Dosis von Modafinil weiter erhöht werden, jedoch wird bei der normgewichtigen Patientin hier irgendwann die Nebenwirkungsrate ansteigen. Lieber mal ein „Drug Holiday“ erwägen, danach wirkt das Präparat wieder besser.

Zu Antwort b: Wie bereits oben genannt, wäre ich bei deutlicher psychiatrischer Komorbidität vorsichtig.

Antwort c: Die Empfehlung wird gegeben, auch wenn in einer früheren instabilen Episode kein Erfolg eintrat. Jetzt kann stärker fokussiert werden. Das Ziel ist emotionale Stabilität und besserer Umgang mit der Narkolepsie.

Zu Antwort d: Pitolisant ist für Narkolepsie von Typ 1 und 2 zugelassen. Unsere Patientin profitiert bereits von der Kombination mit 4,5 mg mit den beiden bisherigen Medikamenten. In der Fachinformation wird auf eine notwendige Dosisreduktion bei gleichzeitiger Behandlung mit Venlafaxin hingewiesen.

Zu Antwort e: Solriamphetol ist seit Januar dieses Jahres in der EU zugelassen. Es handelt sich um einen Dopamin- und

Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer mit einer Wirkdauer von neun Stunden. In der Risikoabschätzung der FDA [2] lese ich von Bedenken wegen geringer Blutdrucksteigerungen und leichter Frequenzbeschleunigung. Dies ist aber wohl eher für die andere Zulassungsdiagnose obstruktive Schlafapnoe relevant. Es gibt vermutlich keine Toleranzentwicklung. Zu den zu erwartenden Nebenwirkungen zählen Schlafstörung, Kopfschmerz und Übelkeit und Appetitminderung. – Eventuell ein interessantes Reservemedikament, was in unserem Fall aber noch nicht zum Einsatz kommt.

Verlauf 3: Die Patientin ist stabil eingestellt und zufrieden. Nachdem einmal Pitolisant ausgegangen war, berichtet sie von massiven Symptomen mit Müdigkeit, Einschlafattacken und Kataplexien. Das will sie künftig vermeiden. Nachdem Rote-Hand-Brief zu Modafinil (erhöhte Missbildungsrate) schreiben wir alle Patientinnen an, die Modafinil einnehmen, an. Ein halbes Jahr später meldet sich die Patientin, sie ist trotz Verhütung schwanger geworden. Es folgt eine sofortige Rücksprache mit der Beratungsstelle der Pharmakologie Tübingen.

Frage 5

Was wird empfohlen?

- Alles weiter nehmen wie bisher, um die berufliche Stabilität nicht zu gefährden
- Alles absetzen, in der Schwangerschaft darf in den ersten drei Monaten nichts genommen werden
- Modafinil absetzen
- Pitolisant absetzen
- Venlafaxin absetzen

Zu Antwort a: Eine Abwägung von Nutzen und Schaden ist nötig, in diesem Fall muss aber wegen bekannter Embryotoxizität reagiert werden.

Zu Antwort b: Am liebsten würde man auf Medikamente verzichten, bei der deutlichen psychiatrischen Komorbidität ist hier aber eine individuelle Entscheidung nötig (siehe Antwort e).

Zu Antwort c: Der Rote-Hand-Brief war eindeutig, die Patientin hatte auch schon von sich aus aufgrund der früheren Information Modafinil abgesetzt.

Zu Antwort d: Auch bei Pitolisant wird wegen mangelnder Daten das Absetzen empfohlen, eine Einzelfallentscheidung je nach Symptomen ist aber möglich.

Zu Antwort e: Venlafaxin ist gut bekannt und in der frühen Schwangerschaft nicht bedenklich. Lieber eine emotional stabile Mutter, als eine psychische Verschlechterung zu riskieren. Vor der Geburt sollte eine Dosisreduktion erwogen werden, um Absetzphänomene für das Kind zu minimieren.

Verlauf 4: Die Patientin toleriert den Entzug von Modafinil und Pitolisant sehr gut. Es kommt aber zu einer Ausschabung bei fehlender Kindsentwicklung. Der psychische Zustand ist stabil. Die Behandlung der Narkolepsie wird wieder zunächst mit Monotherapie Modafinil begonnen. Insgesamt gehe ich davon aus, dass die zunächst unklare Symptomatik der Narkolepsie die Patientin massiv verunsichert hatte, und dass Aufklärung und Behandlung im Verlauf die psychische Situation stabilisiert haben. Der sehr tolerante Arbeitgeber hat seinen Teil dazu beigetragen, dass sie trotz ihrer Behinderung beruflich integriert ist. Sie könnte bei Antrag mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 % rechnen [3]. Nachdem sie die Frage Schwangerschaft mit ihrem Partner geklärt hat, überlegt sie jetzt, eventuell bei weiterer Stabilisierung der Situation gewollt schwanger zu werden.

Literatur als Zusatzmaterial unter: www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

**Prof. Dr. med.
Wolfgang Freund**

Arzt für Neurologie
und Diagnostische
Radiologie,
Psychotherapie
Waaghausstraße 9
88400 Biberach

E-Mail: freund@neurologie-biberach.de



Autoantikörper-assoziierte Autoimmunenzephalitiden

Differenzialdiagnostik bei schizophreniformen Erkrankungen

Seit die Anti-NMDA-R-Enzephalitis vor über zehn Jahren entdeckt wurde, kamen viele weitere antineuronale Autoantikörper hinzu, und das Ende der Entwicklung scheint nicht absehbar zu sein. Dieser Beitrag behandelt vor allem die Differenzialdiagnostik Autoantikörper-assoziiierter Autoimmunenzephalitiden bei schizophreniformen Erkrankungen.

DOMINIQUE ENDRES, KIMON RUNGE, PATRICK SÜSS, KATHRIN NICKEL, LUDGER TEBARTZ VAN ELST

Die Bedeutung von Autoimmunenzephalitiden (AE) erlebte einen erheblichen Aufschwung seit der Erstbeschreibung der Anti-NMDA-R-Enzephalitis 2007 [1]. Die bis dahin etablierten autoimmunvermittelten Erkrankungen des Zentralnervensystems (ZNS) manifestierten sich typischerweise mit neuropsychiatrischen Symptomen im Rahmen von vor allem paraneoplastischen limbischen Enzephalitiden, aber auch einer Hashimoto-Enzephalopathie

oder einem neuropsychiatrischen systemischen Lupus erythematoses (SLE). Im Gegensatz dazu wurde bei der Anti-NMDA-R-Enzephalitis initial häufig eine psychotische Symptomatik beobachtet [2, 3]. In der ersten größeren Fallserie wurde die Mehrzahl der Patienten (77 %) deshalb von Psychiatern gesehen [2].

Die Anti-NMDA-R-Enzephalitis beginnt oft mit Prodromalsymptomen, dann treten meist psychotische/katatone Symptome hinzu. Im Verlauf kommt es gewöhnlich zu Bewegungsstörungen, autonomer Dysfunktion oder einer Bewusstseinsminderung [4]. Auch hierbei handelt es sich also klassischerweise um ein neuropsychiatrisches Syndrom [4]. Eine Reihe weiterer antineuronaler Autoantikörper wurde in der Zwischenzeit entdeckt (etwa gegen LGI1, CASPR2, GABA_BR, AMPA-R, GlyR, DPPX, D2R, mGluR5) [5, 4, 6, 7]. Von der Detektion weiterer antineuronaler Autoantikörper ist auszugehen. Bei der Mehrzahl der betroffenen Patienten kommt es initial oder im Verlauf zu neurologischen Symptomen [5].

In der Zwischenzeit wurden für die Patienten mit Anti-NMDA-R-Enzephalitis wie auch für andere Autoantikörper-assoziierte Enzephalitiden isoliert psychiatrische Störungsbilder beobachtet [8, 9, 10]. Die psychiatrischen Manifestationen scheinen eine primäre Psychose vortäuschen zu können, deshalb schlugen mehrere Autoren den Begriff der „Autoimmunpsychose“ für isolierte psychotische Manifestationen mit immunologischer

Pathophysiologie vor [11, 12, 13]. Aber auch demenzielle oder affektive Störungsbilder wurden im Zusammenhang mit AE beobachtet [14, 15]. Der Schwerpunkt dieses Beitrages soll jedoch auf der Differenzialdiagnostik bei schizophreniformen Erkrankungen liegen.

Typische klinische Symptomatik

Das Syndrom einer möglichen Autoimmunenzephalitis

Nach aktuellen Konsensuskriterien sollte bei folgender Konstellation an eine autoimmunvermittelte ZNS-Erkrankung gedacht werden:

1. Subakuter Beginn (unter drei Monaten) von Defiziten im Arbeitsgedächtnis (Kurzzeitgedächtnis), verändertem psychischem Zustand (Bewusstseins- oder Persönlichkeitsveränderungen bzw. Lethargie) oder psychiatrischen Symptomen
2. Mindestens einer der folgenden Befunde:
 - neue fokale-neurologische Defizite oder
 - neue epileptische Anfälle oder
 - Zellzahlerhöhung im Liquor oder
 - „Enzephalitiszeichen“ im MRT des Neurokraniums (z. B. temporale FLAIR-Hyperintensitäten)
3. Ausschluss anderer Ursachen [5]

Etablierte klinische Schwerpunktsyndrome

Anti-NMDA-R-Enzephalitis: Diese Erkrankung betrifft meist Mädchen oder



Mädchen oder jungen Frauen sind am meisten von einer Anti-NMDA-R-Enzephalitis betroffen, das Durchschnittsalter beträgt 21 Jahre.

junge Frauen, das Durchschnittsalter beträgt 21 Jahre und entspricht damit ungefähr dem Erstmanifestationsalter von Schizophrenien bei Männern. Bei der paraneoplastischen Form liegen meist ovarielle Teratome vor. Im Liquor finden sich bei den Betroffenen klassischerweise IgG-Autoantikörper gegen die GluN1-Untereinheit des NMDA-Rezeptors [16, 2, 17, 5].

Limbische Enzephalitis: Sie betrifft meist ältere Patienten und tritt im Zusammenhang mit verschiedenen Autoantikörpern gegen Oberflächenantigene (z. B. LGI1 oder GABAB-R) oder gegen intrazelluläre Antigene auf (z. B. GAD65, Hu oder Ma2) auf [17, 5].

Hashimoto-Enzephalopathie: Hierunter verbirgt sich ein umstrittenes, nosologisch unklares, schlecht abgrenzbares, heterogenes Syndrom [10]. Gemäß gängigen Kriterien stellt sie eine Ausschlussdiagnose dar [5]. Oft finden sich Pathologien im EEG oder Liquor [18]. Die Autoren schlagen vor, die Diagnose nur zu stellen bei Schilddrüsenautoantikörpern (gegen TPO oder TG)-positiven Patienten mit Ansprechen auf Steroide/Immunsuppressiva und fehlendem Nachweis von etablierten antineuronalen Autoantikörpern (inklusive Anwendung eines „Gewebetests“). Damit dürfte das Syndrom ein relativ seltenes Phänomen sein.

Neuropsychiatrischer systemischer Lupus erythematoses (SLE): Neben den typischen Autoantikörperbefunden (unter anderem antinukleäre Antikörper gegen nukleäre Antigene wie Doppelstrang-DNA [ds-DNA]) und einem Komplementverbrauch, finden sich meist auch andere Organbeteiligungen wie etwa ein Schmetterlingserythem oder Arthritiden [19]. Im Falle vorherrschender ZNS-Dysfunktion spricht man von einem neuropsychiatrischem SLE.

Die Klassifikationskriterien der etablierten neuropsychiatrischen Syndrome sind in **Tab. 1** zusammengefasst.

Aber auch isoliert psychiatrische Varianten sind beschrieben. Milde Formen einer Anti-NMDA-R-Enzephalitis könnten möglicherweise auch nur Anti-NMDA-R-Autoantikörper im Serum nachweisbar haben, wenn die Autoantikörperlevel nicht so hoch sind und alle ZNS-Autoantikörper an Hirngewebe gebunden sind [20, 21]. Demenzsyndrome können ebenfalls autoimmunbedingt sein [22, 23]. Ebenso konnten im Rahmen der schon länger bekannten Syndrome der Hashimoto-Enzephalopathie oder des NeuroLupus in der Zwischenzeit rein psychiatrische Verlaufsformen beobachtet werden [24, 25, 26].

Infolge dieser neuen Beobachtungen wurden kürzlich erstmals internationale

Konsensuskriterien für eine autoimmune Psychose publiziert. Entsprechend den diagnostischen Kriterien wird eine Einteilung in mögliche, wahrscheinliche und definitive autoimmune Psychosen vorgeschlagen [13].

Das prodromale Auftreten psychiatrischer Symptome kann möglicherweise bei bestimmten antineuronalen Autoantikörpern auch helfen, paraneoplastische Prozesse – wie etwa ein Teratom bei einer junger Frau mit Anti-NMDA-R-Enzephalitis – oder Systemerkrankungen – zum Beispiel eine Nierenbeteiligung bei SLE – früh zu erkennen und effektiv zu behandeln [8, 26].

Im klinischen Alltag stellt sich die Frage einer autoimmunen Differenzialdiagnose, insbesondere bei Patienten mit schizophreniformer Klinik. Für diese Patientengruppe haben sich in der Zwischenzeit einige klinische Hinweiszeichen („red flags“) für eine autoimmune Pathophysiologie herauskristallisiert (**Tab. 2**).

Pathophysiologische Überlegungen

Bei den etablierten antineuronalen Autoantikörpern wird zwischen Antikörpern gegen Oberflächenantigene und gegen intrazelluläre Antigene unterschieden [27]. Die Autoantikörper gegen

Tab. 1: Etablierte klinische Schwerpunktsyndrome [5, 10, 28]

| Wahrscheinliche Anti-NMDA-R-Enzephalitis | Limbische Enzephalitis | Hashimoto-Enzephalopathie | Systemischer Lupus erythematoses* |
|---|---|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> Schneller Beginn mit mindestens vier der folgenden Symptome: <ul style="list-style-type: none"> — psychiatrische Verhaltensauffälligkeiten oder kognitive Defizite — Sprachstörung (u. a. Mutismus) — epileptische Anfälle — Bewegungsstörungen (u. a. Dyskinesien, Rigor) — Bewusstseinsstörungen — autonome Dysfunktion oder zentrale Hypoventilation Einer der folgenden Befunde: <ul style="list-style-type: none"> — EEG-Veränderungen (inklusive „Extreme delta brush“) — Liquorpleozytose oder oligoklonale Banden Ausschluss anderer Ursachen | <ol style="list-style-type: none"> Klinische Symptomatik mit subakutem Beginn, Defiziten im Arbeitsgedächtnis, epileptischen Anfällen oder „limbischen psychiatrischen Symptomen“ Temporale MRT- oder FDG-PET-Alterationen Einer der beiden folgenden Befunde: <ul style="list-style-type: none"> — Liquorpleozytose — temporale EEG-Veränderungen Ausschluss anderer Ursachen | <ol style="list-style-type: none"> Enzephalopathie mit Halluzinationen, Myoklonien, epileptischen Anfällen oder Stroke-like-Episoden Subklinische oder leichte Schilddrüsenfunktionsstörung (am ehesten Hypothyreose) Normales oder unspezifisch verändertes MRT Erhöhte Schilddrüsenautoantikörper (gegen TPO oder TG) im Serum Keine Nachweisbarkeit aktuell etablierter antineuronaler Autoantikörper im Liquor oder Serum (aus Sicht der Autoren inklusive Screening-Gewebetest) Ausschluss anderer Ursachen | <ol style="list-style-type: none"> Schmetterlingserythem Diskoider Hautausschlag Photosensitivität Orale Ulzera Nichterosive Arthritis Pleuritis/Perikarditis Nierenbeteiligung Epileptische Anfälle oder Psychose Hämatologische Beteiligung (hämolytische Anämie, Leukopenie, Lymphopenie, Thrombopenie) Immunologische Marker (Anti-ds-DNA, Anti-Sm, Antiphospholipid-Ak) Nachweis antinukleärer Antikörper |

*Vier Kriterien (mind. ein immunologisches und mind. ein klinisches Kriterium) müssen erfüllt sein.

Oberflächenantigene (NMDA-R, LGI1, CASPR2 etc.) sind gegen die Zelloberfläche gerichtet (z. B. gegen synaptische Rezeptoren oder andere Zelloberflächenproteine) und können somit direkt zu einer Funktionsstörung führen (z. B. durch eine veränderte synaptische Transmission) [29, 10]. Sie treten idiopathisch oder paraneoplastisch auf. Die Autoantikörper gegen intrazelluläre Antigene (z. B. Hu- oder Ri-Autoantikörper) sind hingegen wahrscheinlich eher Epiphänomene. Der pathophysiologische Prozess wird hier vermutlich durch eine entzündliche Nervenschädigung durch eine fehlgeleitete Antwort von zytotoxischen T-Zellen vermittelt [27].

Davon abzugrenzen sind die Autoantikörper im Rahmen von systemischen Erkrankungen, die partiell ebenfalls an neuronale Strukturen binden beziehungsweise „antineuronal“ sein können. So können antinukleäre Antikörper an ubiquitäre nukleäre Strukturen (z. B. ds-DNA), jedoch auch an NMDA-Rezeptoren binden und diese aktivieren. In diesem Zusammenhang kann es sowohl durch eine akute NMDA-Rezeptor-vermittelte Excitotoxizität als auch durch eine subakute Aktivierung von Mikrogliazellen zu einem Untergang von Synapsen kommen [30]. Bei der Mikroglia-vermittelten synaptischen Degenerationen im Rahmen des neuropsychiatrischen SLE spielen Typ-I-Interferone eine wichtige Rolle [31]. Die Schilddrüsenautoantikörper gegen TPO oder TG sind nach aktueller Sichtweise hingegen eher ein Epiphänomen und Zei-

chen für eine immunologische Prädisposition.

Diagnostisches Vorgehen

An dieser Stelle muss betont werden, dass der Nachweis der diskutierten Autoantikörper im Serum auch unspezifisch positiv sein kann. Autoantikörper können niedrigtitrig mehrheitlich auch im Serum von Gesunden gefunden werden [32, 33, 34]. In den meisten Fällen unterstützt der Nachweis einer intrathekalen Autoantikörpersynthese den Verdacht auf eine Hirnbeteiligung. Zudem finden sich oft auffällige Zusatzbefunde (z. B. EEG-Pathologien oder ein entzündliches Liquorsyndrom), die eine Hirnbeteiligung nahelegen. Positive Autoantikörperbefunde sollten also unbedingt immer im Kontext des klinischen Syndroms und der Zusatzbefunde interpretiert werden. Eine Reihe von Differenzialdiagnosen müssen ausgeschlossen werden [35, 6, 7]. Die diagnostische Abklärung bei Verdacht auf eine Autoimmunenzephalitis umfasst:

1. Neuropsychiatrische Anamnese: Im Rahmen der Anamnese sollte unter anderem nach einer „immunologischen Prädisposition“, nach Tumorerkrankungen oder nach anderen Triggern für eine Antikörperproduktion (z. B. Infektionserkrankungen wie eine Herpes Enzephalitis in der Vorgeschichte) beziehungsweise nach der Verträglichkeit von Neuroleptika gefragt werden.
2. Körperliche Untersuchung: Aus internistischer Sicht ist insbesondere

auf vegetative Entgleisungen (z. B. Tachykardien) oder fieberhafte Zustände zu achten. Die neurologische Untersuchung sollte helfen, katatone Symptome, Dyskinesien, fokal-neurologische Defizite oder andere neurologische Symptome zu erkennen.

3. Neuropsychologische Untersuchung: Sie wird zur Objektivierung des kognitiven Leistungsniveaus und zur Verlaufsbeurteilung eingesetzt und kann sich an den GENERATE-Standards orientieren (<https://generate-net.de/generate-sops.html>).
4. Labor-, Liquor- und Autoantikörperdiagnostik: Die Labordiagnostik sollte unter anderem die Messung von Elektrolyten, Entzündungswerten, Schilddrüsenautoantikörpern und ein „Rheumascreening“ beinhalten. Außerdem sollten die etablierten antineuronalen Autoantikörper im Serum und im Liquor bestimmt werden (vgl. **Tab. 3**). Die Liquorbasisdiagnostik umfasst unter anderem die Bestimmung von Zellzahl, Albuminquotient, IgG-Index und oligoklonalen Banden. Bei den meisten Patienten findet sich ein Nachweis der Autoantikörper im Liquor, dann können oft auch erhöhte Antikörperindices gemessen werden.
5. EEG: Ein EEG sollte niederschwellig durchgeführt werden. Es hat eine hohe Sensitivität bei geringer Spezifität. Oft finden sich Verlangsamungen oder gar epilepsietypische Potenziale, manchmal auch das Phänomen eines „Extreme delta brush“ [39].

Tab. 2: „Red flags“ für mögliche autoimmune Genese bei psychotischer Symptomatik [36, 37, 10, 7, 38]

| Anamnesticke Hinweise | Klinische Hinweise | Hinweisende Verläufe | Hinweisende Untersuchungsbefunde |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> — akuter oder perakuter Beginn einer ersten psychotischen Episode — psychotische Symptomatik bei Autoimmunenzephalitis in der Vorgeschichte — komorbide Tumorerkrankungen (etwa Ovarialteratom, Thymom, Bronchialkarzinom) — andere Autoimmunerkrankungen — atypisches Alter | <ul style="list-style-type: none"> — katatone Symptome (etwa Kataplexie) — atypische polymorphe psychiatrische Symptomatik (mit etwa Verwirrtheitssyndrom, Orientierungsstörungen) — Dyskinesien — epileptische Anfälle — Vigilanzstörungen — Sprachstörungen — fokal-neurologische Defizite — autonome Instabilität — neue Kopfschmerzen/Fieber | <ul style="list-style-type: none"> — rasches Fortschreiten der psychotischen Symptomatik trotz leitliniengerechter Behandlung — Antipsychotikaunverträglichkeit oder Hinweise auf ein malignes neuroleptisches Syndrom | <ul style="list-style-type: none"> — Hyponatriämie — Liquorpleozytose oder liquorspezifische oligoklonale Banden — EEG-Alterationen (etwa epileptische Aktivität oder „Extreme delta brush“) — MRT-Pathologien (etwa mesiotemporale Hyperintensitäten) — Enzephalitische FDG-PET-Befunde |

6. **Bildgebung:** Im MRT des Neurokraniums zeigen sich bei limbischen Enzephalitiden oft mesio-temporale Hyperintensitäten in den T2 beziehungsweise FLAIR-Sequenzen [40]. Bei AE mit Autoantikörpern gegen neuronale Oberflächenantigene kann das MRT unauffällig sein [16]. Die MRT-Diagnostik kann ebenfalls angelehnt an die GENERATE-Standards erfolgen. Bei unklarer Befundlage kann ein FDG-PET ergänzt werden, das vermutlich eine höhere Sensitivität für entzündliche Veränderungen hat [41].
7. **Tumorscreening:** Ein Tumorscreening sollte beim Nachweis antineuronaler Autoantikörper in Abhängigkeit von dem jeweiligen Antikörper beziehungsweise der vermuteten Tumorlokalisation erfolgen [27].

Behandlungserfahrungen

Zur symptomatischen Behandlung stehen die üblichen Psychopharmaka bereit. Es wird davon ausgegangen, dass Neuroleptika mit geringem Risiko für extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen bevorzugt werden sollten [37]. Die kausalen immunmodulierenden Behandlungsoptionen erfolgen off-label im Sinne individueller Therapieversuche [27, 6].

Erstlinienbehandlung sind Steroide (meist als Steroidpuls verabreicht), Plasmapherese und intravenöse Immunglobuline (IVIg). Eskalationstherapien („Second Line“) sind Rituximab und Cyclophosphamid [27, 5, 42, 37, 6]. Falls eine Rückfallprophylaxe notwendig wird, dann können unter anderem „Steroidsparer“ wie Azathioprin eingesetzt werden [27]. Die Behandlungsentscheidungen für eine antiinflammatorische Behandlung sollten multidisziplinär unter Einbezug von Psychiatern, Neurologen/Neuroimmunologen und Rheumatologen erfolgen. Bei paraneoplastischen Syndromen steht die Tumorbehandlung im Mittelpunkt, um die Antigenquelle auszuschalten [27, 6].

Perspektiven: Kumulative Fallsammlungen

Die Therapieoptionen entwickeln sich aktuell basierend auf klinischen Erfahrungen und nicht auf Grundlage von systematischen, randomisierten, kont-

Tab. 3: Empfohlene Autoantikörperdiagnostik [6, 38]

| | |
|--|--|
| 1. Autoantikörper-Basis-screening | <ul style="list-style-type: none"> — gegen NMDA-R, CASPR2, LGI1, AMPA-R, GABA_B-R, GAD65 (jeweils im Serum und Liquor) — gegen Hu, Ri, Yo, CV2/CRMP5, Ma2 [Ta], Amphiphysin; TPO, TG, TRAK und antinukleäre Antikörper (ANA) (jeweils im Serum) |
| 2. Eventuell erweiterte Autoantikörperdiagnostik (bei negativem Screening oder bei begründetem Verdacht) | <ul style="list-style-type: none"> — gegen GABA_A-R, DPPX, mGluR5, Neurexin-3-alpha, IgLON5, Glycin-R (jeweils im Serum und Liquor) — bei ANA-Nachweis: Antikörper gegen ds-DNA beziehungsweise ENA-Differenzierung, gegebenenfalls Komplementdiagnostik (CH50, C3, C4, C3d); ANCA (gegebenenfalls Spezifizierung für MPO und PR3), Antiphospholipid-Antikörper (anti-β2-Glykoprotein-I-Antikörper, Anticardiolipin-Antikörper, Lupus-Antikoagulans) (jeweils im Blut) |
| 3. Eventuell „Gewebetest“ | <ul style="list-style-type: none"> — Immunfluoreszenz-Suchtests auf Hirnschnitten von Nagetieren erlauben die Entdeckung von bisher unbekanntem Autoantikörpern |

rollierten, doppelblinden Studien [7]. Aufgrund des überwiegend positiven Therapieansprechens wäre eine placebo-kontrollierte Studie ethisch nicht vertretbar. Deshalb ist es wichtig, die individuellen Therapieerfahrungen zu bündeln. In der Neurologie hat sich hierfür in den letzten Jahren ein Forschungsnetzwerk etabliert (GERman Network for REsearch on AuToimmune Encephalitis oder kurz GENERATE: <https://generate-net.de/>). Im Rahmen des Netzwerkes werden unter anderem auch gemeinsame Projekte über Biobanken durchgeführt. In Anlehnung an dieses Netzwerk soll ein angegliedertes psychiatrisches Netzwerk (GENERATE-Psych) aufgebaut werden, das kumulativ und anonymisiert isoliert psychiatrische Fälle von Autoimmunenenzephalitiden sammelt. Der Fokus soll nicht nur auf diagnostischen, sondern insbesondere auf therapeutischen Erfahrungen liegen.

Fazit für die Praxis

Die Bedeutung von AE erlebte in der letzten Dekade nach der Erstbeschreibung der Anti-NMDA-R-Enzephalitis einen erheblichen Aufschwung. Zuletzt wurden immer weitere antineuronale Autoantikörper entdeckt, und das Ende der Entwicklung scheint nicht absehbar. Klassischerweise zeigen die Patienten mit AE einen relativ raschen Beginn der Symptomatik, häufig finden sich in diesem Kontext psychotische Störungsbilder, aber auch demenzielle oder affektive Syndrome sind beschrieben. Die psychotische Symptomatik ist typischerwei-

se polymorph, oft treten neurologische (z. B. katatonie Symptome, Anfälle, Dyskinesien) oder internistische (z. B. autonome Störungen) Begleitsymptome hinzu. Es sind kasuistisch aber auch Fälle mit isoliert psychiatrischer Symptomatik beschrieben. Pathologische Laborbefunde mit Autoantikörpernachweis im Serum und insbesondere im Liquor (z. B. Anti-NMDA-R GluN1-IgG Autoantikörper) oder andere entzündliche Liquorveränderungen liefern oft einen entscheidenden Hinweis auf eine immunologische Genese. In der apparativen Zusatzdiagnostik finden sich bei Autoantikörperpositiven Patienten oft typische EEG-, MRT- oder FDG-PET-Pathologien. Die Detektion von AE hat trotz der vermutlich niedrigen Prävalenzzahlen große klinische Bedeutung, weil sie für die Behandlung der Betroffenen neue therapeutische Möglichkeiten mit Immunsuppressiva eröffnet.

Anmerkung: Unsere Arbeitsgruppe veröffentlichte bereits mehrere Übersichtsarbeiten zur Thematik [35, 6, 7, 10, 38]. Es kann deshalb zu Überschneidungen in Wortlaut und Formulierung gegenüber den anderen Arbeiten aus unserer Gruppe kommen.

Ethikstatement: Für diese Publikation wurde keine Studie an Menschen oder Tieren durchgeführt.

Literatur

1. Dalmau J et al. Paraneoplastic anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol* 2007;61:25–36

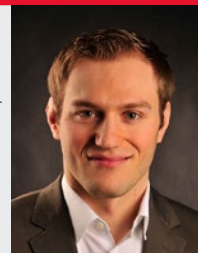
2. Dalmau J et al. Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *Lancet Neurol* 2008;7:1091–8
3. Dalmau J, Graus F. Antibody-Mediated Encephalitis. *N Engl J Med*. 2018;378:840–51
4. Dalmau J et al. Autoantibodies to Synaptic Receptors and Neuronal Cell Surface Proteins in Autoimmune Diseases of the Central Nervous System. *Physiol Rev* 2017;97:839–87
5. Graus F et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. *Lancet Neurol* 2016;15:391–404
6. Tebartz van Elst L et al. [Autoantibody-associated schizophreniform psychoses: pathophysiology, diagnostics, and treatment]. *CME Zertifizierte Fortbildung. Nervenarzt* 2019;745–61
7. Tebartz van Elst L et al. Autoimmunenkephaliden in der Psychiatrie – Klinische Differenzialdiagnostik schizophreniformer Psychosen. *CME-Fortbildung. Info Neurologie & Psychiatrie* 2019;21:38–48
8. Endres D et al. Case report: low-titre anti-Yo reactivity in a female patient with psychotic syndrome and frontoparieto-cerebellar atrophy. *BMC Psychiatry* 2015;15:112
9. Endres D et al. Hypoglutamatergic state is associated with reduced cerebral glucose metabolism in anti-NMDA receptor encephalitis: a case report. *BMC Psychiatry* 2015;15:186
10. Endres D et al. [Autoantibody-associated schizophreniform psychoses: clinical symptomatology]. *Nervenarzt* 2019;90:547–63
11. Ellul P et al. The Clinical Challenge of Autoimmune Psychosis: Learning from Anti-NMDA Receptor Autoantibodies. *Front Psychiatry* 2017;8:54
12. Najjar S et al. A clinical approach to new-onset psychosis associated with immune dysregulation: the concept of autoimmune psychosis. *J Neuroinflammation* 2018;15:40
13. Pollak TA et al. Autoimmune psychosis: an international consensus on an approach to the diagnosis and management of psychosis of suspected autoimmune origin. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:93–108
14. Endres D et al. Steroid responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis (SREAT) presenting as major depression. *BMC Psychiatry* 2016;16:184
15. Endres D et al. Plasmapheresis Responsive Rapid Onset Dementia with Predominantly Frontal Dysfunction in the Context of Hashimoto's Encephalopathy. *Front Psychiatry* 2017;8:212
16. Titulaer MJ et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis: an observational cohort study. *Lancet Neurol* 2013;12:157–65
17. Leypoldt F et al. Autoimmune encephalopathies. *Ann N Y Acad Sci* 2015;1338:94–114
18. Laurent C et al. Steroid-responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis (SREAT): Characteristics, treatment and outcome in 251 cases from the literature. *Autoimmun Rev* 2016;15:1129–33
19. Mucke J et al. [State of the art: systemic lupus erythematosus]. *Z Rheumatol* 2019;78:500–10
20. Castillo-Gomez E et al. The brain as immunoprecipitator of serum autoantibodies against N-Methyl-D-aspartate receptor subunit NR1. *Ann Neurol* 2016;79:144–51
21. Endres D et al. Psychiatric Presentation of Anti-NMDA Receptor Encephalitis. *Front Neurol*. 2019 Nov 5;10:1086. doi: 10.3389/fneur.2019.01086. eCollection 2019
22. Long JM, Day GS. Autoimmune Dementia. *Semin Neurol* 2018;38:303–15
23. Sechi E, Flanagan EP. Diagnosis and Management of Autoimmune Dementia. *Curr Treat Options Neurol* 2019;21:11
24. Menon V et al. Psychiatric Presentations Herald Hashimoto's Encephalopathy: A Systematic Review and Analysis of Cases Reported in Literature. *J Neurosci Rural Pract* 2017;8:261–67
25. Mack A et al. Schizophrenia or Atypical Lupus Erythematosus with Predominant Psychiatric Manifestations over 25 Years: Case Analysis and Review. *Front Psychiatry* 2017;8:131
26. Lungen EM et al. Systemic Lupus Erythematosus with Isolated Psychiatric Symptoms and Antinuclear Antibody Detection in the Cerebrospinal Fluid. *Front Psychiatry* 2019;10:226
27. Stich O, Rauer S. [Paraneoplastic neurological syndromes and autoimmune encephalitis]. *Nervenarzt* 2014;85:485–01
28. www.rheumatology.org/Practice-Quality/Clinical-Support/Criteria/ACR-Endorsed-Criteria
29. Prüss H. Neuroimmunology: New Developments in Limbic Encephalitis. *Akt Neurol* 2013;40:127–36
30. Nestor J et al. Lupus antibodies induce behavioral changes mediated by microglia and blocked by ACE inhibitors. *J Exp Med* 2018;215:2554–66
31. Bialas AR et al. Microglia-dependent synapse loss in type I interferon-mediated lupus. *Nature* 2017;546:539–43
32. Hammer C et al. Neuropsychiatric disease relevance of circulating anti-NMDA receptor autoantibodies depends on blood-brain barrier integrity. *Mol Psychiatry* 2014;19:1143–9
33. Dahm L et al. Seroprevalence of autoantibodies against brain antigens in health and disease. *Ann Neurol*. 2014;76:82–94
34. Lennox BR et al. Prevalence and clinical characteristics of serum neuronal cell surface antibodies in first-episode psychosis: a case-control study. *Lancet Psychiatry* 2017;4:42–8
35. Tebartz van Elst L et al. Depressionen und Psychosen bei immunologischen Enzephalopathien. *PSYCH up2date* 2015;9:265–80
36. Herken J, Prüss H. Red Flags: Clinical Signs for Identifying Autoimmune Encephalitis in Psychiatric Patients. *Front Psychiatry* 2017;8:25
37. Steiner J et al. [Autoimmune encephalitis with psychotic symptoms : Diagnostics, warning signs and practical approach]. *Nervenarzt* 2018;89:530–38
38. Endres D et al. Autoimmune encephalitis as a differential diagnosis of schizophreniform psychosis: clinical symptomatology, pathophysiology, diagnostic approach, and therapeutic considerations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Mar 12. doi: 10.1007/s00406-020-01113-2. [Epub ahead of print]
39. Schmitt SE et al. Extreme delta brush: a unique EEG pattern in adults with anti-NMDA receptor encephalitis. *Neurology* 2012;79:1094–100
40. Heine J et al. Imaging of autoimmune encephalitis-Relevance for clinical practice and hippocampal function. *Neuroscience* 2015;309:68–83
41. Baumgartner A et al. Cerebral FDG-PET and MRI findings in autoimmune limbic encephalitis: correlation with autoantibody types. *J Neurol* 2013;260:2744–53
42. Lewerenz J et al. [Autoantibody-associated autoimmune encephalitis and cerebellitis: Clinical presentation, diagnostic work-up and treatment]. *Nervenarzt* 2016;87:1293–99

AUTOREN

PD Dr. med. Dominique Endres

Sektion für experimentelle Neuropsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

E-Mail: dominique.endres@uniklinik-freiburg.de



Kimon Runge

Sektion für experimentelle Neuropsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

E-Mail: kimon.runge@uniklinik-freiburg.de

Dr. med. Patrick Süß

Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Erlangen

E-Mail: Patrick.Suess@uk-erlangen.de

Dr. med. Kathrin Nickel

Sektion für experimentelle Neuropsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

E-Mail: kathrin.nickel@uniklinik-freiburg.de

Prof. Dr. med. Ludger Tebartz van Elst

Sektion für experimentelle Neuropsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

E-Mail: tebartzvanelst@uniklinik-freiburg.de



Mehr Wissen!

Neurotransmitter: aktuelles Wissen für Ihr Fachgebiet

- Berufspolitische Informationen aus erster Hand
- Das Forum für Neurologen und Psychiater
- CME-Fortbildung – fundiert und praxisrelevant
- Tipps zu Praxisführung und Abrechnung

[SpringerMedizin.de/neurotransmitter](https://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

Jetzt bestellen



Die aufsuchende Behandlung kann Patienten mit schweren Zwangserkrankungen wie etwa Reinigungs- und Desinfektionszwang helfen.

Menschen mit schweren Zwangserkrankungen

Aufsuchende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung

Die Versorgungssituation von Menschen mit schweren Zwangserkrankungen kann mit einem integrativen Therapiekonzept für Patienten mit Zwangserkrankungen und ihre Angehörigen (ITZA) wie im Parkklinikum Leipzig verbessert werden. Neben konkreten Fallbeispielen zur aufsuchenden Behandlung wird dabei auf die Notwendigkeit der Förderung von Teilhabechancen hinsichtlich Beruf, sozialem als auch persönlichem Alltag der Betroffenen und ihrer Angehörigen hingewiesen.

INA JAHN, KATARINA STENGLER

Versorgungssituation für psychisch schwer erkrankte Menschen

Die Forderungen der UN-Behindertenkonvention werden aktuell weltweit mit unterschiedlichen Bestrebungen umgesetzt [1]. In unserem Gesundheitssystem richtet sich gegenwärtig ein Fokus auf die Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen. Dazu haben einige jüngere Gesetzesinitiativen beigetragen, wie etwa das 2017 in Kraft getretene Bundesteilhabegesetz mit dem Anspruch, auch Menschen mit schweren psychischen Behinderungen konsequent orientiert an den Forderungen der UN-Behindertenkonvention und deren Umsetzungsverpflichtung in der Bundesrepublik seit 2009 chancengerechter am Leben in der sozialen Gemeinschaft zu beteiligen. Dieser Umstand hat wichtige Konsequenzen für die therapeutische Ausrichtung in der Psychiatrie, etwa mit der stringenteren Berücksichtigung evidenzbasierter psychosozialer Behandlungsverfahren. Hierbei findet auch die mit einem aktuellen Update publizierte S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schwer psychisch erkrankten Menschen“ große Beachtung [2]. Diese Leitlinie hat einen diagnoseübergreifenden evidenzbasierten Überblick über Interventionen vorgelegt, der insbesondere Menschen mit schweren, zur Chronizität neigenden psychischen Erkrankungen berücksichtigt. Dabei werden „Menschen mit schweren psychischen Störungen“ vor allem als solche definiert, die längere Zeit durch Symptome beeinträchtigt sind, deutliche Einschränkungen des sozialen Funktionsniveaus erleben und das Hilfesystem intensiv in Anspruch nehmen. Diese Personengruppe wird in der internationalen Literatur als „people with severe mental illness“ (SMI) beschrieben [2].

Integration psychosozialer Interventionen innerhalb der Behandlung schwerer Zwangserkrankungen

Zwangserkrankungen zählen mit einer Lebenszeitprävalenz zwischen 2 % und 4 % zu den häufigen psychischen Erkrankungen [3] und weisen einen hohen Anteil an schweren, chronischen Verläufen auf. Obgleich es evidenzbasierte und in der Versorgung gut etablierte pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsstrategien bei Zwangsstörungen gibt [4], profitieren bis zu 60 % der Patienten von keiner der beiden oder einer kombinierten Therapie [5] und gelten damit als therapieresistent. Diese Patienten sind insbesondere in ihren alltagspraktischen und sozialen Kompetenzen stark beeinträchtigt, was aufgrund der langjährig bestehenden, chronifizierten Erkrankung körperlich und sozialmedizinisch relevante Auswirkungen hat, die in der Summe zu einer deutlich verminderten Lebensqualität bei ihnen [6, 7] und ihren Angehörigen führen. In dieser Weise schwer zwangserkrankte Patienten können zu Recht als „people with severe mental illness“ bezeichnet werden und sollten deshalb von den definierten leitliniengerechten Empfehlungen zur Umsetzung psychosozialer Interventionen regelhaft profitieren.

Aufsuchende Behandlung bei Menschen mit schweren Zwangserkrankungen

Eine besonders in den Blick genommene Intervention stellt die Zuhausebehandlung dar, die im Falle der Patienten mit schweren Zwangserkrankungen sowohl die zwangsspezifische Expositionsbehandlung betreffen als auch den niedrigschwelligen, zunächst auf alltagspraktische und soziale Kompetenzen ausgerichteten therapeutischen Anspruch beinhalten sollte.

In der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schwer psychisch erkrankten Menschen“ wird ausgeführt, dass „in allen Versorgungsregionen (...) eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen soll“ [2]. Zudem sollen sowohl in akuten als auch chronischen Krankheitsphasen „Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen die Möglichkeit haben, von mobilen, multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, aufsuchend behandelt zu werden.“ Diese Empfehlungen wurden mit einem Empfehlungsgrad A und einer Evidenzebene Ia ausgesprochen – und damit mit der höchstmöglichen wissenschaft-

lichen Evidenz. Während in der Behandlung von Patienten mit schweren affektiven Störungen, Psychosen oder Abhängigkeitserkrankungen dieser Ansatz bereits an vielen Stellen des Versorgungssystems durchaus verfolgt wird, kann dies im Bereich der Zwangserkrankungen kaum strukturiert berichtet werden.

Umsetzung innerhalb des integrativen stationsambulanten Therapiemodells

Die Leipziger Erfahrungen gehen auf ein gut etabliertes ambulantes Behandlungsprogramm im Rahmen der Möglichkeiten einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) nach § 118 SGB V und im Abrechnungsmodus nach dem „Bayerischen Modell“ zurück, das traditionell den Ansatz einer aufsuchenden Behandlung vorhält [8]. In jüngster Zeit konnte eine Erweiterung

Fallbeispiel 1

Kann trotz Einmalhandschuhen die Türklinke im Behandlungszimmer nicht berühren

Lena M., 32 Jahre, ledig, Biologin, angestellt

Die Patientin vereinbarte einen Termin zum Erstgespräch in der Spezialambulanz für Zwangserkrankungen. Sie hatte zum Erstgespräch Einmalhandschuhe (mehrlagig) an, klopfte mit ihrem Ellenbogen an die Tür. Frau M. sagte, dass „sie – trotz der Handschuhe – die Türklinke der Zimmertür im Behandlungszimmer nicht berühren könne“. Sie berichtete, dass Sie aktuell „in nahezu allen Lebensbereichen aufgrund ihrer Eigenheiten und Macken“ an ihre Grenzen kommen würde. Die Kosten für unter anderem Einmalhandschuhe (mind. 200 pro Woche) (Abb. 1), Desinfektionsmittel für die Hände (ca. 500 ml pro Woche), Waschkosten (bis zu drei Waschmaschinenladungen pro Tag) sowie die Mietkosten für die – aufgrund der Zwänge – angemietete Zweitwohnung würde sie bald nicht mehr alleine stemmen können. Damit sie ihre „Erstwohnung“ betreten könne, müsse sie sich mehrere Stunden darauf vorbereiten. Neben den hohen finanziellen Ausgaben die aufgrund der Zwänge entstehen würden, sei somit auch der Zeitaufwand für die Handlungen auf ein unerträgliches Maß gestiegen. Sie benötige dringendst Hilfe. Ihr Partner habe sich vor einiger Zeit von ihr getrennt und sie habe die Sorge, dass sie aufgrund der Schwere der Erkrankung ihre aktuell Arbeit als Biologin in einem Forschungszentrum verlieren könne. Frau M. thematisierte weiterhin, dass sie bereits im Vorfeld einen stationären Behandlungsversuch in einer für Zwänge spezialisierten Einrichtung gehabt habe, den sie aber „zwangsbedingt nach der ersten Woche abgebrochen hätte“.

Verlauf: Im Rahmen der Spezialambulanz für Zwangserkrankungen erfolgte zunächst die standardisierte diagnostische Abklärung. Frau M. wurde anschließend zeitnah in das Einzel- und gruppentherapeutische diagnosespezifische Behandlungssetting der Spezialambulanz eingeteilt. Sie wurde vom multiprofessionellen Team der Spezialambulanz für Zwangserkrankungen betreut. Gemeinsam mit der Mutter von Frau M. wurde ein Angehörigengespräch durchgeführt. Nach weiterem Aufbau der therapeutischen Beziehung willigte Frau M. in einen diagnostischen Hausbesuch ein. Dieser wurde ganz konkret vorbereitet, da bis auf die Mutter schon seit mehr als ein Jahr niemand in der Wohnung von Frau M. gewesen sei. Der Termin für die aufsuchende Behandlung wurde daraufhin mehrfach von Frau M. verschoben. Nach zirka fünf Monaten wurde der Termin vor Ort in der Zweitwohnung von Frau M. durchgeführt. Frau M. öffnete zum vereinbarten Termin vorsichtig die Tür, schob mit ihren Füßen der Therapie-



© Ina Jahn

Abb. 1: Die Patientin kommt an ihre Grenzen. Beispiele sind ihr Zwang zu Einmalhandschuhen und Desinfektionsmittel für die Hände.

tin ein paar Hausschuhe hin. Die Therapeutin sollte mit einem großen Schritt in die Wohnung kommen und nichts weiter berühren. Frau M. wirkte unruhig und sagte, dass sie die ganze Nacht nicht geschlafen habe. Sie sei auch noch ganz erschöpft von dem gestrigen Tag. Frau M. berichtete, dass sie einen Tag zuvor alle grünen Plastiktüten, welche sie in der Wohnung seit einem Jahr ausgelegt hatte, eingesammelt habe. Außerdem habe sie in der ganzen Wohnung Einmalhandschuhe auf dem Boden liegen gehabt. Diese habe sie nun erst einmal in Eimer verstaubt. Der diagnostische Hausbesuch wurde ausführlich nachbesprochen und Frau M. stellte individuelle Ziele für sich auf.

In der Folge gab es mehrere aufsuchende Behandlungen, wo therapeutenbegleitete Expositionsübungen mit Reaktionsmanagement durchgeführt wurden. Mittlerweile hat es Frau M. geschafft, eine der zwei Wohnungen abzugeben. Frau M. befindet sich weiterhin in engmaschiger Behandlung in der Spezialambulanz für Zwangserkrankungen. Die Mutter von Frau M. nimmt weiterhin regelmäßig die Angehörigengruppe für Angehörige von Patienten mit Zwangserkrankung für sich in Anspruch.

in ein integratives stationsambulant Therapiekonzept erarbeitet und umgesetzt werden, das insbesondere die Behandlung schwer zwangserkrankter Patienten fokussiert [9]. Im Kern dieses integrativen stationsambulanten Modells steht neben der Möglichkeit einer strukturierten intensiven stationären sowohl diagnosespezifischen als auch -übergreifenden Behandlung die vor- und nachstationäre ambulante Betreuung im Setting einer Spezialambulanz für Patienten mit Zwangsstörungen und ihren Angehörigen (**Abb. 2**).

Im Rahmen des integrativen stationsambulanten Modells (ITZA) kann die aufsuchende Behandlung zu verschiedenen Therapiezeitpunkten als auch mit verschiedenen inhaltlichen Schwerpunkten, wie diagnostischem Hausbesuch bis hin zu leitlinienengerechten Expositionsübungen im häuslichen Umfeld, erfolgen. Nachfolgend werden verschiedene Konstellationen näher beschrieben, die hinsichtlich der aufsuchenden Behandlung im integrativen, stationsambulanten Modell für die Patienten mit Zwangserkrankungen vorgehalten werden.

Seit April 2019 wurde weiterhin die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) für psychisch erkrankte Menschen in unserer Einrichtung etabliert. Dieses Versorgungsangebot kann unter anderem auch von Patienten mit schweren Zwangserkrankungen in Anspruch genommen werden.

Ohne vorherigen Erstkontakt in der klinischen Einrichtung

Durch die Form der aufsuchenden Behandlung können wir im Rahmen des integrativen stationsambulanten Modells auch Patienten erreichen, die aufgrund ihrer meist umfangreichen zwangsspezifischen Behinderung und zum Teil sozialen Isolierung nicht mehr in der Lage sind, das professionelle System selbst aufzusuchen. In diesen Fällen sieht das Behandlungskonzept vor, dass Therapeuten unterschiedlicher Professionen, meist primärkontaktiert durch die jeweiligen Angehörigen der Patienten, den Erstkontakt im häuslichen Setting herstellen. Den Therapeuten bietet sich hier faktisch eine psychiatrische Notfallsituation: Patienten, die zum Beispiel aufgrund langjähriger schwerer Kontaminationsängste, Reinigungszwänge und bei massiven Vermeidungsstrategien kaum oder nicht mehr in der Lage sind, Selbstfürsorge ihrer wichtigsten persönlichen Angelegenheiten zu vollziehen. Persönliche Hygiene, Ernährung, Ämterangelegenheiten etc. sind meist nur noch in begrenztem Umfang durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn aufrechterhalten worden, medizinisch-therapeutische Hilfeleistungen konnten – ebenfalls aufgrund der stark ausgeprägten Zwänge – nicht realisiert werden. Der Beginn einer diagnosespezifischen Behandlung der schweren Zwangserkrankung im häuslichen Kontext stellt hier oft die einzige Alternative für Patienten und deren Angehörige dar. Dies ist auch deshalb wichtig, weil die fach- und diagnosespezifische Expertise das für diese erkrankungsbedingt stark ambivalenten Patienten notwendige Vertrauen schafft und somit die mittel- und langfristige angestrebte gute Compliance erreicht werden kann.

Innerhalb des diagnosespezifischen Therapieplanes im stationären Setting

Zum anderen ist die aufsuchende Behandlung regulärer Teil des strukturierten Therapieplans und kann auch im vollstati-

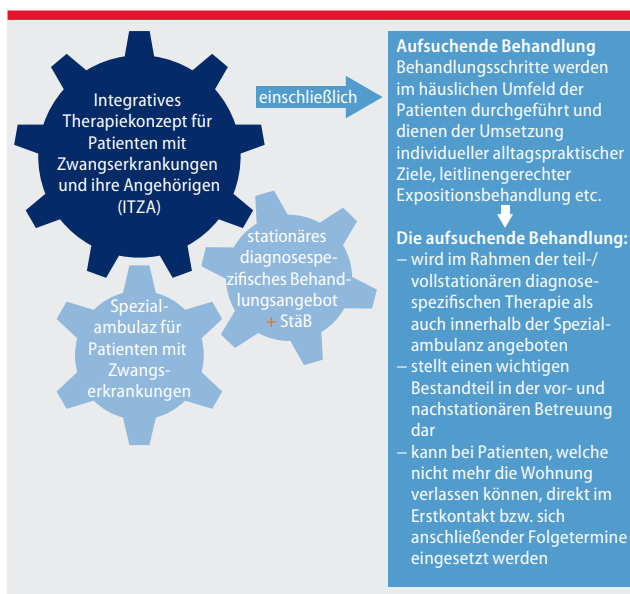


Abb. 2: Integratives Therapiekonzept für Patienten mit Zwangserkrankungen und ihre Angehörigen (ITZA) (StäB = stationsäquivalente psychiatrische Behandlung)

onären Setting – dann zum Beispiel unter Nutzung der stationsäquivalenten neuen Behandlungsform in der Psychiatrie und Psychotherapie [10] – umgesetzt werden. Inhaltlich werden individuelle alltagspraktische Therapieziele ebenso angestrebt, wie die leitlinienorientierte Expositionsbehandlung [4]. Der häusliche Kontext der Betroffenen bietet zusätzlich sehr gute Chancen, das soziale Aktionsfeld als solches und insbesondere nahe Bezugspersonen wie Angehörige, Nachbarn oder Freunde unmittelbar in den Behandlungsprozess einzubeziehen. Vor dem Hintergrund der bekannten schweren Belastungen und Einschränkungen, die Angehörige von Zwangserkrankten berichten, ist dieser systemische Behandlungsfokus als ausgesprochen erweiternd, unterstützend und zielführend hinsichtlich Symptomreduzierung und vor allem Lebensqualitätsverbesserung besonders wichtig.

Im Rahmen der Spezialambulanz für Patienten mit Zwangserkrankungen

Hinsichtlich Dauer, Umfang und Intensität bietet das Institutsambulanzsetting nach wie vor die besten Möglichkeiten, häusliche Interventionen nachhaltig und langfristig vorzuhalten. Nach den Prinzipien des home-treatments oder Assertive-Community Treatments auf der Basis langjährig etablierter und gut bewährter Strukturen ist hier ein am individuellen Bedarf orientiertes Programm entstanden, das multiprofessionell, flexibel in den PIA-Räumlichkeiten oder/und im persönlichen Umfeld des Patienten umgesetzt wird. Die Intensiv-Zuhausebehandlung mit dem mittelfristigen Ziel, den Patienten die Teilnahme an institutionellen Angebote zu ermöglichen, kann bei dieser Klientel aufgrund massiver Auswirkungen auf alltagspraktische Kompetenzen (Vermeidung von persönlicher Hygiene, Reduzierung sozialer Kontakte bis zur totalen Isola-

Fallbeispiel 2

Wiederkehrender Drang, alte Berechnungen nachzurechnen und zu überprüfen

Otto F., 56 Jahre, getrennt lebend, ein Kind, Fachlagerist, aktuell arbeitssuchend

Der Erstkontakt mit Herrn F. kam über eine Nachbarin zustande. Sie wendete sich an die Spezialambulanz, da sie sich große Sorgen um Ihren Nachbarn mache. Ihr Nachbar lebe äußerst zurückgezogen und würde schon seit längerer Zeit nicht mehr die Wohnung verlassen. Sie würde ihm regelmäßig Essen in Form von Konserven vorbeibringen. In den Gesprächen habe Herr F. zu ihr gesagt, dass er das alles nicht mehr alleine schaffen würde und er Hilfe benötigen würde. Sie habe sich daraufhin „auf Umwegen“ an die Klinik gewendet.

Verlauf: Herr F. wurde nach dem Erstgespräch mit der Nachbarin mehrfach von der Psychologin der Einrichtung telefonisch kontaktiert. Dabei wurden Absprachen bezüglich der ersten aufsuchenden Behandlung getroffen. Herr F. öffnete zum vereinbarten Termin der Psychologin die Tür. Er lebt in einer kleinen, sehr einfachen Einraumwohnung, die nur mit wenigen Möbeln eingerichtet ist. Auf dem Fußboden lagen überall verschiedene Zettel mit Berechnungen. Herr F. berichtete in dem Zusammenhang, dass er zum Teil mehr als zwölf Stunden am Tag auf dem Fußboden knien würde und immer wieder den Drang habe, Berechnungen aus Ausbildungszeiten nachzurechnen und zu überprüfen. Er habe alles „schon zig mal berechnet, kenne bereits jede einzelne Aufgabe. Er müsse die Berechnungen aber immer wieder und wieder tun“ (Abb. 3). Mittlerweile seien seine Gelenke vom vielen Knien stark entzündet, und zum Teil gebe es offene Stellen an den Knien. Trotz der Schmerzen, würde er jeden Tag auf dem Fußboden hocken und nach vorne gebeugt, über seinen Berechnungen sitzen. Er wisse, dass das übertrieben sei, könne aber einfach nicht-

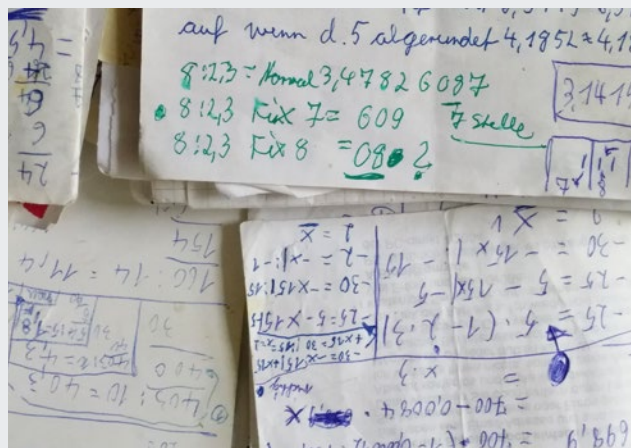


Abb. 3: Der Patient hat immer wieder den Drang, Berechnungen aus Ausbildungszeiten nachzurechnen und zu überprüfen.

© Ina Jahn

aufhören. Herr F. berichtet weiterhin, dass er bereits vor einigen Jahren eine Therapie wegen seiner Zwänge gemacht habe. So schlimm wie aktuell seien seine Zwänge im Vorfeld nicht gewesen. In den letzten Wochen habe er zudem die Nahrungsaufnahme vernachlässigt, weil er keine Zeit mehr dafür gehabt habe. „Anfangs habe er sich immer noch die Konserven auf der kleinen Herdplatte heiß gemacht – mittlerweile würde er sich selbst dafür keine Zeit mehr nehmen.

tion, Unfähigkeit „normaler“ Nahrungsaufnahme, Vernachlässigung sozialrechtlich relevanter Ämterangelegenheiten etc.) mehrere Monate, bisweilen Jahre dauern und erfordert hohes teambasiertes Engagement. Umfangreiche Unterstützungsmaßnahmen, die auf Hilfen in der Aktivierung, auf die Umsetzung von alltagspraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten ausgerichtet sind, mit dem Ziel der Erlangung allgemeiner, psychosozialer Kompetenzen, sind essenzieller Bestandteil dieser therapeutischen Strategie.

Im Rahmen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

Die Formen der aufsuchenden Behandlung werden in unserer Einrichtung zusätzlich noch um die neu etablierte StäB ergänzt. Voraussetzung zur Durchführung von StäB an Fachkrankenhäusern und Kliniken mit Versorgungsauftrag ist es dabei, dass die stationsäquivalente Behandlung einer vollstationären Behandlung gegenüber gleichwertig ist. Durch dieses erweiterte Versorgungsangebot sollen psychisch erkrankte Menschen, die eigentlich vollstationär in einer Klinik behandelt werden müssten, in deren gewohnter Lebensumgebung mit gleicher Intensität betreut werden. Hierfür steht ein mobiles Team aus Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Pflegekräften, Sozialarbeiterin und Ergotherapeutin für die Patientenbetreuung zur Verfügung. Diese Form der Zuhausebehandlung, welche für Pati-

enten mit schweren psychischen Erkrankungen etabliert wurde und durch das 2016 vom Deutschen Bundestag beschlossene Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG) ermöglicht wird, kann auch von den Patienten mit schweren Zwangserkrankungen in Anspruch genommen werden.

Darstellung der aufsuchenden Behandlung anhand von Fallbeispielen

Die aufsuchende Behandlung wird innerhalb des integrativen stationsambulanten Modells individuell und an den jeweiligen Bedürfnissen der einzelnen Patienten ausgerichtet. Die Konstellationen der aufsuchenden Behandlung zeigen die **Fallbeispiele 1–3 (Abb. 1, Abb. 3, Abb. 4)** nachvollziehbar. Im Hinblick auf datenschutzrechtliche Bestimmungen wurden in den Fallbeispielen andere Namen und personenbezogene Daten verwendet.

Notwendigkeit der Förderung von Teilhabechancen für Patienten mit schweren Zwangserkrankungen

Mit Blick auf die verschiedenen Teilhabeeinschränkungen schwer zwangserkrankter Menschen werden regelhaft bei den Patienten arbeits- und beschäftigungstherapeutischer Bedarf durch ein gut implementiertes Assessment erfasst und entsprechende Interventionen angeboten [11]. Hierbei orientiert sich das Leipziger Modell an der hohen Evidenz des „Individual-

Fallbeispiel 3

Ständig damit beschäftigt, alle Dinge, die von ihrem Körper stammen, zu sammeln

Marion W., 54 Jahre, ledig, Krankenschwester, aktuell nicht erwerbstätig

Im Fall von Frau W. rief die 80-jährige Mutter der Patientin an. Ihre Tochter würde aktuell mit in der gemeinsamen elterlichen Wohnung leben. Sie habe dort ein kleines Zimmer und sei seit mindestens einem halben Jahr nicht mehr aus der Wohnung gegangen. Die Tochter würde den ganzen Tag in ihrem Zimmer sein und viel auf dem Sofa liegen. Die Körperpflege habe die Tochter komplett vernachlässigt. Ihre Tochter sei „die ganze Zeit damit beschäftigt, unter anderem alle Dinge, die von ihrem Körper stammen, zu sammeln. Sie sammle jeden abgeschnittenen Fingernagel, jedes Hautschüppchen, jedes noch so kleine Haar“ (Abb. 4) und könne nichts davon wegwerfen. Einmal hätten sie „fast vier Stunden gemeinsam nach einem kleinen Stück Fingernagel gesucht, das unter einen Schrank gerutscht war.“ Die Mutter von Frau W. berichtet weiterhin, dass sie mittlerweile „ihre Tochter selbst bei den einfachsten alltäglichen Handlungen unterstützen müsse“. Die Mutter betont in diesem Zusammenhang, dass „es mir äußerst peinlich ist, darüber zu reden“, aber sie merke, dass sie mit allem überfordert sei.

Verlauf: Mit der Mutter von Frau W. wurde ein Termin für ein Erstgespräch vor Ort in der Wohnung der Eltern abgesprochen. Zum vereinbarten Termin waren der Vater, die Mutter und Frau W. anwesend. Das Zimmer von Frau W. war mit verschiedenen Sachen, Tüten, Büchern et cetera zugestellt, und es gab nur einen kleinen Gang zum Sofa. Neben dem Kopfkissen befand sich ein kleiner Haufen mit gesammelten Haaren. Frau W. stand während des Gesprächs nicht vom Sofa auf. Sie wirkte insgesamt anorektisch und kraftlos. Sie berichtete, dass Sie bereits seit mehr als 40 Jahren unter einer Zwangserkrankung leiden würde. Sie sei auch bereits wiederholt aufgrund ihrer Erkrankung behandelt worden. Während des Erstgesprächs wurde ein weiterer Termin vor Ort in der elterlichen Wohnung vereinbart, um mit Frau W. erste Überlegungen zum Behandlungsablauf abzusprechen. Im An-



© Ina Jahn

Abb. 4: Die Patientin sammelt alle Dinge, die von ihrem Körper stammen, wie zum Beispiel „jedes noch so kleine Haar“.

schluss an das zweite Gespräch wirkte die Patientin zukunftsorientierter und stimmte der stationären Behandlung zu. Frau W. wurde direkt auf die Station mit diagnosespezifischem Schwerpunkt verlegt und ein halbes Jahr stationär leitlinienorientiert behandelt. Am Anfang stand das Wiedererlernen von einfachsten alltäglichen Dingen im Fokus der Behandlung. Während des stationären Aufenthaltes gab es weitere aufsuchende Hausbesuche von der behandelnden Psychologin als auch einer Sozialarbeiterin. Mittlerweile nimmt Frau W. engmaschig diagnosespezifische Angebote (unter anderem Metakognitives Training für Patienten mit Zwangserkrankung, Achtsamkeitstraining) als auch diagnoseübergreifende Angebote zur Tagesstrukturierung in der Spezialambulanz in Anspruch. Frau W. erledigt wieder eigenständig Besorgungen des täglichen Lebens, nimmt wieder aktiver am Leben teil und versucht, Genuss im Alltag zuzulassen. Im Rahmen der aufsuchenden Behandlung wurden erste Expositionsübungen mit Reaktionsmanagement durchgeführt.

Placement-and-Support(IPS)-Ansatzes“, das eine primäre Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt vorsieht [12].

Die Autoren haben die Erfahrung gemacht, dass zwangserkrankte Patienten trotz schwerster Beeinträchtigung mit Hilfe einer intensiven, individuell gestalteten Behandlung ausgesprochen motiviert auch Teilhabebereiche wie Arbeiten, soziales Leben et cetera relativ frühzeitig im Therapieprozess aufnehmen und konstruktiv verfolgen können.

In der zukünftigen Versorgung schwer zwangserkrankter Menschen wird es entscheidend sein, ob effektive Organisations- und Finanzierungsformen gefunden werden, die in der Regelversorgung sowohl diagnosespezifische Behandlungsmodule entsprechend Leitlinienkonformität umsetzen als auch setting- und sozialrechtlich übergreifende Angebote berücksichtigen. Nur so wird es möglich sein, neben den etablierten psycho- und pharmakotherapeutischen Therapiebausteinen vor allem frühzeitig, nachhaltig und konsequent auf die Förderung von Teilhabechancen im Beruf, sozialen und persönlichen Alltag der Betroffenen und ihrer Angehörigen abzielen und die Lebensqualität als relevantes Outcome-Kriterium stärker in den Blick zunehmen.

Literatur

1. Jahn I, Becker T, Stengler K. Likely impact of the UN Convention on disability on mental health services. *Curr Opin Psychiatry* 2017;30:318–22
2. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Aufl. 2018 [Kurzfassung vom 27.03.2019; zitiert am 18.04.2019] https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020k_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-04_01.pdf
3. Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin D et al. Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254:156–64
4. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie Zwangsstörungen. 2013 [zitiert am 18.04.2019] https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/29d7ea6c2c635d3626ddaf70eabf31386b9bbda8/S3-Leitlinie%20Zwangsst%C3%B6rungen%20Langversion%20Endversion%2014%2005%202013.pdf
5. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B et al. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 2006;11:622–32
6. Stengler-Wenzke K, Angermeyer MC. Inanspruchnahme von professioneller Hilfe durch Patienten mit Zwangserkrankungen. *Psychiatr Prax* 2005;32:195–201

7. Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H et al. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:662–8
8. Strauß M, Jahn I, Olbrich S, Beyrich-Kolbus U, Stengler K. Assertive community treatment in patients with severe obsessive-compulsive disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2014;82:275–9
9. Jahn I, Lehnert A, Stengler K. Integratives Therapiekonzept für Patienten mit Zwangserkrankungen und ihre Angehörigen (ITZA). *Z-aktuell* 2019;1:12–3
10. Längle G, Holzke M, Gottlob M. Psychisch Kranke zu Hause versorgen: Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung. Stuttgart 2019: Kohlhammer.
11. Alberti M. WORK2gether fördert die Teilnahme am Arbeitsleben für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aus den Akut-Verorgungsbereichen (SGB V). DGPPN Kongress 2018. Kongressbeitrag. <http://www.cpo-media.net/DGPPN/2018/Programm/HTML/145>
12. Becker DR, Drake RE. Individual Placement and Support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Ment Health J.* 1994;30:193–206; discussion 207–12.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags 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.

AUTORINNEN

Dipl.-Psych. Ina Jahn

Psychologische
Psychotherapeutin
Psychologische
Leiterin der
Spezialambulanz für
Patienten mit
Zwangserkrankungen
Helios Park-Klinikum
Leipzig
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie
Morawitzstraße 2, 04289 Leipzig



E-Mail: ina.jahn@helios-gesundheit.de

Prof. Dr. med. Katarina Stengler

Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie
Chefärztin Helios Park-Klinikum Leipzig
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie
Morawitzstraße 2, 04289 Leipzig

E-Mail: katarina.stengler@helios-gesundheit.de

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► Pharmakotherapie der Depression bei Patienten mit komorbiden Erkrankungen

aus: *NeuroTransmitter* 1–2/2020
von: W. R. Chae, C. Otte
zertifiziert bis: 31.12.2020
CME-Punkte: 2

► Psychopharmakotherapie bei dermatologischen Erkrankungen

aus: *NeuroTransmitter* 11/2019
von: T. Messer, L. Haag, G. Juckel, P. Mavrogiorgou
zertifiziert bis: 13.11.2020
CME-Punkte: 2

► Lithium heute – ein Update seiner Wirksamkeit und Risiken

aus: *NeuroTransmitter* 10/2019
von: B. Müller-Oerlinghausen
zertifiziert bis: 9.10.2020
CME-Punkte: 2

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf CME.SpringerMedizin.de eingeben. Zur Teilnahme benötigen Sie ein e.Med-Abo.

Effizient fortbilden, gezielt recherchieren, schnell und aktuell informieren – ein e.Med-Abo bietet Ihnen alles, was Sie für Ihren Praxis- oder Klinikalltag brauchen: Sie erhalten Zugriff auf alle Premiuminhalte von SpringerMedizin.de, darunter die Archive von 99 deutschen Fachzeitschriften. Darüber hinaus ist im Abo eine Springer-Medizin-Fachzeitschrift Ihrer Wahl enthalten, die Ihnen regelmäßig per Post zugesandt wird.

Als e.Med-Abonnent steht Ihnen außerdem das komplette CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 550 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Testen Sie die CME.SpringerMedizin.de 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich mit einem e.Med-Abo:
www.springermedizin.de/eMed



CME-Fragebogen

Aufsuchende psychiatrisch psychotherapeutische Versorgung

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent von SpringerMedizin.de
- als registrierter Abonnent dieser Fachzeitschrift
- als Berufsverbandsmitglied (BVDN, BDN, BVDP)
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN

FIN gültig bis 04.05.2020

NT2004b9

Dieser CME-Kurs ist zwölf Monate auf SpringerMedizin.de/CME verfügbar. Sie finden ihn am schnellsten, wenn Sie die FIN oder den Titel des Beitrags in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren.

? Welches Gesetz bildet in der Bundesrepublik Deutschland die Grundlage dafür, dass psychisch schwer erkrankte Menschen chancengerechter am Leben beteiligt werden?

- Allgemeines Schwerbehinderten-gesetz (SchwbG)
- Bundesteilhabegesetz (BTHG)
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG)
- Allgemeines Gleichstellungsgesetz (AGG)
- Sozialgesetzbuch V (SGB V)

? Ein 42-jähriger Patient leidet seit seinem 15. Lebensjahr unter einer klinisch relevanten Zwangserkrankung mit ausgeprägtem sozialem Rückzug und Vermeidungsverhalten. Welche Therapie ist entsprechend der S3-Leitlinien empfehlenswert?

- Ressourcenorientierte Hypnotherapie kombiniert mit Psychopharmakotherapie
- Medienbasierte (Internet, Telefon) therapeutische Behandlung
- Anwendung nicht invasiver Stimulationsverfahren (z. B. Transkranielle Magnetstimulation)
- Psychotherapeutische Verfahren sowie Psychopharmakotherapie ergänzt um psychosoziale Interventionen
- Medikamentöse Augmentation der analytischen Psychotherapie

? Wofür steht das Akronym StäB im Rahmen einer bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen?

- Stationäre therapeutische Hilfen und äquivalente Behandlungsformen
- Sozialtherapeutisches und äquivalentes Behandlungsangebot
- Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
- Strukturierte therapieäquivalente Behandlung
- Stationsambulante und stationsäquivalente therapeutische Behandlung

? Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer Zwangserkrankung zu erkranken (Lebenszeitprävalenz)?

- Kleiner als 1 %
- 1 %
- 1–1,5 %
- 2–4 %
- Größer als 4 %

? Was ist das *Besondere* an der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen?

- Sie ist ein evidenzbasierter Leitfaden für Menschen mit schweren psychischen Störungen, wobei auf die Affektiven Erkrankungen als auch die Zwangserkrankungen im Besonderen eingegangen wird.

- Sie gibt einen diagnoseübergreifenden evidenzbasierten Überblick über psychosoziale Interventionen.
- Sie beinhaltet leitliniengerechte Empfehlungen für die diagnosespezifische Therapie von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.
- Sie bietet für Menschen mit langjährig bestehender Zwangserkrankung diagnosespezifische Therapieempfehlungen.
- Sie fasst die diagnosespezifischen therapeutischen Handlungsempfehlungen der bisherigen S3-Leitlinien zusammen.

? Wie viele Jahre sind seit der Umsetzungsverpflichtung der UN-Behindertenkonventionen in der Bundesrepublik Deutschland bis zum ersten Schritt des Inkrafttretens des Bundesteilhabegesetzes vergangen?

- Weniger als ein Jahr
- Zwei Jahre
- Drei Jahre
- Fünf Jahre
- Mehr als sieben Jahre

? Welche Empfehlung ist im Update der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen fest verankert?

- Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll in den Versorgungsregionen eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und



Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf SpringerMedizin.de/CME tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780-777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

multiprofessionelle Behandlung zur Verfügung stehen.

- Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dürfen ausschließlich in akuten Krankheitsphasen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt werden.
- Die aufsuchende Behandlung im gewohnten Lebensumfeld soll jeweils von zwei Mitarbeitern aus dem multiprofessionellen Teams durchgeführt werden.
- Die Zuhausebehandlung bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen darf eine Behandlungsdauer von vier Wochen nicht übersteigen.
- In akuten Krankheitsphasen sollen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zunächst stationär und anschließend durch mobile, professionelle Teams wohnortnah betreut werden.

? Eine berufstätige 26-jährige Frau leidet seit fünf Monaten unter einer Zwangserkrankung, vor zwei Wochen wurde sie nach Zunahme der Symptomatik von ihrem Hausarzt krankgeschrieben. Welche Behandlungsempfehlung zur Weiterbehandlung würde sich aus den S3-Leitlinien für Patienten mit Zwangsstörungen ergeben?

- Stationäre Aufnahme auf einer diagnosespezifischen Station für Patienten mit Zwangserkrankungen
- Stationäre Aufnahme auf eine Regelstation mit psychoedukativen als auch tagesstrukturierenden Angeboten
- Behandlungsansatz im Sinne einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung
- Psychotherapie mit gegebenenfalls begleitender Psychopharmakotherapie
- Teilstationäre Behandlung mit tagesstrukturierenden Methoden, insbesondere psychosozialen Interventionen

? Unter welchen Bedingungen können Fachkrankenhäuser und Kliniken mit Versorgungsauftrag eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung in ihren Einrichtungen anbieten?

- Grundbedingung ist es, dass die Einrichtung eine 24-stündige Rufbereitschaft sicherstellen und mindestens zweimal wöchentlich einen persönlichen Kontakt anbieten kann.
- Notwendig ist es, dass die Einrichtung ein entsprechendes stationsäquivalentes psychiatrisches Behandlungsteam bestehend aus ärztlichem und pflegerischem Dienst vorhalten kann.
- Bedingung ist es, dass die stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gegenüber gleichwertig ist und mindestens ein persönlicher Kontakt pro Tag realisiert werden kann.
- Wenn die stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gegenüber einer teilstationären Behandlung gleichwertig ist und zusätzlich eine 24-stündige Rufbereitschaft in der Einrichtung vorgehalten wird.
- Die Einrichtung mit Versorgungsauftrag muss gewährleisten, dass das stationsäquivalente psychiatrische Behandlungsteam für die Betroffenen täglich telefonisch erreichbar ist sowie eine wohnortnahe Behandlung mind. einmal pro Woche stattfinden kann.

? Eine 46-jährige Frau meldet sich per Telefon und teilt mit, dass sie seit vier Monaten aufgrund von Kontaminationsbefürchtungen nicht mehr aus der Wohnung gegangen sei. Auf ihrer Arbeitsstelle sei sie auch seit zirka sechs Monaten nicht mehr gewesen. Ihr Bruder bringe ihr einmal wöchentlich Lebensmittel, welche sie in ihre „keimfreie“ Wohnung in verschiedenen Schritten einschleusen würde. Welches therapeutische Vorgehen ist empfehlenswert?

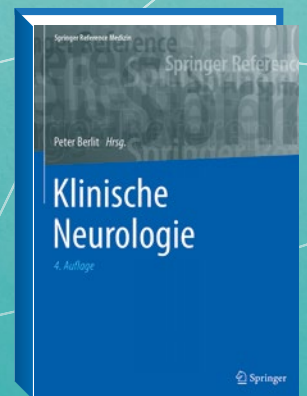
- Sofortige Einweisung auf eine diagnosespezifische Station für Patienten mit Zwangserkrankungen.

- Direkte Anwendung des Individual-Placement-and-Support-Ansatzes (IPS), um die Teilhabechancen der Patientin zu erhöhen und damit die Lebensqualität zu fördern.
- Wegen akuter Eigengefährdung sofortige Einweisung auf eine Regelstation zur Krisenintervention.
- Telefonische Absprache bezüglich Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung im häuslichen Umfeld, im weiteren Verlauf Planung und Umsetzung erster individueller und alltagspraktischer Ziele.
- Aufsuchende Behandlung mit kurzer Psychoedukation und sofortigem Einsatz von Expositionsübungen mit Reaktionsmanagement.

e.Medpedia

Die neue Online-Enzyklopädie vernetzt
das Wissen von über 20 Standardwerken

Neu



[SpringerMedizin.de/eMedpedia](https://www.springermedizin.de/eMedpedia)

Auch als App erhältlich.

Gleich informieren



Epilepsitherapie: Bewährungsprobe in der realen Behandlungssituation

➔ Die zulassungsrelevanten Phase-III-Studien schließen hochselektierte, genau definierte Patientenpopulation ein. Nach der Zulassung muss sich dann zeigen, ob sich der jeweilige Wirkstoff auch bei einem breiten Patientenkollektiv im Alltag bewährt. Nach zwei aktuellen Beobachtungsstudien ist das für Eslicarbazepinacetat und Perampanel der Fall.

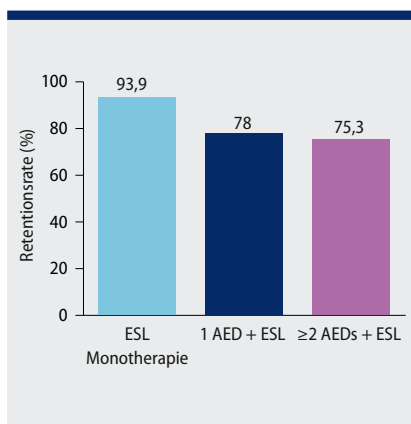


Abb. 1: In der ZEDEBAC-Studie war die Retentionsrate von Eslicarbazepinacetat (ESL) nach sechs Monaten in allen Gruppen hoch (AED = Antiepileptika).

In der prospektiven Beobachtungsstudie ZEDEBAC erhielten erwachsene Patienten mit gesicherter Diagnose von fokalen Anfällen Eslicarbazepinacetat (ESL, Zebinix®) in Monotherapie oder als einzige Zusatztherapie zu einem oder zwei anderen Antiepileptika (AED). Die Retentionsrate in der unter Routinebedingungen durchgeführten Studie war nach sechs Monaten mit 79,3% hoch, wie Dr. Florian Weißinger von der Klinik für Neurologie am Vivantes Humboldt-Klinikum in Berlin über die Ergebnisse berichtete [Weissinger F et al. *Epilepsy Behav.* 2019 Dec;101(Pt A):10657]. Bei Monotherapie verblieben sogar 93,9% der Patienten so lange auf der Therapie (**Abb. 1**). Eine Anfallsfreiheit wurde mit der ESL-Monotherapie bei 81,5% der noch relativ kurz erkrankten Patienten erreicht, bei den schon länger erkrankten Patienten, die ESL zusätzlich zu mindestens zwei AED erhielten, waren es immer noch 23,4%. Das Verträglichkeitsprofil unter Routinebedingungen bezeichnete Weißinger als günstig, selbst in komplexen Behandlungssituationen mit antikonvulsiver Polytherapie.

Dr. Michael Rademacher von der neurologischen Universitätsklinik in Bonn berichtete über die Beobachtungsstudie GENERAL, die

retrospektiv Daten von 149 Patienten, die in 21 spanischen Zentren behandelt worden waren, auswertete [Villanueva V et al. *Epilepsia* 2018;59:1740–52]. Eine Zusatztherapie von Perampanel zur bisherigen AED-Therapie führte bei 62,6% der Patienten mit primär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen zur Anfallsfreiheit. Über alle Anfallsarten hinweg – auch Patienten mit myoklonischen Anfällen und Absenzen nahmen teil, die in der Zulassungsstudie ausgeschlossen waren – blieben 59,1% der Patienten anfallsfrei. Die mittlere Reduktion der monatlichen Anfallsfrequenz lag nach zwölf Monaten bei 77,8%, die Retentionsrate war mit 83% im Gesamtkollektiv hoch, die Dosis lag meist bei 4 mg/Tag. Unerwünschte Ereignisse wie Somnolenz, Schwindel oder Reizbarkeit waren meist mild oder moderat. Rademacher bezeichnete deshalb Perampanel auch im Einsatz unter Routinebedingungen als schon in geringer Dosis sehr wirksame Zusatzmedikation.

Friederike Klein

Fachpressekonferenz „Update zur Therapie von Epilepsien.“ 92. DGN-Kongress 2019, Stuttgart, 27.9.2019; Veranstalter: Eisai GmbH

Bei MS gezielt in den gestörten Zellmetabolismus eingreifen

➔ Moderne Pharmaka greifen üblicherweise auf Rezeptorebene in die gestörte Regulation ein. Anders das MS-Therapeutikum Teriflunomid (Aubagio®): Der Wirkstoff entfalte seine Therapieeffekte neuen Befunden zufolge durch eine gezielte Wirkung auf den gestörten Zellmetabolismus, berichtete Prof. Dr. Luisa Klotz, Klinik für Neurologie und Institut für Translationale Neurologie am Universitätsklinikum Münster. Die Substanz hemme das mitochondriale Enzym Dihydroorotat-Dehydrogenase (DHODH), wirke laut Klotz aber nicht auf alle T- und B-Zellen gleich: „Die Hemmwirkung ist vielmehr abhängig von der Aktivierung der Zellen.“ Inhibiert würden selektiv aktivierte hochaffine T-Zellen und zwar bevorzugt proinflammatorische T-Zellen. Damit korrigiere Teriflunomid pathophysiologi-

sche Prozesse bei der MS auf Zellebene, ein nach Klotz „zukunftsträchtiger Wirkansatz“. Die neuen Befunde untermauern nach Prof. Dr. Mark Obermann, Direktor des Zentrums für Neurologie an den Asklepios Kliniken in Seesen, die konsistent günstigen Daten zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von Teriflunomid. Es lägen mittlerweile Langzeitstudien über bis zu zwölf Jahre vor. Sie zeigten laut Obermann, dass die Behandlung mit Teriflunomid eine anhaltend niedrige Schubrate, einen hohen Anteil an Patienten, die schubfrei bleiben, und einen stabilen EDSS (Expanded Disability Status Scale) bewirkte. Das belegten ebenso Real World-Studien, wie der Neurologe darlegte: Die Wirksamkeit sei im Behandlungsalltag den Beobachtungen zufolge mit Dimethylfumarat (DMF) vergleichbar. Das betrifft die Number Nee-

ded to Treat (NNT), um einen Schub zu verhindern. Deutlich günstigere NNT-Werte von Teriflunomid gegenüber DMF zeigten sich bei der Verhinderung einer Behinderungsprogression, was auch daran liegt, dass nur für Teriflunomid, nicht aber für DMF eine signifikante Reduktion des Risikos für eine Behinderungsprogression versus Placebo in beiden Zulassungsstudien dokumentiert wurde. In puncto Hirnvolumenverlust hat Teriflunomid offenbar sogar Vorteile: Es resultiert in den Studien eine im Vergleich mit DMF statistisch signifikant geringere Hirnatrophie. **Christine Vetter**

Fachpresse-Talk „Wirksamkeit im Fokus: Aktuelle Daten aus klinischen Studien und Real Life – Die Highlights aus 2019 und ein Exkurs in das neue Jahr“, Düsseldorf, 19.12.2019; Veranstalter: Sanofi Genzyme

Migränetherapie: Angst und weitere Komorbiditäten berücksichtigen

➔ Migränepatienten haben viele Komorbiditäten, Angsterkrankungen zählen zu den häufigsten. Welche Therapieansätze bei psychiatrischen Begleiterkrankungen langfristig tragen können, wurde im Rahmen eines Symposiums auf dem DGPPN-Kongress 2019 diskutiert.

Prof. Dr. Tillmann Krüger, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, stellte die Ergebnisse eines großangelegten Online-Surveys (n = 11.266) vor, nach denen 55 % der Migränepatienten von Erwartungsangst betroffen waren [Martelletti P et al. J Headache Pain 2018; 19(1):115]. Dabei gebe es eine bidirektionale Beziehung zwischen beiden Erkrankungen: Angsterkrankungen erhöhten das Risiko für Kopfschmerzen und

Migräne, Migräne erleichtere die Entstehung von Angst. Eine Ursache könne sein, dass affektiv-motivationale Hirnareale – präfrontaler Kortex, Amygdala oder Hippocampus – bei beiden Krankheitsentitäten Veränderungen in Funktion und/oder Struktur aufweisen [Mines MT et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2016; 87(7):741–9]. Zur Migräneprophylaxe bei komorbider Angst oder Depression seien nicht alle verfügbaren Substanzen geeignet, erläuterte Krüger weiter. So sollten Betablocker, Flunarizin und Topiramid kritisch geprüft werden. Die jetzt verfügbaren monoklonalen Antikörper wie Erenumab (Aimovig®) könnten eine geeignete Option sein, da sie bei insgesamt sehr guter Verträglichkeit positive Effekte auf die Lebensqualität gezeigt hät-

ten ([Buse DC et al. Cephalalgia 2018; 38(10):1622–31]).

PD Dr. Charly Gaul, Ärztlicher Direktor der Migräne- und Kopfschmerzambulanz Königstein, ergänzte, dass es bei der Umsetzung nicht medikamentöser Optionen bei Migräne häufig Probleme gebe. So triggere die empfohlene körperliche Aktivität Attacken, sodass Patienten darauf verzichten und dadurch wiederum Migräneanfälle begünstigt werden. „Eine Prophylaxe mit monoklonalen Antikörpern kann ein Türöffner für nicht medikamentöse Maßnahmen sein“, sagte Gaul.

Dr. Claudia Bruhn

Symposium „Neurologie meets Psychiatrie: Angst vor Migräne – macht Migräne Angst?“ DGPPN 2019, Berlin, 28.11.2019; Veranstalter: Novartis

Metaanalyse unterstreicht Nutzen von MAO-Hemmer bei therapieresistenter Depression

➔ Bei schwerer Depression nimmt die Wahrscheinlichkeit einer Remission mit jeder erfolglosen Behandlung ab. Der MAO-Hemmer Tranylcypromin (Jatrosom®) kann jedoch auch bei therapieresistenter Depression die Symptome verbessern, belegt eine Metaanalyse, in die 23 Studien einfließen. Die Analyse wies eine signifikante Wirksamkeit des MAO-Hemmers Tranylcypromin bei Depression nach, berichtete Dr. Roland Ricken, Leiter der Spezialsprechstunde für therapieresistente Depression der Charité in Berlin. In die Analyse waren kontrollierte klinische Studien eingegangen, welche die Behandlung mit Tranylcypromin im Vergleich zu Placebo untersuchten. Es zeigte sich, dass Tranylcypromin signifikant wirksamer war als eine Behandlung mit Placebo, sowohl bei der Behandlung von Patienten mit Depression (Log Odds Ratio = 0,519, 95 %-Konfidenzintervall [KI]: 0,026–0,993) als auch von Patienten mit therapieresistenter Depression mit vorherigen, erfolglosen Therapieversuchen (Log Odds Ratio: 2,826, 95 %-KI: 1,494–4,158) [Ricken R et al. European Neuropsychopharmacology 2017; 27:714–31] (Abb. 1).

Bei Müttern, die nach der Entbindung unter einer Wochenbettdepression leiden, könn-

te ein akuter MAO-A-Anstieg infolge des Östrogenabfalls dahinterstecken, vermutete PD Dr. Julia Sacher vom Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften in Leipzig. In Tiermodellen sei ein Zusammenhang von Östrogen und MAO-A nachgewiesen worden, außerdem hätten PET-Studien gezeigt, dass es in der ersten Woche nach der Entbindung im Gehirn von

Müttern einen MAO-A-Anstieg um 40 % gebe. Im Falle einer postpartalen Behandlung mit MAO-Hemmern sei ein Abstillen oder Zufüttern ratsam, da die Datenlage zur Auswirkung auf das Kind derzeit noch unzureichend sei.

Dr. Katharina Brüggem

„60 Jahre Tranylcypromin – wirksame Behandlung der therapieresistenten Depression“, DGPPN, Berlin, 29.11.2019; Veranstalter: Aristo

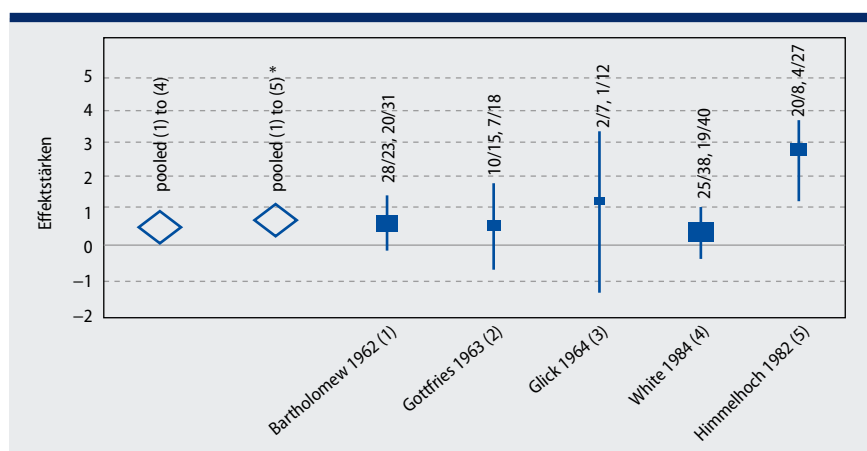


Abb. 1: Effektstärken (Log Odds Ratio) und 95 %-Konfidenzintervalle des Vergleichs von Tranylcypromin versus Placebo. Studie Nummer 5: Therapieresistente Depression (mod. nach Ricken R et al. European Neuropsychopharmacology 2017;27:714–31)

Journal

*„Hassen heißt lieben“
(Emile Zola)*

Über den Hass

Anmerkungen zur Literarizität eines zeitlosen Phänomens

Zum Stichwort „Hass“ wirft Amazon mehr als 10.000 Nennungen aus, während der Begriff als Lemma im Lexikon „Literatur und Medizin“ (2005) fehlt. Hass beherrscht in unseren Tagen den öffentlichen Diskurs und ist aus der gesellschaftspolitischen Diskussion nicht mehr wegzudenken. Dabei ist Hass keine Kategorie der ICD-10 oder des DSM-V. Hass passt nicht in diagnostische Manuale. Aber das ist hier nicht gemeint. Schon in Johann Christoph Adelungs „Grammatisch-kritischem Wörterbuch der Hochdeutschen Mundart“ von 1796 ist Hass „ein hoher Grad der Neigung, aus der Wegschaffung eines Dinges oder aus dem Übel einer Person Vergnügen zu empfinden. (...) Der gemeinsten und immer noch wahrscheinlichsten Meinung nach stammt es von heiß und Hitze her, und da würde es ursprünglich eine jede heftige unangenehme Gemütsbewegung bedeutet haben.“

Folgt man dem „Wörterbuch der Philosophischen Grundbegriffe“ von Friedrich Kirchner und Carl Michaëlis (1907), so ist Hass „die leidenschaftliche Abneigung gegen das, was uns Unlust bereitet hat. Der Hass, das Gegenteil der Liebe, verabscheut nicht nur einen Menschen, sondern möchte ihm auch schaden. Er entspringt oft dem Eigennutz, dem Neide, dem gekränkten Ehrgeiz, der Eifersucht oder der verschmähten Liebe. Insofern er dem Gehassten Wichtigkeit beilegt, unterscheidet er sich von der Verachtung. Dinge kann man im Grunde nicht hassen, sondern nur Abneigung gegen sie, Abscheu vor ihnen empfinden; denn man vermag sie wohl zu zerstören, aber nicht ihnen zu schaden. Auch der Hass gegen das Böse ist nur der Abscheu vor demselben.“

Eine Kombination aus Vernunft und Gefühl

Gegenwärtig versteht man unter Hass laut Wikipedia ein „intensives Gefühl der Abneigung gegen eine Person oder eine Gruppe von Personen (...) und kann zu aggressiven Handlungen gegenüber den Hassobjekten führen. Ursache ist meist die Bedrohung oder Kränkung des eigenen Selbstwertgefühls. Hass wird

häufig als Gegenteil von Liebe oder als eine Folge enttäuschter Liebe interpretiert. Die Motive des Hassenden können teils unbewusst sein, lassen sich in der Regel jedoch bewusstmachen. Als Gegenbegriff in vergleichbarer Gefühlstärke wird vor allem die Liebe angesehen. Hass entsteht, wenn tiefe und lang andauernde Verletzungen nicht abgewehrt und/oder bestraft werden können. Hass ist somit eine Kombination aus Vernunft und Gefühl. Die Vernunft ruft nach dem Ende der Verletzung und nach einer Bestrafung des Quälenden.“

Zu den jüngsten und literarisch bedeutendsten Abhandlungen über den Hass gehört Karl Heinz Bohrer 2019 bei Suhrkamp erschienene Publikation „Mit Dolchen sprechen. Der literarische Hass-Effekt.“ Der Literaturtheoretiker und Publizist Karl Heinz Bohrer, Jahrgang 1932, war Schüler am humanistischen Gymnasium und Landschulheim Birklehof im Schwarzwald, studierte zunächst Germanistik, Theaterwissenschaft und Geschichte in Köln, wechselte dann nach Göttingen, wo er Philosophie ergänzte. Er studierte bei bedeutenden Gelehrten wie Wolfgang Kayser, Helmut Plessner oder Percy Ernst Schramm, arbeitete nach dem Staatsexamen als

Lektor am Deutschen Zentrum in Stockholm und promovierte schließlich in Heidelberg bei Arthur Henkel über den „Mythos vom Norden. Studien zur romantischen Geschichtsprophetie.“ Seit 1968 war Bohrer als Literaturkritiker und verantwortlicher Redakteur des Literaturteils bei der FAZ, bis er 1974 von Marcel Reich-Ranicki abgelöst wurde. 1975 ging Bohrer als Korrespondent der FAZ nach London. 1977/78 habilitierte er sich an der Universität Bielefeld mit einer Studie über die „Ästhetik des Schreckens“ in Ernst Jüngers Frühwerk. 1982 wurde er auf den Lehrstuhl für Neuere deutsche Literaturgeschichte an die Universität Bielefeld berufen. 1984 bis 2011 wurde er Mitherausgeber der Zeitschrift „Merkur“. 1997 wurde er emeritiert.

Denker des Ästhetischen der Gegenwart

Karl-Heinz Bohrer war mit der Schriftstellerin Undine Gruenter († 2002) verheiratet und lebt jetzt in London. Vielen gilt er als einer der wichtigsten Denker des Ästhetischen der Gegenwart. Einer seiner Arbeitsschwerpunkte ist die Thematik des „ästhetisierenden Schrecklichen und Bösen“. Neben seinen Essays



Auszug aus „Subito“ – vor Publikum vom Autor nachgeahmt

„Die Welt ist tot. Keiner hilft. Meine Verzweiflung schreit. Sie schreit: Dich gibt es gar nicht. Du kannst das schwere Deutsch nicht. Da verbrennt mein Kopf vor Schmerz. Ich muss ihn aufschlagen an der Tischkante. Da fällt das Hirn heraus. Ihr könntes mein Hirn haben. Ich schneide ein Loch in meinen Kopf, in die Stirne schneide ich das Loch. Mit meinem Blut soll mir mein Hirn auslaufen. Ich brauche kein Hirn nicht mehr, weil es eine solche Folter ist in meinem Kopf.“

Rainald Goetz

© Lillya / stock.adobe.com

schrrieb Bohrer seine Autobiografie in zwei Bänden: „Granatsplitter“ (2012) und „Jetzt“ (2017). Er kreierte angeblich die in der Fussballwelt bekannte Formulierung von Netzers Vorstoß „aus der Tiefe des Raumes“ und wurde mit der Prägung des Begriffs „Gutmensch“ in Verbindung gebracht.

Mit Dolchen sprechen

„Mit Dolchen sprechen“ ist eine besondere Art Literaturgeschichte des Hasses und versammelt zwölf Essays zur literarischen Hassrede. Der historische Reigen beginnt bei den Hassreden in William Shakespeares Dramen, analysiert den „erhabenen Hass“ in John Miltons „Verlorenes Paradies“ und erläutert die Zusammenhänge von Hass und Satire in Jonathan Swifts „Gullivers Reisen.“ Weitere Überlegungen gelten Heinrich von Kleists „grausamen Helden“ unter dem Titel „Hass als poetologischer Schlüsselbegriff bei Baudelaire. Über die „Metaphysik des Hasses und der Liebe“ in Richard Wagners Oper „Ring des Nibelungen“ wird ebenso rasoniert wie über das Gedeihen des Hasses im gutbürgerlichen Wohnzimmer in August Strindbergs Totentänzen. Die Hass-Exzesse in Louis Ferdinand Célines berserkerndem Roman „Reise ans Ende der Nacht“ werden einer scharfen Analyse unterzogen und stehen in unmittelbarer Nachbarschaft zu Jean-Paul Sartres „Hass als existentialistischer Code“ in „Der Ekel“ und in dem Drama „Die Fliegen“.

Bohrer fragt angesichts der Texte von Thomas Bernhard, Peter Handke und Elfriede Jelinek, denen er die Arbeiten von Rainald Goetz und Rolf Dieter Brinkmann gegenüberstellt: „Hassen nur Österreicher auf Deutsch?“

Die den Band abschließenden Reflexionen gelten dem Thema „Hassen, um gehasst zu werden“ angesichts der „Versionen des Phantastischen“ bei Michel Houellebecq. Es sind zusammengenommen weit mehr als bloß Charakterstudien von Gestalten der Weltliteratur von der Renaissance bis zur Gegenwart. Bohrer zeigt in seiner Auseinandersetzung mit dem Hass als Motiv, Thema und Strukturmerkmal nichts weniger als dass Hass eines der „zentralen Ausdrucksmedien“ der Literatur überhaupt ist: langlebiger als die Liebe und entwürdigend, wie die NZZ anmerkt.

Bohrer interessiert sich nicht so sehr für den Hass im aktuellen Kontext der Flüchtlingskrise und der damit verbundenen Begriffe wie Identität, Rassismus und Nationalismus. Auch nicht um Hass als psychologische Identifikation geht es. Das ideologiekritische Verständnis des Begriffes Hass steht ausdrücklich nicht in seinem Focus. Er beginnt sein Vorwort mit einem Zitat des englischen Dichters William Blake: „The tigers of wrath are wiser than the horses of instruction“ und sagt: „Seit dem ersten Satz der europäischen Literatur, seit Homer seine Göttin anrief, den Zorn des Achill zu beschwören, der zum Hass wird, seit diesem Anruf ‚mein in aeide thea‘ ist das Wort zu einer zentralen Ausdrucksform der Literatur geworden. Und seit Archilochos‘ Hass-Lyrik wusste die griechisch-römische Klassik, warum sie diesem Gefühl den Vorrang vor allen anderen Emotionen gab.“

Bohrer rekurriert auf Emile Zola, der, ähnlich wie Maupassant, dem Hass in seinem Werk „keine poetische, sondern eine politische Stimme gegeben hat. (...) Er war es, der den imaginativen Hass als

existenziellen Selbsta Ausdruck dargestellt hat. (...) Sein Prosastück ‚Mes Haines‘ beginnt mit diesen Sätzen: ‚Der Hass ist heilig. Er ist die Indignation der starken und mächtigen Herzen, die militante Verachtung derer, die die Mittelmäßigkeit und Dummheit nicht ertragen. Hassen heißt lieben, seine heiße und großmütige Seele spüren, mit Verachtung gegenüber den schändlichen und dummen Dingen leben.“

Schließlich macht Bohrer darauf aufmerksam, dass die Hass-Rede auch in der „theologisch-religiösen Tradition eine hervorragende Rolle spielt: so in den Psalmen und vor allem in Dante Alighieris Darstellung des Infernos und darin der entsetzlichen Strafen für berühmte Sünder. Diese Darstellung ist zwar ausgesucht poetisch, aber das Motiv ist kein poetisches, sondern ein moralisches.“

Rasierklingen-Lesung

Springen wir über Zeiten hinweg in die jüngste literarische Vergangenheit und wählen als Beispiel das mediale Debüt eines jungen Mediziners zum Thema Hass: Gegen Ende seines Werkes untersucht Bohrer das Hass-Thema bei Rainald Goetz in seinem Text „Subito“, dessen Vortragsinszenierung bei den Tagen der deutschsprachigen Literatur zum Ingeborg Bachmann Preis 1983 in Klagenfurt den Schriftsteller Rainald Goetz erst richtig bekannt gemacht hat. Goetz hat sich während der öffentlichen Verlesung seines Textes mit einer Rasierklinge die Stirn geschlitzt, sodass sein Blut effektiv auf das Papier und die in seiner unmittelbaren Nähe sitzende Veranstaltungssekretärin tropfte, die an diesem Tag ein weißes Sommerkleid trug. Während der Großteil der Zuhörerschaft entsetzt und schockiert reagierte und die laufenden Kameras des österreichischen Fernsehens in Nahaufnahme auf die Schriftstellerstirn hielten, blieb die Jury, insbesondere aber deren Vorsitzender Marcel Reich-Ranicki, gänzlich ungerührt von dem Spektakel. Reich-Ranicki meinte trocken, man sei hier wegen der Literatur versammelt, nicht aber wegen eines blutigen Spektakels. Ebenfalls an dem Wettbewerb teilnehmend, erinnere ich mich als Augenzeuge gut, dass Rainald Goetz vor seinem Auftritt hyper-

motorisch hin- und her tigerte und wie unter Medikamenteneinfluss wirkte. Man ahnte im Voraus, es würde eine Art Happening geben. Dabei darf nicht übersehen werden, dass Goetz nicht nur promovierter Althistoriker war, sondern auch Arzt, der ein Jahr zuvor mit einer Arbeit über ein Thema der Jugendpsychiatrie zum Dr. med. promoviert wurde. Er war in der Psychiatrischen Universitätsklinik München in der Nussbaumstraße kein Unbekannter.

Zentrales Ausdrucksmedium der Literatur

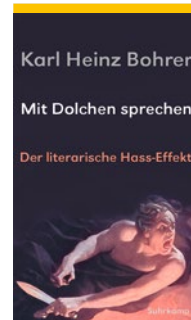
Bohrer nennt Goetzens Inszenierung einen „kalkulierten Medienauftritt“. Dazu bediente er sich der Hass-Thematik seines Textes „Subito“, der zunächst nichts anderes macht, als die banale Geschichte vom Arzt Dr. Raspe (Anspielung auf das RAF-Mitglied Jan Carl Raspe, Suizid 1977 im Gefängnis Stuttgart-Stammheim) zu erzählen, der gebeten wird, seinen Chef aufzusuchen und dieser Aufforderung aber nicht nachzukommen gedenkt. Damit war das Szenario einer hassenswerten Gegenwart eröffnet und eine Hass-Pauschal-Suada eingeleitet gegen alles und jeden: „Noch vor kurzem wäre Raspe hingegangen, um dem Direktor voll in die Eier zu haun und ihm die Maske der braun gebrannten Gesichtshaut samt schlohweißem Haar herunterzureißen.“ Raspe kündigt an, darüber in Kürze einen Roman vorzulegen (vgl. Goetzens Roman „Irre“ erschien 1983). Was gewissermaßen harmlos blutig beginnt, steigert sich nun in eine Tirade voller aggressiv-obszöner Bilder, zu denen jedoch keine rationale oder sonstige Erklärung geliefert wird: „So müsste es echt voll spritzen, am besten aus so einem fetten Direktor, das täte mir gefallen, in dem sein Fleisch hinein zum schneiden, den zum foltern, und während der blutüberströmt mundig um Gnade winseln täte, täte er logisch gefilmt werden (...)“.

Bohrer konstatiert hier zurecht: „Die Grammatik und der Erzählzusammenhang drücken keine nachvollziehbare Geschichte aus, sondern die Psychopathologie klinischer Erfahrung. Extrem grässliche Bilder stehen für Realitätsdarstellungen ein. (...) Brachialer als in diesen Vorstellungen kann sich Hass nicht

mehr ausdrücken. (...) Und mit Folterbildern wird Houellebecq bald ebenfalls grässlich aufwarten, was Goetz' genuine Sprache nicht mindert, im Gegenteil: Der Bruch mit dem Satzbau und dem Stil des guten Essays oder Romans verschärft das brutale Thema der Abrechnung mit einer Institution und ihren Repräsentanten. Die Abgefemtheit der ausgearbeiteten sadistischen Vorstellungen wird intensiviert, indem Landschaftsbilder von großer Schönheit vorbeifliegen.“

Die Steigerung geschieht nicht nur durch die Darstellung einer grotesk verkrüppelten Frau im Rollstuhl mit schönem Gesicht, sondern auch in der abstoßenden Widerlichkeit und Hässlichkeit nackter Menschen, die an der Isar baden. Diese Bilder sind derart von Hass und Abscheu in ihren erträglichen Grenzen ausgereizt, dass Bohrer nur noch von „Hass-Attrappen“ spricht, die „gegen die Welt aufgestellt sind“. Als Legitimationshintergrund erkennt Bohrer am Ende eine „aporetische Sinnerklärung“, nämlich „die Klage darüber, dass es keinen Sinn gäbe, dass aber ein neuer Sinn her müsse, indem der alte weggetrieben werde. Die Klage schreit mit solchen Worten: ‚Die Welt ist tot. Keiner hilft. Meine Verzweiflung schreit. Sie schreit: Dich gibt es gar nicht. Du kannst das schwere Deutsch nicht. Da verbrennt mein Kopf vor Schmerz. Ich muss ihn aufschlagen an der Tischkante. Da fällt das Hirn heraus. Ihr könntes mein Hirn haben. Ich schneide ein Loch in meinen Kopf, in die Stirne schneide ich das Loch. (An dieser Stelle setzte Goetz bei der Lesung die Rasierklinge an). Mit meinem Blut soll mir mein Hirn auslaufen. Ich brauche kein Hirn nicht mehr, weil es eine solche Folter ist in meinem Kopf.“

Bohrer spricht dieser „Affekt-Explosion“ eine „existenzielle Basis“ zu und gelangt unter Mitberücksichtigung weiterer Arbeiten von Goetz zu dem Ergebnis, „dass die von Goetz geschilderten Hass-Effekte – letztlich begründet im Erschrecken über den grausam dummen Zustand der Welt – sich nicht auch zum poetisch-literarischen Hass-Effekt entfalten können“, wie dies etwa bei Thomas Bernhard insbesondere in seinem Spätwerk „Heldenplatz“ (1988) der Fall ist. Darin ist die Litanei des Hasses über Österreich, Wien, die Universität, die Pro-



Buchtipp!

Karl Heinz Bohrer

Mit Dolchen sprechen – Der literarische Hass-Effekt

Suhrkamp Verlag,
2019, 28 €,
ISBN 978-3-518-42881-8

Auch als eBook
erhältlich.

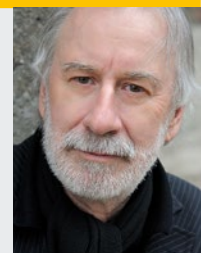
fessoren, den Heldenplatz eine „Reverenz gegenüber dem Stilmittel der ‚Über-treibung‘“, es ist ein „Hass von existenzieller Tiefe und Wucht“ durch die stilistische, strukturelle und personenbezogene, vor allem aber repetitive Evokation der nazistischen Vergangenheit und Gegenwart Wiens: „Erst durch die extrem subjektive Rede erreicht das politische Urteil das den wahren Hass-Impuls auszeichnende Pathos und seine Intensität“, konstatiert Bohrer in seiner richtungsweisenden Studie zum Hass als einem „zentralen Ausdrucksmedium der Literatur.“ So vieles kommt hier zusammen: Liebesentzug, Verlust, Erniedrigung, groteske Bilder von Blut und Aas, Weltabkehr und selbstzerstörerische Hoffnungslosigkeit.

AUTOR

**Prof. Dr. phil.
Gerhard Köpf**

Literaturwissenschaftler
und Schriftsteller
Ariboweg 10,
81673 München

E-Mail:
aribo10@web.de



Dana Meyer – Bildhauerin

Kraft der Auslassung

Eine ungeheure Präsenz zeichnet die Skulpturen der Bildhauerin Dana Meyer aus. Ob nun das Fell an der Wand, ein Pferdekopf oder eine Herde Schweine, die den Raum erkunden, jedes Kunstwerk scheint Aufmerksamkeit förmlich einzufordern.

Dana Meyer schmiedet ihre teils lebensgroßen Skulpturen freihändig aus Stahl und akzentuiert ihre Wesens- und Lebenslinien durch Auslassungen. Deutlich sind die Bruchstücke und Teile zu erkennen, mit denen sie beispielsweise ihre Schweine zusammengesetzt hat, und auch im Torso oder im Haupt eines Nashorns klaffen regel-

recht schwarze Löcher. Doch dadurch wirken die Skulpturen nicht etwa filigraner oder unvollständig. Im Gegenteil, die Auslassungen scheinen die Energie der Figuren noch zu unterstreichen, wie etwa ein richtig gesetzter Lidschatten das Auge vergrößert und intensiver wirken lässt. Die Körper, die die Bildhauerin erschafft, kommen ganz daher, ob-

wohl sie nicht aus einem Stück sind. Kleinere und größere Stahlplatten streben einander zu, drängen förmlich in eine Richtung, ein Effekt, der durch das Material, das sie verwendet, zustande kommt. Die Künstlerin selbst beschreibt ihren Arbeitsprozess dabei so: „Ich suche Stahlplatten auf dem Schrottplatz, zerschneide sie und führe jedes Segment

Schweine, 2013,
Stahl geschmiedet,
geschweißt



Scheuklappen, 2018,
Stahl geschmiedet,
geschweißt



Insekten, 2019, Stahlblech getrieben, geschweißt, Glas Pigmente



Rotbeinige Igelfliege, 2019, Stahlblech getrieben, geschweißt, Glas Pigmente

© Michel Klehm

© Michel Klehm

durch das formende Schmiedefeuer. Stück für Stück wächst die Figur. Ihre genaue Dynamik und ihre konkreten räumlichen Ausmaße liegen vor Arbeitsbeginn im Unklaren. Erst beim Anschweißen der Segmente treffe ich künstlerische Entscheidungen über Präsenz und Absenz von Körperpartien. Am Anfang steht ein Torso oder ein Kopf. Die Bewegungslinien der einzelnen Segmente geben eine Richtung vor, eine Geste, und so ist die Figur zu jedem Zeitpunkt ihrer Entstehung lebendig.“

Lebendigkeit aus Stahl

Obwohl es mit dem Material Stahl Dana Meyer schwer möglich ist, kleinste Faltenwürfe zu formen oder wie ein Maler feine Gefühlsregungen herauszuarbeiten, strahlen ihre Skulpturen einen Charakter, eine Stimmung aus. Die Schweine posen heiter und verspielt, fast übermütig, und der Scheuklappen besetzte Pferdekopf wirkt gehetzt-nervös.

Eines ihrer letzten abgeschlossenen Projekte sind eine Gruppe kleinerer Metallplastiken, kalt getriebene und verschweißte Fantasieinsekten. Ich greife diese angeblich von einer Südpazifikexpedition mitgebrachten Insektenexponate hier heraus, weil sie zwei weitere wichtige Aspekte im Werk der Künstlerin verdeutlichen: Humor und Sprache.

In Konservierungsgläsern hat sie eine kleine Armee kurioser Insekten unter-

gebracht, die den Betrachter ähnlich faszinieren dürften, wie wohl im 19. Jahrhundert die Fauna Australiens britische Forscher oder die Mitbringsel der ersten mittelalterlichen Orientreisen in Europa.

Imaginäre Reise

Mit viel Einfallsreichtum und Witz hat Dana Meyer eine ganz neue Gattung an exotischen Kleinskulpturen erstellt. Vom kiribatischen Giraffenhalskäfer bis zur warzigen Streifenwanze und Zotensteinfliege sind allerhand possierliche und auch weniger adrette Insekten entstanden, die einem auf den ersten Blick bekannt vorkommen, doch bei genauem Hinschauen wird die Verfremdung sichtbar. Schon die Namen der Tierchen, sowohl auf Latein als auch auf deutsch in wissenschaftlicher Art auf angegilbten Etiketten klassifizierend angebracht, verweisen auf diesen Kunstgriff. So ist auf dem Glas mit der rotbeinigen Igelfliege zu lesen: *Ericius Carnaria femorisbra*. Ordnung. Diptera, Zweitflügler Fundort: Bikar Atoll 1910.

Die sprachliche Begabung der Künstlerin erschließt sich nicht nur aus den vieldeutigen wie humorvollen Etiketten und Namen ihrer Arbeiten, sondern auch aus ihrer Diplomarbeit, einer imaginierten Expedition ins Eis, angelehnt an den Sprachduktus echter Forschungsliteratur. Begleitend zu den Insekten-skulpturen plant Dana Meyer außerdem

eine Art Reiselogbuch an den imaginären Fundort der Insekten, ganz im Stil einer in den letzten Jahren auch in der Belletristik wieder sehr in Mode gekommenen fiktiven Reiseliteratur.

Mit einer Künstlerin wie Dana Meyer als Cicerone lässt man sich gerne auf eine Reise in das Fremde im Vertrauten oder das Vertraute im Fremden ein.

Weitere Informationen und Ausstellungen:
<https://www.rothamel.de/de/kuenstler/dana-meyer.html>

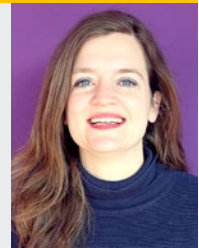
„Animal Transition – Dana Meyer, Hartmut Kiewert“, Städtische Galerie Ehingen, Juni/Juli/August 2020

AUTORIN

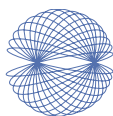
Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

E-Mail: angelika.s.otto@gmail.com



| Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2020 | | |
|--|--|---|
| Datum Ort Zeit | Landesverband Titel Themen | Anmeldung |
| 24.–26.4.2020, Waren (Müritz) | Landesverband Mecklenburg-Vorpommern: Frühjahrstagung mit Mitgliederversammlung | Anmeldung nicht erforderlich. Programm über Dr. Katrin Hinkforth, E-Mail: katrin.hinkfort@gmx.de Dr. Ramon Meißner, E-Mail: rc.meissner.praxis@gmx.de |
| 2.–3.10.2020, Irsee Kloster Irsee, Klosterring 4 CME | 93. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte Fortbildung und BVDN Mitgliederversammlung | Athene Akademie Tel.: 0931 2055526 E-Mail: k.braungardt@athene-qm.de |
| Fortbildungsveranstaltungen 2020 | | |
| 24.–25.4.2020, Aachen SuperC, Templergraben 57 | Jahrestagung der Sektion Intensivmedizin und Neurotraumatologie | Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Cynthia Rammel, Tel.: 03641 3116-333 E-Mail: ntim@conventus.de |
| 2.5.2020, Düsseldorf Schadowplatz 14 | Jahrestagung der Sektion Endoskopische Neurochirurgie, Neuronavigation und intraoperative Bildgebung der DGNC | Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-0 E-Mail: post@conventus.de |
| 10.–13.6.2020, Freiburg Konzerthaus Freiburg, Konrad-Adenauer-Platz c | 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie | Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Doreen Kühle, Tel.: 03641 3116-319 E-Mail: epilepsie@conventus.de |
| 15.–16.5.2020, Düsseldorf Haus der Ärzteschaft | 22. DGNB-Jahrestagung mit dem Thema: Trauma und chronischer Schmerz Eine komplexe Aufgabenstellung für neurologisch-psychiatrische Fachgutachter in der interdisziplinären Schmerzbegutachtung | DGNB – Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e.V. Manderscheider Str. 37, 60529 Frankfurt/Main Tel.: 069 8720-3755 E-Mail: info@dgnb-ev.de |
| 16.5.2020 (S1), Lörrach BWLV-Suchtberatungsstelle, Tumringer Str. 229 9.00–16.30 Uhr 20.6.2020 (S2) 9.00–16.30 Uhr 26.9.2020 (S3) 9.00–16.30 Uhr 10 CME-Punkte beantragt | Ausbildung in IPT der Depression Die „Interpersonelle Therapie – IPT“ nach Klerman/Weissman als störungsspezifisches Verfahren ist von den Krankenkassen (noch) nicht zugelassen, es wird in Deutschland kaum angewandt, obschon es in allen Leitlinien als bevorzugtes Therapieverfahren gilt. Die Ausbildung umfasst drei Seminare, danach die Anwendung unter Supervision, die durch das Team von Prof. Dr. E. Schramm in Freiburg erfolgt. | Dr. E. Dannegger, BVDN Baden-Württemberg E-Mail: dannegger@bvdn-bawue.de Tel.: 07621 48021 Fax: 07621 140120 |
| 10.–13.6.2020, Freiburg Konzerthaus Freiburg, Konrad-Adenauer-Platz 1 | 55. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie | Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Doreen Kühle, Tel.: 03641 3116-319 E-Mail: epilepsie@conventus.de |
| 21.–24.6.2020, Lübeck Lübecker Musik- und Kongresshallen GmbH, Willy-Brandt-Allee 10 | 71. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) 8. Joint Meeting mit der Japanischen Gesellschaft für Neurochirurgie | Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Franka Kümmel/Justus Appelt Tel.: 03641 3116-334 E-Mail: dgnc-kongress@conventus.de |
| 3.–5.7.2020, Berlin Maritim Hotel Berlin, Staufenbergstraße 26 | 14th European Headache Federation Congress EHF Head over Ache: Neuartige Behandlungen mit Silberstreifen | Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Cynthia Rammel/Marlen Schille, Tel.: 03641 3116-333/-358 E-Mail: dgnc-kongress@conventus.de |
| 17.–18.7.2020 und 2.–3.10.2020 Ispringen Haus Salem, Friedensstraße 62 36 CME-Punkte | Umgang mit Religion/Spiritualität in der Psychiatrie und Psychotherapie Ziel des Kurses ist es, das Behandlungsmanagement von Ärzten und psychologischen PT evidenzbasiert im Bereich der Spiritualität/Religion zu optimieren. | Anfragen und Anmeldung via E-Mail: info@afpp.de |
| 19.9.2020, Freiburg Hörsaal der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ecke Karl-/Hauptstraße | 2. Freiburger PPA-Symposium Psychiatrie Psychotherapie Aktuell | Elke Bühner, Unternehmenskommunikation Universitätsklinikum Freiburg Tel.: 0761 270-19210 Fax: 0761 270-9619030 E-Mail: ppa@uniklinik-freiburg.de |



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena, Klaus Gehring, Itzehoe
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Volker Bretschneider
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Holger Marschner
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Martin Finger, Stefan Specht
Mecklenburg-Vorpommern: Ramon Meißner
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Egbert Wienforth, Gereon Nelles
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Nikolaus Rauber, Richard Rohrer
Sachsen: Ulrike Bennemann
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Klaus Gehring
Thüringen: Volker Schmiedel
Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

Ansprechpartner für Themenfelder

EBM/GÖÄ: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl
Neue Medien: Bernhard Michatz
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Gunther Carl
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: Friedhelm Jungmann
Belegarztwesen Neurologie: Joachim Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: Roland Urban
U.E.M.S. – Psychiatrie, EFPT: Roland Urban
U.E.M.S. – Neurologie: Gereon Nelles

Ausschüsse

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: P. Christian Vogel, Markus Weih
Ambulante Neurologische Rehabilitation: Paul Reuther
Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: Norbert Mönter
Weiterbildungsordnung: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim
Leitlinien: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: Vorstand

Referate

ADHS: Günter Endraß
Demenz: Jens Bohllken
Epileptologie: Ralf Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: Paul Reuther
Neurootologie, Neuroophthalmologie: Klaus Gehring
Neuroorthopädie: Bernhard Kügelgen
Neuropsychologie: Paul Reuther

Neuroonkologie: Werner E. Hofmann
Pharmakotherapie Neurologie: Gereon Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: Roland Urban
Prävention Psychiatrie: Christa Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: Paul Reuther
Schlaf: Ralf Bodenschatz
Schmerztherapie Neurologie: Uwe Meier, Monika Körwer
Suchttherapie: Greif Sander



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
2. Vorsitzender: Martin Südmeyer, Potsdam
Schriftführer: Wolfgang Freund, Biberach
Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten
Beisitzer: Klaus Gehring, Itzehoe; Christoph Kosinski, Würselen; Elmar Busch, Essen; Heinz Wiendl, Münster
Beirat: Sophie Aschenberg, Köln (Junge Neurologen), Jochen Klucken, Erlangen (Telematik/ E-Health/Methodik), Iris Penner, Düsseldorf (Neuroedukation/Neuropsychologie), Klaus Piwernetz, München (Qualitätsmanagement)

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: Uwe Meier, Paul Reuther
GOÄ/EBM: Rolf F. Hagenah, Elmar Busch, Uwe Meier
Qualitätsmanagement: Uwe Meier
Risikomanagement: Rolf F. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN
DRG: Reinhard Kiefer



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: P. Christian Vogel, München
Schriftführer: P. Christian Vogel, München
Schatzmeister: Martin Finger, Frankfurt
Beisitzer: Sabine Köhler, Jena, Norbert Mayer-Amberg, Hannover

Referate

ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto
Autismusspektrumstörungen: Christa Roth-Sackenheim
Forensik: P. Christian Vogel

Geschäftsstelle des BVDN

Dagmar Differt-Fritz, Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Duisburg
 IBAN DE 04350500000200229227, BIC DUISDE 33 XXX
BVDN Homepage: <http://www.bvdn.de>
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN
Politische Geschäftsstelle Berlin: RA Bernhard Michatz, Geschäftsführer Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
 Tel.: 030 21480761, Fax: -21480763
 E-Mail: bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: Uwe Meier
Versorgungsforschung: Uwe Meier
Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung: Rolf Hagenah
Anhaltsszahlen/Qualitätssicherung: Fritjof Reinhardt, Paul Reuther
Rehabilitation: Harald Masur
CME: Friedhelm Jungmann, Paul Reuther
DRG: Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNR: Harald Masur; **AG ANR:** Paul Reuther
BV-ANR: Paul Reuther; **UEMS:** Gereon Nelles

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Wolfgang Freund
Bayern: Thomas Gilleßen
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf
Bremen: N. N.
Hamburg: Heinrich Goossens-Merk
Hessen: Rupert Knoblich
Mecklenburg-Vorpommern: Katrin Hinkfoth
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Richard Rohrer
Sachsen: Mario Meinig
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Matthias Nitschke
Thüringen: Dirk Neubert
Westfalen: Martin Bauersachs

Gutachterwesen: P. Christian Vogel
Migrationssensible psych. Versorgung: Greif Sander
Psychotherapie: Christa Roth-Sackenheim
PTSD: Christa Roth-Sackenheim
Sucht: Greif Sander
Transsexualität: P. Christian Vogel
Kontakt BVDN: Sabine Köhler

BVDP-Landessprecher

Bayern: Oliver Biniassch, Christian Vogel
Baden-Württemberg: Birgit Imdahl, Thomas Hug
Berlin: Michael Krebs und Alicia Navarro-Urena
Brandenburg: Delia Peschel
Bremen: Sebastian von Berg
Hamburg: Ute Bavendamm
Hessen: Martin Finger
Mecklenburg-Vorpommern: Caterina Jacobs
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Egbert Wienforth
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach
Saarland: David Steffen
Sachsen: Ulrike Bennemann
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Uwe Bannert
Thüringen: Sabine Köhler
Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen



An die Geschäftsstelle Gut Neuhof
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45469-25/-26
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Senior 60 €, Arzt in Weiterbildung 0 €).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Senior 60 €, Arzt in Weiterbildung 0 €).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BDN und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Senior 60 €, Arzt in Weiterbildung 0 €).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP – zu gleichen Beitragskonditionen.

Das erste Jahr der Mitgliedschaft ist beitragsfrei, sofern die Mitgliedschaft mindestens ein weiteres Jahr besteht.

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/ärztin | <input type="checkbox"/> Facharzt/in |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent/in | <input type="checkbox"/> Neurologe/in | <input type="checkbox"/> Nervenarzt/ärztin | <input type="checkbox"/> Psychiater/in |
| <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis tätig mit _____ | | | |

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

- Gratis NERFAX-Teilnahme** erwünscht
- Gratis Mailservice** „Das muss man wissen ...“ erwünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: _____

Bei der _____ BIC _____

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, Neurologen und Psychiater als Vertreter in den KVen und Ärztekammern (ÄK)***

| Name | Ort | BVDN | Delegierter | Telefon | Fax | E-Mail-Adresse |
|---|------------------------|------|-------------|---------------|---------------|---|
| BVDN-Landesverband: BADEN-WÜRTTEMBERG | | | | | | |
| Dr. J. Braun | Mannheim | ja | KV/ÄK | 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 |
| Dr. P. Hezler-Rusch | Konstanz | ja | ÄK | 07531 18330 | 07531 18338 | paula.hezler-rusch@online.de |
| BVDN-Landesverband: BAYERN | | | | | | |
| Dr. G. Carl | Würzburg | ja | KV/ÄK | 09321 24826 | 09321 8930 | carlg@t-online.de |
| Dr. K. Ebertseder | Augsburg | ja | KV | 0821 510400 | 0821 35700 | dr.ebertseder@t-online.de |
| Dr. Angelika Lütke | München | ja | KV/ÄK | 089 713729 | 089 71090537 | angela.luethe@gmx.de |
| BVDN-Landesverband: BERLIN | | | | | | |
| Dr. Gerd Benesch | Berlin | ja | KV | 030 3123783 | 030 32765024 | Dr.G.Benesch@t-online.de |
| Dr. R. A. Drochner | Berlin | ja | KV/ÄK | 030 40632381 | 030 40632382 | ralph.drochner@neurologe-psychiater-berlin.de |
| Dr. R. Urban | Berlin | ja | ÄK | 030 39220221 | 030 3923052 | dr.urban-berlin@t-online.de |
| BVDN-Landesverband: BRANDENBURG | | | | | | |
| Dr. St. Alder | Potsdam | ja | ÄK | 0331 7409500 | 0331 7409615 | st-alder@t-online.de |
| Dr. M. Böckmann | Großbeeren | ja | ÄK | 033701 338880 | | |
| Dr. G.-J. Fischer | Teltow | ja | ÄK | 03328 303100 | | |
| Dr. H. Marschner | Blankenfelde | ja | KV | 03379 371878 | | info@nervenarztpraxis-marschner.de |
| BVDN-Landesverband: BREMEN | | | | | | |
| Dr. U. Dölle | Bremen | ja | KV/ÄK | 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. A. Rensch | Hamburg | ja | ÄK | 040 6062230 | 040 60679576 | neurorensch@aol.com |
| Dr. R. R. Trettin | Hamburg | ja | KV/ÄK | 0176 61298288 | 040 461222 | praxis@neurologiewinterhude.de |
| BVDN-Landesverband: HESSEN | | | | | | |
| Prof. Dr. A. Henneberg | Frankfurt/M. | ja | ÄK | 069 59795430 | 069 59795431 | henneberg-neuropsych@t-online.de |
| S. Specht | Griesheim | ja | KV | 06155 878400 | 06155 878420 | stefan.specht@web.de |
| Dr. W. Wolf | Dillenburg | ja | KV | 0176 61298288 | 040 461222 | praxis@dr-werner-wolf.de |
| BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN | | | | | | |
| Prof. Dr. J. Buchmann | Rostock | ja | ÄK | 0381 4949460 | 0381 49 | johannes.buchmann@med.uni-rosrock.de |
| Dr. Dr. M. Gillner | Rostock | nein | ÄK | 03831 452200 | | |
| Dr. L. Hauk-Westerhoff | Rostock | ja | ÄK | 0171 2124945 | | liane.hauk-westerhoff@gmx.de |
| BVDN-Landesverband: NIEDERSACHSEN | | | | | | |
| Dr. R. Luebbe | Osnabrück | ja | KV | 0541 434748 | | ralph.luebbe@gmx.de |
| BVDN-Landesverband: NORDRHEIN | | | | | | |
| Dr. M. Dahm | Bonn | ja | KV/ÄK | 0228 217862 | 0228 217999 | dahm@seelische-gesundheit-bonn.de |
| Dr. A. Haus | Köln | ja | KV/ÄK | 0221 402014 | 0221 405769 | hphaust1@googlemail.com |
| BVDN-Landesverband: RHEINLAND-PFALZ | | | | | | |
| Dr. G. Endrass | Grünstadt | ja | KV | 06359 9348-0 | 06359 9348-15 | g.endrass@gmx.de |
| Dr. R. Gerhard | Ingelheim | ja | ÄK | 06132 41166 | 06132 41188 | dr.gerhard@neuro-ingelheim.de |
| Dr. M. Michel | Landau | ja | ÄK | 06341 929490 | 06341 929490 | post@dr-michel.de |
| Dr. Ch. Roth-Sackenheim | Andernach | ja | ÄK | 0160 97796487 | 02632 964096 | C@Dr-Roth-Sackenheim.de |
| Dr. K. Sackenheim | Andernach | ja | KV/ÄK | 02632 964000 | 02632 964096 | bvdn@dr-sackenheim.de |
| Dr. S. Stephan | Mainz | ja | KV/ÄK | 06131 582814 | 06131 582513 | s.stephan@nsg-mainz.de |
| Dr. C. Werner | Mutterstadt | ja | ÄK | 06234 920092 | 06234 920093 | dr.ch.werner@t-online.de |
| BVDN-Landesverband: SAARLAND | | | | | | |
| Dr. N. Rauber | Saarbrücken | ja | ÄK | 0681 971723-3 | 0681 971723-5 | zns.sb-rastpfuhl@t-online.de |
| Dr. R. Rohrer | St. Ingbert | ja | KV | 06894 40-51 | 06894 40-21 | rohrer@zns-igb.de |
| BVDN-Landesverband: SACHSEN | | | | | | |
| Dr. M. Meinig | Annaberg-B. | ja | KV | 03733 672625 | 03733 672627 | mario.meinig@t-online.de |
| BVDN-Landesverband: SACHSEN-ANHALT | | | | | | |
| Dr. Michael Schwalbe | Lutherstadt-Wittenberg | ja | KV | 03491 442567 | 03491 442583 | schwalbenhorst@t-online.de |
| BVDN-Landesverband: SCHLESWIG-HOLSTEIN | | | | | | |
| Dr. U. Bannert | Bad Segeberg | ja | KV/ÄK | 04551 969661 | 04551 969669 | Uwe.Bannert@kvsh.de |
| BVDN-Landesverband: THÜRINGEN | | | | | | |
| Dr. S. Köhler | Jena | ja | KV | 03641 443359 | | sab.koehler@web.de |
| BVDN-Landesverband: WESTFALEN | | | | | | |
| Dr. M. Bauersachs | Dortmund | ja | KV | 0231 142818 | | info@klemt-bauersachs.de |
| Rüdiger Saßmannshausen | Bad Berleburg | ja | ÄK/KV | 02751 2785 | 02751 892566 | sassmannshausen@bvdn-westfalen.de |

Dr. Uwe Bannert

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

Dr. Martin Bauersachs

Ostenhellweg 61, 44135 Dortmund
Tel.: 0231 142818
info@klemt-bauersachs.de

Dr. Ute Bavendamm

Oskar-Schlemmer-Str. 15,
22115 Hamburg
Tel.: 040 715-91223, Fax: -7422
dr.bavendamm.strobel@freenet.de

Dr. Gerd Benesch

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

Dr. Ulrike Bennemann

Holzhäuser Str. 75, 04299 Leipzig
Tel.: 0341 52993-88, Fax: -90
ubennemann@psychiatrie-leipzig.
de

Ralf Berkenfeld

Hochstr. 22, 47506 Neukirchen-Vluyn
Tel.: 02845 295223, Fax: -32878
berkenfeld@t-online.de

Dr. Rudolf Biedenkapp

Frankfurter Str. 127, 63067 Offenbach
Tel.: 069 8236606-1, Fax: -3
biedenkapp.r@t-online.de

Dr. Oliver Biniäsch

Fried.-Ebert-Str. 78, 85055 Ingolstadt
Tel.: 0841 837-72, Fax: -62
psypraxingo@t-online.de

Dipl. Med. Ralf Bodenschatz

Hainische Str. 4–6, 09648 Mittweida
Tel.: 03727 941811, Fax: -991013
rbodenschatz@t-online.de

Dr. Jens Bohlken

Klosterstr. 34–35, 13581 Berlin
Tel.: 030 332900-00, Fax: -17
dr.j.bohlken@gmx.net

Dr. Volker Bretschneider

Sternplatz 1, 89573 Ehingen
Tel.: 07391 7264-6, Fax: -8
dr.bretschneider@neuro-
logie-psychiatrie-ehingen.de

Prof. Dr. Elmar W. Busch

Wandastr. 22, 45136 Essen
Tel.: 0173 2552541
elmar.busch@t-online.de

Dr. Gunther Carl

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

Dr. Martin Delf

Lindenallee 7, 15366 Berlin
Tel.: 03342 42293-0, Fax: -1
dr.delf@neuroprax.de

Dr. Ulrich Dölle

Leher Heerstr. 18, 28359 Bremen
Tel.: 0157 31087987,
Fax: 0421 2438796,
u.doelle@t-online.de

Dr. Joachim Elbrächter

Schlüterstr. 77, 20146 HH
Tel.: 040 414235-22, Fax: -23
dr.elbraechter@freenet.de

Dr. Günther Endrass

Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt
Tel.: 06359 9348-0, Fax: -15
g.endrass@gmx.de

Dr. Martin Finger

Landgrafenstr. 28, 60486 Frankfurt

Tel.: 069 7706760-5, Fax: -7

praxis-finger@gmx.de

Dr. Peter Franz

Ingolstädter Str. 166, 80939 München
Tel.: 089 31-17111, Fax: -63364
pkfranz@aol.com

Dr. Matthias Freidel

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

Prof. Dr. Wolfgang Freund

Waaghausstr. 9–11, 88400 Biberach
Tel.: 07351 78-33, Fax: -34
freund-ulm@t-online.de

Dr. Klaus Gehring

Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe
Tel.: 04821 20-41, Fax: -43
info@neurologie-itzhoe.de

Prof. Dr. Christian Gerloff

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

Dr. Thomas Gilleßen

Eversbuschstr. 111, 80999 München
Tel.: 089 818017-00, Fax: -01
info@neurologie-gillessen.de

Dr. Heinrich Goossens-Merk

Hohe Weide 17b, 20259 Hamburg
dr.goossens-merkt@neurologie-
hamburg.net

Dr. Holger Grehl

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

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah

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

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

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

Dr. Katrin Hinkfoth

Ulmenallee 10–12
18311 Ribnitz-Damgarten
Tel.: 03821 88980-10, Fax: -11
katrin.hinkfoth@gmx.de

Dr. Guntram Hinz

Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg
Tel.: 040 60679-863, Fax: -576
guntram.hinz@yahoo.de

Dr. Thomas Hug

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

Dr. Werner E. Hofmann

Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg
Tel.: 06021 44986-0, Fax: -244
w.e.hofmann@onlinehome.de

Dr. Birgit Imdahl

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

Dr. Caterina Jacobs

Eichenallee 18, 1812 Gelbensande
Tel.: 038201 6089-9, Fax: -7

Dr. Friedhelm Jungmann

Im Wildfang 13a, 66131 Saarbrücken
Tel.: 06893 987502-0, Fax: -9
mail@dr-jungmann.de

Prof. Dr. Reinhard Kiefer

Elise-Averdieck-Str. 17
27356 Rotenburg
Tel.: 04261 7722-19, Fax: -49
kiefer@diako-online.de

Dr. Rupert Knoblich

A.-Schweitzer-Str. 8, 64711 Erbach
Tel.: 06062 9416-0, Fax: -99
r.knoblich@neuro-centrum-
odenwald.de

Dr. Sabine Köhler

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

Dr. Monika Körwer

Am Ziegelkamp 1F, 41515 Grevenbroich
Tel.: 02181 60081-50, Fax: -60
Nervenpraxis@t-online.de

Dr. Bernhard Kügelgen

Neversstr. 7–11, 56068 Koblenz
Tel.: 0261 30330-0, Fax: -33

Holger Marschner

Zossener Damm 33, 15827 Blankenfelde
Tel.: 03379 37187-8, Fax: -9
bvdn@nervenarztpraxis-marschner.
de

Prof. Dr. Harald Masur

Piusallee 143, 48147 Münster

Dr. Norbert Mayer-Amberg

Bödekerstr. 73, 30161 Hannover
Tel.: 0511 667034, Fax: -621574
mambergt@htp-tel.de

Dipl.-Med. Mario Meinig

Barbara-Uthmann-Ring 157
09456 Annaberg-Buchholz
Tel.: 03733 67262-5, Fax: -7
mario.meinig@t-online.de

Dr. Ramon Meißner

Hinter d. Kirche 1b, 19406 Sternberg
Tel.: 03847 53-56, Fax: -85
rc.meissner.praxis@gmx.de

Dr. Uwe Meier

Am Ziegelkamp 1f, 41515 Grevenbroich
Tel.: 02181 70548-11, Fax: -70548-22
umeier@t-online.de

Dr. Norbert Mönter

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

Prof. Dr. Gereon Nelles

Werthmannstr. 1, 50935 Köln
Tel.: 0221 7902-161, Fax: -474
gereon.nelles@uni-due.de

Dirk Neubert

Bärwinkelstr. 33, 99310 Arnstadt
Tel.: 03628 602597, Fax: -582894
dirk@neubert.net

PD Dr. Matthias Nitschke

Sandstr. 18–22, 23552 Lübeck
Tel.: 0451 71441, Fax: -7060282
nitschke@neuro-im-
zentrum-luebeck.de

Bernhard Otto

Th.-Heuss-Str. 28, 38444 Wolfsburg
Tel.: 05361 772744, Fax: -875763
bernhard.otto@dgn.de

Dipl. med. Delia Peschel

Fröbelstr. 1, 03130 Spremberg
Tel.: 03563 52-213, Fax: -198
delip@web.de

Dr. Walter Raffauf

Dircksenstr. 47, 10178 Berlin
Tel.: 030 283279-4 Fax: -5

Dr. Nikolaus Rauber

Rheinstr. 35, 66113 Saarbrücken
Tel.: 0681 971723-3, Fax: -5
zns.sb-rastpfuhl@t-online.de

Dr. Elisabeth Rehkopf

Möserstr. 52–54, 49074 Osnabrück

Tel.: 0541 358560

elisabeth.rehkopf@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

Schülchenstr. 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641 9804-0, Fax: -4
preuther@rz-online.de

Dr. Richard Rohrer

Kaiserstr. 3, 66386 St. Ingbert
Tel.: 06894 40-51, Fax: -21
rohrer@zns-igb.de

Dr. Wolfgang W. Rossbach

Holzhoferstr. 5, 55116, Mainz
Tel.: 06131 22-2377, Fax: -7939
w.rossbach@gmx.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim

Breite Str. 63, 56626 Andernach
Tel.: 0160 97796487, Fax: -964096
C@Dr-Roth-Sackenheim.de

Dr. Greif Sander

Bödekerstr. 73, 30161 Hannover
Tel.: 0511 667034, Fax: -621574
dr.sander@posteo.de

Rüdiger Saßmannshausen

Poststr. 30, 53719 Bad Berleburg
Tel.: 02751 2785, Fax: -892566
sassmannshausen@
bvdn-westfalen.de

Dr. Volker Schmiedel

Wiesestr. 5, 07548 Gera
Tel.: 0365 882038-6, Fax: -8
dr.v.schmiedel@telemed.de

Dr. Michael Schwalbe

Annendorfer Str. 15
06886 Lutherstadt-Wittenberg
Tel.: 03491 4425-67, Fax: -83
schwalbenhorst@t-online.de

Dr. David Steffen

Lothringer Str. 1, 66740 Saarlouis
Tel.: 06831 42084, Fax: -124175
mail@praxissteffen.de

Prof. Dr. Martin Südmeyer

Conradstr. 5, 14109 Berlin
Tel.: 0331 2413710-2, Fax: -0

Dr. Roland Urban

Turmstr. 76 a, 10551 Berlin
Tel.: 030 392-2021, Fax: -3052
dr.urban-berlin@t-online.de

Dr. Rita R. Trettin

Hudtwalckerstr. 2–8, 22299 HH
Tel.: 040 46-4818, Fax: -1222
praxis@neurologiewinterhude.de

Dr. P. Christian Vogel

Agnesstr. 14/III, 80798 München
Tel.: 089 27-30700, Fax: -817306
praxcvogel@aol.com

Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch

Am Tannenwald 1, 79215 Elzach
Tel.: 07682 8018-70, Fax: -66
klaus.wallesch@neuroklinik-
elzach.de

Univ.-Prof. Dr. Heinz Wiendl

Albert-Schwietzer-Campus 1A,
48149 Münster,
Tel.: 0251 83468-10, Fax: -12
heinz.wiendl@ukmuenster.de

Egbert Wienforth

Cecilienstr. 1, 53840 Troisdorf
Tel.: 02241 778-48, Fax: -81
E.Wienforth@gmx.de

Prof. Dr. Markus Weih

Allersberger Str. 89, 90461 Nürnberg
Tel.: 0911 464400, Fax: -4719130
markus.weih@gmx.de

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), Vorsitzende Dr. med. Sabine Köhler (sk), Dornburger Straße 17a, 07743 Jena, Tel.: 03641 443359, E-Mail: sab.koehler@web.de, und Vorsitzender Dr. med. Klaus Gehring (kg), Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe, Tel.: 04821 2041, E-Mail: info@neurologie-itzhoe.de

Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP: D. Differt-Fritz, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Schriftleiter: Dr. med. Gunther Carl (gc) (v. i. S. d. P.), Friedenstraße 7, 97318 Kitzingen, Tel.: 09321 5355, Fax: -8930, E-Mail: carlg@t-online.de

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin Betriebsstätte München: Springer Medizin Verlag GmbH, Aschauer Straße 30, 81549 München, Tel.: 089 203043-1300, Fax: -203043-1400, www.springerfachmedien-medizin.de

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: 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 Nature Three GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Nature Three GmbH ist die Springer Nature Deutschland GmbH, die 100% der Anteile hält. Die Springer Nature Deutschland GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Nature Two GmbH. Die Springer Nature Two GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer Nature One GmbH. Die Springer Nature AG & Co. KGaA (73,116%), die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH (26,6%) und die Springer Nature One GmbH (0,284%) sind Gesellschafter der Springer Nature One GmbH. An der Springer Nature AG & Co. KGaA hält die Springer Science+Business Media G.P. Acquisition S.C.A., Luxemburg, 47% der Anteile und die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH 53% der Anteile.

Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Leiter Redaktion Facharztmagazine: Markus Seidl (es)

Ressortleitung ZNS: Dr. rer. nat. Gunter Freese (frg)

Verlagsredaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435, E-Mail: gunter.freese@springer.com, Dr. rer. nat. Thomas Riedel (tr, -1327), Christine Cramer (cc, -1333), Thomas Müller, Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409), Doris Gebhardt (Assistenz, -1450)

Herstellung: Ulrike Drechsler (Leitung), Tel.: 06221 4878-662, Edda Führer (Layout)

Corporate Publishing: Ulrike Hafner (Leitung), Tel.: 06221 4878-104, E-Mail: ulrike.hafner@springer.com

Anzeigenleitung: Peter Urban, Tel.: 089 203043-1333,

E-Mail: peter.urban@springer.com
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 25 vom 1.10.2019.

Vertrieb: Marion Horn (Leitung), Tel.: 06102 506-148, E-Mail: marion.horn@springer.com

Erstellungsort: München

Druck: KLIEMO, Hütte 53, 4700 Eupen/Belgien

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.springermedizin.de/neurotransmitter 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 31 €, Jahresabonnement 239 € (für Studenten/AIP: 143,40 €), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 35 €, Ausland 58 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 67,50 €, inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright und allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur 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. Mit der Einwilligung zur Publikation im „NeuroTransmitter“ überträgt der Autor dem Verlag auch das Recht, den Beitrag geändert oder unverändert in anderen Publikationen der Fachverlagsgruppe, in den zugehörigen Online-Diensten, in Online-Datenbanken Dritter und in Sonderdrucken für Industriekunden zu nutzen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor.

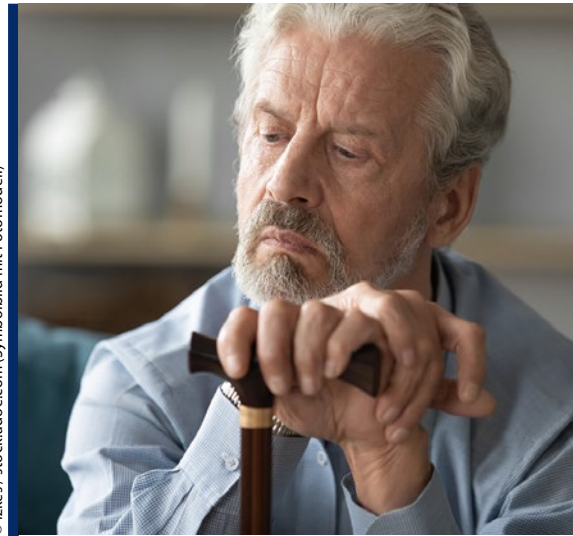
Die Wiedergabe von Gebrauchs-/Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten 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.

© Springer Medizin Verlag GmbH

Papierausgabe: ISSN 1436-123X
Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397
www.springermedizin.de/neurotransmitter



© IZkes / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodell)



Vorschau

Ausgabe 5/2020

Mai

erscheint am 15. Mai 2020

Fortgeschrittener M. Parkinson

Das Krankheitsverständnis vom Parkinson-Syndrom steht im Wandel von einer klassischen Bewegungsstörung hin zu einer facettenreichen motorischen und nicht motorischen Krankheitsentität. Die klinische Heterogenität und Komplexität nehmen dabei im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium zu.

Safewards-Modell gegen Konflikte

Konflikte sind alltägliche und oft komplexe Herausforderungen im psychiatrischen Versorgungsalltag. Leitlinien empfehlen es, Konzepte umzusetzen, wodurch Konflikte gemildert oder verhindert werden können, wie zum Beispiel das Safewards-Modell.

Kasuistik: Poststroke Depression?

Ein 75-jähriger Patient entwickelt nach einem ischämischen Hirninfarkt zunehmend depressive Beschwerden. Auch nach einem Jahr zeigen die Therapieversuche mit Antidepressiva noch keine Wirkung.

Weniger Migräne.
Mehr vom Leben.™

Jakobs Geburtstag

Nein, wegen meiner Migräne brauche ich absolute Stille

Ja, ich kann mit ihm feiern!

AJOVY® – Der CGRP-Antikörper für die spezifische Migräneprophylaxe⁵

Schnell & langanhaltend – Wirksam ab der 1. Woche¹ mit Langzeitdaten über 12 Monate²

Verträglich – Verträglichkeitsprofil auf Placebo-Niveau³⁻⁴

Patientenindividuell – Wahlweise als monatliche Dosis oder 90-Tage-Therapie (alle 3 Monate)⁵



Sie möchten mehr über AJOVY® erfahren? Über den QR-Code gelangen Sie auf unser Fachkreis-Portal unter www.teva.de

Als PEN & FERTIGSPRITZE verfügbar⁵

AJOVY®
(Fremanezumab)
Injektionslösung 225 mg

1. Winner PK et al. Headache 2019; 0:1-10. 2. Newman LC et al. EHF 2019, Athen, Griechenland, P010. 3. Dodick DW et al. JAMA 2018; 319(19): 1999–2008. 4. Silberstein SD et al. N Engl J Med 2017; 377(22): 2113–2122. 5. Fachinformation AJOVY®, Stand: 11/2019.

AJOVY® 225 mg Injektionslösung in Fertigspritze
AJOVY® 225 mg Injektionslösung in Fertigpen

Wirkstoff: Fremanezumab. **Zusammensetzung:** Eine Fertigspritze enth. 225 mg Fremanezumab. Ein Fertigpen enth. 225 mg Fremanezumab. Fremanezumab ist ein humanisierter monoklonaler Antikörper, der mittels rekombinanter DNA-Technik in Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (Chinese Hamster Ovary, CHO) hergestellt wird. **Sonst. Bestandt.:** Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Sacrose, Natriumedetat (Ph.Eur.), Polysorbat 80 (E 433), Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Migräneprophylaxe bei Erw. mit mind. 4 Migränetagen pro Monat. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandt. **Warnhinw.:** AM enth. weniger als 1 mmol Natrium (23mg) pro Dosiereinheit, d. h. es ist nahezu „natriumfrei“. **Schwangerschaft/Stillzeit:** Anwend. währ. der Schwangerschaft vermeiden. Anwend. währ. der Stillzeit nur in Betracht ziehen, falls diese klinisch erford. ist. **Nebenwirkungen:** Schmerzen an der Injektionsstelle. Verhärtung an der Injektionsstelle. Erythem an der Injektionsstelle. Juckreiz an der Injektionsstelle. Ausschlag an der Injektionsstelle. Immunogenität. **Dosierung:** Es stehen zwei Dos.optionen zur Verfügung: 225 mg einmal monatlich od. 675 mg alle drei Monate. **Status:** Verschreibungspflichtig. **Stand:** 11/19. TEVA GmbH, Graf-Arco-Str. 3, 89079 Ulm, Deutschland. Weitere Informationen siehe Fachinformation.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. Hinweise zur Meldung von Nebenwirkungen, siehe Abschnitt 4.8.