

# 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 70

Mitgliederbeilage  
**NEUROTRANSMITTER-  
TELEGRAMM**  
Telekonsil im EBM

**BVDP-Ausgabe**  
zum  
DGPPN-Kongress  
2020



**Gute Zahlen für die ZNS-Fächer 16**

Honorarbericht der KBV

**COVID-19-Pandemie 28**

Nehmen psychische Erkrankungen zu?

**Therapie mit Psychedelika 32**

Die Rolle der Psychotherapie

**Bullycide 48**

Suizide nach Cybermobbing

Hier steht eine Anzeige.





»Der Alltag ist auch für uns Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie nicht mehr derselbe.«

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

## Wir haben uns verändert!

Liebe und sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

es freut mich, Ihnen hiermit wieder die DGPPN-Kongressausgabe des NeuroTransmitter präsentieren zu dürfen. Das diesjährige Motto der Veranstaltung wurde schon vor über einem Jahr festgelegt und lautet: „Psychiatrie und Psychotherapie in der sozialen Lebenswelt“. Genau genommen bekommt dieses Motto jetzt auch noch einen Untertitel: „Wie hat Corona die soziale Lebenswelt verändert?“

Wie sehr hat sich in der Tat die gesamte Welt seit dem letzten November verändert! Der Alltag ist auch für uns Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie nicht mehr derselbe.

Wir haben im Februar und März dieses Jahres unsere Praxen „coronafest“ gemacht, mit Hinweisschildern, Desinfektionsmittelspendern, Abstandsregeln, geringeren Patientenzahlen in den Wartezimmern, abgeschirmten Anmeldezonen, Schulungen und Coachings unseres Personals bei sich immer wieder ändernden bundeslandabhängigen Regeln. Wir haben unseren Patienten erklärt, dass Nase-Mund-Masken doch etwas nützen, auch wenn am Anfang das Gegenteil propagiert wurde, von der Politik und darüber hinaus auch von unserer Selbstverwaltung!

Wir haben unseren Patienten, die noch zusätzlich durch die Corona-Angst belastet wurden, weiterhin versorgt. Wir haben mit ihnen die neuen Kommunikationsmittel und -wege ergiebig genutzt, ermöglicht wurden hier ein Quartal lang durchführbare Telefon- und auch die Videosprechstunden. Wir haben keinen Rückgang unserer Patientenzahlen insgesamt gespürt, die Nachfrage war fortwährend riesig. Und ja: Wir versorgen auch Verschwörungstheoretiker, wenn sie denn zu uns kommen.

Wir haben unsere Patienten in den Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen weiterhin versorgt oder den Kontakt über Telefon und Video gehalten, wo immer das durchführbar war.

Wir haben gesehen, welche seelischen Folgen ein Lockdown und die soziale Isolation auf psychisch belastbare und gut resiliente Menschen haben kann, aber auch, wie dies unseren Patienten eine zusätzliche Bürde auferlegte.

Wir haben Sie mit den Webinaren unserer Berufsverbände zur Praxisführung in der COVID-19-Pandemie und zur Heimversorgung, um nur zwei Themen zu nennen, zahlreich erreicht. Ihre Fragen an uns haben uns gezeigt, wie sehr Sie um eine verlässliche Versorgung, aber ebenso um Ihren eigenen Schutz gerungen haben und das teilweise noch immer tun. Die Dauer der COVID-19-Pandemie und die derzeit noch unklare zeitliche Perspektive, bis wann ein Impfstoff oder andere wirksame Medikamente gegen SARS-CoV-2 entwickelt und zur Anwendung gebracht werden können, kosten alle auf die Langstrecke sehr viel Kraft, auch uns!

Als Vorsitzende des BVDP möchte ich im Namen des gesamten Vorstandes allen Kolleginnen und Kollegen im Land aus ganzem Herzen danken, dass Sie die Versorgung in den letzten Monaten, oft unter Inkaufnahme eigener gesundheitlicher Risiken, uneingeschränkt sichergestellt und getragen haben.

Bitte passen Sie weiterhin gut auf sich auf und bleiben Sie gesund!

Beste Grüße, Ihre

Hier steht eine Anzeige.



## 3 Editorial

Wir haben uns verändert!

*Christa Roth-Sackenheim*

## Die Verbände informieren

## 8 Gesundheitspolitische Nachrichten

— COVID-19: Krankschreibung per Videosprechstunde und Telefon

— Umorganisation der Regressbestimmungen: Neue Rahmenvorgaben bei Wirtschaftlichkeitsprüfung

— Gesundheits-Apps: „Digitale Gesundheitsanwendungen“ auf dem Markt

*Gunther Carl*

— Bundesregierung weist Einflussnahme von Krankenkassen auf psychotherapeutische Behandlungen bei AU in die Schranken

— Neue Heilmittelrichtlinie: G-BA verschiebt Start auf Januar 2021

— Verordnungsleistungen: Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie können Soziotherapie abrechnen

*Christa Roth-Sackenheim*

## 12 Jubiläumsjahr im Zeichen der COVID-19-Pandemie 20 Jahre BVDP

*Christa Roth-Sackenheim*

## 14 Bezugsärzte als Lotsen für die Patienten

Vergabe des NRW-Gesundheitspreises 2020

## 16 Gute Zahlen für die ZNS-Fächer

Honorarbericht der KBV

*Christa Roth-Sackenheim*

## 19 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

Ein Angebot des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

*Christa Roth-Sackenheim*

## 20 Wir wollen und wir können das!

Menschen in Pflegeheimen versorgen

*Christa Roth-Sackenheim*

## 24 Wirkstoffvereinbarung 3.0

Arzneimittelverordnung in Bayern

*Markus Weih*

## 26 Regressgefahr bei Off-Label-Use im Blick behalten

Neues aus dem G-BA

*Markus Weih*

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



## 20 Menschen in Pflegeheimen versorgen

Die Mitbetreuung von pflegebedürftigen Patienten mit neurologischen und/oder psychiatrischen Symptomen gehört zu unserem Aufgabenspektrum. Was Sie über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Patientenverfügungen, Betreuungsrecht und Co. wissen müssen, lesen Sie in unserer Übersicht.

## Wie Sie uns erreichen

### Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese

Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435

E-Mail: [gunter.freese@springer.com](mailto:gunter.freese@springer.com)

### Schriftleitung:

Dr. med. Gunther Carl

Telefon: 09321 5355, Fax: 09321 8930

E-Mail: [carlg@t-online.de](mailto:carlg@t-online.de)

### Aboservice:

Bei Fragen rund um Abonnement und Postbezug

Telefon: 06221 345-0; Fax: 06221 345-4229

E-Mail: [leserservice@springer.com](mailto:leserservice@springer.com)

Hier steht eine Anzeige.



- 27 Homöopathie gestrichen**  
Bayerischer Ärztetag ändert Weiterbildungsordnung  
*Gunther Carl*

## Rund um den Beruf

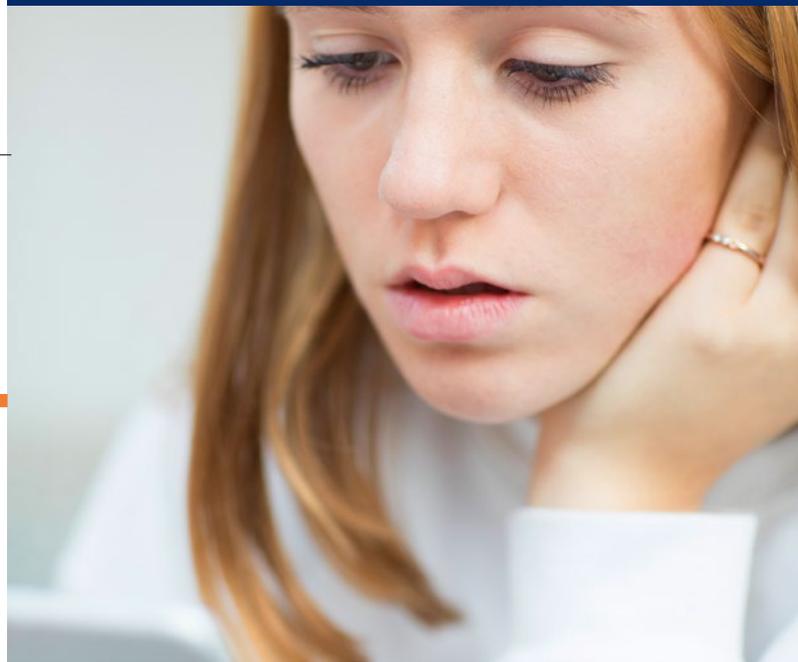
- 28 Nehmen psychische Erkrankungen durch die COVID-19-Pandemie zu?**  
Corona und die psychosozialen Folge  
*Christa Roth-Sackenheim und Christian Vogel*
- 30 Wie Sie Fallstricke beim BtM-Rezept vermeiden**  
Serie „Praxisprobleme“  
*Markus Weih*

## Fortbildung

- 32 Therapie mit Psychedelika – die Rolle der Psychotherapie**  
*Michael Koslowski, Felix Betzler, Gerhard Gründer, Henrik Jungaberle, Max Wolff*
- 38 COVID-19-Pandemie: Psychische Folgen für Bevölkerung und medizinisches Personal**  
*Steff G. Riedel-Heller und Jens Bohlken*
- 43 Organische Psychose unter Morbus Basedow**  
Psychiatrische Kasuistik  
*Maria Lietz, Florian Hollunder, Julian Hellmann-Regen*
- 48 CME Bullycide – ein neues Suizidphänomen im 21. Jahrhundert**  
Suizide nach Cybermobbing  
*Herbert Csef*
- 54 CME Fragebogen**

## Journal

- 66 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**  
Wer war Dr. Mabuse?  
Eine Familiengeschichte  
*Gerhard Köpf*
- 70 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**  
Politik im Teppichformat  
Tapisseries von Beate Passow  
*Angelika Otto*
- 37 Kleinanzeigen**
- 58 Pharmaforum**
- 72 Termine**
- 73 Verbandsservice**
- 75 Impressum/Vorschau**



## 48 Suizide nach Cybermobbing

Cybermobbing gefährdet in zunehmendem Maß Kinder und Jugendliche. Bei ihnen führt intensives Cybermobbing oft zu ausgeprägten Ängsten und Schamgefühlen. Die scheinbar ausweglose Situation kann dann zu Suizidversuchen oder Suiziden führen. Präventionsmaßnahmen sind dringend erforderlich. Eltern, Lehrer, Ärzte und die Polizei spielen dabei eine wichtige Rolle.



© Beate Passow,  
Foto: Nikolaus Steglich

**Titelbild (Ausschnitt): „Gibraltar, 2017, Tapiserie.**  
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 70.

# Die Verbände informieren

## ALTE UND NEUE MASSNAHMEN AUFGRUND VON COVID-19

### Krankschreibung per Videosprechstunde und Telefon

➔ Telefonische AU-Schreibungen sind ab sofort bei Erkältungskrankheiten wieder möglich – wie erst kurz vor Redaktionsschluss dieser NeuroTransmitter-Ausgabe bekannt wurde, für maximal eine Woche mit einmaliger Verlängerungsoption für eine weitere Woche. Dieser Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gilt bis zum 31. Dezember 2020.

Per Videosprechstunde sind ab sofort AU-Schreibungen aus jeglichem Grund laut Beschluss des G-BA möglich. Voraussetzung ist, dass der Patient der Praxis aufgrund früherer Behandlung persönlich bekannt ist und die Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Videosprechstunde überhaupt festgestellt werden kann. Die Krankschreibung darf maximal sieben Kalendertage dauern,

danach muss der Patient in die Praxis kommen, falls er weiterhin arbeitsunfähig sein sollte. Wurde der Patient primär in der Praxis arbeitsunfähig geschrieben, kann diese Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit per Videosprechstunde auch ohne erneuten Praxisbesuch verlängert werden. Eine Chat-Befragung, ein Online-Fragebogen oder ein Telefonat reichen nicht aus, es muss sich um eine Videosprechstunde handeln. Der Patient hat keinen Anspruch auf Krankschreibung mittels Videosprechstunde. Die AU-Schreibung per Videosprechstunde gilt auf Dauer.

**Kommentar:** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat erhebliche Bedenken angemeldet gegen die AU-Schreibung aus jegli-

chem Grund per Videosprechstunde. Sie verwies auf die medizinisch notwendige unmittelbare Untersuchung des Patienten durch den Arzt und auf das Missbrauchspotenzial. Die Fehlermöglichkeiten sind beachtlich. Arzt und Patient müssen sich genau an die Vorschriften halten, dass entweder die primäre Krankschreibung in der Praxis erfolgen muss, dann die Video-AU-Schreibung als Verlängerung folgen kann. Oder dass der Patient zunächst per Videosprechstunde arbeitsunfähig geschrieben wird und bei einer erforderlichen Verlängerung die Untersuchung zwingend persönlich in der Praxis erfolgen muss. Werden die Vorschriften nicht eingehalten, sind Nachteile für den Patienten, beispielsweise beim Krankengeld, oder Rückfragen der Krankenkasse bei den Ärzten programmiert.

## UMORGANISATION DER REGRESSBESTIMMUNGEN

### Neue Rahmenvorgaben bei Wirtschaftlichkeitsprüfung

➔ Im Mai 2020 veröffentlichten die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) neue Rahmenvorgaben zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Bei Regressen für verordnete Leistungen müssen von den Vertragsärzten nun nicht mehr die gesamten Kosten der als unwirtschaftlich erachteten Leistung bezahlt werden, sondern nur noch der Differenzbetrag zwischen unwirtschaftlicher und wirtschaftlicher Leistung. Dies gilt auch für Off-Label-Use-Prüfanträge. Eine Ausnahme bilden Leistungen, deren Erstattung von der GKV komplett ausgeschlossen ist. Außerdem hatte das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) festgelegt, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfungen zwei Jahre nach Ende des Kalenderjahres abgeschlossen sein müssen, bisher waren es vier Jahre.

Die Krankenkassen müssen nun auch bei ihren Prüfanträgen die vollständigen Prüfunterlagen sechs Monate vor Fristablauf

vorlegen und den Ärzten ist eine Stellungnahmefrist von sechs Wochen einzuräumen.

**Kommentar:** Vor allem die Einführung regionaler Prüfvereinbarungen in den einzelnen KVen statt der bisherigen Prüfungen nach Durchschnittswerten beziehungsweise Richtgrößen hat zu einer wesentlichen Entspannung der Prüfbedrohungen durch die Krankenkassen beigetragen. In zahlreichen KVen wurden Wirkstoffprüfungen mit dem Ziel vordefinierter Generika- beziehungsweise Leitsubstanzprozentsätze ebenso wie Bagatellgrenzen eingeführt. Infolgedessen gingen in einigen KVen Regelprüfanträge und Regresse dramatisch zurück, was von der Ärzteschaft natürlich außerordentlich begrüßt wurde. Die Krankenkassen wollen allerdings jüngst diese ursprünglich größtenteils von den Apotheken- abgabepreisen entkoppelten Prüfvereinbarungen mit ihren Rabattverträgen verknüpfen. So sollen überwiegend solche Arzneimittel

budgetentlastend wirken, für die von den einzelnen Krankenkassen Rabattverträge abgeschlossen wurden. Gleichzeitig ist die Tendenz zu beobachten, dass die Krankenkassen weniger Rabattverträge mit den Herstellern eingehen. Dies führt im Trend erneut zu einer stärkeren Regressbedrohung und zu einem Kellertreppeneffekt.

Insgesamt möchten die Krankenkassen „das Bedrohungsszenario aufrechterhalten“ (wörtlich). Dazu passt auch, dass in den letzten Monaten und wenigen Jahren wieder häufiger individuelle Einzelprüfanträge zum Beispiel wegen Off-Label-Use gestellt werden. Dies hängt vermutlich auch mit frei gewordenen Personalressourcen bei den Krankenkassen zusammen, weil in der Regelprüfung kaum noch Arbeit anfiel.

GESUNDHEITS-APPS

## „Digitale Gesundheitsanwendungen“ auf dem Markt

Seit Anfang Oktober 2020 sind die ersten GKV-erstattungsfähigen Gesundheits-Apps (digitale Gesundheitsanwendungen, DiGA) erhältlich. Sie sind laut Gesetzgeber dazu da, Krankheiten zu erkennen, zu überwachen, zu behandeln oder zu lindern. Die KBV sagt dazu: „teure Apps mit unklarem Nutzen“. Es handelt sich um eine Tinnitus-App (Kalmeda, Firma Mynoise) für 116,97 € pro Patient und Quartal und eine Webanwendung für Patienten mit Angst- und Panikstörungen (Velibra, Firma GAIA) zum Preis von 476 €. Die beiden smartphonefähigen Programme kamen nur elf Monate nach Beschluss des Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) auf den Markt. Sie sind vom Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach einem gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren zertifiziert. Alle derartigen Apps werden in Zukunft auf der Homepage des BfArM gelistet, 21 weitere Prüfungen laufen, für 75 zukünftige Anwendungen wurden bereits Beratungsgespräche mit der Behörde geführt.

Es handelt sich um Medizinprodukte mit niedriger Risikoklasse 1 oder 2 und CE-Zertifizierung. In einem etwa drei Monate langen sogenannten Fast-Track-Verfahren müssen die Hersteller 200 Fragen beantworten, Zertifikate und wissenschaftliche Studien beibringen, die vom BfArM auf Plausibilität geprüft werden. Das BfArM beurteilt beispielsweise Datenschutz, Wirksamkeit, Anwendungssicherheit, Komfort, mögliche Schäden. Zwölf Monate nach Erstzulassung haben die Hersteller Zeit, weitere Nutzenachweise zu erbringen.

Falls eine solche DiGA nicht vom Arzt verschrieben wird, kann sie eine Krankenkasse dem Patienten auch direkt erstatten.

DiGA ab Risikoklasse 3 sollen dann beim G-BA bewertet werden, sie unterliegen keinem Fast-Track-Verfahren.

Zukünftig sollen DiGA auch in der Praxis PVS-Software mit Pharmazentralnummer (PCN) gelistet sein.

Die Krankenkassen müssen im ersten Erscheinungsjahr den vom Hersteller geforderten Preis bezahlen. Erst danach gilt ein zwischen Hersteller und Krankenkassen ausgehandelter Preis, ähnlich wie bei neuen Arzneimitteln.

**Kommentar:** Gesundheitsminister Jens Spahn ist stolz darauf, dass es sich bei den DiGA um eine „Weltneuheit“ handelt. Sie sollen in die Regelversorgung aufgenommen werden und „dieses Verzeichnis soll für Ärztinnen und Ärzte zum Digital-Lexikon werden“. Die Krankenkassen befürchten „verkappte Lifestyle-Programme“. Der G-BA bezweifelt, dass die Bundesbehörde BfArM in der Lage ist, Datenschutz oder -sicherheit so zu prüfen, dass die Sicherheit der Patientendaten vollumfänglich gewährleistet werden kann.

Die KBV und wir als Berufsverbände raten den Vertragsärztinnen und -ärzten zunächst einmal strikt davon ab, DiGA zu rezeptieren. Der Nutzen ist unklar und nicht evidenzbasiert nachgewiesen, das gleiche gilt für durch DiGA verursachte Schäden. Im Einzelfall ist unbekannt, ob der Patient das Programm überhaupt benutzt. Fraglich ist außerdem, wer die Verantwortung trägt.

Ärzte müssen die App vor der Verordnung prüfen, sich einarbeiten, den Patienten aufklären und ergebnisbasierte Gespräche führen.



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

Dieser Aufwand wird bisher nicht vergütet. Offen ist außerdem, wie Vertragsärzte DiGA einfach auf dem üblichen Rezeptmuster Formular 16 verordnen und ihn damit zu seiner Krankenkasse schicken können, die ihm dann wohl einen Benutzer-Code zuteilt. Eine Genehmigungspflicht für den Arzt bei der Krankenkasse des Patienten ist nicht vorgesehen. Es dürfen allerdings nur DiGA verordnet werden, die beim BfArM gelistet sind.

DiGA, liebe Kolleginnen und Kollegen, werden uns noch eingehend beschäftigen, fürchte ich. Aus heutiger Sicht bin ich sehr skeptisch, ob uns in unseren neurologischen und psychiatrischen Fachgebieten DiGA medizinisch wesentlich weiterhelfen können. Dies mag in der Dermatologie, Kardiologie, Diabetologie, Sportmedizin anders sein.

Lesen Sie unsere Pro- und Kontra-Diskussion zu diesem Thema in den nächsten NeuroTransmitter-Ausgaben.

### Informationen exklusiv für BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder

Im beiliegenden NeuroTransmitter-Telegramm 4/2020 vom November 2020 erfahren Sie weitere praxisrelevante berufspolitische Einzelheiten. Diesmal berichten wir über die seit dem 1. Oktober 2020 im EBM abrechenbaren Telekonsile sowie die aktuellen Regeln zur telefonischen AU-Schreibung. Diese Beilage erhalten exklusiv ausschließlich unsere Mitglieder. **red**





## ANTWORT AUF „KLEINE ANFRAGE“

# Bundesregierung weist Einflussnahme von Krankenkassen auf psychotherapeutische Behandlungen bei AU in die Schranken

➔ Der Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten bvvp informierte im Frühjahr 2020 über eine verbandsinterne Dokumentation von über 100 Fällen von Krankenkasseneinmischungen in psychotherapeutische Behandlungen. Die Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weitere Abgeordnete und die Fraktion der FDP stellten unter anderem daraufhin eine „Kleine Anfrage“ an die Bundesregierung.

Die Bundesregierung stellt in ihrer Antwort vom 7. August 2020 (<https://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/215/1921503.pdf>) fest, dass die Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit (AU) eine freiwillige schriftliche oder elektronische Einwilligung des Versicherten erfordert. Ansonsten ist sie nach § 44 Absatz 4 SGB V nicht zulässig. Dies bedeutet, dass es wichtig sein kann, Ihre Patienten zu fragen, ob und wozu sie im Einzelnen ihre Einverständniserklärung gegeben haben. Grundsätzlich endet die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen dort, wo sie den Medizinischen Dienst einschalten muss, insbesondere bei der Prüfung von Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs oder wenn Zweifel an der AU bestehen. Viele Krankenkassen setzten sich aber offenbar systematisch darüber hinweg, dass ausschließlich Ärzte

sowie Psychotherapeuten das Recht haben, Diagnosen, Indikationen und Behandlungsempfehlungen auszusprechen.

Die Bundesregierung verweist in ihrer Antwort auf den verfassungsrechtlichen Schutz der Therapiefreiheit durch Artikel 5 Absatz 3 Satz 1 (Freiheit der Wissenschaft) und Artikel 12 Absatz 1 Satz 1 (Berufsfreiheit) des Grundgesetzes.

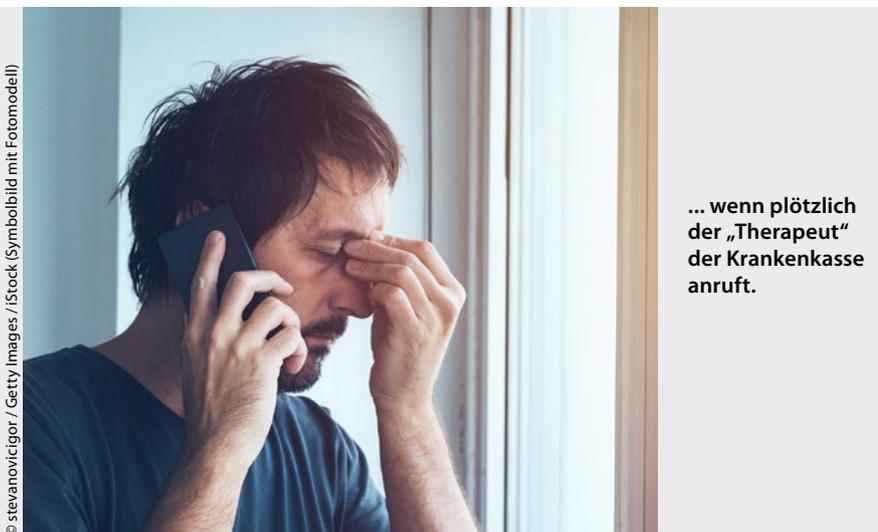
Wir raten Patienten insofern im Falle einer ungewollten Einmischung der Krankenkassen ihre Einwilligung zu widerrufen und sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sollten dort in solchen Fällen Beschwerde einreichen. Aufsichtsbehörden der Krankenkassen sind die Gesundheits- und Sozialministerien der Länder (betrifft vorwiegend die AOK) beziehungsweise das Bundesamt für Soziale Sicherung, wenn sich die Zuständigkeit der Krankenkasse über mehr als drei Bundesländer erstreckt (betrifft vorwiegend die Ersatzkassen).

Auch wir Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erleben immer wieder, dass Krankenkassenmitarbeiter versuchen, ihre Versicherten unter Druck zu setzen, indem sie mit der Einstellung von Krankengeldzahlungen drohen, wenn bestimmte Anweisungen nicht befolgt werden. Meist handelt es sich um die Aufforderung, am Telefon mit

einem „Therapeuten“ der Krankenkassen psychotherapeutische Gespräche zu führen. Dabei ist es unerheblich, ob es bereits eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsplanung, zum Beispiel medikamentöse Ersteinstellung, Beantragung einer medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder auch Richtlinienpsychotherapie besteht beziehungsweise durchgeführt wird. Unklar ist weiterhin, welche Ausbildung die „Krankenkassentherapeuten“ haben, ob sie über eine Approbation verfügen, welches Verfahren dabei durchgeführt wird und wie gegebenenfalls eine Dokumentation der Telefonate erfolgt. Es muss hierbei unterstellt werden, dass die bei den Krankenkassen angestellten „Therapeuten“ sich gegenüber dem Patienten nicht neutral verhalten. Zudem häufen sich Berichte über die Beeinflussung der Versicherten, eine Rehabilitation oder Rente zu beantragen. Letztlich ist das Ziel einzig und allein die Kostenersparnis für die Krankenkassen.

Außerdem gibt es viele kleine Selektivverträge (z. B. Kalimba, gemanagt von IVP Networks), in denen die Krankenkassen bei Vorliegen von F-Diagnosen von sich aus psychiatrische Fachkrankenpfleger zu den Patienten schicken und etwa zehn Sitzungen Soziotherapie finanzieren. Dies auch in der Regel ohne Vernetzung mit einem möglicherweise bereits bestehenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungskonzept. Nach den zehn Sitzungen wird das Betreuungsangebot ohne Rücksicht auf die erreichte Interventionstiefe und den aktuellen Status der Symptomatik beendet.

**Fazit für die Praxis:** Meldungen über Einflussnahmen der Krankenkassen auf ihre Versicherten mit F-Diagnosen nehmen mehr und mehr zu. Häufig führt dies zu zusätzlicher Inanspruchnahme der behandelnden Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Wir raten allen Kolleginnen und Kollegen im Falle einer ungewollten Einmischung der Krankenkassen ihre Patienten darauf hinzuweisen, ihre Einwilligung zu widerrufen und sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.



... wenn plötzlich der „Therapeut“ der Krankenkasse anruft.



## NEUE HEILMITTELRICHTLINIE

## G-BA verschiebt Start auf Januar 2021

➔ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine Verschiebung des Inkrafttretens der neuen Heilmittelrichtlinie auf den 1. Januar 2021 beschlossen. Die KBV hatte einen entsprechenden Antrag in die Gremien des G-BA eingebracht (KV-Info Aktuell 328/2020). Der Beschluss unterliegt nun noch dem Prüfvorbehalt des Bundesgesundheitsministeriums, das jedoch signalisiert hat, der Verschiebung zustimmen zu wollen.

Hintergrund ist, dass nicht sichergestellt werden kann, dass alle Softwarehäuser rechtzeitig bis zum 1. Oktober 2020 die neuen Vorgaben der überarbeiteten Heil-

mittelrichtlinie korrekt umsetzen und bereitstellen. Die bisherigen Verordnungsmulare 13, 14 und 18 behalten damit bis zum Jahresende ihre Gültigkeit. Ab dem 1. Januar 2021 müssen Praxen dann das neue Formular 13, das künftig für die Verordnung sämtlicher Heilmittel gilt, einsetzen.

Zum Start der neuen Heilmittelrichtlinie wird die KBV mehrere Serviceprodukte veröffentlichen (KV-Info Aktuell 269/2020), die sich ebenfalls verschieben. So wird die Servicebroschüre „Heilmittel“ aus der Reihe Praxiswissen nicht am 18. September, sondern am 11. Dezember 2020 dem Deutschen Ärzteblatt beiliegen.



Gesundheitspolitische Nachrichten aufgespießt von

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

## VERORDNUNGSLEISTUNGEN

## Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie können Soziotherapie abrechnen

➔ Seit dem 1. Oktober 2020 können Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie für die Verordnung von Soziotherapie die Gebührenordnungspositionen (GOP) 30810 und 30811 (Erst- und Folgeverordnung) abrechnen. Der Bewertungsausschuss hat eine entsprechende Anpassung des EBM sowie eine Verlängerung der befristeten extrabudgetären Vergütung der GOP 30810 und 30811 bis zum 30. September 2022 beschlossen (516. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung).

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Anpassung der Soziotherapierichtlinie und Erweiterung der verordnungsfähigen Arztgruppen ist am 4. Juli 2020 in Kraft getreten (vgl. KV-Info Aktuell 281/2020). Zur Umsetzung dieser Richtlinienerweiterung hat der Bewertungsausschuss mit dem aktuellen Beschluss Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie in die erste Bestimmung zum Abschnitt 30.8 (Soziotherapie) des EBM eingegliedert.

Darüber hinaus sind die GOP 30810 und 30811 in die entsprechenden Präambeln des EBM aufgenommen worden, damit die Verordnungsleistungen zur Soziotherapie von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie berechnet werden können. Als Folgeänderung ist die Nummer 4

der Präambel 23.1 gestrichen worden. Die Finanzierung ist zunächst gesichert, denn die KBV konnte aufgrund der Erweiterung der verordnungsfähigen Arztgruppen eine Verlängerung der befristeten extrabudgetären Vergütung der GOP 30810 und 30811 bis zum 30. September 2022 erreichen. Das Unterschriftenverfahren ist bereits einge-

leitet. Der Beschluss und die entscheidungserheblichen Gründe sind auf der Internetseite der KBV zu finden ([www.kbv.de/984706](http://www.kbv.de/984706)). Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner Internetseite (<http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) sowie im Deutschen Ärzteblatt.



**Soziotherapie ist nun verordnungsfähig.**

© fotografixx / iStock (Symbolbild mit Fotomodellen)



20 Jahre BVDP

# Jubiläumsjahr im Zeichen der COVID-19-Pandemie

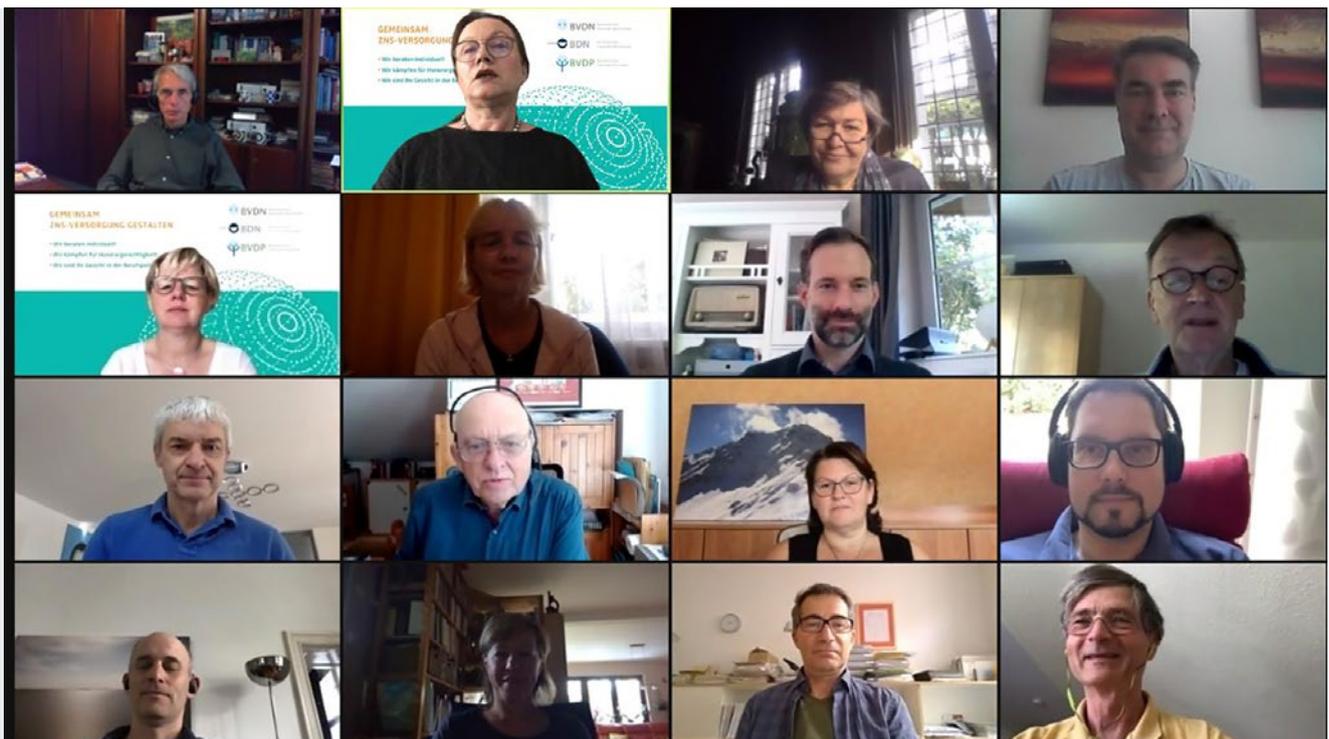
Am 19. September 2020 trafen sich die BVDP-Länderdelegierten zum 14. Mal, aber erst zum zweiten Mal im Rahmen einer Videokonferenz. Bereits die erste der beiden diesjährigen Länderdelegiertenkonferenzen im Mai fand wegen der COVID-19-Pandemie per Zoom-Konferenz statt. Leider musste die Feier zum 20-jährigen Jubiläum des BVDP, die im Mai 2020 geplant war, ausfallen und wurde auf unbestimmte Zeit verschoben.

Dieses Mal waren alle völlige „Zoom-Profis“, auch andere Konferenzen in diesem Jahr waren notgedrungen per Video abgehalten worden. Das Einwählen, das Stummschalten während andere sprechen, die Chatfunktion benutzen, das alles klappte, als wäre es nie anders gewesen. Dennoch war auch im Länder-

delegiertentreffen (Abb. 1) spürbar, was wir alle auch im Alltag und im Kontakt mit unseren Patienten spüren: Der persönliche Kontakt fehlt und wird schmerzlich vermisst!

Über die aktuelle Gesundheitspolitik auf Bundesebene und die Aktivitäten des Verbandes zu berichten, hatte ich als

Vorsitzende des BVDP selbst das Vergnügen: Die Gesundheitspolitik wird in diesem Jahr durch die COVID-19-Pandemie bestimmt. Die Pandemie legt den Fokus auf bereits bestehende Missstände und macht sie stärker sichtbar. In unseren Fächern kam es dazu, dass Tageskliniken schlossen, auch stationäre Patien-



© Dr. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

**Abb. 1:** So sahen wir uns wie im Screenshot abgebildet drei Stunden lang und der Redebedarf war groß. Per Videokonferenz waren wie hier zu sehen die Delegierten aus Westfalen-Lippe, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Bayern, Schleswig-Holstein, Brandenburg, Saarland, Berlin, Sachsen, Hessen und Baden-Württemberg sowie die BVDP-Vorsitzenden zugeschaltet. (Nicht im Bild: teilnehmende Delegierte aus Nordrhein, Sachsen-Anhalt und Niedersachsen).



ten vorzeitig entlassen wurden und aufsuchende ambulante Hilfen ihre Tätigkeit einstellten.

Wer vor Ort war und die Versorgung sicherstellte, das waren wir, die vertragsärztlich tätigen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenärzte und Neurologen. Alle Delegierten berichteten, wie auch schon im Mai, wie sie in Windeseile die Praxisabläufe umorganisiert, sich selbst und ihre Medizinischen Fachangestellten bestmöglich geschützt und vor allen Dingen die Patienten sicher versorgt haben.

Videosprechstunden sind inzwischen Alltag in unseren Praxen. Vermisst wird die Möglichkeit der Telefonsprechstunde, die für das zweite Quartal unersetzlich war.

Sechs von sieben Patienten sind in der Coronazeit ambulant im vertragsärztlichen Sektor behandelt worden. Die Leistung der Vertragsärzte allgemein im Pandemiefall und die Tatsache, dass diese entscheidend dazu beitragen, dass die Pandemie in Deutschland einen solch vergleichsweise glimpflichen Verlauf nahm, wurden sogar von der Bundeskanzlerin und auch vom Gesundheitsminister ausdrücklich mehrfach gelobt.

Und man hört derzeit seitens der Politik überhaupt nichts mehr von der Unbill der „doppelten Facharztschiene“.

### Honorarverhandlungen werden als Schlag ins Gesicht empfunden

Dass nach einer solchen Mammutleistung der Vertragsärzte die Honorarverhandlungen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen mit einem mageren Honorarplus von 1,5 % im Erweiterten Bewertungsausschuss abgeschlossen wurden, die Krankenkassen vorher sogar eine Nullrunde forderten, düpiert die Kolleginnen und Kollegen und erzeugt Wut und Unverständnis. Bei genauem Hinsehen haben die Krankenkassen nicht sehr viel mehr ausgeben müssen, sie haben sogar gespart: Die allermeisten Kosten im Pandemiefall haben der Bund oder die Kommunen, also der Steuerzahler getragen. Die Krankenhäuser haben wesentlich weniger Leistungen erbracht, die Vertragsärzte häufig Kosten für ihre persönliche Schutzausrüstung sowie die Abstands- und Sicherheitsmaßnahmen ihrer Praxen selbst bezahlt.

Die Krankenkassen haben im ersten Halbjahr einen Überschuss von 1,3 Milliarden € erzielt. Die „Freihalteprämien“ für die Kliniken, die sich auf 10 Milliarden € beliefen, hat der Bund bezahlt, nun sollen auch noch weitere 3 Milliarden € einfließen, um diese sicherer vor Hackerangriffen zu machen, die Notfallkapazitäten zu erhöhen und die Ambulantisierung voranzutreiben. Der BVDP fordert deshalb vom Bundesgesundheitsminister auch für die MFA Sonderboni und ihre Aufnahme in die nationale Teststrategie. Es kann nicht sein, dass dies nur für Kranken- und Altenpflegepersonal gelten soll. Auch unsere MFA sind bei ihrer Arbeit einem besonderen Infektionsrisiko ausgesetzt und haben Anerkennung und Schutz verdient!

Neben den Themen Pandemie und Honorar auf Bundesebene berichteten die Delegierten von der Umsetzung des Honorarschutzschildes in ihren jeweiligen Länder-KVen. Dieser greift in den meisten KVen, wenn das Leistungsvolumen oder auch die Fallzahl um mehr als 10 % pro Arzt zurückgegangen sind. Nur: Das ist bei kaum einer Praxis unserer Fachgruppen der Fall. Wir haben von allen Fachgruppen in der Regel den geringsten Leistungs- oder Fallzahlrückgang in den ersten beiden Quartalen verzeichnet. Meldungen aus den verschiedenen KVen geben einen Wert von maximal 2 % im zweiten Quartal an. Andere Fachgruppen wie HNO- oder Augenärzte waren weit stärker betroffen, mit Fallzahlrückgängen bis zu 30 % und mehr.

Wichtig ist für die Vertreter in den Länder-KVen, dafür zu sorgen, dass die Kolleginnen und Kollegen für die Mehrarbeit und das Durchhalten nicht mit Kürzungen und Plausibilitätsprüfungen bestraft werden!

### Patientendatenschutzgesetz – elektronische Patientenakte

Der Bundesrat hatte am Freitag, den 18. September 2020, am Vortag der Konferenz, das Patientendatenschutzgesetz wie erwartet ohne Änderungen gebilligt. Der Bundestag hatte das Gesetz Anfang Juli verabschiedet. Es stößt nicht nur beim Datenschutzbeauftragten auf viel Kritik. Die Einwände des Bundesdatenschutzbeauftragten („nicht vereinbar mit der Datenschutzgrundverordnung“)

haben bei den Krankenkassen zu Unsicherheit darüber geführt, wie sie ihre elektronische Patientenakte (ePA) gestalten können und müssen. So oder so: Wir brauchen ausreichend Vorlauf und eine zuverlässige Technik für die Praxen – und auch hier eine klare und vor allem verlässliche Kommunikation; gerade vom Unternehmen gematik.

Auch die Einflussnahme der Krankenkassen auf psychotherapeutische Behandlungen bei Arbeitsunfähigkeit wurde diskutiert. Es gibt mittlerweile keinen Kollegen, dessen Patienten damit noch keine Erfahrung gemacht haben. Eine kleine Anfrage an die Bundesregierung brachte eine Klarstellung hierzu: In ihrer Antwort vom 7. August 2020 stellt sie fest, dass die Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit eine freiwillige schriftliche oder elektronische Einwilligung des Versicherten erfordert [<https://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/215/1921503.pdf>]. Ansonsten ist sie nach § 44 Abs. 4 SGB V nicht zulässig. Das bedeutet, dass es wichtig sein kann, Ihre Patienten zu fragen, ob und wozu sie im Einzelnen ihre Einverständniserklärung gegeben haben.

### „DGPPN-Trios“: Arbeit wird sehr geschätzt

Viele der Länderdelegierten sind in ihrem Bundesland auch für die seitens des DGPPN-Vorstandes eingerichteten sogenannten Länder-Trios tätig. Diese Trios setzen sich zusammen aus jeweils einem Lehrstuhlinhaber, einem Vertreter eines Bezirks- oder Landeskrankenhauses und einem Vertragsarzt. Die Zusammensetzung der Trios und der Aufbau einer Kommunikationsstruktur wurden 2019 entwickelt und etabliert.

Die Trios waren auf Länderebene bisher in Sachen Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung bei den Landesärztekammern aktiv, aber zum Beispiel auch bei den Landesgesundheits- und Wissenschaftsministerien vorstellig geworden. Die Konstellation, dass sich drei Vertreter eines Fachgebietes, die die gesamte Versorgung repräsentieren, gemeinsam um ein gesundheitspolitisches Thema kümmern, kam bei den entsprechenden Stellen bisher sehr gut an und öffnete buchstäblich Türen.



Die Länderdelegierten berichteten, sofern die Besetzung der Trios einvernehmlich abgeschlossen war, über eine gute Arbeitsatmosphäre in den Trios, die auch dazu beiträgt, die jeweilige Versorgungsverantwortung des Gegenübers im Trio besser wertzuschätzen. Ein Treffen aller Ländertrios wird dieses Mal am 13. Oktober 2020 per Videokonferenz stattfinden, nachdem man sich beim letzten DGPPN-Kongress bereits einmal persönlich zusammengefunden hatte.

### Aktuelles aus dem BVDP

Seitens der internen Verbandsnachrichten freut sich der BVDP über bisher 25 neue Mitglieder in diesem Jahr (Stand Juni 2020). Ein sehr herzliches Willkommen an die neuen Kolleginnen und Kollegen!

Der Umzug der Geschäftsstelle von Krefeld nach Berlin geht derzeit planmä-

ßig in kleinen Schritten voran. Wir sind auf der Suche nach einem neuen modernen Mitgliederverwaltungssystem, das die Verwaltung und Kommunikation vereinfachen und erleichtern soll.

Thorsten Seehagen wird unsere Verbände weiterhin mit seiner Kompetenz unterstützen. Dagmar Differt-Fritz, die fast 20 Jahre die Geschäftsstelle in Krefeld und vorher in Neuss geleitet hat, geht zum Ende des Jahres in den wohlverdienten Ruhestand. An dieser Stelle und zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses NeuroTransmitter ist es eigentlich noch zu früh, ihr für die vielen Jahre der vielen und zuverlässigen Arbeit, das aufgebaute Vertrauen und die auch menschlich sehr schöne Zusammenarbeit zu danken, aber einmal mehr schadet ja keinesfalls!

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,  
Andernach

### Weitere Termine noch in 2020

27. November 2020  
14:00–16:00 Uhr:

**Mitgliederversammlung des BVDP** – auch für Nichtmitglieder offen.

Bitte wählen Sie sich unter folgendem Link ein: <https://us02web.zoom.us/j/86877468641?pwd=QXZUQ1JTMEl6ZEpRQTlxMk5NYjdhZz09>

28. November 2020

**Verbandssymposien im virtuellen DGPPN-Kongress**

- 13:00–14:00 Uhr: S-113 Intensiv ambulante Versorgung – die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit ist entscheidend (Channel 11)
- 14:30–15:30 Uhr: S-117 Versorgung in Alten- und Pflegeheimen durch den vertragsärztlich tätigen Psychiater/Neurologen (Channel 7)

## Vergabe des NRW-Gesundheitspreises 2020

# Bezugsärzte als Lotsen für die Patienten

Den „Gesundheitspreis Nordrhein-Westfalen 2020“ hat das Projekt „Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung“ in Düsseldorf erhalten.

**N**RW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann hat das Projekt „Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung“ der KV Nordrhein in Düsseldorf mit dem mit 5.000 € dotierten Gesundheitspreis des Landes ausgezeichnet. „Damit würdigen wir Initiativen, die sich in besonderem Maße Ansätzen widmen, die über den Bereich der reinen medizinischen Versorgung hinausreichen und bis in den konkreten Lebensalltag von Menschen wirken“, sagte Laumann. „Insbesondere bei den Patientengruppen mit Demenz, Parkinson oder Schlaganfall kommen mit steigendem Alter auch zunehmend Depressionen hinzu“, so der Minister weiter. „Das innovative Projekt der KV hat das Ziel, noch vorhandene Mängel in der Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen

abzubauen. Dazu gehören lange Wartezeiten auf eine Erstuntersuchung, zu wenig Koordination zwischen den Behandelnden und zu wenig Zeit für die Patienten. An dem Projekt der KV Nordrhein gefällt mir besonders gut, dass es genau hier ansetzt, indem die Patienten einen Bezugsarzt sozusagen als Lotsen zur Verfügung gestellt bekommen und alle beteiligten Ärzte und Therapeuten eng zusammenarbeiten.“ Damit erlaube das Projekt eine gestufte und koordinierte Versorgung dieser Patienten. Auf eine frühzeitige Feststellung des Versorgungsbedarfs folge durch eine berufsgruppenübergreifende Vernetzung eine zeitnahe, bedarfsgerechte und koordinierte Behandlung. Gemeinsam mit den Kooperationspartnern IVPNetworks GmbH, AOK Rheinland/Hamburg, BKK Landesverband Nordwest, Zentral-

institut für die kassenärztliche Versorgung und IGES Institut GmbH seien bis bereits 14.000 Patienten versorgt worden.

„Mit veränderten Lebensweisen sind neue gesellschaftliche Herausforderungen verbunden“, so Laumann. „Unser Gesundheitswesen muss das wahrnehmen und geeignete Lösungen entwickeln.“

Das Motto des NRW-Gesundheitspreises 2020 lautet „Seelische Gesundheit im Alter“. Insgesamt wurden dafür landesweit fünf Projekte ausgewählt. Laumann übergab den Preis am 5. November in Düsseldorf. Neben dem Geldpreis erhielten die Preisträger eine Urkunde und als „Gütezeichen“ ein vom Land vergebenes Logo, das sie für ihre Öffentlichkeitsarbeit nutzen können. Zudem wurden die Preisträger in die „Landesinitiative Gesundes Land NRW“ aufgenommen. **red**

Hier steht eine Anzeige.





## Honorarbericht der KBV

# Gute Zahlen für die ZNS-Fächer

Der Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das zweite Quartal 2018 ist veröffentlicht. Insgesamt zeigt sich in allen Fachgruppen der ZNS-Fächer ein überdurchschnittliches prozentuales Honorarplus.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gibt vierteljährlich einen Honorarbericht heraus. Die Honorarberichte beziehen sich jeweils auf das zwei Jahre zurückliegende Vorquartal im Vergleich zum drei Jahre zurückliegenden Vorquartal. Diese zeitliche Verzögerung entsteht, da die Honorare, bis sie endgültig feststehen, in den Landes-KVen mehrere Überarbeitungen durchlaufen, an die KBV gemeldet und schließlich durch die KBV statistisch aufgearbeitet werden müssen.

Aktuell wurde der Honorarbericht für das Quartal 2/2018 veröffentlicht:

[https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht\\_Quartal\\_2\\_2018.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_2_2018.pdf)

Im Folgenden werden einige ausgewählte Honorarstatistiken unserer ZNS-Fächer wiedergegeben (von Neurologen,

Nervenärzten, Psychiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychosomatikern, Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten):

Die hier verglichenen Daten sind unter anderem insofern interessant, da sie die Honorarentwicklung durch die neuen Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung mit beinhalten.

### Entwicklung der Honorarumsätze

Der Honorarumsatz aller Ärzte/Psychotherapeuten entwickelte sich von 2/2017 bis 2/2018 um 3,9 %, der Honorarumsatz je Arzt um 2 % (Abb. 1, Tab. 1). Die Anzahl aller Ärzte/Psychotherapeuten stieg um 1,8 % auf 163.651, hier sind angestellte Ärzte und Jobsharer mitgezählt. Umgerechnet auf den Teilnahmeumfang be-

trägt die Steigerung lediglich 0,4 %, ein Hinweis auf die zunehmende Teilzeittätigkeit der Vertragsärzte.

Verglichen dazu stieg der Honorarumsatz bei Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie um 6,5 %, je Arzt um 5 %. Die Behandlungsfälle steigen bundesweit um 30.000 Fälle (Abb. 2).

Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern war der Anstieg noch höher, er lag bei 14 % für die gesamte Fachgruppe und bei 11,8 % pro Arzt (Abb. 6). Die Behandlungsfälle nahmen um rund 10.000 zu.

In der Neurologie verzeichnete die Gesamtgruppe ein Plus von 10,3 %, der Zuwachs pro Arzt lag bei 4,6 % (Abb. 4). Mit einem Zuwachs von 117 Köpfen vergrößert sich die Fachgruppe der Neurologen etwas mehr als die Fachgruppe der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (+ 26 Köpfe). Die Anzahl der Behandlungsfälle stieg um gut 100.000.

Die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten hatte einen Gesamtzuwachs von 8,8 % und ein Um-

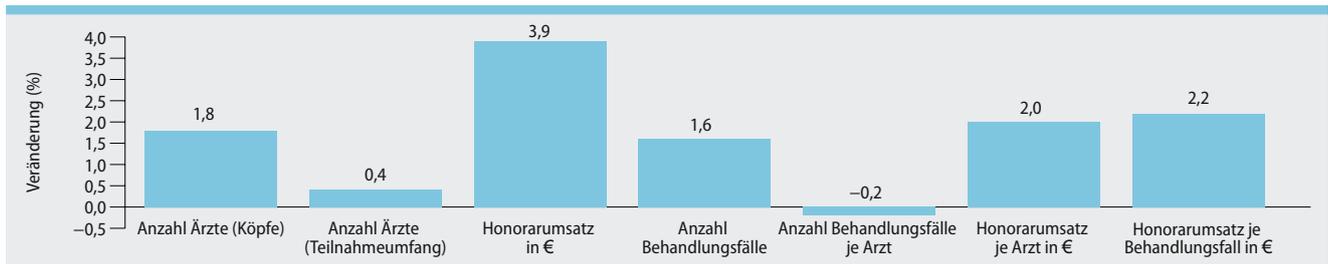


Abb. 1: Veränderung der Kennzahlen für alle Ärzte/Psychotherapeuten Quartal 2/2017 und Quartal 2/2018

Tab. 1: Veränderung der Kennzahlen für alle Ärzte/Psychotherapeuten Quartal 2/2017 und Quartal 2/2018

Quartal	Ärzte (Köpfe)	Ärzte (Teilnahmeumfang)	Honorarumsatz (€)	Behandlungsfälle	Behandlungsfälle/Arzt	Honorarumsatz/Arzt (€)	Honorarumsatz/Behandlungsfall (€)
2/2017	160.742	145.830,75	8.975.272.304	132.692.311	825	55.837	67,64
2/2018	163.651	146.366,75	9.321.133.211	134.880.717	824	56.957	69,11

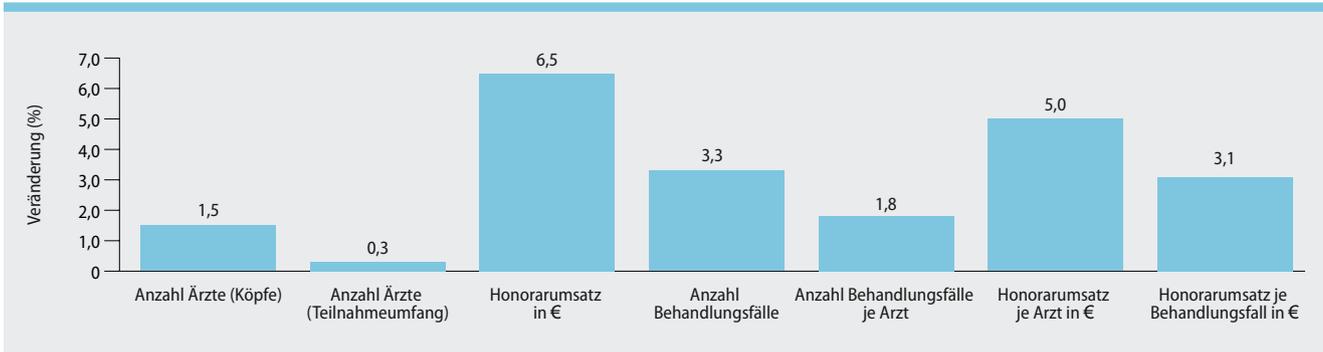


Abb. 2: Veränderung der Kennzahlen bei Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie Quartal 2/2017 und Quartal 2/2018

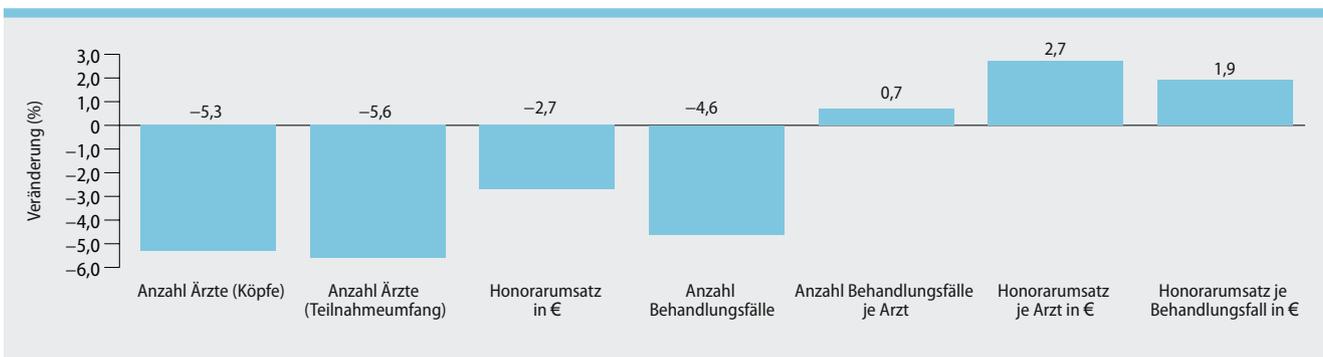


Abb. 3: Veränderung der Kennzahlen bei Nervenärzten Quartal 2/2017 und Quartal 2/2018

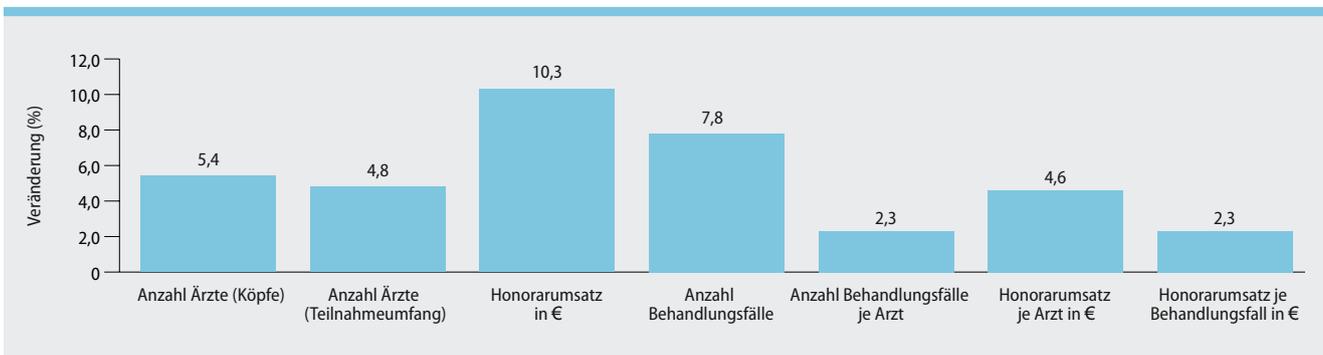


Abb. 4: Veränderung der Kennzahlen bei Neurologen Quartal 2/2017 und Quartal 2/2018

satzplus je Therapeut von 2,4 % (Abb. 5). Die Anzahl der Behandlungsfälle nahm um rund 80.000 Fälle zu.

Bei den Nervenärzten macht sich zunehmend der Rückgang der Anzahl der Kolleginnen und Kollegen bemerkbar, dieser lag bei über 1.000 Personen und zirka genauso vielen Teilnahmeumfängen, das heißt die Nervenärzte alter Weiterbildungsordnung arbeiteten praktisch alle mit vollem Versorgungsumfang (Abb. 3). Das Umsatzplus pro Arzt lag bei

2,7 %. Die Anzahl der Behandlungsfälle nahm um zirka 74.000 ab.

Auch die Gruppe der Ärztlichen Psychotherapeuten/Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erlebt einen Rückgang des Teilnahmeumfangs bei gleichzeitig leichtem Anstieg der Köpfe, das heißt es geben offenbar einige Ärzte einen halben Sitz ab (Abb. 7). Das Honorarplus in dieser Fachgruppe lag bei 3 %. Die Behandlungsfälle stiegen um zirka 7.500 an.

Zusammenfassend zeigt sich in allen ZNS-Fächern ein überdurchschnittliches prozentuales Honorarplus.

Während sich bei der Betrachtung aller Ärzte/Psychotherapeuten ein winziger Rückgang der Behandlungsfälle pro Arzt abzeichnet, sieht man in den ZNS-Fächern ein anderes Bild: Die Behandlungsfälle je Arzt steigen hier an.

Die Anzahl der Nervenärzte alter Weiterbildungsordnung nimmt deutlich ab, sie wird nur teilweise von der Anzahl der

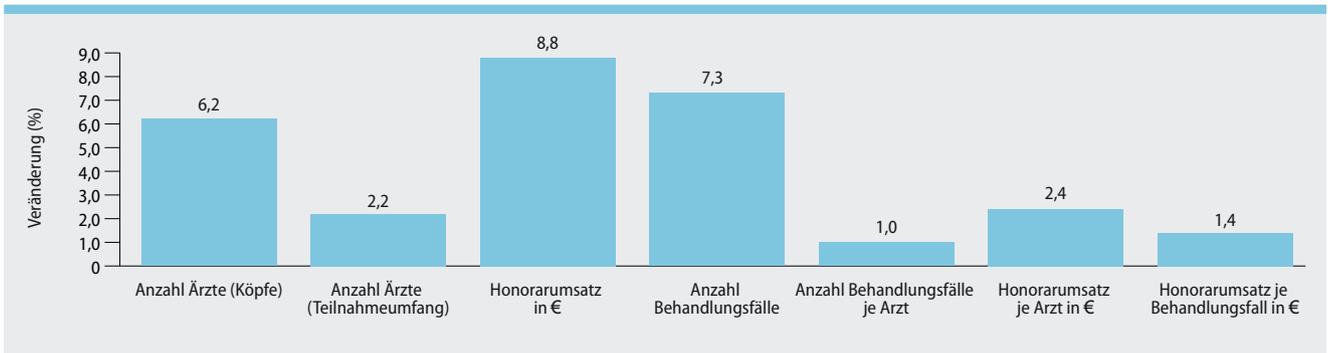


Abb. 5: Veränderung der Kennzahlen bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten Quartal 2/2017 und Quartal 2/2018

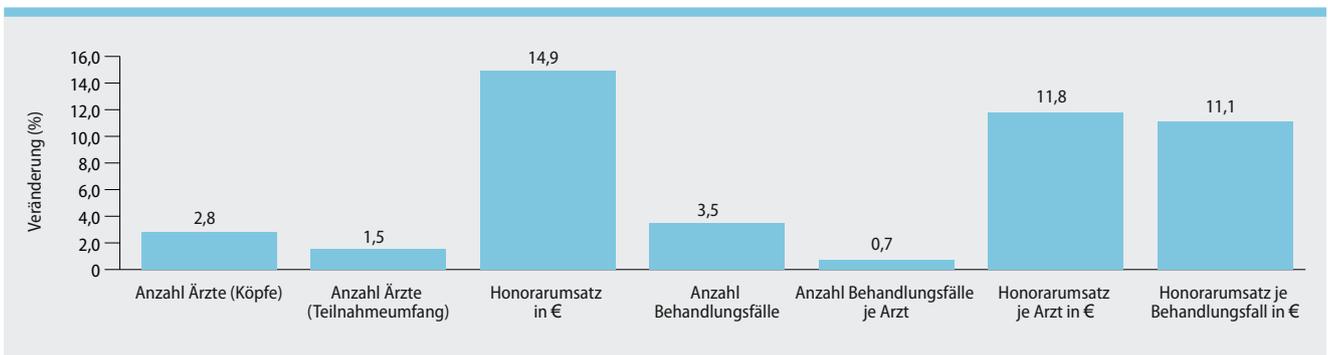


Abb. 6: Veränderung der Kennzahlen bei Kinder- und Jugendpsychiatern Quartal 2/2017 und Quartal 2/2018

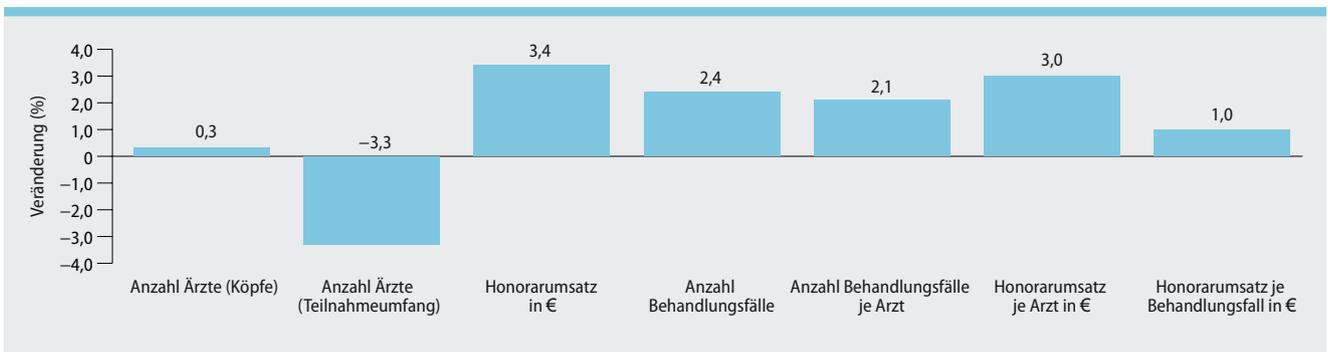


Abb. 7: Veränderung der Kennzahlen bei Ärztlichen Psychotherapeuten/Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Quartal 2/2017 und Quartal 2/2018

Neurologen und Psychiater neuer Weiterbildungsjahres ersetzt.

Dieser Blick auf die Entwicklung eines Quartals im Jahresvergleich 2017/18 zeigt exemplarisch, wo wir hinsteuern. Der Versorgungsdruck und die Zahl der Behandlungsfälle steigen. Die Anzahl der Ärzte und deren Versorgungsumfang reduzieren sich. Irgendwann ist keine weitere Kapazität in den Praxen mehr

da, um noch mehr Patienten zu versorgen. Zwar hat sich die Vergütungssituation in den letzten Jahren durchaus verbessert, es bestehen insofern also Anreize für junge Ärzte, sich niederzulassen. Aber die Nachwuchssituation ist auch in den Kliniken nicht üppig.

Soweit wir Trendmeldungen aus den KVen während der Corona-Zeit im ersten und zweiten Quartal dieses Jahres

haben, resultiert auch hieraus nur ein sehr kleiner Rückgang der Behandlungsfälle in unseren Fachgruppen, während andere Facharztgruppen Fallzahlrückgänge von bis zu 60 % hatten. Das bedeutet: Die Patienten kommen zu uns, weil sie uns wirklich brauchen.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,  
Andernach



Ein Angebot des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

# Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

Die „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“ (EUTB®) unterstützt und berät alle Menschen mit Behinderungen, von Behinderung bedrohte Menschen, aber auch deren Angehörige kostenlos bundesweit in allen Fragen zur Rehabilitation und Teilhabe.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) fördert seit Januar 2018 auf Grundlage des § 32 SGB IX die EUTB® (Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung) mit 58 Millionen € jährlich bis zum Jahr 2022. Mit dem Angehörigenentlastungsgesetz wurde die Weiterfinanzierung über das Jahr 2022 hinaus dauerhaft gesichert.

Seit dem Start hat sich die EUTB® in allen Bundesländern mit Unterstützung auch von Selbsthilfeorganisationen etabliert. Speziell für Menschen mit psychischen Störungen ist es ein zusätzliches niederschwelliges und kostenloses Angebot, auf das Sie Ihre Patienten hinweisen können.

## Ziele und Konzept

Ziel der in § 32 SGB IX gesetzlich verankerten EUTB® ist es, die Position von Menschen mit (drohenden) Behinderungen gegenüber den Leistungsträgern und -erbringern im sozialrechtlichen Dreieck durch ein ergänzendes, allein dem Ratsuchenden gegenüber verpflichtetes Beratungsangebot zu stärken und insbesondere im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen die notwendige Orientierungs-, Planungs- und Entscheidungshilfe zu geben. Die EUTB® soll die Persönlichkeit und Situation der Ratsuchenden aufgreifen und deren soziales Umfeld mit dem Ziel einbeziehen, die Eigenverantwortung und Selbstbestim-

mung zu stärken. Dafür soll ihnen ein unabhängiges, also insbesondere von ökonomischen Interessen und der Kostenverantwortung der Leistungsträger und -erbringer weitgehend freies, Beratungsangebot zur Verfügung stehen.

Ein wichtiges Anliegen ist es, die Beratungsmethode des „Peer Counseling“ auszubauen. Hierbei sollen, soweit möglich, Selbstbetroffene als Berater tätig werden. Dadurch sollen sich die Ratsuchenden selbstbestimmt und eigenverantwortlich mit den Leistungsträgern und -erbringern über ihre sozialrechtlichen Ansprüche und die Zuständigkeitsregelung im gegliederten System in einer frühen Phase auseinandersetzen können. Das Beratungsangebot soll ergänzend und nicht in Konkurrenz zur gesetzlichen Beratungs- und Unterstützungspflicht der Rehabilitationsträger nach dem SGB IX und anderen Angeboten zur Verfügung stehen. Bestehende Strukturen und Angebote sind bevorzugt zu nutzen beziehungsweise auszubauen und qualitativ zu verbessern.

Die Berater sind qualifiziert und ausschließlich dem Ratsuchenden verpflichtet. Eine rechtliche Beratung sowie eine Begleitung werden im Widerspruchs- und Klageverfahren nicht geleistet. Eine flächendeckende Struktur und bundeseinheitliche Qualitätsstandards sollen Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen und ihren Angehörigen eine Verbesserung ihrer selbstbestimmten Teilhabe ermöglichen.

## Kontakt zum BMAS

BMAS-Bürgertelefon 030 221 911 006; Gebärdentelefon: [www.gebaerdentelefon.de/bmas](http://www.gebaerdentelefon.de/bmas)

### Die kostenlose App „Teilhabeberatung“ für Patienten

Die App „Teilhabeberatung“ bietet Unterstützung bei Fragen zur Teilhabe und Rehabilitation. Mit der App sind die Nutzer schnell und unkompliziert von unterwegs immer gut informiert.

Folgende Funktionen bietet die App:

- „Beratung“: Schnell und einfach ein Beratungsangebot der „Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung“ (EUTB®) in der Nähe finden.
- „Termin“: Wunschtermin bei einem Beratungsangebot anfragen.
- „Unterstützung“: Informationen über Unterstützungsformen.
- „Feedback“: Der Nutzer kann Feedback zu einer Beratung durch ein EUTB®-Angebot geben.
- „Ihre Meinung“: Bietet dem Nutzer die Möglichkeit seine Meinung zur Fachstelle Teilhabeberatung und den Beratungsangeboten abzugeben.

Die Informationen zum Datenschutz und das Impressum finden sich im Bereich „Weiteres“.

Die App im App Store (für iOS) ist zu finden unter <https://itunes.apple.com/app/teilhabeberatung/id1394447062>

Die App im Google Play Store (für Android) ist zu finden unter <https://play.google.com/store/apps/details?id=de.gsub.teilhabeberatung>

Dr. Christa med. Roth-Sackenheim,  
Andernach



## Menschen in Pflegeheimen versorgen

# Wir wollen und wir können das!

Als Mitbetreuer von pflegebedürftigen Patienten mit neurologischen und/oder psychiatrischen Symptomen gibt es einiges zu beachten. Lesen Sie in dieser Übersicht mehr zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, zu Pflegeformen sowie zu Patientenverfügung, Betreuungsrecht und Vorsorgevollmacht.

**S**ie alle versorgen wahrscheinlich regelmäßig Patienten in Alten-, Behinderten- oder Pflegeheimen (**Abb. 1**). Dabei ist es insbesondere die Ausprägung der neurologischen und/oder psychiatrischen Krankheitssymptomatik, die eine solche Betreuungs- und Unterbringungsform überhaupt notwendig macht. Zu denken ist dabei beispielhaft an Betroffene mit fortgeschrittenen Parkinson-Syndromen, Demenzen, psychotischen Residualzuständen, Intelligenzminderungen, Epilepsien oder Folgen von Multipler Sklerose oder Schlaganfällen, etwa mit spastischen Bewegungsstörungen, Dysphagien, Dysphasien und anderen Störungen der Teilhabe. Die fachärztliche Mitbetreuung dieser Personengruppe ist also ein besonderes Alleinstellungsmerkmal unserer Fachgruppe.

### Demenz und Schlaganfall

Ungefähr zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen leiden an Demenz, mehr als die Hälfte davon an schwerer Demenz.

Es ereignen sich rund 300.000 Schlaganfälle im Jahr in Deutschland, der Schlaganfall ist die dritthäufigste Todesursache. 30 % der Menschen nach Schlaganfall bleiben pflegebedürftig.

### Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Es gibt insgesamt fünf Pflegegrade (**Tab. 1**), die über ein Assessment in sechs Modulen (**Abb. 2**) festgestellt werden. Die Einstufung in Pflegegrade hat die vorherige Einteilung in Pflegestufen im Jahr 2017 abgelöst.

Informationen hierzu finden Sie auch unter: [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/leistungen-im-ueberblick.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/leistungen-im-ueberblick.html)

Der Antrag auf Pflege wird bei der Pflegekasse der Krankenkasse gestellt. Unverbindliche und kostenlose Hilfe leisten die Pflegestützpunkte.

### Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen auf Initiative eines Bundeslandes eingerichtet und bieten Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung. Wenn Hilfesuchende selbst pflegebedürftig sind oder pflegebedürftige Angehörige haben, erhalten sie im Pflegestützpunkt alle wichtigen Informationen, Antragsformulare und konkrete Hilfestellungen.

Wenn Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen etwa eine Wohnung altengerecht umbauen möchten, informieren sie die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte über mögliche Zuschüsse der Pflegekasse. Wenn ein geeignetes Pflegeheim gefunden werden soll, hat das Beratungspersonal den Überblick und kann helfen. Eine Übersicht ehrenamtlicher Angebote in der Kommune kann ebenfalls von



#### Abb. 1: Statistische Daten zur Pflegesituation

- Zirka 3,5 Millionen Menschen in Deutschland sind pflegebedürftig.
- 90 % sind älter als 65 Jahre, 63 % sind weiblich.
- 818.000 Menschen leben vollstationär in Alten- und Pflegeheimen (1 % der Bevölkerung).
- 14.500 Alten- und Pflegeheime gibt es in Deutschland, sie haben 765.000 Mitarbeitende.

#### Ambulante Pflege:

- 2,6 Millionen Menschen werden zu Hause betreut, davon
- 1,7 Millionen Menschen durch Angehörige alleine,
- 830.000 durch Angehörige und ambulante Pflegedienste.
- 14.000 ambulante Pflegedienste gibt es in Deutschland, sie haben 390.000 Mitarbeitende.

#### Pflege während COVID-19-Pandemie:

- 60 % aller COVID-19-Toten lebten im Heim (49 %) oder wurden von ambulanten Pflegediensten betreut (12 %).
- Die Sterblichkeit im Pflegeheim ist also 50-mal so hoch wie in der Normalbevölkerung (1 % aller Deutschen leben im Heim).
- Drei Fünftel der Pflegedienste und drei Viertel der Heime hatten keine Infektion, ein eingeschlepptes Virus hätte verheerende Folgen.



den Pflegestützpunkten bereitgestellt werden.

Im Pflegestützpunkt soll auf Wunsch der oder des Einzelnen das gesamte Leistungsspektrum für Pflegebedürftige koordiniert werden. Pflegestützpunkte können pflegenden Angehörigen deshalb auch bei der Vorbereitung und Organisation rund um die Pflege Unterstützung bieten. Sie ermöglichen eine effiziente Vernetzung aller Angebote für Pflegebedürftige vor Ort sowie in der Region und sollen darüber hinaus helfen, Grenzen zwischen den Sozialleistungsträgern zu überwinden.

Eine Übersicht über die regionalen Pflegestützpunkte finden Sie online hier: [www.zqp.de/beratung-pflege/#/home](http://www.zqp.de/beratung-pflege/#/home)

### Welche Arten von Heimen gibt es?

Abhängig von der Pflegebedürftigkeit ist eine Unterbringung in unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen sinnvoll.

#### Altersheime (auch Altenwohn- oder Seniorenheime)

In Altersheime kann eine Aufnahme auch ohne Pflegebedürftigkeit erfolgen, die Wohnform ist in der Regel ein Mietverhältnis, es kann gegebenenfalls eine zusätzliche Betreuungsleistung auf Grundlage eines Privatvertrages dazu gebucht werden.

#### Pflegeheime

Hier ist eine nachgewiesene Pflegebedürftigkeit Voraussetzung für die Aufnahme.

#### Ambulant betreute Wohnformen

Ungefähr 150.000 Menschen lebten 2019 in Betreutem Wohnen auf der Rechtsgrundlage des § 55 Absatz 2 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen). „Hilfen zum Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ führt zu Ansprüchen auf Sozialleistungen durch Eingliederungshilfe SGB XII → IX. Ansonsten gibt es bei dieser Wohnform keine gesetzliche Definition, betreutes Wohnen im Alter zu Hause ist sozusagen Privatsache.

### Welche Pflegeformen gibt es?

#### Kurzzeitpflege

Manche Pflegebedürftige sind für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege

Tab. 1: Aktuelle Geldleistungen nach Pflegegrad

Pflege-grade	Geldleistung (ambulant)	Sachleistung (ambulant)	Entlastungsbeitrag (ambulant), zweckgebunden	Leistungsbetrag (vollstationär)
1			125 €	125 €
2	316 €	689 €	125 €	770 €
3	545 €	1.298 €	125 €	1.262 €
4	728 €	1.612 €	125 €	1.775 €
5	901 €	1.995 €	125 €	2.005 €

angewiesen, zum Beispiel weil eine Krisensituation bei der häuslichen Pflege bewältigt oder der Übergang im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt geregelt werden muss. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden vollstationären Einrichtungen.

Kurzzeitpflege kann im Einzelfall auch in anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch genommen werden, die nicht durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassen sind, zum Beispiel in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder ähnlich geeigneten Versorgungsstätten.

Die Leistung der Kurzzeitpflege ist eine Leistung der Pflegeversicherung mit bis zu 1.612 € im Jahr, für Menschen mit Pflegegrad 2–5, mit einer Dauer für bis zu acht Wochen. Dabei wird die Hälfte des Pflegegeldes weitergezahlt.

Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € pro Monat einsetzen, um Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen. Im Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommene Mittel der Verhinderungspflege können auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Dadurch kann der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht, also maximal verdoppelt werden. Der für die Kurzzeitpflege beanspruchte Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

#### Verhinderungspflege

##### (Urlaubs-/Krankheitsvertretung)

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit oder aus

anderen Gründen vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, die sogenannte Verhinderungspflege, wenn die pflegebedürftige Person mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Ein Anspruch auf Verhinderungspflege besteht jedoch erst, nachdem die Pflegeperson den pflegebedürftigen Menschen mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden.

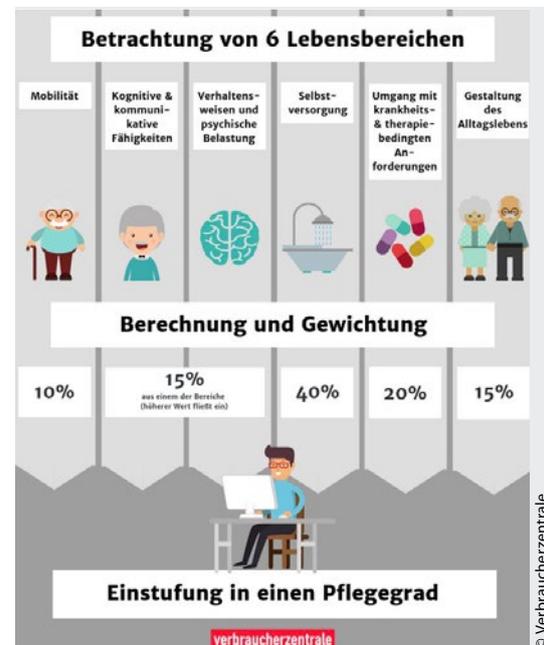


Abb. 2: Einstufung in einen Pflegegrad anhand eines Assessments.

## 2021: Aus NuP-Tagen werden ZNS-Tage

Nach dem großen Erfolg der virtuellen NuP-Tage 2020 gehen wir im kommenden Jahr noch einen Schritt weiter: Für 2021 planen wir direkt ein Hybridformat, sodass Sie selbst entscheiden können ob Sie nach Köln kommen oder am heimischen Bildschirm an den Vorträgen und Workshops teilnehmen möchten. Damit bieten wir maximale Planungssicherheit – bei höchstmöglicher Flexibilität.

Noch prägnanter ist nun auch der Name: ZNS-Tage, gemeinsam für Neurologen, Psychiater und Nervenärzte wurde ein vielfältiges Programm entworfen – merken Sie sich schon heute das Datum vor:

### Save the Date

Donnerstag, 18. März bis  
Samstag, 20. März 2021

Veranstaltungsort:  
Köln, Hotel Steigenberger

### Seminarthemen

Multiple Sklerose, Epilepsie, Parkinson, Gutachten, ADHS, Neuropsychologie, Schmerztherapie, Systemische Psychotherapie

### Programm

Am Donnerstagabend werden wir mit einer Dinner speech beginnen, bevor am Freitag zwei wichtige Sessions auf dem Programm stehen: Renommierte Referenten werden „Neues aus der Neurologie“ und „Neues aus der Psychiatrie“ vorstellen – immer mit dem Blick auf den Praxisalltag.

Der Samstag ist mit einem vielfältigen Workshop-Angebot fachübergreifenden Themen gewidmet: Von wirtschaftlicher Praxisführung über Myopathien und Cannabis bis hin zu Abrechnungstipps wird ein breites Spektrum geboten – mit vielen Möglichkeiten, das Programm individuell zu gestalten.

Bei der Ärztekammer Nordrhein werden Fortbildungspunkte sowohl für die Präsenz- als auch für die Hybridveranstaltung beantragt.

Unter <https://www.diplan.de/bdn/> finden sie tagesaktuell das Programm und können sich schon heute einen der begrenzten Teilnehmerplätze sichern.

red



Tab. 2: Abrechnung nach GOÄ: 2,3-facher Satz

GOÄ-Nr.	Leistungslegende	Faktor 2,3
860	Biografische Anamnese	123,34 €
801,806	Einsichtsfähigkeit	67,02 €
80 analog	Erstellung und Archivierung	40,22 €

<https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/70patientenverfuegung/patientenverfuegung-goe.pdf>

Die Leistung der Verhinderungspflege ist ebenfalls eine Leistung der Pflegeversicherung mit bis zu 1.612 € im Jahr, für Menschen mit Pflegegrad 2–5, mit einer Dauer für bis zu sechs Wochen. Dabei wird die Hälfte des Pflegegeldes weitergezahlt. Die Verhinderungspflege ersetzt die nachgewiesenen Kosten für eine Ersatzpflegeperson.

Ergänzend zum Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege können bis zu 50 % des Leistungsbetrags für die Kurzzeitpflege (das sind bis zu 806 € im Kalenderjahr) für die Verhinderungspflege genutzt werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet. Damit stehen bis zu 2.418 € im Kalenderjahr für die Verhinderungspflege zur Verfügung. Dies kommt insbesondere den Anspruchsberechtigten zugute, die eine längere Ersatzpflege benötigen und die in dieser Zeit nicht in eine vollstationäre Kurzzeitpflegeeinrichtung gehen möchten.

### Patientenverfügung, Betreuungsrecht, Vorsorgevollmacht

Eine Patientenverfügung ist immer schriftlich zu verfassen. Sie stellt eine Willenserklärung einer einwilligungsfähigen Person für den Fall ihrer eventuellen künftigen Einwilligungsunfähigkeit dar. Es kann eine oder es können mehrere Betreuungsperson/en festgelegt werden.

Der Patientenwille ist für die genannte Betreuungsperson unmittelbar verbindlich (§ 1901 Absatz 1 Satz 2 BGB) und für den Arzt maßgeblich, sofern keine Tötung auf Verlangen darin festgelegt ist. Informationen findet man auch über das Onlineportal der Deutschen Stiftung Patientenschutz: <https://www.stiftung-patientenschutz.de>.

Eine Vorsorgevollmacht ist häufig eine sinnvolle Ergänzung zur Patientenverfügung. Der Bevollmächtigte entscheidet dann anstelle des nicht mehr entscheidungsfähigen Vollmachtgebers über Belange wie beispielsweise eine Wohnungsauflösung. Gesetzliche Grundlage ist der § 164 ff BGB.

Das Bestellen eines rechtlichen Betreuers ist damit meist vermeidbar. Es wird hier eine notarielle Beurkundung empfohlen.

### Zentrales Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer

Die Vorsorgevollmacht kann im zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer hinterlegt werden. Hier können auch nicht notariell beglaubigte Vollmachten in Verwahrung gegeben werden. Aktuell fällt hierfür eine einmalige Gebühr von zirka 15 € an. Abfrageberechtigt sind nur das Betreuungsgericht und das Landgericht als Beschwerdegericht, keine Privatpersonen, Banken oder Behörden (kostenlose Service-Hotline der Bundesnotarkammer: 0800 3550500).

Es wird davon abgeraten, Vorsorgevollmachten gegen Entgelt bei privaten Anbietern zu hinterlegen. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Vorsorgevollmacht hier wiedergefunden wird, ist relativ gering, da es meist in Vergessenheit gerät, bei welchem privaten Anbieter die Hinterlegung stattgefunden hat.

Die Beratung von Patienten zur Patientenverfügung ist eine privatärztliche Leistung und kann nach GOÄ abgerechnet werden. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg empfiehlt hier die in **Tab. 2** aufgelisteten Gebührenordnungspositionen.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,  
Andernach

Hier steht eine Anzeige.



## Arzneimittelverordnung in Bayern

# Wirkstoffvereinbarung 3.0

Seit dem 1. Januar 2020 gilt nun die bereits dritte Version der Wirkstoffvereinbarung in Bayern. Ziel ist eine frühzeitige, umfassende Information und Beratung der Vertragsärzte, natürlich mit der Absicht der Kostenersparnis. Dennoch ist es sinnvoll, sich damit zu beschäftigen, auch um Regressen (Euphemismus: „Nachforderungsbeträge“) wegen angeblich unwirtschaftlicher Verordnungsweise entgegenzuwirken.

Die Wirkstoffvereinbarung in Bayern versucht, die an sich sinnvollen Frühinformationsdaten (§ 300 Absatz 2 Satz 3 SGB V) konsequent für die Steuerung der Wirkstoffverordnung einzusetzen. Der Arzt erhält dabei einmal im Quartal eine „Arzneimittelrendmeldung“ (AMTM) mit einer Rückmeldung in Ampelform, ob er seine Ziele erreicht hat. Zusätzlich bekommt er ein Gesamtergebnis mit einem Vergleich zu den Verordnungen der Kolleginnen und Kollegen des Fachgebietes sowie eine Übersicht über die Entwicklung der eigenen Zahlen über die letzten Quartale.

Die Ziele werden in § 3 genauer definiert als:

- Generikaziele
- Leitsubstanzziele
- Mengenziele

### Arztindividuelle Prüfung

Diese Ziele werden unter anderem auch aufgrund von G-BA-Beschlüssen jährlich überprüft, es reicht also nicht, sich auf seinen Lorbeeren auszuruhen. Das Mengenziel darf dabei nicht mehr als 5 % pro Jahr anwachsen. Die Überprüfung erfolgt gemäß § 5 inzwischen arztindividuell, es kann also innerhalb eines

MVZ oder in einer größeren Gemeinschaftspraxis nicht mehr ausgeglichen werden. Die Wirkstoffvereinbarung regelt auch genauer, was mit Ärzten passiert, deren Ordnungsverhalten als „unwirtschaftlich“ gilt, die also die Auffälligkeitsgrenzen überschreiten. In jedem Fall empfiehlt es sich, seine AMTM genau anzusehen, die man in der Regel ein bis zwei Monate nach Quartalsende per Post erhält, alternativ aber auch online selbst abrufen kann. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, dass der Arzt nach § 6 (3) eine Pharmakotherapieberatung in Anspruch nehmen sowie nach § 11 eine Praxisbesonderheit geltend machen kann.

### Wirtschaftlichkeitsfaktor kann berechnet werden

Neu ist in der seit Jahresanfang gültigen, dritten Version, dass der unwirtschaftliche Mehraufwand berechnet werden kann (§ 12). Bei „billigen“ Medikamenten (z. B. Wirtschaftlichkeitsfaktor nach Anlage 2 zwischen 0,1 und 0,2) kann dies dazu führen, dass etwa bei Unterschreitung des Leitsubstanzzieles trotz vieler Rezepte (z. B. 3.000 DDDs) nur ein geringer Mehraufwand entsteht, der nicht weiter verfolgt wird oder durch Übererfüllung anderer Ziele ausgeglichen werden kann, sofern er den Betrag von 100 € unterschreitet (§ 12, 3).

Die Tücken der Vereinbarung verbergen sich – wie so oft – in den Anlagen. Die für Neurologen, Nervenärzte und Psychiater in Bayern gegenwärtig maßgeblichen Verordnungskategorien sind in **Tab. 1** dargestellt.

Bei den Generikazielen wird zwischen Original, Altoriginal und Generikum unterschieden. Bei den Leitsubstanzen



Die Wirkstoffvereinbarung in Bayern gilt nun schon im dritten Jahr. Neu ist, dass für Verordnungen ein Wirtschaftlichkeitsfaktor errechnet werden kann.

**Tab. 1: Für Neurologen, Psychiater und Nervenärzte relevante Verordnungskategorien**

Ziffer	Verordnungskategorien	ATC-Code	Ziel	DDD-Grenze
1.1.	Triptane	N02CC	Generikaziel	100
04	Antiepileptika	N03	Generikaziel	500
07	Anti-Parkinson-Mittel	N04	Generikaziel	500
08	Antiphlogistika	M01	Generikaziel	250
09	BtM-pflichtige Opioide	N02	Generikaziel	250
10	Systemische Kortikoide	H02	Leitsubstanz, Prednisolon Dexamethason	./.
18.1.	Psychoanaleptika (z. B. Antidepressiva)	N06	Generikaziel	500
18.2.	ADHS-Medikamente	N06B	Leitsubstanz Methylphenidat	./.
18.3.	Antidementiva	N06D	Generikaziel	250
19	Psycholeptika (z. B. Antipsychotika, Anxiolytika)	N05	Generikaziel	500
23	Thrombozytenhemmer	B01	Generikaziel	500
29	MS-Therapeutika	L03, L04	Leitsubstanz Interferon Beta 1b, Glatirameracetat, Dimethylfumarat, Teriflunomid	./.

(LS) erfolgt die Differenzierung zwischen Nicht-LS, generischen Nicht-LS und LS. Durch die Berücksichtigung, ob der Wirkstoff rabattiert ist oder nicht, ergeben sich dann „Wirtschaftlichkeitsfaktoren“ zwischen 0,00 (unwirtschaftlich) und 1,5. Nicht rabattierten Originalen oder Nicht-LS ist der Faktor 0,00 zugeordnet (Tab. 2).

**Fazit für die Praxis**

Der große Vorteil der bayerischen Wirkstoffvereinbarung gegenüber den früheren Richtgrößenprüfungen oder Prüfungen nach Durchschnittswerten ist, dass vom einzelnen Arzt verordnete Kosten und Mengen keine Rolle spielen. Diese Vereinbarung ging 2020 nun in die dritte Runde. Bei der Multiplen Sklerose gelten weiter die bekannten Leitsubstanzen Interferon Beta 1b, Glatirameracetat, Dimethylfumarat und Teriflunomid. Überraschenderweise spielen die neuen CGRP-Antikörper für die Migräneprophylaxe noch keine Rolle. Dennoch ist auf eine gute Dokumentation der prophylaktischen Vorbehandlung(en) zu achten. Eine unangenehme Überraschung bei den nicht generikafähigen Leitsubstanzen ist die Pflicht, Rabattverträge zu beachten. Für Praxen, die zum Beispiel viele Triptane verordnen, ist es empfehlenswert, sich mit der entsprechenden Funktion der Praxisverwaltungsoftware vertraut zu machen. Denn mittlerweile muss das Arzneimittel-PVS die Rabattverträge bei der Krankenkasse des

**Tab. 2: Errechnete Wirtschaftlichkeitsfaktoren für verschiedene Arzneimittelgruppen und gesetzte Verordnungsziele**

Ziffer	Arzneimittelgruppe	Wirtschaftlichkeitsfaktor	Ziel (%)
1.1.	Triptane	0,330	90,7
04	Antiepileptika	0,016	79,8
07	Anti-Parkinson-Mittel	0,160	79,1
08	Antiphlogistika	0,011	95,3
09	BtM-pflichtige Opioide	0,280	82,1
10	Systemische Kortikoide	0,032	81,7
18.1.	Psychoanaleptika	0,012	96,0
18.2.	ADHS-Medikamente	0,043	70,4
18.3.	Antidementiva	0,018	98,2
19	Psycholeptika	0,085	84,5
23	Thrombozytenhemmer	0,011	94,7
29	MS-Therapeutika	0,870	60,6

Patienten anzeigen. Dies kann mit einem nicht unerheblichen Aufwand verbunden sein. Positiv ist die Rückmeldung in „Ampelform“, die der verordnende Arzt einmal im Quartal von der KV erhält. Sie ermöglicht es, etwaigen Handlungsbedarf schnell zu erkennen.

Quelle: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Rechtsquellen/S-Z/KVB-RQ-Wirkstoffvereinbarung-2020.pdf>

**AUTOR**

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

Vorsitzender der Fortbildungsakademie, Vorstand Förderverein Schweinauer Hauptstraße 43, 90441 Nürnberg

E-Mail: markus.weih@gmx.de





Neues aus dem G-BA

# Regressgefahr bei Off-Label-Use im Blick behalten

Die Arzneimittelrichtlinie ist für alle Ärzte verbindlich. Sie wird regelmäßig aktualisiert. Deshalb ist es angezeigt, sich fortwährend auf den neuesten Stand zu bringen. Dies gilt insbesondere für den Off-Label-Einsatz von Medikamenten.

Die Arzneimittelrichtlinie (genauer: Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung, AM-RL) existiert seit 1993 und gilt als wichtigste Richtlinie zur Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach SGB V. Seit 2004, mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wird sie vom G-BA beschlossen und regelmäßig aktualisiert. Die AM-RL ist für alle Ärzte verbindlich. Von ihr darf nur in begründeten Ausnahmefällen abge-

wichen werden, und zwar indem eine Praxisbesonderheit angemeldet wird. Verstöße gegen die AM-RL werden mit einem Regress belegt, selbst wenn der Vertragsarzt seine Richtgrößen einhält.

Im allgemeinen Teil der AM-RL stehen unter anderem die generellen Regeln für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Ordnungsweise sowie die Anforderungen an die Dokumentation von Therapieentscheidungen. Der besondere Teil, inklusive Anlagen, enthält unter anderem:

- nicht verschreibungspflichtige Medikamente der OTC-Liste (Anlage I),
- Lifestyle-Arzneimittel (Anlage II),
- Verordnungseinschränkungen, beispielsweise bestimmte Analgetikakombinationen (Anlage III),
- Therapiehinweise, zum Beispiel zu Alemtuzumab (Anlage IV),
- Medizinprodukte (Anlage V),
- Off-Label-Use (Anlage VI),
- Aut-idem (Anlage VII),
- Analogpräparate (Anlage VIII),
- Festbetragsgruppenbildung (Anlage IX),

**Tab. 1: Nach AM-RL Anlage VI Teil A verordnungsfähige Arzneimittel aus Neurologie und Psychiatrie mit Produkthaftung**

Substanzen (alphabetisch)	Label	Off-Label nach Anlage VI (Ziffer in AM-RL Anlage Teil A)
Botox Typ A (Allergan, EMRAMed, EurimPharm, IPSEN, VERON)	Spitzfuß, Hand- und Fußspastik nach Apoplex, Blepharospasmus, Tortikollis, Migräne, Blasenstörung	spasmodische Dysphonie (X)
Gabapentin (1 A, AAA, AbZ, Actavis, ALIUD, Aristo, betapharm, CT, EurimPharm, Heumann, Hexal, ratiopharm, Sandoz, Stada, TEVA, Wörwag)	Epilepsie, peripher neuropathische Schmerzen	Spastik bei MS (nach Versagen von Baclofen, Tizanidin, Sativex, XX)
IVIG (axicorp, Biotest, CC, CSL Behring, EurimPharm, Grifols, KEDPLASMA, LFB, NMG, Octapharma, Orifarm GmbH, PB, Shire, Takeda)	u. a. GBS, CIDP, MMN	Polymyositis, Dermatomyositis, (nach Versagen von Prednisolon, Azathioprin, Triamcinolon; XII)
IVIG (axicorp, Baxter, Biotest, CSL Behring, Grifols, KEDRION, Octapharma)		Myasthenie (XVII)
Lamotrigin (1 A, AAA, AbZ, Actavis, ALIUD, Aristo, betapharm, Desitin, EurimPharm, GlaxoSmithKline, Heumann, Heunet, Hexal, neuraxpharm, ratiopharm, Sandoz, Stada, TEVA, Torrent)	Epilepsie, Bipolar-I mit Depression	Post-stroke Pain (XXII)
Mycophenolat Mofetil (AxiCorp, kohlpHarma, MTK-PHARMA, Oripharm GmbH, Pharma Gerke, Roche, Teva)	Transplantatabstoßung	Myasthenie (nach Versagen von Pyridostigmin, Neostigmin, Prednisolon, Azathioprin, XVI)
Verapamil (1 A Pharma, Abbot, Aliud, Basics GmbH, EMRA-MED, Heumann, Hexal, Sandoz, STADA, Wörwag)	KHK, Rhythmusstörung, Hypertonie	Clusterkopfschmerz (IX; nach Versagen von Lithium)

Nicht verordnungsfähig sind (Teil B):

Amantadin (Label: Morbus Parkinson, Parkinsonoid, Akathisie, Dyskinesie) nicht bei MS und Fatigue (VI)

Valproinsäure bei Migräneprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen (VII)

Venlafaxin (Label: Depression, gen. Angst, soziale Phobie, Panikstörung) nicht bei neuropathischen Schmerzen (XV)

- Vergleichsgrößen (Anlage X),
- besondere Arzneimittel (Anlage XI),
- Nutzenbewertung (Anlage XII),
- Diäten (Anlage XIII).

### Off-Label-Use (Anlage VI)

Grundlage ist jeweils ein Expertenkonsensus, insbesondere gilt dies für die Anlage VI. Wird ein Wirkstoff auf dieser Liste geführt, besteht eine Produkthaltung des Herstellers, der in der Anlage erwähnt wird – ein „Aut-idem-Kreuz“ ist hier wichtig. Ein gesonderter Off-Label-Antrag beim MDK ist dann nicht erforderlich. Valproat stand bis vor kurzem in der Anlage, es fand sich aber kein Her-

steller, der haftet (siehe NeuroTransmitter 2020;31(9):13).

In der Anlage VI sind Präparate aus vielen Fachgebieten aufgeführt, in der Mehrzahl handelt es sich um onkologische Medikamente. Die Arzneimittel auf der Liste werden meist nach Versagen der Standardtherapie eingesetzt oder es handelt sich um spezielle Substanzen, die eine besondere Expertise erfordern, um hochpreisige Medikamente oder um Arzneien, die bislang nur in einem verwandten Indikationsgebiet eingesetzt wurden.

Darüber hinaus gibt es noch eine Vielzahl von Substanzen, die in Leitlinien

empfohlen werden, aber nicht in der Anlage VI stehen. Hier ist Vorsicht geboten, da eine Leitlinienempfehlung allein einen Regress nicht ausschließt.

Es ist sinnvoll, sich über die Anlage VI, die auch regelmäßig vom G-BA geändert wird, gelegentlich zu informieren, da eine Unkenntnis in einem Regress münden kann. Bestes Beispiel ist der „Regress-Dauerbrenner“ Quetiapin, der gern im Label, aber auch off label eingesetzt wird, sich aber nicht auf der Liste der Anlage VI Teil A befindet (Tab. 1).

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

## Bayerischer Ärztetag ändert Weiterbildungsordnung

# Homöopathie gestrichen

Die Delegiertenversammlung der BLÄK nimmt die Zusatzweiterbildung Homöopathie aus der Weiterbildungsordnung und setzt so ein klares Zeichen für wissenschaftliche Validität in der Medizin.

**A**m 10. Oktober 2020 fand in München der 79. Bayerische Ärztetag coronabedingt unter sehr hohem Hygienestandard und zeitlich deutlich verkürzt statt. Unter anderem beschloss die Delegiertenversammlung der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), die Homöopathie als Zusatzweiterbildung aus der Weiterbildungsordnung der Ärzte Bayerns zu entfernen. Hier Auszüge aus dem Beschluss mit Begründung, der mit großer Mehrheit von den gewählten Kolleginnen und Kollegen angenommen wurde: „(...) Es wird beantragt, die Zusatzweiterbildung Homöopathie aus der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns zu entfernen. Begründung: Der Homöopathie fehlt der Nachweis, sie könne auch nur bei einem einzigen Krankheitsbild eine Wirksamkeit, geschweige denn eine solche von klinischer Relevanz, belastbar belegen. Damit ist sie außerhalb des medizinischen Kontextes zu verorten, wo sie ihre Rolle haben mag. (...) Die Homöopathie als Gegenstand ärztlicher Weiterbildung mit der Autorität von Ärztekammern entbehrt von daher einer

*validen Grundlage. Ärztliche Tätigkeit kann nicht gleichzeitig auf wissenschaftlicher Intersubjektivität und Validität und dem Gegenteil dessen basieren. Der Versuch, beides zu verbinden, trägt die Entwertung wissenschaftlich-rationalen Denkens in sich. (...) Ohne das Vorliegen von wissenschaftlich nachvollziehbaren Prinzipien oder Evidenz für verschiedene homöopathische Therapieformen kann eine objektive Überprüfung zur Erlangung der Zusatzweiterbildung nicht erfolgen.“*

### **Streichung der Homöopathie kann nur erster Schritt sein**

Endlich zieht Vernunft ein in die medizinische Bewertung mancher – teils historisch begründeter – medizinischer Diagnostik- und Therapiemethoden. Damit dürfte die BLÄK die erste Landesärztekammer sein, die die Homöopathie aus ihrer Weiterbildungsordnung eliminiert. Wenn zukünftigen Kolleginnen und Kollegen die Weiterbildungsinhalte fehlen, können natürlich homöopathischen Leistungen nicht mehr abgerechnet werden. Auf die bei der Partei der

Grünen derzeit laufende Diskussion über die Wirksamkeit von Homöopathie sei in diesen Zusammenhang verwiesen. Es ist zu hoffen, dass bald nun auch die „besonderen Therapiemethoden“ aus dem SGB V gestrichen werden. Damit sind beispielsweise anthroposophische, traditionelle, traditionell-chinesische und osteopathische Behandlungsmethoden gemeint. In § 2 des SGB V heißt es: „(...) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, (...) Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen.“ Dieser letzte Satz sollte aus dem SGB V entfernt werden. Nicht umsonst legt der Gesetzgeber völlig zu Recht etwa bei der Zulassung neuer Arzneimittel strenge Maßstäbe an die mit aktuellen wissenschaftlichen Methoden zu erbringenden beweiskräftigen Belege, dass ein Medikament wirkt und dabei der Schaden den Nutzen nicht überwiegt. **Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen**

# Rund um den Beruf

Corona und die psychosozialen Folgen

## Nehmen psychische Erkrankungen durch die COVID-19-Pandemie zu?

Wir verfügen bisher aus dem Bereich der ambulanten Versorgung in den psychiatrischen Praxen nicht über valide Daten, um die Frage zu beantworten. Daher können wir hier nur gesammelte Eindrücke und Erfahrungen der Kolleginnen und Kollegen wiedergeben.

**D**ie COVID-19-Pandemie und deren soziale Auswirkungen spielen eine Rolle für den Verlauf psychischer Erkrankungen und können auch spezifische psychopathologische Phänomene auslösen. Im ambulanten Bereich bestätigen sich im Wesentlichen Ergebnisse einer in der Psychiatrischen Klinik der TU München durchgeführten Untersuchung mit einem

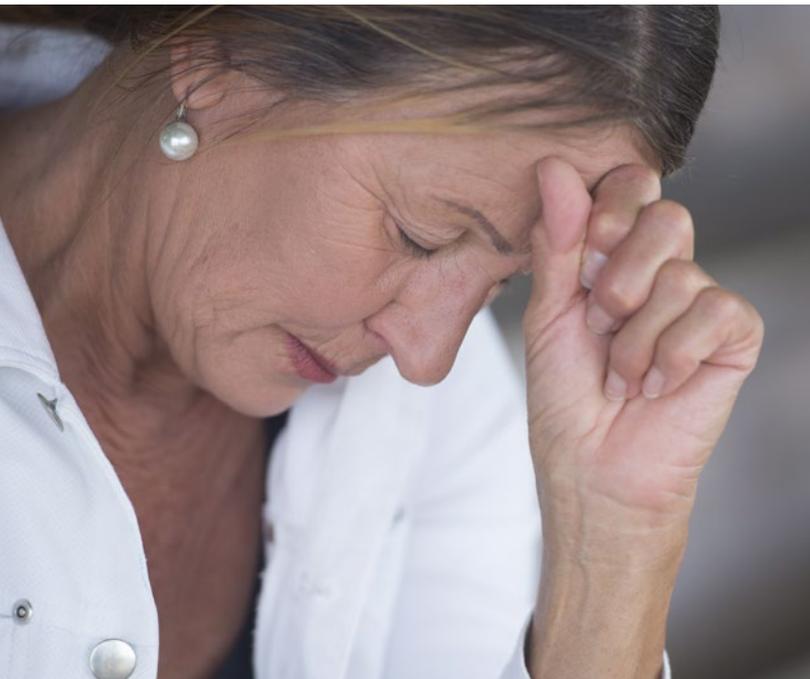
standardisierten Fragebogen, der im Rahmen der Anamnese von 196 Patienten im Zeitraum vom 6. bis 17. April 2020 zum Einsatz kam. Patienten aus allen Diagnosegruppen fühlten sich in ähnlichem Maße von den Kontaktbeschränkungen betroffen, wobei dies am stärksten von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen empfunden wurde. Andererseits fiel

auf, dass Patienten mit Psychosen weniger Ängste aufgrund der Konfrontation mit der Pandemie angaben. Dies galt sowohl für Ängste vor Infektion, Zukunftsängste wie auch finanzielle Sorgen [1].

Jürgen Ziesalek referiert in einem Aufsatz im Deutschen Ärzteblatt vom 22. Mai 2020 Untersuchungen aus China, in denen ein initial erhöhter ambulanter und telepsychiatrischer Beratungsbedarf festgestellt worden ist, ähnlich wie bei der SARS-Epidemie vor einigen Jahren [2]. Im Zusammenhang mit der SARS-Epidemie fanden sich in Untersuchungen aus Singapur und Hongkong eindeutige Zunahmen der Prävalenz von psychischen Störungen insgesamt und Traumafolgestörungen im Speziellen.

Nach Mitteilungen psychiatrischer Kolleginnen und Kollegen ist derzeit in den Praxen eine Häufung von Angststörungen zu beobachten und eine Verschlechterung bei Angststörungen, affektiven Erkrankungen mit begleitender Angstsymptomatik und bei Patienten mit schon bestehenden Traumafolgestörungen. Eine Bestätigung besonderer Belastung bei Suchtkranken liegt nicht vor, was möglicherweise daran liegt, dass diese ohnehin selten in psychiatrischen Praxen, sondern meist in anderen Institutionen der Suchthilfe oder gar nicht fachspezifisch behandelt werden.

Laut der am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführten COPSY-Studie, in der 1.040 Kinder und Jugendliche zwischen elf und 17 Jahren sowie 1.500 Eltern befragt wurden, gaben 71 % der Teilnehmer an, sich psychisch stark belastet zu fühlen, vor der Pandemie war es nur ein Drittel. Bei 24 % gab es



**Die COVID-19-Pandemie kann ein Trauma sein, das reaktive Störungen auslöst, die mit Angst assoziiert sind. Vor allem medizinisches Personal scheint betroffen zu sein.**

© roboriginal / Fotolia (Symbolbild mit Fotomodel)



Hinweise auf eine Angststörung, vor der Pandemie waren es 14 % [3].

Wissenschaftler des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit haben das psychische Befinden der Mannheimer Bevölkerung in einer Stichprobe während des Lockdowns im April 2020 erhoben und mit dem Befinden der Menschen im Jahr 2018 verglichen. Sie konnten die Annahme, dass psychische Erkrankungen als Folge des Lockdowns zugenommen hätten, auf Basis ihrer Daten nicht beweisen. Die Arbeit ist in der Fachzeitschrift *Psychiatrische Praxis* erschienen [4] und wurde auch im Deutschen Ärzteblatt aufgegriffen [5].

Jonathan P. Rogers et al. veröffentlichten eine Metaanalyse zu den Folgen der Pandemie auf die psychische Gesundheit [6]. Sie werteten zwölf Studien mit knapp 1.000 Patienten zu COVID-19 und 60 Studien zu SARS-CoV und MERS-CoV aus. Bei SARS- und MERS-Patienten traten in der Akutphase bei 28 % ein Delir auf, im weiteren Verlauf bei je einem Drittel Depressionen oder Angstzustände. Auch nach Entlassung entwickelten zirka 10 % der Patienten depressive Symptome, je 12 % Ängste oder Schlafstörungen, jeder Fünfte klagte über Fatigue oder Gedächtnisstörungen. Erste Studiendaten zu COVID-19 bestätigen laut Rogers diese Entwicklungen.

### Welche Patientengruppen sind besonders gefährdet?

Nach den vorliegenden Daten sind alle Diagnosegruppen betroffen. Besonders gefährdet sind wahrscheinlich Patienten mit der Leitsymptomatik Angst, möglicherweise auch Suchtkranke.

Nach einer initial verringerten Inanspruchnahme der Praxen aufgrund mangelnder Hygieneausstattung und sozialer Isolationsmaßnahmen ist in naher Zukunft mit einer erhöhten Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems zu rechnen, was sich bereits abzeichnet. Dabei sind sicher auch neue Versorgungsmodelle wie telepsychiatrische Krisenintervention und Videokon-

sultationen hilfreich, die in der vergangenen Akutphase der Pandemie bereits genutzt wurden und die bald evaluiert werden sollten. Diese Interventionen erweitern den ambulanten Radius.

Zunehmend wichtig wird die Primär- und Sekundärprävention zur Früherkennung und -behandlung, insbesondere bei Risikogruppen wie COVID-19-Betroffenen und deren Familien sowie für medizinisches Personal. Daten aus China und Italien sprechen eindeutig für massive Belastungen der zuletzt genannten Gruppe. In einer Selbstauskunft medizinischen Personals in China nannten 72 % allgemeine Belastungssymptome, 50 % depressive Symptome, 45 % Angstsymptome und 34 % Schlafstörungen.

### Nehmen Suizide durch die COVID-19-Pandemie zu?

Aufsehen erregte der Suizid der New Yorker Notfall- und Intensivmedizinerin Dr. Lorna M. Breen Ende April 2020. Es wurde ein Zusammenhang zwischen ihrer beruflichen Tätigkeit und der Pandemie angenommen, da sie nicht unter einer psychiatrischen Vorerkrankung litt. Zitiert wird auch ein Leiter der Notaufnahme eines Krankenhauses in der Nähe von San Francisco mit den Worten: „Wir haben in vier Wochen so viele Suizidversuche wie sonst in einem Jahr.“

Im Mai 2020 sprach Michael Tsokos, Rechtsmediziner der Berliner Charité, im FOCUS über das Phänomen der „Corona-Suizide“, unter anderem auch in Bezug auf den Suizid des hessischen Finanzministers Ende März 2020 [7]. Er berichtete über acht Suizide zwischen März und Mai 2020, in denen die COVID-19-Pandemie und die Angst davor als zumindest mitauslösend gewertet wurde. Alle Personen waren nicht infiziert.

Eine Zunahme aller besonders mit dem Symptom Angst assoziierten Krankheitsbilder kann bereits jetzt beobachtet werden und wird wahrscheinlich im weiteren Verlauf stärker. Ansteigen wird wahrscheinlich auch die Zahl der Patienten mit Traumafolgestörungen,

insbesondere auch unter medizinischem Personal. Dabei sind nicht nur die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und die komplexe PTSD zu beachten, sondern auch andere vorwiegend mit verschiedenen Formen von Angst gekennzeichneten reaktiven Störungen. Dabei ist der Schweregrad, insbesondere auch das Risiko von Suizidalität schwer voraussehbar. Hier gelten im Übrigen für Diagnose und Therapie die etablierten Leitlinien für Angststörungen und andere Krankheitsbilder.

### Literatur (Auswahl)

1. Frank A et al. Psychisch krank in Krisenzeiten: Subjektive Belastungen durch COVID-19. (COVID-19 Concerns and Worries in Patients with Mental Illness). *Psychiatr Prax* 2020;47(5):267–72
2. Zielasek J et al. COVID-19-Pandemie: Psychische Störungen werden zunehmen. *Dtsch Arztebl* 2020;117(21):A-1114/B-938
3. Pressemitteilung UKE-Hamburg. Psychische Gesundheit von Kindern hat sich während der Corona-Pandemie verschlechtert. 10.7.2020; [https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite\\_96962.html](https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_96962.html)
4. Kuehner C et al. Psychisches Befinden in der Bevölkerung während der COVID-19-Pandemie. (Mental Health Status in the Community During the COVID-19-Pandemic). *Psychiatr Prax* 2020;47(7):361–9
5. Hillienhof A. Forscher finden keine Belege für Zunahme psychischer Erkrankungen während des Lockdowns. *Dtsch Arztebl* 2020; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116225/Forscher-finden-keine-Beleg fuer-Zunahme-psychischer-Erkrankungen-waehrend-des-Lockdowns>
6. Rogers JP et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7(7):611–27
7. Kotlar K, Michael Tsokos im Gespräch. Charité-Rechtsmediziner: Wir sehen mittlerweile „Corona-Suizide“; [https://www.focus.de/gesundheits/news/rechtsmediziner-mahnt-michael-tsokos-wir-werden-eine-psycho-soziale-pandemie-erleben\\_id\\_11988295.html](https://www.focus.de/gesundheits/news/rechtsmediziner-mahnt-michael-tsokos-wir-werden-eine-psycho-soziale-pandemie-erleben_id_11988295.html)

### Gesamte Literaturliste bei den Verfassern

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,  
Andernach

Dr. med. Christian Vogel, München



### 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](mailto:bvdn.bund@t-online.de)

## Verordnung von Betäubungsmitteln

# Wie Sie Fallstricke beim BtM-Rezept vermeiden

Für die Verordnung von Betäubungsmitteln auf Rezept gelten verständlicherweise besondere Sicherheitsbestimmungen. BtM-Rezepte sind aufwändiger als Routineverordnungen. Dabei gilt es, besonders exakt zu arbeiten und eine lückenlose Dokumentation sicherzustellen.

Das Ausstellen eines Betäubungsmittel(BtM)-Rezepts stellt bei gut eingespielten Praxisabläufen in der Regel kein Problem dar, zu – vermeidbaren – Fehlern kann es jedoch bei der Erstaussstellung, im Vertretungsfall, bei Berufsanfängern oder neuen gesetzlichen Vorgaben kommen. Im Jahr 2015 wurden zum Beispiel neue Rezeptvordrucke eingeführt, sodass unter anderem die Druckereinstellungen geändert werden mussten. Da die Behörden das Recht haben, Routine- oder Stichprobenkontrollen durchzuführen, kann es im Extremfall auch zu unangenehmen Prüfungen und zur Einsichtnahme in Behandlungsunterlagen kommen (VGH München, Urteil vom 4. Juli 2019 – 20 BV 18.68).

In diesem Artikel sollen – ohne Gewähr – typische Situationen und Probleme mit dem BtM-Rezept am Beispiel der Verordnung von Methylphenidat (MPH) bei ADHS dargestellt werden. Im Detail sind die BtM-Verschreibungsverord-

nung (BtMVV) und das BtM-Gesetz (BtMG) zu Rate zu ziehen. Hilfreich ist außerdem eine Webseite des BfArM, in der auf häufige Fragen zur Verordnung von Betäubungsmitteln eingegangen wird [1].

### Erstbestellung: Kontakt zur Bundesopiumstelle

MPH ist kein Opiat, ähnelt strukturell aber den Amphetaminen. Seit 1971 ist es BtM-Rezeptpflichtig, damit ist die Bundesopiumstelle beim BfArM zuständig. Klar ist natürlich auch, dass, wie auf jedem Rezept, der Name des Arztes deutlich lesbar sein muss, damit es keine Zweifel gibt, wer das Rezept ausgestellt hat (Vorsicht bei Vertretungen!). Darüber hinaus gelten für BtM-Rezepte aber noch schärfere Sicherheitsbestimmungen: Jeder Arzt hat eine eigene BtM-Nummer und benötigt daher seine eigenen BtM-Rezepte, die auch nummeriert sind (seit 2013 neunstellige Rezeptnummern).

Darüber hinaus gilt:

- Auch die in einer Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte sowie angestellte Ärzte in einem MVZ müssen ihre eigenen BtM-Nummern benutzen (arztbezogene Verordnung).
- Übertragbar sind diese nur im Falle von Krankheit oder Urlaub und müssen dann vom Vertretungsarzt unterschrieben und mit dem Kürzel „i. V.“ gekennzeichnet werden.
- Ärztliche Vertretungen müssen nicht mitgeteilt werden.
- Der Name und die Berufsbezeichnung des Vertretungsarztes sollten am besten über EDV eingedruckt oder – zur Not – mit Blockschrift deutlich lesbar auf dem Rezept vermerkt sein. Am besten ist es, einen manuellen Stempel wie „Dr. Heinz Muster, Facharzt“ zu verwenden.

Wenn Sie erstmals BtM-Rezepte benötigen, reicht für den Antrag auf deren Ausstellung der Verweis auf die KV-Zulassung nicht aus. Ein solcher Erstbezug muss per Formular beantragt werden. Dabei ist Folgendes wichtig:

- amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde oder der Erlaubnis zur Berufsausübung (nicht älter als drei Monate),
  - Formular zur Erstanforderung bei der Bundesopiumstelle anfordern (online, postalisch oder telefonisch),
  - ausgefülltes Formular an die bereits aufgedruckte Adresse senden,
  - Unterschriftsprobe nicht vergessen.
- Die Lieferung erfolgt in der Regel rasch und problemlos innerhalb einer Woche. Jeder Rezeptlieferung liegt eine Anfor-

Abb. 1: BtM-rechtlich notwendige Angaben auf dem BtM-Rezept (aus [2])

© BfArM

© Scanral\_Rosenstiel / Fotolia

derungskarte bei, mit der neue Rezepte bestellt werden können (Folgeanforderung). Bei der Nachbestellung unbedingt auf die eigenhändige, ungekürzte Unterschrift entsprechend der bei der Erstanforderung abgegebenen Unterschriftprobe achten. Eine Bestellung per E-Mail ist nicht möglich.

### Ausfüllen und Übergabe des BtM-Rezepts

Zwingend notwendige Angaben sind:

- Patientendaten (Name, Vornamen, Anschrift),
- Ausstellungsdatum,
- eindeutige Arzneimittelbezeichnung, Menge in mg (Kürzel N1, N2, N3 sind nicht ausreichend!),
- Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe oder „nach schriftlicher Anweisung des Arztes“,
- gegebenenfalls Sonderkennzeichen (z. B. „A“) bei Überschreitung der Höchstverschreibungsmenge,
- Name, Vorname, Adresse des Arztes, BSNR, LANR.

Es empfiehlt sich, dem Patienten einen Medikationsplan auszuhändigen. Auch die Dosierung (z. B. 20 mg morgens und mittags oder 1-1-0) ist auf dem Rezept zu notieren und zu ergänzen, „gemäß schriftlicher Anweisung“. Ein Beispiel ist in **Abb. 1** dargestellt. Eine Vorübermittlung an die Apotheke per Fax ist bei einem BtM-Rezept nicht möglich. Bei Überschreiten der Höchstverschreibungsmenge innerhalb von 30 Tagen (§ 2 BtMVV) ist auf dem Rezept das Sonderkennzeichen „A“ (Ausnahmeverschreibung) für zwei Betäubungsmittel zu notieren. Im Ausnahmefall kann ein Betäubungsmittel mit der Kennzeichnung „Notfall-Verschreibung“ auch auf einem normalen Rezeptformular verordnet werden. Bei Nachreichen einer Notfall-Verschreibung darf auf dem BtM-Rezept ein „N“ nicht vergessen werden.

### Bestandteile, Dokumentation und Aufbewahrungsfristen

Ein BtM-Rezept besteht aus drei Teilen mit unterschiedlichen Bestimmungen:

1. Das gelbe Deckblatt (Teil II) wird in der Apotheke vorgelegt.
2. Der erste Durchschlag (Teil I) geht an die Apotheke und wird dort drei Jahre lang archiviert.

3. Der zweite Durchschlag (Teil III) verbleibt beim Arzt und muss ebenfalls drei Jahre lang aufbewahrt werden (Verbleibsnachweis). Dies gilt auch für Fehldrucke.

Ein BtM-Rezept muss innerhalb von acht Tagen einer öffentlichen Apotheke (keine Versandapotheke) vorgelegt werden, da es sonst verfällt. Beim Umgang mit Betäubungsmitteln muss der Arzt eine lückenlose Dokumentationskette sicherstellen. Diese kann auch elektronisch erfolgen, sofern ein Ausdruck möglich ist.

### Umgang mit Schreibfehlern

Beim Ausfüllen des BtM-Rezepts gibt es viele Fehlerquellen. Eine davon sind Schreibfehler. In diesem Fall haben Sie folgende Möglichkeiten:

- Es kann sofort korrigiert werden. Die korrigierte Stelle muss gesondert gekennzeichnet und unterschrieben werden. Dies muss auf allen Durchschlägen gut erkenntlich sein.
- Alternativ wird ein neues Rezept ausgestellt. Alle Teile des fehlerhaften Rezeptes müssen auch drei Jahre aufgehoben werden.

### Missbrauch, Verlust eines BtM-Rezepts

Dies ist vor allem bei ADHS-Patienten nicht ungewöhnlich. Als verschreibungsberechtigter Arzt sind Sie selbst dafür verantwortlich, die BtM-Rezepte in einem abschließbaren Schrank vor Diebstahl oder Missbrauch zu schützen.

Verlust durch den Arzt: Sollten Sie trotzdem einen Verlust bemerken, müs-

sen Sie dies umgehend der Bundesopiumstelle melden. Die entsprechenden Rezeptnummern können Sie per Fax (Faxnummer 0228 207 5985) oder Telefon-Hotline (0228 207 4321) mitteilen.

Verlust durch den Patienten: Auf der sicheren Seite sind Sie, wenn sie sich den Empfang durch den Patienten schriftlich bescheinigen lassen. Wenn der Patient das ausgefüllte Rezept verliert, muss das auf dem von Ihnen archivierten Teil III vermerkt werden. In Eigenverantwortung wird nun ein neues Rezept ausgestellt. Unverzüglich sollten Sie die nahegelegenen Apotheken über das Vorkommnis informieren, um so einem Missbrauch durch Dritte vorzubeugen.

### Fazit für die Praxis

Der Umgang mit BtM-Rezepten ist aufgrund gesetzlicher Regelungen aufwändiger als mit Routinerezepten. Bei Beachtung der wichtigsten Fehlerquellen und einer guten Praxis- und Patientenführung ist die Verordnung vor allem für die ADHS gut möglich und sollte den Ablauf nicht stören. Wichtig ist es, eine lückenlose Dokumentation sicherzustellen um für den Fall einer (seltenen) Prüfung gewappnet zu sein.

### Literatur

1. <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/faq/FAQsBtMVV.html>; Zugriff am 13.10.2020
2. BfArM: Häufig gestellte Fragen zur Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und zum Betäubungsmittelgesetz (BtMG) für Ärzte, Apotheker und Fachkräfte, Stand 2.10.17

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

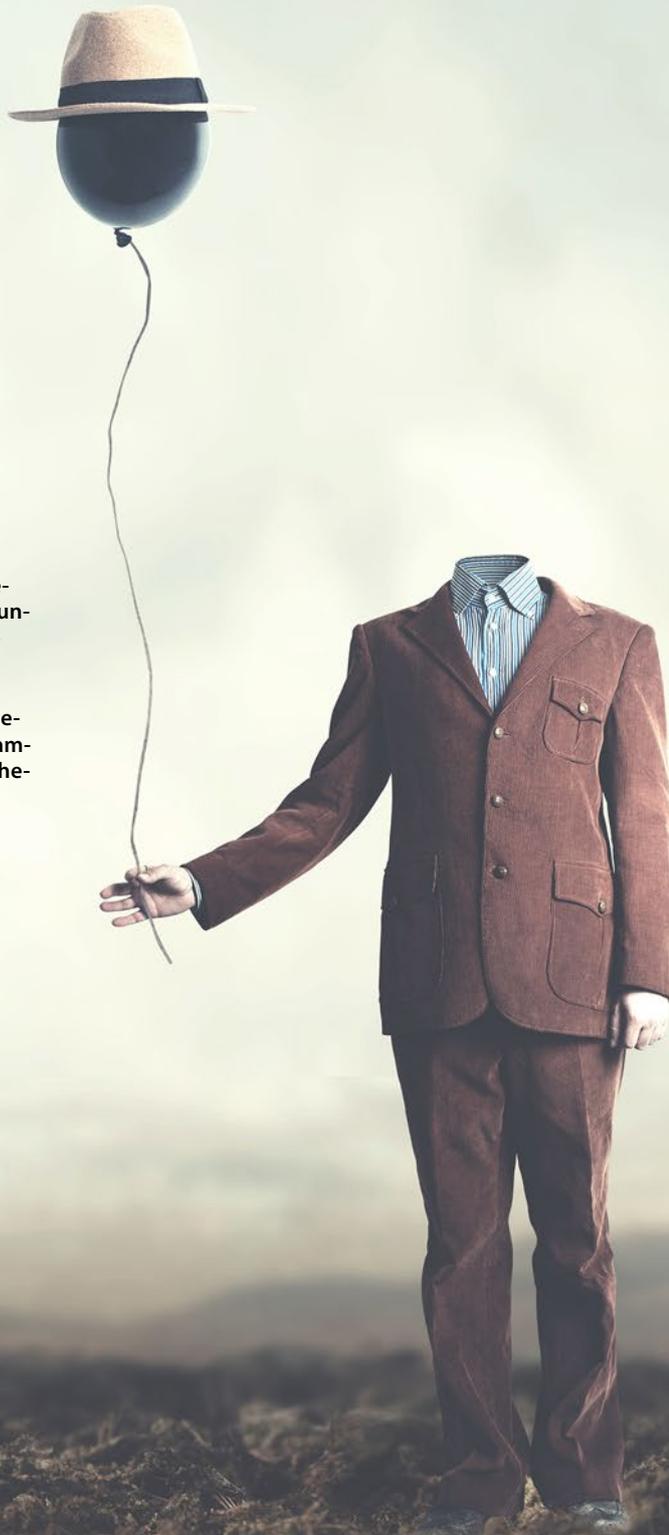
### ADHS-Seminar bei den ZNS-Tagen 2021

Ein ADHS in der Kindheit persistiert in bis zu 70 % ins Erwachsenenalter. Die medikamentöse Behandlung des ADHS ist effektiv und durch Leitlinien und Studien gut belegt, wie in einem kürzlichen Review von Cortese nochmal bestätigt wurde [Cortese S: Pharmacologic Treatment of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *N Engl J Med.* 2020 Sep 10;383(11):1050–6]. In der Erwachsenenpsychiatrie in Deutschland wird jedoch aus verschiedenen Gründen weiter zurückhaltend und oft nicht dauerhaft behandelt, obwohl die Effektstärke von Stimulanzien bei ADHS im Vergleich höher ist als von medikamentösen Behandlungen für andere psychische Erkrankungen. Die Medikamente sind in der Regel gut verträglich. Die häufigsten Nebenwirkungen von Stimulanzien sind Appetitstörung, Blutdruck- und Pulssteigerung, Schlafstörungen und Tics. Die Nebenwirkungen sind meist gut beherrschbar. Schwere Komplikationen wie epileptische Anfälle und psychotische Symptome können auftreten, sind aber selten.

Das Seminar bei den ZNS-Tagen vom 18. bis 20. März 2021 in Köln (oder online) wird Dr. Günther Endrass vom Landesverband Rheinland-Pfalz, wie auch schon 2020, leiten. **red**

# Fortbildung

Ähnlichkeiten zwischen psychedelischen Erfahrungen und psychotherapeutischen Prozessen legen nahe, dass Psychedelika die Wirksamkeit von Psychotherapien erhöhen könnten.



## Psychische Erkrankungen

# Therapie mit Psychedelika – die Rolle der Psychotherapie

Mitte des 20. Jahrhunderts galten Psychedelika als zukünftiger Trend in der Psychotherapie. Jedoch wurde die klinische Erforschung durch gesellschaftlich motivierte Verbote lange blockiert und erst in den 1990er-Jahren wieder aufgenommen. Aktuelle Studien zeigen ein starkes Interesse an der Weiterentwicklung der Therapie mit Psychedelika. Ihr potenzieller Nutzen wird in diesem Beitrag aus der Sicht zweier klassischer Therapiemodelle, des psychodynamischen und des verhaltenstherapeutischen, vorgestellt.

MICHAEL KOSLOWSKI, FELIX BETZLER, GERHARD GRÜNDER, HENRIK JUNGABERLE, MAX WOLFF

Der Terminus psychedelisch beziehungsweise Psychedelika ist zusammengesetzt aus den altgriechischen Begriffen *psychē* (Seele, Geist) und *dēlos* (offenkundig, offenbar) und entstand 1956 in einem Briefwechsel zwischen dem Psychiater Humphrey Osmond und dem Schriftsteller Aldous Huxley [1, 2]. Er beschreibt eine Gruppe an Substanzen, die auch als serotonerge Halluzinogene bekannt sind und ihre hauptsächliche Wirkung über eine Stimulation des serotonergen 5-HT<sub>2A</sub>-Rezeptor entfalten [3]. Die bekanntesten Psychedelika sind LSD (5R,8R-Lysergsäurediethylamid), Psilocybin, DMT (N,N-Dimethyltryptamin) und Meskalin (3,4,5-Trimethoxyphenethylamin). Diese Substanzen bewirken einen meist mehrstündigen, veränderten Bewusstseinszustand mit profunden Veränderungen der Wahrnehmung bis hin zu Halluzinationen, Synästhesien, verändertem Erleben von Zeit und Raum sowie starker Aktivierung von Gefühlen und emotional prägenden Erinnerungen [3].

## Geschichte

Psychedelika werden bereits seit mehreren Jahrtausenden im Kontext von tra-

ditionellen Praktiken und schamanischen Ritualen eingesetzt, zur Heilung körperlicher und seelischer Störungen, aus religiösen Gründen, zur Divination (Wahrsagerei) und Rekreation, und sie spielten in vielen Religionen die Rolle eines Sakraments [4]. In der westlichen Welt erweckten Psychedelika seit Beginn des 20. Jahrhunderts das Interesse von Botanikern, Psychologen und Psychiatern, was durch die Entdeckung der psychedelischen Wirkung des LSD im Jahre 1943 verstärkt wurde [5]. Während diese Substanzen anfangs vornehmlich zur Selbsterfahrung und als experimentelles Krankheitsmodell für die Erforschung psychotischer Störungen („Modellpsychose“) eingesetzt wurden, erkannte man im Verlauf zunehmend weitere Aspekte des therapeutischen Potenzials in der Behandlung psychischer Störungen [6]. Zwischen den späten 1950er- und frühen 1970er-Jahren wurden weltweit zirka 40.000 Patienten mit Psychedelika – vornehmlich LSD und Psilocybin – behandelt, teilweise mit Berichten über erstaunliche Therapieerfolge, die in über 1.000 Publikationen beschrieben wurden [7]. Nach dem überwiegend gesellschaftlich und politisch motivierten in-

ternationalen Verbot von Psychedelika 1971 kam fast jegliche Forschungsaktivität in diesem Feld zum Erliegen. Erst in den 1990er-Jahren keimte das Interesse an psychedelischer Forschung wieder auf. Seit etwa dem Jahr 2000 kommt es zu einer zunehmenden Zahl an grundlagenwissenschaftlichen und klinischen Studien [5, 6].

## Aktuelle klinische Studien

In den neueren klinischen Studien seit 2006 zur Wirksamkeit psychedelischer Therapie wird in der Regel ein Studienprotokoll zugrunde gelegt, bei dem der Fokus auf der sorgfältigen Auswahl und Vorbereitung der Patienten (engl. „set“) und der Bereitstellung einer sicheren und vertrauensvollen Umgebung (engl. „setting“) liegt [5]. Insofern ähnelt dieser Ansatz dem historischen Modell der psychedelischen Therapie im engeren Sinne [8, 9]. Dabei werden mittlere bis hohe Dosen eines Psychedelikums (LSD > 250 µg; Psilocybin > 20 mg) verwendet, um eine überwältigende, transformative Erfahrung zu ermöglichen [10, 11]. In aktuellen Studien wird eine kurze therapeutische Intervention für die Dauer von ein bis drei Monaten durchgeführt, von de-

nen nur ein kleiner Teil der Sitzungen unter dem Einfluss von Psychedelika stattfindet; dabei werden jeweils im Abstand von mehreren Wochen zwischen einer und vier Sitzungen mit Gabe eines Psychedelikums durchgeführt [5]. Eine dauerhafte, tägliche Substanzgabe ist, anders als bei etablierten Pharmakotherapien (etwa mit Antidepressiva), nicht vorgesehen. Die Behandlung wird üblicherweise in drei Phasen unterteilt [5, 12]:

1. Vorbereitung,
2. substanzgestützte Sitzung,
3. Integration der psychedelischen Erfahrung.

Das derzeit am häufigsten verwendete Studienprotokoll, nachfolgend auch aktuelles Standardmodell genannt, beinhaltet das Liegen des Patienten in einem angenehm gestalteten Raum in Anwesenheit von einem oder zwei Therapeuten, das Tragen einer Augenmaske und das Hören emotionsaktivierender, meist instrumentaler Musik. Der Patient wird ermutigt, sich dem inneren Erleben mit einer achtsamen, akzeptierenden Haltung hinzugeben, und während der Substanzwirkung von mehreren Stunden möglichst wenig mit der Umwelt zu interagieren. In den meisten Studien fand

nach dem aktuellen Standardmodell keine spezifische psychotherapeutische Intervention statt. Vielmehr wurde meist ein supportiver Ansatz gewählt, um die psychedelische Erfahrung vorzubereiten, zurückhaltend zu begleiten, und non-direktiv die Erlebnisse und deren Integration in das tägliche Leben zu besprechen. Der Fokus lag auf der bewussten und standardisierten Gestaltung von Set und Setting. Deren entscheidende Bedeutung für die psychedelische Erfahrung und somit für den Therapieerfolg wird zunehmend deutlich und ist Gegenstand aktueller Untersuchungen [13, 14]. Die Indikationen aktueller Studien reichen von Angst und Depression bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, Tabak- und Alkoholabhängigkeit, therapieresistenter Depression bis zur Zwangsstörung [5].

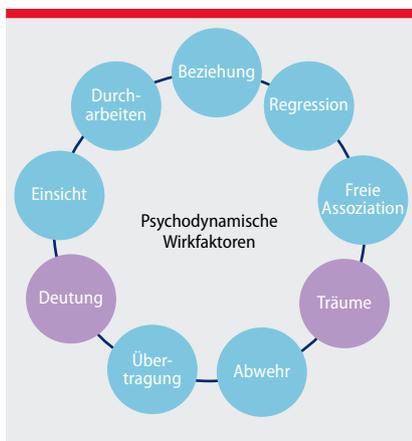
In einer kürzlich erschienenen Metaanalyse über acht Studien mit psychedelischer Therapie bei depressiven Störungen zeigte sich ein deutlicher antidepressiver Effekt, ohne dass schwere oder bleibende Nebenwirkungen auftraten [15].

### Psychodynamische Ansätze

Als erste Variante der psychedelischen Therapie entwickelte sich in den 1950er-Jahren vor allem im europäischen Raum die sogenannte psycholytische Therapie. Der Begriff „psycholytisch“ (die Seele beziehungsweise den Geist auflockernd) wurde durch den britischen Psychiater und Psychoanalytiker Ronald Sandison geprägt [8, 9]. Dabei wurde eine niedrige bis mittlere Dosis eines Psychedelikums (z. B. 50–200 µg LSD) wiederholt im Rahmen einer Monate bis Jahre dauernden ambulanten psychodynamischen Behandlung eingesetzt, wobei die Anzahl der Sitzungen ohne Substanz deutlich überwog [16, 17]. Die Indikation für die psycholytische Therapie lag primär in der Behandlung neurotischer, oft therapieresistenter Störungen, im Sinne neurotischer Angst-, depressiver und somatoformer und Persönlichkeitsstörungen [7, 16, 17]. Nach dem Verbot der therapeutischen Verwendung der Psychedelika wurde die psycholytische Therapie offiziell noch vereinzelt fortgeführt, beispielsweise in den Jahren 1988 bis 1993 in der Schweiz [17, 18].

In den substanzgestützten Sitzungen wurden regelmäßig eine Intensivierung des emotionalen Erlebens, eine Lockerung der neurotischen Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Verleugnung, Rationalisierung, und eine deutliche Zunahme freier Assoziationen des Patienten beobachtet [16]. Dadurch werde den Patienten das Auftauchen lange vergessener, emotional aversiv besetzter Erinnerungen oder Traumata ermöglicht, was häufig eine kathartische Abreaktion der ins Bewusstsein getretenen Gefühle zur Folge habe. Indem der Therapeut die während der substanzgestützten Sitzungen in das Bewusstsein aufsteigenden Inhalte mit Hilfe psychoanalytischer Techniken (etwa Konfrontation, Deutung) in den substanzfreien Sitzungen mit dem Patienten weiter bearbeitete, sei es zu vertieften Einsichten in verdrängte neurotische Konflikte und unbewusste Reaktions- und Interaktionsmuster gekommen [16, 19]. Einige Autoren berichten auch von einer in den substanzgestützten Sitzungen stattfindenden verstärkten Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und dem Tod, was eine Reduktion der meist verdrängten, dem Menschen inhärenten Todesangst zur Folge haben und somit einen Symptomrückgang bei verschiedenen psychischen Störungen bewirken könne [20].

Aus Erlebnisberichten von Patienten wurde des Weiteren geschlossen, dass sie in den tagtraumartigen Zuständen oft eine sogenannte Altersregression erlebten. Dies beinhaltet neben einer verstärkten Fähigkeit, sich an verdrängte und lange vergangene Ereignisse zu erinnern, auch einen archaischen Erlebnismodus mit einer symbolhaften Bildersprache, die je nach psychoanalytischem Hintergrund des Therapeuten im Sinne von Archetypen (vgl. C. G. Jung) oder primärprozesshaftem Denken (vgl. S. Freud) eingeordnet wurden [16, 19]. Als weitere therapeutisch nutzbare Effekte wurden eine Intensivierung der therapeutischen Beziehung sowie eine verstärkte Übertragung und Gegenübertragung beschrieben [21]. **Abb. 1** gibt eine Übersicht über die psychodynamischen Prozesse und Wirkfaktoren, von denen angenommen wird, dass sie durch substanzgestützte Therapiesitzungen intensiviert und verstärkt werden.



**Abb. 1:** Psychodynamische Wirkfaktoren in der psychedelischen Therapie [beschrieben in 7, 16, 19, 21, 22]: Die Faktoren und Prozesse, die durch Psychedelika als verstärkt angenommen werden, sind farbig hervorgehoben. Die Wirkung auf die Träume des Patienten ist bisher nicht ausreichend untersucht; das Deutungsverhalten des Therapeuten sollte sich nicht verändern, da dieser keine Substanz zu sich nimmt.

In der Diskussion um die psychologischen Wirkfaktoren psychedelischer Therapie wurden in den letzten Jahren psychoanalytische Konzepte wieder aufgegriffen und modernisiert. Ein Grund dafür liegt in der starken phänomenologischen Ähnlichkeit der psychedelischen Erfahrung und dem Traumerleben [23]. Die Interpretation von Traumgehalten ist seit Beginn der abendländischen Psychotherapie eine der zentralen therapeutischen Techniken der Psychoanalyse. Sie wurde erstmals von Sigmund Freud im Jahre 1900 als „Königsweg zum Unbewussten“ skizziert [24]. In aktuellen neurobiologischen und phänomenologischen Studien wurden die Gemeinsamkeiten des psychedelischen Zustands mit dem Traumzustand beschrieben, zum Beispiel hinsichtlich Wahrnehmung, mentaler Bilder, Emotionsaktivierung und dem Selbst- und Körpererleben [25]. Demnach kann das primärprozesshafte Denken, das sich durch Fusion und Transformationen mentaler Bilder, bizarre Erlebnisinhalte und unlogische Kognitionen und Emotionen auszeichnet, als organisierendes Prinzip sowohl für Träume als auch für psychedelische Zustände verstanden werden [26].

Die psychoanalytische Perspektive auf die Wirkung von Psychedelika dient auch als ein konzeptueller Rahmen in den aktuellen neurobiologischen Modellen von Carhart-Harris und Friston, insbesondere der „entropic brain theory“ und dem REBUS (relaxed beliefs under psychedelics)-Modell [27, 28, 29]. Die Autoren beschreiben dabei einen durch Psychedelika ausgelösten, sowohl phänomenologisch als auch neurobiologisch konsistent beschreibbaren Wechsel vom rational logischen Denken (psychoanalytisch: Sekundärprozess, „Ich“) zum assoziativ triebhaften Denken (Primärprozess, „Es“), was zu einer Bewusstwerdung von zuvor nicht wahrnehmbaren (unbewussten) psychischen Inhalten führen kann [27, 28, 29]. Krähenmann et al. merken dazu an, dass im psychedelischen Zustand diese beiden kognitiven Modi parallel nebeneinander bestehen können, sodass hier am ehesten ein Hybridzustand aus Traum- und Wachbewusstsein vorliegt, ähnlich dem luziden Träumen [25, 26, 30, 31]. Die strukturellen Ähnlichkeiten zwischen Traum und

psychedelischem Erleben legen nahe, dass die im psychedelischen Zustand aufkommenden Bilder, Emotionen und Gedanken für den weiteren Therapieverlauf in ähnlicher Weise therapeutisch nutzbar gemacht werden können wie Träume und freie Assoziationen in der regulären psychodynamischen Behandlung. Diese Theoriebildung wird durch Arbeiten aus dem Bereich der Neuropsychanalyse gestützt, in denen die Kompatibilität psychodynamischer Konzepte und der „entropic brain theory“ sowie des „predictive processing“ demonstriert wird [32, 33].

### Verhaltenstherapeutische Ansätze

Obwohl das aktuelle Standardmodell auf gezielte psychotherapeutische Interventionen weitgehend verzichtet, wird häufig die Ansicht vertreten, dass auch hier die therapeutische Wirkung der psychedelischen Erfahrung auf psychologischen Mechanismen beruht, wie sie in der Psychotherapie wirksam sind [34, 35]. Aus kognitiv verhaltenstherapeutischer Sicht liegt die Vermutung nahe, dass Psychedelika Lernprozesse ermöglichen können, die letztlich zu einer dauerhaften Veränderung dysfunktionaler Grundannahmen führen.

Diese Sichtweise ist gut mit aktuellen neurobiologischen und informationstheoretischen Vorstellungen von der Akutwirkung von Psychedelika vereinbar. Eine einflussreiche aktuelle Theorie ist das oben bereits erwähnte REBUS-Modell [28]. Demnach führt die Aktivierung von 5-HT<sub>2A</sub>-Rezeptoren in kortikalen Assoziationsarealen wie denen des „default mode network“ zu einer tiefgreifenden Destabilisierung von Annahmen über die Welt und das Selbst (engl. „belief relaxation“): Annahmen, die bei normalem Wachbewusstsein kaum veränderbar sind, werden im psychedelischen Zustand vorübergehend abgeschwächt. Zugleich wird die Sensibilität für widersprüchliche Informationen erhöht. Betrifft eine solche Destabilisierung etwa bestimmte Annahmen des visuellen Systems (etwa „Geräusche sind nicht sichtbar“ oder „Licht kommt im Zweifel von oben“), so ergeben sich die typischen perzeptuell psychedelischen Phänomene wie Synästhesie oder der Eindruck von wandernden Schatten und

sich verformenden Objekten. Aus psychotherapeutischer Sicht interessanter erscheint allerdings die Destabilisierung von Annahmen auf höheren Ebenen der Informationsverarbeitung – insbesondere von dysfunktionalen Grundannahmen, die das Selbstbild sowie das soziale und emotionale Erleben des Patienten negativ beeinflussen [36]. Im geschützten, supportiven Rahmen können diese dann infrage gestellt und der Weg zu neuen, funktionaleren Grundannahmen gebahnt werden. Häufig sind von einer solchen kognitiven Umstrukturierung auch sogenannte metakognitive Annahmen betroffen (z. B. „Ich kann Angst nicht aushalten.“).

Wir haben ein Wirkmodell vorgeschlagen, mit dem solche Veränderungen aus kognitiv verhaltenstherapeutischer Sicht erklärt werden [35] (Abb. 2). Demnach können die im psychedelischen Zustand vorübergehend destabilisierten metakognitiven Annahmen durch Konfrontation mit bisher vermiedenen Erlebnisgehalten, wie sie in der psychedelischen Therapie häufig ganz ohne gezielte Intervention durch den Therapeuten vorkommt, dauerhaft positiv verändert werden [37, 38, 39]. Von zentraler Bedeutung ist hierbei die Beobachtung, dass während der psychedelischen Erfahrung der Versuch, aversive Erlebnisinhalte zu vermeiden, häufig zu einer Zunahme des aversiven Erlebens führt. Eine achtsame, akzeptierende Haltung wird hingegen mit einer Reduktion aversiven Erlebens belohnt [37]. Es findet also eine Konditionierung statt, in deren Folge eine weitgehend vermiedungsfreie, tiefe Auseinandersetzung mit belastenden Gefühlen, Gedanken, Erinnerungen und Körperwahrnehmungen ermöglicht wird. Es kann vermutet werden, dass hierbei ablaufende Prozesse der kognitiven Umstrukturierung durch die psychedelikainduzierte Abschwächung rigider Grundannahmen erheblich erleichtert werden.

Es scheint also plausible Überschneidungen zwischen den Wirkmechanismen der psychedelischen und denen der Verhaltenstherapie zu geben. Somit erscheint eine Einbettung psychedelischer Interventionen in verhaltenstherapeutische Behandlungen möglich und sinnvoll, und wurde auch bereits erprobt [40, 41].

Vor dem Hintergrund zunehmender Evidenz für positive Synergieeffekte zwischen psychedelischen Interventionen und Achtsamkeitspraktiken sowie akzeptanzfördernden Wirkungen von Psychedelika sind in letzter Zeit verstärkt Bestrebungen zu beobachten, psychedelikagestützte Interventionen mit den „Dritte-Welle-Verfahren“ innerhalb der kognitiven Verhaltenstherapie zu kombinieren [37, 42, 43, 44, 45, 46]. Dies gilt insbesondere für die Kombination von Psilocybin mit der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT), deren Grundzüge und Therapieziele zahlreiche Überschneidungen mit der Phänomenologie psychedelischer Zustände aufweisen [47, 48]. Entsprechend ausgereifte Therapiekonzepte werden aktuell in klinischen Studien geprüft. Auch die Möglichkeit der Kombination von Psychedelika mit dialektisch behavioraler Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird mittlerweile diskutiert [49].

### Die subjektive Erfahrung als Wirkfaktor

Bereits seit der Frühphase der psychedelischen Forschung wurde immer wieder die Beobachtung gemacht, dass die un-

ter Substanzwirkung gemachten Erfahrungen sich auf den Therapieverlauf und auch -erfolg auswirken. Die moderne Forschung scheint dies zu bestätigen. So hat eine aktuelle Studie bestimmte Erlebnisqualitäten der Substanzwirkung identifiziert, die im besonderen Maße mit einem Ansprechen auf die Therapie bei depressiven Patienten vergesellschaftet war [50]. Hierbei zeigte sich ein ähnliches Bild wie in den Studien mit gesunden Probanden, in denen die Mehrheit der Teilnehmer durch eine hohe Dosis eines Psychedelikums eine sogenannte mystische Erfahrung (engl.: mystical-type experience) machte, phänomenologisch vergleichbar mit Berichten von spirituellen Erweckungserlebnissen [11, 51]. Diese Erfahrungen schienen sich langfristig positiv auf das Wohlbefinden auszuwirken, und wurden von den meisten Teilnehmern auch nach Jahren als eines der fünf wichtigsten Ereignisse im Leben bewertet [52, 53]. Ein weiteres, ebenfalls mit langfristigen positiven Veränderungen des Wohlbefindens assoziiertes Phänomen im Rahmen der akuten Substanzwirkung ist die emotionale Durchbruchserfahrung (engl.: emotional breakthrough experience) [54]. Dies bezeichnet ein als kathartisch

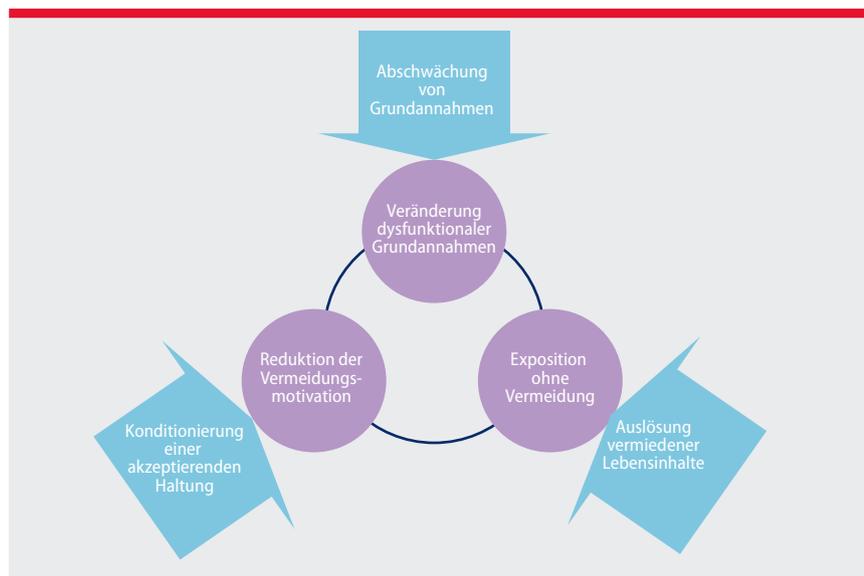
wahrgenommenes, intensives Erleben positiver Gefühle, das sich typischerweise mit der erfolgreichen Bewältigung emotional belastender Abschnitte psychedelischer Erfahrungen einstellt, und das oft von wertvollen persönlichen und zwischenmenschlichen Einsichten begleitet wird.

Jedoch scheint nicht nur die unmittelbare Substanzwirkung ausschlaggebend für den Therapieerfolg zu sein, sondern darüber hinaus auch ein Phänomen, das in der gegenwärtigen Literatur als Afterglow-Effekt beschrieben wird [9]. Der Begriff beschreibt einen Zeitraum von zwei bis vier Wochen nach der psychedelischen Erfahrung, der geprägt ist von erhöhter Achtsamkeit und kognitiver Flexibilität, was zu einer Verbesserung der Wirksamkeit von psychosozialen beziehungsweise psychotherapeutischen Interventionen führen kann.

### Zusammenfassung und Ausblick

Wir haben dargestellt, dass sich in der Geschichte der psychedelischen Therapie im 20. Jahrhundert mehrere Varianten entwickelten, die hinsichtlich der Dosis der psychedelischen Substanzen, der praktischen Durchführung und dem psychotherapeutischen Interpretationsmodell zum Teil deutliche Unterschiede zeigen. Dabei sind wir nur auf die zwei klassischen Therapiemodelle, das psychodynamische und verhaltenstherapeutische, eingegangen und haben zum Beispiel humanistische und hypnotherapeutische Verfahren in Kombination mit psychedelischen Substanzen nicht einbezogen [55, 56, 57].

Das gerade in den meisten klinischen Studien verwendete aktuelle Standardmodell verzichtet weitgehend auf eine spezifische psychotherapeutische Intervention. Der psychodynamische Ansatz bietet viele überzeugende theoretische und praktische Argumente für Synergien zwischen dem psychedelischen Zustand und dem psychodynamischen Therapieprozess, und zeigte in der Vergangenheit bereits vielversprechende Behandlungserfolge. Ebenso können die Verhaltenstherapie und ihre Weiterentwicklungen, zum Beispiel ACT, einen geeigneten konzeptuellen Rahmen für die psychedelische Therapie bieten. Unterschiede im Ausmaß der Wirkung psy-



**Abb. 2:** Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Wirkmodell der psychedelischen Therapie nach Wolff et al. [35]: Verschiedene ineinandergreifende Aspekte eines Vermeidung reduzierenden Lernprozesses, dessen Förderung das Ziel vieler verhaltenstherapeutischer Interventionen ist, sind kreisförmig dargestellt. Die farbigen Pfeile stellen angenommene spezifische Wirkfaktoren der psychedelischen Therapie dar.

chedelischer Therapie, die auf verschiedenen Psychotherapien beruhen (etwa psychodynamische Therapie versus Verhaltenstherapie), wurden bisher noch nicht untersucht.

Ganz unabhängig von bestimmten psychotherapeutischen Schulen oder Denkrichtungen erscheint es sinnvoll, die therapeutischen Wirkungen von Psychedelika nicht als rein pharmakologische Effekte zu betrachten, sondern im Wesentlichen als Folge komplexer psychischer Prozesse, die durch die pharmakologischen Substanzwirkungen ermöglicht und angestoßen werden. Eine solche Sichtweise ist sicher nicht nur auf das Verständnis von Psychedelika, sondern auf das aller Psychopharmaka zu beziehen. Allerdings zeigt sich im Fall von Psychedelika die besondere Bedeutung komplexer psychischer Prozesse sowohl in der starken Abhängigkeit des Therapieerfolgs vom subjektiven Erleben während der psychedelischen Erfahrung, als auch in der ebenso entscheidenden Abhängigkeit dieses Erlebens von den psychologisch wirksamen inneren und äußeren Einflussfaktoren, die als Set und Setting bezeichnet werden. Die im Vergleich zu anderen Psychopharmaka offenbar außergewöhnlichen Wirkmechanismen, die eher denen einer (intensivierten) Psychotherapie zu ähneln scheinen, könnten innerhalb der Psychiatrie langfristig eine weitere Integration psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Ansätze befördern.

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Innovationspotenzials psychedelischer Therapien ist die Tatsache, dass hier im Gegensatz zu etablierten Pharmakotherapien (z. B. mit Antidepressiva) keine dauerhafte und tägliche Medikation erforderlich ist, sondern nur eine bis wenige Substanzgaben, im Abstand mehrerer Wochen, erfolgen. Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte über fragliche langfristige Wirksamkeit, unerwünschte Nebenwirkungen und Absetzphänomene von Antidepressiva gerät die psychedelische Therapie in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses.

Die Autoren dieses Artikels sind beteiligt an einer in Mannheim und Berlin geplanten Studie zur Psilocybin-gestützten Behandlung therapieresistenter Depression, um Wirksamkeit, Sicherheit und Wirkmechanismen weiter zu untersuchen. Dabei setzen wir ebenfalls das oben beschriebene aktuelle Standardprotokoll ein. In einem nächsten Schritt wäre es aus unserer Sicht sinnvoll, verschiedene psychische Störungsbilder, Dosierungen, Dosierungsregimes (einfache versus mehrfache Gabe), Therapie-settings (Einzel- versus Gruppentherapie) und weitere Faktoren zu untersuchen, sowie schließlich auch in Head-to-head-Studien mit etablierten Behandlungen (SSRI, Psychotherapie, Ketamin et cetera) zu vergleichen.

**Literatur als Zusatzmaterial unter**  
[www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

**AUTOREN**

**Dr. med. Michael Koslowski**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Charité Mitte, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin



E-Mail: michael.koslowski@charite.de

**Dr. med. Felix Betzler**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Charité Mitte, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin

E-Mail: felix.betzler@charite.de

**Prof. Dr. med. Gerhard Gründer**

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J 5, 68159 Mannheim

E-Mail: gerhard.gruender@zi-mannheim.de

**Dr. sc. hum. Henrik Jungaberle**

MIND Foundation, Boxhagener Straße 82, 10245 Berlin

E-Mail: Henrik.Jungaberle@mind-foundation.org

**Dr. rer. nat. Max Wolff**

Fakultät Psychologie, Technische Universität Dresden, Zellescher Weg 17, 01069 Dresden

E-Mail: max.wolff@tu-dresden.de

# Kleinanzeigen aus der Praxis

**Praxisbörse**

Eine im Zentrum von **Mannheim** gelegene neurologisch-psychiatrische Praxis **sucht Facharzt für Psychiatrie (Psychotherapie) oder Nervenarzt** (m/w/d) zur Anstellung in Voll- oder Teilzeit, flexible, individuell angepasste Arbeitszeiten. **Kontakt:** praxis@neurologie@imquadrat.de oder Telefon: 0621 86250421

**Kaufen, verkaufen, verschenken**

**Zu verkaufen:** Farbduplexgerät Sonosite Titan Baujahr 2004 voll funktionsfähig, mit Sonde für extrakranielle Carotiden (Neupreis 1.000 €. **Kontakt:** docrauber@t-online.de oder Telefon: 0170 4466905

**Praxisauflösung:** Biete UltraPro S 100 International (Natus), MultiDop Pro (DWL), Neurofax EEG-1200 (Nihon Kohden) und Neuropack S1 (Nihon Kohden) sowie EEG-Sessel. Alles zum selber Abholen in Stuttgart. **Kontakt:** dr\_juergen\_gehrke@web.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

**Nächster Einsendeschluss: 25. November 2020**



## COVID-19-Pandemie

# Psychische Folgen für Bevölkerung und medizinisches Personal

Die Pandemie der Infektionskrankheit COVID-19 („coronavirus disease 2019“) hatte vorübergehend zu einem weltweiten Lockdown geführt. Welche psychischen Folgen die soziale Isolation und die ungewisse Zukunft bisher ausgelöst haben, wird zurzeit intensiv untersucht. Zu den kurzfristigen Auswirkungen der Pandemie in der Allgemeinbevölkerung und bei medizinischem Personal liegen erste Ergebnisse vor.

STEFFI RIEDEL-HELLER UND JENS BOHLKEN

Im Dezember 2019 wurde in Wuhan, China, der erste Fall von COVID-19 gemeldet, einer Infektionskrankheit, die durch SARS-CoV-2 verursacht wird. Von da an kam es zu einer raschen weltweiten Ausbreitung der Krankheit, deren Erreger bis September 2020 weltweit mehr als 30 Millionen Menschen infizierte und mehr als 970.000 Todesfälle verursachte [1]. Nach China wurde Europa zum nächsten Epizentrum. Angesichts der wachsenden Zahl von infizierten und manifest erkrankten COVID-19-Fällen hatten mehrere Länder rigorose Anstrengungen unternommen und

Strategien durchgesetzt, um die Infektionsrate zu senken und die Belastung der Gesundheitssysteme zu verhindern. Deutschland verhängte am 22. März 2020 landesweit Einschränkungen bei sozialen Kontakten. Sie wurden eingeführt, um eine minimale Interaktion zwischen den Individuen zu erreichen, die räumliche Nähe zu reduzieren und die individuelle Mobilität soweit wie möglich einzuschränken. Obwohl es in Deutschland keine strenge und rechtlich verbindliche Abriegelung gab, wurde die Bevölkerung aufgefordert, zu Hause zu bleiben, nur dringend nötige Wege zu-

rückzulegen und dabei Abstand zu anderen Menschen zu halten. Infolgedessen wurde das Zusammentreffen von mehr als zwei nicht im gleichen Haushalt lebenden Personen verboten. International wird deshalb von einem deutschen „lockdown light“ gesprochen. Am 15. April wurden einige der Einschränkungen gelockert, jedoch wurde empfohlen, die soziale Distanzierung bis zum 5. Juni aufrechtzuerhalten. So wurde die einstweilige Verfügung in Deutschland nach etwa drei Monaten (März, April, Mai) aufgehoben. Aktuell droht eine zweite Infektionswelle.

Sehr früh stellte sich die Frage nach den psychischen Folgen des Ausbruchsgeschehens und der Maßnahmen des Gesundheitsschutzes (lockdown, social distancing). Das ist naheliegend, denn Menschen sind soziale Wesen. Die Gemeinschaft mit anderen ist ein fundamentales menschliches Bedürfnis und ist wichtig für Wohlbefinden und Gesundheit [2]. Die Autoren einer Übersichtsarbeit nahmen deshalb die Folgen von sozialer Isolation und Quarantäne bei früheren SARS-CoV- und MERS-CoV-Ausbrüchen unter die Lupe [3]. Es ergaben sich konsistent negative psychische Folgen von Isolations- und Quarantänemaßnahmen, darunter Depressivität, Ängstlichkeit, Wut, erhöhter Stress und posttraumatische Belastung. Diese Folgen traten bereits während der Isolations- und Quarantänemaßnahmen auf, ließen sich jedoch auch längerfristig, das heißt noch Monate und gar Jahre danach



**Vor allem junge Menschen, Ärzte und medizinisches Personal werden von Ängsten und Sorgen während der COVID-19-Pandemie begleitet.**



nachweisen. Tätige im Gesundheitswesen erwiesen sich hierbei als eine besonders vulnerable Gruppe [3, 4].

Vor diesem Hintergrund wollen wir folgenden Fragen nachgehen:

1. Welche kurzfristigen psychischen Folgen hat die COVID-19-Pandemie auf die Bevölkerung? Mit welchen längerfristigen Folgen ist zu rechnen?
2. Was wissen wir über die psychischen Folgen bei medizinischem Personal und welche Belastungen und Herausforderungen erlebten niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Nervenheilkunde in der frühen Pandemiephase?

### Psychische Auswirkungen auf die Allgemeinbevölkerung

Vorbefunde aus früheren Epidemien lassen psychische Folgen erwarten [3]. Die aktuelle Forschung zu den psychischen Folgen der COVID-19-Pandemie ist unübersichtlich aufgrund einer Publikationsflut. Eine Pubmed-Recherche ergab 7.543 Treffer (19. September 2020) zu den Schlagworten „Covid-19“ AND „mental Health“. Zusätzlich werden neue Ergebnisse auch in der Medizin und Psychologie jetzt des Weiteren auf Pre-Print-Servern noch ohne formale Begutachtung zugänglich. Trotzdem sind datenbasierte Arbeiten wie eine Nadel im Heuhaufen zu suchen. Zudem ist die Zuordnung der internationalen Ergebnisse zum jeweiligen konkreten Pandemiestadium in den entsprechenden Studienländern herausfordernd, aber bei dynamischem Geschehen dringend geboten.

Eine sehr frühe Metaanalyse fasste Surveys in der Allgemeinbevölkerung zu Beginn des Ausbruchsgeschehens zusammen, die Repräsentativität erscheint aufgrund der Methodik der einzelnen Studien oft eingeschränkt. Gleichwohl konnten 17 Studien Angstsymptomatik und 14 Studien Depressivität erfassen und die Autoren berichten zusammenfassend, dass ungefähr ein Drittel der Bevölkerung depressive und ängstliche Symptome angaben [5]. Darüber hinaus gab es repräsentative Studien, die Ergebnisse während der Pandemie mit ähnlichen repräsentativen Studien vor der Pandemie verglichen, wenn diese vergleichbare Instrumentarien eingesetzt hatten.

In einer der ersten Studien dieser Art haben Emma E. McGinty et al. für die USA gezeigt, dass die psychische Belastung (gemessen mit der Kessler Psychological Distress Scale) im April 2020 im Vergleich zu einer früheren Untersuchung 2018 deutlich erhöht war, insbesondere bei Frauen, bei Menschen mit niedrigem Haushaltseinkommen und bei Jüngeren [6]. Ältere, eigentlich Risikogruppe für schwere Verläufe von COVID-19, waren weniger betroffen. Dies steht im Einklang mit einem für uns überraschenden Befund einer eigenen repräsentativen Studie, die wir im ersten Drittel des Lockdowns bei über 1.000 Menschen  $\geq 65$  Jahren durchgeführt haben. Dabei ergaben sich im Vergleich zu 2018 keine erhöhten Depressions-, Angst- und Somatisierungswerte (gemessen mit der BIS-18) [7].

Studien, in denen dänische Kolleginnen und Kollegen ihre Ergebnisse sowohl mit einem Survey vor der Pandemie verglichen als auch in der Pandemie zu mehreren Zeitpunkten untersuchten [8, 9], zeigten ein initial reduziertes Wohlbefinden, das mit Nachlassen des Ausbruchsgeschehens auf das normale Niveau zurückging. Zu ähnlichen Verlaufsergebnissen kamen auch die Autoren einer Längsschnittstudie. Dabei wurde die psychische Belastung in Großbritannien (gemessen mit dem „patient health questionnaire-12“, PHQ-12) seit 2002 erfasst. Pandemiebedingt gab es einen initialen Anstieg im April 2020 mit folgendem Rückgang, jedoch nicht auf das Ausgangsniveau [10]. Interessant ist hier der sehr deutliche Befund einer mehrfach höheren Belastung bei den jüngeren Altersgruppen, während die Belastung alter Menschen über 70 Jahre sich kaum verändert hat.

Das deutsche sozioökonomische Panel (SOEP) hat ebenfalls Depressivität und Angst in der Allgemeinbevölkerung mit einem sehr einfachen Instrumentarium, dem PHQ-4, untersucht. Obgleich die Werte von 2019 bis April 2020 etwas gestiegen sind, ist dieser Anstieg wiederum im Vergleich zu den Vorbefunden von 2016 nicht signifikant [11].

### Vor allem Jüngere betroffen

In einer Zusammenschau der Befunde kann gemutmaßt werden, dass insge-

samt ein höheres Maß an Ängstlichkeit, Depressivität, an psychischer Belastung und reduziertem Wohlbefinden zu den kurzfristigen psychischen Folgen der Pandemie zählt. Es zeichnet sich ab, dass Jugendliche und jüngere Menschen deutlich mehr betroffen sind. Die psychologische Dynamik scheint der epidemiologischen Dynamik zu folgen. Dies wird auch durch hochfrequente Befragungen der Bevölkerung mit einer einfachen Frage nach Angst und Sorgen wie der Befragung COSMO (COVID-19 Snapshot Monitoring) gestützt, die ebenfalls eine Erhöhung mit dem Ausbruchsgeschehen und dann eine Reduktion zeigt (**Abb. 1**) [12].

Im Moment ist noch unklar, ob es kulturelle Unterschiede im Ausmaß auf die Reaktion der Pandemie gibt, das heißt, ob stärkere Reaktionen in den USA und in Großbritannien und weniger starke in Deutschland und Dänemark zu verzeichnen sind. Die Bewertung dieser Befunde geht auseinander. Aus Sicht der Autoren sind psychische Reaktionen auf belastende Ereignisse zunächst normal und nicht mit einer längerfristigen psychischen Erkrankung gleichzusetzen. Trotzdem erscheint die Kenntnis der Dynamik dieser psychischen Reaktionen und der besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen außerordentlich wichtig.

### Längerfristig mehr psychische Störungen zu erwarten

Für die längerfristigen Folgen der COVID-19-Pandemie liegen naturgemäß noch keine Daten vor. Diese werden maßgeblich vom Verlauf der Wirtschaftskrise abhängig sein. Wir wissen sehr viel über etablierte Zusammenhänge zwischen Pandemie und Wirtschaftskrise – das trifft auf frühere Pandemien wie die Spanische Grippe zu, ist aber bereits in der jetzigen Pandemie schon sehr deutlich. Das deutsche Bruttoinlandsprodukt ist um 9,7 % gesunken [13]. Das Bruttoinlandsprodukt hat auch in den Nachbarländern wie Frankreich mit –13,8 % und Spanien –18,5 % im zweiten Quartal 2020 historische Rückgänge zu verzeichnen. Zu den bekannten Treibern dieser Zusammenhänge zwischen Pandemien und Rezessionen kommen aktuell neue Faktoren. Besonders sind hier die globa-

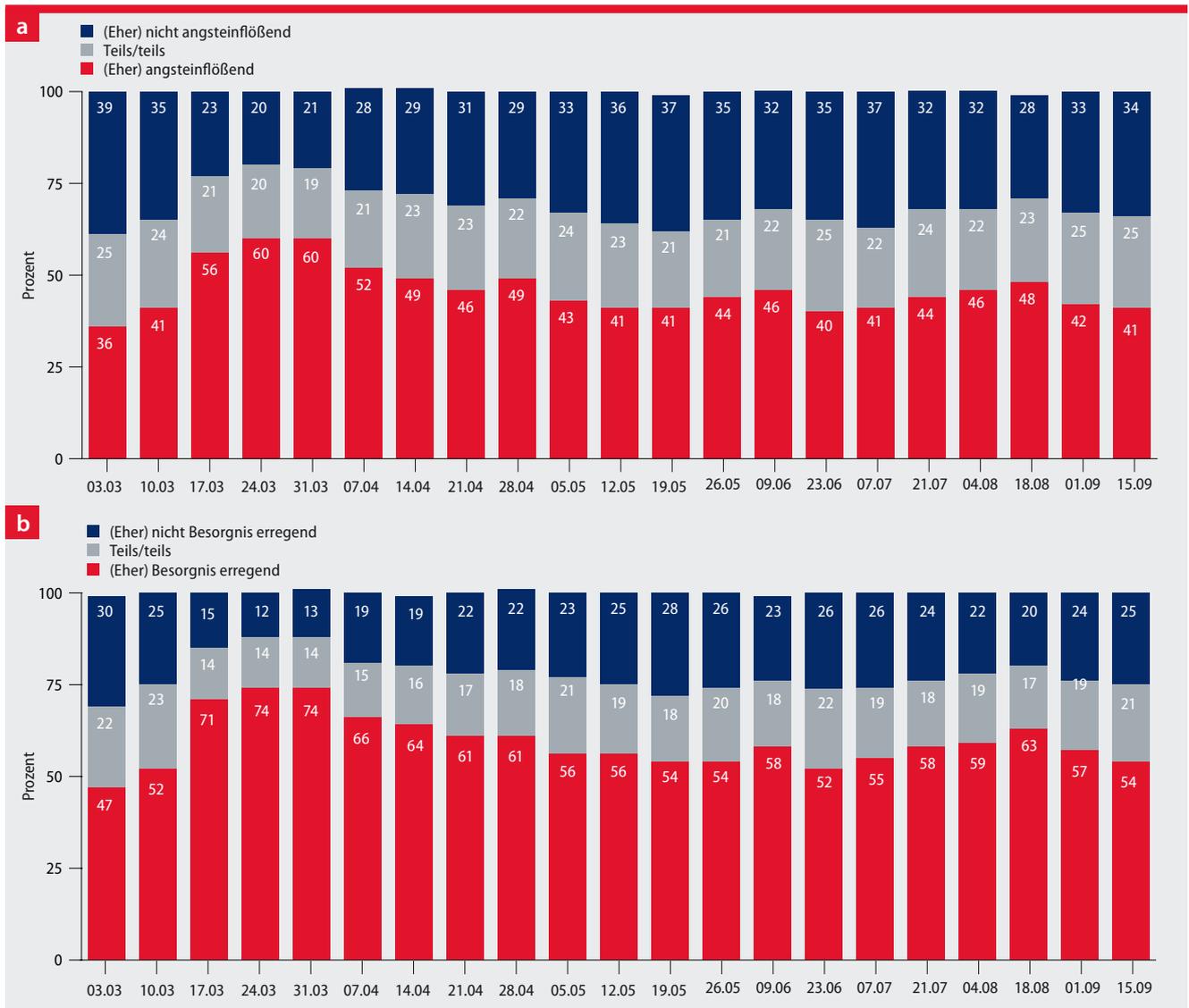


Abb. 1: In der COSMO(COVID-19 Snapshot Monitoring)-Befragung schwankte das Gefühl von Angst (a) und Besorgnis (b) in der Bevölkerung parallel zum Ausbruchsgeschehen (<https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/cosmo-analysis.html>)

len Effekte auf Lieferketten und globale Nachfragen zu nennen. Wir wissen auch, dass Krisen soziale Ungleichheiten verschärfen.

Zu den Zusammenhängen zwischen Wirtschaftskrisen und der Zunahme psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung gibt es einschlägige Befunde aus der Weltfinanzkrise 2007 und 2008. In einem Hintergrundpapier des Kompetenznetzes Public Health COVID-19 zu den gesundheitlichen Folgen der Weltfinanzkrise 2007 und 2008 wird resümiert, dass der Anstieg psychischer Erkrankungen zu den deutlichsten Be-

funden zählt [14]. Da Wirtschaftskrisen regelhaft mit der Zunahme psychischer Störungen verbunden sind, muss davon ausgegangen werden, dass die aktuelle pandemiebedingte Rezession folgenreich für die psychische Gesundheit der Bevölkerung ist und deshalb längerfristig mehr psychische Störungen in der Bevölkerung zu erwarten sind.

### Belastungen für medizinisches Personal und Fachärzte

Unsere Arbeitsgruppe fasste in einer systematischen Übersicht quantitative Studien zur Belastung des medizinischen

Personals zusammen, die von Januar bis Mitte April 2020 vornehmlich in Asien publiziert wurden [15]. Die Studien bezogen sich auf Krankenhauspersonal aus Infektionsabteilungen, Abteilungen für Fieberkranke, Abteilungen der Inneren Medizin inklusive Intensivstationen sowie der Chirurgie und Psychiatrie. Es wurde eine erhebliche Belastung des pflegerischen und ärztlichen Personals durch Stresserleben, depressive und ängstliche Symptome berichtet. Die Ausprägung der psychischen Symptomatik wurde beeinflusst durch Alter, Geschlecht, Berufsgruppe, Fachrichtung,



Art der jeweiligen Tätigkeit und die Nähe zu COVID-19-Patienten. Subsequente Metaanalysen, in denen medizinisches Personal mit anderen Berufsgruppen verglichen wurde, zeigten eine stärkere Betroffenheit des medizinischen Personals hinsichtlich Depressivität, Angst und indirekter Traumatisierung [16, 17].

Steve Kisely et al. [18] berichteten für medizinisches Personal, das in Kontakt mit COVID-19-Patienten gekommen war, von erhöhtem akutem und posttraumatischem Stress (Odds Ratio [OR] 1,71; 95 %-Konfidenzintervall [95 %-KI] 1,28–2,29) und erhöhter psychologischer Belastung (OR 1,74; 95 %-KI 1,50–2,03).

Auffällig war, dass bei der initialen Belastungsforschung das medizinische Personal im ambulanten Versorgungsbereich unzureichende Berücksichtigung fand. Italienische Studien zur Mortalität unter der Ärzteschaft verschiedener Fachdisziplinen lenken jedoch unseren

Blick auf die besondere Situation in der ambulanten Versorgung. An COVID-19 verstarben im Zeitraum vom 21. Februar bis 16. April 2020 in Italien 119 Ärzte. Davon waren mehr als die Hälfte Hausärzte (66 von 119) [19]. Diese Zahlen können als Hinweis auf die besondere Gefährdung von ambulant tätigen Ärzten verstanden werden.

Eine erste deutsche Studie, die nur ambulant tätige Ärzte einschloss, konkret niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie, legten wir vor. Anfang April 2020 wurden im Rahmen einer BVDN-Mitgliederbefragung Belastungen und pandemiebedingte Herausforderungen der Praxisorganisation erfragt [20]. Ein Drittel der niedergelassenen Ärzte (32 %) machte sich große bis sehr große Sorgen und sieht für sich selbst eine hohe bis sehr hohe Infektionsgefahr (33,8 %). 18 % der Befragten machte die COVID-19-Pandemie große bis sehr große Angst. Ein Drittel fühlte sich

persönlich finanziell bedroht und Umsatzverluste der Praxis wurden erwartet. Schutzkleidung und Desinfektionsmaterial fehlten in der der Befragung vorangegangenen Arbeitswoche im März 2020 in 72,9 % der Praxen in verschiedenem Ausmaß.

In diesem Zusammenhang soll auf weitere deutsche Studien zur Belastung und zu pandemiebedingten Herausforderungen von medizinischem Personal verwiesen werden. Während das Team um Victoria Kramer [21] vor allem ärztliche und pflegerische Mitarbeiter in Krankenhäusern befragte, wurde in die Studie von Pia Paffenholz et al. [22] auch ambulant tätiges Personal eingeschlossen. Die Wissenschaftler berichteten von einem erheblichen Maß an Beeinträchtigungen und Sorgen und verwiesen auf eine signifikant schlechtere Ausstattung mit präventivem Schutzmaterial im ambulanten Sektor im Vergleich zu den maximalversorgenden Kliniken.

# Hier steht eine Anzeige.



### Fazit für die Praxis

Wenn wir von psychischen Folgen der COVID-19-Pandemie sprechen, so ist eine Unterscheidung von kurz- und längerfristigen Folgen sinnvoll, obgleich es fließende Übergänge gibt. Zu kurzfristigen psychischen Folgen der Pandemie in der Allgemeinbevölkerung liegen bereits erste Ergebnisse vor. Sie verweisen auf ein initial höheres Maß an Ängstlichkeit, Depressivität und psychischer Belastung, wobei die psychologische Dynamik der epidemiologischen Dynamik zu folgen scheint und mit dem Nachlassen des Ausbruchgeschehens diese Reaktionen zurückgehen. Psychische Reaktionen auf belastende Ereignisse erscheinen dabei zunächst in gewissem Ausmaß normal und sind nicht mit längerfristigen psychischen Erkrankungen gleichzusetzen.

Für die längerfristigen Folgen der Pandemie liegen aktuell keine Daten vor, diese werden jedoch maßgeblich vom Verlauf der Wirtschaftskrise bestimmt. Wirtschaftskrisen sind regelhaft mit einer Zunahme psychischer Störungen verbunden, sodass weniger durch das Ausbruchgeschehen selbst, sondern eher rezessionsbedingt mit einer Zunahme von psychischen Störungen zu rechnen ist.

Zu den psychischen Folgen für das medizinische Personal liegen übergreifende Befunde vor, die unisono erhebliche Belastungen berichten. Möglicherweise gibt es auch gewisse Parallelen zu den psychischen Reaktionen in der Allgemeinbevölkerung. Zudem werden erhöhte Belastungen bei denjenigen, die unmittelbar mit COVID-19-Patienten arbeiten, sehr konsistent berichtet. Der ambulante Versorgungsbereich ist in den vorliegenden Studien deutlich weniger beforscht, obwohl es Hinweise auf besondere Gefährdungslagen gibt. Mit dieser ersten Bestandsaufnahme bleiben viele Fragen noch offen. Die methodische Heterogenität der Studien ist enorm. Von besonderem Wert für die genannten Fragestellungen sind repräsentative Längsschnittstudien mit verschiedenen Messzeitpunkten (prä-, peri-, postpandemisch) und validierten Instrumenten. Insgesamt zeigt diese Übersicht, dass der psychischen Gesundheit der Bevölkerung und des medizinischen Personals im Pandemiemanagement und einer übergreifenden Public-Health-Strategie von Beginn an eine wichtige Rolle zukommen muss.

### Literatur

1. Johns Hopkins University & Medicine. Corona Virus Resource Center; <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>; Stand 23.9.2020
2. Holt-Lunstad J et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 2015;10(2):227–37
3. Röhr S et al. Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review. *Psychiatr Prax* 2020;47(4):179–89
4. Röhr S et al. Womit müssen wir rechnen? Was können wir dagegen tun? Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche („Rapid Review“); [https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Policy\\_Brief\\_Psychosoziale\\_Folgen\\_von\\_Isolation\\_30042020\\_final.pdf](https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Policy_Brief_Psychosoziale_Folgen_von_Isolation_30042020_final.pdf)
5. Salari N et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health* 2020;16(1):57
6. McGinty EE et al. Psychological Distress and Loneliness Reported by US Adults in 2018 and April 2020. *JAMA* 2020;324(1):93–4
7. Röhr S et al. Mental and social health in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a representative survey. 2020; <https://doi.org/10.31234/osf.io/7n2bm>
8. Sønderskov KM et al. Increased psychological well-being after the apex of the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatr* 2020;32(5):277–9
9. Sønderskov KM et al. The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatr* 2020;32(4):226–8
10. Daly M et al. Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: Evidence from the UK Household Longitudinal Study. *PsyArXiv*. 2020; <https://doi.org/10.31234/osf.io/qd5z7>
11. Entringer T. et al. Psychische Krise durch COVID-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. SOEppapers on Multidisciplinary Panel Data Research. 2020;1087; [https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.791307.de/diw\\_sp1087.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.791307.de/diw_sp1087.pdf).
12. Betsch C et al. Monitoring behavioural insights related to COVID-19. *Lancet* 2020;395(10232):1255–6
13. Statistisches Bundesamt Destatis; [www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Grafiken/Volkswirtschaftliche-Gesamtrechnungen-Inlandsprodukt/2020/\\_Statisch/20200805-bip-erwerbstaetige-x13.html](http://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Grafiken/Volkswirtschaftliche-Gesamtrechnungen-Inlandsprodukt/2020/_Statisch/20200805-bip-erwerbstaetige-x13.html).
14. Dragano N et al. Gesundheitliche Folgen von Wirtschaftskrisen: epidemiologische Studien zur Weltfinanzkrise 2007/2008. Gesundheitliche Folgen einer pandemiebedingten Wirtschaftskrise? Analyse epidemiologischen Studien zur Weltfinanzkrise 2007/2008; [https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrund\\_Gesundheitliche\\_Folgen\\_von\\_Wirtschaftskrisen\\_KNPH\\_01\\_01072020.pdf](https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrund_Gesundheitliche_Folgen_von_Wirtschaftskrisen_KNPH_01_01072020.pdf)
15. Bohlken J et al. COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. *Psychiatr Prax* 2020;47(4):190–7
16. da Silva FCT, Neto MLR. Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2021;104:110057
17. de Pablo GS et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020;275:48–57
18. Kisely S et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ* 2020;369:m1642
19. Lapolla P et al. Deaths from COVID-19 in healthcare workers in Italy—What can we learn? *Infect Control Hosp Epidemiol* 2020; <https://doi.org/10.1017/ice.2020.241>
20. Bohlken J et al. Erfahrungen und Belastungserleben niedergelassener Neurologen und Psychiater während der COVID-19-Pandemie. *Psychiatr Prax* 2020;47(4):214–7
21. Kramer V et al. Subjective burden and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020; <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01183-2>
22. Paffenholz P et al. Perception of the 2020 SARS-CoV-2 pandemic among medical professionals in Germany: results from a nationwide online survey. *Emerg Microbes Infect* 2020;9(1):1590–9

### AUTOREN

#### Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

Direktorin des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät, Universität Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

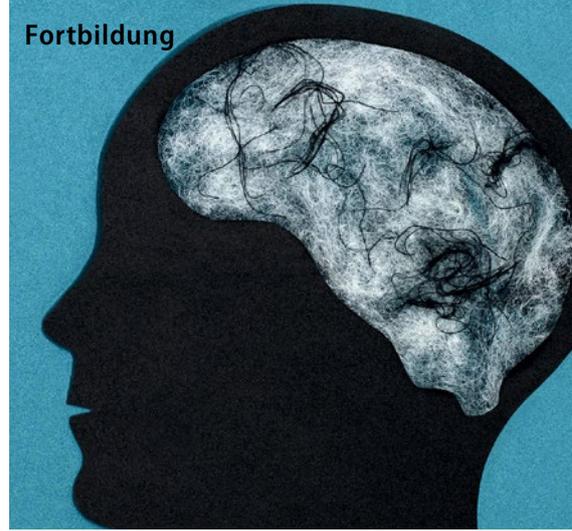
E-Mail: [steffi.riedel-heller@medizin.uni-leipzig.de](mailto:steffi.riedel-heller@medizin.uni-leipzig.de)

#### Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken

Gastwissenschaftler am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät, Universität Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

E-Mail: [dr.j.bohlken@gmx.net](mailto:dr.j.bohlken@gmx.net)





## Psychiatrische Kasuistik

# Organische Psychose unter Morbus Basedow

### Aktuelle Anamnese

Frau F. wurde im Anschluss an einen Aufenthalt auf der Intensivstation unseres Hauses zur stationären diagnostischen Abklärung eines psychotischen Syndroms aufgenommen. Die vorangegangene intensivmedizinische Behandlung fand drei Tage nach einer Radiojodtherapie eines Thiamazol-refraktären Morbus Basedow statt, in deren Folge die Patientin folgende Symptome entwickelte:

- massive Übelkeit,
- Erbrechen,
- Schwindel,
- Konzentrationsbeschwerden,
- Vigilanzminderung und
- Wesensveränderungen.

Zusätzlich erlitt die Patientin einen tonisch-klonischen Anfall. Bei Aufnahme war zudem eine Hyponatriämie (124 mM/l) aufgefallen.

Während des Aufenthaltes auf der Intensivstation zeigte sich Frau F. schwankend apathisch mit wechselndem Antrieb, assoziativer Lockerung, labilem Affekt, schwankender Vigilanz und Orientierungsstörungen. Insbesondere berichtete sie imperative Stimmen, die sie schon seit mehreren Monaten höre. Diese forderten sie beispielsweise dazu auf, das Telefon abzunehmen. Sie habe aus Verunsicherung bislang niemandem in ihrem Umfeld davon berichtet.

Die gezielte internistisch-neurologische Abklärung inklusive Computertomografie-Thorax, Magnetresonanztomografie des Schädels (cMRT) und Lumbalpunktion mit Messung intrathekalen antineuronaler Antikörper blieb unauffällig.

Nach Gabe des Benzodiazepins Lorazepam 3 mg/Tag sowie des Antipsychotikums Risperidon 2 mg/Tag sistierte die psychotische Symptomatik; die Patientin wurde nach Abschluss der Akutbehandlung aus dem Intensivstationsaufenthalt

entlassen und zur weiteren Diagnostik stationär auf unsere Spezialstation für psychotische Störungen zur weiteren Therapie und diagnostischen Einordnung aufgenommen. Bei Aufnahme berichtete die Patientin, subjektiv keinerlei Beschwerden mehr zu haben.

### Medikation bei Aufnahme

- Risperidon 2 mg/Tag
- Metoprolol 47,5 mg/Tag
- Prednisolon 5 mg/Tag

### Psychiatrische Vorgeschichte

Frau F. verneinte vorangegangene ambulante oder stationäre psychiatrische Behandlungen.

- Im Sommer 2019 seien in der Arbeit erstmals Überforderungserleben, aggressive Impulse und psychomotorische Unruhe aufgetreten. Der Hausarzt habe sie daraufhin für zwei Wochen krankgeschrieben. Die Symptomatik sei spontan rückläufig gewesen.
- Im Januar 2020 seien erstmals imperative Stimmen aufgetreten, bei welchen es sich abwechselnd um ihr unbekannte Männer-, Frauen- und Kinderstimmen gehalten habe. Diese seien betont bei Inaktivität aufgetreten.
- Im Sommer 2020 seien Unruhe, Ängste, Überforderungs- sowie ein Beobachtungserleben hinzugekommen. Sie habe in kein Auto mehr steigen können, aus Angst, bei einem Unfall zu versterben, und habe auch ihre Wohnung deshalb kaum noch verlassen können. Die Familie habe die Einkäufe für sie erledigen müssen.

### Somatische Anamnese

1982 sei eine Hemithyreoidektomie bei Struma erfolgt, vor dreieinhalb Jahren sei ein Morbus Basedow diagnostiziert worden. Unter dreijähriger thyreostatischer Therapie mit wechselnder Thiamazol-Dosis (zuletzt 7,5 mg/Tag) gelang die

### 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 10/2020

Verhaltensauffälligkeiten mit Gangstörung

NT 9/2020

Starke Tagesmüdigkeit, höheres Schlafbedürfnis

NT 7–8/2020

Schwindel und mehr

NT 6/2020

Progressive supranukleäre Blickparese

NT 5/2020

Post-Stroke-Depression und Post-Stroke-Fatigue

NT 4/2020

Depressiv und immer wieder müde ...

NT 3/2020

Augenbewegungsstörung bei Kopfschmerzpatienten

NT 1–2/2020

Schreien und Schlagen im Schlaf

NT 12/2019

Kopfschmerzen beim Rübenaufladen

Das Online-Archiv unter

<https://www.springermedizin.de/link/16383722>



Kontrolle der stark schwankenden Schilddrüsenfunktion schließlich nicht mehr.

Mitte 2020 bestand eine latent hyperthyreote Stoffwechsellage, einhergehend mit Exophthalmus und Hyperhidrosis. Deshalb schlossen sich im Juni 2020 eine Radiojodtherapie und eine medikamentöse Weiterbehandlung mit Propranolol 120 mg/Tag sowie Prednisolon (aus-schleichend, Startdosis 50 mg/Tag) an. Außerdem berichtete die Patientin von einer bekannten essenziellen arteriellen Hypertonie.

### Suchtmittelanamnese

Alkohol gelegentlich, kein Nikotinabusus. Drogenkonsum verneint.

### Familienanamnese

Die Cousine der Mutter habe an einer Demenz gelitten. Ansonsten sei die Familienanamnese leer für psychiatrische Erkrankungen.

### Soziobiografische Anamnese

Geboren sei die Patientin in Tschechien. Mit 13 Jahren sei der Umzug nach Ber-

lin erfolgt. Sie habe bis vor kurzem als Erzieherin gearbeitet und habe zwei Söhne (28 und 33 Jahre). Ende Juli 2020 habe sie ihre Anstellung in einer Kindertagesstätte verloren. Die letzte Beziehung habe zu ihrem Ehemann bestanden, von dem sie sich vor 13 Jahren getrennt habe. Sie habe zwei Brüder. Einer ihrer Neffen (17 Jahre) lebe bei ihr, da sich ihr Bruder berufs- und die Kindsmutter krankheitsbedingt nicht um ihn kümmern könnten. Es bestehe ein guter Zusammenhalt innerhalb der Familie.

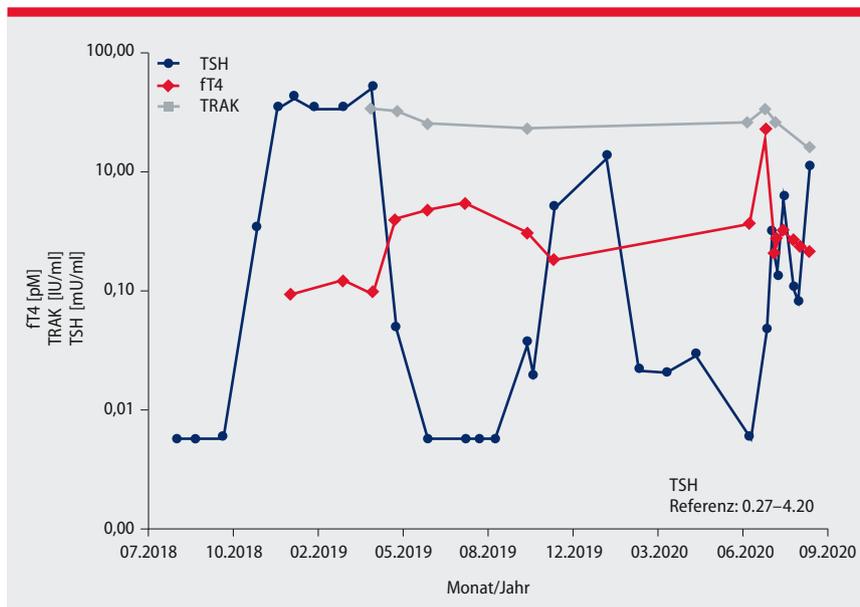
### Psychopathologischer Befund bei Aufnahme

- Patientin von gepflegtem Erscheinungsbild,
- freundlich im Kontakt;
- wach, bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten voll orientiert,
- Aufmerksamkeit regelrecht,
- Konzentration mäßig beeinträchtigt (3/5 beim rückwärts Buchstabieren),
- Auffassung in der Sprichwortprüfung abstraktionsfähig,
- Mnestik gestört (1/3 Begriffe im verzögerten Abruf erinnerlich),

- häufig wechselnde Zeitangaben zur Vorgeschichte,
- formales Denken geordnet,
- Sinnestäuschungen und Ich-Störungen verneint,
- kein Anhalt für Wahnerleben, insbesondere Beobachtungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungserleben wird verneint,
- im Affekt schwingungsfähig und euthym, keine Ängste oder Befürchtungen,
- Interesse und Freudempfinden ungestört,
- Antrieb regelrecht,
- Psychomotorik unauffällig,
- kein Anhaltspunkt für Phobien oder Zwänge,
- Schlaf sowie Appetit regelrecht,
- keine Suizidgedanken,
- kein Anhalt für Eigen- oder Fremdgefährdung,
- Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft gegeben.

### Internistisch-neurologischer Untersuchungsbefund

- Patientin in gutem Allgemein- und adipösem Ernährungszustand,
- in der internistischen Untersuchung ergibt sich altersentsprechender Normalbefund,
- im neurologischen Untersuchungsbe-fund kein Meningismus,
- Pupillen beidseits rund, mittelweit, isokor mit prompter direkter und indirekter Lichtreaktion konsensual,
- keine Augenmuskelparesen, Blickfolge leicht sakkadiert,
- feinschlägiger, nichterschöpflicher Endstellnystagmus nach rechts bei Blick nach rechts,
- Halmagyi- und Cover-Test unauffällig,
- gesamtes Gesichtsfeld fingerperimetrisch frei,
- keine faziale Parese, Sensibilität im Gesicht seitengleich intakt angegeben;
- keine Sprach-, Sprech-, oder Schluckstörung,
- keine manifesten Paresen der oberen und unteren Extremitäten,
- periphere Sensibilität seitengleich intakt angegeben,
- MER seitengleich mittellebhaft auslösbar,
- Babinski-Reflex negativ,



**Abb. 1:** Die Abbildung zeigt den zeitlichen Verlauf von fT4, TRAKS und TSH über den Verlauf eines Jahres. Die Punkte repräsentieren einzelne Messwerte, die gestrichelten Linien die jeweiligen Referenzwerte (fT4 7–14,8 ng/l; TRAK < 1,8 IU/l; TSH 0,4–4 mU/l). Es ist klar ersichtlich, dass ein Großteil der Messwerte außerhalb des Referenzbereichs liegt. Der Beginn der psychotischen Symptomatik liegt im Sommer 2019. Bereits lange zuvor zeigt sich eine teilweise massive Störung des unter normalen Umständen homöostatisch eng regulierten Schilddrüsenhormonhaushalts.

- Unterberger Tretversuch und Romberg-Stehversuch unauffällig,
- Luria Hand-Sequenz auffällig (0/6).

### Labor

- Normwerte für klinische Chemie einschließlich Blutfette, Differenzialblutbild, Gerinnung,
- Thyreoidea-stimulierendes Hormon (TSH) leicht erhöht,
- TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK) deutlich erhöht,
- Antithyreoglobulin (anti-Tg) und Antikörper gegen thyreoidale Peroxidase (anti-TPO) im Referenzbereich.

cMRT: altersentsprechender, unauffälliger Befund.

EEG, EKG, Liquordiagnostik einschließlich infektiologischer/autoimmuner Antikörper: unauffällig.

**Neuropsychologische Untersuchung:** kristalline Intelligenz durchschnittlich, fluide Intelligenz unterdurchschnittlich. Aufmerksamkeit durchschnittlich. Gedächtnistestung unter- bis weit unterdurchschnittlich. In den exekutiven Funktionen ergaben sich schwere Defizite in der geteilten Aufmerksamkeit.

### Therapie und Verlauf

Die stationäre Aufnahme erfolgte zur diagnostischen Einordnung und Therapie eines psychotischen Syndroms.

### Psychopathologischer Befund

Bei der Aufnahme imponierten eine Konzentrations- und Gedächtnisstörung; die vorbeschriebene psychotische Symptomatik war zum Aufnahmezeitpunkt bereits vollständig remittiert.

### Neurologische Untersuchung

Hier zeigten sich ein nicht erschöpflicher Endstellnystagmus nach rechts sowie eine auffällige Luria Hand-Sequenz.

### Aufnahmelabor

Wir konnten einen erhöhten TSH-Wert nachweisen. Die TRAK waren erhöht, die anti-TPO- und anti-Tg-Antikörper lagen im Referenzbereich. Die ambulant vom Hausarzt und Endokrinologen erhobenen Werte für TSH-, fT4 (freies Tetrajodthyronin) und TRAK sind **Abb. 1**

zu entnehmen: TSH zeigte sich im Verlauf stark schwankend zwischen hyper- und hypothyreoter Stoffwechsellaage.

Bei Symptombeginn im Sommer 2019 befand sich die Patientin in einer ausgeprägt hyperthyreoten Stoffwechsellaage. TRAK waren konstant stark erhöht. Das im vorherigen Intensivstationsaufenthalt angefertigte cMRT sowie der Liquorstatus waren regelrecht, autoimmune oder infektassozierte Antikörper konnten im Liquor ebenfalls nicht nachgewiesen werden.

### Neuropsychologische Untersuchung

Es imponierten eine weit unterdurchschnittliche Gedächtnisleistung sowie schwere Defizite in der geteilten Aufmerksamkeit. In der diagnostischen Beobachtung im stationären Verlauf zeigte sich die Patientin in den Therapien und der Interaktion mit Mitpatienten und Personal adäquat.

### Diagnose und Medikation im Verlauf

In Rücksprache mit der Klinik für Endokrinologie schlichen wir Prednisolon über drei Wochen komplikationslos aus. Die im vorherigen stationären Aufenthalt begonnene psychotrope Medikation mit Risperidon führten wir unverändert fort.

In Zusammenschau der Befunde kommt für das zur stationären Aufnahme führende, im Sommer 2019 erstmals aufgetretene psychotische Syndrom die Diagnose einer organischen Psychose im Rahmen eines Thyreostatika-refraktären Morbus Basedow in Betracht. Differenzialdiagnostisch können eine Spätmanifestation einer paranoiden Schizophrenie sowie eine Steroid-responsive Enzephalopathie (s. u.) erwogen werden.

Wir planen die ambulante Weiterbetreuung der Patientin in unserer psychiatrischen Institutsambulanz und werden ein schrittweises Absetzen der symptomatischen Therapie mit Risperidon im Verlauf empfehlen. Darüber hinaus wird im Verlauf eine Reevaluation der psychopathologischen und somatischen Untersuchungsbefunde, insbesondere auch eine Wiederholung der cMRT sowie der neuropsychologischen Untersuchung stattfinden, um einer Persistenz respektive Progredienz der Befunde

Hier steht eine Anzeige.



gegebenenfalls rasch therapeutisch gegenzusteuern.

### Diskussion

Wir sehen die Symptomatik der Patientin am ehesten durch den medikamentös nicht kontrollierten Morbus Basedow erklärt. Dass ein schwankender Schilddrüsenhormonhaushalt neuropsychiatrische Auffälligkeiten verursachen kann, ist keine neue Beobachtung. Bereits Robert J. Graves und Carl von Basedow beschrieben neuropsychiatrische Symptomatik bei Morbus Basedow [1, 2, 3].

### Symptome korrelieren mit TSH- und TRAK-Werten

Die Schwankungen der Schilddrüsenfunktion sind anhand der regelmäßig erfolgten ambulanten Laborkontrollen ersichtlich (**Abb. 1**). Die relative Überstimulation der Schilddrüse durch TRAK, am deutlich und langanhaltend supprimierten TSH-Wert zu erkennen, korrelierte zeitlich mit dem erstmaligen Auftreten von neuropsychiatrischen Symptomen im Sommer 2019. Anstiege der TRAK sind auch über das Jahr 2020 zu verzeichnen.

Studiendaten zeigen zudem, dass neuropsychiatrische Symptome auch nach Erreichen einer euthyreoten Stoffwechsellage persistieren können [4]. (Neuro-)psychiatrische Symptome können in diesem Zusammenhang pathophysiologisch sowohl durch einen Überschuss an Schilddrüsenhormon im Sinne einer Thyreotoxikose als auch durch eine direkte, antikörperassoziierte Interaktion erklärt werden:

- Die Dichte und Sensitivität  $\beta$ -adrenerger Rezeptoren im ZNS steigt durch einen Schilddrüsenhormonexzess. Daneben gibt es Hinweise auf Interaktionen der Schilddrüsenfunktion mit der GABAergen und serotonergen Neurotransmission im ZNS.
- Darüber hinaus sind insbesondere im Kortex und Hippocampus TSH-Rezeptoren exprimiert. Die Auswirkungen einer übermäßigen Rezeptorstimulation dieser zerebralen TSH-Rezeptoren sind unbekannt, das Auftreten neuropsychiatrischer Symptome wäre jedoch denkbar [3]. Interessanterweise zeigte unsere Patientin Defizite in den Funktionen eben dieser

Hirnareale (Exekutive, Gedächtnisfunktion).

### Differenzialdiagnose: Abgrenzung von SREAT

Schwierig gestaltet sich auch die Abgrenzung von der seltenen Steroid-responsiven Enzephalopathie bei Autoimmunthyroiditis (SREAT). Es handelt sich um eine Ausschlussdiagnose und ist per definitionem gekennzeichnet durch Steroid-Responsivität [5]. Die Erkrankung ist charakterisiert durch das Vorliegen von Anti-TPO- und/oder anti-Tg-Antikörpern, die im Fall von Frau F. im Normbereich lagen.

Das klinische Erscheinungsbild ist sehr unterschiedlich, es kann von leichten kognitiven Störungen über Verfolgungserleben bis hin zu epileptischen Anfällen reichen.

In einem Review von Charlotte Laurent et al. präsentierten sich zum Beispiel 47 % aller SREAT-Patienten mit einem epileptischen Anfall, 61 % berichteten Verfolgungserleben und 11 % zeigten eine isolierte, progrediente Gedächtnisstörung [6]. Störungen der Exekutivfunktion bei SREAT sind ebenfalls in der Literatur vorbeschrieben [7]. 69 % der Patienten im besagten Review hatten sowohl Anti-TPO- als auch Anti-Tg-Antikörper im Serum, 34 % Anti-TPO-Antikörper und 7 % Anti-Tg-Antikörper. Im Liquor fanden sich bei 19 % der Patienten Anti-TPO-Antikörper, bei 4 % Anti-Tg-Antikörper und bei 53 % beide Antikörper. Das Vorliegen von Liquorantikörpern korrelierte in dem Review dabei jeweils mit dem Vorliegen von Anti-Schilddrüsen-Antikörpern im Serum. Das Vorliegen von TRAK wird in dem Review nicht kommentiert (wie überhaupt die Datenlage im Allgemeinen zu TRAK bei SREAT spärlich ist), es lag jedoch bei 7 % der Patienten ein Morbus Basedow vor [6].

Häufig zeigt sich eine Proteinerhöhung in der Liquordiagnostik [8]. Die Liquordiagnostik war ohne wegweisenden Befund. Dies macht die Diagnose einer SREAT zum aktuellen Zeitpunkt sehr unwahrscheinlich, sie sollte bei Verdacht auf organische Psychose bei einem Morbus Basedow (oder Hashimoto-Thyreoiditis) im Allgemeinen jedoch differenzialdiagnostisch mitbedacht werden.

### Differenzialdiagnose: schizophrener Formenkreis

Eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis konnte zum jetzigen Zeitpunkt nicht letztgültig ausgeschlossen werden. Zwar traten imperative akustische Halluzinationen in Form imperativer Stimmen durchgängig über einen Zeitraum von mehreren Monaten auf, die übrigen anamnestisch erhobenen psychopathologischen Auffälligkeiten zeigten sich allerdings nur vorübergehend, sodass die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie bisher zu keinem Zeitpunkt vollständig erfüllt waren.

Es bleibt insofern abzuwarten, ob beim Absetzen der antipsychotischen Medikation unter euthyreoter Stoffwechsellage ein Rezidiv der psychotischen Symptomatik auftritt.

### Kognitive Störungen nach Delir

Den initialen Grund für die psychiatrische Abklärung in unserem Hause, den apathisch-amotivationalen Zustand der Patientin während des intensivmedizinischen Aufenthalts, werten wir am ehesten als Delir infolge der Elektrolytentgleisung nach Erbrechen unmittelbar nach der Radiojodtherapie.

Möglicherweise wurde der Zustand zusätzlich noch durch eine temporäre, exzessive Freisetzung von Schilddrüsenhormon begünstigt.

Bei der bis zuletzt auffälligen Störung der Exekutivfunktion unserer Patientin könnte es sich um ein Residuum des Delirs handeln [9, 10]. Das prämorbide neuropsychologische Ausgangsniveau der Patientin lässt sich nur ungenau aus der Alltagsfunktionalität vor stationärer Aufnahme ableiten (selbstständige Versorgung zuhause, Berufstätigkeit). Persistierende kognitive Störungen nach Delir sind in der Literatur vielfach vorbeschrieben [11]. Nach postoperativem Delir werden kognitive Störungen mit 32–55 % beziffert [12].

Da sich diese von uns aufgestellte Hypothese im Querschnitt nicht beweisen lässt, ist jetzt abschließend die engmaschige Nachbeobachtung der Patientin vorgesehen, insbesondere auch hinsichtlich neuer Aspekte, die auf eine autoimmune Genese der Symptomatik hindeuten könnten.

## Fragen und Lösungen

### Frage 1

Welcher Anteil an Patienten mit Hyperthyreoidismus leidet zeitgleich an einer Depression?

- 0,1 %
- 1 %
- 5 %
- 10 %
- 30 %

### Lösung

Typischerweise wird nicht die hyper-, sondern die hypothyreote Stoffwechsellage mit psychomotorischer Verlangsamung, gedrückter Stimmung und Antriebslosigkeit in Verbindung gebracht [13]. Die Studienlage zeigt aber, dass der Anteil an komorbider (sekundärer) Depression auch bei Hyperthyreoidismus als sehr hoch einzuschätzen ist. Antwort e ist richtig. Bei bis zu 50 % der Patienten liegt zudem eine Angststörung vor [14]. Weitere typische Syndrome, die vermehrt zur Vergleichspopulation auftreten, sind (Hypo-) Manien, psychotisches Erleben, Apathie, delirante Syndrome vor allem bei älteren Menschen bis hin zu Enzephalopathie [3]. Vermehrtes Auftreten dieser Syndrome zeitgleich mit Hyperthyreose beweist noch keinen kausalen Zusammenhang. Jedoch könnten die adrenerge Überstimulation und sukzessive Erschöpfung als Auslöser zugrunde liegen [3].

### Frage 2

Wie präsentiert sich eine thyreotoxische Krise typischerweise nicht?

- Hypertonie, Gewichtsverlust, psychomotorische Erregung
- Tremor, Hyperreflexie, Haarverlust, Hyperhidrosis
- Polymenorrhoe und Bradykardie
- Agitation, periorbitales Ödem, Struma

### Lösung

Antwort c ist richtig. Es tritt typischerweise bei Frauen keine Poly-, sondern Oligomenorrhoe auf [15]. Weiterhin sind tachykarde Herzrhythmusstörungen, häufig absolute Arrhythmien typisch. Diese und die weiteren Symptome lassen sich durch indirekte sympathische und TSH-Rezeptorstimulation erklären. Die Mortalitätsrate im schwersten Stadium III beträgt bis zu 25 %. Deshalb muss eine sofortige intensivmedizinische Therapie mit  $\beta$ -Blockern wie Propranolol in

Kombination mit Kortikosteroiden und intravenöser Flüssigkeitsgabe erfolgen, wobei das Propranolol, hier insbesondere das R-Enantiomer, auch die Konversion von T<sub>4</sub> zu T<sub>3</sub> hemmen kann [16]. Zu beachten ist, dass eine thyreotoxische Krise bei entsprechender Prädisposition auch als Folge einer (häufig iatrogenen) Jodzufuhr, etwa im Rahmen einer Radiojodtherapie, Therapie mit Amiodaron oder Bildgebung mit jodhaltigem Kontrastmittel auftreten kann.

### Frage 3

Welche Antwort ist falsch? Langfristig erhöht ein Delir das Risiko für ...

- Institutionalisierung
- Mortalität
- Demenz
- Depression
- Kognitive Dysfunktion junger Erwachsener

### Lösung

Antwort d ist richtig. Bisher konnte langfristig keine höhere Inzidenz von Depression gezeigt werden. Allerdings stellt Depression einen Risikofaktor für das Entstehen eines Delirs dar. Weitere prädisponierende Faktoren sind unter anderem hohes Alter, Multimedikation/-morbidity, Operationen, Schmerz, Anämie, visuelle und auditive Einschränkungen [17]. Das Delir bleibt trotz seiner Bedeutung und Häufigkeit weiterhin oft unerkannt und unbehandelt [18]. Es betrifft bis zu 50 % aller über 70-jährigen Patienten bei Hospitalisierung [17]. Eine schnelle Diagnosefindung und Therapie mit besonderem Augenmerk auf präventive Maßnahmen sind essenziell, da die langfristigen Auswirkungen mit Länge des Delirs in Zahl und Ausmaß zunehmen. Beachtlich ist, dass auch unter 50-Jährige langfristige kognitive Einschränkungen erleiden können [9].

### Literatur

- Dunlap HF, Moersch FP. Psychic manifestations associated with hyperthyroidism. *Am J Psychiatry* 1935;91(6):1215–38
- Esposito S et al. The thyroid axis and mood disorders: overview and future prospects. *Psychopharmacol Bull* 1997;33(2):205–17
- Bunavicius R, Prange AJ. Psychiatric manifestations of Graves' hyperthyroidism: pathophysiology and treatment options. *CNS Drugs* 2006;20(11):897–909
- Fukao A et al. Graves' disease and mental disorders. *J Clin Transl Endocrinol* 2020;19:100207
- Kothbauer-Margreiter I et al. Encephalopathy associated with Hashimoto thyroiditis:

diagnosis and treatment. *J Neurool* 1996;243(8):585–93

- 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(12):1129–33
- Wang J et al. Cognitive impairments in Hashimoto's encephalopathy: a case-control study. *PLoS One* 2013;8(2):e55758
- Mocellin R et al. Hashimoto's encephalopathy. *CNS Drugs* 2007;21(10):799–811
- Girard TD et al. Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Crit Care Med* 2010;38(7):1513–20
- Van Rompaey B et al. Long term outcome after delirium in the intensive care unit. *J Clin Nurs* 2009;18(23):3349–57
- Fong TG et al. The interface of delirium and dementia in older persons. *Lancet Neurol* 2015;14(8):823–32
- Androsova G et al. Biomarkers of postoperative delirium and cognitive dysfunction. *Front Aging Neurosci* 2015;7:112
- Samuels MH. Psychiatric and cognitive manifestations of hypothyroidism. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2014;21(5):377–83
- Kathol RG, Delahunt JW. The relationship of anxiety and depression to symptoms of hyperthyroidism using operational criteria. *Gen Hosp Psychiatry* 1986;8(1):23–8
- Gilbert J. Thyrotoxicosis – investigation and management. *Clin Med (Lond)* 2017;17:274–7
- Ylli D et al. Thyroid emergencies. *Pol Arch Intern Med* 2019;129(7-8):526–34
- Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. *N Engl J Med* 2017;377(15):1456–66
- Inouye SK et al. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014;383(9920):911–22
- Pandharipande PP et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med* 2013;369(14):1306–16

## AUTOREN

### Dr. med. Maria Lietz

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin Hindenburgdamm 30 12203 Berlin

E-Mail: maria.lietz@charite.de



### Florian Hollunder

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin, Berlin  
E-Mail: florian.hollunder@charite.de

### Dr. med. Julian Hellmann-Regen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin, Berlin  
E-Mail: julian.hellmann-regen@charite.de

**Die Folgen von Cybermobbing können so gravierend sein, dass sich die Opfer aus Verzweiflung suizidieren.**

## Suizide nach Cybermobbing

# Bullycide – ein neues Suizidphänomen im 21. Jahrhundert

Immer mehr Kinder und Jugendliche werden durch Cybermobbing suizidal. Psychische Erkrankungen sind häufige Folgeereaktionen. Für die Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Erwachsenenpsychiatrie bringt dies große klinische Herausforderungen.

VON HERBERT CSEF

Das Internet und Smartphones haben die Kommunikations- und Informationsmöglichkeiten enorm gesteigert [1]. Sie sind aus dem Alltag der meisten Menschen nicht mehr wegzudenken. In den letzten Jahren haben sich leider immer mehr auch die negativen Seiten des Internets offenbart, die unter dem Fachbegriff „Cyberkriminalität“ zusammengefasst werden können. Das Internet ist bedauerlicherweise ein sehr verbreitetes Hilfsmittel für Kriminelle geworden. Betrugs- und Wirtschaftskriminalität im Internet verursachten in den Jahren 2017 und 2018 einen Schaden von insgesamt 43,4 Milliarden € allein in Deutschland [2]. Neue Formen von Gewalt- und Sexualdelikten breiten sich ebenfalls aus, wie etwa das sehr große Angebot an Pornografie sowie verbotener und strafrechtlich verfolgter Kinderpornografie.

In diesem Artikel geht es um Cybermobbing, dessen Folgen so verheerend sein können, dass sich die Opfer aus Verzweiflung suizidieren. Christoph Schneider und Uwe Leest haben mehrere Studien zum Cybermobbing durchgeführt [3, 4]. Sie haben ihre erhobenen Daten hochgerechnet und kamen zu dem Ergebnis, dass in Deutschland etwa 280.000 Schülerinnen und Schüler wegen Cybermobbing unter Suizidgedanken leiden. Die einfachen Formen von Cybermobbing beginnen als „Alltagsbörsartigkeit“. Die schweren Formen erfüllen schwere Straftatbestände. Von Jahr zu Jahr ergehen in Deutschland immer häufiger Gerichtsurteile wegen Cybermobbing.

### Definition von Cybermobbing

Unter Cybermobbing versteht man die Beleidigung, Beschimpfung, Demütigung, Verleumdung, Belästigung oder Nötigung anderer Menschen über das Internet oder Mobiltelefone. Häufig sind auch Verbreitung von Gerüchten und Lügen. Die genannten Schikanen werden oft durch peinliche Bilder und Videos verstärkt, die an das Mobbingopfer selbst oder auch an

Fremde übers Smartphone versendet werden. Synonyme für Cybermobbing sind die Begriffe „Internetmobbing“ oder „Cyberbullying“. Es lassen sich direkte und indirekte Formen von Cybermobbing unterscheiden: Bei den direkten kommt es zu einem tatsächlichen Kontakt zwischen Täter und Opfer, die sich in etwa 50 % der Fälle kennen. Meistens bleibt jedoch der Täter anonym, sodass das Opfer gar nicht weiß, von wem die Aggression ausgeht. Diese Unsicherheit erhöht natürlich die Angst und den Leidensdruck [5]. Bei den indirekten Cybermobbing-Formen kommt es zu keinem direkten Kontakt zwischen Täter und Opfer. Die Verleumdung, die Demütigung und Bloßstellung erfolgt über indirekte Wege (z. B. Verleumdung bei anderen).

Einige Forscher ordnen auch das „Cybergrooming“, „Cyberstalking“, „Sexting“ und „Sextortion“ dem Cybermobbing zu. Bei diesen vier Formen geht es meist um Verstöße gegen die sexuelle Selbstbestimmung [6]. Wie strafbar diese Handlungen sind, hängt entscheidend vom Alter der Opfer ab:

- **Cybergrooming** ist die onlinebasierte Anbahnung eines sexuellen Missbrauchs von einem Kind. Dies ist die enge Definition, denn Cybergrooming bei Kindern ist immer strafbar, bei Jugendlichen ist die Rechtslage anders. Es hängt auch davon ab, ob ein realer Kontakt stattgefunden hat, oder ob der Täter bei seinem Onlinewerben ertappt wurde. Soziale Netzwerke und Onlinespiele mit Chatprogrammen spielen beim Cybergrooming eine große Rolle.
- Beim **Cyberstalking** werden meist heimlich beehrte Personen oder Expartner durch digitale Kommunikation verfolgt, bedrängt und belästigt. Die Motivlage ist hier eine andere als bei den meisten Formen von Cybermobbing, denn die beehrte Person wird ja positiv dargestellt oder idealisiert. Beim Stalking wird in der Regel ein Kontakt mit dem Opfer gewünscht. Das Opfer wünscht diesen Kontakt jedoch nicht, es möchte in Ruhe gelassen werden.

- Beim **Sexting** kommt es zu einem digitalen Austausch von Nacktfotos und oder Sexvideos. Dies ist prinzipiell nicht strafbar, solange dies im wechselseitigen Einvernehmen unter Erwachsenen geschieht. Oft ist es der Fall, dass nach der Trennung einer Paarbeziehung der Partner über Bilder oder Videos des Ex-Partners verfügt und diese dann nach der Trennung ohne Zustimmung der gezeigten Person im Internet verbreitet. Dies geschieht oft aus Rachebedürfnissen.
- **Sextortion** ist die Kombination von Sexting und Tortion (Erpressung). Beim Sextortion wird das Opfer über soziale Netzwerke (Facebook oder Dating-Plattformen) kontaktiert und anfangs mit Komplimenten umgarnt und ein persönliches Interesse wird vorgegeben. Nach einer gewissen Vertrautheit schlägt der Täter vor, in einen Videochat zu wechseln. Dort verführt er das Opfer dazu, sich nackt auszuziehen und sich sexuell zu stimulieren. Täter und Opfer sind hier meist gegengeschlechtlich. Suggestiert wird von Anfang an eine wechselseitige Partnersuche und gemeinsames Interesse aneinander. Das Opfer wird oft Tage später mit dem Videomaterial konfrontiert und mit Geldforderungen bedacht. Sextortion ist eine moderne digitale Form der Erpressung. Opfer sind meistens Menschen, die bei ihrer Onlinepartnersuche zu offen und leichtgläubig sind.

### Definition von Bullycide

„Bullycide“ setzt sich aus den beiden englischen „Bulying“ und „Suicide“ zusammen. Bullying und Cyberbullying sind in den USA die geläufigeren Begriffe für Mobbing und Cybermobbing. Im Jahr 2001 erschien in den USA von den Autoren Neil Marr und Tim Field das erste Buch über Bullycide [7]. Seither hat dieser Begriff Eingang in die psychiatrische Fachliteratur gefunden. In empirischen Untersuchungen werden häufig Suizidgedanken, nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und Bullycide gemeinsam untersucht. Diese drei Phänomene treten bei Cybermobbing-Opfern gehäuft auf und zeigen deutliche Assoziationen untereinander.

### Epidemiologische Daten

2017 wurden offizielle Daten der OECD vorgestellt, die im Rahmen der Pisastudien von 2015 durchgeführt wurden. Unter anderem wurden in 35 Ländern weltweit die Prävalenzzahlen zu Mobbing an Schulen erhoben. Gefragt wurden 15-jährige Schüler der jeweiligen Länder. Im Durchschnitt der untersuchten OECD-Staaten hatten 18,7% der befragten Schüler Mobbing-Erfahrungen. In Deutschland lag die Prävalenzrate bei 15,7%. Am niedrigsten war die Rate in den Niederlanden mit 9,3%, am höchsten in asiatischen Staaten wie China (27,3%), Russland (27,5%) und Hongkong (32,3%). Für Deutschland bedeutet dies, dass jedes sechste Schulkind bereits Mobbing-Opfer war. Die OECD-Studie fragte nicht gezielt nach Cybermobbing. Dies erfolgte allerdings in der vom „Bündnis gegen Cybermobbing“ durchgeführten Cyberlife-II-Studie [3]. In dieser Studie wurden 1.924 Schüler in den Jahren 2016 und 2017 zu Erfahrungen mit Cybermobbing befragt: 13,2% der untersuchten Schüler gaben an, Opfer von Cybermobbing gewesen zu sein. Da die Studie keine repräsentative Stichprobe hatte, sind Hochrechnungen problematisch. Nach Angaben des Deutschen Bun-

destages zu einer Mobbing-Anfrage (2018) gibt es in Deutschland etwa 8,4 Millionen Schüler an insgesamt 33.493 Schulen. Die Studienautoren der Cyberlife-II-Studie [8] machten trotz fehlender Repräsentativität Hochrechnungen und sprechen von 1,4 Millionen Schülern, die in Deutschland Opfer von Cybermobbing wurden. Die Ergebnisse der OECD- und der Cyberlife-II-Studie haben einige Bundestagsabgeordnete veranlasst, eine Anfrage an den Deutschen Bundestag zu richten. Diese befindet sich in der Drucksache 19/3468 vom 19. Juli 2018 zum Thema „Wirksame Bekämpfung von Mobbing am Schulen“. Die Bundesregierung hat für entsprechende Anti-Mobbing-Projekte Finanzmittel von 20 Millionen € pro Jahr zugesagt [8].

### Hohes Suizidrisiko bei Cybermobbing-Opfern

Aus der Cyberlife-II-Studie geht hervor, dass 20% der Opfer von Cybermobbing unter Suizidgedanken leiden [3]. Die Studienautoren geben nach einer entsprechenden Hochrechnung 280.000 deutsche Cybermobbing-Opfer an Schulen an, die einen so starken Leidensdruck hatten, dass sie unter Suizidgedanken litten.

Der Cybermobbing-Experte Dieter Wolke hat mit seinen Mitarbeitern hierzu eine interessante Studie durchgeführt [9]. Sie untersuchten zwei Kohorten von Schülern in zwei verschiedenen Ländern, 4.026 Schüler aus Großbritannien und 1.420 aus den USA. Das Ergebnis der Studie war, dass die Schüler unter dem Mobbing mehr litten als unter körperlichen Misshandlungen durch Erwachsene. In der FAZ wurde die Studie unter der Überschrift „Mobbing schadet Kindern mehr als Misshandlung“ vorgestellt [10]. Die Zeitung „Welt“ formulierte den Titel etwas salopper: „Mobbing schadet der Seele mehr als Prügel zu Hause“ [11]. Die Studie von Lereya et al. gilt als besonders aussagekräftig, weil die Stichprobe insgesamt fast 5.500 Probanden enthält und die Untersuchung mit sehr aufwändigen standardisierten Erhebungsinstrumenten durchgeführt wurde [9]. Bei den Zielvariablen wurden auch Selbstverletzungen und Suizidalität erfasst: Die Prävalenzzahlen hierzu lagen in der britischen Kohorte bei 12% und in der amerikanischen Kohorte bei 13%. Die Studie wurde in der renommierten Zeitschrift „Lancet“ publiziert und unterstreicht die hohe klinische Relevanz von Suizidgefahr bei Opfern von Cybermobbing.

In einer großen Metaanalyse hat eine britische Forschergruppe 25 Studien zu Cybermobbing ausgewertet, in denen auch selbstverletzendes und suizidales Verhalten untersucht wurden [12]. Bei fünf Studien ergab sich kein gesteigertes Suizidrisiko, bei den meisten Studien (20 Studien) war es jedoch deutlich erhöht. Der Großteil der Studien mit einem deutlich erhöhten Risiko für selbstverletzendes oder suizidales Verhalten bezog sich immerhin auf mehr als 115.000 Kinder und Jugendliche. Insofern ist diese neuere Studie für das Thema Bullycide von großer Bedeutung [12].

### Psychische Erkrankungen als Folge von Cybermobbing

Die Folgen von Cybermobbing können ähnlich wie bei anderen Formen von ausgeprägten negativem Stress auf folgenden Ebenen analysiert werden: emotionale Reaktionen, kognitive Reaktionen, Körpersymptome, Einflüsse auf das Verhalten. Auf der Gefühlsebene stehen Kränkungen, Verletztsein, Wut,

Angst und Depression im Vordergrund [13]. Überwiegend sind ja Schüler vom Cybermobbing betroffen. Entsprechend gibt es auch schulbezogene Folgen wie Schulangst, Vermeidungsverhalten, deutlichen Leistungsknick und oft Verschlechterung der Schulnoten. In der Cyberlife-II-Studie [3] wurde auch nach den Folgen und Auswirkungen gefragt: 62 % der Opfer fühlten sich verletzt, 47 % waren wütend und 36 % hatten Angst. Bei 20 % war der Leidensdruck so hoch, dass sie Suizidgedanken hatten.

### Bullycide bei Kindern

Der erste Kindersuizid, der durch Cybermobbing ausgelöst wurde und weltweit großes Aufsehen erregte, war jener von Meghan. Die Dreizehnjährige suizidierte sich 2007 in Los Angeles, weil sie die Beleidigungen und Demütigungen durch Cybermobbing nicht mehr ertrug. Die über das Internet verbreiteten Intrigen gegen Meghan stammten von einer gleichaltrigen Exfreundin, die sich an dem Mädchen rächen wollte. 2013 erhängte sich in England die 14-jährige Hanna. Sie wurde wiederholt beleidigt und beschimpft und von verschiedenen Personen aufgefordert, sich umzubringen. 2010 warf sich der 13-jährige Joel in Österreich vor einen Zug. Er wurde als schwul gedemütigt und auf seine Facebook-Pinnwand wurde der Link einer Pornoseite gepostet. Das Besondere bei diesen Kindersuiziden war, dass die Mutter des Opfers sich wiederholt bei öffentlichen Fortbildungsveranstaltungen gegen Cybermobbing eingesetzt hatte. In der Schweiz suizidierte sich 2017 die 13-jährige Sabrina aus Breitenbach im Aargau.

### Suizide von Jugendlichen nach Cybermobbing

Die öffentlich bekannt gewordenen Fälle von Bullycide beziehen sich überwiegend auf Jugendliche. Dies hat folgende Gründe:

1. Die Adoleszenz ist eine sehr vulnerable Entwicklungsphase, in der die Jugendlichen für eine Vielzahl von psychischen Störungen besonders anfällig sind.
2. Ganz allgemein ist die Suizidrate bei Jugendlichen wesentlich höher als bei Kindern.
3. Unter Jugendlichen gibt es deutlich mehr Verstrickungen von Täter-Opfer-Konstellationen: Der Anteil von Jugendlichen, die sowohl Täter als auch Opfer von Cybermobbing sind, sind groß.

2010 suizidierten sich nach den AWMF-Leitlinien zu „Suizidalität im Kindes- und Jugendalter“ 27 Kinder zwischen zehn und 14 Jahren und 189 Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren [14]. Das relative Suizidrisiko ist also in der Adoleszenz deutlich erhöht. Ein wesentlicher Faktor für die deutlich häufigeren Bullycide-Fälle im Jugendalter liegt gewiss darin, dass sehr belastende Cybermobbing-Formen von Jahr zu Jahr häufiger werden (**Abb. 1**). In der „JAMES-Studie 2016“, bei der die Universität Zürich mitgewirkt hat, sind die Daten hierfür sehr aufschlussreich, weil sie in vier Alterskohorten differenziert wurden [15]. Diese Studie bezieht sich auf 1.086 Kinder und Jugendliche aus der Schweiz im Alter von zwölf bis 19 Jahren. Die Frage „Ist es schon vorgekommen, dass du von einer fremden Person online mit unerwünschten sexuellen Absichten angesprochen wurdest?“ bejahten 11 % der 12- bis 13-Jährigen, jedoch 35 % der 18- bis 19-Jährigen.



© Highwaystarz-Photography / Getty Images / iStock  
(Symbolbild mit Fotomodellen)

**Abb. 1:** Die ständige Zunahme sehr belastende Cybermobbing-Formen verursacht häufigere Bullycide-Fälle im Jugendalter.

### Bullycide bei Erwachsenen

Im Erwachsenenalter sind die Menschen sichtlich robuster, um mit den Belastungen durch Cybermobbing fertig zu werden. Die Angst- und Schamgefühle sind meist nicht mehr so hoch und die Bereitschaft, sich im Freundeskreis oder im professionellen Bereich Hilfe zu holen, ist größer. Trotzdem kommen Bullycide-Fälle auch im Erwachsenenalter vor. Der wohl erste spektakuläre Erwachsenen-Bullycide, der weltweit Beachtung fand, war der Suizid der 40-jährigen Schauspielerin Choi Jin Sil. Die Südkoreanerin erhängte sich nach Rufmorden und Hasstiraden im Internet, denen sie monatelang ausgesetzt war. Südkorea war zu dem Zeitpunkt eines der fortschrittlichsten Länder bezüglich der Verbreitung des schnellen Internets und der Verbreitung der neu auf den Markt gekommenen Smartphones. Der Suizid der bekannten Schauspielerin löste landesweite Proteste aus. In der Folgezeit verabschiedete Südkorea als erstes Land ein strenges Anti-Cybermobbing-Gesetz. Dies ging in die Geschichte als „Choi-Jin-Sil-Gesetz“ ein.

Sechs Jahre später suizidierte sich ebenfalls eine sehr bekannte Schauspielerin aus Australien. Die 47 Jahre alte Schauspielerin und Ex-Model Charlotte Dawson war jahrelang Internet-Hasstiraden und Morddrohungen ausgesetzt. In Australien war sie durch ihre häufigen Fernsehauftritte sehr bekannt und beliebt. Ihr Suizid erschütterte die Nation.

2010 gab es in den USA eine Suizidserie unter homosexuellen Teenagern, die alle durch Cybermobbing belästigt und gedemütigt wurden. Bekannt wurde der Fall des 18-jährigen Tyler, der von einem Mitstudenten gemobbt wurde. Dieser Mitstudent filmte ihn heimlich beim Sex mit einem anderen Mann und stellte das Video ins Internet. Tyler hat sich daraufhin drei Tage später von der New Yorker George-Washington-Brücke in den Tod gestürzt.

Bei Erwachsenen spielt Cybermobbing mit Nacktfotos, Videos mit sexuellen Inhalten oder Pornografie eine große Rolle. Dies war auch bei der 31-jährigen Tiziana aus Neapel der Fall. Von ihr wurde ein Sexvideo gegen ihren Willen im Internet verbreitet. Sie wurde daraufhin von vielen Internet-Usern beschimpft und gedemütigt. Weil sie keinen Ausweg mehr wusste, hat sie sich in der Wohnung ihrer Eltern schließlich erhängt.

Ein besonderer Fall von Bullycide ist der von Conrad im US-Bundesstaat Massachusetts. Zum Zeitpunkt seines Suizids war er 18 Jahre, seine Partnerin 17 Jahre alt. Conrad litt unter Depressionen und hat sich wiederholt seiner Partnerin mit seinen Suizidgedanken offenbart. Diese hat ihn mehrmals sehr deutlich aufgefordert, er solle sich doch endlich umbringen: „Es ist an der Zeit Baby. Du musst es tun.“ Dem seelischen Druck durch die fortgesetzten Aufforderungen zum Suizid hielt Conrad nicht mehr stand, fuhr mit seinem Auto auf einen Parkplatz in Boston und leitete Kohlenmonoxyd ins Wageninnere. In seiner Ambivalenz stieg er kurz vor der Bewusstlosigkeit noch einmal aus und kommunizierte mit seiner Partnerin. Diese befahl ihm: „Steig sofort wieder ein! (...) Ich dachte, du wolltest das machen. Die Zeit ist nun reif, du bist bereit, tu es einfach Baby (...). Du wirst im Himmel endlich glücklich sein. Kein Schmerz mehr. Es ist normal, dass du Angst hast, ich meine, du stirbst ja gleich.“ Conrad folgte den eindringlichen Worten der Teenagerin. Kurze Zeit später war er tot. Die Täterin Michelle Carter wurde dafür zu 15 Monaten Gefängnis verurteilt.

### Bullycide-Fälle in Deutschland

Nach dem Suizid des deutschen Nationaltorhüters Robert Enke 2009 gab es in der Folgezeit sehr viele Nachahmungssuizide. Der Enke-Effekt war so dramatisch, dass Suizidforscher und Medienwissenschaftler eine restriktivere Suizidberichterstattung forderten. Die deutschen Journalisten halten sich an solcherlei Vorgaben und berichten entsprechend nicht über die deutschen Bullycide-Fälle. Manchmal findet sich lediglich in den Regionalzeitungen eine zweizeilige Notiz oder ein Hinweis auf Mobbing in einem Nebensatz. In den USA und in Großbritannien wird hingegen sehr ausführlich über die Bullycide-Fälle berichtet. Dort wenden sich oft sogar die Eltern des Bullycide-Opfers an die Medien. Diese erheblichen Unterschiede in der Berichterstattung erwecken vordergründig den Eindruck, Bullycide sei im Ausland häufig und käme in Deutschland gar nicht vor. Das ist sicherlich nicht der Fall. Vermutlich hat sich im Januar 2019 in Berlin eine elfjährige Grundschülerin wegen Mobbing suizidiert [16]. Dieser Fall wurde lange Zeit in den Medien diskutiert, weil der Antimobbing-Experte Carsten Stahl und zahlreiche engagierte Eltern lang massiv in der Öffentlichkeit agiert haben, worüber wiederum die Medien berichteten [17, 18]. Eine offizielle Stellungnahme wurde wiederholt angekündigt, ist jedoch drei Monate nach dem Suizid noch nicht erfolgt.

### Suizidprävention

Die Suizidprävention gestaltet sich bei Bullycide sehr schwierig, weil die durch Cybermobbing belasteten Kinder dies meistens vor ihren Eltern und vor den Lehrern verschweigen. Diese „Mauer des Schweigens“ führt dazu, dass nur sehr wenige Fälle von Cybermobbing angezeigt werden. Eine neue Studie vom Kriminologischen Seminar der Universität Bonn an mehr als 2.000 Schülern ergab, dass nur 1,7% derer, die sich als Cybermobbing-Opfer erklärten, diese Straftaten bei der Polizei angezeigt haben [19].

Die Suizidprävention muss auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen:

- Sehr wichtig ist die Sensibilisierung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern für die Risiken im Internet und insbesondere die Gefahren von Cybermobbing.
- Da überwiegend Schüler Bullycide-Opfer werden, sollten Präventionsprogramme an den Schulen zur Verbesserung der „Medienkompetenz“ durchgeführt werden. Dies geschieht bereits an vielen Schulen.
- Schulpsychologen und Kinderärzte können wegen auffälliger Symptome einen Verdacht auf Cybermobbing schöpfen und ein vertrauensvolles Gespräch mit dem Opfer suchen.
- Ein wichtiger Beitrag für die Prävention von Bullycide ist die Polizeiarbeit [20]. Je mehr Cybermobbing-Fälle die Polizei ermittelt und je mehr Verurteilungen erfolgen, desto größer könnte die Hemmschwelle werden. Da in der aktuellen Situation die Straftäter meistens ungestraft davonkommen, haben sie in der Regel zu wenig Problem- und Schuldbewusstsein. Alle Präventionsmaßnahmen, die sich generell gegen Cybermobbing richten, dienen letztlich auch der Prävention gegen Bullycide.
- Sehr wichtig sind jedoch auch neue Gesetzgebungen, die die neue Gefahrenlage berücksichtigen. Der Missbrauchsbeauftragte der Bundesregierung Johannes-Wilhelm Rörig und die Justizministerin Katarina Barley fordern strengere Gesetze bezüglich Cybermobbing.

### Fazit für die Praxis

Cybermobbing hat in den letzten Jahren erheblich an Häufigkeit zugenommen. Besonders gefährdet sind Kinder und Jugendliche. Sie können meistens das hohe Risiko und die Gefahren noch nicht richtig einschätzen. Intensives Cybermobbing führt bei Kindern und Jugendlichen oft zu ausgeprägten Ängsten und Schamgefühlen. Die scheinbar ausweglose Situation kann zu Suizidversuchen oder Suiziden führen. Präventionsmaßnahmen sind dringend erforderlich. Eltern, Lehrer, Ärzte und die Polizei spielen dabei eine wichtige Rolle.

### Literatur

1. Katzer C. Cyberpsychologie. Leben im Netz: Wie das Internet uns verändert. 2016 dtv München
2. Berthel R. Sicherheit in einer offenen und digitalen Gesellschaft. Lage-Herausforderungen – mit einem Bericht zur 64. Herbsttagung des Bundeskriminalamtes. Die Kriminalpolizei Nr. 1/2019, S. 19–29
3. Leest U, Schneider C. Cyberlife II. Spannungsfeld zwischen Faszination und Gefahr. Cybermobbing bei Schülerinnen und Schülern. Bündnis gegen Cybermobbing 2017
4. Schneider C, Leest U. Mobbing und Cybermobbing bei Erwachsenen – die allgegenwärtige Gefahr. Eine empirische Bestandsaufnahme in Deutschland, Österreich und der deutschsprachigen Schweiz. Bündnis gegen Cybermobbing von September 2018
5. Katzer C. Cybermobbing – Wenn das Internet zur W@ffe wird. Springer, Heidelberg 2014
6. Katzer C. Gefahr aus dem Netz – Der Internet-Chatroom als neuer Tatort für Bullying und sexuelle Viktimisierung von Kindern und Jugendlichen. Dissertation 2007, Universität Köln
7. Marr N, Field T. Bullycide: Death at Playtime. Success Unlimited 2001
8. Deutscher Bundestag. Wirksame Bekämpfung von Mobbing an Schulen. Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Beate Walter-Rosenheimer, Margit Stumpp, Katja Dörner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN; Drucksache 19/3229 vom 19.7.2018

9. Lereya ST, Capeland WE, Castello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry* 2015;2:524–31
10. Hucklenbroich Ch. Mobbing schadet Kindern mehr als Misshandlung. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 11.5.2015
11. Mensch C. Mobbing schadet der Seele mehr als Prügel zu Hause. *WELT* vom 30.4.2015
12. John A, Glendenning AC, Marchant A et al. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. *J Med Internet Res* 2018 Apr 19;20(4):e129
13. Fawzi N. Cyber-Mobbing. Ursachen und Auswirkungen von Mobbing im Internet. 2009, Baden-Baden, NOMOS Verlagsgesellschaft
14. Becker K, Plener P. Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Hrsg.) (AWMF) Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). S2k-Leitlinie 028/031, 05/2016
15. Waller G, Willemse I, Genner S, Suter L & Süß D. JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien-Erhebung Schweiz. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften 2016
16. Knuth H, Otto J. Tod einer Schülerin. In Berlin soll sich eine Elfjährige wegen Mobbings umgebracht haben. *DIE ZEIT* vom 14.2.2019
17. Dassler S. Tödliches Mobbing an Berliner Grundschule. *Tagesspiegel* vom 2.2.2019
18. Schneider J. Tod einer Grundschülerin. *Süddeutsche Zeitung* vom 4.2.2019
19. Weber J. Cybermobbing – wenn neue Medien fertigmachen. LIT Verlag Berlin-Münster-Wien-Zürich-London
20. Rüdiger T-G, Bayers PS (Hrsg.) 2018. *Digitale Polizeiarbeit. Herausforderungen und Chancen.* Springer Wiesbaden
21. Stephan R. Gewalt im Web 2.0. Der Umgang Jugendlicher mit gewalttätigen Inhalten und Cyber-Mobbing sowie die rechtliche Einordnung der Problematik. 2010, Berlin, VISTAS Verlag

**Interessenkonflikt**

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ, und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. 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.

**AUTOR****Prof. Dr. med.  
Herbert Csef**

Schwerpunktleiter  
Psychosomatische  
Medizin und  
Psychotherapie  
Zentrum für Innere  
Medizin  
Medizinische Klinik  
und Poliklinik II  
Oberdürrbacher Straße 6, 97080 Würzburg  
E-Mail: Csef\_H@ukw.de



## Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► **Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Gesundheit bei Einsatzkräften**

aus: *NeuroTransmitter* 7/2020

von: S. K. Schäfer, C. G. Schanz, N. Bergmann, T. Michael

zertifiziert bis: 1.9.2021

CME-Punkte: 2

► **Pharmakotherapie der wahnhaften Störung**

aus: *NeuroTransmitter* 6/2020

von: M. Huber, E. Kirchner, R. C. Wolf

zertifiziert bis: 29.5.2021

CME-Punkte: 2

► **Aufsuchende psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung**

aus: *NeuroTransmitter* 4/2020

von: K. Stengler, I. Jahn

zertifiziert bis: 3.4.2021

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](http://www.springermedizin.de/eMed)



# CME-Fragebogen

## Bullycide

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 24.11.2020:

**NT20118n**

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.

### ? Was ist Cybermobbing?

- Eine Ansammlung von Internetteilnehmern („Mob“)
- Eine Art „Flashmob“, ausgelöst über das Internet
- Vereinigung gemobbter Arbeitnehmer
- Die Beleidigung, Beschimpfung, Demütigung, Verleumdung, Belastung oder Nötigung anderer Menschen im Internet
- Die Mobbing-Plattform der deutschen Gewerkschaftsmitglieder

### ? Welche der folgenden Synonyme gibt es für Cybermobbing?

- Cybergrooming
- Cyberbullying oder Internetmobbing
- Cyberstalking
- Sexting
- Sextortion

### ? Welche Altersgruppe ist besonders durch Cybermobbing gefährdet?

- Alle Altersgruppen sind gleich gefährdet.
- Alte Menschen
- Jugendliche und junge Erwachsene
- Menschen zwischen 40 und 60 Jahren
- Nur Schulkinder

### ? Welche Aussage zu Bullycide trifft zu?

- Beschreibt Suizide durch absichtliches Sich-Ausliefern an Stierkampfjäger
- Gibt es nur in angloamerikanischen Ländern
- Gibt es nur bei Jugendlichen.
- Bullycide ist identisch mit NSSV (Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten)

- Beschreibt „Suicide by Cyberbullying“, also Suizide durch Cybermobbing

### ? Welche psychische Reaktion auf Cybermobbing bei Schülern ist *nicht* typisch?

- Schulangst
- Vermeidungsverhalten
- Leistungsknick
- Ermordung des Täters durch das Opfer
- Depressionen

### ? Welche Aussage über Cybermobbing-Studien trifft zu?

- Die Cyberlife-II-Studie an 1.924 Schülern ist repräsentativ.
- Die Metaanalyse von John et al. 2018 ergab kein erhöhtes Suizidrisiko durch Cybermobbing.
- Nach der JAMES-Studie 2016 (Universität Zürich) wurden 35 % der 18-Jährigen im Internet sexuell belästigt.
- Die Cyberlife-II-Studie untersuchte über 5.000 Schüler in Europa.
- Die OECD-Studie von 2017 fragte gezielt nach Cybermobbing.

### ? Welche Aussage trifft auf das Suizidrisiko von Cybermobbing-Opfern zu?

- Bei erwachsenen Cybermobbing-Opfern ist das Suizidrisiko sehr gering.
- Etwa 20 % der Cybermobbing-Opfer im Schulalter haben Suizidgedanken.
- Der erste Kindersuizid durch Cybermobbing war bereits 1998 in Gelsenkirchen.
- Bei alten Menschen ist das Suizidrisiko durch Cybermobbing am größten.

- Kinder und Jugendliche in intakten Familien haben kein erhöhtes Bullycide-Risiko.

### ? Welcher Fall gehört *nicht* zu den international bekannten Kindersuiziden durch Cybermobbing?

- Joel (13 Jahre), Schienensuizid in Österreich 2010
- Susanne (10 Jahre), Suizid durch Erhängen in Wuppertal 2001
- Meghan (13 Jahre), Suizid in Los Angeles 2007
- Hannah (14 Jahre), Suizid durch Erhängen in England 2013
- Sabrina (13 Jahre) Suizid im Aargau (Schweiz) 2017

### ? Welche Aussage bezüglich der Prävention von Bullycide ist richtig?

- Prävention ist primär Aufgabe der Eltern.
- 42,3 % der Cybermobbing-Opfer machen bei der Polizei eine Anzeige.
- Die Medienkompetenz der Schüler ist hervorragend.
- Die Präventionsprogramme gegen Cybermobbing sind ausreichend.
- Nur 1,7 % der Cybermobbing-Opfer zeigen die Straftat bei der Polizei an.

### ? Die Cybermobbing-Prävention ist Aufgabe vieler Berufsgruppen. Welche gehört *nicht* dazu?

- Schulpsychologen
- Lehrer
- Kinder- und Jugendärzte
- Feuerwehrleute
- Polizei



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 anerkennungs-fähig.

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.

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



## MS: Anhaltende Krankheitsmodifikation durch Impulstherapie

➔ Aktuelle Real-World-Daten zur Impulstherapie mit oralem Cladribin (Mavenclad®) bei Patienten mit hochaktiver schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (MS) bestätigen die Ergebnisse klinischer Studien. Cladribin wirkt über eine selektive Reduktion von B- und T-Zellen und modifiziert die zelluläre Immunabwehr, ohne das angeborene Immunsystem relevant zu beeinflussen. 96 Wochen nach Beginn der oralen Impulstherapie mit Cladribin-Tabletten hätten sich Veränderungen der Leukozyten gezeigt, die auf eine Verschiebung zu einem antiinflammatorischen Phänotyp hindeuten, wie Prof. Dr. Hans-Peter Hartung, Direktor der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Düsseldorf, erklärte. Die Behandlung reduziert bei Patienten mit hochaktiver schubförmig-remittierender MS die Schubrate, die Behinderungsprogression und die Bildung neuer MRT-Läsionen signifikant. Die Wirksamkeit bleibt langfristig erhalten: Fünf Jahre nach der letzten Einnahme von Cladribin-Tabletten

waren 63,7% der Patienten ohne bestätigte Behinderungsprogression, wie Real-World-Daten aus dem italienischen MS-Register verdeutlichen (CLARINET-MS) [Patti F et al. *Ther Adv Neurol Disord* 2020;13:1756286420922685].

Weitere Daten aus der Praxis bietet eine Propensity-Score-Matched-Analyse aus dem MSBase-Register, das mehr als 70.000 Patienten weltweit einschließt [Kalincik T et al. *Mult Scler* 2018;24:1617–26]. Danach schützt Cladribin im Vergleich mit Fingolimod, Natalizumab und Interferon-β in höherem Ausmaß vor Schüben und mehr Patienten erfahren eine Behinderungsverbesserung. Das Medikament wird zunehmend schon früh im Krankheitsverlauf und häufig bereits nach oralen Basistherapien eingesetzt. In Deutschland befinden sich 682 von 3.723 Patienten im dritten Behandlungsjahr mit Cladribin, nur 54 der 3.723 Patienten wechselten die Therapie.

Wie wichtig eine vollständige Therapie für den Behandlungserfolg ist, zeigen diese

Daten: 82% der Patienten unter Cladribin-Tabletten blieben im ersten Behandlungsjahr ohne Schub, 92% dieser Patienten entwickelten auch im zweiten Jahr keinen Schub und 62% der Patienten mit Schub im ersten Jahr blieben im zweiten Jahr schubfrei [Yamout et al. *EAN* 2020, P1667 und Post Hoc Analyse].

Das gute Verträglichkeitsprofil von Cladribin bestätigte sich in der Praxis, wie das Premiere-Register sowie Post-Approval-Daten zeigen: Neue Sicherheitssignale fanden sich nicht, es gab keine Hinweise für ein gesteigertes Infektionsrisiko und die Virusabwehr blieb unter der Therapie weitgehend erhalten [Cook S et al. *EAN* 2020, P514; Cook S et al. *Mult Scler* 2011;17:578–93; Cook S et al. *Mult Scler Rel Dis* 2019;29:157–67; Baker D et al. *Mult Scler Rel Dis* 2019;30:17686].

**Michael Koczonek**

---

Webinar „MS360° – Impulstherapie und Impfen bei MS“, 2.9.2020; Veranstalter: Merck Serono

## Stimulanzien können Risiko für Substanzmissbrauch bei ADHS reduzieren

➔ Jugendliche mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) weisen ein erhöhtes Suchtrisiko auf, erklärte Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann, Facharzt für Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von der LWL-Universitätsklinik Hamm. Die orale medikamentöse Behandlung der ADHS, etwa mit Methylphenidat (MPH), sei jedoch nicht mit einem Abhängigkeitsrisiko verbunden. Sie wirke vielmehr protektiv und reduziere das Risiko für Substanzmissbrauch.

Eine patientengerechte ADHS-Therapie basiert auf Vertrauen und Respekt vor Kind und Familie. Gleichzeitig sieht sich der Arzt mit einem gesteigerten Risikoverhalten der Patienten konfrontiert. ADHS-Patienten zeigen ein riskantes Sexualverhalten, fangen früh an zu rauchen, konsumieren Alkohol und neigen zur Spannungsreduktion und Stimmungsstabilisierung durch den Konsum illegaler Drogen.

Zu den Gründen zählen ein bei ADHS-Patienten unterentwickeltes Belohnungssystem, das keinen Aufschub von Erfolgen

duldet (engl.: „sensation seeking“), eine verminderte Impulskontrolle sowie komorbide psychiatrische Begleiterkrankungen wie Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen oder Depressionen. Holtmann rät zur primären Behandlung der Abhängigkeitserkrankung, erst danach solle die ADHS therapiert werden.

Zu den Therapiebausteinen, die dabei helfen könnten, den Alltag ohne Drogen zu meistern, zählten die motivierende Gesprächstherapie, etwa der „change talk“, der die Nachteile des Status Quo und die Vorteile einer Veränderung herausarbeite, Elemente der dialektisch-behavioralen Therapie sowie eine Multi-Familientherapie. Dauerhafte Verhaltensänderungen seien wahrscheinlicher, wenn Patienten sich selbst überzeugten und nicht in eine Verteidigungshaltung gerieten, erklärte Holtmann.

Das Internationale Consensus Statement for the Screening, Diagnosis and Treatment of Adolescents with ADHD & SUD (ICASA) empfiehlt zur Medikation langwirksame

Stimulanzien wie retardiertes Methylphenidat (z. B. Medikinet® retard) oder Atomoxetin (z. B. Agakalin®) als erste Wahl bei ADHS und Sucht [Özgen H et al. *Eur Addict Res* 2020;26:223–32].

Cannabiskonsum sei nicht in jedem Fall eine Kontraindikation gegen den Einsatz von Stimulanzien, Kokainkonsum sei dagegen wegen additiver dopaminerger Effekte kontraindiziert, betonte Holtmann.

**Dagmar Jäger-Becker**

---

Remote Praxisworkshops 2020: Gemeinsam ADHS begegnen. 26.8.2020; Veranstalter: Medice

## S1P-Rezeptoragonist Siponimod punktet bei sekundär progredienter MS

Der orale selektive Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptoragonist Siponimod (Mayzent®) ist seit Beginn des Jahres 2020 bei aktiver sekundär progredienter Multipler Sklerose (SPMS) zugelassen. Aktuelle Erkenntnisse zu dieser neuen Therapieoption, basierend auf der placebokontrollierten Phase-III-Studie EXPAND bei SPMS-Patienten [Kappos L et al. Lancet 2018;391:1263–73] sowie deren offener Verlängerungsphase [Kappos L et al. Presented at AAN 2020, S 40.003], wurden jetzt beim „MSVirtual 2020“, dem digitalen ACTRIMS-ECTRIMS-Kongress 2020, vorgestellt.

Mithilfe eines virtuellen Placeboarms habe nachgewiesen werden können, dass der Vorteil von Siponimod gegenüber Placebo auch längerfristig bestehen bleibe, berichtete der Neurologe Prof. Dr. Bruce Cree von der Universität San Francisco, Kalifornien/USA [Rouyrre N et al. MS Virtual 2020, P0013]. In der auf bis zu sieben Jahre angelegten, offenen Verlängerungsstudie EXPAND-Extension erhielten alle Patienten auf Wunsch Siponimod. Zur Beurteilung des Erfolgs wurde bei Patienten mit Therapiewechsel aus der aktuellen Dauer bis zur bestätigten Krankheitsprogression nach sechs Monaten (6mCDP) eine hypothetische 6mCDP ohne Therapiewechsel berechnet, erläuterte Cree. Dieses in der Onkologie geläufige Modell (Rank Preserving Structural Failure Time, RPSFT) deutet auf eine anhaltende 50- bis 60%ige Verlängerung der 6mCDP unter Verum hin, argumentierte Cree. Diese Daten sollten seiner Meinung nach jedoch durch reale Daten aus der klinischen Praxis validiert werden.

Eine kognitive Beeinträchtigung ist bei allen MS-Formen möglich, findet sich mit 80% bei Patienten mit SPMS jedoch besonders häufig. Daten der zweijährigen EXPAND-Studie hätten sowohl bei aktiver als auch bei nicht aktiver SPMS einen signifikanten Vorteil von Siponimod gegenüber Placebo bezüglich der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit gezeigt, erläuterte die Neurologin Prof. Dr. Iris-Katharina Penner von der Universität Düsseldorf [Penner IK et al. MS Virtual 2020, P0806]. Davon hätten insbesondere Patienten mit aktiver SPMS profitiert, wie sich mithilfe des SDMT-Scores (Symbol Digit Modalities Test) habe nach-

weisen lassen. Nach Abschluss der Studie sei in dieser Gruppe eine klinisch relevante SDMT-Verschlechterung unter Verum signifikant seltener gewesen, zugleich hätten sich hierunter mehr Patienten um mindestens vier SDMT-Punkte verbessert als in der Gruppe mit nicht aktiver SPMS.

Die Vorteile von Siponimod in punkto Behinderung, Kognition und Schubrate bei aktiver SPMS blieben nach den bisherigen EXPAND-Resultaten in der langfristigen Behandlung über bis zu fünf Jahre bestehen, betonte der Neurologe Prof. Dr. Gavin Giovannoni, Queen Mary Universität, London/England. Konkret fand sich eine etwa 70%ige Verzögerung der Zeit bis zur Verschlechterung und bei Patienten unter kontinuierlicher Siponimod-Einnahme (in beiden Studienteilen) eine signifikante, etwa 40%ige Reduktion der jährlichen Schubrate (ARR) im Vergleich zu Patienten, die erst in der Extensionsphase auf Siponimod umgestellt wurden [Giovannoni G et al., MS Virtual 2020, P0238]. Das ebenfalls günstige langfristige Sicherheitsprofil der Substanz unterstütze nach Ansicht von Giovannoni einen frühzeitigen Therapiebeginn bei aktiver SPMS.

Auf den Nutzen des kostenlos verfügbaren MS ProDiscus™-Fragebogens zur Beurteilung der MS-Progression bei der alltäglichen Arzt-Patienten-Interaktion wies Prof. Dr. Tjalf Ziemssen von der Universität Dresden hin. Ein Online-Survey bei 301 spezialisierten Ärzten und Krankenschwestern und fast 7.000 involvierten Patienten habe ergeben, dass dessen maximal vier Minuten erfordernde Anwendung sowohl den Umgang mit Symptomen als auch tägliche Aktivitäten erleichtere und die kognitive Funktion verbessere, so der Neurologe [Ziemssen T et al., MS Virtual 2020, P0885].

Dr. Andreas Häckel

Symposium „Dynamics of decision making in MS – are we taking the long view?“ anlässlich des „MSVirtual 2020“ ACTRIMS/ECTRIMS-Kongresses 11.–13.9.2020; Veranstalter: Novartis

### Effektives Add-on bei Parkinson

Zur Kontrolle motorischer Fluktuationen beim fortgeschrittenen Morbus Parkinson werden als Ergänzung zu Levodopa verschiedene Wirkstoffe eingesetzt. Trotzdem ist die Erkrankung langfristig oft nicht ausreichend kontrollierbar, was die Lebensqualität der Patienten erheblich beeinträchtigen kann. Wie das Unternehmen Zambon bekannt gibt, ergab eine aktuelle Post-hoc-Analyse, dass Patienten, die Levodopa allein oder in Kombination mit Add-on-Therapien erhielten, langfristig von der zusätzlichen Gabe von Safinamid (Xadago®) profitierten. Dies werde durch eine signifikante Verbesserung der motorischen Symptome sowie einer signifikanten Reduktion der Off-Zeit ermöglicht. Fast 40% der Parkinson-Patienten entwickeln nach vier- bis sechsjähriger Behandlung mit Levodopa motorische Fluktuationen. **red**

### Nach Informationen von Zambon

### Bald orale Therapieoption bei SMA?

Die Europäische Arzneimittelagentur hat den Antrag auf Zulassung für Risdiplam zur Behandlung von erwachsenen Patienten und Säuglingen mit spinaler Muskelatrophie (SMA) akzeptiert und ein beschleunigtes Zulassungsverfahren für die EU eingeleitet. Die bisherigen Studiendaten belegen die Wirksamkeit und gute Verträglichkeit des oralen Spleißmodifikators bei einem breiten Patientenkollektiv. In den USA ist Risdiplam unter dem Handelsnamen Evrysdi™ bereits Anfang August 2020 zugelassen worden, als weltweit erste und einzige SMA-Therapie, die eine orale Behandlung von zuhause aus ermöglicht. **red**

### Nach Informationen von Roche

### Alltagserfahrungen mit Cariprazin

Seit der Markteinführung vor etwa zwei Jahren hat sich Cariprazin (Reagila®) als wirksame Therapieoption bei Schizophrenie etabliert. Auf der Veranstaltung PsychiatriUM tauschten sich rund 80 Psychiater über ihre Erfahrungen in der Schizophreniebehandlung aus. So wurden etwa die Wichtigkeit der richtigen Differenzialdiagnose und die Bedeutung rezeptorspezifischer Wirkstoffe wie Cariprazin als neue Subgruppe von Antipsychotika betont. **red**

### Nach Informationen von Recordati

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



## DNRI gegen Tagesschläfrigkeit bei Narkolepsie und Schlafapnoe

➔ Die übermäßige Tagesschläfrigkeit (excessive daytime sleepiness, EDS) ist ein Leitsymptom bei Narkolepsie und bei obstruktiver Schlafapnoe (OSA), das mit hohem Leidensdruck und erheblicher Beeinträchtigung der Lebensqualität bei betroffenen Patienten assoziiert ist. Zur Verbesserung der Wachheit und Reduktion der EDS ist mit Solriamfetol (Sunosi®) seit Mai 2020 eine neue Therapieoption verfügbar. Der duale selektive Dopamin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (DNRI) ist zugelassen für Patienten mit Narkolepsie Typ 1 (mit Kataplexie) und Typ 2 (ohne Kataplexie) sowie bei Patienten mit refraktärer OAS. Drei Dosierungen sind erhältlich (37,5 mg, 75 mg, 150 mg), die Einnahme erfolgt einmal täglich.

Basis der Zulassung sind die Ergebnisse des Studienprogramms TONES (Treatment of Obstructive Sleep Apnea and Narcolepsy Excessive Sleepiness) mit randomisierten, doppelblinden placebokontrollierten Studien. Darin habe Solriamfetol die Wachheit im multiplen Wachbleibetest (MWT) über alle Messzeitpunkte gleichbleibend und über neun Stunden anhaltend verbessert, wie Prof. Dr. Geert Mayer, Hephata-Klinik Schwalmstadt, berichtete [Schweizer PK et al. Am J Respir Crit Care Med 2019;199:1421–31]. Die Schlaflatenz war in der 150-mg-Dosierung bereits in der ersten Woche signifikant verlängert und blieb über zwölf Wochen stabil [Thorpy, MJ et al. Ann Neurol 2019;85:359–70]. Die Reduktion der EDS über zwölf Wochen zeigte sich auch auf der

Epworth Schläfrigkeitsskala. Drei von vier Patienten, die den DNRI erhielten, gaben eine Verbesserung der Symptome von Baseline bis Woche 12 an. Die Wirksamkeit konnte über 52 Wochen aufrechterhalten werden [Malhotra A et al., Sleep 2020;43: zsz220].

Die Verträglichkeit war über die Studiendauer mit milden bis moderaten Nebenwirkungen gut, am häufigsten waren Insomnie, Kopfschmerz und Übelkeit. Eine Toleranzentwicklung wurde nicht beobachtet.

**Michael Koczorek**

Pressekonferenz „Wacher durch den Tag: Eine neue Therapieoption für Patienten mit exzessiver Tagesschläfrigkeit“, 31.8.2020; Veranstalter: Jazz Pharmaceuticals

## Hohe Remissionsrate bei therapieresistenter Depression

➔ Etwa jeder dritte Patient mit einer Depression spricht auf die ersten beiden Therapieversuche nicht ausreichend an. Eine Option bietet in diesem Fall Tranylcypromin (Jatrosom®), mit dem sich bei vielen therapieresistenten Patienten eine Remission erzielen lässt.

„Die therapieresistente Depression ist eine große Herausforderung im stationären, aber auch im ambulanten Bereich“, betonte Prof. Dr. Mazda Adli, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie CCM, Charité, Universitätsmedizin Berlin. So seien nach dem ersten achtwöchigen Versuch 60–70% der Patienten nicht in Remission. Nach dem zweiten Therapieversuch betrage der Anteil noch 35% und nach dem dritten Versuch 15%.

Die Fachgesellschaften empfehlen in der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ im Rahmen einer strukturierten Behandlung bei Nichtansprechen den Wechsel des Antidepressivums, die Augmentation oder die Kombination zweier Antidepressiva. Die Dosiserhöhung als einfachste Maßnahme kann bei zahlreichen Substanzen wie den trizyklischen Antidepressiva (TCA) sinnvoll sein. Dies gilt nicht für die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), da bei ihnen keine positive Dosis-Wirkungs-Beziehung besteht. „Dennoch wird die Dosissteigerung in der Praxis gerade bei den SSRI am häufigsten durchgeführt“, so der Psychiater. Sinnvoll kann eine Dosissteigerung der Leitlinie zufolge auch bei Tranylcypromin

sein, das als Reserveantidepressivum der dritten Wahl zum Einsatz kommen kann [Fachinformation Jatrosom®, Stand: 2/2020]. Adli et al. setzten den Monoaminoxidase (MAO)-Hemmer in einer Beobachtungsstudie bei 32 Patienten ein, die nach durchschnittlich 3,3 erfolglosen Therapieversuchen als multiresistent einzustufen waren [Adli M et al. Pharmacopsychiatry 2008;41: 252–7]. Unter der mittleren Dosis von 51,9 mg Tranylcypromin täglich erreichten 59% der Patienten eine Remission. Responder hatten dabei mit 57,4 mg im Mittel eine höhere Tagesdosis erhalten als Non-Responder mit 43,9 mg. Bei Tranylcypromin komme es deshalb auch darauf an, ausreichend hoch zu dosieren, so Adli. Der Anteil der Patienten mit schweren Nebenwirkungen sei im Vergleich zur Vortherapie von 42% auf 19% zurückgegangen, nachdem andere Antidepressiva abgesetzt werden konnten. Die während der Tranylcypromin-Therapie einzuhaltenende tyraminarme Diät beurteilten die Patienten und das Pflegepersonal oder die Angehörigen weit überwiegend als einfach oder gut machbar (Tab. 1).

**Dr. Matthias Herrmann**

Online-Pressesgespräch „Update der Therapiemöglichkeiten therapieresistenter Depression“, 22.9.2020; Veranstalter: Aristo

**Tab. 1: Beurteilung der Praktikabilität der tyraminarmen Diät (mod. nach [Adli M et al. Pharmacopsychiatry 2008;41:252–7])**

Beurteilung der Praktikabilität der Diät	Patienten	Pflegende oder Angehörige
einfach	2 (6%)	9 (28%)
gut machbar	26 (82%)	21 (66%)
kompliziert	2 (6%)	1 (3%)
keine Angabe	2 (6%)	1 (3%)

## S1P-Rezeptormodulator Ozanimod senkt Schubrate bei RRMS

➔ Der Sphingosin-1-Phosphat-(S1P)-Rezeptor-Modulator Ozanimod (Zeposia®) reduziert die jährliche Schubrate bei MS signifikant gegenüber IFN-beta 1a. Das zeigen zwei Studien, die auf dem ACTRIMS-ECTRIMS-Kongress 2020 vorgestellt wurden. Die auf ein Jahr angelegte SUNBEAM (SB)- und die zweijährige RADIANCE (RD)-Studie umfassten als randomisierte doppelblinde Multicenterstudien jeweils gut 1.300 Patienten mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (RRMS) im Alter von 18 bis 55 Jahren und einem EDSS-Wert von 0,0 bis 5,0 [Comi G et al. Lancet Neurol 2019;18:1009–20; Cohen JA et al. Lancet Neurol 2019;18:1021–33]. Jeweils ein Drittel der Patienten erhielt IFN-beta 1a (30 µg/Woche i. m.) oder orales Ozanimod in Dosierungen von 0,46 mg oder 0,92 mg pro Tag. Als primärer Endpunkt diente die jährliche Schubrate (ARR). Patienten mit primär progressiver MS waren ausgeschlossen, ebenso – aufgrund bestehender Kontraindikationen von Ozanimod – Patienten mit Herzerkrankungen, Schlaganfall oder Typ-1-Diabetes mellitus. Prof. Dr. Giancarlo Comi, Direktor des Instituts für experimentelle Neurologie und des MS-Zentrums des San Raffaele Hospitals in Mailand präsentierte die Ergebnisse für die Dosierung von 0,92 mg pro Tag:

- Ozanimod senkte gegenüber IFN-beta 1a die ARR signifikant; in der SB-Studie um 48 % und in der RD-Studie um 38 % (jeweils  $p < 0,0001$ ).
- Die Anzahl neuer oder sich vergrößernder T2-Läsionen ging um 48 % (SB) beziehungsweise 42 % (RD) gegenüber der Behandlung mit IFN-beta 1a zurück (jeweils  $p < 0,0001$ ).

- Noch deutlicher fiel der Rückgang bei Gadolinium-aufnehmenden Läsionen mit einer Abnahme um 63 % (SB,  $p < 0,0001$ ) und 53 % (RD,  $p = 0,0006$ ) aus.
- Außerhalb der vorab definierten Endpunkte ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich der Zeit bis zum bestätigten Fortschreiten der Behinderung, jedoch erwies sich Ozanimod bezüglich der Abnahme des Volumens des Gesamtgehirns, der kortikalen grauen Substanz sowie des Thalamusvolumens gegenüber IFN-beta 1a als überlegen.

Prof. Dr. Adil Javed von der Universität Chicago trug zu Nebenwirkungen und Anwendungssicherheit von Ozanimod vor. Demnach traten unerwünschte Reaktionen unter Ozanimod in vergleichbarer Zahl wie bei IFN-beta 1a auf. Diese führten nur selten zu Studienabbrüchen. Auch die Infektionsrate bewegte sich auf vergleichbarem Niveau, wobei unter Ozanimod insbesondere virale Infekte der oberen Atemwege und des Harntrakts sowie Herpes zoster beobachtet wurden. Bradykardien traten unter Ozanimod lediglich am ersten Behandlungstag vermehrt auf.

Der Funktionsweise eines S1P-Rezeptor-Modulators entsprechend, führte Ozanimod zu einer Abnahme der Gesamtzahl und zu einer reversiblen Sequestrierung von Lymphozyten in den Lymphgeweben.

Jan Groh

Satellitensymposium „A new treatment option for patients with relapsing forms of MS“ beim virtuellen ACTRIMS/ECTRIMS 2020; 12.9.2020, Veranstalter: Celgene

### Erfahrung mit Nabiximols aus 120.000 Patientenjahren

Für viele Cannabinoide wie Cannabisblüten oder -extrakte gibt es kaum Studien mit einer hohen methodischen Qualität. Eine Ausnahme stellt allerdings das THC:CBD-Oromukosal-spray Sativex® (Nabiximols) dar, das zur Add-on-Behandlung der Spastik bei Multipler Sklerose zugelassen ist. Seit der Markteinführung im Jahr 2011 wurden Erfahrungen in der täglichen Praxis in mehr als 120.000 Patientenjahren gesammelt, die laut einer aktuellen Publikation für die konsistente Wirksamkeit und Sicherheit dieses Fertigarzneimittels sprechen [Überall MA. J Pain Res 2020;13:399–410]. Sativex® enthält als Wirkstoffe im definierten Verhältnis die Cannabinoide Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD).

red

Nach Informationen von Almirall

### SHINE-Studie bestätigt Wirksamkeit und Sicherheit von Nusinersen

Eine Zwischenanalyse der Studie SHINE für Patienten mit 5q-assoziiierter spinaler Muskelatrophie (5q-SMA) deutet auf eine anhaltende Wirksamkeit und Sicherheit von Nusinersen (Spinraza®) für verschiedene Altersgruppen und SMA-Phänotypen hin. Insgesamt wurden 292 Patienten unterschiedlicher Altersgruppen und SMA-Phänotypen aus vorherigen klinischen Studien in der Anschlussstudie SHINE nachverfolgt. In der Analyse [Castro D et al. AAN 2020 S12.008] wurden speziell die Daten der Patienten ausgewertet, die zuvor an der randomisierten, doppelverblindeten Zulassungsstudie ENDEAR [Mercuri E et al. N Engl J Med 2018;378(7):625–35] teilgenommen hatten. Von den ursprünglich 121 Patienten wurden 89 in die Verlängerungsstudie SHINE aufgenommen und mit Nusinersen weiterbehandelt. Die Zwischenanalyse zeigt, dass besonders diejenigen Patienten profitierten, die bereits in ENDEAR Nusinersen erhalten hatten: Der CHOP-INTEND(Children's Hospital of Philadelphia Infant Test for Neuromuscular Disease)-Score verbesserte sich um durchschnittlich 17 Punkte und einzelne motorische Meilensteine wie freies Sitzen, Stehen und Gehen mithilfe konnten erreicht werden. Auch Teilnehmer, die im Rahmen der ENDEAR-Studie eine Scheinintervention erhalten hatten, konnten in der anschließenden SHINE-Studie mit Nusinersen eine Verbesserung des CHOP-INTEND-Scores im Median um mehr als 5 Punkte erreichen.

red

Nach Informationen von Biogen

### Ofatumumab vor Zulassung

Der vollständig humane monoklonale Anti-CD20-Antikörper Ofatumumab (OMB157) ist bei der US-amerikanischen FDA sowie der Europäischen Arzneimittelagentur EMA zur Zulassung eingereicht worden. In den Phase-III-Studien ASCLEPIOS I und II zeigte Ofatumumab bei Patienten mit schubförmiger MS gegenüber Teriflunomid eine signifikante Reduktion der jährlichen Schubrate um 51 % beziehungsweise 58 %. Auch bei der Senkung des relativen Risikos für Behinderungsprogression sowie MRT-Parametern war Ofatumumab gegenüber Teriflunomid signifikant überlegen [Hauser S et al. N Engl J Med 2020;383:546–57].

red

Nach Informationen von Novartis

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



# Journal



## Wer war Dr. Mabuse?

### Eine Familiengeschichte

Winnetou ist populärer als Pierre Besuchow. Nicht selten prägen sich Figuren der Unterhaltungsliteratur stärker in das Bewusstsein ein als Gestalten der hohen Weltliteratur. Doch nicht nur an Bekanntheit, sondern auch im literarischen Weiterleben scheinen solche Personen überlegen. Ein Beispiel dafür ist der Psychopathologe Dr. Mabuse.

**W**oher kommt die Figur Dr. Mabuse, und wie lebt sie fort? Und wie zeigt sie uns, wie eng Faszinosum mit Tremendum verbunden ist?

### Die Mutter

Sie hieß Mary Wollstonecraft Shelley, geborene Godwin (1797–1851), und ist noch vor der Geburt Mabuses gestorben, weil sie an einem anderen Kind litt, mit Namen Viktor Frankenstein. Gezeugt wurde er in der Villa Diodati am Genfersee bei ziemlich schlechtem Wetter und viel Langeweile unter den Engländern Lord Byron, Percy Bysshe Shelley, dem Arzt John Polidori und Claire Clairmont. Geboren wurde er im Roman „Frankenstein“, der am 1. Januar 1818 erschien.

### Der Vater

Die Figur des Superverbrechers Dr. Mabuse ist eine Erfindung des luxemburgischen Schriftstellers Norbert Jacques (1880–1954), eines schillernden, unentwegt schreibenden und in den verschiedensten Genres Lyrik, Roman, Erzählung, Übersetzung, Filmdrehbuch, Reisenovelle und Reportage publizierenden umtriebigen Weltenbummlers und Tausendsassas vom Rundfunksprecher bis zum Bürgermeister, der vom Kaiserreich über zwei Weltkriege hinweg ein filmreifes Abenteuerleben genoss. Sein Werkverzeichnis zählt nicht weniger als über 50 Titel und nicht zufällig tragen seine Lebenserinnerungen den Titel „Mit Lust gelebt. Roman meines Lebens“.

Mit seiner zweiten Frau, der ehemaligen Sekretärin von Arthur Schnitzler, unternahm Jacques eine 16-monatige Hochzeitsreise via Triest, Singapur, Hongkong, China, Tibet, Sydney, Peru, Brasilien, Madeira, Hamburg. 1918 kaufte er schließlich Schloss Gaisberg nahe Kreuzlingen, wo er sich in den folgenden Jahren als Züchter und Pflanze betätigte. Nach dem inflationsbedingten Verkauf des Gaisberg 1919 fand die Familie in Konstanz Unterschlupf.

1920 konnte Jacques „Gut Adelinhof“ in Schlachters bei Lindau übernehmen. Um seine schwierigen ökonomischen Verhältnisse aufzubessern, gründete er 1925 mit seinem Schwager die Künstlervereinigung „Der Kreis“, dessen Vorsitzender und Koordinator er bis 1933 war. 1928 durchquerte er die Anden zu Pferd von Kolumbien bis Ecuador. Ein Jahr später reiste er alleine von Ägypten nach Rhodesien. Die letzten Kriegstage erlebte er als Bürgermeister von Schlachters, im Landkreis Lindau. Nach dem Kriegsende wurde er denunziert, verhaftet und von der französischen Militärpolizei nach Luxemburg überstellt. Dort wurde er noch im selben Jahr wegen Landesverrat angeklagt und ausgewiesen.

Seine letzten Jahre verbrachte Jacques abwechselnd in Hamburg und am Bodensee. Im Alter von 73 Jahren starb er am 15. Mai 1954 an einem Herzinfarkt in einem Koblenzer Hotel. Er weilte dort anlässlich eines Weinfestes, auf dem eine Autorenlesung mit ihm geplant war. In einem Nachruf beschrieb ihn sein Freund und Kollege Kasimir Edschmid als einen „Typus von Männlichkeit und Literatur, wie es ihn nicht mehr gibt!“ Dazu passt ein Bonmot von Jacques: „Wenn eine Fee mir zwei Schalen böte, die eine mit literarischer Unsterblichkeit, die andere mit kulinarischen Genüssen gefüllt, dann würde ich ohne zu zögern die zweite wählen.“

Die Schöpfungslegende von Dr. Mabuse erzählt, wie Norbert Jacques nach dem Ersten Weltkrieg auf einer Fähre über den Bodensee Richtung Konstanz saß. Damals sei der Bodensee nicht zuletzt aufgrund der Grenz Nähe ein beliebter Umschlagort für Schwarzhändler gewesen. Jacques sei auf dem Schiff ein Passagier besonders aufgefallen. Sein Gesicht und seine Statur hätten ihn inspiriert, wird erzählt: „Im Geiste machte er dann aus dem beobachteten kleinen Schieber mit der berührenden Ausstrahlung einen genialen Großverbrecher, um dessen Gestalt herum er dann den Ro-

man ‚Dr. Mabuse, der Spieler‘ anlegte. Nach der Rückkehr aus Konstanz schrieb er in seinem damaligen Wohnsitz in Bad Diezlings in einer Gastwirtschaft innerhalb von zwanzig Tagen den ersten Mabuse-Roman.“ (Wikipedia) Der Roman erschien 1921. Im Mittelpunkt steht ein Genie, das seine ganze Intelligenz und Energie auf das Verbrechen konzentriert. Von Beruf ist Dr. Mabuse Psychoanalytiker und Psychopathologe mit hypnotischen Fähigkeiten, die ihn zu einem „Mann mit tausend Gesichtern“ machen. „Seine Fähigkeiten der Verkleidung und der Beeinflussung anderer Personen nutzt Mabuse aus, um sich auch in der High Society frei bewegen zu können. Der Roman nutzt den Charakter, um dem Leser den ‚schmutzigen Unterleib‘ der Weimarer Republik vor Augen zu führen. In den Augen des Verfassers und seines Protagonisten ist Europa verrottet bis auf den Kern, erfüllt vom Leichengestank des vorangegangenen Krieges und bevölkert von Aasgeiern in Frack und Zylinder. Der Traum der Romanfigur Dr. Mabuse ist die Schaffung einer neuen Gesellschaft, frei von Korruption und Fäulnis. Er plant eine utopische Kolonie in Brasilien namens Eitopomar, die er mit den Früchten seiner Verbrechen auf die Beine stellen möchte. Sein Gegenspieler, der Staatsanwalt von Wenk, versucht Mabuse das Handwerk zu legen, doch dieser kann immer wieder entkommen; einmal kommt dabei sogar ein Automobil zum Einsatz, das sich durch ‚ein paar Hebelgriffe‘ in ein Motorboot verwandelt.“ (Wikipedia) Der spätere James Bond lässt grüßen.

Das Faszinosum besteht darin, dass eine negative Figur zum Protagonisten wird, welcher der Leser schließlich bei allem Tremendum Sympathie entgegenbringt.

Zur Entstehung der „Mabuse“-Figur aus Norbert Jacques‘ Vorlage und Fritz Langs Adaption schreibt Michael Töteberg: „Norbert Jacques, von Thomas Mann geschätzt, (...) schildert in seinem

1922, © Wikimedia Commons

# Dr. Mabuse, der Spieler.

Die erste Verfilmung: „Dr. Mabuse, der Spieler“, Stummfilm von Thea von Harbou und Fritz Lang im Jahr 1922

1962, © Wikimedia Commons

# Das Testament des Dr. Mabuse

„Das Testament des Dr. Mabuse“, Tonfilm von Thea von Harbou und Fritz Lang im Jahr 1962

Roman einen ebenso genialen wie dämonischen Übermenschen: Dr. Mabuse, der Arzt, der Spieler, der Verbrecher (...). Im Roman ist er Propagandist des Autors für konservative Kulturkritik und antirepublikanische Gesinnung, im Film bleibt diese Figur merkwürdig blass, gewinnt nicht die Konturen eines positiven Helden. (...) Die Faszination geht von Mabuse aus, er dominiert; der Vertreter der staatlichen Ordnung lässt sich die Wahl der Waffen aufzwingen, wechselt die Masken und Identitäten wie der Verbrecher. Wenk bleibt moralisch indifferent. In dem Kampf der beiden Bandenführer ist Wenk nicht der eindeutige Sieger; aufschlussreich ist der Vergleich mit der Romanvorlage. Jacques folgt den Konventionen der gängigen Kriminalliteratur: Das Buch endet mit einem tollkühnen Kampf im Flugzeug, wobei Mabuse den Tod findet. Im Film flüchtet Mabuse in ein unterirdisches Verlies, eine von ihm eingerichtete Fälscherwerkstatt; als der Verfolger Wenk das Versteck aufbricht, findet er den dem Wahnsinn verfallenen Verbrecher beim Spiel mit Banknoten. Einem ordentlichen Gerichtsverfahren hat sich Mabuse entzogen, er kann, so heißt es

im Film, nur durch sich selbst zugrunde gehen.“

Jedenfalls gelang es dem Schriftsteller Jacques, eine Figur in die literarische Welt zu setzen, die – ganz im Gegensatz zu ihrem Schöpfer – bis heute ihre Spuren hinterlässt, wenngleich die Strahlkraft der Faszination momentan stark nachgelassen hat. Aber Dr. Mabuse zeugte fort ...

## Die Kinder

Die Kinder des Dr. Mabuse tauschten das Medium: Vom populären Unterhaltungsroman wechselten sie in das neue, nicht minder populäre Genre Film hinüber. Die erste Verfilmung mit dem Titel „Dr. Mabuse, der Spieler“ stammt von Fritz Lang. Seine Frau, die deutsche Schauspielerin und Drehbuchautorin Thea von Harbou, schrieb nach Jacques' Roman das Drehbuch. Lang etablierte Dr. Mabuse als klassischen Filmbösewicht neben Nosferatu und Dr. Caligari.

Der Roman „Das Testament des Dr. Mabuse“ diente Lang und Harbou als Vorbild für den gleichnamigen Tonfilm (1933). Hierzu heißt es bei Wikipedia: „In diesem Film sitzt Mabuse als Wahnsinniger in einer Psychiatrischen Klinik,

der unentwegt an einem ‚Testament‘ schreibt, in dem er Anweisungen für Verbrechen und zur Errichtung einer umfassenden ‚Herrschaft des Verbrechens‘ gibt. Diese Anweisungen werden auf geheimnisvolle Weise von einer Verbrecherorganisation ausgeführt, obwohl die Manuskripte unveröffentlicht in der Klinik bleiben. Kommissar Lohmann versucht, die Bande dingfest zu machen, scheitert aber an deren perfekter und professionell agierender Organisationsstruktur. Obwohl er immer wieder auf die Spur der Klinik geführt wird, durchschaut Lohmann zunächst auch nicht, welche Rolle der machtlos scheinende Mabuse spielt. Die Verwirrung steigert sich, als Mabuse plötzlich verstirbt, dem es aber gelungen ist, seinen Willen auf den Geist des Leiters der Irrenanstalt, Professor Baum, zu übertragen. Nun führt dieser die verbrecherischen Anweisungen Mabuses aus. Als die Organisation zum ultimativen Schlag ausholt und eine chemische Fabrik in die Luft jagen will, kann die Polizei dies im letzten Augenblick verhindern. Am Tatort ist auch Baum. Nach einer surrealistischen Autoverfolgungsjagd flieht Baum in seine eigene Anstalt, in der er nun, vollends dem Wahnsinn verfallen, selbst als Patient einbehalten wird. Am Ende sieht man ihn in einer Zelle sitzend, wie er im Zustand völliger Umnachtung Manuskriptseiten zerreißt. Die deutlichen Anspielungen auf die Terrormethoden der Nazis und auf Adolf Hitler, der ‚Mein Kampf‘ ebenfalls in Gefangenschaft verfasste, war den Nazis nicht entgangen, und der Film wurde im Dritten Reich verboten. Es gelang jedoch, Kopien ins Ausland zu schmuggeln. Jahrelang war nur eine stark gekürzte Fassung des Films im Umlauf. Erst seit Ende 1973 steht wieder eine rekonstruierte Fassung zur Verfügung.“

## Die Enkel

1953 verkaufte Norbert Jacques die Rechte an der Figur des Dr. Mabuse an die Berliner CCC-Film (Central Cinema Company), eine 1946 von Artur Brauner in Berlin gegründete deutsche Filmproduktionsfirma. Die Renaissance der Mabuse-Filme in den 1960er-Jahren fiel mit der Entstehung der beim Publikum sehr erfolgreichen Edgar-Wallace-Filme zu-

sammen. Brauner sicherte sich die Rechte von Edgar Wallaces Sohn Bryan Edgar Wallace (1904–1971), verwendete aber auch neue Stoffe, die nur noch mit dem Namen Edgar-Wallace als erfolgreiches Markenzeichen verbunden waren. Insgesamt entstanden zwischen 1959 und 1972 fast 40 Edgar Wallace-Filme, die nicht wenig den Zeitgeist dieser Epoche widerspiegeln. Die meisten dieser Filme wurden von der Rialto-Film und der Constantin-Film produziert. Wesentlich zum Erfolg trugen die Schauspieler Joachim Fuchsberger, Heinz Drache, Eddie Arendt, Klaus Kinski, Siegfried Lowitz, Harald Leipnitz, Siegfried Schürenberg sowie die Schauspielerinnen Karin Dor, Karin Baal, Brigitte Grothum und Uschi Glas bei. Schurken und Gastrollen wurden prominent besetzt, mit Fritz Rasp, Pinkas Braun, Harry Wüstenhagen, Christopher Lee, Dieter Borsche, Gert Fröbe, Hubert von Meyerinck sowie Elisabeth Flickenschildt und Lil Dagover.

Von 1960 bis 1964 entstanden etwa zeitgleich mit den Edgar-Wallace-Filmen sechs neue Schwarzweiß-Mabuse-Filme: „Die 1000 Augen des Dr. Mabuse“ (1960), bei dem nochmals Fritz Lang Regie führte, gefolgt von „Im Stahlnetz des Dr. Mabuse“ (1961), „Die unsichtbaren Krallen des Dr. Mabuse“ (1962), „Das Testament des Dr. Mabuse“ (1962), „Scotland Yard jagt Dr. Mabuse“ (1963), „Die Todesstrahlen des Dr. Mabuse“ (1964). Die Besetzung war prominent und international mit Stars wie Lex Barker, Gert Fröbe, Rudolf Forster, Peter van Eyck, Wolfgang Völz, Werner Peters, Rudolf Fernau, Siegfried Lowitz, Karin Dor, Daliah Lavi, Klaus Kinski, O. E. Hasse, Leon Askin und Wolfgang Preiss, der in allen sechs Filmen der 1960er-Jahre Dr. Mabuse spielte.

Nach der Mabuse-Reihe von CCC folgten noch zwei weitere Filme um Dr. Mabuse: „Dr. M schlägt zu“ (1971) unter der Regie von Jess Franco und „Dr. M“ („Docteur M“, 1989) unter der Regie von Claude Chabrol.

### Die Urenkel

Ein erneuter Genrewechsel fand mit der Transformation der Mabuse-Stoffe für das Radio statt. Zahlreiche Hörspielbearbeitungen von Mabuse-Stoffen hielten die Figur im Bewusstsein des Publikums

„Dr. M schlägt zu“, unter der Regie von Jess Franco, 1971



1963, © Wikimedia Commons

vital, bis sich allmählich parodistische Elemente bemerkbar machten, die zugleich die Schwundstufen des Mabuse-Stoffes ankündigten: So tauchte 1983 in einer Folge der österreichischen Fernsehserie „Kottan ermittelt“ unter dem Anagramm ein gewisser „Dr. Buesam“ wieder auf. Überdies waren Kompositionen mit dem Titel „Dr. Mabuse“ der Gruppen „Propaganda“, „Blue System“, „Locas in Love“ oder „Die Krupps“ zu verzeichnen. Band 55 der Jugendbuchreihe „TKKG“ von Stefan Wolf trägt den anspielungsreichen Titel Im Schattenreich des Dr. Mabuse“.

Als Revitalisierungsversuch verstanden werden kann die 2000 und 2001 bei Carlsen erschienene sechsteilige Comic-Reihe „Mabuse“ („frei nach Motiven des Romans von Norbert Jacques“) des Autorenteamteams Kreitz, Breitschuh und Dinter. Die Handlung wurde ins Jahr 1998 verlegt, Haupthandlungsraum ist Norddeutschland, „Kern der Erzählung ist der Zweikampf zwischen dem Hamburger Staatsanwalt Georg Lohmann und dem seit Jahrzehnten tot geglaubten Dr. Mabuse. Dieser erscheint als Phantom, welches sich mit hypnotischen Kräften anderer Menschen bemächtigt. Sein Ziel ist, in den Besitz eines medizinischen Experiments zu kommen, um wieder menschliche Gestalt annehmen zu können. Jeder Band enthält daneben eine kurze Einleitung zu Ursprung und Entstehung des Mabuse-Stoffes, zu dessen Einordnung in den historischen Rahmen und zur Rezeptionsgeschichte.“ (Wikipedia)

Schließlich sei „Dr. med. Mabuse“ erwähnt, eine Zeitschrift „für alle Gesundheitsberufe“, die im Mabuse-Verlag Frankfurt am Main erscheint.

### Angst und Verbrechen

Der erste Mabuse-Roman erschien 1921, also zu einer Zeit, da die aufkommende Psychopathologie noch eine junge Wissenschaft war, die allein schon deshalb Angst auslöste, weil sie scheinbar tiefer als jedes Skalpell in den Menschen eindringen und ihn deshalb vermeintlich manipulieren konnte. Das dahinter stehende Thema ist das des beherrschbaren freien Willens. Wo die Angst wohnt, ist das Verbrechen nicht weit. So wird Dr. Mabuse zur „repräsentativen Horrorfigur für die Ära zwischen den beiden großen Kriegen“ (Günter Scholdt) und der Vater all jener verrückten Professoren von Dr. Seltsam bis zu den von James Bond bekämpften bösen Wissenschaftlern, welche die Welt beherrschen wollen. Vielleicht hat die Figur des Dr. Mabuse aber auch deshalb überlebt, weil die Mischung aus Faszination und Grauen am Verbrechen nie rückläufig war. Im Gegenteil.

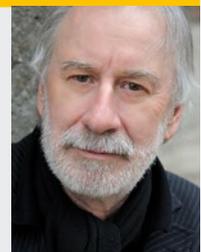
### Literatur beim Verfasser

#### AUTOR

Prof. Dr. phil.  
Gerhard Köpf

Literaturwissenschaftler  
und Schriftsteller  
Ariboweg 10  
81673 München

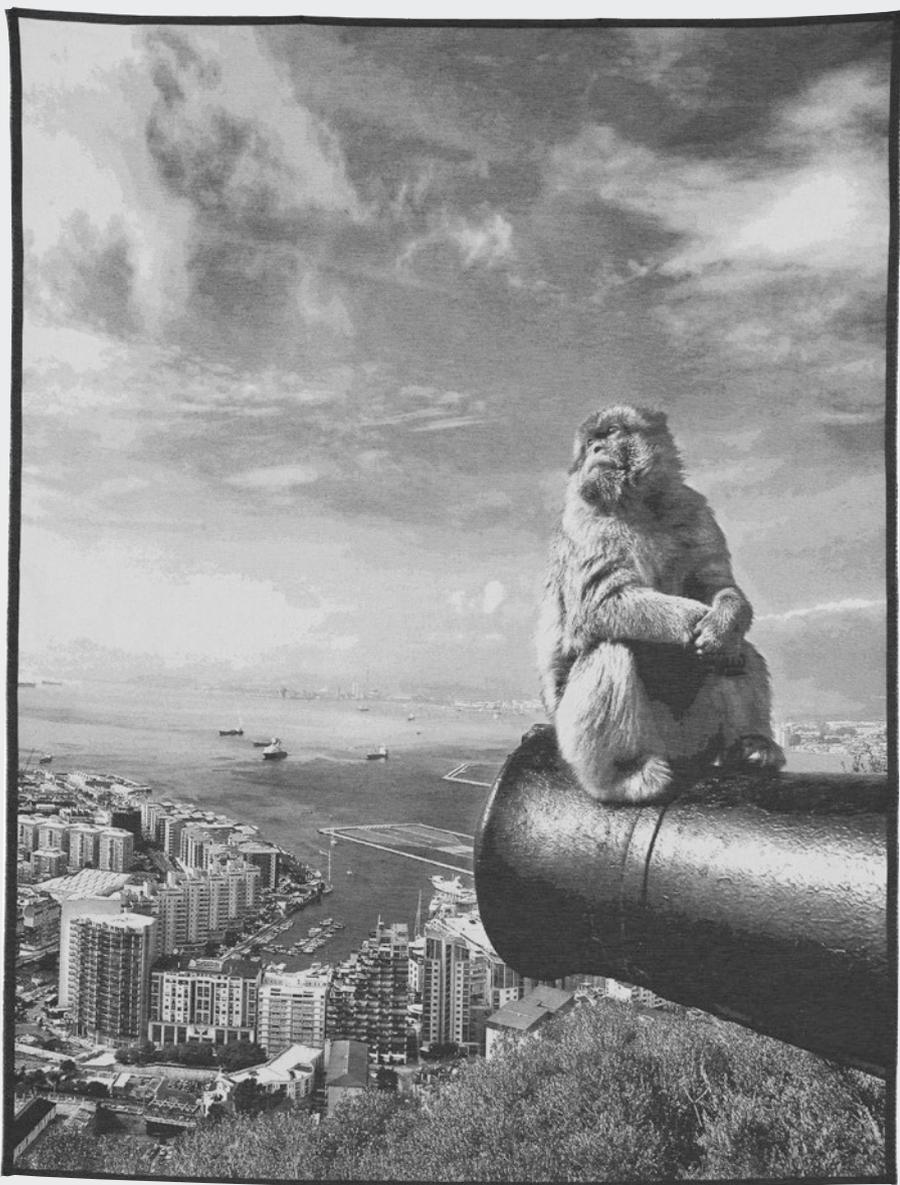
E-Mail:  
aribo10@web.de



Beate Passow

## Politik im Teppichformat

Ein Berber-Affe thront auf einer Kanone über Gibraltar. Er blickt zweifelnd in die Ferne und scheint zu fragen: „Quo vadis Europa“? Jedenfalls ließe sich seine Miene so interpretieren, betrachtet man ihn als Teil des Tapisserien-Bildzyklus '„Monkey Business“' der Künstlerin Beate Passow, der noch bis Ende November im Museum Villa Stuck in München ausgestellt wird.



Gibraltar, 2017, Tapisserie

Spätestens seit der Renaissance stehen Tapisserien für Prunk und Repräsentation. Die teuren Wandbehänge wurden vor allem vom Adel genutzt und stellen die Realität überhöht und idealisiert dar. Abgebildet waren Szenen aus der Mythologie der jeweiligen Adelsfamilie oder allgemeine Szenen aus dem reichen Fundus der abendländischen Ikonografie.

### Verwobene Bildsprache

Die Künstlerin Beate Passow ist eine Meisterin der camouflierten Botschaft. Obwohl sie vor allem extreme gesellschaftliche und politische Verwerfungen diskutiert, tut sie das auf eine so subtile und feinfühligke Weise, dass man erst hinter die Oberfläche ihrer Werke dringen muss, um deren eigentliche Bedeutung zu erfassen. In „Monkey Business“ bedient sie sich des Mediums der Wandbehänge, um mittels collagierten Fotos, die im Textilmuseum Augsburg dann zu Wandteppichen gewoben werden, die aufwühlende Situation Europas und seiner Stellung in der Welt durchzudeklinieren. Hier wird nicht idealisiert, sondern im Gegenteil mit Idealen aufgeräumt und es werden Helden und Mythen vom Denkmal gestoßen.

Der Affe auf dem Felsen Gibaltars, Grenzstadt Europas an der Meerenge zu Afrika, wirkt zwar harmlos, sitzt aber auf einer Kanone. Sie steht als Symbol für die gewaltsame Abschottung Europas. Unweit von hier zerschellen mit ihren Booten die letzten Hoffnungen Geflüchteter an Spaniens Küsten.

Auf elf in schwarz-weiß gehaltenen Tapisserien werden herausragende Orte für das europäische und internationale Wirtschafts- und Gesellschaftsge-

© Beate Passow, Foto: Nikolaus Steglich

Budapest,  
2020,  
Tapisserie



© Beate Passow, Foto: Nikolaus Steglich

hen gezeigt. So sind etwa New York, Dublin, Gibraltar, Brüssel, Knossos, Lampedusa oder Budapest leicht zu erkennen. Neben Landmarks der jeweiligen Orte bevölkern Tiere, Tiersymbole oder mythische Figuren die Bilder. Auf der Budapest-Tapisserie ist das Donauufer in der Stadt mit dem bekannten Mahnmahl von Gyula Pauer und Can Togay zu sehen. Schuhskulpturen aus Bronze erinnern an die Pogrome an Juden in Ungarn während des Zweiten Weltkriegs. Ein Adler hält in seinen Krallen einen Laptop, auf dessen Bildschirm ein Flüchtlingsjunge an die harsche Flüchtlingspolitik der Ungarn erinnert: „Wählt nicht den Hass“ ist zu lesen. Der Adler, beliebtes und äußerst positiv besetztes Herrschersymbol für Macht und Gewalt, fliegt auf dem Bild in Richtung des Burgbergs, Regierungssitz Orbáns und einstiger Sitz der Könige Ungarns.

So wie im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit oft Tierfabeln als Träger tieferer Bedeutung und moralischer Gestendienten, macht auch Beate Passow mithilfe der Tieranalogien die Wunden in Europas Flanken sichtbar und meint: „Europa, doch einst als Ideal für Demokratie und Menschlichkeit gegründet, wird in den letzten Jahren immer mehr

von einer hochaufgerüsteten Abwehrhaltung bestimmt. Kapitalismus und Neonazismus beherrschen heute die Werte der Ländergemeinschaft“.

### Künstlerische Ausrufezeichen

War es zunächst vor allem die Aufarbeitung des Nationalsozialismus' und Neonationalismus, welche die Künstlerin in ihren Werken in den 1970- bis 1990er-Jahren immer wieder aufgriff, wandte sie sich zunehmend auch anderen gesellschaftlichen Themen zu, wie der Rolle der Frau auf unterschiedlichen Ebenen oder auch internationalen wirtschaftlichen Beziehungen und ihren Auswirkungen auf die Gesellschaft in Form von Terror oder Flucht. So zeigt sie beispielsweise in „Lotuslillies“ alte Chinesinnen mit eingebundenen Füßen, die allerdings nicht sichtbar sind, sondern nur aufgrund der Zierlichkeit der selbst bestickten Schuhe auffallen. In dem Werk „Fräulein B/Frau P“ sieht man zwei Frauen, eine jung vor modernem Hintergrund, eine älter in einem großbürgerlichen Setting. Dem genauen Betrachter fällt auf, dass den KZ-Tätowierungen der älteren Dame Suizidnarben auf dem Handgelenk der jungen Frau gegenüberstehen.

Derzeit arbeitet Beate Passow an der Vorlage für eine weitere Tapisserie zu Polen. In diesen von Corona monopolisierten Zeiten bleibt weiter zu hoffen, dass durch künstlerische Ausrufezeichen wie dieses auch andere aktuell brennende Fragen nicht ganz aus dem Fokus geraten.

### Mehr Informationen:

Die aktuelle Ausstellung in München in der Villa Stuck ist noch bis zum 22. November 2020 präsent. Nach der Ausstellung wird ein Katalog „Monkey Business“ im Hirmer Verlag erhältlich sein.

<https://www.villastuck.de/>  
<http://www.beate-passow.de>

### AUTORIN

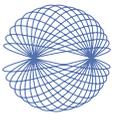
#### Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin  
München

E-Mail: [angelika.s.otto@gmail.com](mailto:angelika.s.otto@gmail.com)



Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2020/2021		
Datum   Ort   Zeit	Landesverband   Titel   Themen	Anmeldung
21.11.2020 online-webinar 3-CME-Punkte	Neuro Workshops	diaplan GmbH, Alte Ziegelei 2–4, 51491 Overath Tel.: 02204 973101 E-Mail: info@diaplan.de www.diaplan.de/bdn/
25.11.2020 digital	Herbsttreffen BVDN	Geschäftsstelle Krefeld E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
2.12.2020 online-webinar 2 bis 3 CME-Punkte	Neuro Kolleg Thema: Häufiges Symptom – seltene Krankheit – die akute heaptische Porphyrie: ein neurologisches Chamäleon	iaplan GmbH, Alte Ziegelei 2–4, 51491 Overath Tel.: 02204 973101 E-Mail: info@diaplan.de www.diaplan.de/bdn/
8.5.2021, Nürnberg Averna Park Hotel, Görlitzer Straße 51	Bayerische BVDN Frühjahrstagung – Fortbildung mit Mitgliederversammlung: „Neuro- und Psychopharmakotherapie, in label – off label“ – Label und off Label bei der Behandlung von ZNS-Erkrankungen aus neurologischer und psychiatrischer wissenschaftlicher Sicht – Label und off Label bei der Behandlung von ZNS-Erkrankungen aus Sicht des MDK und der KV-Prüfungsstelle	Athene Akademie Tel.: 0931 2055526 E-Mail: k.braungardt@athene-qm.de
2.–3.10.2020, Irsee Klosterring 4 CME Verschoben auf 15.–16.10.2021!	93. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte im Kloster Irsee – Fortbildung und BVDN-Mitgliederversammlung	Bildungswerk Irsee, Dr. Angela Städele Klosterring 4, 87660 Irsee Tel.: 08341 9066-03, Fax: -05 E-Mail: staedele@bildungswerk-irsee.de www.bildungswerk-irsee.de
Fortbildungsveranstaltungen 2020/2021		
20.–21.11.2020 digital	III. International Conference on Deep Brain Stimulation	bsh medical communications GmbH Liebfrauenstraße 7, 40591 Düsseldorf Tel.: 0211 770589-0 E-Mail: info@dbb-conference.de
25.–28.11.2020 digital	Spitzentreffen der Psychiatrie und Psychotherapie: 2020 digital unter dem Motto „Psychiatrie und Psychotherapie in der sozialen Lebenswelt“	<a href="https://www.dgppnkongress.de/anmeldung/registrierung-und-gebuehren.html">https://www.dgppnkongress.de/anmeldung/registrierung-und-gebuehren.html</a>
10.–12.12.2020 digital	8. Gemeinsame Jahrestagung der DGNR und der DGNKN Neurorehabilitation im demografischen Wandel	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Claudia Voigtmann, Tel.: 03641 3116-335 E-Mail: claudia.voigtmann@conventus.de
21.–23.1.2021, Berlin Stauffenbergstraße 26	Arbeitstagung NeuroIntensivMedizin – ANIM 2021	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Anja Kreutzmann, Tel.: 03641 3116-357 E-Mail: anja.kreutzmann@conventus.de
4.–6.3.2021, Hannover Hannover Congress Center, Theodor-Heuss-Platz 1–3	12. Deutscher Kongress für Parkinson und Bewegungsstörungen	PO HANSER SERVICE GmbH Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin Tel.: 030 300669-0, Fax: 030 3057391 E-Mail: dpg-akbont2021@cpo-hanser.de
5.–6.3.2021, Innsbruck	Jahrestagung der Sektion „Vaskuläre Neurochirurgie“ der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC)	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Cornelia Filip, Tel.: 03641 3116-393 E-Mail: cornelia.filip@conventus.de
24.–26.3.2021 digital	14 <sup>th</sup> International Symposium on Ticks and Tick-borne Diseases	Conventus, Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena, Dorothee Gröninger, Tel.: 03641 3116-396 E-Mail: ticks-symposium@conventus.de
30.4.–2.5.2021, Berlin Estrel Congress Center, Sonnenallee 225	Berlin Brain Summit	CPO HANSER SERVICE GmbH Paulsborner Straße 44, 14193 Berlin Tel.: 030 300 669-0 <a href="https://www.berlin-brain-summit.de/">https://www.berlin-brain-summit.de/</a>



**BVDN**

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ [www.bvdn.de](http://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-Sackenheimer, 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:** Ralf Köbele

**Westfalen:** Rüdiger Saßmannshausen

**Ansprechpartner für Themenfelder**

**EBM/GOÄ:** 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-Sackenheimer

**Leitlinien:** Sabine Köhler, Klaus Gehring,

Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheimer

**Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen:** Vorstand

**Referate**

**ADHS:** Günter Endraß

**Demenz:** Jens Bohlken

**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-Sackenheimer  
**Prävention Neurologie:** Paul Reuther  
**Schlaf:** Ralf Bodenschätz  
**Schmerztherapie Neurologie:** Uwe Meier, Monika Körwer  
**Suchttherapie:** Greif Sander



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ [www.bv-neurologe.de](http://www.bv-neurologe.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](http://www.bv-psychiater.de)

**Vorstand des BVDP**

**1. Vorsitzende:** Christa Roth-Sackenheimer, 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-Sackenheimer

**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 0435050000200229227,

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](mailto:bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de)

**Delegierte in Kommissionen der DGN**

**Leitlinien:** Uwe Meier

**Versorgungsforschung:** Uwe Meier

**Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:**

Rolf Hagenah

**Anhaltzahlen/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:** Markus Weih

**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-Sackenheimer

**PTSD:** Christa Roth-Sackenheimer

**Sucht:** Greif Sander

**Transsexualität:** P. Christian Vogel

**Kontakt BVDN:** Sabine Köhler

**BVDP-Landessprecher**

**Bayern:** Oliver Biniasch, 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](mailto:bvdn.bund@t-online.de)

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, Chefarzt 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 €, Chefarzt 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 €, Chefarzt 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.)

Die Daten werden von der Verwaltung des Berufsverbandes auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert, mit dieser Maßnahme bin ich einverstanden.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# 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. Gunter 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: -31400, 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), Lisa Freund (Assistenz, -0421)

**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. 26 vom 1.10.2020.

**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 345-0, 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 32 €, Jahresabonnement 244 € (für Studenten/AIW: 146,40 €), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 35 €, Ausland 60 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 69 €, 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.

**Gültige Version:** Gedruckte und elektronische Fassung eines Beitrags können sich unterscheiden, maßgeblich ist die Online-Version („version of record“) unter www.springermedizin.de/neurotransmitter

© Springer Medizin Verlag GmbH

Papierausgabe: ISSN 1436-123X  
Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397



© PhynartStudio / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodell)



## Vorschau

Ausgabe 12/2020

## Dezember

erscheint am 11. Dezember 2020

### Dissoziative Anfälle

Oft vergehen fünf bis zehn Jahre vom Auftreten dissoziativer Anfälle bis zur korrekten Diagnose. Um dieser Latenz entgegenzuwirken, sollten spezifische Zeichen aus der Anfallsanamnese niederschwellig Anlass zur weiteren Abklärung geben. Die Diagnose muss dann gesichert und dem Patienten verständlich vermittelt werden.

### Update Poliomyelitis

Die virale Infektionskrankheit Poliomyelitis betrifft oft Kleinkinder und kann zu schweren Lähmungen führen. Therapien gibt es nicht, Impfstoffe seit langem. Zwar konnte die Krankheit noch nicht ganz ausgerottet werden, sie ist jedoch heute zu 99% eradiert.

### MCI oder Depression?

Eine leichte kognitive Störung (MCI) von einer Depression zu unterscheiden, erweist sich häufig als schwierig. Hierfür ist der neu normierte SKT-Kurztest ein hilfreiches Instrument.

Hier steht eine Anzeige.

